



XII Curso
ONLINE

Acreditado por el
Consell Català de Formació Continuada
de les Professions Sanitàries-
Comisión de Formación Continuada del
Sistema Nacional de Salud con
3,6 créditos



Evaluación y acreditación en:
www.aulamayo.com



módulo 2

Demencias: diagnóstico, tratamiento, factores de riesgo y detección precoz

- 4 Demencias: concepto, clasificación y casos clínicos
- 5 Exploración neuropsicológica e importancia de la detección precoz
- 6 Tratamiento farmacológico de la demencia
- 7 Rehabilitación cognitiva
- 8 Fisioterapia en la enfermedad de Alzheimer
- 9 Prevención del deterioro cognitivo
- 10 Detección del deterioro cognitivo desde la oficina de farmacia

Atención farmacéutica

módulo 2

TEMA 10

Detección del deterioro cognitivo desde la oficina de farmacia

M.^a Teresa Climent¹, Lucrecia Moreno²

¹Farmacéutica comunitaria, SEFAC. ²Departamento de Farmacia. Universidad CEU Cardenal Herrera

El envejecimiento conlleva, en general, un incremento en la variabilidad interindividual de las funciones cognitivas superiores (atención y concentración, memoria, lenguaje, capacidad visoespacial y funciones ejecutivas), originando una gran heterogeneidad de perfiles de alteración cognitiva en la población envejecida sana. Este hecho dificulta el establecimiento de parámetros de normalidad que definan a este tipo de población. Los test de cribado (*screening*) de deterioro cognitivo (DC) y demencia son un método ampliamente utilizado (tanto en la atención primaria como en la especializada) para detectar a los pacientes con alto riesgo de presentar DC. Aunque no se han propuesto como método diagnóstico, sí se emplean como instrumento útil en la valoración de estos pacientes y en la respuesta terapéutica a diversos tratamientos.

El riesgo de sufrir DC se asocia tanto a factores genéticos como ambientales. Los factores genéticos no son modificables en estos momentos. Entre los facto-



©monkeybusinessimages/Stock.com

res ambientales que influyen sobre la función cognitiva, existen factores demográficos no modificables como la edad, el sexo y el nivel de formación. Sin embargo, algunos estudios epidemiológicos apoyan la existencia de ciertos factores de riesgo de demencia prevenibles. Se trata de aquellos factores relacionados con el estilo de vida, como la práctica de ejercicio físico, el entrenamiento cognitivo, las horas de sueño, el uso de algunos fármacos y factores de riesgo vascular (sobrepeso, obesidad, hipercolesterolemia, hipertensión y diabetes). Todos ellos son factores modificables, y por tanto pueden prevenirse con una adecuada intervención facultativa si el paciente recibe la información y el seguimiento necesarios (véase el módulo anterior de este curso en *El Farmacéutico* n.º 509, «Prevención del deterioro cognitivo»).

Los estudios sobre detección de DC en el ámbito de la farmacia comunitaria son escasos, aunque se ha indicado la importancia del cribado de DC mediante pruebas psicométricas en atención primaria, así como la promoción de programas de entrenamiento cognitivo para proporcionar efectos protectores o estrategias compensatorias que ayuden a mitigar el declive cognitivo en la edad avanzada.

El farmacéutico comunitario mantiene un contacto directo y sostenido en el tiempo con este tipo de pacientes, ya que éstos acuden periódicamente a la farmacia a retirar la medicación para sus enfermedades y trastornos crónicos. Esta circunstancia puede ser aprovechada para detectar posibles casos de DC, estudiar los factores asociados y ofrecer a estos pacientes la inclusión en programas de educación sanitaria encaminados a modificar determinados hábitos de vida. En muchos casos, será el farmacéutico quien, ante la sospecha de un posible DC, derivará a un paciente al médico para que pueda recibir la asistencia adecuada. Por lo tanto, la participación del farmacéutico en estudios epidemiológicos de base poblacional, tanto observacionales como de in-

tervención, puede ser muy importante, ya que permitiría un seguimiento continuado de los participantes, reduciría los abandonos y aumentaría la precisión de las estimaciones.

La Universidad CEU Cardenal Herrera de Valencia y farmacéuticos comunitarios de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) han iniciado un estudio para el desarrollo de una metodología de cribado de DC en personas mayores de 65 años no institucionalizadas, en el ámbito de la farmacia comunitaria. El punto clave del proyecto es la *captación* del posible caso. El cribado de deterioro cognitivo leve (DCL) como primer paso para establecer un diagnóstico clínico no puede generalizarse a toda la población de edad ≥ 65 años, ya que el coste en tiempo y recursos humanos sería excesivo.

Por ello, y quizá por la limitada eficacia de los tratamientos disponibles, hasta el momento no se ha propuesto en ningún país el cribado sistemático de DCL en esta población de pacientes en atención primaria, a pesar de que se sabe que el porcentaje de casos no diagnosticados es elevado. Sin embargo, sí se recomienda la «búsqueda de casos», que consiste en un cribado activo en atención primaria ante la detección de un factor de riesgo de demencia: quejas de pérdida de memoria, depresión, declive cognitivo o funcional.

No puede olvidarse que el diagnóstico de la demencia es fundamentalmente clínico, con un papel hasta la fecha limitado de los marcadores biológicos, y que requiere una considerable cantidad de tiempo para recabar la información necesaria de la anamnesis y la exploración. Además, en la mayoría de los casos la instauración de la demencia es gradual, y puede resultar difícil de distinguir de entidades como el envejecimiento normal, la depresión o la baja inteligencia previa. Por ello, en muchas ocasiones requiere, tras la aplicación de los test de cribado y el diagnóstico clínico, un seguimiento en el tiempo.

La metodología que presentamos a continuación está encaminada al criba-

do de población que cumpla determinados requisitos (véase «Metodología»). Asimismo, pretendemos desarrollar un programa de educación sanitaria eficaz encaminado a mejorar la función cognitiva de estos pacientes.

Test de rastreo o cribado cognitivo

Los test de rastreo cognitivo se pueden dividir en:

- Generales: evalúan diferentes funciones cognitivas obteniendo una puntuación global, y correspondería generalmente a pruebas diagnósticas.
- Específicos: evalúan una función cognitiva particular, y correspondería generalmente a normas comparativas.

En la tabla 1 se especifican las pruebas de rastreo cognitivo que gozan de mayor reconocimiento internacional en atención primaria y especializada, y que han sido validadas para la población española (excepto el Mini-Cog).

Como podemos observar, existen muchos test de rastreo cognitivo y funcional para la detección de DC, aunque hasta la fecha no existe una normalización en la utilización de cada uno de ellos. Por ello, actualmente en nuestro país hay algunas líneas de investigación abiertas con el objetivo de buscar estrategias evaluativas que, además de cumplir requisitos de brevedad, aceptabilidad, fiabilidad y validez, sean simples y, en la medida de lo posible, libres de cualquier influencia cultural, de manera que se minimice el riesgo de utilizar instrumentos de evaluación poco sensibles para ancianos con un nivel educativo alto o con un nivel educativo muy bajo, lo que conllevaría un cribado del DCL impreciso, con una alta tasa de falsos negativos y de falsos positivos, respectivamente.

Metodología Población de estudio

La población diana son personas de 65 o más años que acuden a la oficina de farmacia a retirar su medicación habitual y que cumplan alguno de los siguientes requisitos:

Tabla 1. Principales test de rastreo cognitivo en atención primaria y especializada

Test de rastreo cognitivo general	Test de rastreo cognitivo específico
MMSE, con dos versiones: <ul style="list-style-type: none"> • MMSE versión Normacoderm, de Blesa • MEC (mini-examen cognitivo), de Lobo 	MIS (Memory Impairment Screening)
Test del reloj	Test de alteración de memoria M@T
SPMSQ (Short Portable Mental State Questionnaire), de Pfeiffer	Test de las fotos
Test de los 7 minutos	Eurotest
Mini-Cog	Test de fluidez verbal
Evaluación cognitiva de Montreal	
Prueba cognitiva de Leganés (PCL)	

- Que contesten afirmativamente a la pregunta: ¿Ha percibido usted pérdidas de memoria? (debe corroborarlo el paciente o el informador).
- Que contesten afirmativamente a la pregunta: ¿Últimamente, duerme más horas de las habituales (incluida la siesta)?
- Que consuman fármacos vasodilatadores cerebrales u otros fármacos para la memoria.
- Que utilicen de forma crónica medicamentos con propiedades anticolinérgicas.
- Que hayan recibido una prescripción de antidepresivos.

Para participar en el cribado, todas las personas deben firmar la hoja de consentimiento informado (ha de entregarse una copia al paciente).

Se excluirán del cribado las personas que sigan un tratamiento con inhibidores de la acetilcolinesterasa (ya han recibido un diagnóstico de demencia) y las que presenten incapacidad física o sensorial para cumplimentar el test.

Recogida de datos: variables de estudio

La vía de captación es la entrega de recetas para su dispensación; con ello averiguamos si la receta corresponde a la persona en cuestión y la edad que tiene. Tras la captación del posible caso que cumpla alguno de los requisitos

anteriores, le daremos a conocer el servicio profesional y le pediremos su participación en el mismo (cita 0). En una «hoja de control de participación» anotamos la fecha de captación, el nombre y apellidos del paciente, el código asignado por participante y la fecha de la cita 1 (puede coincidir o no con la fecha de captación). Si el paciente accede a participar en el estudio, lo invitamos a pasar a la zona ZAP (zona de atención personalizada, fuera de estímulos externos que distraigan al paciente y bajen su rendimiento) para realizar la primera entrevista (cita 1). Se le dará hora para otro día si no se dispone de tiempo en ese momento. Le pediremos al paciente que recuerde traer todos los medicamentos que toma en la cita 1. Si hacemos la entrevista en el mismo momento de la captación, le pediremos que se pase de nuevo para completar los datos relativos a la medicación. Aunque con la prescripción electrónica conocemos todos los medicamentos prescritos para este paciente, preferimos (siguiendo la metodología Dáder) que el participante traiga todos los fármacos que está tomando para saber si conoce el proceso de uso de cada medicamento y la indicación del mismo.

En la primera cita se realizará una entrevista personal, explicando el propósito del servicio. Además, se cumplimentará la hoja de consentimiento in-

formado, y un «cuestionario específico de las variables de estudio» que incluye datos demográficos (sexo, edad), antropométricos (índice de masa corporal [IMC]), el nivel de estudios distribuido en cuatro categorías (analfabetos, primarios, secundarios y superiores), la ocupación profesional cuando estaba en activo (se utiliza la «clasificación de ocupaciones por clases sociales», propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología), otros datos relacionados con el estilo de vida (tabaquismo, consumo de alcohol, horas de ejercicio físico semanal, realización de pasatiempos, horas de televisión diarias, afición a la lectura, horas de sueño [noche y día]) y las posibles patologías crónicas que padece (diabetes, hipertensión, hiperlipemia y depresión). Asimismo, se cumplimenta la «hoja de seguimiento farmacoterapéutico» utilizando el «registro Dáder».

A continuación, le pasaremos al paciente los test de cribado, el test de Pfeiffer y el test MMSE (versión Normacoderm de Blesa). En caso de que el paciente tenga muy pocos años de escolaridad o sea analfabeto, se puede sustituir y/o añadir al MMSE el fototest.

La duración de esta primera cita será aproximadamente de 30 minutos.

Herramientas utilizadas

El primer test que utilizamos es el Short Portable Mental State Questionnaire, de Pfeiffer, y el segundo el MMSE de Blesa. Para analfabetos puede utilizarse, además del test de Pfeiffer, el Fototest.

Short Portable Mental State Questionnaire de Pfeiffer (SPMSQ)

El SPMSQ, también denominado test de Pfeiffer, evalúa la orientación (temporal y espacial), la atención y la memoria (reciente y remota) y el cálculo simple (tabla 2). Consta de 10 ítems o preguntas, y lo que se registra son los errores. Para ser puntuadas como correctas (0 puntos), las respuestas deben ser dadas por el paciente sin ninguna ayuda o referencia (como ca-

Tabla 2. Test de Pfeiffer

Preguntas	Respuestas	Errores
¿Qué día es hoy? (día, mes, año)		
¿Qué día de la semana es hoy?		
¿Dónde estamos ahora?		
¿Cuál es su número de teléfono?		
¿Cuál es su dirección? (sólo si no tiene teléfono)		
¿Cuántos años tiene?		
¿Cuál es su fecha de nacimiento? (día, mes, año)		
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?		
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?		
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?		
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0		
Puntuación total		

Adaptada por Martínez de la Iglesia a población española

lendarios, DNI u otra ayuda nemotécnica).

La brevedad de este test (2-3 minutos) y la escasa influencia de variables socioculturales lo convierten en una herramienta de interés para atención primaria y estudios poblacionales. La prueba ha obtenido una sensibilidad y una especificidad del 85,7 y el 78,9%, respectivamente, para la demencia (criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10], con un punto de corte [PC] ≥ 3 puntos [1 punto= 1 error]), pero el estudio no revela la gravedad de los pacientes con demencia.

Algunos trabajos han constatado que la edad explica un porcentaje significativo de la varianza del test, no siendo así en el caso de la educación. Sin embargo, este mismo estudio reveló que un PC de 4 puntos mejora la sensibilidad (92%) y especificidad (84%) del test en pacientes analfabetos.

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Desde su introducción en 1975 por Folstein et al., el MMSE ha sido el test cognitivo más utilizado en el mundo, y ésta es probablemente su mayor ventaja, ya que se trata de un test breve y

estructurado estudiado en diferentes poblaciones y para diferentes funciones, como es el cribado de demencia en atención primaria y especializada, la determinación del grado de gravedad del trastorno, la evolución de los cambios de la enfermedad a lo largo del tiempo, y la respuesta al tratamiento.

El MMSE presenta, además, la ventaja de que evalúa más dominios cognitivos que otros test breves, con un total de 30 puntos. En concreto valora la orientación (10 puntos), la fijación (3), la concentración y el cálculo (5), la memoria (3), el lenguaje (8) y la praxis constructiva (1). Presenta como desventajas que no puede ser aplicado a analfabetos, una sensibilidad escasa en los estadios leves de demencia y la influencia del nivel cultural, que obliga a hacer correcciones. El tiempo de administración es variable, en torno a 10 minutos. El MMSE ha sido bien estudiado en nuestro medio por diferentes grupos, tanto en adaptaciones de la versión original de 30 puntos como en versiones con ligeras modificaciones.

La versión Normacoderm contempla la corrección por edad y nivel de estudios (tabla 3) y consta de cinco apartados:

1. Orientación. Con 10 preguntas, 5 de ellas hacen referencia a la orientación temporal y 5 a la espacial. Si el paciente falla, tras los 2 segundos de silencio que le concederemos para que rectifique formularemos la siguiente pregunta. Una vez concluidas las 10 preguntas, pasamos al siguiente bloque.

2. Fijación. Mide la memoria inmediata. Se le dice al paciente que vamos a decir tres palabras y que debe prestar atención porque luego tendrá que repetir las. Se le dicen en voz alta y a intervalos de 1 segundo. Sólo contabilizaremos las que repita en el primer intento (no importa el orden). Con posterioridad, si observamos que ha fallado al repetir las, las repetiremos tantas veces como sea necesario hasta conseguir que las aprenda y las repita correctamente. Finalizaremos este apartado pidiéndole que las recuerde, ya que luego se las volveremos a preguntar.

3. Cálculo y atención. Hay dos opciones: la opción A, restar a 100 de 7 en 7, y la opción B, deletrear la palabra «mundo» al revés. Elegiremos la opción en la que el paciente obtenga mejor puntuación.

4. Memoria. Se valora la memoria reciente. Se le pregunta por las tres palabras que se le dijeron antes.

5. Lenguaje y praxis. Este apartado consiste en identificar dos objetos, repetir una frase, y obedecer una secuencia de tres órdenes, leer y hacer una acción, escribir una frase y, por último, copiar un dibujo.

A la hora de realizar el test no debe interrumpirse, sobre todo en la secuencia fijación, cálculo y atención y memoria. Entre el 1 y el 2, y entre el 4 y el 5 podemos hacer una breve pausa si el paciente se cansa o está muy nervioso, intentando tranquilizarlo y comentándole que no se trata de ningún examen. Para la aplicación de la corrección por años de escolaridad, debemos aclarar que el test se refiere a los años en que finalizó los estudios, no a los años que fue al colegio.

Tabla 3. MMSE versión Normacoderm. Plantilla utilizada-anverso

Nombre y apellidos:																			
Fecha de nacimiento:						Estudios:													
¿A qué edad finalizó los estudios?						Sabe leer: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>													
Profesión:						Sabe escribir: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>													
1. Orientación temporal				2. Fijación				5. Lenguaje											
¿En qué año estamos?				Nombrar tres objetos a intervalos de 1 segundo				Señalando el lápiz ¿Qué es esto?											
¿Qué día del mes es hoy?								Incorrecta		0	Correcta		1						
¿En qué mes del año estamos?				Bicicleta, manzana, cuchara				Señalando el reloj ¿Qué es esto?											
Respuesta			Real			Ahora dígalos usted				Incorrecta		0	Correcta		1				
Día	Mes	Año		Día	Mes	Año				Incorrecta		Correcta							
0	0	0	0	0	0	0	0	Bicicleta		0	1		Quiero que repita lo siguiente:						
1	1	1	1	1	1	1	1	Cuchara		0	1		«ni sí, ni no, ni peros»						
2	2	2	2	2	2	2	2	Manzana		0	1								
3	3	3	3	3	3	3	3			0	1	2	3	Haga lo que le voy a decir:					
4	4	4	4	4	4	4	4	Repetir los nombres hasta que los aprenda				Incorrecta		Correcta					
5	5	5	5	5	5	5	5					0		1					
6	6	6	6	6	6	6	6					0		1					
7	7	7	7	7	7	7	7	3. Atención y cálculo				Coja este papel con la mano derecha							
8	8	8	8	8	8	8	8	Le voy a pedir que reste desde 100 de 7 en 7				Dóblelo por la mitad		0		1			
9	9	9	9	9	9	9	9					Ahora déjelo en el suelo		0		1			
¿Qué día de la semana es hoy?				Respuesta		Real		Incorrecta		Correcta		Ahora déjelo en el suelo							
Respuesta						93		0		1									
L	M	X	J	V	S	D				86		0		1					
Real						79		0		1		Haga lo que dice aquí:							
L	M	X	J	V	S	D				72		0		1		(mostrar el reverso de esta hoja)			
¿En qué estación del año estamos?						65		0		1		«Cierre los ojos»							
Respuesta			Real			0		1	2	3	4	5	0		1				
Primavera			Primavera			Deletree al revés la palabra MUNDO						Escriba una frase que tenga sentido (detrás de esta hoja)							
Verano			Verano																
Otoño			Otoño			Respuesta		Real		Incorrecta		Correcta							
Invierno			Invierno					0		0		1		Copie este dibujo (detrás de esta hoja)					
			0			1	2	3	4	5			0		1				
Orientación espacial						N		0		1									
¿En qué país estamos?						U		0		1		Puntuación total							
Incorrecta		0		Correcta		1		M		0		1		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9					
¿En qué provincia estamos?						0		1	2	3	4	5							
Incorrecta		0		Correcta		1		4. Memoria						Puntuación máxima (30)					
¿En qué ciudad estamos?				Dígame el nombre de los tres objetos que le nombré antes								Edad							
Incorrecta		0		Correcta		1						≤50 51-75 >75							
¿Dónde estamos ahora?								Incorrecta		Correcta		Escolarización							
Incorrecta		0		Correcta		1		Bicicleta		0		1		≤8 0 +1 +2					
¿En qué piso/planta estamos?				Cuchara				0		1		9-17 -1 0 +1							
Incorrecta		0		Correcta		1		Manzana		0		1		>17 -2 -1 0					
0		1		2		3		4		5		0		1		2		3	

Caso clínico

Paciente viudo de 75 años que acude a retirar su medicación habitual a la farmacia acompañado por la cuidadora, quien refiere que ha observado en el paciente pérdida de memoria en los últimos meses. Dicha pérdida no guarda relación con ningún acontecimiento o cambio importante en la vida del paciente, y está asociada a aspectos cotidianos y relacionados con la memoria a corto plazo: se le olvidan detalles, se queda a medias en un razonamiento, a veces no recuerda el nombre de personas conocidas, y se distrae fácilmente.

Intervención farmacéutica

En este caso se pidió el consentimiento informado al paciente para la realización de la entrevista personal y la aplicación de los test de cribado (Pfeiffer y MMSE versión Normacoderm de Blesa) tras registrar las variables de estudio (varón, 75 años, IMC de 23,5 kg/m²). El paciente dejó los estudios a los 16 años. Durante sus años de actividad laboral, estuvo al frente de una pequeña empresa con cinco trabajadores. Camina poco (15 minutos/día), le gusta leer el periódico cada día, aunque últimamente no lo hace de forma tan habitual. Los viernes juega una partida de dominó en el centro de jubilados. Duerme unas 8 horas por la noche, y hace media hora de siesta diaria. Es exfumador, y le gusta beber un vaso de vino en las comidas.

Tratamiento farmacológico

- Atorvastatina 10 mg (0-0-1) desde hace 3 años.
- Enalapril 20 mg (1-0-0) desde hace 3 años.
- Cimetidina 400 mg (1-0-1) desde hace 3 mes.

Como enfermedades crónicas, padece hipercolesterolemia e hipertensión arterial.

Resultado de los test

Puntuación test de Pfeiffer: 2 errores.

MMSE: 25 aciertos tras corrección por edad y nivel de estudios.

La puntuación obtenida no es compatible, inicialmente, con posible caso de deterioro cognitivo, aunque el paciente se encuentra en el límite.

Por ello le proponemos el programa de entrenamiento cognitivo e incidimos en aumentar el ejercicio físico (15 minutos por la mañana y 15 por la tarde). También le aconsejamos disminuir las horas de sueño diario a un máximo de 8 horas (suma de noche y día), y realizar todos los días media hora de entrenamiento cognitivo con cuadernillos específicos. Le proponemos visitas estructuradas y pactadas cada mes.

A su vez, hacemos una intervención farmacéutica con derivación al médico de atención primaria, explicándole la situación por si considera necesario la realización de una analítica (B₁₂, folatos y TSH) o una intervención complementaria, y proponiendo el cambio de cimetidina por otro antisecretor gástrico que tenga menos efectos anticolinérgicos.

El médico de atención primaria respondió positivamente a nuestras recomendaciones, pautó una analítica completa (con buen resultado general) y dejó a nuestro criterio la elección de otro antisecretor gástrico. Se decidió recomendar Bioanacid[®], por ser un producto natural que mantiene la homeostasia del organismo.

Cada mes, citamos al paciente para la revisión de los cuadernillos, el cumplimiento de ejercicio físico, la higiene del sueño y el control de la hipertensión y dislipemia. Además, le animamos a aumentar el número de partidas de dominó con los amigos, así como a esforzarse por continuar leyendo el periódico a diario. Con los meses de seguimiento, hemos conseguido crear una empatía con el paciente, de manera que cada vez se encuentra más motivado para la realización de las tareas pactadas.

Valoración al año de seguimiento

Test de Pfeiffer: 0 errores.

MMSE : 28 aciertos tras corrección por edad y nivel de estudios.

El paciente está contento, pero no quiere acabar con el programa de seguimiento, por lo que nos ha pedido que le facilitemos la compra de los cuadernillos para continuar con el entrenamiento y las visitas mensuales.

El MMSE es, probablemente, el test de cribado cognitivo más utilizado en atención primaria, y aunque, como ya hemos comentado, presenta algunos inconvenientes, éstos pueden ser minimizados con la utilización previa del test de Pfeiffer y con el empleo del

MMSE versión Normacoderm, que contempla la corrección por edad y nivel de estudios (figura 1).

Test de las fotos (Fototest)

Consta de tres partes: denominación de seis objetos, una prueba sencilla de

fluencia verbal (nombres propios de hombres y mujeres), y por último el recuerdo de los seis objetos iniciales, tanto libre como facilitado con clave semántica. Se trata de un test útil para la detección de deterioro cognitivo y demencia, con una sensibilidad y una es-

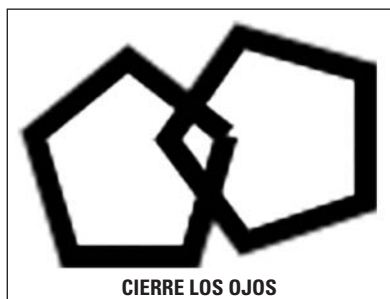


Figura 1. MMSE. Versión Normacoderm. Plantilla utilizada-reverso

pecificidad del 88 y el 90%, respectivamente, para un punto de corte de 25/26. Sus principales ventajas son la facilidad de uso, su brevedad (alrededor de 3 minutos) y el hecho de que no esté influenciado por el nivel educativo, pudiéndose utilizar en analfabetos. En la página web fototest (<http://www.fototest.es>) puede accederse a la lámina y formulario correspondientes.

Formación del farmacéutico

Para participar en el cribado y detección de estos pacientes, los farmacéuticos deben formarse en conocimientos básicos sobre deterioro cognitivo y en el manejo de las distintas herramientas de cribado.

Actuación del farmacéutico tras la cita 1

Todo paciente con unos resultados en cualquiera de los dos tests que sean compatibles con deterioro cognitivo debe ser considerado como «posible caso», y ser invitado a participar, con su consentimiento, en la fase de educación sanitaria, a la vez que ha de ofrecérsele la posibilidad de ser evaluado por un especialista. Con este propósito es importante haber realizado un contacto previo con los servicios hospitalarios de neurología de la zona para la remisión de los casos detectados. Si el paciente no quiere ser evaluado por atención especializada, o no hemos podido contactar con este servicio, debe derivarse el caso a atención primaria.

Los pacientes con resultados no compatibles con DC, pero cuya puntuación en el test de Pfeiffer sea ≥ 1 y



en el MMSE ≤ 27 , serán controlados, a criterio del farmacéutico, cada 6 o 12 meses.

El programa de educación sanitaria para los posibles casos tiene que incidir en tres aspectos relacionados con los estilos de vida: el ejercicio físico, la higiene del sueño y el entrenamiento cognitivo. En este último aspecto, puede utilizarse, para favorecer la actividad intelectual, una colección de cuadernos (los hay de la editorial SM y de la fundación Rubio) que han sido diseñados específicamente para el entrenamiento cognitivo de personas mayores. Estos cuadernos trabajan diferentes áreas, como memoria, orientación, lenguaje, praxis, capacidades ejecutivas o capacidad visuoespacial. Además, se fomenta la práctica libre de la lectura, pasatiempos y cálculo.

Control de la adherencia al programa de educación sanitaria

En cada cita, debemos interesarnos por la adherencia del paciente al programa. Le preguntaremos si le está resultando fácil seguirlo, y trataremos de animarlo si no es así. El control de la adherencia al programa debe realizarse mensualmente, desde la cita 2 hasta la cita 13. Se comprueba, utilizando una «agenda de actividades», la adherencia del paciente al programa, y se

anota en una «hoja de control de adherencia» el seguimiento que hace el paciente del programa, mes a mes. En esta hoja también podemos reflejar la realización de otras actividades (pasatiempos, lectura y cálculo...).

La agenda de actividades tiene una doble finalidad: por una parte comprobar la adherencia del participante al programa, y por otra estimularlo cognitivamente, ya que debe recordar y anotar cada día las horas totales de sueño (día + noche), el tiempo diario de ejercicio, la realización diaria de los cuadernillos, y otras actividades como lectura, pasatiempos y cálculo.

La atención sanitaria es constante, ya que el paciente es citado cada mes. En estas visitas de control debe insistirse en mejorar la higiene del sueño, las horas de ejercicio físico y el cumplimiento del entrenamiento cognitivo.

Valoración final de la función cognitiva

Un año después de haberse iniciado el programa, se realiza una valoración general de la función cognitiva con los dos test utilizados al principio (SPMSQ y MMSE). La puntuación obtenida por el paciente (mejor, igual o peor que la inicial) nos dará una idea de su evolución.

Sin embargo, el hecho de finalizar el programa de entrenamiento cognitivo

no debe suponer el abandono de esta actividad estimulante de la cognición, pues su objetivo es conseguir un cambio en el estilo de vida de nuestros pacientes de mayor edad, con una mayor participación, tanto social como individual, en tareas cognitivamente saludables. ●

Bibliografía

Bermejo-Pareja F. Reflexiones sobre el cribado (screening) de enfermedades neurológicas. *Neurología*. 2003; 18(2): 29-38.

Bermejo F, Morales JM, Valerga C, Del Ser T, Artolazabal J, Gabriel R. Comparación entre dos versiones españolas abreviadas de evaluación del estado mental en el diagnóstico de demencia. Datos de un estudio de ancianos residentes en la comunidad. *Med Clin*. 1999; 22: 112-330.

Blesa R, Pujol M, Aguilar M, Santacruz P, Bertrán-Serra I, Hernández G, Sol JM, Peña-Casanova J; NORMACODEM Group. Normalisation of Cognitive and Functional Instruments for Dementia. Clinical validity of the "mini-mental state" for spanish communities. *Neuropsychologia*. 2001; 39(11): 1.150-1.157.

Carnero-Pardo C, Montoro-Ríos M. El test de las fotos. *Rev Neurol*. 2004; 39(9): 801-806.

Carnero-Pardo C, Sáez-Zea C, Montiel-Navarro L, Del Sazo P, Feria-Vilar I, Pérez-Navarro MJ, et al. Utilidad diagnóstica del test de las fotos (Fototest) en el deterioro cognitivo y demencia. *Neurología*. 2007; 22(10): 860-869.

Contador I, Fernández-Calvo B, Ramos F, Tapias-Merino E, Bermejo-Pareja F. El cribado de demencia en atención primaria. Revisión crítica. *Rev Neurol*. 2010; 51(11): 677-686.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatries*. 1975; 12: 189-198.

García FJ, Rodríguez J, Jiménez G, Antón M, Altimir S, Luengo C, et al. Evaluación neuropsicológica en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002; 37(S4): 20-25.

Lobo A, Saz P, Marcos G, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin (Barc)*. 1999; 112(20): 767-774.

López Pérez-Díaz A, Calero MD, Navarro-González E. Predicción del deterioro cognitivo en ancianos mediante el análisis del

rendimiento en fluidez verbal y atención sostenida. *Rev Neurol*. 2013; 56 (1): 1-7.

Manubens JM, Martínez-Lage P, Martínez-Lage JM, Larumbe R, Muruzábal J, Martínez-González MA, et al. Variación de las puntuaciones en el Mini-Mental State con la edad y el nivel educativo. Datos normalizados en la población mayor de 70 años de Pamplona. *Neurología*. 1998; 13: 111-119.

Martínez de la Iglesia J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)*. 2001; 117(4): 129-134.

Molinuelo JL. Deterioro cognitivo leve. Barcelona: Editorial Glosa, 2007; 164.

Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1975; 23(10): 433-441.

Román-Lapuente F, Sánchez-Navarro J. Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de Psicología*. 1998; 14(1): 27-43.

Tombaugh TN, McIntyre NJ. The Mini Mental State Examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc*. 1992; 40: 992-935.



¡Acceda a
www.aulamayo.com
para seguir el curso!

