

Título: “Cuidados Paliativos en ancianos con demencias”.

Autores: [José R. Rodríguez Rodríguez](#)*, Vivian Zas Tabares**, Mariela A. Sánchez Soroa***, Bárbara M. Leyva Salerno****.

* Especialista en Medicina Interna y de 2do. Grado en Gerontología y Geriátría. Ms.C Longevidad Satisfactoria.

** Especialista de 1er Grado Medicina General Integral, en Gerontología y Geriátría. Ms.C Longevidad Satisfactoria.

*** Especialista de 1er Grado Medicina General Integral, en Gerontología y Geriátría.

**** Especialista de 2do. Grado en Gerontología y Geriátría, Ms.C en Salud Pública y Envejecimiento.

**Editorial: Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.
CP 10400.**

geroinfo@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre: “Envejecimiento, Longevidad y Salud”

Summary.

Objectives: To offer updated information on the Dementia and their handling in the Palliative Cares, pointing out the palliative behavior of the illness in their different evolutionary stages. **Development:** Nowadays in the world, people of 60 and more years surpass 11,5% of the total of the humans, with a significant increase of the Advanced Chronic Illnesses, among them the Dementias that it is calculated that suffer it more than 35 million people, fundamentally old ones. The necessity to provide Palliative Cares to the patients with Dementia is a recognized reality by the professionals implied in the care of those, and it should be applied in all the levels of sanitary attention. Evolutionarily, the illness lapses for four phases: minor, moderate, severe and terminal, each one of them with its own clinical characteristics and where different palliative measures will be applied. **Conclusions:** The patients with Advanced Chronic Illnesses and in particular the Dementias have intense sufferings at the end of their lives, needing cares and careful attention that are offered by the Palliative Cares Programs, where the family, multidisciplinary teams and the whole society should be interrelated. All the people have right to a sanitary attendance with quality, scientific

and human. Therefore, to receive an appropriate medical care at the end of the life is the most valuable in the human rights.

Key words: Dementia, Palliative Cares, Taking of decisions, elderly.

Resumen

Objetivos: Ofrecer información actualizada sobre las Demencias y su manejo en los Cuidados Paliativos, señalando la conducta paliativa de la enfermedad en sus diferentes etapas evolutivas. **Desarrollo:** Actualmente en el mundo las personas de 60 y más años sobrepasan el 11,5 % del total de los humanos, con un significativo aumento de las Enfermedades Crónicas Avanzadas, entre ellas las Demencias que se calcula la padecen más de 35 millones de personas, fundamentalmente ancianos. La necesidad de proporcionar Cuidados Paliativos a los pacientes con Demencia es una realidad reconocida, por los profesionales implicados en el cuidado de estos, debiendo ser aplicados en todos los niveles de atención sanitaria. Evolutivamente la enfermedad transcurre por cuatro fases: leve, moderada, severa y terminal, cada una de ellas con características clínicas propias y donde se aplicaran diferentes medidas paliativas. **Conclusiones:** Los pacientes con Enfermedades Crónicas Avanzadas y en particular las Demencias padecen al final de sus vidas sufrimientos intensos, necesitando cuidados y atención esmerada que son brindados por los Programas de Cuidados Paliativos, donde deben estar interrelacionados la familia, equipo multidisciplinario y toda la sociedad. Todas las personas tienen derecho a una asistencia sanitaria de calidad, científica y humana. Por tanto, recibir una adecuada atención médica al final de la vida es el más preciado de los derechos humanos.

Palabras clave: Demencia. Cuidados Paliativos. Toma de decisiones. Anciano.

Introducción

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que comienza antes del nacimiento y continúa durante todo el curso de la vida. Actualmente el envejecimiento poblacional representa uno de los fenómenos demográficos de mayor trascendencia en todo el mundo, donde las personas de 60 y más años sobrepasan el 11,5 % del total de los humanos^(1,2). Este proceso se asocia al aumento de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en este grupo poblacional, presentándose en más del 70 % de los mismos y constituyen un reto para los sistemas de salud y bienestar social, provocando cambios importantes en su funcionalidad, perteneciendo a los

ancianos el mayor número de fallecidos por estas enfermedades junto alas oncológicas.

En la actualidad la Medicina Paliativa (MP) ha cambiado desde una visión específica dirigida a pacientes con cáncer avanzado hacia otra más genérica que abarca también a los pacientes con Enfermedades Avanzadas no malignas con pronóstico limitado y donde el objetivo fundamental es la mejora de la calidad de vida (*pacientes con diagnóstico reciente de cáncer avanzado*), hasta los cuidados de pacientes con enfermedades de mal pronóstico pero cuya muerte no parece cercana (*Enfermedad Crónica Avanzada de un órgano como las Hepatopatías crónicas, Insuficiencia Respiratoria Hipoxémica; Demencias Avanzadas; Enfermedades Degenerativas del SNC; SIDA, Ancianos frágiles y Comas evolucionados de causas diversas*), está cada vez más arraigado que los cuidados al final de la vida constituyen un derecho fundamental de la sociedad, pero en realidad estos pacientes no oncológicos son menos beneficiados por los programas de Cuidados Paliativos (CP) ^(3,4).

Entre las razones que justifican los CP no Oncológicos están: el envejecimiento poblacional, con el aumento de los ancianos mayores de 85 años provocando una elevación de la mortalidad por Enfermedades Crónicas Avanzadas (ECA), que constituyen la causa principal de muerte en los mayores de 60 años, los Ancianos Frágiles que tras larga enfermedad no responden a los tratamientos específicos, aparece un fallo multiorgánico, progresan los síntomas y además existe un deterioro paulatino funcional global ⁽³⁾.

La presencia de Enfermedad Avanzada, progresiva e incurable, con falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, impacto emocional en el paciente, familiares y equipo de salud, con pronóstico de vida limitado que definen al paciente subsidiario de CP, están presentes en la mayoría de los pacientes con Demencia en sus fases más avanzadas.

En todos los países del mundo existen ancianos con Demencia. Se pronostica que su incidencia y prevalencia debe incrementarse de una forma alarmante, no existen medidas curativas para la mayoría de sus diferentes tipos, el curso que la enfermedad sigue es el de la discapacidad progresiva y prolongada.

La necesidad de proporcionar CP a los pacientes con Demencia es una realidad reconocida, por los profesionales implicados en el cuidado de estos enfermos: enfermeras, psicólogos, médicos de familia, gerontólogos, geriatras y paliativistas así como los propios familiares, debiendo ser aplicados en todos los niveles de atención sanitaria ^(5,6).

La presente revisión bibliográfica tuvo como objetivo ofrecer información actualizada sobre las Demencias y su manejo en los Cuidados Paliativos, destacando el manejo de la enfermedad en sus diferentes etapas evolutivas.

Desarrollo

Demencias. Marco histórico. Definición.

Solón, 500 años a.n.e, fue uno de los primeros en referirse al deterioro del juicio como causa del envejecimiento, Hipócrates, Cicerón y Celso señalaron la relación entre edad avanzada y enfermedad psíquica, siendo Areteus de Cappadocia en el siglo II de nuestra era, el primer medico en reconocer el envejecimiento como factor de riesgo de las demencias ⁽⁷⁾.

Se define como una enfermedad irreversible caracterizada por la pérdida de las capacidades intelectuales, incluyendo la memoria, la capacidad de expresarse y comunicarse adecuadamente, de organizar la vida cotidiana y de llevar una vida familiar, laboral y social autónoma, conduce a un estado de dependencia total y finalmente, a la muerte ^(8,9), caracterizada por la disminución global de las funciones cognitivas y cuya consecuencia inmediata es la de interferir en las actividades habituales de la persona.

Es una patología incapacitante, con una duración media entre 8-12 años, aunque algunos pacientes pueden vivir hasta 20 años con la enfermedad. Es la principal causa de incapacidad, institucionalización y reducción de la supervivencia en los ancianos. Se trata de una enfermedad terrible para los pacientes y sus familias ya que produce una sobrecarga física, emocional y socioeconómica ^(10,11); evoluciona en cuatro fases: leve, moderada, severa y terminal, cada una de ellas con características clínicas propias, como se observa en la figura 1 ⁽¹²⁾.

Epidemiología.

El aumento de las personas con Demencias a nivel mundial es significativo, se calcula que existen más de 35 millones, cifras que alcanzaran los 65 y 115 millones en los años 2030 y 2050 respectivamente, con una incidencia de 4,6 millones de casos anualmente, siendo mayor este aumento en los países en vías de desarrollo donde se encuentran cerca del 60% de los enfermos ^(6, 8,13).

En Cuba, la encuesta del Grupo 10/66 encontró una prevalencia de Demencia entre un 6,4 % y un 10,8 % según diferentes criterios de clasificación ^(11,14).

Enfermedad de Alzheimer (EA).

Es el tipo de Demencia más frecuente, afecta alrededor de un 6 % de las personas mayores de 65 años, su incidencia se incrementa con la edad, calculándose que está presente en el 20 % de las personas de 80 y más años. Es una patología degenerativa

e irreversible del cerebro, de progresión lenta e inexorable, afecta difusamente las neuronas de la corteza cerebral y otras estructuras adyacentes, provocando un deterioro o pérdida de las capacidades intelectuales en varias esferas, cognitivas, incapacidad para el cuidado personal, comportamiento alterado y diversas anomalías neurológicas sin pérdida de la conciencia. Por último, se acaba perdiendo por completo la memoria y las facultades mentales superiores, tiene un aumento paralelo al envejecimiento poblacional, pero no forma parte del envejecimiento normal, afecta a las personas de manera diferente, es irreversible y progresiva (no existe cura) cuyo origen es conocido, pero no en toda su totalidad, progresa en etapas, no respeta clase social, género, grupo étnico ni lugar geográfico, no es contagiosa y a pesar de los avances en cuanto al diagnóstico biológico de la EA, los sistemas clasificatorios actuales se apoyan claramente en un diagnóstico clínico, siendo el definitivo histológico haciéndose en la necropsia ^(11,15,16,17).

Cuidados Paliativos y Demencias.

Los CP o continuos son definidos por la OMS como “el cuidado activo y total a los pacientes y a su entorno, por un equipo multiprofesional cuando la enfermedad no responde al tratamiento curativo, más aún si está en fase avanzada y progresiva y donde el objetivo esencial del tratamiento ya no consiste en prolongar la vida”, es la terapia que tiene como meta la prevención y el alivio del sufrimiento, pero no curar la enfermedad. Son un modelo de actuación sociosanitaria que promueve la solidaridad con el que sufre un padecimiento avanzado y progresivo no susceptible de curación ⁽²⁾. En las ECA desde su diagnóstico los tratamientos curativos y paliativos no son mutuamente excluyentes, sino que son una cuestión de énfasis, aplicaremos gradualmente un mayor número y proporción de medidas paliativas cuando avanza la enfermedad y el paciente deja de responder al tratamiento específico, los CP deben ser realizados por un equipo donde intervienen como núcleo básico médicos, psicólogos, trabajadores sociales y personal de enfermería, entre otros.

¿Por qué Cuidados Paliativos en pacientes con Demencia?

Las personas con Demencias necesitan de cuidados y el tipo e intensidad del mismo variara en dependencia a su severidad, los requerimientos van desde supervisión y ayuda en actividades de la vida diaria hasta el cuidado permanente en los pacientes dependientes; el 42% del costo total que se invierte en las Demencias se hace en los cuidados ^(11,13,18). La necesidad de CP en estos pacientes es una realidad por su alta frecuencia, incluyéndose entre las 10 primeras causas de muerte en muchos países y deben ser aplicados en todos los niveles de atención sanitaria.

La Sociedad Americana de Geriatría y la Academia Americana de Neurología editaron desde el pasado siglo documentos y directrices al respecto, incluyendo estos cuidados entre las prioridades de planificación asistencial, formación y calidad de cuidados en hospitales de agudos, unidades específicas y residencias de los pacientes portadores de esta enfermedad ⁽¹⁹⁾.

Establecer cuándo los pacientes con Demencia avanzada son candidatos a tratamiento paliativo terminal resulta difícil y de utilidad dudosa, ya que las características de la enfermedad obligan a un planteamiento menos estático y más flexible, la supervivencia puede ser de años.

Los síntomas de cada una de las esferas, no llevan un orden cronológico de aparición, normalmente suelen ir mezclándose unos con otros, en las etapas por las que progresa la enfermedad, no siendo fácil encontrarlas con síntomas exclusivos de una u otra esfera y no siempre los enfermos llegan a desarrollarlos todos. La afectación en cada persona ocurre de forma diferente dependiendo de cómo era antes de la enfermedad, su personalidad, su condición física y/o su estilo de vida.

Reisberg y cols. ^(20,21), describieron los síntomas principales que caracterizan las diferentes etapas por las que atraviesa un enfermo con Demencia en general y la Enfermedad de Alzheimer en particular a lo largo de su historia natural, en una escala denominada GDS (Escala de Deterioro Global), posteriormente simplificada para su uso práctico en la escala FAST (Functional Assessment Staging), facilitando el estadiaje de la enfermedad, sirviendo como guía para entender su progreso, ayudar a los cuidadores a estar alertas a problemas potenciales y permitir planear las necesidades futuras; es un patrón evolutivo que nos ayuda a entender el rumbo de la enfermedad aunque debemos tener presente que la evolución es muy heterogénea y cada caso hay que evaluarlo de forma individual, por ello el uso exclusivo de esta escala como método de inclusión puede hacer que pacientes con Demencia avanzada no se beneficien de los CP y que otros sean incluidos de forma poco acertada.

Estadios de la Escala FAST ^(20, 21, 22).

En la evolución de la enfermedad se han identificado 7 estadios:

Estadio 1: NDC (funcionamiento cognitivo normal). Ausencia de trastornos evidentes.

Estadio 2: DCML (deterioro cognitivo compatible con la edad). Concepto que en la actualidad es discutible.

Estadio 3: DCI (deterioro cognitivo leve o incipiente). Compatible con demencia incipiente.

Estadio 4: DCE (deterioro cognitivo evidente). Compatible demencia leve.

Estadio 5: DCA (deterioro cognitivo avanzado o moderadamente grave). Compatible con demencia moderada.

Estadio 6: DCMA (deterioro cognitivo muy avanzado o grave). Compatible demencia moderada - severa.

Estadio 7: DCT (deterioro cognitivo total o muy grave). Compatible con demencia terminal.

Como señalamos anteriormente los CP, se inician desde el diagnóstico de la enfermedad y la intensidad de estos aumentará con su evolución y disminuirá el tratamiento específico, evaluando estos estadios, se considera que, dependiendo del estado del enfermo, todo paciente en GDS 7 el que a su vez se subdivide en seis subfases (a-f) o en algunos casos en etapas de GDS 6 debe considerarse como un enfermo que requiere de CP de tipo terminal.

Estadio 7: sub-fases:

Fase 7a: Va perdiendo la capacidad de completar frases hasta circunscribirse a menos de media docena de palabras.

Fase 7b: Vocabulario inteligible se reduce a una única palabra, como los monosílabos A si o A no, hasta que finalmente queda reducido a gruñidos o chillidos.

Fase 7c: Pérdida de la capacidad ambulatoria: Comienzo muy variable: algunos caminan a pequeños pasos o lentamente, mientras otros se torsionan al caminar.

Fase 7d: Pérdida de la capacidad para mantenerse sentados: se establece aproximadamente 1 año después de perder la capacidad ambulatoria.

Fase 7e: Pérdida de la capacidad de sonreír: A pesar de ser capaces de mover los ojos ante la presencia de estímulos, ya no son capaces de reconocer objetos o personas familiares.

Fase 7f: Pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida: los pocos pacientes que sobreviven deben ser alimentados con pipetas, ya que no son capaces de reconocer la comida.

Criterios de terminalidad en las Demencias Avanzadas (21, 22, 23,24).

Son múltiples los criterios para definir la Demencia en estadio terminal pero la mayoría de los autores coinciden en señalar las siguientes características:

1. Edad > 70 años.
2. FAST (Functional Assessment Staging) >7c
3. Deterioro cognitivo grave MMS (Minimental State) < 14 puntos.
4. Dependencia total.
5. Complicaciones: comorbilidad, infecciones a repetición: urinarias, respiratorias, antibióticoterapia.

6. Disfagia.
7. Desnutrición.
8. Ulceras por presión.

En la definición de Enfermedad Terminal es importante distinguir entre Fase Terminal Biológica que es el momento en que las constantes vitales de la persona (pulso, presión arterial, temperatura, respiración y conciencia) están por debajo de los límites normales y son irreversibles por las vías terapéuticas disponibles y la Fase Terminal Terapéutica momento en que la enfermedad ha progresado hasta tal punto que los tratamientos o se han agotado o son ineficaces, es decir, enfermo terminal es aquel no susceptible de tratamiento activo sino paliativo solamente.

Objetivos de los Cuidados Paliativos en los pacientes con Demencia Avanzada.

1. Rehabilitación de las funciones perdidas potencialmente recuperables.
2. Mantenimiento de la máxima capacidad funcional del paciente a lo largo de la evolución de la enfermedad.
3. Control de síntomas, brindando confort y respeto al paciente.
4. Manejo clínico de las enfermedades concurrentes eligiendo la actitud terapéutica más beneficiosa en cada momento.

¿Cómo enfrentar el cuidado de la Enfermedad?

Las estrategias a seguir se adaptarán a las necesidades crecientes, (proceso que puede durar hasta 20 años), se sugerirán, indicaciones y consejos para cada fase, de modo que puedan servir de orientación al cuidador y le ayuden a convivir mejor con una persona que, va perdiendo capacidad de memoria y otras funciones. La fase final o encamamiento puede durar de unos pocos meses hasta varios años, durante los cuales el paciente se vuelve progresivamente inmóvil y dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria, siendo importante que los familiares y cuidadores comprendan bien las fases de la enfermedad para así ser más capaces de evaluar sus propias capacidades a la hora de atender al enfermo.

En los estadios leves, el diagnóstico de la enfermedad, la determinación y tratamiento de cuadros potencialmente reversibles, así como la valoración de tratamiento farmacológico, la información, el apoyo para evitar miedos y frustraciones, entre otras conductas adquieren una primordial importancia.

Se debe crear al paciente un entorno lo más cómodo y acogedor posible, sistematizar rutinas para las actividades, vigilar los alimentos y líquidos que consume, debe responsabilizarse con su aseo siempre que sea posible, vestirse solo y seleccionar su ropa, utilizar barras fijas en el baño, asegurando buena iluminación, no se debe intervenir en el uso del retrete hasta que no aparezcan signos concretos de que algo

funciona mal, evitar que salga solo del hogar son entre otras algunas de las actividades del cuidado.

En los estadios moderados, el entrenamiento en los cuidados, asesoramiento sobre los trastornos de conducta y manejo de problemas específicos como el insomnio, inmovilismo, incontinencia, agitación y disfagia entre otros, así como el tratamiento de enfermedades concurrentes y déficits sensoriales que puedan aparecer serán las premisas en la conducta. Se recomienda que en las comidas solo se ponga en la mesa lo que se vaya a utilizar en ese momento para evitar confusiones, en el momento del baño los útiles del aseo disminuirlos al mínimo posible, conservando la privacidad, asegurándose el cuidador que esté limpio y bien seco, se debe emplear ropas fácil de poner, diariamente se debe llevar a caminar mientras sea posible.

En estadios más avanzados, la elección de la ubicación más adecuada para el enfermo que es otra de las disyuntivas en discusión y que van desde la atención domiciliaria ^(23,25), la que consideramos el lugar ideal por las ventajas que brinda permanecer en el medio familiar, hasta los servicios hospitalarios de alto nivel; con sistemas de apoyo al cuidador, valoración de la sobrecarga y adecuación de la cobertura social y sanitaria en pacientes que están en su domicilio y las decisiones sobre el grado de actuación terapéutica ante las complicaciones, son los elementos fundamentales de la asistencia. En esta fase aparecen una serie de problemas como la dificultad en la alimentación (disfagia o negación a la ingestión) y las infecciones a repetición, alguna de las cuales será el evento final que conduzca a la muerte. Cuando el enfermo no sea capaz de alimentarse solo se le debe permitir que agarre algunos alimentos con la mano, no se deben mezclar alimentos líquidos y sólidos, siempre comprobar la temperatura de los alimentos, el aseo lo realizara el cuidador no olvidando los gustos del enfermo, lubricando la piel con crema hidratante, manteniendo una buena higiene bucal, debiéndose tener sentado el mayor tiempo posible.

Problemas más frecuentes en el estadio avanzado de las Demencias y la Enfermedad de Alzheimer en particular:

- a. de comunicación con el paciente, secundario a los trastornos del lenguaje por la progresiva afectación cerebral.
- b. nutricionales y de alimentación, por disfagia y riesgo de aspiración a vías aéreas.
- c. posturales y osteoarticulares: tendencia a la flexión articular, rigidez y deformidades articulares.
- d. incontinencia urinaria y fecal.

- e. respiratorios, secundarios a la postración e inmovilidad, estasis de secreciones respiratorias, disfagia, etc. con riesgo de neumonías.
- f. lesión de la piel: alto riesgo de úlceras por presión, por la inmovilidad, postración, problemas nutricionales, incontinencias, etc. Son muy importantes las medidas de prevención, que impidan su aparición como: higiene diaria de la piel, su hidratación empleando cremas, masajes con una toalla suave, protección de zonas de riesgo, fundamentalmente áreas de apoyo, tener libre la cama de cuerpos extraños que irriten la piel, estirar firmemente las sábanas, para impedir la formación de arrugas, cambio frecuente de posición, uso de colchones y cojines de aire, no emplear alcoholes porque resecan la piel, etc. Pero, a pesar de las medidas preventivas, a veces, debido al gran deterioro que sufren los pacientes, es inevitable la formación de úlceras por presión y es aquí donde el estado general, el pronóstico y la calidad de vida del enfermo han de marcar los cuidados a realizar(26).
- g. infecciones: urinarias, respiratorias, por el deterioro físico global y numerosos factores de riesgo presentes.
- h. problemas relacionados con el riesgo de lesiones debido a su situación de daño cerebral. En etapas anteriores presentan un alto riesgo de lesionarse involuntariamente al no ser capaces de reconocer los peligros del entorno.
- i. trastornos del sueño en las etapas iniciales e intermedias de la enfermedad, sin embargo, en estadios avanzados la tendencia al sueño es permanente. Las medidas de higiene, respiratoria y postural facilitan el descanso nocturno. 'por lo que se debe procurar una rutina e higiene del sueño.
- j. repercusiones emocionales y psicosociales en el paciente y su entorno familiar.

Fase de Encamamiento.

Puede durar desde unos meses hasta varios años, produciéndose de forma imprevista o como resultado de una patología añadida, siendo frecuente tras una infección, ingreso o una caída, puede ir precedida por rápida pérdida del habla o ésta producirse poco tiempo después; en esta fase deben seguirse un grupo de medidas, entre ellas: mantener la privacidad del enfermo, mantener su autoestima, medidas específicas para el baño que se realizara en momentos adecuados y con prudencia, brindarle distracciones no renunciando a ningún intento susceptible y asequible de diversión, etc.^(27,28).

En esta etapa la familia enfrenta dos graves problemas: el cuidado permanente que requiere un paciente totalmente dependiente y saber qué hacer si se presentan complicaciones con riesgo vital. Los cuidados cotidianos de un enfermo encamado harán que el cuidador realice una tarea constante que va a tenerlo ocupado durante la

mayor parte de las horas del día. Las familias requieren para atender mejor al enfermo en este estadio: cama articulada, silla de ruedas y un número amplio de cuidadores disponibles.

Complicaciones médicas más frecuentes que agravan el deterioro del demenciado terminal.

- a) Infecciones urinarias a repetición, que pueden llevar a bacteriemias y sepsis.
- b) Infecciones respiratorias frecuentemente en relación a aspiración bronquial por trastornos de la deglución o disfagia para sólidos o líquidos.
- c) Úlceras por presión hasta un grado 3-4, que no se consideran curables.
- d) Fiebre recurrente después de ciclos de antibióticos.
- e) Desnutrición y pérdida de peso de > 10% en 6 meses.

Conducta Terapéutica.

El objetivo prioritario en esta fase es lograr la mejor calidad de vida para el paciente y su familia, por lo que los problemas fundamentales que van a requerir la atención del equipo son: conseguir el adecuado control de síntomas, determinar el grado de agresividad en los tratamientos y valorar la adecuación de ingreso hospitalario ante determinadas complicaciones.

Entre los problemas que más atención requieren destacan:

1. Tratamiento sintomático: dolor, depresión, agitación, estreñimiento, anorexia y disnea ⁽²⁹⁾.
2. Valoración de un posible ingreso hospitalario en determinadas patologías.
3. Grado de agresividad en el tratamiento de infecciones recurrentes (antibioticoterapia, vías de administración y la aparición de otras complicaciones). Sobre el empleo o no, y la vía de administración de tratamiento con antibióticos, estará en función de la fase de la enfermedad y pronóstico de la complicación fundamentalmente, planteándose que no mejoran la tasa de supervivencia con respecto a medidas paliativas (analgésico y antipirético)(30).
4. Hidratación (v.o. / e.v.) y Nutrición (v.o. /s.n.g.) adecuadas ante la presencia de disfagia, deshidratación o desnutrición, en la actualidad se acepta que la hidratación y la nutrición artificiales deben considerarse un tratamiento médico como los demás, no debe recomendarse en pacientes con Demencia severa (aunque esta decisión debe ser individualizada según la situación del paciente). La sonda nasogástrica y gastrostomía percutánea no disminuyen el riesgo de neumonías por aspiración en los pacientes con Demencia muy severa, no prolonga la supervivencia, ni disminuye la incidencia de úlceras por presión e infecciones, recomendándose intentar la rehidratación y nutrición orales ^(24, 31,32).

Los profesionales que trabajen con estos pacientes deben tener las competencias necesarias para realizar los cuidados, la toma de decisiones terapéuticas requiere alto grado de análisis por su complejidad, problemas que pueden ser rápidamente cambiantes y de flexibilidad para considerar los múltiples factores asociados. La tasa de éxito de la reanimación cardiopulmonar en demencia severa es casi tan baja como en el cáncer metastático, por lo que debe ser considerada una medida extraordinaria. Las decisiones siempre deben tomarse de forma consensuada entre el equipo y la familia, es conveniente que la intervención recomendada en cada momento quede reflejada de forma detallada en la historia clínica.

Se deben establecer las interrelaciones entre la Atención Primaria en coordinación con Servicios de Geriatría y/o de Cuidados Paliativos, para realizar un programa de cuidados en la asistencia de estos pacientes con Demencia, dado que se puede alcanzar un alto nivel de satisfacción con la calidad de estos, el control de síntomas y el respeto por las voluntades anticipadas del paciente, es decir, se debe plantear un modelo de atención colaborativo e interdisciplinar, donde la Evaluación Geriátrica juega un rol fundamental, basado en la coordinación entre niveles asistenciales y entre los recursos convencionales y específicos de CP, debiéndose proponer y promover, al domicilio como lugar idóneo de atención a estos enfermos.

Conclusiones.

El envejecimiento de la población y el aumento del número de personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas, representan un importante reto para los sistemas de salud. Estos enfermos padecen al final de sus vidas sufrimientos intensos necesitando cuidados y atención esmerada que son brindados por los Programas de Cuidados Paliativos, debiendo estar interrelacionados la familia, equipo multidisciplinario y toda la sociedad. Los CP para los enfermos con Demencia avanzada o terminal aún tienen vacíos en el conocimiento, pero comienzan a llenarse poco a poco y a integrarse, articulando así un sistema de atención adecuada para este tipo de enfermos, que tiene en el hogar el lugar idóneo de aplicación. Todas las personas tienen derecho a una asistencia sanitaria de calidad, científica y humana. Por tanto, recibir una adecuada atención médica al final de la vida es el más preciado de los derechos humanos.

Referencias bibliográficas

1. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), HelpAge International. Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío. Resumen ejecutivo, 2012. Disponible en: [http:// www.helpagela.org](http://www.helpagela.org). Consulta: 30 de noviembre 2014.
2. Rodríguez Rodríguez JR, Zas Tabares V, Silva Jiménez E, Rojas González M, González MoroAM. La enfermería y los cuidados paliativos. Una perspectiva desde la geriatría. GEROINFO. Publicación Periódica de Gerontología y Geriatría. RNPS 2110 ISSN 1816-8450. Vol.7. No.3. 2012. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/>. Consulta 3 de octubre 2014.
3. Sanz Navarro R, López Almazan C. Aproximación a los Cuidados Paliativos en las enfermedades avanzadas no malignas AN. MED. INTERNA (Madrid) Vol. 25, No 4, pp. 187-191, 2008.
4. Álvarez-Cordovés MM, Mirpuri-Mirpuri PG, González-Losada J, Chávez-Díaz B. Cuidados paliativos en atención primaria. A propósito de un caso. REVISTA SEMERGEN- MEDICINA FAMILIAR [Vol. 39. Núm. 07. Octubre 2013](#) ISSN:1138-3593 disponible en: <http://webmail.sld.cu/index.php?url=http%3A%2F%2Fwebmail.sld.cu%2F> Consulta 13 de octubre 2014.
5. Kalaria RN, Maestre GE, Arizaga R, Friedland RP, Galasko D, Hall K, et al. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management and risk factors. Lancet Neurol. 2008; 7(9):812- 815.
6. Roca Socarás AC, Blanco Torres K. Demencia en el ámbito de los cuidados paliativos del Hospicio de Seychelles. Revista Finlay. 2011 Sep-Dic: 1(3):15-20. Disponible en: www.revfinlay.sld.cu Consulta 8 de enero 2015.
7. Llibre Rodríguez J. Atención a personas con demencias y enfermedad de Alzheimer. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2013.
8. Burns A, Iliffe S. Alzheimer's disease. BMJ. 2009; 338:b158.
9. Romero Cabrera AJ, Fernández Casteleiro E, López Argüelles J, Sust Piña J, Cordero Jiménez JR. Actualización en diagnóstico y manejo de las demencias. Aportes prácticos en nuestro contexto. Revista Finlay. 2012 Ene-Mar; 2(1):disponible en www.revfinlay.sld.cu. Consulta 28 de agosto 2014.
10. Downs M. Bowers B. Caring for people with dementia. BMJ. 2008; 336(7638):225-6.
11. Acosta D, y colabs. La Enfermedad de Alzheimer. Diagnóstico y Tratamiento. Una perspectiva Latinoamericana. Editorial Médica Panamericana. México, 2011.

12. Volicer L. Management of severe Alzheimer's disease and End-of-life issues. Clin Geriatr Med.2001; 17(2):377-91.
13. Rodríguez Rivera L, Llibre Rodríguez JJ. Prácticas Médicas en las Demencias. Editorial Ciencias Médicas, 2010. ISBN 978-959-212-620-6.
14. Llibre Guerra JJ, García Arjona L. Demencias y enfermedad de Alzheimer un recorrido por la historia. GEROINFO. Publicación Periódica de Gerontología y Geriátría. RNPS 2110 ISSN 1816-8450. Vol.9. No.1 2014. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/> Consulta 3 de febrero 2015.
15. Young J, Meagher D, Maclullich A. Cognitive assessment of older people. BMJ. 2011; 343:d504.
16. López-Álvarez J, Agüera-Ortiz LF. Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría en: www.viguera.com/sepg Psicogeriatría 2015; 5 (1): 3-14 Viguera Editores, S.L.U. 2015. Consulta 3 de febrero 2015.
17. Saavedra C, Olivares, Jaime Iglesia El. Estudio transversal y longitudinal sobre el envejecimiento y la enfermedad de Alzheimer en estadio leve mediante los potenciales cerebrales N170-VPP durante el procesamiento de caras conocidas y desconocidas en: www.viguera.com/sepg Psicogeriatría 2015; 5 (1): 31-38 Viguera Editores, S.L.U. 2015. Consulta 3 de febrero 2015
18. Sanchs GA. Dying from dementia. N. Engl. J Med 2009; 361 (6):1595-1596.
19. The American Academy of Neurology Ethics and Humanities Subcommittee. Ethical issues in the management of demented patient. Neurology 1996; 46:1180-3.
20. Luchins DJ, Hanrahan P, Murphy K. Criteria for enrolling patients in hospice. J Am Geriatr Soc. 1997; 45:1054-9.
21. Pérez Zepeda MU. Cuidados paliativos en demencia y otras enfermedades Neurodegenerativas pág. 257-267 en: Tópicos de actualización en neurobiología Envejecimiento y Neurodegeneración ISBN: 978-607-450-402-6 Impreso y hecho en México Primera edición, 2011.
22. Arriola Manchola E, González Larreina R, Ibarzabal Aramberri X, Buiza Bueno C. Criterios para la inclusión de un paciente con síndrome demencial en la fase asistencial de cuidados paliativos. Revista Española de Geriátría y Gerontología Vol. 37. Núm. 04. Julio 2002.
23. Stuart B, et al. Medical Guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases National Hospice Organization. Second Edition. Arlington. 1996.

24. Frissini GB, Franzoni SM, Bellelli G, Morris J, Warden V. Overcoming Eating Difficulties. En: Volicer L, Hurley A, eds. Hospice Care for Patients With Dementia. New York: Springer Publishing Company; 1998. p. 48-67
25. Millet Sampedro M. Sobre cómo mejorar la atención en cuidados paliativos en: Revista Atención Primaria Vol. 47. Núm. 03. Marzo 2015.
26. Rodríguez Rodríguez JR, Zas Tabares V, Silva Jiménez E, Rojas González M, González Moro AM. La Enfermería y los Cuidados Paliativos. Una perspectiva desde la Geriatria. GEROINFO. Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria. RNPS 2110 ISSN 1816-8450. Vol.7. No.3 2012.
Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/>. Consulta 9 de febrero 2015.
27. Ziegler-Graham K et al. Alzheimer's Dement 2007;3(Suppl):S168-9
28. Grau Abalo JA, Chacón Roger M, Reyes Méndez MC. Guía de cuidados para familiares de enfermos crónicos avanzados. Editorial Ciencias Médicas, La Habana 2012.
29. Zas Tabares V, Rodríguez Rodríguez JR, Silva Jiménez E. EIDoloir y su manejo en los Cuidados Paliativos. Panorama Cuba y Salud 2013; 8(2):41-48.
30. Volicer L, Brandeis GH, Hurley AC. Infections in Advanced Dementia. En: Volicer L, Hurley A, eds. Hospice Care for Patients With Dementia. New York: Springer Publishing Company; 1998. p. 29-47
31. Finucane T.E.; Christmas C.; Travis, K. Tube Feeding in Patients with Advanced Dementia: A Review of the Evidence. JAMA 1999; 282(14):1365-1370.
32. Díez Porres L. Evolución clínica de la demencia avanzada. Rev Clin Esp.2010; 210:359-60 - Vol. 210 Num.7 DOI: 10.1016/j.rce.2010.03.004.

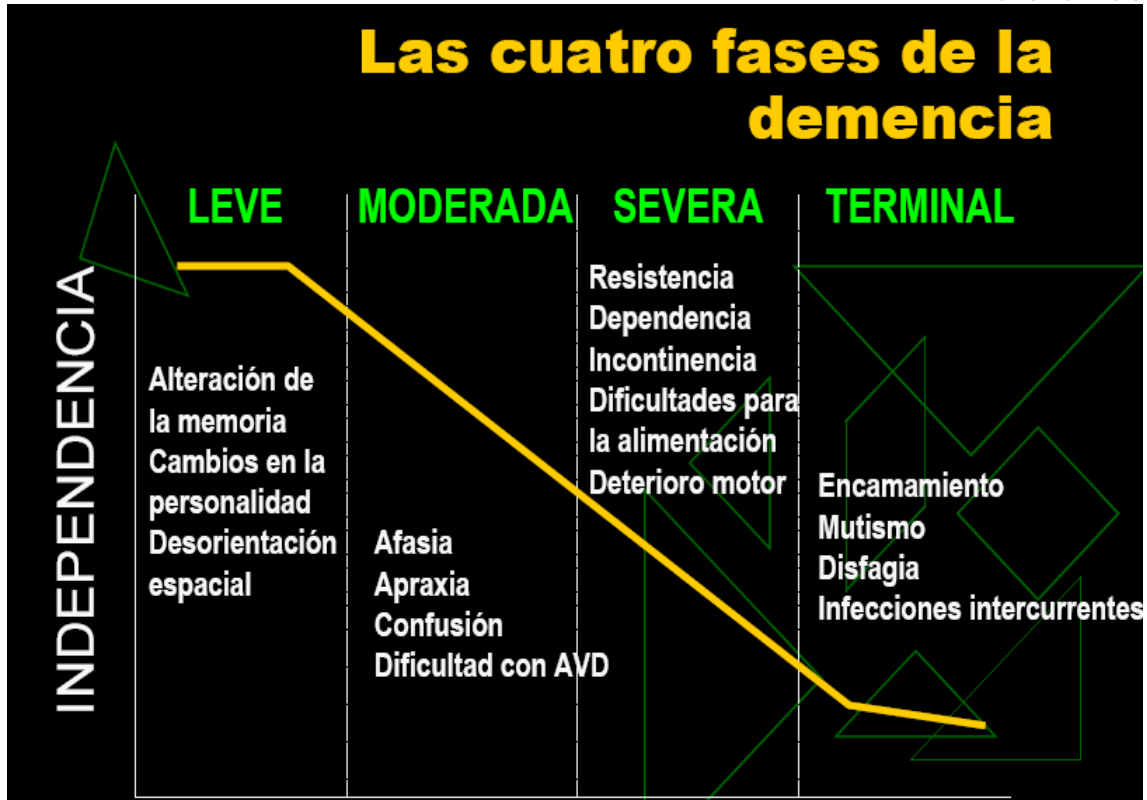


Figura 1. Fases de la Demencia. Tomado de: Volicer L. Management of severe Alzheimer's disease and End-of-life issues. Clin Geriatr Med.2001; 17(2):377-9