

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON DETERIORO COGNOSCITIVO

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-775-15



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL

DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

DR. JOSÉ DE JESÚS ARRIAGA DÁVILA

UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ IZQUIERDO

COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

DR. JAIME ANTONIO ZALDÍVAR CERVERA

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SEGUNDO NIVEL

DR. RAFAEL RODRÍGUEZ CABRERA

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

MTRO. DANIEL SAUL BROID KRAUZE

COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

DR. ARTURO VINIEGRA OSORIO

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

DR. GERMÁN ENRIQUE FAJARDO DOLCI

COORDINACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD

DR. MARIO MADRAZO NAVARRO

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. SALVADOR CASARES QUERALT

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN EN SALUD

MTRA. LISA RAMÓN VAN HEEST

UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL

DR. MANUEL CERVANTES OCAMPO

COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

DR. ROMEO S. RODRÍGUEZ SUÁREZ

COORDINACIÓN DE SALUD EN EL TRABAJO

DR. MANUEL DÍAZ VEGA

COORDINACIÓN DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

DR. RODOLFO ANTONIO DE MUCHA MACÍAS

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social
© Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. El personal de salud que participó en su integración han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la integración de esta Guía de Práctica Clínica se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Intervenciones de Enfermería para el Cuidado del Adulto Mayor con Deterioro Cognoscitivo**. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; **2015**

Esta guía puede ser descargada de internet en:
<http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

CIE-10:F03 DEMENCIA NO ESPECIFICADA
GPC: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO
DEL ADULTO MAYOR CON DETERIORO COGNOSCITIVO

COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN 2015

COORDINACIÓN				
Lic. Ana Belem López Morales	Licenciada en Enfermería Licenciada en Psicopedagogía	IMSS	Coordinadora de Programas de Enfermería Coordinación Técnica de Excelencia Clínica	
AUTORÍA				
Mtra. Marisela Moreno Mendoza	Maestría en Ciencias de la Educación Licenciada en Enfermería y Obstetricia	IMSS	Coordinadora de Programas de Enfermería Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel de Atención	Colegio Nacional de Enfermeras A.C. Red de Docentes de América Latina y del Caribe
L.E.O. Paula Escamilla Quijada	Licenciatura en Enfermería y Obstetricia Administración y Docencia en los Servicios de Enfermería Enfermera Especialista en Nefrología	IMSS	Enfermera General Adscrita a la HGZ No. 27	
L.A.G.E. Cristina Galindo Pérez	Licenciatura en Administración y Gerencia para el manejo del personal de Enfermería Enfermera Especialista en Geronto-Geriatria	IMSS	Enfermera General Adscrita a la HGZ No. 194	
Enf. América Janette Morales Morales	Enfermera Especialista Administración y Docencia en los servicios de Enfermería Enfermera Especialista en Geronto-Geriatria	IMSS	Enfermera General adscrita al HGZ No. 58	
Enf. Viridiana Marlene Ortega Radilla	Técnico en Enfermería	IMSS	Enfermera General Adscrita al HGZ No. 29	
Dr. Gilberto Espinoza Anrubio	Médico Familiar	IMSS	Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF No.8	Asociación de Medicina Familiar A.C.
VALIDACIÓN				
Lic. Maribel arriaga Montalbo	Licenciatur en Enfermería Enfermera Especialista en Geriatria	IMSS	Enfermera General UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia "Dr. Victorio	

			de la Fuente Narvaez”	
Mtra. Juana Pilar Enriquez Montoya	Maestría en Gerontología Educativa y Social, Maestría en Educación	IMSS	Coordinadora de Curso de Enfermería Escuela de Enfermería del CMN Siglo XXI	
Dr. Luis Gerardo Medina Gálvez	Medicina interna Geriatria	IMSS	Coordinador de Programas Médicos Coordinación de Atención integral en Segundo Nivel	<p>Asociación de Medicina Interna de México A.C.</p> <p>Consejo Mexicano de Medicina Interna</p> <p>The American Geriatrics Society</p> <p>HBIGDA Association</p> <p>Organización Ibero Americana de Seguridad Social</p> <p>Miembro fundador de la Red Iberoamericana de adultos mayores y discapacidad de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social</p>

ÍNDICE

1.	Clasificación	7
2.	Preguntas a Responder.....	8
3.	Aspectos Generales	9
3.1	Justificación.....	9
3.2	Objetivo	10
3.3	Definición	11
4.	Evidencias y Recomendaciones.....	12
4.1	Instrumentos de valoración, para detectar de forma temprana el deterioro cognoscitivo en el adulto mayor por el personal de enfermería	13
4.2	Intervenciones de enfermería para el cuidado del adulto mayor con síndrome confusional secundario a deterioro cognoscitivo.....	16
4.3	Intervenciones de enfermería dirigidas al cuidador primario del adulto mayor con deterioro cognoscitivo, a fin de aminorar el colapso del cuidador.....	18
5.	Anexos.....	21
5.1	Protocolo de Búsqueda.....	21
5.1.1	<i>Estrategia de búsqueda.....</i>	<i>22</i>
5.1.1.1	Primera Etapa.....	22
5.1.1.2	Segunda Etapa	23
5.1.1.3	Tercera Etapa.....	23
5.2	Escalas de Gradación.....	24
5.3	Escalas de Clasificación Clínica.....	25
5.4	Diagramas de Flujo.....	31
5.5	Cédula de Verificación de Apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica	32
6.	Glosario	33
7.	Bibliografía.....	35
8.	Agradecimientos.....	37
9.	Comité Académico.....	38

1. CLASIFICACIÓN

CATÁLOGO MAESTRO: IMSS-775-15

Profesionales de la salud	Maestría en Ciencias de la Educación, Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, Licenciatura en Administración y Gerencia para el manejo del personal de Enfermería, Enfermeras y Enfermeros Especialistas en Gerontogeriatría y nefrología. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/ANEXOS_METODOLOGIA_GPC.pdf .
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: F03 Demencia no especificada.
Categoría de GPC	Segundo y tercer nivel.
Usuarios potenciales	Enfermeras Jefes de Piso, Enfermeras Especialistas, Enfermeras Generales, Auxiliares de Enfermería y personal en formación.
Tipo de organización desarrolladora	Instituto Mexicano del Seguro Social.
Población blanco	Mujeres y hombres adultos mayores de 70 años.
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Dirección de Prestaciones Médicas.
Intervenciones y actividades consideradas	Identificación de factores de riesgo. Valoración de enfermería. Intervenciones no farmacológicas.
Impacto esperado en salud	Mejorar el cuidado del adulto mayor y cuidador primario. Mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Sistematizar la atención de enfermería dirigida al adulto mayor. Disminución de estancia hospitalaria. Prevenir complicaciones.
Metodología¹	Elaboración de la Guía de Práctica Clínica: de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados, o estudios observacionales publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionarán las fuentes con mayor puntaje obtenido en la evaluación de su metodología y las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
Método de integración	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 26 Guías seleccionadas: 0 Revisiones sistemáticas: 0 Ensayos clínicos aleatorizados: 5 Estudios observacionales: 11 Otras fuentes seleccionadas: 10
Método de validación	Validación por pares clínicos Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Mexicano del Seguro Social. Validación de la guía: Instituto Mexicano del Seguro Social.
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro	IMSS-775-15
Actualización	Fecha de publicación: 2 de diciembre de 2015 Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta Guía, puede dirigir su correspondencia a la Coordinación Técnica de Excelencia Clínica, con domicilio en Durango No. 289 Piso 1º, Col. Roma, México, D.F., C.P. 06700, teléfono 55533589.

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuáles son los instrumentos de valoración que puede utilizar el personal de enfermería para detectar de forma temprana el deterioro cognoscitivo en el adulto mayor?
2. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería más efectivas para el cuidado del adulto mayor con síndrome confusional secundario a deterioro cognoscitivo?
3. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería dirigidas al cuidador primario del adulto mayor, con deterioro cognoscitivo, a fin de aminorar el colapso del cuidador?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 Justificación

Entre 2000 y 2050 la proporción de los adultos mayores de 60 años a nivel mundial, se duplicara, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasara de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.

En las últimas décadas, el mundo ha sufrido el fenómeno denominado “Encanecimiento Mundial”. El aumento en la esperanza de vida, genera una mejoría en la calidad de vida, aunada a los servicios de salud con la implementación de programas prioritarios, descenso de la natalidad y la mortalidad, condicionando una modificación de la pirámide poblacional (Medina J, 2015).

En el año 2000, en México residían 6.9 millones de personas mayores de 60 años, en 2030 serán 22.2 millones y se espera que para la mitad del presente siglo, alcancen 36.2 millones. Cabe destacar, que 72 % de este incremento ocurrirá a partir de 2020, lo que brinda al país y al Instituto Mexicano del Seguro Social apenas, una década para preparar las condiciones que permitan encarar adecuadamente este proceso.

El crecimiento acelerado de la población envejecida en México, va acompañado de un incremento de enfermedades crónicas y de individuos con mayor vulnerabilidad fisiológica, lo que hace que su manejo sea más complejo y se requiera un mayor consumo de recursos por la alta demanda asistencial, por lo que es necesario tener herramientas para identificar necesidades, detectar riesgos y otorgar una atención especializada en adultos mayores con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de los problemas que el anciano presente.

En la transformación biológica-fisiológica propia del envejecimiento, es común que la función cognoscitiva se vea comprometida, afectando de manera directa la calidad de vida de los adultos mayores. Dentro de estos cambios, se encuentra la disminución de la memoria a corto plazo, el rendimiento en pruebas de lógica, la capacidad de comprender material oral y la disminución del aprendizaje.

Las alteraciones cognoscitivas consisten en un trastorno aparente de la memoria; que la deriva en una disminución de la capacidad para realizar las actividades cotidianas y un descenso en la calidad de vida que puede finalmente evolucionar a una demencia.

El deterioro cognoscitivo conlleva a la dependencia funcional, situación que representa un desafío para los profesionales de enfermería; quienes buscan estrategias educativas y de tratamiento para ayudar a las familias y a los adultos mayores, para que sean participantes activos de la sociedad, por lo que la presente guía se realiza con el propósito de homologar las intervenciones de enfermería para el cuidado del adulto mayor con deterioro cognoscitivo (Duran, 2013)

3.2 Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **intervenciones de enfermería para el cuidado del adulto mayor con deterioro cognoscitivo**, forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal profesional de enfermería del **segundo y tercer nivel** de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Determinar los instrumentos de valoración, que puede utilizar el personal de enfermería para detectar de forma temprana el deterioro cognoscitivo en el adulto mayor
- Estandarizar las intervenciones de enfermería más efectivas, para el cuidado del adulto mayor con síndrome confusional secundario a deterioro cognoscitivo.
- Establecer intervenciones de enfermería dirigidas al cuidador primario del adulto mayor con deterioro cognoscitivo, a fin de aminorar el colapso del cuidador.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 Definición

Deterioro cognoscitivo: Síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como la memoria , orientación, calculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad.

Intervención de Enfermería: Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente (Bulechek, 2013).

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES


Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y/o Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la(s) escala(s): **NICE**.





Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

Evidencia	
Recomendación	
Punto de buena práctica	




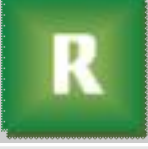




En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del primer autor y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	1++ NICE <Primer apellido Inicial primer nombre, Año>

4.1 Instrumentos de valoración, para detectar de forma temprana el deterioro cognoscitivo en el adulto mayor por el personal de enfermería

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La valoración geriátrica integral es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos, y sociales que pueda presentar el anciano, con la finalidad de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos.	2++ NICE <i>Flores J, 2015</i>
	Utilizar herramientas de valoración geriátrica integral que proporcionen al profesional de salud, información necesaria para identificar de forma temprana las necesidades del paciente	C NICE <i>Flores J, 2015</i>
	Un estudio observacional demostro que las escalas más utilizadas en la valoración mental son el Mini Mental State Examination y el Mini Examen Cognoscitivo (97,4%), seguidos por test de valoración afectivo-conductual (86,8%) y severidad del deterioro cognitivo (84,2%).	2++ NICE <i>Flores T, 2014</i>
	El examen minimental (MMSE) de Folstein es la prueba de mayor uso internacional para la detección de deterioro cognitivo, ya que evalúa la orientación, el registro de información, la atención y el cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la construcción.	2++ NICE <i>Aaron D, 2005</i>
	El examen minimental (MMSE) de Folstein tiene una sensibilidad muy alta cercana al 93.4%, y una especificidad del 93.8%.	2+ NICE <i>Favela P, 2012</i>
	El examen minimental (MMSE) de Folstein es utilizado como principal instrumento de escrutinio para identificar la presencia del deterioro cognoscitivo.	3 SING <i>De León A, 2009</i>
	Utilizar el examen minimental (MMSE) de Folstein en la valoración clínica del adulto mayor para identificar la existencia y grado de deterioro cognoscitivo. (Ver cuadro 1).	C NICE <i>Favela P, 2012</i>

R	Aplicar el examen minimal (MMSE) de Folstein en la valoración geriátrica para identificar y determinar las intervenciones de enfermería para el cuidado del adulto mayor.	D SIGN <i>De León A. 2009</i>
E	El test del reloj (Clock Drawing Test) es una prueba cognitiva utilizada frecuentemente con varios sistemas de puntuación en las poblaciones de edad avanzada.	2+ SIGN <i>Ruvínová E, 2014</i>
E	Esta prueba es capaz de discriminar entre sujetos sanos y con demencia, con una sensibilidad del 92.8% y una especificidad del 93.4% para deterioro cognitivo.	3 NICE <i>Díaz R., 2013</i>
E	El Test del reloj permite evaluar funciones visoperceptivas, visoconstructivas, planeación, ejecución motora y memoria.	3 NICE <i>Díaz R., 2013</i>
R	Utilizar el test de la prueba de reloj (Clock Drawing Test), dentro de la valoración geriátrica inicial (Ver cuadro 2)	C SIGN <i>Díaz R., 2013</i>
E	La combinación del test Minimal (MMS) con el test del dibujo del reloj (Clock Drawing Test) han mostrado resultados positivos en la discriminación entre pacientes sanos y enfermos, la combinación compensa algunas de las carencias que se presentan en la aplicación de los test por separado.	4 SIGN <i>Mora S, 2012</i>
R	Utilizar el test de la prueba de reloj (Clock Drawing Test), en combinación con el test Minimal (MMS) como pruebas de valoración para determinar el grado de deterioro cognitivo en el adulto mayor.	D SIGN <i>Mora S, 2012</i>
E	El Cuestionario del Estado Mental Breve de Pfeiffer (SPMSQ) es instrumento de aplicación rápida que no requiere preparación especial, el cual aporta información sobre diferentes áreas cognitivas, especialmente memoria y orientación. Es útil en personas de edad avanzada y analfabetas.	3 NICE <i>Díaz R, 2013</i>
E	En un estudio se demostró que el Cuestionario del Estado Mental Breve de Pfeiffer tiene una sensibilidad de 85.7% y especificidad de 78.9% para diagnóstico de demencia y en otro una sensibilidad de 83% y especificidad de 90% para demencia leve.	3 NICE <i>Díaz R, 2013</i>
E	Para sujetos analfabetas se demostró una sensibilidad de 92% y una especificidad de 84%.	3 NICE <i>Díaz R, 2013</i>





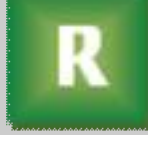
	Utilizar el Cuestionario del Estado Mental Breve de Pfeiffer como parte de la valoración geriátrica preferentemente en población analfabeta (ver cuadro 3).	C NICE <i>Díaz R, 2013</i>
	El Test de las fotos evalúa la capacidad de recordar está indicado en la atención primaria para identificar sujetos con deterioro cognitivo y demencia, con la ventaja de que es utilizable en personas analfabetas o con bajo nivel educativo y además no requiere escribir o dibujar. Evalúa memoria (recuerdo libre y recuerdo facilitado), funciones ejecutivas (fluidez verbal) y lenguaje (denominación).	3 NICE <i>Díaz R, 2013</i>
	Se determinó una sensibilidad de 93% y especificidad de 80% en estadios leves de demencia.	3 NICE <i>Díaz R, 2013</i>
	Utilizar el test de las fotos para determinar deterioro cognoscitivo leve (Ver cuadro 4)	C NICE <i>Díaz R, 2013</i>
	Los test dirigidos al informador proporcionan una información complementaria muy útil, ya que en el diagnóstico de demencia es fundamental la información proporcionada por una persona que conozca de cerca al paciente, y pueda describir o confirmar los rasgos clínicos más importantes. A menudo, el enfermo no es consciente o minimiza los síntomas, y es el familiar quien informa de la verdadera relevancia del problema	3 NICE <i>Villarejo A, 2011</i>
	El test del del Informador (TIN) evalúa la existencia y magnitud del deterioro cognitivo sobrevenido en los últimos años, en lugar de centrarse en la valoración del estado mental actual del sujeto. Orienta sobre el carácter evolutivo de la demencia, siendo útil para el diagnostico precoz de aproximación del sujeto con demencia leve.	3 NICE <i>Villarejo A, 2011</i>
	El test del del Informador (TIN) tiene una sensibilidad del 93% y una especificidad del 91%.	3 NICE <i>Villarejo A, 2011</i>
	Utilizar el test del del Informador (TIN) en aquellos casos en que se obtengan resultados dudosos. (Ver cuadro 5)	C NICE <i>Villarejo A, 2011</i>

4.2 Intervenciones de enfermería para el cuidado del adulto mayor con síndrome confusional secundario a deterioro cognoscitivo.



EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El entrenamiento de la memoria, implica mayor activación neuronal y aumento de la irrigación cerebral, previniendo evidentemente el deterioro cognoscitivo.	2++ NICE Novoa A, 2008
	Fomentar la participación en actividades sociales (familiares y de amigos) y de ocio, ya que mejoran la función cognoscitiva.	C NICE Novoa A, 2008
	Motivar la integración familiar o grupal, en forma cotidiana, como parte de las actividades propias de la vida diaria.	Punto de buena práctica
	El ejercicio físico aeróbico (caminar, nadar, correr, subir escaleras, bailar, etc) mejora la capacidad cognoscitiva, aumentando el efecto de aprendizaje.	2++ NICE Novoa A, 2008
	Elaborar un programa de ejercicios físicos aeróbicos individualizado, para realizar como actividad de la vida diaria.	C NICE Novoa A, 2008
	Si el adulto mayor no está acostumbrado a hacer ejercicio y no está seguro de cuánto puede hacer, sugerir empezar con 10-15 minutos, dos o tres veces al día (al menos 30 minutos diarios). Posteriormente, aumentar progresivamente el tiempo del ejercicio hasta que totalice 45-60 minutos, casi todos los días.	Punto de buena práctica
	En estudios realizados a grupos con intervenciones cognitivas para mejorar la memoria, se observó que en 3 de 4 grupos, hubo mejoría, con uso de técnicas de mnemotecnia.	2++ NICE Novoa A, 2008
	El uso de técnicas de mnemotecnia aumentan el rendimiento de la memoria.	C NICE Novoa A, 2008

	La terapia de orientación a la realidad constituye uno de los métodos más utilizados en el ámbito de la psicogeriatría. Su fin es el de reorientar temporoespacialmente, autopsíquica y socialmente al paciente, restablecer su identidad personal (conexión con su entorno personal, familiar y social) y su autonomía a partir del reentrenamiento de los procesos de orientación y memoria.	4 NICE <i>Díaz E, 2010</i>
	Hacer uso de instrumentos como periódicos, diario personal, objeto de discusión o imagen del mismo para facilitar la orientación a la realidad.	D NICE <i>Díaz E, 2010</i>
	Colocar señalizaciones, calendarios, relojes grandes, hojas adhesivas con el nombre y utilidad del objeto y la realización de actividades rutinarias.	D NICE <i>Díaz E, 2010</i>
	La terapia de reminiscencia es una técnica que puede realizarse de manera formal por medio de sesiones dirigidas o informalmente a lo largo de todo el día. Consiste en rememorar recuerdos de la historia personal del sujeto, estimular el proceso de la memoria, con la reactivación del pasado personal y el mantenimiento de su propia identidad y orientación autopsíquica.	4 NICE <i>Díaz E, 2010</i>
	Realizar terapia de reminiscencia apoyándose de instrumentos como fotografías, videos, objetos y diarios personales, música, entre otros. Permite la estimulación no solo cognitiva, sino además funcional y social.	D NICE <i>Díaz E, 2010</i>
	El deterioro cognitivo en adultos mayores, mejora con la aplicación de un programa de ejercicios prácticos de estimulación cognitiva en las áreas de memoria, lenguaje, cálculo, atención, concentración, gnosia y praxis.	2++ NICE <i>Garamendi F, 2010</i>
	Diseñar e implementar un programa de ejercicios de estimulación cognitiva.	C NICE <i>Garamendi F, 2010</i>
	Recomendar las actividades lúdicas como juegos de memoria o memoramas, sopas de letras, crucigramas así como juegos de mesa tales como loterías, basta, serpientes y escaleras.	Punto de buena práctica

4.3 Intervenciones de enfermería dirigidas al cuidador primario del adulto mayor con deterioro cognoscitivo, a fin de aminorar el colapso del cuidador.

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Un estudio encontró una prevalencia de 47% de "síndrome del cuidador" en cuidadores de adultos mayores discapacitados. También se observó una mayor predisposición a la morbilidad, altos niveles de ansiedad, depresión y disfunción familiar en los cuidadores con respecto a los no cuidadores	2++ NICE <i>Bohórquez V, 2011</i>
	El cuidador debe hacer frente a las demandas del cuidado y a su vez asumir el rol familiar que siempre llevó a cabo antes de la enfermedad de su paciente. A partir de las demandas propias del rol puede presentar síntomas físicos, psicológicos, conductuales y sociales que ocasionan carga, como consecuencia de esto disminuye la calidad de la atención hacia el enfermo y sus relaciones sociales, familiares y conyugales.	2+ NICE <i>Montero P, 2014</i>
	El cuidador primario que no realiza ninguna actividad recreativa incrementa la presencia de colapso.	2+ NICE <i>Morales E, 2012</i>
	Utilizar una escala validada para valorar la carga del cuidador (ver cuadro 6).	C NICE <i>Montero P, 2014</i>
	Establecer en coordinación con trabajo social, programas de apoyo al cuidador primario para prevenir la presencia del colaps; si este ya se manifestó, minimizar el impacto sobre el paciente.	C NICE <i>Morales E, 2012</i>
	El 56.7% de los cuidadores presenta cambios en el dormir y el 45% manifiesta algún tipo de dolor.	2+ NICE <i>Vargas L, 2012</i>
	Brindar apoyo necesario y servir de facilitadores en la búsqueda de opciones en el proceso de adaptación.	C NICE <i>Vargas L, 2012</i>

	Sugerir al cuidador primario realice técnicas de relajación (yoga) para la eliminación de tensiones.	Punto de buena práctica
	Un alto porcentaje de los cuidadores se siente útil, pero también presenta aflicción y angustia por el diagnóstico inicial del paciente.	2+ NICE <i>Vargas L,2012</i>
	En las instituciones prestadoras de servicios de salud se deben gestionar y organizar sistemas de apoyo formal dirigido a los pacientes con enfermedades crónicas y sus familiares.	C NICE <i>Vargas L,2012</i>
	En países desarrollados los cuidadores familiares proveen casi el 80% del cuidado que reciben los adultos mayores.	2+ NICE <i>Romero Z,2013</i>
	Los pacientes y sus familiares deberán asistir periódicamente a cursos de tanatología.	Punto de buena práctica
	La presencia de sobrecarga del cuidador se relaciona con el bajo nivel socioeconómico (la mayor parte del tiempo se dedica a trabajar fuera de casa)	2+ NICE <i>Romero Z,2013</i>
	Incorporar programas de atención dirigidos a los cuidadores.	C NICE <i>Romero Z,2013</i>
	Proporcionar información y apoyo prolongado a los cuidadores.	Punto de buena práctica
	La terapia ocupacional en 10 sesiones o mas, incluyendo las intervenciones cognitivas y conductuales, mejora a los pacientes en el funcionamiento diario y reducen la carga del cuidador.	2+ NICE <i>Graff M,2006</i>

	<p>Los pacientes que tienen terapia ocupacional presentan mejoría en el funcionamiento de sus actividades diarias, reduciendo así la carga sobre el cuidador.</p>	<p>C NICE <i>Graff M,2006</i></p>
	<p>Aumentar la actividad física y cognitiva aumenta el bienestar.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

5. ANEXOS

5.1 Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos acerca de la temática **deterioro cognoscitivo**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **ingles y español**.
- Documentos publicados los últimos **5 años**
- Documentos enfocados **adulto mayor, deterioro cognoscitivo**.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

5.1.1 Estrategia de búsqueda

5.1.1.1 Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema **deterioro cognoscitivo** en PubMed. La búsqueda se limitó a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés y español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el(los) término(s) **cognitive impairment**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio **6** resultados, de los cuales se utilizaron **0** documentos para la elaboración de la guía.

BÚSQUEDA	RESULTADO
(("Cogn Int Conf Adv Cogn Technol Appl"[Journal] OR "cognitive"[All Fields]) AND impairment[All Fields]) AND (Practice Guideline[ptyp] AND "2010/10/18"[PDat] : "2015/10/16"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND "aged"[MeSH Terms])	6

Algoritmo de búsqueda:

1. Cognitive
2. Impairment
3. Practice Guideline[ptyp]
4. 2010/10/18"[PDat] : "2015/10/16"[PDat]
5. Humans"[MeSH Terms]
6. Aged"[MeSH Terms]
7. #1 AND #2
8. #2 AND #3
9. #3 AND #4
10. #4 AND #5
11. #5 AND #6
12. #1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5 AND #6

5.1.1.2 Segunda Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en **Cuiden** con el término **deterioro cognoscitivo**. Se obtuvieron **17** resultados de los cuales se utilizaron **7** documentos para la elaboración de la guía.

Se realizó una segunda búsqueda en **Lilacs** con el término **deterioro cognoscitivo**. Se obtuvieron **44** resultados de los cuales se utilizaron **18** documentos para la elaboración de la guía.

5.1.1.3 Tercera Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con el término **deterioro cognoscitivo**. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

SITIOS WEB	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
Guiasalud	0	0
Fisterra	0	0
Total	0	0

5.2 Escalas de Gradación

NIVELES DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE TERAPIA POR NICE**

Nivel de Evidencia	Interpretación
1++	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos*
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertos

*Los estudios con un nivel de evidencia **con signos “-”** no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación,. Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

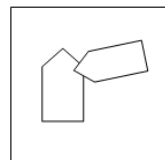
**National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods-Chapter 7: Reviewing and grading the evidence. London: NICE update March 2005.The guidelines manual 2009.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS DE TERAPIA (NICE)

Grados de Recomendación	Interpretación
A	Al menos un meta-análisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población blanco; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población blanco y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o evidencia que pueda extrapolarse de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal
D(BPP)	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía

5.3 Escalas de Clasificación Clínica

CUADRO 1 MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL (MMSE) FOLSTEIN		Puntaje
1-ORIENTACIÓN (tiempo) (5 puntos) Preguntar día de la semana (1), fecha (1), mes (1), año (1) y estación del año (1). Se puede considerar correcta la fecha con \pm 2 días de diferencia.		
2-ORIENTACIÓN (lugar) (5 puntos) Preguntar sobre lugar de la entrevista (1), hospital (1), ciudad (1), provincia (1), país (1).		
3-REGISTRO DE TRES PALABRAS (3 puntos) Pedir al paciente que escuche con atención porque le va a decir tres palabras que debe repetir después (por cada palabra repetida correcta se otorga 1 punto). Avisar al mismo tiempo que deberá repetir las palabras más tarde. Casa (1), zapato (1) y papel (1). Repita las palabras hasta que el paciente aprenda las tres.		
4-ATENCIÓN y CALCULO (5 puntos) Serie de 7. Pedir al paciente que reste de a 7 a partir de 100 y continúe restando de a 7 hasta que usted lo detenga. Por cada respuesta correcta dar 1 punto, detenerse luego de 5 repeticiones correctas. Comience preguntando ¿cuánto es 100 menos 7? Otra variante, no equivalente a la serie de 7 es pedir al paciente que deletree la palabra mundo de atrás hacia adelante. Por cada letra correcta recibe 1 punto.		
5-RECALL de tres palabras (3 puntos) Pedir al paciente que repita los objetos nombrados anteriormente. Por cada repetición correcta se da un punto.		
6-NOMINACIÓN (2 puntos) Mostrar una lapicera y un reloj, el paciente debe nombrarlos, se otorga 1 punto por cada respuesta correcta.		
7-REPETICIÓN (1 punto) Pida al paciente que repita la siguiente oración: tres perros en un trigal.		
8-COMPREENSIÓN (3 puntos) Indique al paciente una orden simple. Por ejemplo: toma un papel con su mano derecha (1punto), dóblelo por la mitad (1 punto) y póngalo en el suelo (1 punto). Por cada acción correcta el paciente recibe 1 punto.		
9-LECTURA (1 punto) Pida al paciente que lea la siguiente orden (escrita previamente), y la obedezca, no debe decirlo en voz alta (Debe explicar este ítem del test sólo una vez). "Cierre los ojos"		
10-ESCRITURA (1 punto) Pida al paciente que escriba una oración, debe tener sujeto y predicado. Se acepta como válido el sujeto tácito. La oración debe tener un sentido.		
11-DIBUJO (1 punto) Debe copiar un dibujo simple (dos pentágonos cruzados, el cruce tiene 4 lados). Se considera correcto si las dos figuras tienen 5 lados y el cruce tiene 4 lados.		
Puntuación: 24 a 18: Deterioro leve 15 a 17: Deterioro moderado 7: Deterioro severo		



Fuente: Adaptada de Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state A Practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J psychiatric Resp. 1975; 19:189-98

CUADRO 2 TEST DEL RELOJ

INSTRUCCIONES: Dibuje un reloj de manecillas, coloque todos los números que lleva y marque con agujas la hora "11:10"

PUNTUACION:

Dibujo del reloj**Máximo = 10pts**

2= El círculo está bien dibujado

1= El círculo está dibujado pero de manera irregular

0= Figura irregular o no compatible con un círculo o semicírculo

Presencia y secuencia de los números**Máximo =4 puntos**

4= Todos los números están presentes. Puede aceptarse un error mínimo en la disposición espacial

3= Todos los números están presentes. Errores en la disposición espacial

2= Algunas de las siguientes:

Números faltantes o adicionales

Los números están ubicados en sentido antihorario

Los números están presentes pero hay una seria alteración en la disposición general (ejemplo: heminegligencia)

1= Números faltantes o adicionales y errores espaciales serios

0= Ausencia o pobre representación de los números.

Presencia y ubicación de las agujas**Máximo = 4 puntos**

4= Las agujas están en la posición correcta y la diferencia en tamaño esta respetada

3= Errores discretos en la representación de las agujas o la diferencia de tamaño entre las agujas

2= Errores mayores en la ubicación de las agujas de manera significativa (incluyendo 10 a 11)

1= Se dibuja solamente una aguja o el dibujo de ambas agujas es notoriamente pobre

0= No se dibujan las agujas o se dibujan varias de manera perseverativa

INTERPRETACIÓN

9-10 Normal

8 Déficit Limite

6-7 Déficit Leve

4-5 Déficit Moderado

0-3 Déficit Severo

Fuente: Salazar-García C, Villar-Rodríguez CS. Evaluación psicológica e intervención en demencias: La enfermedad de Alzheimer. Centro de asesoramiento y apoyo psicológico.2007. pp 127.

CUADRO 3. CUESTIONARIO PORTÁTIL DEL ESTADO MENTAL DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA (SPMSQ-VE).

	(+)	(-)
1. ¿Qué día es hoy? (Día, mes y año)		
2. ¿Qué día de la semana es hoy?		
3. ¿Dónde estamos ahora?		
4. ¿Cuál es su número telefónico? o ¿Cuál es su dirección? (preguntar solo si el paciente no tiene teléfono)		
5. ¿Cuántos años tiene?		
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)		
7. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?		
8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?		
9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?		
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0		
PUNTUACIÓN TOTAL:		
INTERPRETACIÓN		
Normal	0 – 2 errores	
Deterioro cognitivo leve	3 – 4 errores	
Deterioro cognitivo moderado	5 – 7 errores	
Deterioro cognitivo severo	8 – 10 errores	
Nota: Se permite 1 error de más si no ha recibido educación primaria Se permite 1 error de menos si ha recibido estudios superiores		

Fuente: Ramos Erika. Valoración geriátrica integral. 2004

CUADRO 4. TEST DE LAS FOTOS (FOTOTEST)



Instrucciones:

1. Denominación (Den)

Enséñele la lámina con las fotos y pídale que las nombre. Dé 1 punto por cada respuesta correcta; en caso de error o no respuesta, indíquele el nombre correcto y no le dé ningún punto. (Una vez concluya esta tarea retire la lámina y apártela de la vista del sujeto.)

2. Fluidez verbal (FH/FM)

a) «Quiero que me diga todos los nombres de hombres/mujeres que recuerde» (comience siempre por el sexo contrario) (No dé ejemplos, conceda 30 s y comience a contar el tiempo cuando diga el primer nombre. Dé 1 punto por cada nombre correcto.

No puntúe los nombres similares (Mari-María, Pepe-José, Dolores-Lola, etc.).

b) «Quiero que me diga todos los nombres de hombres/mujeres (mismo sexo) que recuerde» (termine preguntando por el mismo sexo). No dé ejemplos. Conceda 30 s y comience a contar el tiempo cuando diga el primer nombre. Dé 1 punto por cada nombre correcto. No puntúe los nombres similares (Mari-María, Pepe-José, etc.).

3. Recuerdo

a) Recuerdo libre (RL): «Recuerdo qué fotos había en la lámina que le enseñé antes». (Máximo 20 s.) Dé 2 puntos por cada respuesta correcta.

b) Recuerdo facilitado (RF): ofrézcale como pista y ayuda la «categoría» de las imágenes que no haya recordado espontáneamente anteriormente diciéndole, por ejemplo: «También había una fruta, ¿la recuerda?». Dé 1 punto por cada respuesta correcta.

Total Test de las Fotos= Denominación+ Recuerdo Libre + Fluidez verbal hombres+ Fluidez verbal mujeres

Fuente: Carnero-Pardo C., Sáez-Zea C., Montiel Navarro L, del Saz P., Ferial Vilar I., Pérez-Navarro M. J., Ruiz-Giménez J., Vélchez-Carrillo R., Montoro-Ríos M. T. Utilidad diagnóstica del Test de las Fotos (Fototest) en deterioro cognitivo y demencia. Neurología 2007; 22(10):860-869

CUADRO 5. TEST DEL INFORMADOR (BREVE)

Instrucciones: Recuerde, por favor, cómo era su familiar hace 5 o 10 años y compare cómo es el en este momento. Conteste si ha habido algún cambio a lo largo de este tiempo en la *capacidad* de su familiar para cada uno de los aspectos que le preguntamos.

Pregunta	Puntos
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. Recordar su dirección y número de teléfono.	
5. Recordar la fecha en que vive (mes y día)	
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 doméstico	
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. Tomar decisiones en cuestiones cotidianas.	
13. Manejar dinero para la compra.	
14. Manejar los asuntos financieros (pensión, bancos).	
15. Resolver problemas aritméticos cotidianos (tiempos, cantidades, distancias).	
16. Utilizar la inteligencia para comprender lo que sucede a su alrededor y su explicación.	
TOTAL	

Fuente: Jorm AF. A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation. Psychol Med 1994; 24:145-53.

Puntúe con los siguientes criterios:

- 1: Ha mejorado mucho
- 2: Ha mejorado un poco
- 3: Casi sin cambios
- 4: Ha empeorado un poco
- 5: Ha empeorado mucho

Puntuación total: 85 puntos

A partir de 57 puntos (>57), indica probable deterioro cognitivo

**CUADRO 6. ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT
(CAREGIVER BURDEN INTERVIEW)**

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Fuente: Odriozola Gojenola M et al. Índice de esfuerzo del cuidador: test diagnóstico de sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia. SEMERGEN. 2008;34(9):438.

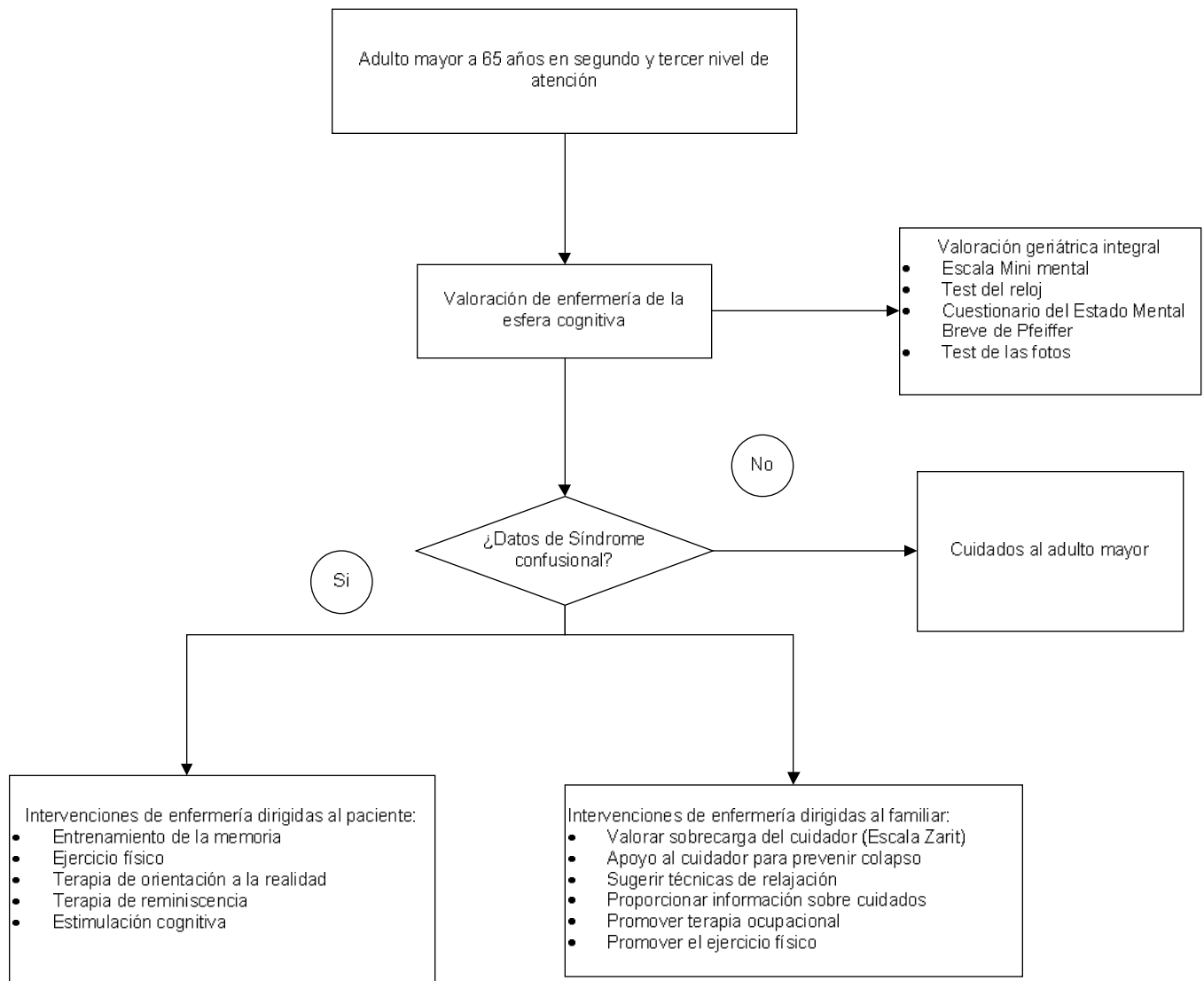
Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

5.4 Diagramas de Flujo



Fuente: Elaborado por el grupo desarrollador de la GPC

5.5 Cédula de Verificación de Apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico(s) Clínico(s):			
CIE-9-MC / CIE-10	CIE-10: F03 Demencia no especificada		
Código del CMGPC:			
TÍTULO DE LA GPC			Calificación de las recomendaciones (Cumplida: SI=1, NO=0, No Aplica=NA)
Intervenciones de enfermería para el cuidado del adulto mayor con deterioro cognoscitivo			
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA	NIVEL DE ATENCIÓN	
Mujeres y hombres adultos mayores de 70 años.	Enfermeras Jefes de Piso, Enfermeras Especialistas, Enfermeras Generales, Auxiliares de Enfermería y personal en formación.	Segundo y tercer nivel.	
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA			
Utiliza herramientas de valoración geriátrica integral que proporcionen información necesaria para identificar de forma temprana las necesidades del paciente			
Utiliza el examen minimental (MMSE) de Folstein en la valoración clínica del adulto mayor para identificar la existencia y grado de deterioro cognoscitivo.			
Utiliza el test de la prueba de reloj (Clock Drawing Test), dentro de la valoración geriátrica inicial			
Utiliza el Cuestionario del Estado Mental Breve de Pfeiffer como parte de la valoración geriátrica preferentemente en población analfabeta			
Utiliza el test de las fotos para determinar deterioro cognoscitivo leve			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA DIRIGIDAS AL ADULTO MAYOR			
Hace uso de instrumentos como periódicos, diario personal, objeto de discusión o imagen del mismo para facilitar la orientación a la realidad.			
Realiza terapia de reminiscencia apoyándose de instrumentos como fotografías, videos, objetos y diarios personales, música, entre otros. Permite la estimulación no solo cognitiva, sino además funcional y social.			
Realiza actividades para ejercer la memoria			
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA DIRIGIDAS AL CUIDADOR PRIMARIO			
Valora la presencia de sobrecarga del cuidador utilizando una escala validada			
Sugiere al cuidador primario realice técnicas de relajación (yoga) para la eliminación de tensiones.			
Proporciona información y apoyo prolongado a los cuidadores.			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
Total de recomendaciones cumplidas (1)			
Total de recomendaciones no cumplidas (0)			
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)			
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado			
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)			
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)			

6. GLOSARIO

Actividades Básicas de Vida Diaria (ABVD): Se refiere a las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, la movilización y la continencia de esfínteres.

Adulto mayor: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en países desarrollados se define como aquella persona de más de 65 años de edad, mientras que en países en vías de desarrollo, se considera a aquel mayor de 60 años.

Anosognosia: Síndrome clínico caracterizado por la pérdida del conocimiento del propio estado físico y/o cognoscitivo.

Ansiedad: Estado de ánimo emocional displacentero; frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso al agotamiento.

Calidad de Vida: Condición que resulta del equilibrio entre la satisfacción de las necesidades básicas y la no satisfacción de estas, tanto en el plano objetivo (posibilidad del desarrollo completo de la personalidad) como en el plano subjetivo (satisfacción por la vida y las aspiraciones personales). Según la OMS es la percepción que tiene un individuo de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y en el sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes.

Colapso del cuidador: Estado que se presenta cuando la carga del cuidado sobrepasa la capacidad y recursos del cuidador, y es tan grave que puede causar estrés excesivo, además de riesgo de muerte o suicidio.

Comorbilidad: Término médico acuñado por Feinstein en 1970 que se refiere a la presencia de uno o más trastornos o enfermedades además de la enfermedad o trastorno primario.

Cuidador Primario: Persona que adquiere la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; generalmente el cuidador primario es un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente, que en este caso sería un cuidador primario informal.

Dependencia funcional: Necesidad de ayuda para realizar una o más actividades básicas de la vida diaria.

Depresión: Es un estado de ánimo triste, una alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser.

Deterioro cognoscitivo: Síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como la memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad.

Ejercicio aeróbico: es el ejercicio físico que necesita de la respiración. Abarca los ejercicios más comunes como caminar, trotar, bailar, esquiar, pedalear, etc. Tienen por objetivo conseguir mayor resistencia.

Envejecimiento: Proceso normal asociado a una alteración progresiva de las respuestas homeostáticas adaptativas del organismo que provocan cambios en la estructura y la función de los diferentes sistemas y además aumentan la vulnerabilidad del individuo al estrés ambiental y a la enfermedad.

Escala de Zarit: Instrumento que mide el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos.

Esperanza de vida: Índice que se toma en cuenta para determinar cuánto se espera que viva una persona en un contexto social determinado. Este índice dependerá del sexo, nivel de educación, de las condiciones sanitarias, de las medidas de prevención, del nivel económico, de la atención de salud, política de estado, etc.

Folstein (MMSE Mini-Mental State Examination de Folstein): Instrumento para el escrutinio de deterioro cognitivo; consta de una serie de preguntas agrupadas en diferentes categorías que representan aspectos relevantes de la función intelectual: Orientación temporo-espacial, memoria reciente y de fijación, atención, cálculo, capacidad de abstracción, lenguaje y praxis. Una puntuación menos de 24 indica deterioro cognitivo.

Función cognoscitiva: Procesos mentales que permiten a la persona llevar a cabo cualquier tarea. Hacen posible que el sujeto tenga un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, lo que le permite desenvolverse en el mundo que le rodea

Funciones visoperceptivas : viso-percepción es la capacidad que nos permite reconocer y discriminar los estímulos. Ayuda a interpretar, atribuir y asociar lo que vemos a ciertas categorías ya conocidas e integrarlo al conocimiento que ya poseemos.

Funciones visoconstructivas: La capacidad constructiva combina la actividad perceptiva con la respuesta motora y siempre tiene un componente espacial. Sin embargo, las alteraciones constructivas pueden aparecer en ausencia de un déficit perceptivo concomitante. La habilidad constructiva (praxia constructiva o capacidad visoconstructiva) hace referencia a la capacidad para dibujar o realizar construcciones bidimensionales o tridimensionales.

Intervención de Enfermería: Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

Sobrecarga del cuidador: Conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Aaron D., Benson B.S., Melissa J. S., Thanh-Thu T. B., Jeffrey R. P. y Murali D. (2005). Screening For Early Alzheimer's Disease: Is There Still A Role For The Mini-Mental State Examination? *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 7(2), 62-67.
2. Bohórquez Bueno Viviana Carolina; Castañeda Pérez Bibiana Andrea; Trigos Serrano Leidy Johanna; Orozco Vargas Luís Carlos; Camargo Fabio Alberto Figuera. Eficacia de la intervención enfermera para cuidadores con cansancio del rol del cuidador. *Revista Cubana de Enfermería* 2011; 27(3) 210-219
3. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner Ch. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Ed. Elsevier 6ª edición 2013
4. Carnero-Pardo C, Sáez-Zea C, Montiel Navarro L, del Saz P, Fera Vilar I, Pérez-Navarro M. J., Ruiz-Giménez J, Vilchez-Carrillo R, Montoro-Ríos M. T. Utilidad diagnóstica del Test de las Fotos (Fototest) en deterioro cognitivo y demencia. *Neurología* 2007; 22(10): 860-869
5. Díaz Cabezas Ricardo, Marulanda Mejía Felipe, Martínez Arias María Helena. Prevalence of cognitive impairment and dementia in people older 65 years in a Colombian urban population. *Acta Neurol Colomb* 2013; 29(3)
6. Díaz Barrientos Eliesbel, Sosa Coronado Ana Madeline. Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve. *MEDISAN* 2010; 14(6): 838
7. De León-Arcila R, Milián-Suazo F, Camacho-Calderón N, Arévalo-Cedano RE, Escartín-Chávez M. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2009; 47 (3): 277-284.
8. Favela P.E., García G.J., Lozano O.M., Manilla A.G., Rivera R.M. y Sánchez P. JGPC: Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención, Instituto Mexicano del Seguro Social, Evidencias y Recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-144-08, 20. 2012
9. Flores-Carrasco J, Gastelum-Ruiz MG, Verdugo-Orduño M, Medina-Zazueta RE, Corral-Quiroz RJ. Conocimiento de la enfermera sobre el cuidado del adulto mayor con síndromes geriátricos. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2015; 23(1): 27-30.
10. Flores-Ruano T, Cruz-Jentoft AJ, González Montalvo JI, López-Soto A, Abizanda-Soler P. Herramientas de valoración geriátrica en servicios de geriatría españoles. *Revista española de geriatría y gerontología*. 2014; 50(4).
11. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state A Practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J psychiatric Res*. 1975; 12: 129-138
12. Garamendi-Araujo F, Delgado-Ruiz DA, Amaya-Alemán MA. Programa de entrenamiento cognitivo en adultos mayores. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación* 2010; 22: 26-31.

13. Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WH, Rikkert MG. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ*. 2006, Nov 17.
14. Jorm AF. A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation. *Psychol Med* 1994; 24:145-53.
15. Medina Ch. J. Envejecimiento de la población y necesidad de la intervención interdisciplinaria. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 2015;23(1):1-2.
16. Mora-Simon S, Garcia-Garcia R, Perea-Bartolome MV, Ladera-Fernandez V, Unzueta-Arce J, et al. Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. *Rev Neurol* 2012; 54 (5): 303-310
17. Morales-Cariño EM, Jiménez-Herrera BL, Serrano-Miranda TA. Evaluación del colapso del cuidador primario de pacientes adultos mayores con síndrome de inmovilidad. *Rev de Investigación Clínica* 2012;64(3): 240-246.
18. Novoa-Ana M, Juárez-Olga, Nebot Manel. Efectividad de las intervenciones cognitivas en la prevención del deterioro de la memoria en las personas mayores sanas. *Gac Sanit* v.22 n.5 Barcelona set.-oct. 2008.
19. Romero-Zoila, Cuba-María. Somatic symptoms in overloaded or not overloaded caregivers of geriatric patients in an urban-rural area of Payet, Independencia, Lima. *Rev Med Hered*. 2013; 24:204-209.
20. Vargas-Escobar, L. Aporte de la enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. *Aquichan*, 2012; 12(1): 62-76.
21. Montero-Pardo X, Jurado-Cárdenas S, Valencia-Cruz A, Méndez-Venegas J, Mora-Magaña I. Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *PSICOONCOLOGÍA* 2014; 11 (1): 711-85.
22. Odriozola-Gojenola M, et al. Índice de esfuerzo del cuidador: test diagnóstico de sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia. *SEMERGEN*. 2008; 34(9):438.
23. Ramos Erika. Valoración geriátrica integral. 2004
24. Ruvínová E., Nicolai T., Siffelová H., Laczó J., Hort J. y Vyhnálek M. Clock drawing test and the diagnosis of amnesic mild cognitive impairment: can more detaile scoring systems do the work?. *J. clini Exp Neuropsychol*, 2014; 36(10):1076-1083.
25. Salazar-García C, Villar-Rodríguez CS. Evaluación psicológica e intervención en demencias: La enfermedad de Alzheimer. Editorial Centro de asesoramiento y apoyo psicológico; 2007. pp 127
26. Villarejo A., Puertas M. Utilidad de los Test breves en el cridabo de demencia. *Neurología*. 2011; 26(7):425—433

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de **Instituto Mexicano del Seguro Social** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Instituto Mexicano del Seguro Social** y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Dr. Francisco Jesús Rivera Rodríguez	Jefe de Área Atención Médica de Urgencias División de Hospitales de Segundo Nivel de Atención Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel
Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9.COMITÉ ACADÉMICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

Dr. Jaime Antonio Zaldívar Cervera Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dr. Arturo Viniegra Osorio Coordinador Técnico de Excelencia Clínica

Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica

Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica

Dra. Rita Delia Díaz Ramos Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos

Dra. Judith Gutiérrez Aguilar Jefa de Área de Innovación de Procesos

Dr. Antonio Barrera Cruz Coordinador de Programas Médicos

Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro Coordinadora de Programas Médicos

Dra. Aidé María Sandoval Mex Coordinadora de Programas Médicos

Dra. Yuribia Karina Millán Gámez Coordinadora de Programas Médicos

Dr. Juan Humberto Medina Chávez Coordinador de Programas Médicos

Dra. Adolfina Bergés García Coordinadora de Programas Médicos

Dra. Socorro Azarell Anzures Gutiérrez Coordinadora de Programas Médicos

Lic. Ana Belem López Morales Coordinadora de Programas de Enfermería

Lic. Héctor Dorantes Delgado Coordinador de Programas

Lic. Abraham Ruiz López Analista Coordinador

Lic. Ismael Lozada Camacho Analista Coordinador