

# Abordaje del **deterioro cognitivo** en Atención Primaria

Paula Domingo Chiva R1 MFYC  
Tutora: Anna Solà Sandtner  
Centro de Salud Rafalafena



# ÍNDICE

**01**

**Introducción**

**02**

**Factores de riesgo**

**03**

**Signos de alarma**

**04**

**Clasificación**

**05**

**Proceso diagnóstico**

**06**

**Tratamiento farmacológico**

**07**

**Tratamiento no farmacológico**

**08**

**Criterios de derivación**

**09**

**Algoritmo de actuación**

**10**

**Bibliografía**

## Quejas subjetivas de memoria

Quejas del paciente no objetivables en entrevista ni test funcionales. Relación con alteraciones del **estado de ánimo**.

## Deterioro cognitivo leve (DCL)

Afectación adquirida y prolongada de algún área cognitiva, objetivada por test y refrendada por un informador.

**No interfiere en el funcionamiento normal.**  
(DSM 5 = trastorno neurocognitivo menor)

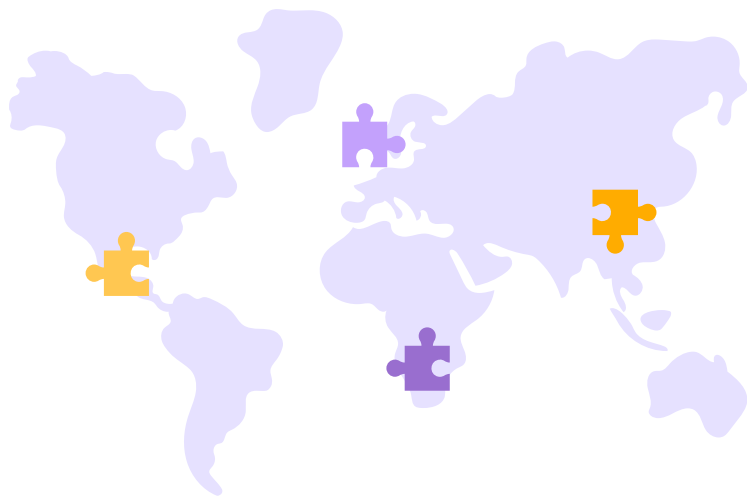
## Demencia

Deterioro adquirido, **progresivo y crónico de uno o más dominios cognitivos**. Asocia **deterioro de la autonomía y de las relaciones sociales**.  
Nivel de consciencia y atención normales.



El envejecimiento poblacional y el aumento de la esperanza de vida, favorece el incremento de prevalencia de demencia a nivel mundial.

Son una de las principales causas de discapacidad y dependencia y suponen graves y progresivas limitaciones para la autonomía



**10-15%**

Pacientes con DCL evolucionan a demencia en 1 año

**30-50%**

Pacientes con DCL evolucionan a demencia en 5 años

**50-80%**

La enfermedad de Alzheimer es la forma de demencia más frecuente a nivel mundial.

**¡ELEVADO COSTE SOCIAL Y ECONÓMICO!**

Por sexo, las *enfermedades isquémicas del corazón* fueron la primera causa de muerte más frecuente entre los hombres (8.605 fallecidos) seguida del *cáncer de bronquios y pulmón* (8.146).

Entre las mujeres las causas más frecuentes fueron la *demencia* (7.249 fallecidas) y las *enfermedades cerebrovasculares* (6.585).

### Defunciones según las causas de muerte más frecuentes. Enero-junio 2019-2023

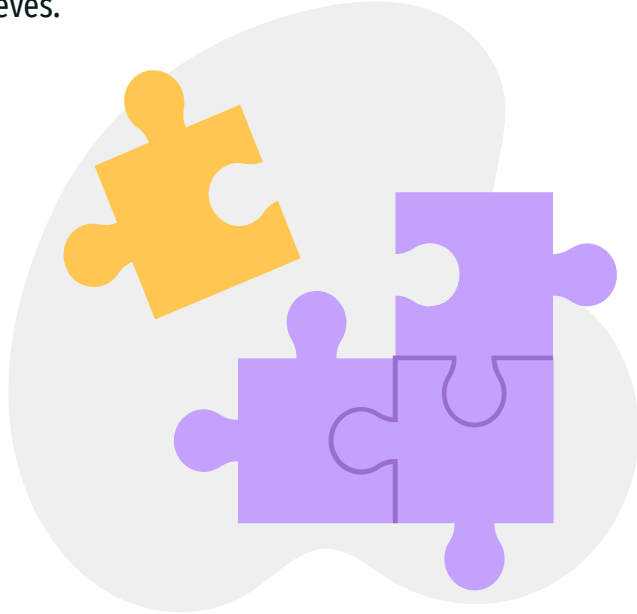
Valores absolutos y variación porcentual

	Enero- Junio 2019	Enero- Junio 2020	Enero- Junio 2021	Enero- Junio 2022	Enero- Junio 2023	Variación Enero-Junio 2023/2022
Total enfermedades	219.350	264.773	230.558	235.707	221.462	-6,0%
Enfermedades isquémicas del corazón	15.742	15.394	14.755	14.879	13.865	-6,8%
Enfermedades cerebrovasculares	13.284	13.306	12.452	12.598	11.926	-5,3%
Cáncer de bronquios y pulmón	10.980	10.854	10.837	11.339	11.225	-1,0%
Demencia	11.517	10.775	9.337	10.471	10.704	2,2%
Insuficiencia cardiaca	10.441	10.276	10.134	11.022	10.459	-5,1%
Enfermedad hipertensiva	6.392	7.446	7.367	7.523	7.590	0,9%
Enf. crónicas de las vías respiratorias inferiores	8.094	7.465	5.366	6.070	6.969	14,8%
Enfermedad de Alzheimer	7.540	8.382	6.269	6.824	6.636	-2,8%
Diabetes mellitus	5.070	5.884	5.492	5.654	5.666	0,2%
Neumonía	5.579	5.399	3.153	4.147	5.662	36,5%
Cáncer de colon	5.714	5.549	5.369	5.421	5.452	0,6%
Cáncer de páncreas	3.591	3.658	3.714	3.915	3.977	1,6%
Insuficiencia renal	3.847	3.874	3.778	4.265	3.958	-7,2%
Covid-19						
- Covid-19 virus identificado	0	33.312	29.300	21.019	3.760	-82,1%
- Covid-19 virus no identificado (1)	0	13.350	501	53	5	-90,6%
Cáncer de mama	3.167	3.401	3.256	3.323	3.264	-1,8%

(1) Covid-19 virus no identificado no se encuentra entre las causas más frecuentes del primer semestre de 2023, pero se incluye con el fin de facilitar la comparabilidad de las defunciones por Covid-19

## INFRADIAGNÓSTICO

A pesar de que las quejas de memoria son el principal motivo de consulta referentes síntomas neurológicos en las consultas, en pacientes mayores de 65 años, existe un infradiagnóstico llamativo de los casos de demencia, sobre todo en estadios leves.



### Demoras en la detección temprana:

- Comienzo sutil o síntomas poco expresivos/fluctuantes
- Progresión de curso lento
- Expresión conductual heterogénea
- Falta de concienciación
- Tiempo limitado en consulta

La atención primaria tiene una situación privilegiada en la escalada asistencial: **diagnóstico de sospecha precoz, evaluación funcional y social de los pacientes.**

# CAUSAS POTENCIALMENTE REVERSIBLES DE DETERIORO COGNITIVO



- Hipotiroidismo
- Déficit de vitamina B12
- Deterioro cognitivo por alteración psiquiátrica
- Trastornos estructurales SNC
- Tóxicos / Fármacos
- Infecciones SNC
- Síndrome confusional agudo

# FACTORES DE RIESGO DE DEMENCIA

01

**Edad**

02

**Historia familiar,  
factores genéticos**

03

**Deterioro  
cognitivo leve**

04

**FRCV**

HTA, DM, Dislipemia,  
cardiopatía, ictus,  
obesidad, síndrome  
metabólico,  
tabaquismo, alcohol.

05

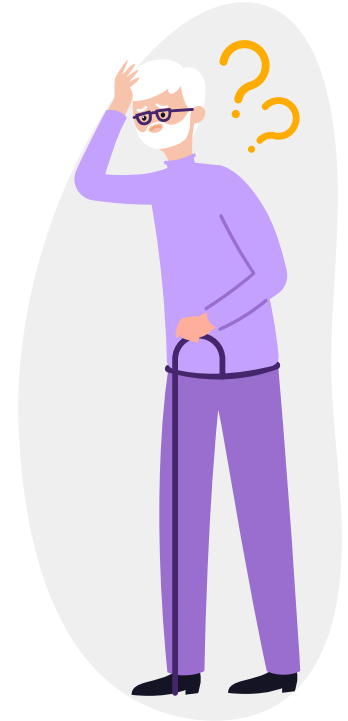
**Nivel de estudios**

(a mayor reserva  
cognitiva, < riesgo)

06

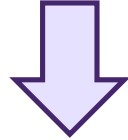
**Otros**

TCE, trastornos  
psiquiátricos, tóxicos,  
anticolinérgicos, estilo de  
vida, hepatopatía  
crónica, ERC, VIH...





Búsqueda activa de casos de deterioro cognitivo en grupos de alto riesgo, y valorar la posibilidad de hacer un seguimiento longitudinal con evaluación periódica.



35% de factores de riesgo son modificables o potencialmente modificables:

- Aislamiento social
- Depresión
- Diabetes
- HTA
- Sedentarismo
- Nivel educativo bajo
- Obesidad
- Hipoacusia
- Tabaquismo

**Al menos 50% de los casos de demencia no se diagnostican en etapas iniciales:**

Observación directa, quejas de memoria subjetivas o preocupación manifiesta por parte de personas del entorno directo del paciente. Estar pendientes de los síntomas de alarma.



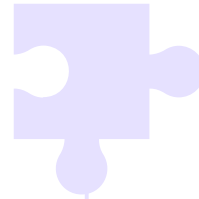
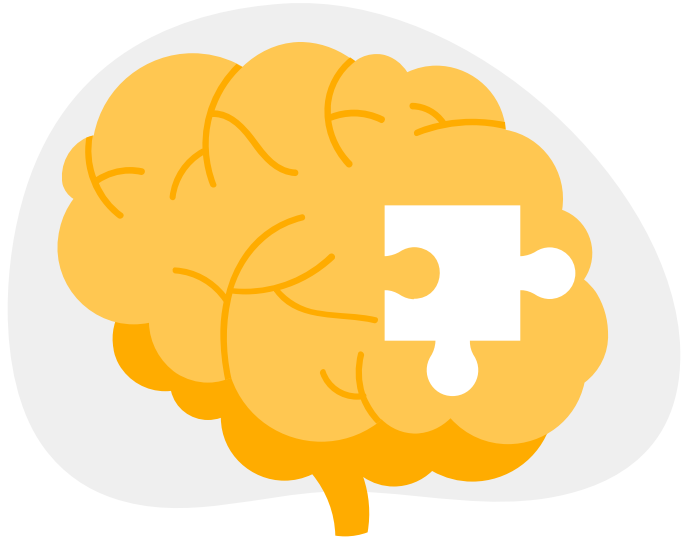
## SÍNTOMAS DE ALARMA

- Alteración de la memoria reciente
- Deterioro en los hábitos cotidianos (AVD)
- Problemas de lenguaje
- Desorientación temporoespacial
- Pobreza de juicio
- Problemas de pensamiento abstracto
- Perder cosas, colocarlas en lugares inapropiados
- Cambios de conducta
- Cambios de la personalidad
- Pérdida de iniciativa



# CLASIFICACIÓN

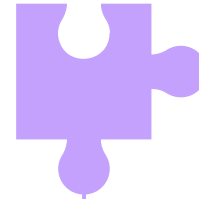
El criterio de clasificación más frecuente es el etiológico:



01

## Degenerativas primarias

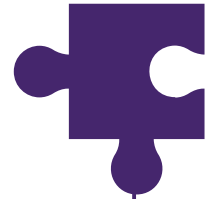
- Alzheimer
- DFT
- Demencia por Cuerpos de Lewy
- Asociada a Parkinson



02

## Secundarias

Causadas por trastorno no degenerativo o sin origen en SNC (vascular, postraumática, alcohol...)



03

## Mixtas

# Tipos de DCL

(Petersen RC, Morris JC. Mild Cognitive Impairment as a Clinical Entity and Treatment Target. Arch Neurol 2005;62:1160-39)

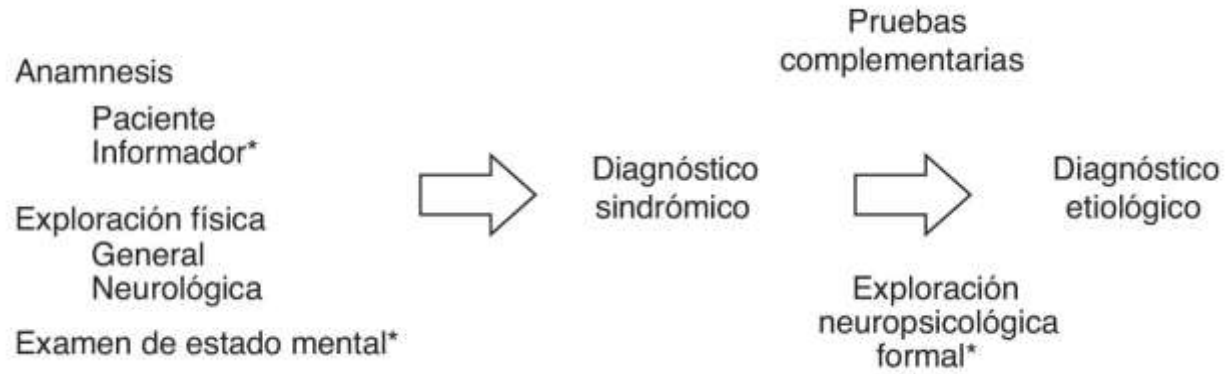
Tipo de DCL		Area Afectada	Evolución
DCL Amnésico	Unifunción	Memoria	Enfermedad de Alzheimer
	Multifunción	Memoria y otro área cognitiva	Enfermedad de Alzheimer
DCL No Amnésico	Unifunción	Area cognitiva distinta de la memoria	Demencia Frontal, Demencia por C. Lewy, Demencia Vascular, E. Alzheimer
	Multifunción	Dos areas cognitivas, al menos, distintas de la memoria	E. Alzheimer, Demencia Vascular, Envejecimiento normal



¿Qué hacer ante la sospecha de deterioro cognitivo?



## Diagnóstico eminentemente CLÍNICO



Atención primaria

Neurología

## ANAMNESIS:

**Valorar Antecedentes:** familiares y personales, FRCV, tóxicos, nivel de escolarización e historia laboral, situación sociofamiliar, grado de autonomía previo (Barthel), historia de TCE...

### **Síntomas actuales:**

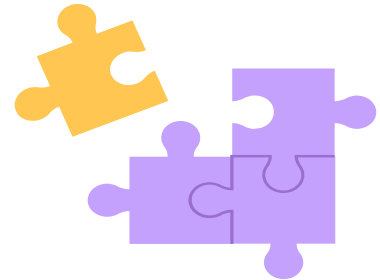
- Síntomas cognitivos: alteraciones de la memoria, orientación, lenguaje, capacidades ejecutivas, praxias y gnosias.
- Síntomas psicológicos y conductuales: estado de ánimo, cambios de personalidad y conducta, alucinaciones, ideas delirantes.
- Síntomas autonómicos: incontinencia de esfínteres, trastornos intestinales, hipotensión ortostática...
- Otros síntomas acompañantes

### **Valorar la repercusión funcional de los síntomas en la vida del paciente**

(actividades domésticas, laborales, sociales y de ocio). Observar el grado de colaboración, de atención, de conciencia y de capacidad para relatar las quejas, la percepción de la enfermedad, el comportamiento y la comunicación no verbal.

**Contextualizar** los déficits en el tiempo: fecha de inicio, modo de instauración y progresión.

**Contrastar información con familiar** (corroborar la información que nos aporta el paciente).





## EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Tensión arterial.
- Auscultación cardiaca: frecuencia, ritmo, descartar soplos.
- Auscultación de los vasos del cuello (descartar soplos carotídeos).
- Pulsos periféricos
- Movimientos oculares, campo visual por confrontación.
- Focalidad motora o sensitiva.
- Movimientos anormales: temblor, corea, mioclonías.
- Valoración de la marcha
- Reflejos y sensibilidad (valorar la sensibilidad vibratoria de las extremidades inferiores).
- Índice de masa corporal (detección temprana de la malnutrición).
- Valoración cutánea (detección de hematomas o úlceras).





## TEST DE SCREENING:

Un cribado normal no excluye demencia.

Realizar una valoración conductual completa.

### Test más recomendados para atención primaria:

- Minimental State Examination (MMSE 30) o MEC
- Fototest
- Cuestionario Pfeiffer
- Memory Impairment Screen
- Test del reloj
- Test del informador AD8 (muy S y E para detectar cambios cognitivos incipientes)
- Escala de Lawton y Brody (valoración de AIVD) → S para funcionalidad, aunque poco E
- T@M (Test de alteración de la memoria)

### NO EXISTE UN TEST IDEAL:

- Características del paciente
- Tiempo disponible
- Experiencia del entrevistador

# EJEMPLOS DE TEST DE SCREENING

TABLA 5

## Cuestionario de Pfeiffer

1. ¿Cuál es la fecha de hoy (día, mes, año)?
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Dónde estamos ahora (lugar o edificio)?
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (o su dirección si no tiene teléfono)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento (día, mes, año)?
7. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?
8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?
9. ¿Cuál es el segundo apellido de su madre?
10. Vaya restando de 3 en 3 al número 20

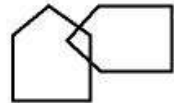
Punto de corte habitual en más de dos errores. Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales), se admite un error más para cada categoría; si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.

Imagen extraída de AMF-SEMFYC

"MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO"

Paciente ..... Edad .....

Ocupación ..... Escolaridad ..... Examinado por ..... Fecha .....

	PUNTOS
<b>ORIENTACIÓN</b>	
"Dígame el día ..... Fecha ..... Mes ..... Estación ..... Año ....."	(5)
"Dígame el Hospital (o el lugar) ....."	Planta .....
Ciudad ..... Prov. .... Nación ....."	(5)
<b>FILIACION</b>	
"Repita estas 3 palabras: Presenta-Caballo-Manzana" (Repetirlas hasta que las aprenda) ....."	(3)
<b>CONCENTRACION Y CALCULO</b>	
"Si tiene 30 ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando?"	(5)
"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda)	(3)
"Ahora hacia atrás" ....."	(3)
<b>MEMORIA</b>	
"¿Recuenta las 3 palabras que le he dicho antes?" ....."	(3)
<b>LENGUAJE Y CONSTRUCCION</b>	
Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj ....."	(2)
"Repita esta frase": "En un trigal había cinco perros" ....."	(1)
"Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?"	(2)
"¿Qué son un perro y un gato?" ....."	(2)
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa" ....."	(3)
"Lea esto y haga lo que dice": CIERRE LOS OJOS ....."	(1)
"Escriba una frase" ....."	(1)
"Copie este dibujo":	(1)
	
.....(1)	
PUNTUACION TOTAL ..... (35)	
Nivel de conciencia	
Giego	Sordo
Otros	



## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Descartar causas tratables de deterioro cognitivo.

- **Analítica:** Hemograma, hemostasia, VSG.
- **Bioquímica:** electrolitos, glucosa, perfil lipídico, función renal y función hepática, TSH, niveles de vitamina B12 y de ácido fólico.
- **Serología luética y VIH** (si sospecha fundamentada).
  
- **Neuroimagen:** TAC o RMN → descartar atrofia hipocampal en EA y otras causas tratables de alteración cognitiva como lesiones vasculares o hidrocefalia.

Según la presentación clínica: +/- electrocardiograma o radiografía de tórax.



## REVISIÓN DE TRATAMIENTOS HABITUALES DEL PACIENTE:

Existen fármacos implicados en precipitar o prolongar el síndrome confusional agudo o los síntomas conductuales de demencia. **El deterioro cognitivo que pueden producir como reacción adversa es a expensas del efecto anticolinérgico y/o sedante.**

- Anticolinérgicos
- Analgésicos (opioides sobre todo)
- Antiepilépticos
- Antiparkinsonianos
- Corticoides sistémicos (a altas dosis generalmente)
- Antihistamínicos H2
- Antibióticos (Ciprofloxacino, Norfloxacino, Metronidazol, Claritromicina...)
- Digoxina
- BZD
- Domperidona
- Metoclopramida

# Fármacos que deben revisarse ante sospecha de deterioro cognitivo

<b>Antiamitricos</b>	<b>Antiespasmódicos urinarios</b>	<b>Antisicóticos</b>	<b>Opioides</b>
disopiramida	fesoterodina	clorpromazina	petidina
flecainida	oxibutina	clozapina	<b>Relajantes musculares</b>
propafenona	solifenacina	flufenazina	baclofeno
<b>Antidepresivos</b>	tolterodina	levomepromazina	ciclobenzaprina
amitriptilina	trospio	loxapina	metocarbamol
clomipramina	<b>Antihistamínicos H1 (primera generación)</b>	olanzapina	tizanidina
doxepina	ciproheptadina	pimozida	<b>Otros</b>
imipramina	demastina	quetiapina	antibióticos (β-lactámicos y quinolonas)
nortriptilina	clorfeniramina	trifluoperazina	antihistamínico H <sub>1</sub> (ranitidina)
paroxetina*	dexclorfeniramina	<b>Antivertiginosos / antieméticos</b>	betabloqueantes (propranolol)
trimipramina	difenhidramina	dimenhidrinato	clonidina
<b>Antiepilépticos</b>	doxilamina	meclizina	clortalidona
ácido valproico	hidroxizina	prometazina	digoxina
carbamazepina	<b>Antiparkinsonianos</b>	trifluoperazina	indometacina
fenitoína	amantodina	<b>Benzodiazepinas</b>	litio
fenobarbital	biperideno		metildopa
<b>Antiespasmódicos intestinales</b>	bromocriptina		metoclopramida
alcaloides belladonna	entacapona		
atropina (combinaciones)	prociclidina		
escopolamina	trihexifenidilo		

\* Efecto anticolinérgico demostrado, aunque en algunas escalas aparece como "rango marcado" y en otras como "rango bajo".

Tabla extraída de: *Grupo de trabajo del Servicio de Salud para la Atención a la Demencia. Protocolo de demencia del Servicio de Salud de las Islas Baleares: recomendaciones para la detección, el proceso diagnóstico y la derivación del paciente con deterioro cognitivo-conductual. Palma: Servicio de Salud de las Islas Baleares, 2018.*



## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Algunas enfermedades neuropsiquiátricas, como el síndrome confusional agudo, la depresión o incluso el trastorno bipolar de debut tardío (> 65 años), pueden ser pródromos de demencia, por lo que pueden considerarse como signos de alarma.

**Delirium o síndrome confusional agudo:** identificar causa precipitante. Alteración aguda del nivel de **consciencia** y alteración de la memoria inmediata (dependiente de la **atención**). Tras un episodio de síndrome confusional agudo, valoración para descartar posible demencia.

Características	Síndrome confusional agudo	Demencia
Inicio	Agudo	Insidioso
Curso	Fluctuante	Persistente
Duración	Limitada	Crónica
Atención	Alterada	Intacta hasta estados avanzados
Lenguaje	Incoherente	Más coherente hasta estados avanzados
Habla	Disartria frecuente	Disartria poco común
Alucinaciones visuales	Comunes	Raras



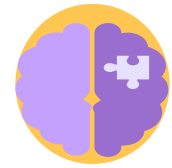
## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

La **depresión** puede presentarse de forma atípica (complicando su diagnóstico), asociando signos cognitivos y/o deterioro funcional. Suele presentarse de manera subaguda. Se ven afectadas sobre todo las facultades que requieren atención y concentración (generando de manera secundaria afectación de la memoria reciente).

En casos de depresión tardía sin antecedentes neuropsiquiátricos, es imprescindible llevar a cabo una evaluación neurológica completa y descartar deterioro cognitivo.

Tabla 4. Diferencias entre depresión y demencia.

Características	Depresión	Demencia
Antecedentes	Personales de depresión	Familiares de demencia
Preocupación familiar	Por la memoria	Por la incapacidad
En la consulta	Acude solo/sola	Acude acompañado/acompañada
	Quejas detalladas y desproporcionadas	Quejas escasas y vagas
	Preocupado/preocupada	Despreocupado/despreocupada
Inicio	Preciso y progresión más o menos rápida	Insidioso y progresión lenta
Signos	Buena respuesta a los antidepresivos	Mala respuesta a los antidepresivos
Test	Cognitivos normales	Cognitivos alterados



## VALORACIÓN DE LA FASE DE LA ENFERMEDAD:

Emplear la Escala de Deterioro Global (GDS) o escala de Reisberg, que divide el proceso de la enfermedad en siete etapas según el deterioro cognitivo:

GDS-1: ausencia de alteración cognitiva. (MMSE 30).

GDS-2: disminución cognitiva muy leve (**quejas subjetivas**). (MMSE 25-30).

GDS-3: defecto cognitivo leve (MMSE 20-27).

GDS-4: defecto cognitivo moderado (**demencia leve**). (MMSE 16-23).

GDS-5: defecto cognitivo moderado-grave. (MMSE 10-19).

GDS-6: defecto cognitivo grave. (MMSE 0-12).

GDS-7: defecto cognitivo muy grave (**dependencia total**). (MMSE 0).

Informar del diagnóstico y pronóstico a paciente y cuidador → **PLANIFICACIÓN DE FUTURO**





# TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

No existe ningún fármaco a día de hoy que consiga enlentecer la progresión de la enfermedad ni retrasar su aparición. No existe tratamiento curativo, abordaje multidisciplinar.

Sin embargo, podemos aportar cierta mejoría cognitiva con el tratamiento farmacológico.

## - CONTROL DE LOS FRCV

- **INHIBIDORES DE LA AETILCOLINESTERASA** (Donepezilo, Rivastigmina, Galantamina):  
Indicados en enfermedad de Alzheimer en fases leves o moderadas.  
Efectos secundarios.

- **ANTAGONISTA NO COMPETITIVO DE LOS RECEPTORES NMDA** (Memantina): uso en fases moderadas y avanzadas de la enfermedad de Alzheimer. Precaución en epilepsia, insuficiencia renal, RAO e insuficiencia hepática.

- **ISRS** si persistencia de síntomas graves de depresión

# TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO



- Estimulación y rehabilitación cognitiva
- Actividad física
- Psicoterapia
- Terapia de reminiscencia
- Musicoterapia
- Mindfulness
- Terapia de orientación a la realidad
- Realidad virtual inmersiva
- Magnetoterapia transcraneal
- Revisión de audífonos, lentes bien graduadas y Qx cataratas
- Prevención de iatrogenia (fármacos de potencial anticolinérgico)
- Evitar contaminación atmosférica y el contacto con químicos, disolventes, organofosforados...
- Mantener el interés y las relaciones sociales
- Reducir y controlar el estrés
- Abandono del tabaco y control de los FRCV

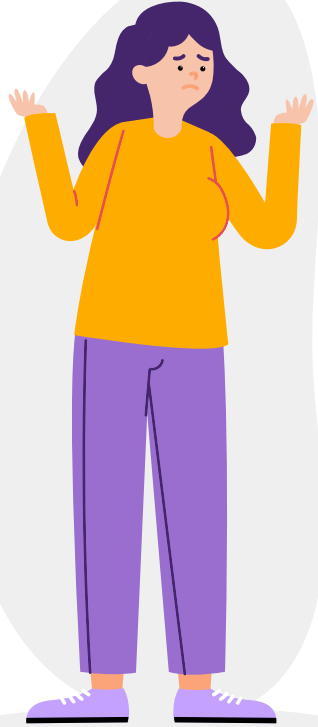
## Objetivos del tratamiento

- Estimular y mantener las funciones cognitivas.
- Evitar la desconexión con el entorno y favorecer las relaciones sociales.
- Dar seguridad e incrementar la autonomía personal.
- Estimular la propia identidad y autoestima: dignificar.
- Minimizar el estrés y evitar reacciones psicológicas anómalas o alteraciones de conducta.
- Mejorar el rendimiento cognitivo.
- Mejorar el rendimiento funcional.
- Incrementar la autonomía en las actividades básicas de la vida diaria.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes y de los familiares.



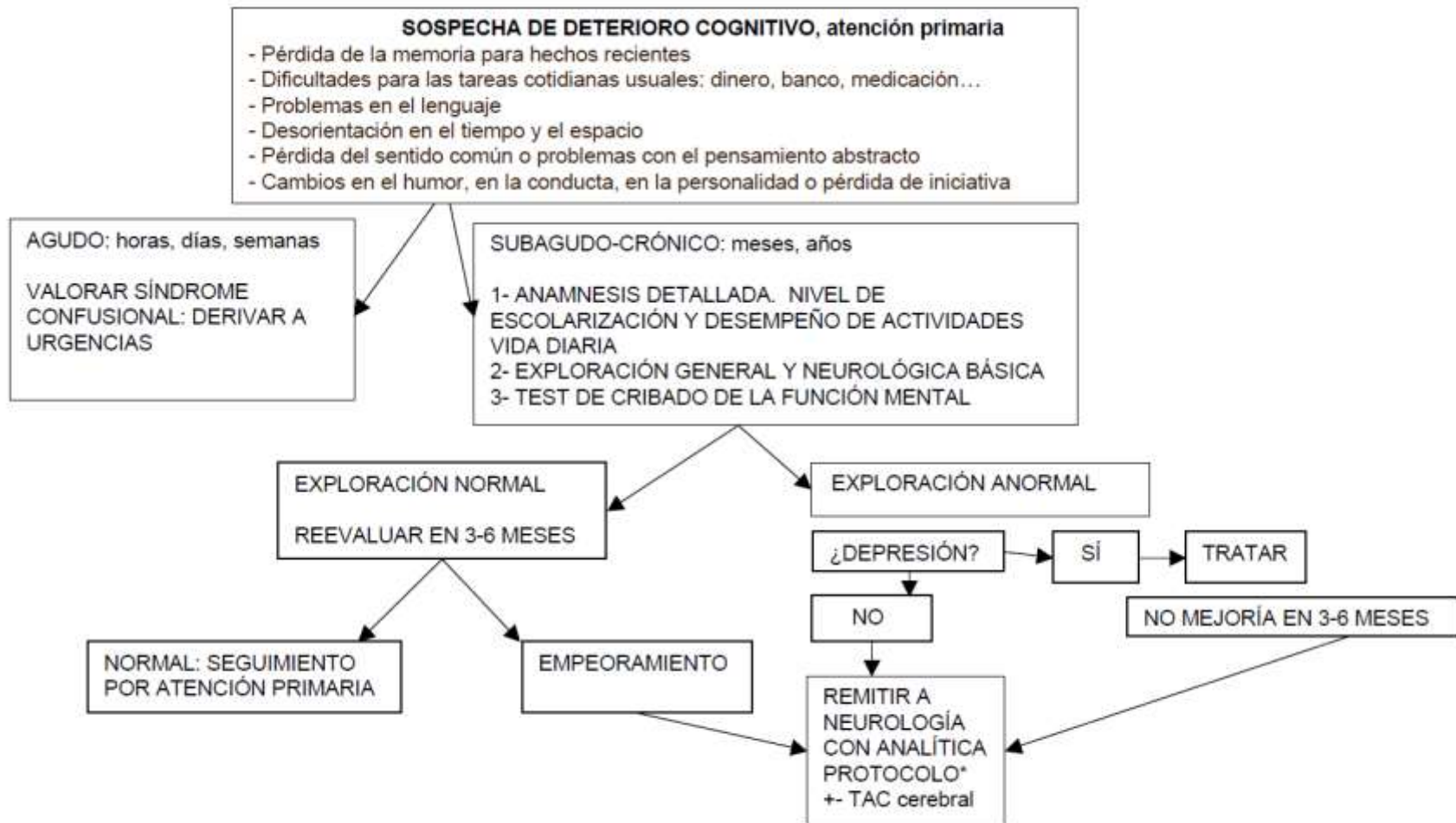
## DERIVACIÓN RELACIONADA CON EL PROCESO DIAGNÓSTICO

- Quejas de memoria u otro problema cognitivo confirmado por un informador fiable con persistencia de al menos 3-6 meses
- **Pruebas complementarias no accesibles desde AP** (neuroimagen, PL...)
- **Dudas razonables** en Dx o para confirmarlo (diagnóstico etiológico definitivo)
- Demencias con **debut de predominio conductual o de trastorno de la personalidad**
- **Cambios en el curso evolutivo de la demencia** (deterioro brusco, síntomas focales o reacciones anormales a neurolépticos)
- Necesidad de **examen psiquiátrico complementario**
- Si el paciente/familiar quiere una **segunda opinión**
- Si hay **indicación de consejo genético** (enfermedad de Alzheimer de inicio precoz o enfermedad de Huntington)
- Si existe **sospecha de simulación** o exageración de síntomas cognitivo-conductuales



## DERIVACIÓN RELACIONADA CON EL **TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO**

- **Valoración inicio de fármacos no accesibles desde atención primaria** (anticolinesterásicos o Memantina)
- **Dificultad en el manejo de trastornos conductuales o falta de respuesta a antidepresivos**
- Si existe posibilidad de **terapias psicosociales** (estimulación cognitiva)
- **Necesidad de soporte por otros profesionales ante sobrecarga y/o dudas ético-legales** (trabajador social, asociaciones...)
- **Examen o tratamientos complementarios que requieran valoración en un segundo nivel asistencial**



# BIBLIOGRAFÍA

- Grupo de Neurología Cognitiva de la Sociedad Valenciana de Neurología (COGVAL). Guía de Manejo Práctico de la Enfermedad de Alzheimer en la Comunidad Valenciana. 2017
- Utilidad diagnóstica de test cognitivos breves en el cribado de deterioro cognitivo C. Carnero-Pardo, Rego-García B, M. Mené Llorentec , M. Alonso Ródenas c y R. Vílchez Carrillo . Neurología 2019
- Grupo de Trabajo de Neurología de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Pasos a seguir en el diagnóstico del deterioro cognitivo y la demencia. 2020.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan Integral de Alzheimer y otras demencias (2019-2023).
- Grupo de trabajo del Servicio de Salud para la Atención a la Demencia. Protocolo de demencia del Servicio de Salud de las Islas Baleares: recomendaciones para la detección, el proceso diagnóstico y la derivación del paciente con deterioro cognitivo-conductual. Palma: Servicio de Salud de las Islas Baleares, 2018.
- Criterios de derivación a un segundo nivel asistencial ante deterioro cognitivo y demencia. HGUCS.