



**MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
SUBDIRECCIÓN GESTIÓN ASISTENCIAL  
DEPTO ASESORIA JURIDICA**

RESOLUCIÓN EXENTA N° 1875 /.

IQUIQUE, 23 ABR. 2020

VISTOS,

Lo dispuesto en el D.F.L N° 01/2005 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763 de 1979 y de las Leyes Nros. 18.933 y 18.469; del Decreto N° 140/04, del Ministerio de Salud que aprobó el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; Resolución 7/2019 de la Contraloría General de la República; Decreto Afecto N°42, de 2019, Protocolo resolutivo en Red, del proceso de referencia y Contra-referencia.

**CONSIDERANDO:**

- 1.- Que, el objetivo de los Protocolos Resolutivos en Red es fortalecer el trabajo y coordinación entre los distintos componentes de la Red Asistencial, estableciendo reglas y protocolos, para mejorar la pertinencia diagnóstica, la resolutiveidad en los distintos niveles y aumentar el número de altas en la especialidad.
- 2.- Que, se debe mejorar la integración y coordinación de los distintos niveles de atención de la Red Asistencial, primaria, secundaria y terciaria.
- 3.- Que, por necesidad de servicio se han generado nuevos Protocolos de Referencia y Contra-referencia, con formato actualizado a los Protocolos Resolutivos en Red

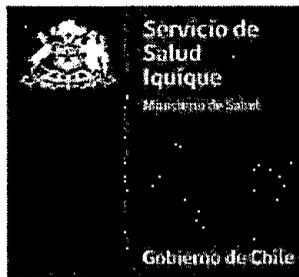
Especialidad	Protocolo	Fecha Elaboración
Neurología	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	Enero 2020

**RESUELVO:**

1° Apruébese el Protocolo Resolutivo en Red; elaborado y aprobado por el Consejo Integrador de la Red Asistencial del Servicio de Salud Iquique, que se detallan a continuación:

Especialidad	Protocolo	Fecha Elaboración
Neurología	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	Enero 2020

2.- El protocolo que mediante este acto se aprueba, se transcribe a continuación:



**PROCOLO RESOLUTIVO EN RED**

**“ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS”**

**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
2020 – 2023**

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p>Dr. Julio Marufoña Castillo Médico EDP CESFAM Cirujano Guzmán</p> <p>Dra. Tatiana Alvarado Barria Médico EDP CGU Dr. Héctor Rayno</p> <p>Dra. Liliana Elena Pacheco Jefe Unidad de Neurología Hospital Dr Ernesto Torres G</p> <p>EU Christian Carrasco Herrera Referencia CES Servicio de Salud Iquique</p> <p>Fecha: Enero 2020</p>	<p>QF. Carlos Olivo Varas Subdirector Gestión Asistencial(S) Servicio de Salud Iquique</p> <p>Dr. Camilo Montaña Galleguillos Referencia y Contra-referencia Servicio de Salud Iquique</p> <p>EU. Ma. Fernanda Santibañán Olay Referencia Salud Sistema Servicio de Salud Iquique</p> <p>QF. Jorge Gonzalez Castro Encargado de Calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p>Fecha: Febrero 2020</p>	<p>QF. Carlos Olivo Varas Subdirector Gestión Asistencial(S) Servicio de Salud Iquique</p> <p>Dr. Camilo Montaña Galleguillos Referencia y Contra-referencia Servicio de Salud Iquique</p> <p>EU. Ma. Fernanda Santibañán Olay Referencia Salud Sistema Servicio de Salud Iquique</p> <p>QF. Jorge Gonzalez Castro Encargado de Calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p>Fecha: Marzo 2020</p>

**INDICE**

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES .....

2. INTRODUCCIÓN .....

3. MAPA DE RED.....

4. OBJETIVOS .....

5. ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN .....

6. RESPONSABLES .....

7. POBLACIÓN OBJETIVO.....

8. DEFINICIONES.....

9. PROCEDIMIENTO O DESARROLLO .....

10. FUJOGRAMA... ..

11. INDICADOR .....

12. RESPONSABLE DE EVALUACIÓN.....

13. PLAN DE DIFUSIÓN.....

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....

15. ANEXOS .....

16. CONTROL DE CAMBIOS .....

**1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES**

Los autores y revisores de este documento declaran no tener conflictos de interés para la realización del mismo.

## 2. INTRODUCCIÓN

En Chile se estima que el 1,06% de la población total del país presenta algún tipo de demencia (datos de COPRAD, 2012). El estudio Nacional de la Dependencia realizado en el año 2009, refiere que el 7,1% de las personas de 60 años y más (7,7% en mujeres y 5,9% en hombres) presenta deterioro cognitivo, y a partir de los 75 años se objetiva un aumento exponencial, alcanzando un 36,2% en los mayores de 85 años.

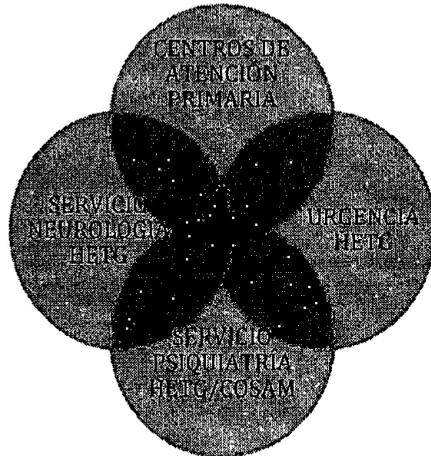
Las demencias en general poseen resultados catastróficos para el paciente (aumento de mortalidad, morbilidad, merma de calidad de vida) como en sus cuidadores (burnout, impacto familiar, etc.) y para la sociedad (consumo de recursos directos e indirectos), es por esto que está dentro de los grandes problemas de la salud del siglo XXI.

El paso entre la normalidad y la demencia es gradual, sobre todo en la Enfermedad de Alzheimer, por lo que el diagnóstico puede ser difícil en etapas iniciales, pudiendo pasar inadvertida por muchos años, acortando la sobrevida en promedio de 8 años desde el momento del diagnóstico. Lamentablemente en su mayoría es un trastorno intelectual progresivo e irreversible.

Para lograr un diagnóstico oportuno, es de vital importancia sensibilizar y educar tanto al personal de salud como a la población en general, pues la educación es la base para un diagnóstico precoz y un manejo adecuado.

Son múltiples las causas de demencia, donde La Enfermedad de Alzheimer es su principal causa, correspondiendo al 60-70% del total de los casos, le sigue en frecuencia la demencia vascular, con una frecuencia de 10-20%. Menos del 10% de las demencias se consideran reversibles

### 3. MAPA DE RED



### 4. OBJETIVOS

#### Objetivo General

- Definir un sistema de referencia y contrarreferencia para la red asistencial de salud para los pacientes portadores de demencia, entregando orientaciones para una derivación pertinente y oportuna entre los niveles primarios y secundarios de la red asistencial de la región de Tarapacá.

#### Objetivos Específicos

- Optimizar el acceso a la atención por neurólogo de los pacientes derivados desde atención primaria.
- Implementar un flujograma de referencia y contrarreferencia para pacientes con demencia.
- Entregar al médico de atención primaria una estrategia para la evaluación y manejo inicial del paciente con demencia, previo a la derivación a especialista.
- Establecer criterios de derivación desde la atención primaria a nivel secundario.

## 5. ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN

El presente documento será de aplicación en el nivel primario y secundario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), centros de salud (CES), centros de salud familiar (CESFAM), consultorio adosado de especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (CAE-HETG), Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) y Unidad de Emergencia Hospitalaria del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (UEH-HETG).

## 6. RESPONSABLES

### Responsables de su Ejecución

- Médico APS es responsable de pesquisar, tratar en APS (fármacos primera línea) y derivar de forma oportuna las patologías que requieran de estudio diferencial y manejo por especialista.
- Médico especialista es responsable de realizar estudio de diagnóstico diferencial e iniciar tratamiento y seguimiento, según corresponda.
- Médico especialista es responsable de realizar la contrarreferencia a APS.

### Responsable de evaluación y monitoreo

- Médico de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE, HETG.

## 7. POBLACIÓN OBJETIVO

El protocolo va dirigido a pacientes de cualquier sexo y edad que presenten alteración de memoria y que afecte las actividades de la vida diaria del paciente (repercusión funcional), con mayor énfasis en adultos mayores o que tengan antecedentes familiares de trastornos cognitivos a edades tempranas.

## 8. DEFINICIONES

### 8.1 Definiciones

- **Anosognosia:** Síntoma asociado a la pérdida de consciencia de enfermedad.
- **Demencia:** Síndrome crónico y progresivo caracterizado por el deterioro de las capacidades cognitivas. Dicho deterioro suele ir acompañado, y en ocasiones precedido, por deterioro del control emocional y conductual, interfiriendo en las actividades de la vida diaria y provocando pérdida de la independencia y la autonomía.
- **Ecolalia:** Síntoma asociado a la repetición involuntaria de palabras y frases cortas dichas por otros.
- **ECV:** Enfermedad cerebro vascular.
- **EFAM:** Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor.
- **EMPAM:** Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor.
- **Logorrea:** Síntoma asociado a la compulsión por hablar sin cesar.
- **Palilalia:** Síntoma asociado a la repetición involuntaria y monótona de la misma palabra o de la misma sílaba.
- **TIA:** Ataque isquémico transitorio.

### 8.2 Diagnóstico clínico

- Según el DSM-V, se clasifican de acuerdo a la intensidad de los síntomas y su repercusión en la funcionalidad del pacientes, originando el trastorno neurocognitivo mayor y menor:

#### **Criterios diagnósticos trastorno neurocognitivo mayor.**

A) Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos:

- Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas.
- Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los test del rango de dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.

\*Déficits cognitivos: Memoria, afasia, apraxia, agnosia y disfunción ejecutiva.

- B) Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (p. ej., requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o dinero)
  - C) Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.
  - D) Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p.ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)
- La aplicación del EFAM, que incluye el Minimental abreviado (MMSE), debe realizarse al 100% adultos mayores que se encuentran en control (Anexo 1)
  - El puntaje total de la aplicación del MMSE es 19 puntos: se considera alterado si el puntaje es menor a 13 puntos.<sup>3</sup>
  - Frente a resultados alterados o factores de riesgo de dependencia nunca olvidar la aplicación de Índice de Barthel (Anexo 2).

#### **Criterios diagnósticos Trastorno neurocognitivo menor**

- A) Evidencia de un declive cognitivo modesto desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de uno de los siguientes dominios cognitivos:
  - Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive modesto en las funciones cognitivas.
  - Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los test del rango de una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.

\*Déficits cognitivos: Memoria, afasia, apraxia, agnosia y disfunción ejecutiva.
- B) Los déficits cognitivos son insuficientes para interferir con la independencia (p. ej., actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o de dinero), pudiendo ser preciso esforzarse más, utilizar estrategias compensatorias o hacer una acomodación para mantener la independencia.

C) Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

D) Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p.ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)

- Cabe destacar síntomas de alarma los cuales nos sugieren demencia como dificultad de aprender y retener nueva información, dificultad de realizar tareas complejas, deterioro de la capacidad de razonar, desorientación espacial, deterioro del lenguaje, alteraciones del comportamiento.
- El deterioro cognitivo leve es un nivel intermedio entre la normalidad y la demencia (función subjetiva y objetiva de memoria, función cognitiva general normal, actividades de la vida diaria preservada, ausencia de demencia). La tercera parte de estos pacientes evolucionan a demencia

**Tabla Diferencial:**

	Normalidad <span style="font-size: small;">—————&gt;</span> Demencia		
	Envejecimiento normal	Deterioro cognitivo leve	Demencia
Quejas del paciente	Frecuentes	Puede no existir	Puede no existir
Quejas del informador	Ausente	Frecuente	Presentes
Alteraciones de la memoria	Memoria episódica, evocación espontánea, memoria de trabajo	Memoria episódica	Con suficiente intensidad como para interferir su funcionamiento normal.
Otras alteraciones cognitivas	Disminución de la velocidad de procesamiento, alteraciones en la atención	Disfunción ejecutiva, grados de afasia, agnosia, alteración de la función visuoespacial. abvd. conservadas	Con suficiente intensidad como para interferir su funcionamiento normal
Deterioro funcional	No	Leve	Presente
Trastorno del comportamiento	No	Frecuente (depresión, apatía, ansiedad)	Frecuente (depresión, apatía, ansiedad)

Guía de la buena práctica clínica en alzhéimer y otras demencias.

## 9. PROCEDIMIENTO O DESARROLLO

### 9.1. Conducta a seguir por parte del médico APS:

- Evaluación clínica completa, dirigida en edad de inicio de los síntomas, evolución rápida de la enfermedad, patologías neurológicas relacionadas.
- Examen físico general y neurológico completo
- Realizar Test de Moca (Anexo 3)
- Solicitar exámenes :
  - Hemograma, VHS, glicemia en ayunas, creatinina sérica, nitrógeno ureico, uremia, perfil lipídico y electrolitos plasmáticos.
  - Orina Completa y Urocultivo
  - TSH y T4L.
  - Pruebas hepáticas.
  - VIH y VRDL.
  - Nivel de Vitamina B12
  - Nivel de vitamina D sérica (si se dispone en centro)
- Considerar descartar diagnóstico diferencial
- Establecer proceso diagnóstico dentro de 60 días
- Iniciar tratamiento de mediana complejidad :
  - Antidepresivos: Sertralina, Citalopram (se sugiere iniciar con la mitad de la dosis de adultos)
  - Sedante: Trazodona (se sugiere 50 mg/noche)
  - Neurolépticos: Quetiapina (se sugiere iniciar con 25 mg/noche) , Risperidona (se sugiere iniciar con 0,5 mg 1 o 2 veces al día)
- Controlar dentro de 4 semanas respuesta a terapia inicial.
- Derivar de forma oportuna aquellos casos que cumplan con los criterios de derivación para diagnóstico diferencial a Neurólogo o Psiquiatra.

### 9.2. Derivación de pacientes desde APS a Policlínico de Neurología Consultorio de Especialidades (CAE) del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- Todo paciente con cuadro compatible que no responda a la primera línea terapia, luego de 6 meses de tratamiento.
- Cuadro grave del área neurocognitiva, conductual o funcional.
- Paciente menor de 60 años con sospecha de demencia.
- Evolución rápida de la enfermedad
- Signos Parkinsonianos
- Otros signos sospechosos de patología cerebral

- Cuadros atípicos, de los cuales se requiera descartar diagnósticos diferenciales:
  - **Demencia vascular:** Buscar signos de focalización en el examen neurológico; antecedente de ECV o TIA; antecedente de hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, arritmias, etc.
  - **Degeneración del lóbulo frontal o demencia fronto-temporal y enfermedad de Pick:** Cambios importantes en la personalidad, que aparecen precozmente en la evolución de la enfermedad. Característicamente hay desinhibición en el comportamiento y anosognosia. Puede haber apatía, que es difícil de distinguir de una depresión. Se altera el lenguaje apareciendo logorrea, ecolalia y palilalia.
  - **Pseudodemencia depresiva:** Es importante el antecedente de depresión en el pasado, y la historia familiar de problemas del ánimo. Hay humor depresivo y delusiones de culpa o enfermedad. En caso de duda diagnóstica se recomienda dar tratamiento antidepressivo de prueba.
  - **Hidrocéfalo normotensivo.** Precozmente aparece alteración de la marcha, luego incontinencia urinaria casi junto con el deterioro cognitivo (tríada clásica).
  - **Hematoma subdural o tumor cerebral.** Buscar signos neurológicos focales, cefalea.
  - **Encefalopatía VIH.** Apatía, lentitud en el pensamiento; factores de riesgo de VIH; serología (+)
  - **Meningitis crónica.** Déficit de atención, cefalea, enlentecimiento del pensamiento y movimientos, paresia de nervios craneanos.
  - **Enfermedad de Jakob–Creutzfeldt.** Causada por priones. Curso rápidamente progresivo (1-2 años), con signos piramidales y extrapiramidales, mioclonías. Es importante hacer un diagnóstico precoz, dado el mal pronóstico de la enfermedad y el riesgo de transmisión.
  - **Encefalopatía tóxica – metabólica.** Déficit de atención, pensamiento y motilidad enlentecidos, enfermedad sistémica en curso. Historia de abuso de alcohol, drogas, o medicamentos- sedantes, hipnóticos, tranquilizantes, etc.
  - **Demencia por cuerpos de Lewy.** Alteración cognitiva con enlentecimiento psicomotor, déficit en función ejecutiva y signos extrapiramidales (rigidez, temblor), también hay alucinaciones y delusiones de aparición precoz. Son hipersensibles a los neurolépticos, por lo que no deben utilizarse en estos pacientes.

**9.3. Derivación de pacientes desde APS a Psiquiatría (COSAM)**

- Agitación, agresividad, o psicosis resistente a tratamiento en la atención primaria
- Depresión resistente a tratamiento o complicada
- Ideación suicida persistente
- Necesiten una evaluación para posible ingreso a hogar protegido o residencia de la red de salud mental.

**9.4. Derivación de pacientes desde APS a Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:**

Síntomas que pueden constituir una EMERGENCIA son:

- Estado confusional agudo
- Convulsiones o movimientos anormales no explicados por otra causa
- Intento suicida
- Agitación psicomotora
- Auto o heteroagresión que ponga en riesgo la integridad física del usuario o de su entorno.
- Signos de focalidad neurológica

**9.5. Documentos emitidos por el médico tratante de APS**

- El médico de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) que contenga:
- Datos del paciente (nombre, rut, edad). El resto de los datos es de responsabilidad de la sala de SIC de cada Centro de APS.
- Anamnesis: Cambio abrupto de la funcionalidad o de la función cognitiva, no explicada por delirium u otra alteración transitoria y por presencia de síntomas psicológicos, conductuales, físicos o motores que sean refractarios al manejo del nivel primario.
- Enfermedades médicas y psiquiátricas. Drogas, alcoholismo.
- Examen físico: Examen neurológico cuidadoso. Signos de focalización, reflejos

- arcaicos, alteraciones motoras o sensitivas, alteraciones tono muscular y pares craneales.
- Resultado de Test de Moca.
- Hipótesis diagnóstica.
- Resultado de exámenes
- Tratamientos indicados
- Nombre, rut, firma y timbre del profesional.

#### **9.6. Criterios de priorización para atención en Policlínico de Neurología:**

- Paciente que presente modificaciones del comportamiento que generen alteración de la dinámica familiar o del sueño.
- Paciente menor de 60 años
- Cuadros atípicos

#### **9.7. Conducta a seguir por parte del médico especialista**

- Confirmar o descartar diagnóstico diferenciales
- Iniciar tratamiento de alta complejidad
- Estudio diagnóstico para descartar causas tratables de demencia
- Estudio por imágenes (TAC o RNM según posibilidades)
- Derivar a otra especialidad cuando corresponda.

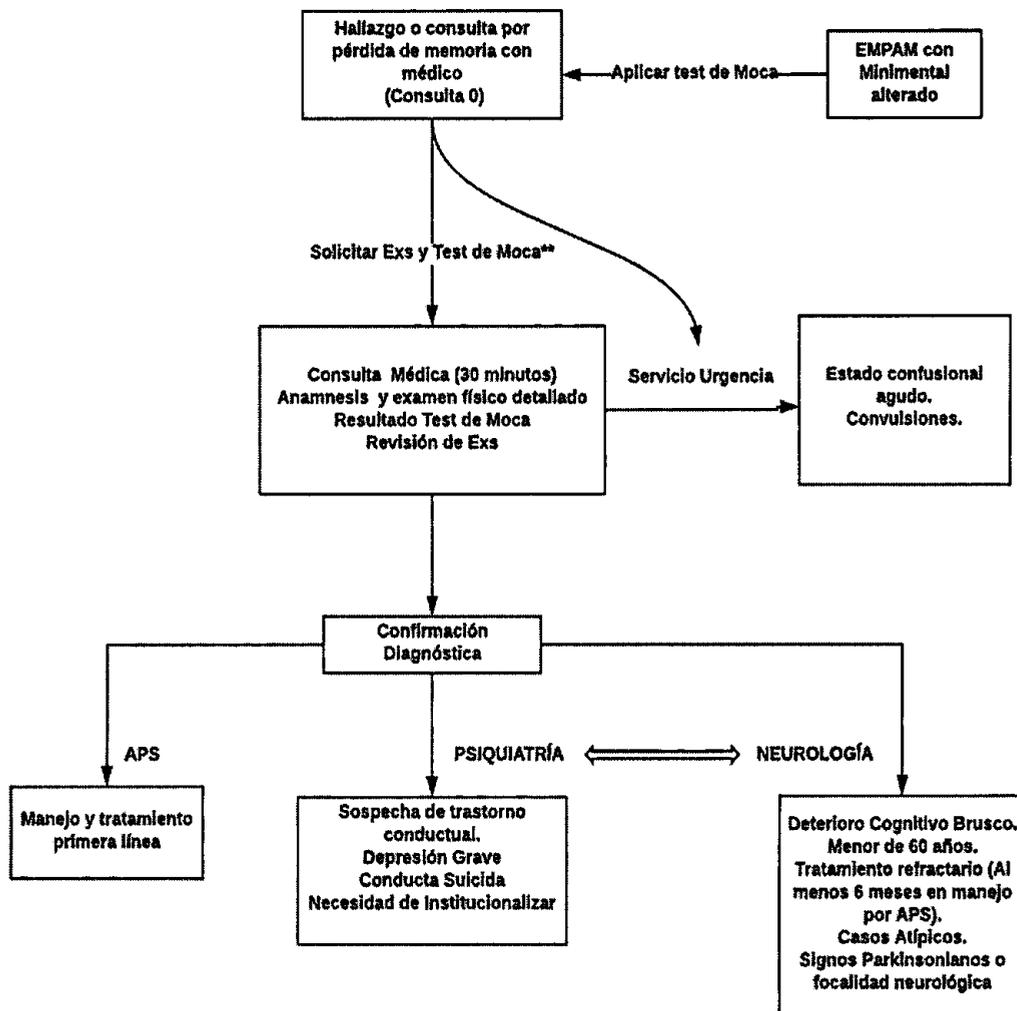
#### **9.7. Contrarreferencia:**

- Paciente estable con adecuado control conductual y de sueño mediante terapias disponibles en APS

#### **9.8. Tiempos de resolución:**

- La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 60 días desde la sospecha.
- La confirmación diagnóstica diferencial se realizará dentro de 180 días desde la sospecha.
- El tratamiento se iniciará dentro de 60 días desde la confirmación diagnóstica.

## 10. FUJOGRAMA



\* Aplicar por personal capacitado, valorar según realidad local.

\*\* Solicitar Test de Moca si no lo posee

**11.INDICADOR**

<b>Definición de indicador</b>	Porcentaje de pacientes referidos por médico desde APS a Servicio de Policlínico de Neurología, con diagnóstico de Demencia, que cumplen con los criterios de derivación establecidos en este protocolo
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Dimensión</b>	Accesibilidad/ eficiencia
<b>Formula</b>	Numerador: N° de pacientes con confirmación diagnóstica de demencia contrarreferidos desde nivel secundario a APS. Denominador: N° de pacientes referidos por médico desde APS a Servicio de Policlínico de Neurología, con diagnóstico de Demencia, que cumplen con los criterios de derivación establecidos en este protocolo de RyCr.
<b>Umbral de cumplimiento</b>	90 %
<b>Criterios</b>	Establecidos en el protocolo
<b>Justificación</b>	La aplicación del protocolo mejora la calidad de la atención los usuarios bajo criterios de oportunidad de la atención y eficiencia en el uso de los recursos.
<b>Fuente de información</b>	Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. Decreto N° 22/2019 Ministerio de Salud. Diario Oficial de la República de Chile (07-09-2019).
<b>Periodicidad</b>	Trimestral
<b>Responsable</b>	Referente referencia y contrarreferencia del SSI

**12.RESPONSABLES DE EVALUACIÓN**

- Médico de internase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE, HETG.
- Referente de Referencia y Contra-referencia del Servicio de Salud de Iquique será el responsable de la evaluación de implementación e indicadores.

### 13. PLAN DE DIFUSIÓN

Con el fin realizar un plan de difusión e implementación se realizarán las siguientes actividades:

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del Servicio de Salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizará una primera reunión con médicos interfaces de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Reuniones mensuales para realizar seguimiento de implementación del protocolo.
- Se realizará una nueva revisión y actualización del protocolo el año 2023.
- Se realizarán actualizaciones previas en caso de ser necesario

### 14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. Decreto N° 22/2019 Ministerio de Salud. Diario Oficial de la República de Chile (07-09-2019).
- "Geriatría y gerontología", Pedro Paulo Marín L. Capítulo "Demencias" p187. Facultad Medicina PUC, 2017.
- "Nuevos criterios diagnósticos para la demencia y la Enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría", Jorge Lopez-Alvarez, Luis Agüera-Ortiz. 2015 PsicoGeriatría.
- "Manual de aplicación del examen de medicina preventiva del adulto mayor", Programa de Salud del Adulto Mayor, Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL.



• Anexo 2: Índice de Barthel

**Actividades básicas de la vida diaria**  
Se puntúa la información obtenida del cuidador principal

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de 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 (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
<b>Total</b>		

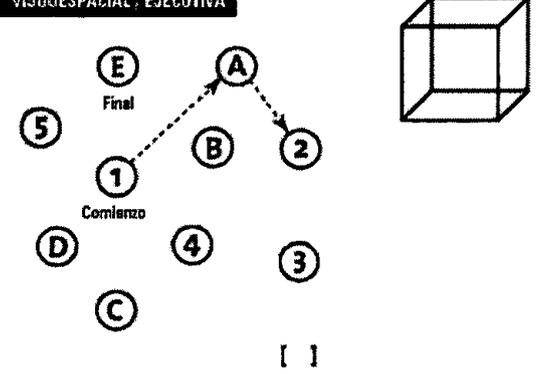
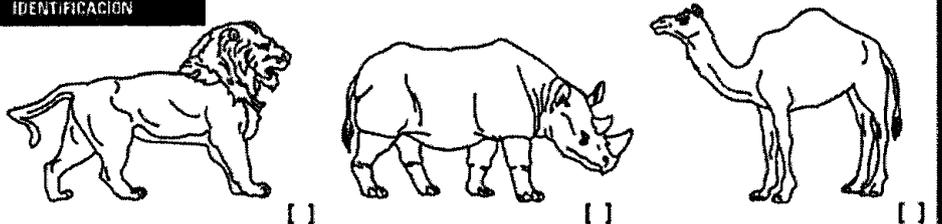
Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Severo
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

• Anexo 3: Test de Moca

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)**  
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:  
Nivel de estudios:  
Sexo:

Fecha de nacimiento:  
FECHA:

<p><b>VISUOESPACIAL / EJECUTIVA</b></p>  <p style="text-align: right;">Copiar el cubo</p>	<p><b>Dibujar un reloj (Once y diez)</b> (3 puntos)</p> <p style="text-align: center;">[ ] [ ] [ ] Contorno    Números    Agujas</p>	Puntos <hr style="width: 100%;"/> /5																		
<p><b>IDENTIFICACIÓN</b></p>  <p style="text-align: center;">[ ] [ ] [ ]</p>			Puntos <hr style="width: 100%;"/> /3																	
<p><b>MEMORIA</b></p> <p>Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuerdéselas 5 minutos más tarde.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ROSTRO</td> <td style="text-align: center;">SEDA</td> <td style="text-align: center;">IGLESIA</td> <td style="text-align: center;">CLAVEL</td> <td style="text-align: center;">ROJO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1er intento</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2º intento</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	1er intento						2º intento						Sin puntos
	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO															
1er intento																				
2º intento																				

<b>ATENCIÓN</b>	Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. [ ] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. [ ] 7 4 2	Puntos <hr style="width: 100%;"/> /2										
	Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. [ ] FBACMNAAJKLBFAKDEAAAJAMOFAB	Puntos <hr style="width: 100%;"/> /1										
	Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.	Puntos <hr style="width: 100%;"/> /3										
<b>LENGUAJE</b>	Repetir: El gato se acocorda bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [ ] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. [ ]	Puntos <hr style="width: 100%;"/> /2										
	Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [ ] _____ (N ≥ 11 palabras)	Puntos <hr style="width: 100%;"/> /1										
<b>ABSTRACCIÓN</b>	Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [ ] tren-bicicleta [ ] reloj-regla	Puntos <hr style="width: 100%;"/> /2										
<b>RECUERDO DIFERIDO</b>	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">ROSTRO</td> <td style="text-align: center;">SEDA</td> <td style="text-align: center;">IGLESIA</td> <td style="text-align: center;">CLAVEL</td> <td style="text-align: center;">ROJO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">[ ]</td> </tr> </table> Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Puntos <hr style="width: 100%;"/> /5
ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO								
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]								
<b>ORIENTACIÓN</b>	[ ] Día del mes (fecha) [ ] Mes [ ] Año [ ] Día de la semana [ ] Lugar [ ] Localidad	Puntos <hr style="width: 100%;"/> /6										
© Z. Nazreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal ≥ 28 / 30 TOTAL Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios										

PLANILLA DE CONTROL DE CAMBIOS				
REVISION	FECHA	PARRAFO	MODIFICACION REALIZADA	V°B°

3° El protocolo descrito anteriormente se inserta en la presente Resolución y se entiende que forman parte integrante de ella y constan de 20 páginas en total.

4° El uso de este protocolo será de carácter obligatorio y tendrá vigencia a partir del 1° abril del 2020, a fin de realizar la difusión de los protocolos que por este acto se aprueben.

5° Este protocolo tendrá una vigencia de 3 años, es decir 2020–2023 y deberá actualizarse al finalizar la vigencia.

**NOTESE, COMUNIQUESE, ARCHÍVESE**



**JORGE GALLEGUILLOS MÖLLER**  
DIRECTOR  
SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE

	Iniciales nombre	Firma
Subdirección Gestión Asistencial SSI	CCV	
Asesoría Jurídica SSI	CHO	
Referencia y Contra- referencia SSI	CMG	

5° Este protocolo tendrá una vigencia de 3 años, es decir 2020–2023 y deberá actualizarse al finalizar la vigencia.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE, ARCHÍVESE**



**JORGE GALLEGUILLOS MÖLLER**  
**DIRECTOR**  
**SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE**

	Iniciales nombre	Firma
Subdirección Gestión Asistencial SSI	CCV	
Asesoría Jurídica SSI	CHO	
Referencia y Contra-referencia SSI	CMG	

**LO QUE TRANSCRIBO PARA SU CONOCIMIENTO Y FINES PERTINENTES**



**MINISTRO DE FE**  
**MINISTRO DE FE**

**DISTRIBUCIÓN:**  
Dirección Hospital Iquique

- @ Dirección Servicio Salud Iquique [dirección.ssi@redsalud.gov.cl](mailto:dirección.ssi@redsalud.gov.cl)
- @ Dirección Hospital Iquique [secretaria.director@hospitaliquique.cl](mailto:secretaria.director@hospitaliquique.cl)
- @ Dirección CESFAM Héctor Reyno [fany.gomezcoello@redsalud.gob.cl](mailto:fany.gomezcoello@redsalud.gob.cl)
- @ Subdirección de Gestión Asistencial SSI [aps.ssi@redsalud.gob.cl](mailto:aps.ssi@redsalud.gob.cl)
- @ Depto. Planificación y Control SSI [sdga.ssi@redsalud.gov.cl](mailto:sdga.ssi@redsalud.gov.cl)
- @ Encargado R y CR SSI [carolina.perez@redsalud.gob.cl](mailto:carolina.perez@redsalud.gob.cl)  
[planificación.ssi@redsalud.gov.cl](mailto:planificación.ssi@redsalud.gov.cl)  
[camilo.montana@redsalud.gob.cl](mailto:camilo.montana@redsalud.gob.cl)

**Departamento Salud Comunas**

- @ Comuna de Pica [bjara@saludpica.cl](mailto:bjara@saludpica.cl)
- @ Comuna de Huara [lada.desamu.imh@gmail.com](mailto:lada.desamu.imh@gmail.com)
- @ Comuna de Camiña [saludcamina@gmail.cl](mailto:saludcamina@gmail.cl)
- @ Comuna Pozo Almonte [andrea.quiero@cormudespa.cl](mailto:andrea.quiero@cormudespa.cl)
- @ Comuna Colchane [mcastro091@gmail.com](mailto:mcastro091@gmail.com)
- @ Comuna Alto Hospicio [e.gamero@mahosalud.cl](mailto:e.gamero@mahosalud.cl)
- @ Comuna de Iquique [veronica.moreno@cormudesi.cl](mailto:veronica.moreno@cormudesi.cl)
- Oficina de Partes SSI



## PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED

### “ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS”

#### SERVICIO DE SALUD IQUIQUE 2020 – 2023

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p>Dr. Julio Mardones Castillo Médico EDF CESFAM Cirujano Guzmán</p> <p>Dra. Tatjana Alarcón Barria Médico EDF CGU Dr. Héctor Reyno</p> <p>Dra. Lilliana Pina Pacheco Jefe Unidad de Neurología Hospital Dr Ernesto Torres G</p> <p>EU. Christian Cervantes Herrera Referente CES Servicio de Salud Iquique</p>	<p>QF. Carlos Calvo Varas Subdirector Gestión Asistencial(S) Servicio de Salud Iquique</p> <p>Dr. Camilo Montaña Galleguillos Referencia y Contra-referencia Servicio de Salud Iquique</p> <p>EU. Ma. Fernanda Santander Olay Referente Salud Mental Servicio de Salud Iquique</p> <p>QF. Jorge Gonzalez Castro Encargado de Calidad Servicio de Salud Iquique</p>	<p></p> <p>Jorge Galleguillos Möller Director Servicio de Salud Iquique</p>
Fecha: Enero 2020	Fecha: Febrero 2020	Fecha: Marzo 2020



# PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código:RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: Marzo de 2020

Página: 2 de 20

Vigencia: 3 años

## INDICE

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES .....	3
2. INTRODUCCIÓN .....	3
3. MAPA DE RED .....	4
4. OBJETIVOS.....	4
5. ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN.....	5
6. RESPONSABLES.....	5
7. POBLACIÓN OBJETIVO .....	5
8. DEFINICIONES .....	6
9. PROCEDIMIENTO O DESARROLLO .....	9
10. FUJOGRAMA.....	13
11. INDICADOR.....	14
12. RESPONSABLE DE EVALUACIÓN .....	15
13. PLAN DE DIFUSIÓN .....	15
14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	16
15. ANEXOS .....	17
16. CONTROL DE CAMBIOS .....	20



## PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código:RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: Marzo de 2020

Página: 3 de 20

Vigencia: 3 años

### 1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES

Los autores y revisores de este documento declaran no tener conflictos de interés para la realización del mismo.

### 2. INTRODUCCIÓN

En Chile se estima que el 1,06% de la población total del país presenta algún tipo de demencia (datos de COPRAD, 2012). El estudio Nacional de la Dependencia realizado en el año 2009, refiere que el 7,1% de las personas de 60 años y más (7,7% en mujeres y 5,9% en hombres) presenta deterioro cognitivo, y a partir de los 75 años se objetiva un aumento exponencial, alcanzando un 36,2% en los mayores de 85 años.

Las demencias en general poseen resultados catastróficos para el paciente (aumento de mortalidad, morbilidad, merma de calidad de vida) como en sus cuidadores (burnout, impacto familiar, etc.) y para la sociedad (consumo de recursos directos e indirectos), es por esto que está dentro de los grandes problemas de la salud del siglo XXI.

El paso entre la normalidad y la demencia es gradual, sobre todo en la Enfermedad de Alzheimer, por lo que el diagnóstico puede ser difícil en etapas iniciales, pudiendo pasar inadvertida por muchos años, acortando la sobrevida en promedio de 8 años desde el momento del diagnóstico. Lamentablemente en su mayoría es un trastorno intelectual progresivo e irreversible.

Para lograr un diagnóstico oportuno, es de vital importancia sensibilizar y educar tanto al personal de salud como a la población en general, pues la educación es la base para un diagnóstico precoz y un manejo adecuado.

Son múltiples las causas de demencia, donde La Enfermedad de Alzheimer es su principal causa, correspondiendo al 60-70% del total de los casos, le sigue en frecuencia la demencia vascular, con una frecuencia de 10-20%. Menos del 10% de las demencias se consideran reversibles



## PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código:RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: Marzo de 2020

Página: 4 de 20

Vigencia: 3 años

### 3. MAPA DE RED



### 4. OBJETIVOS

#### Objetivo General

- Definir un sistema de referencia y contrarreferencia para la red asistencial de salud para los pacientes portadores de demencia, entregando orientaciones para una derivación pertinente y oportuna entre los niveles primarios y secundarios de la red asistencial de la región de Tarapacá.

#### Objetivos Específicos

- Optimizar el acceso a la atención por neurólogo de los pacientes derivados desde atención primaria.
- Implementar un flujograma de referencia y contrarreferencia para pacientes con demencia.
- Entregar al médico de atención primaria una estrategia para la evaluación y manejo inicial del paciente con demencia, previo a la derivación a especialista.
- Establecer criterios de derivación desde la atención primaria a nivel secundario.



## PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código:RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: Marzo de 2020

Página: 5 de 20

Vigencia: 3 años

### 5. ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN

El presente documento será de aplicación en el nivel primario y secundario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), centros de salud (CES), centros de salud familiar (CESFAM), consultorio adosado de especialidades del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (CAE-HETG), Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) y Unidad de Emergencia Hospitalaria del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (UEH-HETG).

### 6. RESPONSABLES

#### Responsables de su Ejecución

- Médico APS es responsable de pesquisar, tratar en APS (fármacos primera línea) y derivar de forma oportuna las patologías que requieran de estudio diferencial y manejo por especialista.
- Médico especialista es responsable de realizar estudio de diagnóstico diferencial e iniciar tratamiento y seguimiento, según corresponda.
- Médico especialista es responsable de realizar la contrarreferencia a APS.

#### Responsable de evaluación y monitoreo

- Médico de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE, HETG.

### 7. POBLACIÓN OBJETIVO

El protocolo va dirigido a pacientes de cualquier sexo y edad que presenten alteración de memoria y que afecte las actividades de la vida diaria del paciente (repercusión funcional), con mayor énfasis en adultos mayores o que tengan antecedentes familiares de trastornos cognitivos a edades tempranas.



## PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código:RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: Marzo de 2020

Página: 6 de 20

Vigencia: 3 años

### 8. DEFINICIONES

#### 8.1 Definiciones

- **Anosognosia:** Síntoma asociado a la pérdida de consciencia de enfermedad.
- **Demencia:** Síndrome crónico y progresivo caracterizado por el deterioro de las capacidades cognitivas. Dicho deterioro suele ir acompañado, y en ocasiones precedido, por deterioro del control emocional y conductual, interfiriendo en las actividades de la vida diaria y provocando pérdida de la independencia y la autonomía.
- **Ecolalia:** Síntoma asociado a la repetición involuntaria de palabras y frases cortas dichas por otros.
- **ECV:** Enfermedad cerebro vascular.
- **EFAM:** Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor.
- **EMPAM:** Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor.
- **Logorrea:** Síntoma asociado a la compulsión por hablar sin cesar.
- **Palilalia:** Síntoma asociado a la repetición involuntaria y monótona de la misma palabra o de la misma sílaba.
- **TIA:** Ataque isquémico transitorio.

#### 8.2 Diagnóstico clínico

- Según el DSM-V, se clasifican de acuerdo a la intensidad de los síntomas y su repercusión en la funcionalidad del pacientes, originando el trastorno neurocognitivo mayor y menor:

#### **Criterios diagnósticos trastorno neurocognitivo mayor.**

A) Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos:

- Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas.
- Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los test del rango de dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.

\*Déficits cognitivos: Memoria, afasia, apraxia, agnosia y disfunción ejecutiva.



## PROCOLO RESOLUTIVO EN RED ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código:RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: Marzo de 2020

Página: 7 de 20

Vigencia: 3 años

- B) Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (p. ej., requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o dinero)
- C) Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.
- D) Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p.ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)
- La aplicación del EFAM, que incluye el Minimental abreviado (MMSE), debe realizarse al 100% adultos mayores que se encuentran en control (Anexo 1)
  - El puntaje total de la aplicación del MMSE es 19 puntos: se considera alterado si el puntaje es menor a 13 puntos.<sup>3</sup>
  - Frente a resultados alterados o factores de riesgo de dependencia nunca olvidar la aplicación de Índice de Barthel (Anexo 2).

### **Criterios diagnósticos Trastorno neurocognitivo menor**

- A) Evidencia de un declive cognitivo modesto desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de uno de los siguientes dominios cognitivos:
- Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive modesto en las funciones cognitivas.
  - Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los test del rango de una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.
- \*Déficits cognitivos: Memoria, afasia, apraxia, agnosia y disfunción ejecutiva.
- B) Los déficits cognitivos son insuficientes para interferir con la independencia (p. ej., actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o de dinero), pudiendo ser preciso esforzarse más, utilizar estrategias compensatorias o hacer una acomodación para mantener la independencia.



**PROCOLO RESOLUTIVO EN RED  
ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código:RYCR-NEU-002**

**Edición: Tercera**

**Fecha: Marzo de 2020**

**Página: 8 de 20**

**Vigencia: 3 años**

C) Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

D) Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p.ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)

- Cabe destacar síntomas de alarma los cuales nos sugieren demencia como dificultad de aprender y retener nueva información, dificultad de realizar tareas complejas, deterioro de la capacidad de razonar, desorientación espacial, deterioro del lenguaje, alteraciones del comportamiento.
- El deterioro cognitivo leve es un nivel intermedio entre la normalidad y la demencia (función subjetiva y objetiva de memoria, función cognitiva general normal, actividades de la vida diaria preservada, ausencia de demencia). La tercera parte de estos pacientes evolucionan a demencia

**Tabla Diferencial:**

	Normalidad $\xrightarrow{\hspace{2cm}}$ Demencia		
	Envejecimiento normal	Deterioro cognitivo leve	Demencia
Quejas del paciente	Frecuentes	Puede no existir	Puede no existir
Quejas del informador	Ausente	Frecuente	Presentes
Alteraciones de la memoria	Memoria episódica, evocación espontánea, memoria de trabajo	Memoria episódica	Con suficiente intensidad como para interferir su funcionamiento normal.
Otras alteraciones cognitivas	Disminución de la velocidad de procesamiento, alteraciones en la atención	Disfunción ejecutiva, grados de afasia, agnosia, alteración de la función visuoespacial. abvd, conservadas	Con suficiente intensidad como para interferir su funcionamiento normal
Deterioro funcional	No	Leve	Presente
Trastorno del comportamiento	No	Frecuente (depresión, apatía, ansiedad)	Frecuente (depresión, apatía, ansiedad)



## PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código:RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: Marzo de 2020

Página: 9 de 20

Vigencia: 3 años

### 9. PROCEDIMIENTO O DESARROLLO

#### 9.1. Conducta a seguir por parte del médico APS:

- Evaluación clínica completa, dirigida en edad de inicio de los síntomas, evolución rápida de la enfermedad, patologías neurológicas relacionadas.
- Examen físico general y neurológico completo
- Realizar Test de Moca (Anexo 3)
- Solicitar exámenes :
  - Hemograma, VHS, glicemia en ayunas, creatinina sérica, nitrógeno ureico, uremia, perfil lipídico y electrolitos plasmáticos.
  - Orina Completa y Urocultivo
  - TSH y T4L.
  - Pruebas hepáticas.
  - VIH y VRDL.
  - Nivel de Vitamina B12
  - Nivel de vitamina D sérica (si se dispone en centro)
- Considerar descartar diagnóstico diferencial
- Establecer proceso diagnóstico dentro de 60 días
- Iniciar tratamiento de mediana complejidad :
  - Antidepresivos: Sertralina, Citalopram (se sugiere iniciar con la mitad de la dosis de adultos)
  - Sedante: Trazodona (se sugiere 50 mg/noche)
  - Neurolépticos: Quetiapina (se sugiere iniciar con 25 mg/noche) , Risperidona (se sugiere iniciar con 0,5 mg 1 o 2 veces al día)
- Controlar dentro de 4 semanas respuesta a terapia inicial.
- Derivar de forma oportuna aquellos casos que cumplan con los criterios de derivación para diagnóstico diferencial a Neurólogo o Psiquiatra.

#### 9.2. Derivación de pacientes desde APS a Policlínico de Neurología Consultorio de Especialidades (CAE) del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- Todo paciente con cuadro compatible que no responda a la primera línea terapia, luego de 6 meses de tratamiento.
- Cuadro grave del área neurocognitiva, conductual o funcional.
- Paciente menor de 60 años con sospecha de demencia.
- Evolución rápida de la enfermedad
- Signos Parkinsonianos
- Otros signos sospechosos de patología cerebral



## PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código:RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: Marzo de 2020

Página: 10 de 20

Vigencia: 3 años

- Cuadros atípicos, de los cuales se requiera descartar diagnósticos diferenciales:
  - **Demencia vascular:** Buscar signos de focalización en el examen neurológico; antecedente de ECV o TIA; antecedente de hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, arritmias, etc.
  - **Degeneración del lóbulo frontal o demencia fronto-temporal y enfermedad de Pick:** Cambios importantes en la personalidad, que aparecen precozmente en la evolución de la enfermedad. Característicamente hay desinhibición en el comportamiento y anosognosia. Puede haber apatía, que es difícil de distinguir de una depresión. Se altera el lenguaje apareciendo logorrea, ecolalia y palilalia.
  - **Pseudodemencia depresiva:** Es importante el antecedente de depresión en el pasado, y la historia familiar de problemas del ánimo. Hay humor depresivo y delusiones de culpa o enfermedad. En caso de duda diagnóstica se recomienda dar tratamiento antidepressivo de prueba.
  - **Hidrocefalo normotensivo.** Precozmente aparece alteración de la marcha, luego incontinencia urinaria casi junto con el deterioro cognitivo (tríada clásica).
  - **Hematoma subdural o tumor cerebral.** Buscar signos neurológicos focales, cefalea.
  - **Encefalopatía VIH.** Apatía, lentitud en el pensamiento; factores de riesgo de VIH; serología (+)
  - **Meningitis crónica.** Déficit de atención, cefalea, enlentecimiento del pensamiento y movimientos, paresia de nervios craneanos.
  - **Enfermedad de Jakob–Creutzfeldt.** Causada por priones. Curso rápidamente progresivo (1-2 años), con signos piramidales y extrapiramidales, mioclonías. Es importante hacer un diagnóstico precoz, dado el mal pronóstico de la enfermedad y el riesgo de transmisión.
  - **Encefalopatía tóxica – metabólica.** Déficit de atención, pensamiento y motilidad enlentecidos, enfermedad sistémica en curso. Historia de abuso de alcohol, drogas, o medicamentos-sedantes, hipnóticos, tranquilizantes, etc.
  - **Demencia por cuerpos de Lewy.** Alteración cognitiva con enlentecimiento psicomotor, déficit en función ejecutiva y signos extrapiramidales (rigidez, temblor), también hay alucinaciones y delusiones de aparición precoz. Son hipersensibles a los neurolépticos, por lo que no deben utilizarse en estos pacientes.



## PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código:RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: Marzo de 2020

Página: 11 de 20

Vigencia: 3 años

### 9.3. Derivación de pacientes desde APS a Psiquiatría (COSAM)

- Agitación, agresividad, o psicosis resistente a tratamiento en la atención primaria
- Depresión resistente a tratamiento o complicada
- Ideación suicida persistente
- Necesiten una evaluación para posible ingreso a hogar protegido o residencia de la red de salud mental.

### 9.4. Derivación de pacientes desde APS a Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

Síntomas que pueden constituir una EMERGENCIA son:

- Estado confusional agudo
- Convulsiones o movimientos anormales no explicados por otra causa
- Intento suicida
- Agitación psicomotora
- Auto o heteroagresión que ponga en riesgo la integridad física del usuario o de su entorno.
- Signos de focalidad neurológica

### 9.5. Documentos emitidos por el médico tratante de APS

- El médico de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) que contenga:
- Datos del paciente (nombre, rut, edad). El resto de los datos es de responsabilidad de la sala de SIC de cada Centro de APS.
- Anamnesis: Cambio abrupto de la funcionalidad o de la función cognitiva, no explicada por delirium u otra alteración transitoria y por presencia de síntomas psicológicos, conductuales, físicos o motores que sean refractarios al manejo del nivel primario.
- Enfermedades médicas y psiquiátricas. Drogas, alcoholismo.
- Examen físico: Examen neurológico cuidadoso. Signos de focalización, reflejos



## PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código:RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: Marzo de 2020

Página: 12 de 20

Vigencia: 3 años

- arcaicos, alteraciones motoras o sensitivas, alteraciones tono muscular y pares craneales.
- Resultado de Test de Moca.
- Hipótesis diagnóstica.
- Resultado de exámenes
- Tratamientos indicados
- Nombre, rut, firma y timbre del profesional.

### 9.6. Criterios de priorización para atención en Policlínico de Neurología:

- Paciente que presente modificaciones del comportamiento que generen alteración de la dinámica familiar o del sueño.
- Paciente menor de 60 años
- Cuadros atípicos

### 9.7. Conducta a seguir por parte del médico especialista

- Confirmar o descartar diagnóstico diferenciales
- Iniciar tratamiento de alta complejidad
- Estudio diagnóstico para descartar causas tratables de demencia
- Estudio por imágenes (TAC o RNM según posibilidades)
- Derivar a otra especialidad cuando corresponda.

### 9.7. Contrarreferencia:

- Paciente estable con adecuado control conductual y de sueño mediante terapias disponibles en APS

### 9.8. Tiempos de resolución:

- La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 60 días desde la sospecha.
- La confirmación diagnóstica diferencial se realizará dentro de 180 días desde la sospecha.
- El tratamiento se iniciará dentro de 60 días desde la confirmación diagnóstica.



# PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código:RYCR-NEU-002

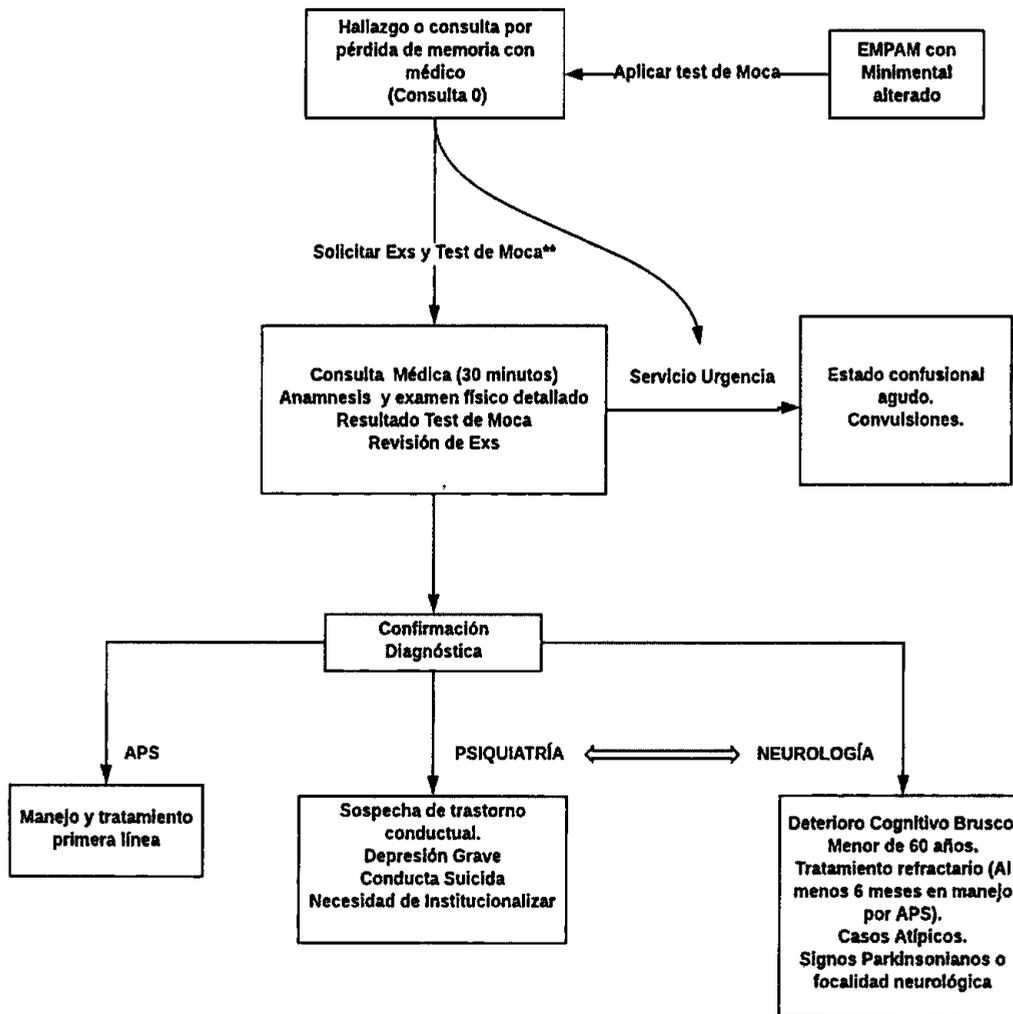
Edición: Tercera

Fecha: Marzo de 2020

Página: 13 de 20

Vigencia: 3 años

## 10. FUJOGRAMA



\* Aplicar por personal capacitado, valorar según realidad local.

\*\* Solicitar Test de Moca si no lo posee



**PROCOLO RESOLUTIVO EN RED  
ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código:RYCR-NEU-002**

**Edición: Tercera**

**Fecha: Marzo de 2020**

**Página: 14 de 20**

**Vigencia: 3 años**

**11.INDICADOR**

<b>Definición de indicador</b>	Porcentaje de pacientes referidos por médico desde APS a Servicio de Policlínico de Neurología, con diagnóstico de Demencia, que cumplen con los criterios de derivación establecidos en este protocolo
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Dimensión</b>	Accesibilidad/ eficiencia
<b>Formula</b>	Numerador: N° de pacientes con confirmación diagnóstica de demencia contrarreferidos desde nivel secundario a APS. Denominador: N° de pacientes referidos por médico desde APS a Servicio de Policlínico de Neurología, con diagnóstico de Demencia, que cumplen con los criterios de derivación establecidos en este protocolo de RyCr.
<b>Umbral de cumplimiento</b>	90 %
<b>Criterios</b>	Establecidos en el protocolo
<b>Justificación</b>	La aplicación del protocolo mejora la calidad de la atención los usuarios bajo criterios de oportunidad de la atención y eficiencia en el uso de los recursos.
<b>Fuente de información</b>	Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. Decreto N° 22/2019 Ministerio de Salud. Diario Oficial de la República de Chile (07-09-2019).
<b>Periodicidad</b>	Trimestral
<b>Responsable</b>	Referente referencia y contrarreferencia del SSI



## PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código:RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: Marzo de 2020

Página: 15 de 20

Vigencia: 3 años

### 12. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN

- Médico de internase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE, HETG.
- Referente de Referencia y Contra-referencia del Servicio de Salud de Iquique será el responsable de la evaluación de implementación e indicadores.

### 13. PLAN DE DIFUSIÓN

Con el fin realizar un plan de difusión e implementación se realizarán las siguientes actividades:

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del Servicio de Salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizará una primera reunión con médicos interfaces de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Reuniones mensuales para realizar seguimiento de implementación del protocolo.
- Se realizará una nueva revisión y actualización del protocolo el año 2023.
- Se realizarán actualizaciones previas en caso de ser necesario



## PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código:RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: Marzo de 2020

Página: 16 de 20

Vigencia: 3 años

### 14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. Decreto N° 22/2019 Ministerio de Salud. Diario Oficial de la República de Chile (07-09-2019).
- "Geriatría y gerontología", Pedro Paulo Marín L. Capítulo "Demencias" p187. Facultad Medicina PUC, 2017.
- "Nuevos criterios diagnósticos para la demencia y la Enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría", Jorge Lopez-Alvarez, Luis Agüera-Ortiz. 2015 PsicoGeriatría.
- "Manual de aplicación del examen de medicina preventiva del adulto mayor", Programa de Salud del Adulto Mayor, Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL.



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED  
ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código:RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: Marzo de 2020

Página: 17 de 20

Vigencia: 3 años

**15. ANEXOS**

- Anexo 1: Mini Mental State Examination (MMSE)

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1										
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1										
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Arbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Arbol 0-1)										
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 6 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)										
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Arbol 0-1)										
<b>DENOMINACIÓN.</b> Mostrarte un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 <b>REPETICIÓN.</b> Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 <b>ÓRDENES.</b> Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 <b>LECTURA.</b> Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 <b>ESCRITURA.</b> Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 <b>COPLA.</b> Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1										
Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12 : demencia										

a.s.g.(1990)



## PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código:RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: Marzo de 2020

Página: 18 de 20

Vigencia: 3 años

• Anexo 2: Índice de Barthel

**Actividades básicas de la vida diaria**  
Se puntúa la información obtenida del cuidador principal

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de 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 (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
<b>Total</b>		

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Severo
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente



# PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código:RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: Marzo de 2020

Página: 19 de 20

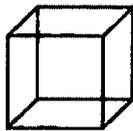
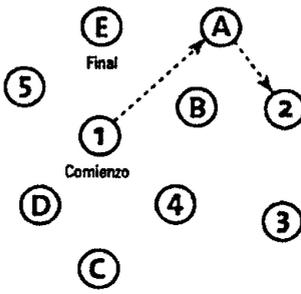
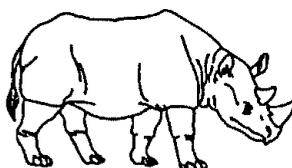
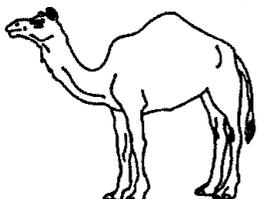
Vigencia: 3 años

• Anexo 3: Test de Moca

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)**  
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Nivel de estudios: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_

<b>VISUOESPACIAL / EJECUTIVA</b>				<b>Dibujar un reloj (Once y diez)</b> (3 puntos)		Puntos		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			___/5	
<b>IDENTIFICACIÓN</b>								___/3
<b>MEMORIA</b>	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetir. Haga dos intentos. Recuérdelas 5 minutos más tarde.	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos	
	1er intento							
	2º intento							

<b>ATENCIÓN</b>	Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetir. [ ] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetir a la inversa. [ ] 7 4 2	___/2										
	Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. [ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB	___/1										
	Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.	___/3										
<b>LENGUAJE</b>	Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [ ] Espero que él te entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. [ ]	___/2										
	Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [ ] _____ (N ≥ 11 palabras)	___/1										
<b>ABSTRACCIÓN</b>	Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [ ] tren-bicicleta [ ] reloj-regia	___/2										
<b>RECUERDO DIFERIDO</b>	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	___/5										
	<table border="1"> <tr> <td>ROSTRO</td> <td>SEDA</td> <td>IGLESIA</td> <td>CLAVEL</td> <td>ROJO</td> </tr> <tr> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> </tr> </table>	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO								
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]								
<b>ORIENTACIÓN</b>	[ ] Día del mes (fecha) [ ] Mes [ ] Año [ ] Día de la semana [ ] Lugar [ ] Localidad	___/6										
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 <a href="http://www.mocatest.org">www.mocatest.org</a>		Normal ≥ 26 / 30 <b>TOTAL</b> ___/30 Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios										



Servicio de  
Salud  
Iquique  
Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

## PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código:RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: Marzo de 2020

Página: 20 de 20

Vigencia: 3 años

### PLANILLA DE CONTROL DE CAMBIOS

REVISION	FECHA	PARRAFO	MODIFICACION REALIZADA	V°B°