



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2016-17)

Trabajo Fin de Grado

**Papel de enfermería en la prevención y
detección de la Demencia Vasculare en
Atención Primaria**
(Revisión bibliográfica)

Alumno: César de Pedro García

Tutora: D^a Berta Pérez Monge

Junio de 2017, Palencia

Índice

<i>Glosario</i>	3
<i>Introducción</i>	6
<i>Objetivos</i>	11
<i>Metodología</i>	11
<i>Resultados y Discusión</i>	14
<i>Bibliografía</i>	33

Glosario

A	-	<i>Atención</i>
AE	-	<i>Atención especializada</i>
AV	-	<i>Agudeza visual</i>
ABVD	-	<i>Actividades básicas de la vida diaria</i>
AIVB	-	<i>Actividades instrumentales de la vida diaria</i>
ACV	-	<i>Accidente cerebro vascular</i>
AP	-	<i>Atención Primaria</i>
DV	-	<i>Demencia Vascolar</i>
DC	-	<i>Deterioro cognitivo</i>
DCL	-	<i>Deterioro cognitivo leve</i>
EA	-	<i>Enfermedad del Alzheimer</i>
FE	-	<i>Función ejecutiva</i>
L	-	<i>Lenguaje</i>
ME	-	<i>Memoria episódica</i>
MS	-	<i>Memoria semántica</i>
SPCD	-	<i>Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia</i>
TCB	-	<i>Test Cognitivos breves</i>

RESUMEN

Introducción: La Demencia Vascular es el segundo tipo de demencia más común después de la Enfermedad de Alzheimer y puede ser entendida como una condición en la que el deterioro cognitivo resulta de los efectos deletéreos de la enfermedad vascular sobre la estructura y funciones cerebrales. La creciente prevalencia de la demencia como consecuencia del envejecimiento poblacional y la repercusión que tiene sobre la autonomía del paciente, convierten a esta enfermedad en un foco de actuación importante para el personal sanitario. **Objetivos:** Identificar los recursos de enfermería para detectar de forma temprana la Demencia Vascular en la Atención Primaria y aprender los factores de riesgo controlables que inciden sobre la Demencia Vascular. **Material y Metodología:** Se lleva a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica de PubMed, Google académico, Dialnet y otras fuentes. Se incluyen artículos originales y completos, en lengua inglesa y castellana, seleccionándose 41 artículos de forma definitiva. **Resultados:** Se seleccionan los síntomas, factores de riesgo y formas de detección temprana que mejor ayudan a la enfermería en el abordaje de la Demencia Vascular en Atención Primaria. **Conclusiones:** El papel de enfermería en la prevención, mediante la educación para la salud de los pacientes clasificados de riesgo vascular y en la detección temprana mediante test de evaluación, contribuyen notablemente a su propósito fundamental: mejorar la calidad de vida del paciente, retrasando en la medida de lo posible la aparición de la enfermedad y dependencia que desencadena.

Palabras clave: Demencia Vascular, Detección temprana, Factores de riesgo, Enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Vascular Dementia is the second most common type of dementia after Alzheimer's disease it can be understood as a condition in which cognitive impairment results from the deleterious effects of vascular disease on the structure and brain functions. Population aging and the repercussion that the increasing prevalence of dementia has on patient's autonomy, has made this disease an important focus for health care workers. **Aims:** Identify nursing resources to detect early Vascular dementia in primary care and learn the controllable risk factors. **Material and methods:** A bibliographical review of the scientific literature of PubMed, Google scholar, Dialnet and others. Has carried out original and complete articles have been included, in English or Spanish, with 41 articles being selected definitively. **Results:** It has been selected symptoms, risk factors and forms of early detection which best help the nurse in Vascular dementia approach in Primary Care. **Conclusions:** The role of nursing in prevention, through the health education of patients classified as vascular risk and in early detection using an evaluation test, contribute greatly to its fundamental purpose: to improve the quality of life of the patient, delaying as far as possible the suffer from disease and dependence that triggers.

Key words: Vascular dementia, Early detection, Risk factors, Nursing.

INTRODUCCIÓN

La OMS define la demencia como un síndrome crónico, de inicio insidioso y lento, caracterizado por un deterioro progresivo de la función cognitiva que persiste durante más de seis meses y que va más allá del envejecimiento normal. Afecta a la memoria, el lenguaje, la orientación, el cálculo, el control emocional y al comportamiento social ⁽¹⁾. En España, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, representa el tercer problema de salud en número de casos de las personas mayores y la principal causa de incapacidad y gasto sanitario ^{(2) (3)}.

Pese a que el tipo de demencia más común es la de Alzheimer, las primeras descripciones bibliográficas son sobre la Demencia Vascular. En concreto Thomas Willis, en el Siglo XVII, describió la demencia post-apoplética. Posteriormente, en 1894, Otto Binswanger y Alois Alzheimer distinguieron la demencia de origen vascular de aquella originada por neurosífilis y definieron la "arteriosclerosis cerebral" o "degeneración cerebral arteriosclerótica". El concepto volumétrico de la Demencia Vascular desarrollado en 1970 por Tomlinson Blessed y Roth describía la afectación isquémica mínima necesaria de 100 cm³ de parénquima cerebral ⁽⁴⁾. Este concepto se ha visto superado por hallazgos histopatológicos y radiológicos los cuales demuestran que es menos importante el volumen de las lesiones, que su localización y su disposición estratégica para interrumpir las vías cortico-subcorticales implicadas en la cognición. Es así como Hachinski acuñó el término 'demencia multiinfarto' ⁽⁵⁾. En 1988, Brun y Gustafson acuñaron el término 'infarto estratégico'. Finalmente Hachinski y Bowler recientemente añaden el término 'deterioro cognitivo vascular' ⁽⁶⁾.

Este trabajo se centra en la Demencia Vascular (DV) la cual se define como una condición en la que el deterioro cognitivo (DC) es consecuencia del daño cerebral vascular isquémico o hemorrágico provocado por la enfermedad vascular ⁽⁴⁾. A nivel global, la Demencia Vascular (DV) es el segundo tipo de demencia más común ocupando del 20 al 30% de los casos de demencia después de la Enfermedad de Alzheimer (EA) ⁽⁷⁾.

Se estima que para el año 2050 la población mundial será de dos mil millones. Este aumento de la esperanza de vida y el consecuente envejecimiento de la población en los países desarrollados ha propiciado un aumento significativo del número de individuos con enfermedades degenerativas como las demencias, afectando el nivel cognitivo, funcional, afectivo y social, limitando su independencia para las actividades cotidianas y empeorando su calidad de vida ⁽²⁾ ⁽⁸⁻¹⁰⁾. En el año 2011, se estimó a nivel global 35´6 millones de afectados, cifra que se duplicará en los próximos 20 años ⁽⁴⁾. Cada año surgen alrededor de 4,6 millones de casos nuevos ⁽¹¹⁾. El análisis global de la población europea de individuos mayores de 65 años reveló que el 1´6% padecían DV ⁽³⁾. Sin embargo en estudios de necropsias realizados a pacientes diagnosticados de demencia, se alcanzan cifras de 17´3% para formas de DV pura ⁽¹²⁾.

En España, la población mayor de 65 años ha alcanzado el 17´3% y dentro de ese porcentaje, se estima que un 5% padece deterioro cognitivo de etiología vascular. La demencia de tipo vascular en nuestro país supone un 15´8% de todas las demencias. La incidencia de DV por encima de los 65 años es de 3´4 casos por 1.000 personas-año y aumenta con la edad siendo mayor en varones, aunque es más frecuente en mujeres a partir de los 85 años ⁽³⁾. Partiendo de la edad de 65 años, su prevalencia se duplica cada cinco años llegando al 29´8-50% en los mayores de 85 años. La supervivencia en DV es menor que en la enfermedad de Alzheimer y su mortalidad anual supera el 10% ⁽¹³⁾.

La enfermedad vascular cerebral isquémica consiste en la oclusión parcial o total de un vaso sanguíneo, perjudicando la circulación cerebral. En la evolución de la DV tienen más relevancia las lesiones en pequeños vasos que las que ocurren en grandes vasos ⁽⁵⁾ ⁽¹⁴⁾. El resultado es la disminución del flujo sanguíneo cerebral, que si baja de 15ml/100g/min provocará daño cerebral, debido a la situación que se ha generado de hipoxia, esta interrumpe la fosforilación oxidativa, inhibiéndose la transmisión sináptica por falta de adenosín trifosfato (ATP). Al mismo tiempo se produce un aumento de sodio y calcio intracelular que se acumulan en las mitocondrias. Esto, junto a la

situación de isquemia, provoca la liberación de glutamato excitotóxico que facilita el estrés oxidativo y la liberación de radicales libres tóxicos, provocando el inicio de la apoptosis celular ⁽⁸⁾ ⁽¹⁵⁾. Todo esto se traduce en la muerte de las neuronas, pudiendo ser asintomática o causando daños irreparables, dependiendo del tiempo de isquemia ⁽¹⁶⁾.

El concepto de DV engloba diferentes tipos de enfermedades vasculares que pueden generar deterioro cognoscitivo, tal y como se muestra en la siguiente imagen. Es por ello que se puede hablar de demencias vasculares en plural.



Imagen 1. Subtipos de enfermedad vascular asociados a deterioro cognoscitivo y DV (4)

La DV por infartos estratégicos consiste en lesiones isquémicas en áreas específicas corticales o subcorticales, comprometiendo los ganglios basales o el tálamo, lo cual se traduce en la alteración de la memoria episódica (ME), el lenguaje (L), el área visual (AV) y la función ejecutiva (FE), esta última provoca que el paciente no sea capaz de abstraerse para planificar su vida social. La enfermedad multi-infarto es el resultado de múltiples oclusiones corticales de arterias de mediano y gran calibre provocando deterioro de las FE. Y por último la Demencia Vascular subcortical, causada por infartos lacunares, que afectan a pequeñas arterias profundas (subcorticales) interrumpiendo la asociación con la corteza frontal afectando a las FE y ME, cuando el daño por hipoperfusión de la sustancia blanca provoca en ella cambios excesivos para la edad y se llama leucoencefalopatía (leucoaraiosis) ⁽⁵⁾ ⁽⁸⁾; otras causas son la angiopatía amiloide o AAC (acumulación de proteínas amiloides en las paredes de las arterias

cerebrales) y el CADASIL. Un caso particular de la Demencia Vascular subcortical es la Enfermedad de Binswanger, causada por una encefalopatía subcortical arteriosclerótica que se inicia sobre los 50-60 años y dando como resultado un déficit neurológico focal de la sustancia blanca. ⁽³⁾

Merece especial mención uno de los avances más recientes en el estudio de las demencias vasculares isquémicas, la enfermedad del CADASIL, la cual consiste en un desorden autosómico dominante en el cromosoma 19q12, que daña los pequeños vasos de la zona subcortical y tiene como manifestaciones clínicas accidentes cerebro vasculares (ACV), déficits cognoscitivos de acuerdo con la ubicación y velocidad de procesamiento, y como principal manifestación emocional la depresión grave. Todo en ausencia de factores de riesgo para la enfermedad vascular ^{(17) (12)}.

En resumen, en la actualidad se conocen tres factores patogénicos causales del deterioro cognitivo vascular:

- Volumen de destrucción del parénquima cerebral superior a 100 ml.
- Localización de las lesiones: este es el factor más importante, de hecho infartos mayores de 20 ml de parénquima son más habituales y contribuyen según su localización al desarrollo de la demencia.
- Número de lesiones: quiere decir que se necesita un número indeterminado de pequeños infartos que lleven al declive intelectual. El número promedio se sitúa en 5-8-6-7 ⁽¹²⁾.

Además influyen componentes genéticos no modificables así como factores de riesgo controlables, relacionados con el estilo de vida, cuya identificación facilitará la prevención primaria y la reducción de prevalencia ⁽¹⁸⁾.

En el estudio descriptivo transversal descrito en el artículo: "Calidad del registro del diagnóstico de demencia en Atención Primaria. La situación en España en el periodo 2002-2011" se concluyó que: habitualmente solo se registra el diagnóstico de demencia que coincide con el grado más severo de DC, y no se identifican los pacientes que sufren grados menos acentuados de deterioro cognitivo ⁽¹⁹⁾. Por eso, el conocimiento de nuestros médicos y enfermeras sobre los diferentes test de función mental y su adecuada aplicación, son una

herramienta imprescindible para identificar de forma temprana el DC del paciente ⁽²⁰⁾.

Una vez establecido el diagnóstico, el siguiente paso es evaluar las posibilidades de tratamiento. Son pocas las posibilidades de detectar demencia de tipo vascular reversible al 100%, ello no implica que la enfermedad no sea tratable y que no se pueda obtener una mejoría parcial del déficit cognitivo ⁽²¹⁾. Respecto al tratamiento farmacológico, no se ha encontrado bibliografía basada en la evidencia científica, que tenga capacidad curativa. Pero si existen fármacos que reducen los síntomas cognitivos como los inhibidores de la acetilcolinesterasa y memantina ⁽³⁾. En cuanto al tratamiento no farmacológico se ha encontrado bibliografía contrastada de sus beneficios en la prevención y rehabilitación ⁽¹⁰⁾. Este último se basa en intervenciones individualizadas centradas en la cognición cotidiana, evitando la inactividad y la falta de estimulación; concepto que encaja en la idea de una intervención multidisciplinar que incluirá a profesionales como los psicólogos y terapeutas ocupacionales ⁽⁷⁾.

Está a nuestro alcance evitar falsos negativos en la detección inicial de la DV ya que, cuanto antes sea diagnosticada, mayores y más eficaces serán las posibles actuaciones: promoción de hábitos de vida saludables, el control de comorbilidades y de factores de riesgo vascular, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, así como aprovechar mejor los recursos sanitarios y familiares empleados en la enfermedad. Todos ellos elementos claves del abordaje integral de la demencia que contribuyen en gran medida al propósito fundamental de la enfermería, que es mejorar la calidad de vida del paciente y retrasar en la medida de lo posible la institucionalización y la dependencia ^{(7) (22)} ⁽²³⁾.

OBJETIVOS

GENERALES:

- Mostrar la evidencia científica del abordaje de las enfermedades degenerativas en la actualidad.

ESPECÍFICOS:

- Identificar los instrumentos de diagnóstico que el personal de enfermería puede emplear para detectar de forma temprana la DV en la Atención Primaria.
- Describir los factores de riesgo que inciden sobre la DV.

METODOLOGÍA

La metodología empleada para llevar a cabo este trabajo de tipo revisión bibliográfica comienza con la formulación de una pregunta con la estructura PICO, ya que la primera fase de la enfermería basada en la evidencia es la elaboración de una pregunta clínicamente contestable.

En nuestro caso la pregunta es: ¿Qué recursos de enfermería en Atención Primaria consiguen una prevención y detección temprana de la Demencia Vasculare en los pacientes?

<i>Población</i>	<i>Intervención</i>	<i>Comparación</i>	<i>Outcomes o Resultados</i>
Paciente	Intervención enfermera en Atención Primaria Detección precoz Educación para la salud	-	Aumentar la calidad de vida. Disminuir el gasto sanitario.

Tabla 1. Pregunta PICO.

A continuación se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura especializada durante los meses de febrero hasta abril de 2017. Fue realizada en internet desde el buscador que se encuentra en la biblioteca del Portal de Salud de Castilla y León, a través de varias bases de datos: Pubmed, Dialnet y Cuiden.

Y a través del buscador Google académico. Además se utilizó la biblioteca del Hospital Rio Carrión y se buscó información adicional en revistas virtuales a través del buscador Google.

Para seleccionar los diferentes artículos se han seguido algunos criterios de exclusión e inclusión; en cuanto a los criterios de exclusión, se han descartado los documentos que hacían referencia exclusiva a la enfermedad del Alzheimer. Además se han excluido documentos en idioma que no fueran castellano o inglés o que no fueran de texto completo o gratuito. Por otra parte se han incluido los artículos, documentos de investigación y tesis que se refieren a la demencia de tipo vascular o que contenían información significativa para el estudio.

En cuanto a la temporalidad, se han incorporado los artículos más recientes y de mayor relevancia en este campo en un período de 5 años hasta la actualidad, a excepción de aquellos que se han incorporado de años previos tras comprobar que su contenido no está desfasado respecto a la actualidad.

Para buscar artículos en la base de datos de Pubmed se traducen los términos al inglés mediante un instrumento de control terminológico, un tesoro trilingüe llamado Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) que traduce las 15 categorías del Medical Subjects Headings (MeSH) más la categoría de Salud Pública y Homeopatía.

De esta forma se transforma el lenguaje libre empleado al lenguaje controlado y único para la indización, y búsqueda de artículos.

<i>Descriptores de las Ciencias de la Salud (DeCS)</i>	<i>Medical Subjects Headings (MeSH)</i>
Demencia	Dementia
Factores de riesgo	Risk Factors
Signos y síntomas	Signs and Symptoms
Diagnostico precoz	Early Diagnosis
Enfermedad del Alzheimer	Alzheimer Disease

Tabla 2. Descriptores de las Ciencias de la Salud utilizados en la búsqueda.

Como operadores booleanos se ha utilizado el operador de intersección “AND” (“y”) para encontrar documentos que contengan ambos términos, “OR” (“o”) para aquellos que tengan uno u otro término y “NOT” (“no”) para que evitar los documentos que cumplan criterios de exclusión.

En Pubmed, con la búsqueda “Demencia” se encuentran 102395 artículos, añadiendo “Diagnostico temprano” se reduce a 4859, al introducir “Factores de riesgo” disminuyen a 2863, por último con “Signos y síntomas” quedando 1204. Se ponen filtros para limitar más la búsqueda: Not “Alzheimer” y “Free full text”, quedando 93 artículos.

En Google académico se inicia la búsqueda con “Demencia Vascular” sin las palabras Alzheimer y aparecen 486 resultados, se continúa con “Factores de riesgo”, obteniendo 469, y finalmente se añade “Detección temprana”, quedando también 469. Posteriormente en las opciones de búsqueda se estableció un intervalo de tiempo a partir del 2012 quedando 145 resultados.

En la base de datos Cuiden plus, al introducir “Demencia Vascular” como palabra clave se encuentran 5 artículos.

Por último, en Dialnet, se inicia la búsqueda con “Demencia Vascular” y quedan 132. Al añadir “Factores de riesgo” quedan 37.

Una vez acotada la búsqueda de información, se ha realizado una primera lectura de los títulos y resúmenes eligiendo los que responden a la pregunta PICO y posteriormente se ha realizado una lectura crítica del texto completo seleccionando los artículos que se muestran en la siguiente tabla.

Bases de datos	Artículos seleccionados
Pubmed	8
Dialnet	5
Cuiden Plus	0
Google académico	22

Tabla 3. Artículos seleccionados en la búsqueda.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras la revisión bibliográfica, se explican los factores de riesgo, los síntomas y los métodos de detección que se consideran validos por haber suficiente evidencia científica descrita que los justifica.

1. Factores de riesgo

Factores de riesgo modificables	HTA ^{(3) (10) (13) (15) (20) (23-27)}
	Enfermedades cardiacas ^{(3) (10) (13) (15) (20) (23-27)}
	Hipotensión ortostática ^{(5) (27)}
	Apnea del sueño ^{(3) (27)}
	Diabetes ^{(3) (10) (13) (20) (23-28)}
	Obesidad ^{(13) (15) (28)}
	Poliglobulia ^{(13) (15) (20) (23)}
	Hiperlipidemia ^{(3) (10) (12) (13) (15) (20) (23) (25) (26) (28)}
	Homocisteinemia ^{(15) (26) (28) (29)}
	Depresión ^{(3) (4)}
	Bajo nivel educativo ^{(17) (18) (20) (25-27) (30-32)}
Complicaciones post-ACV ⁽¹⁷⁾	
Factores de riesgo no modificables	Edad avanzada ^{(3) (17) (23-28) (33)}
	Sexo ^{(3) (10) (33) (26)}
	Historia familiar de demencia ^{(3) (17)}
	Genética: AAC y CADASIL ^{(3) (12) (13) (17)}
	DCL ^{(7) (28)}

Tabla 4. Factores de riesgo para la demencia.

-Hipertensión arterial: Es el segundo factor de riesgo más importante para padecer Demencia Vascular. La HTA produce microateromatosis que provoca placas microscópicas de ateroma; estas causan estenosis y lipohialinosis, la cual consiste en la desorganización de la arquitectura normal de la pared de las arteriolas, facilitando la oclusión o ruptura ⁽⁵⁾. Además está asociada al aumento del volumen de lesiones de sustancia cerebral blanca y de infartos silentes corticales ⁽²⁶⁾. Pero no solo influye negativamente la HTA, sino que episodios de hipotensión arterial (ortostática, síncope, bradiarritmias) o de hipoxia (apnea del sueño, procesos respiratorios) también son factores etiopatogénicos importantes ⁽²⁷⁾.

-Factores de riesgo cardiovascular: Junto con la HTA, perjudican al correcto funcionamiento circulatorio del cuerpo humano. En cuanto a la DV, cobra mayor importancia la estabilidad de la circulación vascular cerebral.

En este apartado se incluyen enfermedades cardíacas como: fibrilación auricular, endocarditis infecciosa, estenosis mitral, infarto de miocardio reciente o hipertrofia del ventrículo izquierdo ⁽¹⁵⁾. Particularmente, para la DV se describen las complicaciones post-ACV como factor de riesgo que propicia nuevos eventos isquémicos ⁽¹⁷⁾. A mayores, hay otros factores de riesgo cardiovascular que aumentan el riesgo de padecer disfunción cerebral focal, descritos más concretamente en artículos referidos a la DV, como:

- La alteración del perfil lipídico por exceso de colesterol LDL, triglicéridos o ambos ⁽¹⁰⁾.
- La obesidad, por aumentar la tensión arterial y la resistencia a la insulina ⁽²⁸⁾. Tanto el sobrepeso como el bajo peso contribuyen a aumentar el riesgo de padecer demencia. ⁽¹⁸⁾
- La diabetes Mellitus, no solo conlleva a la afectación microvascular y macrovascular con la repercusión negativa sobre órganos como el riñón, los nervios, el corazón o los vasos sanguíneos; sino que puede propiciar situaciones de hipoglucemia perjudiciales para las células cerebrales ⁽¹³⁾.

-Hiperhomocisteinemia: Entendida como una concentración elevada de este aminoácido en el plasma sanguíneo. Se ha comprobado que sí facilita el desarrollo de la DV al estar relacionada con procesos ateroscleróticos y trombóticos. Además produce un aumento del estrés oxidativo y un incremento de la toxicidad de la proteína β -Amiloide, acusada de provocar EA ⁽²⁶⁾.

-Poliglobulia o policitemia: es un trastorno de la médula ósea que se presenta con más frecuencia en hombres, sobre todo a partir de los 40 años de edad. Este trastorno ocasiona demasiada producción de glóbulos rojos, pudiendo dar complicaciones como insuficiencia cardíaca o trombosis ⁽³⁴⁾.

-Depresión: Padecerla modifica la regulación homeostática generando un estado de hipercortisolemia e incrementando la liberación de glucocorticoides, lo cual se traduce en un incremento del riesgo de padecer el primer ACV. Se ha demostrado que hay mayor presencia de depresión en pacientes con demencia tipo vascular respecto a la de Alzheimer ⁽⁴⁾. Se ha encontrado poca bibliografía que recoja el uso de antidepresivos como factor de riesgo ⁽²⁶⁾.

-Bajo nivel de educación: para entender este concepto hay que entender que a mayor nivel de escolaridad mayor reserva cognitiva tendremos. Esta reserva se la puede definir como la capacidad que tiene el cerebro para mejorar el grado de recuperación ante cambios neurológicos debidos al envejecimiento o a procesos patológicos; por tanto habrá una menor probabilidad de padecer demencia ^{(18) (30)}. Este concepto está ligado a las actividades de estimulación cognitiva que incrementan la densidad sináptica de determinadas áreas cerebrales como por ejemplo: lectura, escritura, estudiar idiomas, y ajedrez. ⁽³¹⁾

-Edad: Es uno de los factores intrínsecos no modificables más importantes para el desarrollo de demencia. Conlleva a la pérdida de autorregulación del flujo cerebral vascular debido a las alteraciones morfológicas de los vasos y a la disminución de producción de óxido nítrico por el endotelio ⁽²⁾. No obstante, estos cambios están justificados por el declive fisiológico esperado a partir de los 50 años como por ejemplo: pérdida de elasticidad de los vasos por la acumulación de lípidos y calcio en sus paredes; declinación del sistema acetilcolinérgico; alteración de la membrana y estructura axonal; cambios bioquímicos dando lugar a un aumento de los radicales libres, favorecedores

del deterioro; y cambios funcionales como pérdidas en el control esfinteriano, ortostatismos (propicia caídas), alteración de los patrones del sueño, pérdida de memoria reciente, especialmente de hechos no trascendentales ⁽³⁵⁾.

-Sexo: La bibliografía encontrada no coincide en cuál de los dos sexos tiene mayor riesgo de padecer demencia. Algunos autores dicen que la prevalencia de la demencia es mayor en el sexo femenino, aunque hay que tener en cuenta que las muertes prematuras del sexo masculino pueden constituir un sesgo ⁽³³⁾. Otros sin embargo especifican que la prevalencia de DV es mayor en hombres, al contrario que pasa en la EA ⁽³⁾.

-Historia familiar de demencia: debido a la predisposición genética, o por modificaciones genéticas congénitas como la enfermedad de la angiopatía amiloide o la enfermedad de CADASIL ⁽¹⁵⁾.

Estilo de vida	Consumo de grasas saturadas ^{(3) (13) (18) (26)}
	Reacción de Maillard ⁽³⁾
	Sedentarismo ^{(13) (18) (24)}
	Alcohol ^{(13) (20) (23) (24) (36)}
	Ser fumador ^{(3) (13) (17) (20) (23-26)}
	Falta de relaciones sociales. ⁽¹⁸⁾
	Exceso o déficit de sueño ⁽¹⁸⁾
	Estrés ^{(13) (37)}
	Ocupación profesional ^{(3) (32)}

Tabla 5. Factores del estilo de vida que influyen en el desarrollo de la demencia.

-El sedentarismo: tiene un efecto negativo sobre la salud aumentando la resistencia a la insulina e influyendo negativamente, desde el punto de vista cardiológico, en la coagulación y la fibrinólisis. Además empeora el perfil lipídico haciendo mayor el riesgo vascular aterogénico ⁽²⁴⁾. Por esto, el ejercicio físico moderado (caminar 20 min diarios) en personas de edad avanzada, se

considera un factor protector del deterioro cognitivo, porque mejora la citoarquitectura cerebral y la plasticidad neuronal ⁽¹⁸⁾.

-Ocupación profesional: Sobre todo aquella en la que se exponga a la persona a gomas, fertilizantes o disolventes. Otros estudios sugieren que hay mayor riesgo de padecer demencia en ocupaciones predominantemente manuales o con menor nivel de instrucción ⁽³²⁾.

-El alcohol, sobretodo en pacientes hipertensos, es perjudicial ⁽³³⁾. No obstante hay bibliografía que defiende que el alcohol consumido en cantidades moderadas, en no portadores de alelo E4 es un factor protector de la Demencia Vascular, al reducir el daño oxidativo ^{(15) (18) (26)}. Más concretamente, el vino tinto protege la función endotelial, reduciendo la aterosclerosis ⁽³⁶⁾.

-Ser fumador: fumar cualquier sustancia, independientemente de sus efectos secundarios, es perjudicial por alterar la intima de los vasos, sobre todo si se asocia con HTA ⁽³³⁾.

-En cuanto a la dieta: en el estudio VITACOG se demuestra como el suplemento de vitamina B6 y B12 reduce la tasa de atrofia cerebral en pacientes con DCL porque ayudan a metabolizar la homocisteína. Además, la ingesta de antioxidantes, de omega 3 y reducir el consumo de grasas saturadas, pueden disminuir el riesgo de padecer demencia al disminuir la incidencia de enfermedades cardiovasculares que se extienden al sistema cerebrovascular. También cuentan como, patrones alterados del sueño o la falta de relaciones sociales propician la aparición de deterioro cognitivo ⁽¹⁸⁾. Recientemente se ha añadido a las causas de la DV la acumulación en el cerebro de productos de glicación o Reacción de Maillard, esto consiste en la glucosilación no enzimática de los grupos amino de las proteínas por acción de los azúcares reductores. Un ejemplo es la coloración marrón de la carne asada demasiado tiempo. ⁽³⁾

-Estrés: acusado de causar una cascada de reacciones fisiológicas que afectan al funcionamiento del cerebro y, en consecuencia, aumentarán las posibilidades de desarrollar demencia ⁽³⁷⁾.

Por tanto, el papel de la enfermera será el de brindar educación para la salud al paciente; que consista en evitar los factores de riesgo para las enfermedades vasculares que puedan provocar DV. Además de transmitirle las siguientes medidas profilácticas: ^{(15) (28) (13) (26)}

- Realizar actividad física diaria moderada.
- Realizar actividad intelectual estimulante y continuada.
- En la dieta, evitar las grasas saturadas e incluir las vitaminas B12, B6 y E.
- Controlar las cifras de la tensión arterial, colesterol, homocisteinemia, ácido fólico y de glucemia. No fumar.

No todos los pacientes con deterioro cognitivo vascular desarrollan una demencia, pero si presentan riesgo de hacerlo o al menos la mitad progresaran a demencia ⁽¹²⁾. Se calcula que posterior a un evento vascular cerebral, entre el 10 y el 35% de pacientes son afectados por algún grado de DC de tipo vascular durante los primeros 6 meses consecutivos al evento sobre todo alteraciones del lenguaje además de secuelas motoras ⁽⁸⁾.

2. Síntomas

Previo al desarrollo de una demencia, existe un estado intermedio entre el envejecimiento cognitivo fisiológico y la fase inicial de la demencia a la que se le denomina deterioro cognitivo leve ⁽⁵⁾, que si se considera patológica desde 1999 al intervenir negativamente en las actividades de la vida diaria pero sin afectarlas de forma importante ⁽¹⁸⁾. Además, involucra déficit de memoria y alteración en el rendimiento intelectual respecto a situaciones anteriores ^{(2) (8) (22)}. En este estado, a diferencia del demente, el paciente aún tiene recursos compensadores suficientes como para realizar sin dificultades notables o con mínimas limitaciones, sus actividades diarias instrumentales ⁽³⁸⁾.

Alteraciones cognitivas (2) (5) (7) (13) (20) (25) (28) (35)	Memoria: pérdida de concentración y memoria episódica.
	Lenguaje: afasia y disartria.
	Funciones visuales y ejecutivas: agnosias.
Alteraciones conductuales	Lenificación del pensamiento y del comportamiento: ideas delirantes, apatía, déficit de cálculo, de juicio, agresividad, irritación ^{(2) (7) (28) (25) (35)} , desinhibición y euforia. ⁽³⁵⁾
	Ansiedad. ^{(5) (11) (13) (35)}
	Depresión. ^{(4) (5) (7) (26) (35)}
	Trastornos de alimentación. ^{(2) (7) (28) (35) (39)}
Alteración de la autonomía funcional (2) (7) (13) (28) (35)	Actividades básicas de la vida diaria.
	Actividades instrumentales de la vida diaria.
	Actividades avanzadas de la vida diaria.

Tabla 6. Síntomas en la demencia.

Los factores que explican la génesis de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) ayudan tanto al profesional, como a los cuidadores, a comprender mejor la evolución clínica del paciente con esta patología: ⁽³⁵⁾

- Factores psicológicos: los SPCD son intentos fracasados de adaptarse a los cambios fisiopatológicos y ambientales que se terminan compensando con el afloramiento de los rasgos más básicos de la personalidad. Incluso, puede aparecer depresión como reacción psicológica ante un estado de deterioro cognitivo incipiente. (4)
- Factores sociales y ambientales: los estímulos que el paciente no sea capaz de comprender o la falta de ellos pueden generar SPCD al generar estrés en el paciente. Incluso estímulos como la luz, el ruido, grandes medidas de seguridad o compartir espacio, pueden generar la aparición de conductas arriesgadas o autolesivas.

Este trabajo se centra en el periodo inicial de la enfermedad, que se caracteriza por presentar unos síntomas adquiridos concretos: descenso del rendimiento intelectual, disminución de la capacidad adaptativa y como consecuencia aparición de depresión, trastornos del sueño y de memoria, inicio de la desorientación con desconocimiento de fechas o errores de cálculo y ortografía que previamente no habían sucedido ⁽²²⁾. Todos ellos persistentes durante semanas y en ausencia de alteración del nivel de conciencia. ⁽⁷⁾

Dentro de la sintomatología propia de la demencia, se encuentran síntomas concretos de tipo adquiridos más propios de DV, que tienen una aparición fluctuante e insidiosa en el tiempo: ^{(5) (17)}

- Síndrome de disfunción ejecutiva en el cual paciente no es capaz de abstraerse para planificar e iniciar su trabajo o vida social.
- Alteración de lenguaje de forma más acusada que en la EA, consiste en un lenguaje lento monótono y con frecuentes interrupciones, incluso repetición continua de palabras o frases.
- Alteración de la memoria episódica.
- Trastorno de la marcha: marcha de pequeños pasos con tendencia a caídas.
- Incontinencia urinaria: incontinencia de urgencia, poliuria y nicturia.
- Reflejos anormales de tipo involutivo como la prensión palmar o respuestas orales como el reflejo de succión o de hociqueo.

3. Evaluación de demencia en Atención Primaria

En la actualidad no se dispone de ninguna prueba bioquímica, genética, neuropsicológica o de neuroimagen que determine de forma precoz, en sujetos asintomáticos, que pacientes son los que van a desarrollar demencia. Pero la identificación de los sujetos con demencia en fases iniciales, permitirá la aplicación temprana de los tratamientos específicos que se han demostrado eficaces para retrasar el progreso de la enfermedad ^{(22) (23)}.

Esta tarea se lleva a cabo, desde Atención Primaria, mediante la aplicación de test cognitivos existentes en la población de riesgo. De esta forma, se puede

derivar al paciente a atención especializada (AE) donde se hará una valoración más completa y se establecerá un diagnóstico definitivo mediante pruebas médicas. Por eso, el diagnóstico de demencia corresponde al médico, pero la enfermera deberá poder valorar e identificar el deterioro cognitivo en sus pacientes de riesgo ⁽⁴⁰⁾.

La población de riesgo será aquella que cumpla los factores de riesgo anteriormente descritos para la DV ⁽²³⁾ ⁽⁴¹⁾. También se incluyen los pacientes que presenten deterioro cognitivo leve dentro de los tres primeros meses posteriores al ACV ⁽⁴⁾. A estos pacientes se les debe realizar un seguimiento adecuado durante meses y una evaluación de la progresión del deterioro dado el mayor riesgo de padecer demencia. Además hay que vigilar especialmente los déficits referidos por la familia o los cuidadores, como por ejemplo las quejas de pérdida de memoria, pues la mitad de los casos evolucionan a demencia trascurridos 5 años. ⁽²⁾

La evaluación y seguimiento en Atención Primaria debe incluir: ⁽²⁸⁾ ⁽²³⁾

- Anamnesis: consiste en la entrevista clínica estructurada al paciente y a un informador fiable. La enfermera deberá informarse sobre los antecedentes personales, familiares y anamnesis de los signos y síntomas que hacen sospechar deterioro cognitivo, de la situación socio-ambiental del paciente y del consumo de fármacos o drogas ⁽⁷⁾ ⁽²³⁾. La simple observación del vestido, aseo, lenguaje no verbal e interacción con el entorno o entre el paciente y el cuidador, ya ofrecen datos de utilidad diagnóstica ⁽²²⁾ ⁽³⁵⁾. Además, debido a la escasa percepción de la enfermedad por el propio paciente, estos suelen acudir acompañados; de lo contrario es más probable que sea depresión ⁽²⁰⁾.
- Exploración neuropsicología abreviada: mediante el uso de test cognitivos estandarizados que pongan de manifiesto el deterioro cognitivo. No hay un instrumento ideal y debe elegirse de acuerdo con las características de la población. Igualmente hay que tener en cuenta que nunca serán elementos de diagnóstico por sí mismos ⁽⁷⁾ ⁽²⁰⁾ ⁽⁴²⁾

Las alteraciones cognitivas encontradas deben ser adquiridas, con deterioro de las capacidades previas del paciente, comprobadas a través de un informador fiable o mediante evaluaciones sucesivas⁽²²⁾. Incluso si el resultado es negativo puede resultar de gran utilidad para constatar la presencia de un déficit progresivo en posteriores evaluaciones. Solo el seguimiento clínico confirmará si estamos frente a una situación estable o una progresión a demencia.⁽²⁰⁾

Durante los test de evaluación cognitiva hay que valorar si el paciente no está atento, desconcentrado, demuestra falta de interés o colaboración, pues respuestas como no lo sé o no puedo pueden indicar síndrome depresivo.⁽²⁰⁾ Estos test se pueden realizar a la familia mediante el test del informador, o al paciente en cuyo caso darán resultados más fiables si se hace individualmente, además se debe tener en cuenta que su percepción puede estar distorsionada por aspectos no cognitivos como el analfabetismo, falta de agudeza visual o sordera; o puede ser interesada^{(22) (23) (40)}.

Ante una sospecha de deterioro cognitivo es fundamental el diagnóstico diferencial entre envejecimiento normal, DCL, depresión, síndrome confusional agudo o subagudo, retraso mental, delirio y efectos de fármacos.^{(22) (40) (41)}

- Valoración de la repercusión funcional: Se realiza mediante entrevistas y/o escalas que valoran la capacidad funcional del paciente, sobre todo en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)^{(22) (23)}.
- Exámenes complementarios: solicitando analíticas que detecten deficiencias de vitamina B12, de ácido fólico, trastornos metabólicos como hipocalcemia o hipotiroidismo^{(7) (14) (41)}; pruebas de neuroimagen para el diagnóstico concluyente de demencia como TAC o RM, debido a que frecuentemente los eventos isquémicos son silenciosos y su mayor expresión es el déficit cognitivo fluctuante y escalonado, la depresión o cambios de comportamiento; el electroencefalograma que es útil para la distinción entre depresión y demencia^{(21) (23)}. Concretamente, la RM es más sensible para detectar cambios vasculares porque detecta lesiones

más pequeñas ⁽²⁰⁾. Si las pruebas de neuroimagen no muestran lesiones vasculares, se excluye el diagnóstico de Demencia Vascular ⁽⁵⁾.

En el intento de facilitar el diagnóstico de los pacientes afectados por DV han aparecido una serie de criterios: Criterios de la OMS ICD-10, Criterios DSM-V ⁽⁸⁾, Criterios NINDS/AIREN ⁽¹⁷⁾ y los criterios del grupo ADDTC ⁽⁶⁾.

En este trabajo se han seleccionado los criterios del *National Institute of Neurological Disorders and Stroke – Association Internationale pour la Recherche et l’Enseignement en Neurosciences* (NINDS/AIREN) basados en ICD-10 porque toman en cuenta los tres elementos básicos necesarios para lograr el diagnóstico de DV: pérdida cognoscitiva; exclusión de otros tipos de demencia como Alzheimer y lesiones cerebrovasculares demostradas por TAC o RM, que se relacionan con la DV si esta se inicia en los tres meses siguientes, aunque en la práctica es difícil de establecer ⁽²⁷⁾, además cuando hay más de dos infartos no se requiere relación de temporalidad ⁽¹⁷⁾. A mayores proponen evitar el término demencia mixta. Estos criterios tienen alta especificidad (95%) y una sensibilidad (45%) para el diagnóstico de DV ⁽³⁾. Su confiabilidad fue demostrada por López et al con un índice kappa de concordancia interobservador entre 0´46 y 0´72. ⁽⁵⁾

Criterios del NINDS - AIREN para DV
Demencia definida por un deterioro cognoscitivo que está precedido de un funcionamiento alto, caracterizado por la alteración de la memoria más dos áreas cognoscitivas adicionales.
Evidencia de enfermedad cerebrovascular ratificada en el examen clínico dada por síntomas focales consistentes con un ACV.
Evidencia en las imágenes de Enfermedad Cerebrovascular relevante incluyendo múltiples infartos, lesiones estratégicas, lesiones múltiples ganglios basales o de la sustancia blanca con infartos lacunares o enfermedad de sustancia blanca periventricular extensa o la combinación de las anteriores.
Relación temporal entre la demencia con el infarto cerebral que se manifiesta o inhere por una o más de las siguientes características: inicio abrupto de la demencia o dentro de los 3 meses de sucedido el infarto cerebral, compromiso fluctuante o escalonado de los síntomas cognoscitivos.

Tabla 7. Criterios del NINDS – AIREN para DV (17)

Los profesionales de AP, deben realizar una evaluación sistemática de las áreas cognitivas afectadas en la demencia, para lo cual deben elegir los test cognitivo breve (TCB) más útiles, que estarán en función de las características del paciente, la experiencia del clínico y del tiempo disponible ⁽⁴⁰⁾.

Test cognitivos para evaluar el deterioro cognitivo en AP	Test del informador de TIN ^{(7) (23) (40)}
	Mini-examen cognoscitivo ^{(2) (7) (10) (23) (25) (28) (40) (42)}
	Mini-Mental Status Examination ^{(7) (8) (42)}
	Short Portable Mental Status de Pfeiffer ^{(2) (7) (42)}
	Short test of mental status ⁽⁴²⁾
	Test del reloj ^{(7) (10) (23) (40) (42)}
	Foto test ⁽⁴⁰⁾
	Escala de Hachinski para DV ^{(6) (17) (23) (25)}
	ECB (every day cognition battery) para la cognición cotidiana ⁽⁹⁾
	Montreal cognitive assesment ^{(8) (28) (41) (42)}
	Examen cognitivo de Addenbrocke ⁽⁴²⁾
	Test de los 7 minutos ⁽⁴²⁾
	Eurotest ⁽⁴²⁾
	Prueba Cognitiva de Leganés ⁽⁴⁰⁾
	Ascertain dementia (AD) ⁽⁴⁰⁾
CAMDEX-R ⁽⁸⁾	
NEUROPSI y Batería Luria-DNA ⁽⁸⁾	

Tabla 8. Test de evaluación cognitiva para la detección de la demencia.

Un TCB se debe poder realizar en menos de 20 min, discriminando de forma rápida y objetiva, aunque superficial, entre situación normal o patológica y propiciando una derivación eficiente al siguiente nivel, la AE, donde se procederá a su diagnóstico. Además deben ser inocuos, baratos, fáciles de administrar y evaluar, estar libres de sesgos socio demográficos, trazar cambios cognitivos a lo largo del tiempo y presentar alta sensibilidad y especificidad (>80%) ⁽⁴²⁾ ⁽⁴³⁾.

Concretamente para la DV: buscamos evaluar las funciones que más frecuentemente están afectadas como: Lenguaje (L), Memoria episódica (ME), función ejecutiva (FE) y trastorno de la marcha. Aparte de ser aptos para adaptarse en AP.

- El Test del Informador (TIN), es un test cognitivo-funcional que puede cumplimentar un familiar en 5 minutos. A veces puede requerir la presencia del profesional, pero habitualmente puede cumplimentarlo el familiar tras una breve explicación. En estadios iniciales es uno de los más sensibles ⁽⁷⁾. Es bueno para la detección de demencia y no se ve influenciado por la edad, educación o salud mental. ⁽⁴⁰⁾
- Instrumento de Evaluación Mini-cognitivo: incluye el TR y una tarea de recuerdo de tres palabras ⁽⁴²⁾. Sirve para detectar demencia y para el diagnóstico de DC y control de su evolución, al evaluar la ME, FE y agudeza visuoespacial (AV), aunque tiene una sensibilidad baja. Exige destreza grafo-motora. ⁽⁴⁰⁾
- El Mini-Mental Status Examination (MMSE): es el más universal, empleado para la detección y seguimiento de DC, evalúa ME, FE, atención (A), L, AV, válido tanto para la AP como la AE. Por el contrario tiene una fiabilidad cuestionable al presentar alta variabilidad en el desempeño, además hay influencia de los factores educativos por lo que se desaconseja como método diagnóstico. ⁽⁸⁾ No obstante, aunque no parece ser una herramienta adecuada para el diagnóstico, si es útil para evaluar los cambios cognitivos a lo largo del tiempo y la respuesta a los tratamientos. Una respuesta incorrecta a los ítems de registro y denominación visual indican mayor grado de deterioro que errar en los

ítems de cálculo y memoria, al ser estos más difíciles. Su versión adaptada al castellano es el MEC de Lobo, se realiza de 10 a 15 min y cuenta con una sensibilidad y especificidad del 87% y 92% respectivamente para valores <24 que es la puntuación que sugiere deterioro cognitivo en mayores de 65 años ⁽⁷⁾, esta versión fue revalidada en 2002 con el añadido de la simplificación de la frase a repetir y la simplificación de la sustracción seriada. Otras adaptaciones son el SMMSE que es una forma corta para screening de pacientes con quejas de demencia y el MMSE-37 para población con bajo nivel educacional ⁽⁴²⁾.

- Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ): evalúa ME, memoria semántica (MS) y A, es aplicable a analfabetos aunque deben conocerse datos previos, por lo que no es aplicable a DC pero si para la detección de demencia sobretudo en el ámbito geriátrico y en AP. ⁽⁴⁰⁾ Junto con el MEC es uno de los test más útiles en Atención Primaria, se realiza en 3-5 minutos siendo muy útil para el cribado si se dispone de poco tiempo. ⁽⁷⁾ También evalúa la orientación y en la última pregunta el cálculo. Tiene una sensibilidad de 85,7% y especificidad de 79,3%. ⁽⁴²⁾
- Test corto del Estado Mental (STMS): ligeramente más eficaz que el MMSE, sirve para el rastreo especialmente para demencia en estadio leve. Evalúa orientación, atención, memoria inmediata, cálculo, abstracción, construcción, información y recuerdo. La sensibilidad del test para identificar demencia es del 86´4%, con una especificidad del 93´5%. ⁽⁴²⁾
- Test del reloj: (TR) evalúa el área visual (AV) y las FE, exige destreza grafo-motora, no es suficiente para la detección de DC, evalúa también la atención y planificación ⁽⁴⁰⁾. En 2008 Lessing obtuvo una especificidad de 88% y sensibilidad de 71%. ⁽⁴²⁾
- Fototest: aplicable a analfabetos, evalúa el L, ME y FE, aunque requiere un mínimo de agudeza visual. Sirve para detección y seguimiento de DC y demencia, está recomendado tanto en AP como en AE. ⁽⁴⁰⁾

- Escala de Hachinski: Para el diagnóstico diferencial de la DV, y su posterior modificación de Rosen, validada con datos post-mortem y de Loeb y Gandolfo, que introdujeron hallazgos de estudios radiológicos ⁽²⁵⁾, consigue alcanzar una sensibilidad de 84% y una especificidad del 82% para las demencias multiinfarto, pero no consigue diferenciar bien las demencias con un componente mixto. ⁽¹⁷⁾
- Everyday Cognition Battery (ECB): evalúa la competencia cognitiva de tres actividades instrumentales de la vida diaria como son: uso de medicación, manejo de finanzas y preparación de comidas; además dentro del ECB hay cuatro pruebas que evalúan el razonamiento inductivo, los conocimientos, la amplitud de cálculo y la memoria declarativa. Debe quedar claro el rendimiento del paciente en su entorno social cotidiano porque si está afectado el paciente debe ser sospechoso de demencia. Muchos investigadores a lo largo del tiempo han argumentado que es importante evaluar el funcionamiento cognitivo real o la “cognición en contexto” con ancianos cognitivamente capaces de resolver problemas complejos del día a día, en lugar de evaluar el rendimiento cognitivo con medidas no contextualizadas y poco objetivas. Es decir, que fuera del contexto habitual del anciano es sencillo demostrar pérdidas cognitivas que presenten al enfrentarse a tareas en las que sus vivencias o conocimientos no les son de utilidad. ⁽⁹⁾
- Montreal cognitive Assessment: (MoCA). Evalúa ME, MS, FE, A, L, AV y cálculo por lo que es útil para detección y seguimiento de demencia de varias etiologías como la enfermedad vascular cerebral y alteración cognitiva leve (ACL), por eso tiene mayor sensibilidad para la DV que el “Mini mental Test” ⁽⁴¹⁾ ⁽²⁸⁾. Por el contrario está indicado en AE porque requiere mucho tiempo y la cooperación de otros profesionales sanitarios. Además está muy influido por el nivel cultural ⁽⁸⁾. En España ha sido validado por Lozano et al en 2009 con una sensibilidad de 84,3% y especificidad de 71% ⁽⁴²⁾.

- El Addenbrocke,s Cognitive Examination (ACE-III) evalúa ME, FE, MS, A, AV y L, válido para diferenciar distintas etiologías de demencia pero está influenciado por factores educativos y requiere mucho tiempo por lo que esa indicado en AE. (40) Garcia-Caballero adaptó este test en 2006 a la población rural de bajo nivel educativo. (42)
- Test de los 7 minutos: (T7M) excelente para detección de demencia y DC al evaluar ME, FE, L y AV pero requiere más tiempo y material. (40) No está influenciado por variables como la edad, nivel educacional y sexo. (42)
- Eurotest: exige mínimo de agudeza visual y tener monedas. Evalúa FE, ME, MS y cálculo, por lo tanto es adecuado para la detección de DC y demencia tanto en AP como en AE. (40) No se ve influenciado por el nivel educacional. (42).
- Prueba Cognitiva de Leganés: (PCL) Excelente para la detección y seguimiento de demencia en AP, al evaluar ME, A, L y MS de ancianos con bajo nivel educativo. (40)
- Ascertain dementia (AD): ideal para AP al ser ultra breve, utiliza respuestas dicotómicas y tiene buen rendimiento para detección de DC (40)
- CAMDEX-R: útil para diferenciar la EA de otros tipos de demencia. (8)
- NEUROPSI evalúa la atención y memoria. (8)
- Batería Luria-DNA: evalúa AV, L, E y A. Es un test sensible que ayuda a detectar alteraciones de función cognitiva en áreas corticales específicas. (8)

Los resultados muestran como los test más utilizados en el ámbito de la AP son: el Mini-mental State Examination, el test del informador de TIN y el Test del reloj. (10) Pero en la detección de DV se hacen necesarios incluir otros test como: Everyday Cognition Battery (ECB) porque evalúa la cognición en contexto; Test corto del Estado Mental (STMS) que además de tener una alta

sensibilidad y especificidad, es más eficaz que el MMSE en el rastreo de demencia en estadio leve; Fototest porque se puede aplicar a analfabetos y tiene una relación coste efectividad mayor al MMSE, Escala de Hachinski utilizada en el diagnostico diferencial de la DV, NEUROPSI por ser particularmente útil en la evaluación post-EVC o Batería Luria-DNA, específica para la evaluación de deterioro cognitivo secundario a daño cerebral.

También se incluye el test “get up and go” o prueba de “levántate y anda” que relaciona un tiempo mayor de 14 segundos con mayor riesgo de caídas, además de servir de herramienta de seguimiento en evaluaciones posteriores. Y por último el índice de Barthel para evaluar las ABVD.

Además, como ya se ha dicho, también es importante el diagnostico diferencial entre demencia y depresión, para ello se puede emplear la escala de depresión geriátrica de Yesavage o identificar en el paciente las características definitorias mediante la siguiente tabla.

Características	Sugiere Depresión	Sugiere Demencia
Datos familiares Historia familiar. Preocupación familiar. Acompañamiento al paciente .	De depresión. Por la memoria. No siempre.	De demencia. Por la incapacidad. Casi siempre.
Historia personal Antecedentes. Inicio. Progresión. Tiempo de evolución. El inicio de la depresión. Síntomas depresivos. Respuesta a los antidepresivos. Quejas. Detalla sus molestias. Autoacusaciones. Delirios. Preocupado por... Trastornos alimentarios.	De depresión. Agudo. Rápida. Inferior a 6 meses. Precede al deterioro. Tristeza, anhedonia. Buena. De defectos cognitivos. Sí. Exagera sus limitaciones. Somáticos. Sus síntomas. Sí.	No. Insidioso. Lenta. Más de 6 meses. Posterior al deterioro. Labilidad emocional. Mala. Indiferente. Molestias vagas. Se queja de los demás. Delirio de robo u otros. Despreocupado. No.
Examen clínico Respuestas habituales. Pérdida de memoria. Quejas mnésicas. Desorientación. Afasia, apraxia, agnosia. Test de depresión. Test cognitivos.	"No sé", "no puedo". Reciente y remota. Sí. No. No. Positivos. Normales/poco alterados.	Gira la cabeza y pregunta. Mayor alteración de reciente. Escasas. Sí. Sí. Negativos. Alterados.

Tabla 9. Diagnostico diferencial entre depresión delirium y demencia. (7)

Respecto a la senectud, deberá ser entendida como una manera natural de envejecer del ser humano y no como un proceso patológico ⁽²⁾. Para poder diferenciar entre envejecimiento fisiológico o patológico hay que diferenciar entre deterioro cognitivo asociado a la edad (DECAE) y demencia ⁽⁴⁰⁾. En caso de aparecer DECAE se debe realizar un seguimiento de tres a seis meses. ⁽⁷⁾

Características	DECAE	Demencia
Alteración de la memoria	SI	SI
Problemas en actividades complejas	SI	SI
Otros trastornos cognitivos	NO, discretamente	SI
Evolución	ESTABLE	PROGRESIVA
Test MEC	=24	<24
Actividad laboral y/o social	PRESERVADA	ALTERADA

Tabla 10. Diagnostico diferencial entre DECAE y demencia. (7)

La enfermera de AP debe realizar una valoración familiar y social para recoger datos sobre: el enfermo, el número de familiares que viven con él, identificar al cuidador personal, nivel socioeconómico, conocimientos del cuidador acerca de la enfermedad e identificación de redes sociales de apoyo. ⁽²⁾. Por tanto, la atención al paciente con demencia debe incluir al cuidador debido a que asume un gran coste personal en términos económicos, sociales y de salud física/psíquica ("Síndrome del cuidador"). Prueba de ello son los programas de apoyo al cuidador que retrasan la institucionalización del paciente. ^{(10) (41)}

Por tanto, se debe explicar al cuidador el origen de los síntomas y advertirle de son irreversibles, pero si se puede lograr una reducción en la intensidad. También hay que avisarle de que la mayor parte de las conductas agresivas ocurren durante actividades de contacto directo e higiene, otras veces no se trata de los síntomas de la demencia sino de reacciones personales que se deben respetar ⁽³⁵⁾

CONCLUSIONES

Debemos entender que la demencia no es un problema de salud aislado que afecta solo al enfermo, sino una patología familiar y comunitaria. Por ello es necesario un equipo de carácter continuado, formada por equipos interdisciplinarios (sanitarios y no sanitarios), que tenga una visión integral (biopsicosocial) de la enfermedad, y que incluya la situación clínica del paciente, sus síntomas conductuales, comorbilidades, el medio en que vive y las características de cuidador. De ahí el protagonismo de los equipos de AP, cuyas elevadas tasas de infradiagnóstico no permiten a los pacientes acceder a los tratamientos eficaces. Por ello se propone una revisión actualizada del papel de la enfermería en la DV en el ámbito de la AP mediante dos puntos clave.

El primero es la educación para la salud a los pacientes clasificados de riesgo vascular, explicándoles que factores de riesgo modificables pueden controlar. Así como el estilo de vida que deben llevar, el cual se centrará en: una dieta sana, evitar tanto el exceso de alcohol como fumar tabaco y hacer ejercicio físico moderado pero también intelectual para aumentar la reserva cognitiva.

Y en segundo lugar la capacidad de detectar la DV de forma temprana mediante los test cognitivos estandarizados que brindarán la capacidad de diferenciar el proceso de envejecimiento fisiológico del deterioro cognitivo. Para ello es necesario conocer los síntomas de las etapas iniciales de la demencia y aquellos que son particulares para la DV, así como hacer un diagnóstico diferencial de otras enfermedades. Se debe tener en cuenta que no hay un instrumento ideal para este propósito y elegirlo de acuerdo con las características de la población. Los test que se hacen necesarios incluir en la detección de DV son: Everyday Cognition Battery, Fototest, Test corto del Estado Mental, Escala de Hachinski, NEUROPSI o Batería Luria-DNA. También se incluye el test "get up and go", Índice de Barthel y la escala de depresión geriátrica de Yesavage.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización mundial de la salud [Internet]. Copenhague: organización mundial de la salud; 2016 [acceso 27 de Febrero de 2017]. Centro de prensa. Nota descriptiva [3]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
2. Castillo S. Valoración y cuidados de enfermería a personas con problemas de salud mental: Alzheimer y otras demencias. Enfermería Geriátrica. Aula virtual Fuden [revista en Internet] 2016 [acceso 30 de Febrero de 2017]. [Extensión/páginas 29] Disponible en: <http://prescripcion.fuden.es/course/view.php?id=6>
3. Ministerio de Sanidad. Servicio social de igualdad. Estrategia en enfermedades neurodegenerativas del sistema nacional de salud; 2016.
4. Pineda A, Rendón JC, Toro E, Gómez JF. Depresión de aparición tardía y su relación con la demencia vascular en el anciano. MÉD. UIS.2014; 27(2):51-58.
5. Román G. Pascual B. Demencia Vascular y Deterioro Cognitivo de Origen Vascular. REVNEURO. 2012; 12, (1): 203-218
6. J. Galindo. Criterios diagnósticos de las demencias vasculares. PSICOGERIATRÍA. 2008; 0: 31-32
7. Montiel I. Sánchez M^a T. Asensio M. Alonso A. Demencias. Guía de Actuación Clínica en A. P. Alicante; 2006
8. Muñoz-Pérez M.J. Espinosa-Villaseñor D. Deterioro cognitivo y demencia de origen vascular. RMN. 2016; 17 (6): 85-96
9. Sanchez C. Fernandez E.J. A propósito de un caso en adulto mayor con demencia vascular en atención domiciliaria. TOG. 2015; 12 (22): 1-19
10. Pinedo F. Gala M. Duque S.J, P Zurdo M. Abordaje integral de la demencia. Inf Ter Sist Nac Salud 2011; 35: 39-45
11. Guerra M. Llibre J.J. García L. Síntomas psicológicos y conductuales en adultos mayores con diagnóstico de demencia. Panorama Cuba y Salud 2011; 6 (2-3): 20-25
12. Jellinger K.A. Avances en la fisiopatología de la demencia vascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 2004; 39(1): 41-9

13. Castro M. Caamaño B. Herrera H. Daniel Guerro Bracho. Avances recientes en el diagnóstico y tratamiento de la demencia vascular. *MéD.UIS*. 2012; 25 (3): 221-7
14. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía de Actuación en Atención Primaria. Barcelona; 3ª ed. 2007.
15. Farreras P. Rozman C. Cardellach F. Medicina Interna. 15ª ed. Madrid. ELSEVIER España S.A; 2006
16. Vázquez R. Proceso de atención de enfermería en la enfermedad vascular cerebral isquémica. *Rev Mex Enf Cardiológica* 2002;10 (1): 33-37
17. Bayona H. Demencia vascular: un reto para el clínico. *Acta Neurol Colomb*. 2010; 26 (3): 69-77
18. Menéndez M. Martínez M. Fernández B. López-Muñiz A. Estilo de vida y riesgo de padecer demencia. 2011; 7 (3:1): 1-7
19. Canto M. Bonis J. Bryant V. Castell M.V. Otero A. Calidad del registro del diagnóstico de demencia en atención primaria. La situación en España en el periodo 2002-2011. 2016; 48 (1): 33-41
20. Víctor T. Pérez Martínez. El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005; 21 (1-2)
21. Senties-Madrid H. Estañol-Vidal B. Demencias reversibles y demencias tratables. *REV NEUROL* 2006; 43 (2): 101-112
22. Arrieta E. Fernández L. González V. Goñi M. Guerrero Mª T. López P. Et al. Guía de Atención al Paciente con Demencia en Atención Primaria. Angelma S.A; 2007.
23. Perez-Berrocal J. Atención primaria. Temario de Medicina de Familia. Área de la mujer, niño, anciano y paciente terminal. Asturias. I.Gofer; 2014
24. Valhuerdi A. et al. Disfunción cerebral focal vascular en adultos mayores de la comunidad. Prevalencia, factores de riesgo aterogénico y manejo. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2015 Sep-Oct [citado: 12 de Marzo de 2017]; 37 (5). Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2827/1364>
25. Marcos D. Vasorreactividad y resistencia vascular periférica en el diagnóstico diferencial de la demencia vascular y la demencia tipo Alzheimer. [tesis doctoral]. Madrid; 1999

26. Mauricio R. Factores de naturaleza vascular y marcadores de inflamación como predictores de progresión a demencia en pacientes con deterioro cognitivo leve. [tesis doctoral] Universidad de Extremadura; 2016
27. Alfredo L. Demencia Vascular. Simposio 1. REVNEURO. 2012; 12: 41-51
28. Martín M. Actualización en el manejo de las demencias en atención primaria. Jano extra. 2008; (1.714): 47-54
29. Zamora D. Factores de riesgo y enfermedad cerebrovascular. Rev cub angiología y cirugía vascular. 2014; 15.
30. Barrera M.L. Riesgo de demencia y niveles de educación: Cuando aprender es más saludable de los que pensamos. Anales de Psicología. 2010; 26 (1)
31. Esteve M. El habito de la lectura como factor protector de deterioro cognitivo. Gac Sanit. 2013;27(1):68–71
32. García. F.J. et al. Prevalencia de demencia y de sus subtipos principales en sujetos mayores de 65 años: efecto de la educación y ocupación. Estudio Toledo. Med Clin (Barc) 2001; 116: 401-407
33. García-Pedroza F. Rodríguez I. Peñalosa Y. La epidemiología de las demencias. Rev Mex Neuroci 2003; 4 (4): 259-268
34. Medline Plus [Internet]. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU.; 2016 [acceso 27 de Febrero de 2017]. Enciclopedia medica. Demencia Vascular [5]. Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000746.htm>
35. Guerra A. Guerra J.J. García L. Síntomas psicológicos y conductuales en adultos mayores con diagnóstico de demencia. 2011; 6 (2-3): 20-25
36. Avello M. Radicales libres antioxidantes naturales y mecanismos de protección. Atenea 494. 2006.
37. Lucido CG. El Mundo. [Internet] 2013; [acceso 25 de Abril de 2017]. Salud. Neurociencia. [3]. Disponible en:
<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/10/01/neurociencia/1380614215.html>
38. Robles A. Del Ser T. Alom J. Peña-Casanova J. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. Neurología 2002; 17 (1): 17-32

39. De Luis D, Olatz Izaola. De la Fuente B. Muñoz-Calero P. Franco-López A. Enfermedades neurodegenerativas; aspectos nutricionales. *Nutr Hosp.* 2015; 32 (2): 951-951
40. Olzarán J. et al. Aplicación práctica de los test cognitivos breves. *Neurología.* 2016; 31 (3): 183-194
41. Ladera V. Perea M.V. Rastreo cognitivo en demencia. *REVNEURO.* 2012; 12 (1): 133-150
42. Pérez-Martínez D.A. Baztán J.J. González-Becerra M. Socorro A. Evaluación de la utilidad diagnóstica de una adaptación española del Memory Impairment Screen de Buschke para detectar demencia y deterioro cognitivo. *REV NEUROL* 2005; 40