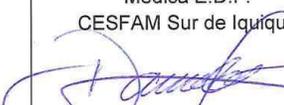
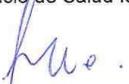
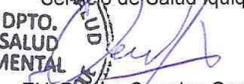
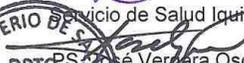




**PROTOCOLO
RESOLUTIVO EN RED
“ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS”**

**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
2022 – 2027**

<p>Elaborado por:</p> <p> Dr. Valentina García Vergara Médica E.D.F. CESFAM Sur de Iquique</p> <p> EU. Daniel Gutiérrez Reyes Referente GES (S) Servicio de Salud Iquique</p> <p> EU. Carla Cubillos Araya Referente Salud Digital Servicio de Salud Iquique</p> <p> EU. Raehna Corrales Gamboa Coordinadora Departamento de Salud Mental Referente de Demencia Servicio de Salud Iquique</p> <p></p>	<p>Revisado por:</p> <p> Dra. Fanny González Salinas Referente de Referencia y Contrareferencia Servicio de Salud Iquique</p> <p> DPTO. PS. Fanny Vergara Osorio Jefa Dpto. Salud Mental Servicio de Salud Iquique</p> <p> Ana Mujica Lopez Jefa Dpto. de APS y Redes (S) Servicio de Salud Iquique</p> <p> EU. Tatiana Molina San Martín Jefa Dpto. Redes Hospitalarias (S) Servicio de Salud Iquique.</p> <p> QF. Carlos Cayo Varas Subdirector Gestión Asistencial (S) Servicio de Salud Iquique</p> <p> Yukiko Kuwahara Aballay Jefa Unidad de Calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p>  </p>	<p>Aprobado por:</p> <p> Rafael Villalobos Núñez Director (S) Servicio de Salud Iquique</p> <p></p>
<p>Fecha: agosto 2022</p>	<p>Fecha: octubre 2022</p>	<p>Fecha: octubre 2022</p>



**PROCOLO RESOLUTIVO EN RED
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y
OTRAS DEMENCIAS
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 2 de 36

Vigencia: 5 años

ÍNDICE

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	3
3. MAPA DE RED.....	4
4. OBJETIVOS.....	5
5. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	5
6. RESPONSABLES.....	6
7. POBLACIÓN OBJETIVO.....	7
8. DEFINICIONES.....	7
9. PROCEDIMIENTO O DESARROLLO.....	11
10. FLUJOGRAMA.....	24
11. INDICADOR.....	25
12. PLAN DE DIFUSIÓN.....	25
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
14. ANEXOS.....	27
15. CONTROL DE CAMBIOS.....	36



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

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 3 de 36

Vigencia: 5 años

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.

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 (COPRAD, 2012), además, 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 y/o merma de calidad de vida), como en sus cuidadores (síndrome de burnout, impacto familiar, etc.) y 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.



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

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

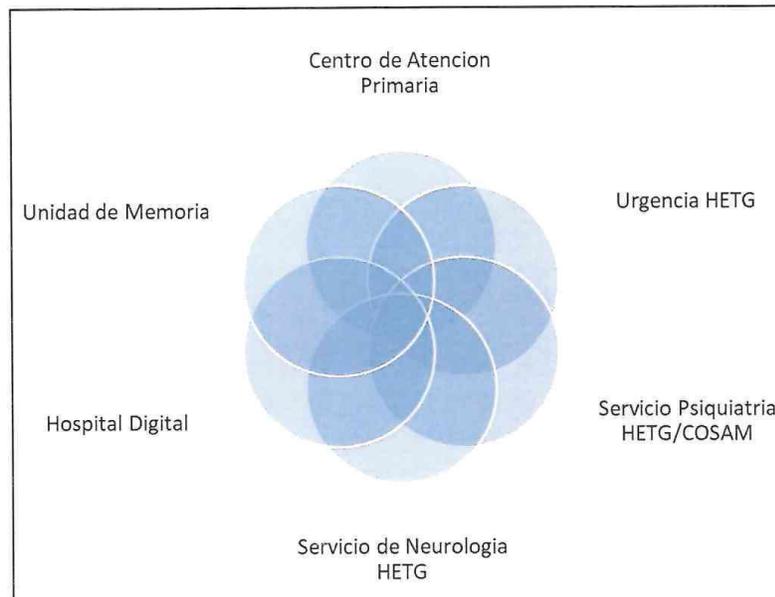
Página: Página 4 de 36

Vigencia: 5 años

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 la demencia vascular con una frecuencia de 10-20% y <10% corresponden a demencias consideradas reversibles.

3. MAPA DE RED.



	PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: RYCR-NEU-002
		Edición: Tercera
		Fecha: octubre de 2022
		Página: Página 5 de 36
		Vigencia: 5 años

4. OBJETIVOS.

4.1. 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.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Optimizar el acceso a la atención secundaria de los pacientes derivados de la Atención Primaria de Salud.
- 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 DE 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), U. de Memoria y U. de Neurología del CAE HETG, Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), U. de Emergencias Hospitalarias de la Región de Tarapacá y Célula de Geriatría Hospital Digital.



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

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 6 de 36

Vigencia: 5 años

6. RESPONSABLES.

6.1. RESPONSABLES DE SU EJECUCIÓN.

- Médico APS es responsable de pesquisar, diagnosticar, 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.
- Médico Especialista de Hospital Digital es responsable de apoyar la atención que brindan los médicos generales de Atención Primaria de Salud (APS) ante dudas relacionadas con diagnóstico y tratamiento, entregando una asesoría rápida y oportuna.

6.2. RESPONSABLES 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 (Unidad de Memoria) es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS.
- Médico de interfase del nivel secundario (COSAM) es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS.



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y
OTRAS DEMENCIAS
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 7 de 36

Vigencia: 5 años

7. POBLACIÓN OBJETIVO.

El presente protocolo va dirigido a pacientes de cualquier género y edad, que presenten sospecha o diagnóstico de demencia, en cualquier estadio, considerando todos los niveles de atención de la red asistencial, e incluyendo a su familia/cuidadores y entorno más cercano.

8. DEFINICIONES.

- **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.
- **Enfermedad de Alzheimer:** Es una condición clínico-patológica, de naturaleza degenerativa y evolución progresiva, que se caracteriza clínicamente por deterioro cognitivo y demencia, y neuropatológicamente por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas de amiloide cortical.
- **Demencia Vascular:** Es un deterioro cognitivo agudo o crónico, debido a la destrucción del tejido cerebral por una reducción o un bloqueo del suministro sanguíneo, la suele provocar múltiples infartos cerebrales difusos o focales.
- **Demencia por Cuerpos de Lewy:** Pérdida de las funciones mentales, causadas por la acumulación de cuerpos de Lewy en la corteza cerebral y habitualmente también en los núcleos subcorticales.
- **Demencias Fronto-Temporales:** Grupo de enfermedades neurodegenerativas, donde se ve afectado principalmente al lóbulo frontal y temporal del cerebro, caracterizándose clínicamente por alteraciones prominentes de la personalidad, comportamiento y/o del lenguaje.

	PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: RYCR-NEU-002
		Edición: Tercera
		Fecha: octubre de 2022
		Página: Página 8 de 36
		Vigencia: 5 años

- **Síntomas Psicológicos y Conductuales de las Demencias (SPCD):** Son una serie de síntomas relacionados con la alteración de la percepción, el contenido del pensamiento, el ánimo y la conducta que pueden presentarse en las personas afectadas de demencia, y que constituyen parte de la expresión de la enfermedad, los cuales pueden estar influenciados por la personalidad previa y la interacción con el medio ambiente. Se debe considerar la existencia de otras causas que pueden generar la aparición de síntomas conductuales, como son: la presencia de dolor, descompensación de una cardiopatía, deshidratación, infecciones, el efecto de algunos fármacos o un ambiente inadecuado.
- **GDS de Reisberg:** La Global Deterioration Scale permite establecer el grado de deterioro cognitivo que presenta un sujeto evaluado, este va desde la ausencia de deterioro hasta una demencia severa, lo que permite medir la progresión de un síndrome demencial en el tiempo. Esta escala no es un test en sí mismo, sino que constituye una herramienta que permite orientar al médico clínico respecto de las características que tienen las distintas etapas de la demencia, integrando resultados de instrumentos para evaluar cognición, entrevista clínica, etc. El GDS establece siete estadios posibles de deterioro. Cada estadio corresponde a una cierta cantidad de capacidades preservadas y pérdidas.
- **Hidrocefalia normotensiva:** También conocida como hidrocefalia crónica del adulto, se produce habitualmente en personas mayores y está causada por un aumento de líquido cefalorraquídeo en las cavidades cerebrales, sin que por lo general se produzca un aumento de la presión intracraneal, pero



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

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 9 de 36

Vigencia: 5 años

que puede llegar a dañar el cerebro. Se clínica se caracteriza por: demencia, incontinencia urinaria y/o fecal y alteración de la marcha.

- **Enfermedad de Creutzfeldt – Jakob:** Enfermedad neurodegenerativa causada por proteínas priónicas patológicas en el sistema nervioso central, y que puede producirse en forma esporádica, hereditaria o adquirida. Se caracteriza por un deterioro progresivo de la funcionalidad mental que evoluciona a demencia.
- **Depresión Resistente o Refractaria:** Es aquella que no presenta respuesta favorable o que lo hace de manera parcial, tras dos tratamientos farmacológicos a una dosis y tiempo adecuado.
- **Psicosis Refractaria:** Es aquella en la que se han se han utilizados hasta tres fármacos antipsicóticos diferentes o combinación de estos, y no ha habido una remisión o desaparición de síntomas.
- **Ideación suicida persistente:** Presencia persistente o permanente de pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida o formas deseadas de morir.
- **Test MMSE:** Instrumento clínico utilizado para evaluar deterioro cognitivo y /o riesgo de demencias, de rápida aplicación.
- **Test MOCA:** Instrumento breve de tamizaje, sensible y específico, utilizado para la detección del deterioro cognitivo leve (DCL) y la demencia.
- **Cuestionario de Actividades Funcionales de Pfeffer:** Instrumento que complementa la evaluación del estado cognitivo con información que es obtenida de un familiar o cuidador del paciente, con miras a determinar si

	PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: RYCR-NEU-002
		Edición: Tercera
		Fecha: octubre de 2022
		Página: Página 10 de 36
		Vigencia: 5 años
<p>existe compromiso funcional secundario a probable deterioro cognitivo, donde el resultado del screening es positivo cuando el puntaje es igual o mayor a 6 puntos, en este caso hay que sospechar de deterioro cognitivo y riesgo de demencia. Este se aplica al acompañante de la persona mayor que presenta un puntaje menor o igual a 13 puntos en MMSE abreviado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Test de Pfeiffer: Cuestionario que detecta la existencia y grado de deterioro cognitivo a través de la evaluación de 10 preguntas breves. Este cuestionario explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo. ● Índice de Barthel: Instrumento que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria. ● Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage: Instrumento utilizado para tamizaje de depresión en la persona mayor. ● Hospital Digital (HD): Nuevo modelo de atención de salud, centrado en el paciente que aprovecha el potencial de las tecnologías para acercar la atención de salud a las personas, instalando una alternativa al modelo tradicional, basado en una red de establecimientos físicos y con restricción horaria. 		



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y
OTRAS DEMENCIAS
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 11 de 36

Vigencia: 5 años

9. PROCEDIMIENTO O DESARROLLO.

9.1. GENERALIDADES.

Según DSM V, los Trastornos neurocognitivos se agrupan en:

- Delirium.
- Síndromes de Trastorno neurocognitivo mayor.
- Trastorno neurocognitivo leve.
- Otros subtipos.

La Demencia se incluye bajo el **Trastorno neurocognitivo mayor**.

9.2. CLASIFICACIONES.

9.2.1. TIPOS DE DEMENCIA.

- Demencia Primaria
- Demencia Secundaria

9.2.2. FASES DE LA DEMENCIA.

Las etapas que a continuación se precisan, toman como referencia la evolución de la Enfermedad de Alzheimer, que son sólo una referencia, ya que no todas las personas manifestarán necesariamente los mismos síntomas y al existir distintas etiologías las manifestaciones serán variables.



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

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 12 de 36

Vigencia: 5 años

- **ETAPA LEVE:** Las personas suelen estar conscientes de sus déficits cognitivos, dificultades en la vida diaria, e incluso de sus cambios de conducta, teniendo problemas de memoria, olvidándose de algunas cosas, especialmente aquellos hechos recientes. Se pueden presentar dificultades en la comunicación, tal como para encontrar las palabras adecuadas, además, pueden ocurrir extravíos en lugares no tan familiares o conocidos, desorientación temporo-espacial, incluyendo hora del día, mes, año, estaciones, dificultad en la toma de decisiones complejas y, disminuir la capacidad para planificar viajes y el manejo de las finanzas.

Esta etapa suele ser confundida con curso normal de envejecimiento, a continuación, se presentan las siguientes consideraciones para diferenciar de envejecimiento normal:

	Normalidad → 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 Alzheimer y otras demencias.

	PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: RYCR-NEU-002
		Edición: Tercera
		Fecha: octubre de 2022
		Página: Página 13 de 36
		Vigencia: 5 años

- **ETAPA MODERADA:** Los problemas que se presentan son más evidentes y comienzan a ser más limitantes. Las personas tienen mayores dificultades a nivel de memoria, tornándose más olvidadizos, especialmente sobre eventos recientes y nombres de personas, son menos capaces de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares). Se presentan dificultades para comprender el tiempo, fechas, lugares y eventos; podría perderse tanto en el hogar como en la comunidad. Pueden aumentar dificultades en la comunicación (en el habla y la comprensión). Existen dificultades para realizar actividades domésticas con éxito, como preparar alimentos, limpiar o ir de compras. Las personas son incapaces de vivir solas de manera segura, requiriendo de un apoyo considerable de familiares/cuidadores.
- **ETAPA SEVERA:** Notoria dependencia de terceros, pudiendo existir en algunos casos inactividad e incluso encamamiento. Las personas presentan desorientación temporo-espacial, no se reconoce a familiares, amigos u objetos conocidos, se presenta un ritmo diurno frecuentemente alterado, dificultad para comer sin ayuda, se podría tener dificultades para tragar, pueden sufrir de incontinencia urinaria y fecal, presentan cambios en su movilidad, pueden perderse dentro del hogar.

9.3. DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA.

9.3.1 Criterios diagnósticos demencia: Para el diagnóstico de demencia debe cumplir con criterios A + B descritos a continuación:

- A. Evidencia de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos:

	PROCOLO RESOLUTIVO EN RED ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: RYCR-NEU-002
		Edición: Tercera
		Fecha: octubre de 2022
		Página: Página 14 de 36
		Vigencia: 5 años

- Atención compleja.
- Función ejecutiva.
- Aprendizaje y memoria.
- Lenguaje.
- Habilidad perceptual motora.
- Cognición social.

B. Los déficits deben representar una disminución del nivel de función anterior y ser lo suficientemente graves como **para interferir con la función diaria y la independencia**, y pueden estar acompañados por síntomas psicológicos y conductuales. Estos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional, ni se explican mejor por otro trastorno mental.

Estos pueden ser informados por paciente, familiar, médico tratante o bien el deterioro del rendimiento cognitivo es documentado por test neuropsicológico estandarizado.

9.3.2. Consideraciones para probable demencia tipo Alzheimer:

- Inicio insidioso.
- Empeoramiento cognitivo progresivo referido u observado.
- Déficit inicial y prominente con patrón amnésico (acompañado de afectación de otro dominio cognitivo) o no amnésico (trastorno del lenguaje, trastorno visuoperceptivo, o disfunción ejecutiva).
- Sin evidencia de Demencia por cuerpos de Lewy, Demencia fronto temporal, sin consumo de sustancias u otras enfermedades que puedan afectar la cognición.



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

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 15 de 36

Vigencia: 5 años

- **Clasificación:**

- *Típica:* Déficit progresivo temprano de memoria episódica asociado a otros trastornos cognitivos (disfunción ejecutiva, trastorno del lenguaje, praxias y procesamiento visual complejo) y trastornos neuropsiquiátricos.
- *Atípica:* presentación como Afasia Primaria Progresiva no fluente, Afasia logopénica, Variante frontal y Atrofia cortical posterior.
- *Mixta:* Cumplen criterios para Demencia tipo Alzheimer, con evidencia clínica o biológica o de neuroimágenes de comorbilidad.

9.3.3 Proceso diagnóstico: A modo general, el proceso diagnóstico contempla las siguientes acciones:

Consulta 0: Pesquisa del paciente con sospecha de demencia, las cuáles pueden ser realizadas por cualquier profesional de la salud en un examen, consulta preventiva, institución y/o programas de índole social, debiendo realizar la derivación a médico de APS.

En caso de consulta de morbilidad médica, en las que se detecten síntomas sugerentes de deterioro cognitivo o aparezcan quejas de memoria, deben realizar acciones de "Consulta 1".

Consulta 1: Se otorga una hora con médico, donde se realizarán las siguientes acciones:

- **Anamnesis:** Se deberá consignar antecedentes, factores de riesgo, comorbilidades, historia familiar de demencia, uso de fármacos e historia clínica.
- **Examen físico:** general y segmentario.

	PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: RYCR-NEU-002
		Edición: Tercera
		Fecha: octubre de 2022
		Página: Página 16 de 36
		Vigencia: 5 años
<ul style="list-style-type: none"> • Examen físico neurológico con énfasis en déficit motores, sensitivos y alteración muscular. • Solicitud de exámenes de laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemograma, VHS, glicemia, creatinina sérica, nitrógeno ureico, uremia, perfil lipídico, electrolitos plasmáticos. ○ Orina completa, urocultivo. ○ TSH, T4L. ○ Perfil hepático. ○ Vitamina B12. ○ VDRL, VIH. ○ Nivel de Vitamina D sérica (no obligatorio, solo si centro lo tiene disponible). • Derivación a consulta complementaria en caso de no existir aplicación de instrumentos. <p><u>Consulta complementaria:</u> Aplicación de instrumentos realizado por profesional definido por el establecimiento de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test de MMSE modificado extendido. • Índice de Barthel. <p><u>Consulta 2:</u> Recolección de todos los antecedentes solicitados en “<i>Consulta 1</i>” para realizar el descarte o confirmación diagnóstica del Problema de Salud GES, o realizar derivación a nivel secundario, en caso de diagnóstico diferencial.</p>		

	PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: RYCR-NEU-002
		Edición: Tercera
		Fecha: octubre de 2022
		Página: Página 17 de 36
		Vigencia: 5 años

9.4 CRITERIOS DE DERIVACIÓN A NIVEL SECUNDARIO.

Criterios de derivación según unidad o establecimiento:

9.4.1. Derivación a Célula de Geriatría (HD):

- Duda diagnóstica de Demencia.
- Todo paciente confirmado con Demencia que no responda a primera línea de tratamiento después de 6 meses.
- Evolución rápida de la enfermedad (menor de 3 meses).
- Dificultad para interpretar test cognitivos o funcionales.
- Polifarmacia y/o múltiples comorbilidades asociadas.
- Dificultad en el manejo de síntomas psicológicos o de conducta.
- Trastornos cognitivos menores.
- Sospecha de diagnóstico diferencial.

9.4.2. Derivación a Unidad de Memoria HETG:

En el caso de la derivación a Unidad de Memoria del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, ésta siempre será indicada por geriatra de Hospital Digital, excepto en usuarios menores de 60 años, los cuales deben ser derivados directamente desde APS a dicha unidad para diagnóstico diferencial.

9.4.3. Derivación a COSAM:

- Cuadros con psicosis persistente.
- Depresión severa persistente a tratamiento de atención primaria.
- Sospecha de cuadros demenciales asociado a abusos de sustancias activo.



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

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 18 de 36

Vigencia: 5 años

9.4.4. Derivación a Unidad de Emergencia Hospitalaria:

- Estado Confusional Agudo.
- Convulsiones o movimientos anormales no explicados por otra causa.
- Intento suicida o alto riesgo suicida.
- Agitación psicomotora.
- Auto o hetero-agresión que ponga en riesgo la integridad física del usuario o de su entorno.

9.5. SOLICITUD DE INTERCONSULTA (SIC):

A continuación, se describen los elementos que deben estar incorporados en la SIC para derivación a nivel secundario:

9.5.1. ANAMNESIS.

- Edad, sexo y nivel educativo.
- Antecedentes: Patologías de base, antecedentes familiares de demencia o personales de enfermedades que cursan con trastorno cognitivo, uso de fármacos o sustancias.
- Inicio, curso, evolución y desencadenantes de los síntomas
- Explicitar alteración en alguno de los tres pilares fundamentales:
- Síntomas cognitivos: Olvidos de eventos recientes, desorientación en tiempo y espacio, trastornos del habla y comprensión, dificultades en la concentración, alteraciones en procedimientos, alteración en la planificación, reconocimiento de personas y objetos, cálculos, etc.
- Síntomas conductuales: Apatía, ideas delirantes, alucinaciones, agitación, agresividad, depresión, ansiedad, insomnio, entre otras.
- Alteraciones funcionales: Autovalidez o dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria (ej. manejo del dinero, compras, uso de



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

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 19 de 36

Vigencia: 5 años

cubiertos y teléfono, viaje, etc.), las actividades básicas de la vida diaria (ej. comer, vestirse, bañarse, etc.) y las actividades avanzadas de la vida diaria (ej. actividades laborales, recreativas, etc.)

- Presencia de síntomas neurológicos (ej. movimientos anormales) y síntomas sistémicos (ej. fiebre, alteraciones hematológicas, dermatológicas, etc.).

9.5.2. Examen Físico: Mismo realizado en "Consulta 1".

9.5.3. Exámenes de laboratorio: Mismos exámenes solicitados en "Consulta 1".

9.5.4. Instrumentos: Resultados de test MMSE modificado extendido e Índice de Barthel.

9.6. TRATAMIENTO EN APS.

Una vez definido el diagnóstico de demencia y determinado que no tiene criterios de derivación, deberá iniciarse precozmente el tratamiento en Atención Primaria. Dicho tratamiento tiene por objetivo enlentecer la progresión de la enfermedad y abordar síntomas psiquiátricos y conductuales.

9.6.1. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.

Deben ser siempre el enfoque inicial y principal, donde corresponde realizar:

- Cambios en el estilo de vida: Actividad física diaria, entrenamiento cognitivo, detección y tratamiento factores de riesgo reversibles (patologías de base, síndrome depresivo).
- Desarrollar un plan de intervención integral que involucre al paciente, cuidadores y equipo de salud.



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

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 20 de 36

Vigencia: 5 años

- Realizar estrategias psicosociales de acuerdo a etapa de progresión de la enfermedad, en la siguiente tabla se abordan distintos ejemplos de estrategias de acuerdo a etapa de progresión:

Etapa de progresión	Estrategia
Leve	<ul style="list-style-type: none">• Apoyo post-diagnóstico a la persona y entorno familiar: consejería, educación sobre la enfermedad y sus implicancias, vinculación con recursos comunitarios.• Ajustar nivel de autonomía en actividades para promover una participación segura.• Revisión de aspectos legales y financieros.• Control de morbilidad.• Aspectos afectos de la persona y su entorno.
Moderada	<ul style="list-style-type: none">• Optimización de las capacidades físicas y cognitivas remanentes de la persona.• Abordaje de síntomas neuropsiquiátricos.• Capacitación del entorno familiar para enfrentar desafíos de la vida diaria.• Detección de maltrato.• Evitar la privación social y aislamiento social de la persona.• Compañía, apoyo y bienestar de cuidador familiar.

	PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: RYCR-NEU-002
		Edición: Tercera
		Fecha: octubre de 2022
		Página: Página 21 de 36
		Vigencia: 5 años

Avanzada

- Medidas de confort.
- Evitar la deprivación ambiental.
- Abordaje de síntomas neuropsiquiátricos.
- Apoyo a entorno familiar en marco del buen morir.
- Detección de maltrato.

9.6.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

- **ANTIPSIKÓTICOS:** Su uso debe ser excepcional, estando indicado sólo en presencia de psicosis, ideas delirantes, alucinaciones y/o agresividad que ponen en riesgo a la persona con demencia y su entorno.

Los antipsicóticos (y las benzodiazepinas) funcionan rápido, debido a sedación y contención química, pero interfieren con el pensamiento. Consensos recientes avalarían a la Risperidona como antipsicótico de elección en personas con demencia, dado un potencial mayor efecto y menor mortalidad asociado.

Iniciar con baja dosis, titular hasta la mínima dosis necesaria. Suspender el tratamiento si no hay beneficios después de un ensayo de **4 semanas**.

Intentar reducir y suspender el tratamiento en caso de respuesta positiva después de 4 meses.

Fármacos:

→ **Quetiapina:** Se sugiere iniciar con 25 mg/noche.

Dosis: 12.5 a 400mg /día

Farmacodinamia: Peak a las 2 horas, excreción renal, vida media 7 horas

Otras consideraciones: Puede aumentar efecto de antihipertensivos y disminuir efecto de L-dopa. Puede generar aumento de peso, alteraciones



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

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 22 de 36

Vigencia: 5 años

metabólicas, sedación, tiene mayor riesgo caídas, de enfermedades cardiovasculares y de cataratas.

→ **Risperidona:** Se sugiere iniciar con 0,5 mg 1 o 2 veces al día.

Dosis: 0.25 a 2.0 mg/día

Farmacodinamia: Absorción rápida, excreción renal, vida media 24 de horas.

Otras consideraciones: Puede aumentar efecto de Antihipertensivos, mayor riesgo de Síndrome. extrapiramidal, aumento peso, alteraciones metabólicas, sedación, riesgo caídas, enfermedad cardiovascular.

- **ANTIDEPRESIVOS:** Busca mejorar los síntomas conductuales y psicológicos en las personas con demencia, así como las comorbilidades psiquiátricas que puedan presentar. Estos fármacos no se deben utilizar para tratar conductas de vagabundeo, aislamiento social, inquietud motora, queja de memoria, fallas atencionales o indiferencia al entorno, agresividad motora o verbal que no representa un riesgo, nerviosismo, falta de cooperación y ansiedad leve. Son bien tolerados, pero toman tiempo en actuar.

La fluoxetina, la paroxetina y los antidepresivos tricíclicos son fármacos que se consideran inapropiados para personas mayores y toda persona con trastorno cognitivo se debe evitar su uso.

Fármacos:

→ **Citalopram:** Reducción de agitación y distrés del cuidador en Enfermedad de Alzheimer, pero requiere dosis altas. Inicio con 5 – 10 mg al día, evaluar tolerancia, titular 5-10 mg/semana hasta máximo 40 mg/día.

Dosis: 10 a 40 mg/día.

	<p>PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS</p> <p>SERVICIO SALUD IQUIQUE</p>	<p>Código: RYCR-NEU-002</p> <p>Edición: Tercera</p> <p>Fecha: octubre de 2022</p> <p>Página: Página 23 de 36</p> <p>Vigencia: 5 años</p>
<p><i>Efectos adversos:</i> Náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, cefalea, disfunción sexual, Hemorragia por trombocitopenia, hiponatremia, prolongación QT.</p> <p>→ Sertralina: Inicio con 25 mg al día, evaluar tolerancia, titular 25mg/semana.</p> <p><i>Dosis:</i> 25 a 100 mg/día.</p> <p><i>Efectos adversos:</i> Náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, cefalea, disfunción sexual, Hemorragia por trombocitopenia, Hiponatremia</p> <p>→ Trazodona: Antidepresivo sedante, eficaz en insomnio. Se debe poner atención a la aparición de ortostatismo secundario a su utilización.</p> <p><i>Dosis:</i> Inicio con 25 mg/noche, con incrementos de 25 mg cada noche hasta 100 mg.</p> <p><i>Efectos adversos:</i> Mareos, hipotensión ortostática, arritmias, confusión, agitación, priapismo.</p> <p>9.7. CONTRARREFERENCIA.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes que cumplan los objetivos del Plan de Cuidados Integrales realizado en Unidad de Memoria HETG. ● Pacientes que cumplan con criterios biomédicos para cambio tratamiento a mediana complejidad. ● Derivación a Policlínico de Neurología HETG cuando el paciente cumpla con los objetivos establecidos en Plan de Cuidados Integrales realizados en Unidad de Memoria HETG, pero requiere mantenerse con tratamiento farmacológico de alta complejidad. 		



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

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

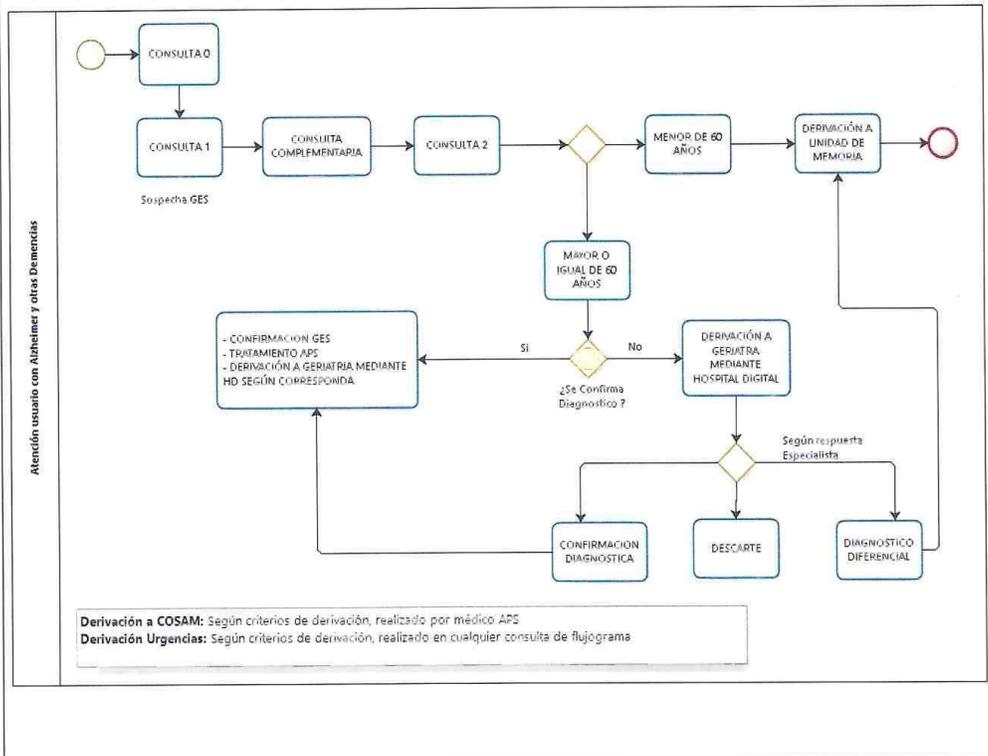
Página: Página 24 de 36

Vigencia: 5 años

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. FLUJOGRAMA.



	PROCOLO RESOLUTIVO EN RED ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: RYCR-NEU-002
		Edición: Tercera
		Fecha: octubre de 2022
		Página: Página 25 de 36
		Vigencia: 5 años

11. INDICADOR.

Definición de indicador	Porcentaje de pertinencia en las derivaciones generadas en una consulta de atención primaria de salud.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de SIC pertinentes derivadas desde APS a neurología adulto}}{\text{N}^\circ \text{ total de SIC de APS vista por la especialidad de neurología adulto}} \times 100$
Umbral de cumplimiento	90 %
Criterios	Establecidos en el protocolo.
Fuente de información	REM A07.
Periodicidad	Semestral.
Responsable	Referente de referencia y contrarreferencia del SSI.

12. 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 a este.
- Se realizará una primera reunión con Jefaturas de los diferentes establecimientos comprometidos para difusión del presente protocolo.
- Se realizará reunión con médicos interfaces de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Difusión de protocolo con Encargados Comunales a través de oficio.
- Reuniones y capacitaciones, a fin de realizar seguimiento de implementación del protocolo.
- Se realizará una nueva revisión y actualización del protocolo el año 2027.
- Se realizarán actualizaciones previas en caso de ser necesario



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

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 26 de 36

Vigencia: 5 años

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 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 López-Álvarez, 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
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y
OTRAS DEMENCIAS
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 27 de 36

Vigencia: 5 años

14. ANEXOS.

ANEXO 1: Test MMSE extendido modificado (HD).

Minimental Modificado

- 1.- ¿Qué Día de la Semana es Hoy? Sí No No sabe
- 2.- ¿Cuál es la Fecha de Hoy? Sí No No sabe
- 3.- ¿En qué Mes Estamos? Sí No No sabe
- 4.- ¿En qué Estación del Año Estamos? Sí No No sabe
- 5.- ¿En qué Año Estamos? Sí No No sabe
- 6.- ¿Qué Dirección es Esta (Calle, Número)? Sí No No sabe
- 7.- ¿En qué País Estamos? Sí No No sabe
- 8.- ¿En qué Ciudad Estamos? Sí No No sabe
- 9.- ¿Cuáles son las Dos Calles Principales Cerca de Aquí? Sí No No sabe
- 10.- ¿En qué Piso Estamos? Sí No No sabe

Le voy a nombrar 3 objetos. Después que se los diga quiero que Ud. los repita. Recuerde cuales son, porque voy a volver a preguntar en algunos momentos más. Nombre los 3 objetos siguientes demorando 1 segundo para decir cada uno: Árbol, Mesa, Avión.

- 11.- Árbol Sí No No sabe
- 12.- Mesa Sí No No sabe
- 13.- Avión Sí No No sabe



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

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 28 de 36

Vigencia: 5 años

Un punto por cada respuesta correcta en el primer intento y anote el número de respuestas correctas **NUMERO DE RESPUESTAS CORRECTAS ()** Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repítalos todos hasta que el entrevistado se los aprenda (max. 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer.

1 Repetición Sí No No sabe

2 Repetición Sí No No sabe

3 Repetición Sí No No sabe

4 Repetición Sí No No sabe

5 Repetición Sí No No sabe

Ahora voy a decirle un número de 5 dígitos y quiero que usted repita los dígitos al revés. El número es 1 - 3 - 5 - 7 - 9 (dígalos otra vez si es necesario, pero no después de haber comenzado a decirlos; dé un punto por cada dígitos correcto).

19. b) 9 Sí No No sabe

20. .b) 7 Sí No No sabe

21. .b) 5 Sí No No sabe

22. .b) 3 Sí No No sabe

23. .b) 1 Sí No No sabe

Ahora, ¿Cuáles eran los 3 objetos que yo le pedí que recordara?

24. - Árbol Sí No No sabe

25.- Mesa Sí No No sabe

26.- Avión Sí No No sabe

27.- Muestre un Reloj de Pulsera - ¿Qué es esto? Correcto Incorrecto

28.- Muestre un Lápiz - ¿Cómo se llama esto? Correcto Incorrecto

29.- Me gustaría que usted repitiera esta frase después de mí: "Tres Perros en un Trigal" (Permita un Sólo Intento) Correcto Incorrecto

30. Pásele la hoja con la frase "Cierre los Ojos" (dé 1 punto si el sujeto cierra los ojos). Lea las palabras en esta hoja y luego haga lo que está escrito Correcto Incorrecto



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y
OTRAS DEMENCIAS
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 29 de 36

Vigencia: 5 años

Mano derecha

Correcto Incorrecto

Dobla papel

Correcto Incorrecto

Pone el papel en su rodilla

Correcto Incorrecto

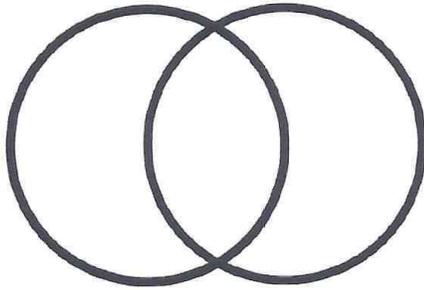
33.- Escriba una oración completa en este papel para mí (la oración debe tener un sujeto y un verbo, y tener sentido. No considere los errores gramaticales o de ortografía)

Correcto Incorrecto

34.- Escriba una oración completa en este papel para mí (la oración debe tener un sujeto y un verbo, y tener sentido. No considere los errores gramaticales o de ortografía)

Correcto Incorrecto

Por favor copie este dibujo: Muestre al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad. Contabilice un punto sí el dibujo está correcto.



36. ¿Paciente Dibuja la Figura Correctamente?

Correcto Incorrecto

Resultado Minimalista Modificado

Ver la edición



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

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 30 de 36

Vigencia: 5 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
Total		

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
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y
OTRAS DEMENCIAS
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 31 de 36

Vigencia: 5 años

ANEXO 3: Abordaje ante sospecha diagnóstica.

Se recomienda considerar estas **6 preguntas iniciales** mediante entrevista a usuario e idealmente informante confiable y examen físico:

- I. **¿Se explican los síntomas por un Síndrome confusional agudo?** Es importante descartar el cuadro ante la sospecha diagnóstica, a continuación, una tabla comparativa resumen a modo de referencia para descarte de sospecha diagnóstica.

	Síndrome confusional agudo	Demencia
Inicio	Agudo/Subagudo.	Gradual.
Duración	Horas/días.	Meses/años.
Curso	Fluctuaciones rápidas.	Sin fluctuaciones importantes.
Ciclo sueño-vigilia	Inversión del ciclo.	Preservado en primeras etapas.
Atención	Distractibilidad importante, fluctuación alerta y vigilia.	Normal en primeras etapas.
Orientación	Desorientación precoz.	Desorientación tardía.
Memoria	Normal.	Anormal.
Habla-Lenguaje	Discurso poco coherente.	Anomia, afasia, discurso con poco contenido.
Percepción	Alucinaciones visuales/ delirio.	Normal / levemente anormal.
Ánimo	Temeroso, ideas paranoides.	Desinteresado, indiferente.
Afectividad	Agitación o disminución de la actividad.	Normal/apatía.
Signos físicos	Temblo postural, mioclonías, asterixis precoces, sudoración, taquicardia.	Cambios psicomotores tardíos.
Pronóstico	Generalmente reversible.	Generalmente irreversible.



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

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 32 de 36

Vigencia: 5 años

II. ***¿Existe una queja subjetiva o existen signos sugerentes de trastorno cognitivo?***: Para hacer diagnóstico debe existir alteración objetivable en evaluaciones cognitivas estandarizadas, de acuerdo a disponibilidad en el nivel de atención. (instrumentos explicados más adelante).

III. ***¿Se explican los síntomas por un trastorno psiquiátrico primario?***: Dentro de este punto de diferenciación con diagnóstico de trastorno psiquiátrico primario, se debe considerar los **síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia (SPCD)**, que corresponden a trastornos de la percepción, contenido del pensamiento, ánimo y conducta, que frecuentemente ocurren en personas con demencia. Es frecuente que este tipo de síntomas no sean pesquisados durante la evaluación de las personas con demencia, debido al protagonismo que recibe la alteración cognitiva. No obstante, los SPCD son, en efecto, el factor que reduce de mayor manera la calidad de vida de la persona con demencia y por, sobre todo, de su cuidador y entorno familiar. La mayoría de las personas con trastornos neurocognitivos desarrollará SPCD a lo largo del curso de la enfermedad.

Ejemplos de síntomas conductuales son: Agresión física, gritos, Inquietud motora, agitación, vagabundeo (caminar sin propósito o rumbo, y sin control), comportamientos culturalmente inadecuados, desinhibición sexual, y arrebatos verbales. Ejemplos de síntomas psicológicos son: Ansiedad, apatía, ánimo depresivo, alucinaciones e ideas delirantes.

Pese a ello, también puede confundirse el diagnóstico de demencia con un trastorno psiquiátrico primario o bien estos pueden coexistir. La tabla a continuación busca ofrecer una referencia comparativa respecto a un trastorno depresivo.



**PROCOLO RESOLUTIVO EN RED
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y
OTRAS DEMENCIAS
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RYCR-NEU-002
Edición: Tercera
Fecha: octubre de 2022
Página: Página 33 de 36
Vigencia: 5 años

	Síndrome depresivo	Demencia
Historia y Curso Evolutivo	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio bien definido. • Evolución rápida y corta (semanas). • Antecedentes previos de depresión o acontecimientos adversos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio insidioso. • Evolución lenta (años). • Sin antecedentes previos.
Cuadro Clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Quejas detalladas y elaboradas de deterioro cognitivo. • Poco esfuerzo por responder • Síntomas afectivos. • Incongruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo. • Mejoría vespertina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quejas escasas, poca conciencia de enfermedad. • Se esfuerza por responder. • Afecto plano, apatía. • Congruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo. • Empeoramiento vespertino y nocturno.
Exploración	<ul style="list-style-type: none"> • Respuestas displicentes antes de iniciar la prueba. • Patrón de déficit incongruente • Lagunas de memoria específicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respuestas intentando disimular el déficit. • Patrón de déficit congruente. • No hay lagunas específicas.

IV. ¿Está comprometido el funcionamiento del paciente?: Interrogatorio sobre actividades instrumentales y básicas del paciente, confirmadas por el cuidador, y con uso de instrumento BARTHEL. Se deberá también determinar la fase de la demencia (Punto 9.2.2).



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

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 34 de 36

Vigencia: 5 años

V. *¿Pueden explicarse por factores potencialmente reversibles?*

Se recomienda sospechar causas reversibles ante los siguientes signos de alerta:

- Rápido e inexplicable deterioro en la funcionalidad.
- Edad menor a la esperada para el inicio de los síntomas.
- Fluctuaciones prominentes.
- Exposiciones de alto riesgo agudas o crónicas.
- Historia de comportamientos de alto riesgo.
- Hallazgos inexplicables o imprevistos en el examen neurológicos.
- Desempeño en pruebas neurocognitivas incongruentes con la historia clínica.

Ante la presencia de estos signos de alarma considerar los siguientes diagnósticos diferenciales de acuerdo a sistema afectado:

- **Neurológico:** Lesión que ocupa espacio intracraneal (Buscar signos neurológicos focales, cefalea), hidrocéfalo normotensivo (considerar triada clásica donde precozmente aparece alteración de la marcha, luego incontinencia urinaria casi junto con el deterioro cognitivo), Enfermedad de Jakob–Creutzfeldt (curso rápidamente progresivo 1-2 años, con signos piramidales y extrapiramidales, mioclonías, mal pronóstico y riesgo de transmisión).
- **Nutricional:** Deficiencia de vitamina B12, deficiencia de folatos.
- **Endocrinológico:** hipotiroidismo, hipertiroidismo, hipoparatiroidismo.
- **Vascular:** Vasculitis cerebral, Lupus eritematoso sistémico.
- **Infeccioso:** Neurosífilis, meningitis crónica (déficit de atención, cefalea, enlentecimiento del pensamiento y movimientos, paresia de nervios



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y
OTRAS DEMENCIAS
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 35 de 36

Vigencia: 5 años

craneanos), encefalopatía por VIH/SIDA (apatía, lentitud en el pensamiento; factores de riesgo de VIH; serología (+))

- **Intoxicaciones:** por sedantes, antihipertensivos, anticolinérgicos.
- **Psiquiátrico:** Depresión, esquizofrenia de inicio tardío.
- **Respiratorio:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de las vías aéreas, síndrome de apnea del sueño.

VI. ¿Cuál es la causa del síndrome demencial?: Una vez establecido un cuadro de sospecha de demencia se debe considerar la siguiente tabla para la sospecha etiológica con sus diagnósticos diferenciales:

Tipo de Demencia	Clínica
Enfermedad de Alzheimer (EA)	Curso lento y progresivo con deterioro cognitivo y funcional; déficit de memoria episódica; alta frecuencia de síntomas psiquiátricos
Demencia de Cuerpos de Lewy	Alucinaciones visuales de aparición precoz; fluctuaciones de función cognitiva con enlentecimiento psicomotor; inestabilidad autonómica; alteraciones del sueño, déficit en función ejecutiva y signos extrapiramidales (rigidez, temblor), Son hipersensibles a los neurolépticos, por lo que no deben utilizarse en estos pacientes.
Demencia Frontotemporal y enfermedad de Pick	Más común en 50-60 años; curso rápido; degeneración de lóbulos frontales y temporales; cambios de personalidad y conducta que aparecen precozmente en la evolución de la enfermedad; característicamente hay desinhibición social; discapacidad motriz, anosognosia. Se altera el lenguaje apareciendo logorrea, ecolalia y palilalia.



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y
OTRAS DEMENCIAS
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RYCR-NEU-002

Edición: Tercera

Fecha: octubre de 2022

Página: Página 36 de 36

Vigencia: 5 años

Demencia Vascular

Rango amplio de síntomas y signos, dependiendo de localización y severidad; curso abrupto, escalonado o insidioso; puede ser similar a EA e incluso coexistir. Buscar signos de focalización en el examen neurológico; antecedente de ECV o TIA; antecedente de hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, arritmias, etc.

Demencia en Enfermedad de Parkinson

Similar a Cuerpos de Lewy, pero con mayor predominancia de síntomas motores.

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 antidepresivo de prueba.

15. PLANILLA DE CONTROL DE CAMBIOS

REVISION	FECHA	PARRAFO	MODIFICACION REALIZADA	V°B°