Preguntas para responder

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS DEMENCIAS

1. ¿Qué es la demencia?
2. ¿Cuál es la incidencia y prevalencia de la demencia?
3. ¿Cómo se clasifica la demencia?
4. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de la demencia?
5. ¿Cuál es el curso evolutivo natural de las demencias?
6. ¿Qué se entiende por demencia degenerativa?
7. ¿Qué es la enfermedad de Alzheimer?
8. ¿Qué es la demencia con cuerpos de Lewy?
9. ¿Qué es la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson?
10. ¿Qué son las degeneraciones lobulares frontotemporales?
11. ¿Qué otras enfermedades neurodegenerativas cursan con demencia?
12. ¿Qué son las demencias vasculares?
13. ¿Qué es y cómo se clasifica la demencia secundaria?
14. ¿Qué se entiende por deterioro cognitivo leve (DCL)?
15. ¿Qué tipos de DCL existen?
16. ¿Cuál es la incidencia y prevalencia del DCL?
17. ¿Cuáles son los marcadores de riesgo de conversión del DCL a demencia?
18. ¿Existe un tratamiento que modifique el curso evolutivo del DCL?

FISIOPATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO DE LAS DEMENCIAS

19. ¿Cuáles son los mecanismos fisiopatológicos de las demencias degenerativas?
20. ¿Cuáles son los mecanismos fisiopatológicos de las demencias vasculares?
21. ¿Cuáles son los factores de riesgo de las demencias?

TRATAMIENTO

22. ¿Se puede hacer prevención primaria de la demencia?

ESTUDIO GENÉTICO EN DEMENCIAS

23. ¿Cuándo está indicado realizar análisis genéticos para identificar mutaciones patogénicas en pacientes con demencia?
24. ¿Cuándo está indicado realizar un análisis genético predictivo en sujetos asintomáticos?

DIAGNÓSTICO DE LAS DEMENCIAS

25. ¿Cómo se diagnostica la demencia?
26. ¿Cuál es el diagnóstico diferencial de la demencia?
27. ¿Cuál es la utilidad de la evaluación mediante tests neuropsicológicos en el deterioro cognitivo y demencia?
28. ¿Qué pruebas neuropsicológicas, cuestionarios o escalas de valoración funcional deben realizarse a un paciente con demencia?
29. ¿Cuáles son las pruebas de laboratorio imprescindibles en el diagnóstico de la demencia?
30. ¿Debe solicitarse la determinación de apolipoproteína E (apoE)?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

31. ¿Cuál es la utilidad del análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR) en el diagnóstico de la demencia?
32. ¿Cuál es la técnica de neuroimagen estructural de elección en el proceso diagnóstico de la demencia y sus diferentes tipos?
33. ¿Cuál es la técnica de neuroimagen funcional de elección en el proceso diagnóstico de la demencia y sus diferentes tipos?
34. ¿Cuál es la utilidad del EEG/mapping en el diagnóstico de la demencia?
35. ¿Cuáles son las indicaciones de realizar una biopsia cerebral en el diagnóstico etiológico de la demencia?

ACTUACIONES DE LOS DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES

36. ¿Qué son y cómo se clasifican los niveles asistenciales?
37. ¿Cuál es la función de la atención primaria en la atención integral de la demencia? ¿Se debe realizar un cribado de la demencia en población general? ¿Cuáles son los criterios de derivación a la Etención Especializada en Demencias (AED)? ¿Qué seguimiento del paciente con demencia debe realizarse desde la atención primaria?
38. ¿Qué son los equipos de atención especializada en el abordaje de la demencia (EAED) y cuál es su función?
39. ¿Cuál es la función de la red sociosanitaria en el abordaje integral de la demencia?
40. ¿Qué función tienen los servicios de salud mental en la atención de la demencia?
41. ¿Qué son los servicios sociales y qué función tienen en la atención de las personas con demencia?
42. ¿Cómo debe ser la coordinación y la garantía de continuidad asistencial entre los diferentes niveles asistenciales en la atención a las demencias?

TRATAMIENTO DE LA DEMENCIA

Medidas generales:

43. ¿Cuándo y cómo debe informarse del diagnóstico de demencia al paciente y a su familia?
44. ¿Qué contenido básico debe tener la información al paciente y su familia?

Tratamiento farmacológico específico de la demencia:

45. ¿Existe un tratamiento farmacológico específico de las demencias?
46. ¿El tratamiento farmacológico específico es igual de eficaz en todas las personas?

Enfermedad de Alzheimer

47. ¿Qué tratamiento farmacológico es eficaz en la enfermedad de Alzheimer de grado leve, moderado y grave?
48. ¿Qué tratamiento farmacológico específico es eficaz en las manifestaciones cognitivas, conductuales, funcionales y/o calidad de vida de la enfermedad de Alzheimer?
49. ¿Cuáles son los efectos adversos y contraindicaciones del tratamiento farmacológico específico en la enfermedad de Alzheimer?
50. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de combinar dos o más fármacos específicos en la enfermedad de Alzheimer de grado leve, moderado y grave?
51. ¿Cuándo debe finalizar el tratamiento específico en la enfermedad de Alzheimer?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Demencia asociada a enfermedad de Parkinson

52. ¿Qué tratamiento farmacológico específico es eficaz en la demencia asociada a enfermedad de Parkinson?
53. ¿Cuáles son los efectos adversos y contraindicaciones del tratamiento farmacológico de la demencia asociada a enfermedad de Parkinson?
54. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de combinar dos o más fármacos específicos en la demencia asociada a enfermedad de Parkinson?

Demencia por cuerpos de Lewy

55. ¿Qué tratamiento farmacológico específico es eficaz en la demencia por cuerpos de Lewy?
56. ¿Cuáles son los efectos adversos y contraindicaciones del tratamiento farmacológico específico en la demencia por cuerpos de Lewy?
57. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de combinar dos o más fármacos específicos en la demencia por cuerpos de Lewy de grado leve, moderado y grave?
58. ¿Cuál es la utilidad de los fármacos con acción dopaminérgica en la demencia por cuerpos de Lewy?

Degeneración lobular frontotemporal

59. ¿Qué tratamiento farmacológico es eficaz en las manifestaciones cognitivas y conductuales de la degeneración lobular frontotemporal?

Demencia vascular

60. ¿Qué tratamiento farmacológico es eficaz en la demencia vascular de grado leve, moderado y grave?
61. ¿Cómo influye el tratamiento farmacológico en la demencia vascular respecto a las manifestaciones cognitivas, conductuales, funcionales y/o calidad de vida?
62. ¿Cuáles son los efectos adversos y contraindicaciones del tratamiento farmacológico en la demencia vascular?

Otros tratamientos farmacológicos

63. ¿Existen otros tipos de fármacos eficaces en las manifestaciones cognitivas y funcionales de las personas afectadas de algún tipo de demencia?

Tratamiento no farmacológico de las demencias:
Intervención o estimulación cognitiva

64. ¿Qué es la intervención o estimulación cognitiva?
65. ¿Qué tipos de intervención cognitiva existen?
66. ¿Son eficaces los programas de intervención cognitiva en la demencia?
67. En pacientes con enfermedad de Alzheimer, ¿son eficaces los programas de intervención cognitiva computarizada?
68. ¿Los programas de intervención cognitiva están indicados en sujetos analfabetos o en pacientes con limitaciones sensoriales severas?
69. ¿Son recomendables las intervenciones cognitivas individuales?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Programas de intervención sobre las actividades de la vida diaria

70. ¿En qué consisten los programas de intervención sobre las actividades de la vida diaria en los pacientes con demencia?
71. ¿Los programas de intervención sobre las actividades de la vida diaria mejoran la funcionalidad de las personas con demencia?

Programas de actividad física

72. ¿Son eficaces los programas de actividad física para mejorar o estabilizar las funciones cognitivas y capacidad funcional de los pacientes afectados de demencia?

Otros tratamientos no farmacológicos

73. ¿Existen otros tratamientos no farmacológicos que sean eficaces en las manifestaciones cognitivas, funcionales, motoras y/o calidad de vida de las demencias?

Seguridad de los tratamientos no farmacológicos

74. ¿Los tratamientos no farmacológicos utilizados en la demencia pueden tener efectos nocivos?

Tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia

75. ¿Qué entendemos por síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD)?
76. ¿Por qué son importantes los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia?
77. ¿Cómo se puede cuantificar la intensidad y frecuencia de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia?
78. ¿En qué momento de la evolución de la demencia aparecen los SCPD?
79. ¿Existen SCPD que sean característicos de algunos tipos de demencia?
80. ¿Cuáles son las medidas no farmacológicas indicadas en cada síntoma conductual y psicológico en la demencia?
81. ¿Cuáles son las recomendaciones generales sobre el tratamiento farmacológico de los SCPD?
82. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico óptimo para cada síntoma conductual y psicológico de la demencia?
83. ¿Cuáles son los efectos adversos y contraindicaciones de los fármacos utilizados en el control de los SCPD?
84. ¿Cuál es la eficacia al combinar el tratamiento farmacológico y no farmacológico para tratar los síntomas conductuales y psicológicos en la demencia leve, moderada y grave?
85. ¿Cuáles son las recomendaciones más eficaces para evitar SCPD en un paciente afecto de demencia?
86. ¿Cómo deben tratarse los SCPD de difícil control ambulatorio?
87. ¿Cuáles son las actitudes que debe reunir el cuidador para abordar al paciente con síntomas conductuales y psicológicos?

Tratamientos alternativos en las demencias

88. ¿Hay medicamentos tradicionales a base de plantas y suplementos alimenticios que se hayan demostrado útiles en el tratamiento de la demencia?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Evaluación del tratamiento en las demencias

89. ¿Cómo se ha de evaluar en la práctica clínica la respuesta al tratamiento de la demencia?

EL CUIDADOR DE LA PERSONA AFECTADA DE DEMENCIA

90. ¿Qué se entiende por cuidador principal de un paciente con demencia?
91. ¿Las características de los cuidadores son las mismas para las personas con diferentes tipos de demencia?
92. ¿Qué repercusiones tiene sobre el cuidador la atención a una persona con demencia?
93. ¿Qué escalas son útiles para evaluar la sobrecarga del cuidador?
94. ¿Existen intervenciones eficaces para prevenir la sobrecarga del cuidador?
95. ¿Existen intervenciones eficaces para tratar la sobrecarga del cuidador?
96. ¿Qué son los grupos de ayuda mutua (GAM)?
97. ¿Qué beneficios se obtienen al participar en los GAM?
98. ¿En qué casos es necesario realizar un tratamiento psicológico al cuidador?
99. ¿Qué son las asociaciones de familiares de personas afectadas de demencia y qué papel desempeñan en el abordaje integral de la demencia?
100. ¿Cuál debe ser la relación entre las asociaciones y la red pública sanitaria y social?

DEMENCIA DE INICIO PRECOZ O PRESENIL

101. ¿Qué se entiende por demencia presenil o de inicio precoz?
102. ¿Cuáles son las causas más frecuentes de demencia de inicio precoz o presenil?
103. ¿Los pacientes con demencia de inicio precoz tienen manifestaciones clínicas diferentes a los pacientes de inicio posterior?
104. ¿El proceso diagnóstico en personas con demencia de inicio precoz ha de ser diferente del de un paciente que inicia la enfermedad después de los 65 años?
105. ¿Hay diferencias en el tratamiento farmacológico de una persona con demencia de inicio precoz y el de una persona con demencia de inicio tardío?
106. ¿Hay diferencias en el tratamiento no farmacológico prescrito a una persona con demencia de inicio precoz y el de una persona con demencia de inicio tardío?
107. ¿Hay diferencias en el impacto y repercusión psicológica, social, familiar, laboral y económica entre el grupo de personas diagnosticadas de demencia de inicio precoz, respecto al grupo de personas con demencia de inicio tardío?
108. ¿Qué recursos sanitarios y sociosanitarios precisan las personas con demencia de inicio precoz?

ÉTICA Y ASPECTOS LEGALES EN LAS DEMENCIAS

Maltrato a las personas con demencia

109. ¿Qué se entiende por maltrato a las personas que padecen demencia?
110. ¿Cuál es la frecuencia y cuáles los factores de riesgo del maltrato en la demencia?
111. ¿Cuáles son las estrategias de intervención para detectar un caso de maltrato?
112. ¿Cuál debe ser la actuación del profesional cuando se detecta un caso de maltrato?
113. ¿Cuáles son los recursos sociales para abordar el maltrato?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Voluntades anticipadas

114. ¿Cuándo se le debe plantear a una persona con demencia la realización del documento de voluntades anticipadas, el testamento vital y/u otorgar poderes notariales?

Valoración de competencias

115. ¿Existen instrumentos específicamente diseñados para evaluar la competencia del enfermo que padece demencia?
116. ¿Cómo se evalúan las competencias específicas: permiso de conducir, permiso de armas y participación en ensayos clínicos?
117. ¿Cuáles son las indicaciones para iniciar el proceso legal de incapacitación de un paciente afecto de demencia?

Aspectos de protección legal del enfermo

118. ¿En qué consiste la incapacitación legal?
119. ¿Qué tipo de protección legal existe para un enfermo afecto de demencia?
120. ¿Qué es la tutela?

Contención del paciente

121. ¿Cuáles son las indicaciones de la contención farmacológica y/o psicológica de un paciente afecto de demencia?
122. ¿Cuáles son las indicaciones de la contención física de un paciente afecto de demencia?
123. ¿Cuáles son los aspectos éticos y legales de la contención?

124. ¿Cuáles son las indicaciones de efectuar un ingreso involuntario y cuál es el proceso que hay que seguir?

ATENCIÓN A LA PERSONA CON DEMENCIA AVANZADA Y EN LA ETAPA FINAL DE LA VIDA

125. ¿Qué criterios definen una situación avanzada y terminal con pronóstico de vida limitado en el enfermo afectado de demencia?
126. ¿Es posible determinar, en una persona con demencia avanzada en la fase final de la vida, si su supervivencia va a ser inferior a 6 meses?
127. ¿Cuándo se deben iniciar los cuidados paliativos en las personas afectadas de demencia?
128. ¿Cuáles son los recursos sanitarios más adecuados para atender a la persona afectada de demencia en la etapa final de la vida?
129. ¿Cómo se identifican y se manejan las manifestaciones clínicas y las necesidades de las personas con demencia y de sus cuidadores en la fase avanzada y terminal de la enfermedad?
130. ¿Cómo se puede diferenciar un empeoramiento debido a la evolución natural de la enfermedad del producido por un proceso concomitante potencialmente reversible?
131. ¿Cuáles son los objetivos de la atención a las personas con demencia en fase terminal?
132. ¿Qué medidas extraordinarias o de rango mayor deberían ser cuestionadas en la atención a pacientes con demencia avanzada?
133. ¿Qué medidas terapéuticas de rango intermedio deberían ser cuestionadas en la atención a pacientes con demencia avanzada?

Han trascurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

134. ¿Qué información y ayuda se debe proporcionar a la familia del paciente con demencia terminal?
135. ¿Cuáles son las normativas legales y los principios éticos relativos a la comunicación con las personas con demencia avanzada y con su familia en la fase final de la vida?
136. ¿En qué casos se recomienda realizar el estudio neuropatológico post mórtem?

DIVULGACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DEMENCIA

Divulgación

137. ¿Cómo se debe tratar el tema de las demencias en los medios de comunicación para informar adecuadamente a la población y cuáles son los medios más apropiados?

Formación

138. ¿Qué formación de pregrado sobre demencia debe impartirse a los profesionales de las ciencias de la salud y servicios sociales?
139. ¿Qué formación sobre demencia debe impartirse en las ramas sanitarias de formación profesional?

140. ¿Qué formación de posgrado sobre demencia debe recibir el profesional de la salud en general?
141. ¿Qué formación de posgrado sobre demencia debe recibir el profesional de la salud que se dedica a la atención específica de personas con demencia?

Investigación

142. ¿Cuál es la importancia de la investigación en el campo de la demencia?
143. ¿Cuál es el papel que deben desarrollar los diferentes niveles asistenciales en la investigación de la demencia?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN

Niveles de evidencia	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1–	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2–	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia de nivel 3 o 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

Los estudios clasificados como 1– y 2– no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

Buena práctica clínica

✓ [1]	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

[1] En ocasiones el grupo elaborador se percata de algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere poner énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia científica que lo aporte. En general estos casos son sobre algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones de la GPC

Grado de recomendación: A, B, C o D, según sea muy buena, buena, regular o baja calidad de la evidencia.

✓ Buena práctica clínica: recomendación por consenso del grupo de trabajo.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS DEMENCIAS	
Deterioro cognitivo leve (DCL) y conversión a demencia	
C	Se pueden usar diversos marcadores biológicos y de neuroimagen para ayudar a predecir la progresión del DCL a demencia en un contexto de investigación, pero no se pueden recomendar aún para su uso en la práctica clínica habitual.
A	No se recomienda actualmente el uso de IACE para evitar o retrasar la progresión de DCL a demencia.
A	No se recomienda actualmente el uso de AINE, terapia sustitutiva con estrógenos, ginkgo biloba o vitamina E para evitar o retrasar la progresión de DCL a demencia.
C	No hay suficiente evidencia para recomendar la estimulación cognitiva ni el ejercicio físico para evitar o retrasar la progresión de DCL a demencia.
PREVENCIÓN DE LAS DEMENCIAS	
C	Se recomienda el control de los factores de riesgo vascular (HTA, DM, hipercolesterolemia) y los hábitos de vida saludables (consumo de ácidos grasos omega-3, realización de ejercicio físico y mental) por la clara evidencia que existe sobre su beneficio en otros aspectos de la salud, aunque su posible beneficio sobre la reducción del riesgo de demencia no esté apoyada por estudios apropiadamente diseñados.
C	Aunque el consumo moderado de alcohol o el consumo crónico de AINE se han asociado a menor riesgo de EA, también tienen otros riesgos para la salud y no hay suficiente evidencia para recomendarlos en la prevención de la demencia.
C	No se recomienda la toma de vitamina C, o vitamina E ni de terapia hormonal sustitutiva para la prevención de la demencia.
ESTUDIO GENÉTICO EN DEMENCIAS	
D	Se recomienda que los pacientes con probabilidad de padecer demencia por causa genética sean referidos a unidades especializadas en consejo genético.
C	La realización de análisis genéticos para la detección de mutaciones causales está indicada en pacientes con EA con historia familiar autosómica dominante de inicio presenil.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

C	En pacientes con DLFT, los análisis genéticos estarían indicados en casos con historia familiar de enfermedad similar.
B	En pacientes con enfermedad priónica, el estudio genético estaría indicado en todos los casos, independientemente de la historia familiar o de la edad.
B	Está recomendado realizar el estudio genético en caso de sospecha de enfermedad de Huntington para confirmar el diagnóstico.
Según legislación vigente	La realización de análisis genéticos en la práctica clínica ha de ser autorizada por escrito por el propio sujeto o su representante legal tras asesoramiento genético.
C	El estudio genético predictivo se puede realizar en sujetos mayores de edad con riesgo de ser portadores de una mutación patogénica conocida causante de demencia y que lo deseen, tras consentimiento informado por escrito y asesoramiento genético multidisciplinar previo al análisis genético y seguimiento posterior.
D	El estudio de factores de riesgo genético de demencia, como el genotipo APOE, no está indicado con fines de asesoramiento genético en el sujeto asintomático.
DIAGNÓSTICO DE LAS DEMENCIAS	
✓	Se recomienda evaluar el impacto del deterioro cognitivo sobre las actividades de la vida diaria, dado su afectación que constituye un criterio diagnóstico de demencia y condiciona el posterior manejo de estos pacientes.
✓	Se recomienda obtener datos de un informador independiente y fiable siempre que sea posible.
✓	Se recomienda evaluar los síntomas psicológicos y conductuales, por su relevancia para el diagnóstico.
✓	Se recomienda realizar una exploración física general y neurológica en los pacientes con demencia para detectar comorbilidad y signos neurológicos asociados que pueden ayudar al diagnóstico diferencial de algunos subtipos de demencia.
D	Se recomienda usar los criterios clínicos del DSM-IV-TR o de la CIE-10 para el diagnóstico de demencia.
B	Se recomienda usar los criterios DSM-IV-TR o NINCDS/ADRDA para el diagnóstico de EA.
B	Se recomienda usar los criterios del NINDS/AIREN o la escala de Hachinski para facilitar el diagnóstico de DV.
D	Se recomienda usar los criterios de Emre et al. (Movement Disorder Society) para el diagnóstico de la demencia asociada a enfermedad de Parkinson.
B	Se recomienda usar los criterios de McKeith para el diagnóstico de la DLB.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

B	Se recomienda utilizar los criterios de Lund-Manchester o de Neary para ayudar al diagnóstico de la DLFT.
B	Los pacientes con quejas cognitivas deben ser evaluados mediante pruebas de cribado de cognición global, baterías neuropsicológicas, instrumentos cognitivos cortos focalizados en aspectos concretos de la cognición y/o cuestionarios estructurados normalizados para cuantificar el grado de deterioro cognitivo.
A	El diagnóstico de demencia debe incluir una evaluación cognitiva objetiva formal con instrumentos validados.
A	Es recomendable el uso de la versión española normalizada del MMSE o el MEC para el cribado de demencia en sujetos con quejas cognitivas o edad avanzada en nuestro medio.
B	Otros tests de cribado cortos como el test de Pfeiffer, el MIS, el test de los 7 minutos, el test del reloj, el Eurotest o el T@M también pueden ser recomendados para el cribado de demencia en sujetos con sospecha de deterioro cognitivo.
B	La exploración neuropsicológica mediante pruebas de evaluación general del tipo breve-intermedio se recomienda cuando se pretende realizar una valoración de las áreas neuropsicológicas más importantes en un tiempo razonable.
D	Es recomendable la realización de una evaluación neuropsicológica detallada mediante pruebas específicas cuando existen discrepancias entre la impresión clínica y las pruebas de cribado, dudas diagnósticas o bien cuando las quejas se limitan a un solo dominio cognitivo o son de corta evolución.
C	Es recomendable el uso de escalas específicas para cuantificar el grado de deterioro funcional global en sujetos con sospecha de deterioro cognitivo.
✓	La elección de un instrumento en concreto debe realizarse en función del tiempo disponible, de la experiencia clínica y de la disponibilidad de datos normativos en la lengua y en el medio en el que se aplicarán.
D	Se recomienda realizar, en todos los pacientes evaluados por posible demencia, las siguientes pruebas de laboratorio: hemograma, TSH, electrolitos, calcio y glucosa, para descartar causas potencialmente reversibles de demencia y para el cribado de comorbilidades.
D	Puede añadirse también la determinación de niveles de folatos, especialmente en pacientes con escasa ingesta de cereales, y niveles de B_{12}, sobre todo en adultos mayores.
D	Se recomienda realizar serologías para sífilis o VIH sólo en pacientes con sospecha clínica de estas infecciones como causa potencial de demencia o como comorbilidad.
D	No se recomienda la determinación de homocisteína como factor de riesgo asociado a deterioro cognitivo o EA.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

A	No se recomienda la determinación del genotipo APOE en la práctica asistencial para el diagnóstico de EA.
B	Puede usarse la determinación de T-tau, Aβ-42 y P-tau en LCR como prueba complementaria en casos de diagnóstico diferencial dudoso entre EA y otras demencias. No se recomienda su uso rutinario en el diagnóstico de la demencia.
B	Puede usarse la determinación T-tau, Aβ-42 y P-tau en LCR como prueba complementaria en casos de deterioro cognitivo ligero cuando los rasgos clínicos, neuropsicológicos y evolutivos hacen sospechar una EA como etiología del mismo.
A	Se recomienda el test de proteína 14-3-3 en LCR ante la sospecha de ECJ.
✓	El análisis de LCR deberá hacerse siempre que se sospeche una demencia secundaria a un proceso infeccioso o encefalítico.
B	Se recomienda la neuroimagen estructural (TC y RM) como herramienta complementaria en el diagnóstico inicial de la demencia, sobre todo para identificar lesiones tratables por cirugía y enfermedades vasculares.
✓	Se recomienda la RM para detectar cambios vasculares con mayor sensibilidad que la TC.
B	Se recomienda la realización de una RM con secuencias de difusión ante la sospecha de ECJ.
B	SPECT y PET se pueden emplear como complemento a la neuroimagen estructural para apoyar el diagnóstico o para ayudar a diferenciar entre diferentes tipos de demencia cuando el diagnóstico es incierto. No se recomienda su uso rutinario ni como herramienta única de diagnóstico.
B	Se recomienda la ^{123}I-FP-CIT SPECT para apoyar el diagnóstico de DLB (como rasgo diagnóstico sugestivo) y para el diagnóstico diferencial entre DLB/PDD y EA.
B	Se recomienda la realización de EEG si se sospecha la presencia de delírium, crisis epilépticas parciales complejas o estado de mal epiléptico no convulsivo.
A	Se recomienda la realización de EEG para el diagnóstico de la ECJ.
D	La realización de una biopsia cerebral con fines diagnósticos debe ser considerada únicamente en pacientes muy seleccionados en los que se sospecha una causa reversible que no puede ser diagnosticada de otro modo.
ACTUACIONES DE LOS DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES	
D	Los profesionales de la EAP deben sospechar la existencia de deterioro cognitivo y/o demencia ante la observación de quejas de memoria, cambios conductuales y dificultades para las AVD avanzadas e instrumentales, realizando test de cribado, e inicio de exploraciones complementarias para poder formular una orientación diagnóstica y derivar a la AED según los resultados.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

C	No hay suficiente evidencia científica que permita recomendar el cribado poblacional de demencia en personas de más de 65 años.
C	Se debe derivar desde los EAP a los EAED a las personas con: a) demencia de inicio precoz, familiar o genética, b) dudas en el diagnóstico de deterioro cognitivo, c) demencia secundaria potencialmente grave, d) sospecha de enfermedad neurodegenerativa, e) complicaciones no previsibles o de difícil manejo en el curso de una demencia ya diagnosticada.
D	Se recomienda no derivar a los EAED a aquellas personas con DCL o demencia secundaria que pueda ser resuelta por el EAP, y a los enfermos pluripatológicos con mal estado funcional de base.
D	Los EAP deben responsabilizarse de la gestión, atención y seguimiento de las personas con demencia y de sus cuidadores.
D	La persona que presenta una evolución previsible debe ser controlada periódicamente por el EAP. Si existen agravamientos inesperados, signos de alarma, crisis conductuales, etc., éstos deberán ser atendidos con rapidez por el EAP, y ante la dificultad para controlarlos deberán derivarse a los EAED.
D	Debe establecerse una coordinación y comunicación entre EAP, EAED, ASS y AFA para asegurar una continuidad asistencial a lo largo de todo el proceso.
D	Es recomendable que el equipo multidisciplinar de los EAED cuente con un médico especialista experto en demencias (neurólogo, geriatra o psiquiatra), un psicólogo/neuropsicólogo, un profesional de enfermería, un trabajador social y personal administrativo. El EAED debe tener acceso a medios de diagnóstico, poder diseñar estrategias de tratamiento y de seguimiento, y cumplir sus objetivos asistenciales, docentes, de investigación y gestión.
D	El paciente y/o su familia deben ser informados sobre el diagnóstico, el pronóstico y la estrategia a seguir.
D	El paciente y/o familia han de recibir un informe escrito donde se detallen todas las exploraciones realizadas, orientación diagnóstica y tratamiento y plan de seguimiento. Dicha información debe ser entregada al EAP y/o al profesional referente.
D	Es recomendable la existencia de recursos específicos para la atención de personas con demencia y que la red de la ASS disponga de recursos específicos adecuados a cada fase de la enfermedad.
✓	Para optimizar el tratamiento integral de la demencia es recomendable que existan criterios de derivación, admisión y alta para cada recurso asistencial.
D	El tratamiento en hospitales de día específicos para demencia está recomendado en la fase leve y moderada de la demencia.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

✓	Debe tenerse en cuenta que los servicios de salud mental desempeñan un papel fundamental en la atención a las personas con demencia, ya que contribuyen al diagnóstico etiológico, tratamiento y atención en régimen de hospitalización en caso de aparición de SCPD graves. Aportan una atención coordinada, integrada y multidisciplinar.
D	Es recomendable que los profesionales de la salud y servicios sociales conozcan mejor la problemática de sus pacientes afectados de demencia para poder dar respuesta a sus demandas y conocer las tareas que realiza el cuidador, el tiempo que invierte en ello, el ámbito donde vive, y el coste que supone para la familia.
D	La Administración, a través de su red de servicios sociales, debe adaptarse al aumento de la demanda de atención y servicios para personas con demencia.
D	Es recomendable favorecer el acceso a los servicios sociales y facilitar sus prestaciones para dar soporte adecuado a la labor cuidadora de las familias que atienden a personas con demencia.
D	Es recomendable extremar las medidas de soporte que permitan facilitar que las personas con demencia permanezcan en su domicilio.
C	Son recomendables las intervenciones psicoeducativas y de soporte psicológico dirigidas a las familias con personas con demencia para favorecer su labor cuidadora, reducir la carga de cuidar y mejorar la calidad de vida.
D	Es recomendable seleccionar de forma dinámica, en cada caso y en función del momento evolutivo de la demencia, el mejor recurso de servicio social que se le debe facilitar a la familia cuidadora de una persona afectada de demencia.
D	Para asegurar la continuidad asistencial sanitaria y social en la atención de las personas afectadas por demencia y sus familiares, es recomendable que a lo largo de todo el proceso exista coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, servicios sociales y recursos comunitarios.
D	Para favorecer una atención integral a la persona/familia con demencia, es recomendable que la comunicación y coordinación entre los diferentes niveles (sanitarios, sociales y comunitarios) sea rápida, efectiva, eficiente y multidireccional.
D	Es recomendable que todos los niveles asistenciales colaboren en la consecución de un diagnóstico de seguridad favoreciendo la obtención de muestras biológicas y de tejido neurológico.
D	Es recomendable coordinar a los diferentes niveles asistenciales para favorecer que se respeten los derechos y libertades de los pacientes en la toma de decisiones (voluntades anticipadas).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	Es recomendable la coordinación entre niveles asistenciales, EAED, universidades, industria farmacéutica, instituciones docentes y de investigación, y las AFA para favorecer ampliar conocimientos (formación e investigación) en las demencias (aspectos sanitarios, sociales, comunitarios).
D	Es recomendable que los diferentes profesionales que intervienen en la atención de la demencia colaboren en la elaboración de un registro de demencias para conocer mejor la realidad y planificar de forma racional nuevas estrategias de intervención.
TRATAMIENTO DE LA DEMENCIA	
Medidas generales	
D	Se recomienda informar del diagnóstico de demencia al paciente y a su familia cuando exista una sospecha razonable de demencia. El médico del EAED y/o EAP es la persona que debe informar al paciente y a la familia.
C	Se recomienda informar al paciente que lo pida y a la familia del diagnóstico, ya que se ha demostrado que la información recibida no predispone o genera un trastorno en la persona afectada.
D	Debe respetarse el derecho del paciente a ser o no informado, y su derecho a elegir, si está capacitado para ello, a aquellas personas de su entorno que deban ser informadas del proceso.
C	Se recomienda ofrecer la información mediante una comunicación verbal comprensible, prudente, respetuosa, empática y un entorno y condiciones adecuadas facilitando el diálogo bidireccional. Para facilitar la comprensión del diagnóstico y sus consecuencias puede ampliarse la información con folletos informativos, libros, vídeos, Internet y otros medios audiovisuales y asociaciones de familiares de pacientes afectados de demencia. Si existen barreras idiomáticas se deberá facilitar la comunicación a través de un mediador cultural independiente.
D	Se recomienda valorar individualmente el posible impacto que pueda generar la comunicación del diagnóstico y realizarla de forma fraccionada si es necesario, ampliando información en visitas sucesivas y en sesiones informativas (EAED, EAP, AFA).
C	Se recomienda dar una información a pacientes y familiares sobre la demencia, su evolución, manifestaciones clínicas, tratamiento integral y soporte al cuidador que les permita planificar su futuro.
D	Se recomienda que las sesiones informativas grupales dirigidas a las familias contemplen información de aspectos básicos de la demencia; función de los distintos profesionales y niveles asistenciales; tratamiento integral y recursos disponibles; manejo de los problemas emergentes; detección de cargas derivadas de la labor de cuidar, y soporte al cuidador.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	Se recomienda realizar programas específicos de formación para familiares que conviven con personas afectadas de DLB, DLFT o DV y en fases avanzadas y terminales de la demencia.
D	Se recomienda la formación de profesionales de la salud, servicios sociales y voluntarios/profesionales para que puedan dirigir un grupo de pacientes y/o familiares afectados de demencia.
D	Es recomendable formar a cuidadores (familiares o profesionales) para capacitarlos en el manejo de intervenciones no farmacológicas de la demencia.
Tratamiento farmacológico específico de la demencia	
A	Se recomiendan los IACE para el tratamiento específico y sintomático de la EA de leve a moderada.
A	Se recomienda el tratamiento con IACE en el manejo de la DV de leve a moderada.
B	Los IACE han mostrado beneficio en la demencia por DLB y PDD.
B	Los IACE (donepezilo, rivastigmina y galantamina) no muestran diferencias entre ellos, respecto a los perfiles de eficacia y seguridad.
A	Se recomienda memantina como tratamiento específico de la EA de moderada a grave en monoterapia o en combinación con IACE.
–	Disponemos de escasa evidencia sobre si el tratamiento farmacológico específico es igual de eficaz en todas las personas debido a la escasez de estudios que evalúan la respuesta individual a los distintos fármacos.
Enfermedad de Alzheimer	
A	Se recomienda el tratamiento con IACE (donepezilo 5-10 mg/día, galantamina 16-24 mg/día o rivastigmina 6-12 mg/día oral/4,6-9,5 mg/día transdérmica) en pacientes con EA leve o moderada.
B	Puede utilizarse un IACE (donepezilo o galantamina) en la EA grave, aunque la evidencia de su beneficio es menor.
A	Se recomienda tratamiento con memantina a dosis de 20 mg/día en pacientes con EA moderada a grave.
A	Se recomienda el tratamiento con IACE en pacientes con EA de leve a moderada, para el manejo de síntomas cognitivos y funcionales.
A	Se recomienda el tratamiento con IACE en pacientes con EA de leve a moderada, para el manejo de las alteraciones conductuales (apatía, ansiedad y depresión), a pesar de que el beneficio es modesto.
A	Se recomienda el tratamiento con memantina en pacientes con EA de moderada a grave, para el manejo de los síntomas cognitivos y funcionales.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

B	No se dispone de evidencia para recomendar el tratamiento con IACE para mejorar la calidad de vida de los pacientes con EA.
✓	Se recomienda seguir indicaciones de la ficha técnica del fármaco para evitar efectos adversos y contraindicaciones de los IACE y de memantina.
D	Se recomienda para evitar o minimizar los efectos adversos de los IACE, administrar una dosis progresiva del fármaco, iniciando el tratamiento a dosis bajas, hasta alcanzar la dosis óptima terapéutica tolerada.
D	Los IACE deben utilizarse con precaución en pacientes con antecedentes de epilepsia, asma o enfermedad pulmonar obstructiva, arritmias, síncopes, hipotensión, presencia de bradicardia o QT prolongado, ulcus péptico activo, retención urinaria, insuficiencia renal o hepática. La memantina debe utilizarse con precaución en pacientes con antecedentes de epilepsia, insuficiencia renal y retención urinaria.
D	La domperidona puede utilizarse para tratar los efectos gastrointestinales leves secundarios a los IACE.
B	Se recomienda la adición de memantina en pacientes con EA de moderada a grave, tratados con donepezilo a dosis estables en terapia combinada.
B	No se recomienda la adición de memantina a donepezilo para el tratamiento de pacientes con EA de leve a moderada.
✓	Se recomienda evaluar individualmente la suspensión del tratamiento farmacológico específico, ya que no disponemos de estudios que evalúen dicho ítem y en el único estudio en que se interrumpió el tratamiento con donepezilo la cognición y función no regresaron al nivel conseguido antes de la interrupción.
Demencia asociada a enfermedad de Parkinson	
B	Se recomienda el uso de rivastigmina o donepezilo en la PDD.
B	Se puede considerar el uso de donepezilo para el tratamiento de síntomas cognitivos y funcionales en la PDD.
C	No existe evidencia suficiente para recomendar el uso de memantina en la PDD.
B	En pacientes afectos de PDD, el tratamiento con donepezilo y memantina se asoció a una tasa de efectos adversos similares al grupo placebo, a diferencia de rivastigmina, que mostró una tasa mayor de efectos secundarios, aumento de temblor y una menor tasa de mortalidad que el grupo placebo.
Demencia por cuerpos de Lewy	
B	Se recomienda el uso de rivastigmina para el tratamiento de los SCPD de la DLB.
C	Se puede considerar el uso de donepezilo o galantamina para el tratamiento de los síntomas cognitivos y SCPD en la DLB.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

C	No existe evidencia para recomendar el uso de memantina en DLB.
✓	Los efectos adversos más frecuentes observados en pacientes con DLB tratados son: náuseas, vómitos, pérdida de peso y somnolencia. Éstos fueron más frecuentes en los pacientes tratados con rivastigmina respecto a placebo e igual en los tratados con memantina respecto a placebo. Los potenciales efectos adversos de la rivastigmina deben ser detectados y monitorizados durante el tratamiento.
C	Se puede utilizar la levodopa en monoterapia para el tratamiento de los síntomas motores de la DLB.
D	Se recomienda evitar el uso de agonistas dopaminérgicos y anticolinérgicos en la DLB por el potencial efecto de empeoramiento de los síntomas cognitivos, psicóticos y producir alteraciones del sueño e hipotensión ortostática.
Degeneración lobular frontotemporal	
B	No está recomendado el uso de IACE o memantina en el tratamiento de los síntomas cognitivo-conductuales de pacientes con DLFT.
B	Se recomienda el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, trazodona o neurolépticos atípicos para el tratamiento de agitación, conductas inapropiadas, compulsiones o esterotipias en pacientes con DLFT.
Demencia vascular	
A	Se recomienda el uso de IACE en la DV de leve a moderada.
A	Se recomiendan los IACE para mejorar los síntomas cognitivos de la DV de leve a moderada.
A	Se recomienda donepezilo para mejorar la impresión clínica global y los déficits funcionales (AVD) en la DV.
A	Se recomienda el uso de galantamina para el tratamiento de los síntomas cognitivos, déficit funcional y SCPD en pacientes con DV de leve a moderada, demencia mixta y/o EA con enfermedad vascular cerebral.
C	Puede utilizarse rivastigmina para mejorar la cognición en la DV.
A	Puede utilizarse memantina para tratar los síntomas cognitivos de la DV moderada y grave.
B	Los IACE pueden utilizarse en el tratamiento de los síntomas cognitivos de la DV.
B	No se recomiendan los IACE y/o la memantina para el manejo de los síntomas conductuales en la DV.
✓	Teniendo en cuenta que los pacientes con DV suelen tener un riesgo cardiovascular elevado, se recomienda valorar individualmente el tratamiento con IACE y extremar la vigilancia en su manejo.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

✓	Se recomienda seguir indicaciones de la ficha técnica del producto.
Otros tratamientos farmacológicos	
A	No se recomiendan las terapias hormonales (ACTH, prednisona, estrógenos, dehidroepiandrosterona) como tratamiento de la EA.
A	No se recomienda ibuprofeno, indometacina o dosis bajas de naproxeno como tratamiento de la EA.
A	No se recomienda el piracetam como tratamiento de la EA.
A	No se recomienda la propentofilina como tratamiento de la EA o la DV.
B	No se recomienda el nimodipino como tratamiento de la DV.
A	No se recomienda la selegilina como tratamiento de la EA.
A	No se recomienda la ibedenona como tratamiento de la EA.
B	No se recomienda la dihidroergotoxina mesilato en el tratamiento de la EA o de la DV.
B	No se recomienda la citicolina o CDP-choline por vía oral como tratamiento de la DV.
D	No se recomienda la citicolina o CDP-choline por vía parenteral como tratamiento del deterioro cognitivo vascular.
TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LAS DEMENCIAS	
Intervención o estimulación cognitiva	
B	La participación en programas de intervención cognitiva es recomendable en pacientes con EA leve o moderada, para mantener su función cognitiva, su funcionalidad y calidad de vida, si bien la magnitud del efecto atribuible a la propia intervención cognitiva no está bien establecida.
C	Actualmente no hay evidencia de eficacia de la estimulación cognitiva en sujetos con DV para recomendar su uso en este subtipo de demencia.
–	No es posible en el momento actual recomendar un tipo de intervención cognitiva concreta basándose en el grado de eficacia en pacientes con EA leve o moderada, si bien intervenciones que requieren un tipo de procesamiento general parecen tener un mayor beneficio global que aquellas en las que se realiza un entrenamiento cognitivo de funciones concretas.
C	No se puede recomendar en el momento actual el uso de programas de intervención cognitiva computarizada en la EA inicial o el deterioro cognitivo leve.
B	Las intervenciones cognitivas individuales son recomendables para estabilizar la función cognitiva y funcionalidad de los sujetos con EA.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

–	No es posible recomendar el uso de intervenciones individuales frente a las intervenciones en grupo o viceversa.
Programas de intervención sobre las actividades de la vida diaria	
B	Se recomienda la realización de programas de intervención sobre las actividades de la vida diaria para mejorar la funcionalidad de los pacientes con demencia y disminuir la sobrecarga del cuidador a medio plazo, tanto en sujetos institucionalizados como residentes en su domicilio familiar.
Programas de actividad física	
B	Se recomienda la realización de programas de actividad física a largo plazo para mantener la funcionalidad de los pacientes con demencia institucionalizados.
Otros tratamientos no farmacológicos	
C	En el momento actual no se puede recomendar el uso de masajes o toques terapéuticos, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, musicoterapia o terapia multisensorial en el tratamiento de las manifestaciones cognitivas o funcionales en pacientes con demencia o específicamente con EA.
B	La modificación de la conducta, la higiene programada y la micción inducida son recomendables para disminuir la incontinencia urinaria en sujetos con demencia.
Seguridad de los tratamientos no farmacológicos	
✓	Los programas de intervención cognitiva, especialmente aquellos basados en terapias de orientación a la realidad y entrenamiento cognitivo, han de ajustarse a las capacidades cognitivas y a la tolerancia emocional que presente cada paciente para evitar consecuencias emocionales adversas.
Tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia	
✓	Se recomienda evaluar de forma sistemática la presencia de SCPD por ser un componente fundamental del cuadro clínico, elevada frecuencia de aparición, difícil manejo, impacto sobre la calidad de vida y por ser motivo frecuente de asistencia urgente, claudicación familiar e institucionalización.
✓	Se recomienda utilizar instrumentos diseñados específicamente para valorar los SCPD en la demencia de forma independiente de las alteraciones cognitivas y funcionales.
✓	Se recomienda el NPI (Neuropsychiatric Inventory), como instrumento para la evaluación de la intensidad y frecuencia de los SCPD, la escala CSDD (Cornell Scale for Depression in Dementia) para la evaluación de sintomatología depresiva y el CMAI (Cohen Mansfield Agitation Inventory) para evaluar la agitación.
B	Se recomienda tener presente que los SCPD pueden aparecer en cualquier momento de la evolución de la demencia, sea cual sea su etiología, y no es inhabitual que sean la primera manifestación.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

B	Si en una persona con demencia en fase precoz aparecen delirios y alucinaciones, debe sospecharse que se trate de una DLFT o una DLB. Si existen alteraciones de conducta del sueño REM, la primera sospecha será de DLB.
B	Los SCPD deben detectarse lo antes posible, en fases de demencia leve, o a lo largo de su evolución posterior, deben ser cuantificados y agruparlos en síndromes que nos pueden facilitar el diagnóstico diferencial entre las diferentes demencias.
B	Se recomienda conocer y reconocer los SCPD que aparecen en la EA, DV, DLFT, DLB y PDD.
B	Es recomendable que los profesionales de la salud, ante la aparición de un SCPD, realicen una valoración sistemática del mismo y del resto de los síntomas que permita realizar un diagnóstico diferencial con las enfermedades psiquiátricas idiopáticas.
B	Los profesionales de la salud deben tener en cuenta la importancia de los SCPD desde el punto de vista semiológico, repercusión pronóstico y recursos. Los SCPD deben detectarse lo antes posible, en fases de demencia leve, o a lo largo de su evolución posterior, cuantificarlos y agruparlos en síndromes que nos permitan facilitar el diagnóstico diferencial entre las diferentes entidades neurodegenerativas y tratarlos adecuadamente.
B	Se recomienda conocer y reconocer las agrupaciones de SCPD que aparecen en la EA, DV, DLFT, DLB, PDD, PSP, DCB y EH.
✓	Se recomienda iniciar el tratamiento con medidas estratégicas no farmacológicas para el manejo de los SCPD.
C	Es de especial relevancia que los cuidadores reciban información y formación que les capacite para prevenir la aparición de los SCPD y actuar como coterapeutas cuando ya están presentes.
C	Las terapias orientadas a la estimulación con actividades de recreo y las actividades placenteras se han mostrado eficaces contra la depresión.
✓	El manejo no farmacológico del sueño consiste fundamentalmente en establecer pautas y una buena higiene del sueño.
C	Existe evidencia limitada de que los masajes terapéuticos pueden ser eficaces en la agitación.
D	Se recomienda el empleo de técnicas de identificación electrónica en aquellos pacientes con demencia que presenten deambular errático.
D	Se recomienda empezar por el manejo no farmacológico de los SCPD y emplear los fármacos en síntomas graves o rebeldes.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta GPC de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	Se debe identificar el síntoma que se va a tratar y sus posibles causas o desencadenantes.
D	La recomendación general respecto al tratamiento farmacológico de los SCPD es comenzar con el tratamiento de base (IACE y/o memantina) y, si la respuesta no resulta suficiente, añadir un psicofármaco específico.
✓	Tener en cuenta la especial sensibilidad de estos pacientes a los efectos adversos, especialmente el riesgo de efectos anticolinérgicos, hipotensión ortostática, caídas, efectos extrapiramidales, empeoramiento de función cognitiva, confusión y delírium. Revisar la dosis y la propia necesidad del tratamiento a intervalos regulares, generalmente cada 3 meses.
✓	Comenzar con dosis bajas y alcanzar las dosis mínimas eficaces de forma lenta. Utilización preferente de la vía oral. Si fuera necesario, la intramuscular es preferible a la intravenosa.
B	Se recomienda el uso de los IACE y/o memantina como tratamiento de la demencia no sólo para los síntomas cognitivos sino también para los no cognitivos.
B	Se recomienda el uso de rivastigmina para el tratamiento de los SCPD en los pacientes con DLB o PDD.
D	Se recomienda el uso de psicofármacos para el tratamiento de los SCPD, aunque la evidencia sobre su eficacia en pacientes con demencia es generalmente baja y el riesgo de efectos adversos es elevado.
B	En los pacientes en que esté indicado el uso de los IACE o memantina, se recomienda el uso de estos fármacos para tratar también los SPCD.
✓	En caso de que no mejoren, se emplearán medidas no farmacológicas o los psicofármacos específicos para el síntoma considerando sus efectos adversos.
A	En pacientes con EA y síntomas psicóticos puede usarse risperidona.
B	En pacientes con EA y síntomas psicóticos puede usarse donepezilo. En el tratamiento de la psicosis en la DLB puede usarse rivastigmina.
D	En pacientes con EA o DV y síntomas psicóticos pueden usarse antipsicóticos atípicos.
B	En pacientes con demencia y depresión pueden usarse antidepresivos, preferiblemente sertralina y citalopram. A pesar de que su eficacia es similar, no se recomiendan los tricíclicos por sus efectos adversos.
D	Pueden usarse psicoestimulantes, amantadina, bromocriptina o bupropion en pacientes con demencia y apatía severa.
–	No hay suficiente evidencia para hacer recomendaciones sobre el tratamiento de la ansiedad en la demencia.
D	Risperidona puede ser eficaz en la deambulación errática en la EA.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	Pueden usarse benzodiazepinas, trazodona o hipnóticos para el tratamiento de las alteraciones del sueño en la demencia. No se recomienda melatonina.
B	Se recomienda el uso de neurolépticos para el tratamiento de la agitación y agresividad. La evidencia es mayor para risperidona que para otros fármacos.
D	En caso de intolerancia a antipsicóticos se puede usar donepezilo (si está indicado), ISRS o carbamazepina para tratar la agitación y la agresividad.
D	Pueden usarse antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo, agentes hormonales, cimetidina o pindolol para el tratamiento de las conductas sexuales inapropiadas.
A	Los antipsicóticos deben utilizarse con precaución en pacientes con demencia por el riesgo de reacciones adversas, considerando siempre los riesgos de tratar frente a los riesgos de no tratar.
B	Los antipsicóticos están contraindicados en la DLB por el elevado riesgo de efectos adversos.
C	Se recomienda que los tratamientos con benzodiazepinas sean de corta duración por los efectos adversos.
✓	Se recomienda asociar medidas no farmacológicas a las farmacológicas para el manejo de los diferentes síntomas conductuales y psicológicos de la demencia.
✓	Se recomienda una evaluación cuidadosa ante la aparición de SCPD, para descartar patología concomitante y procurar un entorno medioambiental óptimo.
✓	Puede utilizarse la estimulación sensorial, terapia conductual, actividades estructuradas y contacto social para disminuir la incidencia de SCPD, aunque no se dispone de evidencia científica que lo avale.
A	En la agitación es recomendable el uso de antipsicóticos atípicos o típicos.
B	Para controlar el delirio en la persona con demencia pueden usarse los antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina, quetiapina).
D	Si las crisis de conducta no responden a las medidas farmacológicas habituales en el domicilio/residencia se aconseja el ingreso en el hospital o bien en unidades específicas para realizar el diagnóstico de los síntomas y etiología, tratar las comorbilidades, optimizar el tratamiento del SCPD, y garantizar la seguridad del paciente y de su entorno.
✓	Se recomienda informar y formar al cuidador del paciente afecto de demencia, en estrategias para el abordaje y manejo de los SCPD que posibilite la adopción y promoción de una actitud idónea para el paciente y prevención de sobrecarga y claudicación del cuidador.
Tratamientos alternativos en las demencias	
B	No se recomienda los suplementos de vitamina E en el tratamiento de la EA.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

A	No se recomienda el uso de suplementos de vitamina B_1, B_6, B_{12} o ácido fólico en pacientes con deterioro cognitivo que no presentan un déficit manifiesto de estos elementos.
B	No se recomienda el uso de suplementos de cobre en el tratamiento de los pacientes con EA.
B	No existe suficiente evidencia en la literatura sobre la eficacia de ginkgo biloba para recomendar su uso en el tratamiento de la EA o de la DV.
C	Las evidencias existentes no permiten recomendar el uso de lecitina, ácido alfa-lipoico, ácidos grasos omega-3, ginseng o yokukansan (TJ-54) en el tratamiento de los síntomas cognitivos de la EA.
Evaluación del tratamiento en las demencias	
D	Se recomienda evaluar periódicamente aspectos cognitivos, funcionales, motores y conductuales, así como el grado de sobrecarga del cuidador en el seguimiento de pacientes con demencia.
D	Se recomienda el uso de tests, escalas o cuestionarios para cuantificar la respuesta terapéutica y la aparición de complicaciones en pacientes con demencia.
✓	La elección de un test, escala o cuestionario se basará en la experiencia del médico y en su aplicabilidad en su contexto.
C	Se recomienda el uso del MMSE para evaluar en la práctica clínica la respuesta al tratamiento de la demencia.
EL CUIDADOR DE LA PERSONA AFECTADA DE DEMENCIA	
C	En la atención a cada persona con demencia es necesario valorar sus características individuales y las propias de la enfermedad para poder valorar y prevenir la carga y las necesidades del cuidador, y actuar en consecuencia para optimizar su red de soporte.
D	La demencia es un proceso dinámico, que a medida que avanza compromete y obliga más al cuidador. Es recomendable valorar cuidadosamente la carga que soporta el cuidador principal y el apoyo que recibe en su labor de cuidar. Si la carga es excesiva, es conveniente establecer las medidas oportunas para evitar que se resienta su salud física y psicológica y con ello aparezca el riesgo de claudicar.
C	Se recomienda el uso de la escala de Zarit (versiones larga y corta) para la cuantificación de la carga del cuidador.
✓	Se recomienda utilizar instrumentos específicos adaptados y validados para la evaluación de otros aspectos que puedan estar afectados por la carga del cuidador.
D	Es recomendable realizar una valoración basal del cuidador de una persona con demencia para identificar los factores que influyen en la carga de cuidar, las dificultades que pueden surgir en el curso de la enfermedad y el grado de carga que el cuidador ya presenta en el momento del diagnóstico.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	Es recomendable informar bien al cuidador, de forma progresiva, sobre la enfermedad y sus posibles complicaciones, ofrecerle los recursos sociales disponibles, así como sistemas de apoyo formal o informal para prevenir su sobrecarga.
B	Para mejorar la atención a los cuidadores de personas con demencia y disminuir su carga en la tarea de cuidar, así como la ansiedad y depresión, puede ser beneficioso un programa que combine el apoyo educativo, el apoyo emocional y la facilitación de recursos.
B	Son recomendables las intervenciones realizadas en el propio domicilio del cuidador y de forma personalizada.
D	Una atención integral del cuidador debe contemplar múltiples acciones: programa de acogida, sesiones informativas, formación teórica y práctica, asesoramiento, soporte emocional, adecuación de recursos, tratamiento farmacológico si lo precisa y acompañamiento a lo largo de todo el proceso.
D	Es recomendable que en los GAM exista un profesional que favorezca y potencie las habilidades de los integrantes al grupo.
D	Es aconsejable y deseable que los cuidadores de personas con demencia participen en GAM, ya que aportan múltiples beneficios que les permite afrontar mejor su labor de cuidar y mejorar su situación personal.
D	Es recomendable participar en GAT o GAEE para mejorar las estrategias de afrontamiento de la demencia, aliviar la carga y mejorar el nivel de ansiedad y depresión que puede afectar al cuidador.
D	Los profesionales que dirigen los GAT o GAEE han de individualizar sus intervenciones para ser más eficaces.
✓	Se recomienda que aquellos cuidadores que expresen un grado significativo de estrés y/o depresión sean derivados a su médico de atención primaria y/o especialistas en salud mental para su evaluación y tratamiento.
C	La psicoterapia, especialmente la terapia cognitivo-conductual estaría recomendada en el tratamiento del estrés o depresión por sobrecarga del cuidador cuando éste presenta sintomatología clínicamente relevante.
D	Los profesionales de la salud y de servicios sociales que atienden a personas con demencia y a sus familiares deberían comentarles la existencia de las AFA y los beneficios que pueden obtener de ellas, e insistir en su experiencia en la convivencia con personas con demencia.
D	Para conseguir una optimización en la aproximación y manejo de la demencia a lo largo de todo el proceso, desde el diagnóstico hasta después de la muerte, es recomendable que exista una buena coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y las AFA.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	La Administración pública y las AFA deberían seguir manteniendo y mejorando su colaboración, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la ciudadanía afectada por la demencia.
D	La relación entre el tercer sector y la Administración pública debe ser amplia, con un diálogo continuo que favorezca el intercambio de conocimientos tanto sobre necesidades como propuestas de colaboración (programas, subvenciones, convenios, etc.).
D	Es recomendable seguir mejorando la relación entre la Administración pública y las AFA, a través de la elaboración de protocolos de derivación, reconocimiento del papel de las AFA en la formación de cuidadores y profesionales, fomentando la creación de GAT y/o GAEE y programas terapéuticos (HD, CD, talleres de rehabilitación) y ayudas para el desarrollo de actividades complementarias.
DEMENCIA DE INICIO PRECOZ O PRESENIL	
D	En la evaluación y caracterización del deterioro cognitivo en personas con demencia presenil se recomienda la utilización de baterías neuropsicológicas validadas en este grupo de edad.
D	Se recomienda que el estudio etiológico de un paciente con demencia de inicio precoz incluya el estudio de causas poco incidentes en grupos de edad más tardío y presentaciones atípicas de demencias frecuentes.
✓	Es recomendable que los pacientes con demencia de inicio precoz sean evaluados por profesionales con experiencia en este grupo de edad y en centros que dispongan de las pruebas complementarias adecuadas para realizar dicho estudio.
✓	En ausencia de evidencia específica en este grupo de edad, se recomienda seguir las pautas terapéuticas recomendadas para otros grupos de edad según el tipo de demencia que padece el paciente.
✓	Se recomienda que las personas con demencia presenil realicen las mismas terapias no farmacológicas que han demostrado ser eficaces en personas de más de 65 años.
✓	Si queremos favorecer la adherencia a los programas terapéuticos no farmacológicos, individuales o de grupo, es necesario adaptarlos a las necesidades específicas de la persona con demencia de inicio precoz.
✓	Es recomendable que las personas con demencia de inicio precoz tengan acceso a recursos sanitarios y sociosanitarios específicamente enfocados a su atención.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

ÉTICA Y ASPECTOS LEGALES EN LAS DEMENCIAS	
Maltrato a las personas con demencia	
D	Es necesario que el profesional de la salud, los servicios sociales y la sociedad en general se preocupen y tomen conciencia del maltrato que sufren muchas personas mayores afectadas o no de demencia. Es un problema personal, familiar, intergeneracional, de salud, de justicia y de derechos humanos. Su detección permite establecer estrategias de prevención, cambio de actitudes y promover soluciones.
D	Los profesionales de la salud y servicios sociales han de estar formados y sensibilizados para detectar, declarar, prevenir y tratar los problemas derivados del maltrato a personas con demencia.
D	Es importante identificar el tipo de maltrato (acción u omisión), y determinar sus características (psicológico, físico, sexual, económico).
D	Ante la sospecha de maltrato la persona debe ser interrogada en privado y con delicadeza, dada su fragilidad, teniendo en cuenta su estado anímico y el temor a las consecuencias que el descubrimiento del maltrato le puede acarrear en su entorno.
D	Para un diagnóstico completo de maltrato es conveniente valorar sus factores de riesgo, los que dependen del enfermo, del cuidador que maltrata y de las circunstancias que lo envuelven.
D	Debe sospecharse la posibilidad de existencia de maltrato ante una persona con demencia hostil, agresiva, provocativa, dependiente para las AVD, y ausencia de una red de soporte adecuada.
D	Debemos sospechar que el cuidador/a puede ser un maltratador/a cuando observamos en él síntomas de ansiedad, depresión, sobrecarga en la tarea de cuidar, bajo nivel cultural y cuando la persona a la que atiende es muy dependiente para las AVD y/o presenta SCPD.
D	Se debe conseguir que la persona con demencia en fase de leve a moderada nos aporte la información sobre su estado de salud física y psíquica a través de una comunicación fluida y veraz. En estadios iniciales puede ser relativamente fácil conseguirla; en las demencias que fluctúan habrá que buscar el momento más oportuno y fiable; en fases avanzadas será posible obtener información en momentos de lucidez.
D	Es recomendable una exploración clínica cuidadosa y exhaustiva para detectar signos que hagan sospechar la posibilidad de maltrato, valorando los aspectos físicos, psicológicos y conductuales.
D	Se recomienda estar atento a la posibilidad de maltrato, ya que facilita su detección y permite medidas de protección, prevención y corrección.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

B	Debemos interrogar sistemáticamente sobre los aspectos relacionados con el maltrato a toda persona mayor y/o con demencia, y utilizar escalas estandarizadas para su detección.
B	Debemos evaluar al cuidador de una persona con demencia para detectar un posible responsable de maltrato. Se pueden utilizar escalas para su detección.
D	Los profesionales de la salud y servicios sociales deben estar capacitados para prevenir, detectar, atender, proteger, declarar y recuperar a la persona con demencia que sufre maltrato.
✓	Se han de preservar los derechos fundamentales de la persona a la dignidad, participación, autonomía y autodeterminación.
✓	La persona que sufre maltrato debe ser informada, respetando su derecho a la confidencialidad, a tener cubiertas sus necesidades básicas y a preservar sus relaciones sociales.
✓	Hay que definir e identificar las demandas de la víctima, de forma individualizada, sin prejuicios ni juicios de valor, determinar una estrategia de actuación y buscar la mejor solución posible para todos los implicados en una situación de maltrato.
✓	En caso de que exista sospecha cierta de maltrato el personal sanitario debe activar los recursos judiciales que permitan la defensa de la persona víctima de maltrato. Si existen lesiones físicas se hará un comunicado judicial de lesiones. Si no existen lesiones u otras contingencias agudas se comunicará al Ministerio Fiscal.
D	Es recomendable que al detectar y diagnosticar maltrato se pongan en marcha estrategias que permitan mejorar la situación de la víctima y del agresor. Se han de coordinar las actuaciones de los distintos profesionales y registrar todos los datos del maltrato en la historia clínica.
D	Para prevenir y tratar el maltrato se recomienda evitar el aislamiento social, optimizar la atención al paciente, adecuar su vivienda e institucionalizarlo si la familia no puede garantizar su atención.
D	Es conveniente atender a la persona que maltrata, muchas veces un familiar estresado o enfermo, o sobrecargado de forma excesiva. Se puede reducir su carga compartiendo la labor de cuidar, cambiando al paciente del entorno familiar, participando en grupos de apoyo, garantizándole descanso, y ofreciéndole tratamiento médico si lo precisa.
Voluntades anticipadas	
D	Los profesionales de salud y servicios sociales y los familiares deben intentar conocer las VA de la persona enferma para poder cumplir su voluntad y respetar sus preferencias médicas, legales y financieras.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	Es importante seguir divulgando y sensibilizando a la población general y a los profesionales de la salud y servicios sociales sobre la necesidad de que las personas adultas, capaces y libres ejerzan su derecho a elaborar un documento de VA donde se recojan deseos sobre cuidados y tratamientos que acepta recibir, así como el nombramiento de un representante válido que pueda decidir en su nombre en cada circunstancia de salud, y llegado el fallecimiento, sobre el destino de sus órganos.
D	Se recomienda hacer el documento de VA en la edad adulta y en pleno uso de las facultades mentales. En la persona con demencia se ha de intentar lo antes posible para garantizar al máximo su integridad cognitiva.
D	Los profesionales de la salud deberían recomendar el documento de VA a sus enfermos, y sobre todo insistir en ello si detectan deterioro cognitivo emergente.
D	Es recomendable que en el documento de VA se anote todo aquello que es importante para la persona, pensando que otro, al que él designe, habrá de decidir en su nombre siguiendo sus propias indicaciones.
D	Para facilitar la accesibilidad a las VA de una persona es recomendable que el documento de VA se registre en la comunidad autónoma y en el Registro Nacional de instrucciones previas o VA del Ministerio de Sanidad y Consumo; y debería incorporarse a la historia clínica y a la tarjeta sanitaria.
Valoración de competencias	
D	Se debe procurar al máximo mantener la autonomía de la persona afectada de demencia, respetar su capacidad de tomar decisiones, siempre que sea posible, incluso al final de sus días.
D	Es recomendable que los profesionales de la salud, servicios sociales y los estamentos jurídico-legales que les atienden utilicen un lenguaje común y compartan conocimientos.
D	Es recomendable evaluar la capacidad de decisión de toda persona afectada de demencia utilizando el instrumento de evaluación del documento Sitges 2009.
D	Es recomendable involucrar al paciente en la toma de decisiones sobre el tratamiento. El deseo del paciente ha de prevalecer, sin embargo, deben valorarse las discrepancias de opinión entre paciente y cuidador.
D	Debe utilizarse la incapacitación, total o parcial, como un recurso legal de protección a la persona con demencia.
D	En la evaluación integral y multidisciplinar de la persona con demencia se deben incluir la valoración de su capacidad de decidir y si existe o no una protección jurídico-legal adecuada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	Se recomienda valorar la capacidad de conducir de las personas con demencia incluso en las fases iniciales, ya que se ha demostrado un aumento del riesgo de sufrir accidentes.
D	Se recomienda realizar siempre una valoración psicológica completa en los centros de reconocimiento de conductores para detectar a las personas con deterioro cognitivo en grado de demencia leve.
D	Los profesionales de la salud deben informar al paciente con demencia y a su familia del riesgo que puede comportar el seguir conduciendo.
D	Si la persona con demencia leve sigue con su licencia, es necesario revisar su capacidad entre cada 6 y 12 meses, o antes si es preciso, para valorar su riesgo.
D	Debe plantearse una limitación de la conducción cuando se detecten alteraciones, incluso leves, en la atención, la orientación, funciones ejecutivas o en praxis visuoespacial.
D	En personas con demencia, sobre todo si hay trastornos de la conducta, es aconsejable que no tengan a su alcance armas o elementos que puedan ser peligrosos para ellos o para terceros.
D	Las personas con demencia y sus familiares deben ser informados de la posibilidad de participar en ensayos clínicos.
D	Las personas que participan en estudios de investigación han de recibir una información amplia, detallada y comprensible y han de firmar un consentimiento informado.
D	En los estudios de investigación deben implementarse las Guías de Buena Práctica Clínica.
D	Es recomendable que los ECA cumplan una serie de condiciones: a) metodología correcta y un equipo investigador competente; b) aceptable relación riesgo-beneficio; c) supervisión independiente; d) distribución justa de cargas, distribución aleatoria, con igual probabilidad de eficacia y seguridad en todos los grupos; e) consentimiento informado y confidencialidad; f) garantías de seguridad, y g) una remuneración adecuada.
D	Los profesionales que participan en estudios de investigación deben conocer los convenios relativos a los derechos humanos y la biomedicina y las normas establecidas por las guías éticas internacionales.
D	Es muy importante respetar la autonomía y libertad de la persona en el momento del diagnóstico y a lo largo de todo el proceso evolutivo, teniendo en cuenta que a pesar de la existencia de voluntades anticipadas, la persona, con la edad, por las circunstancias y/o con el propio proceso de la enfermedad, puede cambiar su forma de ver las cosas, y con ello modificar sus decisiones.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	Se debe recomendar iniciar el proceso de incapacitación cuando la demencia progresa y el deterioro cognitivo y/o conductual condicionan la toma de decisiones inadecuadas que pueden perjudicar a la persona afecta de demencia y a su entorno.
D	El proceso de incapacitación debe ser el resultado de una valoración multidisciplinar, y debe contemplar múltiples aspectos tales como el diagnóstico, las manifestaciones clínicas, el grado de dependencia, aspectos sociales, utilización de servicios y evolución del proceso.
Aspectos de protección legal del enfermo	
Según legislación vigente	Para solicitar la incapacitación o modificación de la capacidad de obrar debe seguirse el procedimiento que marca la Ley de Registro Civil y Enjuiciamiento Civil en el que partiendo de una demanda se estudia el caso, se contesta y el juez dicta una sentencia.
✓	A las personas con deterioro cognitivo ligero y demencia leve se les debería aconsejar que se autoprotegieran a través de la autotutela, o dando poderes especiales, o escribiendo el documento de voluntades anticipadas.
✓	Cualquier persona con demencia que aún tenga suficiente capacidad de obrar, debería designar un tutor, en previsión de ser declarada incapaz. Así como adoptar cualquier disposición referida a su atención personal o a la administración de sus bienes, y también la identificación de aquella persona que en ningún caso debería ser nombrada.
✓	Las personas con demencia que han perdido su capacidad de autogobierno deberían tener un representante legal o tutor para que les proteja realizando su sustitución.
✓	Las personas con demencia con una capacidad de decisión reducida deberían nombrar a un representante que cuidase de su curatela acompañándolo, aconsejándole y asistiéndolo en la toma de decisiones.
✓	La persona con demencia con capacidad de decisión reducida debería nombrar un administrador patrimonial para administrar sus bienes si éstos fueran de gran envergadura
✓	Debe nombrarse un defensor judicial de la persona con demencia, para hacer frente a situaciones de urgencias si no hay nombrado un tutor o cuando se produzcan divergencias importantes entre tutor y tutelado.
Contención del paciente	
B	Es recomendable prevenir, detectar precozmente y tratar la agitación psicomotriz y la agresividad de las personas con demencia. Las medidas que hay que seguir son de tipo no farmacológico, farmacológico y de contención mecánica si se precisa.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

A	Es recomendable utilizar fármacos antipsicóticos atípicos como primera línea de tratamiento farmacológico de la agitación psicomotriz y la agresividad de la persona afectada de demencia.
D	Cuando una persona con demencia con agitación psicomotriz marcada no se ha podido controlar con medidas verbales y/o farmacológicas, y sigue siendo peligrosa o con riesgo de producir daños a sí mismo o a los demás deberá plantearse la contención mecánica (CM).
D	En la CM deben utilizarse elementos de sujeción homologados, de acuerdo con la legislación vigente, y en perfecto estado de conservación, para su eficacia y seguridad.
D	Para lograr una CM adecuada y segura, es necesario un equipo coordinado integrado por cuatro o cinco personas bien entrenadas, que sujeten al paciente convenientemente, de forma cuidadosa para no dañarle, actuando con tranquilidad y serenidad pero con firmeza y seguridad. A lo largo de todo el procedimiento de la CM deben extremarse todas aquellas medidas dirigidas a prevenir complicaciones directas o indirectas, asegurando al paciente su comodidad, intimidad y respeto. Se interrumpirá la medida de CM lo antes posible, de forma progresiva, cuando se haya conseguido el control de los síntomas.
D	La CM es una medida terapéutica de restricción física que sólo debe ser aplicada bajo prescripción médica. Sólo debe ser utilizada si otros métodos de contención no son aplicables o han fracasado. Su objetivo es proteger al propio paciente y a otras personas, objetos o instalaciones que le rodean. No se debe producir un daño superior al que se pretende evitar.
D	Es recomendable evitar la utilización excesiva de la CM en personas con demencia, sólo emplearla cuando esté realmente justificada, ya sea por la intensidad de los síntomas y la posibilidad de daño propio o a otros. Debe ser lo más breve posible para preservar la dignidad y libertad de la persona y reducir el riesgo de complicaciones.
D	Es conveniente que la CM sea una decisión compartida y de consenso con los otros miembros del equipo interdisciplinar. En la historia clínica debe estar detallada y firmada por el facultativo y deben contemplarse los datos de filiación, el tipo y la fecha de aplicación de la medida, el motivo de la restricción, la pauta de cuidados para seguir, la periodicidad de los controles, así como la información dada al paciente y a la familia y el consentimiento informado.
C	Debe utilizarse la CM en las siguientes indicaciones: prevenir lesiones en el propio paciente y en otras personas que le rodean. Evitar interferencias en el tratamiento (vías, sondas, etc.), y daños materiales en el entorno del paciente. Evitar fugas y prevenir caídas y mantener la correcta posición del cuerpo. Conseguir los objetivos organizativos del centro. Mantener un entorno social cómodo.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

C	Deben respetarse las contraindicaciones de la CM y no se debe llevar a cabo si no está explícitamente indicada por el profesional sanitario responsable o si existe la orden facultativa de no aplicarla. Tampoco se debe emplear si existen medidas o procedimientos alternativos de eficacia similar que no han sido probados. Nunca se debe utilizar como castigo o demostración de fuerza, o como sustituto de vigilancia, o por exclusiva conveniencia o comodidad de los profesionales que le atienden.
C	Es aconsejable que la CM se mantenga por breve espacio de tiempo (horas, días), con un seguimiento en el que se asegure una observación adecuada para evitar riesgos y complicaciones. Debe finalizar cuando se ha conseguido un control adecuado, y se realizará de forma gradual.
D	Ya que las medidas de contención afectan a la libertad de movimientos de la persona, y a su libre decisión, y además no están exentas de complicaciones, es necesario que antes de iniciarlas se observen y se cumplan, con atención y rigor, las normas legales que las regulan. La actuación debe contemplar los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia y respetando el derecho a la autonomía personal.
C	La persona con demencia en la que los trastornos de la conducta son severos y conllevan riesgo para el propio paciente y/o para las personas de su entorno, y que no son controladas adecuadamente en el ámbito ambulatorio (atención primaria y especializada) debería ingresar en unidades especializadas para control de la crisis y descanso de la familia. La admisión en estos centros debería cumplir el doble objetivo diagnóstico y de tratamiento.
D	Los ingresos para el control de las situaciones de crisis deben ser lo más cortos posible, y asegurar en el momento del alta, el control de los síntomas, la adecuación del entorno y de la familia receptora, la reducción de la sobrecarga del cuidador y la instauración de medidas de apoyo a su tarea de seguir cuidando.
Según legislación vigente	Hay que respetar la normativa legal que protege a la persona que se ve sometida, de forma involuntaria, al ingreso en el hospital. Se requerirá la opinión y consentimiento de la familia y se requerirá la autorización judicial antes de realizarlo. Las razones deben estar convenientemente justificadas, asegurando su beneficencia y el respeto a la dignidad y a la libertad de la persona afectada.
D	Si se requiere internamiento involuntario, con carácter de urgencia, de una persona con demencia con trastornos de conducta severos, será el médico que le atiende el que tomará la decisión. En este caso, el responsable del centro deberá dar cuenta del mismo, lo antes posible, al tribunal competente.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

ATENCIÓN A LA PERSONA CON DEMENCIA AVANZADA Y EN LA ETAPA FINAL DE LA VIDA	
D	Puede emplearse el término SEAT en la demencia degenerativa avanzada en fase terminal, que se corresponde con el estadio GDS 7.
B	Valorar el estado de SEAT mediante el instrumento Gold Standards Framework (GSF). El GSF es recomendable para conocer las expectativas de los cuidadores sobre la muerte del paciente, la necesidad de establecer medidas paliativas, la limitación del esfuerzo terapéutico, y sobre el consumo de recursos, complicaciones y situaciones de crisis.
C	La demencia avanzada debe considerarse como demencia terminal si el deterioro cognitivo es grave y existe una severa dependencia para las ABVD, no existe posibilidad de beneficio terapéutico con el tratamiento específico, existe múltiple comorbilidad y no puede mantenerse un adecuado estado nutricional.
B	Para establecer un pronóstico de vida inferior a 6 meses en una persona con demencia avanzada deben identificarse aquellos parámetros con poder predictivo tales como el grado de deterioro cognitivo, el grado de discapacidad funcional, la presencia de desnutrición y la presencia de complicaciones sistémicas y comorbilidad.
D	Los cuidados paliativos deben implementarse en el manejo de las personas con demencia, deben introducirse de forma precoz tras realizar el diagnóstico y deberán prolongarse y ampliarse con la progresión de la enfermedad.
D	Los cuidados paliativos deben tener como objetivo aliviar el sufrimiento físico y psicológico, proporcionar calidad de vida y considerar la muerte como un proceso natural. Han de integrar aspectos psicosociales, espirituales y apoyar a los familiares.
D	Los profesionales de salud y servicios sociales deben estar preparados para ofrecer cuidados paliativos a las personas afectadas de demencia.
D	A todas las personas con demencia avanzada se les deben prestar CP sea cual sea el nivel asistencial en el que sea atendido.
D	Debe mantenerse la continuidad asistencial en CP cuando la persona con demencia avanzada cambie de nivel asistencial.
D	Las organizaciones sanitarias deberían fomentar la formación de todos sus profesionales para proporcionar unos CP básicos.
D	Las organizaciones sanitarias deben garantizar la accesibilidad a los CP especializados cuando sean necesarios.
D	Debe garantizarse la coordinación entre los distintos servicios y ámbitos asistenciales, así como la continuidad de cuidados paliativos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	El manejo inicial del delírium debe incluir la identificación y tratamiento de las causas desencadenantes, así como una adecuada información a familiares y cuidadores y una valoración de la necesidad de emplear el tratamiento farmacológico.
B	Haloperidol es el fármaco de elección para el tratamiento del delírium en pacientes en fase terminal.
C	Las benzodiazepinas son eficaces en el manejo del delírium con marcada agitación.
D	En pacientes con PDD y DLB debe evitarse el empleo de haloperidol y de antipsicóticos atípicos por el riesgo de reacciones extrapiramidales.
D	En personas con demencia avanzada en situación de fase final de la vida por un proceso concomitante, el diagnóstico de depresión debe basarse en la observación clínica, la información que aporten los familiares y, si es posible, el empleo de escalas específicas.
B	En caso necesario pueden usarse fármacos antidepresivos como los ISRS y los tricíclicos, teniendo en cuenta la posibilidad de efectos anticolinérgicos centrales.
D	Los psicoestimulantes como metilfenidato, dextroanfetamina, modafilino y pemolina pueden tener respuesta rápida y son bien tolerados.
D	El tratamiento de la disfagia requiere una evaluación individualizada de cada caso para identificar y, si puede ser, tratar la causa.
D	La dieta debe adaptarse a las características clínicas de la disfagia. En el caso de disfagia a líquidos, los espesantes pueden ser eficaces. Se recomienda una dieta blanda y adaptada en lo posible a los gustos del paciente. Si el paciente colabora, la adopción de posturas facilitadoras de la deglución con la supervisión del logopeda es eficaz.
D	Siempre que sea posible debe utilizarse la vía oral para el aporte de líquidos.
D	La administración de líquidos por vía parenteral en la fase terminal de la vida debe hacerse valorando las ventajas e inconvenientes y siempre tras comentarlo con los familiares.
B	Debe evaluarse individualmente y con precaución la utilización de sonda nasogástrica o gastrostomía percutánea permanente en el paciente con demencia avanzada, ya que hay evidencia de mala relación entre beneficio y riesgo.
C	En la demencia avanzada debe sospecharse siempre la presencia de dolor. Éste debe ser evaluado a través del comportamiento del paciente, la observación de los familiares y las escalas apropiadas como la PACSLAC y la DOLOPLUS.
D	Para el tratamiento farmacológico del dolor en la demencia avanzada se recomienda emplear la pauta de la escalera analgésica de la OMS y, si es preciso, añadir adyuvantes.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

B	Es recomendable no tratar con antibióticos la neumonía en la persona con demencia avanzada ya que no implica beneficio.
B	No es recomendable el ingreso hospitalario para tratar la neumonía en una persona con demencia avanzada.
B	En las personas con demencia avanzada con dificultad respiratoria debida a sobreinfección de secreciones bronquiales es recomendable el tratamiento con antibióticos.
C	Para prevenir la aparición de úlceras por presión deben realizarse cambios posturales frecuentes, utilizar protecciones mecánicas y mantener un buen estado de nutrición, hidratación e higiene de la piel.
D	Debe valorarse de forma regular el bienestar psicosocial de los pacientes con enfermedades crónicas amenazantes para la vida.
D	La evaluación psicosocial del paciente en CP debería incluir los siguientes campos: aspectos relativos al momento vital, significado e impacto de la enfermedad, estilo de afrontamiento, impacto en la percepción de uno mismo, relaciones, fuentes de estrés, recursos espirituales, circunstancias económicas, relación médico-paciente y red de recursos sociales.
D	Los profesionales sanitarios y de servicios sociales que les atienden deberían ofrecerles un soporte emocional básico.
D	Las personas con niveles significativos de sufrimiento psicológico deberían recibir apoyo psicológico especializado.
D	El equipo que atiende a una persona con demencia debe tener en cuenta sus creencias y necesidades espirituales.
D	En ausencia de evidencia apropiada sobre cuál es la mejor forma de proporcionar apoyo espiritual, se recomienda ofrecer dicho apoyo como parte integral de los cuidados, cualquiera que sea el contexto de atención, y con un enfoque basado en los principios de la comunicación efectiva.
D	Es importante considerar las diferencias culturales respecto a la espiritualidad, sin que ello justifique la falta de atención a estos aspectos en personas que pertenecen a grupos culturales o religiosos distintos al nuestro.
C	Debe ofrecerse a los cuidadores la posibilidad de expresar sus necesidades de apoyo e información.
D	Se recomienda identificar a los cuidadores más vulnerables o deprimidos con el objeto de ofrecerles un apoyo psicosocial intensivo o servicios especializados.

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

ATENCIÓN A LA PERSONA CON DEMENCIA Y A SU FAMILIA EN LOS ÚLTIMOS DÍAS DE LA VIDA	
D	La atención adecuada en los últimos días de la vida debería incluir: • Informar a la familia y a los cuidadores de la situación de muerte cercana y, en general, proporcionar la información necesaria y adecuada a sus necesidades. • Explicar y consensuar el plan de cuidados con el paciente, siempre que sea posible, y con su familia. • Valorar la medicación que toma el paciente, suspendiendo los fármacos no esenciales, previa explicación de los motivos. • Tratar los síntomas que producen sufrimiento. Los fármacos necesarios deben estar disponibles si el paciente está en el domicilio. • Interrumpir intervenciones o pruebas innecesarias o fútiles, según los deseos del paciente. • Valorar las necesidades psicológicas, religiosas y espirituales del paciente, su familia y sus cuidadores. • Facilitar la atención en un ambiente tranquilo, respetando la intimidad y facilitando la proximidad de familiares y amigos. • Facilitar las vías y los recursos necesarios tanto para la hospitalización como para la atención a domicilio.
B	Se recomienda derivar a servicios especializados (psicología, psiquiatría, etc.) a la persona con duelo complicado para que reciba atención específica y estructurada.
B	En el duelo de riesgo se recomienda realizar un seguimiento regular, con apoyo emocional, valorando individualmente la necesidad de psicoterapias específicas y estructuradas.
B	No se recomiendan las intervenciones formales o estructuradas en el duelo normal.
D	En el duelo normal se recomienda proporcionar información acerca del duelo y sobre los recursos disponibles, y apoyo emocional básico.
D	Los profesionales que atienden a los pacientes en la fase final de la vida y a sus familiares deberían tener acceso a una formación elemental en duelo que les capacite para proporcionar cuidados básicos a los dolientes, comprender y explorar sus necesidades, valorar los factores de riesgo, detectar a las personas con duelo complicado y derivarlas a un servicio especializado.
D	En una persona con demencia avanzada debe sospecharse la existencia de un proceso concomitante si el curso evolutivo se acelera bruscamente y sobre todo si hay cambios imprevisibles.
D	Cuando aparezca un agravamiento relevante, independientemente de la causa, deben valorarse una serie de factores que pueden influir en la decisión terapéutica, teniendo siempre en cuenta los valores de la persona y de la familia.

Han transcurrido más de 4 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	Es recomendable valorar la posibilidad de limitación terapéutica si la demencia ha alcanzado un estadio muy avanzado: FAST superior a 7c en la EA; cuando el índice Barthel es de 0; si la progresión es muy rápida desde el inicio; si las infecciones son graves, repetidas y sin beneficio relevante con el tratamiento; si la disfagia es problemática, con desnutrición y/o deshidratación, y si hay úlceras por presión refractarias.
D	Es recomendable que, sea cual sea su ubicación, el paciente con demencia avanzada o terminal reciba medidas paliativas para mejorar el confort, el sufrimiento y la calidad de vida, en la medida de lo posible.
B	En las personas con demencia avanzada no está indicada la reanimación cardiopulmonar, ya que es una medida terapéutica extraordinaria que no aporta un beneficio significativo.
B	En la demencia avanzada la respiración artificial o la diálisis tampoco son recomendables porque no aportan beneficio.
B	En la fase final de la vida del paciente con demencia avanzada no se recomienda la utilización de medidas terapéuticas de rango intermedio (infusiones intravenosas, administración de antibióticos, alimentación artificial, hospitalización y realización de pruebas diagnósticas innecesarias).
C	Debería considerarse la utilización de medidas terapéuticas de rango intermedio sólo en aquellas ocasiones en las que pueden disminuir el sufrimiento o son el único recurso disponible.
D	Es recomendable dar información y soporte a los cuidadores de personas con demencia avanzada para que sigan asumiendo su labor de cuidador, tomar decisiones, adaptarse e implicarse mejor.
D	La información y la comunicación de las malas noticias a los cuidadores de personas con demencia en la fase final de la vida requieren de una adecuada preparación de los profesionales.
D	Debería fomentarse la participación de enfermos y cuidadores en la toma de decisiones al final de la vida.
D	Si el paciente no es capaz de decidir en esta fase final de la vida, han de contemplarse las voluntades anticipadas expresadas por él o sus deseos recogidos en la historia clínica, o bien la opinión de su representante legal y/o de los familiares más cercanos.
D	Se recomienda informar al equipo de las decisiones adoptadas en esta fase final y registrar el proceso en la historia clínica.
D	Si hay dudas durante el proceso de toma de decisiones, está indicado consultar a otros profesionales expertos o al comité de ética asistencial.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	Se recomienda que el equipo médico que atiende al paciente en esta fase final de la vida solicite el estudio neuropatológico post mórtem para confirmar el diagnóstico (sobre todo en aquellos casos en los que no existe diagnóstico de certeza, o ante la sospecha de enfermedad priónica o bien otra enfermedad de declaración obligatoria) y promover la investigación.
DIVULGACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DEMENCIA	
Divulgación	
✓	La información sobre la demencia a través de los medios de comunicación debe basarse en principios éticos y de buena praxis.
✓	Es recomendable que exista periodismo especializado en temas de salud. Los medios de comunicación, las sociedades profesionales competentes y las asociaciones de familiares deben colaborar en el fomento de una buena información sobre la demencia.
Formación	
✓	Es recomendable que los estudiantes universitarios de ciencias de la salud reciban formación general sobre demencias en aspectos tales como epidemiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, técnicas de diagnóstico, tratamiento farmacológico y no farmacológico, sobre las necesidades de los pacientes y familiares y recursos disponibles, así como sobre aspectos éticos y legales relacionados.
✓	La formación profesional sanitaria debe garantizar la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos, así como de actitudes positivas de respeto y tolerancia, para manejar la demencia de forma apropiada.
✓	El personal sanitario de FP debe estar preparado para realizar una estimulación ecológica continua dirigida a mantener al máximo las capacidades del individuo afectado de demencia, retrasando el declinar de la persona afectada, y para dar información sobre el manejo y recursos en la demencia.
✓	Todos los profesionales de la salud y de los servicios sociales deben actualizar sus conocimientos para ser competentes en el manejo integral de la demencia. El abordaje de la demencia debe ser interdisciplinario, con una atención sin solución de continuidad desde su detección hasta el final de la vida.
✓	Todos los profesionales de la salud y de los servicios sociales integrados en la atención especializada a las personas con demencia deben recibir una formación específica que abarque aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento, necesidades y recursos disponibles, aspectos éticos y legales y la necesidad de su manejo interdisciplinar.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Investigación	
✓	Es importante la colaboración de todos los implicados (profesionales de la salud y de los servicios sociales, pacientes y familiares) para realizar un esfuerzo común en el estudio e investigación de la demencia.
✓	La investigación sobre la demencia debe ser promocionada y favorecida desde las administraciones públicas, los órganos de gobierno del Estado, de las comunidades autónomas; ha de estar coordinada con el resto de los países, y ha de favorecer el intercambio de conocimientos entre los distintos equipos que trabajan en una misma línea de investigación en la demencia.
✓	Es recomendable que los tres niveles asistenciales, EAP, EAED y red sociosanitaria, participen en la investigación en demencias; para ello se requiere una formación en metodología de la investigación.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.