

Guia Pràctica d'atenció de les Demències

ABS Sta. Eugènia de Berga

Responsables: UBA de Viladrau

Any última revisió: 2006 (subratllades les novetats més destacades)

Introducció

Malgrat els progressos efectuats en el diagnòstic i tractament de les demències, la millora bàsica de la qualitat de vida dels pacients i les seves famílies es fonamenta en la informació i el suport professional i humà.

Definicions

- Deteriorament cognitiu (DC): disminució del rendiment com a mínim en una de les capacitats cognitives però que no afecta a la vida (laboral, familiar, etc.) de la persona.
- Deteriorament cognitiu lleu (DCL): és el DC que no arriba a demència. La seva causa pot ser variable, depenent de la causa pot revertir, estacionar-se o el més freqüent, evolucionar a una demència.
Encara que en desús, a la pràctica clínica diària en atenció primària pot ser útil distingir entre els termes:
 - Alteració de la memòria associada a l'edat (AMAE): quan el DC afecta bàsicament a la memòria.
 - Deteriorament cognitiu associat a l'edat (DECAE): quan s'afegeix afectació de les activitats complexes de la vida diària.
- Demència: disminució adquirida, generalment gradual, progressiva i persistent (més de sis mesos), de varies de les funcions intel·lectuals (memòria, orientació temporo-espacial, llenguatge, pensament abstracte, capacitat de judici, etc.), de caràcter orgànic, sense alteració de l'estat de consciència i suficientment intensa per interferir de forma significativa en les activitats familiars, socials o ocupacionals habituals de l'individu.
També poden presentar alteracions neuro-conductuals (personalitat, comportament) la presència de les quals actualment té el mateix valor diagnòstic que les alteracions cognitives.

Epidemiologia bàsica

- Problemes de memòria, afecten al 25-50 % de les persones majors de 65 anys.
- Prevalença de demència > 65 anys: aprox 5 % i en > 80 anys: 20-30 %.
- Incidència de les demències > 65 anys: 1% anual.
- 12-15% DCL de forma anual poden desenvolupar una demència

Classificació. Etiologia

Les causes més importants de demència són:

1. Malaltia d'Alzheimer: 35-56%
2. Demència vascular o predominantment vascular: 7-20%
3. Demències mixtes amb predomini Alzheimer o vascular: 5-10%
4. Demència amb cossos de Lewy difusos: 15 -25%
5. Altres causes menys freqüents: degeneratives (malaltia de Parkinson), vasculars (m. de Binswanger), trastorns metabòlics (tiroidals, hepàtics),

tòxics (alcohol, fàrmacs), neoplàsies (tumors cerebrals primaris o metastàsics), infecciosos (complexe demència-sida, m. de Creutzfeldt-Jakob, neurolues), postraumàtiques (hematoma subdural crònic), altres (hidrocefàlia a pressió normal)

Diagnòstic diferencial fonamental

En la pràctica clínica el diagnòstic diferencial més freqüent de la demència es realitza amb:

1. La depressió (taula 1).
2. AMAE-DECAE (taula 2)

Taula 1. Característiques diferencials entre demència i depressió

Característiques	Suggereix depressió	Suggereix demència
1. Dades familiars - Història familiar: - Preocupació familiar:	De depressió Per la memòria	De demència Per l'incapacitat
2. Història personal - Antecedents personals: - Inici dels símptomes: - Temps evolució de símptomes: - La depressió: - Resposta als antidepressius: - Es queixa: - Detalla les seves molèsties: - Deliris: - Preocupat per: - Trastorns de la gana:	De depressió Ràpid Inferior als 6 mesos Precedeix al deterior Bona De defectes cognitius Si Somàtics/desesperança Pels seus símptomes Si	No Insidios Entre 6-12 mesos Posterior al deterior Mala resposta Indiferent Molesties vagues Deliri ridícul Despreocupat No
3. Exàmen clínic - Sovint respon: - Pèrdua de memòria: - Es queixa de més trastorns cognitius que els objectivables: - Es perd pels llocs: - Afàsia, apràxia o agnòsia: - Test de depressió: - Test cognitius:	"no ho sé" o "no puc" Recent i remota Si No No Positiu Normals o poc alterats	Amb aproximacions o "girs de cap" Més la recent Al inrevés Sí Sí Negatiu Positiu

Taula 2. Diagnòstic diferencial bàsic entre AMAE, DECAE i Demència

Característiques	AMAE	DECAE	DEMÈNCIA
Clínica:			
- Alteració de la memòria	SI	SI	SI
- Problemes en activitats complexes	NO	SI	SI
- Altres trastorns cognitius: atenció, concentració, llenguatge, etc.	NO	NO o discreta	SI
Alteració laboral i/o social significatives	NO	NO	SI
Test: MEC	> 24	≅ 24	< 24
Estadi evolutiu GDS-FAST	2	3	4

Diagnòstic sindròmic

Anamnesi

- Es realitzarà en la consulta programada amb un informador pròxim. Es valorarà la comunicació verbal i no verbal del pacient.
- Es preguntarà per les capacitats cognitives: memòria, orientació temporo-espacial, llenguatge, capacitat per efectuar activitats complexes (planificar, organitzar, seqüenciar i abstrure), motores (instrumentals), reconèixer objectes, així com la repercussió sobre les activitats laborals i/o socials.
- Antecedents familiars, personals i fàrmacs
- Malaltia actual: inici dels símptomes, progressió, consciència de malaltia, símptomes associats (incontinència d'esfínters, alteracions de la marxa, tremolors, mioclònies, cefalea recent, al·lucinacions, etc.), símptomes psicològics i alteracions del comportament.

Proves psicomètriques

1. Test de l'informador (TIN). És un test cognitiu-funcional que complimenta un familiar o persona pròxima, habitualment en el seu domicili després d'una breu explicació. En estadis inicials és més sensible que els tests cognitius efectuats al pacient. *Veure annex 1.*
2. Mini-Exàmen Cognoscitiu (MEC). Adaptació al castellà de Lobo i col., del Mini-Mental Status Examination de Folstein (MMSE). *Veure annex 2.*
3. Set Test de Isaacs. És un test cognitiu d'elecció en persones analfabetes o amb deteriorament sensorial. *Veure annex 3.*
4. L'escala geriàtrica de Yesavage reduïda (versió 5 ítems). Pot ser útil per la sospita d'un trastorn de l'ànim. *Veure annex 4.*

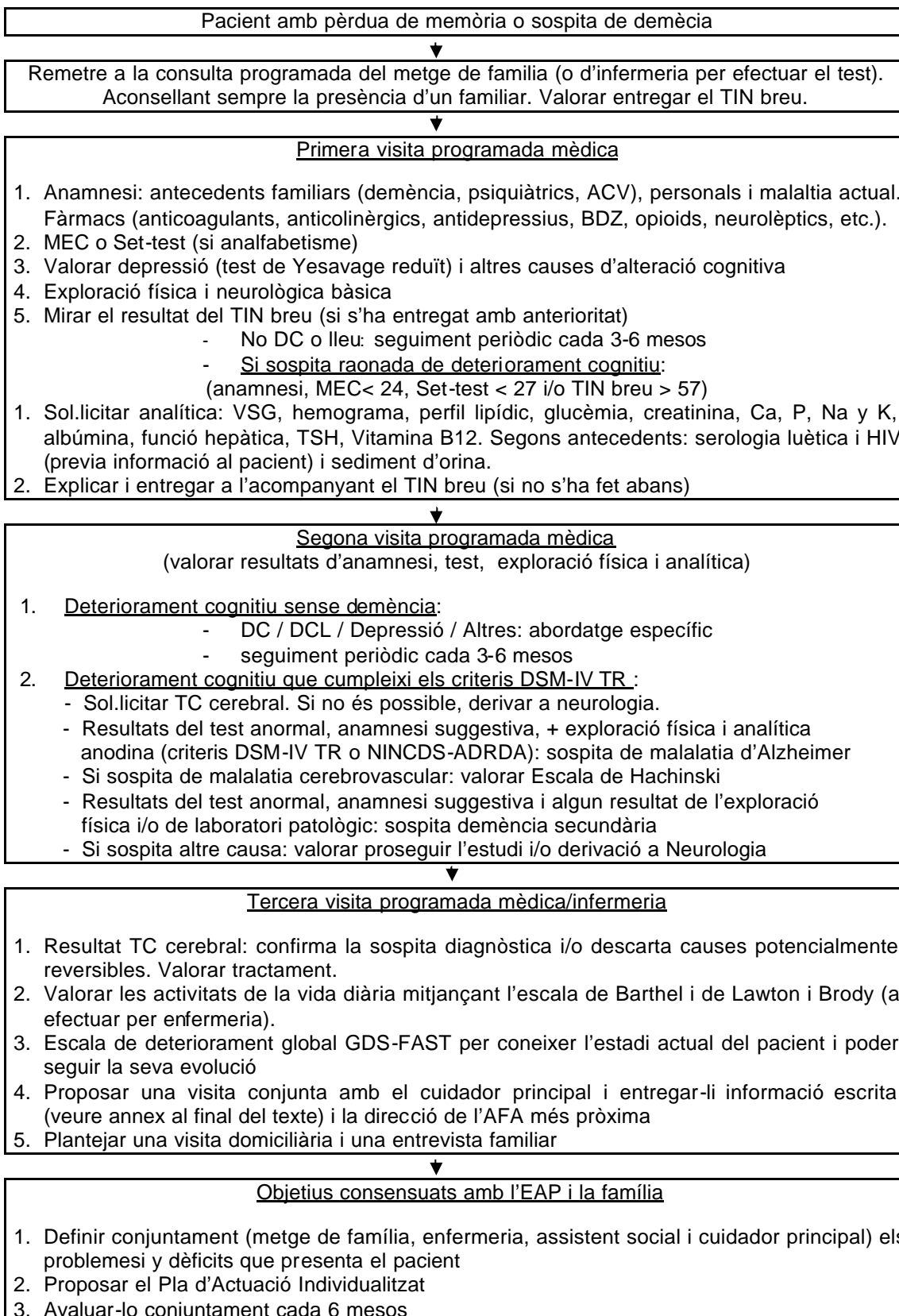
Exploració física

- És important realitzar una exploració general, però es podria destacar:
 - Auscultació cardíaca i carotídea, palpació del tiroides.
 - Exploració neurològica (nivell de consciència, signes focals motors, marxa i signes extrapiramidals: tremolor, mioclònies, rigidesa, reflexes alterats).

Exploracions complementàries si presència de DC (algoritmes 1 i 2)

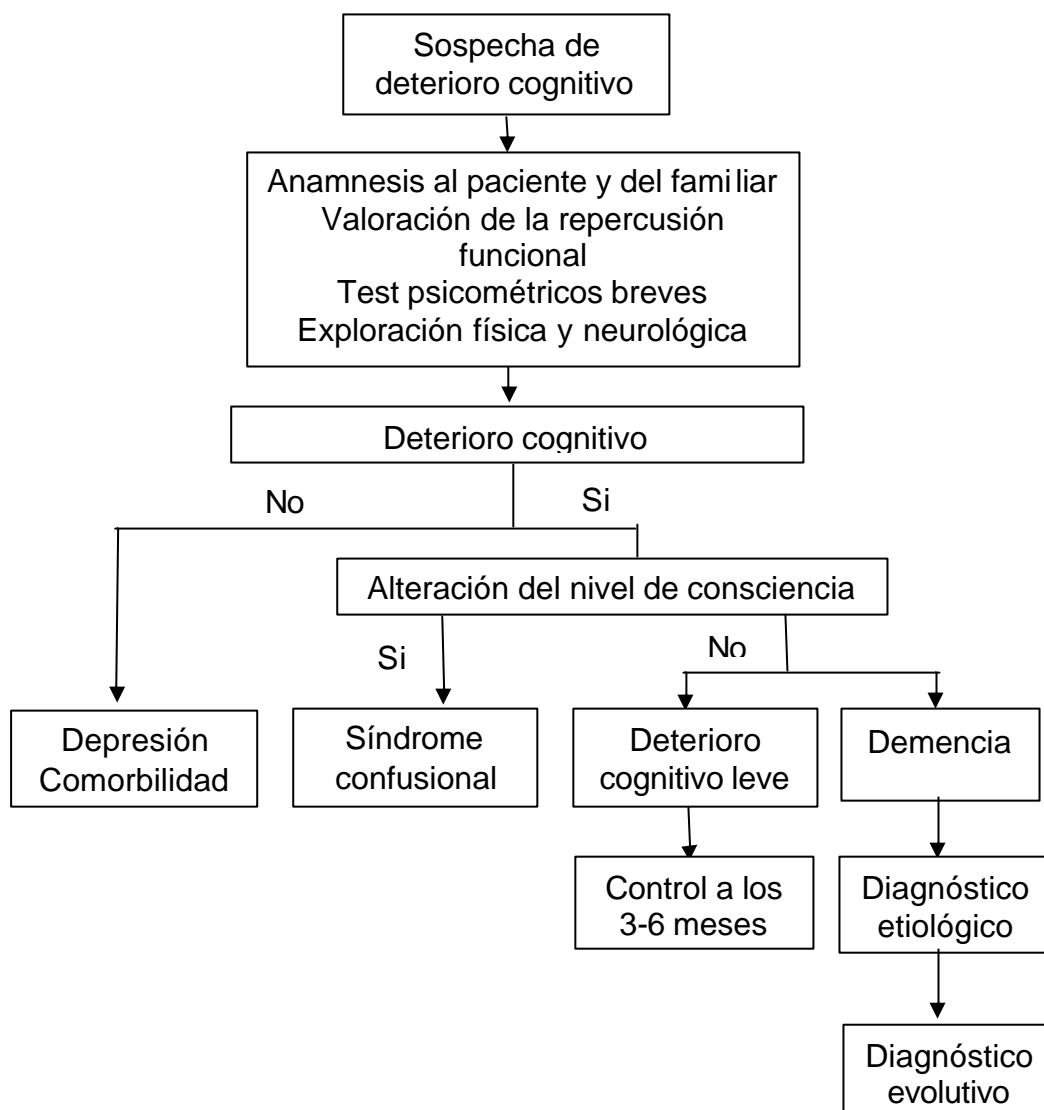
1. Analítica: VSG, hemograma, bioquímica (glicèmia, funció renal i hepàtica, calci, sodi i potassi, colesterol, funció hepàtica, albúmina, TSH, vitamina B12). Si existeix sospita clínica: serologia luètica, VIH (prèvia informació), àc.fòlic, perfil bàsic d'orina, nivells de fàrmacs o tòxics. En la pràctica clínica, les proves analítiques descarten més freqüentment comorbiditat, que veritables demències reversibles.
2. ECG y Rx de tòrax. Si existeixen factors de risc cardiovasculars o arítmies.
3. Tomografia Computeritzada (TC) cerebral o cranial. No és una prova concluent en el diagnòstic de les demències primàries i el seu objectiu és descartar causes secundàries (hematoma subdural crònic, tumors, hidrocefàlia i lesions isquèmiques, etc.). És qüestionable la seva realització en tots els casos de demència. No estaria indicada en pacients amb demència severa, amb història de més de 3 anys d'evolució, d'inici progressiu, sense antecedents de traumatisme cranial i que a més no presentin signes o símptomes de focalitat neurològica.
4. La resta d'exploracions són específiques del medi hospitalari: RMN craneal, EEG, punció lumbar, etc.

Algoritme 1. Actuació davant d'un pacient amb pèrdua de memòria o sospita de demència



* Individualitzat en cada cas. TIN: Test de l'Informador, MEC: Mini exàmen cognitiu, DC: deteriorament cognitiu, DCL: deteriorament cognitiu lleu.

Algoritme 2. Algoritmo diagnóstico de las demencias en APS



Nivells diagnòstics

1. Diagnòstic sindròmic: DSM IV-TR (taula 3) o CIE-10
2. Diagnòstic etiològic:
 - Malaltia d'Alzheimer (Md'A): criteris DSM IV-TR o NINCDS-ADRDA (*annex 5*).
 - Demència vascular: criteris DSM IV-TR de demència vascular (*annex 6*), o el NINDS-AIREN. També pot ésser d'utilitat l'escala de Hachinski.
 - Demència amb cossos de Lewy difusos: criteris del grup de Newcastle (McKeith y cols.), validats en 1996 (*annex 7*).
3. Diagnòstic funcional:
 - Escala de Lawton-Brody: per avaluar les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD). Son las primeras que se alteran (*annex 8*).
 - Índex de Barthel: per activitats bàsiques de la vida diària (ABVD). Solen estar preservades en les fases inicials de la demència (*annex 9*).
4. Estadiatge o gravetat de la demència: escala Global Deterioration Scale de Reisberg (GDS) y la escala auxiliar Functional Assessment Stage (FAST), que subdivideix els estadis 6 i 7, i facilita la ubicació ràpida dels subjectes

en el seu GDS-FAST (*annex 10*). L'AMAE correspondria a un GDS 2 i el DECAE a un GDS 3. El risc de desenvolupar una demència en un estadi 2 és inferior al 10%, no obstant, aquells situats en un estadi 3 és del 75%. La Md'A comença en l'estadi GDS 4 (dèficit cognitiu moderat). Així doncs, té utilitat diagnòstica, de seguiment, pronòstica i terapèutica, essent una eina important pel disseny del pla de cures.

Taula 3. Criteris clínics diagnòstics de Demència DSM IV-TR

A. La presència dels múltiples dèficits cognitius es manifesta per:

1. Deteriorament de la memòria (deteriorament de la capacitat per aprendre nova informació o recordar informació apresada prèviament).
2. Una (o més) de les següents alteracions cognitives:
 - Afàsia: alteració del llenguatge (comprendre, denominar)
 - Apràxia: deteriorament de la capacitat per dur a terme activitats motores malgrat la funció motora està intacta.
 - Agnòsia: errors en el reconeixement o la identificació d'objectes malgrat que la funció sensorial està intacta.
 - Alteració de l'activitat constructiva (execució): per exemple planificar, organitzar, seqüenciar i abstroure.

B. Els dèficits cognitius a cada un dels criteris A1 i A2 provoquen un deteriorament significatiu de l'activitat laboral i social i representen un decliu important del nivell previ d'activitat.

C. Els dèficits no apareixen exclusivament en el transcurs d'un deliri.

Els criteris A, B i C són comuns per a tots els tipus de demència

Tractament

S'establirà a partir del Pla d'Actuació Individualitzat:

- Recull la valoració de l'assistent social, infermeria, metge, cuidador principal i família.
- Considera els dèficit i problemes psíquics, físics, sensorials, emocionals, familiars, estructurals (del domicili) i sociosanitaris.
- Defineix la relació de problemes, basats en les característiques i realitat personal (estadi clínic), familiar, social i sanitària.
- Proposa les possibles activitats, el calendari i el personal sanitari responsable, juntament amb el cuidador principal i la família, procurant com a objectiu prioritari, el benestar, la seguretat i la dignitat del pacient i de la seva família.
- És important efectuar-lo periòdicament (cada 3-6 mesos).

1. Tractament no farmacològic

- Es basa en la possibilitat de modificar alguna de les conductes patològiques del pacient per mitjà de consells o actuacions ambientals, relacionals i comportamentals.

- El conjunt d'activitats d'estimulació cognitiva, sensorial i ocupacional dirigides al pacient (teràpia d'orientació temporoespacial, musicoteràpia, cant, estimulació física, reminiscència, etc.), adaptades segons la fase en la que es trobin, podrien realitzar-se en el propi domicili o centre de dia.
- Actuacions prèvies importants:
 - Identificar al cuidador principal
 - Escoltar i informar al pacient (el pacient hauria de rebre toda la informació necessària per entendre el que li passa i perquè pugui col.laborar amb les actuacions que se li proposin)
 - Escoltar i informar al cuidador principal
 - Escoltar i informar a la família. Valorar una visita domiciliària.
- Els trastorns del comportament no són inherents a la demència. Sempre s'ha de buscar una causa del comportament anòmal, si és possible modificar-la i sempre tractar al malalt amb estima i respecte.
- S'ha de fomentar la màxima autonomia en el curs de tota la malaltia. Els consells bàsics, s'haurien d'oferir també per escrit.

2. Tractament farmacològic

- El tractament farmacològic simptomàtic únicament s'iniciarà després del fracàs de les mesures no farmacològiques, o per urgència del procés intercurrent.
- Es proposarà la retirada de tots els fàrmacs que no siguin imprescindibles. S'han de valorar sempre les interaccions farmacològiques i anotar els psicofàrmacs que s'administrin al pacient, la seva resposta i si han produït algun efecte secundari. S'informarà a la família que amb freqüència és precís assajar més d'un fàrmac i dosi per a controlar alguns símptomes del pacient, ja que existeixen variacions individuals importants.
- Es procurarà: utilitzar dosis inicials baixes, efectuar increments en dosis petites i utilitzar la dosi efectiva més baixa. No deixar mai instaurats fàrmacs sense avaluar periòdicament (cada 6-8 setmanes) la seva retirada.

2.1. Fàrmacs anticolinesteràsics (donepezil, rivastigmina y galantamina):

- Han de ser considerats com agents pal.liatius d'una utilitat i eficàcia molt limitats. Són l'única estratègia aprovada pel deteriorament cognitiu de la Md'A lleu i moderada.
- Els efectes secundaris no són despreciables. S'ha de tenir precaució d'administrar-los a pacients amb antecedents d'epilèpsia, asma/EPOC, úlcera gàstrica activa, malaltia del nòdul sinusal, blocatges de tercer grau i en l'embaràs.
- El percentatge de millora esperada el del 7-20% dels pacients. De mitjana augmenta 1 punt el MMSE (escala de 30 punts) i 2-3 punts en la subescala d'ADAS-cog (70 punts).
- Els professionals sanitaris tenen el deure d'informar al malalt i la família, i moltes vegades corregir la informació rebuda pels mitjans de comunicació, en quant a les expectatives del tractament farmacològic.
- La galantamina té una alerta de l'Agencia Española del Medicamento per risc augmentat de mortalitat (malaltia cardiovascular), ref. 2005/02.

2.2. Memantina:

- Autoritzada pel tractament de pacients amb MA en fases moderadament greus a greus.
- Cap estudi ha demostrat que aporti avantatges clíniques rellevants.

2.3. Tractament farmacològic de la demència vascular: control dels factors cardiovasculars i l'administració diària d'AAS a dosi de 300 mg.

2.4. Tractament farmacològic simptomàtic dels pacients amb demència de major interès en Atenció Primària es detalla en les taulas 4 i 5.

- **Antidepressius:** d'eficàcia clínica controvertida. D'elecció els ISRS. S'han d'iniciar a dosis baixes, considerar que les dosis màximes en ancians són menors, avaluar-se a les 3-4 setmanes i, una vegada obtinguda una desposta clínica, no retirar-se abans dels 6-12 mesos. En la demència associada a símptomes parkinsonians, els ISRS poden augmentar la rigidesa o el tremolor, havent-se d'utilitzar amb precaució.
- **Neurolèptics:** els trastorns psicòtics són motiu freqüent d'urgència mèdica, i d'un important patiment personal i familiar. Solen desencadenar-se per problemes mèdics, psiquiàtrics o psicosocials a vegades inadvertits, com poden ser: gana, sed, dolor, inactivitat, canvis de rutina, cansanci, soletat, retirada brusca de fàrmacs sedants, etc. Els neurolèptics són l'únic tractament documentat per la psicosis en la demència. Si s'han controlat els símptomes no està justificat mantenir el tractament més enllà de 4-8 setmanes. L'eficàcia de tots ells és similar encara que presenten diferències en els seus efectes secundaris; alteracions extrapiramidals en l'haloperidol, efectes anticolinèrgics en els neurolèptics clàssics. Els neurolèptics atípics (risperidona) estarien indicats al tractament simptomàtic de quadres d'agressivitat greus, o símptomes psicòtics que no responguin a altres mesures, mantenint el tractament el menor temps possible.

La olanzapina, clozapina i quetiapina no tenen aprovada la indicació pel seu ús en demència. Tots els antipsicòtics s'han d'utilitzar amb prudència en la demència per cossos de Lewy pel risc de provocar efectes adversos greus.

Risperidona i olanzapona tenen una alerta de l'Agència Espanyola del Medicamento per risc augmentat de mortalitat per ACV, ref. 2004/03.

- **Insomni:** s'ha de considerar que la sedació pot perllongar-se fins el matí següent, incrementant el risc de caigudes i la disminució de les capacitats funcionals. Cal esgotar les mesures no farmacològiques. El zolpidem no presenta avantatges respecte les BDZ d'acció curta o intermitja. El clometiazol seria un fàrmac de segona elecció. Les BDZ de vida mitja llarga estarien contraindicades.

Atenció al cuidador: El paper del cuidador és fonamental. Cal un abordatge multidisciplinar. Amb freqüència abans d'arribar al diagnòstic de sobrecàrrega o claudicació del cuidador, aquest ha realitzat múltiples consultes per trastorns que es podrien catalogar de tipus psicossomàtic. Hauria de rebre consells bàsics per l'autocura, informació sobre l'existència d'associacions de familiars pròximes i d'activitats grupals informatives, educatives i d'autoajuda (annex 11).

Família: L'atenció i valoració de la família són importants pel seu propi confort i per una millor qualitat de vida del pacient i del cuidador principal. S'informarà dels recursos socio-sanitaris pels pacients i familiars. També, que la incapacitació és un acte civil que pot efectuar-se desde un simple traspàs de poders (més o menys ampli) davant notari o bé mitjançant la interposició de la demanda d'incapacitació amb representació de l'advocat i procurador davant el ministeri fiscal, normalment en fases més avançades de la demència (taula 6).

Comunitat

El centre de salut ha de conèixer i mantindre una relació fluïda amb la xarxa d'associacions i serveis sociosanitaris públics i privats de la comunitat per tal de poder dirigir al pacient, cuidador principal i família en funció de les necessitats de cada fase.

Taula 4. Tractament farmacològic dels trastorns no cognitius

Indicació		Fàrmac	
		Primera elecció	Segona elecció
Depressió	Amb ansietat o transt. del son	paroxetina 10-40 mg/d vo	sertralina, fluvoxamina, trazodona
	Amb inhibició	fluoxetina 10-40 mg/d vo	citalopram
	Polimedicat	paroxetina, fluoxetina	sertralina, citalopram
Ansietat Trastorn del son		lorazepam 0,5-2 mg/d vo	oxazepam, paroxetina, trazodona, zolpidem, clometiazol
Trastorn psicòtic, agressivitat i agitació		haloperidol (dosis baixes): 0,5-3 mg/d vo	risperidona, carbamacepina

Taula 5. Presentació i dosis (mg/dia) dels fàrmacs més utilitzats

Fàrmac	Presentació	Dosi inicial	Dosi màxima
Baclofe	Comp 10 y 25 mg	15	50-75
Citalopram	Comp 20 mg	20	40
Clometiazol	Cáps 192mg	192	876
Fluoxetina	Comp, càps, sobres 20mg, sol 20mg/5ml	10	40
Fluvoxamina	Comp 50 y 100mg	50	100-200
Haloperidol	Gotes 2mg/ml (1ml=20 gotes)	0'5 (5 gotes)	3 (30 gotes)
Lorazepam	Comp 1, 2,5 mg	0'5	5
Oxazepam	Comp 10, caps 20 mg, grag de 10 y 30 mg	10	30
Paroxetina	Comp 20	10	40
Risperidona	Comp 1mg, 3mg, gotes (1ml=1mg)	0'25	8
Sertralina	Comp 50 y 100 mg	25-50	200
Trazodona	Comp ranur. 100mg	25-50	150-200
Zolpidem	Comp ranur. 10mg	5	10

Tabla 6. Recursos socio-sanitaris pels pacients i familiars

Documents legals	Sevicios
Document d'instruccions prèvies ILT per malaltia ILP Pensió per jubilació PNC de jubilació o invalidesa (M/D≥65%) Declaració de minusvalia/discapacitat Incapacitació civil Ajudes econòmiques: per ej. "Programa viure en família", per a l'adaptació de l'habitatge Llei de conciliació i vida laboral	Programes i serveis comunitaris: - Serveis sanitaris: APS i Especialitzada - Serveis socials: informació i assessoria tècnica - Associacions de familiars - Altres ONG i de voluntariat Grups informatius o d'autoajuda per a cuidadors i familiars Serveis d'atenció diürna: - Llars i clubs de jubilats - Centres de dia - Centres d'atenció nocturna Serveis domiciliaris: - Servei d'ATDOM d'APS - Teleassistència - Serveis d'ajuda a domicili Equips de suport socio-sanitaris d'atenció domiciliària Serveis institucionals - Serveis sanitaris: atenció hospitalària - Serveis socials institucionals: - Estades temporals - Unitats de vida i sistemes d'allotjament alternatiu - Unitats de psicogeriatría a residència o centres socio-sanitaris

ILT: incapacitat laboral transitòria, ILP: incapacitat laboral permanent, PNC: pensió no contributiva, M/D: minusvalia/discapacitat, APS: atenció primària de salut, ONG: organització no governamental, ATDOM: atenció domiciliària,

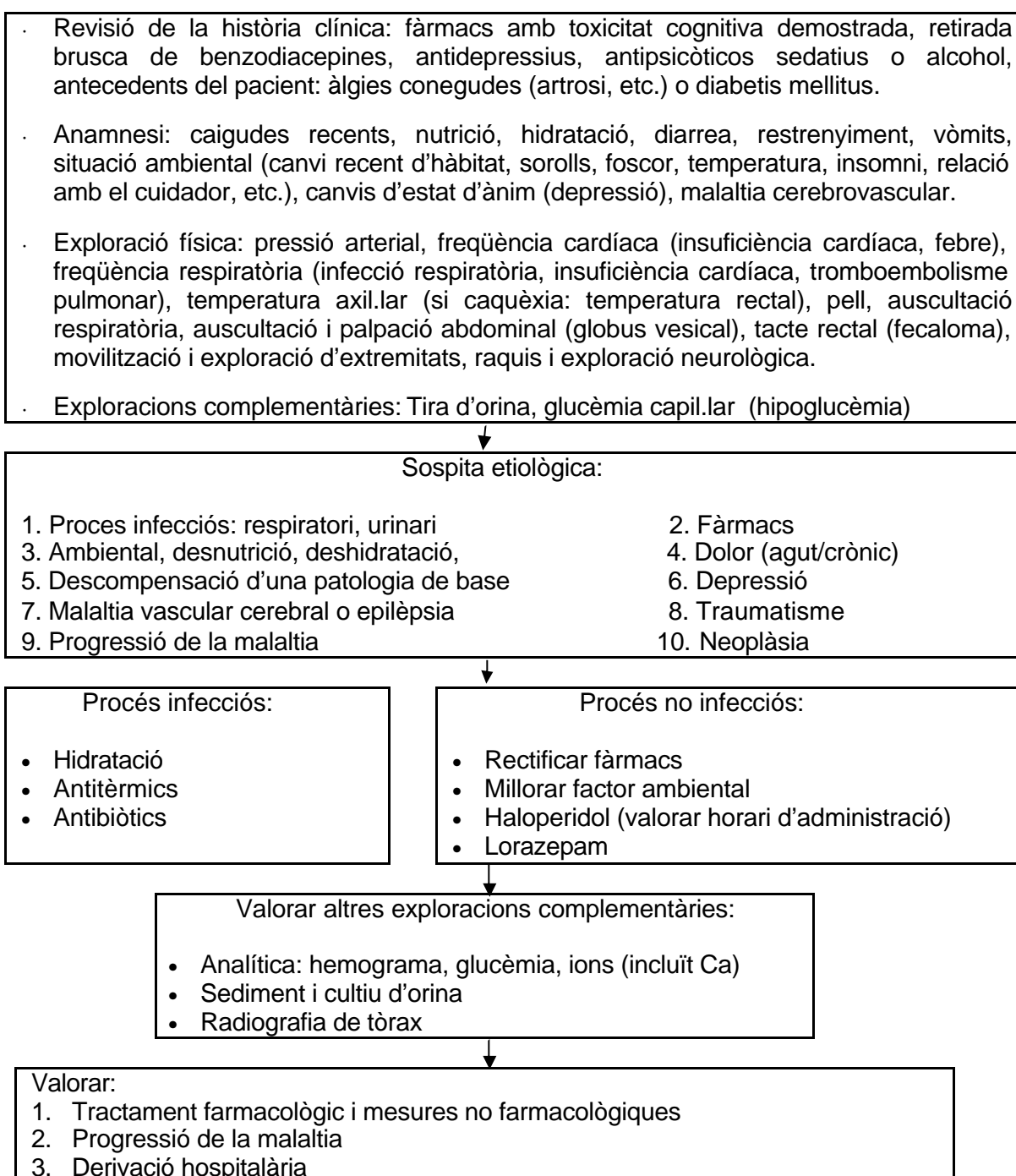
Derivació:

- **Neuròleg:** els pacients menors de 65 anys, quan existeixin dubtes raonables de tractar-se d'una Md'A: inici brusc i/o curs fluctuant i/o manifestacions atípiques (convulsions, focalitat neurològica recent, alteració precoç de la marxa, al·lucinacions en fases no avançades, presència de tremolor, etc.). Per a realitzar exploracions complementàries o tractaments farmacològics que no siguin accessibles al metge de família. Quan estigui indicat el consell genètic (familiars de Md'A precoz o malaltia de Huntington).
- **Salud Mental:** el debut d'un trastorn de personalitat o conducta amb TAC cerebral normal, a partir de la cinquena dècada de la vida, s'hauria de pensar en una possible demència de tipus frontal. Una depressió resistent al tractament habitual. Síntomes de difícil control relacionats amb la demència.
- **Altres derivacions:** Geriatria (pacients majors amb pluripatologia difícilment manejable). Rehabilitació (dèficit motor o trastorns de la parla). Traumatologia (valorar ortesis i millorar la deambulació). Oftalmologia (dèficit visuals). ORL (dèficit auditius). Odontologia (falta de peces dentals).

Complicació més freqüent: descompensació aguda (algorime 2)

- És un motiu important de preocupació i sufriment per part del pacient i la família.
- Hem d'intervenir d'urgència i buscar el desencadenant, no solsament intentar controlar els símptomes amb fàrmacs.

Algorime 2. Pauta d'actuació en la descompensació aguda d'una demència



Expectativa de vida

- La mitjana en la Md'A és de 4-10 anys.

Bibliografia recomenada

- Grupo de trabajo de Demencias de la Sociedad Española de Medicina Familia y Comunitaria. Demencias desde la Atención Primaria. Barcelona: semFYC-ediciones; 2005.
- Martínez Lage JM, Robles Bayón A: Alzheimer 2001: teoría y práctica. Madrid: Ediciones Aula Médica; 2001.
- Sociedad Española de Neurología. Guías en Demencias. Barcelona: Masson; 2000.
- Grupo de trabajo de atención al mayor de la Sociedad Española de Medicina Familia y Comunitaria. Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria. Barcelona: semFYC -ediciones; 2004.
- Selmes J. Antoine M. Vivir con... la enfermedad de Alzheimer u otra demencia. Madrid: Meditor; 2003.

ANNEX 1. TEST DEL INFORMADOR BREVE (TIN breve)

Recordi, per favor, **com era el seu familiar fa 5 ó 10 anys i compari com és en aquest moment**. Contesti si hagut cap canvi al llarg d'aquest temps en la *capacitat* del seu familiar per a cada un dels aspectes que li preguntem.

Puntui amb els següents criteris:

1 : Ha millort molt 2 : Ha millorat una mica 3 : Quasi sense canvis
4 : Ha empitjorat una mica 5 : Ha empitjorat molt

PREGUNTA	PUNTS
1. Para recordar los nombres de personas más íntimas (parientes, amigos).	
2. Recordar cosas que han sucedido recientemente, durante los 2 ó 3 últimos meses (noticias, cosas suyas o de sus familiares).	
3. Recordar de qué se habló en una conversación de unos días antes.	
4. Olvidar qué ha dicho unos minutos antes, pararse en mitad de una frase y no saber que iba a decir, repetir lo que ha dicho un rato antes.	
5. Recordar la fecha en que vive.	
6. Conocer el lugar exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas.	
7. Saber dónde va una cosa que se ha encontrado descolocada.	
8. Aprender a utilizar un aparato nuevo (lavadora, tocadiscos, radio, etc.)	
9. Recordar las cosas que han sucedido recientemente.	
10. Aprender cosas nuevas (en general).	
11. Comprender el significado de palabras poco usuales (del periódico, TV, conversación)	
12. Entender artículos de los periódicos o revistas en las que está interesado.	
13. Seguir una historia en un libro, la prensa, el cine, la radio o la TV.	
14. Tomar decisiones tanto en cuestiones cotidianas (qué ropa ponerse, qué comida preparar) como en asuntos de más trascendencia (dónde ir de vacaciones o invertir el dinero)	
15. Control de los asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar los impuestos, trato con el banco).	
16. Control de otros problemas de cálculo cotidianos (tiempo entre visitas de familiares, distancias entre lugares y cuánta comida comprar y preparar especialmente si hay invitados)	
17. ¿Cree que su inteligencia (en general) ha cambiado durante los últimos 10 años?	
TOTAL :	

Puntuació total: 85 punts

A partir de 57 punts (>57), indica probable deteriorament cognitiu

ANNEX 2. MINI EXÀMEN COGNITIU o MEC -de Lobo et al- (1979)

		FECHA		
1. ORIENTACIÓN:				
. ¿En qué año estamos?	1			
. ¿En qué estación del año estamos?	1			
. ¿En qué día de la semana estamos?	1			
. ¿Qué día (número) es hoy ?	1			
. ¿En qué mes estamos ?	1			
. ¿En qué provincia estamos ?	1			
. ¿En qué país estamos?	1			
. ¿En qué pueblo o ciudad estamos ?.....	1			
. ¿En qué lugar estamos en este momento ?	1			
. ¿Se trata de un piso o planta baja ?	1			
2. FIJACIÓN:				
. Repita estas 3 palabras: "peseta, caballo, manzana" (1 punto por cada respuesta correcta)	3			
Una vez puntuado, si no los ha dicho bien, se le repetirán con un Límite de 6 intentos hasta que los aprenda. Acuérdesese de ellas Porque se las preguntaré dentro de un rato.				
3. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO:				
. Si tiene 30 pesetas y me da 3 cuantas le quedan, y si me da 3 (hasta 5 restas)	5			
. Repita estos números 5-9-2 (repetir hasta que los aprenda). Ahora repítalos al revés (se puntúa acierto en nº y orden).....	3			
4. MEMORIA:				
. Recuerda los 3 objetos que le he dicho antes?	3			
5. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN :				
. Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?	1			
. Mostrar un reloj. ¿Qué es esto?	1			
. Repita esta frase: "EN UN TRIGAL HABIA CINCO PERROS" (si es correcta)	1			
. Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿Qué son un gato y un perro?	1			
. ¿Y el rojo y el verde?	1			
. Ahora haga lo que le diga: COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO ENCIMA DE LA MESA. (1 punto por cada acción correcta).....	3			
. Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos: " CIERRE LOS OJOS"	1			
. Ahora escriba por favor una frase, la que quiera en este papel (le da un papel)	1			
. Copiar el dibujo, anotando 1 punto si todos los ángulos se mantienen y se entrelazan en un polígono de 4 lados	1			
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">total</div>				
<p>La puntuació màxima és de 35 punts</p> <p>Valors normals : 30-35 punts.</p> <p>Suggereix deteriorament cognoscitiu : > 65 anys: < 24 punts (24-29= borderline).</p> <p style="margin-left: 100px;">≤ 65 anys : < 28 punts</p>				

Instrucciones prácticas para usar el MEC

Invitar al entrevistado a colaborar e indicar al acompañante que debe mantenerse en silencio. NO CORREGIR nunca al paciente, aunque se equivoque. Contabilizar los puntos correctos de cada uno de los ítems del MEC.

- Orientación: no se permite la Comunidad Autónoma respectiva como respuesta correcta para la provincia ni para la nación o país (excepto en las comunidades históricas).
- Fijación: repetir claramente cada palabra en un segundo. Le damos tantos puntos como palabras repita correctamente al primer intento. Hacer énfasis en que las recuerde, ya que más tarde se le volverá a preguntar. Asegurarse de que el paciente repite las tres palabras correctamente, hasta que las aprenda. Están permitidos 6 intentos para que las repita correctamente.
- Concentración y cálculo: sustracción de 3 en 3: Si no lo entiende se puede reformular la pregunta: “¿Si tiene 30 pesetas y me da tres, cuántas le quedan?”; y seguir pero sin repetir la cifra que dé el paciente. Se dará un punto por cada sustracción correcta. Repetir los dígitos 5-9-2 lentamente: 1 segundo cada uno, hasta que los aprenda, se le dá 1 punto por cada dígito que coloque en posición inversa correcta.
- Memoria: dar un amplio margen de tiempo para que pueda recordar, sin ayudarlo. 1 punto por cada palabra recordada sin tener en cuenta el orden.
- Lenguaje y construcción: el entrevistador ha de leer la frase poco a poco y correctamente articulada, un error en una letra es 0 puntos en el ítem.
- Semejanzas: en la semejanza perro-gato las respuestas correctas son: animales o animales de “x” características. *Ordenes verbales*: si el paciente coge el papel con la mano izquierda, se valorará como error. Si lo dobla más de dos veces es otro error.
- Lectura, escritura y dibujo: si utiliza gafas habitualmente le pediremos que se las ponga.
- Frase: advertir al sujeto que no se considerará correcto si escribe su nombre. Si es necesario se le puede poner un ejemplo, pero insistiendo que ha de escribir alguna cosa diferente. Debe construir una frase con sujeto, verbo y complemento para valorarla con un punto.
- Figura: cada pentágono ha de tener exactamente 5 lados y 5 ángulos y debe entrelazarse en dos puntos de contacto.

Puntuación: La *puntuación total máxima* es 35. Excluimos las preguntas que hayan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem. (por Ej. ceguera). Entonces calculamos la *puntuación total corregida*: la obtenida por regla de tres después de corregir la puntuación total. Por ejemplo, si el paciente es ciego no puede efectuar 4 de los 35 puntos posibles, entonces la puntuación final se calculará sobre los 31 puntos posibles y la puntuación total corregida, por ejemplo si es de 20 puntos, obtendremos por regla de tres: $(20 \times 35) / 31 = 22.5$, que redondeado llegamos a 23 (si fuese 22.4 redondeando sería 22).

ANNEX 3. SET-TEST de Isaacs

Demanarem al pacient que nomeni, fins que pugui, una sèrie de colors, d'animals, de fruites i de ciutats. Té *un minut per cada sèrie* i passarem a la següent quan hagi dit 10 elements de la mateixa, sense repetir-ne cap, encara que no hagi esgotat el minut de temps. Sempre *anotarem en el full els noms que digui*, ja que les repeticions ajudarà a valorar l'evolució dels pacients. Si hi ha deteriorament cognitiu anirem observant amb el pas del temps una menor puntuació amb més errors i repeticions i conceptes cada vegada més reduccionistes.

COLORS:

ANIMALS:

FRUITES:

CIUTATS:

ERRORS / REPETICIONS _____

PUNTS TOTALS _____

Normalitat: Adults ≥ 29 Ancians ≥ 27

Sensibilitat: 79% y especificitat: 82%.

ANNEX 4. ESCALA DE DEPRESSIÓ GERIÀTRICA DE Yesavage REDUÏDA

Versión de 5 ítems. Hoyl et al,1999

Pregunta	Si	No
¿Está satisfecho con su vida?	0	1
¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
¿Se siente a menudo abandonado?	1	0
¿Prefiere quedarse en casa, en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
¿Se siente inútil actualmente?	1	0
Total		
Resultado: 0-1: normal > ó = 2 : sospecha de depresión		

ANNEX 5. CRITERIS PEL DIAGNÒSTIC DE LA MALALTIA D'ALZHEIMER
DEL NINCDS-ADRDA. WORK GROUP. 1984

A. Criterios de EA definitiva:

1. Criterios B
2. Evidencia histopatológica compatible

B. Criterios de EA probable:

1. MMSE/MEC < 24 o test similar.
2. Déficit en 2 ó más áreas cognitivas (memoria, cálculo, juicio,...)
3. Empeoramiento PROGRESIVO de la memoria y otras funciones cognitivas
4. Ausencia de trastornos de la conciencia (delirium)
5. Inicio entre los 40-90 años.
6. No evidencia de otras enfermedades cerebrales o sistémicas que justifiquen el deterioro progresivo.

Datos que apoyan el diagnóstico de EA probable :

7. Deterioro del lenguaje (afasia), habilidad motora (apraxia) y reconocimiento perceptivo (agnosia).
8. Alteración de patrones de conducta e incapacidad para realizar tareas cotidianas.
9. Historia familiar de trastornos similares, sobre todo si hay confirmación anatomopatológica de EA.
10. Pruebas de laboratorio :
 - Punción lumbar (LCR) normal.
 - Enlentecimiento inespecífico o normalidad en el EEG.
 - Signos de atrofia cerebral progresiva en estudios seriados con TC e
 - Hipometabolismo cerebral si se utilizan otras técnicas de neuroimagen.

C. Criterios de EA posible:

1. Puede hacerse ante un proceso demenciante en presencia de variaciones en su inicio, en la presentación o en el curso clínico, inusual en la EA, pero para la cual no hay explicación alternativa (diagnóstico de exclusión).
2. Puede hacerse en presencia de un trastorno secundario sistémico o cerebral capaz de producir una demencia, pero que no es considerado la causa de la demencia del enfermo.
3. Cuando existe un déficit gradual progresivo de las funciones cognoscitivas.

ANNEX 6. CRITERIS DSM IV-TR - DEMÈNCIA VASCULAR

A. Los signos y síntomas neurológicos (p. ej., exageración de los reflejos tendinosos profundos, respuesta de extensión plantar, parálisis pseudobulbar, anomalías en la marcha, debilidad de una extremidad) o las pruebas de laboratorio sugerentes de la presencia de una enfermedad cerebrovascular se estiman etiológicamente relacionadas con la alteración (p. ej., infartos múltiples que implican al córtex y a la sustancia blanca acompañante).

- Con delirium*
- Con ideas delirantes*
- Con estado de ánimo depresivo*
- No complicada*

Especificar si: Con alteración de comportamiento.

Con delirium: si el delirium se sobreañade a la demencia.

Con ideas delirantes: si las ideas delirantes son el síntoma predominante

Con estado de ánimo depresivo: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

No complicada: si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual.

Nota: Resumen y adaptación de los criterios DSM IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª edición revisada).

Se puede encontrar la versión completa en la dirección
<http://www.eutimia.com/dsm4/index.htm>

**ANNEX 7. CRITERIS DIAGNÒSTICS DE DEMÈNCIA
AMB COSSOS DE LEWY DIFUSOS (DCLD).**

- A) En etapas iniciales puede no ser muy evidente la alteración de la memoria, pero si serlo los problemas de atención, habilidades complejas y capacidad visuoespacial.
- B) *Dos de los siguientes criterios (para diagnóstico probable) y uno (para diagnóstico posible) de los tres síntomas siguientes:*
1. Fluctuación de la capacidad cognitiva con variaciones de la atención y del estado de alerta.
 2. Alucinaciones visuales recurrentes bien formadas y detalladas.
 3. Parkinsonismo.
- C) Apoyan el diagnóstico: caídas repetidas, síncope, pérdida de conciencia transitoria, sensibilidad a los neurolépticos (mayores y más rápidos efectos secundarios), delirios sistematizados y/o alucinaciones (por ejemplo auditivas).
- D) La hacen menos probable: enfermedad cerebrovascular (signo neurológico focal o por técnica de neuroimagen) y/o evidencia de otras enfermedades orgánicas o cerebrales que puedan justificar el cuadro clínico.

Criteris de Newcastle (McKeith i cols 1996).

ANNEX 8. ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Anotar, amb l'ajuda del cuidador principal, quina és la situació concreta personal del pacient, respecte als 8 ítems d'activitat instrumental de la vida diària.

Escala d'activitat instrumental de la vida diària	Punts
Capacidad para usar el teléfono : . Utiliza el teléfono por iniciativa propia Es capaz de marcar bien algunos números familiares Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar No utiliza el teléfono	1 1 1 0
Hacer compras : . Realiza todas las compras necesarias independientemente Realiza independientemente pequeñas compras Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra Totalmente incapaz de comprar	1 0 0 0
Preparación de la comida : . Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada Necesita que le preparen y sirvan las comidas	1 0 0 0
Cuidado de la casa : . Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) .. . Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza Necesita ayuda en todas las labores de la casa No participa en ninguna labor de la casa	1 1 1 1 0
Lavado de la ropa : . Lava por si solo toda su ropa Lava por si solo pequeñas prendas Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	1 1 0
Uso de medios de transporte : . Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros No viaja en absoluto	1 1 1 0 0
Responsabilidad respecto a su medicación : . Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta Toma su medicación si la dosis es preparada previamente No es capaz de administrarse su medicación	1 0 0
Manejo de sus asuntos económicos : . Se encarga de sus asuntos económicos por si solo Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos Incapaz de manejar dinero	1 1 0
TOTAL	

Màxima dependència: 0 punts..... 8 punts : Independència total.

ANNEX 9. INDEX DE BARTHEL

Anotar, amb la ajuda del cuidador principal, quina és la situació personal del pacient, respecte a les 10 preguntes d'activitat bàsica de la vida diària.

ITEM	Activitat bàsica de la vida diària	Punts
Comer	. Totalmente independiente	10
	. Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc	5
	. Dependiente	0
Lavarse	. Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	. Dependiente	0
Vestirse	. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	. Necesita ayuda	5
	. Dependiente	0
Arreglarse	. Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc	5
	. Dependiente	0
Deposiciones*	. Contínente	10
	. Ocasionalmente, algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	. Incontinente	0
Micción *	. Contínente o es capaz de cuidarse de la sonda	10
	. Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24 h., necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	. Incontinente	0
Usar el retrete	. Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	. Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	. Dependiente	0
Trasladarse	. Independiente para ir del sillón a la cama	15
	. Mínima ayuda física o supervisión	10
	. Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	. Dependiente	0
Deambular	. Independiente, camina solo 50 metros	15
	. Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m.	10
	. Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	. Dependiente	0
Escalones	. Independiente para subir y bajar escaleras	10
	. Necesita ayuda física o supervisión	5
	. Dependiente	0
	TOTAL :	

* Micció i deposició: valorar la setmana prèvia.

Màxima puntuació: 100 punts (90 en cas d'anar amb cadira de rodes)

Resultat : < 20 dependent total
 20 - 35 dependent greu
 40 - 55 dependent moderat
 ≥ 60 dependent lleu
 100 = independent

ANNEX 10. ESCALA DE DETERIORAMENT GLOBAL (GDS-FAST)

Estadi	Fase clínica	Característiques FAST	Comentaris
GDS 1. Ausencia de déficit cognitivo	Normal MEC: 30-35	Ausencia de déficit funcionales objetivos o subjetivos.	No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo
GDS 2. Déficit cognitivo muy leve	Normal para su edad. Olvido MEC: 25-30	Déficit funcional subjetivo	Quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3. Déficit cognitivo leve	Deterioro límite MEC: 20-27	Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas y que generalmente lo observan familiares y amigos	Primeros defectos claros. Manifestación en una o más de estas áreas: <ul style="list-style-type: none"> • Haberse perdido en un lugar no familiar • Evidencia de rendimiento laboral pobre • Dificultad para recordar palabras y nombres • tras la lectura retiene escaso material • olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor • escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido El déficit de concentración es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva. La negación como mecanismo de defensa ,o el desconocimiento de los defectos, empieza a manifestarse. Los síntomas se acompañan de ansiedad leve moderada
GDS 4. Déficit cognitivo moderado	Enfermedad de Alzheimer leve MEC: 16-23	Déficits observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales o planificación de comidas cuando hay invitados	Defectos manifiestos en: <ul style="list-style-type: none"> • olvido de hechos cotidianos o recientes • déficit en el recuerdo de su historia personal • dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7. • incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas Frecuentemente no hay defectos en: <ul style="list-style-type: none"> • orientación en tiempo y persona • reconocimiento de caras y personas familiares • capacidad de viajar a lugares conocidos Labilidad afectiva Mecanismo de negación domina el cuadro
GDS 5. Déficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad de Alzheimer moderada MEC: 10-19	Decremento de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones	Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el aseo ni en la comida, pero sí para elegir su ropa Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares) Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos
GDS 6. Déficit cognitivo grave	Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave MEC: 0-12	Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse; específicamente, pueden identificarse 5 subestadios siguientes: a) disminución de la habilidad de vestirse solo b) disminución de la habilidad para bañarse solo c) disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo d) disminución de la continencia urinaria e) disminución de la continencia fecal	Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir Retiene algunos datos del pasado Desorientación tempororo espacial Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria Puede presentar incontinencia Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos Ritmo diurno frecuentemente alterado Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva)
GDS 7. Déficit cognitivo muy grave	Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0	Pérdida del habla y la capacidad motora Se especifican 6 subestadios: a) capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras b) capacidad de habla limitada a una única palabra c) pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda d) pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda e) pérdida de la capacidad para sonreír f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida	Perdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulaci3n Con frecuencia se observan signos neurol3gicos



QUÈ ÉS UNA DEMÈNCIA ?

- Es tracta d'una malaltia que es caracteritza per un deteriorament mental prematur i progressiu.
- La seva causa és múltiple, però fonamentalment és deguda a una pèrdua lenta però irreversible de les funcions del cervell.
- Pot afectar a qualsevol persona adulta, però majoritàriament la presenten les persones grans.
- La demència més freqüent es coneix amb el nom de malaltia o demència d'ALZHEIMER.

QUINS SÍMPTOMES DÓNA ?

- El primer és la pèrdua de memòria recent: oblit de noms, llocs, números de telèfon, encàrrecs. Inicialment ho intenten dissimular. Però lentament es fa més acusada. Poden culpavilitzar als familiars de la pèrdua d'objectes.
- Tenen dificultats per expressar-se, els costa trobar les paraules.
- Es desorienten amb facilitat, i fins i tot es poden perdre en llocs habituals.
- Poden canviar de caràcter: és freqüent presentar una depressió, i en alguns casos pot observar-se irritabilitat i fins i tot reaccions violentes.
- Lentament van apareixent altres mancances de les facultats intel·lectuals.
- En les fases avançades la seva incapacitat és profunda i no es poden valdre per ells mateixos.

QUÈ HEM DE FER ?

- La demència ara per ara NO TÉ TRACTAMENT CURATIU.
- Tots els medicaments i actuacions que es poden i s'han de fer, són solament de suport.
- És freqüent haver de canviar els medicaments, ja que cada malalt respon a ells de manera diferent.
- És molt important que una persona es faci càrrec de la seva atenció, sens dubte amb la col·laboració de la resta de la família i amics.

- Aquesta malaltia ha de ser controlada directament per l'Equip Sanitari del seu poble i si ells ho creuen convenient pel Neuròleg o altres professionals.
- Cap dels problemes que hem anomenat (oblit de les coses, desorientació, irritabilitat, insomni), és voluntari i per tant han de trobar la comprensió del seu cuidador i familiars.
- És important que aprengueu a parlar amb ell/a de manera pausada i relaxada.
- Espereu la seva resposta. Són preferibles les frases curtes. Sigueu carinyosos i expressius.
- Quan evolucioni la malaltia cal que les activitats del dia es facin rutinàries, amb horaris fixes. Diàriament cal fixar un temps per a sortir de passeig.
- És molt important que vostè també es cuidi: Cal que disposi diàriament d'un temps per a vostè. Que mantingui el seu cercle de relacions i un estret contacte amb els professionals sanitaris del seu poble i els comuniqui tots aquells dubtes i problemes que tingui.
- Es important viure el moment i resoldre problema a problema, i evitar pensar amb situacions futures que no existeixen.
- En coordinació amb l'Àrea Bàsica es disposa d'un servei de treballadora familiar, hi ha pobles i parròquies que tenen grups de voluntaris disposats a ajudar-vos
- A l'Hospital de la Sta. Creu de Vic i al de Manlleu existeix un col·lectiu de professionals excepcional també disposats a ajudar-vos.

QUÈ MÉS ES POT FER ?

- Si coneixeu familiars o persones que puguin tenir una demència, recomeneu-los anar al seu metge.
- En la vostra ABS periòdicament es fan grups informatius dirigits a cuidadors i familiars de pacients amb demència. També existeix un grup de suport per cuidadors. Demaneu informació als professionals del vostre consultori.
- Us aconsellem especialment també que us poseu en contacte amb l'Associació de Familiars amb Alzheimer i altres demències d'Osona. AFADO. El seu telèfon d'informació és: 689.13.85.19 i el FAX: 93-812.22.64.

QUÈ NO HEM DE FER ?

- Fer cas de persones que no coneixen la problemàtica d'aquesta malaltia.
- Cuidar el malalt tot sols, us cal l'ajuda de la vostra família, amics, així com del treballador social i del personal sanitari del vostre Centre.
- Pensar que l'empitjorament del malalt és per culpa seva o dels sanitaris que l'atenen.