



Atenció de les demències en APS

Jordi Espinàs. Metge de família

ABS Sta. Eugènia de Berga. SAP Osona. ICS

Continguts (1)

- ❖ Epidemiologia
- ❖ GPC del SISO:
 - Sospita de demència
 - Diagnòstic sindròmic i etiològic
 - Valoració funcional
 - Diagnòstic evolutiu
 - Com donar la informació als pacients i familiars?
 - Pla d'actuació individualitzat
 - Tractament (no farmacològic i farmacològic)
 - Seguiment dels pacients
 - Criteris de derivació
 - Recursos socio-sanitaris

Continguts (2)

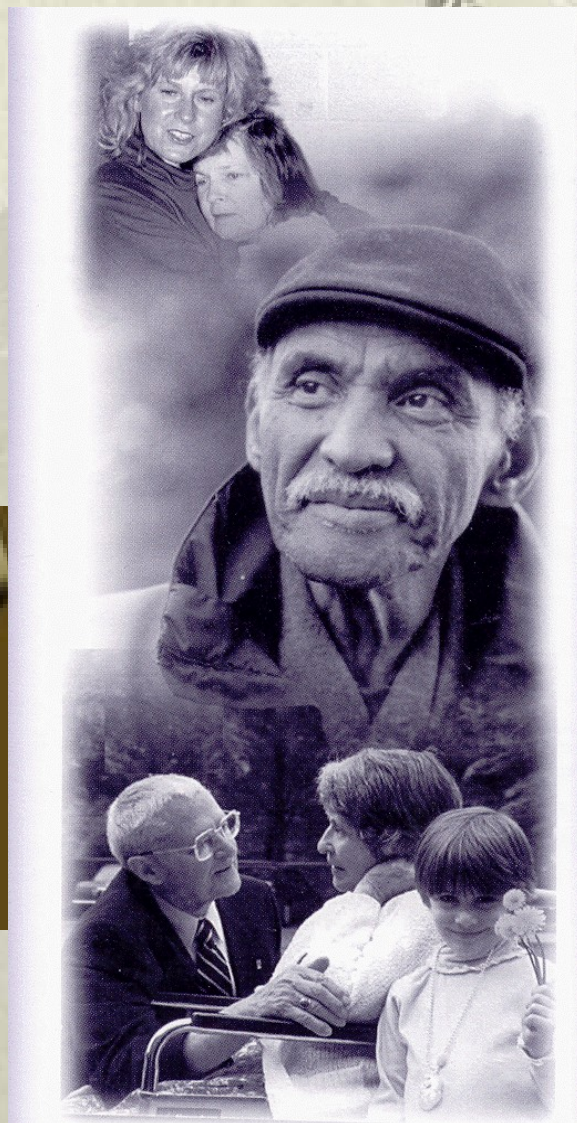
- ❖ Activitats preventives
- ❖ Grups de cuidadors
- ❖ Estudi SAP Osona – 2009
- ❖ Atenció domiciliària
- ❖ Descompensació aguda
- ❖ Més feina per fer...?
- ❖ Aspectes oblidats
- ❖ Resum
- ❖ Conclusions

Hi havia una vegada...

Instrument diagnòstic més modern
de demència era del 1975...

No disposàvem de cap eina clínica
ni de laboratoris per a fer un diagnòstic
precoç...

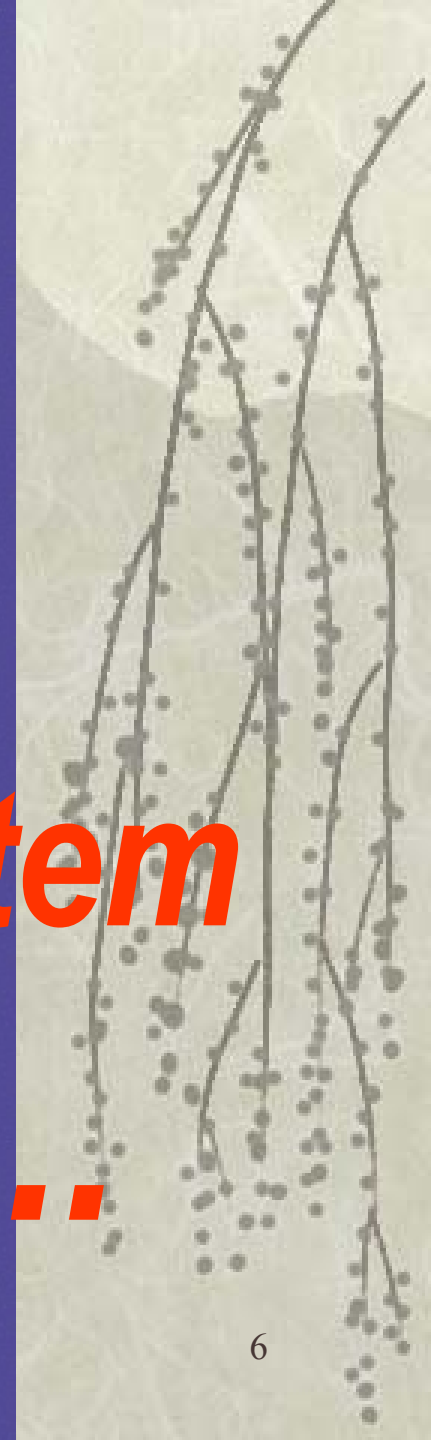
NI DISPOSÀVEM... NI DISPOSEM...



En sabem molt poc...



*Ens
necessitem
TOTS...*





**Quin lloc
ocupen les
demencies
en APS...?**

Epidemiologia de les demències

Comarca d'Osona:

- 11 ABS (9 ICS + 2 EBA)
 - Població: 145.000 habitants
 - 16-17% d'usuaris > 65 anys
- Prevalença teòrica de pacients amb demència:

1.200 pacients



GUIA PRÀCTICA CLÍNICA
Demències

SISO-2006

ACORD SISO-06

**ICS/EBA. Atenció Primària
HGVic (neurologia)
Hospital Sta. Creu. Vic
Hospital de St. Jaume. Manlleu**

Associació de familiars (AFA)

DEMÈNCIA

RESPONSABILITATS segons la GPC de la DEMÈNCIA per NIVELLS ASSISTENCIALS - 1

ACTIVITAT	ATENCIÓ PRIMÀRIA	ATENCIÓ ESPECIALITZADA	ALTRES (1)
1. Sospita i detecció inicial	X		
2. Diagnòstic sindròmic i orientació etiològica	X		
3. Diagnòstic etiològic i suport diagnòstic, orientació multidisciplinari inicial i reinformació a l'AP)		X	
4. Valoració conjunta (MF, Inf. i TS) per a definir els problemes i propostes a treballar	X		
5. Tractament no farmacològic i atenció al cuidador principal i la família	X		
6. Indicació de tractament farmacològic específic		X	
7. Tractament farmacològic simptomàtic i control del FRCV	X		
8. Realització d'activitats d'estimulació cognitiva	X	X	X
9. Seguiment de la malaltia del pacient: A) Evolució normal de la malaltia (valoració periòdica) B) Evolució anòmala i aparició de complicacions C) Avaluació terapèutica simptomàtica i anticolinesteràsics	X	X X	
10. Ingressos hospitalaris per situacions agudes: A) En relació a la demència B) Complicacions i altres processos intercurrents		X X	

(1) Ajuntaments, Serveis Socials dels Ajuntaments, AFA, Consell Comarcal, Diputació, Mitjans de comunicació, Residències...

Quan hem de sospitar un deteriorament cognitiu ?

1. Pèrdua de memòria que afecta a la vida diària
2. Problemes de llenguatge
3. Pèrdua de coses o deixar-les en llocs inapropiats
4. Pèrdua d'iniciativa
5. Canvis d'humor o de conducta
6. Desorientació temporoespacial
7. Dificultats en les activitats instrumentals
8. Dèficit de judici
9. Canvis de "personalitat"
10. Problemes en el pensament abstracte

DEMÈNCIA

RESPONSABILITATS segons la GPC de la DEMÈNCIA per NIVELLS ASSISTENCIALS - 1

ACTIVITAT	ATENCIÓ PRIMÀRIA	ATENCIÓ ESPECIALITZADA	ALTRES
1. Sospita i detecció inicial	X		
2. Diagnòstic sindròmic i orientació etiològica	X		
3. Diagnòstic etiològic i suport diagnòstic, orientació multidisciplinari inicial i reinformació a l'AP)		X	
4. Valoració conjunta (MF, Inf. i TS) per a definir els problemes i propostes a treballar	X		
5. Tractament no farmacològic i atenció al cuidador principal i la família	X		
6. Indicació de tractament farmacològic específic		X	
7. Tractament farmacològic simptomàtic i control del FRCV	X		
8. Realització d'activitats d'estimulació cognitiva	X	X	X
9. Seguiment de la malaltia del pacient: A) Evolució normal de la malaltia (valoració periòdica) B) Evolució anòmala i aparició de complicacions C) Avaluació terapèutica simptomàtica i anticolinesteràsics	X	X X	
10. Ingressos hospitalaris per situacions agudes: A) En relació a la demència B) Complicacions i altres processos intercurrents		X X	

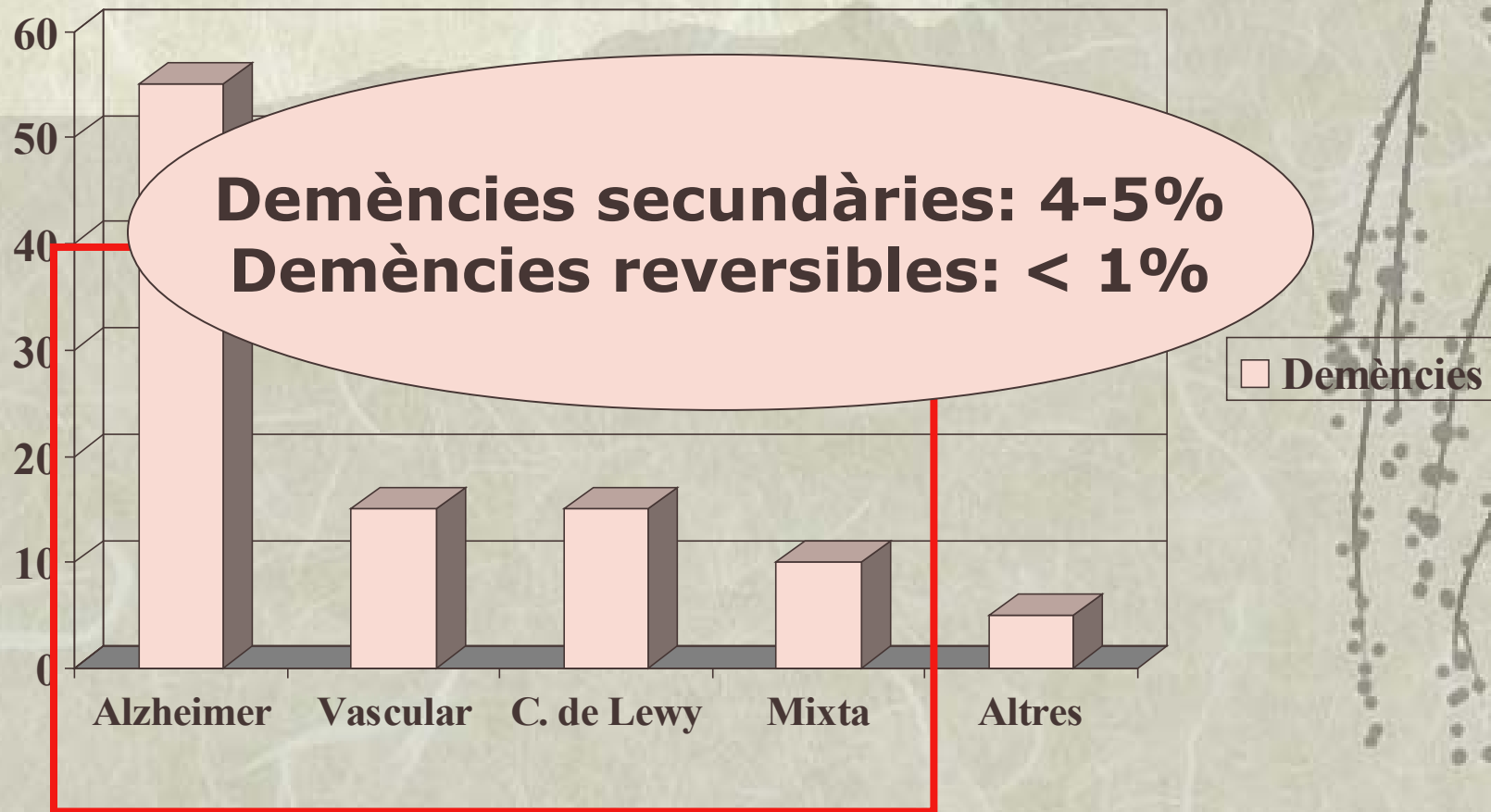
Demències.

Diagnòstic diferencial bàsic

Característiques	AMAE	DECAE	Demència
	D. C. LLEU		
Clínica:			
- <i>Alt de la memòria</i>	SI	SI	SI
- <i>Alt activitats complexes</i>	NO	SI	SI
- <i>Altres trast cognitius</i>	NO	NO	SI
- <i>Alteració vida diària</i>	NO	NO	SI
Test MEC	> 29	24-29	< 24
Estadi GDS	2	3	4

- **Depressió:** anamnesi, inspecció, test de Yesavage, etc.
- **Estat Confusional Agud/Deliri:** alteració nivell de consciència

Quines són les causes més freqüents de Demència ?



Quins són els criteris diagnòstics ?

DSM IV-TR

Demència Alzheimer

- A. Presència de dèficit cognitiu: ≥ 10
1. Deteriorament de la memòria a curt i llarg termini.
 2. Almenys una de les següents alteracions:
 - Afàsia (llenguatge), Apràxia (activitats motores), Agnòsia (reconeixement), Activitats instrumentals complexes o de l'activitat constructiva.
- B. Repercussió significativa de l'activitat laboral i/o social. Pèrdua respecte a un nivell previ.
- C. Els dèficit no apareixen exclusivament en el curs d'un estat confusional/deliri.

Demència Vasculàr

Demència amb còrpus de Lewy

Demència frontal

MINCES-BORDA

DSM IV

Grup de Newcastle

Criteris de Lund i Manchester

adaptats

Visita concertada amb el **metge**

Anamnesi:

- Memòria
- Activitats complexes
- Orientació
temporoespacial
- Llenguatge i càlcul
- Activitats
instrumentals
- Activitats bàsiques

+

**Repercussió sobre
la vida diària**

Analítica bàsica:

- Cribratge
- VSG
- TSH i T4L
- Na, K, Ca
- Vit B12
- Bàsic d'orina

Si sospita clínica:

- Àc fòlic.
- Serologia sífilis
- HIV
- Nivell de tòxics o fàrmacs

Material bàsic en les Consultes d'Atenció Primària

- Tests:
 - Pacients: MEC, Set-Test, Escala de Yesavage
 - Cuidadors: TIN, Escala de Zarit (càrrega del cuidador)
 - Valoració Social. Escala de Gijón
- Criteris diagnòstics (MdA, DV, DCL, DF, etc.)
- Escala GDS-FAST
- Escales de l'activitat de la vida diària:
 - AVD-b: Barthel
 - AVD-i: Lawton y Brody
- Full informatiu per al cuidador principal i la família

Tests bàsics en APS

pacient

cuidador

Test	Any	Tall	Validat l'any
MMSE de Folstein	1975	< 24	MEC de Lobo el 1979
TIN de Jorn	1989	> 57	1995
Set-Test d'Isaacs	1973	≤ 27	1990
Zarit reduït de Gort (7 ítems)	2005	≥ 17	2007 (a APS)
Yesavage (5 ítems)	1999	≥ 2	2002
Lawton y Brody	1989	Veure	2005
Barthel	1965	Veure	2002
Escala sociofamiliar de Gijón	1993	≥ 15	-

Té un dèficit cognitiu ?

SI

- ❖ **Clínica:**
 - evolució progressiva
 - pèrdua de memòria
 - dèficit activitats complexes
 - altres dèficit cognitivius ?
- ❖ **TIN** > 57 punts
- ❖ **TAC:** atròfia cortical difusa

NO

- ❖ **MEC** \geq 24 punts
- ❖ Exploració normal
- ❖ Analítica normal

Alguna sol.lució... ?

**Nova valoració
en 3-6 mesos**

Quantes setmanes tenen de
llista d'espera a neurologia ?

En aquest moment...

... probable deteriorament
cognitiu o demència... !



**DERIVACIÓ A
L'ATENCIÓ**

HOSPITALÀRIA



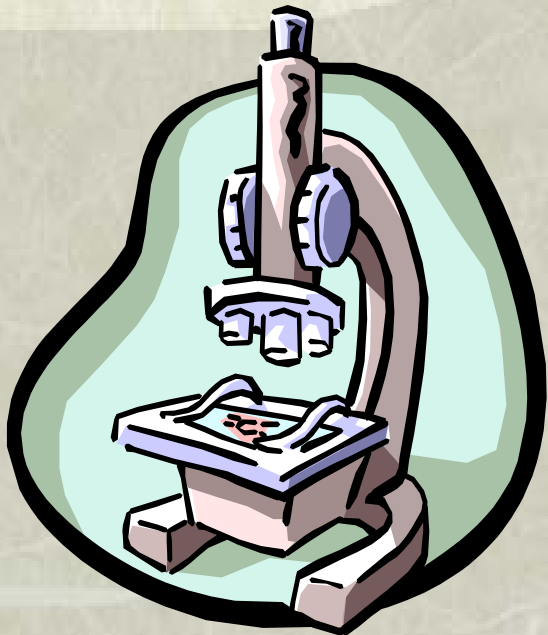
DEMÈNCIA

RESPONSABILITATS segons la GPC de la DEMÈNCIA per NIVELLS ASSISTENCIALS - 1

ACTIVITAT	ATENCIÓ PRIMÀRIA	ATENCIÓ ESPECIALITZADA	ALTRES
1. Sospita i detecció inicial	X		
2. Diagnòstic sindròmic i orientació etiològica	X		
3. Diagnòstic etiològic i suport diagnòstic, orientació multidisciplinari inicial i reinformació a l'AP)		X	
4. Valoració conjunta (MF, Inf. i TS) per a definir els problemes i propostes a treballar	X		
5. Tractament no farmacològic i atenció al cuidador principal i la família	X		
6. Indicació de tractament farmacològic específic		X	
7. Tractament farmacològic simptomàtic i control del FRCV	X		
8. Realització d'activitats d'estimulació cognitiva	X	X	X
9. Seguiment de la malaltia del pacient: A) Evolució normal de la malaltia (valoració periòdica) B) Evolució anòmala i aparició de complicacions C) Avaluació terapèutica simptomàtica i anticolinesteràsics	X	X X	
10. Ingressos hospitalaris per situacions agudes: A) En relació a la demència B) Complicacions i altres processos intercurrents		X X	

Valoració funcional

Escales funcionals



Activitats **instrumentals** de la vida diària (AIVD):

Escala de Lawton i Brody
* puntuació: 0-8

Activitats **bàsiques** de la vida diària (ABVD):

Index de Barthel
* puntuació: 0-100

Diagnòstic evolutiu (GDS)

GDS

Clínica

1. Normal
2. Pèrdua de memòria (AMAE)
3. Alt. activitats complexes (DECAE)
4. Demència inicial
5. Demència amb dèficit activ. instrumentals
6. Demència amb dèficit activitats bàsiques
7. Afàsia-apràxia-agnòsia greu

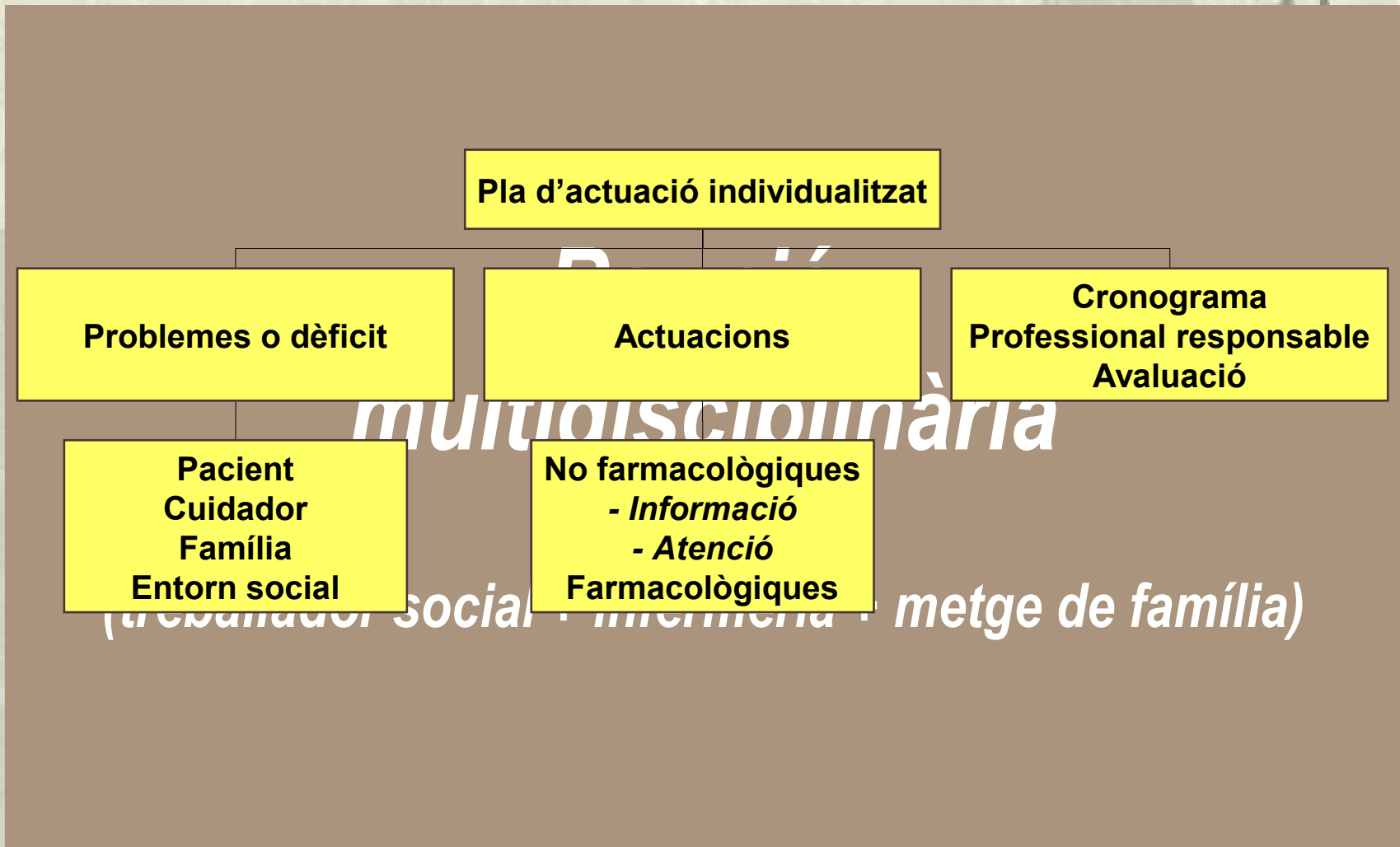
Actuacions inicials un cop arribats al diagnòstic de demència

Informació:

“Els pacients haurien de rebre tota la informació necessària per a entendre el que està passant i per a que puguin col·laborar activa i positivament amb les actuacions que se’ls proposi.”

“Declaración de Oviedo, 1997.”

Pla d'actuació individualitzat



Valoració multidimensional		Responsables
Pacient	Biològica	<p>Quan hi ha molts responsables, què passa...??</p>
	Psicològica	
Família		
Cuidador		
Entorn Social		



DEMÈNCIA

RESPONSABILITATS segons la GPC de la DEMÈNCIA per NIVELLS ASSISTENCIALS - 1

ACTIVITAT	ATENCIÓ PRIMÀRIA	ATENCIÓ ESPECIALITZADA	ALTRES
1. Sospita i detecció inicial	X		
2. Diagnòstic sindròmic i orientació etiològica	X		
3. Diagnòstic etiològic i suport diagnòstic, orientació multidisciplinari inicial i reinformació a l'AP)		X	
4. Valoració conjunta (MF, Inf. i TS) per a definir els problemes i propostes a treballar	X		
5. Tractament no farmacològic i atenció al cuidador principal i la família	X		
6. Indicació de tractament farmacològic específic		X	
7. Tractament farmacològic simptomàtic i control del FRCV	X		
8. Realització d'activitats d'estimulació cognitiva	X	X	X
9. Seguiment de la malaltia del pacient: A) Evolució normal de la malaltia (valoració periòdica) B) Evolució anòmla i aparició de complicacions C) Avaluació terapèutica simptomàtica i anticolinesteràsics	X	X X	
10. Ingressos hospitalaris per situacions agudes: A) En relació a la demència B) Complicacions i altres processos intercurrents		X X	

Tractament **NO** farmacològic



Problemes de comportament

Consells

FICS

**Deteriorament
cognitiu**

≠

**Problemes de
comportament**

- **Mostrar-li afecte**

inapropiades

vitat

sexuals

DEMÈNCIA

RESPONSABILITATS segons la GPC de la DEMÈNCIA per NIVELLS ASSISTENCIALS - 1

ACTIVITAT	ATENCIÓ PRIMÀRIA	ATENCIÓ ESPECIALITZADA	ALTRES
1. Sospita i detecció inicial	X		
2. Diagnòstic sindròmic i orientació etiològica	X		
3. Diagnòstic etiològic i suport diagnòstic, orientació multidisciplinari inicial i reinformació a l'AP)		X	
4. Valoració conjunta (MF, Inf. i TS) per a definir els problemes i propostes a treballar	X		
5. Tractament no farmacològic i atenció al cuidador principal i la família	X		
6. Indicació de tractament farmacològic específic		X	
7. Tractament farmacològic simptomàtic i control del FRCV	X		
8. Realització d'activitats d'estimulació cognitiva	X	X	X
9. Seguiment de la malaltia del pacient: A) Evolució normal de la malaltia (valoració periòdica) B) Evolució anòmala i aparició de complicacions C) Avaluació terapèutica simptomàtica i anticolinesteràsics	X	X X	
10. Ingressos hospitalaris per situacions agudes: A) En relació a la demència B) Complicacions i altres processos intercurrents		X X	

Tractament farmacològic simptomàtic

GT
semFYC

No existe información adecuada que haga que **citalopram** sea de elección en ancianos o que **venlafaxina** sea más eficaz cuando otro antidepresivo haya fracasado.

Los intensos síntomas de abstinencia asociados al uso de **venlafaxina** pueden manifestarse al saltarse tan solo una dosis.

Mirtazapina es un antidepresivo atípico, acerca del cual, con la información de que se dispone, no puede decirse que suponga ninguna ventaja terapéutica.

Escitalopram tampoco parece aportar ninguna ventaja práctica sobre citalopram.

Según la información disponible actualmente, no puede decirse que la **duloxetina** aporte una ventaja terapéutica con respecto al resto de ISRS.

Tractament farmacològic (qüestions prèvies-1)

- ◆ Sempre buscar/identificar i tractar la causa subjacent.
- ◆ Iniciar fàrmacs sols si fracassen les mesures NO farmacològiques.
- ◆ Retirar tots els fàrmacs prescindibles.
- ◆ **No deixar instaurats fàrmacs sense avaluar periòdicament la seva retirada (4-8 setmanes).**
- ◆ Anotar sempre la resposta medicamentosa.
- ◆ Informar a la família la necessitat d'assajar fàrmacs i ajustar dosis.

Tractament farmacològic (qüestions prèvies-2)

- ◆ **Utilitzar dosis inicials baixes.**
- ◆ Efectuar increments en petites dosis.
- ◆ Al canviar un fàrmac, deixar períodes intermedis entre els dos.
- ◆ Desaconsellar l'automedicació.

Tractament pal.liatiu

(anticolinesteràsics i memantina)

❖ Medicació actual :

Indicació

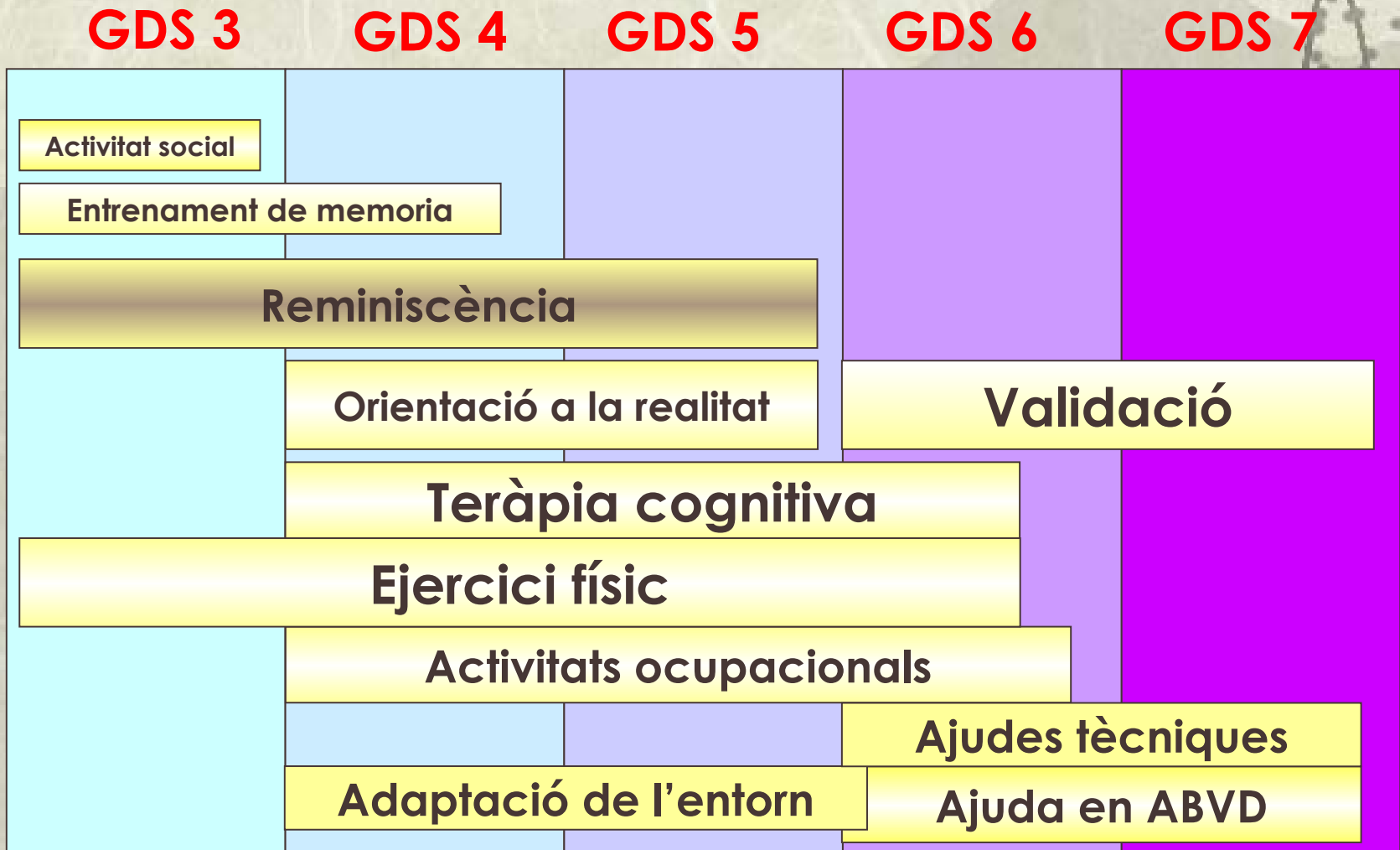
	MEC	Malaltia d'Alzheimer	GDS
- IACE:	10-26	lleu-moderada	4-5-6
- Memantina:	0-12	moderada-greu	6-7

DEMÈNCIA

RESPONSABILITATS segons la GPC de la DEMÈNCIA per NIVELLS ASSISTENCIALS - 1

ACTIVITAT	ATENCIÓ PRIMÀRIA	ATENCIÓ ESPECIALITZADA	ALTRES
1. Sospita i detecció inicial	X		
2. Diagnòstic sindròmic i orientació etiològica	X		
3. Diagnòstic etiològic i suport diagnòstic, orientació multidisciplinari inicial i reinformació a l'AP)		X	
4. Valoració conjunta (MF, Inf. i TS) per a definir els problemes i propostes a treballar	X		
5. Tractament no farmacològic i atenció al cuidador principal i la família	X		
6. Indicació de tractament farmacològic específic		X	
7. Tractament farmacològic simptomàtic i control del FRCV	X		
8. Realització d'activitats d'estimulació cognitiva	X	X	X
9. Seguiment de la malaltia del pacient: A) Evolució normal de la malaltia (valoració periòdica) B) Evolució anòmala i aparició de complicacions C) Avaluació terapèutica simptomàtica i anticolinesteràsics	X	X X	
10. Ingressos hospitalaris per situacions agudes: A) En relació a la demència B) Complicacions i altres processos intercurrents		X X	

Activitats i estimulació cognitiva segons l'estadiatge



DEMÈNCIA

RESPONSABILITATS segons la GPC de la DEMÈNCIA per NIVELLS ASSISTENCIALS - 1

ACTIVITAT	ATENCIÓ PRIMÀRIA	ATENCIÓ ESPECIALITZADA	ALTRES
1. Sospita i detecció inicial	X		
2. Diagnòstic sindròmic i orientació etiològica	X		
3. Diagnòstic etiològic i suport diagnòstic, orientació multidisciplinari inicial i reinformació a l'AP)		X	
4. Valoració conjunta (MF, Inf. i TS) per a definir els problemes i propostes a treballar	X		
5. Tractament no farmacològic i atenció al cuidador principal i la família	X		
6. Indicació de tractament farmacològic específic		X	
7. Tractament farmacològic simptomàtic i control del FRCV	X		
8. Realització d'activitats d'estimulació cognitiva	X	X	X
9. Seguiment de la malaltia del pacient: A) Evolució normal de la malaltia (valoració periòdica) B) Evolució anòmala i aparició de complicacions C) Avaluació terapèutica simptomàtica i anticolinesteràsics	X	X X	
10. Ingressos hospitalaris per situacions agudes: A) En relació a la demència B) Complicacions i altres processos intercurrents		X X	

Seguiment dels pacients...

GDS	Lloc	Període	Actuació
4	Consulta	6 mesos	Detecció canvis conductuals i cognitius Valoració trast associats i comorbiditat Revisió medicació i informació
5 - 6	Consulta Domicili	3-4 mesos	Ídem GDS-4 Visita domiciliària de la Llar. Riscos
6 - 7	Domicili	2-3 mesos	Ídem GDS-4 Identificar i facilitar els dèficits bàsics VD Suport cuidador/Ajudes externes/Ingrés Iniciar elaboració del dol



Criteris de derivació

Criteris generals de derivació (1)

❖ **Neurologia :**

- Pacients menors de 65 anys.
- **Dubtes raonables de tractar-se d'una Md'A:** inici brusc, curs fluctuant, manifestacions atípiques (convulsions, focalitat, alteració de la marxa, al.lucinacions en fases inicials, tremolor, etc.).
- Per a **realitzar exploracions complementàries o tractaments no accessibles a l'APS.**

criteris generals de derivació (2)

❖ **Salut mental:**

- Trast de personalitat o de conducta associats.
- Depressió greu.
- Síntomes de difícil control (insomni, vagabundeig, irritabilitat, etc.).

❖ **Geriatría:**

- Pacients majors amb pluripatología.

❖ **Rehabilitació:**

- MCV amb trast. de la parla o dèficit motor.

❖ **Traumatología:**

- Valorar ortesi per a la deambulació.

❖ **Oftalmología ó ORL:**

- Dèficit visuals o auditius.

❖ **Odontología:**

- Falta de peces dentals.



DEMÈNCIA

RESPONSABILITATS segons la GPC de la DEMÈNCIA per NIVELLS ASSISTENCIALS - 2

ACTIVITAT	ATENCIÓ PRIMÀRIA	ATENCIÓ ESPECIALITZADA	ALTRES (1)
11. Seguiment de les necessitats i coordinació dels Serveis Socials			
A) Serveis Socials (ICS i Municipals)	X		X (2)
B) Material d'ajut i suport al pacient i cuidador	X		X (1)
C) Centre de dia municipals i privats	X		X (2)
D) Hospital de dia		X	X
E) Atenció domiciliària	X	X	X (1)
F) Ingressos hospitalaris per descàrrega familiar	XX (demanda)	X (gestió)	
G) Residències	XX	X (si ingressat)	X
12. Activitats preventives: primàries, secundàries i terciàries	XXX	X (si seguiment)	X (1)
13. Definir cartera de serveis de demències (pacients, cuidadors i familiars)	X	X	X (1)
14. Realització de formació pels professionals sanitaris	XXX	X	X
15. Grups informatius, formatius i d'autoajuda (cuidadors i familiars)	X	X	X (1)
16. Informació a la població i mitjans de comunicació	X	X	X (mitjans)
17. Recerca	X	X	X

(1) Ajuntaments, Serveis Socials dels Ajuntaments, AFA, Consell Comarcal, Diputació, Mitjans de comunicació, Residències...

(2) Serveis socials municipals i Ajuntaments

*Recursos sociosanitaris
pels pacients i familiars* ★

En resum, els serveis socials...

1. Associacions familiars d'Alzheimer (AFA)
2. Voluntariat
3. Grups informatius i d'autoajuda
4. Treballadors socials de l'atenció especialitzada:
 - Centres sociosanitaris
 - Ajuntament - barri
5. Ajudes, subvencions, DVA, etc...
6. Magatzem de material de suport
7. Centres de dia
8. Hospitals de dia
9. Estades temporals
10. Residències assistides

**Informen i
coordinen**

DEMÈNCIA

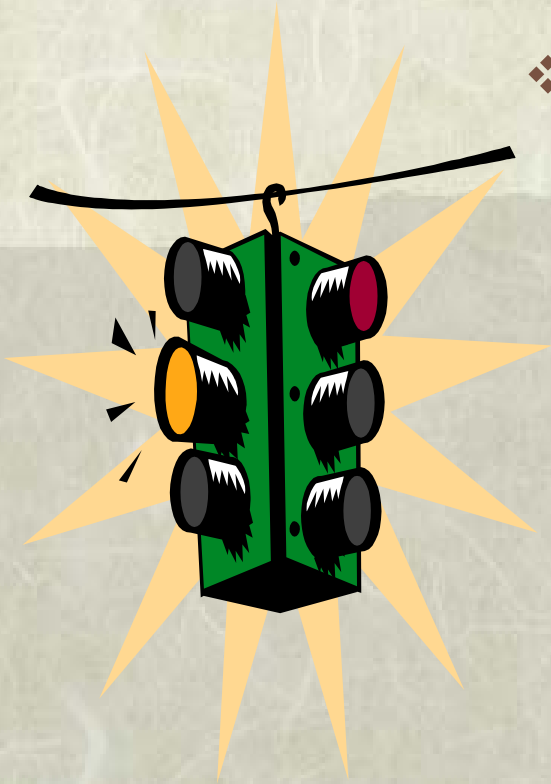
RESPONSABILITATS segons la GPC de la DEMÈNCIA per NIVELLS ASSISTENCIALS - 2

ACTIVITAT	ATENCIÓ PRIMÀRIA	ATENCIÓ ESPECIALITZADA	ALTRES (1)
11. Seguiment de les necessitats i coordinació dels Serveis Socials			
A) Serveis Socials (ICS i Municipals)	X		X (2)
B) Material d'ajut i suport al pacient i cuidador	X		X (1)
C) Centre de dia municipals i privats	X		X (2)
D) Hospital de dia		X	X
E) Atenció domiciliària	X	X	X (1)
F) Ingressos hospitalaris per descàrrega familiar	XX (demanda)	X (gestió)	
G) Residències	XX	X (si ingressat)	X
12. Activitats preventives: primàries, secundàries i terciàries	XXX	X (si seguiment)	X (1)
13. Definir cartera de serveis de demències (pacients, cuidadors i familiars)	X	X	X (1)
14. Realització de formació pels professionals sanitaris	XXX	X	X
15. Grups informatius, formatius i d'autoajuda (cuidadors i familiars)	X	X	X (1)
16. Informació a la població i mitjans de comunicació	X	X	X (mitjans)
17. Recerca	X	X	X

(1) Ajuntaments, Serveis Socials dels Ajuntaments, AFADO, Consell Comarcal, Diputació, Mitjans de comunicació, Residències...

(2) Serveis socials municipals i Ajuntaments

Prevenció de les demències (1)



❖ Prevenció primària:

- **Control dels factors de risc cardiovascular:** HTA, dislipèmia, tabaquisme, diabetis mellitus.
- Hàbit enèrgic i exercici físic regulars de risc.
- **Utilització racional dels psicofàrmacs** (ansiolítics, antipsicòtics, etc.)

Demència vascular: 7-20%

Prevenció de les demències (2)

❖ Prevenció secundària:

- Diagnòstic precoç de la malaltia cardiovascular i de la MdA.
- Diagnòstic i tractaments correctes.

– **Atenció del cuidador.**

❖ Prevenció terciària:

- Diagnòstic, tractament i/o **rehabilitació** d'aquelles **malalties que originen discapacitat**:
 - física (artrosi, MCV, etc.).
 - sensorial (agudeses visual, sordesa, etc.).
 - mental (depressió, ansietat).
 - social (aïllament).

DEMÈNCIA

RESPONSABILITATS segons la GPC de la DEMÈNCIA per NIVELLS ASSISTENCIALS - 2

ACTIVITAT	ATENCIÓ PRIMÀRIA	ATENCIÓ ESPECIALITZADA	ALTRES (1)
11. Seguiment de les necessitats i coordinació dels Serveis Socials			
A) Serveis Socials (ICS i Municipals)	X		X (2)
B) Material d'ajut i suport al pacient i cuidador	X		X (1)
C) Centre de dia municipals i privats	X		X (2)
D) Hospital de dia		X	X
E) Atenció domiciliària	X	X	X (1)
F) Ingressos hospitalaris per descàrrega familiar	XX (demanda)	X (gestió)	
G) Residències	XX	X (si ingressat)	X
12. Activitats preventives: primàries, secundàries i terciàries	XXX	X (si seguiment)	X (1)
13. Definir cartera de serveis de demències (pacients, cuidadors i familiars)	X	X	X (1)
14. Realització de formació pels professionals sanitaris	XXX	X	X
15. Grups informatius, formatius i d'autoajuda (cuidadors i familiars)	X	X	X (1)
16. Informació a la població i mitjans de comunicació	X	X	X (mitjans)
17. Recerca	X	X	X

(1) Ajuntaments, Serveis Socials dels Ajuntaments, AFADO, Consell Comarcal, Diputació, Mitjans de comunicació, Residències...

(2) Serveis socials municipals i Ajuntaments

DEMÈNCIA

RESPONSABILITATS segons la GPC de la DEMÈNCIA per NIVELLS ASSISTENCIALS - 2

ACTIVITAT	ATENCIÓ PRIMÀRIA	ATENCIÓ ESPECIALITZADA	ALTRES (1)
11. Seguiment de les necessitats i coordinació dels Serveis Socials			
A) Serveis Socials (ICS i Municipals)	X		X (2)
B) Material d'ajut i suport al pacient i cuidador	X		X (1)
C) Centre de dia municipals i privats	X		X (2)
D) Hospital de dia		X	X
E) Atenció domiciliària	X	X	X (1)
F) Ingressos hospitalaris per descàrrega familiar	XX (demanda)	X (gestió)	
G) Residències	XX	X (si ingressat)	X
12. Activitats preventives: primàries, secundàries i terciàries	XXX	X (si seguiment)	X (1)
13. Definir cartera de serveis de demències (pacients, cuidadors i familiars)	X	X	X (1)
14. Realització de formació pels professionals sanitaris	XXX	X	X
15. Grups informatius, formatius I d'autoajuda (cuidadors i familiars)	X	X	X (1)
16. Informació a la població i mitjans de comunicació	X	X	X (mitjans)
17. Recerca	X	X	X

(1) Ajuntaments, Serveis Socials dels Ajuntaments, AFADO, Consell Comarcal, Diputació, Mitjans de comunicació, Residències...

(2) Serveis socials municipals i Ajuntaments

DEMÈNCIA

RESPONSABILITATS segons la GPC de la DEMÈNCIA per NIVELLS ASSISTENCIALS - 2

ACTIVITAT	ATENCIÓ PRIMÀRIA	ATENCIÓ ESPECIALITZADA	ALTRES (1)
11. Seguiment de les necessitats i coordinació dels Serveis Socials			
A) Serveis Socials (ICS i Municipals)	X		X (2)
B) Material d'ajut i suport al pacient i cuidador	X		X (1)
C) Centre de dia municipals i privats	X		X (2)
D) Hospital de dia		X	X
E) Atenció domiciliària	X	X	X (1)
F) Ingressos hospitalaris per descàrrega familiar	XX (demanda)	X (gestió)	
G) Residències	XX	X (si ingressat)	X
12. Activitats preventives: primàries, secundàries i terciàries	XXX	X (si seguiment)	X (1)
13. Definir cartera de serveis de demències (pacients, cuidadors i familiars)	X	X	X (1)
14. Realització de formació pels professionals sanitaris	XXX	X	X
15. Grups informatius, formatius I d'autoajuda (cuidadors i familiars)	X	X	X (1)
16. Informació a la població i mitjans de comunicació	X	X	X (mitjans)
17. Recerca	X	X	X

(1) Ajuntaments, Serveis Socials dels Ajuntaments, AFADO, Consell Comarcal, Diputació, Mitjans de comunicació, Residències...

(2) Serveis socials municipals i Ajuntaments

Grups pels cuidadors

- ❖ **Cal valorar l'organització conjunta amb representants de les AFA, ABS, servei de neurologia i centres socio-sanitaris de referència.**
- ❖ **Dinàmica:**
 - **1. Grups informatius:**
 - Nombre de sessions: 6 - 8.
 - Coordinació: treballador social de cada ABS amb la col.laboració dels professionals sanitaris (infermeria i metges) i de l'AFA de referència.
 - Assistents: 10-14 cuidadors i familiars
 - Periodicitat: 1 sessió cada 7-15 dies.
 - Estructura:
 - Presentació del tema (30-45 min)
 - Dinàmica semidirigida (45 min)
 - Avaluació: Test de Zarit, qualitat de vida SF-36, opinió dels integrants

Grups pels cuidadors

– 1. Grups informatius:

• Continguts de les sessions:

- 1. Què són les demències?**
- 2. Maneig dels problemes de comportament i situacions difícils**
- 3. Comunicació i relació pacient-cuidador**
- 4. Realització de les activitats de la vida diària**
- 5. Cuidar el cuidador**
- 6. Informació sobre els recursos sanitaris**
- 7. Informació sobre els recursos socials**
- 8. Informació sobre l'associació de familiars (AFA)**

Grups pels cuidadors

- 2. Grup

Estudi CUIDA'L (1997-2003)

Subvenció: Marató TV3 del 1997

ABS participants: **37 ABS** (es va fer formació a tots els professionals sanitaris)

Nombre de pacients cribrats: **4.652 pacients**
(durant 12-24 mesos)

Nombre de pacients i cuidadors seguits: **181**

Grup intervenció cuidadors (8 sessions informatives)
vs grup control

- Ho realitzat per part dels cuidadors i pensacions

Estudi CUIDA'L (1997-2003)

Subvenció: Marató TV3 del 1997

ABS participants: 37 ABS (es va fer formació a tots els professionals sanitaris)

Nombre de pacients cribrats: 4.652 pacients (durant 12-24 mesos)

Nombre de pacients i cuidadors seguits: 181 (durant 1 any)

- Grup intervenció cuidadors (8 sessions informatives) vs grup control
- Seguiment: estudi amb SF-36, Euroquol i EADG, Apgar social i Apgar familiar

Publicacions i conclusions:

1r article: Comparació de la qualitat de vida dels cuidadors de malalts amb demència amb la població general.

- Article acceptat a la revista Family Practice.

Conclusió:

Les dones que cuiden dels malalts amb demència experimenten una destacada disminució de la qualitat de vida en comparació amb els seus contemporanis en la població general.

2º article: La qualitat de vida del cuidadors de malalts amb demència com a variable predictora del ingrés en un centre sociosanitari.

Conclusió:

•S'ha observat que **els pacients de cuidadors amb menys qualitat de vida ingressen amb més freqüència** (OR aproximada de 3) independentment de l'edat del cuidador, del GDS del malalt, del Apgar familiar o social, etc.

3ª article: Factors predictors de la qualitat de vida dels cuidadors.

Conclusió:

•El principal **factor de pèrdua de qualitat de vida és la dependència del malalt**, un cop ajustat per altres factors.

•També:

-La salut percebuda i la qualitat de vida dels cuidadors dels malalts amb demència és pitjor que la de la població general.

-Els cuidadors de malalts amb demència utilitzen més recursos sanitaris que la població general.

4ª article: Efectivitat de la intervenció.

Conclusió:

•L'únic **resultat favorable a la intervenció de suport** realitzada pels professionals dels equips d'atenció primària aconseguix millores en la **dimensió de la salut general del qüestionari SF-36**, però no en la resta de dimensions.

DEMÈNCIA

RESPONSABILITATS segons la GPC de la DEMÈNCIA per NIVELLS ASSISTENCIALS - 2

ACTIVITAT	ATENCIÓ PRIMÀRIA	ATENCIÓ ESPECIALITZADA	ALTRES (1)
11. Seguiment de les necessitats i coordinació dels Serveis Socials			
A) Serveis Socials (ICS i Municipals)	X		X (2)
B) Material d'ajut i suport al pacient i cuidador	X		X (1)
C) Centre de dia municipals i privats	X		X (2)
D) Hospital de dia		X	X
E) Atenció domiciliària	X	X	X (1)
F) Ingressos hospitalaris per descàrrega familiar	XX (demanda)	X (gestió)	
G) Residències	XX	X (si ingressat)	X
12. Activitats preventives: primàries, secundàries i terciàries	XXX	X (si seguiment)	X (1)
13. Definir cartera de serveis de demències (pacients, cuidadors i familiars)	X	X	X (1)
14. Realització de formació pels professionals sanitaris	XXX	X	X
15. Grups informatius, formatius i d'autoajuda (cuidadors i familiars)	X	X	X (1)
16. Informació a la població i mitjans de comunicació	X	X	X (mitjans)
17. Recerca	X	X	X

(1) Ajuntaments, Serveis Socials dels Ajuntaments, AFADO, Consell Comarcal, Diputació, Mitjans de comunicació, Residències...

(2) Serveis socials municipals i Ajuntaments

DEMÈNCIA

RESPONSABILITATS segons la GPC de la DEMÈNCIA per NIVELLS ASSISTENCIALS - 2

ACTIVITAT	ATENCIÓ PRIMÀRIA	ATENCIÓ ESPECIALITZADA	ALTRES (1)
11. Seguiment de les necessitats i coordinació dels Serveis Socials			
A) Serveis Socials (ICS i Municipals)	X		X (2)
B) Material d'ajut i suport al pacient i cuidador	X		X (1)
C) Centre de dia municipals i privats	X		X (2)
D) Hospital de dia		X	X
E) Atenció domiciliària	X	X	X (1)
F) Ingressos hospitalaris per descàrrega familiar	XX (demanda)	X (gestió)	
G) Residències	XX	X (si ingressat)	X
12. Activitats preventives: primàries, secundàries i terciàries	XXX	X (si seguiment)	X (1)
13. Definir cartera de serveis de demències (pacients, cuidadors i familiars)	X	X	X (1)
14. Realització de formació pels professionals sanitaris	XXX	X	X
15. Grups informatius, formatius I d'autoajuda (cuidadors i familiars)	X	X	X (1)
16. Informació a la població i mitjans de comunicació	X	X	X (mitjans)
17. Recerca	X	X	X

(1) Ajuntaments, Serveis Socials dels Ajuntaments, AFADO, Consell Comarcal, Diputació, Mitjans de comunicació, Residències...

(2) Serveis socials municipals i Ajuntaments

Estudi SAP Osona/09
Feina per fer...



Estudi preliminar dels metges residents de quart any (R4) de MFiC de la comarca d'Osona

Avaluació de l'atenció de les demències:

- *Avaluació de la història clínica en APS (e-CAP)*
- *Opinió dels professionals metges i d'infermeria*
 - *Opinió dels cuidadors*

Dades sobre l'Avaluació de les e-CAP

*Activitat d'Atenció Primària del **2009***

*Mostra a l'atzar de **132** pacients*

Resultats preliminars (1)

- ❖ **Edat: 82,2 (7,7) anys**
 - Rang: 56-98 anys
- ❖ **Sexe: D: 67,4% i H: 32,6%**
- ❖ **Test aplicats a l'AP:**
 - **Cognitius:**
 - Pfeiffer: 50,8%
 - MEC: 25,8%
 - TIN: 2,3%
 - **Avaluació AVD:**
 - Barthel: 40,2%
 - Lawton i Brody: 22%
 - **Test social: 32,6%**
- ❖ **Diagnòstics a l'e-CAP:**
 - Demència: 30,1%
 - M. d'Alzheimer: 47,1%
 - Demència Vascular: 22,0%
 - Demència en la malaltia de Parkinson: 0,8%
- ❖ **Consta GDS: 26,5%**
- ❖ **Consten exploracions complementàries:**
 - Analítica: 41,7%
 - TC: 21,2%
 - Altres (RNM, EEG): 5,3%

Resultats preliminars (2)

❖ **Consta derivació:**

- **Si: 70,5%**

❖ **Serveis derivats:**

- **Geriatría: 28,8%**
- **Neurologia: 16,6%**
- **Geriatría + Neurologia: 9,8%**
- **Geriatría + Neurologia + Psiquiatria: 0,8%**
- **Altres: 15,9%**

❖ **Promig de visites específiques per demència durant el 2009:**

- **MdF: 2,54 (DE: 3,89)**
- **DI: 1,33 (DE: 2,84)**
- **T.Social: 0,89 (DE: 1,69)**

Resultats preliminars (3)

❖ Derivacions per descompensació aguda durant el 2009:

- **NO: 81%**
- **SI: 19%**
 - **1 descompensació: 17%**
 - **2 descompensacions: 1%**
 - **3 descompensacions: 1%**



❖ Consta ingrés per motiu de descompensació de la demència:

- **NO: 88%**
- **Si: 12%**
 - **1 ingrés: 10%**
 - **2 ingressos: 1%**
 - **3 ingressos: 1%**



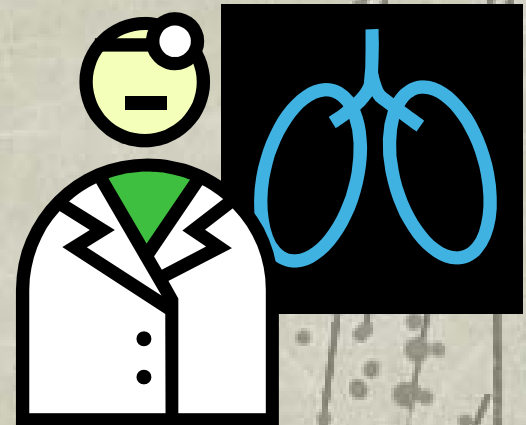


*Apunts d'atenció
domiciliària*

Avaluació de les necessitats del pacient (*Virginia Henderson*)

1. Respirar:

- Fase inicial (GDS 4)
- Fase moderada (GDS 5-6)
- Fase avançada (GDS 7):
 - Mucositat
 - Broncoaspiració...



2. Menjar i beure:



- Fase inicial:
 - Mantenir hàbits en el nucli familiar, rutines, lloc tranquil, evitar TV, oferir líquids sovint...
- Fase moderada:
 - Simplificar els coberts i que siguin de mànec ample, un sol aliment per plat, plats fons...
- Fase avançada:
 - Posició correcta.
 - Aliments tous o triturats, espessir els líquids amb pols de gelatina...
 - Tocar la barbata, situar-se davant d'ells...

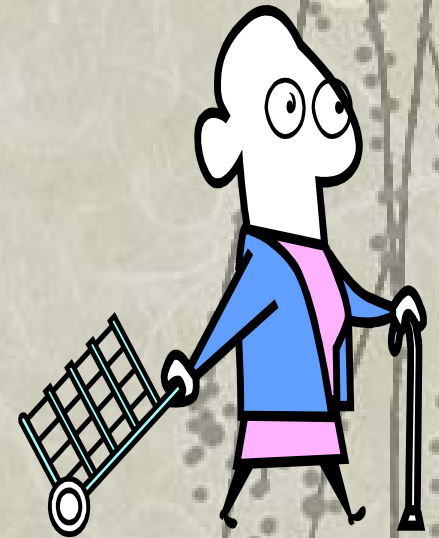
3. Eliminar:



- Fase inicial:
- Fase moderada:
 - Recomanar o acompanyar anar al lavabo cada 3 hores. Roba fàcil de posar i treure. Senyalitzar el WC.
 - Us de silló-orinal. Alçadors. Suports als lavabos...
- Fase avançada:
 - Bolquers. Ensenyar al cuidador la seva col·locació...
 - Col·lectors...

4. Moure's i mantenir una bona postura:

- Fase inicial:
 - Passeig diari i amb companyia...
- Fase moderada:
 - Mesures de seguretat: catifes, escales...
 - Calçat adequat.
- Fase avançada:
 - Us de bastons o caminadors. Cadira de rodes.
 - Subjeccions en cadira. Canvis posturals.
 - Ajudes tècniques: grues, baranes, matalàs d'aire...



5. Dormir i descansar:

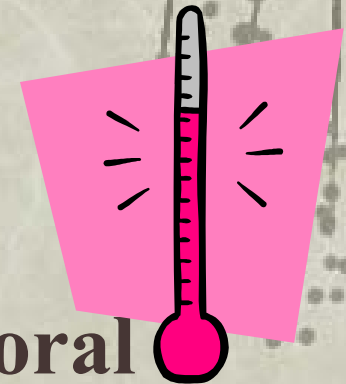
- Fase inicial:
 - Activitat diurna...!!!
 - Evitar menjar abundants, begudes estimulants...
- Fase moderada:
 - Evitar la somnolència diürna (exercici, reduir medicació)
 - Facilitar l'orinar (silló, botella orinal)
 - Deixar una petita llum...
- Fase avançada:
 - Mantenir les rutines de dia (conversa, llum...).



6. Vestir-se i desvestir-se:

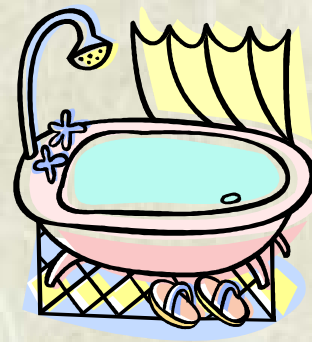


- Fase inicial:
 - Simplificar els armaris. Retirar la roba bruta. Facilitar el recanvi de la roba...
- Fase moderada:
 - Deixar sempre la roba a punt. Fàcil de posar i treure.
 - Simplificar el vestit, però mantenint la seva identitat...
- Fase avançada:
 - Vestir-los...



7. Mantenir la temperatura corporal

8. Estar net:



- Fase inicial:

- Mantenir una rutina. Simplificar els estris de neteja corporal. Donar-li temps...

- Fase moderada:

- Ajudar-lo a entrar i sortir de la dutxa.
- Millor posar plat de dutxa, agafadors, cadira...

- Fase avançada:

- Rentar-los: plàstic al llit, temperatura de l'habitació i l'agua correctes.
- Revisar l'estat de la pell. Crema hidratant
- Tenir cura dels ulls, boca, oïdes...

9. Evitar perills.

10. Comunicar-se:

- Fase avançada:

- Parlar-li amb frases curtes i senzilles.
- Acaronar-lo, agafar-li la ma, posar-se a la seva mateixa alçada. Cuidar l'expressió de la cara i la mirada...

11. Actuar respectant les creences i valors del pacient.

12. Ocupar-se per realitzar-se.

13. Recrear-se. Lleure.

14. Aprendre



Anamnesi elemental o bàsica

Pacient:

- ❖ Dorm bé?
- ❖ Menja bé?, beu força?
- ❖ Va bé de ventre?, orina bé?
- ❖ Passeja cada dia?
- ❖ Dificultats per vestir-se o rentar-se?
- ❖ Rutines?. Activitats a casa, fora de casa?
- ❖ Visites de familiars, amics, veïns...?. Ve el mossèn?



Cuidador:

- ❖ Estat personal
- ❖ Ajudes i nivell de suport...



Descompensació aguda

Descompensació aguda (1)

❖ Revisió de la història clínica:

- Fàrmacs amb toxicitat cognitiva demostrada:
 - Benzodiacepines
 - Antidepressius
 - Antipsicòtics sedatius
- Alcohol
- Àlgies conegudes (artrosi, etc.)
- Diabetis mellitus
- Restrenyiment crònic

Descompensació aguda (2)

❖ Anamnesi:

- ❖ Caigudes recents
- ❖ Nutrició - hidratació
- ❖ Diarrea, restrenyiment, vòmits
- ❖ Situació ambiental (canvi recent d'hàbitat, sorolls, fosc, temperatura, insomni, relació amb el cuidador, etc.)
- ❖ Automedicació
- ❖ Canvis d'estat d'ànim (depressió)
- ❖ Malaltia cerebrovascular.

Descompensació aguda (3)

Exploració física:

- Temperatura axil·lar (si caquèxia: temperatura rectal)
- Pressió arterial
- Freqüència cardíaca > **90 bpm** (insuficiència cardíaca, febre)
- Freqüència respiratòria > **25 rpm** (infecció respiratòria, insuficiència cardíaca, tromboembolisme pulmonar)
- Auscultació cardiorespiratòria
- Auscultació i palpació abdominal (globus vesical)
- Tacte rectal (fecaloma)
- Mobilització i exploració d'extremitats, raquis.
- Exploració neurològica i pell

Exploracions complementàries inicials:

- Tira d'orina, glucèmia capil·lar (hipoglucèmia)

Val

1. Ana
ions (
2. Sec
3. Rac

Descompensació aguda (4)

Sospita etiològica:

1. Procés infeccios: respiratori, urinari
2. Fàrmacs
3. Ambiental, desnutrició, deshidratació
4. Dolor (agut / crònic)
5. Descompensació d'una patologia de base
6. Depressió
7. Malaltia vascular cerebral o epilèpsia
8. Traumatisme
9. Neoplàsia
10. Progressió de la malaltia

Descompensació aguda (5)

❖ Tractament

– Pr

-

- **Valorar:**

- 1.Revisar tractament farmacològic i mesures no farmacològiques

– Pr

- 2.Progressió de la malaltia

- 3.Derivació hospitalària

-

d'administració) . Considerar Sinogan?

- Lorazepam

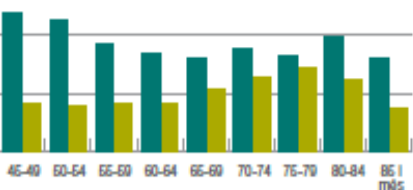
NO milloria

Mes feina per fer...
TOTS



En quantitat...

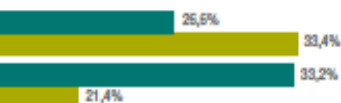
esport per edat i sexe.



amb alta per defunció, per cada 100.000 habitants.

registro central d'assurats; bal de 31/12/07. Calsalut. Elaboració

lunya, 2007



<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1935/salutxifres2009.pdf>

Taula 3.2

Evolució de la taxa de mortalitat per causes seleccionades per sexe.
Catalunya, 2001-2007

Homes

Causa de mort	2001	2003	2005	2007	Variació 2001-2007	Tendència
Tumors	311,07	302,98	295,44	285,28	-8,29%	↓
TM pulmó	82,54	82,08	80,34	80,24	-2,79%	=
TM budell gros	27,71	25,44	28,20	28,50	2,85%	=
TM recte i anus	9,98	9,04	9,63	8,43	-15,53%	↓
TM bufeta	17,27	17,82	16,84	16,69	-3,36%	=
TM pròstata	26,85	25,58	24,23	21,91	-18,40%	↓
TM estómac	16,82	16,21	17,27	14,34	-14,74%	↓
TM pàncrees	12,62	11,74	12,89	11,96	-5,23%	=
TM fetge	15,66	13,56	14,29	14,44	-7,79%	↓
Linfoma	8,00	8,79	6,21	6,46	-19,25%	↓
Malalties aparell circulatori	262,10	262,58	249,20	225,99	-13,78%	↓
Malalties cerebrovasculars	69,77	65,75	61,39	55,33	-20,70%	↓↓
Malalties isquèmiques del cor	97,96	99,50	85,84	78,01	-20,37%	↓↓
Suïcidi	10,50	10,05	8,86	7,31	-30,38%	↓↓↓
Demències (excepte Alzheimer)	29,60	29,75	24,88	23,93	-19,16%	↓
Alzheimer	11,61	15,46	16,07	16,10	38,67%	↑↑↑
Bronquitis, emfisema, asma i MPOC	59,11	68,87	66,15	51,54	-12,81%	↓
Diabetis mellitus	19,58	21,62	22,04	20,27	3,52%	=
Accidents de trànsit de vehicles de motor	18,18	16,02	11,47	8,48	-53,36%	↓↓↓

Taxa estandarditzada per edat (x. 100.000 hab.) partint de la població de Catalunya 1991.

Zona desconocida

Tendència de la mortalitat per les causes més freqüents

Taula 3.2

Evolució de la taxa de mortalitat per causes seleccionades per sexe.
Catalunya, 2001-2007

Dones

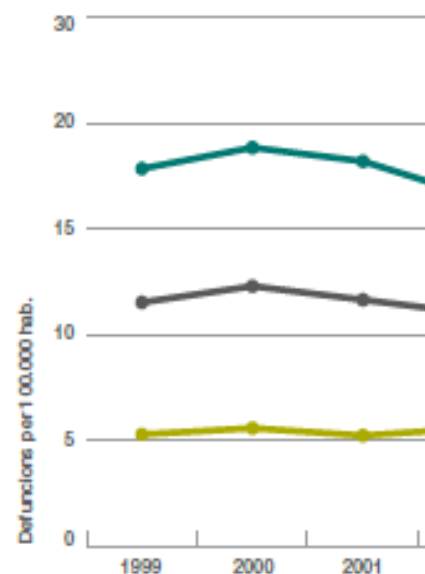
Causa de mort	2001	2003	2005	2007	Variació 2001-2007	Tendència
Tumors	136,60	130,92	125,78	122,76	-10,13%	↓
TM pulmó	7,49	8,97	9,43	10,48	39,92%	↑↑↑
TM mama	25,14	22,24	21,39	20,35	-19,05%	↓
TM budell gros	14,48	14,77	13,61	13,62	-5,94%	=
TM recte i anus	4,20	4,24	3,65	3,09	-26,43%	↓↓
TM bufeta	2,43	1,97	2,18	2,23	-8,23%	↓
TM estómac	7,09	6,68	6,53	6,26	-11,71%	↓
TM pàncrees	7,43	7,38	7,25	7,62	2,56%	=
TM fetge	5,99	5,28	5,35	4,72	-21,20%	↓↓
Linfoma	4,88	5,15	4,63	3,62	-25,82%	↓↓
Malalties aparell circulatori	176,21	172,25	164,31	140,44	-20,30%	↓↓
Malalties cerebrovasculars	54,32	50,79	45,14	38,42	-29,27%	↓↓
Malalties isquèmiques del cor	43,48	42,35	40,54	31,38	-27,83%	↓↓
Suïcidi	3,52	3,14	2,6	2,36	-32,95%	↓↓↓
Demències (excepte Alzheimer)	29,04	32,25	26,17	21,90	-24,59%	↓↓
Alzheimer	16,16	21,06	20,32	21,42	32,55%	↑↑↑
Bronquitis, emfisema, asma i MPOC	13,20	14,10	14,08	11,30	-14,39%	↓
Diabetis mellitus	15,42	16,26	15,85	13,59	-11,87%	↓
Accidents de trànsit de vehicles de motor	5,21	4,63	3,47	1,69	-67,56%	↓↓↓

Taxa estandaritzada per edat (x 100.000 hab.) partint de la població de Catalunya 1991.

Evolució de la mortalitat per

Figura 3.13

Evolució de la taxa de mortalitat per
Catalunya, 1999-2007



Taxa estandaritzada per edat (x 100.000 hab.) partint de

Font: Registre de mortalitat de Catalunya de 1999 a 2007. Servei d'Informació de la Direcció General de Planificació i Avaluació del



En qualitat...

*“Qualitat de vida” de
pacients i cuidadors...*

Laura P. Sands, et al. What explains differences between dementia patient's and their caregiver's ratings of patient's quality of life?

American Journal of Geriatric Psychiatry 2004;12:272-80.

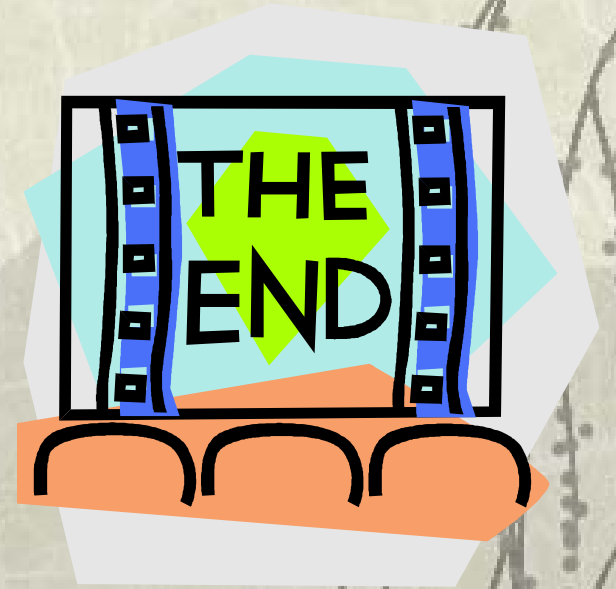
Van posar en evidència... entre la percepció del pacient i la del

Els cuidadors... en pitjor la qualitat de vida dels pacients.

Els pacients amb demència... da i en aquest cas coincideixen.

CONCLUSIÓ: És important que... de la qualitat de vida dels pacients amb demència s'obtingui a partir d'informació directa dels propis pacients.

**Depressió del pacient
Nivell de dependència
Càrrega del cuidador**



*Per acabar,
alguns aspectes sovint
OBLIDATS...*

1. Claudicació del cuidador:



– Depèn: de la relació prèvia, el nivell de dependència del familiar, l'existència de trastorns de conducta, l'estat anímic del cuidador i l'estat físic del cuidador.

– Què fer?

- No esperar la demanda. Anar un pas endavant
- Facilitar el suport:
 - Ajudes personals: temporals (hores) o permanents
 - Ajudes tècniques
 - Ingress temporal. Ingress definitiu.

Recordar
l'Escaleta de
Zarit

2. Aspectes oblidats...?

- ❖ Document de voluntats anticipades
- ❖ Informació del pacient
- ❖ Transmissió de poders (davant notari)
- ❖ Incapacitació civil (davant jutge)
- ❖ Retirada del carnet de conduir (MEC < 17)
- ❖ Maltractaments (físics, psicològics, abús econòmic, sexual, abandonament...).
- ❖ Inici de les mesures pal·liatives.
- ❖ Preparació del dol del cuidador i la família



3. Tenim legislació...?

- ❖ La Comunitat Andalusà ha aprovat recentement al “Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte”.
- ❖ Està basada en la llei estatal: “Ley Básica 41/2002 de Autonomía del Paciente, que pretende una adaptación específica a los problemas éticos al final de la vida”.
- ❖ Hi podem llegir: *“La muerte forma parte de la vida, de la biografía de cada persona y, por tanto, el imperativo de la vida digna alcanza también a la muerte”*.

❖ Continguts:

- Reflexiona sobre com els canvis socials influeixen i condicionen les actuacions al final de la vida.
- Deures dels professionals sanitaris: informació del pacient, promoure el DVA, respecte a les seves decisions, limitació de l'esforç terapèutic.
- Deures de les institucions sanitàries: garantir els drets dels pacients, facilitar l'acompanyament dels pacients i l'auxili espiritual, suport a la família, atenció del dol, garantir l'estada en una habitació individual, facilitar l'accés a un Comitè d'Ètica Assistencial.

Resumir



DEMÈNCIA - VALORACIÓ INICIAL-1

Pacient amb pèrdua de memòria o sospita de demència



Remetre el pacient a la consulta programada del metge de família (o d'infermera per efectuar test MEC i lliurar i explicar el TIN).
Aconsellant sempre la presència d'un familiar.



Primera visita programada mèdica:

1. Anamnesi: antec. familiars i personals, fàrmacs, malaltia actual
2. MEC o Set test (si analfabetisme)
3. Valorar depressió
4. Exploració física i neurològica bàsica (marxa i rigidesa)
5. Mirar resultat (o lliurar) TIN breu
6. Sol·licitar analítica (cribratge, ions amb Ca, TSH i Vit B12)
7. Sol·licitar TAC cerebral

DEMÈNCIA - VALORACIÓ INICIAL-2

Segona visita programada mèdica:
resultats de l'anàlítica i TAC
ORIENTACIÓ DIAGNÒSTICA

Deteriorament cognitiu sense
demència

Deteriorament cognitiu amb
criteris de demència (DSM-IV-TR)
o dubtes raonables

DCL i/o depressió: abordatge
específic i seguiment periòdic
pel seu EAP d'AP

Derivació a la Consulta
Especialitzada
[equip multidisciplinari de
demències (EMD)]

INDICADORS d'avaluació GCP de Demència (SISO)

➤ **Atenció Primària:**

- Pacients assignats amb diagnòstic de demència
- Pacients amb demència amb:
 - Test (MEC o Set-test) realitzat
 - Test TIN breu realitzat
 - TAC realitzat
 - Tractament amb inhibidors anticolinesterasa
 - Mínim 1 visita pel seu metge de família + infermera + treballadora social a l'any
 - Derivats a altres recursos diferents a la Consulta Especialitzada

➤ **Atenció especialitzada:**

- Temps d'espera per primera visita especialitzada:
 - Ordinària < 30 dies des de la data de sol·licitud
 - Urgent < 7 dies des de la data de sol·licitud
- Percentatge de DHD de donepezil / DHD tots els fàrmacs anti-Alzheimer
- Informes d'avaluació de pacients amb demència visitats per l'especialista accessibles al SISO



Conclusions

Conclusions (1)

- ❖ Malgrat els progressos efectuats en el diagnòstic i tractament de les demències, la millora bàsica de la **qualitat de vida dels pacients, dels cuidadors i les seves famílies es fonamenta en la informació i el suport professional i humà.**
- ❖ **Ens necessitem tots.** La coordinació multidisciplinària i la participació de la comunitat (AFA) és fonamental i indispensable.

Conclusions (2)

- ❖ És imprescindible la **voluntat política** per a promoure tot el procés de coordinació dels professionals.
- ❖ Definir/crear/potenciar l'**equip multidisciplinari de demències (EMD)** de cada zona de salut.
 - ❖ Elaborar una GPC consensuada a nivell local.
 - ❖ Establir la cartera de serveis **públics i privats** en demències, incloent de forma detallada els serveis socials, els comunitaris i les ajudes humanes i tècniques a domicili.
 - ❖ Garantir la implantació, actualització i avaluació de la GPS.

Conclusions (3)

- ❖ Treballar des de l'àmbit sanitari per a reforçar les **associacions de familiars (AFA)**.
- ❖ Organitzar la **formació** en demències.
- ❖ En cada **ABS** establir un equip multidisciplinari que garanteixi l'atenció de les demències.
- ❖ Plantejar activitats de **recerca** conjunta (APS, hospitalària, sociosanitària i comunitat).

Atenció de les demències a l'ABS

Gràcies

*Jordi Espinàs. Metge de família
ABS Sta. Eugènia de Berga. Osona. ICS*