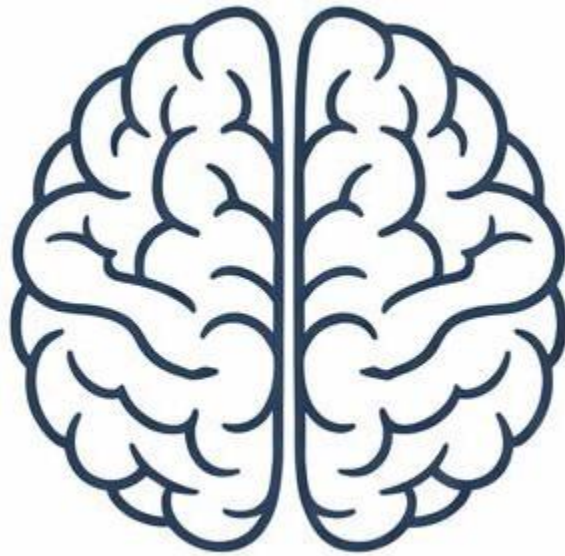


PROTOCOLO

Consulta de deterioro cognitivo



Grupo de trabajo en deterioro cognitivo

PROTOCOLO

Consulta de deterioro cognitivo

Grupo de trabajo en deterioro cognitivo

Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG)

Coordinación científica

Ivon Rivera Deras.

Autores

Carlos Gala.

Mario Salas.

Ana Horcajada.

Rodolfo Albrecht.

Isabel Singo.

Ivon Rivera.

M^a Caridad Arenas.

Alicia Vives.

Revisor: Jesús López Arrieta.

ISBN: 978-84-09-82600-1

© Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG), 2026

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación, su almacenamiento en sistemas de recuperación o su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio — electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros— sin la autorización previa y por escrito de los titulares del copyright.

Documento dirigido exclusivamente a profesionales sanitarios.

PRESENTACIÓN

El deterioro cognitivo constituye uno de los principales retos clínicos y sociales asociados al envejecimiento de la población. La creciente prevalencia de las enfermedades neurodegenerativas, junto con su impacto funcional, familiar y sanitario, hace imprescindible disponer de herramientas prácticas que faciliten su detección precoz y su abordaje integral.

La consulta representa un espacio asistencial clave para identificar de forma temprana los cambios cognitivos, establecer un adecuado diagnóstico diferencial y promover intervenciones terapéuticas individualizadas centradas en la persona.

Este protocolo ha sido elaborado por el Grupo de trabajo en deterioro cognitivo con el objetivo de proporcionar una guía práctica, estructurada y basada en la evidencia para profesionales sanitarios implicados en la atención a personas adultas mayores.

El documento integra la valoración clínica, funcional, social y neuropsiquiátrica, así como las estrategias terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas, con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y de sus cuidadores.

Confiamos en que este protocolo contribuya a homogeneizar la práctica clínica, optimizar los circuitos asistenciales y reforzar una atención centrada en la persona y su entorno.

OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

Objetivo general

Establecer un modelo estructurado para la evaluación integral del paciente con sospecha de deterioro cognitivo en consulta.

Objetivos específicos.

- Detectar de forma precoz el deterioro cognitivo leve.
- Estandarizar la evaluación clínica, funcional, cognitiva y social del paciente.
- Optimizar la solicitud de pruebas complementarias y biomarcadores.
- Favorecer la implementación de intervenciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Historia Clínica

- Motivo de consulta: Identificar deterioro cognitivo leve, dificultades en funciones ejecutivas, visuoespaciales, de lenguaje u otros dominios cognitivos.
- Antecedentes personales y familiares:
 - Factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, dislipidemia).
 - Historia de depresión u otros trastornos neuropsiquiátricos.
 - Antecedentes de enfermedades neurodegenerativas en la familia.
 - Factores de riesgo modificables: Obesidad, tabaquismo, sedentarismo, aislamiento social.
 - Descripción de los síntomas cognitivos, inicio y progresión.
 - Evaluación de cambios en conducta y funcionalidad.
- Revisión farmacológica: Identificar medicación que afecte la cognición.
- Historia funcional: Evaluar si existe declive en actividades avanzadas o instrumental.
- Diagnóstico diferencial: Descartar delirium, depresión y otras causas reversibles como hipotiroidismo, déficits vitamínicos, infecciones y efectos secundarios farmacológicos.
- Se recomienda el uso de herramientas clínicas complementarias como la escala GDS (Global Deterioration Scale) para estadificar el deterioro desde envejecimiento normal a demencia severa.

Exploración Física

Se realiza una exploración física exhaustiva, incluyendo la evaluación de los sistemas cardiovascular, hepático, tiroideo y otros que puedan estar implicados en causas secundarias de deterioro cognitivo, con el objetivo de descartar demencias de etiología no neurodegenerativa.

La exploración neurológica se realiza de forma minuciosa, valorando el nivel de conciencia, la presencia de signos meníngeos, el funcionamiento de los pares craneales, el fondo de ojo, signos focales motores o sensitivos, reflejos osteotendinosos, tono y fuerza muscular, así como la marcha, el equilibrio y la presencia de signos extrapiramidales o movimientos anormales. Además, se incluirá una valoración sensorial orientada a detectar posibles déficits auditivos o visuales que puedan interferir en el rendimiento cognitivo.

Valoración Cognitiva:

Se utiliza una prueba de cribado cognitivo global validado (MoCA, MEC/MMSE o Fototest), seleccionado según nivel educativo y contexto clínico. Puede complementarse con el cuestionario del informador (IQCODE) cuando existe sospecha de deterioro progresivo no objetivable en la evaluación directa.

- **Fototest:**

Normal ≥ 30 puntos.

Deterioro cognitivo leve 28–29 puntos.

Demencia 26–27 puntos (≤ 24 en >65 años con muy baja escolarización).

Útil en atención primaria y geriatría, en población con bajo nivel educativo.

- **Mini-Cog:**

Probable deterioro cognitivo < 3 puntos.

Herramienta breve de cribado combinando recuerdo diferido y Test del Reloj.

- **Test del Reloj:** Evalúa funciones ejecutivas, planificación y capacidades visuoespaciales.

- **Mini-Mental State Examination (MMSE/MEC):**

Normal ≥ 27 puntos.

Deterioro cognitivo ≤ 26 puntos (≤ 24 en >65 años según contexto educativo).

Menor sensibilidad para deterioro cognitivo leve.

- **Montreal Cognitive Assessment (MoCA):**

Mayor sensibilidad para deterioro cognitivo leve y afectación multidominio. Punto de corte habitual < 26 puntos (ajustando +1 punto si ≤ 12 años de escolaridad).

- **Cuestionario del informador (IQCODE):**

IQCODE largo: probable deterioro cognitivo > 85 puntos.

SS-IQCODE (versión corta): probable deterioro > 57 puntos.

Especialmente útil cuando existe discrepancia entre queja subjetiva y rendimiento en el cuestionario.

Evaluación Funcional

Tiene como objetivo identificar la discapacidad atribuible a la alteración cognitiva y diferenciarla de la limitación funcional secundaria al envejecimiento fisiológico o a patología médica concomitante. Asimismo, valora el impacto en los roles personales, sociales y comunitarios.

Se realiza entrevista clínica dirigida, comparando el desempeño funcional previo al inicio de los síntomas con la situación actual, con especial atención a cambios progresivos en la autonomía.

- **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD):**

Se evalúan mediante la escala de Lawton y Brody, herramienta especialmente sensible para detectar alteración funcional en fases iniciales y en el deterioro cognitivo leve.

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):**
Se valoran mediante el Índice de Barthel cuando existe sospecha de pérdida de autonomía básica o cuando la clínica sugiere progresión a demencia.

Evaluación Social

- Condiciones del domicilio: evaluar accesibilidad, barreras arquitectónicas, existencia de recursos adaptados.
- Entorno familiar y red de apoyo: identificar si el paciente vive solo o acompañado, quién asume el rol de cuidador principal, y si existe sobrecarga de este.
- Recursos sociales disponibles y utilizados: presencia de asistencia domiciliaria, cuidador formal, ayudas técnicas o económicas (Ley de Dependencia, servicios sociales municipales).
- Vulnerabilidad social: identificar aislamiento, deterioro del entorno social, situación de riesgo o negligencia.
- Planificación anticipada: exploración de voluntades anticipadas, representante legal o medidas judiciales en caso de incapacidad (tutela-curatela).

Valoración Neuropsiquiátrica

- Detectar síntomas como ansiedad, apatía, depresión, desinhibición o alteraciones en el sueño mediante escalas como el NPI-Q (Neuropsychiatric Inventory Questionnaire).

Pruebas Complementarias

- a) Laboratorio: analítica básica con hemograma, glucosa, perfil lipídico, función tiroidea, vitamina B12, ácido fólico, función renal y hepática, así como ionograma. Según la orientación clínica, se podrá ampliar el estudio con VSG, serologías luética y VIH, análisis de orina y determinación de niveles de fármacos o tóxicos en casos seleccionados.
- b) Neuroimagen estructural: RMN cerebral con secuencias FLAIR, T2 y T1 volumétricas, que permiten mejor valoración de atrofas y lesiones subcorticales, o TAC para descartar lesiones estructurales (hidrocefalia, tumores, infartos).
- c) ECG: para descartar arritmias y, según los casos, estará indicada una radiografía de tórax para descartar patologías que puedan determinar hipoxia o hipercapnia.
- d) Biomarcadores: la determinación de biomarcadores se indica cuando el resultado puede modificar el diagnóstico etiológico, el pronóstico o la estrategia terapéutica.

Indicaciones:

Se solicitan biomarcadores en:

- Deterioro cognitivo leve de probable etiología neurodegenerativa.
- Demencia leve (GDS 3–4) con incertidumbre diagnóstica.
- Presentaciones clínicas atípicas.
- Inicio precoz (<65 años).
- Discordancia entre clínica, neuropsicología y neuroimagen estructural.
- Valoración de pacientes candidatos a terapias modificadoras de enfermedad. No se

indican en:

- Demencia moderada o avanzada (GDS ≥ 5).
- Cuadros clínicos típicos sin duda etiológica.
- Situaciones en las que el resultado no modifique la conducta clínica.

1. Biomarcadores en líquido cefalorraquídeo (LCR) Se determinan:

- β -amiloide 1-42 ($A\beta 1-42$): disminuido en presencia de depósito amiloide cortical.
- Tau total (T-tau): marcador de daño neuronal.
- Tau fosforilada (P-tau): marcador de patología neurofibrilar. El

patrón característico de enfermedad de Alzheimer consiste en:

- Disminución de $A\beta 1-42$.
- Elevación de T-tau y P-tau.

La ratio $A\beta 1-42/A\beta 1-40$ mejora la precisión diagnóstica al corregir variabilidad interindividual.

La combinación de estos marcadores alcanza sensibilidad y especificidad superiores al 85% para enfermedad de Alzheimer, incluyendo fases prodrómicas.

2. PET-FDG

La tomografía por emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa evalúa metabolismo cerebral regional.

Se indica cuando:

- Existe sospecha de enfermedad neurodegenerativa con incertidumbre diagnóstica.
- Se requiere diferenciación entre patrones metabólicos (Enfermedad de Alzheimer, Demencia Fronto Temporal, Demencia por Cuerpos de Lewy).
- Demencia de inicio temprano.

3. PET-amiloide

Su positividad indica depósito moderado-alto de placas neuríticas amiloides. Es especialmente útil para:

- Excluir enfermedad de Alzheimer cuando es negativo.
- DCL persistente o progresivo de etiología incierta.
- Inicio precoz o curso atípico.
- Pacientes en los que no es posible realizar punción lumbar.

Debe considerarse que el depósito amiloide puede observarse en sujetos cognitivamente sanos, con prevalencia creciente con la edad.

Intervención Terapéutica

Control de Factores de Riesgo

- Estrategias para tratar hipertensión, dislipidemia, diabetes y obesidad.
- Promoción de actividad física regular y dieta mediterránea.

Intervenciones No Farmacológicas

- Estimulación cognitiva: personalizar actividades basadas en capacidades preservadas.
- Musicoterapia y reminiscencia: enfoque en áreas emocionales y sociales.
- Psicomotricidad: reforzar coordinación y autonomía.
- Nuevas tecnologías: uso de programas para entrenamientos cognitivos.
- Apoyo psicológico: terapias cognitivo-conductuales para manejar ansiedad y depresión.
- Higiene del sueño: establecer horarios regulares, evitar estimulantes y pantallas antes de dormir, crear un ambiente tranquilo y practicar técnicas de relajación.

Terapias Farmacológicas

1. Inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE):

El déficit colinérgico empeora paralelamente al deterioro de la memoria y otros aspectos del funcionamiento cognitivo. Han demostrado beneficio modesto respecto al placebo en el tratamiento de la EA leve a moderada, con mejoría sintomática en cognición, AVD y síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la EA, sin diferencias significativas entre ellos en eficacia o seguridad. Se han observado ligeras mejorías en el humor, sobre todo una reducción de la apatía, y en las interacciones sociales después del tratamiento con dichos fármacos.

Está indicado en la EA, en fase leve a moderadamente grave (GDS 4 a 6) y siempre que no existan contraindicaciones para su utilización.

- a. La elección del Inhibidor de la acetilcolinesterasa (IACE) debe hacerse basándose en sus efectos adversos, interacciones, tolerabilidad y las preferencias del paciente y cuidadores en cuanto a la forma de administración. En caso de intolerancia o ineficacia al IACE iniciado, puede probarse a utilizar otro de ellos ya que la aparición de efectos secundarios con un IACE no predice la aparición de los mismos efectos con otro.
- b. Para minimizar los efectos adversos se recomienda iniciar el tratamiento con dosis bajas y aumentar progresivamente hasta la dosis terapéutica óptima. Conviene realizar un ECG previo a su utilización en pacientes de riesgo. La rivastigmina tiene menos interacciones que los otros IACE, dado que no se metaboliza por el citocromo P450.
- c. Donepezilo: Inicio 5 mg/día, aumentar a 10 mg/día tras 4 semanas. Indicación: Alzheimer leve a moderado.
- d. Rivastigmina (parche): 4,6 mg/24 h → a las 4 semanas 9,5 mg/24 h → escalado a 13,3 mg/24 h según tolerancia y eficacia Disponible en presentaciones en comprimidos y en parches transdérmicos de administración diaria o bisemanal, priorizando la adherencia terapéutica y facilitando la comodidad tanto del paciente como del entorno cuidador. Alternativa en demencia por cuerpos de Lewy y Enfermedad de Parkinson.
- e. Galantamina: iniciar con 8 mg/día; aumentara 16 mg/día tras 4 semanas y, si existe buena tolerabilidad, hasta 24 mg/día. Disponible en comprimidos de liberación inmediata (administración cada 12 h) y en cápsulas de liberación prolongada (administración una vez al día).

2. Antagonistas de los receptores NMDA-Memantina:

Ha demostrado un beneficio modesto con una respuesta interindividual variable en EA moderada y grave tanto en la cognición con cambios clínicamente detectables, en el estado clínico global, actividades de la vida diaria y alteraciones conductuales con menor probabilidad de presentar agitación.

Está indicada en la EA moderada a grave (GDS 5 a 7). Se recomienda su uso a dosis eficaces con un grado de recomendación A, para el manejo de los síntomas cognitivos y funcionales. Se ha demostrado también un cierto beneficio con el uso combinado de IACE y memantina frente a monoterapia con IACE en EA moderada a grave.

Es un fármaco generalmente muy bien tolerado.

- a. Memantina: Inicio 5 mg/día, aumentar semanalmente 5 mg hasta 20 mg/día. Indicación: Alzheimer moderado a grave.

3. Combinación de IACE + Memantina:

La terapia combinada con un inhibidor de la acetilcolinesterasa (IACE) y memantina está indicada en la enfermedad de Alzheimer moderada a grave (GDS 5–7), especialmente en pacientes que presentan progresión clínica bajo monoterapia con IACE o que asocian sintomatología conductual relevante. La evidencia disponible muestra que la combinación

puede aportar beneficio adicional frente a la monoterapia con IACE en términos de cognición, funcionalidad (AVD), estado clínico global y síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD), con un perfil de seguridad aceptable.

Se recomienda mantener el IACE previamente instaurado y añadir memantina de forma progresiva hasta dosis terapéutica (20 mg/día), monitorizando tolerabilidad y respuesta clínica.

La decisión de instaurar terapia combinada debe individualizarse según estadio evolutivo, comorbilidad, carga sintomática y objetivos terapéuticos consensuados con la familia.

4. Antidepresivos

La sintomatología depresiva en el contexto de demencia que alcanza entidad clínica subsidiaria de tratamiento específico suele caracterizarse por tristeza persistente, disminución de la reactividad emocional ante estímulos externos, reducción del contacto interpersonal, alteraciones del sueño y sentimientos de inutilidad o incapacidad. Es frecuente el enlentecimiento psicomotor, la hipomimia, la escasa iniciativa conversacional con respuestas monosilábicas y actitud poco colaboradora.

Suele predominar la sintomatología somática e hipocondríaca. La irritabilidad es habitual y puede evolucionar hacia agitación psicomotriz o episodios de llanto inmotivado. También se observa abandono de autocuidados, pérdida de apetito, rechazo de la ingesta y conductas de evitación social. Los pacientes con demencia y síntomas depresivos presentan mayor vulnerabilidad a alteraciones conductuales, agitación, ideas delirantes y fenómenos de alteración sensorio-perceptiva en comparación con aquellos sin clínica depresiva. La elección del antidepresivo debe individualizarse según perfil de efectos secundarios, comorbilidades y características clínicas del episodio depresivo.

Depresión leve a moderada: los fármacos de primera elección son los ISRS:

- Sertralina: iniciar con 25 mg/día (1-0-0), titulación progresiva hasta 100 mg/día según respuesta. Buena tolerabilidad y efecto ansiolítico. De elección en cardiopatía isquémica y otras patologías cardíacas.
- Citalopram/Escitalopram: iniciar con 5 mg/día, titulación progresiva hasta 20 mg (citalopram) o 10 mg (escitalopram). Precaución en enfermedad renal crónica y monitorización del QT por riesgo dosis-dependiente.
- Vortioxetina: iniciar con 5 mg/día, ajustando según respuesta hasta un máximo de 20 mg/día. Perfil ansiolítico y antidepresivo con baja incidencia de efectos adversos.

Depresión moderada-grave, con síntomas psicóticos o resistente: se recomienda el uso de antidepresivos duales (IRSN) como primera línea, dado su inicio de acción más rápido y mayor amplitud de efecto.

Existe evidencia de su utilidad en demencia vascular:

- Venlafaxina/Desvenlafaxina: iniciar con 75 mg o 50 mg respectivamente. Monitorizar cifras de presión arterial por riesgo de hipertensión.
- Duloxetina: iniciar con 30–60 mg/día. Puede aportar beneficio añadido en dolor crónico. Vigilar riesgo de hipertensión arterial.

5. Antipsicóticos:

Los beneficios del uso de fármacos antipsicóticos para el tratamiento de síntomas psicóticos y agresividad o agitación en pacientes con demencia son limitados y los riesgos importantes. Es importante recordar los comportamientos que, por sí solos, no responden a los antipsicóticos, como deambulación y otras conductas repetitivas o erráticas, conducta dependiente, conducta social inadecuada; gritos, vocalización repetida, lenguaje soez; ansiedad vespertina; alteraciones del sueño, de la alimentación o de la micción/defecación. El empleo de antipsicóticos atípicos sedantes (quetiapina, olanzapina) en casos de ansiedad, insomnio, impulsividad y síndromes de desaferentización debe limitarse a pacientes con síntomas muy intensos y refractarios a las alternativas farmacológicas descritas en el apartado anterior, empleando siempre dosis bajas.

Los antipsicóticos incrementan el riesgo de accidentes cerebro vasculares y mortalidad en ancianos con demencia. Debemos tener por ello especial precaución en pacientes con demencia vascular o demencia mixta.

Evaluar el potencial beneficio y riesgo e informar al paciente (si posible) y a su familia antes de iniciar el tratamiento, así como del carácter temporal del mismo. Los síntomas psicóticos en la demencia siguen un curso variable a lo largo de la enfermedad, con tendencia a la remisión a medio plazo (2-3 meses), con o sin tratamiento.

- a. Quetiapina: Inicio 12.5-25 mg, ascender de manera lenta y progresiva.
 - 12.5–50 mg → hipnótico / ansiolítico.
 - 50–150 mg → ansiedad y síntomas depresivos.
 - >150 mg → efecto antipsicótico.
- b. Risperidona: Inicio 0.25-0.5 mg/día, máximo 2 mg/día. Vigilar efectos extrapiramidales.
- c. Olanzapina: Inicio 2.5-5 mg/día, aumentar semanalmente hasta 10 mg/día, efecto sedante.
- d. Aripiprazol: Inicio 2.5 mg/día, aumentar semanalmente hasta un máximo de 15 mg/día. Antipsicótico de buen perfil metabólico y baja sedación.

6. Otros Fármacos con perfil hipnótico:

- a. Pregabalina: Inicio 25-50 mg 1-0-0, ajustar según tolerancia hasta 150 mg/día. Indicada para dolor neuropático o ansiedad generalizada.
- b. Trazodona: Inicio 25-50 mg 0-0-1, aumentar hasta 100 mg según tolerancia. Uso coadyuvante para insomnio o ansiedad.
- c. Mirtazapina: Inicio 7.5 mg 0-0-1, aumentar a 15 mg para efecto sedante y 30 mg para efecto antidepresivo.
- d.

7. Otros tratamientos: a. Souvenaid®: indicado exclusivamente en deterioro cognitivo leve (DCL) debido a enfermedad de Alzheimer o en demencia leve por EA.

Cuando evitar fármacos:

- 1. Evitar iniciar farmacoterapia en DCL con escasa progresión funcional o muy leve, para minimizar riesgos.
- 2. Valorar interacciones y efectos adversos, especialmente síndrome anticolinérgico en combinación de psicofármacos.
- 3. Advertencia sobre riesgo de caídas y delirio con antipsicóticos, sobre todo en personas mayores.

Educación y Apoyo Familiar

Tradicionalmente, la familia ha sido la responsable del cuidado de los ancianos con demencia, y se la considera como un recurso de apoyo informal. Cuidar a un familiar con demencia supone mayor estrés que cuidar de un enfermo físico, debido a que la persona que cuida debe introducir mayores cambios en el estilo de vida, genera mayor afectación a la vida social, causa morbilidad psiquiátrica, deteriora el nivel de intimidad y casi desaparece la gratificación por parte del receptor de los cuidados. Todo esto genera una sobrecarga física y emocional en el cuidador. El éxito en el cuidado va a depender del grado en el que el cuidador se atiende a sí mismo, y conceda el tiempo suficiente a sus necesidades personales.

Instrucciones detalladas a cuidadores sobre síntomas a monitorizar, cambios conductuales y necesidad de apoyo emocional.

Seguimiento

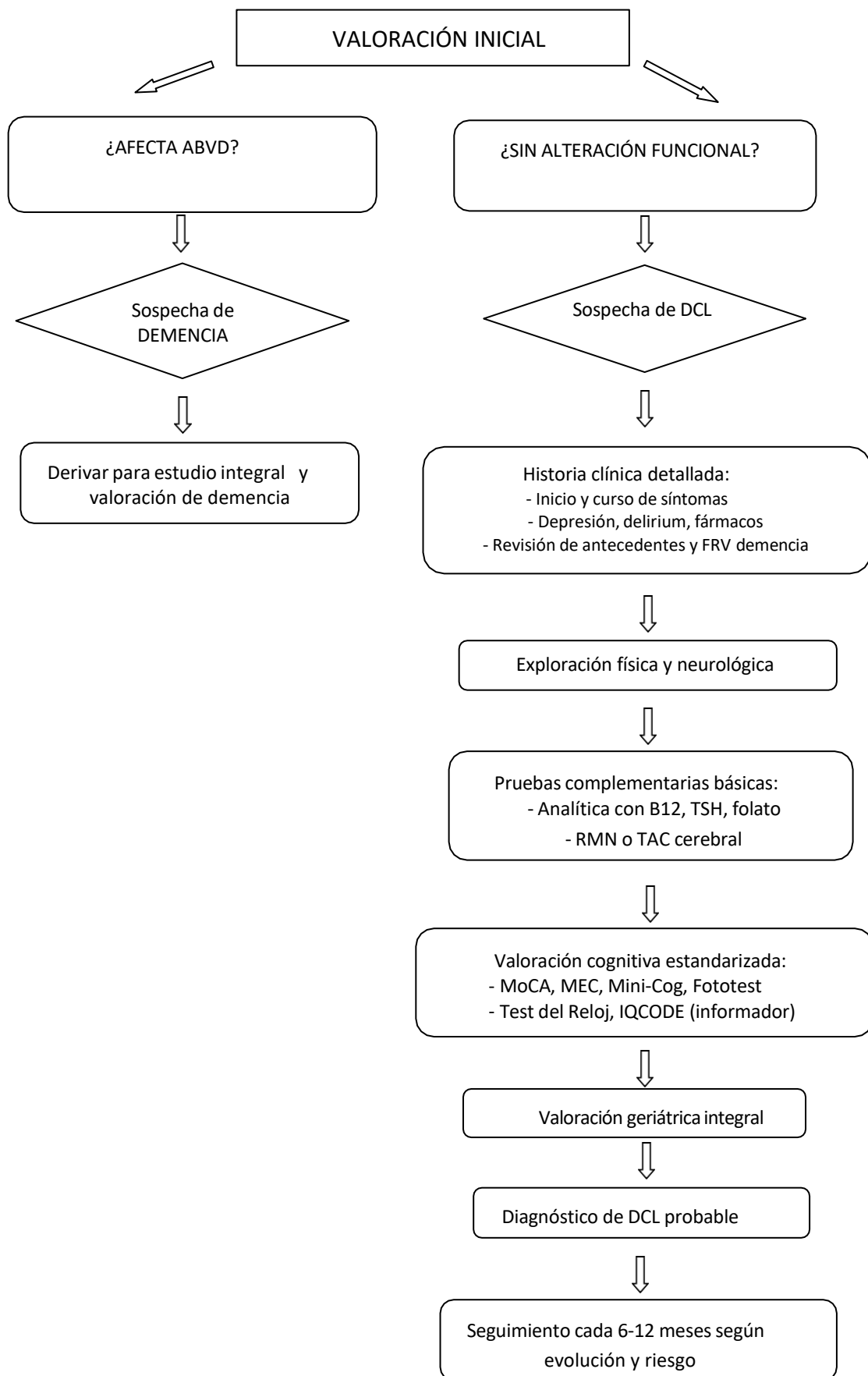
- Reevaluación integral cada 6-12 meses:
 - Seguimiento de progresión cognitiva, funcional y conductual.
 - Ajuste terapéutico según respuesta.
- Identificar signos de progresión a demencia:
 - Dependencia significativa en actividades básicas.
 - Alteraciones conductuales mayores.

- Criterios de derivación a neurología, psiquiatría o unidad de demencias:
 - Progresión rápida.
 - Signos neurológicos focales.
 - Alteraciones conductuales graves.

Consideraciones Finales

Este protocolo garantiza una evaluación y manejo basados en evidencia para optimizar la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores, asegurando una atención centrada en la persona. La incorporación de biomarcadores y neuroimagen se considera según accesibilidad contexto clínico.

ANEXO 1- Algoritmo de evaluación inicial.



ANEOX 2- Lista de verificación estructurada para la primera consulta

Historia clínica

- ☐ Motivo de consulta (tipo de queja cognitiva)
- ☐ Inicio y progresión de síntomas
- ☐ Alteraciones conductuales y emocionales
- ☐ Antecedentes médicos, psiquiátricos y familiares
- ☐ Revisión farmacológica y tóxicos
- ☐ Factores de riesgo cardiovascular y modificables

Exploración física y neurológica

- ☐ Estado general y constantes vitales
- ☐ Pares craneales, fuerza, tono, reflejos
- ☐ Marcha, equilibrio, signos extrapiramidales
- ☐ Exploración auditiva y visual básica

Evaluación cognitiva

- ☐ Mini-Cog / Fototest / MoCA / MEC
- ☐ Test del Reloj
- ☐ IQCODE / SS-IQCODE si aplica

Evaluación funcional y social

- ☐ Índice de Barthel
- ☐ Lawton y Brody
- ☐ Apoyos domiciliarios y cuidador principal
- ☐ Riesgo social / Aislamiento / Vulnerabilidad

Evaluación neuropsiquiátrica

- ☐ Escala NPI-Q
- ☐ Escala Cornell (si síntomas depresivos)

Pruebas complementarias solicitadas

- ☐ Analítica básica (TSH, B12, folato, etc.)
- ☐ Neuroimagen estructural (RMN/TAC)
- ☐ ECG / Rx tórax si justificado
- ☐ Biomarcadores (solo si indicado)

Educación y Plan inicial

- ☐ Explicación a paciente y familia
- ☐ Medidas no farmacológicas (ejercicio, sueño, dieta)
- ☐ Estimulación cognitiva pautada
- ☐ Registro de voluntades anticipadas / plan social
- ☐ Criterios de derivación si aplica

Anexo 3- Lista de verificación de seguimiento (cada 6-12 meses)

Revisión de evolución clínica

- ☐ Progresión cognitiva (misma prueba previa)
- ☐ Cambios en funcionalidad y conducta
- ☐ Evaluación del estado anímico

Revisión terapéutica

- ☐ Adhesión a medidas no farmacológicas
- ☐ Tolerancia y efecto de fármacos si usados
- ☐ Nuevas necesidades familiares o sociales

Reevaluación funcional y social

- ☐ Repetir Barthel y Lawton si cambia la situación
- ☐ Identificar signos de progresión a demencia
- ☐ Revisar carga del cuidador y apoyos disponibles

Plan actualizado

- ☐ Continuar seguimiento / derivación a unidad especializada
- ☐ Educación reforzada a familia
- ☐ Valorar voluntades anticipadas / aspectos legales
- ☐ Documentación y actualización de informe clínico

Anexo 4- TABLA RESUMEN: Continuo clínico y aproximación diagnóstica del deterioro cognitivo

FASE CLÍNICA	CARACTERÍSTICAS CLAVE	OBJETIVOS EN CONSULTA	ACTUACIÓN PRINCIPAL
Deterioro cognitivo subjetivo	Sin alteraciones en pruebas de cribado	Detectar causas reversibles y factores de riesgo	Anamnesis detallada, revisión farmacológica, analítica básica, seguimiento
Deterioro cognitivo leve	Alteraciones en pruebas cognitivas sin pérdida de autonomía funcional	Identificar etiología y predecir progresión	Valoración neuropsicológica reglada, clasificación mono o multidominio, estudio etiológico
Demencia	Deterioro cognitivo con pérdida de autonomía en actividades básicas	Diagnóstico etiológico y planificación terapéutica	Valoración clínica completa, pruebas complementarias, biomarcadores si disponibles

Anexo 5- APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA EN CONSULTA

PASO	CONTENIDO
Anamnesis dirigida	Inicio de síntomas, primer dominio afectado, curso evolutivo, impacto funcional, antecedentes, tratamiento habitual
Evaluación cognitiva	Memoria, lenguaje, praxias, funciones ejecutivas, atención, habilidades visoespaciales
Exploración física	Exploración neurológica completa y síntomas conductuales
Descartar causas reversibles	Analítica básica, vitamina B12, ácido fólico, hormonas tiroideas, serologías según sospecha
Neuroimagen estructural	Preferentemente resonancia magnética cerebral
Biomarcadores	Neuroimagen funcional y biomarcadores en líquido cefalorraquídeo cuando exista incertidumbre diagnóstica

Anexo 6 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PRINCIPAL

ENFERMEDAD	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS PRINCIPALES
Enfermedad de Alzheimer	Inicio insidioso, predominio de memoria episódica
Deterioro cognitivo vascular	Curso en escalones, afectación ejecutiva y atención
Demencia por cuerpos de Lewy	Fluctuaciones cognitivas, alucinaciones visuales, parkinsonismo
Deterioro cognitivo asociado a enfermedad de Parkinson	Predominio ejecutivo y visoespacial
Demencia frontotemporal	Alteraciones conductuales y del lenguaje
Parálisis supranuclear progresiva	Caídas precoces, alteraciones oculomotoras, síntomas conductuales



PROTOCOLO

Consulta de deterioro cognitivo



Grupo de trabajo en deterioro cognitivo