

VÍA CLÍNICO-ADMINISTRATIVA EN DEMENCIAS



Apoya:  **Knight**

VÍA CLÍNICO-ADMINISTRATIVA EN DEMENCIAS

María Isabel Ulloa

Directora Ejecutiva de ProPacífico

Daniel Echeverri

Director Proyectos Salud de ProPacífico

ASESORES METODOLÓGICOS

Francisco Escobar Aguilón, MD, MSP, MSC

Consultor – ProPacífico

Elisa Maria Pinzón Gómez OD, MSC

Consultora – ProPacífico

Carmen Rosario Palta Galíndez, Enf. MSC

Consultora – ProPacífico

EXPERTOS LOCALES

Carlos Alberto Parra Marmolejo

Medico internista – Geriatra

Lina María Zapata Restrepo

Médica Psiquiatra

Luisa Elena Del Moral Noguera

Médica Neuróloga

Pablo Felipe Amaya González

Médico Neurólogo

AGRADECIMIENTOS

El presente documento es el resultado de una iniciativa regional coordinada por el Proyecto de Salud de Fundación ProPacífico, con el apoyo de Knighth. Manifestamos un reconocimiento a las siguientes instituciones por haber contribuido con el diagnóstico, discusión, y propuestas para el fortalecimiento del proceso de atención de pacientes en riesgo o con demencia, valiosos aportes que permitieron la construcción de este documento.

Red de Salud Ladera E.S.E
Red de Salud Centro E.S.E
Red de Salud Sur Oriente E.S.E
Red de Salud Norte E.S.E
Hospital San Juan de Dios Cali
Oportunidad de vida IPS
Fundación Alzheimer
IPS Recuperar
Comfandi IPS
Clínica Nueva Rafael Uribe Uribe
Clínica DESA
E.S.E Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel
Servicio Médico Universidad del Valle
Fundación Universitaria San Martín
Universidad Santiago de Cali
Coomeva Medicina Prepagada
FOMAG – Fiduprevisora
Salud Total EPS
Comfenalco EPS
Ecopetrol
Suramericana EPS
Emssanar EPS
Asmetsalud EPS
Secretaría de Salud Distrital de Cali
Secretaría Departamental de Salud

SIGLAS

EPS	Entidad Promotora de Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
MD	Médico, Médica
MMSE	Mini Mental State Examination
MoCA	Montreal Cognitive Assessment

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	4
SIGLAS	5
LISTADO DE TABLAS	7
INTRODUCCIÓN	8
OBJETIVOS	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos	9
SITUACIÓN DE DEMENCIA	10
METODOLOGÍA	11
PASO PREVIO: VINCULACIÓN Y ALISTAMIENTO	11
PASO 1. IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES	12
Taller interinstitucional “Identificación de oportunidades para el abordaje integral de las demencias”	12
Grupos focales como otra forma de identificación de oportunidades	14
Acercamiento con aseguradoras y construcción de línea base de atención	18
PASO 2. FOCALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DEL PROYECTO	19
PASO 3. DIAGNÓSTICO DEL RENDIMIENTO DEL RENDIMIENTO DE LA RUTA	20
Barreras y facilitadores	20
PASO 4. DESARROLLO DE LA VÍA CLÍNICO-ADMINISTRATIVA	22
Secuencia temporal de la vía	22
Listado de actores o perfiles de la vía	24
Matriz de intervenciones de la vía	29
Puntos de variabilidad en la vía clínico-administrativa	42
Propuesta de vía diferencial para el abordaje de casos con condiciones particulares	43
PASO 5. LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VÍA CLÍNICO-ADMINISTRATIVA	47
Fortalecimiento del talento humano:	47
Identificación de puntos críticos del proceso	47
Ajuste y evaluación continua por parte de los actores del sistema	51
PASO 6. EVALUACIÓN Y RENDIMIENTO DE LA RUTA	51
Indicadores para población con sospecha de demencia	51
Indicadores para población con diagnóstico de demencias	51
Hitos de la vía clínico-administrativa	51
PASO 7. MANTENIMIENTO Y SEGUIMIENTO CONTINUO	53
CONCLUSIONES	54
REFERENCIAS	55

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Barreras y facilitadores acorde a las fases del proceso de atención	21
Tabla 2. Momentos del proceso de atención del paciente con sospecha o diagnóstico de demencia	23
Tabla 3. Roles y responsabilidades de los actores en la vía clínico-administrativa	24
Tabla 4. Acciones poblacionales o de promoción de la salud	30
Tabla 5. Intervenciones de prevención y tamización	31
Tabla 6. Intervenciones de diagnóstico	33
Tabla 7. Intervenciones de tratamiento y rehabilitación	36
Tabla 8. Intervenciones de seguimiento	40
Tabla 9. Escenarios de variabilidad en la vía clínico-administrativa acorde a las fases y momentos de atención	42
Tabla 10. Identificación de grupos de riesgo en el marco de la vía con enfoque diferencial	44
Tabla 11. Vía diferencial para demencias	46
Tabla 12. Puntos críticos de la vía	49
Tabla 13. Hitos de la vía	52

INTRODUCCIÓN

Las vías clínicas, como concepto, se puede rastrear a principios de la década de 1980, en los Estados Unidos, mediante las propuestas de diversos grupos de profesionales de enfermería encaminadas a mejorar los tiempos y desenlaces del proceso de atención de los pacientes quirúrgicos. En esa época surgieron los pagos globales prospectivos, pagos fijos de modalidad presupuestal para los hospitales estadounidenses, por lo que existía la necesidad de mejorar en términos de eficiencia y organización en la prestación de los servicios de salud (1). En este contexto, las vías clínicas se convirtieron en uno de los instrumentos para proveer una atención basada en valor, es decir, mejores resultados con la utilización eficiente de los recursos disponibles.

Las vías clínicas son instrumentos que permiten planificar y coordinar la secuencia de procedimientos asistenciales y administrativos necesarios para conseguir la máxima eficiencia en el proceso asistencial (1). En este sentido, las vías clínicas son un mecanismo que “mapea” el proceso de atención en general, quiénes participan, qué se espera que hagan, y cuáles son los puntos que requiere refuerzo o vigilancia. Por tanto, las vías clínicas facilitan el mejoramiento de los procesos institucionales y el relacionamiento del talento humano.

Además, las vías clínicas se tornan en una herramienta que facilita la implementación de guías de atención y protocolos de manejo. En este punto, es importante resaltar las diferencias entre una vía clínica y una guía de atención. Las guías de atención son un conjunto de recomendaciones que han sido diseñadas para ayudar en la toma de decisiones clínicas, especialmente médicas, relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de paciente con una patología en

particular, ya que tales recomendaciones están basadas en la mejor evidencia disponible. Por tanto, el atributo más importante de las guías de atención es su validez general, esto es, su aplicabilidad en diferentes entornos, instituciones o territorios (2).

Por otro lado, las vías clínicas son mapas asistenciales, que se aplican a pacientes con una determinada patología, y que presentan un curso clínico predecible, en un contexto definido, y en un entorno asistencial específico. Por tanto, su atributo más importante es su validez local, esto es, su valor radica en que sirven para un escenario clínico concreto y fuera de la institución donde fue diseñada es posible que no tenga la misma utilidad (2,3).

Con base en lo anteriormente expuesto, las vías clínicas son importantes, inclusive necesarias, para lograr una implementación óptima de diversas intervenciones basadas en evidencia, en donde la práctica actual pueda conllevar a un mejor cuidado del paciente gracias al uso efectivo, seguro y eficiente de esa evidencia. Es claro que simplemente tener evidencia publicada en revistas científicas o guías ministeriales, no garantiza de manera automática la obtención de mejores resultados en salud (4).

En síntesis, una vía clínica es un instrumento que combina una “ruta de atención clínica” con una “ruta administrativa”, organizando el modelo de atención dispuesto para el manejo de un grupo de riesgo, mapeando los perfiles o roles de los profesionales que participan en el proceso de atención (tanto clínicos como administrativos), e identificando aquellos momentos críticos de la ruta que pueden entorpecer el proceso de atención, así como identificando oportunidades de mejoramiento.

Las vías clínicas tienen por objetivos (3):

- 1). Facilitar la introducción de guías y su seguimiento en la práctica clínica.
- 2). Mejorar la comunicación multidisciplinaria y la planeación del cuidado, incluyendo la atención primaria.
- 3). Alcanzar estándares de calidad.
- 4). Disminuir la variación no deseada de la práctica médica.
- 5). Identificar preguntas de investigación y desarrollo.

Estos objetivos se logran a través del diseño, consensado y validado, de una matriz de intervenciones (o matriz de tareas – tiempo), en la que están consignados (3,5,6):

- Profesionales involucrados (quiénes). Se registran en filas.
- Secuencia temporal de las intervenciones (cuándo). Se registran en columnas.
- Intervenciones clínico-administrativas. Hacen parte del contenido de la matriz.
- Intervenciones hito, que corresponden a puntos críticos de la vía que tiene indicadores para su monitoreo.

Un punto de especial mención son las intervenciones hito. Este tipo de intervenciones corresponde a un subconjunto de las intervenciones mapeadas en el proceso de atención, que ha sido consideradas como críticas, ya que su ejecución influye en el funcionamiento global de la vía (con repercusiones en los resultados en salud esperados), pero que, además, cuentan con indicadores de implementación. Las intervenciones hito, en conclusión, son intervenciones tanto críticas como monitorizadas, que afectan el desempeño global de toda la vía clínica (7).

Así mismo, las vías clínicas involucran puntos de variabilidad. Usualmente descritas en tablas de variabilidad (5,6), corresponden a momentos en que la vía clínica no da respuesta a la situación presentada, por lo que al paciente debe hacerse una intervención que no está contemplada en la matriz. Expresado en otras palabras, son momentos del proceso de atención que señalan “desvíos” de la atención, los cuales son necesarios identificar para ajustar la vía clínica, a través de un proceso de mejoramiento continuo y revalidación con los expertos en la materia.

OBJETIVOS

Objetivo general

Elaborar una vía clínico-administrativa para el proceso de atención de las personas en riesgo o con demencia, a partir de los aportes y conocimiento de expertos locales.

Objetivos específicos

- Identificar la secuencia temporal de las intervenciones relacionadas con el proceso de atención del paciente con sospecha o diagnóstico de demencia
- Elaborar la matriz de intervenciones relacionadas con el proceso de atención de pacientes con sospecha de demencia o diagnóstico de demencia, a partir del consenso y validación de los expertos locales.
- Identificar los puntos críticos y de variabilidad de la vía clínica.
- Proponer una vía diferencial para el acceso y manejo integral de acuerdo con el nivel de riesgo para demencias.

SITUACIÓN DE DEMENCIA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 55 millones de personas en el mundo viven con demencia, y cada año se presentan cerca de 10 millones de nuevos casos, en su mayoría asociados con la enfermedad de Alzheimer.

La demencia se ha convertido en una de las principales causas de discapacidad, dependencia y deterioro funcional entre las personas mayores con un impacto creciente sobre los sistemas de salud y las redes familiares de cuidado. Se estima que, para el año 2050, el número de personas con demencia ascenderá a 139 millones, concentrándose especialmente en países de ingresos bajos y medios, donde las condiciones estructurales de atención son más limitadas.

En respuesta a esta problemática, la OMS adoptó en 2017 el Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025, el cual reconoce la demencia como una prioridad global. Este plan plantea como objetivo central mejorar la calidad de vida de las personas con demencia, sus cuidadores y familias, mediante el desarrollo de políticas públicas, diagnóstico temprano, rutas clínicas integradas, acceso a tratamiento, formación del personal de salud y promoción del conocimiento social sobre esta condición.

En Colombia, el proceso de envejecimiento poblacional avanza rápidamente. Se proyecta que para el año 2050, la proporción de personas mayores de 60 años alcanzará el 25% del total de la población, frente al 13,9% registrado en 2021.

Este cambio demográfico implica un aumento importante en la carga de enfermedades crónicas relacionadas con la edad, como la demencia, cuya prevalencia también se incrementará de forma sostenida en las próximas décadas.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE Colombia 2015), la prevalencia nacional de demencia fue del 9,4% (IC95%: 7,7-11,4) en personas mayores de 60 años, con un aumento progresivo con la edad y una mayor afectación en personas de estratos socioeconómicos bajos. Las regiones Pacífica y Caribe presentaron las prevalencias más elevadas.

En el caso del distrito de Cali, un acercamiento con las aseguradoras que operan en la ciudad evidenció una población afiliada cercana a 300.000 personas mayores de 60 años. Sin embargo, la cobertura de tamizaje mediante pruebas como el Mini-Mental State Examination (MMSE) no supera el 2,5%, lo que indica que miles de personas podrían estar sin identificar ni tratar adecuadamente.

Si se aplican las tasas promedio de deterioro cognitivo leve y demencia reportadas en estudios poblacionales, se estima que al menos 29.000 personas mayores en Cali estarían en condición de ser evaluadas para diagnóstico, lo que representa un reto importante en términos de capacidad instalada, seguimiento clínico y acompañamiento familiar.

METODOLOGÍA

La presente vía clínica de demencias se desarrolló mediante la metodología para el diseño e implementación de Vías clínico administrativas multidisciplinares propuesta por The European quality of care pathways (EQCP).



Fuente: Adaptado por los autores. Tomado de The European quality of care pathways (EQCP)

Esta metodología se fundamenta en el ciclo de mejora continua PHVA que por sus siglas hace referencia al Planear, Hacer, Verificar y Actuar.

PASO PREVIO: VINCULACIÓN Y ALISTAMIENTO

Para la elaboración de la vía clínico-administrativa en demencia, se convocaron expertos locales procedentes de diferentes actores del sector salud, que se listan a continuación:

- Especialistas en neurología
- Especialista en psiquiatría
- Especialista en geriatría
- Especialista en medicina familiar
- Profesionales de psicología
- Profesionales de enfermería
- Profesional en odontología
- Representante de las Entidades Territoriales del Distrito de Cali y Valle del Cauca

- Representante de instituciones académicas.
- Representante de las EPS
- Representantes de IPS y las ESE de Cali
- IPS especializadas en salud mental
- Fundaciones de atención al adulto mayor

Se organizaron 4 talleres con los expertos convocados, en donde se realizó un consenso y discusión abierta para la identificación y elaboración de los insumos necesarios para la construcción de la vía.

El presente documento se desarrolla abordando los pasos de la metodología de la vía clínico-administrativa.

PASO 1. IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES

En el marco del diseño de esta guía clínico-administrativa para el abordaje integral de las demencias se llevaron a cabo tres ejercicios participativos

- Taller interinstitucional “Identificación de oportunidades para el abordaje integral de las demencias”
- Grupos focales como otra forma de identificación de oportunidades
- Acercamiento con aseguradoras y construcción de línea base de atención

Taller interinstitucional “Identificación de oportunidades para el abordaje integral de las demencias”

Se llevó a cabo un ejercicio participativo con diversos actores del sistema de salud, convocando a representantes de instituciones prestadoras de servicios, aseguradoras, universidades, y entidades territoriales. Esta convocatoria respondió a la necesidad de construir de manera colectiva una mirada amplia y contextualizada sobre los principales retos, oportunidades y estrategias que permitan mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno de personas en riesgo o con diagnóstico confirmado de demencia.

Durante este espacio de diálogo, se propició un análisis reflexivo desde el rol y experiencia de cada actor, permitiendo reconocer no solo las barreras institucionales y operativas, sino también los vacíos en formación, articulación y sensibilización frente a esta condición. A partir de estos insumos se elaboró una relatoría gráfica, la cual sintetiza de forma visual los principales hallazgos, acuerdos y caminos de acción planteados en la jornada.

En esta relatoría se destacan tres ejes fundamentales que estructuran la hoja de ruta hacia una respuesta más efectiva y humanizada frente a la demencia:

¿Cuál es el propósito en demencias?

Los participantes coincidieron en la importancia de garantizar la identificación temprana de los signos de demencia, su abordaje oportuno y el acompañamiento integral del paciente y su entorno familiar. Este propósito se enmarca en el reconocimiento de la demencia como una prioridad de salud pública que requiere mayor visibilidad en los niveles locales, institucionales y comunitarios. La atención primaria en salud fue identificada como el punto de entrada clave para la detección precoz, lo cual exige una mejor preparación del personal de salud, así como herramientas accesibles y prácticas para el tamizaje inicial.

¿Como acercarnos al propósito?

Se plantearon diversas estrategias que permitirían avanzar hacia ese objetivo común. Entre ellas, se destacan:

- El fortalecimiento de las competencias del talento humano en salud, mediante procesos de formación continua en deterioro cognitivo y envejecimiento.
- La integración de rutas clínicas y protocolos de atención en el territorio, adaptados al contexto local, que faciliten la identificación, referencia y seguimiento de los casos.
- El uso de herramientas tecnológicas, tanto para el tamizaje como para el monitoreo remoto o la gestión de la información clínica.
- La articulación intersectorial, que promueva la continuidad del cuidado y la inclusión de redes comunitarias, cuidadoras y familiares como parte activa del proceso.

¿Principales obstáculos a superar para llegar al propósito?

El análisis también permitió identificar diversos retos estructurales y operativos que deben ser abordados para lograr una atención efectiva:

- La baja visibilidad de la demencia en las agendas institucionales, lo que limita recursos y acciones específicas.
- La fragmentación entre los actores del sistema de salud, dificultando la coordinación entre niveles de atención y aseguradores.
- La falta de formación específica sobre deterioro cognitivo, especialmente en los equipos de atención primaria.
- Las barreras de acceso geográfico, económico y cultural, que impiden a muchas personas mayores recibir un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Esta información se plasma en la siguiente relatoría gráfica que constituye una herramienta que traduce ideas discusiones y conceptos técnicos a fin de que sea más fácil de entender y recordar tanto para públicos expertos como para personas sin formación aportando claridad empatía y visión colectiva.



Grupos focales como otra forma de identificación de oportunidades

Como complemento al ejercicio interinstitucional representado en la relatoría gráfica, se llevaron a cabo grupos focales con cuatro grupos poblacionales: personas mayores con deterioro cognitivo leve, cuidadores principales, profesionales de salud y líderes comunitarios. Estos espacios permitieron explorar en profundidad las percepciones, experiencias, barreras y necesidades reales frente a la demencia desde múltiples perspectivas, aportando una comprensión más amplia y contextualizada del problema.

Los hallazgos derivados de estos grupos focales constituyen un insumo clave para la construcción de esta guía clínico-administrativa, ya que permiten integrar la voz de quienes viven la experiencia de forma directa. Así mismo, orientan el diseño de estrategias comunicativas —como las piezas publicitarias— que conecten con la realidad de los territorios, promuevan la detección temprana y reduzcan el estigma. Escuchar a pacientes, cuidadores y comunidad resulta esencial para proponer rutas de atención más humanas, accesibles y culturalmente pertinentes.

Grupo focal con pacientes

a. Pregunta: ¿Qué conocen sobre el Alzheimer y la demencia?

"El Alzheimer es pérdida de memoria, cuando la gente no conoce a los hijos y se les olvidan las cosas." - Los participantes describen el Alzheimer como una enfermedad caracterizada principalmente por la pérdida de memoria y la dificultad para reconocer familiares. Sin embargo, también emergieron concepciones más amplias sobre la enfermedad, relacionándola con la reducción de actividades cotidianas y el aislamiento.

Se menciona la idea de que "cuando a la gente le da Alzheimer, deja de hacer cosas y se la pasa en la casa", lo que refleja una asociación entre la enfermedad y la inactividad.

Algunos participantes han tenido experiencias cercanas con la enfermedad, como el caso de "una amiga que murió de eso", resaltando cómo la enfermedad afecta la independencia de las personas y el temor a perder la autonomía.

También se evidenció una fuerte preocupación por la posibilidad de desarrollar la enfermedad en el futuro. "Diosito, que a mí no me toque eso. Le digo a mis hijos que no me dejen llegar a eso."

b. Pregunta: ¿Cómo se puede prevenir o retrasar el deterioro cognitivo?

"Yo por eso empecé con la pintura, veo bastante tele y hago sopas de letras. Yo le digo a la gente que haga eso para que no se enfermen." - Los participantes consideran que la prevención de la enfermedad está directamente ligada a la realización de actividades cognitivas y físicas. Entre las estrategias mencionadas destacan los juegos de palabras, la gimnasia dirigida y la participación en grupos de la tercera edad. También emergió la idea de que "el Alzheimer no tiene cura, solo se previene haciendo actividades y ejercicios."

Otra opinión recurrente es que "mientras más actividad, mejor; sin actividad, peor." Esto resalta la importancia de promover espacios de interacción social y actividades recreativas para mantener la salud mental de los pacientes.

Se enfatiza la importancia de la socialización en estos procesos: "Es importante que las personas tengan relaciones humanas." y "Si usted sale solo para caminar y luego encerrarse no hace nada. Hay que salir e interactuar."

c. Pregunta: ¿Cuál es el papel de la familia y las redes de apoyo?

"Si se encuentra a una persona deprimida, sáquenla y hagan algo con ella." - El apoyo social es visto como un elemento crucial en la calidad de vida de las personas con Alzheimer. Se menciona que algunas familias limitan la autonomía de los adultos mayores: "Hay veces los hijos limitan a los adultos mayores." Sin embargo, también se destacan experiencias positivas de apoyo familiar: "Yo tengo cuatro hijos y ellos me ayudan mucho."

Los participantes también enfatizan la importancia de los grupos comunitarios, mencionando que en algunos lugares "los grupos de la tercera edad están integrados, pero en otros hay chismes, individualismo y también cobran." A pesar de estas barreras, se reconoce la relevancia de pertenecer a grupos bien organizados para fortalecer el sentido de comunidad.

Algunos participantes relataron experiencias personales sobre cómo la participación en estos grupos mejoró su bienestar emocional: "Antes del grupo yo no encontraba vida, yo quería morirme." Además, existe un sentido de responsabilidad compartida en el cuidado de los adultos mayores: "Cuando vemos que alguien no va, llamamos a averiguar qué pasó."

Otro aspecto mencionado es la percepción de que el envejecimiento trae consigo una regresión en las capacidades y la forma en la que los hijos interpretan este proceso: "Nosotros de cierta edad volvemos a ser niños y los hijos no entienden eso."

d. Pregunta: ¿Cómo es el acceso a atención médica y qué barreras existen?

"No sabemos qué exámenes hay que hacerse, es importante que los médicos nos digan." - Existe una preocupación sobre la falta de información en torno a los exámenes y procedimientos necesarios para detectar el Alzheimer. Aunque algunos mencionan que hay medicamentos para controlar la enfermedad, también expresan la percepción de que "eso no tiene cura."

Otro aspecto relevante es la resistencia a acudir al médico por parte de algunos participantes, quienes consideran que no es necesario acudir a consulta a menos que los síntomas persistan por varios días. "No me gusta ir al médico por cualquier cosa."

Hallazgos destacados

- **Percepción limitada del Alzheimer:** Se concibe la enfermedad principalmente como pérdida de memoria y aislamiento, sin una comprensión más amplia de sus manifestaciones cognitivas, emocionales y conductuales. Algunos participantes relacionan la enfermedad únicamente con la vejez y no con un proceso neurodegenerativo progresivo.
- **Estrategias activas de afrontamiento:** Los participantes destacan la importancia de actividades cognitivas y físicas para retrasar el deterioro, mostrando una visión proactiva de la prevención. Sin embargo, se percibe una falta de orientación médica sobre cuáles son las estrategias más efectivas.

- **Barreras en el acceso a información y atención médica:** Se percibe una falta de orientación sobre exámenes de detección, así como dificultades para acceder a especialistas. Además, algunos participantes muestran resistencia a acudir al médico, lo que puede retrasar un diagnóstico temprano y el inicio de un tratamiento adecuado.

Grupo focal con cuidadores y líderes

a. Pregunta: ¿Cómo es la experiencia de cuidar a una persona con Alzheimer o demencia?

"Cuidado es asumir muchas responsabilidades, yo cuido a mi hermana y es difícil. A veces se pone agresiva y a veces está bien. Es muy duro." - Los participantes describieron el cuidado como una tarea compleja que implica una gran carga emocional y física. Se mencionaron casos en los que los pacientes presentan episodios de agresividad o estados emocionales fluctuantes, lo que hace que la labor del cuidador sea más demandante.

Algunos cuidadores relataron experiencias donde su familiar desarrolló síntomas después de eventos traumáticos, como la pérdida de un ser querido: "A partir de la muerte de un hermano, mi mamá se desequilibró." En estos casos, el comportamiento del paciente se torna impredecible y el cuidador debe intervenir para garantizar su seguridad. "Hay que cogerla para que no se vaya. Parece que no escuchara, que no entiende."

El desgaste emocional es una constante en el discurso de los participantes. "Creo que el que va a terminar en el psiquiatra soy yo, porque de verdad es muy pero muy difícil."

b. Pregunta: ¿Qué estrategias utilizan para el cuidado diario?

"No aplicamos conocimientos clínicos, sino que trabajamos desde la empatía, haciendo que los días se sientan cómodos, como en su casa." - Los cuidadores enfatizaron la importancia de la empatía y la adaptación a las necesidades del paciente. En algunos casos, prefieren utilizar remedios naturales en lugar de medicamentos. "A mí me daban las drogas para mi familiar y yo las botaba, yo prefería darle hierbas." También se destacó la paciencia como una herramienta fundamental para el manejo de los pacientes: "Hay que tener paciencia. Mi hermano está recibiendo medicamento. Él llegó muy mal, no dormía, se ponía a llorar y se desesperaba." Asimismo, muchos de los participantes señalaron que han aprendido sobre el cuidado de forma autodidacta: "Nadie me enseñó, fue la necesidad."

c. Pregunta: ¿Qué barreras enfrentan en el acceso a atención médica?

"Para qué me consigue cita con el psiquiatra si yo no estoy loca?" - Los cuidadores identificaron barreras en el acceso a la atención especializada. Existen dificultades para obtener citas médicas y muchos consideran que no siempre son dirigidos al especialista adecuado. "Ella no necesita psiquiatra, necesita neurólogo." Además, señalaron que los trámites para la certificación de discapacidad son largos y burocráticos: "Mi hermano tiene esperando el certificado de discapacidad solo porque los médicos que lo atendieron eran rurales."

Algunos participantes expresaron que la atención domiciliar sería de gran ayuda: "Hace falta atención en la casa." También manifestaron la necesidad de contar con centros de cuidado temporal: "Necesitamos lugares donde tener a esa clase de personas al menos un día."

d. Pregunta: ¿Cómo afecta el cuidado a la vida personal de los cuidadores?

"Yo por cuidar a mi hermana he perdido la oportunidad de viajar y visitar a mi hija." - El impacto del cuidado en la vida personal es significativo. Muchos cuidadores sienten que han perdido oportunidades de descanso, recreación y contacto con otros familiares. A pesar de ello, se evidencia una resistencia a delegar el cuidado por miedo al abandono: "Yo no he sido capaz de soltar a mi mamá, no me da confianza dejarla con otra persona."

El sentimiento de culpa también es recurrente: "Yo no sería capaz de dejar a mi hermana en otro lado. Uno siente que la está abandonando."

Algunos participantes expresaron que la labor del cuidador es poco reconocida por el entorno familiar: "Yo tengo tres hermanos, pero ninguno quiere ayudar a mi mamá."

En contraste, algunos cuidadores han comenzado a reconocer la importancia del autocuidado: "Nos enseñan a no desgastarnos, para no afectarnos de más."

Hallazgos destacados

- **Alta carga emocional y física del cuidado:** Los cuidadores experimentan estrés, ansiedad y sentimientos de culpa, lo que afecta su bienestar personal y su capacidad para delegar responsabilidades. Muchos de ellos expresan que se sienten agotados física y mentalmente, y algunos incluso han desarrollado síntomas de depresión y ansiedad debido a la presión constante del cuidado.
- **Falta de formación y apoyo estructurado:** La mayoría de los cuidadores aprenden de forma autodidacta y no cuentan con capacitación especializada sobre el manejo de la enfermedad.
- **Barreras en el acceso a servicios de salud:** Existen dificultades para obtener citas médicas y recibir atención especializada, además de procesos burocráticos prolongados para la certificación de discapacidad. También se identificó la falta de información sobre qué tipo de especialistas son los más adecuados para el tratamiento de sus familiares, lo que genera confusión y retrasos en la atención.
- **Impacto en la vida personal y social de los cuidadores:** La labor del cuidado genera aislamiento social y limita las oportunidades de descanso y recreación. Muchos cuidadores mencionaron que han tenido que renunciar a actividades personales, viajes y reuniones familiares debido a la responsabilidad constante del cuidado. Además, se evidenció una falta de apoyo familiar, lo que recarga aún más su carga de trabajo y aumenta la sensación de agotamiento.
- **Necesidad de espacios de apoyo para cuidadores:** Se evidencia la urgencia de crear grupos de apoyo y centros de respiro donde los cuidadores puedan recibir acompañamiento psicológico y espacios de descanso. Algunos participantes expresaron la necesidad de contar con lugares donde puedan dejar a sus familiares por algunas horas o días para poder tener un respiro, sin sentir que los están abandonando. Además, se destacó la importancia de recibir apoyo emocional a través de espacios de escucha y diálogo entre cuidadores.

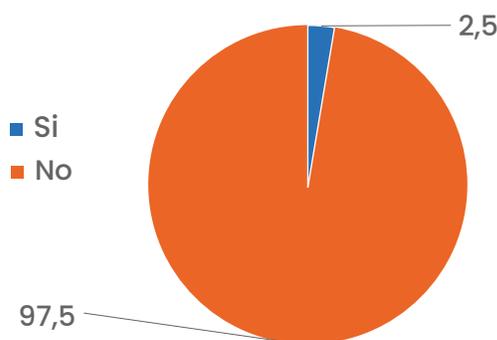
Esto genera incertidumbre y dificulta la aplicación de estrategias adecuadas para la atención de sus familiares. Algunos recurren a la búsqueda de información en internet o el aprendizaje por ensayo y error.

Acercamiento con aseguradoras y construcción de línea base de atención

En el marco del presente proyecto, se realizó un acercamiento con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) que operan en el distrito de Santiago de Cali, con el objetivo de identificar los avances, acciones implementadas y retos actuales en relación con la atención de personas con demencia. Este espacio buscó, además, establecer una línea base que permitiera conocer las rutas existentes en cuanto a tamizaje, diagnóstico y atención integral de pacientes con deterioro cognitivo, así como estimar el alcance poblacional de dichas intervenciones.

El encuentro contó con representación de aseguradoras pertenecientes al régimen contributivo, subsidiado y al régimen de excepción. En conjunto, las entidades participantes reportaron un total de 294,432 personas afiliadas mayores de 60 años en el distrito de Cali. Según la información compartida, la cobertura del Mini-Mental State Examination (MMSE) para el año 2024 fue del 2,5%, (Figura 1)

Figura 1. Porcentaje de tamización con MMSE en personas mayores de 60 años en el distrito de Cali - 2024



Fuente: Presentación 7 EAPB distrito de Cali

Entre los pacientes evaluados, se observó un promedio de 10,3% de alteraciones, por tanto, son pacientes que presentan un deterioro cognitivo que requiere ser estudiado.

Este análisis permitió proyectar un panorama preocupante: si esta herramienta de tamizaje se aplicara al 100% de la población mayor afiliada, se identificarían potencialmente más de 29,000 adultos mayores con algún grado de alteración cognitiva, que requerirían un proceso de evaluación diagnóstica y seguimiento. Estos datos evidenciaron la necesidad urgente de ampliar la cobertura del tamizaje, fortalecer las rutas clínicas existentes y garantizar el acceso efectivo a la atención integral en salud mental y neurológica para esta población.

Necesidades identificadas por las EPS para el abordaje integral de las demencias

Durante este encuentro se mapearon las necesidades frente al abordaje de las demencias desde el rol asegurador. Este ejercicio permitió identificar los siguientes vacíos y desafíos prioritarios:

Falta de estandarización en los procesos de detección y diagnóstico temprano: Se evidenció la necesidad de contar con lineamientos claros y unificados sobre cuándo, cómo y con qué instrumentos debe realizarse el tamizaje de deterioro cognitivo, especialmente en el primer nivel de atención.

- Baja cobertura de tamizaje en población mayor de 60 años:
Las EPS reportaron coberturas muy limitadas en la aplicación de pruebas como el Mini-Mental State Examination (MMSE), debido a la ausencia de estrategias sistemáticas de búsqueda activa o tamizaje poblacional.
- Debilidad en las rutas de atención para personas con sospecha o diagnóstico de demencia: Se identificó fragmentación en las rutas asistenciales, ausencia de protocolos específicos y dificultades en la referencia y contrarreferencia entre niveles de atención.

- Limitado acceso a servicios especializados en salud mental y neurología:
Las EPS reconocen dificultades para garantizar atención oportuna con profesionales especializados, en particular en zonas rurales o con baja oferta de servicios de segundo y tercer nivel.
- Ausencia de un modelo de atención integral con enfoque territorial:
Se resaltó la necesidad de construir rutas adaptadas a los contextos locales, que integren los componentes clínicos, sociales y comunitarios del cuidado a personas con demencia.
- Falta de formación y sensibilización del talento humano en salud:
Los equipos del primer nivel de atención requieren fortalecimiento en competencias para identificar signos de deterioro cognitivo, realizar seguimiento y brindar acompañamiento adecuado a pacientes y cuidadores.
- Poca articulación interinstitucional e intersectorial: Se reconoció la necesidad de fortalecer el trabajo conjunto entre EPS, IPS, entes territoriales, redes comunitarias y cuidadores, para garantizar la continuidad del cuidado y la atención centrada en la persona.

PASO 2. FOCALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DEL PROYECTO

Para la focalización y gestión en el co-diseño de este proceso, durante el año 2025, se organizaron dos talleres presenciales con los expertos convocados, en donde se realizó un consenso y discusión abierta para la identificación y elaboración de los insumos necesarios para la construcción de la vía.

Durante el primer taller, celebrado el 09 de mayo de 2025, se realizaron las siguientes actividades:

- Identificando los momentos del proceso de atención (journey del paciente). Esto es similar, aunque no por completo, a la metodología del patient journey mapping, ya que el propósito de esta secuencia fue identificar los contactos relevantes del paciente con el sistema de salud (8,9), así como los pasos más importantes del proceso clínico-administrativo. Las preguntas orientadoras fueron: ¿A quién busca, ¿dónde lo busca y cuándo lo busca una persona con sospecha o diagnóstico de DEMENCIA con el sistema de salud?
- Identificando las intervenciones de la vía. En esta actividad se buscó la identificación de las intervenciones de la vía, mediante la siguiente pregunta orientadora: ¿Quiénes participan en la atención de una persona con sospecha o diagnóstico de DEMENCIA, y qué se espera que realice desde su rol o alcance en el sistema de salud?
- Identificando las barreras y facilitadores. Se realizó una discusión abierta con el fin de establecer el contexto de la vía clínico-administrativa para demencias en cuanto a los retos para su implementación. La pregunta orientadora fue: ¿Cuáles son las barreras y facilitadores que presenta actualmente el sistema de salud en torno a la atención de una persona con sospecha o diagnóstico de DEMENCIA?

- Identificando de los momentos críticos (hitos) y puntos de variabilidad de la vía. En esta actividad, se orientó la discusión hacia aquellos momentos en que son críticos en la vía clínica, es decir, aquellos momentos en que la vía se torna "lenta" o se producen potenciales "desvíos". Para ello, se plantearon las siguientes preguntas orientadoras: a. Con base en las barreras identificadas, ¿cuál cree Ud. corresponde a un momento crítico de la vía, es decir, aquel punto del journey del paciente en donde se retrasa, enlentece o "bloquea" la vía? b. En su opinión, ¿en qué momento un paciente puede "perderse" de la vía clínico-administrativa, es decir, que requiere de atenciones diferentes a las propuestas? Ej. Hospitalización.
- Explorando aspectos de salud poblacional relacionados con una propuesta de vía diferencial ("cortocircuito en la vía"). Se continua con la discusión abierta, orientada por preguntas, adaptando los niveles de análisis de determinantes sociales en salud de Blas y Kurup (10), para lo cual se proponen las siguientes categorías a tener en cuenta para la vía diferencial:
 - Población de alto riesgo (exposición diferencial): ¿Qué características epidemiológicas, o de cualquier criterio, se podría proponer como atributos de "población de alto riesgo para DEMENCIA" en comparación con la población general?
 - Acceso diferencial (vulnerabilidad diferencial): ¿Cuáles sub-grupos poblacionales requieren de un acceso más temprano, más frecuente, o más seguido a una valoración para determinar deterioro cognoscitivo?
 - Intervenciones diferenciales (resultados diferenciales): ¿Qué aspectos de la DEMENCIA requieren de un proceso diagnóstico y terapéutico diferente y que, por tanto, deberían abreviarse en la ruta ("atajos de la vía")?
- Definiendo una propuesta de mecanismo para el Monitoreo y Evaluación de la vía clínico-administrativa. Se culmina la discusión mediante algunos aspectos que podrían tenerse en cuenta como mecanismo de monitoreo y evaluación de la vía clínico-administrativa en demencia. Las preguntas orientadoras fueron: a. ¿Cuáles cree son indicadores que debería tener esta vía clínico-administrativa para monitorizar su desempeño general? b. ¿Cuáles resultados en salud, de corto y largo plazo, propondría Ud. para la evaluación de esta vía clínico-administrativa?

El segundo taller, celebrado el 18 de junio, contó con la presencia de dos expertos médicos especialistas con los que se profundizó aspectos clínico-médicos y se ampliaron algunos aspectos de implementación, monitoreo y evaluación de la vía.

PASO 3. DIAGNÓSTICO DEL RENDIMIENTO DEL RENDIMIENTO DE LA RUTA

Barreras y facilitadores

Toda intervención en salud pública debería anticipar potenciales barreras y facilitadores para garantizar una implementación plena (11). En este sentido, los expertos locales realizaron un ejercicio de identificación de potenciales barreras actuales y facilitadores (elementos que si existen u ocurren facilitan el trayecto del paciente) de la vía, de acuerdo con las fases propuestas. Las barreras son obstáculos que pueden ser físicos, normativos, de recursos o de proceso, implícitos o explícitos que impiden o bloquean la movilidad, una intención, un propósito o el acceso. Un facilitador es un elemento, herramienta, característica, o personas que ayudan a entender o cumplir los objetivos comunes y contribuyen dentro de un plan para alcanzarlos El resultado, se expone en las siguientes tablas:

Tabla 1. Barreras y facilitadores acorde a las fases del proceso de atención

Fase del proceso de atención	Barreras	Facilitadores
Acciones poblacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de interés desde lo político. • Limitaciones económicas para las regiones y territorios. • No hay priorización de recursos para la prevención de demencias. • Programas en salud sin continuidad por cambios en la administración local/regional. • Falta de gobernanza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avances científicos en salud y, en particular, mayores conocimientos sobre demencias. • Mayor interés de algunos sectores e instituciones. • Mejoría en la cobertura y acceso a los servicios de salud.
Prevención / tamización	<ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento de la aplicación de la Resolución 3280 de 2018. • Tiempo de consulta de MD General limitado. • Oportunidad para MD General muy lejana. • Desconocimiento de las demencias. • Minimización de los síntomas o signos tempranos de demencias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor auditoría y seguimiento a la implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud (Res. 3280).
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempos prolongados para la valoración por especialista. • Minimización de los síntomas o signos tempranos de demencias. • Desconocimiento de síntomas o signos de demencia por parte del cuidados o familiares. • Personal de salud sin adecuada sensibilización en demencia. • Falta de especialistas en el nivel primario de atención. • Costo de los estudios necesarios para el diagnóstico. • Mayor dependencia del trámite de las atenciones en salud a través de medios electrónicos, canales virtuales, asistentes virtuales (chat bots) o auto-gestión online. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ventanillas para atención para adultos mayores. • Navegadores u orientadores. • Apoyo desde trabajo social.

Fase del proceso de atención	Barreras	Facilitadores
Tratamiento / rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de adherencia al tratamiento instaurado. • Cambios emocionales y conductuales por parte del paciente y/o familiares. • Negación del diagnóstico. • Persistencia de mitos y estigma hacia el apoyo psico-social. • Limitaciones al acceso y continuidad del tratamiento por factores socio-económicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de guías de práctica clínica y rutas de atención para demencia. • Organizaciones interesadas.
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Retrasos en las autorizaciones para los seguimientos. • Vencimientos de contratos, lo que obliga a cambio de IPS Especializada. • Alta dependencia de los canales virtuales para gestionar los controles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas IPS y EPS cuentan con múltiples canales de acceso para gestionar controles. • Grupos formativos.

PASO 4. DESARROLLO DE LA VÍA CLÍNICO-ADMINISTRATIVA

Secuencia temporal de la vía

Para el desarrollo de las intervenciones de la vía clínico-administrativa, se organizaron las siguientes fases que describen, en términos generales, el proceso de atención esperado de todo paciente con sospecha y/o confirmación de demencia.

A partir de estas fases, se identificaron los momentos relevantes para la vía. Estos momentos reflejan la visión de los expertos locales en cuanto a los que consideran los más relevante para el paciente, como desde la perspectiva de los prestadores de servicios de salud.

Tabla 2. Momentos del proceso de atención del paciente con sospecha o diagnóstico de demencia

Fase del proceso de atención	Momentos de la vía
Acciones poblacionales	Intervenciones en nutrición
	Intervenciones para fomento de la actividad física
	Intervenciones para fomento del esparcimiento
	Intervenciones para fomento de la lectura/escritura/manualidades
Prevención / tamización	Intervenciones sobre educación en demencias y sus factores de riesgo
	Valoración integral - curso de vida de adultez y vejez
	Estilos de vida saludable
	Tamización de deterioro cognitivo
	Detección temprana - signos y síntomas
Diagnóstico	Valoración de tamización alterada - sospecha de deterioro cognitivo
	Estudios complementarios - diagnóstico diferencial
	Estudios de imágenes
	Valoración por MD especializada
	Confirmación del diagnóstico
Tratamiento / rehabilitación	Inicio de tratamiento según tipo de demencia
	Manejo de síntomas comportamentales
	Control de comorbilidades
	Inicio de neuro-rehabilitación
	Acompañamiento de la familia / redes de apoyo
Seguimiento	Control interdisciplinario
	Control por MD especializada

A partir de este marco de referencia para la vía, se construyeron el listado de perfiles y las intervenciones.

Listado de actores o perfiles de la vía

En la medida que los expertos locales ahondaban en los momentos e intervenciones de la vía clínico-administrativa, se iban proponiendo diferentes perfiles y profesionales de la salud que participan (o que al menos deberían participar) en el proceso de atención en demencia.

A continuación, se presenta los actores o perfiles identificados, y el rol que cumplen en el proceso de atención en demencia.

Tabla 3. Roles y responsabilidades de los actores en la vía clínico-administrativa

Actores involucrados	Rol en la vía
Paciente	"Protagonista" de la vía. Es a quien se le debe garantizar el acceso, integralidad, continuidad y coordinación de la atención.
Familia / Red de Apoyo	Corresponde tanto al núcleo familiar del paciente, su familia extensa, y personas cercanas con las cuales tiene una relación social. Se considera que tiene un rol clave en relación con el acceso y continuidad de la atención para personas con demencia.
Secretaría del deporte	Entre las instituciones de carácter de entidad territorial, se identifica esta Secretaría en cuanto a su alcance en la generación de espacios que fomente la actividad física, con especial interés en cuanto a la vinculación de "grupos de la tercera edad".
Secretaría de cultura	Otra institución local mediante la cual se considera puede fomentar actividades relacionadas con el capital cultural y su relación con la educación y entorno social, en el marco de la prevención y detección temprana de las demencias.
Secretaría de educación	Otra institución local que se considera clave para abordar uno de los factores de riesgo para demencia, y es el bajo nivel de formación educativa. Por tanto, desde una perspectiva de curso de vida, este actor cuenta con elementos que permitirían prevenir la demencia desde los grupos poblacionales de adultos jóvenes.

Actores involucrados	Rol en la vía
Secretaría de salud	Institución en quien recae la gobernanza local del sistema de salud, por lo que su alcance es amplio y diverso. Para esta vía clínico-administrativa, se visualiza como actor clave en las fases de promoción de la salud, prevención de las demencias, y sensibilización de la población general para el diagnóstico temprano.
IPS primaria	Corresponde al actor del sistema de salud en donde ocurre los primeros contactos del paciente con el sistema de salud y el talento humano en salud. Por tanto, es el escenario idóneo para la intervención individual de factores de riesgos para demencias, así como los procesos encaminados a su detección temprana.
Navegador	Esta figura fue mencionada de manera recurrente por los expertos que participaron en el diseño de la vía. Se le atribuyen funciones relacionadas con la orientación para el acceso y trámites de las prestaciones de salud, tanto dentro de la IPS, como en el relacionamiento con la EPS del paciente. Si bien se mencionada más como el ejercicio de los orientadores de línea de frente, se considera que tiene un mayor potencial en su rol, lo que facilitaría una mejor coordinación de la atención de los pacientes con sospecha o diagnóstico de demencia. Si bien se visualizó más como un actor dentro de la prestación, no se excluye una figura similar desde la aseguradora.
EPS - autorizaciones	Actor cuya función está enmarcada en facilitar el acceso, continuidad, integralidad y coordinación en el proceso de atención de las personas con sospecha o con diagnóstico de demencia.
Gestor farmacéutico	Este actor es el encargado de garantizar el acceso y continuidad del manejo farmacológico de los pacientes con diagnóstico de demencia.

Actores involucrados	Rol en la vía
Gestor de citas - IPS complementaria	Este rol figura dentro de la IPS Complementaria, quien sería el encargado de coordinar que el paciente con diagnóstico reciente de demencia pueda asistir a todas las atenciones desde los diferentes profesionales de la salud, así como el facilitador de los controles para el seguimiento.
Médico general	<p>Profesional de la salud que se considera clave en el proceso de diagnóstico, dado que es el encargado de realizar las pruebas de tamización, así como generar la sospecha de demencia. Por tanto, este profesional requiere contar con las herramientas que faciliten la toma de decisiones, así como capacitaciones para mejorar sus competencias.</p> <p>De manera complementaria, con entrenamiento, es capaz de aplicar una segunda escala de tamización la cual es el MoCA, la cual tiene un mejor nivel de desempeño que el MMSE, si bien requiere de más tiempo para su diligenciamiento e interpretación.</p>
Enfermería	<p>Profesional de la salud que hace parte de la IPS primaria, con un alcance amplio, transversal a los diferentes momentos del proceso de atención de la persona con sospecha de demencia. Como profesional experto en brindar cuidados, se le atribuye un papel clave en aspectos educativos tanto para el paciente como para su familia o cuidadores.</p> <p>Además, es el profesional que también tiene el potencial de realizar pruebas de tamización, específicamente, el MMSE, siempre y cuando haya sido entregado en esta herramienta.</p>
Psicología	Profesional de la salud a quien se le atribuye una función especial, y es en lo relacionado con la sospecha de demencia. Los expertos consideran que muchas veces el diagnóstico de demencia se realiza luego de considerar trastornos mentales frecuente como depresión. Por tanto, así como con los médicos generales, requiere contar con las herramientas que faciliten la toma de decisiones en el marco de la detección temprana de demencia.

Actores involucrados	Rol en la vía
<p>Trabajo Social</p>	<p>Profesional de la salud, cuyo rol se visualiza más desde la IPS Complementaria, en cuando a que el tratamiento integral debe considerar aspectos sociales y dinámicas familiares. En este sentido, la participación del trabajador social se vuelve un elemento esencial para brindar un manejo integral, sobre todo cuando el paciente con demencia ya presenta cierto grado de dependencia para su autocuidado y actividades de la vida diaria.</p>
<p>Medicina Familiar</p>	<p>Especialista médico. Su rol se visualiza centrado en el proceso inicial del diagnóstico, especialmente cuando la prueba de tamización ha resultado alternada, es decir, hay indicios de deterioro cognitivo. Es clave en cuando a la necesidad de descartar otras condiciones que expliquen ese deterioro cognitivo, o causas reversibles de demencia, como el déficit de vitaminas, o neuro-infecciones. A diferencia de medicina interna, se le atribuyen funciones más centradas en explorar el entorno familiar y social del paciente.</p> <p>Se espera que este especialista del nivel primario de atención pueda realizar un abordaje diagnóstico inicial, e inclusive, iniciar manejo farmacológico mientras el paciente llega al especialista en neurología, psiquiatría o geriatría.</p>
<p>Medicina Interna</p>	<p>Especialista médico. Su rol se visualiza centrado en el proceso inicial del diagnóstico, especialmente cuando la prueba de tamización ha resultado alternada, es decir, hay indicios de deterioro cognitivo. Es clave en cuando a la necesidad de descartar otras condiciones que expliquen ese deterioro cognitivo, o causas reversibles de demencia, como el déficit de vitaminas, o neuro-infecciones. A diferencia de medicina familiar, se le atribuyen funciones más centradas en pacientes multimórbidos o con sintomatología atípica.</p> <p>Se espera que este especialista del nivel primario de atención pueda realizar un abordaje diagnóstico inicial, e inclusive, iniciar manejo farmacológico mientras el paciente llega al especialista en neurología, psiquiatría o geriatría.</p>

Actores involucrados	Rol en la vía
Especialista en Neurología Clínica	Especialista médico. Se visualiza como el profesional de la salud central en el diagnóstico de demencias. Se considera el encargado de establecer el diagnóstico de demencia, el tipo de demencia, y comenzar el manejo farmacológico. Así mismo, sería el profesional líder desde la IPS Complementaria, y se encargaría de activar los demás profesionales de la salud que participan en el proceso terapéutico y de rehabilitación.
Especialista en Psiquiatría	Especialista médico. Se considera que es un profesional especializado que también cuenta con las competencias para realizar el diagnóstico de demencia e iniciar manejo farmacológico. A diferencia de neurología, también tiene un rol clave en el manejo de trastornos mentales concomitantes, o que debuten en el curso de la enfermedad.
Especialista en Geriatría	Especialista médico. Se considera que es un profesional especializado que también cuenta con las competencias para realizar el diagnóstico de demencia e iniciar manejo farmacológico. A diferencia de neurología, también tiene un rol clave en el manejo de las comorbilidades, abordaje de la polifarmacia, y valoración desde el punto de vista de funcionalidad e independencia, aspectos que hacen parte de las metas terapéuticas en personas con demencia.
Neuro-Psicología	Especialista psicólogo. Tiene el rol central de la confirmación diagnóstica de demencia, ya que es el encargado de la realización de las pruebas neuropsicológicas, que son esenciales para lograr un diagnóstico con el mayor nivel de confianza, así como evaluar el grado de severidad del compromiso cognitivo.
Odontología	Dada la importancia de la salud oral en personas con condiciones crónicas, y sobre todo, su relación con mayor riesgo cardiovascular y trastornos alimentarios, se considera que los pacientes con demencia se les debe garantizar una valoración con odontología como parte del tratamiento integral.

Actores involucrados	Rol en la vía
Fisioterapia	Profesional de la salud en rehabilitación. Su rol está centrado en la valoración y recuperación de las capacidades físicas de todo paciente con diagnóstico reciente de demencia.
Terapia ocupacional	Profesional de la salud en rehabilitación. Su rol está centrado en la valoración y recuperación de las capacidades y destrezas relacionadas con sus actividades de la vida diaria, así como abordaje de aspectos laborales en aquellos pacientes con demencia que aún no se habían jubilado.
Fonoaudiología	Profesional de la salud en rehabilitación. Su rol está centrado en la valoración y recuperación de las capacidades relacionadas con el habla, la escucha y la deglución.
Nutricionista	Profesional de la salud en rehabilitación. Su rol está centrado en la valoración y recuperación de las alteraciones nutricionales identificadas. Es un actor clave cuando hay presencia de trastornos de la deglución.

Matriz de intervenciones de la vía

Otro aspecto que se elaboró en las discusiones con los expertos locales fue las intervenciones de los actores en función de los momentos de la vía clínico-administrativa. Con esto, se logra construir la matriz de intervenciones, en las que cada actor o perfil visualiza su participación en el proceso de atención, y con que otros actores o perfiles podría relacionarse.

Esta matriz, como se mencionó en el apartado introductorio, corresponde al mapa asistencial que toma en cuenta las acciones propias de los profesionales de la salud, especialmente médicas, así como las acciones de índole administrativo que debe surgir para que la oportunidad en el diagnóstico e inicio de tratamiento sean lo más expeditas posibles.

Estas intervenciones se describen en las siguientes tablas:

Tabla 4. Acciones poblacionales o de promoción de la salud

Actores / perfiles	Acciones poblacionales (promoción de la salud)			
	Intervenciones en nutrición	Fomento de la actividad física	Fomento del esparcimiento	Fomento de la lectura / escritura / manualidades
Paciente	Adopta hábitos de dieta saludable	Adopta hábitos de actividad física regular y ejercicio	Aprovecha espacios para la recreación y ocio, sea personal o con red de apoyo	Adopta hábitos sobre actividades de "uso del cerebro" y "mente activa"
Secretaría del deporte		Diseña e implementa acciones para fomentar la actividad física	Diseña e implementa acciones para fomentar la recreación	
Secretaría de cultura				Diseña e implementa acciones para fomentar la lectura, escritura, manualidades, entre otras.
Secretaría de educación				Diseña e implementa acciones para garantizar el acceso a la educación básica, media, técnica, y demás niveles de formación profesional, especialmente dirigido a adolescentes y adultos jóvenes.
Secretaría de salud	Diseña e implementa intervenciones colectivas para fomentar dieta saludable	Diseña e implementa intervenciones colectivas para fomentar la actividad física	Diseña e implementa intervenciones colectivas para fomentar la salud mental	
IPS primaria	Diseña estrategias de información y comunicación sobre dieta saludable y autocuidado nutricional			

Tabla 5. Intervenciones de prevención y tamización

Actores / perfiles	Prevención / Tamización				
	Educación en demencias y sus factores de riesgo	Valoración integral - curso de vida de adultez y vejez	Estilos de vida saludable	Tamización de deterioro cognitivo	Detección temprana - signos y síntomas
Paciente	Búsqueda espontánea de servicios de salud ante la presencia de factores de riesgo (ej., hipertensión, diabetes, epilepsia) - comportamiento de búsqueda de salud				
Familia / Red de Apoyo			Fomento e incentivo para la incorporación de estilos de vida saludable	Demanda activa de valoración del estado cognitivo del paciente	Identificación precoz de signos o síntomas sugerentes de demencia
Secretaría de salud		Seguimiento de la implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud	Diseña e implementa acciones para fomentar estilos de vida saludable		
IPS primaria	Diseña estrategias de información y comunicación sobre factores de riesgo para demencia. Efemérides: 21 de septiembre - día mundial del Alzheimer			Posible exploración desde los Equipos Básicos de Salud.	Garantizar la disponibilidad y oportunidad de consulta con MD especializada: Medicina Familiar, Medicina Interna

Actores / perfiles	Prevención / Tamización				
	Educación en demencias y sus factores de riesgo	Valoración integral - curso de vida de adultez y vejez	Estilos de vida saludable	Tamización de deterioro cognitivo	Detección temprana - signos y síntomas
Médico general		Identificación y control de factores de riesgo. Valoración del estado mental. Valoración de la condición nutricional. Valoración de las circunstancias socio-familiares.		Realización de Prueba de Mini Mental (MMSE) o cuestionario MoCA (Montreal cognitive assessment) o puntuación 7MS (seven minutes screen).	Exploración de signos de deterioro cognitivo o signos de demencia manifiesta, especialmente si se identifica alteraciones en la memoria de trabajo en personas menores de 60 años. Remisión ante sospecha de deterioro cognitivo.
Enfermería			Pautas de autocuidado. Educación para la salud. Manejo complementario de los factores de riesgo. Salud mental.	Realización del MMSE, previo entrenamiento en este instrumento.	
Navegador				Facilita / Orienta el direccionamiento del paciente hacia MD especializada de la IPS Primaria	Facilita / Orienta el direccionamiento del paciente hacia MD especializada de la IPS Primaria

Tabla 6. Intervenciones de diagnóstico

Actores / perfiles	Diagnóstico				
	Valoración de tamización alterada - sospecha de deterioro cognitivo	Estudios complementarios - diagnóstico diferencial	Estudios de imágenes	Valoración por MD especializada	Confirmación del diagnóstico
Paciente		Realización de los estudios solicitados	Realización de las imágenes solicitadas	Asistir a la primera valoración por medicina especializada.	Asistir a las sesiones de neuropsicología. Asistir a la segunda valoración por medicina especializada.
Familia / Red de Apoyo		Acompañamiento para la realización de los estudios solicitados	Acompañamiento para la realización de las imágenes solicitadas	Acompañamiento a la primera valoración por medicina especializada.	Acompañamiento a las sesiones de neuropsicología y a la segunda valoración por medicina especializada.
Médico general	Remisión ante prueba alterada.				
Navegador		Orientación de la red contratada de la EPS para los estudios complementarios, especialmente si alguno se realiza por fuera de la IPS Primaria	Orientación de la red contratada de la EPS para los estudios de imagenología	Orientación de la red contratada de la EPS donde está Medicina Especializada.	

Actores / perfiles	Diagnóstico				
	Valoración de tamización alterada - sospecha de deterioro cognitivo	Estudios complementarios - diagnóstico diferencial	Estudios de imágenes	Valoración por MD especializada	Confirmación del diagnóstico
Medicina Familiar	Valoración médica completa. Confirmación de deterioro cognitivo. Valoración del entorno del paciente - Ecomapa y filiograma	Exploración de posibles causas reversibles de deterioro cognitivo. Evaluación de diagnósticos alternativos a demencia.	Exploración de causas estructura- les del deterioro cognitivo. Evaluación de diagnós- ticos alternativos a demencia. Interpreta- ción del reporte de TAC o RMN (especial énfasis en volumetría)	Según resultados de los estudios comple- mentarios e imagenolo- gía, se remite a MD especializa- da para manejo de demencia	Si bien el diagnóstico se finaliza con el MD Especialista de la IPS complemen- taria, puede realizar un diagnóstico presuntivo e iniciar el manejo farmacológi- co, mientras el paciente es remitido.
Medicina Interna	Valoración médica completa. Confirmación de deterioro cognitivo. Exploración de comorbi- lidades y manejo respectivo.	Exploración de posibles causas reversibles de deterioro cogniti- vo. Evaluación de diagnósticos alternativos a demencia.	Exploración de causas estructura- les del deterioro cognitivo. Evaluación de diagnós- ticos alternativos a demencia. Interpreta- ción del reporte de TAC o RMN (especial énfasis en volumetría)	Según resultados de los estudios comple- mentarios e imagenolo- gía, se remite a MD especializa- da para manejo de demencia	Si bien el diagnóstico se finaliza con el MD Especialista de la IPS complemen- taria, puede realizar un diagnóstico presuntivo e iniciar el manejo farmacológi- co, mientras el paciente es remitido.

Actores / perfiles	Diagnóstico				
	Valoración de tamización alterada - sospecha de deterioro cognitivo	Estudios complementarios - diagnóstico diferencial	Estudios de imágenes	Valoración por MD especializada	Confirmación del diagnóstico
Especialista en Neurología Clínica				Valoración inicial por diagnóstico de demen- cia (sin definición del tipo de demencia)	Realización de pruebas neuropsico- lógicas / valoración del informe de neuropsi- cología. Se determina diagnóstico, incluyendo la tipificación de la demencia.
Especialista en Psiquiatría				Valoración inicial por diagnóstico de demen- cia (sin definición del tipo de demencia)	Realización de pruebas neuropsico- lógicas / valoración del informe de neuropsi- cología. Se determina diagnóstico, incluyendo la tipificación de la demencia.
Especialista en Geriatría				Valoración inicial por diagnóstico de demen- cia (sin definición del tipo de demencia)	Realización de pruebas neuropsico- lógicas / valoración del informe de neuropsi- cología. Se determina diagnóstico, incluyendo la tipificación de la demencia.

Actores / perfiles	Diagnóstico				
	Valoración de tamización alterada - sospecha de deterioro cognitivo	Estudios complementarios - diagnóstico diferencial	Estudios de imágenes	Valoración por MD especializada	Confirmación del diagnóstico
Neuro- Psicología					Realización de pruebas neuropsico- lógicas.
EPS - autorizacio- nes			Facilitar las autorizacio- nes de los estudios de imagen (TAC, RMN)	Gestión de la red de IPS comple- mentarias con las especiali- dades requeridas, especial- mente, Neurología clínica	Facilitar el acceso y autorizacio- nes para las pruebas neuropsico- lógicas

Tabla 7. Intervenciones de tratamiento y rehabilitación

Actores / perfiles	Tratamiento / Rehabilitación				
	Inicio de tratamiento según tipo de demencia	Manejo de síntomas comportamentales	Control de comorbilidades	Inicio de neuro- rehabilitación	Acompañamiento de la familia / redes de apoyo
Paciente	Adherencia al tratamiento farmacológico				
Familia / Red de Apoyo					Facilitar la adhe- rencia al trata- miento. Acompa- ñamiento a las valoraciones del grupo multidiscipli- narios. Manejo de expectativas frente al pronóstico. Medi- das para evitar o identificar abuso de la persona con demencia.

Actores / perfiles	Tratamiento / Rehabilitación				
	Inicio de tratamiento según tipo de demencia	Manejo de síntomas comportamentales	Control de comorbilidades	Inicio de neuro- rehabilitación	Acompañamiento de la familia / redes de apoyo
Psicología		Manejo proble- mas mentales identificados			Abordaje integral dirigido a la familia. Medidas para prevenir abuso físico y psicológico
Trabajo Social					Abordaje integral dirigido a la familia. Medidas para prevenir abuso físico y psicológico
Especialista en Neurología Clínica	Prescripción de medica- mentos, según tipo de demencia. Activación de otras especia- lidades y profesionales de la salud para un manejo integral.				
Especialista en Psiquiatría	Si es el especialista de "puerta de entrada", puede realizar la prescripción inicial de medicamen- tos, según tipo de demencia.	Manejo y control de trastornos mentales concomitan- tes			

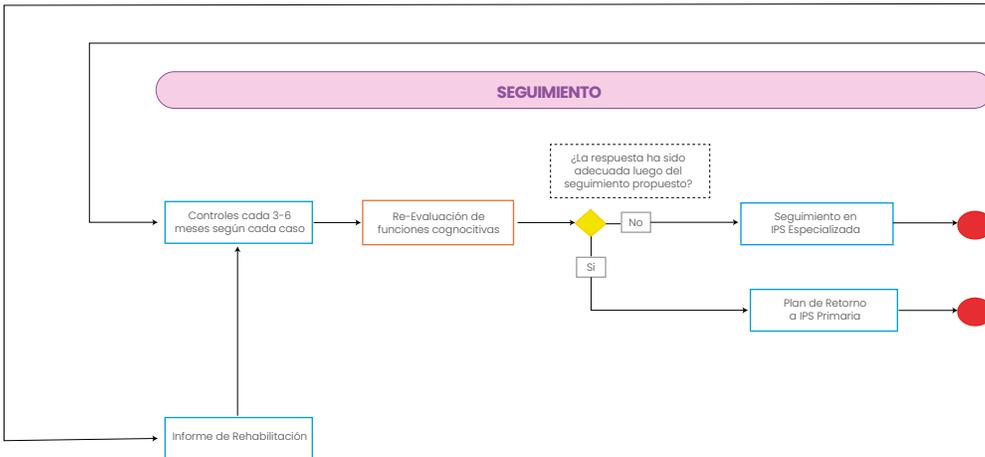
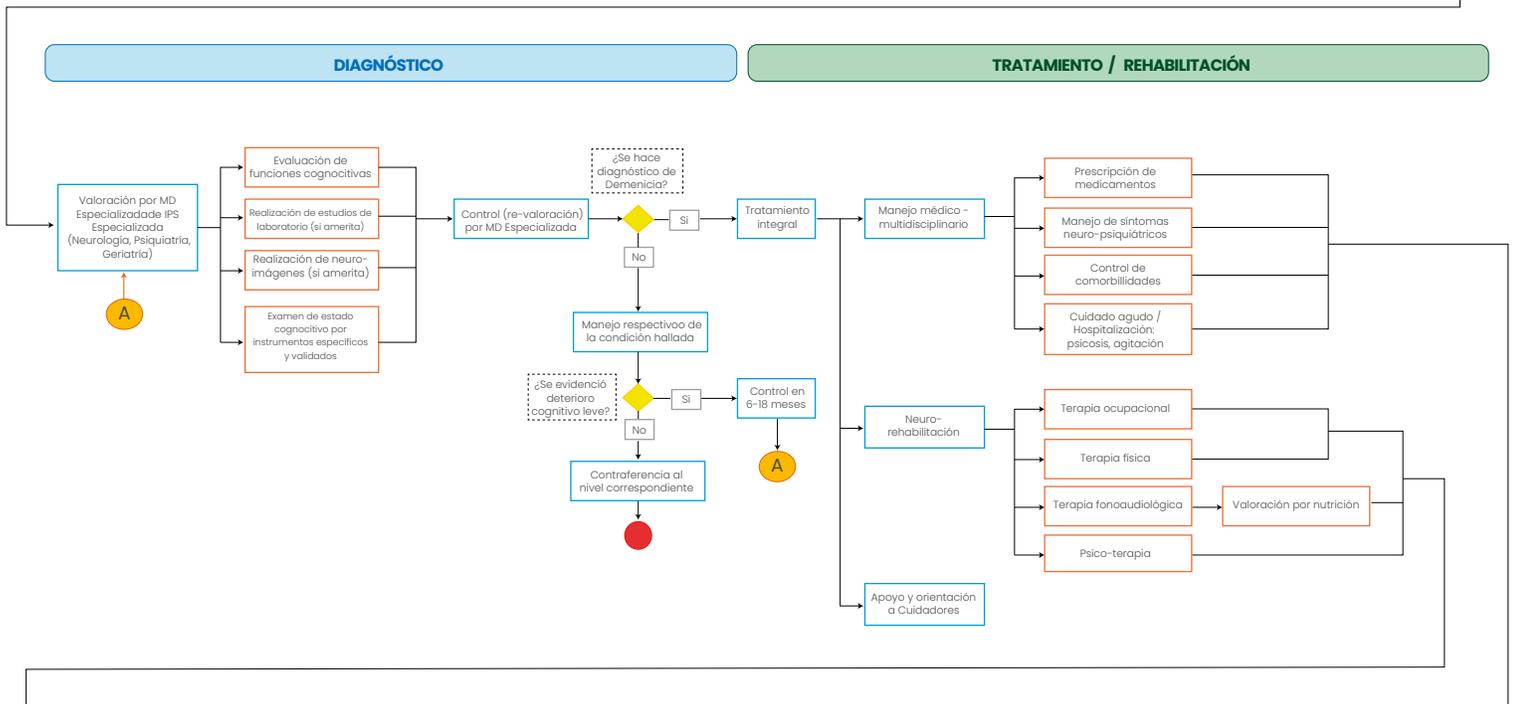
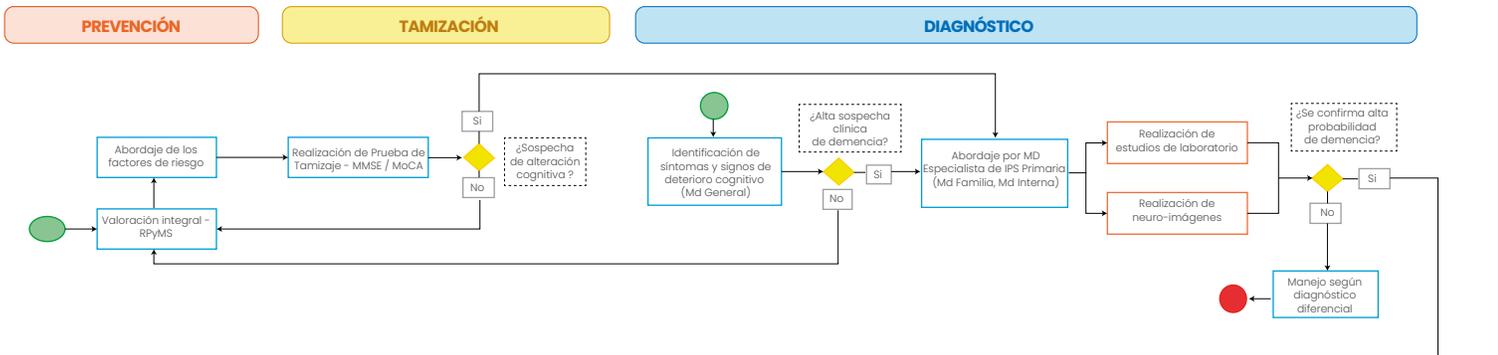
Actores / perfiles	Tratamiento / Rehabilitación				
	Inicio de tratamiento según tipo de demencia	Manejo de síntomas comportamentales	Control de comorbilidades	Inicio de neuro- rehabilitación	Acompañamiento de la familia / redes de apoyo
Especialista en Geriatría	Si es el especialista de “puerta de entrada”, puede realizar la prescripción inicial de medicamentos, según tipo de demencia.		Manejo y control de comorbilidades identificadas. Valoración de funcionalidad e independencia.		
EPS - autorizaciones	Facilitar las autorizaciones de los medicamentos prescritos, y su continuidad. Gestionar con la IPS Complementaria las acciones respectivas ante la escasez / desabastecimiento de algún medicamento.			Facilitar la continuidad de las sesiones del plan de neuro-rehabilitación.	
Gestor farmacéutico	Garantizar la continuidad del tratamiento farmacológico, o anticipar escasez de medicamentos.				

Actores / perfiles	Tratamiento / Rehabilitación				
	Inicio de tratamiento según tipo de demencia	Manejo de síntomas comportamentales	Control de comorbilidades	Inicio de neuro- rehabilitación	Acompañamiento de la familia / redes de apoyo
Gestor de citas - IPS complementaria	Coordinar las atenciones por parte del grupo multidisciplinario				
Odontología			Identificación y manejo de enfermedad periodontal. Fomento de la salud oral.		
Fisioterapia				Valoración integral de las condiciones físicas del paciente.	
Terapia ocupacional				Valoración integral de las competencias y capacidades laborales (si aplica). Fomento de la autogestión para actividades de la vida diaria.	
Fonoaudiología				Valoración integral de la agudeza auditiva e identificación de trastornos de la deglución.	

Actores / perfiles	Tratamiento / Rehabilitación				
	Inicio de tratamiento según tipo de demencia	Manejo de síntomas comportamentales	Control de comorbilidades	Inicio de neuro-rehabilitación	Acompañamiento de la familia / redes de apoyo
Nutricionista				Valoración integral del estado nutricional del paciente. Manejo de trastornos de la deglución.	

Tabla 8. Intervenciones de seguimiento

Actores / perfiles	Seguimiento	
	Control interdisciplinario	Control por MD especializada
Psicología		Controles periódicos según respuesta al tratamiento.
Especialista en Neurología Clínica		Controles periódicos según respuesta al tratamiento. Ajuste de dosis, escalonamiento terapéutico. Revaloración de funciones cognitivas.
Especialista en Psiquiatría		Controles periódicos según respuesta al tratamiento.
Especialista en Geriatría		Controles periódicos según respuesta al tratamiento.
Neuro-Psicología		Revaloración de funciones cognitivas, según MD tratante.
Gestor de citas - IPS complementaria	Coordinar las citas de control	Coordinar las citas de control
Fisioterapia	Seguimiento del plan de rehabilitación. Informe de avances y recomendaciones.	
Terapia ocupacional	Seguimiento del plan de rehabilitación. Informe de avances y recomendaciones.	
Fonoaudiología	Seguimiento del plan de rehabilitación. Informe de avances y recomendaciones.	



<https://bit.ly/InfografiaDemencias>

Haz clic aquí o escanea el código QR para conocer las perlas clínicas para la gestión integral del riesgo.

Puntos de variabilidad en la vía clínico-administrativa

Se discutieron acerca de aspectos en el proceso de atención en donde el paciente pierde su continuidad (siguiendo la analogía, puntos de “desviación” de la vía). Estas potenciales pérdidas en la continuidad de la atención son fundamentales tenerlos en cuenta en la implementación de la vía, pues esta ha sido concebida más desde el ámbito ambulatorio. Por tanto, identificar momentos en donde el paciente “se pierde del radar” permitirá anticiparlos, corregirlos, y garantizar la continuidad de la atención, aspecto esencial para lograr la recuperación del paciente, o al menos, evitar el deterioro del nivel de calidad de vida. A continuación, se enumeran los escenarios que pueden generar “desvíos” en la atención y posiblemente, discontinuidad y desarticulación del proceso de atención:

Tabla 9. Escenarios de variabilidad en la vía clínico-administrativa acorde a las fases y momentos de atención

Fases	Momentos de atención	Escenarios de variabilidad
Prevención / tamización	Detección temprana - signos y síntomas	Paciente subdiagnosticado por desconocimiento en demencias
Diagnóstico	Valoración de tamización alterada - sospecha de deterioro cognitivo	Falta de seguimiento de pacientes con MMSE o MoCA alterado
	Valoración por MD especializada	Falta de seguimiento de pacientes con sospecha de demencia desde la IPS Primaria
	Confirmación del diagnóstico	Realización de las pruebas neuropsicológicas en una IPS diferente
Tratamiento / rehabilitación	Inicio de tratamiento según tipo de demencia	Pacientes que viven solos, edad avanzada, alta dependencia, falta de red de apoyo
	Manejo de síntomas comportamentales	Manejo en IPS diferente a la IPS especializada (donde está el médico tratante), por motivos de contratación de la red de la EPS.
	Control de comorbilidades	
	Inicio de neuro-rehabilitación	
	Acompañamiento de la familia / redes de apoyo	Ausencia de cuidador principal, pobre red de apoyo
Seguimiento	Control por MD especializada	Paciente que se hospitaliza, sea por comorbilidad descompensada o deterioro del estado mental.

Propuesta de vía diferencial para el abordaje de casos con condiciones particulares

Uno de los objetivos propuestos en el presente proyecto fue explorar la posibilidad de proponer una vía diferencial, de tal manera que un grupo poblacional en particular pueda tener “atajos” en el proceso de atención. De esta manera, se podrían priorizar el acceso y el inicio del manejo.

Con base en una adaptación de los niveles de análisis de determinantes sociales de Blas y Kurup (10), se menciona a continuación los elementos diferenciales a tener en cuenta para la identificación de una población de alto riesgo que requiere priorizar el acceso y, subsecuentemente, al inicio precoz del tratamiento.

Estos elementos pueden interpretarse como un listado de factores de riesgo, cuya presencia en un grupo de personas incrementa la posibilidad de desarrollo de la enfermedad, detección en estadios avanzados, o mayor gravedad de la misma y peor pronóstico de la enfermedad.

Factores relacionados a mayor riesgo de demencia (consecuencia: mayor incidencia)

- Historia de HTA no controlada
- Historia de DM no controlada
- Sedentarismo
- Tabaquismo
- Historia de trastornos del sueño
- Disminución o pérdida de la agudeza auditiva o visual
- Aislamiento social
- Historia de déficits nutricionales
- Historia de depresión o ansiedad en mayores de 60 años

Factores relacionados con un acceso diferencial (consecuencia: mayor detección en una fase avanzada de demencia)

- Adultos mayores con maltrato físico o psicológico.
- Bajo nivel de escolaridad (bachillerato incompleto, o menor)
- Pacientes procedentes de zonas rurales.
- Pacientes de estrato socioeconómico 1-2.
- Pacientes en jubilación (sin trabajo, no es lo mismo que pensionado)

Factores relacionados con resultados diferenciales (consecuencia: mayor severidad de la demencia)

- Antecedentes familiares de demencia
- Antecedente de trauma craneoencefálico moderado o severo.
- Ocupación con riesgo de micro-traumas repetitivos en cráneo (ej, boxeadores)
- Antecedentes de neuro-infecciones
- Antecedente de enfermedad cerebrovascular
- Historia actual de Enfermedad de Parkinson
- Paciente con fractura de cadera.

Con base en este listado, se ha propuesto un esquema de estratificación del riesgo en tres niveles, con el fin de que cada grupo poblacional se le brinde ciertas intervenciones diferenciales para acortar algunos de los momentos de atención en la vía clínico-administrativa.

Tabla 10. Identificación de grupos de riesgo en el marco de la vía con enfoque diferencial

Grupo De Riesgo	Criterios	Intervenciones Diferenciales	Segmento De La Vía Se Busca Acortar
ALTO RIESGO	<p>Pacientes con factores de vulnerabilidad para Demencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares de demencia. • Antecedente de trauma craneoencefálico moderado o severo. • Ocupación con riesgo de micro-traumas repetitivos en cráneo (ej, boxeadores). • Antecedentes de neuro-infecciones. • Antecedente de enfermedad cerebrovascular. • Historia actual de Enfermedad de Parkinson. • Paciente con fractura de cadera 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Facilitar el acceso a pruebas de tamización o exploración adicional de un posible deterioro cognitivo temprano. ✓ Facilitar la valoración por Médico especialista para un diagnóstico precoz, idealmente en un periodo no mayor de 3 meses. ✓ Garantizar un seguimiento de sus funciones cognitivas si no se evidenciaron alteraciones, por ejemplo, repetir pruebas de tamización al cabo de 12 meses. ✓ Si se diagnostica demencia, facilitar el acceso y continuidad del tratamiento farmacológico y neuro-rehabilitación 	<p>Sospecha → Diagnóstico por especialista Diagnóstico → Tratamiento</p>
RIESGO MEDIO	<p>Pacientes con factores de riesgo específicos para Demencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia de trastornos del sueño. • Disminución o pérdida de la agudeza auditiva o visual. • Aislamiento social. • Bajo nivel de escolaridad (bachillerato incompleto, o menor). • Historia de déficits nutricionales. • Historia de depresión o ansiedad en mayores de 60 años. • Pacientes procedentes de zonas rurales. • Pacientes de estrato socioeconómico 1-2. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Facilitar el acceso a pruebas de tamización o exploración adicional de un posible deterioro cognitivo temprano. ✓ Realizar acciones de mitigación de los factores enunciados (aquellos que sean modificables). ✓ Garantizar un seguimiento de sus funciones cognitivas si no se evidenciaron alteraciones, por ejemplo, repetir pruebas de tamización al cabo de 18 a 24 meses. ✓ Facilitar la valoración por Médico especialista para un diagnóstico precoz, idealmente en un periodo no mayor a 6 meses. 	<p>Sospecha → Diagnóstico por especialista</p>

Grupo De Riesgo	Criterios	Intervenciones Diferenciales	Segmento De La Vía Se Busca Acortar
<p>BAJO RIESGO</p>	<p>Pacientes con factores de riesgo generales, no específicos para Demencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia de HTA no controlada. • Historia de DM no controlada. • Sedentarismo. • Tabaquismo. • Pacientes en jubilación (sin trabajo, no es lo mismo que pensionado). • Adultos mayores con maltrato físico o psicológico. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar acciones de mitigación de los factores enunciados. ✓ Facilitar el acceso a pruebas de tamización o exploración adicional de un posible deterioro cognitivo temprano. 	<p>Tamizaje → Sospecha / diagnóstico diferencial</p>

Por otro lado, con base en esta estratificación de la población según riesgo, se diagrama tanto los momentos clave como el tipo de IPS que estaría encargada de que se puedan dar esta atención diferencial:

Tabla 11. Vía diferencial para demencias

		IPS PRIMARIA			IPS COMPLEMENTARIA	
MOMENTOS CLAVE SEGÚN NIVEL DE RIESGO	Identificación de las variables de riesgo	Tamización de deterioro cognitivo	Detección temprana - signos y síntomas	Estudios complementarios - diagnóstico diferencial	Valoración por Neurología / Psiquiatría / Geriátrica	Seguimiento - Controles
ALTO RIESGO	* Gestor de EPS * Coordinador de IPS Primaria.	Se pasa directamente a Especialista Primario. →	Cita con MD Especialista (Familiar o Internista): * Evaluación de signos de demencia manifiesta. * Valoración y aplicación de MMSE o MoCA.	Si hay Dx de demencia o solo sospecha →	Cita con Neurología / Psiquiatría / Geriátrica: * Confirmación diagnóstica. * Inicio de tratamiento según tipo de demencia.	Control mensual x 3 meses. Luego cada 2 meses por 6 meses. Luego cada 3 meses por 1 año.
RIESGO MEDIO	* Gestor de EPS * Coordinador de IPS Primaria	Cita con MD General: * aplicación de MMSE o MoCA. * intervención inicial de FR modificables. Demanda inducida para tamizaje	Control con MD Especialista: * Id causas reversibles de demencia. * Tratamiento inicial. Remisión precoz desde MD General si hay sospecha	Control con MD Especialista: * Id causas reversibles de demencia. * Tratamiento inicial. A bordaje inicial desde IPS Primaria	Cita con Neurología / Psiquiatría / Geriátrica: * Confirmación diagnóstica * Inicio de tratamiento según tipo de demencia	Control mensual x 3 meses. Luego cada 3 meses por 1 año
BAJO RIESGO		Cita con MD General: * aplicación de MMSE o MoCA. * intervención inicial de FR modificables. Demanda espontánea o Val integral por 3280	Cita con MD General: * evaluación de signos de demencia manifiesta. * Remisión según hallazgos Demanda espontánea			

PASO 5. LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VÍA CLÍNICO ADMINISTRATIVA

La implementación de la vía clínico administrativa constituye el momento en el que el diseño conceptual y técnico de la ruta de atención se transforma en acciones concretas dentro del sistema de salud. Esta etapa busca garantizar que los lineamientos previamente definidos en relación con el tamizaje, diagnóstico, tratamiento, remisión, seguimiento y articulación interinstitucional sean adoptados, apropiados y puestos en marcha por los actores responsables en cada nivel de atención.

Para una implementación efectiva, se han identificado tres componentes clave:

Fortalecimiento del talento humano:

Como parte del fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud, se ha diseñado un curso virtual, gratuito y asincrónico, orientado a profesionales de la salud que laboran en IPS de baja complejidad, con el objetivo de desarrollar competencias clave para la identificación, abordaje inicial, remisión oportuna y seguimiento de personas con sospecha o diagnóstico de demencia. Este espacio formativo responde a los vacíos detectados en el proceso asistencial y aborda, desde una perspectiva clínica y operativa, los aspectos críticos de la vía clínico-administrativa, promoviendo así una atención integral, oportuna y articulada desde el primer nivel de atención.

Identificación de puntos críticos del proceso

A partir las fases de atención y los momentos que las constituyen, se identificaron una serie de intervenciones que resultan críticas para la vía clínico-administrativa en demencia.

Estos puntos críticos generan retrasos en la atención y reprocesos (que incrementan los tiempos de oportunidad para la realización de intervenciones posteriores), lo que genera potenciales riesgos en cuanto a: obtención de mejores resultados en salud, uso eficiente de los recursos, y experiencia satisfactoria por parte de las pacientes y sus familias.

Los puntos críticos se describen a continuación:

- ✓ **identificación de la persona con demencia:** en la fase de diagnóstico, los expertos hicieron especial énfasis en la necesidad de mejorar las capacidades del Médico General de las IPS Primarias en cuanto a la generación de la sospecha diagnóstica de demencia. Se consideró que hay dos elementos críticos que retrasan el diagnóstico.

El primero, hay una persistencia en minimizar el síntoma de “alteración de la memoria”, atribuyéndose erróneamente a un proceso normal de envejecimiento, por lo que el diagnóstico se realiza una vez la demencia a avanzado de forma considerable.

En segundo lugar, una percepción de que aspectos en salud mental y neurológicos requieren de mayor capacitación y reentrenamiento clínico, ya que no hay elementos suficientes para una adecuada exploración de las funciones cognitivas además de la memoria. Esto último es importante ya que se requisito para una adecuada interpretación de las pruebas de tamización como el MMSE o el MoCA.

Un aspecto para considerar es que Colombia cuenta con un marco normativo, la resolución 3280 de 2018 por la cual se implementa la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, por la cual

se fomenta la aplicación de MMSE como herramienta de tamización para deterioro cognitivo en personas mayores de 60 años. Sin embargo, este lineamiento es limitado a pesar de ser prescriptivo, en cuanto a que no toma en consideración las limitaciones del MMSE.

En este sentido, los expertos señalaron que el MMSE puede generar “falsos positivos” en personas con bajo nivel de escolarización (por ejemplo, solo cuenta con estudio de primaria); así mismo, personas con alto nivel de escolarización (por ejemplo, con estudios de posgrado) pueden obtenerse “falsos negativos” desde el MMSE si bien luego se detecta que existía algún grado de demencia.

Por tanto, una opción complementaria al MMSE es el cuestionario MoCA que, si bien demanda un mayor tiempo para su diligenciamiento, tiene mejor desempeño en cuanto a detectar deterioro cognitivo a pesar del grado de escolaridad. De manera específica, el MoCA contempla unas pruebas que son más sensibles a demencia: la prueba del reloj y la prueba del cubo¹.

- ✓ **Tiempo entre la sospecha y el diagnóstico de demencia:** al describir los pasos y tiempos potenciales que se requieren para llegar al diagnóstico, desde la sospecha clínica o la prueba de tamizaje alterada, se evidencia que unos de los puntos críticos en el tiempo en que el paciente llega al especialista, sea este Neurología Clínica, Psiquiatría o Geriatría.

Se enfatiza en que no hay suficiente talento humano disponible para ello, en parte debido a que muchos especialistas han preferido centrar su ejercicio en la consulta privada (como ha sido el caso de neurología), y en parte porque un

paso esencial en el diagnóstico es la realización de las pruebas neuro-psicológicas, realizadas por otro profesional especializado escaso (psicólogo especialista en neuropsicología), además de que se requiere de al menos 3 a 5 sesiones en días diferentes para la completitud de las mismas.

- ✓ **Continuidad en el tratamiento:** los expertos consideran que, una vez el diagnóstico se ha realizado, el siguiente punto crítico es la sostenibilidad o continuidad del tratamiento, tanto de los medicamentos prescritos, como de las sesiones de neuro-rehabilitación. Se menciona que hay múltiples barreras, de diversa naturaleza, que generan interrupciones en el seguimiento. Por tanto, hay la percepción de que los objetivos terapéuticos no se alcanzan en muchos casos debido a esto.

¹ Prueba del reloj: se le pide al sujeto que dibuje un reloj “de pared” que incluya todos los números y que marque las 11 y 10. // Prueba del cubo: se le pide al sujeto que copie un cubo de la manera más precisa posible, el cual está diagramado en la hoja de la prueba. (Fuente: disponible en <https://catch-on.org/wp-content/uploads/2016/12/MoCA-Instructions-Spanish.pdf>)

Durante los talleres, se identificaron otros puntos críticos, que se sintetizan en la siguiente tabla:

Tabla 12. Puntos críticos de la vía

Fases	Momentos de atención	Puntos críticos identificados
Acciones poblacionales	Intervenciones en nutrición	N.Id.
	Intervenciones para fomento de la actividad	N.Id.
	Intervenciones para fomento del esparcimiento física	N.Id.
	Intervenciones para fomento de la lectura/escritura/manualidades	N.Id.
Prevención / tamización	Intervenciones sobre educación en demencias y sus factores de riesgo	Subestimación de las alteraciones de la memoria en personas adultas mayores. Persistencia del término "demencia senil" en la población general y algunos profesionales de la salud.
	Valoración integral - curso de vida de adultez y vejez	Normatividad ya en proceso de desactualización (por ejemplo, Res. 3280 - Ruta de promoción y mantenimiento de la salud- solo contempla MMSE como prueba de tamización, y no da pautas para orientación de la periodicidad del tamizaje)
	Estilos de vida saludable	N.Id.
	Tamización de deterioro cognitivo	Necesidad de entrenamiento para la aplicación e interpretación de las escalas de tamización (MMSE o MoCA).
	Detección temprana - signos y síntomas	Falta de identificación de signos de demencia manifiesta, como lo son: Cambios en su dinámica diaria: aseo, manera de ser y hacer, aislamiento, habla menos, olvidos patológicos (citas médicas, cumpleaños, se pierde en llegar a su domicilio, olvidos de nombres de cosas), desorientación (especial/ sitios que ya conocía), pérdida de la sazón de la comida (lo menciona el familiar: "cocina raro, muy salada")

Tabla 12. Puntos críticos de la vía

Fases	Momentos de atención	Puntos críticos identificados
Diagnóstico	Valoración de tamización alterada - sospecha de deterioro cognitivo	N.Id.
	Estudios complementarios - diagnóstico diferencial	N.Id.
	Estudios de imágenes	Demoras en las autorizaciones de la RMN cuando la TAC no es concluyente.
	Valoración por MD especializada	Retraso en la confirmación del diagnóstico por falta de estudios.
	Confirmación del diagnóstico	Tiempos de espera prolongados para la realización de las pruebas neuropsicológicas.
Tratamiento / rehabilitación	Inicio de tratamiento según tipo de demencia	Problemas para la continuidad del tratamiento farmacológico. Pobre adherencia al tratamiento, dada la alta dependencia de un cuidador principal o familiar.
	Manejo de síntomas comportamentales	N.Id.
	Control de comorbilidades	Complejidad en los pacientes por multimorbilidad y polifarmacia.
	Inicio de neuro-rehabilitación	Falta de comunicación entre el equipo de neuro-rehabilitación y médico tratante.
	Acompañamiento de la familia / redes de apoyo	Pobre de red apoyo. En casos de demencia severa, requerimiento de cuidador 24 horas ante limitación funcional grave.
Seguimiento	Control interdisciplinario	N.Id.
	Control por MD especializada	N.Id.

N.Id.: No se identificó puntos críticos

Ajuste y evaluación continua por parte de los actores del sistema

Es imperativo revisar procesos administrativos y asistenciales en las IPS, y articulación efectiva con las EPS para garantizar el cumplimiento de los flujos de atención definidos. Esto implica asegurar que los puntos críticos de la ruta cuenten con herramientas, recursos y responsables claramente establecidos, con el respaldo y acompañamiento técnico de las entidades territoriales del orden distrital y departamental.

PASO 6. EVALUACIÓN Y RENDIMIENTO DE LA RUTA

Tomando en cuenta solo aquellos momentos del proceso de atención, se han propuesto algunos indicadores que pretenden ser un mecanismo para monitorear y evaluar la implementación de la vía clínico-administrativa para demencias. Estos indicadores son los siguientes:

Indicadores para población con sospecha de demencia

1. Número de IPS primarias capacitadas en demencias.
2. Porcentaje de personal médico y de enfermería entrenado en identificación de demencia (tamización y diagnóstico) en el periodo.
3. Proporción de adultos mayores de 60 años a quienes se le ha aplicado una prueba de tamización para demencia.
4. Porcentaje de remisión a medicina especializada (Medicina familiar, medicina interna) por alta sospecha de demencia.
5. Cobertura de atención por medicina especializada en pacientes con alta sospecha de demencia (es decir, demanda satisfecha o acceso real efectivo).

6. Tiempo de oportunidad para valoración por primera vez por medicina especializada, desde la remisión desde IPS Primaria (aplica solo a los que tuvieron acceso efectivo al especialista).
7. Porcentaje de persona con sospecha de demencia que accede a estudio de neuroimagen (TAC o RMN).
8. Tiempo de oportunidad para realización de estudio de neuroimagen (TAC o RMN).
9. Porcentaje de persona con sospecha de demencia con pruebas de neuropsicología.
10. Tiempo de oportunidad para realización de pruebas neuropsicológicas.

Indicadores para población con diagnóstico de demencias

11. Proporción de casos nuevos de demencia según tipo o etiología.
12. Proporción de casos de demencia severa entre los casos nuevos.
13. Porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico.
14. Porcentaje de control terapéutico de comorbilidades.
15. Porcentaje de pacientes con polifarmacia.
16. Proporción de pacientes que iniciaron un plan de neurorrehabilitación.
17. Proporción de pacientes con demencia que finalización plan de neuro-rehabilitación.
18. Proporción de pacientes con Barthel con puntaje menor a 35 (dependencia grave o total).
19. Porcentaje de pacientes con red de apoyo.

Hitos de la vía clínico-administrativa

Otra forma de describir esta propuesta de indicadores es en función del momento del proceso de atención de la vía, considerando que cada momento con un punto crítico se puede considerar como un hito en la vía, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 13. Hitos de la vía

Fases	Hitos	Indicador para monitoreo y evaluación
Prevenición / tamización	Intervenciones sobre educación en demencias y sus factores de riesgo.	Número de IPS primarias capacitadas en demencias. Porcentaje de personal médico y de enfermería entrenado en identificación de demencia (tamización y diagnóstico) en el periodo.
	Valoración integral - curso de vida de adultez y vejez.	Proporción de adultos mayores de 60 años a quienes se le han aplicado una prueba de tamización para demencia.
	Tamización de deterioro cognitivo.	Proporción de adultos mayores de 60 años a quienes se le han aplicado una prueba de tamización para demencia.
	Detección temprana - signos y síntomas.	Tasa de remisión a medicina especializada por diagnóstico reciente (o alta sospecha) de demencia, en personas mayores de 60 años, por cada 100,000 personas atendidas. Cobertura de atención por medicina especializada en pacientes con alta sospecha de demencia.
Diagnóstico	Estudios de imágenes.	Tiempo de oportunidad para realización de estudio de neuroimagen (TAC o RMN).
	Valoración por MD especializada.	Tiempo de oportunidad para valoración por primera vez por medicina especializada, desde la remisión desde IPS Primaria
	Confirmación del diagnóstico	Proporción de casos nuevos de demencia según tipo o etiología Proporción de casos de demencia severa entre los casos nuevos .

Fases	Hitos	Indicador para monitoreo y evaluación
Tratamiento / rehabilitación	Inicio de tratamiento según tipo de demencia.	Porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico.
	Control de comorbilidades.	Porcentaje de control terapéutico de comorbilidades en personas con demencia. Porcentaje de pacientes con demencia con polifarmacia
	Inicio de neuro-rehabilitación.	Proporción de pacientes con demencia que finalización plan de neuro-rehabilitación.
	Acompañamiento de la familia / redes de apoyo	Proporción de pacientes con Barthel con puntaje menor a 35 (dependencia grave o total) Porcentaje de pacientes con red de apoyo.

PASO 7. MANTENIMIENTO Y SEGUIMIENTO CONTINUO

El mantenimiento y seguimiento continuo de la vía clínico-administrativa es un componente esencial para garantizar la sostenibilidad y mejora progresiva del modelo de atención implementado. Esta fase permitirá monitorear el cumplimiento y ajustar los procesos clínicos y administrativos de acuerdo con los cambios en el contexto y necesidades institucionales.

Se recomienda promover la autoevaluación periódica por parte de los actores responsables, tanto a nivel institucional (IPS, EPS) como territorial, utilizando indicadores previamente definidos y mecanismos participativos de retroalimentación. La retroalimentación generada servirá para reforzar capacidades, y garantizar que la vía clínico-administrativa siga cumpliendo su propósito de mejorar el acceso, la calidad y la continuidad en la atención de las personas con demencia.

CONCLUSIONES

Con base en el ejercicio de elaboración de la vía clínico-administrativa para demencia, se realizan las siguientes conclusiones:

- La vía clínico-administrativa es un instrumento que facilita la articulación y coordinación de diferentes procesos administrativos y de gestión clínica, que, alineados de manera efectiva, pueden mejorar los resultados en salud y experiencia del paciente y su familia. A través de la matriz de intervenciones, se pueden optimizar las capacitaciones de los profesionales nuevos que ingresan al servicio, como un aspecto complementario a la inducción corporativa, con el fin de visualizar su rol y alcance en el marco de la atención de las personas con sospecha o diagnóstico de demencia.
- La vía clínico-administrativa es altamente dependiente de la gestión administrativa de la EPS, ya sea por las autorizaciones en la fase de diagnóstico, o por la disposición de su red de prestadores en la fase de tratamiento. Por tanto, es fundamental la optimización y monitoreo de los canales de comunicación para que sean efectivos, oportunos y ágiles, ya que además repercuten en varios indicadores y contemplan varios hitos de la vía. Todo esfuerzo encaminado en este punto facilitará la implementación de la vía clínico-administrativa.
- La vía clínico-administrativa identifica puntos críticos que, ante su potencial de afectar el desempeño global de la misma, se deben anticipar y gestionar durante el seguimiento y evaluación de la vía.
- La variabilidad de la vía clínica, en cierta forma, muestra el alcance de la misma, ya que son puntos de potenciales de “fugas” o “pérdida del radar”. En este sentido, la presencia de barreras y facilitadores en todo el proceso de atención requieren, idealmente, de acciones intersectoriales y socio-sanitarias, por lo que una articulación con las Entidades Territoriales y otros dispositivos sociales pueden ser de gran ayuda para solventar estas situaciones de alta variabilidad en el desempeño de la vía clínica.

Es factible la construcción de una vía clínico-administrativa diferencial, dirigida a una población de alto riesgo para demencia, que tenga como dos propósitos esenciales, a saber: la exploración proactiva de un deterioro cognitivo, sea en el examen mental, sea por aplicación recurrente de pruebas de tamización; y la creación de mecanismos que abrevien los tiempos entre la impresión (sospecha) diagnóstica y el control con especialista en donde se realiza la confirmación de demencia.

REFERENCIAS

1. Carrasco G, Ferrer J. Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones. *Revista de Calidad Asistencial*. 2001;16(3):199-207.
2. Romero Simó M, Soria Aledo V, Ruiz López P, Rodríguez Cuéllar E, Aguayo Albasini JL. Guidelines and clinical pathways. Is there really a difference? *Cirugía Española (English Edition)*. 2010;88(2):81-4.
3. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. *BMJ*. 1998;316:133-7.
4. Faarc DJP. Translating Evidence Into Practice. *RESPIRATORY CARE*. 2009;54(10).
5. Villanueva-Bravo NA, Iraola-Ferrer MD, Falcón-Hernández A, Fábregas-Lozanoc F, Valladares-Carvajal FDJ. Vía clínica en el infarto agudo de miocardio. Diseño, ensayo piloto y propuesta definitiva. *Revista de Calidad Asistencial*. 2005;20(3):140-51.
6. Bianco L, Raffa S, Fornelli P, Mancini R, Gabriele A, Medici F, et al. From Survey Results to a Decision-Making Matrix for Strategic Planning in Healthcare: The Case of Clinical Pathways. *IJERPH*. 2022;19(13):7806.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS [Internet]. 2016 [citado 2 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>
8. Sloan JA, Scott-Findlay S, Nemecek A, Blood P, Trylinski C, Whittaker H, et al. Mapping the journey of cancer patients through the health care system. Part I: Developing the research question. *CONJ*. 2004;14(3):183-6.
9. Ciria-Suarez L, Jiménez-Fonseca P, Palacín-Lois M, Antoñanzas-Basa M, Fernández-Montes A, Manzano-Fernández A, et al. Breast cancer patient experiences through a journey map: A qualitative study. *Bowles EJA, editor. PLoS ONE*. 22 de septiembre de 2021;16(9):e0257680.
10. Blas E, Kurup A. Introduction and methods of work. En: *Equity, social determinants and public health programmes*. World Health Organization. Switzerland; 2010.
11. Leonard E, De Kock I, Bam W. Barriers and facilitators to implementing evidence-based health innovations in low- and middle-income countries: A systematic literature review. *Evaluation and Program Planning*. 2020;82:101832.

VÍA CLÍNICO-ADMINISTRATIVA EN DEMENCIAS



CALI - COLOMBIA
