



IX Congreso Nacional de
ALZHEIMER
10, 11, 12 y 13 de noviembre de 2021

**CERO
OMISIONES
CERO
ALZHEIMER**



CERO OMISIONES: INTERVENCIÓN INTEGRAL EN LA PERSONA CON DEMENCIA

✉ nfernandez@igurco.es

🐦 [@naiaruka](https://twitter.com/naiaruka)

Naiara Fernández Gutiérrez
Geriatra

SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS
 **IMQ** Igurco
ZERBITZU SOZIO-SANITARIOAK

LA DEMENCIA EN CIFRAS



700.000 personas

En 2050 el número de enfermos se habrá duplicado



45.000 personas

1:10 >65 años

1:3 > 85

PREVALENCIA

- 0,05% entre las personas de 40 a 65 años
- 1,07% entre los 65-69 años
- 3,4% en los 70-74 años
- 6,9% en los 75-79 años
- 12,1% en los 80-84
- **20,1%** en los 85-89
- **39,2%** entre los mayores de 90 años



DISTRIBUCIÓN DE LAS DIFERENCIAS



DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS

- 57 % DE CASOS DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
- 6,4 % CASOS DE DEMENCIA VASCULAR
- 5,2 % DE CASOS DE DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY
- 3,9 % DE SÍNDROMES RELACIONADOS CON LA DEGENERACIÓN LOBULAR FRONTOTEMPORAL, ENTRE OTROS

Prevalencia de demencia diferente a EA está infraestimada por encima de los 65 años

ABORDAJE DE LAS DIFERENCIAS

SÍNTOMAS
ESPECÍFICOS
DE CADA
ENTIDAD
NOSOLÓGICA



DEMENCIA POR CC LEWY Y DEMENCIA ASOCIADA A PARKINSON

- Alteraciones principales en **dominios atencionales, visuoespaciales o ejecutivos**.
- Son frecuentes los **trastornos del sueño y las fluctuaciones en el nivel de alerta y atención diurnas**.
- Las **alteraciones de conducta** son también frecuentes al inicio del deterioro cognitivo, siendo característica la presencia de **alucinaciones visuales**.

DEMENCIA POR CC LEWY Y DEMENCIA ASOCIADA A PARKINSON

- **Informar** al paciente y su unidad familiar de los **síntomas conductuales**
- Remisión a **servicios sociales** para la solicitud de las **ayudas a la dependencia**
- Dar a conocer la potencial **hipersensibilidad a algunos fármacos** con efectos sobre el sistema nervioso central
- Poner en conocimiento el diagnóstico de DLB o PDD en caso de **intervenciones quirúrgicas o de la necesidad de tratamientos o ingresos hospitalarios**

DEMENCIA POR CC LEWY Y DEMENCIA ASOCIADA A PARKINSON

- El **EJERCICIO FÍSICO** ha demostrado valor en la EP para **mejorar los síntomas motores** y **prevenir el deterioro cognitivo**, y se puede recomendar también en pacientes con DLB o PDD.
- Tanto **donepezilo** como **rivastigmina** parecen ser eficaces en la esfera cognitiva y neuropsiquiátrica
- Las evidencias de eficacia en el grupo de los antipsicóticos son discutibles y su seguridad clínica y tolerancia variables, solo en aquellos **sujetos con síntomas neuropsiquiátricos disruptivos (clozapina o quetiapina)**
- El **clonazepam** es eficaz en el control del TCSREM.

DEMENCIA FRONTOTEMPORAL VARIANTE CONDUCTUAL

CAMBIOS PRECOCES EN LA PERSONALIDAD Y LA CONDUCTA

- Desinhibición
- Apatía
- Impulsividad
- Falta de empatía
- Conductas estereotipadas
- Pérdida de competencia y conducta social



DEMENCIA FRONTOTEMPORAL VARIANTE CONDUCTUAL

LAS FUNCIONES EJECUTIVAS SE ENCUENTRAN ALTERADAS PRECOZMENTE

MEMORIA Y LAS FUNCIONES VISOPERCEPTIVAS PRESERVADAS EN LAS FASES INICIALES

ALTERACIÓN DE LENGUAJE está también presente, llegando en las fases avanzadas al mutismo.

SON COMUNES ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA E HIPERORALIDAD

PARÁLISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA

BRADIFRENIA O ENLENTECIMIENTO MENTAL
SÍNDROME DISEJECUTIVO (ALTERACIÓN EN
MANTENIMIENTO ATENCIONAL, PLANIFICACIÓN Y
SECUENCIACIÓN, ABSTRACCIÓN)
ALTERACIÓN MNÉSICA
ALTERACIÓN EN TAREAS VISOESPACIALES
(ALTERACIÓN EN LA MOTILIDAD OCULAR)
APATÍA Y DEPRESIÓN
SÍNDROME OBSESIVO-COMPULSIVO
APRAXIA



PARÁLISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA

BRADIFRENIA O ENLENTECIMIENTO MENTAL
SÍNDROME DISEJECUTIVO (ALTERACIÓN EN
MANTENIMIENTO ATENCIONAL, PLANIFICACIÓN Y
SECUENCIACIÓN, ABSTRACCIÓN)
ALTERACIÓN MNÉSICA
ALTERACIÓN EN TAREAS VISOESPACIALES
(ALTERACIÓN EN LA MOTILIDAD OCULAR)
APATÍA Y DEPRESIÓN
SÍNDROME OBSESIVO-COMPULSIVO
APRAXIA



TRATAMIENTOS

USO ISRS Y LA TRAZODONA PARA EL CONTROL DE SÍNTOMAS CONDUCTUALES (irritabilidad, la agitación, la depresión, el trastorno alimentario y la desinhibición)

LIMITAR EL EMPLEO DE ANTIPSICÓTICOS, RESERVANDO SU USO PARA EL CONTROL DE LA AGRESIVIDAD.

LOS FÁRMACOS MÁS RECOMENDABLES SON LOS ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS, CON POCOS EFECTOS ANTIDOPAMINÉRGICOS COMO QUETIAPINA O LA OLANZAPINA.

TRATAMIENTOS

NO PUEDE RECOMENDARSE EL USO DE IACE PARA EL TRATAMIENTO DE LA DLFT

NO SE RECOMIENDA EL USO DE MEMANTINA EN PACIENTES CON DFT



DEMENCIA VASCULAR

Tabla I. Etiologías del deterioro cognitivo vascular^{1,2,11}

Multinfarto

- Patología de gran vaso (oclusión de arteria intra o extracraneal), embolismo arterio-arterial
- Cardioembolismo

Patología de pequeño vaso (subcortical)

- Infartos lacunares, isquemia crónica de sustancia blanca

Infarto estratégico

- Vaso grande (giro angular, región frontobasal, región mesial del lóbulo temporal)
- Vaso pequeño (tálamo, núcleo caudado, rodilla de la cápsula interna)

Mecanismos hemodinámicos (hipoperfusión), encefalopatía anóxico-isquémica difusa, vulnerabilidad selectiva (necrosis laminar, esclerosis hipocámpica), infartos fronterizos

Hemorragias cerebrales

Enfermedades venosas

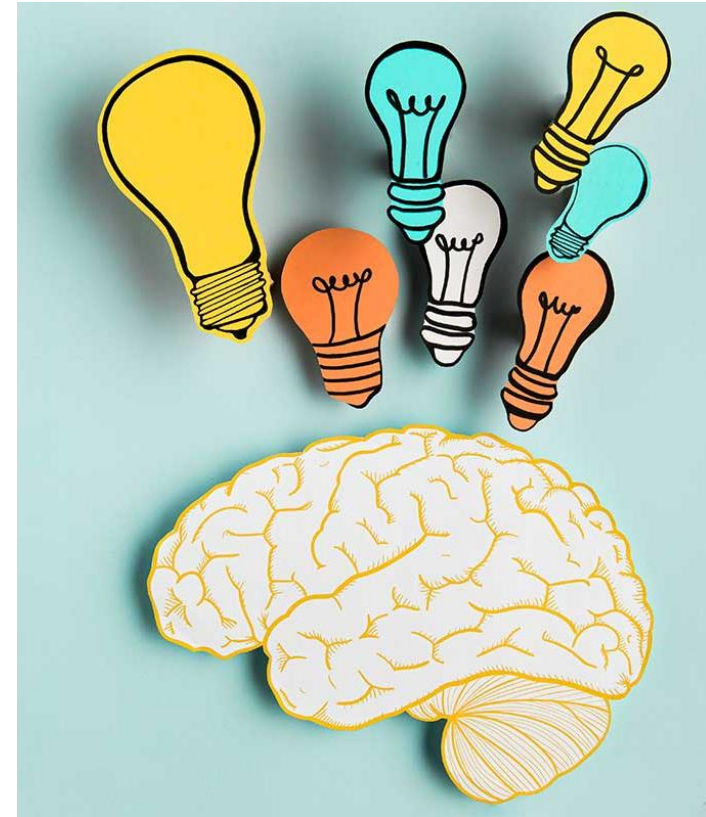
Arteriopatías específicas

Angiopatía amiloide

Trastornos hereditarios

Cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy (CADASIL)

Demencia mixta (EA con componente vascular)



DEMENCIA VASCULAR

DÉFICIT EN LA ATENCIÓN

DISFUNCIÓN EJECUTIVA (ENLENTECIMIENTO EN LA VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN, INFLEXIBILIDAD MENTAL Y DIFICULTAD PARA LA PLANIFICACIÓN SECUENCIAL DE ACTIVIDADES)

AFECTACIÓN DE LA MEMORIA NO ES PROTAGONISTA EN EL CUADRO CLÍNICO

DIFICULTAD PARA RECUPERAR INFORMACIÓN YA APRENDIDA (MEMORIA DE TRABAJO)

SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS (SCPD): DEPRESIÓN, APATÍA Y LA LABILIDAD EMOCIONAL

SÍNTOMAS PSICÓTICOS, AUNQUE PUEDEN APARECER, SON MENOS HABITUALES

LA AGITACIÓN, LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO Y LA EUFORIA SE DAN CON MÁS FRECUENCIA EN DV CORTICAL; Y LA APATÍA, LA CONDUCTA MOTORA ANÓMALA Y LAS ALUCINACIONES, EN DV SUBCORTICAL

DEMENCIA VASCULAR

LOS IACE Y LA MEMANTINA NO HAN DEMOSTRADO UN BENEFICIO CLARO EN LA IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL, ADEMÁS DE LOS EFECTOS ADVERSOS Y EL COSTE ECONÓMICO QUE SUPONEN. SE DEBE INDIVIDUALIZAR SU USO, EFECTO BENEFICIOSO EN AQUELLOS PACIENTES CON EA Y ENFERMEDAD VASCULAR ASOCIADA.

TRATAMIENTO DE LA HTA ES ÚTIL EN AQUELLOS PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO Y/O ENFERMEDAD VASCULAR, NO EXISTE SUFICIENTE EVIDENCIA COMO PARA RECOMENDAR EL EMPLEO DE ESTATINAS EN EL TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA DV, NO HAY DATOS SUFICIENTES QUE DEMUESTREN QUE EL EMPLEO DE AAS TENGA UN EFECTO PROTECTOR SOBRE LA COGNICIÓN O EL DCV.

LAS ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS CONSTITUYEN LA PRIMERA LÍNEA TERAPÉUTICA EN EL TRATAMIENTO DE LOS SPCD.

LOS ANTIPSICÓTICOS TAN SÓLO SE RECOMENDARÍAN EN EL CASO DE HABER FRACASADO EL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO Y EN SITUACIONES DE RIESGO PARA EL PACIENTE Y/O EL CUIDADOR.

LOS ISRS SERÍAN LOS FÁRMACOS DE ELECCIÓN EN LA DEPRESIÓN DEL PACIENTE CON DV AL PRODUCIR UNA MEJORA DE LA FUNCIÓN COGNITIVA.

PRIONOPATÍAS

PERIODO DE INCUBACIÓN PROLONGADO

CURSO PROGRESIVO Y UNIFORMEMENTE FATAL

**UNA DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICA MÁS COMUNES A CASI TODAS
ELLAS ES EL DESARROLLO DE UNA DEMENCIA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA**

**ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB ESPORÁDICA, FAMILIAR Y NUEVA
VARIANTE CJ**

INSOMNIO FATAL ESPORÁDICO.

KURU

SÍNDROME DE GERSTMANN-STRÄUSSLER-SCHEINK

El tratamiento de la ECJ ha de perseguir optimizar la calidad de vida de los
pacientes, aliviando los síntomas presentes

OTRAS DEMENCIAS

DEMENCIAS AUTOINMUNES

DEMENCIA ASOCIADA AL VIH

NEUROSÍFILIS

DEMENCIA DE ORIGEN METABÓLICO

HIDROCEFALIA A PRESIÓN NORMAL

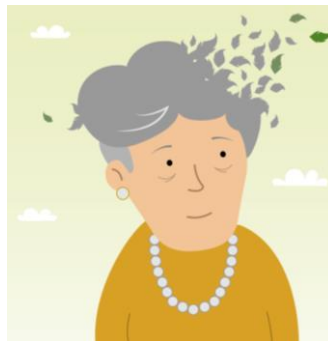
DEMENCIA POSTRAUMÁTICA



CERO OMISIONES EN LAS SIMILITUDES

ABORDAJE
INTEGRAL DE
LA PERSONA
CON
DEMENCIA





Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)

- REDUCIR EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD, CONTRIBUYENDO A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON ALZHEÍMER Y SUS FAMILIARES CUIDADORES, EN SU CONVIVENCIA CON LA ENFERMEDAD Y EN EL EJERCICIO DE TODOS SUS DERECHOS.
- FAVORECER EL MANTENIMIENTO DE LA PERSONA CON ALZHEÍMER EN SU ENTORNO NATURAL EL MAYOR TIEMPO POSIBLE, PROMOVRIENDO SU MÁXIMA AUTONOMÍA, PARTICIPACIÓN Y CONSERVACIÓN DE SUS CAPACIDADES, Y OFRECIENDO APOYOS ADECUADOS PARA ELLO: TANTO PARA LA PERSONA ENFERMA, COMO PARA SU CUIDADOR O CUIDADORA FAMILIAR.
- INVOLUCRAR A TODOS LOS AGENTES Y AL CONJUNTO DE LA SOCIEDAD EN LA RESPUESTA HACIA LOS RETOS QUE PLANTEA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD, ELIMINANDO SITUACIONES DE RECHAZO, EXCLUSIÓN Y ESTIGMATIZACIÓN HACIA LAS PERSONAS CON ALZHEÍMER.
- DESARROLLAR RESPUESTAS SOCIALES Y SANITARIAS ADECUADAS, INNOVADORAS Y SOSTENIBLES PARA RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON ALZHEÍMER Y SUS FAMILIARES CUIDADORES.
- AVANZAR EN LAS RESPUESTAS DE OTROS SISTEMAS (SEGURIDAD SOCIAL, ÁMBITO LABORAL, VIVIENDA, ETC.) EN EL APOYO A LOS FAMILIARES CUIDADORES EN TODOS AQUELLOS ÁMBITOS Y ZONAS EN LAS QUE SE REQUIERAN.



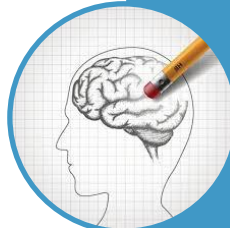
EVALUACIÓN CLÍNICA; MÉDICO + ENFERMERÍA

- FRAGILIDAD (VIG)
- SÍNDROMES GERIÁTRICOS: ABORDAJE DE INCONTINENCIA, DESNUTRICIÓN, INMOVILISMO, UPP, DOLOR
- APROXIMACIÓN AL FINAL DE LA VIDA



FUNCIONAL; INTERVENCIÓN FISIOTERAPIA + T.O + LOGOPEDIA

- MANTENIMIENTO Y/O RECUPERACIÓN DE AUTONOMÍA PARA ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA
- MANTENIMIENTO Y/O RECUPERACIÓN DE MARCHA
- INTERVENCIÓN EN LENGUAJE Y DISFAGIA



NEUROPSICOLÓGICO; PSICÓLOGO + T.O. + OCIO Y ANIMACIÓN

- ABORDAJE DE DELIRIUM Y TRASTORNO ANÍMICO
- PSICOESTIMULACIÓN
- ACTIVIDADES OCUPACIONALES Y DE OCIO



SOCIAL; TRABAJADOR SOCIAL

- APOYO FAMILIAR
- GESTIÓN DEL RECURSO ADAPTADO A LA NECESIDAD DE LA PERSONA CON DEMENCIA (ATENDIENDO A SUS PREFERENCIAS Y LA DE SU UNIDAD FAMILIAR)

DESNUTRICIÓN



7,8%



14%



28,4%



40%

DISFAGIA

CARRASPEO
Sensación de atasco en la garganta o carraspeo frecuente

ATRAGANTAR
Atragantamiento con determinadas consistencias

PIEBRE 38°
Fiebre de repetición sin causa aparente

BABEO
Babeo / inadecuado cierre labial

RESIDUOS COMIDA
Presencia de residuos de alimento en la lengua o boca / degluciones fraccionadas

TOS
Tos durante o después de la ingesta / cambios en la voz



<p>Texturas fibrosas Piña, judías verdes, apio, lechuga, etc.</p>	<p>Verduras y frutas con piel y semillas Legumbres, habas, kiwis, guisantes, fresas, uvas, maíz tierno</p>
<p>Doble consistencia Cereales con leche, sopa con fideos, naranja, melón, sandía, pan con semillas, etc</p>	<p>Alimentos que se desmenuzan fácilmente Pan tostado, hojaldre, empanada, galletas, patatas chips, corteza pan, etc</p>
<p>Alimentos duros Frutos secos, etc</p>	<p>Alimentos pegajosos Leche condensada, pan de molde, caramelos, etc</p>

SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS
IMQ Iгурco
ZERBITZU SOZIO-SANITARIOAK

DISFAGIA

¿Qué es? y ¿Cómo abordarla?

¿Qué es? Hablamos de disfagia cuando aparece una dificultad para deglutir los alimentos o las secreciones, apareciendo los siguientes síntomas:

- ✓ Dificultad para iniciar la deglución
- ✓ Tos con las comidas
- ✓ Voz húmeda
- ✓ Sofocación
- ✓ Sensación de cuerpo extraño en la garganta
- ✓ Rechazo del alimento
- ✓ Duración prolongada de los alimentos en la boca
- ✓ Restos alimenticios en la cavidad
- ✓ Pérdida de peso oral
- ✓ Deshidratación

¿Cómo abordarla?

- ✓ Evita alimentos duros y de difícil masticación, que desprendan agua o zumo, incluidas gelatinas comerciales, alimentos pegajosos y densos, con piel o pepitas, alimentos que se desmenuzan o que forman mal el bolo alimenticio
- ✓ Evita comer tumbado

En caso de alimentar a una persona dependiente:

- ✓ Siéntate frente a él, no ofrezcas la comida desde arriba
- ✓ No inicies la alimentación si no tiene buen nivel de consciencia y atención
- ✓ Vigila la posición del cuello, evita la hiperextensión
- ✓ Asegura que ha tragado antes de ofrecer una nueva cucharada

Modificación de la Textura (Viscosidad) de los líquidos

La evaluación se realiza mediante el "Método de Exploración Clínica de Volumen-Viscosidad" (MECV-V), que una vez realizado, conocemos qué textura de los líquidos necesita un paciente para evitar la entrada de líquido en la vía aérea.

TEXTURAS	<p>NECTAR Puede beberse con una cañita o de un vaso. Al decantar el líquido espesado cae formando un hilo. Al resbalar deja un residuo fino.</p>
	<p>MIEL No puede beberse con una cañita pero sí de un vaso. Al resbalar deja un residuo grueso.</p>
	<p>PUDDING Necesita una cuchara. No puede beberse en cañita ni de un vaso.</p>

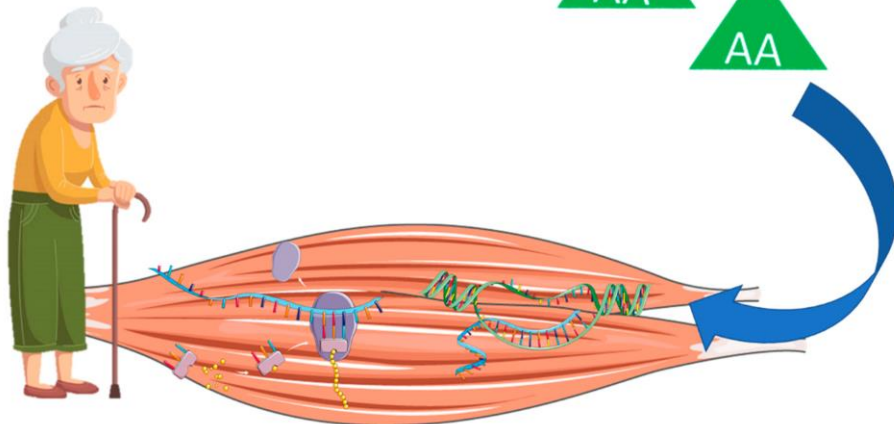
OPTIMIZACIÓN NUTRICIONAL

Leche especial	<ul style="list-style-type: none"> Utilizarla como bebida y en cocciones cuando sea posible. Enriquecer la leche con leche en polvo entera o descremada (10 cucharadas de leche en polvo por litro de leche). Puede utilizarse esta leche para preparar batidos, postres, sopas y purés o bien tomarla con cereales, con cacao en polvo o jarabes de fruta. Añadir fruta fresca o en almíbar para preparar batidos. Agregar una cucharada de leche en polvo a los purés. Añadir salsa bechamel a los platos como verduras, patatas.
Queso	<ul style="list-style-type: none"> Fundido en tortillas, puré de verduras, de patatas, etc. Rallado en sopas, cremas, purés, etc.
Yogur	<ul style="list-style-type: none"> Utilizarlo para preparar batidos con frutas. Añadirle cereales del desayuno, azúcar, miel. Enriquecerlo con leche en polvo o condensada
Huevos	<ul style="list-style-type: none"> Batirlo y agregarlo a purés de patata, sopas, cremas, batidos de leche o helados. Añadir más claras a postres como flan o natillas.
Carnes y pescados	<ul style="list-style-type: none"> Añadirlos a purés de legumbres, verduras, etc.
Aceites y grasas	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar nata, crema de leche y mantequilla, mayonesa y otras salsas. Agregarlos a postres, purés de todo tipo (verduras, cereales, carne, pescados, huevos).
Frutos y frutas secas	<ul style="list-style-type: none"> Trocearlos y añadirlos como complemento en batidos, cremas, purés.
Azúcar y miel	<ul style="list-style-type: none"> Agregar a los zumos, batidos y postres en general.
Cacao en polvo y chocolate	<ul style="list-style-type: none"> Agregar a los batidos y postres en general.
Galletas	<ul style="list-style-type: none"> Consumirlas trituradas principalmente en desayunos y meriendas.



DESNUTRICIÓN-SARCOPENIA-FRAGILIDAD

Campbell y Buchner (1997): síndrome biológico de **disminución de la reserva funcional y resistencia a los estresores, debido al declive acumulado de múltiples sistemas fisiológicos** que originan pérdida de la capacidad homeostática y **vulnerabilidad a eventos adversos**



(1) L.P. Fried, C.M. Tangen, J. Walston, A.B. Newman, C. Hirsch, J. Gottdiener, T. Seeman, R. Tracy, W.J. Kop, G. Burke, M.A. McBurnie, Cardiovascular health study collaborative research group, frailty in older adults: evidence for a phenotype, *J. Gerontol. Ser. A: Biol. Sci. Med. Sci.* 56 (2001) M146–M156.

1. Pérdida de peso			
Pérdida de peso no intencionada en el último año mayor de 10 libras (4,5 kg) o mayor del 5% del peso previo en el último año.			
2. Baja energía y resistencia			
Respuesta afirmativa a cualquiera de las dos preguntas de la escala de depresión CES-D: “¿Sentía que todo lo que hacía suponía un esfuerzo en la última semana?” o “¿Sentía que no podía ponerse en marcha la última semana?”.			
Se considera criterio de fragilidad si a una de ellas se responde: “moderada cantidad de tiempo (3-4 días) o la mayor parte del tiempo”.			
3. Bajo nivel de actividad física			
Kilocalorías gastadas por semana usando el <i>Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire</i> (MLTAQ), estratificado por género.			
Se considera fragilidad cuando se encuentra en el quintil inferior:			
Hombres < 383 kcal/semana		Mujeres < 270 kcal/semana	
4. Velocidad de la marcha			
Tiempo que se tarda en andar 15 pasos (4,6 m), estratificado por altura y género.			
Se considera criterio de fragilidad cuando los sujetos están en el quintil inferior:			
Hombres: altura ≤ 173 cm ≥ 7 segundos/altura > 173 cm ≥ 6 segundos		Mujeres: altura ≤ 159 cm ≥ 7 segundos/altura > 159 cm ≥ 6 segundos	
5. Fuerza prensora			
Medida en kilogramos y estratificada por género e Índice de masa corporal.			
Se considera criterio de fragilidad cuando los sujetos están en el quintil inferior:			
Hombres:		Mujeres:	
IMC ≤ 24	≤ 29	IMC ≤ 23	≤ 17
IMC 24,1-26	≤ 30	IMC 23,1-26	≤ 17,3
IMC 26,1-28	≤ 30	IMC 26,1-29	≤ 18
IMC > 28	≤ 32	IMC > 29	≤ 21

Se considera frágiles a los sujetos que cumplen tres o más criterios, prefrágiles a los que cumplen uno o dos y no frágiles o robustos a los que no cumplen ninguno.
Recientemente se han validado valores normativos de velocidad de la marcha y fuerza prensora en población española.

FRAGILIDAD (Trayectoria de enfermedad equivalente a demencia)

Clinical Frailty Scale*



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.



3 Managing Well – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.



4 Vulnerable – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being “slowed up”, and/or being tired during the day.



5 Mildly Frail – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 Moderately Frail – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 Severely Frail – **Completely dependent for personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 Very Severely Frail – **Completely dependent**, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9. Terminally Ill - Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

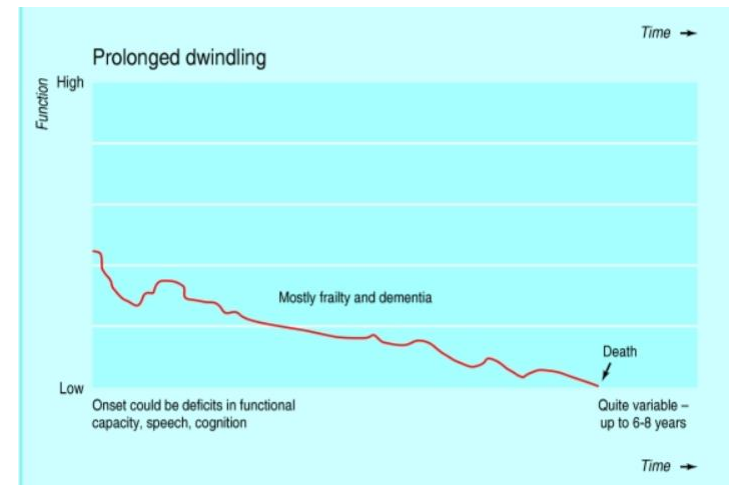
Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173:489-495.



EJERCICIO FÍSICO MULTICOMPONENTE



Ageing Research Reviews
Volume 37, August 2017, Pages 117-134



Review

Role of physical exercise on cognitive function in healthy older adults: A systematic review of randomized clinical trials

Mikel López Sáez de Asteasu ^a, , Nicolás Martínez-Velilla ^b, Fabricio Zambom-Ferraresi ^a, Álvaro Casas-Herrero ^b, Mikel Izquierdo ^a

ORIGINAL STUDY | VOLUME 22, ISSUE 4, P787-791, APRIL 01, 2021

Cognitive Function Improvements Mediate Exercise Intervention Effects on Physical Performance in Acutely Hospitalized Older Adults

Mikel L. Sáez de Asteasu, PhD • Nicolás Martínez-Velilla, PhD, MD • Fabricio Zambom-Ferraresi, PhD • Robinson Ramírez-Vélez, PhD • Antonio García-Hermoso, PhD • Mikel Izquierdo, PhD

RUEDA DE EJERCICIOS

CAMINAR
10 MINUTOS 3 SERIES.
CAMINA A UN RITMO QUE PUEDAS MANTENER UNA CONVERSACIÓN DE MANERA CONTINUA PERO QUE TE CUESTE UN POCO DE ESFUERZO.
A PARTIR DE LA SEMANA 7 CAMINA 3 SERIES DE 15 MINUTOS.

DESCANSAR
RECUERDE DESCANSAR 2 MINUTOS ENTRE SERIES.

RESPIRAR CORRECTAMENTE
RESPIRE NORMALMENTE Y CONTINGA LA RESPIRACIÓN DURANTE LOS EJERCICIOS.

EJERCICIOS
EN CASO DE DUDA SOBRE COMO REALIZAR LOS EJERCICIOS CONSULTE EN LAS PAGINAS INTERIORES DEL PASAPORTE.

ESTIRAMIENTO DE BRAZOS
Repeticiones 3 Series 3 Mantener 10 s

ESTIRAMIENTO DE PIERNAS
Repeticiones 6 Series 3 Mantener 10 s

CAMINAR HACIENDO OCHOS
2 vueltas Series 3

OBSTÁCULOS
5 obstáculos Series 8

CAMINAR
Ver leyenda

ESTIRAR UNA TOALLA
Repeticiones 12 Series 3

LEVANTAR UNA BOTELLA
Repeticiones 12 Series 3

LEVANTARSE DE LA SILLA
Repeticiones 12 Series 3

Logo: vivifrail

El proyecto ha sido cofinanciado a ESI por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) a través del Programa Interreg V.A España-Francia Andorra (POCTEFA 2014-2020). El objetivo del POCTEFA es reforzar la integración económica y social de la zona fronteriza España-Francia-Andorra. Su apoyo se concentra en el desarrollo de actividades económicas, sociales y medioambientales transformadoras a través de estrategias conjuntas a favor del desarrollo territorial sostenible.

CAÍDAS

EJERCICIO FÍSICO MULTICOMPONENTE
OPTIMIZACIÓN DE LA
PRESCRIPCIÓN (STOPP/START)
INTERVENCIÓN NUTRICIONAL
TRATAMIENTO OSTEOPOROSIS
ABORDAJE DE LA INCONTINENCIA
URINARIA

CORRECCIÓN DE LIMITACIÓN VISUAL (IQ cataratas, DMAES, ajuste de gafas..)

INTERVENCIÓN EN FACTORES AMBIENTALES (alfombras, iluminación, uso de calzado adecuado...)

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA (Síndrome postcaída, depresión...)

ADECUACIÓN DEL SOPORTE SOCIAL (teleasistencia, ayuda personal...)

SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS
¿CÓMO PREVENIR LAS CAÍDAS?
 ZERBITZU SOZIO-SANITARIOAK

¿Quiénes son las personas mayores con más riesgo de caída?

Toma de fármacos para reducir la tensión, la glucosa, hipnóticos, otros psicofármacos
 Personas con alteraciones de la visión y el equilibrio
 Personas con deterioro cognitivo
 Personas con limitación funcional para actividades de la vida diaria
 Personas con mala situación nutricional
 Personas con ingreso hospitalario reciente



¿Cómo podemos prevenirlas?

 Uso de zapatos y zapatillas cerradas, preferiblemente con suela antideslizante	 Siga una alimentación rica en proteínas (1,3 g/kg peso/día) para garantizar la función de sus músculos	
 Asegure una iluminación adecuada; acceso a punto de luz desde la cama para evitar caídas nocturnas	 Establezca una rutina de actividad física que incluya la realización de ejercicios de fuerza y resistencia muscular (sentadillas, mancuernas, bandas elásticas...)	
 No pise suelos y superficies húmedas que puedan favorecer resbalones	 Contacte con un médico geriatra que adecúe su tratamiento para envejecer de forma activa evitando las caídas de repetición	
 Evite los cambios bruscos de postura (levantarse de la cama, del sillón...)	En caso de hospitalización o estancia en centro sociosanitario:	
 Haga su hogar más seguro retirando alfombras y otros objetos con los que pueda tropezar	 Mantener levantadas las barandillas de cama en el caso de que se recomiende su uso	
 En la organización de armarios, asegure que estén en los estantes a su alcance aquello que utiliza con más frecuencia	 Garantizar el acceso al timbre para solicitar ayuda personal	
 Adapte su cuarto de baño, con colocación de ducha con suelo antideslizante y asideros que faciliten su incorporación desde el WC y el uso de la ducha con seguridad	 El personal responsable asegurará que la cama se encuentre frenada y en posición baja para minimizar lesión en caso de caída	

ÚLCERAS POR PRESIÓN

Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión

9.1.2 Factores de riesgo de UPP

En el proceso de la aparición de UPP contamos con la presencia de factores etiológicos como la presión y la cizalla, que puede actuar de forma individual o combinada. Además, debemos analizar la existencia de otros factores que pueden modificar la resistencia tisular y predisponen al paciente a la aparición de la lesión. Estos factores coadyuvantes o predisponentes pueden ser:

- Intrínsecos, relacionados con el estado de salud del paciente
- Extrínsecos, relacionados con su entorno y controlados por el propio paciente o el cuidador.



FACTORES INTRÍNSECOS	FACTORES EXTRÍNSECOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad ▪ Movilidad disminuida ▪ Medicación: inmunosupresores, benzodicepinas, corticoides, sedantes, inotrópicos. ▪ Trastornos en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, estasis venosa, trastornos cardiovasculares. ▪ Alteraciones cognitivas : desorientados, confusos. ▪ Déficit sensorial y motor ▪ Pérdida sensitiva/motora: paresia/parálisis, pérdida de la sensibilidad dolorosa. ▪ Espasticidad/contracturas ▪ Alteraciones nutricionales y metabólicas ▪ Incontinencia: fecal, urinaria, mixta 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humedad ▪ Fricción ▪ Sujeción mecánica ▪ Inmovilidad requerida por el proceso (inestabilidad hemodinámica...). ▪ Uso de dispositivos sanitarios ▪ Entorno social de riesgo: situación socioeconómica, lejanía de prestaciones sanitarias y ayudas sociales. ▪ Formación inadecuada del cuidador o el profesional. ▪ SEMP inexistente o inadecuada ▪ Hábitos tóxicos: tabaquismo, alcohol

Tabla 5. Factores de riesgo de UPP

¿CÓMO PREVENIR UPPS?

¿Qué es una úlcera por presión?

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial.



¿Cómo podemos prevenirlas?



El 98% de las úlceras por presión son **evitables**. Ahí radica la importancia de tratarlas **a tiempo**. El personal de atención Directa, bien en el Hospital en una Residencia, debe formarse en la detección de las mismas. **La inspección sistemática de la piel en busca de signos de alarma permite instaurar precozmente medidas de prevención que eviten la aparición de lesiones.**

Control de la humedad



Cambios frecuentes de absorbentes y de ropa cuando este sucio o mojada.

Movilizaciones



El cumplimiento de los cambios posturales es indispensable. Se realizará cada 2 horas y con rotación de los movimientos,

Vigilar zonas con dispositivos



El uso de sondas, catéteres y medios utilizados para la fijación pueden producir fricción en la piel adyacente

Dispositivos de alivio de presión



Elementos diseñados para reducir y/o aliviar la presión de toda la superficie corporal que contacta con una superficie de apoyo: colchón viscoelástico o aire alterno, cojín antiescaras...

Hidratación, protección de la piel



Hidratar la piel con ácidos grasos hiperoxigenados y, en ocasiones, colocar apósitos de protección, son medidas eficaces para evitar la aparición de lesiones.

Soporte Nutricional



Un buen soporte nutricional y de hidratación favorece la cicatrización de las heridas, al igual que evita complicaciones locales como la infección.

DOLOR

EVALUACIÓN

DOLOPLUS2

PACSLAC

PAINAD

ABBAY PAIN SCALE

Sintoma	Evidencia científica
Delirios, alucinaciones, euforia, desinhibición	Síntomas todavía no investigados en ensayos de intervención aleatorizados
Agitación, agresión, depresión, disforia, apatía, indiferencia, trastornos del sueño y del comportamiento nocturno, apetito y cambios alimentarios	Grupo de síntomas que figuran en los instrumentos de evaluación del dolor Síntomas que se han relacionado con el dolor
Ansiedad, irritabilidad, labilidad	Grupo de síntomas que figuran en los instrumentos de evaluación del dolor Síntomas que no se han relacionado con el dolor
Conducta motora aberrante	Síntomas todavía no investigados en ensayos de intervención aleatorizados Grupo de síntomas que figuran en los instrumentos de evaluación del dolor

CAMBIOS POSTURALES: los cambios posturales son necesarios en muchas ocasiones para conseguir posturas antiálgicas que mejoran el dolor.

MASAJES: (contacto piel con piel).

MEDIDAS AMBIENTALES CONFORTABLES.

Intervención psicosocial, psicoeducativa y cognitivo-conductual: **fisioterapia, terapia ocupacional, musicoterapia**, medidas de distracción, **fomento de la autonomía, ejercicio pasivo, aromaterapia, psicoestimulación**



SOPORTE SOCIAL

ZAINTZA ESKOLA



araba álava
foru aldundia diputación foral



GIZARTE POLITIKA

Apoyo a personas cuidadoras

Sendian

Conjunto de recursos de apoyo a las familias que atienden en su domicilio a personas en situación de dependencia, para prevenir desajustes familiares, proporcionar una convivencia normalizada y prestar la atención adecuada a la persona dependiente. Incluye formación, grupos de apoyo mutuo, apoyo psicológico, atención residencial temporal de corta duración y atención diurna durante los fines de semana y festivos.

Atención psicológica

Dado que las personas cuidadoras y las familias que conviven o se ocupan directamente de una persona mayor dependiente pueden en ocasiones presentar importantes dificultades psicológicas y de riesgo de deterioro de las relaciones sociales y familiares, se proporciona tratamiento psicológico individual (con un máximo de 10 sesiones, ampliables excepcionalmente hasta 12) a quienes necesiten un apoyo importante para afrontar la situación.

Grupos de apoyo mutuo

Los grupos de apoyo se basan en la evidencia de la eficacia de la ayuda mutua entre las personas afectadas por un mismo problema, así como en la importancia de que las personas descubran sus propios recursos en la búsqueda de soluciones adecuadas, todo ello en un medio que permita la expresión, la comunicación y la participación. Estos grupos están dirigidos por profesionales con cualificación en el aprendizaje de habilidades de afrontamiento y resolución de conflictos, así como en procesos de desculpabilización.

Formación

Consiste en sesiones teórico-prácticas en las que se imparten conocimientos específicos que permiten a los familiares una mejor atención a la persona mayor dependiente y que les proporcionan una garantía en su labor de cuidado. Se imparten contenidos relativos a las áreas médica, de enfermería, de psicogeriatría, legal y de recursos sociales. Tienen un objetivo informativo, educativo y terapéutico.

Estancias de corta duración en centros residenciales

Consiste en una estancia mensual (de un máximo de 5 días) en residencias para personas mayores con el objetivo de facilitar a las familias un descanso en las labores de cuidado con una cierta periodicidad, garantizando por otra parte la calidad de la atención de la persona mayor dependiente.

Estancias de corta duración en centros de día

Consiste en estancias en centros de día para personas mayores dependientes con el objetivo de aliviar durante el día la carga que suponen las tareas de atención que soporta la familia, garantizando un entorno adaptado a las necesidades diurnas de la persona mayor dependiente. La frecuencia de uso de este recurso podrá limitarse si la persona mayor disfruta de atención diurna en días laborables.

PROGRAMA FORMATIVO 2021-2022

La formación comenzará con el módulo **Apoyo psicosocial, atención relacional y comunicativa en instituciones (MF1019_2)** de 130 horas.

- › **Objetivo:** Adquirir habilidades de comunicación y animación social con las personas en situación de dependencia para mejorar sus actividades diarias.
- › **3 unidades formativas:**
 - a. Animación social con personas en situación de dependencia (30 horas).
 - b. Mantenimiento y mejora de las actividades diarias con personas en situación de dependencia (50 horas).
 - c. Técnicas de comunicación con personas en situación de dependencia (50 horas).

Bizkaia

COMUNICACIÓN

NOTICIAS

Inicio > Noticias > Las personas cuidadoras de Bizkaia pueden ya beneficiarse de las ayudas que facilitan su derecho

NOTICIAS

02 DE ENERO DE 2020 10:00

Las personas cuidadoras de Bizkaia pueden ya beneficiarse de las ayudas que facilitan su derecho al descanso durante 15 días



ALZHEIMERRAREN EUSKADIKO FEDERAZIOA
FEDERACIÓN ALZHEIMER DE EUSKADI



AFARABA
ASOCIACIÓN ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS
ALZHEIMER ETA BESTE DEMENTZIA BATZUEN ELKARTEA



AFABIZKAIA
ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE PERSONAS ENFERMAS
DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS DE BIZKAIA



AFAGI
ALZHEIMER GIPUZKOA

NECESIDADES



¿RECONOCIMIENTO?

ABC SOCIEDAD

España • Internacional • Economía • Sociedad • Madrid • Familia • Opinión • Deportes • Gente • Cultura • Ciencia • Historia • Viajar • Pla

DÍA INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS DE EDAD

¿Qué es el edadismo, no edadismo ni ageísmo? «Es comparable a los micromachismos»

• La discriminación por edad a las personas mayores está en auge, denuncian varias organizaciones



Edadismo, el prejuicio más tolerado en Canadá

Por Leonora Chapman | ✉

amlat@rcinet.ca

Publicado el jueves 3 de octubre de 2019 a las 13:57

Actualizado el jueves 3 de octubre de 2019 a las 14:01

0 Comentarios |



Entre 2017 y 2030, se proyecta que el número de personas de 60 años o más crecerá en un 46 por ciento (de 962 millones a 1,4 mil millones) superando en número a los jóvenes en todo el mundo, así como a los niños menores de 10 años.

Además, este aumento será el más grande y más rápido del mundo en desarrollo.

El envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI.

Las personas mayores siempre han desempeñado un papel importante en la sociedad como líderes, cuidadores y custodios de la tradición. Sin embargo, también son muy vulnerables, y muchos caen en la pobreza, quedan discapacitados o sufren discriminación.

LA ESFERA DE PAPEL

Theodor Kallifatides: "Europa ha hecho de la vejez una enfermedad"

El escritor griego narra en *Otra vida por vivir* el reencuentro con su idioma después de 50 años.



Día de los Mayores 2019 I "Se creen que por ser mayores somos tontos"

PABLO RECIO

MARTES 1 DE OCTUBRE DE 2019

3 MINUTOS



Público INICIA SESIÓN ÚNETE A PÚBLICO

SOCIEDAD SUCESOS EDUCACIÓN SANIDAD IGUALDAD INMIGRACIÓN MEDIO AMBIENTE DERECHOS HUMANOS MÁS



EDADISMO

Los naufragos del tercero sin ascensor: la soledad y el maltrato que sufren los mayores

La edad es la tercera causa de discriminación en el mundo, por detrás del racismo y el sexismo. Los mayores españoles se sienten solos, ninguneados y algunos de ellos maltratados: el abandono, el encierro en residencias contra su voluntad, y el maltrato psicológico cotidiano son sus sufrimientos más habituales.



Genís Carrasco

Médico y escritor



La única diputada del PP por Barcelona, Cayetana Álvarez de Toledo, ha criticado a la alcaldesa de Madrid, Manuela Carmena, definiéndola como una "entrañable abuela" de la que se descubrirá que "compra las magdalenas en un supermercado". Más allá de que la anécdota refleja la baja altura moral de la diputada, declaraciones de este tipo muestran un tipo de discriminación que a menudo pasa desapercibida pero que socialmente es tan grave como la que sufren las mujeres o los inmigrantes sin papeles.



“La OMISIÓN DEL BIEN no es menos reprochable que la comisión del mal.”