



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título: “Comparación del consumo de recursos sanitarios y sociosanitarios en pacientes diagnosticados de demencia en un centro de salud docente y un centro de salud no docente”

Alumno: Molina Castillo, Patricia

Tutor: Clua Espuny, José Luis

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria

2020-2021

Resumen

Introducción: La demencia se define como una enfermedad adquirida que afecta a la esfera intelectual, emocional, volitiva y conductual persistentes, que involucra a varias habilidades necesarias para las actividades de la vida diaria como pueden ser, la memoria, el lenguaje, capacidades viso espaciales, la afectividad, la personalidad o la cognición. Todo esto, lleva a un deterioro global, personal y social progresivo. Ante una población cada vez más envejecida en nuestro medio según los datos demográficos, la demencia se ha convertido en uno de los grandes retos para la sanidad de los países occidentales. Esta enfermedad, además de afectar a los pacientes, también lo hace sobre su entorno familiar y social. A pesar que la “prevalencia de demencia en los mayores de 65 años es del 5-12%”, encontramos muy pocos estudios que analicen el consumo de recursos sanitarios y sociosanitarios en estos pacientes.

Objetivo: Comparar el consumo de recursos sanitarios (frecuentación, derivaciones, pruebas de imagen, prescripciones farmacológicas y no farmacológicas) y recursos sociales en pacientes diagnosticados de demencia en un centro de salud docente con otro centro de salud no docente.

Diseño: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, comunitario. Se analizarán todos los pacientes diagnosticados de deterioro cognitivo o demencia en los últimos cinco años pertenecientes a dos Centros de Salud de Molina de Segura (Murcia), siendo un centro docente y otro no docente, respectivamente. Se obtendrán los datos a partir del programa OMI estadístico, seleccionando los pacientes registrados con los códigos CIAP p20 y/o p70, en el periodo de tiempo de cinco años comprendido entre enero de 2015 y diciembre 2020. Esta información se recogerá en una base de datos de Excel. Para realizar el análisis estadístico de las variables, se creará una base de datos con el programa estadístico SPSS.

Palabras clave: Demencia, Deterioro cognitivo, Pruebas de Estado Mental y Demencia, Atención Primaria. Dementia, Cognitive Dysfunction, Mental Status and Dementia Tests, Primary Health Care.

Índice

1. Pregunta de investigación	2
2. Pregunta en formato PICO	2
3. Antecedentes y estado actual del tema	2
4. Justificación del estudio	4
5. Hipótesis Nula	5
6. Objetivos de la investigación.....	5
1. Objetivo principal:	5
2. Objetivos secundarios:	5
7. Materiales y métodos	6
7.1 Tipo de diseño.....	6
7.2 Población diana y población a estudio	7
7.3 Criterios de inclusión y exclusión	7
7.4 Cálculo del tamaño de la muestra	8
7.5 Método de muestreo.....	8
7.6 Método de recogida de datos.....	8
7.7 Variables.....	9
7.8 Descripción de la intervención, si la hubiera	11
7.9 Descripción del seguimiento, si lo hubiera.....	11
7.10 Estrategia de análisis estadístico	11
7.11 Programa estadístico a utilizar.....	12
8. Aplicabilidad y utilidad de los resultados si se cumpliera la hipótesis.	13
9. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	13
10. Limitaciones y posibles sesgos, y métodos utilizados para minimizar los posibles riesgos.	13
11. Posibles problemas éticos.	14
12. Calendario y cronograma previsto para el estudio.....	15
13. Personal que participará en el estudio y cuál es su responsabilidad:	16
14. Instalaciones e instrumentación, si fuera necesario.....	16
15. Presupuesto.....	17
16. Bibliografía.....	18
ANEXO.....	21

1. Pregunta de investigación

¿Hay mayor consumo de recursos sanitarios y sociosanitarios en pacientes diagnosticados de demencia en un centro de salud no docente en comparación con un centro de salud docente?

2. Pregunta en formato PICO

P: Pacientes diagnosticados de demencia en un centro de salud docente y en un centro de salud no docente

I: Evaluación del consumo de recursos sanitarios y sociosanitarios

C: Consumo de recursos (frecuentación, derivaciones, pruebas de imagen, prescripciones farmacológicas y no farmacológicas) por pacientes diagnosticados de demencia en un centro de salud docente vs uno no docente

O: Se estima un consumo de recursos significativamente mayor en pacientes diagnosticados de demencia en un centro de salud no docente

3. Antecedentes y estado actual del tema

El deterioro cognitivo leve es una fase media entre el proceso de vejez normal y la demencia caracterizado por una pérdida de memoria sin alteraciones cognitivas o funcionales (1,2).

La demencia es un síndrome que evoluciona progresivamente, provocado por una serie de enfermedades cerebrales que afectan a la memoria, el pensamiento, el comportamiento y las habilidades para realizar actividades de la vida diaria. Debido al progresivo incremento en la esperanza de vida y las poblaciones cada vez más envejecidas, la demencia es un problema cada vez más prevalente. No está recomendado el cribado de demencia en población general, aunque es

aconsejable el diagnóstico en fases iniciales en pacientes sintomáticos para planificar los cuidados, medicalización y mejorar la autonomía del paciente (3,4).

Para lograr un diagnóstico adecuado de deterioro cognitivo o una demencia es aconsejable seguir un algoritmo diagnóstico básico mediante; entrevista, exploración física, neurológica y mental, que incluya test estructurados y valoración de la situación funcional. Se debe confrontar la anamnesis con un familiar (5,6).

Entre los test más usados en España se encuentran el Short Portable Mental Status Questionnaire (test de Pfeiffer) y el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC), adaptación del minimental de Folstein (MSSE) a la población española. Se pueden complementar con otros test fáciles y rápidos como el test del reloj (dibujar un reloj con todos sus números y las manillas a las once y diez) o de fluencia verbal (nombrar series de palabras) (7,8,9).

Según los estadios clínicos, la demencia la podemos clasificar en estadio I (demencia ligera, MEC 24-18), estadio II (demencia moderada, MEC 17-11) y estadio III (demencia importante, MEC 10-0) (10).

Aunque no se cuenta con estudios potentes que describan la frecuentación y el consumo de recursos sanitarios que realizan los pacientes diagnosticados con demencia desde Atención Primaria, “la demencia es el proceso que provoca más años de vida perdidos por discapacidad, con gran coste económico social asociado” (11).

Las medidas no farmacológicas son el primer escalón de tratamiento y suponen un coste monetario y de recursos personales enormemente alto (12,13). La terapia farmacológica en la demencia cuenta con escasos y limitados estudios que apoyen la evidencia de su utilización. Es necesario acordar con el propio paciente y sus familiares la necesidad de tratamiento, informando de las expectativas reales y los efectos adversos (14). La polimedización en los ancianos puede resultar en yatrogenia, debido al gran número de efectos secundarios y/o

indeseables que producen las terapias farmacológicas para el tratamiento de la demencia y el escaso beneficio obtenido en comparación (15). Tanto es así, que en 2018 el gobierno francés eliminó la financiación de los fármacos en la demencia tipo Alzheimer del Sistema Público de Salud (16,17,18,19).

Es necesario derivar a un segundo nivel para solicitar pruebas complementarias (como neuroimagen) si no se puede realizar su petición desde AP, para que de esta forma, se llegue al diagnóstico definitivo de demencia en los casos que se puedan plantear dudas o aquellos que presenten síntomas atípicos al inicio o a lo largo de la enfermedad, para poder etiquetar los subtipos de demencia, cuando precisen de un tratamiento que no se pueda prescribir desde AP y también en familias que sea necesario consejo genético (20). En cada una de las etapas de la demencia se debe trabajar con los servicios sociales e informar a la familia de forma conjunta acerca de recursos asistenciales disponibles. En las fases leves y moderadas de la enfermedad está recomendada la derivación para tratamiento en los centros de día específicos (11).

4. Justificación del estudio

Ante la ausencia de estudios potentes que analicen el consumo de recursos en los pacientes con demencia y dado que esta enfermedad representa uno de los problemas sociosanitarios más importantes en el momento actual, por su frecuencia, (“la prevalencia de demencia en los mayores de 65 años es del 5-12%”) y por la dependencia que provoca (10), resulta interesante estudiar sobre el consumo de recursos de estos pacientes y comparar ese consumo entre dos tipos de centros de salud, uno docente y otro no docente.

Además, la presencia de limitados estudios que apoyen la evidencia de la utilización de terapias farmacológicas en la demencia (16,17,18,19),

incluso pudiendo llegar a ser yatrogénica en algunos pacientes, hace reflexionar sobre el planteamiento de deprescripción en ciertos casos.

5. Hipótesis Nula

No hay diferencias significativas en el consumo de recursos (frecuentación, derivaciones, pruebas de imagen, prescripciones farmacológicas y no farmacológicas) en un centro de salud no docente en los pacientes diagnosticados de demencia en comparación con un centro docente de la misma localidad y población de características demográficas similares.

6. Objetivos de la investigación

1. Objetivo principal:

- Comparar el consumo de recursos sanitarios (frecuentación, derivaciones, pruebas de imagen, prescripciones farmacológicas y no farmacológicas) y recursos sociales (trabajadora social, ayuda a domicilio, ayuda económica, ingreso sociosanitario) en pacientes diagnosticados de demencia en un centro de salud docente con otro centro de salud no docente.

2. Objetivos secundarios:

- Relacionar el consumo de recursos totales al mayor o menor grado de severidad de la demencia y comorbilidades de los pacientes.
- Describir la frecuentación total de servicios sanitarios de los pacientes diagnosticados de demencia en ambos Centros de Salud.

- Valorar consumo de prescripciones no farmacológicas y uso de recursos sociales y comunitarios.
- Analizar el consumo de fármacos, en especial fármacos antidemencia, en pacientes diagnosticados de demencia en los dos Centros de Salud.
- Analizar el número de pacientes diagnosticados de demencia que son manejados exclusivamente desde Atención Primaria y cuántos son derivados para valoración por Atención Especializada (Neurología).

7. Materiales y métodos

7.1 Tipo de diseño

- Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, comunitario. Periodo de estudio desde el 01/01/2015 al 31/12/2020.
- Ámbito de estudio: el estudio se realizará en dos centros, uno docente (centro A) y otro no-docente (centro B).
 - Centro de salud docente: docente desde hace 25 años acreditado por la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de las Áreas Vega Media del Segura, Vega Alta del Segura y Altiplano de Murcia. Docente en grado en medicina y enfermería y residentes de enfermería (EIR matrona/familiar y comunitaria) y medicina familiar y comunitaria y pediatría (MIR). Centro de salud urbano, 1800 habitantes/médico, 19 médicos de Atención Primaria, 3 residentes de cuarto año. Edad media de los facultativos 55 años. Consulta de matrona, fisioterapeuta, odontólogo, trabajadora social. Dispone de sala de cirugía menor y crioterapia, ecografía y espirometría. Además, de accesibilidad en horario de mañana y tarde y de servicio de urgencias.
 - Centro de salud no docente: Centro de salud urbano, 1500 habitantes/médico, 18 médicos de Atención Primaria. Edad

media de los facultativos 52 años. Consulta de matrona, fisioterapeuta, trabajadora social, oftalmólogo, cardiólogo, ginecólogo. Sala de ecografía. Horario de mañana y tarde y servicio de urgencias.

7.2 Población diana y población a estudio

- Población diana: pacientes diagnosticados de demencia pertenecientes a los CS Jesús Marín y Antonio García de Molina de Segura.
- Población a estudio: Pacientes pertenecientes a un CS docente y a otro no docente con diagnóstico de deterioro cognitivo o demencia en el periodo entre el 01/01/2015 y el 31/12/2020.

7.3 Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión:
 - Pacientes diagnosticados de demencia entre enero de 2015 y diciembre 2020 de deterioro cognitivo o demencia según la categoría diagnóstica CIAP p20 y p70.
 - Pacientes pertenecientes al Centro de Salud Jesús Marín (Molina Sur), y al Centro de Salud Antonio García (Molina Norte) en el área VI de salud de Murcia.
 - Pacientes cuya información personal e historia clínica esté accesible en los programas informáticos OMI y Selene al momento del estudio.

- Criterios de exclusión:
 - Pacientes que tienen en el momento del diagnóstico de demencia un pronóstico vital inferior a un año (por ej. un carcinoma u otras patologías).
 - Pacientes institucionalizados en residencias.
 - Pacientes en los que no es posible el acceso a su historia clínica de OMI por cambio de área de salud.

7.4 Cálculo del tamaño de la muestra

No se realiza cálculo de tamaño muestral, dado que se van a incluir todos los pacientes que hayan sido diagnosticados de demencia en ese periodo de tiempo y que cumplan los criterios de inclusión.

7.5 Método de muestreo

No es necesario, ya que se incluye toda la población.

7.6 Método de recogida de datos

Se obtendrán los datos a partir del programa OMI estadístico, seleccionando los pacientes registrados con los códigos CIAP p20 y/o p70, en el periodo de tiempo de cinco años comprendido entre enero de 2015 y diciembre 2020.

Esta información será recogida por el investigador principal, con ayuda de dos investigadores más del centro al que pertenecen. Previamente será firmado el consentimiento informado por parte de los pacientes que participan en dicho estudio o sus tutores.

7.7 Variables: las variables a obtener se agruparán en los siguientes grupos (Incluye dentro de cada grupo las variables específicas que medirás): demográficas, clínicas, pruebas diagnósticas, comorbilidades, farmacológicas, socio-sanitarias.

A. Variables independientes:

- Centro de salud docente: (1: Si, 0: No)
- Número de médicos residentes (R4): cuantitativa
- Edad media de los médicos: cuantitativa
- Porcentaje de especialistas MIR: cuantitativa
- Número habitantes/médico: cuantitativa
- Horario de accesibilidad al centro de salud: 0: mañana, 1: tarde, 2: mañana y tarde
- Edad: cuantitativa
- Sexo: (1: hombre, 2: mujer)
- Índice de comorbilidad de Charlson: 1: ausencia de comorbilidad (0-1 pts), 2: comorbilidad baja (2 pts), 3: alta (> 3 pts).
- Índice de Barthel (valoración de las ABVD): 1: Grado dependencia total (<20), 2: Grado dependencia grave (20-35), 3: Grado dependencia moderado (40-55), 4: Grado dependencia leve (> 60), 5: Independiente 100.
- HTA: (1: Si, 0: No)
- DM: (1: Si, 0: No)
- Arteriopatía periférica: (1: Si, 0: No)
- Cardiopatía isquémica: (1: Si, 0: No)
- ICC: (1: Si, 0: No)
- Enfermedad neurológica: (1: Parkinson, 2: Esclerosis Lateral amiotrófica, 3: Enfermedad de Huntington)
- EPOC: (1: Si, 0: No)
- Hepatopatía crónica: (1: Si, 0: No)
- Ictus: (1: Si, 0: No)
- Insuficiencia cardíaca: (1: Si, 0: No)

- Insuficiencia renal crónica: (1: Si, 0: No)
- Fractura de cadera: (1: Si, 0: No)
- Antecedentes de caídas (1: Si, 0: No)

B. Variables dependientes:

- Frecuentación médica: cuantitativa
- Frecuentación de enfermería: cuantitativa
- Frecuentación a los servicios de urgencias extrahospitalarias: cuantitativa
- Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarias: cuantitativa
- Visitas domiciliarias: cuantitativa
- Derivación desde atención primaria a neurología: (1: Si, 0: No)
- Número de derivaciones desde atención primaria a neurología: cuantitativa
- Número de prescripciones farmacológicas activas: cuantitativa
- Tipo de prescripción farmacológica para el proceso de atención de los pacientes con demencia: 1: neurolépticos, 2: antipsicóticos, 3: antiparkinsonianos, 4: benzodiacepinas, 5: antidepresivos, 6: antiagregantes, 7: fármacos antidemencia (N06DX01-Memantina; N06DA02-donepezilo; N06DA03-rivastigmina; N06DA04- galantamina), 8: antiepilépticos.
- Prescripción no farmacológica: (1: Si, 0: No)
- Tipo de prescripción no farmacológica: 1: técnicas de modificación de la conducta, 2: Terapias psicológicas, 3: Musicoterapia, 4: Estimulación sensorial, 5: Ejercicio físico, actividades y relaciones sociales, 6: Intervenciones sobre el entorno, 7: Intervenciones en familiares cuidadores.

- Solicitud de pruebas de imagen cerebral al diagnóstico: (1: Si, 0: No)
- Tipo de prueba de imagen solicitada: (1: TAC, 2: RM)
- Número de TAC solicitados: cuantitativa
- Número de RM solicitadas: cuantitativa
- Ley de dependencia por servicios sociales: (1: Si, 0: No)
- Recursos sociales: 1: trabajadora social, 2: ayuda a domicilio, 3: ayuda económica, 4: ingreso sociosanitario

7.8 Descripción de la intervención, si la hubiera

No existe intervención al tratarse de un estudio transversal observacional.

7.9 Descripción del seguimiento, si lo hubiera

No existe seguimiento al tratarse de un estudio transversal

7.10 Estrategia de análisis estadístico

Para la recogida de datos se obtendrá la siguiente información personal del paciente: nombre, número de historia clínica de OMI, número de historia clínica de Selene, fecha de nacimiento y número de teléfono. Esta información se recogerá en una base de datos de Excel junto al resto de variables que se van a estudiar.

Para realizar el análisis estadístico de las variables, se creará una base de datos con el programa estadístico SPSS, en el que se eliminarán los datos personales y se asignará una codificación numérica a cada paciente.

En este estudio, para estimar las diferencias de consumo de recursos sanitarios y sociosanitarios de los pacientes con un diagnóstico de demencia en un centro de salud docente frente a un centro de salud no docente se utilizarán métodos de emparejamiento de covariables

que derivan del marco de resultados potenciales descrito por Neyman. En este caso, las diferencias en los resultados (por ejemplo, los costes de la atención) para los dos grupos de pacientes pueden deberse a diferencias en las características no intrínsecas a las enfermedades pero que, sin embargo, afectan al resultado (por ejemplo, las posibles diferencias de edad entre los pacientes con diagnóstico de demencia en un centro de salud docente frente a un centro no docente).

Los datos se analizarán mediante un análisis estadístico de las variables estudiadas con el programa SPSS v.22.0, realizándose el análisis descriptivo de las variables mediante la media, mediana, desviación estándar (DE), error estándar de la media (ES), rango y cuartiles para las variables cuantitativas y las frecuencias y porcentajes para las cualitativas.

En el análisis bivalente se utilizará para la comparación de variables cuantitativas con variables cualitativas dicotómicas, la prueba de la "T" de Student. Para comparar variables cuantitativas con variables cualitativas de más de dos categorías se usará la prueba de ANOVA. En el análisis de dos variables cuantitativas se realizará la técnica de correlación de Pearson. Para las variables cualitativas se determinará la existencia de asociación mediante la prueba de "Chi-cuadrado", con la corrección de Yates. El nivel de significación estadística será establecido a priori en $p < 0,05$. Si se encuentran diferencias significativas entre grupos se realizará una comparación por pares usando la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples.

7.11 Programa estadístico a utilizar

El análisis se realizará con el paquete estadístico SPSS (versión 22.0, IBM, Estados Unidos).

8. Aplicabilidad y utilidad de los resultados si se cumpliera la hipótesis.

Con este estudio, podremos ver si hay relación entre el consumo de recursos en los pacientes diagnosticados de demencia en función de si pertenecen a un centro de salud docente o a un centro de salud no docente. Con esta información, podremos analizar las posibles causas implicadas en dichas diferencias y diseñar estrategias para conseguir un consumo más eficiente.

9. Estrategia de búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica la he realizado en Pubmed, utilizando términos Mesh que previamente había buscado en Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS). De los términos que he utilizado que han dado resultados interesantes para mi búsqueda son “Demencia”, “Primary Health Care” y “Cognitive Dysfunction”. Las búsquedas las realicé sin filtro en cuanto a tipo de estudio. Por otro lado, busqué en la revista AMF y Guía Clínica Fisterra.

10. Limitaciones y posibles sesgos, y métodos utilizados para minimizar los posibles riesgos.

- Diagnóstico de deterioro cognitivo y demencia: es posible que dejemos fuera del estudio a pacientes que sufren de esta enfermedad, debido a que no tengan ningún episodio abierto por su médico de familia por este problema de salud, bien por un problema de registro o porque no hayan consultado nunca. Esto es posible que ocurra, pero suponemos que, en un porcentaje muy pequeño de pacientes, puesto que estos problemas suelen ser lo suficientemente importantes para que haya un registro o una prescripción para ellos.

- Comorbilidades asociadas: en este caso, también puede que no estén registradas todas las enfermedades que padece el paciente.
- Es posible que, durante la recogida de datos, nos encontremos con pacientes que fueron diagnosticados en ese período de demencia pero que en la actualidad hayan fallecido. Esperamos que ese porcentaje sea pequeño, ya que la esperanza de vida cada vez es mayor en estos pacientes.
- Dado que es un estudio transversal, no podemos establecer causalidad, solo describir los hechos que observamos. Serían necesarios estudios longitudinales para definir esto.
- Uno de los métodos que nos minimizarán los posibles sesgos sería la inclusión de toda la población diagnosticada de demencia en ese periodo.

11. Posibles problemas éticos. Ley de protección de datos. Se especificará si es necesario el consentimiento informado de los pacientes (y se adjuntará como anexo el modelo).

El proyecto de investigación se enviará a la comisión de evaluación de trabajos de investigación (CETI) del área VI-Vega Media del Seguro del Servicio Murciano de Salud. Se mantendrá la confidencialidad de todos los datos de cada paciente y se utilizará un cuaderno de recogida de datos que será anonimizado. Además, ninguno de los profesionales implicados en el proceso de recogida de datos podrá identificar al paciente. Previamente se utilizará un formato de consentimiento informado que será firmado por los pacientes o sus cuidadores.

Ley de protección de datos

Este estudio seguirá las normas de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Modelo de consentimiento informado

Adjunto en Anexo

12. Calendario y cronograma previsto para el estudio.

Fases	Actividad	Año 1					Año 2				
		En- Fe- b	Mar- - Abr	May- - Jun	Se- p- Oct	Nov- - Dic	En- Fe- b	Mar- - Abr	May- - Jun	Se- p- Oct	Nov- - Dic
Planificación	Diseño del Proyecto										
	Búsqueda de Referencias Documentales										
	Análisis de viabilidad										
	Elaboración de borrador y memoria del proyecto										
Ejecución	Obtención de permisos y dictamen CEIC. Búsqueda de financiación										
	Selección de la muestra										
	Contacto con los participantes										
	Recopilación y análisis estadístico de datos										
	Obtención de resultados										
Difusión	Elaboración de informe de resultados										
	Difusión de los resultados										

13. Personal que participará en el estudio y cuál es su responsabilidad:

Investigador principal: será el encargado del estudio y el responsable de la organización, elaboración de calendarios y distribución de tareas. Colaborará en el análisis de los datos y la redacción el documento con los resultados, conclusiones y discusión.

Investigadores colaboradores: Dos médicos de Atención Primaria que participarán de forma voluntaria. Se encargarán de la búsqueda y lectura de bibliografía relevante, recogida de los datos, elaboración de la base de datos y análisis de los datos. Colaborarán a la redacción del documento.

Tanto el investigador principal como los colaboradores se encargarán durante todo el proceso de garantizar la anonimización de los datos personales y de recoger el consentimiento informado de todos los pacientes que vayan a participar en el estudio.

14. Instalaciones e instrumentación, si fuera necesario.

La recogida de datos se realizará en la biblioteca de un centro de salud con el uso de ordenadores que permiten el acceso al programa informático OMI y al programa estadístico SPSS. La firma del consentimiento informado se realizará mediante la citación de los pacientes en una consulta del centro de salud.

15. Presupuesto.

PRESUPUESTO			
Concepto	Especificaciones	Costes (€)	Subtotal (€)
Contrato de personal	Ejemplo: Contrato facultativo (16h/semana x 3 meses) Médicos que realicen el seguimiento en consulta.	24.385,16	24.385,16
Contrato de Servicios	Estadísticos que realicen el análisis de datos.	2.551,31	2.551,31
	Traducción y corrección al inglés.	439,00/artículo	878,00
	Accesibilidad biblioteca electrónica	238,90/año	9.385,9
	Publicación de DOS artículos en revistas de alto impacto.	4.428,00	
	Presentación de Resultados en Congresos nacionales e internacionales (Inscripción y dietas viaje).	1.573,00 x Congreso	
-SemFyc 2022			
-Congreso Nacional de las Sociedad Española de Medicina Interna 2022			
-International Congress of the European Geriatric Medicine Society, 2022			
Gastos de Gestión	15% (subtotal)		5580,05
Total			42.780,42

16. Bibliografía.

1. Villa Estébanez R, Veiras del Río O. ¿Tiene una demencia? AMF. 2016;12(4):204-207.
2. Costa Ribas C, Castiñeira Pérez C. Guía clínica de deterioro cognitivo leve. Fistera [Internet]. [Consultado el 4 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.fistera.com>
3. Pascual López I, Santamarta Solla N. Atención al paciente con demencia avanzada. AMF. 2017;13(5):278-285.
4. Fábregas Ecurriola M, Medina Peralta M. Demencia. En: Cuaderno del médico de familia. Lo esencial de 40 problemas de salud clave. AMF. 2014;10:541-634.
5. Castro Dono C, Alberdi Sudupe J, Marey López J. Guía clínica Demencia tipo Alzheimer. Fistera. [Internet]. [Consultado el 4 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.fistera.com>
6. Costa Ribas C, Louro González A. Guía clínica diagnóstico diferencial demencia. Fistera [Internet]. [Consultado el 4 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.fistera.com>
7. Ciesielska N, Sokołowski R, Mazur E, Podhorecka M, Polak-Szabela A, Kędziora-Kornatowska K. ¿La prueba de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) es más adecuada que el Mini-Mental State Examination (MMSE) en detección leve de deterioro cognitivo (MCI) entre personas mayores de 60 años? Metanálisis. Psychiatr Pol. 2016 Oct 31;50(5): 1039-1052. doi: 10.12740/PP/45368. PMID: 27992895.
8. Palsetia D, Rao GP, Tiwari SC, Lodha P, De Sousa A. La prueba de dibujo del reloj versus el examen de estado mini-mental como una herramienta de detección de demencia: una comparación clínica. Indio J Psychol Med. 2018 Enero-Febrero;40(1):1-10. doi: 10.4103/IJPSYM. IJPSYM_244_17. PMID: 29403122; PMCID: PMC5795671.
9. Larner AJ. Mini-Examen de Estado Mental: estudio de precisión de pruebas diagnósticas en referencias de atención primaria. Neurodegener Dis Manag. 2018 Oct;8(5):301-305. doi: 10.2217/nmt-2018-0018. Epub 2018 Septiembre 18. PMID: 30223710.
10. Tapias Merino E, Del Canto de Hoyos Alonso M, García de Blas González F. Demencia. AMF. 2006;2(7):385-395.

11. Del Canto de Hoyos Alonso M, Tapias Merino E, García de Blas González F. Los Principales Problemas de Salud: Demencia. AMF. 2012;8(9):484-495.
12. Garrido Barral A, De Hoyos Alonso MC. Guía clínica Síntomas psicológicos y conductuales en el paciente con demencia: intervenciones no farmacológicas. Fisterra [Internet]. [Consultado el 4 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.fisterra.com>
13. Gómez-Romero M, Jiménez-Palomares M, Rodríguez-Mansilla J, Flores-Nieto A, Garrido-Ardila EM, González López-Arza MV. Beneficios de la musicoterapia sobre trastornos del comportamiento en sujetos diagnosticados con demencia: una revisión sistemática. Neurología. 2017 Mayo;32(4):253-263. doi: 10.1016/j.nrl.2014.11.001. Epub 2014 Diciembre 29. PMID: 25553932.
14. Amorós Parramon N. Neurolépticos en pacientes con demencia. AMF 2013;9(11):641-643.
15. UpToDate [Internet]. Treatment of dementia [citado 26 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatmentofdementia?search=dementia%20tratamiento&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
16. Sempere Manuel M, Palop Larrea V. ¿Sí o no a los fármacos actuales para la enfermedad de Alzheimer? Una reflexión obligada. AMF 2019;15(2):84-90.
17. Banco de Preguntas Preevid. Cuando retirar los inhibidores de la acetilcolinesterasa y la memantina en la enfermedad de Alzheimer. Murciasalud, 2020. Disponible en <http://www.murciasalud.es/preevid/23454>
18. Banco de Preguntas Preevid. ¿Está indicado suspender el tratamiento crónico con donepezilo y/o memantina en la demencia tipo Alzheimer cuando la enfermedad ha llegado a un estadio avanzado? Murciasalud, 2015. Disponible en <http://www.murciasalud.es/preevid/20665>
19. Gavilán E, Villafaina A, Giménez L, Gómez MC. Ancianos frágiles polimedicados, ¿es la deprescripción de medicamentos la salida? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(4):162-7. doi: 10.1016/j.regg.2012.01.003
20. Álvarez-Linera Prado J, Jiménez-Huete A. Neuroimagen en demencia. Correlación clínico-radiológica. Radiología. 2019 Enero-

Febrero;61(1):66-81. doi: 10.1016/j.rx.2018.08.004. Epub 2018 Octubre 25. PMID: 30482502.



ANEXO

GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE DEMENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA:

1. Anamnesis del paciente:
 - Antecedentes familiares de demencia
 - Forma de inicio
 - Historia previa de traumatismo
 - Factores de riesgo cardiovascular
 - Fibrilación auricular
 - Depresión
 - Síndrome de apnea obstructiva del sueño
 - Medicación
2. Entrevista con el familiar o cuidador
3. Exploración física
4. Analítica:
 - Hemograma
 - VSG
 - Bioquímica e iones (sodio, potasio, calcio, glucemia, urea, creatinina, transaminasas)
 - Pruebas de función tiroidea
 - Vitamina B12 y ácido fólico
 - Si factores de riesgo o clínica: serología de sífilis o VIH
5. Estudios de función cognitiva:
 - Mini-mental test
 - Test del dibujo del reloj
 - The Montreal Cognitive-Assessment
6. Test neuropsicológicos:
 - Test breve del recuerdo verbal
 - Test de memoria visual
 - Medidas instrumentales de las actividades de la vida diaria
7. Pruebas de imagen: RM o TAC cerebral

Tratamiento:

1. Deterioro cognitivo leve:

- Práctica de ejercicio físico
- Dieta saludable
- Estimulación cognitiva

2. Demencia:

- Síntomas depresivos: antidepresivos inhibidores selectivos de la serotonina, ISRS (sertralina o citalopram)
- Insomnio: educación e higiene. Benzodiazepinas de vida media corta, en dosis bajas y a corto plazo
- Agresividad, agitación, conductas paranoides o alucinaciones: antipsicóticos atípicos como primera línea de tratamiento (risperidona)
- Demencia leve-moderada: inhibidores de la acetilcolinesterasa: donepezilo, galantamina o rivastigmina
- Demencia moderada-grave: memantina
- Intervenciones no farmacológicas:
 - Sobre el comportamiento: técnicas de modificación de la conducta
 - Terapias psicológicas
 - Musicoterapia
 - Estimulación sensorial
 - Ejercicio físico, actividades y relaciones sociales
 - Intervenciones sobre el entorno
 - Intervenciones en familiares cuidadores

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Datos del estudio para el que se otorga el consentimiento

Investigador principal: Patricia Molina Castillo

Título del proyecto: “Comparación del consumo de recursos en pacientes diagnosticados de demencia en un centro de salud docente y un centro de salud no docente”

Centro de salud: Centro de Salud Jesús Marín (Molina Sur) y Centro de Salud Antonio García (Molina Norte)

Persona que proporciona la información y la hoja del consentimiento

Nombre: _____

Datos del participante

Yo, Nombre: _____

1. Declaro que he leído y comprendido la Información al Participante sobre el estudio citado.
2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado.
3. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio, así como los posibles beneficios y riesgos del mismo.
4. He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que tenía. Todas las preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.
5. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
6. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y siendo libre de retirarme del estudio en cualquier momento, por cualquier razón y sin que tenga ningún

efecto sobre mi persona.

DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto

Formado por duplicado, quedándome una copia

Fecha: _____

Firma del participante:

“Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio y sus riesgos y beneficios potenciales a la persona cuyo nombre aparece escrito más arriba. Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento”

Fecha: _____

Firma de la persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento:

