

Dr. José Antonio SERRA REXACH

MEDICO-GERIATRA

Colegiado nº 33.978

Jefe del Servicio de Geriátría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Profesor Titular de Medicina. Facultad de Medicina.

Universidad Complutense de Madrid

INFORME SOBRE CONCEPCIÓN ORTIZ RUIZ

D. José Antonio SERRA REXACH, Doctor en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid (1994). Especialista en geriatría. Jefe del Servicio de Geriátría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid (Desde el año 2000). Director de Atención Sanitaria del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (2002-2004) Profesor Titular de Medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid (Desde el año 2019). Acreditado como Catedrático de Universidad por la Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación (ANECA). (Desde el año 2023). Investigador Principal del Centro de Investigación Biomédica en Red de Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES) del Instituto de Salud Carlos III. Presidente del "Comité de Evaluación de Medicamentos de Uso Humano" de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo (2013-2019). Experto Universitario en Dirección de Organizaciones Sanitarias por la Universidad Carlos III de Madrid (2003). Vicepresidente de la Sociedad Española de Geriátría (2010-2013). Con domicilio en Madrid y colegiado en el Colegio de Médicos de Madrid con el Nº 33.978

OBJETO DEL DICTAMEN: El presente dictamen tiene como objeto responder a la solicitud de Dña. Astrid Gallardo Ortiz, sobre la capacidad mental de Dña. Concepción Ortiz Ruiz para otorgar su testamento el día 6 de junio de 2008.

JURAMENTO DE DECIR VERDAD: Cumpliendo con lo que ordena el artículo 335.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, manifiesto, bajo promesa de decir verdad, que he actuado y, en su caso, actuaré con la mayor objetividad posible, tomando en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes, y que conozco las sanciones penales en las que podría incurrir si incumpliére mi deber como perito.

PARA EL PRESENTE INFORME SE HAN UTILIZADO LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

INFORME 1.- INFORME DE CONSULTA DEL CENTRO DE PREVENCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO, dependiente del Ayuntamiento de Madrid, sito en la Calle Montesa 22, que incluye evaluación del 8 y 30 de noviembre de 2007 e informe del 16 de enero de 2008

INFORME 2.- INFORME DE SEGUIMIENTO DEL CENTRO DE PREVENCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO, dependiente del Ayuntamiento de Madrid, sito en la Calle Montesa 22, con fecha 5 de noviembre de 2009

ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN APORTADA POR ORDEN CRONOLÓGICO

Se trata de una mujer nacida en diciembre de 1933, que en el momento de la primera valoración en nov 2007, tenía 73 años, que estaba diagnosticada de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, trombosis isquémica con pérdida de visión en un 60% y que seguía tratamiento con novonorm, enalapril, adiro, simvastatina, ideos y condrosán.

INFORME 1. Según consta en el INFORME 1 firmado en enero del 2008, en las evaluaciones realizadas el 8 y 30 de noviembre de 2007, *"la paciente de 73 años acude sola en una ocasión y*

acompañado de la hija para solicitar evaluación informando de quejas de memoria que se iniciaron hace 5-6 años con un comienzo insidioso y evolución progresiva lenta. La paciente refiere problemas de olvido de nombre, de hechos recientes, olvido de teléfonos y direcciones, olvido de tareas y citas. La paciente acude varias veces al centro manifestando la necesidad de ser atendida. Muestra gran labilidad emocional. Discurso verborreico hablando sobre cuestiones personales. Desinhibición. No quiere implicar a su hija que acude al centro a indicación nuestra. Según refiere la hija tiene todos estos problemas desde hace años, agudizados por su carácter (se queja de su vida, no disfruta, tiene problemas de relaciones con la familia) y su preocupación constante por su salud”.

En el mismo informe también puede leerse *“Vive sola desde hace 10 años.... A partir de los datos recogidos en entrevista al paciente y familiar (hija), no se aprecian cambios en las actividades de la vida diaria con independencia funcional (utiliza el teléfono, realiza compras, prepara comida, arregla la casa, sale sola de casa, es capaz de manejar el dinero). Presenta síntomas de depresión (labilidad emocional, preocupación constante, angustia por las enfermedades y el futuro, indecisión, no disfruta de acontecimientos cotidianos....) y síntomas de hipomanía (habla constantemente repitiendo el discurso....)”.*

En este informe se incluye un anexo con resultados de pruebas realizadas. Entre ellas, merece destacar una valoración del estado mental con una escala ampliamente validada desde hace años (Mini-Mental State Exam (MMSE de Folstein)) que valora la orientación, fijación, atención y cálculo, memoria y lenguaje y praxias constructivas. Este test tiene una puntuación máxima de 30. En general, se considera que el punto de corte normal (en sujetos escolarizados) son 24 puntos. Una puntuación inferior a 18 suele indicar una demencia moderada y una puntuación inferior a 12 demencia severa.

Según consta en el Anexo de resultados de las pruebas aplicadas, Doña Concepción Ortiz obtuvo una puntuación de 24 (perdiendo 2 puntos en orientación, 1 en atención y 3 en memoria). Asimismo, merece la pena destacar que en el mismo anexo se describe que Doña Concepción Ortiz era independiente para todas las actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton 8/8). Esta escala valora la capacidad de realizar 8 actividades “instrumentales” (utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía). Cuando una persona está sufriendo deterioro de sus capacidades mentales, se suelen afectar en primer lugar las actividades “instrumentales” que son más complejas de realizar que las actividades “básicas” (aseo, vestido, alimentación, uso wc, continencia), que se suelen afectar posteriormente.

A la vista de todos estos datos, en el presente INFORME 1, se explicita que *“la paciente presenta un cuadro de deterioro cognitivo de perfil amnésico-afásico-aprático y alteración de funciones ejecutivas y gnosias. Dicho deterioro no condiciona una limitación para la realización de las actividades de la vida diaria. Continúa viviendo sola. Sin embargo, la afectación de la memoria y otras áreas incrementa el riesgo de progresión, por lo que se mantiene en seguimiento para evaluar signos de evolución. Está realizando estimulación cognitiva por ordenador en nuestro centro y se recomienda mantener la misma en grupo”.*

El juicio clínico, que figura en el INFORME 1 fechado el 16 de enero de 2008, es *“deterioro cognitivo ligero con alteraciones en memoria, atención, lenguaje, gnosias y funciones ejecutivas”.* Como indicaciones terapéuticas, recomiendan *“estimulación cognitiva en el centro y buscar apoyo para la casa y solicitar teleasistencia”.*

INFORME 2. Firmado el 5 de noviembre de 2009, toma como base el emitido el 16 de enero de 2008 (INFORME 1) con algunas modificaciones relevantes.

En primer lugar, se añade un epígrafe titulado *“actividad funcional”*, en el que se describe que el deterioro ya si le está afectando en el desempeño de las actividades de la vida diaria. Así, se indica *“a partir de los datos recogidos en entrevista al paciente y familiar (hija) se aprecian cambios en las actividades de la vida diaria con progresiva dependencia funcional. Lleva unos meses viviendo cerca de la hija que la supervisa (no prepara la comida, rara vez utiliza la cocina, realiza pequeñas compras de modo irregular, no arregla la casa, tiene que hacerle el lavado de ropa, se ha perdido alguna vez teniéndola que ayudar o llevar a casa la policía u otras personas, no controla las citas, toma ella la medicación, pero sin seguridad de que lo haga de forma correcta, con frecuencia cambia de sitio los objetos y luego no los encuentra, tendencia al acúmulo de objetos no útiles)”*.

En segundo lugar, se indica que la valoración del estado mental, mediante el MM test de Folstein, realizada en agosto de 2009 había descendido a 19/30 (en el INFORME 1 de enero del 2008 era de 24/30).

A la vista de estos hallazgos es diagnosticada (en noviembre de 2009) de *“demencia degenerativa primaria: probable demencia tipo Alzheimer estadio leve GDS 4”* y se añade un tratamiento específico antidemencia como el aricept.

CONSIDERACIONES EN RELACIÓN AL ESTADO MENTAL DE DOÑA CONCEPCIÓN RUIZ ORTIZ.

1.- Dña. Concepción Ruiz Ortiz era una mujer de 73 años que consultó por primera vez en noviembre de 2007 por quejas de memoria que se iniciaron hacía 5 o 6 años. Fue evaluada en un centro especializado de la Comunidad de Madrid, siendo diagnosticada tras diversas pruebas y exploraciones realizadas en sucesivas visitas de deterioro cognitivo ligero con alteraciones de la memoria, atención, lenguaje, gnosias (capacidad del cerebro para lograr una descripción estructurada de la forma de un objeto y para interpretar lo que está percibiendo, por lo tanto, para saber tanto para qué es como para qué se utiliza ese objeto específico) y funciones ejecutivas (capacidad de pensamiento abstracto y de planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y parar el comportamiento complejo). En ningún lugar del presente informe aparece la palabra demencia.

2.- En esta primera valoración fechada en enero de 2008, se especifica que el deterioro que presenta Dña. Concepción no condiciona una limitación para la realización de las actividades de la vida diaria, recomendándose estimulación cognitiva y seguimiento periódico.

3. Dña. Concepción testa el 6 de junio de 2008.

4.- Deterioro cognitivo, indica la afectación de alguna de las capacidades cognitivas. Ocurre muy frecuentemente a lo largo del envejecimiento *“fisiológico”* o *“normal”*, sin que este hecho suponga que estamos ante una demencia. En el deterioro cognitivo ligero suele afectarse principalmente la memoria, aunque a veces se afectan otras áreas de la cognición (deterioro cognitivo multidominio) como la atención, el lenguaje o algunas funciones ejecutivas, como en el caso de Dña. Concepción.

5.- El curso del deterioro cognitivo leve, es imprevisible. Los estudios sugieren que cada año, alrededor de un 8-15% de los casos progresan a demencia. Sin embargo, un 25% de los casos puede retornar al funcionamiento cognitivo normal o quedar con una afectación estable sin progresión (Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Assessment, diagnosis, care and

support for people with dementia and their carers 2023. (SIGN publication no. 168). [November 2023]. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>).

6.- En el informe de noviembre de 2009 (24 meses después del primero), se lee que la situación clínica ha cambiado, ya que el deterioro cognitivo ahora sí que afecta al desempeño en las actividades de la vida diaria y en la valoración de la situación mental se objetiva un empeoramiento evidente pasando de un MM test de 24 a 19.

7.- Es entonces (noviembre de 2009, 17 meses después de testar) cuando Dña. Concepción es diagnosticada de probable demencia tipo Alzheimer estadio leve GDS 4 y se añade un tratamiento específico antidemencia.

8.- La principal diferencia entre el deterioro cognitivo ligero (diagnóstico de Dña. Concepción en enero de 2008) y la demencia (diagnóstico de Dña. Concepción en noviembre de 2009), se encuentra en que el deterioro cognitivo no compromete la habilidad de la persona para el desempeño de las actividades diarias básicas (aseo, vestido, continencia, alimentación, eliminación, movilidad) o instrumentales (realizar compras, usar el teléfono, preparar comida, cuidar de la casa, lavar la ropa, usar medios de transporte, manejar su medicación, el dinero, etc). (Zoe Arvanitakis, MD, MS; Raj C. Shah, MD; David A. Bennett, MD. Diagnosis and Management of Dementia: Review. JAMA. 2019;322(16):1589-1599. doi:10.1001/jama.2019.4782). Por el contrario, la demencia si produce afectación para el desempeño de estas actividades.

9.- La escala GDS (Global Deterioration Scale) 4 que le fue diagnosticada a Dña. Concepción en noviembre de 2009, corresponde a una Enfermedad de Alzheimer de grado leve. Según los criterios de esta escala (graduada entre 1 y 7), en el grado 4 se observan déficits en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales o planificación de comidas.

SOBRE LA CAPACIDAD DE TESTAR DE DOÑA CONCEPCIÓN ORTIZ RUIZ.

Tras el análisis de la documentación aportada resulta evidente que:

- En enero 2008 (5 meses antes de testar), tras una evaluación exhaustiva, realizada por profesionales expertos en un centro de referencia, se puede afirmar que Dña. Concepción no presentaba criterios para ser diagnosticada de demencia.
- En noviembre de 2009 (17 meses después de testar), es diagnosticada de probable demencia tipo Alzheimer estadio leve, en el mismo centro que la evaluación anterior.

A nuestro criterio, Dña. Concepción presentaba deterioro cognitivo probablemente iniciado alrededor de los años 2001-2002, muy lentamente progresivo, como lo demuestra la evaluación de enero 2008 en la que es diagnosticada de deterioro cognitivo ligero y que siguió progresando lentamente hasta ser diagnosticada de demencia en noviembre de 2009. Por lo tanto, y a la vista de la documentación analizada, no encontramos ningún dato que hiciera pensar que Dña. Concepción no estaba facultada mentalmente para testar el 6 de junio de 2008.