



Alzheimer versus Demencia con Cuerpos de Lewy, ¿por qué no Demencia Frontotemporal? Deliberaciones sobre un caso

Inês Esteves¹, Ana Vieira¹, José Caamaño², Romina Mouriz², Laura García²,
Raquel Fernández², Carlos Dosil², David Facal³

Resumen

Las demencias suponen uno de los principales problemas sociosanitarios en la península ibérica derivado, no sólo de las dificultades de diagnóstico diferencial que conllevan y de las implicaciones en cuanto al abordaje terapéutico, sino también del coste socioeconómico que supone.

Entre los principales tipos de demencia figuran la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal con sus variantes, que muestran prevalencias diferentes según las series estudiadas. Todas ellas se caracterizan por el déficit progresivo de las funciones cognitivas, trastornos psicológicos y de conducta con gran repercusión en la función y en la socialización a medida que progresa el deterioro orgánico. Sin embargo existen matices en cuanto a la forma de inicio y los síntomas evolutivos, reflejado todo ello en criterios diagnósticos consensuados que se consideran de gran relevancia por lo que se refiere a la optimización de las opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas, así como a la selección de recursos de atención.

En este contexto, presentamos el caso de una mujer de 75 años con un cuadro cognitivo y conductual compatible con un diagnóstico de demencia, institucionalizada en un centro gerontológico y que plantea las diferentes hipótesis nosológicas empleando un análisis semiológico, los protocolos diagnósticos iniciales y de continuación, así como las principales opciones terapéuticas desde una perspectiva de intervención transversal que han contribuido a la deliberación sobre el caso.

Palabras clave: Demencia – Cuerpos de Lewy – Alzheimer – Frontotemporal .

ISSUE Nº1
DICIEMBRE
2017

Recibido:
14/06/2017

Aceptado:
28/08/2017

Abstract

Dementia represents one of the main problems in the public health sphere in the Iberian Peninsula, this is caused not only by the difficulties concerning differential diagnosis that implies and the implications in the way of approaching therapy, if not the cost that this represents to the public health system.

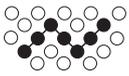
Between the main types of dementia are listed Alzheimer's disease, Vascular dementia, Dementia with Lewy bodies and Frontotemporal Dementia with

all its versions, which show different prevalence depending on the studied series. All of them are characterized for the progressive deficit of the cognitive functions, psychological and behavior disorders with great repercussion in the function and socialization as the organic syndrome progresses. However, there are aspects regarding the starting and the evolutive symptoms, all reflected in diagnosis criteria which are considered of great relevance in the matter of optimizing the pharmacological and non pharmacological therapeutic options as well as the selection of attention resources

(1) Médica Interna Residente Medicina de Familia. Unidade de Saúde Familiar Manuel Rocha Peixoto. Braga. Portugal.

(2) Equipo Transdisciplinar. Centro Terapéutico Xerontolóxico A Veiga. Lánca. Lugo.

(3) Dr. Psicología. Departamento de Psicología Evolutiva y del Desarrollo. Universidad de Santiago de Compostela.



Alzheimer versus Demencia con Cuerpos de Lewy, ¿por qué no Demencia Frontotemporal? Deliberaciones sobre un caso

In this context, we present the case of a 75 year old woman with symptoms that can be diagnosed as dementia, institutionalized in a gerontological institution, it considers the different nosological hypothesis analysing the different symptoms and therapeutical options.

Key words Dementia – Lewy Body – Alzheimer – Frontotemporal

Introducción

El concepto demencia designa un grupo de patologías caracterizadas por un deterioro significativo que afecta a uno o más dominios cognitivos (atención, función ejecutiva, lenguaje, memoria, capacidades perceptivas y psicomotriz, o la cognición social), y que presenta dispares trastornos psicológicos y de conducta, con gran repercusión en la función en comparación con el nivel anterior del individuo. Es considerado como un síndrome complejo asociado a varias etiologías.

Con una población que envejece, este problema adquiere cada vez más relevancia, dada la alta prevalencia de la enfermedad. Las estimaciones del año 2010 sugerían que la población mundial con demencia superaba los 36 millones de personas, con una previsión al año 2020 de hasta 66 millones de personas. La realidad es que en el año 2015 a nivel mundial la patología demencia está presente en aproximadamente 47 millones de personas, es decir, la población de España (World Alzheimer Report, 2015, World Alzheimer Report, 2016). En Europa Occidental existían en el año 2010, 9.95 millones de personas afectadas por demencia, con una proyección al año 2050 de 18.65 millones, con una prevalencia de 7.1 %. Países como Francia e Italia contaban con más de 1.1 millones de personas diagnosticadas, mientras que es España se estima que son entre 600.000 y 800.000 los afectados (Reynish et al, 2012).

La cuatro subtipos más comunes en orden de frecuencia son la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la demencia con cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal. Sin embargo se debe ser prudente a la hora de hacer estimaciones sobre la proporción de la prevalencia de cada uno de los tipos pues se basan en diagnósticos de probabilidad clínica que siguen criterios consensuados pero que dependen del momento del diagnóstico y de la evolución individual de la sintomatología. Con las tecnologías de las que disponemos en este momento, los estudios

neuropatológicos indican que las formas “mixtas” son más comunes que las formas “puras”, particularmente en los casos de enfermedad de Alzheimer con patología vascular y enfermedad de Alzheimer con presencia de cuerpos de Lewy difusos (Neuropathology Group of the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study, 2001).

En una serie de casos con diagnóstico de demencia de más de 1.000 autopsias, un 86% de la muestra tenían una patología relacionada con la enfermedad de Alzheimer, pero sólo un 43% cumplían criterios de enfermedad de Alzheimer pura, mientras el 26% tenían una mezcla de demencia tipo Alzheimer y patología cardiovascular, y 10% presentaban la enfermedad de Alzheimer con cuerpos de Lewy a nivel cortical. Además, la demencia frontotemporal tendía a ser mal diagnosticada en vida de los sujetos como enfermedad de Alzheimer (Jellinger, 2006). Un estudio comunitario observó la relativa frecuencia de distintas formas de demencia con los siguientes resultados: enfermedad de Alzheimer (41%), demencia vascular (32%), demencia en la enfermedad de Parkinson (3%), demencia frontotemporal (3%), y demencia con cuerpos de Lewy (8%) (Stevens et al., 2002). El meta análisis EURODEM sobre estudios de los años 90 facilitó las proporciones específicas a la edad y al sexo en la enfermedad de Alzheimer y demencia vascular. El estudio mostró que la proporción de Alzheimer entre las mujeres se mantuvo constante en alrededor de un 70%, mientras que entre los hombres aumentó progresivamente de 38% (entre 65-69 años) a 80% (mayores de 90 años) (Lobo et al., 2000). Por otra parte, algunos estudios indican que la demencia frontotemporal podría ser un subtipo frecuente de inicio de la demencia en la enfermedad de Parkinson, especialmente en hombres, entre quienes sería el subtipo más común hasta los 55 años (McGonigal et al., 1993).

El abordaje integral de las demencias incluye el diagnóstico de inicio, la diferenciación entre los subtipos de enfermedad y la optimización terapéutica tempranos. Esto no siempre resulta sencillo pues, aunque existen criterios consensuados, la realidad clínica muestra la gran heterogeneidad sintomatológica y, sobre todo, la evolución dispar y altamente individual. En este contexto, la existencia de un consenso sobre los criterios diagnósticos de las demencias cobra especial relevancia. Así, el “National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA)” o la “American Psychiatric Association” plantean la conveniencia



Esteves, Vieira, Caamaño, Mouriz, García, Fernández, Dosil, Facal

de, para lograr diagnósticos de consenso, se empleen criterios consensuados a nivel internacional. De esta forma, los criterios señalados hacen hincapié en la forma de inicio, las manifestaciones evolutivas y las peculiaridades de cada uno de los principales tipos de demencia.

Los distintos tipos de demencia presentan síntomas comunes de incidencia variable en tiempo y severidad que incluyen los déficits cognitivos y las manifestaciones neuropsiquiátricas con diferencias sutiles según el tipo de enfermedad, además de la evolución funcional y sus repercusiones sociales. Por lo tanto, para un diagnóstico diferencial de las demencias, el uso de criterios diagnósticos contrastados es esencial pues se apoyan en la observación clínica y en la realización de un protocolo de despistaje que emplea métodos clínico-biológicos y herramientas de evaluación cognitiva, neuroconductual, funcional y social.

Son múltiples las posibilidades testológicas con el fin de conocer en profundidad los síntomas cardinales y proceder a un diagnóstico probabilístico acertado. En nuestro entorno, el Grupo de Avaluación Cognitiva y Neuropsicológica (GACN), de la Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría (SGXX), en su “Documento técnico de consenso de la SGXX sobre herramientas de evaluación cognitiva y neuropsicológica en centros gerontológicos”, reflexiona sobre la necesidad de “establecer un protocolo de evaluación básico que: a) permita una aproximación de lo general a lo particular, que se estima fundamental en el contexto de la valoración geriátrica y gerontológica; b) que sirva para maximizar la efectividad y eficiencia de la valoración cognitiva, teniendo en cuenta la sensibilidad, adecuación a la persona mayor y encaje en el funcionamiento de los centros; c) cuyo proceso de validación permita garantías en la aplicación de los tests, aún cuando carezcamos de baremos específicos para la población gallega”. Como aspectos relevantes en la propuesta se consideran, la inclusión de familiares y cuidadores en el proceso de valoración, el empleo de instrumentos baremados y validados, la selección de tests de evaluación cognitiva adecuados considerando la sensibilidad al cambio de los instrumentos y la reserva cognitiva de los pacientes, la inclusión de la evaluación de los trastornos conductuales y psicológicos (Facal et al., 2015).

El abordaje terapéutico de las demencias incluye estrategias farmacológicas y no farmacológicas. En el primer caso, existen fármacos específicos para el tratamiento sintomatológico de las demencias a través de inhibidores de la acetilcolinesterasa (Mattews et al

2000, Burt T. 2000, Feldman et al. 2001,) y el agonista del receptor de glutamato NMDA, Memantina, (Tariot et al. 2004. Reisberg et al. 2003) con resultados modestos en cuanto al objetivo de remisión de los síntomas cognitivos, no así en cuanto a potencial retraso en la evolución de la enfermedad y en la incidencia de síntomas psicológicos y conductuales (Mega et al. 1999, Cummings et al 2000, Caamaño 2003). Para el tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos, también llamados síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD), complejo, se requiere de otros tipos de fármacos diferentes a los anteriores, de modo que se emplea una amplia gama de grupos terapéuticos que incluyen antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos de diferente naturaleza (Bourin & Vercelleto 1999. Teri et al ., 2000. Veiga Fernández et al., 2000. Street et al., 2001).

Variadas son las propuestas de intervención no farmacológica empleando diferentes estrategias que combinan programas individuales y grupales orientados al paciente, que incluyen sistemas de potenciación mnésica, orientación a la realidad, terapia del lenguaje, animación estimulativa, o rehabilitación de actividades de la vida diaria, además de los programas dirigidos a la familia o cuidadores principales que buscan ampliar el conocimiento sobre la enfermedad y la resolución de problemas concretos y el control de emociones (Balo & González-Abraldes, 2010). Además, se precisará un continuum en la toma de decisiones que incluirán también aspectos sociales, éticos y legales que van desde la capacidad de toma de decisiones en los momentos iniciales de la enfermedad, o cómo, en dónde y por quién quieren ser cuidados cuando la evolución de la enfermedad así lo exija, de modo que pueden dar lugar a que las personas afectadas hayan de precisar el uso de recursos comunitarios e institucionales para garantizar niveles de atención de calidad (Caamaño et al., 2007. Caamaño et al., 2017).

Caso

Mujer de 75 años. Diestra. Natural de área rural de la provincia de Lugo (Galicia). Emigrante en Suiza duante 4 años. Escolaridad: estudios elementales. Profesión: hostelería. Casada, 1 hijo varón.

Situación clínica al ingreso: institucionalizada en relación con un cuadro de demencia de más de 5 años de evolución, con componente cognitivo y conductual. La familia refiere inicio caracterizado por olvidos, amnesia para hechos recientes y trastorno de la marcha. La progresión de la enfermedad incluyó



Alzheimer versus Demencia con Cuerpos de Lewy, ¿por qué no Demencia Frontotemporal? Deliberaciones sobre un caso

pseudopercepciones auditivas, ideación delirante, conducta hostil, agitación y actividad desorganizada, además de afasia y disartria crecientes. Dificil control sintomático domiciliario a pesar del tratamiento psicofarmacológico, por su rechazo a la toma.

Aportan informes clínicos de los años 2015, con un diagnóstico de enfermedad de Alzheimer en estadio moderado y en tratamiento con Donepezilo y 2016 con un diagnóstico de Demencia degenerativa – posible enfermedad con cuerpos de Lewy diseminados – además de diferentes pautas terapéuticas (tabla 1).

Metodología

Una vez institucionalizada se procedió al registro de la información y el estudio de los informes clínicos y sociales aportados por la familia de la residente. Seguidamente se puso en práctica el protocolo habitual del centro en cuanto a valoraciones del equipo transdisciplinar, médicas y de enfermería, psicológicas, de terapia ocupacional y de fisioterapia, además de social.

El examen clínico de inicio se complementó con las siguientes herramientas: Mini-Examen Cognitivo (MEC), Severe Mini-Mental State Examination (SMMSE), Escala de Cornell para depresión en demencias (ECDD), Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-NH), Inventario de Agitación de Cohen-Mansfield (CMAI), Escala de medición de la apatía en pacientes con demencia tipo Alzheimer institucionalizados (APADEM-NH), Índice de Barthel para valoración de las actividades de la vida diaria, Escala de Tinetti para valoración de la marcha y el equilibrio, Timed Up and Go test y la Clinical Dementia Rating (CDR) (Arriola et al., 2001).

En la valoración posterior, el estudio se implementó utilizando el Memory Impairment Screen (MIS) (Buschke et al., 1999. Dechent et al., 2013) y el Inventario de Síntomas Prefrontales Abreviado (ISP20) (Ruiz-Sánchez et al., 2015), con la intención de objetivar memoria inmediata y atención, además de sintomatología prefrontal.

Resultados

Valoración clínica al ingreso en la institución: institucionalizada desde el mes de diciembre de 2016 con un diagnóstico de demencia y en relación a dificultades de soporte domiciliario condicionadas por los síntomas cognitivos, conductuales y funcionales de

la enfermedad.

Antecedentes Personales:

Demencia. Distimia. Artrosis de pequeñas articulaciones. HTA. Colecistectomía. Insuficiencia Vasculosa Periférica que motivó flebotomía. Cirugía ocular en relación a estrabismo.

- Examen Físico: Consciente. Orientada en persona. Desorientada en tiempo y espacio. Síndrome amnésico-afaso-apraxo-agnóstico. Discurso no coherente y defectual. Disartria y afasia. En el examen clínico se objetivó hiperreflexia osteotendinosa en miembros superiores e inferiores, temblor de miembros superiores, dificultades moderadas en la coordinación y marcha lenta con anteropulsión.

- Análisis hemático: protocolo de despistaje de demencias con parámetros dentro de la normalidad.

- Pruebas de neuroimagen: RMN Craneal, Mayo - 2014: "Importante atrofia cortico-subcortical y cerebelosa senil que se acompaña de escasas hiperseñales periventriculares, compatibles con leucoaraiosis grado 1. Atrofia de hipocampo. Dilatación de espacios de Virchow-Robin a nivel subcortical, en espacios perforados, así como perimesencefálicos, hallazgo no necesario patológico en este grupo de edad. No se identifican otras alteraciones significativas."

Los resultados de las subsiguientes evaluaciones cognitivas, psico-conductual y funcional se presentan en la tabla 2.

La evaluación ha mostrado resultados objetivos y observacionales y lo cierto es que la adaptación de la residente a la institución ha seguido un curso oscilante, principalmente en lo que concierne al plano psicológico y su conducta asociada, motivo por el cual el seguimiento del caso se planteó muy estructurado en lo formal.

Valoración clínica tras 4 meses de institucionalización:

Situación Actual: Dificultades de adaptación a la vida del centro con conductas erráticas y negativismo, agitación secundaria, heteroagnosia, conductas sexuales propositivas, tristeza y llanto, además de verbalización autolítica ocasional.

Examinada por la unidad de Psicogeriatría del Servicio Galego de Saúde en relación a los síntomas conductuales y psicológicos, se ajusta el tratamiento, reduciendo

Esteves, Vieira, Caamaño, Mouriz, García, Fernández, Dosil, Facal

Duloxetine a 30 mgs/24 horas, e incrementando Quetiapina a 75 mgs/24 horas.

- **Examen Físico:** Consciente. Orientada en persona. Desorientada en tiempo y espacio. Síndrome amnésico-afaso-apraxo-agnóstico. Discurso disartrico y afásico, dislexia, no coherente y defectual. En el examen clínico se objetivó hiperreflexia osteotendinosa, temblor de miembros superiores, dificultades moderadas en la coordinación y marcha lenta con anteropulsión y lateralización izquierda.

Los resultados de la segunda evaluación del equipo transdisciplinar se muestran en la tabla 2.

Dadas las dificultades para una valoración ágil, se procedió a emplear del MIS con la intención de verificar en un breve espacio de tiempo las dificultades de memoria inmediata a la vez que la atención y la fluencia verbal en una tarea muy breve pues la paciente se mostraba escasamente colaboradora. El resultado fue de 0 en recuerdo libre y 0 en recuerdo facilitado, debido a la distorsión atencional de la paciente.

Simultáneamente se empleó el Inventario de Síntomas Prefrontales Abreviado (ISP20), recogiendo la información, por observación, el médico del centro para consensuar con las opiniones del equipo técnico sobre el caso. Los resultados mostraron que de los 20 ítems que evalúa la herramienta, 11 fueron valorados como que ocurrían siempre o casi siempre (referidos a aspectos como falta de iniciativa, ausencia de capacidad de planificación y de toma de decisiones, déficit de concentración y de memoria, entre otras).

La ECDD mostró un resultado significativo fundamentalmente en todo lo relacionado con el humor y el ánimo, pero también en los ítems relativos a trastornos de conducta e ideacionales. Por lo que al NPI-NH respecta, las mayores puntuaciones se dieron en síntomas como disforia, ansiedad, agitación, apatía, desinhibición y conducta motora sin finalidad. La agitación general se expresó en crisis, sin embargo ítems del CMAI como la deambulación, la actividad inadecuada, y el negativismo se mostraron prevalentes.

Desde el constructo APADEM-NH (cuyos ítems evalúan déficit de pensamiento y de conductas autogeneradas, aplanamiento emocional-afectivo e inercia cognitiva), hemos determinado que uno de los síntomas de mayor reflejo en las emociones y la función de la paciente es la apatía.

Dos síntomas nos han parecido especialmente relevantes en el caso, la conducta propositiva sexual por desinhibición y su relación con la agnosia o la

prosopagnosia, y la ideación autolítica verbalizada con reiteración.

La evolución al mes de producirse el ajuste terapéutico farmacológico se valoró en reunión de equipo transdisciplinar considerándose tórpida, y una vez escuchadas las opiniones del familiar responsable se acuerda un reajuste progresivo del tratamiento entre los meses 2 a 5 del ingreso en el centro reduciendo Quetiapina a 25 mgs cada 12 horas e incrementando Duloxetine a 60 mgs cada 24 horas, con el objetivo de optimizar aquellas áreas susceptibles de mejora, entre ellas la adaptación al entorno, las relaciones interpersonales y la participación en las actividades propuestas por el equipo técnico. La impresión actual es que se ha logrado la reducción parcial de la sintomatología defectual y conductual, principalmente la actividad disruptiva y la agitación, asociadas a la mejoría emocional.

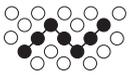
Discusión

En las demencias han de dilucidarse varios aspectos clave. En primer lugar lo relativo a diagnóstico y diagnóstico diferencial, en segundo lugar la evolución de la enfermedad en cuanto al deterioro cognitivo, las manifestaciones psico-conductuales y el déficit funcional, en tercer lugar, las opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas y, en cuarto lugar, la adaptación de los recursos a las necesidades de la paciente y la familia.

Observando detenidamente el caso, los diagnósticos previos no concordantes y el seguimiento de la evolución de los cuatro últimos meses de cerca por el hecho de estar institucionalizada, nos planteamos si en realidad el diagnóstico podría ser o no correcto (aplicando criterios DSM-V) y, a partir de un debate prudente, intentar apuntalar las hipótesis diagnósticas.

No es el objetivo principal del equipo profesional de un centro gerontológico la realización de un diagnóstico etiológico, pues lo habitual es que eso ocurra en centros especializados empleando los procedimientos al uso. Sin embargo, si parece razonable la utilización de protocolos de evaluación y seguimiento recomendados en la literatura previo a la confección de un plan de intervención individualizado que optimice la asistencia en la institucionalización (Facal et al., 2015. Caamaño et al., 2007).

Así, creemos que las características evolutivas de la paciente en lo cognitivo, comportamental y funcional, podrían poner en duda el cumplimiento sensu estricto



Alzheimer versus Demencia con Cuerpos de Lewy, ¿por qué no Demencia Frontotemporal? Deliberaciones sobre un caso

de criterios para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer y demencia con cuerpos de Lewy. No parece descabellado, pues, pensar en un diagnóstico de demencia frontotemporal en cualquiera de sus formas argumentado por tres observaciones importantes, la primera, la presencia de trastornos conductuales significativos en presencia de un rendimiento mnésico relativamente conservado aunque limitado por el déficit de atención y los síntomas psicológicos; la segunda, las características evolutivas de su capacidad de expresión y lenguaje y, finalmente, el declive funcional.

Los dos tipos de demencia en los cuales el trastorno del lenguaje se considera como un síntoma temprano son la enfermedad de Alzheimer y la demencia frontotemporal, variante semántica. Sin embargo, en la primera el síntoma principal es la anomia, manteniendo un discurso fluido y con una gramática correcta, progresando hacia la reducción en la producción de palabras y las estereotipias verbales. En la segunda se produce un deterioro de memoria semántica con un lenguaje más o menos fluido que evoluciona hacia la pérdida de fluencia verbal, mostrándose un habla más forzada y entrecortada, vacilante y con parafasias (Snowden et al., 1996). Se objetiva un empobrecimiento general del conocimiento semántico con relativa preservación de la memoria autobiográfica (Snowden et al., 2002).

Son escasos los estudios que comparan las características semánticas de las demencias. En uno de ellos, que comparó pacientes con diagnósticos de enfermedad de Alzheimer y demencia semántica, los autores concluyeron que aunque ambos grupos presentaban un deterioro significativo de la información semántica, el grupo con diagnóstico de demencia semántica presentaba un mayor compromiso en las tareas que implican procesos de asociación semántica, afectándose no sólo la denominación y la categorización, sino también las relaciones entre los objetos reales (Rubinstein et al., 2014).

En el caso que presentamos, la evaluación cognitiva realizada, incluyó el MEC (Folstein et al., 1975), instrumento estructurado para la evaluación breve de funciones como orientación, memoria, concentración y cálculo, además de lenguaje y construcción. Permite discriminar síntomas incipientes de las demencias, aunque sin ser específico es de uso habitual en nuestro medio. Observamos un deterioro cognitivo que podría calificarse de moderado en la evaluación con el MEC, aunque más específicamente, los resultados

de los ítems de concentración y lenguaje mostraron peor rendimiento, lo que desde el punto de vista del déficit cognitivo podría apoyar nuestra hipótesis, entendiendo que las propias dificultades semánticas sesgarían presuntamente la evaluación rigurosa en cuanto al lenguaje.

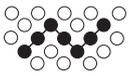
Para un diagnóstico diferencial más atinado tendríamos que disponer de resultados en las pruebas de neuroimagen más recientes además de proponer una valoración de mayor especificidad que incluya fluidez verbal, definición de categorías, denominación, reconocimiento y emparejamiento, empleando los instrumentos propuestos por diferentes autores (Rubinstein et al., 2014. Peraita 2006), sin embargo la escasa colaboración de la residente limitaría el logro del objetivo diferenciador aunque una vez estabilizada si parecería razonable una evaluación mas intensiva en cuanto a trastornos de lenguaje.

La presencia de SCPD en las diferentes demencias está suficientemente relatada en la literatura, tanto en lo referente a la descripción y tipificación como a la epidemiología de los mismos, siendo los más frecuentes la apatía, la depresión, la actividad inadecuada y la ansiedad (Reisberg et al., 1987. Gómez et al., 1995. Cummings & Kaufer, 1996. Caamaño, 2010. Moreno & De Avellanal, 2015).

En el caso motivo de este trabajo se ha reproducido la amplia gama de conductas y síntomas típicos de las demencias y, algunos, frecuentes en la demencia frontotemporal. Más concretamente estas observaciones apoyarían investigaciones que consideran que síntomas como la apatía y la depresión están asociados a un incremento de la prescripción de psicofármacos por períodos prolongados y a déficit funcional (Cerejeira et al., 2012. Benoit et al., 2008).

El empleo del ISP20, aunque metodológicamente poco ortodoxo, permitió una implementación de la información sobre el caso favoreciendo la discusión y su posible correlación con los resultados obtenidos en APADEM-NH (Agüera-Ortiz et al., 2011).

Las referencias a la conducta sexual y la ideación suicida en las demencias no son muy abundantes en la literatura científica. La conducta sexual en las personas mayores está condicionada por factores biológicos, y psicosociales. Entre los primeros, a la presencia de enfermedades cardiovasculares, neurológicas, metabólicas y psiquiátricas, se asocia el consumo de fármacos. Entre los segundos, influirán la historia



Esteves, Vieira, Caamaño, Mouriz, García, Fernández, Dosil, Facal

sexual previa, la disponibilidad de pareja sexual y la privacidad. Diferentes estudios muestran que el tipo de demencia con un cambio más significativo en la sexualidad se corresponde con las demencias que afectan al lóbulo frontal, como la demencia frontotemporal. Las conductas sexuales inapropiadas más habituales son de tipo verbal, fabulatorio, exhibicionismo, y actitudes desinhibidas en grado dispar. Se han observado diferencias en cuanto a modo de actividad sexual de manera que los pacientes con demencia tipo Alzheimer mostrarían conductas de mayor intimidad sexual mientras las demencias frontales se caracterizarían por la tendencia a una conducta desinhibida (Burns et al., 1990. De Medeiros et al., 2008. Hashmi et al., 2000).

Creemos que un factor que condicionaba la conducta sexual de la residente estaba en directa relación con el hecho de presentar un prosopagnosia de modo que a la falta de identificación de las facciones de su pareja se uniría la desinhibición propia de su estado por afectación frontotemporal. De todos modos no son descartables factores psicosociales como el miedo y la angustia que podría inducir conductas de aproximación protectora (Shapira & Cummings, 1989). Como es lógico, la presencia de conductas sexuales inapropiadas supone un factor de distorsión en una institución gerontológica que afectará a residentes, familiares y personal dándose situaciones de difícil manejo por lo sensible del tema y por las implicaciones éticas que conlleva. El abordaje de las conductas sexuales desinhibidas se realiza mediante tratamiento farmacológico con antidepresivos y antipsicóticos, además de programas de intervención no farmacológicos de perfil conductista en el residente, y geragógico en las familias y el personal del centro con el objetivo de adecuar las diferentes conductas al problema (Harris & Wier, 1998).

En las demencias, el estudio de ideación y praxis autolítica es complejo desde el punto de vista epidemiológico y desde el clínico. Sin embargo algunos autores apuntan toda una serie de factores de riesgo o predictores de suicidio en pacientes con demencia, que se resumen en sexo femenino, nivel educacional alto, profesión liberal, trastorno depresivo previo o asociado, demencia temprana, preservación del insight, diagnóstico reciente, historial de hospitalizaciones en unidades de psiquiatría y consumo de psicofármacos, siendo los métodos más empleados la intoxicación medicamentosa y las armas de fuego. Los mismos estudios consideran que la presencia de comorbilidad no incide en la frecuencia del suicidio y que la

institucionalización supondría un factor de protección (Purandare et al., 2009. Seyfred et al., 2011).

El déficit funcional se acrecentó, creemos, por las dificultades adaptativas de la residente y sus familia al entorno institucional, lo que no tiene un reflejo en el estadiaje de la enfermedad medido con la CDR. Este observación se apoya en el hecho de que en la valoración no estructurada se objetiva un juicio crítico parcialmente conservado motivo por el cual hemos adoptado una actitud terapéutica prudente.

Desde la perspectiva terapéutica, las opciones empleadas en la residente se han considerado adecuadas, dado que ha estado tratada con un IACE y Memantina, fármacos específicos para el control de los síntomas de las demencias. En términos farmacológicos, inhibidores de la acetilcolinesterasa y la memantina (agonista del receptor de glutamato NMDA) son el tratamiento de primera línea para los síntomas de demencia, pero tienen una eficacia más limitado en la demencia semántica, que no tiene una clara evidencia de disfunción del sistema (Tariot et al., 2004. Reisberg et al., 2003).

En el caso de los SCPD se observa el empleo de diferentes líneas terapéuticas, hecho habitual en casos similares dado que la conducta presenta manifestaciones evolutivamente heterogéneas durante el proceso. De esta forma, nuestro caso podría considerarse el paradigma de las actuaciones farmacológicas en pacientes con demencia condicionadas por factores objetivos como el deterioro cognitivo cuantificable y por factores menos objetivos como la interpretación de los SCPD, el relato de la familia sobre el curso evolutivo de la enfermedad, o la disponibilidad de recursos económicos, infraestructurales y de optimización de espacios que garanticen la adecuada atención del caso. En este sentido son varios los autores que apuntan una cierta falta de consenso en el aboraje farmacológico de los SCPD en cualquier tipo de demencia, de modo que la heterodoxia terapéutica, cuando no la anarquía, parece la norma (Ballard & Howard, 2006. Nygaard et al., 2004. Schneider et al., 2006). No cabe duda, pues, de que el tratamiento de estos pacientes debe centrarse principalmente en el control de los síntomas conductuales y psicológicos y la construcción de una red de apoyo médico, psicológico y social.

Desde el punto de vista no farmacológico, las estrategias de primera línea se consideran las intervenciones cognitivas de diferente naturaleza, estimulación sensorial, técnicas de control de comportamiento



Alzheimer versus Demencia con Cuerpos de Lewy, ¿por qué no Demencia Frontotemporal? Deliberaciones sobre un caso

adaptadas a las características de la persona, la potenciación de las actividades de la vida diaria y el ejercicio físico. Es importante ser consciente de los factores externos potencialmente perturbadores tales como sub o sobreestimulación, el ruido, dolor, u otros estímulos ambientales (Fernández-Calvo et al., 2010. Millán-Calentí et al., 2016).

En el caso de la paciente, cremos que la escasa participación (debido a su conducta apática) en las actividades de implementación cognitiva que se le presentaron incide de manera relevante en la evolución, condicionado por el bajo rendimiento en tareas verbales y en actividades que precisen atención, aparte, obviamente de la conducta abigarrada. Igualmente relevante es proporcionar al paciente y el cuidador (familiar o profesional) toda la información necesaria sobre las características de la enfermedad, fuentes de apoyo y estrategias para afrontar o prevenir cambios conductuales y psicológicos. El ambiente en el que vive el paciente, debe ser modificado con el fin de adaptar a sus necesidades. Esta realidad implica cambios en los que los distintos grupos de interés han de centrarse en la mejora de la calidad de vida de las personas con demencia.

La progresión del deterioro global y sus efectos en la estructura familiar condicionó la decisión del empleo de un recurso protésico como es un centro gerontológico tras aproximadamente 5 años de evolución, hecho derivado fundamentalmente de la presencia continuada de síntomas conductuales de severidad manifiesta y del progresivo deterioro funcional. En este sentido cabe señalar que los recursos de atención a las demencias plantean tres objetivos: retrasar la progresión de los síntomas cognitivos, controlar o estabilizar las manifestaciones neuropsiquiátricas y mantener las capacidades funcionales, esto puede lograrse en centros de perfil comunitario como las clínicas de memoria o los centros de estancia diurna en fases precoces de la enfermedad, sin embargo, cuando la enfermedad progresa y el soporte sociofamiliar decae, la seguridad en los correctos cuidados puede lograrse con medidas como la institucionalización. Es evidente que no siempre es sencilla una decisión como supone el ingreso de un ser querido en un centro gerontológico, ahí influyen factores como la estructura familiar, aspectos sociolegales, y por supuesto, el estado de la persona objeto de institucionalización. La participación de los diferentes grupos de interés contribuirá a la deliberación sobre esta situación (Maside et al., 2011. Caamaño et al., 2007).

Conclusiones

- Se objetivan dificultades para el diagnóstico clínico preciso empleando los criterios actuales para la diferenciación de las demencias, especialmente en el caso de la demencia frontotemporal.
- De ser cierta nuestra hipótesis, la demencia frontotemporal, podría ser un subgrupo infravalorado epidemiológicamente.
- El caso que presentamos abunda en la discusión del paradigma cognitivo de las demencias frente a las manifestaciones psicológicas y conductuales en el sentido en el cual decisiones fundamentales para el sujeto parecen estar condicionadas por la evolución conductual y funcional, más que por la disfunción cognitiva.
- El abordaje terapéutico de las demencias, especialmente en aquellos casos con un componente conductual predominante, sugiere la configuración de nuevos planes de atención individualizada de tipo transversal que incluyan fármacos y programas terapéuticos y de adaptación de espacios contando con la intervención de los diferentes grupos de interés.
- El empleo de recursos muy protésicos está en directa relación con la presencia de síntomas conductuales evolutivos, de difícil control, y con el desarrollo de estrategias de atención en las que el binomio paciente-familia constituyan el centro del modelo con el objetivo de minimizar todo tipo de disfunciones a la par que humanizar la atención.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estadístico De Transtornos Mentais. DSM-V. 2013.
2. Moreno Toledo, A. & del Avellanal Calzadilla. Confabulación y demencia: a propósito de dos casos únicos. Neurama:Revista electrónica de Psicogerontología. Volumen 2. Issue 2. Dic 2015. 15-23.
3. Aránzazu Balo García, Isabel González-Abraldes Iglesias. Intervención no farmacológica y con cuidadores. En: Gerontología y Geriátría. Autor: Millán Calentí. Ed. Médica Panamericana. ISBN: 978-84-9835-266-5. 2010. 303-319.
4. Arriola E., Yanguas FJ., Leturia FJ. La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. Cáritas Española Editores. 2001.
5. Ballard C, Howard R. 2006. Neuroleptic drugs in dementia: benefits and harm. Nat Rev Neurosci 7(6): 492-500.
6. Belén Maside Oliete, José Caamaño Ponte, Manuel Gandoy Crego. Atención a la enfermedad de Alzheimer: perspectiva bioética. AGATHOS. Atención Sociosanitaria y Bienestar. 2011. Año 11. n) 4. Diciembre 2011.
7. Bernardino Fernández-Calvo, Israel Contador, Adriana Serna,



Esteves, Vieira, Caamaño, Mouriz, García, Fernández, Dosil, Facal

- Virginia Menezes De Lucena y Francisco Ramos. Efecto del formato de intervención individual o grupal en la estimulación cognitiva de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, Vol. 15, N) 2, 115–123. 2010.
8. Bourin M & Vercelleto M. Treatment of mood and behavioral disorders in Alzheimer's disease. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 1999; 9 (3): 118–125.
 9. Burns, A.; Jacoby, R. y Levy, R. (1990). Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. IV: Disorders of Behavior. *British Journal of Psychiatry*, 157(7): 86–94.
 10. Burt T. Donepezil and related cholinesterase inhibitors as mood and behavioral controlling agents. *Current Psychiatry Reports* 2000; 2: 473.478.
 11. Buschke, H., Kuslansky, G., Katz, M., Stewart, W., Sliwinski, M., & Eckholdt H. (1999). Screening for dementia with the memory impairment screen. *Neurology*, 52(2), 231–238.
 12. Claudia Dechent Rivera, Agnieszka Bozanic Leal et al. Utilidad clínica del Memory Impairment Screen (MIS): Análisis del instrumento como prueba de tamizaje de memoria. *Rev Chil neuropsicol* 8 (2): 46–49, 2013.
 13. Cummings JL, Donohue JA, Brooks RL. The relationship between donepezil and behavioral disturbances in patients with Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000; 8: 134–140.
 14. Cummings JL, Kaufer DI. Neuropsychiatric aspects of Alzheimer's disease: the cholinergic hypothesis revisited. *Neurology* 1996; 47: 87683.
 15. David Facal, Romina Mouriz Corbelle, Aranzazu Balo-García, Isabel González-Abraides, Xosé Caamaño Ponte et al. "Estudio exploratorio sobre el uso de instrumentos de evaluación cognitiva y neuropsicológica en centros de personas mayores de Galicia." Referencia REGG-D-14-00076R1. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. Vol. 50. Núm. 02. Marzo 2015 – Abril 2015.
 16. De Medeiros, K.; Rosenberg, P.B.; Baker, A.S. y Onyike, C.U. (2008). Improper sexual behaviors in elders with dementia living in residential care. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26(4): 370–7.
 17. Feldman H, Gauthier S, Hecker J, Vellas B, Subbiah P, Whalen E & the Donepezil MSAD Study Investigators Group. A 24-week, randomized, double-blind study of donepezil in moderate to severe Alzheimer's disease. *Neurology* 2001; 57: 613–620.
 18. Folstein, M. F., Folstein, S. E. and McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.
 19. Grupo de Avaliación Cognitiva e Neuropsicolóxica da Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría. "Documento técnico de consenso de la SGXX sobre herramientas de evaluación cognitiva y neuropsicológica en centros gerontológicos". SGXX 2017.
 20. Hashmi, F.H.; Krady, A.L.; Qayum, F. y Grossberg, G.T. (2000). Sexually disinhibited behavior in the cognitively impaired elderly. *Clinical Geriatrics*, 8(11): 61–8.
 21. Harris, L. y Wier, M. (1998). Inappropriate sexual behavior in dementia: A review of the treatment literature. *Sexuality and Disability*, 16(3): 205–17.
 22. H Peraita Andradós. Batería de evaluación de la memoria semántica en demencia tipo Alzheimer. (EMSDA; Peraita, González-Labra, Sánchez Bernardos, Galeote, 2000 y 2001): algunos aspectos aclaratorios y complementarios. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2006, Vol 11 (2), 115–122.
 23. Jellinger KA. Clinicopathological analysis of dementia disorders in the elderly - an update. *Journal of Alzheimer's Disease*, 2006, 9 (3 Suppl): 61–70.
 24. J. Cerejeira, L. Lagarto, E. B. Mukaetova-Ladinska. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*. May 2012. Vol 3. Article 73. 1–21
 25. José Caamaño Ponte, Miguel Vilas Martínez. "Motivadores de selección y adquisición de recursos y servicios socio-asistenciales para personas mayores en situación de dependencia". AGATHOS. Atención Sociosanitaria y Bienestar. Año 7. n) 4. Diciembre 2007.
 26. José Caamaño, PF Lois, I Alonso, G Barral, R Beis, E Somo. Estrategias de atención a enfermos psicogeriatricos: de los centros de día como recurso comunitario a las Unidades psicogeriatricas avanzadas en centros gerontológicos. AGATHOS. Atención Sociosanitaria y Bienestar. Año 7. n) 1. Abril 2007.
 27. José Caamaño Ponte, Olalla Pérez-Hervada Lemus, Iriana Gil Paz. Innovación Social en la Enfermedad de Alzheimer. *Neurama. Revista Electrónica de Psicogerontología*. Volumen 4. N) 1. 2017.
 28. José Carlos Millán-Calenti, Laura Lorenzo-López, Begoña Alonso-Búa, Carmen de Labra, Isabel González-Abraides, and Ana Maseda.. Optimal nonpharmacological management of agitation in Alzheimer's disease: challenges and solutions. *Clin Interv Aging*. 2016; 11: 175–184.
 29. José Luis Caamaño Ponte. "Influencia de los trastornos psicológicos y de conducta en la evolución cognitiva de una población con demencia tipo Alzheimer". Universidade da Coruña. 2003. ISBN - 978-84-692-8212-C. Base Datos TESEO.
 30. José Luis Caamaño Ponte. Trastornos psicológicos y conductuales. En: *Gerontología y Geriatria*. Autor: Millán Calenti. Ed. Médica Panamericana. ISBN: 978-84-9835-266-5. 2010. 270–23
 31. José M. Ruiz-Sánchez de León, Eduardo J. Pedrero-Pérez, Sonia Gálvez, Laura M. Fernández-Méndez, Paz Lozoya-Delgado, Utilidad clínica y propiedades psicométricas del inventario de síntomas prefrontales (ISP) en el daño cerebral adquirido y las demencias degenerativas. *Rev Neurol* 2015; 61 (9): 387–394.
 32. Lisa S Seyfried et al. Predictors of suicide in patients with dementia. *Alzheimer's & Dementia. The journal of the Alzheimer's association*.
 33. Lobo A et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology*, 2000, 54 (11, Suppl 5): S4–S9.
 34. Luis F. Agüera-Ortiz, Isabel Cruz-Orduña, M. Isabel Ramos-García, Meritxell Valentí-Soler, Nuria Gil-Ruiz, Ricardo M. Osorio-Suárez, José L. Dobato, Javier Olazarán-Rodríguez, Beatriz León-Salas, Pablo Martínez-Martín. Proceso de creación de la escala APADEM-NH para la medición de la apatía en pacientes con demencia institucionalizados. *Psicogeriatría* 2011; 3 (1): 29–36.
 35. M. Benoit et al. Apathy and depression in Alzheimer's disease are associated with functional deficit and psychotropic prescription. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 409–4014.
 36. McGonigal G et al. Epidemiology of Alzheimer's presenile dementia in Scotland, 1974–88. *British Medical Journal*, 1993, 306 (6879): 680–683.
 37. McKhann G et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association Workgroup. *Alzheimer's & Dementia*. (2011) 1–7.
 38. Mega MS, Masterman DM, O'Connor SM, Barclay TR, Cummings JL. The spectrum of behavioral responses to cholinesterase inhibitor therapy in Alzheimer disease. *Arch Neurol* 1999; 56: 1388–1393.
 39. MJ. Gómez, J. Caamaño, D. Vinagre et al. Cognitive and Non-cognitive profiles in cerebrovascular disorders and senile



Alzheimer versus Demencia con Cuerpos de Lewy, ¿por qué no Demencia Frontotemporal? Deliberaciones sobre un caso

- dementia: a neuropsychological study. *Neurogerontology & Neurogeriatrics* 1995, vol. 1. 107-118.
40. National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA). Accessed in Medscape (www.medscape.com). April 2017.
 41. Neuropathology Group of the Medical Research Council Cognitive Function and Aging Study. Pathological correlates of late-onset dementia in a multicentre, community-based population in England and Wales. Neuropathology Group of the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). *Lancet*, 2001 357 (9251): 169-175.
 42. Nygaard HA, Ruths S, Straand J, Naik M. 2004. Not less but different: psychotropic drug utilization trends in Norwegian nursing homes during a 12-year period. The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) Study. *Aging Clin Exp Res* 16(4): 277-282.
 43. Purandare N, et al. Suicide in dementia: 9-year national clinical survey in England and Wales. *Br J Psychiatry*, 2009 Feb; 194(2): 175-80.
 44. Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E, Georgotas, A. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry*. 1987; 48, 9-15.
 45. Reisberg B, Doody R, Stöffler A, Schmitt F, Ferris S, Möbius H. Memantine in moderate to severe Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 2003;348:1333-41.
 46. Reynish E et al. EUROCODE: Report of WP7 2006. Prevalence of dementia in Europe. Alzheimer Europe, 2006.
 47. (http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/dissemination/diseases/docs/eurocode.pdf, accessed 4 February 2012).
 48. Rubinstein, W., Martínez, M, & Grasso, L (2014). Demencia semántica y demencia tipo Alzheimer ¿Igual rendimiento en tareas semánticas? *CES Psicología*, 7(1), 1-15.
 49. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. 2006. Efficacy and Adverse Effects of Atypical Antipsychotics for Dementia: Meta-analysis of Randomized, Placebo-Controlled Trials. *Am J Geriatr Psychiatry* 14(3): 191-210.
 50. Shapira, J. y Cummings, J.L. (1989). Alzheimer's disease: Changes in sexual behavior. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 23(6): 32-5. Szasz, G. (1983). Sexual incidents in an extended care unit for aged men. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(7): 407-11.
 51. Snowden, J. S., Goulding, P. J., & Neary, D. (1989). Semantic dementia: a form of circumscribed cerebral atrophy. *Behavioural Neurology*, 2, 167-182.
 52. Snowden, J. S., Neary, D., & Mann, D. M. A. (2002). Frontotemporal Dementia. *Br J Psychiatry*, 180(2), 140-143.
 53. Stevens T et al. Islington study of dementia subtypes in the community. *British Journal of Psychiatry*, 2002, 180: 270-276.
 54. Street JS, Clark WS, Kadam DL, Mitan SJ, Julian BE, Feldman PD, Breier A. Eficacia a largo plazo de olanzapina en el control de los síntomas psicóticos y de la conducta en demencia por Alzheimer ingresados en residencias. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: S62-S71.
 55. Teri L, Logsdon RG, Peskind E, Raskind M, Weiner MF, Tractenberg RE et al. Treatment of agitation in AD: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Neurology* 2000; 55 (9): 1271-1278.
 56. Veiga Fernández F, Herráiz ML y el Grupo para el Estudio de la Risperidona en la Demencia. La risperidona en el tratamiento de los síntomas psicóticos y trastornos de la conducta en pacientes con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001; 36 (2): 94-101.
 57. World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence cost and trends. Alzheimer's Disease International. 2015.
 58. World Alzheimer Report 2016. Improving healthcare for people living with dementia. Coverage, quality and costs now and in the future. Alzheimer's Disease International. 2016.

Esteves, Vieira, Caamaño, Mouriz, García, Fernández, Dosil, Facal

Tabla 1. Indicaciones terapéuticas aportadas al ingreso en el centro.

Fármaco	Julio 2015*	Septiembre 2016**	Diciembre 2016
Donepezilo 10	1-0-0	1-0-0	1-0-0
Memantina 10	1-0-1	1-0-1	1-0-1
Duloxetina 60	1-0-0	1-0-0	1-0-0
Zolpidem 10	0-0-1	-	-
Clonazepam 0.5	0-0-1	0-0-1	0-0-1
Nicardipino R	1-0-0	-	1-0-0
Adiro 100	0-1-0	0-1-0	0-1-0
Glucosamina 1500	1-0-0	-	-
Omeprazol 20	1-0-0	1-0-0	1-0-0
Sertralina 50	-	1-0-0	1-0-0
Lorazepam 1	-	0-0-1	0-0-1
Quetiapina 25	-	0-0-1	0-0-1
Atenolol 50	-	½-0-0	½-0-0
Hidroferol ampollas	-	-	1 semanal

Nota: * Como recomendaciones figuran dieta normal. Vida normal y activa con la supervisión que precise.
** Se recomienda que acuda a un centro de día para rehabilitación cognitiva. Se retira Amitriptilina 10.

Tabla 2. Resultados de las 2 valoraciones efectuadas como seguimiento del caso.

Resultados de la valoración progresiva	
1ª Evaluación	2ª Evaluación
Social* - OARS= 2	
Cognitiva - MEC= 13/35 - SMMSE= 19	Cognitiva - MEC= 7/35 - SMMSE= 19
Psicológica y Conductual - ECDD= 14 - NPI-NH= 29 - CMAI= 34 - APADEM-NH= 24	Psicológica y Conductual - ECDD= 22 - NPI-NH= 49 - CMAI= 52 - APADEM-NH= 17
Funcional - Barthel= 50 - Tinetti= 27 - Timed Up and Go test= 1	Funcional - Barthel= 60 - Tinetti= 14 - Timed Up and Go test= 3
Estadiaje - CDR 3	Estadiaje - CDR 3

* OARS: Escala de Recursos Sociales