



GOBIERNO DE COLOMBIA



Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud®

Guía de Práctica Clínica

para el diagnóstico y tratamiento del trastorno
neurocognoscitivo mayor (Demencia) (Adopción)

Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia

Guía completa 2017 **Guía No 61**

® Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y
Tratamiento del Trastorno neurocognoscitivo mayor
(Demencia) (Adopción)

Guía No GPC 2017 – 61

ISBN:
Bogotá Colombia
Enero 2017

Primera edición

Nota Legal:

Con relación a la propiedad intelectual debe hacerse uso de la Cláusula décima segunda– PROPIEDAD INTELECTUAL, dispuesta en el contrato No 0388e 2016 “Los derechos patrimoniales que surjan de la propiedad intelectual de las creaciones resultantes de la ejecución del contrato o con ocasión de este, les pertenecerán al MINISTERIO. No obstante, el contratista una vez finalizado el plazo y por media de este mismo acto, cede en su totalidad los referidos derechos a favor del Ministerio de Salud y Protección Social sin contraprestación alguna a su favor.



MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA

Viceministro de Salud y Prestación de Servicios (E)

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO

Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA

Director de promoción y prevención

GERMAN ESCOBAR MORALES

Jefe de la Oficina de Calidad



Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud

GUILLERMO SÁNCHEZ VANEGAS

Director Ejecutivo

EGDDA PATRICIA VANEGAS

Subdirector de Evaluación de Tecnologías en Salud (E)

ÁNGELA VIVIANA PÉREZ GÓMEZ

Subdirectora de Producción de Guías de Práctica Clínica

JAIME HERNÁN RODRÍGUEZ MORENO

Subdirector de Implantación y Disseminación

GRUPO DESARROLLADOR DE LA ADOPCIÓN

EXPERTOS METODOLÓGICOS

Ángela Viviana Pérez

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Médica Magister en Epidemiología Clínica, Especialista en Epidemiología General, Especialista en Gestión de Salud Pública y Seguridad Social.

Juan Camilo Fuentes Pachón

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Médico, Magister en Salud y Seguridad en el Trabajo.

Carlos Eduardo Pinzón Flórez

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Médico magister en Epidemiología Clínica, PhD en salud pública con área de concentración en sistemas de salud.

Rafael José Miranda Jiménez

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Médico, especialista en psiquiatría, Magister en Salud Pública, Especialista en Epidemiología General, Especialista en Epidemiología Clínica.

Norida Natally Vélez Cuellar

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Bióloga, Magister en Epidemiología.

EXPERTOS TEMÁTICOS

Ángela María Iragorri Cucalón

Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio.
Médica, especialista en Neurología, especialista en psiquiatría
Profesor asistente Pontificia Universidad Javeriana.

Daniel Hedmont Rojas

Profesor clínico postgrado de neurología, Universidad de la Sabana.
Médico, especialista en Neurología.

Saúl David Martínez Villota

Instituto Colombiano del Sistema Nervioso- Clínica Montserrat.
Universidad El Bosque
Médico, especialista en Psiquiatría, psicoanalista, especialista en auditoría y control interno.

Juan Felipe Meneses

Centro de Memoria y Cognición- Intellectus, Hospital Universitario San Ignacio.
Médico, especialista en Medicina Interna y Geriatria, Magister en Bioética.
Profesor instructor Pontificia Universidad Javeriana.

Erick Sánchez Pérez

Profesor Clínico postgrado de neurología Universidad de la Sabana
Profesor titular Pontificia Universidad Javeriana
Médico, especialista en Neurología.

José Manuel Santacruz Escudero

Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio.
Médico, especialista en Psiquiatría, subespecialista en psiquiatría de enlace, Máster en psicogeriatría. Doctorado en psiquiatría (en curso).
Director del centro de memoria y cognición Intellectus
Profesor asistente Pontificia Universidad Javeriana.

Margarita María Benito Cuadrado.

Psicóloga. Pontificia Universidad Javeriana.
Maestría en Neuropsicología Clínica. Universidad Autónoma de Barcelona.
Coordinadora Neuropsicología. Centro de memoria y cognición Intellectus, Hospital Universitario San Ignacio.

FUERZA DE TAREA AMPLIADA

Paola Avellaneda

Instituto de Evaluación Tecnológica en
Salud - IETS

Economista

Claudia Díaz Rojas

Instituto de Evaluación Tecnológica en
Salud - IETS

Profesional en Relaciones

Internacionales y Estudios Políticos,
especialista en Comunicación

Corporativa

William Bolívar Romero

Instituto de Evaluación Tecnológica en
Salud - IETS

Diseñador gráfico

Luciano Mey

Instituto de Evaluación Tecnológica en
Salud - IETS

Ingeniero de sistemas

Exclusión de responsabilidad

El presente documento contiene recomendaciones adoptadas de la *Guía de Práctica Clínica y principios del cuidado para personas con trastorno neurocognoscitivo mayor* publicada por el Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica del Gobierno de Australia. Las recomendaciones de estas guías fueron revisadas y algunas de ellas fueron modificadas para facilitar su implementación en Colombia. Este documento no ha sido revisado o aprobado por los organismos desarrolladores de las guías para asegurar que la redacción de sus recomendaciones refleje de manera precisa la publicación original.

Declaración de conflictos de interés

Todos los miembros del grupo de trabajo para la adopción de la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del trastorno neurocognoscitivo mayor (demencia) realizaron la declaración de intereses al inicio del proceso. Estos incluyeron expertos temáticos y expertos metodológicos. Los miembros del panel de expertos y los representantes de los pacientes o cuidadores hicieron declaración de intereses previo a las sesiones de consenso para la adopción de las recomendaciones. Cada una de las declaraciones fue evaluada por un comité designado para tal fin; posterior a este se determinó si los participantes tenían o no limitación parcial o completa en los momentos de consenso, lo anterior se realizó de acuerdo a las orientaciones de la Guía Metodológica para el Desarrollo de Guías de Práctica Clínica y la Política de Transparencia del IETS. Para este documento, ninguno de los participantes tuvo limitación parcial o completa para la participación en este proceso.

Financiación

El proceso de adopción de la presente guía fue financiado por el Ministerio de Salud y Protección Social, como ente gestor, mediante convenio de asociación No. 388 de 2016, suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Declaración de independencia editorial

El trabajo técnico del proceso para la adopción de las recomendaciones incluidas en el presente documento, fue realizado de manera independiente por el grupo de trabajo para la adopción de la guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento del trastorno neurocognoscitivo mayor (demencia). La entidad financiadora realizó un seguimiento a la elaboración del documento, sin embargo, no tuvo injerencia en el contenido del mismo.

Autorización de adopción y publicación

El Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica del Gobierno de Australia al Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y al Ministerio de Salud y Protección Social, para usar las recomendaciones y el contenido de sus guías en el proceso de adopción de la guía para el diagnóstico y tratamiento del neurocognoscitivo mayor para Colombia. La autorización fue obtenida por medio de correo electrónico enviado el 24 de noviembre del 2016 por el Departamento de Rehabilitación y Cuidados de Personas mayores, Facultad de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, Universidad de Flinders, el cual solicitó la inclusión del siguiente texto:

“This publication is an adaptation of 'Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia', published by the National Health and Medical Research Council (NHMRC) Partnership Centre for Dealing with Cognitive and Related Functional Decline in Older People in 2016. The original publication is available from <http://sydney.edu.au/medicine/cdpc/resources/dementia-guidelines.php>. This adaptation has been reproduced with permission of the NHMRC Partnership Centre for Dealing with Cognitive and Related Functional Decline in Older People. The Partnership Centre, however, has not checked the adaptation to confirm that it accurately reflects the original publication and no guarantees are given by the Partnership Centre in regard to the accuracy of the adaptation.”

Los documentos de las guías de práctica clínica originales están disponibles en los enlaces:

Guía de Práctica Clínica y Principios de Atención para Personas con Demencia:

http://sydney.edu.au/medicine/cdpc/documents/resources/CDPC-Dementia-Guidelines_WEB.pdf

Actualización

Teniendo en cuenta la fecha de publicación de las guías incluidas en el proceso de adopción, así como el avance en la investigación para la atención de personas con demencia, la presente GPC deberá actualizarse en forma total o parcial en un período comprendido entre 2 y 3 años.

Tabla de contenido

ANTECEDENTES.....	12
INTRODUCCIÓN.....	13
1 ALCANCE Y OBJETIVOS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	15
2 RESUMEN DE RECOMENDACIONES.....	24
2.1 Principio del cuidado en demencia.....	25
2.2 Aspectos éticos y legales.....	25
2.3 Barreras al acceso y cuidado.....	26
2.4 Consideraciones para los grupos étnicos.....	27
2.5 Consideraciones para poblaciones cultural y lingüísticamente diversas.....	27
2.6 Identificación temprana.....	28
2.7 Servicios de evaluación especializada.....	28
2.8 Seguimiento a las personas con trastorno neurocognoscitivo leve.....	29
2.9 Diagnóstico del trastorno neurocognoscitivo mayor.....	30
2.10 Evaluación cognoscitiva.....	31
2.11 Neuroimagen.....	32
2.12 Comunicación del diagnóstico.....	33
2.13 Información y apoyo para la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor....	34
2.14 Organización de servicios de salud.....	35
2.15 Capacitación para el personal y los estudiantes.....	36
2.16 Viviendo bien.....	37
2.17 Promoción de la independencia funcional.....	38
2.18 Inhibidores de acetil colinesterasa y memantina.....	39
2.19 Síntomas conductuales y psicológicos.....	40
2.19.1 Intervenciones no farmacológicas.....	40
2.19.2 Intervenciones farmacológicas.....	41
2.20 Apoyo para cuidadores.....	45
2.21 Enfoque paliativo.....	47
3 METODOLOGÍA.....	48
3.1 Conformación del grupo de adopción.....	48
3.2 Concertación con el ente gestor.....	48

3.3	Búsqueda, evaluación de calidad y selección de GPC.....	48
3.3.1	Búsqueda de guías de práctica clínica.....	49
3.3.2	Evaluación de calidad de las guías de práctica clínica.....	50
3.3.3	Selección de guías de práctica clínica.....	50
3.4	Permiso para adopción de las recomendaciones.....	51
3.5	Evaluación y ajuste de las recomendaciones para su implementación en el contexto colombiano.....	51
3.6	Traducción de la guía de práctica clínica.....	53
4	GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEMENCIA.....	54
4.1	Guía de práctica clínica y principios de cuidado para las personas con demencia.....	54
5	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Y PRINCIPIOS DE CUIDADO PARA LAS PERSONAS CON DEMENCIA.....	56
5.1	Principios del cuidado.....	56
5.2	Aspectos éticos y legales.....	56
5.3	Barreras al acceso y cuidado.....	58
5.4	Consideraciones para los grupos étnicos.....	60
5.5	Consideraciones para poblaciones cultural y lingüísticamente diversas.....	61
5.6	Identificación temprana.....	62
5.7	Servicios de evaluación especializada.....	63
5.8	Seguimiento a las personas con trastorno neurocognoscitivo leve.....	65
5.9	Diagnóstico del trastorno neurocognoscitivo mayor.....	67
5.10	Evaluación cognitiva.....	70
5.11	Neuroimagen.....	70
5.12	Comunicación del diagnóstico.....	74
5.13	Información y apoyo para la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor....	75
5.14	Organización de servicios de salud.....	78
5.15	Capacitación para el personal asistencial y estudiantes.....	79
5.16	Viviendo bien.....	81
5.17	Promoción la independendencia funcional.....	83
5.18	Entrenamiento cognitivo y rehabilitación.....	87
5.18.2	Intervenciones no farmacológicas.....	97

5.18.3	Intervenciones farmacológicas	100
5.19	Apoyo para los cuidadores.....	111
5.20	Enfoque Paliativo	115
6	IMPLEMENTACIÓN.....	117
6.1	Objetivos.....	117
6.2	mhGAP y la GPC en el proceso de atención.....	117
6.3	Priorización de recomendaciones para trazar el plan de implementación.....	118
6.4	Aplicación del instrumento GLIA	120
6.5	Análisis de barreras	121
6.6	Fases de implementación	128
6.7	Vigilancia del proceso de implementación.....	131
6.8	Criterios para considerar estudios para esta revisión.	135
6.9	Metodología de la revisión.	135
6.10	Resultados de la revisión de la literatura.	146
6.11	Vigilancia del progreso de la implementación.....	149
6.12	Análisis del contexto (identificación y análisis de barreras)	149
	ANEXOS.....	167
	ANEXO 1. Declaración de conflictos de intereses.....	167
	ANEXO 2. Fuentes para la búsqueda de GPC.....	174
	ANEXO 3. Estrategias de Búsqueda.....	176
	ANEXO 4. Diagrama PRISMA de selección de guías de práctica clínica	178
	ANEXO 5. Listado de referencias excluidas.....	179
	ANEXO 6. Selección de Guías de Práctica Clínica	182
	ANEXO 7. Aplicación de la herramienta 7.....	185
	ANEXO 8. Calificación de calidad de GPC por el instrumento AGREE II	204
	ANEXO 9. Recomendaciones eliminadas y razón para su exclusión	206
	ANEXO 10. Resultados del consenso de expertos para la adopción	212
	ANEXO 11. Listado de medicamentos e indicaciones según INVIMA.....	219
	ANEXO 12. Autorización de uso de las GPC	206
	ANEXO 13. Herramienta 13. Priorización de recomendaciones para implementación ...	221

ANTECEDENTES

El trastorno neurocognoscitivo mayor (demencia) es un síndrome clínico causado por un amplio número de enfermedades, las cuales afectan diferentes dominios cognoscitivos como la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas, y el comportamiento; la etiología y el estadio del trastorno neurocognoscitivo determina el compromiso de las actividades de la vida diaria en menor o mayor grado (1).

El trastorno neurocognoscitivo mayor (demencia) constituye un estadio dentro del curso natural de una enfermedad, que compromete de una manera importantes las funciones cognoscitivas y la funcionalidad del individuo (1,2) Resulta fundamental para el país contar con una guía de práctica clínica (GPC) que oriente el manejo de esta condición de salud, y que sirva como herramienta para la toma de decisiones en el proceso diagnóstico y terapéutico en los niveles nacional, territorial e institucional.

Colombia cuenta con un proceso estructurado de desarrollo de GPC, con una metodología sistemática, establecida a través de la *Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano*, la cual recomienda el desarrollo de guías de novo, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha identificado la necesidad de disponer de una GPC para la toma de decisiones rápidas en un corto periodo de tiempo. Para tal fin se decidió realizar un proceso sistemático de búsqueda, identificación y calificación de calidad de GPC dirigidas a establecer recomendaciones basadas en la evidencia, para el diagnóstico y el manejo del trastorno neurocognoscitivo mayor (demencia), con el propósito de seleccionar, mediante un proceso sistemático y participativo, la guía de mejor calidad metodológica y mayor independencia editorial, para su adopción por parte del MSPS.

INTRODUCCIÓN

Según el manual de diagnóstico y estadística de enfermedades mentales en su quinta edición (DSM 5), los trastornos neurocognoscitivos comprenden el delirium o síndrome confusional agudo y los síndromes de trastorno neurocognoscitivo mayor y leve; estos dos últimos requieren como premisa un deterioro de un funcionamiento adquirido. Se permite conservar el término demencia, que corresponde al trastorno neurocognoscitivo mayor, para evitar confusiones en el personal de salud (1).

Los trastornos neurocognoscitivos mayor y leve constituyen etapas dentro del curso natural de una enfermedad específica, la cual tendrá impacto en las funciones cognoscitivas, verbigracia enfermedad de Alzheimer, enfermedad cerebrovascular, entre muchas otras. Este concepto novedoso se ha afianzado desde hace algunos años debido a la “disociación” clínico-patológica en la enfermedad de Alzheimer, en la cual en muchos casos no correspondían los criterios neuropatológicos con los síndromes clínicos (cognoscitivos y conductuales) de presentación de la enfermedad. La investigación con biomarcadores ha permitido la detección de estadios premórbidos o preclínicos para la enfermedad de Alzheimer como amiloidosis cerebral asintomática, amiloidosis cerebral con neurodegeneración y amiloidosis con daño neuronal y “sutil” declive cognoscitivo y conductual; así como la posibilidad de determinar la progresión (2)

Para establecer el diagnóstico clínico de un trastorno neurocognoscitivo se debe evidenciar un deterioro cognoscitivo significativo en uno o más dominios como atención compleja, funciones ejecutivas, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidades perceptuales motoras o praxias y cognición social, basado en la propia queja del individuo o un informante cercano y, además, contar con una prueba neuropsicológica estandarizada alterada; el impacto en la funcionalidad de las actividades básicas e instrumentales lo ubica en el grado trastorno neurocognoscitivo mayor; por el contrario, si dichas actividades se preservan “pero necesita hacer un mayor esfuerzo o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación”, corresponde un trastorno neurocognoscitivo leve (1). En otras publicaciones se incluyen dentro del deterioro funcional no solo las actividades instrumentales sino el funcionamiento ocupacional y social (3). Como se mencionó en el párrafo anterior, las “demencias” cursan con síntomas conductuales como psicosis, depresión, apatía, agitación, etc., que se deben especificar (1).

Los trastornos neurocognoscitivos mayores (demencias) pueden ser debidos a causas primarias (degenerativas), secundarias y vasculares. Dentro del primer grupo se incluyen la enfermedad de Alzheimer (EA), la degeneración lobar frontotemporal (DLFT), la enfermedad de Parkinson (EP), la enfermedad por cuerpos de Lewy (ECL), entre otras. Como causas vasculares podemos diferenciar entre aquellas debidas a compromiso de grandes vasos, pequeños vasos, multiinfarto, enfermedad de Binswanger y las vasculitis. Por último vemos el grupo de las causas secundarias, aquí podemos subdividirlas en: a) infecciosas como la lúes, el VIH, las neuroinfecciones parasitarias; b) carenciales como los déficit de vitamina B12 y ácido fólico; c) neoplasias, d) metabólicas como las debidas de trastornos tiroideos, e) tóxicos como alcohol, f) trauma, g) hidrocefalia de presión

normal (4). Los tipos más comunes de trastorno neurocognoscitivo a nivel global son: la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad por cuerpos de Lewy y la degeneración lobar frontotemporal (5). En un estudio del 2001, luego de estudiar más de 200 cerebros, se documentó mayor frecuencia de “patología mixta” entre Alzheimer y vascular, que la patología “pura”. (6)

En el informe de 2012 de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “Demencia: una prioridad de salud pública”, en el acápite de prevalencia se estimó que para el año 2010 cerca de 35.6 millones de personas vivían con demencia, con la proyección de que sean 65.7 millones en 2030 y alrededor de 115.4 millones para el 2050 (5). Sin embargo dichas proyecciones para este año (2016) se han incrementado, estimando para el 2030 unos 75,6 millones y para el 2050 alrededor de 135,5 millones de personas mayores de 60 años con diagnóstico de demencia. (7)

Con respecto a la incidencia, los estudios mostraron un aumento con la edad, con una medida de 3,1 por 1000 personas año en las personas entre 60-64 años hasta 175 por 1000 personas año para los centenarios (mayores de 95 años) (5). Se ha logrado estimar que el riesgo actual de tener una demencia debida a enfermedad de Alzheimer a la edad de 65 años es de 10,5%. (2).

Según datos de la OMS en la actualidad existen 47,5 millones de personas con demencia. Cerca de un 7% de las personas que pertenecen al grupo etario de mayores de 60 años tiene diagnóstico de demencia. (7)

En el estudio de Fitzpatrick y colaboradores sobre la supervivencia luego del inicio de la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular, realizado con más de 2000 personas del estudio poblacional CHS (Cardiovascular Health Cognition Study), mostró una probabilidad de morir 4 veces mayor de los pacientes con demencia vascular que los sanos, además una sobrevivencia media de 3,9 años para aquellos con demencia vascular, 7,1 años para los que padecieron enfermedad de Alzheimer y 5,4 años para los que cumplían criterios de demencia mixta. (8)

En el meta análisis sobre carga global de enfermedad de 2013, la enfermedad de Alzheimer pasó de ocupar el lugar 44 entre todas las causas de muerte prematura en el mundo en el año 1990, a estar en el lugar 29 para el 2013 (9).

En el estudio de carga global de enfermedad de 2015 la mortalidad por enfermedad de Alzheimer y otras demencias se incrementó en un 38%, lo que corresponde a 1,9 millones de muertes (10-11).

1 ALCANCE Y OBJETIVOS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Título de la guía

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del trastorno neurocognoscitivo mayor (demencia) en Colombia (Adopción).

Cuenta con un proceso estructurado de desarrollo de GPC, con una metodología sistemática, establecida a través de la *Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano*, la cual recomienda el desarrollo de guías de novo, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (12); sigue el alcance y los objetivos propuestos en la guía *“clinical practice guideline and principles of care for people with dementia*, (13) desarrollada por el Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica del Gobierno de Australia, la cual está orientada a la valoración y tratamiento de personas con demencia en los escenarios de la comunidad, cuidado en asilo y hospitales. Reconociendo el rol vital de los cuidadores y las familias que proporcionan cuidado a las personas con demencia, también se dan recomendaciones respecto al apoyo y las intervenciones de los cuidadores y las familias.

Como existen muy pocas evaluaciones económicas orientadas al cuidado de trastorno neurocognoscitivo mayor, se analizó la información sobre el impacto económico que tienen en los sistemas de salud, las opciones de valoración y tratamiento cuando se reportaron en los estudios incluidos, pero no se llevaron a cabo investigaciones específicas para este tipo de estudios.

Objetivo

Optimizar el proceso diagnóstico y de tratamiento para las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor, buscando mejorar la calidad de la atención, su calidad de vida y la de las personas de su entorno, a través de la generación de recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible.

Población

Grupos que se consideran

Hombres y mujeres de cualquier edad con trastorno neurocognoscitivo debido a enfermedad de Alzheimer (EA), Enfermedad de Parkinson (EP) y Trastorno neurocognoscitivo mayor debido a enfermedad cerebrovascular que se encuentren en cualquier estadio clínico.

Grupos que no se consideran

No se incluye población con diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo mayor debido a subtipos etiológicos como Degeneración Lobar Frontotemporal, Enfermedad por cuerpos de Lewy, trauma craneoencefálico, infección por VIH, Enfermedad por Priones, Enfermedad de Huntington, intoxicación por sustancias o medicamentos.

Ámbito asistencial

Esta guía está dirigida a todos los profesionales de la salud, que podrían estar involucrados en el cuidado o la atención de personas con diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo mayor; así como a pacientes, familiares, cuidadores, y tomadores de decisiones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.

Se dirige específicamente a los profesionales de la salud que trabajan en ámbito ambulatorio relacionados con la atención del trastorno neurocognoscitivo mayor (médicos generales, psicólogos, trabajadores sociales, médicos de familia, neurólogos, psiquiatras, geriatras, y neuropsicólogos, entre otros). No obstante, esta guía puede también ser relevante para el personal que presta atención médica en servicios de diferentes niveles de complejidad. De igual manera esta GPC puede ser usada por el personal administrativo de las instituciones prestadoras de servicios de salud, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y Entidades Territoriales.

Aspectos clínicos centrales

Aspectos clínicos abordados por la guía

- Recomendaciones generales sobre el diagnóstico y tratamiento del trastorno neurocognoscitivo mayor debido a Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Parkinson y enfermedad cerebrovascular.
- Aspectos éticos y legales.
- Barreras para acceso y el cuidado.
- Identificación temprana.
- Evaluación en servicios especializados.
- Evaluación cognoscitiva.
- Comunicación con el paciente y su familia.
- Bienestar y promoción funcional de independencia.
- Cuidados al cuidador.
- Aproximación a los cuidados paliativos.

Aspectos clínicos no cubiertos por la guía

Esta guía no cubre de manera exhaustiva, todos los trastornos neurocognoscitivos. Por lo tanto, no se han incluido los siguientes aspectos:

- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos neurocognoscitivos mayores debidos a: etiologías infecciosas, traumáticas, entre otras.
- Tratamientos para las comorbilidades de los trastornos neurocognoscitivos
- Entrenamiento al personal asistencial o estudiantes del área de la salud.
- Atención a los familiares y profesionales de salud.
- Organización de los servicios asistenciales.
- Investigación en áreas relacionadas.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
AVD	Actividad de la vida diaria
DCLFT	Degeneración frontotemporal
DCL	Cuerpos de Lewy
DeCS	Descriptores en Ciencias de la Salud
DSM 5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)
DV	Demencia Vascular
EA	Enfermedad de Alzheimer
EAPB	Empresa Administradora de Planes de Beneficios.
ECA	Ensayo Controlado Aleatorizado
EP	Enfermedad de Parkinson
FDG	Fluorodesoxiglucosa
GPC	Guía de Práctica Clínica
GRADE	Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation (Gradación de la Valoración, Desarrollo y Evaluación de Recomendaciones)
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamento
MCI	Trastorno neurocognoscitivo leve o Deterioro cognitivo leve
mhGap	Mental Health Gap (Programa de acción para superar las brechas en salud mental)
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NHMRC	The National Health and Medical Research Council
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PET	Tomografía por emisión de positrones
PBP	Puntos de buena Practica
RBE	Recomendaciones basadas en la evidencia
RBC	Recomendaciones basadas en consenso de expertos

RIAS	Ruta integral de atención en salud
RM	Resonancia magnética
SPECT	Tomografía computarizada de emisión monofotónica
RSL	Revisión sistemática de literatura
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
TC	Tomografía computarizada

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Los conceptos del glosario fueron obtenidos de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) creados por BIREME para servir como un lenguaje único en la indexación de artículos de revistas científicas, libros, canales de congresos, informes técnicos, y otros tipos de materiales, así como para ser usado en la búsqueda de la literatura científica en las fuentes de información disponibles en la Biblioteca Virtual en Salud como LILACS, MEDLINE y otras. Adicionalmente algunos conceptos y palabras se completaron según el glosario de la Guía de Práctica Clínica y Principios de Atención para Personas con Demencia (13-14)

Agitación	Estado de agitación acompañado de hiperactividad motora y, con frecuencia agresividad .
Agitación Psicomotora	Trastorno de hiperactivación psíquica determinado por la exaltación de las funciones psicomotoras, que se presenta generalmente en crisis y que se expresa a través de movimientos desordenados de los miembros, de las expresiones mímicas y de los gestos.
AGREE	Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe: Iniciativa internacional para facilitar el diseño y evaluación de guías de práctica clínica.
Antidepresivo	Medicamento estimulante del estado del ánimo utilizado principalmente en el tratamiento de trastornos afectivos y afecciones relacionadas.
Antipsicótico	Medicamento neuroléptico, cuyo principio activo está relacionado con el antagonismo de los receptores de Dopamina en el sistema nervioso central. Grupo de medicamentos que se han usado para el tratamiento de las psicosis, asociadas o no a estados de agitación. Pueden ser típicos y atípicos.
Autonomía (principio de)	Considera que toda persona tiene el derecho a disponer libremente y a actuar conforme a los principios que han regido su vida.
Calidad de vida	La percepción subjetiva de un individuo de vivir en condiciones dignas. Responde a las aspiraciones y a los máximos que una persona se quiere dar para sí.
Comité de ética	Toda comisión consultiva e interdisciplinaria, al servicio de los profesionales y usuarios de una institución sanitaria, creada para analizar y asesorar en la resolución de los

posibles conflictos éticos que se producen a consecuencia de la labor asistencial, y cuyo objetivo es mejorar la calidad de dicha asistencia sanitaria.

Cuidadores

Artículo 3° de la Ley 05 de 2013. Es aquella persona que tiene a su cargo el cuidado de otra que pertenece a su núcleo familiar, en calidad de cónyuge, compañero o compañera permanente o pariente hasta el cuarto grado de consanguinidad, primero de afinidad o primero civil de la persona dependiente, que le presta ayuda permanente para las actividades de la vida diaria.

Trastorno neurocognoscitivo mayor

El trastorno neurocognoscitivo mayor abarca una serie de trastornos neurológicos caracterizados por pérdida de memoria y deterioro cognoscitivo. El síntoma temprano más común es la dificultad para recordar los acontecimientos recientes. A medida que el trastorno se desarrolla, pueden surgir una amplia gama de otros síntomas, tales como desorientación, cambios de humor, confusión, cambios de comportamiento, dificultades para hablar y problemas para caminar. El aumento progresivo de la discapacidad, con deterioro en múltiples dominios cognoscitivos, interfiere con el funcionamiento de la vida diaria, incluyendo el funcionamiento social. (1, 2)

Trastorno neurocognoscitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer

El trastorno neurocognoscitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer (EA) es el proceso neurodegenerativo más frecuente relacionado con el envejecimiento y se presenta en el 50-70% de los casos¹.

La aparición de la enfermedad es insidiosa, y las manifestaciones evolucionan durante un período de años desde leve compromiso de la memoria de trabajo hasta el compromiso cognoscitivo más grave. Puede tener un estado preclínico asintomático o un estado de transición, denominado trastorno neurocognoscitivo leve que a menudo precede a las primeras manifestaciones de la enfermedad. El curso de la enfermedad de Alzheimer es inevitablemente progresivo y termina en la incapacidad mental y funcional¹.

Trastorno neurocognoscitivo

El trastorno neurocognoscitivo mayor debido a enfermedad por cuerpos de Lewy está asociado a

mayor debido a enfermedad por cuerpos de Lewy

parkinsonismo con cuadro clínico fluctuante y alucinaciones visuales. Compromete las vías corticales y subcorticales con fallas de la atención, funciones ejecutivas y visoespaciales.

Trastorno neurocognoscitivo mayor debido a degeneración lobar frontotemporal

El trastorno neurocognoscitivo mayor debido a degeneración lobar frontotemporal es el resultado de la degeneración de la corteza de los lóbulos frontal y temporal, como resultado de la degeneración de las regiones cerebrales subcorticales. Esto da lugar a un espectro de trastornos del comportamiento, del lenguaje y del movimiento. Existe una relación entre este trastorno y formas de enfermedad de la motoneurona. Las presentaciones clínicas incluyen la variante comportamental, demencia semántica, síndrome corticobasal, afasia logopenica progresiva, demencia frontotemporal y parálisis supranuclear progresiva y la variante asociada a parkinsonismo ligado al cromosoma 17.

Trastorno neurocognoscitivo mayor debido a enfermedad cerebrovascular

El trastorno neurocognoscitivo mayor debido a enfermedad cerebrovascular hace referencia a una alteración de la memoria más dos áreas cognitivas adicionales con evidencia de enfermedad cerebrovascular demostrada en las neuroimagenes las cuales evidencian infartos múltiples con lesiones estratégicas, infartos lacunares de la sustancia blanca o lesiones periventriculares. Existe relación temporal entre el trastorno cognoscitivo y la lesión vascular con inicio abrupto, o dentro de los 3 meses de sucedido con compromiso fluctuante o escalonado de los síntomas cognoscitivos (Criterios NINDS-AIREN).

Trastorno neurocognoscitivo leve

El trastorno neurocognoscitivo leve hace referencia a un fase intermedia entre el envejecimiento normal y el trastorno neurocognoscitivo mayor caracterizado por compromiso de uno o más dominios cognoscitivos (memoria, lenguaje, praxias, gnosias, funciones ejecutivas), sin compromiso de la funcionalidad.

Embase

Base de datos europea (holandesa) producida por

	Excerpta Médica con contenido de medicina clínica y farmacología.
Entrenamiento	El proceso de preparación de una persona o grupo de personas en el conocimiento o aplicación teórica y práctica de una determinada actividad.
GI – mh GAP	Guía Intervención mhGAP sobre intervenciones basadas en la evidencia para identificar y manejar una serie de trastornos prioritarios. Los trastornos prioritarios incluyen: depresión, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia, trastornos del desarrollo y conductuales en niños y adolescentes, demencia, trastornos por uso de alcohol, trastornos por uso de drogas, lesiones autoinfligidas/suicidio y otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables médicamente
GRADE	Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation'
Guía de práctica clínica (GPC)	Documento informativo que incluye recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado del paciente, con base en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los beneficios y daños de distintas opciones en la atención a la salud. Las GPC no son un conjunto de normas rígidas, ni una camisa de fuerza, dado que las recomendaciones que ellas plantean no son apropiadas para todas las situaciones clínicas.
Inhibidor de la acetil colinesterasa	Fármacos que inhiben las colinesterasas. El neurotransmisor “acetilcolina” se hidroliza rápidamente y, por tanto, resulta inactivado por las colinesterasas. Cuando se inhiben las colinesterasas, se potencia la acción de la acetilcolina liberada endógenamente en las sinapsis colinérgicas
MeDCLine	Base de datos predominantemente clínica producida por la National Library of Medicine de EEUU disponible en CD-Rom e Internet (PubMed).
MhGap	El programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental dirigido a los países con ingresos bajos y medios-bajos con el objetivo de mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias.

NICE

Forma parte del NHS (“National Health Service” de Inglaterra). Su papel es proveer a médicos, pacientes y al público en general de la mejor evidencia disponible, fundamentalmente en forma de guías clínicas.

SIGN

Agencia escocesa multidisciplinaria que elabora guías de práctica clínica basadas en la evidencia, así como documentos metodológicos sobre el diseño de las mismas.

2 RESUMEN DE RECOMENDACIONES

Las recomendaciones presentadas a continuación fueron adoptadas de la *Guía de práctica clínica y principios del cuidado para pacientes con trastorno neurocognoscitivo mayor* (13) (14). Estas dos guías emplearon el sistema para la gradación de sus recomendaciones basado en el sistema GRADE.

Las recomendaciones basadas en GRADE son gradadas como fuertes o débiles y con calidad de la evidencia alta, moderada, baja o muy baja. Las implicaciones de estos niveles de fuerza son:

Fuerza de las recomendaciones en el sistema GRADE	Fuerte a favor (Se recomienda...)	La mayoría de los pacientes se beneficiarían; > 90 % lo elegirían si fueran informados. Poca variabilidad esperada en la práctica clínica.
	Débil a favor (Se sugiere...)	Incierto que sea lo más adecuado para todos; > 10 % elegirían una Alternativa. Es necesaria ayuda para tomar la decisión. Probable variabilidad en la práctica clínica.

Además de las recomendaciones basadas en evidencia, de acuerdo con la metodología para el desarrollo de GPC establecida para Colombia en la Guía Metodológica para la elaboración de Guías (12), las conductas clínicas que constituyen una práctica estándar para las cuales no existe duda respecto a sus beneficios, son presentadas como puntos de buena práctica clínica (PBP).

Los PBP se refieren a prácticas en las que no es necesaria la conducción de investigación adicional para determinar el curso de acción y en las que existe un obvio balance en el que los efectos deseables superan a los indeseables. Se encontrarán identificados con PBP y (✓). Las recomendaciones de consenso de expertos se presentan como (RBC).

Las recomendaciones marcadas con una llave () son las recomendaciones consideradas prioritarias para el proceso de implementación, denominadas recomendaciones trazadoras.

2.1 Principio del cuidado en demencia

Puntos de buena práctica

PBP1 ✓	Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben brindar atención centrada en la persona, identificando y respondiendo a las necesidades y preferencias individuales de la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, su cuidador (s) y su familia.
PBP2 ✓	Mejorar la calidad de vida, mantener la función y maximizar el bienestar son apropiados para las personas que viven con trastorno neurocognoscitivo mayor a lo largo de la enfermedad, haciendo énfasis en las metas particulares que cambian con el tiempo.
PBP3 ✓	Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben usar un lenguaje apropiado, ajustado a la capacidad del individuo y sus familiares, de manera que permita entender y retener la información.

2.2 Aspectos éticos y legales

Puntos de buena práctica

PBP4 ✓	El consentimiento informado debe incluir en el caso de una persona con trastorno neurocognoscitivo mayor aspectos relacionados con asuntos financieros, atención de la salud y voluntad anticipada. Si la persona carece de capacidad para tomar una decisión, deben seguirse la legislación o normatividad nacional existente y vigente.
PBP5 ✓	Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben informar a la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, a su (s) cuidador (es) y a su familia acerca de los servicios de protección y bienestar social, y deben alentar su uso. Si es necesario, dichos servicios deben estar disponibles tanto para el paciente como para su cuidador (es) y familia.

PBP6✓	La información proporcionada por la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor debe tratarse de manera confidencial. Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben discutir con el paciente cualquier necesidad de compartir información. Sólo en circunstancias excepcionales (por ejemplo, cuando los profesionales tienen el deber de cuidar) la información confidencial debe ser revelada a otros sin el consentimiento del paciente. Sin embargo, a medida que la condición progresa y el paciente con trastorno neurocognoscitivo mayor se vuelve más dependiente de la familia y/o cuidadores, las decisiones sobre el intercambio de información (con otros profesionales de la salud o tomadores de decisiones) debe hacerse en el contexto de la capacidad del paciente.
-------	---

2.3 Barreras al acceso y cuidado

Recomendación basada en consenso

RBC1	<p>Si el lenguaje o la cultura son una barrera para acceder o entender los servicios, el tratamiento y la atención, los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben proporcionar a la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor y/o sus cuidadores y familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - información en el idioma preferido y en un formato accesible. - intérpretes profesionales. - intervenciones en el idioma preferido. <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia muy baja</i></p>
------	--

Puntos de buena práctica

PBP7✓	Las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor no deben ser excluidas de ningún servicio de atención médica debido a su diagnóstico, cualquiera que sea su edad.
PBP8✓	Los profesionales de la salud deben considerar las necesidades del individuo y proporcionar información en un formato que sea accesible para las personas con todos los niveles de alfabetización, teniendo en cuenta las necesidades específicas de las personas con alteración en la producción o comprensión del lenguaje o una discapacidad intelectual.
PBP9✓	Las instituciones de atención en salud deben implementar estrategias para maximizar la independencia y minimizar el riesgo de daño de los pacientes

	con trastorno neurocognoscitivo mayor.
PBP10✓	Las instituciones de atención en salud, deben considerar las necesidades de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor al momento de diseñar servicios e instalaciones de salud. En particular, tener en cuenta los paquetes instruccionales de buenas prácticas para la atención en salud del MSPS.
PBP11✓	Las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor a temprana edad tienen necesidades únicas; los prestadores y aseguradores deben adaptar sus servicios con el fin de asegurar que sean adecuados para la edad y atender las necesidades de los pacientes con trastorno neurocognoscitivo mayor a temprana edad, sus cuidadores y familiares.

2.4 Consideraciones para los grupos étnicos

Puntos de buena práctica

PBP12✓	Los servicios de salud que prestan atención a población indígena con trastorno neurocognoscitivo mayor, deben ser culturalmente sensibles y utilizar traductores y/o intérpretes culturales cuando sea necesario, particularmente durante la evaluación, al comunicar el diagnóstico y obtener el consentimiento.
--------	---

2.5 Consideraciones para poblaciones cultural y lingüísticamente diversas

Puntos de buena práctica

PBP13✓	Los servicios sanitarios necesitan reconocer y responder a las necesidades culturales y lingüísticas de las personas que viven con trastorno neurocognoscitivo mayor, sus cuidadores y sus familias.
--------	--

2.6 Identificación temprana

Recomendación basada en consenso

RBC2	No se deben realizar exámenes de rutina para la detección temprana del trastorno neurocognoscitivo mayor en la población general. <i>*Calidad de la evidencia muy baja</i>
RBC3	Los médicos que trabajan con personas mayores deben estar atento al deterioro cognoscitivo, especialmente en los mayores de 65 años. <i>*Calidad de la evidencia muy baja</i>

Signos y síntomas de deterioro cognoscitivo:

- Falla de la memoria episódica
- Labilidad emocional
- Depresión o ansiedad
- Alteraciones del sueño
- Anosognosia

Punto de buena practica

PBP14✓	Las preocupaciones o los síntomas deben ser explorados cuando sean observados, anotados o reportados por la persona, cuidador (s) o familia y no deben ser aceptados como "parte del envejecimiento normal".
--------	--

2.7 Servicios de evaluación especializada

Recomendación basada en evidencia

RBE1 	A las personas con un posible diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo, se les debe ofrecer remisión a profesionales o servicios especializados en evaluación de funciones cognoscitivas para una valoración completa. <i>*Calidad de la evidencia baja</i>
---	--

Puntos de buena práctica

PBP15✓	Los especialistas y los demás servicios de evaluación de las funciones cognitivas deben ofrecer un servicio receptivo para ayudar a un diagnóstico oportuno y deben poder organizar una gama completa de servicios de evaluación, diagnóstico, terapéutico y de rehabilitación para satisfacer las necesidades de las personas con diferentes tipos y severidad de trastorno neurocognoscitivo mayor de acuerdo al estado de salud del paciente. Las remisiones para los servicios de atención médica requeridos deben ser hechas directamente por los especialistas o el servicio clínico especializado tratante.
--------	--

2.8 Seguimiento a las personas con trastorno neurocognoscitivo leve

Recomendación basada en consenso

RBC4	<p>Los servicios de salud especializados en neurología que identifican a las personas con deterioro cognoscitivo leve, deben ofrecer seguimiento a través de un profesional de la salud capacitado después de 6 a 18 meses para supervisar los cambios cognoscitivos y otros síntomas. Se sugiere realizar una evaluación del estado de salud y social periódica por lo menos cada tres meses. En cada sesión evaluar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Comorbilidades médicas y psiquiátricas, incluyendo déficit visual y auditivo, dolor, control de esfínteres.- Estabilidad o progresión de los síntomas del trastorno neurocognoscitivo mayor, buscando cualquier nuevo síntoma y cualquier cambio repentino.- Capacidad para participar en actividades de la vida diaria.- Riesgos de seguridad (por ejemplo, conducir un vehículo, administración financiera, manejo de medicamentos, riesgos de seguridad en el hogar derivados de cocinar o fumar, posibilidad de vagabundeo, etc.).- Presencia y gravedad de la depresión.- Presencia y gravedad de los síntomas conductuales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor.- Riesgo de autolesión.- Si está bajo cualquier medicación: respuesta al tratamiento, efectos secundarios y adherencia al tratamiento, así como síntomas cognitivos y síntomas principales específicos.- Cualquier obstáculo para participar en el tratamiento.- El cansancio y afrontamiento del cuidador, las necesidades de información, capacitación y apoyo.
------	---

**Calidad de la evidencia muy baja*

2.9 Diagnóstico del trastorno neurocognoscitivo mayor

Puntos de buena práctica

PBP16✓	<p>Un diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo mayor debe hacerse sólo después de una evaluación integral, que debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none">- La historia clínica debe obtenerse de datos suministrados por el paciente o un informante que conoce bien al paciente, si es posible.- Examen del estado cognoscitivo con un instrumento validado (Ver Tabla 1)- Examen físico completo.- Revisión de los medicamentos con el fin de identificar y minimizar su uso, incluyendo los productos de venta libre, que pueden afectar negativamente el funcionamiento cognoscitivo y para simplificar la dosificación.- Consideración de otras causas (incluyendo depresión).
PBP17✓	<p>En el momento del diagnóstico del trastorno neurocognoscitivo mayor y los subsecuentes controles periódicos, se deben evaluar las comorbilidades médicas y las características psiquiátricas claves asociadas con la enfermedad, incluyendo depresión y psicosis, para asegurar el tratamiento óptimo de condiciones coexistentes.</p>
PBP18✓	<p>La evaluación inicial generalmente dentro de la atención primaria debe incluir los siguientes análisis de sangre:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma- Pruebas bioquímicas (incluyendo electrolitos, calcio, glucosa, pruebas de función renal y perfil hepático)- Pruebas de la función tiroidea- Niveles de vitamina B12 y ácido fólico
PBP19✓	<p>La evaluación para sífilis y VIH deben realizarse sólo en pacientes con factores de riesgo.</p>
PBP20✓	<p>Los síntomas y los hallazgos clínicos deben orientar la decisión de realizar paraclínicos adicionales tales como radiografía de tórax o electrocardiograma. En algunos pacientes se puede considerar realizar un electrocardiograma si se pretende prescribir inhibidores de la acetilcolinesterasa.</p>
PBP21✓	<p>El examen del líquido cefalorraquídeo no debe realizarse de forma rutinaria como parte de la evaluación para la del trastorno neurocognoscitivo mayor.</p>

PBP22✓	El examen del líquido cefalorraquídeo puede ser indicado si se sospecha enfermedad de Creutzfeldt-Jakob o un trastorno neurocognoscitivo mayor rápidamente progresivo. En lo posible remitir a un servicio especializado para realizar el procedimiento diagnóstico.
PBP23✓	Un diagnóstico de subtipo del trastorno neurocognoscitivo mayor debe ser realizado por profesionales de la salud con experiencia en diagnóstico diferencial utilizando criterios estandarizados internacionales.
PBP24✓	El electroencefalograma no debe realizarse de forma rutinaria como parte de la evaluación para el trastorno neurocognoscitivo mayor. El electroencefalograma debe considerarse en la evaluación de la epilepsia asociada en personas con trastorno neurocognoscitivo mayor.
PBP25✓	La biopsia cerebral con fines diagnósticos debe considerarse sólo en personas altamente seleccionadas cuyo trastorno neurocognoscitivo mayor se piensa es derivado de una condición potencialmente reversible, que no puede ser diagnosticada de ninguna otra manera como demencia por consumo de alcohol, hipotiroidismo y deficiencia de vitamina B12, entre otras.
PBP26✓	Actualmente se están evaluando muchas tecnologías de diagnóstico, incluyendo biomarcadores para la lesión β -amiloide o neuronal (por ejemplo, tomografía de emisión de positrones 18F-fluorodeoxiglucosa [FDG-PET] o CSF tau) y puede resultar útil en la evaluación del trastorno neurocognoscitivo mayor en el futuro. El uso rutinario de estas tecnologías en la práctica clínica actual se considera prematuro.

2.10 Evaluación cognoscitiva.

Puntos de buena práctica

PBP27✓	La evaluación clínica cognitiva que se realiza en individuos con sospecha del trastorno neurocognoscitivo mayor debe incluir una prueba que utilice un instrumento válido y confiable (idealmente un instrumento validado para la población colombiana) (ver Tabla 1). Los profesionales de la salud deben tener en cuenta otros factores que influyen en el desempeño del individuo, como por ejemplo: edad, nivel educativo, funcionamiento previo, alteraciones en la comprensión o en la producción del lenguaje, impedimentos auditivos o visuales.
--------	--

PBP28✓	La mejor evaluación cognoscitiva disponible se debe realizar siempre para el diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo mayor.
--------	--

Tabla 1. Herramientas de medición de la función cognitiva

<p>Examen mini mental modificado (3MS)</p> <p>Examen de estado minimental (MMSE)</p> <p>La escala-cognición de la valoración de la enfermedad de Alzheimer (ADAS-Cog)</p> <p>Valoración de cognición del practicante general (GPCOG)</p> <p>Escala de valoración psicogeriátrica (PAS)</p> <p>Escala de Valoración de Demencia Universal de Rowland (RUDAS)</p>	<p>Valoración cognitiva de Montreal (MoCA)</p> <p>Batería de valoración frontal (FAB)</p> <p>EXIT 25</p> <p>Examen cognitivo de Addenbroke (ACE-R sustituido ahora por ACE-III)</p>
---	---

Elaboración propia. Fuente GPC adoptada.

2.11 Neuroimagen

Puntos de buena práctica

PBP29✓	En la evaluación de las personas con sospecha de trastorno neurocognoscitivo mayor se debe realizar una imagen estructural (tomografía computarizada [TC] o resonancia magnética [RM]) para excluir otras enfermedades cerebrales y ayudar a establecer el diagnóstico de subtipo, a menos que el juicio clínico lo indique inapropiado.
--------	--

Recomendación basada en evidencia

<p>RBE2</p> 	<p>La tomografía por emisión de positrones no debe utilizarse en personas con trastorno neurocognoscitivo menor ya sea para diferenciarlo del trastorno neurocognoscitivo mayor ó para diferenciar las formas progresivas del trastorno neurocognoscitivo mayor de las no progresivas</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia muy baja</i></p>
---	--

2.12 Comunicación del diagnóstico

Puntos de buena práctica

PBP30✓	El diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo mayor debe ser comunicado al paciente por un médico especialista.
PBP31✓	El especialista o el médico general debe ser honesto y respetuoso y utilizar un enfoque individualizado al comunicar el diagnóstico a la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, a sus cuidadores y familiares.
PBP32✓	El especialista o el médico general debe reconocer que los pacientes tienen derecho a conocer o no su diagnóstico. En los casos en que el paciente con trastorno neurocognoscitivo mayor indique que no desea conocer su diagnóstico, su voluntad debe ser respetada. El especialista o el médico general deben asegurarse de que los cuidadores y la familia sean apoyados para manejar las situaciones y las consecuencias de las decisiones. Los pacientes tienen derecho a conocer su diagnóstico aunque la familia y los cuidadores no estén de acuerdo, eso no amerita discusiones, sino explicaciones a los familiares y cuidadores (psicoeducación).
PBP33✓	El especialista o el médico general deben proporcionar información sobre el trastorno neurocognoscitivo mayor de una manera clara y enfatizar que la progresión en algunos casos puede ser lenta, que los tratamientos sintomáticos están disponibles y que la investigación se esfuerza por encontrar curas, aunque hasta ahora sin éxito.
PBP34✓	El especialista o el médico general deben ser conscientes de que las personas con antecedentes de depresión y/o auto-lesión pueden estar en riesgo particular de depresión o suicidio después de un diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo mayor, en particular en los primeros meses después del diagnóstico. Aunque se cree que tales reacciones son infrecuentes, el asesoramiento debe ofrecerse como una forma adicional de apoyar a la persona durante este tiempo.

2.13 Información y apoyo para la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor

Recomendación basada en consenso

RBC5	<p>Después de un diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo mayor, los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben, a menos que el paciente indique claramente lo contrario, proveer a ellos, a sus cuidadores y familiares información escrita y verbal en un formato accesible sobre:</p> <ul style="list-style-type: none">- Los signos y síntomas del trastorno neurocognoscitivo mayor- El curso y el pronóstico de la condición- Tratamientos- Asesoramiento financiero, legal y jurídico.- Aspectos médico-legales, incluido el tratamiento <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia muy baja</i></p>
------	--

Recomendación basada en evidencia

RBE3 	<p>Las personas con un diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo mayor, en particular las que viven solas, deben recibir información sobre cómo unirse a un grupo de apoyo social.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia muy baja</i></p>
---	--

Puntos de buena práctica

PBP35✓	<p>Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores, deben asegurarse que la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, sus cuidadores y familiares reciban información escrita y verbal sobre los servicios disponibles en la comunidad. Cualquier recomendación e información dada debe ser registrada.</p>
PBP36✓	<p>Los profesionales de la salud y el personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben ser conscientes que las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor, sus cuidadores y sus familiares pueden necesitar apoyo continuo para hacer frente a las dificultades que presenta el diagnóstico.</p>

2.14 Organización de servicios de salud

Puntos de buena práctica

PBP37✓	Las EAPB, las Entidades Territoriales y la red de prestación de servicios de salud deben asegurarse de que los planes de cuidado se desarrollen en asociación con la persona, sus cuidadores y familiares, basados en una evaluación integral que incluya la historia de vida de la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, circunstancias sociales, familiares, metas y preferencias, así como las necesidades físicas y mentales, las rutinas y el nivel actual de funcionamiento y habilidades.
PBP38✓	Las EAPB deben garantizar la prestación coordinada de servicios de atención de salud para las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor. Esto debería incluir: <ul style="list-style-type: none">- Un plan de atención desarrollado en asociación con la persona, su (s) cuidador (es) y familia, que tenga en cuenta las necesidades cambiantes de la persona.- Revisiones formales del plan de atención a una frecuencia acordada entre los profesionales involucrados y la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor y / o sus cuidadores y familiares.
PBP39✓	Los prestadores de atención en salud, las EAPB y entidades territoriales deben adaptar o desarrollar RIAS locales de trastorno neurocognoscitivo mayor y herramientas virtuales, apps de apoyo a las decisiones para mejorar el diagnóstico y el manejo de la demencia.

2.15 Capacitación para el personal y los estudiantes

Recomendación basada en evidencia

<p>RBE4</p> 	<p>Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben asegurarse de que todo el personal que trabaja con personas con trastorno neurocognoscitivo mayor, reciba entrenamiento (desarrollo de actitud, conocimiento y habilidades) que sea consistente con sus roles y responsabilidades. El entrenamiento debe reflejar los programas que han mostrado optimizar el cuidado de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor. Los programas eficaces tienden a ser:</p> <ul style="list-style-type: none">- Impartidos presencialmente por alguien experimentado en el cuidado del paciente.- Programado durante varias sesiones de formación- Involucrar mentores o apoyo de alguien con experiencia en el cuidado del paciente- Utilizar técnicas activas de aprendizaje tales como resolución de problemas, capacitación basada en casos y juegos de rol. <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>
<p>RBE5</p> 	<p>Los programas de entrenamiento deben ser integrales y deben tener un fuerte enfoque en comunicación efectiva con la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, sus cuidadores y familiares; reconocer, prevenir y manejar los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad. El personal debe ser entrenado en los principios de atención centrada en la persona y cómo estos principios se aplican en la práctica.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>

Puntos de buena práctica

<p>PBP40</p> 	<p>Dado que las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor son vulnerables al maltrato por abuso y negligencia, todos los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores que apoyan a las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor debe recibir información y entrenamiento sobre cómo prevenir y manejar los casos sospechosos de abuso.</p>
<p>PBP41</p> 	<p>Los programas de educación implementados deben ser evaluados para determinar el impacto en las prácticas del personal y los resultados para las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor, sus cuidadores y familias en esos entornos.</p>
<p>PBP42</p>	<p>Todos los programas de estudios de pregrado en ciencias de la salud deben</p>

✓	<p>incluir contenido autónomo significativo sobre la evaluación, el tratamiento, apoyo y cuidado de las personas que viven con trastorno neurocognoscitivo mayor. El contenido debe incluir el cuidado centrado en la persona y las implicaciones en salud, sociales y legales de un diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo mayor, su cuidador (s) y su familia.</p>
---	--

2.16 Viviendo bien

Puntos de buena práctica

PBP43✓	<p>Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben apoyar a la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor para que reciban una nutrición e hidratación adecuadas mediante el mantenimiento de una dieta saludable y equilibrada. Las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor deben tener su peso monitoreado y el estado nutricional evaluado regularmente. En casos de desnutrición, la consulta con un nutricionista y/o la evaluación por fonoaudiología puede ser indicada.</p>
PBP44✓	<p>El personal de salud oral es parte integral del equipo de atención en salud de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor. Tras el diagnóstico el profesional de la salud debe recomendar al paciente (o su cuidador (es) o familia) que sea valorado por un profesional de la salud oral. El odontólogo debe realizar una evaluación y formular un plan de tratamiento a largo plazo.</p>

2.17 Promoción de la independencia funcional

Recomendación basada en evidencia

RBE6	<p>Las personas con demencia deben ser fuertemente animadas a hacer ejercicio. La evaluación y consejo de un fisioterapeuta o fisiólogo de ejercicio puede ser indicado.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>
RBE7 	<p>Las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor deben recibir intervenciones de terapia ocupacional que incluya (de acuerdo a la necesidad):</p> <ul style="list-style-type: none">- Evaluación y modificación del entorno para facilitar el funcionamiento independiente.- Prescripción de tecnologías para movilidad asistida.- Promover la independencia en las actividades de la vida cotidiana, lo que puede implicar la resolución de problemas, la simplificación de las tareas, la educación y capacitación de sus cuidadores y familiares. <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>

Puntos de buena práctica

PBP45✓	<p>La prescripción de tecnologías para movilidad asistida en el contexto colombiano solo la podrá realizar el profesional médico que haga parte del equipo de atención.</p>
PBP46✓	<p>Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores, deben tener como objetivo promover y mantener la independencia funcional y social de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor en entornos de cuidado comunitario y residencial. Las intervenciones deben abordar las actividades de la vida diaria que maximizan la independencia, la función y la responsabilidad. La intervención debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none">- Coherencia del personal de atención.- Estabilidad de entorno.- Flexibilidad para adaptarse a cambios- Apoyo a las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor y a sus cuidadores y familias, para que participen en actividades adecuadas (adaptadas) que sean significativas y agradables. <p>La evaluación y la intervención, en la medida en que sea posible, con el/los cuidador (es) y la familia, para fomentar las competencias de autocuidado y prevenir el exceso de discapacidad, en particular apoyando a la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor para conservar la independencia.</p>

2.18 Inhibidores de acetil colinesterasa y memantina

Recomendación basada en evidencia

<p>RBE8</p> 	<p>Se recomienda cualquiera de los tres inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, galantamina o rivastigmina) como opciones para controlar los síntomas de la enfermedad de Alzheimer en estadios leve a moderado. Debe evitarse la administración concomitante de medicamentos con efectos anticolinérgicos.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>
<p>RBE9</p> 	<p>Los médicos y enfermeras deben ser conscientes de que los inhibidores de la acetilcolinesterasa están asociados con el riesgo de presencia de eventos adversos. Estos incluyen (pero no se limitan a) náuseas, vómitos, diarrea, mareos, aumento de la incontinencia urinaria y frecuencia, caídas, calambres musculares, pérdida de peso, anorexia, cefalea e insomnio. Los bloqueos cardíacos son un evento adverso potencial poco común, pero grave.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia Moderada</i></p>
<p>RBE10</p> 	<p>Los inhibidores de la acetilcolinesterasa no deben ser prescritos para personas con deterioro cognoscitivo leve.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>

Puntos de buena práctica

<p>PBP47✓</p>	<p>Las personas a las que se les ha prescrito un inhibidor de la acetilcolinesterasa o memantina deben valorarse en un corto tiempo (por ejemplo, un mes) para evaluar los efectos adversos y la titulación de la dosis, y dentro de los seis meses para determinar si existe respuesta clínica al tratamiento. Se recomienda revisar y considerar la posibilidad de prescribir la medicación a intervalos regulares.</p>
---------------	---

2.19 Síntomas conductuales y psicológicos

2.19.1 Intervenciones no farmacológicas

Recomendación basada en evidencia

RBE11 	<p>Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de adultos mayores deben intentar minimizar el impacto de los síntomas de conducta y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor proporcionando atención centrada en la persona.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>
RBE12 	<p>Para ayudar al cuidador y a la familia de la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, que está experimentando síntomas conductuales y psicológicos, se debe ofrecer intervenciones que involucren:</p> <ul style="list-style-type: none">- Capacitación de los cuidadores en la gestión de los síntomas y la comunicación eficaz con el paciente.- Planificación significativa de la actividad- Rediseño y modificación del entorno para mejorar la seguridad y el disfrute- Resolución de problemas y planificación de la gestión. <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>

Puntos de buena práctica

PBP48✓	<p>Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores, los cuidadores y la familia, deben identificar, monitorear y abordar los factores ambientales, de salud física y psicosociales que pueden aumentar la probabilidad que la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor experimente síntomas psicológicos y de comportamiento angustiosos. Estos factores incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">- Necesidades no satisfechas (por ejemplo, dolor, asistencia para el aseo y alimentación, falta de privacidad).- Disminución del umbral de estrés (por ejemplo, conflictos o mala comunicación dentro de la familia o entre el personal, estrés del cuidador).
--------	--

PBP49✓	Las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor que desarrollan síntomas conductuales y psicológicos, por lo general deben ser tratadas usando enfoques no farmacológicos en primera instancia. La intervención farmacológica normalmente sólo debe ofrecerse primero si la persona, el cuidador o la familia están gravemente afectados, se sospecha de dolor como causa de un riesgo inmediato de daño a la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor o a otros (es decir, síntomas muy severos). Si se utiliza el manejo farmacológico, esto debe complementar, no reemplazar, los enfoques no farmacológicos.
PBP50✓	La medición objetiva de los síntomas psicológicos y de comportamiento del trastorno neurocognoscitivo mayor debe realizarse utilizando herramientas con fuertes propiedades psicométricas para monitorear el tipo y los patrones de conducta.
PBP51✓	Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben estar capacitados para desarrollar planes de atención individual (en asociación con la persona, el cuidador y la familia) que incluyan medidas claras que anticipen síntomas severos de comportamiento, psicológicos de trastorno neurocognoscitivo mayor, cómo manejar la violencia, la agresión y agitación extrema.

2.19.2 Intervenciones farmacológicas

Recomendación basada en evidencia

	<p>RBE13 Si se sospecha que una persona con trastorno neurocognoscitivo mayor sufre dolor debido a su malestar o comportamiento, como se indica mediante respuestas de evaluación del dolor observacional, el medicamento analgésico debe ser administrado usando un enfoque escalonado. La administración debe realizarse por un período de tiempo definido, particularmente si se usan opioides.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>
	<p>RBE14 A las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor que experimentan agitación se les debe ofrecer un tratamiento con antidepresivos del tipo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI) si los tratamientos no farmacológicos han fracasado. La necesidad de adherencia, el tiempo hasta el inicio de la acción, el riesgo de síntomas por suspensión del medicamento y los posibles efectos secundarios deben explicarse al inicio del tratamiento.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia moderada</i></p>

<p>RBE15</p> 	<p>Las personas con enfermedad de Alzheimer, trastorno neurocognoscitivo debido a enfermedad cerebrovascular o trastorno neurocognoscitivo debido a múltiples etiologías con síntomas comportamentales leves a moderados y psicológicos no deben rutinariamente ser prescritas con medicamentos antipsicóticos, debido al mayor riesgo de eventos adversos cerebrovasculares y muerte. En casos seleccionados se deben considerar los antecedentes de enfermedad cerebrovascular, tipo e intensidad de síntomas psicológicos, conductuales, la clase de medicamento antipsicótico y el grado de apoyo psicosocial del paciente para su prescripción.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia moderada</i></p>
<p>RBE16</p> 	<p>Las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor y síntomas severos de conducta y psicológicos (es decir, psicosis y/o agitación / agresión) que causan una angustia significativa para sí mismos u otros, pueden recibir tratamiento con un medicamento antipsicótico. Risperidona tiene la mejor evidencia para tratar la psicosis. Risperidona y Olanzapina tienen la evidencia más fuerte para tratar la agitación/agresión, con evidencia más débil para el aripiprazol.</p> <p>También deben cumplirse las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debe haber una discusión completa con la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, sus cuidadores y familiares sobre los posibles beneficios y riesgos del tratamiento. En particular, los factores de riesgo cerebrovascular deben ser evaluados y el posible aumento del riesgo de accidente cerebrovascular / ataque isquémico transitorio y posibles efectos adversos. - Los síntomas deben ser identificados, cuantificados y documentados. - El efecto de las enfermedades comórbidas, como la depresión, debe ser considerado. - La elección del antipsicótico debe hacerse después de un análisis individual riesgo-beneficio. - La dosis debe ser inicialmente baja y titulada hacia arriba si es necesario. - Debería observarse los efectos adversos incluyendo el síndrome metabólico. - Si no se observa efectividad en un período de tiempo relativamente corto (generalmente de una a dos semanas), el tratamiento debe interrumpirse. - El tratamiento debe ser revisado cada cuatro a 12 semanas, considerando la necesidad de antipsicóticos y la posible suspensión del medicamento. La revisión debe incluir la evaluación regular y el registro de los cambios cognoscitivos y los síntomas. <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia moderada</i></p>

<p>RBE17</p> 	<p>El papel de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión en personas con trastorno neurocognoscitivo mayor es incierto. Los ensayos más grandes llevados a cabo en personas con trastorno neurocognoscitivo mayor no han demostrado beneficio (en los datos de grupo) para los antidepresivos en el tratamiento de la depresión per se. Sin embargo, se considera que aquellos con una historia preexistente de depresión mayor (antes de desarrollar el trastorno neurocognoscitivo mayor) que desarrollan una depresión comórbida deben tratarse de la manera habitual.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia moderada</i></p>
--	---

Recomendación basada en consenso

<p>RBC6</p>	<p>Si la medicación parenteral es necesaria para el control de la violencia, agresión y agitación extrema en personas con trastorno neurocognoscitivo mayor se prefiere el uso de olanzapina. Siempre que sea posible, se debe utilizar un solo agente de preferencia a una combinación.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia muy baja</i></p>
-------------	---

Puntos de buena práctica

<p>PBP52✓</p>	<p>Los fármacos antidepresivos con efectos anticolinérgicos (por ejemplo, antidepresivos tricíclicos) deben evitarse porque pueden afectar negativamente la cognición.</p>
<p>PBP53✓</p>	<p>En la medida de lo posible, los antipsicóticos deben evitarse en personas con enfermedad por Cuerpos de Lewy debido al riesgo de reacciones adversas severas, particularmente efectos secundarios extrapiramidales. Se podrían considerar los inhibidores de la acetilcolinesterasa (rivastigmina). Si se utilizan antipsicóticos para síntomas de conducta y psicológicos severos de trastorno neurocognoscitivo mayor, se deben utilizar antipsicóticos atípicos o de segunda generación con baja propensión a causar efectos secundarios extrapiramidales; se considera que la quetiapina tiene la mejor tolerabilidad. Los profesionales de la salud deben usar dosis bajas y monitorizar de cerca los efectos adversos.</p>
<p>PBP54✓</p>	<p>Cuando las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor tienen síntomas psicológicos y conductuales moderados a graves, que implican un riesgo para sí mismos o a otros, debe realizarse la remisión a un servicio especializado para el manejo de síntomas psicológicos y de comportamiento.</p>

PBP55✓	<p>Los profesionales de la salud que usan medicamentos en el manejo de la violencia, la agresión y la agitación extrema en personas con trastorno neurocognoscitivo mayor deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser entrenados en el uso correcto de los medicamentos para el control del comportamiento. - Evaluar los riesgos asociados al control farmacológico de la violencia, la agresión y la agitación extrema, en particular en personas que pueden estar deshidratadas o enfermas físicamente. - Comprender los efectos cardiorrespiratorios de la administración aguda de cualquier medicamento utilizado y la necesidad de titular la dosis. - Reconocer la importancia de las personas que han recibido estos medicamentos para su recuperación, y monitorear los signos vitales. - Estar familiarizado y entrenado en el uso de equipos de reanimación. - Entender la importancia de mantener la vía área permeable. - Conocer la normatividad vigente para el consentimiento informado.
PBP56✓	<p>Si los medicamentos son necesarios para el control de la violencia, la agresión y la agitación extrema en las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor, la medicación oral debe ofrecerse antes de la medicación parenteral.</p>
PBP57✓	<p>La evidencia de la efectividad y seguridad de la medicación parenteral en emergencias es escasa. Sin embargo, en ciertas situaciones inusuales, la medicación parenteral puede ser necesaria para el manejo de personas con trastorno neurocognoscitivo mayor que se presentan con síntomas psicológicos y de comportamiento extremos. Debido a que las circunstancias varían de un escenario a otro, deberían desarrollarse protocolos locales basados en evidencia para proporcionar orientación a los clínicos sobre el uso apropiado de medicamentos parenterales.</p>
PBP58✓	<p>Si el tratamiento parenteral es necesario para el control de la violencia, la agresión y la agitación extrema, la administración intramuscular es preferible dado que es más segura que la administración intravenosa. La administración intravenosa debe utilizarse sólo en circunstancias excepcionales. Los signos vitales deben ser monitoreados después del tratamiento parenteral. Los profesionales de la salud deben ser conscientes de que la pérdida de conciencia puede ser confundida con el sueño. Si la persona parece estar o está dormida, se requiere un monitoreo más intenso debido al riesgo de pérdida de conciencia.</p>

PBP59✓	A las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor que han recibido sedación involuntaria se les debe ofrecer la oportunidad, junto con su cuidador (a) y su familia, de expresar sus experiencias y recibir una explicación clara de la decisión de usar la sedación de urgencias (esto debe documentarse).
--------	--

2.20 Apoyo para cuidadores

Recomendación basada en evidencia

	<p>RBE18 Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben proporcionar a los cuidadores y a las familias información sobre cómo unirse a un grupo de apoyo mutuo. Las preferencias individuales para la conformación del grupo pueden variar y deben estar disponibles grupos de la composición preferida.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>
	<p>RBE19 El (los) cuidador (es) y la familia deben tener acceso a programas diseñados para brindar apoyo y optimizar su capacidad de atención a la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor. Los programas deben adaptarse a las necesidades de la persona y entregarse en el hogar o en otro lugar accesible. Los programas deben ser entregados en varias sesiones e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación sobre la enfermedad y sus consecuencias - Información sobre los servicios pertinentes - El desarrollo de estrategias individualizadas y la construcción de habilidades de cuidador para superar los problemas específicos experimentados por la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor según lo informado por el cuidador - Formación en la prestación de cuidados y la comunicación más eficaz con la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor - Apoyo e información sobre las estrategias para afrontar y mantener su propio bienestar, incluido el manejo del estrés. - Capacitación en el uso de actividades agradables y significativas como estrategia para involucrar a la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>

Recomendación basada en consenso

RBC7	<p>Considere ofrecer apoyo práctico, por ejemplo, servicio de relevo en el hogar para el descanso del cuidador principal. Otro familiar o persona apropiada puede supervisar y cuidar de la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor (preferiblemente en el entorno habitual del hogar). Esto puede aliviar al cuidador principal quien puede entonces descansar o realizar otras actividades.</p> <p><i>*Calidad de la evidencia muy baja</i></p>
------	---

Puntos de buena práctica

PBP60✓	Los cuidadores y las familias deben ser respetados, escuchados e incluidos en la planificación, la toma de decisiones, el cuidado y la gestión de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor.
PBP61✓	Los cuidadores tienen un mayor riesgo de mala salud y sus necesidades deben ser evaluadas y revisadas regularmente por un profesional de la salud. Las necesidades del cuidador y de la familia deben ser tratadas regularmente, incluyendo si la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor ha entrado en atención residencial, y después de la muerte.
PBP62✓	Se debe considerar la posibilidad de involucrar a la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, así como a su cuidador (es) y familiares, en programas de apoyo.
PBP63✓	Los cuidadores y las familias de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor deben ser apoyados para fortalecer la resiliencia y mantener la salud y la condición física en general. Cuando sea necesario, se les debe ofrecer terapia psicológica, realizada por un especialista.

2.21 Enfoque paliativo

Puntos de buena práctica

PBP64 ✓	El cuidado de las personas con deterioro cognoscitivo muy grave debe basarse en un enfoque paliativo e incluir estos servicios si así se indica. El tratamiento y el cuidado deben proporcionarse de acuerdo a los planes de atención anticipada de la persona.
PBP65 ✓	Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores, cuidadores y las familias, deben continuar ofreciendo a las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor alimentos y bebidas por vía oral. La evaluación de la deglución y la alimentación puede estar indicada. La asesoría nutricional profesional también puede ser beneficiosa. Si se considera que las alteraciones en la deglución son transitorias, se debe considerar el apoyo nutricional, incluido la alimentación artificial (por sonda), pero la alimentación artificial no debe usarse generalmente en personas con trastorno neurocognoscitivo mayor severo, para quienes el compromiso en la deglución o la falta de apetito es una manifestación de la gravedad de la enfermedad. Se deben aplicar principios éticos y legales al tomar decisiones sobre la introducción o retirada de apoyo nutricional artificial. Cualquier decisión sobre la rehidratación debe hacerse junto con el cuidador (s) y la familia después de proporcionarles información actualizada sobre los posibles beneficios y daños.
PBP66 ✓	Si una persona con trastorno neurocognoscitivo mayor tiene fiebre, debe realizarse una evaluación clínica. Analgésicos simples, antipiréticos y medios mecánicos de enfriamiento de la persona pueden ser suficientes. Los antibióticos pueden considerarse como una medida paliativa en las etapas terminales de la enfermedad, pero esto requiere una evaluación individual.
PBP67 ✓	En ausencia de una voluntad anticipada válida y aplicable para rechazar la reanimación, la decisión de reanimar debe tener en cuenta el deseo o creencia expresada de la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, junto con las opiniones del cuidador, la familia y el equipo multidisciplinario. Los planes de atención anticipada deben ser registrados en las notas médicas y los planes de cuidado y se debe tomar el tiempo para discutir estos temas con el cuidador (s), la familia y las redes de apoyo.

3 METODOLOGÍA

3.1 Conformación del grupo de adopción

Se conformó un grupo de trabajo para la adopción de las recomendaciones integrado por expertos metodológicos y temáticos. Los expertos metodológicos incluyeron profesionales del área de la salud con formación en epidemiología clínica y experiencia en el desarrollo *de novo*, adaptación y adopción de guías de práctica clínica (GPC). Los expertos temáticos incluyeron médicos especializados en neurología, psiquiatría, geriatría, y neuropsicología, todos con experiencia en trastorno neurocognoscitivo mayor. Este grupo de trabajo llevó a cabo el siguiente proceso:

- Revisión sistemática de la literatura
- Evaluación de calidad y selección de GPC.
- Solicitud de permiso para adopción de las recomendaciones.
- Evaluación y ajuste a las recomendaciones para su implementación al contexto nacional.
- Identificación de barreras de implementación.
- Coordinación del proceso participativo para el ajuste de las recomendaciones, su implementación al contexto nacional
- Elaboración de propuesta para la implementación de las recomendaciones.
- Elaboración y redacción del documento final

Todos los miembros del grupo declararon sus intereses y un comité evaluó sus posibles conflictos de interés y las consecuentes limitaciones de participación en el proceso de adopción de la GPC. Ninguno de los miembros del grupo desarrollador presentó un conflicto de interés que limitara parcial o totalmente su participación en el desarrollo de la GPC. ([Anexo 1](#)).

3.2 Concertación con el ente gestor

Se realizó un proceso de concertación de alcances y objetivos preliminares de la GPC a adoptar. En esta etapa se consideraron los tipos de Demencia y los aspectos en salud que se consideraban relevantes para incluir en la GPC. Resultado de este proceso se consideró que los aspectos clave a tener en cuenta debían ser como mínimo temas de diagnóstico o tratamiento del trastorno neurocognoscitivo mayor asociada a EA, EP y DV.

3.3 Búsqueda, evaluación de calidad y selección de GPC

Se llevó a cabo una Revisión Sistemática de la Literatura (RSL) con el propósito de buscar GPC sobre diagnóstico y atención de personas con sospecha y diagnóstico de Trastorno Neurocognoscitivo Mayor (Demencia), posteriormente se evaluó la calidad de las GPC encontradas y se seleccionaron aquellas con alta calidad para extraer las recomendaciones para adopción.

3.3.1 Búsqueda de guías de práctica clínica

3.3.1.1 Búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática de GPC en bases de datos especializadas (Medline, Embase y LILACS), bases de datos genéricas (Google Scholar), sitios web de organismos desarrolladores, paginas especializadas (Anexo 2) y consulta con expertos, siguiendo las indicaciones de la Guía Metodológica para el desarrollo de guías de atención integral en el sistema de seguridad social en Colombia (12).

Todo el proceso se acogió a los estándares de calidad internacional utilizados en revisiones sistemáticas de la literatura. Las búsquedas fueron llevadas a cabo por personal previamente entrenado, y se realizaron sin límite de fecha (Anexo 3).

3.3.1.2 Tamización

Las referencias obtenidas fueron seleccionadas mediante revisión de título y resumen de forma independiente por dos expertos metodológicos en revisiones sistemáticas de la literatura (IA y RM), con los siguientes criterios de inclusión:

- Es una GPC.
- Aborda temas de diagnóstico o tratamiento de la trastorno neurocognoscitivo mayor asociada a EA, EP y DV.
- Incluye recomendaciones dirigidas a población general tanto en atención primaria como especializada.
- El documento está publicado en idioma inglés o español

Se combinaron los resultados de la búsqueda en bases de datos electrónicas y la búsqueda mediante otros métodos, y se realizó una eliminación de duplicados utilizando el programa EndNote X6®. Los resultados del proceso de selección de evidencia son presentados en el diagrama de flujo PRISMA (Ver anexo 4).

Las referencias que cumplieron todos los criterios de inclusión o en las que existió duda de su cumplimiento, fueron revisadas en texto completo para orientar la decisión (ver anexo 5 y anexo 6).

3.3.1.3 Preselección

Los documentos seleccionados para revisión en texto completo se evaluaron de manera inicial mediante la herramienta 7 recomendada por la *Guía Metodológica para elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano* (12), excluyendo aquellas GPC que no cumplieron con los criterios para considerarse como basadas en evidencia o que no cumplen con los objetivos del proyecto. Los ítems que evalúa este instrumento son:

- ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?
- ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?

- ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?
- ¿Establece recomendaciones?
- ¿Año de publicación \geq 4 años? Se consideró la fecha de la última búsqueda de la literatura o actualización de la evidencia.

Si alguna GPC no cumplió uno o más de estos criterios fue excluida, por lo tanto, no se realizó la evaluación de su calidad a través de la herramienta AGREE II. Los resultados de la aplicación de la herramienta 7 se presentan en el Anexo 7.

3.3.2 Evaluación de calidad de las guías de práctica clínica

La calidad de las GPC fue evaluada por medio de la herramienta AGREE II. Este instrumento fue diseñado para evaluar el rigor metodológico y la transparencia con la cual son desarrolladas las guías de práctica clínica, proporcionar una estrategia metodológica para el desarrollo de guías, establecer la información y la forma en que esta debe ser presentada. El instrumento tiene 23 ítems, con calificación en escala tipo Likert de 7 puntos, organizados en 6 dominios: alcance y objetivos, participación de los implicados, rigor en la elaboración, claridad en la presentación, aplicabilidad e independencia editorial. En cada uno de estos dominios la calificación máxima posible es del 100%(15).

Las GPC que cumplieron todos los criterios de la Herramienta 7 fueron incluidas y evaluadas con el instrumento AGREE II por cuatro revisores de manera independiente, quienes utilizaron los algoritmos propuestos en el manual del AGREE II para obtener la calificación de las GPC en cada uno de los dominios. Los resultados de la evaluación de calidad se presentan en el Anexo 8.

3.3.3 Selección de guías de práctica clínica

La selección de guías se realizó por medio de un trabajo conjunto entre expertos metodológicos y temáticos. Se utilizó como criterio una calificación de 60% o más en el Dominio 3 (Rigor en la elaboración) junto con una calificación de 30% o más en el Dominio 6 (Independencia editorial) del AGREE II. Además, se tuvieron en cuenta los aspectos clínicos considerados en las diferentes GPC. Las GPC que cumplieron estos criterios y se consideraron susceptibles para la adopción fueron:

- R1783 Dementia: supporting people with dementia and their careers in health and social care. Social Care Institute for Excellence. National Institute for Health and Clinical Excellence
- R2405 Ministry of Health Malaysia – Clinical Practice Guideline, Management of dementia, 2009.
- R2421 Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Cataluña 2010.

- R83 Guideline Adaption Committee. Clinical practice guidelines and principles of care for people with dementia. Adaptation Committee 2016.
- Posterior a esta identificación, se realizó un análisis por parte del grupo de expertos temáticos y metodológicos del GD de cada una de las GPC, evaluando los siguientes aspectos:
 - Contemple los tópicos priorizados en el alcance y objetivos concertados a priori con el ente gestor.
 - Calificación en el rigor metodológico
 - Calificación en la independencia editorial
 - Fecha de última búsqueda y la validez clínica actual
 - Uso de la metodología GRADE
- Posterior a esta evaluación se consideró que la GPC que cumplía con estos criterios era “ Clinical practice guidelines and principles of care for people with dementia”. Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica del Gobierno de Australia 2016”

3.4 Permiso para adopción de las recomendaciones

El Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica del Gobierno de Australia autorizó al Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, para usar las recomendaciones y el contenido de sus guías en el proceso de adopción de la guía para el diagnóstico y tratamiento del neurocognoscitivo mayor para Colombia (ver anexo 9). La autorización fue obtenida por medio de correo electrónico enviado el 24 de noviembre del 2016 por el Departamento de Rehabilitación y Cuidados de Personas mayores, Facultad de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, Universidad de Flinders, el cual solicitó la inclusión del siguiente texto:

“This publication is an adaptation of 'Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia', published by the National Health and Medical Research Council (NHMRC) Partnership Centre for Dealing with Cognitive and Related Functional Decline in Older People in 2016. The original publication is available from http://sydney.edu.au/medicine/cdpc/documents/resources/CDPC-Dementia-Guidelines_WEB.pdf. This adaptation has been reproduced with permission of the NHMRC Partnership Centre for Dealing with Cognitive and Related Functional Decline in Older People. The Partnership Centre, however, has not checked the adaptation to confirm that it accurately reflects the original publication and no guarantees are given by the Partnership Centre in regard to the accuracy of the adaptation.”

3.5 Evaluación y ajuste de las recomendaciones para su implementación en el contexto colombiano

Con el fin de contextualizar las recomendaciones a la realidad del país y al sistema de salud nacional, el grupo de trabajo, compuesto por especialistas de las diferentes áreas involucradas en el diagnóstico y tratamiento de personas con trastorno neurocognoscitivo mayor (Neurología, Psiquiatría, Geriatría, Neuropsicología y Terapia Ocupacional) revisó

para cada una de las recomendaciones la vigencia, la disponibilidad de tecnologías, la aprobación de tecnologías por parte de agencias regulatorias, el entrenamiento del personal de salud, el acceso y arquitectura del sistema de salud.

Este proceso dio lugar a seis conductas con respecto a cada una de las recomendaciones:

- *Adopción sin modificación alguna:* la recomendación no requirió cambios en su redacción.
- *No adopción de la recomendación:* la recomendación no se incluyó debido a que la tecnología propuesta se consideró obsoleta. (ver anexo 10)
- *Adopción de la recomendación como punto de buena práctica clínica:* dado que ya no existe variabilidad en la conducta incluida en la recomendación, esta se consideró como un punto de buena práctica clínica.
- *Adopción de la recomendación como punto para la implementación de la guía:* la recomendación indicó una conducta necesaria para la implementación de otras recomendaciones. Por lo tanto, se consideró su inclusión en el capítulo de consideraciones para la implementación.
- *Adopción con modificaciones:* sin cambiar la conducta propuesta en la recomendación original, esta requirió cambios en su redacción o cambios necesarios para facilitar su implementación, tales como ajustes en las dosis propuestas, exclusión de medicamentos o tecnologías sin registro INVIMA e inclusión de escalas de valoración adicionales a las propuestas en las recomendaciones originales.

Las recomendaciones que correspondieron a la última opción (adopción con modificaciones) fueron presentadas en una reunión de consenso formal de expertos, el cual fue realizado a través de metodología Delphi y metodología presencial, a esta última, se llevaron para discusión aquellas recomendaciones que no alcanzaron consenso en el consenso tipo Delphi (Ver anexo 11). En estos procesos participativos (consensos formales) se revisaron las recomendaciones originales y las propuestas de modificación, discutiendo aspectos relacionados con su implementación en el contexto nacional, teniendo en cuenta disponibilidad de tecnologías, aprobación de agencias regulatorias, entrenamiento del personal de salud, acceso, arquitectura del sistema de salud, y alineación de las recomendaciones con las GPC nacionales existentes. Todas las personas que participaron, previamente declararon sus intereses, los cuales fueron evaluados por un comité para determinar potenciales conflictos de interés y consecuentes limitaciones parciales o totales en su participación.

Las recomendaciones en las cuales los miembros del GD consideraron pertinente hacer aclaraciones o ajustes dirigidos a mejorar la implementación de la GPC en el contexto nacional, fueron consensuadas por votación individual utilizando una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta:

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Se definió consenso para aquellos ajustes, cuando el 70% o más de los votos se encontraron en los niveles 4 y 5 (se adopta la recomendación con las modificaciones propuestas) o 1 y 2 (no se adopta la recomendación). De lo contrario fue llevada a cabo una segunda ronda de votación precedida de un espacio de discusión y modificación de los ajustes propuestos. En caso de no llegar a consenso en la segunda ronda el ajuste se realizará teniendo en cuenta las preferencias de los representantes de los pacientes. Los resultados del consenso y los ajustes consensuados son presentados en el [anexo 11](#)

El consenso formal de expertos fue conformado por especialistas de las diferentes áreas relacionadas con la atención a pacientes con trastorno neurocognoscitivo mayor (neurología, medicina interna, geriatría, psicología, psiquiatría, enfermería, medicina de familia, medicina general, entre otros), quienes previamente declararon sus intereses, los cuales fueron evaluados por un comité para determinar potenciales conflictos de interés y consecuentes limitaciones parciales o totales en su participación ([Anexo 1](#))

3.6 Traducción de la guía de práctica clínica

Una vez seleccionada la guía, se solicitó autorización para la traducción de las recomendaciones de la referencia original, y a través de traducción certificada se obtuvo el documento final para adopción.

El documento es una traducción de la guía original, a excepción de los siguientes ítems:

- Introducción
- Metodología
- Apartados de “ajustes para la implementación en el contexto colombiano”, en todos los capítulos de recomendaciones.
- Capítulo implementación de la guía: barreras y facilitadores.
- Anexos

No se incluyó el capítulo de generalidades de la guía original.

4 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEMENCIA

Las recomendaciones incluidas en la presente GPC fueron adoptadas, con permiso, de la “Guía de Práctica Clínica y Principios de cuidado para Personas con Demencia” (13) elaborada por El Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica del Gobierno de Australia” publicada en el 2016. A continuación, se describe el alcance de esta guía de práctica clínica (14).

4.1 Guía de práctica clínica y principios de cuidado para las personas con demencia.

Publicado: 2016

Guía de Práctica Clínica y Principios de cuidado para Personas con Demencia

Enlace a la guía original:

http://sydney.edu.au/medicine/cdpc/documents/resources/CDPC-Dementia-Guidelines_WEB.pdf

El objetivo de esta guía es proporcionar recomendaciones para el diagnóstico óptimo, la gestión y el tratamiento del trastorno neurocognoscitivo mayor en Australia. Está diseñada para su uso por el personal que trabaja con trastorno neurocognoscitivo mayor en los sectores de salud y cuidado de personas mayores en Australia para responder mejor a las necesidades y preferencias de la persona que vive con demencia.

La guía incluye 109 recomendaciones para el personal de salud y cuidado de personas mayores, estas deben aplicarse en sus lugares de trabajo y al mismo tiempo responder a las necesidades y preferencias de la persona con demencia, su cuidador (s) y la familia. De estas recomendaciones, 29 fueron basadas en la evidencia, siete se clasificaron como recomendaciones basadas en consenso y 73 puntos de buena práctica.

Metodología de desarrollo

La metodología empleada para el desarrollo de la guía de práctica clínica se puede consultar en el documento original:

http://sydney.edu.au/medicine/cdpc/documents/resources/CDPC-Dementia-Guidelines_WEB.pdf

Esta GPC usa la metodología GRADE para la calificación de la evidencia y gradación de las recomendaciones, de esta forma considera los siguientes tipos de recomendaciones:

Tabla 2. Definición y tipo de recomendaciones

Tipo de recomendación	Descripción
Recomendación basada en la evidencia (RBE)	Recomendación formulada después de una revisión sistemática de la evidencia, con una calificación de la calidad general de la evidencia y referencias de apoyo proporcionadas
Recomendación basada en el consenso (RBC)	Recomendación formulada en ausencia de pruebas adecuadas, cuando una revisión sistemática de la evidencia no ha logrado identificar suficientes estudios que cumplan los criterios de inclusión para esa pregunta clínica para informar una recomendación.
Punto de práctica (PBP)	Una recomendación que está fuera del alcance de la estrategia de búsqueda para la revisión sistemática de las pruebas o para la cual no se llevó a cabo una revisión sistemática y se basa en la opinión de expertos.

Actualización de la guía

En Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica del Gobierno de Australia recomienda que las directrices clínicas sean revisadas en no más de cinco años después de la publicación. Las iniciativas de investigación sobre la demencia, tanto en Australia como a nivel internacional, significan que la evidencia en este campo es probable que cambie dentro de los próximos cinco años y la directriz tendrá que ser actualizada en enero de 2021.

5 GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Y PRINCIPIOS DE CUIDADO PARA LAS PERSONAS CON DEMENCIA.

Las recomendaciones marcadas con una llave () son las recomendaciones consideradas prioritarias para el proceso de implementación, denominadas recomendaciones trazadoras.

5.1 Principios del cuidado

Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado del adulto mayor deben identificar las necesidades de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor que surgen de la diversidad, incluyendo: género, orientación sexual, antecedentes culturales y lingüísticos, edad, religión y espiritualidad. También debe reconocer las necesidades de las personas con vulnerabilidades sociales y ambientales, incluyendo pobreza, falta de hogar y encarcelamiento.

Puntos de buena práctica

PBP1 ✓	Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben brindar atención centrada en la persona, identificando y respondiendo a las necesidades y preferencias individuales de la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, su cuidador (s) y su familia.
PBP2 ✓	Mejorar la calidad de vida, mantener la función y maximizar el bienestar son apropiados para las personas que viven con trastorno neurocognoscitivo mayor a lo largo de la enfermedad, haciendo énfasis en las metas particulares que cambian con el tiempo.
PBP3 ✓	Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben usar un lenguaje apropiado, ajustado a la capacidad del individuo y sus familiares, de manera que permita entender y retener la información.

5.2 Aspectos éticos y legales

Existe una serie de aspectos éticos que pueden surgir al proporcionar atención a alguien con trastorno neurocognoscitivo mayor o demencia, su cuidador(s) y la familia, muchos de estos se refieren a la autonomía.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los aspectos éticos en la atención del trastorno neurocognoscitivo mayor se consideren en contexto con una comprensión de la persona, su familia, cultura, entorno y situación (19). En algunos casos,

es posible que sea necesario equilibrar los principios en conflicto para tomar una decisión en cuanto al cuidado de la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor (20).

Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado del adulto mayor deben ser conscientes de los principios éticos fundamentales y de las diferentes directrices y leyes relacionadas con el cuidado ético en su organización, profesión y gobierno. La Organización Mundial de la Salud afirma que la educación y el apoyo en la toma de decisiones éticas, deben ser esenciales para todos los involucrados en la atención y cuidado de personas con trastorno neurocognoscitivo mayor.

¿Cómo puede asegurarse que las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor tengan una elección respecto a su entorno de cuidado?

El trastorno neurocognoscitivo mayor se asocia con disminución de la funcionalidad y dependencia progresiva de cuidadores y servicios de cuidado del adulto mayor. Esta característica puede significar que las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor son dependientes de otras personas para tomar decisiones respecto a sus asuntos financieros, la atención de la salud y voluntad anticipada. Se promueve que las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor y sus familias planifiquen con anticipación su voluntad, para que los deseos de la persona se lleven a cabo (21). Las opiniones de la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor siempre se deben tener en cuenta, incluso cuando alguien más este tomando las decisiones a su nombre.

La voluntad anticipada de la atención en salud se refiere al proceso de planificación futuro, en el que se dan a conocer los valores, creencias y preferencias de la persona de modo que puedan usarse para guiar la toma de decisiones futuras, los médicos generales y / o especialistas pueden ayudar a la persona y a su familia a desarrollar sus planes de atención anticipada. Los documentos que detallan los planes de atención anticipada deben ser fácilmente accesibles, ya que pueden ser solicitados (por ejemplo, por los trabajadores de ambulancias o personal de emergencia).

Puntos de buena práctica

PBP4 ✓	El consentimiento informado debe incluir en el caso de una persona con trastorno neurocognoscitivo mayor aspectos relacionados con asuntos financieros, atención de la salud y voluntad anticipada. Si la persona carece de capacidad para tomar una decisión, deben seguirse la legislación o normatividad nacional existente y vigente.
-----------	---

<p>PBP5 ✓</p>	<p>Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben informar a la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, a su (s) cuidador (es) y a su familia acerca de los servicios de protección y bienestar social, y deben alentar su uso. Si es necesario, dichos servicios deben estar disponibles tanto para el paciente como para su cuidador (es) y familia.</p>
<p>PBP6 ✓</p>	<p>La información proporcionada por la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor debe tratarse de manera confidencial. Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de adultos mayores deben discutir con el paciente cualquier necesidad de compartir información. Sólo en circunstancias excepcionales (por ejemplo, cuando los profesionales tienen el deber de cuidar) la información confidencial debe ser revelada a otros sin el consentimiento del paciente. Sin embargo, a medida que la condición progresa y el paciente con trastorno neurocognoscitivo mayor se vuelve más dependiente de la familia y/o cuidadores, las decisiones sobre el intercambio de información (con otros profesionales de la salud o tomadores de decisiones) debe hacerse en el contexto de la capacidad del paciente</p>

5.3 Barreras al acceso y cuidado

Antecedentes

Las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor requieren habitualmente atención en los servicios de salud para otras condiciones médicas (por ejemplo, caídas, ataque cerebrovascular, enfermedades crónicas, cuidado de diabetes). Estas otras condiciones médicas o comorbilidades pueden requerir que una persona con trastorno neurocognoscitivo mayor sea admitida en el hospital. Estos pacientes en los hospitales corren un mayor riesgo de sufrir eventos adversos como caídas, síndrome confusional agudo, infecciones y resultados pobres como un deterioro funcional, mortalidad, readmisión y atención domiciliaria. Los profesionales de la salud necesitan los conocimientos y las habilidades para identificar el deterioro cognoscitivo y responder adecuadamente para minimizar riesgos, en asociación con cuidadores y familias (22).

Las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor de inicio temprano, reportan a menudo dificultades para acceder a servicios de salud debido a su edad y el tipo de diagnóstico, lo cual puede aumentar las barreras para el acceso oportuno; por lo que es necesario incluir y proporcionar servicios de salud a las personas con síntomas o diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo mayor de inicio temprano.(23).

Las personas que viven solas con trastorno neurocognoscitivo mayor pueden no ser capaces de acceder a los niveles necesarios de apoyo y asistencia para permanecer en el hogar y, por lo tanto, pueden requerir atención residencial antes que las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor que viven con un cuidador (24). Los profesionales del

cuidado de salud y del cuidado del adulto mayor quizá necesiten tomar un rol más amplio en el inicio y la coordinación de servicios para personas que viven solas.

Recomendación basada en consenso

RBC1	<p>Si el lenguaje o la cultura son una barrera para acceder o entender los servicios, el tratamiento y la atención, los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben proporcionar a la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor y/o sus cuidadores y familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - información en el idioma preferido y en un formato accesible. - intérpretes profesionales. - intervenciones en el idioma preferido. <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia muy baja</i></p>
------	--

Puntos de buena práctica

PBP7✓	<p>Las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor no deben ser excluidas de ningún servicio de atención médica debido a su diagnóstico, cualquiera que sea su edad.</p>
PBP8✓	<p>Los profesionales de la salud deben considerar las necesidades del individuo y proporcionar información en un formato que sea accesible para las personas con todos los niveles de alfabetización, teniendo en cuenta las necesidades específicas de las personas con afasia o una discapacidad intelectual.</p>
PBP9✓	<p>Los hospitales deben implementar estrategias para maximizar la independencia y minimizar el riesgo de daño para los pacientes con trastorno neurocognoscitivo mayor.</p>
PBP10✓	<p>Las instituciones de atención en salud, deben considerar las necesidades de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor al momento de diseñar servicios e instalaciones de salud. En particular, tener en cuenta los paquetes instruccionales de buenas prácticas para la atención en salud del MSPS.</p>
PBP11✓	<p>Las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor a temprana edad tienen necesidades únicas; las organizaciones deben adaptar sus servicios con el fin de asegurar que sean adecuados para la edad y atender las necesidades de los pacientes con trastorno neurocognoscitivo mayor a temprana edad, sus cuidadores y familiares.</p>

Evidencia

Se realizó una búsqueda de la evidencia de estudios recientes (2005-2014) que identificó las barreras para acceder a los servicios y las disparidades de la atención en salud para personas con trastorno neurocognoscitivo mayor. La búsqueda no identificó estudios derivados de un diseño epidemiológico que evaluaran intervenciones para superar barreras o para aumentar el acceso a la atención en salud en personas con trastorno neurocognoscitivo mayor. En lugar de esto, la literatura que describe las barreras para la atención de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor se revisaron (de forma no sistemática) para informar una recomendación basada en el consenso.

Los estudios internacionales (en otros contextos) han reportado diferencias en el cuidado entre las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor y sin la enfermedad. Un estudio canadiense reportó que las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor que viven en la comunidad eran más propensas a informar de las necesidades no satisfechas en lo que concierne a la atención comunitaria que las personas sin la enfermedad (25). Otro estudio, realizado en los Estados Unidos, informó que entre las personas con diabetes que viven en cuidados domiciliarios, las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor recibieron menos tratamiento para el control de la diabetes que aquellos sin trastorno neurocognoscitivo mayor (26).

Se han identificado varias barreras para el cuidado cuando se accede al cuidado primario. Estas se atribuyen a una variedad de razones, incluyendo factores del paciente (como el estigma percibido), factores del médico general (como incertidumbre en el diagnóstico) y características del sistema (como limitaciones de tiempo) (27).

Declaración de evidencia	Calidad GRADE	Recomendación relacionada
No se identificaron estudios que evaluaran intervenciones diseñadas para superar barreras para acceder a la atención de salud óptima en personas con trastorno neurocognoscitivo mayor.	No aplica	RBC1

5.4 Consideraciones para los grupos étnicos

En Colombia existen 102 poblaciones indígenas según la organización nacional de Indígenas de Colombia (ONIC), la población indígena total se calcula en 1.378.884 personas (DANE, Censo General 2005), de ellas 933.800 se asientan en los 710 resguardos existentes. Aproximadamente 70,000 de los desplazados internos registrados en Colombia son indígenas, la ONIC calcula que las cifras pueden ser mayores teniendo en cuenta que muchos indígenas no tienen acceso al registro, debido a la lejanía de sus tierras o porque no hablan español o no conocen el sistema nacional de registro y de salud (28).

Existen múltiples barreras para la salud y el cuidado del adulto mayor para los pueblos indígenas. Esto puede estar relacionado por una combinación de factores que incluyen: desconocimiento de los servicios disponibles y/o servicios que no satisfacen las necesidades de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor, por ejemplo, falta de personal disponible que hablen el idioma local así como la falta de atención culturalmente apropiada (29). Los profesionales de la salud necesitan comprender las perspectivas culturales de la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, sus familias y cuidadores; estar al tanto de los recursos culturalmente específicos que pueden estar disponibles.

Puntos de buena práctica

PBP12✓	Los servicios de salud que prestan atención a población indígena con trastorno neurocognoscitivo mayor, deben ser culturalmente sensibles y utilizar traductores y/o intérpretes culturales cuando sea necesario, particularmente durante la evaluación, al comunicar el diagnóstico y obtener el consentimiento.
--------	---

5.5 Consideraciones para poblaciones cultural y lingüísticamente diversas

Las necesidades de las comunidades y los individuos dentro de esas comunidades varían considerablemente, y estas necesidades deben ser reconocidas y tratadas en el sistema de salud y servicios de cuidado del adulto mayor para asegurar la capacidad de proporcionar atención óptima a la persona, independientemente de sus antecedentes culturales o lingüísticos. Es ampliamente reconocido que las personas mayores se enfrentan a obstáculos al acceder a los servicios de salud y atención al adulto mayor. Estas barreras pueden estar relacionadas con el lenguaje, una menor conciencia de los servicios y la falta de información accesible (30). Los factores que afectan el acceso incluyen el tipo de servicio prestado, la forma en que se presta el servicio y por quién se presta(31).

Los niveles de comprensión del trastorno neurocognoscitivo mayor varían dentro de diferentes grupos culturales(31). Estas creencias pueden provocar retrasos en la atención de salud y de los servicios de cuidado del adulto mayor. Muchas comunidades se resisten a admitir la enfermedad debido a estigma asociado. Esto puede llevar a la persona a aislarse de la familia y los amigos.

Puntos de buena práctica

PBP13✓	Los servicios sanitarios necesitan reconocer y responder a las necesidades culturales y lingüísticas de las personas que viven con trastorno neurocognoscitivo mayor, sus cuidadores y sus familias.
--------	--

Diagnóstico y evaluación

Antecedentes

Un diagnóstico oportuno se efectúa cuando el paciente, o una persona que lo conoce, reporta los síntomas, los profesionales de la salud responden a estas preocupaciones conduciendo u organizando de inmediato un estudio adicional. Los síntomas del trastorno neurocognoscitivo mayor los reporta frecuentemente un miembro de la familia o cuidador, y es menos probable que lo hagan los pacientes (32). Los síntomas también pueden ser advertidos por trabajadores de la salud o alguien cercano a la persona, como un amigo o vecino. El médico general puede también identificar los síntomas de deterioro cognoscitivo durante las valoraciones rutinarias en los adultos mayores (65 años)(33).

La investigación sugiere que en la práctica actual existe una brecha significativa entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico del trastorno neurocognoscitivo mayor (34). En particular, las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor a temprana edad reportan barreras en el diagnóstico. Hay mucho debate en cuanto a cómo reducir dicha brecha; un método sugerido es llevar a cabo tamización poblacional de deterioro cognoscitivo. Los beneficios anticipados de la tamización serían el diagnóstico temprano y retraso de tiempo reducido entre los indicios, síntomas experimentados y el diagnóstico. Esto puede facilitar el acceso a la información de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor, sus cuidadores y familias, la asesoría, los servicios y tratamientos de apoyo. Permitiría también la planeación más temprana (incluyendo la planeación financiera, seguros y problemas de seguridad), lo cual puede volverse más difícil conforme a la severidad de la enfermedad.

Estos beneficios necesitarían equilibrarse contra daños potenciales, que quizá incluyan ansiedad, depresión y cuidado temprano (35). El debate respecto a los beneficios y daños de la oportunidad del diagnóstico es probable que cambie a medida que se vuelvan disponibles nuevas pruebas y tratamientos.

5.6 Identificación temprana

Recomendación basada en consenso

RBC2	No se deben realizar exámenes de rutina para la detección temprana del trastorno neurocognoscitivo mayor en la población general. <i>*Calidad de la evidencia muy baja</i>
RBC3	Los médicos que trabajan con personas mayores deben estar atentos al deterioro cognoscitivo mayor, especialmente en los mayores de 65 años. Síntomas de deterioro cognoscitivo: <ul style="list-style-type: none">• Falla de la memoria episódica

	<ul style="list-style-type: none"> • Labilidad emocional • Depresión o ansiedad • Alteraciones del sueño • Anosognosia <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia muy baja</i></p>
--	---

Punto de buena practica

PBP14✓	Las preocupaciones o los síntomas deben ser explorados cuando sean observados, anotados o reportados por la persona, cuidador (s) o familia y no deben ser aceptados como "parte del envejecimiento normal".
--------	--

Evidencia y conclusiones

El comité directivo NICE realizó una búsqueda de evidencia cuantitativa y cualitativa examinando las ventajas o desventajas asociadas con la identificación temprana. Identificaron una revisión sistemática que no identificó ningún ensayo controlado aleatorio que abordara esta cuestión. Por lo tanto, concluyeron que no había pruebas suficientes para justificar la tamización de la población en la atención primaria (36) y de esta manera formula una recomendación contra la tamización en la población general.

Una revisión sistemática reciente abordó los daños y beneficios potencialmente asociados con la tamización para deficiencia cognitiva (37). La revisión no identificó estudios que evaluaran el efecto directo. Existe un gran ensayo aleatorizado controlado en los Estados Unidos en curso cuyos resultados preliminares proporcionarán información importante en relación a los beneficios o no del diagnóstico temprano (37).

Declaración de evidencia	Calidad GRADE	Recomendación relacionada
No se identificó ningún estudio que evaluara el tamizaje del deterioro cognoscitivo en la población general	No aplica	RBC2-3

5.7 Servicios de evaluación especializada

Los especialistas o servicios especializados en la evaluación cognoscitiva tienen experiencia en valoración, diagnóstico, suministro de información y tratamiento de personas con trastornos de la memoria y otros trastornos cognoscitivos relacionados, con un enfoque de valoración e intervención oportunas. Dentro de los especialistas con experiencia en trastornos de la memoria se incluyen geriatras, neurólogos, psiquiatras y psicogeriatras. La evaluación se puede llevar a cabo en un servicio especializado (por ejemplo, una clínica de memoria) o por un experto en la evaluación de la memoria (por ejemplo, un geriatra, un neurólogo o un psiquiatra). Los servicios de evaluación de la

memoria pueden ser multidisciplinarios e incluir a otros miembros del personal médico. Las personas con síntomas de trastorno neurocognoscitivo mayor son remitidas a especialistas o servicios de evaluación de la memoria por profesionales de la salud, o en algunos casos se dirigen por iniciativa propia.

Recomendación basada en evidencia

<p>RBE1</p> 	<p>A las personas con un posible diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo, se les debe ofrecer remisión a profesionales o servicios especializados en evaluación de funciones cognoscitivas para una valoración completa.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>
---	--

Puntos de buena práctica

<p>PBP15✓</p>	<p>Los especialistas y los demás servicios de evaluación de las funciones cognoscitivas deben ofrecer un servicio receptivo para ayudar a un diagnóstico oportuno y deben poder organizar una gama completa de servicios de evaluación, diagnóstico, terapéutico y de rehabilitación para satisfacer las necesidades de las personas con diferentes tipos y severidad de trastorno neurocognoscitivo mayor, así como las necesidades de sus cuidadores y familias que viven en la comunidad. Las remisiones para los servicios de atención médica requeridos deben ser hechas directamente por los especialistas o el servicio de evaluación de la memoria.</p>
---------------	---

Evidencia y conclusiones

El comité directivo NICE llevó a cabo una amplia búsqueda para formular recomendaciones relacionadas con el proceso óptimo de evaluación para las personas con síntomas de demencia. No citaron ningún estudio que informara los resultados de los pacientes que evaluaron los efectos de los servicios de evaluación de la memoria en relación con otros modelos de servicio.

La evidencia identificó dos ensayos clínicos controlados (38,39). El primer ensayo controlado aleatorizado se realizó en Australia por parte de Logiudice y colaboradores (38), la intervención incluyó consulta con especialistas, consejería a cuidadores, orientación por un especialista en enfermería, valoración de neuropsicología y consulta a la familia. El estudio se enfocó en los desenlaces correspondientes al cuidador y encontró que aquellos que habían asistido a una clínica de memoria en compañía de alguien con trastorno neurocognoscitivo mayor, presentaron una mejoría psicosocial significativa a los seis meses.

El segundo estudio se realizó en los Países Bajos y comparó los efectos de la atención en una clínica de memoria frente al cuidado por parte del médico general bajo condiciones de la vida real (39). La clínica de memoria incluyó consulta por un especialista, prescripción de medicamentos inhibidores de acetilcolinesterasa e intervenciones no farmacológicas

(por ejemplo, terapia ocupacional). El grupo de control involucró la consulta con el médico general y el cuidador, basado en las prácticas generales y las guías de demencia del cuidado en el hogar holandesas. El estudio no encontró diferencias significativas entre resultados de pacientes a los 12 meses. No se encontraron diferencias significativas entre clínicas de memoria y médicos generales en los tratamientos y planeación del cuidado luego de realizar el diagnóstico (39).

Declaración de evidencia	Calidad GRADE	Recomendación relacionada
Un ECA efectuado en Australia encontró que los cuidadores que asisten a una clínica de memoria en compañía de una persona con trastorno neurocognoscitivo mayor reportan calidad de vida mejorada (estatus psicosocial) en seis meses en comparación con aquellos que visitan al médico general (38).	Bajo	RBE1
Un ECA efectuado en los Países Bajos no encontró una diferencia significativa entre el servicio de valoración de memoria y las visitas al médico general (en los cuales el cuidado se dio con base en guías locales para los médicos generales) para la calidad de vida de la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor (39).	Moderada	RBE1

5.8 Seguimiento a las personas con trastorno neurocognoscitivo leve

Las personas con trastorno neurocognoscitivo leve (MCI) tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno neurocognoscitivo mayor. Las tasas de conversión de la MCI difieren entre subtipos y diferentes escenarios (especialista contra comunidad) (40,41). Actualmente no hay consenso sobre la frecuencia con la que las personas con MCI deben ser evaluados por los servicios de evaluación de la memoria.

Recomendación basada en consenso

RBC4	<p>Los servicios de salud especializados en neurología que identifican a las personas con deterioro cognoscitivo leve, deben ofrecer seguimiento a través de un profesional de la salud capacitado después de 6 a 18 meses para supervisar los cambios cognoscitivos y otros síntomas. Se sugiere realizar una evaluación del estado de salud y social periódica por lo menos cada tres meses. En cada sesión evaluar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Comorbilidades médicas y psiquiátricas, incluyendo déficit visual y auditivo, dolor, control de esfínteres.- Estabilidad o progresión de los síntomas del trastorno neurocognoscitivo mayor, buscando cualquier nuevo síntoma y cualquier cambio repentino.- Capacidad para participar en actividades de la vida diaria.- Riesgos de seguridad (por ejemplo, conducir un vehículo, administración financiera, manejo de medicamentos, riesgos de seguridad en el hogar derivados de cocinar o fumar, posibilidad de vagabundeo, etc.).- Presencia y gravedad de la depresión.- Presencia y gravedad de los síntomas conductuales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor.- Riesgo de autolesión.- Si está bajo cualquier medicación: respuesta al tratamiento, efectos secundarios y adherencia al tratamiento, así como síntomas cognitivos y síntomas principales específicos.- Cualquier obstáculo para participar en el tratamiento.- El cansancio y afrontamiento del cuidador, las necesidades de información, capacitación y apoyo. <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia muy baja</i></p>
------	--

Evidencia y conclusiones

El comité directivo NICE recomendó que las personas con MCI deben ser seguidas con el fin de monitorear el deterioro cognitivo. No proporcionaron orientación sobre la frecuencia con la que deberían realizarse las revisiones. Por lo tanto, se llevó a cabo una revisión para abordar esta pregunta.

Una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados u otros estudios comparativos. La revisión no identificó ningún estudio que comparara las frecuencias alternativas de evaluación, o que comparara la evaluación de seguimiento con la ausencia de seguimiento, para los pacientes con trastorno neurocognoscitivo leve que asisten a las clínicas de memoria.

Por lo tanto, el GD (GPC Australiana) hizo una recomendación basada en consenso, para lo anterior se usaron tasas de conversión de la MCI en pacientes con trastorno neurocognoscitivo mayor para la toma de decisión.

En un entorno clínico (o especializado), la tasa de conversión anual de MCI a enfermedad de Alzheimer en 13 estudios se informó del 10,2% (rango 5,9 a 18,8%) (42). Los índices de conversión anual en los estudios que reclutaron a los sujetos de la comunidad fueron menores (mediana del 6%, rango del 4,3% al 11,5% en 11 estudios).

Declaración de evidencia	Calidad GRADE	Recomendación relacionada
No se identificó ningún estudio que comparara resultados de personas con MCI que asisten a clínicas de memoria para su revisión en frecuencias alternativas.	No aplica	RBC4

5.9 Diagnóstico del trastorno neurocognoscitivo mayor

Antecedentes

El trastorno neurocognoscitivo mayor se diagnostica sobre la base de criterios clínicos después de la evaluación integral incluyendo la historia, la evaluación del estado cognoscitivo, el examen físico y la revisión de medicamentos (43,44).

Las investigaciones recientes han examinado la cantidad de evidencia disponible para informar sobre el uso de biomarcadores de trastorno neurocognoscitivo mayor (45). En la actualidad, aunque hay muchos estudios de diagnóstico por biomarcadores para la enfermedad de Alzheimer (incluyendo marcadores para -amiloide o marcadores de lesión neuronal incluyendo CSF-tau, disminución de la captación de 18F-fluorodeoxy-glucosa en la tomografía de emisión de positrones o resonancia magnética) hay muchas limitaciones en la calidad de los estudios y en general la evidencia de biomarcadores para el diagnóstico de demencia no es suficiente.

Aunque los criterios desarrollados recientemente para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer proporcionan una distinción “semántica y conceptual” entre sus síndromes clínicos y los procesos fisiopatológicos, el uso rutinario de biomarcadores para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer no se recomienda en este momento (46,47). Muchos estudios de biomarcadores están relacionados con su valor predictivo en la determinación de si el trastorno neurocognoscitivo leve puede progresar a la enfermedad de Alzheimer o a otros trastornos neurocognoscitivos (48,49).

Puntos de buena práctica

PBP16✓	<p>Un diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo mayor debe hacerse sólo después de una evaluación integral, que debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La historia clínica debe obtenerse de datos suministrados por el paciente o un informante que conoce bien al paciente, si es posible. - Examen del estado cognoscitivo con un instrumento validado (Ver Tabla 1) - Examen físico completo. - Revisión de los medicamentos con el fin de identificar y minimizar su uso, incluyendo los productos de venta libre, que pueden afectar negativamente el funcionamiento cognoscitivo y para simplificar la dosificación. - Consideración de otras causas (incluyendo delirium o depresión).
PBP17✓	<p>En el momento del diagnóstico del trastorno neurocognoscitivo mayor y los subsecuentes controles periódicos, se deben evaluar las comorbilidades médicas y las características psiquiátricas claves asociadas con la enfermedad, incluyendo depresión y psicosis, para asegurar el tratamiento óptimo de condiciones coexistentes</p>
PBP18✓	<p>La evaluación inicial generalmente dentro de la atención primaria debe incluir los siguientes análisis de sangre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma - Pruebas bioquímicas (incluyendo electrolitos, calcio, glucosa, pruebas de función renal y perfil hepático) - Pruebas de la función tiroidea - Niveles de vitamina B12 y ácido fólico
PBP19✓	<p>La evaluación para sífilis y VIH deben realizarse sólo en pacientes con factores de riesgo.</p>

PBP20✓	Los síntomas y los hallazgos clínicos deben orientar la decisión de realizar paraclínicos adicionales tales como radiografía de tórax o electrocardiograma. En algunos pacientes se considera un electrocardiograma si se pretende prescribir inhibidores de la acetilcolinesterasa.
PBP21✓	El examen del líquido cefalorraquídeo no debe realizarse de forma rutinaria como parte de la evaluación para la del trastorno neurocognoscitivo mayor.
PBP22✓	El examen del líquido cefalorraquídeo puede ser indicado si se sospecha enfermedad de Creutzfeldt-Jakob o un trastorno neurocognoscitivo mayor rápidamente progresivo. En lo posible remitir a un servicio especializado para realizar el procedimiento diagnóstico.
PBP23✓	Un diagnóstico de subtipo del trastorno neurocognoscitivo mayor debe ser realizado por profesionales de la salud con experiencia en diagnóstico diferencial utilizando criterios estandarizados internacionales.
PBP24✓	El electroencefalograma no debe realizarse de forma rutinaria como parte de la evaluación para el trastorno neurocognoscitivo mayor. El electroencefalograma debe considerarse en la evaluación de la epilepsia asociada en personas con trastorno neurocognoscitivo mayor.
PBP25✓	La biopsia cerebral con fines diagnósticos debe considerarse sólo en personas altamente seleccionadas cuyo trastorno neurocognoscitivo mayor se piensa es derivado de una condición potencialmente reversible, que no puede ser diagnosticada de ninguna otra manera reversible, que no puede ser diagnosticada de ninguna otra manera como demencia por consumo de alcohol, hipotiroidismo y deficiencia de vitamina B12, entre otras.
PBP26✓	Actualmente se están evaluando muchas tecnologías de diagnóstico, incluyendo biomarcadores para la lesión β -amiloide o neuronal (por ejemplo, tomografía de emisión de positrones 18F-fluorodeoxiglucosa [FDG-PET] o CSF tau) y puede resultar útil en la evaluación del trastorno neurocognoscitivo mayor en el futuro. El uso rutinario de estas tecnologías en la práctica clínica actual se considera prematuro.

En la práctica actual, el proceso para el diagnóstico del trastorno neurocognoscitivo mayor es variable. Estas recomendaciones para la evaluación sistemática de la enfermedad pueden aumentar la coherencia en el enfoque a través de diferentes profesionales y entorno.

5.10 Evaluación cognitiva.

Antecedentes

La evaluación cognitiva implica la evaluación de las funciones cognitivas, incluyendo la memoria, la orientación y la función ejecutiva.

Puntos de buena práctica

PBP27✓	La evaluación clínica cognitiva que se realiza en individuos con sospecha del trastorno neurocognoscitivo mayor debe incluir una prueba que utilice un instrumento válido y confiable (idealmente un instrumento validado para la población colombiana) (ver Tabla 1). Los profesionales de la salud deben tener en cuenta otros factores que influyen en el desempeño del individuo, como por ejemplo: edad, nivel educativo, funcionamiento previo, alteraciones en la comprensión o en la producción del lenguaje, impedimentos auditivos o visuales.
PBP28✓	La mejor evaluación cognoscitiva disponible se debe realizar siempre para el diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo mayor.

Tabla 1. Herramientas de medición de la función cognitiva

Examen mini mental modificado (3MS)	Valoración cognitiva de Montreal (MoCA)
Examen de estado minimal (MMSE)	Batería de valoración frontal (FAB)
La escala-cognición de la valoración de la enfermedad de Alzheimer (ADAS-Cog)	EXIT 25
Valoración de cognición del practicante general (GPCOG)	Examen cognitivo de Addenbroke (ACE-R sustituido ahora por ACE-III)
Escala de valoración psicogerítrica (PAS)	

Elaboración propia. Fuente GPC adoptada.

Las pruebas para la evaluación cognitiva son pruebas prácticas simples que evalúan aspectos específicos de la función cognitiva. Así, actúan como herramientas iniciales para evaluar la cognición. La detección de la deficiencia cognitiva llevará a una valoración más completa.

5.11 Neuroimagen

La neuroimagen se utiliza principalmente para identificar otras causas de trastorno neurocognoscitivo, particularmente aquellas susceptibles de intervención quirúrgica (por ejemplo, lesiones focales o hidrocefalia de presión normal). Se estima que del 9% de

casos de demencia que se identifican como potencialmente reversibles, sólo 0,6% se revierten total o parcialmente (50). Sin embargo, si se identifica una causa reversible, el impacto en los resultados para la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor podría ser crítico.

También se pueden realizar neuroimágenes para ayudar a diferenciar el subtipo de demencia. El diagnóstico de subtipos puede ser complejo ya que muchos casos del trastorno neurocognoscitivo mayor implican múltiples etiologías (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer y demencia vascular o enfermedad de Alzheimer y cuerpos de Lewy a pesar de ser extremadamente infrecuente). El propósito del diagnóstico es identificar la causa predominante para el manejo. Las neuroimágenes pueden ser de gran valor al comunicar el diagnóstico a una persona con trastorno neurocognoscitivo mayor y a su cuidador(es), familia y explicar la causa patológica de la enfermedad.

Imagen estructural

Antecedentes

La imagen estructural del cerebro se puede realizar usando tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética estructural (RM). Estas imágenes pueden delinear las estructuras cerebrales y proporcionar información sobre anomalías estructurales. Las anormalidades estructurales, como la enfermedad cerebrovascular o patrones de atrofia cerebral, pueden ayudar en el diagnóstico de subtipos de demencia (por ejemplo, la atrofia medial del lóbulo temporal puede ayudar en el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer)(51). La RM tiene una resolución mayor que la TC y puede detectar cambios anatómicos y vasculares más sutiles (52). Sin embargo, una revisión de 38 estudios, entre ellos cuatro que compararon directamente la precisión de la RM y la TC, encontraron evidencia insuficiente que sugiera que la RM fuera superior a la TC para identificar cambios cerebrovasculares en casos de EA, DV y demencia mixta confirmados con autopsia (53).

La RM está contraindicada en algunos pacientes, como aquellos portadores de marcapasos, estimuladores del nervio vago, cardio - desfibriladores implantables, implantes cocleares y bombas de insulina (51-53). La resonancia magnética también es inadecuada para los pacientes que son claustrofóbicos o incapaces de permanecer quietos por largos períodos.

El comité directivo NICE recomendó el uso de imágenes estructurales en la evaluación de las personas con sospecha de trastorno neurocognoscitivo mayor para excluir otras causas de trastorno neurocognoscitivo y ayudar a establecer el diagnóstico de subtipo. (Los resultados de la búsqueda sistemática no se presentaron en su informe).

El GD (GPC Australiana) acordó que la imagen estructural era necesaria para excluir las etiologías cerebrales en la mayoría de las personas con sospecha de trastorno neurocognoscitivo mayor y, por lo tanto, esto se declaró como un punto de buena práctica. Recomendaciones basadas en la evidencia con respecto al uso de imágenes estructurales en subgrupos de personas con trastorno neurocognoscitivo mayor se

consideraron innecesarias en ausencia de pruebas de los daños asociados con la imagen estructural.

Puntos de buena práctica

PBP29✓	En la evaluación de las personas con sospecha de trastorno neurocognoscitivo mayor se debe realizar una imagen estructural (tomografía computarizada [TC] o resonancia magnética [RM]) para excluir otras enfermedades cerebrales y ayudar a establecer el diagnóstico de subtipo, a menos que el juicio clínico lo indique inapropiado.
--------	--

Imagen funcional

Antecedentes

La neuroimagen funcional representa los cambios en el funcionamiento del tejido cerebral. La tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT) o la tomografía por emisión de positrones (PET) se pueden utilizar para identificar áreas del metabolismo de glucosa o perfusión cerebral disminuidas, lo que indica lesiones o pérdidas neuronales. El SPECT se realiza con una variedad de trazadores incluyendo hexametil propilen-aminoxima o exametazima (99mTc-HMPAO), N-isopropil- (Iodo - 123) p - yodoamfetamina (123I - IMP) y dímero de etilen-cisteinato (99mTc - ECD).

La imagen funcional para el diagnóstico del trastorno neurocognoscitivo mayor también puede efectuarse usando PET. Esta revisión comparó el desempeño de ¹⁸F-FDG-PET con el de la SPECT en el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer (EA) donde otros métodos de diagnóstico no son concluyentes. El GD (GPC Australia) realizó una evaluación de la PET en el diagnóstico del trastorno neurocognoscitivo mayor, encontrando datos clínicos comparativos limitados, y concluyendo que ¹⁸F-FDG-PET y el SPECT tenían precisión de diagnóstico similar para detectar la enfermedad de Alzheimer (54). Además, revisiones recientes han concluido que la evidencia del uso de ¹⁸F-FDG-PET no fundamenta su utilización rutinaria en el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer o en personas con trastorno neurocognoscitivo leve para predecir la conversión a la enfermedad de Alzheimer (46,48,55).

Recomendación basada en evidencia

RBE2 	La tomografía por emisión de positrones no debe utilizarse en personas con trastorno neurocognoscitivo menor ya sea para diferenciarlo del trastorno neurocognoscitivo mayor ni para diferenciar las formas progresivas del trastorno neurocognoscitivo mayor de las no progresivas *Calidad de la evidencia muy baja
---	--

Evidencia y conclusiones

El comité directivo NICE utilizó evidencia de una revisión sistemática existente para realizar una recomendación sobre el uso de HMPAO SPECT en la diferenciación de subtipos de trastorno neurocognoscitivo (56). Sin embargo, no se considera la precisión de SPECT por encima de la evaluación global estándar incluyendo a la imagen estructural; no se excluyeron estudios de casos y controles. Basándose en la escasez de estudios y en las opiniones de expertos clínicos, el GD (GPC Australiana) consideró que el valor adicional de SPECT a la evaluación general estándar en la diferenciación de subtipos de trastorno neurocognoscitivo no apoyaba una recomendación para su uso.

Diferenciación entre el deterioro cognitivo leve y trastorno neurocognoscitivo mayor

En una evaluación de tecnología de la salud publicada en 2006, no se identificaron estudios que informen de la precisión del SPECT sobre la valoración clínica en la diferenciación entre el trastorno neurocognoscitivo mayor y el trastorno neurocognoscitivo leve (57). En la actualización de la evidencia se identificaron tres estudios que proporcionaron datos sobre el valor de SPECT por encima de la evaluación clínica.

Dos estudios proporcionaron alguna información sobre la exactitud de SPECT cuando se usó de forma adicional a la evaluación clínica. Un estudio alemán informó de 12 pacientes de clínicas de memoria inicialmente diagnosticados con trastorno neurocognoscitivo leve (58). El SPECT cambió el diagnóstico de MCI a trastorno neurocognoscitivo mayor en ocho pacientes, correctamente en cuatro de estos casos (un 50%). En este estudio, el SPECT no tenía ningún valor adicional en general, pero se consideró que había un alto riesgo de sesgo en estos resultados. En otro estudio, la SPECT 99mTc-HMPAO fue de poco valor diagnóstico en un grupo de pacientes jóvenes con trastorno neurocognoscitivo leve que asistían a una clínica de memoria con diagnóstico incierto siguiendo una valoración completa estándar que incluía imagen estructural (59).

Una auditoria médica de las remisiones para la realización de SPECT en el área rural de Nueva Gales del Sur reportó tasas de concordancia entre SPECT, TC y las valoraciones neuropsicológicas (60). En este estudio, 31% de las remisiones fueron de médicos generales y 98% fueron por sospecha de trastorno neurocognoscitivo mayor. En 76% de las personas con una comparación entre la TC y la valoración neuropsicológica disponible, el SPECT concordó con los resultados. Por lo tanto, es poco probable que haya tenido un impacto importante en el diagnóstico o manejo, aunque pudiera incrementar la confianza en el diagnóstico y la elección del tratamiento cuando los resultados son concordantes.

Predicción de la progresión de la MCI a trastorno neurocognoscitivo mayor

Una revisión sistemática reportó la precisión del SPECT para diferenciar entre MCI progresivo y el no progresivo encontrando que el SPECT solo tuvo una sensibilidad y especificidad moderada al predecir la conversión de trastorno neurocognoscitivo leve a trastorno cognoscitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer (61). Un resultado de SPECT positivo, no proporcionó discriminación de pacientes que pueden llegar a

evolucionar a trastorno neurocognoscitivo mayor respecto a aquellos que no lo harán. Además, no es claro el manejo y los desenlaces para personas con MCI que reciben un resultado del SPECT positivo y que pueden llegar a evolucionar a trastorno neurocognoscitivo mayor.

Declaración de evidencia	Calidad GRADE	Recomendación relacionada
Dos estudios de precisión indicaron que la SPECT tiene poco valor adicional sobre la valoración clínica completa estándar para diferenciar el trastorno neurocognoscitivo mayor del trastorno neurocognoscitivo leve (58,59).	Muy Bajo	RBE2
Seis estudios indicaron que el SPECT no proporciona una buena discriminación de pacientes que pueden llegar a evolucionar a trastorno neurocognoscitivo respecto a aquellos que no lo harán(60).	Muy Bajo	RBE2

5.12 Comunicación del diagnóstico

Antecedentes

Recibir el diagnóstico del trastorno neurocognoscitivo mayor tiene un enorme impacto en el paciente, su cuidador(es) y su familia. Tras el diagnóstico, las personas suelen reportar sentimientos de pérdida, ira, incertidumbre y frustración (32). El término " trastorno neurocognoscitivo mayor" puede estar asociado con estigma para el paciente, su cuidador(es), familias, cónyuge y/o pareja. Esto puede ser aún mayor en ciertos grupos culturales (62–64). Sin embargo, algunas personas reportan sentimientos de alivio por tener una explicación de sus síntomas(65).

La información del diagnóstico a una persona con trastorno neurocognoscitivo mayor es fundamental para el principio de autonomía personal. Aunque un número muy pequeño de personas puede optar por no conocer el diagnóstico, es claro que la mayoría de pacientes quiere ser informado y, por lo tanto, es importante que los profesionales de la salud sean honestos y veraces cuando comuniquen el diagnóstico al paciente, su cuidador(es), familias, cónyuge y/o pareja. El diagnóstico debe comunicarse de una manera que sea comprensible para el paciente con respecto a sus necesidades individuales de lenguaje y comunicación (65).

Puntos de buena práctica

PBP30✓	El diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo mayor debe ser comunicado al paciente por un médico especialista, y en caso de no estar disponible, se podrá realizar por un médico general.
PBP31✓	El especialista o el médico general debe ser honesto y respetuoso y utilizar un enfoque individualizado al comunicar el diagnóstico a la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, a sus cuidadores y familiares.
PBP32✓	El especialista o el médico general debe reconocer que los pacientes tienen derecho a conocer o no su diagnóstico. En los casos en que el paciente con trastorno neurocognoscitivo mayor indique que no desea conocer su diagnóstico, su voluntad debe ser respetada. El especialista o el médico general deben asegurarse de que los cuidadores y la familia sean apoyados para manejar las situaciones y las consecuencias de las decisiones. Los pacientes tienen derecho a conocer su diagnóstico aunque la familia y los cuidadores no estén de acuerdo, eso no amerita discusiones, sino explicaciones a los familiares y cuidadores (psicoeducación).
PBP33✓	El especialista o el médico general deben proporcionar información sobre el trastorno neurocognoscitivo mayor de una manera clara y enfatizar que la progresión en algunos casos puede ser lenta, que los tratamientos sintomáticos están disponibles y que la investigación se esfuerza por encontrar curas, aunque hasta ahora sin éxito.
PBP34✓	El especialista o el médico general deben ser conscientes de que las personas con antecedentes de depresión y/o auto-lesión pueden estar en riesgo particular de depresión o suicidio después de un diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo mayor, en particular en los primeros meses después del diagnóstico. Aunque se cree que tales reacciones son infrecuentes, el asesoramiento debe ofrecerse como una forma adicional de apoyar a la persona durante este tiempo.

5.13 Información y apoyo para la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor

Antecedentes

La información y la educación son importantes tanto para el paciente como para su cuidador (es) y su familia. La comunicación y la información son vitales para que los individuos tengan la oportunidad de ser proactivos en términos de manejar su diagnóstico,

la forma en que se transmite la información varía en el transcurso de la enfermedad. El médico debe desempeñar un acompañamiento constante a medida que cambian las necesidades para la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, su cuidador (es) y su familia.

Recomendación basada en consenso

RBC5	<p>Después de un diagnóstico del trastorno neurocognoscitivo mayor, los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben, a menos que el paciente indique claramente lo contrario, proveer a ellos, a sus cuidadores y familiares información escrita y verbal en un formato accesible sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los signos y síntomas del trastorno neurocognoscitivo mayor - El curso y el pronóstico de la condición - Tratamientos - Asesoramiento financiero, legal y jurídico. - Aspectos médico-legales, incluido el tratamiento <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia muy baja</i></p>
------	---

Recomendación basada en evidencia

<p>RBE3</p> 	<p>Las personas con un diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo mayor, en particular las que viven solas, deben recibir información sobre cómo unirse a un grupo de apoyo social.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia muy baja</i></p>
---	--

Puntos de buena práctica

PBP35✓	<p>Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores, deben asegurarse de que la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, sus cuidadores y familiares reciban información escrita y verbal sobre los servicios disponibles en la comunidad. Cualquier consejo e información dada debe ser registrada.</p>
PBP36✓	<p>Los profesionales de la salud y el personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben ser conscientes de que las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor, sus cuidadores y sus familiares pueden necesitar apoyo continuo para hacer frente a las dificultades que presenta el diagnóstico.</p>

Evidencia y conclusiones

El comité directivo NICE buscó estudios que evaluaran la eficacia de las intervenciones educativas para los pacientes con trastorno neurocognoscitivo mayor. Si bien identificó

diferentes intervenciones que incluían la educación como un componente, no pudo encontrar ningún estudio que evaluara el suministro de información o los programas educativos por sí solo.

La evidencia no identificó ningún ensayo controlado o estudios de cohortes que evaluaran los efectos de un programa de información o educación para los pacientes con trastorno neurocognoscitivo mayor. Los estudios cualitativos proporcionan alguna información útil, las encuestas, los grupos de focales y las entrevistas han revelado que las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor refieren que tienen que "presionar" para obtener información (66).

La información que se proporcionó de un "modo claro" o escrita en lenguaje sencillo, se consideró útil, mientras que al proporcionar información excesiva se describió como abrumadora. Las personas solicitaron más información sobre la evaluación cognoscitiva, los medicamentos, la progresión de la enfermedad, asesoramiento financiero, cambio y manejo de comportamiento (66). Se prefiriere los consejos prácticos (abordando problemas como finanzas y asesoramiento legal) una vez que la persona ha asimilado el diagnóstico (67).

Se identifica que la evidencia está a favor de asistir a un grupo de apoyo para personas con trastorno neurocognoscitivo mayor. Leung y colaboradores realizaron una revisión sistemática e identificaron dos ensayos controlados aleatorios relevantes que involucraron a un grupo de apoyo social como un componente clave de la intervención (68). Uno de los estudios evaluó un programa polifacético que incluía ejercicio, terapia cognitivo-conductual y un grupo de apoyo. El otro estudio evaluó un grupo de apoyo social estructurado, incorporando seminarios educativos, discusión de apoyo y estrategias para mejorar la comunicación. Ambos estudios evaluaron la presencia y severidad de un cuadro depresivo; uno de estos encontró un efecto positivo, al reportar pocos casos de depresión en el grupo de intervención, mientras que el otro no encontró efecto alguno. Uno de los estudios examinó la calidad de vida de la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor y encontró que los participantes en el grupo de intervención tenían calificaciones significativamente más altas respecto a una herramienta de medición de calidad de vida que aquellos en el grupo de control (68).

Declaración de evidencia	Calidad GRADE	Recomendación relacionada
No se identificaron ECA o estudios de cohorte que evaluaran los efectos de un programa de educación para personas con trastorno neurocognoscitivo mayor.	No Aplica	RBC5

<p>Una revisión sistemática identificó un ECA que encontró participación en un programa de apoyo social que condujo a una calidad de vida (baja) incrementada. Uno de los dos ECA incluidos en la revisión sistemática encontró que la participación en el grupo de apoyo social llevó a niveles reducidos de depresión (muy baja).</p>	<p>Muy Baja</p>	<p>RBE3</p>
---	-----------------	-------------

Tratamiento

5.14 Organización de servicios de salud

Puntos de buena práctica

<p>PBP37✓</p>	<p>Las EAPB, las Entidades Territoriales y la red de prestación de servicios de salud deben asegurarse de que los planes de cuidado se desarrollen en asociación con la persona, sus cuidadores y familiares, basados en una evaluación integral que incluya la historia de vida de la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, circunstancias sociales, familiares, metas y preferencias, así como las necesidades físicas y mentales, las rutinas y el nivel actual de funcionamiento y habilidades.</p>
<p>PBP38✓</p>	<p>Las EAPB deben garantizar la prestación coordinada de servicios de atención de salud para las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor. Esto debería incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un plan de atención desarrollado en asociación con la persona, su (s) cuidador (es) y familia, que tenga en cuenta las necesidades cambiantes de la persona. - Revisiones formales del plan de atención a una frecuencia acordada entre los profesionales involucrados y la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor y / o sus cuidadores y familiares.
<p>PBP39✓</p>	<p>Los prestadores de atención en salud, las EAPB y las entidades territoriales deben adaptar o desarrollar RIAS locales para el trastorno neurocognoscitivo mayor y software de apoyo a las decisiones para mejorar el diagnóstico y el manejo de la demencia.</p>

Evidencia y conclusiones

El comité directivo NICE informó que pocos de los estudios de servicios que examinaron los resultados para las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor y/o sus cuidadores, permitieron inferencias sobre las maneras más eficaces de planificar y organizar los servicios. Además, el Comité NICE consideró que había limitaciones en la

aplicación de pruebas de otros países debido a diferentes sistemas para organizar y financiar los servicios de salud y atención del adulto mayor. Se decidió que "la base de pruebas para las recomendaciones sobre la planificación y organización de servicios para las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor y sus cuidadores es pequeña (o inexistente en relación con algunos servicios) y generalmente de mala calidad. Cualquier recomendación de servicio proporcionada se basaría en gran parte en puntos de buenas prácticas"(69).

Dado el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la normatividad vigente, se consideraron y redactaron los puntos de buena práctica descritos previamente.

5.15 Capacitación para el personal asistencial y estudiantes

Antecedentes

La necesidad de capacitación en el cuidado del trastorno neurocognoscitivo mayor para personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud (70) y la capacitación en una diversidad de escenarios para el manejo de síntomas conductuales y psicológicos de la enfermedad son áreas prioritarias(71).

Dar capacitación a los profesionales del cuidado de salud y del adulto mayor para aumentar el conocimiento y habilidades en el cuidado de personas con trastorno neurocognoscitivo mayor es una estrategia que puede usarse para incrementar la calidad del cuidado. Sin embargo, la capacitación aislada quizá no resulte en el cambio de la práctica. Pueden presentarse otras barreras organizacionales, sociales y profesionales para dar cuidado óptimo a las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor (72).

Recomendación basada en evidencia

<p>RBE4</p> 	<p>Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben asegurarse de que todo el personal que trabaja con personas con trastorno neurocognoscitivo mayor, reciba entrenamiento (desarrollo de actitud, conocimiento y habilidades) que sea consistente con sus roles y responsabilidades. El entrenamiento debe reflejar los programas que han mostrado optimizar el cuidado de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor. Los programas eficaces tienden a ser:</p> <ul style="list-style-type: none">- Impartidos presencialmente por alguien experimentado en el cuidado del paciente.- Programado durante varias sesiones de formación- Involucrar mentores o apoyo de alguien con experiencia en el cuidado del paciente- Utilizar técnicas activas de aprendizaje tales como resolución de problemas, capacitación basada en casos y juegos de rol. <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>
---	---

<p>RBE5</p> 	<p>Los programas de entrenamiento deben ser integrales y deben tener un fuerte enfoque en comunicación efectiva con la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, sus cuidadores y familiares; reconocer, prevenir y manejar los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad. El personal debe ser entrenado en los principios de atención centrada en la persona y cómo estos principios se aplican en la práctica.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>
---	---

Puntos de buena práctica

<p>PBP40✓</p>	<p>Dado que las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor son vulnerables al maltrato por abuso y negligencia, todos los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores que apoyan a las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor debe recibir información y entrenamiento sobre cómo prevenir y manejar los casos sospechosos de abuso.</p>
<p>PBP41✓</p>	<p>Los programas de educación implementados deben ser evaluados para determinar el impacto en las prácticas del personal y los resultados para las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor, sus cuidadores y familias en esos entornos.</p>
<p>PBP42✓</p>	<p>Todos los programas de estudios de pregrado en ciencias de la salud deben incluir contenido autónomo significativo sobre la evaluación, el tratamiento, apoyo y cuidado de las personas que viven con trastorno neurocognoscitivo mayor. El contenido debe incluir el cuidado centrado en la persona y las implicaciones en salud, sociales y legales de un diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo mayor, su cuidador (s) y su familia.</p>

Evidencia y conclusiones

El comité directivo NICE investigó múltiples bases de datos para ensayos controlados aleatorizados y estudios cualitativos publicados. Proporcionaron un resumen narrativo de estudios e hicieron varias recomendaciones relacionadas con la capacitación del personal, incluyendo a todo el personal que trabaja en centros especializados y en la comunidad. Esta capacitación estará orientada al cuidado de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor, y debe ser consistente con sus roles y responsabilidades.

La búsqueda de evidencia identificó 25 ensayos controlados aleatorizados que evaluaron las intervenciones de capacitación del personal de salud (72–100).

La mayoría de los estudios se realizaron con el personal de atención al cuidado del adulto mayor. No se identificaron estudios que examinaran la eficacia de la capacitación del

personal hospitalario. En general, los resultados de los estudios sugieren que la capacitación del personal puede resultar en la reducción de los síntomas conductuales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor. Los estudios que reportaron desenlaces positivos tendieron a involucrar la capacitación completa y se enfocaron en enseñar el cuidado centrado en la persona, comunicarse efectivamente con el paciente y prevenir y manejar los síntomas comportamentales y psicológicos de la enfermedad.

El formato de capacitación varió en los estudios. Las investigaciones con resultados positivos involucraron por lo general varias sesiones de capacitación, realizadas de tres a seis meses. La duración total del entrenamiento recibido fue aproximadamente de ocho horas de capacitación. El entrenamiento se proporcionó de forma presencial y se emplearon técnicas de aprendizaje interactivas tales como el psicodrama. Muchos de los estudios reportaron problemas en la capacitación, destacando que el cumplimiento es una dificultad en las intervenciones de capacitación del personal.

Declaración de evidencia	Calidad GRADE	Recomendación relacionada
<p>Dos ECA han encontrado que al proporcionar capacitación extensa pero completa en el cuidado del trastorno neurocognoscitivo mayor puede resultar en uso limitado en instalaciones de cuidado en asilo. Un ECA encontró que proveer capacitación extensa pero completa en cuidado de demencia no tuvo impacto significativo en los SCPD o en la calidad de vida de la persona con demencia (72-75).</p>	Moderada	RBE 4-5
<p>Dos (de seis) ECA (74, 97) han encontrado que capacitar al personal en proveer cuidado centrado en la persona y comunicarse efectivamente con la persona con demencia puede reducir los SCPD (74, 75,93, 94, 97,98). Un ECA (de dos) (75) encontró que capacitar al personal para proveer cuidado centrado en la persona y comunicarse efectivamente con la persona con demencia mejora la calidad de vida de está.</p>	Baja	RBE 4-5

5.16 Viviendo bien

Es importante que las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor tengan un estilo de vida saludable y activo para mantener la salud y minimizar comorbilidades y el deterioro funcional.

Los estudios epidemiológicos indican que, en la población general, una dieta mediterránea, la cual contiene cereales, pescado, legumbres, fruta y vegetales y es baja

en grasas saturadas, disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular, algunos tipos de cáncer y mortalidad total (101-103). La persona con trastorno neurocognoscitivo mayor debe visitar regularmente a su médico general para asegurar el manejo apropiado de los factores de riesgo cardiovasculares para reducir el riesgo de cardiopatía, ataque cerebrovascular y demencia vascular.

Nutrición

La alimentación y la pérdida de peso son comunes entre las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor (104). En la comunidad, de 20 a 40% de los pacientes experimentan pérdida de peso clínicamente significativa al año y la ingesta de alimento se considera inadecuada en una proporción similar de personas con trastorno neurocognoscitivo mayor viviendo en cuidado residencial (105). Los hábitos dietéticos en las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor pueden presentar modificaciones, derivadas de cambios en el apetito y gusto, dificultad en la deglución y dificultad en la compra y preparación de comida (104). La alimentación y la hidratación es importante para maximizar la salud de las personas, su calidad de vida y reducir el riesgo de deterioro cognoscitivo, caídas, úlceras e infecciones por presión (105). Como en la actualidad hay evidencia insuficiente para el suplemento de micronutrientes nutricionales, el enfoque debe ser mantener una dieta saludable (105).

Salud oral

Los avances en odontología han generado un aumento en la proporción de personas que conservan sus dientes naturales, así como, de personas que frecuentan los servicios de odontología a edad avanzada para una restauración oral (106). Hay una serie de factores que pueden conducir a una menor salud oral en las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor, incluyendo cambios en la dieta, deficiente cuidado oral, los efectos secundarios de los medicamentos y la reducción de la saliva (107). La mala salud oral puede afectar negativamente la comodidad, autoestima, comportamiento y salud general de la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor. El médico debe enfatizar en la importancia de una buena salud oral, después de animar a la persona (y a su cuidador y/o a su familia) a hacer una cita con un odontólogo. El odontólogo debe ser consciente del diagnóstico del trastorno neurocognoscitivo mayor y debe realizar una evaluación exhaustiva del paciente con el objetivo de desarrollar un plan de tratamiento a largo plazo, sin complicaciones (108). Los chequeos deben ser regulares tanto para personas con dientes naturales como para aquellos con prótesis dentales. Los profesionales de la salud oral pueden evaluar y asesorar sobre el nivel de la asistencia necesaria para mantener una salud oral óptima y proporcionar consejos (108).

Puntos de buena práctica

PBP43✓	Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben apoyar a la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor para que reciban una nutrición e hidratación adecuadas mediante el mantenimiento de una dieta saludable y equilibrada. Las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor deben tener su peso monitoreado y el estado nutricional evaluado regularmente. En casos de desnutrición, la consulta con un nutricionista y/o la evaluación por fonoaudiología puede ser indicada.
PBP44✓	El personal de salud oral es parte integral del equipo de atención en salud de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor. Posterior a la realización del diagnóstico, el profesional de la salud debe recomendar al paciente (o su cuidador (es) o familia) que sea valorado por un profesional de la salud oral. El odontólogo debe realizar una evaluación y formular un plan de tratamiento a largo plazo.

5.17 Promoción la independencia funcional

Antecedentes

El deterioro cognoscitivo es una de las características clave del trastorno neurocognoscitivo mayor y se asocia con una calidad de vida reducida en las personas que lo presentan, incrementado el impacto en las familias y el sistema de salud (43). Las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor de modo creciente tienen dificultad para efectuar actividades en la vida diaria; la asistencia es requerida más frecuentemente para el manejo del cuidado de la salud, movilidad, autocuidado y transporte comunitario (109).

La mayor parte de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor reside en viviendas privadas más que hogares de cuidado del adulto mayor (109). Los datos sugieren que la mayoría de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor (84 %) que viven en la comunidad requieren asistencia para manejar al menos una actividad en la vida diaria (109). Una gran proporción de esta asistencia se proporciona informalmente, por la familia, amigos o vecinos. Aproximadamente tres cuartas partes de los pacientes que viven en la comunidad son apoyadas por una combinación de asistencia formal e informal, y aproximadamente un quinto de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor reciben solo cuidado informal (109).

Las necesidades de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor varían ampliamente y el cuidado adaptado a las circunstancias de la persona puede ser complejo. Un enfoque multidisciplinario en el cual diferentes profesionales de la salud trabajan en conjunto es importante. Es posible que varios profesionales de salud afines se requieran en distintos momentos, dentro de los que se incluyen: fonoaudiólogos,

odontólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionales, oftalmólogos especializados, fisioterapeutas, podólogos, psicólogos y trabajadores sociales (109).

El enfoque de bienestar en el cuidado del trastorno neurocognoscitivo mayor incluye la rehabilitación y recuperación. La rehabilitación contiene intervenciones de tiempo limitado dirigidas hacia una meta específica de la persona para adaptarse a la pérdida funcional o recuperar confianza y capacidad para reanudar actividades (110). El cuidado restaurativo implica intervenciones basadas en evidencia conducidas por trabajadores de salud afines que permiten a la persona obtener una ganancia funcional o mejora luego de un contratiempo, o con el fin de evitar una lesión prevenible (110).

Recomendación basada en evidencia

RBE6	<p>Las personas con demencia deben ser fuertemente animadas a hacer ejercicio. La evaluación y consejo de un fisioterapeuta o fisiólogo de ejercicio puede ser indicado.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>
------	---

RBE7 	<p>Las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor deben recibir intervenciones de terapia ocupacional que incluya (de acuerdo a la necesidad):</p> <ul style="list-style-type: none">- Evaluación y modificación del entorno para facilitar el funcionamiento independiente.- Prescripción de tecnologías para movilidad asistida.- Promover la independencia en las actividades de la vida cotidiana, lo que puede implicar la resolución de problemas, la simplificación de las tareas, la educación y capacitación de sus cuidadores y familiares. <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>
---	--

Puntos de buena práctica

PBP45✓	<p>- La prescripción de tecnologías para movilidad asistida en el contexto colombiano solo la podrá realizar el profesional médico que haga parte del equipo de atención.</p>
--------	---

PBP46✓

Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores, deben tener como objetivo promover y mantener la independencia funcional y social de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor en entornos de cuidado comunitario y residencial. Las intervenciones deben abordar las actividades de la vida diaria que maximizan la independencia, la función y la responsabilidad. La intervención debe incluir:

- Coherencia del personal de atención.
- Estabilidad de entorno.
- Flexibilidad para adaptarse a cambios
- Apoyo a las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor y a sus cuidadores y familias, para que participen en actividades adecuadas (adaptadas) que sean significativas y agradables.
- La evaluación y la intervención, en la medida en que sea posible, con el/los cuidador (es) y la familia, para fomentar las competencias de autocuidado y prevenir el exceso de discapacidad, en particular apoyando a la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor para conservar la independencia.

Evidencia y conclusiones

El comité directivo NICE investigó múltiples bases de datos de ensayos controlados aleatorizados. Reportó que hubo poca investigación a partir de la cual extraer conclusiones claras sobre intervenciones específicas para promover independencia y por lo tanto proporcionar un resumen de buena práctica. También recomendó que las intervenciones deben ser elegidas e implementadas con base en las necesidades y fortalezas de los individuos y establecieron que cualquier persona puede beneficiarse de cualquier combinación de estrategias.

La revisión de la evidencia estuvo orientada a ensayos controlados aleatorizados que evaluaran la eficacia de las siguientes intervenciones: terapia ocupacional, ejercicio, tecnologías para promover independencia funcional en la persona con demencia e intervención de prevención de caídas.

Terapia ocupacional

Una revisión sistemática que examinó los efectos de las intervenciones no farmacológicas para retardar el deterioro cognoscitivo en personas con trastorno neurocognoscitivo mayor viviendo en la comunidad, identificó siete ensayos controlados aleatorizados que evaluaron las intervenciones de terapia ocupacional (112). Un ECA adicional publicado subsecuentemente a la revisión también se incluyó (113). Además se incluyó un estudio adicional que evaluó la eficacia de un programa de terapia ocupacional para personas con demencia en un escenario de cuidado en asilo (114).

Las intervenciones en los estudios incluidos variaron en la frecuencia de las consultas, de 1 a 10 consultas y por lo común implicaron educación y capacitación de habilidades del

cuidador, modificación ambiental, compromiso de la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor en las actividades significativas, solución de problemas individualizados y simplificación de tareas. Cuando se agruparon, los estudios que incluyeron participantes que viven en la comunidad, se encontró que la intervención de terapia ocupacional resultó en un mejoramiento de la función en actividades de la vida diaria (AVD) y de la calidad de vida. El agrupamiento de cuatro estudios no detectó un efecto importante en la reducción del impacto en el cuidador. El estudio conducido en un escenario de cuidado en asilo no encontró diferencias significativas en los resultados de pacientes entre grupos (114).

Ejercicio

Una revisión Cochrane que examinó la eficacia del ejercicio para las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor; incluyó 16 ensayos controlados aleatorizados (115). Dos ensayos adicionales publicados de modo subsecuente a la revisión se incluyeron (116-117). La mayoría de los ensayos controlados aleatorizados (14/18) ocurrieron en hogares al cuidado del adulto mayor, mientras que los ensayos restantes se presentaron en los hogares de los participantes. Los participantes en los estudios incluidos variaron de aquellos con trastorno neurocognoscitivo mayor leve a severo. La frecuencia de la intervención de ejercicio varió de dos veces a la semana a diariamente y la duración fluctuó de dos semanas a 12 meses. Seis estudios de los 18 encontraron que los programas de ejercicio se asociaron a niveles más altos de independencia en actividades de la vida diaria. Seis reportaron que no hubo efectos adversos vinculados con la intervención. Los efectos del ejercicio en la cognición y depresión variaron en los estudios, algunos de ellos reportando beneficios y otros incapaces de medir un efecto importante. No hubo efectos diferenciales claros en las personas con diferentes severidades de trastorno neurocognoscitivo mayor (115).

Tecnologías para promover independencia funcional en la persona con demencia

Dos ensayos controlados aleatorizados evaluaron la eficacia de tecnologías de asistencia diseñadas para promover independencia en personas con demencia (118-119). La tecnología en uno de los ensayos incluyó una intervención de prevención y tratamiento de caídas y esto se consideró bajo la prevención de caídas. El otro ensayo examinó los efectos de usar una plataforma de monitorización del estado de salud de la persona con demencia y su cuidador vía autorreporte. No hubo diferencias significativas entre grupos en términos del impacto del cuidador (118-119)

Prevención de caídas

Dos pequeños ensayos controlados aleatorizados involucraron intervenciones diseñadas para reducir caídas en personas con demencia (118-120). Uno de los estudios examinó la eficacia de una terapia ocupacional y programa de fisioterapia, en tanto que otro estudio examinó la eficacia de la tecnología de prevención y tratamiento de caídas (luz nocturna y alarma de llamada personal). Ambos estudios encontraron que la intervención se asoció a una tasa de caídas reducida (118-120).

Declaración de evidencia	Calidad GRADE	Recomendación relacionada
Cuatro ECA demostró que la terapia ocupacional fue efectiva en mejorar la función de AVD (121-124) y la calidad de vida autorreportada (moderada) (113, 123-125) en personas con trastorno neurocognoscitivo mayor que viven en la comunidad, no se encontró reducción significativa en el impacto del cuidador después de la terapia ocupacional (moderada) (121, 122,125,126).	Bajo-Moderado	RBE6
Una revisión sistemática (115) de seis ECA que evaluaron una intervención de ejercicio y mostró una mejora significativa en la función de AVD (115).	Baja	RBE7

5.18 Entrenamiento cognitivo y rehabilitación

Antecedentes

Las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor experimentan por lo común una disminución en la función cognitiva, la cual impacta crecientemente sus habilidades para realizar actividades diarias. Algunos aspectos de la función cognoscitiva, tales como la función ejecutiva, tienden a ser afectados desde las etapas (127). Las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor de inicio temprano son capaces de nuevos aprendizajes y por ello las intervenciones de rehabilitación que pretenden optimizar la independencia pueden ser apropiadas (118). Las intervenciones que apuntan hacia mejorar la función cognoscitiva y reducir el impacto del deterioro cognoscitivo pueden categorizarse en tres enfoques (127):

1. Terapia de estimulación cognoscitiva: Compromiso en una “gama de actividades y discusiones de grupo dirigidas al mejoramiento general del funcionamiento cognoscitivo y social”.
2. Entrenamiento cognoscitivo: Intervención que “por lo común involucra la práctica guiada sobre un conjunto de tareas estándar diseñadas para reflejar funciones cognoscitivas particulares, tales como memoria, atención, lenguaje o función ejecutiva”.
3. Rehabilitación cognoscitiva: Un “enfoque individualizado para ayudar a las personas con deterioro cognitivo a sus cuidadores y familias, es el trabajo conjunto con profesionales del cuidado de salud para identificar metas relevantes personalmente y estrategias concebidas para abordarlas. El énfasis no está en mejorar el desempeño en las tareas cognoscitivas, sino en aumentar el funcionamiento en el contexto cotidiano”.

Evidencia y conclusiones

Terapia de estimulación cognoscitiva

Una revisión Cochrane identificó 15 ensayos controlados aleatorizados que fueron en general calificados con alto riesgo de sesgo y heterogéneos en términos de los participantes involucrados, la intensidad y duración de la intervención dada (129). Nueve de los 15 estudios se basaron en cuidado en asilo u hospitales y los siguientes seis estudios reclutaron personas que vivían en la comunidad. Los autores reportaron un beneficio en la función cognoscitiva, asociada con estimulación cognoscitiva. Sin embargo, el Comité indicó que hubo defectos en el análisis de uno de los principales ensayos en esta revisión y que estos defectos habían afectado los hallazgos de la revisión (129). En vista de estas preocupaciones y el efecto en los recursos, se decidió no generar una recomendación, dada la evidencia insuficiente de alta calidad.

Capacitación cognoscitiva

Una revisión Cochrane incluyó 11 ensayos controlados aleatorizados que evaluaron el entrenamiento cognoscitivo que fue de calidad baja a moderada (130). La actualización de evidencia identificó un ensayo controlado aleatorizado adicional (131). En general, los participantes tenían trastorno neurocognoscitivo mayor leve. El entrenamiento cognoscitivo no fue asociado con los efectos benéficos en relación con cualquiera de los resultados reportados. Sin embargo, algunos de los ensayos reportaron efectos positivos estadísticamente significativos en las medidas específicas de cognición como fijación de objetivos en el contexto de la vida real, ejercicios relacionados con la memoria, entre otros (132).

Rehabilitación cognoscitiva

La revisión Cochrane que examinó la eficacia del entrenamiento cognoscitivo también examinó la eficacia de la rehabilitación cognoscitiva (230). Los autores incluyeron un ensayo controlado aleatorizado (n=69) de alta calidad que evaluó la rehabilitación cognoscitiva (133). La intervención en el estudio se enfocó en abordar metas significativas personalmente y en entregar intervención individualizada que implicaron proporcionar ayudas y estrategias prácticas, técnicas para aprender nueva información, práctica en el mantenimiento de la atención y técnicas para manejo del estrés. La intervención se asocia al desempeño mejorado de metas individuales (133).

Inhibidores de acetil colinesterasa y memantina

Los medicamentos para pacientes con enfermedad de Alzheimer incluyen a los inhibidores de acetilcolinesterasa: donepezilo, rivastigmina y galantamina, así como a la memantina, que es un antagonista del receptor N-metil-D-asparto. Estos medicamentos no proporcionan una cura, pero pueden reducir los síntomas (134).

De acuerdo a las indicaciones del Esquema de Beneficios Farmacéuticos de Australia, se han puesto restricciones en el uso de estos medicamentos. El Donepezilo, rivastigmina y galantamina pueden prescribirse para personas con enfermedad de Alzheimer en estadio

leve a moderada, mientras que la memantina puede ser prescrita para personas con la enfermedad de Alzheimer estadio severo (134).

Se puede ofrecer una prueba inicial de medicación como terapia única (por seis meses) y evaluar una la respuesta al tratamiento. Una respuesta clínicamente significativa se determina mediante la valoración que involucra a la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, su(s) cuidador(es) o familia y el médico encargado del tratamiento; se debe considerar la calidad de vida de la persona, el funcionamiento cognitivo y los síntomas conductuales. Los inhibidores de acetilcolinesterasa y la memantina se asocian a eventos adversos potenciales y deben evaluarse en las personas a las que se prescriben estos medicamentos. En particular, los profesionales de la salud deben estar conscientes del riesgo de caídas nocturnas asociadas con síntomas de frecuencia urinaria y bradicardia sintomática (134).

Recomendación basada en evidencia

<p>RBE8</p> 	<p>Se recomienda cualquiera de los tres inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, galantamina o rivastigmina) como opciones para controlar los síntomas de la enfermedad de Alzheimer en estadios leve a moderado. Debe evitarse la administración concomitante de medicamentos con efectos anticolinérgicos.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>
<p>RBE9</p> 	<p>Los médicos y enfermeras deben ser conscientes de que los inhibidores de la acetilcolinesterasa están asociados con el riesgo de presencia de eventos adversos. Estos incluyen (pero no se limitan a) náuseas, vómitos, diarrea, mareos, aumento de la incontinencia urinaria y frecuencia, caídas, calambres musculares, pérdida de peso, anorexia, dolor de cabeza e insomnio. El bloqueo cardíaco es un evento adverso potencial poco común, pero grave.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia Moderada</i></p>
<p>RBE10</p> 	<p>Los inhibidores de la acetilcolinesterasa no deben ser prescritos para personas con trastorno neurocognoscitivo leve.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>

Puntos de buena práctica

PBP47✓	Las personas a las que se les ha prescrito un inhibidor de la acetilcolinesterasa o memantina deben valorarse en un corto tiempo (por ejemplo, un mes) para evaluar los efectos adversos y la titulación de la dosis, y dentro de los seis meses para determinar si existe respuesta clínica al tratamiento. Se recomienda revisar y considerar la posibilidad de prescribir la medicación a intervalos regulares.
--------	--

Evidencia y conclusiones

Se identificaron nueve ensayos controlados aleatorizados adicionales realizados en personas con enfermedad de Alzheimer publicados después de la evaluación de tecnología de la salud del NICE. Un nuevo ensayo examinó el efecto del donepezilo contra placebo (135), y otro examinó el efecto de la galantamina contra placebo (136), un ensayo ya incluía en la evaluación de tecnología nuevos datos reportados sobre parches de rivastigmina (137) y seis nuevos ensayos examinaron los efectos de la memantina contra placebo (138-141).

También se identificaron e incluyeron revisiones sistemáticas recientes de los inhibidores de acetilcolinesterasa o memantina para personas con enfermedad de Alzheimer en estadio severo, demencia debido a enfermedad de Parkinson y demencia con cuerpos de Lewy (142), demencia vascular (143-145), trastorno neurocognoscitivo leve (146) y terapia combinada en personas con enfermedad de Alzheimer estadio moderado a severo (147).

Donepezilo

Un total de 20 ensayos controlados aleatorizados examinaron la eficacia del donepezilo comparado con placebo (134-135, 142-144, 148-150). En general, el metaanálisis mostró un pequeño beneficio significativo en la función cognitiva y la función en las AVD a 24 semanas. Cuatro ensayos no encontraron mejora significativa en el comportamiento global y síntomas psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor en 12 o 24 semanas. Solo dos ensayos controlados aleatorizados midieron efectos en la calidad de vida y los hallazgos se mezclaron con un estudio que reportaba mejoría significativa asociada con el donepezilo y otro que reportaba diferencias no significativas entre grupos. Los eventos adversos asociados con donepezilo fueron comunes. Los síntomas reportados con mayor frecuencia fueron náuseas y vómitos (4 a 24% de participantes), diarrea (4 -17%), dolor de cabeza y mareo (3 a 13%) y agitación (hasta 13%). Tres estudios que compararon dosis de 5 y 10 mg de donepezilo encontraron tasas más altas de retiro del medicamento en el grupo que recibió 10 mg (134-135, 142-144, 148-150).

Rivastigmina

Siete ensayos controlados aleatorizados investigaron la eficacia de la rivastigmina comparada con placebo (134). En general, cuatro estudios mostraron un pequeño efecto significativo de la rivastigmina en la cognición a 24 semanas y un pequeño efecto positivo en la función de AVD (basado en el agrupamiento de tres estudios). Algunos estudios

reportaron hallazgos contradictorios en el efecto de tomar rivastigmina sobre los síntomas conductuales y psicológicos de trastorno neurocognoscitivo mayor. En general, se presentó un alto porcentaje de eventos adversos, variando de 51 a 91 % en los grupos de tratamiento y de 46-76% en los grupos de control. Los eventos adversos principales fueron gastrointestinales (134).

Galantamina

Nueve ensayos controlados aleatorizados compararon galantamina con placebo. En general, el metaanálisis de siete ensayos mostró un pequeño efecto significativo en la cognición a las 12-16 semanas. También se observaron pequeños efectos significativos en la función de AVD (con base en dos estudios) y la reducción de síntomas comportamentales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor (con base en dos estudios). En general, se presentó un alto porcentaje de eventos adversos tanto en el tratamiento como en los grupos de control, aunque la frecuencia de eventos adversos en el grupo de tratamiento de galantamina fue mayor. Los principales eventos adversos fueron gastrointestinales, mareo y dolores de cabeza. En los tres estudios que reportaron tasas de eventos adversos serios no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento y de control (134).

Memantina

Ocho ensayos controlados aleatorizados evaluaron resultados asociados a la toma de memantina en comparación con placebo. Si bien un ensayo reportó que hubo un efecto significativo de memantina en la cognición a las 12 semanas, seis ensayos no reportaron diferencias significativas entre grupos respecto a la cognición en las valoraciones siguientes que se extendieron de 24 a 52 semanas. Dos estudios se agruparon y encontraron un efecto significativo en la función de AVD a las 24 semanas, en tanto que un estudio adicional no encontró diferencias entre grupos en la función. Seis estudios midieron los efectos de memantina en los síntomas conductuales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor. Tres estudios encontraron una significativa reducción en los síntomas asociados con memantina en 24 semanas, mientras que dos estudios no encontraron efecto significativo en el seguimiento durante uno a dos años. En general, los estudios identificaron números y tipos similares de eventos adversos en los grupos. Los principales eventos adversos fueron agitación, hipertensión, caídas, mareo y dolor de cabeza (134, 138-141).

Comparación de inhibidores de acetilcolinesterasa

Si bien la actualización de evidencia no incluyó estudios que compararan la eficacia de los inhibidores de acetilcolinesterasa, la evaluación de tecnología del NICE identificó siete ensayos controlados aleatorizados que incluyeron comparaciones cabeza a cabeza y no recomendaron el uso de un inhibidor de acetilcolinesterasa sobre otro (134).

Inhibidores de acetilcolinesterasa para personas con enfermedad de Alzheimer estadio severo

Aunque los inhibidores de acetilcolinesterasa no se han detallado en el esquema de beneficios farmacéuticos para personas con enfermedad de Alzheimer estadio severo, hay evidencia que sugiere que la persona con demencia en dicho estadio puede beneficiarse del tratamiento. Una revisión sistemática que examinó la eficacia de los inhibidores de acetilcolinesterasa por la severidad de la demencia incluyó seis ensayos controlados aleatorizados para el caso de personas con demencia severa (150). Los ensayos fueron generalmente grandes en términos del tamaño de muestra y valorados en bajo riesgo de sesgo. La totalidad de los seis ensayos encontró un pequeño efecto positivo sobre la cognición. Los resultados mostraron el impacto en actividades de la función de vida diaria y síntomas comportamentales y psicológicos de demencia (150).

Inhibidores de acetilcolinesterasa para personas con trastorno neurocognoscitivo mayor debido a enfermedad de Parkinson, trastorno neurocognoscitivo mayor debido a enfermedad por cuerpos de Lewy.

La mayoría de los estudios en los que se ha examinado la eficacia de los inhibidores de acetilcolinesterasa se han realizado en personas con enfermedad de Alzheimer. Hay poca evidencia para estos medicamentos en personas con otros tipos de demencia. Una revisión sistemática del uso de los inhibidores de acetilcolinesterasa para personas con trastorno neurocognoscitivo mayor debido a la enfermedad de Parkinson o debido a cuerpos de Lewy, esta incluyó ensayos controlados aleatorizados que encontraron un efecto positivo estadísticamente significativo en la cognición, cuando los resultados fueron agrupados (142); adicionalmente se identificó inconsistencia en los resultados en términos de impacto en los síntomas comportamentales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor, y poca evidencia sobre la importancia en actividades de la función de la vida diaria, dada por solo un estudio reportando resultados, aunque estos fueron positivos. Se presentaron más eventos adversos en los grupos que recibieron los inhibidores de acetilcolinesterasa; estos incluyeron anorexia, náusea, vómito, diarrea, empeoramiento de síntomas de Parkinson y psiquiátricos, caída, somnolencia, insomnio, dolor, alucinaciones, confusión, mareo, infección del tracto urinario y del tracto respiratorio (142).

Inhibidores de acetilcolinesterasa para personas con demencia vascular

Tres revisiones individuales examinaron la eficacia de donepezilo, rivastigmina y galantamina para personas con deficiencia cognitiva vascular (143, 151-152). También se incluyó un ensayo adicional publicado subsecuentemente de estas revisiones (153). El uso de los inhibidores de acetilcolinesterasa se asoció consistentemente a mejorías leves pero significativas en la función cognoscitiva y actividades de la vida diaria. Hubo poca evidencia de un efecto sobre los síntomas comportamentales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor y los pacientes que recibían estos fármacos experimentaron significativamente más efectos adversos que aquellos que no los tomaron. Los eventos adversos fueron similares en frecuencia y tipo a aquellos reportados en personas con enfermedad de Alzheimer.

Inhibidores de acetilcolinesterasa usados en combinación con memantina

Se consideró evidencia en el uso de terapia combinada (prescripción de un inhibidor de acetilcolinesterasa más memantina) en comparación con monoterapia (solo inhibidor de acetilcolinesterasa). Un metaanálisis de terapia combinada en personas con enfermedad de Alzheimer en estadio severo incluyó datos de cuatro grandes ensayos con bajo riesgo de sesgo (147). Este metaanálisis agrupó datos para demostrar beneficios significativos de la terapia combinada en comparación con la monoterapia para cognición, comportamiento y actividades de la vida diaria. El estimado de eventos adversos serios no fue significativamente diferente entre los tratamientos. La calidad total de la evidencia, basada en la calidad más baja de los resultados críticos (en la forma en que fue valorada usando GRADE por los autores originales), se consideró baja (147).

Inhibidores de acetilcolinesterasa o memantina para trastorno neurocognoscitivo leve

Una revisión sistemática de estudios efectuados en personas con trastorno neurocognoscitivo leve incluyó siete estudios de efectividad de los inhibidores de acetilcolinesterasa (146). El uso de estos medicamentos no alteró significativamente la cognición, las actividades de la vida diaria, los síntomas comportamentales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor, la mortalidad o los eventos adversos serios. Sin embargo, el tratamiento se asoció a un incremento significativo en las tasas de eventos adversos individuales, incluyendo náusea, diarrea, vómito y dolor de cabeza. Los estudios no apoyaron un rol de los inhibidores de acetilcolinesterasa en el tratamiento de personas con trastorno neurocognoscitivo leve.

Declaración de evidencia	Calidad GRADE	Recomendación relacionada
Nueve estudios de diez encontró un efecto significativo en cognición en 24 semanas en personas tomando donepezilo (134)	Bajo	RBE8
Cuatro ECA encontró que no hubo mejoría significativa con donepezilo en los SCPD (medidos usando el Inventario Neuropsiquiátrico) a 12 o 24 semanas (134)	Moderado	RBE8
Cuatro ECA de rivastigmina encontró una mejoría significativa en la cognición en 24 semanas (134)	Baja	RBE8
Un pequeño ECA de rivastigmina encontró un beneficio significativo en los SCPD, mientras que no ocurrió eso con un ECA mayor.	Moderada	RBE8

Declaración de evidencia	Calidad GRADE	Recomendación relacionada
Seis ECA de galantamina encontró una mejoría significativa en cognición de 12 a 16 semanas (134)	Baja	RBE8
Dos estudios de galantamina encontraron una mejora significativa en los SCPD (medidos usando el Inventario Neuropsiquiátrico) en personas con enfermedad de Alzheimer de leve a moderada; esto no se asoció con un incremento en el número de eventos adversos serios(134)	Moderada	RBE8
En personas con enfermedad de Alzheimer de moderadamente severa a severa, datos de tres ECA de memantina encontraron una mejora significativa en los SCPD (medidos usando el Inventario Neuropsiquiátrico) en 24 semanas (134) Dos ECA reportando resultados a largo plazo (en uno a dos años) no encontraron un efecto significativo(134, 140). No se presentaron diferencias significativas en eventos adversos entre los tratamientos con memantina y placebo (134)	Moderada	RBE9
Seis ECA encontraron que los inhibidores de acetilcolinesterasa se asociaron a una función cognitiva significativamente mejorada en personas con enfermedad de Alzheimer severa (150). Dos (de cuatro) ECA encontraron una mejora significativa en la función de AVD. Uno (de cinco) ECA mostró una reducción significativa en los SCPD (150)	Moderada	RBE8
Una revisión sistemática (146) reportó que en personas con trastorno neurocognoscitivo leve, datos agrupados de ECA controlados por placebo de inhibidores de acetilcolinesterasa no encontraron ningún efecto significativo en cognición (ocho ECA), comportamiento (un ECA), actividades de vida diaria (dos ECA), mortalidad total (tres ECA) o eventos adversos serios (cuatro ECA). El tratamiento se asoció a un incremento significativo en las tasas de náuseas y diarrea (cuatro ECA), vomito (tres ECA) y dolor de cabeza (dos ECA).	Baja	RBE10

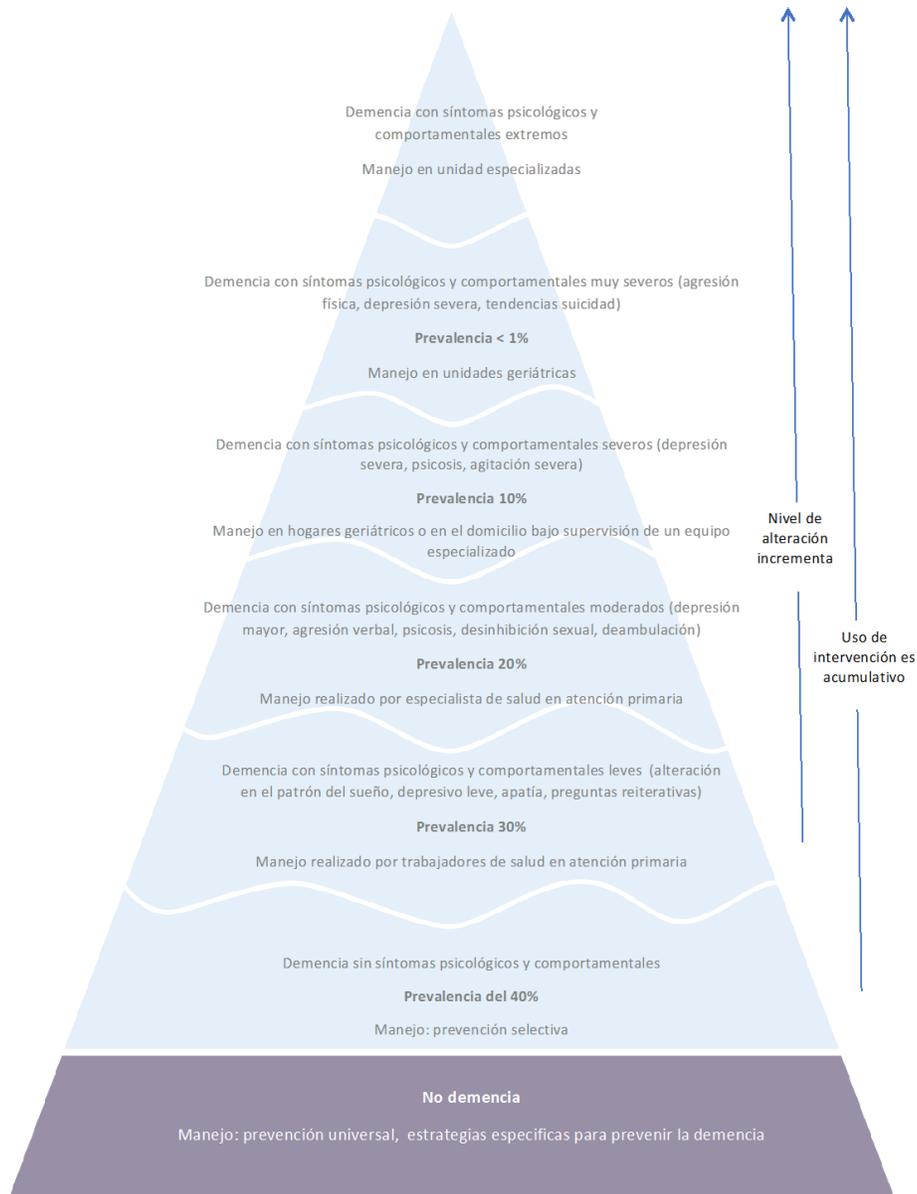
5.18.1.1 Síntomas conductuales y psicológicos

Antecedentes

Las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor experimentan una disminución gradual en su capacidad para comunicarse claramente con otros. La persona puede tener dificultad al comunicar sus necesidades insatisfechas y expresarlas por medio de comportamientos. Los síntomas conductuales y psicológicos de demencia (SCPD) tales como síntomas depresivos, ansiedad, apatía, agitación, problemas al dormir, irritabilidad y desorientación, son muy comunes en personas con demencia. Estudios sugieren que al menos 80% de las personas con demencia han experimentado al menos un síntoma comportamental o psicológico desde el inicio (154). Se considera que los síntomas más comunes son apatía, depresión y agitación. Los síntomas comportamentales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor se refieren a aquellos síntomas que se producen después del diagnóstico y durante la progresión de la enfermedad. Las recomendaciones en cuanto al manejo de los síntomas comportamentales y psicológicos pueden no aplicar en aquellos con enfermedades mentales serias comórbidas preexistentes (154).

Los síntomas pueden ser difíciles de manejar y son asociados a bienestar reducido en cuidadores, costos más altos del cuidado (155) y ubicación temprana del cuidado para el adulto mayor (156). El manejo de los síntomas comportamentales y psicológicos en el trastorno neurocognoscitivo mayor es particularmente desafiante en áreas rurales y remotas debido al acceso reducido a servicios de especialistas (157). La admisión temprana de personas en instalaciones de cuidado del adulto mayor en áreas rurales puede reflejar la falta de servicios de especialistas para apoyar síntomas los conductuales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor en estos escenarios (158). Dichos síntomas pueden ser más prevalentes en personas con trastorno neurocognoscitivo de inicio temprano, en particular cuando la proporción de personas con demencia no debida a enfermedad de Alzheimer es más alta en este grupo (159).

Figura 1. Síntomas psicológicos y comportamentales de la demencia



Los profesionales del cuidado de salud que se encargan de adultos mayores deben intentar prevenir y minimizar los síntomas conductuales y psicológicos de demencia en la primera atención, considerando un enfoque de apoyo proactivo cuando la prevención puede ser efectiva.

5.18.2 Intervenciones no farmacológicas

Recomendación basada en evidencia

<p>RBE11</p> 	<p>Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de adultos mayores deben intentar minimizar el impacto de los síntomas de conducta y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor proporcionando atención centrada en la persona.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>
<p>RBE12</p> 	<p>Para ayudar al cuidador y a la familia de la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, que está experimentando síntomas conductuales y psicológicos, se debe ofrecer intervenciones que involucren:</p> <ul style="list-style-type: none">- Capacitación de los cuidadores en la gestión de los síntomas y la comunicación eficaz con el paciente.- Planificación significativa de la actividad- Rediseño y modificación del entorno para mejorar la seguridad y el disfrute- Resolución de problemas y planificación de la gestión. <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>

Puntos de buena práctica

<p>PBP48✓</p>	<p>Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de adultos mayores los cuidadores y la familia, deben identificar, monitorear y abordar los factores ambientales, de salud física y psicosociales que pueden aumentar la probabilidad que la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor experimente síntomas psicológicos y de comportamiento angustiosos. Estos factores incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">- Necesidades no satisfechas (por ejemplo, dolor, asistencia para el aseo y alimentación, falta de privacidad).- Disminución del umbral de estrés (por ejemplo, conflictos o mala comunicación dentro de la familia o entre el personal, estrés del cuidador).
<p>PBP49✓</p>	<p>Las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor que desarrollan síntomas conductuales y psicológicos, por lo general deben ser tratadas usando enfoques no farmacológicos en primera instancia. La intervención farmacológica normalmente sólo debe ofrecerse primero si la persona, el cuidador o la familia están gravemente afectados, se sospecha de dolor como causa de un riesgo inmediato de daño a la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor o a otros (es decir, síntomas muy severos). Si se utiliza el manejo farmacológico, esto debe complementar, no reemplazar, los</p>

	enfoques no farmacológicos.
PBP50✓	La medición objetiva de los síntomas psicológicos y de comportamiento del trastorno neurocognoscitivo mayor debe realizarse utilizando herramientas con fuertes propiedades psicométricas para monitorear el tipo y los patrones de conducta.
PBP51✓	Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben estar capacitados para desarrollar planes de atención individual (en asociación con la persona, el cuidador y la familia) que incluyan medidas claras que anticipen síntomas severos de comportamiento, psicológicos de trastorno neurocognoscitivo mayor, cómo manejar la violencia, la agresión y agitación extrema.

Evidencia y conclusiones

La actualización de la evidencia identificó estudios y revisiones sistemáticas publicadas después de la publicación de la Guía del NICE, orientándose a una amplia gama de intervenciones. Los resultados se presentan por enfoque de intervención en las categorías listadas a continuación.

Intervenciones multicomponente

Once ensayos controlados aleatorizados examinaron la eficacia de intervenciones no farmacológicas que usaron varios enfoques o estrategias diferentes. Las intervenciones que incluyeron múltiples componentes se asociaron frecuentemente a resultados positivos; cinco de seis ensayos encontraron una reducción en los síntomas comportamentales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor; cuatro de cinco ensayos encontraron reducciones significativas en los síntomas depresivos; dos ensayos encontraron impacto reducido en el cuidador y cuatro de cinco ensayos reportaron mejoramiento en la calidad de vida de la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor. Estos hallazgos sugieren que puede ser más benéfico un enfoque que se adapta a las habilidades y preferencias de la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor e involucrar múltiples enfoques de intervención. Las intervenciones multicomponente que fueron efectivas incluyeron por lo común la realización de actividades que son disfrutables para la persona con demencia, así como apoyo individualizado (157, 160- 169).

Intervenciones de manejo comportamental

Las intervenciones de manejo comportamental tienden a empezar con una valoración detallada y un plan de manejo individualizado que puede incluir cambios en el ambiente, la manera en la cual se da el cuidado, entrenamiento y apoyo de cuidadores o personal de cuidado de salud o de adultos mayores. Diez ensayos controlados aleatorizados evaluaron este enfoque con hallazgos combinados. De los nueve ensayos que proporcionaron datos sobre el impacto de las intervenciones conductuales en los

síntomas conductuales y psicológicos de demencia, tres reportaron reducciones significativas a favor del grupo de intervención. Tres de siete ensayos encontraron una reducción significativa en el impacto del cuidador asociado con la intervención (92).

Estimulación cognoscitiva

Una revisión Cochrane incluyó 15 ensayos controlados aleatorizados que examinaron la eficacia de la terapia de estimulación cognoscitiva. Los resultados de la revisión sugirieron que la estimulación cognoscitiva no se asoció a la reducción en los síntomas comportamentales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor (basados en ocho estudios) o estado de ánimo (basado en cinco estudios) (129).

Ejercicio físico

La actualización de la evidencia identificó 17 ensayos controlados aleatorizados de ejercicio. Los datos agrupados de cuatro ensayos encontraron que no hubo efecto significativo en los síntomas conductuales y psicológicos globales de demencia. En seis ensayos encontraron efecto no significativo en depresión reducida (115-116).

Apoyo y psicoterapia

Cinco ensayos controlados aleatorizados examinaron los efectos del apoyo y la psicoterapia en los síntomas conductuales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor (74). Tres ensayos evaluaron el impacto en la depresión, uno reportó una reducción significativa en los síntomas depresivos en el grupo de intervención. Este ensayo implicó asesoramiento intensivo (30 minutos, tres veces a la semana durante 16 semanas). Otro ensayo, también con intervención intensiva, se asoció con una mejoría en la calidad de vida en los participantes (170-171).

Presentaciones de evidencias Calidad GRADE Recomendaciones relacionadas

<p>Una revisión sistemática que agrupó ocho ECA que evaluaron los efectos de la terapia de estimulación cognitiva encontró efecto total no significativo en los SCPD (baja). Cinco ECA encontró efecto no significativo en el estado de ánimo (muy baja) (129, 1729)</p>	<p>Muy baja - baja</p>	<p>NA</p>
--	------------------------	-----------

<p>Una revisión sistemática de cuatro ECA que evaluaron los efectos del ejercicio en los SCPD globales encontraron efectos no significativos (baja) Un ECA reportó reducción en el impacto del cuidador (moderada) (115).</p>	<p>Baja moderada</p>	<p>- NA</p>
---	----------------------	-------------

5.18.3 Intervenciones farmacológicas

Las intervenciones farmacológicas pueden ser prescritas para reducir los síntomas conductuales y psicológicos de trastorno neurocognoscitivo mayor, pero quizá también se asocien con eventos adversos, incluyendo confusión o aceleración del deterioro cognitivo. Deben usarse en combinación con enfoques no farmacológicos. Los medicamentos que han sido usados en el manejo de los síntomas comportamentales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor incluyen inhibidores de acetilcolinesterasa, memantina, antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, benzodiazepinas, melatonina y más recientemente analgésicos.

Los síntomas comportamentales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor pueden ser una expresión de dolor subyacente. El dolor es común en personas con trastorno neurocognoscitivo mayor (171, 174). Sin embargo, los síntomas de dolor tales como verbalizaciones/vocalizaciones, respiración ruidosa, gestos, inquietud, agitación y resistencia al cuidado pueden ser descartados como síntomas del trastorno neurocognoscitivo mayor dando lugar a un tratamiento insuficiente (175-176). Múltiples estudios han mostrado que el dolor no controlado se asocia a un incremento en los síntomas comportamentales y psicológicos de demencia. (177-178) El dolor en la cavidad oral debe considerarse como una causa potencial de síntomas conductuales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor.

A pesar de que las intervenciones no farmacológicas se recomiendan como primera línea de tratamiento, el uso de antipsicóticos para personas con demencias es relativamente común (179). En 2005, la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos emitió una alerta respecto a un riesgo incrementado de mortalidad asociada con el uso de fármacos antipsicóticos atípicos en esta población de pacientes. Se ha sugerido que los riesgos pueden ser incluso más grandes con el uso de haloperidol (180). En ciertas situaciones de emergencia donde un paciente con trastorno neurocognoscitivo mayor tiene síntomas comportamentales y psicológicos severos, la sedación puede ser necesaria por razones de seguridad (181).

La actualización de la evidencia solo ha considerado aquellas categorías de fármacos con la mayor evidencia disponible, es decir, antipsicóticos, antidepresivos, inhibidores de acetilcolinesterasa, ansiolíticos, estabilizadores de estado de ánimo y melatonina.

Las recomendaciones respecto al uso de agentes farmacológicos para el manejo de síntomas comportamentales y psicológicos en el trastorno neurocognoscitivo mayor quizá

no apliquen a aquellos con enfermedades mentales severas y comórbidas preexistente. Los efectos secundarios potenciales de los medicamentos deben explicarse a la persona, su(s) cuidador(es) y familia.

Recomendación basada en evidencia

<p>RBE13</p> 	<p>Si se sospecha que una persona con trastorno neurocognoscitivo mayor sufre dolor debido a su malestar o comportamiento, como se indica mediante respuestas de evaluación del dolor observacional, el medicamento analgésico debe ser administrado usando un enfoque escalonado. La administración debe realizarse por un período de tiempo definido, particularmente si se usan opioides.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>
<p>RBE14</p> 	<p>A las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor que experimentan agitación se les debe ofrecer un tratamiento con antidepresivos del tipo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI) si los tratamientos no farmacológicos han fracasado. La necesidad de adherencia, el tiempo hasta el inicio de la acción, el riesgo de síntomas por suspensión del medicamento y los posibles efectos secundarios deben explicarse al inicio del tratamiento.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia moderada</i></p>
<p>RBE15</p> 	<p>Las personas con enfermedad de Alzheimer, trastorno neurocognoscitivo debido a enfermedad cerebrovascular o trastorno neurocognoscitivo debido a múltiples etiologías con síntomas comportamentales leves a moderados y psicológicos no deben rutinariamente ser prescritas con medicamentos antipsicóticos, debido al mayor riesgo de eventos adversos cerebrovasculares y muerte. En casos seleccionados se deben considerar los antecedentes de enfermedad cerebrovascular, tipo e intensidad de síntomas psicológicos, conductuales, la clase de medicamento antipsicótico y el grado de apoyo psicosocial del paciente para su prescripción.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia moderada</i></p>

RBE16



Las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor y síntomas severos de conducta y psicológicos (es decir, psicosis y/o agitación / agresión) que causan una angustia significativa para sí mismos u otros, pueden recibir tratamiento con un medicamento antipsicótico. Risperidona tiene la mejor evidencia para tratar la psicosis. Risperidona y Olanzapina tienen la evidencia más fuerte para tratar la agitación/agresión, con evidencia más débil para el aripiprazol.

También deben cumplirse las siguientes condiciones:

- Debe haber una discusión completa con la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, sus cuidadores y familiares sobre los posibles beneficios y riesgos del tratamiento. En particular, los factores de riesgo cerebrovascular deben ser evaluados y el posible aumento del riesgo de accidente cerebrovascular / ataque isquémico transitorio y posibles efectos adversos.
- Los síntomas deben ser identificados, cuantificados y documentados.
- El efecto de las enfermedades comórbidas, como la depresión, debe ser considerado.
- La elección del antipsicótico debe hacerse después de un análisis individual riesgo-beneficio.
- La dosis debe ser inicialmente baja y titulada hacia arriba si es necesario.
- Debería observarse los efectos adversos incluyendo el síndrome metabólico.
- Si no se observa efectividad en un período de tiempo relativamente corto (generalmente de una a dos semanas), el tratamiento debe interrumpirse.
- El tratamiento debe ser revisado cada cuatro a 12 semanas, considerando la necesidad de antipsicóticos y la posible suspensión del medicamento. La revisión debe incluir la evaluación regular y el registro de los cambios cognoscitivos y los síntomas.

**Calidad de la evidencia moderada*

<p>RBE17</p> 	<p>El papel de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión en personas con trastorno neurocognoscitivo mayor es incierto. Los ensayos más grandes llevados a cabo en personas con trastorno neurocognoscitivo mayor no han demostrado beneficio (en los datos de grupo) para los antidepresivos en el tratamiento de la depresión per se. Sin embargo, se considera que aquellos con una historia preexistente de depresión mayor (antes de desarrollar el trastorno neurocognoscitivo mayor) que desarrollan una depresión comórbida deben tratarse de la manera habitual.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia moderada</i></p>
--	---

Recomendación basada en consenso

<p>RBC6</p>	<p>Si la medicación parenteral es necesaria para el control de la violencia, agresión y agitación extrema en personas con trastorno neurocognoscitivo mayor se prefiere el uso de olanzapina. Siempre que sea posible, se debe utilizar un solo agente de preferencia a una combinación.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia muy baja</i></p>
-------------	---

Puntos de buena práctica

<p>PBP52✓</p>	<p>Los fármacos antidepresivos con efectos anticolinérgicos (por ejemplo, antidepresivos tricíclicos) deben evitarse porque pueden afectar negativamente la cognición.</p>
<p>PBP53✓</p>	<p>En la medida de lo posible, los antipsicóticos deben evitarse en personas con enfermedad por Cuerpos de Lewy debido al riesgo de reacciones adversas severas, particularmente efectos secundarios extrapiramidales. Se podrían considerar los inhibidores de la acetilcolinesterasa (rivastigmina). Si se utilizan antipsicóticos para síntomas de conducta y psicológicos severos de trastorno neurocognoscitivo mayor, se deben utilizar antipsicóticos atípicos o de segunda generación con baja propensión a causar efectos secundarios extrapiramidales; Quetiapina se considera que tienen la mejor tolerabilidad. Los profesionales de la salud deben usar dosis bajas y monitorizar de cerca los efectos adversos.</p>
<p>PBP54✓</p>	<p>Cuando las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor tienen síntomas psicológicos y conductuales moderados a graves, que implican un riesgo para sí mismos o para otros, debe realizarse la remisión a un servicio especializado para el manejo de síntomas psicológicos y de comportamiento.</p>

PBP55✓	<p>Los profesionales de la salud que usan medicamentos en el manejo de la violencia, la agresión y la agitación extrema en personas con trastorno neurocognoscitivo mayor deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser entrenados en el uso correcto de los medicamentos para el control del comportamiento. - Evaluar los riesgos asociados al control farmacológico de la violencia, la agresión y la agitación extrema, en particular en personas que pueden estar deshidratadas o enfermas físicamente. - Comprender los efectos cardiorrespiratorios de la administración aguda de cualquier medicamento utilizado y la necesidad de titular la dosis. - Reconocer la importancia de las personas que han recibido estos medicamentos para su recuperación, y monitorear los signos vitales. - Estar familiarizado y entrenado en el uso de equipos de reanimación. - Entender la importancia de mantener la vía área permeable. - Conocer la normatividad vigente para el consentimiento informado.
PBP56✓	<p>Si los medicamentos son necesarios para el control de la violencia, la agresión y la agitación extrema en las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor, la medicación oral debe ofrecerse antes de la medicación parenteral.</p>
PBP57✓	<p>La evidencia de la efectividad y seguridad de la medicación parenteral en emergencias es escasa. Sin embargo, en ciertas situaciones inusuales, la medicación parenteral puede ser necesaria para el manejo de personas con trastorno neurocognoscitivo mayor que se presentan con síntomas psicológicos y de comportamiento extremos. Debido a que las circunstancias varían de un escenario a otro, deberían desarrollarse protocolos locales basados en evidencia para proporcionar orientación a los clínicos sobre el uso apropiado de medicamentos parenterales.</p>
PBP58✓	<p>Si el tratamiento parenteral es necesario para el control de la violencia, la agresión y la agitación extrema, la administración intramuscular es preferible dado que es más segura que la administración intravenosa. La administración intravenosa debe utilizarse sólo en circunstancias excepcionales. Los signos vitales deben ser monitoreados después del tratamiento parenteral. Los profesionales de la salud deben ser conscientes de que la pérdida de conciencia puede ser confundida con el sueño. Si la persona parece estar o está dormida, se requiere un monitoreo más intenso debido al riesgo de pérdida de conciencia.</p>

PBP59✓

A las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor que han recibido sedación involuntaria se les debe ofrecer la oportunidad, junto con su cuidador (a) y su familia, de expresar sus experiencias y recibir una explicación clara de la decisión de usar la sedación de urgencias (esto debe documentarse).

Evidencia y conclusiones

La actualización de la evidencia consideró las intervenciones farmacológicas para los síntomas conductuales y psicológicos de demencia en las siguientes categorías: antipsicóticos, antidepresivos (tanto para depresión como para agitación/psicosis), ansiolíticos, estabilizadores de estado de ánimo y melatonina. La actualización utilizó el enfoque de incluir la revisión sistemática completa más reciente para cada clase, así como de actualizarla con estudios adicionales.

Analgesia

El uso de analgesia para tratar los síntomas comportamentales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor es un enfoque relativamente nuevo para el cuidado. El Comité de la Guía del NICE no buscó específicamente evidencia sobre la eficacia de analgésicos para el tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos de demencia.

Tres ensayos controlados aleatorizados examinaron el efecto del tratamiento farmacológico de dolor en los síntomas comportamentales y psicológicos de demencia (182-184). Los tres estudios reclutaron participantes con trastorno neurocognoscitivo mayor en estadio moderado a severo residiendo en asilos. Dos de los estudios examinaron la efectividad del paracetamol ordinario (182-183) mientras que el tercer estudio examinó la efectividad de medicamento analgésico prescrito con base el uso del protocolo gradual. Dos de los tres estudios reportaron mejoría en los resultados para personas con demencia (183-186).

Antidepresivos

Demencia con depresión concomitante

El comité directivo NICE consideró evidencia de una revisión sistemática Cochrane de 2002 (185). La revisión incluyó cuatro pequeños ensayos controlados aleatorizados (dos de inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, dos de antidepresivos tricíclicos) con seis a 12 semanas de tratamiento. Con base en esta revisión, NICE recomendó que a las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor que también tienen un trastorno depresivo mayor, se les debe ofrecer medicamento antidepresivo, así como evitar medicamentos antidepresivos con efectos anticolinérgicos (por ejemplo, antidepresivos tricíclicos).

La actualización de la evidencia consideró un meta-análisis de cinco ensayos clínicos de antidepresivos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores de recaptación de serotonina-noradrenalina [IRSN]) para personas con enfermedad de

Alzheimer y depresión (186). También se consideró evidencia para el antidepresivo mirtazapina de un gran ensayo de alta calidad incluido en el meta-análisis (187-188). No se consideró evidencia de antidepresivos tricíclicos. Los ensayos identificados de los ISRS (cuatro ensayos controlados aleatorizados y un ensayo pequeño pseudoaleatorizado) o mirtazapina no demostraron una mejora significativa respecto a la depresión, síntomas comportamentales y psicológicos globales del trastorno neurocognoscitivo mayor o de la calidad de vida en sujetos con depresión concomitante (186-187). Un pequeño ensayo controlado aleatorizado incluido demostró una mejora significativa respecto a la depresión conforme a una medida de resultados (la escala de Cornell para depresión en demencia), pero no de otra (la escala de depresión de Hamilton) (189). En general, hubo una falta de efectividad de los antidepresivos en el tratamiento de depresión en personas con demencia.

Trastorno neurocognoscitivo mayor con agitación/psicosis

La actualización de la evidencia identificó una revisión sistemática realizada por Seitz y colaboradores en el año 2011, como la más completa y reciente acerca del uso de antidepresivos para el manejo de agitación en pacientes con trastorno neurocognoscitivo mayor (190). Los datos agrupados de dos ensayos que reportaron el impacto de los ISRS en la agitación demostraron una mejora significativa en la reducción de este síntoma (191). Además, al buscar los estudios más recientes se encontró el Estudio sobre el Citalopram para la Agitación en Enfermedad de Alzheimer (191-192). Este estudio también demostró que hubo una mejora significativa en la reducción de la agitación. Así, en general, dos grandes pruebas aleatorias controladas de ISRS que se compararon con el uso de placebos demostraron una mejoría significativa en la agitación, sin que hubiera un impacto significativo en cuanto a eventos adversos importantes o a la interrupción de las pruebas. La evidencia del impacto de los ISRS en los resultados relativos a las conductas globales fue menos consistente; sin embargo, el ensayo más reciente y de más alta calidad demostró una mejoría significativa tras nueve semanas de tratamiento con citalopram usando varias mediciones de resultados diferentes. Este ensayo reciente demostró también un incremento en algunos eventos adversos, incluyendo un aumento en el deterioro cognitivo y en el segmento QT del electrocardiograma en los sujetos tratados con citalopram (191).

Antipsicóticos

Antipsicóticos atípicos

El comité directivo NICE dirigió una revisión sistemática e identificó 11 ensayos controlados aleatorizados para su revisión de eficacia y dos meta-análisis para su revisión de seguridad de antipsicóticos atípicos. Con base en estos ensayos, el Comité recomendó que los antipsicóticos no deben prescribirse a personas con síntomas cognoscitivos leves a moderados con enfermedad de Alzheimer, demencia vascular o la enfermedad de cuerpos de Lewy. Se recomendó que los antipsicóticos deben ofrecerse a pacientes con síntomas no cognitivos severos después de varios procedimientos y valoraciones específicos.

La revisión actual identificó un meta-análisis realizado en el 2011 con 17 ensayos clínicos de antipsicóticos atípicos durante un seguimiento de seis a 12 semanas (193). El análisis demostró que los antipsicóticos atípicos tuvieron efectos positivos pequeños, pero estadísticamente significativos sobre los síntomas comportamentales y psicológicos generales del trastorno neurocognoscitivo mayor, con la evidencia más fuerte para risperidona, moderada para aripiprazol y débil para olanzapina y quetiapina. La risperidona tiene la evidencia más fuerte para reducir los síntomas de psicosis. La olanzapina y la quetiapina tienen la evidencia más fuerte para una mejora pequeña pero estadísticamente significativa en la agitación, con menos evidencia para aripiprazol. Un estudio extenso reportó que no se encontraron diferencias en la calidad de vida calificada por el cuidador para sujetos con trastorno neurocognoscitivo mayor que recibieron tratamiento con antipsicóticos atípicos comparado con placebo (los ensayos antipsicóticos clínicos de efectividad de la intervención en la enfermedad de Alzheimer, CATIE-AD) (193-194). No se identificaron estudios adicionales de antipsicóticos atípicos para síntomas comportamentales y psicológicos de demencia publicados hasta noviembre de 2014.

Un meta-análisis realizado en el 2005 con 15 estudios publicados y no publicados de uso de antipsicóticos atípicos en el trastorno neurocognoscitivo mayor, indicó un riesgo incrementado de mortalidad estadísticamente significativo (3.5% de antipsicóticos atípicos contra 2.3% de placebo; OR 1.54, IC 95% 1.06 a 2.23) (195). Este meta-análisis contiene datos no publicados que no están a disposición para otros autores y por ello sigue considerándose el análisis más completo disponible. La revisión del 2011 encontró un riesgo incrementado estadísticamente significativo de eventos cardiovasculares para olanzapina (OR 2.33, IC 95 % 1.08 a 5.61) y risperidona (OR 2.08, IC 95% 1.38 a 3.22), pero no para quetiapina o aripiprazol. Se encontró consistencia entre este meta-análisis y el análisis de la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos, así como entre ensayos publicados y no publicados.

Antipsicóticos atípicos intramusculares

El comité directivo NICE recomendó olanzapina intramuscular para el control comportamental en situaciones donde hay un riesgo significativo de daño, basado en un ensayo considerado de calidad moderada. Un estudio adicional de aripiprazol intramuscular se identificó en esta actualización de evidencia.

Antipsicóticos clásicos

El comité directivo NICE consideró evidencia del haloperidol en comparación con placebo de cinco estudios para agitación en demencia (196). No se identificaron estudios adicionales. El haloperidol disminuyó los síntomas conductuales, comportamiento agresivo y agitación. Un metaanálisis del 2005 de estudios publicados y no publicados mostró que el haloperidol se asociaba con un incremento en el riesgo de muerte a una tasa similar a la de antipsicóticos atípicos, aunque no fue estadísticamente significativo (195). Los datos de un estudio observacional no encontraron diferencia significativa en el riesgo de evento cardiovascular entre haloperidol y antipsicóticos atípicos (197). La calidad total de la evidencia se evaluó como moderada.

Estabilizadores de estado de ánimo

El comité directivo NICE identificó cinco ensayos controlados aleatorizados que evaluaron la efectividad de estabilizadores del estado de ánimo comparados con placebo en personas con demencia. Los estudios incluidos demostraron efectos inconsistentes de la carbamazepina (dos estudios pequeños). No hubo mejoría significativa en los síntomas comportamentales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor con el valproato, pero fueron más frecuentes los eventos adversos en el grupo de valproato (tres estudios). NICE no hizo recomendaciones respecto al uso de esta clase de medicamento.

La actualización de la evidencia consideró cuatro ensayos controlados aleatorizados de estabilizadores de estado de ánimo administrados en escenarios de cuidado en asilo. Un estudio pequeño de baja calidad de carbamazepina demostró una mejoría significativa en los síntomas comportamentales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor (total de la escala breve de valoración psiquiátrica) durante seis semanas. No se observaron cambios significativos en los síntomas comportamentales y psicológicos en estudios de divalproato u oxcarbazepina. No se identificaron ensayos adicionales de estabilizadores de ánimo para los síntomas conductuales y psicológicos. El cuerpo de evidencia se consideró demasiado pequeño para apoyar una recomendación respecto a esta clase de medicamento (198).

Ansiolíticos/benzodiacepinas

El comité directivo NICE recomendó el uso de lorazepam intramuscular para el control comportamental en situaciones donde hay un riesgo significativo de daño, basado en un estudio individual (199). Este ensayo se consideró de moderada a alta la calidad en los desenlaces de seguridad y efectividad. El Comité del NICE no recomendó el uso de diazepam intramuscular para el control conductual. No se identificaron ensayos controlados aleatorizados adicionales de ansiolíticos para síntomas comportamentales y psicológicos de demencia en esta actualización de evidencias.

Melatonina

El comité directivo NICE no revisó la evidencia del uso de melatonina para síntomas comportamentales y psicológicos de demencia.

Una revisión Cochrane de tratamientos farmacológicos para desordenes de sueño en la enfermedad de Alzheimer encontró que no hubo efectos significativos en desenlaces mayores o eventos adversos relacionadas con el sueño en tres estudios de melatonina y un estudio de ramelteon, un agonista del receptor de melatonina (200). Otra revisión Cochrane (201) de melatonina encontró efectos positivos en los síntomas comportamentales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor a través de dos estudios (202-203). Sin embargo, en otro ensayo se encontraron algunos efectos negativos (204). El número de eventos adversos no difiere significativamente entre las ramas de tratamiento. No se identificaron ensayos controlados aleatorizados de melatonina para el trastorno neurocognoscitivo mayor. En resumen, hay incertidumbre en general de la evidencia para la efectividad de la melatonina y el GD (GPC Australiana) decidió que la evidencia no fue adecuada para establecer una recomendación.

Medicamentos administrados de forma parenteral

Las recomendaciones de la Guía del NICE relacionadas con el uso de medicamentos administrados parenteralmente en situaciones de emergencia para síntomas conductuales y psicológicos severos de trastorno neurocognitivo mayor se basaron en un estudio individual de lorazepan y olanzapina intramusculares. La actualización de la evidencia no identificó ningún estudio adicional para medicamentos administrados de forma parenteral para síntomas comportamentales y psicológicos del trastorno neurocognitivo mayor. El GD (GPC Australiana) decidió que la evidencia fue inadecuada para dar una recomendación basada en evidencia. Estos datos fueron por lo tanto usados para dar una recomendación basada en consenso, y se hizo una recomendación para el desarrollo de guías locales que podrían aplicar en una gama de escenarios y contextos (por ejemplo, escenarios de hospitales generales, cuidado en hogares geriátricos).

Presentaciones de evidencias Calidad GRADE Recomendaciones relacionadas		
Una revisión sistemática encontró que uno de dos ECA que examinaban la eficacia de la analgesia para manejar la agitación reportaron una reducción significativa en la agitación y el dolor, sin cambio significativo en tasas de eventos adversos en tres ECA (182-184).	Baja	RBE14
Un análisis agrupado (186) de cinco estudios (cuatro ECA y un ensayo pseudoaleatorizado) indicaron que los antidepresivos (ISRS) no tienen un impacto estadísticamente significativo en los SCPD o la calidad de vida (dos de los ECA). Las tasas de eventos adversos serios no difieren significativamente en los análisis agrupados de tres ECA. La revisión sistemática no encontró diferencia significativa en resultados de cognición entre los ISRS y placebo (cinco estudios). Los hallazgos de una rama de ensayo adicional de mirtazapina fueron consistentes (186-189, 205-208).	Baja	RBE17
Dos grandes ECA demostraron una reducción significativa en la agitación con el uso de inhibidores selectivos actualizados de serotonina (ISRS) en comparación con placebo en pacientes con demencia; un ECA adicional muy pequeño mostró diferencia no significativa (calidad: moderada). Un ECA de alta calidad encontró que no hubo diferencia significativa en el número de eventos adversos serios entre los ISRS y placebo (calidad: moderada). Datos agrupados encontraron diferencia no significativa en el retiro de pacientes del ensayo debido a eventos adversos (cuatro ECA). El uso de ISRS se asoció a la disminución en la cognición (un	Moderada	RBE14

Presentaciones de evidencias Calidad GRADE Recomendaciones relacionadas

<p>punto en el EEMM) y un incremento en el intervalo QT en el ECG, lo cual se considera un desenlace relacionado con eventos adversos (un ECA, calidad: baja (191-192, 209).</p>		
<p>Un análisis de 17 ECA indicó que antipsicóticos atípicos se asocian con una mejora pequeña pero estadísticamente significativa en los SCPD globales. En metaanálisis de medicamentos individuales, la risperidona demostró un efecto positivo estadísticamente significativo en psicosis (cinco ECA), pero no el aripiprazol (tres ECA), la olanzapina (cinco ECA) y la quetianpina (tres ECA). La risperidona (tres ECA) y la olanzapina (cuatro ECA) tuvieron un efecto positivo estadísticamente significativo en la agitación, con evidencia de efectividad más débil para el aripiprazol (dos ECA); no se observó diferencia estadísticamente significativa con la quetianpina (cinco ECA). Esto se asoció a un incremento estadísticamente significativo en mortalidad (3.5% antipsicótico atípico contra 2.3% placebo) en un metaanálisis de 15 ensayos (195). Metaanálisis separados demostraron un incremento significativo en eventos cardiovasculares con olanzapina (5 ECA) y risperidona (6 ECA) y eventos cerebrovasculares con risperidona (3 ECA). No hubo cambio en calidad de vida calificada por el cuidador en un ECA (193, 195-196, 2010).</p>	<p>Moderada</p>	<p>RBE15-16 PBP53</p>
<p>Un ECA proporcionó evidencia de que la olanzapina intramuscular puede mejorar la agitación 2 horas después del tratamiento (199)..</p>	<p>Moderada</p>	<p>RBC6</p>
<p>Una revisión sistemática encontró una mejora significativa en los SCPD (medidos conforme a la escala breve de valoración psiquiátrica) con carbamazepina durante seis semanas (un ECA; calidad: baja). No se encontró efecto significativo en los SCPD con divalproato de sodio (dos ECA) o oxcarbazepina (un ECA) (198, 211-213).</p>	<p>Baja</p>	<p>NA</p>
<p>No se identificaron ECA que reportaran la efectividad de ansiolíticos no parenterales para los SCPD (excluyendo administración intramuscular). Un ECA reportó que el lorazepam mejoró significativamente los SCPD dos horas después del tratamiento (199).</p>	<p>Moderada</p>	<p>RBC6</p>

Presentaciones de evidencias Calidad GRADE Recomendaciones relacionadas

Los datos agrupados de dos ECA pequeños indicaron que la melatonina puede ser útil en los SCPD. También hay posibles efectos negativos en el estado de ánimo. Existe incertidumbre en el cuerpo completo de evidencia para la efectividad de la melatonina (204).	Baja	NA

5.19 Apoyo para los cuidadores

La mayoría de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor vive en la comunidad con el apoyo de cuidadores y de la familia. Los cuidadores son aquellos individuos que proporcionan el apoyo primario, así como cuidado no profesional y sin pago, a una persona con trastorno neurocognoscitivo mayor. El cuidador suele ser, por lo general, un cónyuge/pareja, hijo u otro miembro de la familia. No a todos en este rol les gusta que sean referidos como “cuidador” y la preferencia de la persona debe buscarse antes de usar el término. La red de apoyo de la persona puede incluir también amigos y vecinos. Los servicios de apoyo necesitan estar disponibles para todos aquellos cercanos a la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor sin importar que se vean o no como cuidadores. Sin embargo, por simplicidad, la palabra “cuidador” se usa a lo largo de esta guía para abarcar a la totalidad de personas que apoya a estos pacientes.

En reconocimiento de su rol vital en las vidas de los pacientes, los cuidadores han sido marcados como “el agente terapéutico primario en el cuidado del trastorno neurocognoscitivo mayor” (214). Los cuidadores son por lo común los primeros que se dan cuenta de los síntomas, proporcionan el apoyo requerido para la persona enferma logrando permanecer en casa y mantener la participación en actividades y roles diarios, supervisan y apoyan el estado continuo de salud general de la persona, incluyendo la presencia o desarrollo de comorbilidades, los indicios y síntomas que los pacientes pueden no ser capaces de identificar, describir o discutir. Además, ellos a menudo apoyan en la administración de medicamentos y manejando los síntomas comportamentales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor (214).

Cerca de dos tercios de estos cuidadores son mujeres y aproximadamente la mitad tienen 65 años o más de edad. Proveer de cuidado y apoyo a una persona con cualquier enfermedad o incapacidad de largo plazo, es emocional y físicamente demandante. El cuidado puede asociarse con mala salud, depresión, aislamiento social e impacto físico y emocional en los cuidadores. Los cuidadores requieren apoyo con el fin de mantener su propia salud y bienestar y proporcionar el mejor apoyo a la persona que cuidan (215).

Es más probable que los cuidadores y la familia de personas con trastorno neurocognoscitivo mayor a edad temprana, también estén trabajando, criando niños pequeños y que tengan mayores responsabilidades económicas que los cuidadores de personas de la tercera edad con la enfermedad. Esto puede resultar en incluso demandas físicas y emocionales mayores para proveer cuidado y apoyo (216).

Recomendación basada en evidencia

<p>RBE18</p> 	<p>Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben proporcionar a los cuidadores y a las familias información sobre cómo unirse a un grupo de apoyo mutuo. Las preferencias individuales para la conformación del grupo pueden variar y deben estar disponibles grupos de la composición preferida.</p> <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>
<p>RBE19</p> 	<p>El (los) cuidador (es) y la familia deben tener acceso a programas diseñados para brindar apoyo y optimizar su capacidad de atención a la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor. Los programas deben adaptarse a las necesidades de la persona y entregarse en el hogar o en otro lugar accesible. Los programas deben ser entregados en varias sesiones e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación sobre la enfermedad y sus consecuencias - Información sobre los servicios pertinentes - El desarrollo de estrategias individualizadas y la construcción de habilidades de cuidador para superar los problemas específicos experimentados por la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor según lo informado por el cuidador - Formación en la prestación de cuidados y la comunicación más eficaz con la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor - Apoyo e información sobre las estrategias para afrontar y mantener su propio bienestar, incluido el manejo del estrés. - Capacitación en el uso de actividades agradables y significativas como estrategia para involucrar a la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor <p style="text-align: right;"><i>*Calidad de la evidencia baja</i></p>

Recomendación basada en consenso

RBC7	<p>Considere ofrecer apoyo práctico, por ejemplo, servicio de relevo en el hogar para el descanso del cuidador principal. Otro familiar o persona apropiada puede supervisar y cuidar de la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor (preferiblemente en el entorno habitual del hogar). Esto puede aliviar al cuidador principal quien puede entonces descansar o realizar otras actividades.</p> <p><i>*Calidad de la evidencia muy baja</i></p>
------	---

Puntos de buena práctica

PBP60✓	Los cuidadores y las familias deben ser respetados, escuchados e incluidos en la planificación, la toma de decisiones, el cuidado y la gestión de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor.
PBP61✓	Los cuidadores tienen un mayor riesgo de mala salud y sus necesidades deben ser evaluadas y revisadas regularmente por un profesional de la salud. Las necesidades del cuidador y de la familia deben ser tratadas regularmente, incluyendo si la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor ha entrado en atención residencial, y después de la muerte.
PBP62✓	Se debe considerar la posibilidad de involucrar a la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, así como a su cuidador (es) y familiares, en programas de apoyo.
PBP63✓	Los cuidadores y las familias de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor deben ser apoyados para fortalecer la resiliencia y mantener la salud y la condición física en general. Cuando sea necesario, se les debe ofrecer terapia psicológica, realizada por un especialista.

Evidencia y conclusiones

Una revisión sistemática identificó 71 estudios que evaluaron la eficacia de las intervenciones dirigidas hacia la ayuda del cuidador. Una investigación reveló 32 ensayos controlados aleatorizados adicionales (217-248) para un total de 103 ensayos controlados aleatorizados que fueron considerados en esta actualización de la evidencia.

Las intervenciones se categorizaron como: educación del cuidador, apoyo del cuidador, manejo del caso, descanso para las familias y cuidadores. Dentro de las categorías, varió el contenido de la intervención, el tipo de profesional de salud que proporcionaba la intervención y la dosis de la intervención.

En general, el cuerpo de evidencia apoya:

- Programas de educación del cuidador para incrementar la calidad de vida del mismo, reduciendo su impacto e incrementando su conocimiento
- Programas de apoyo del cuidador para mejorar la calidad de vida del mismo y reducir su impacto
- Intervenciones ajustadas al cuidador para reducir los síntomas comportamentales y psicológicos en la persona con demencia y retrasar el tiempo hasta el internamiento
- Intervenciones ajustadas involucrando tanto al cuidador como a la persona con demencia en la mejora de la calidad de vida tanto para el cuidador como para la persona con demencia y reduciendo el impacto del cuidador.

Presentaciones de evidencias Calidad GRADE Recomendaciones relacionadas		
Dos ECA de seis estudios identificados en una revisión sistemática existente más dos de cinco estudios adicionales investigando programas de educación del cuidador reportaron una mejora significativa en la calidad de vida del cuidador (baja). Dos (de cuatro) ECA reportaron un mejora significativa en la calidad de vida de la persona con demencia (baja) (226, 227, 238).	Baja	RBE18
Tres ECA investigando programas de apoyo al cuidador encontraron una mejora significativa en la calidad de vida del cuidador. Dos estudios adicionales dentro de una revisión sistemática existente podrían no acumularse, pero no reportaron ningún efecto (baja). Un ECA reportó una reducción significativa en el impacto del cuidador (baja) (220, 247-248).	Baja	RBE19
Un ECA reportó una reducción significativa en los SCPD después de la provisión de una intervención policomponente para los cuidadores (baja). Uno de los tres ECA en una revisión sistemática reportó calidad de vida mejorada para el cuidador; un estudio adicional también reportó un efecto del tratamiento Un ECA (incluido en una revisión sistemática) reportó una reducción en el impacto del cuidador. Un estudio adicional de tres también encontró una reducción en el	Muy baja - baja	RBE18- PBP60-62

Presentaciones de evidencias Calidad GRADE Recomendaciones relacionadas

<p>impacto del cuidador (muy baja) (222, 232, 240, 245)</p>		
<p>Cuatro ECA incluidos dentro de una revisión sistemática y un estudio adicional que investigaban intervenciones policomponente involucrando al paciente y a su cuidador encontraron reducciones significativas en los SCPD mientras que ocho estudios no encontraron efecto](baja). Tres ECA incluidos en una revisión sistemática de seis estudios totales encontraron calidad de vida mejorada para la persona con demencia (moderada) (249)</p>	<p>Baja moderada</p>	<p>- RBE19-PBP63</p>

5.20 Enfoque Paliativo

Puntos de buena práctica

<p>PBP64✓</p>	<p>El cuidado de las personas con deterioro cognoscitivo muy grave debe basarse en un enfoque paliativo e incluir estos servicios si así se indica. El tratamiento y el cuidado deben proporcionarse de acuerdo a los planes de atención anticipada de la persona.</p>
<p>PBP65✓</p>	<p>Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores, cuidadores y las familias, deben continuar ofreciendo a las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor alimentos y bebidas por vía oral. La evaluación de la deglución y la alimentación puede estar indicada. La asesoría nutricional profesional también puede ser beneficiosa. Si se considera que las alteraciones en la deglución son transitorias, se debe considerar el apoyo nutricional, incluido la alimentación artificial (por sonda), pero la alimentación artificial no debe usarse generalmente en personas con trastorno neurocognoscitivo mayor severo, para quienes el compromiso en la deglución o la falta de apetito es una manifestación de la gravedad de la enfermedad. Se deben aplicar principios éticos y legales al tomar decisiones sobre la introducción o retirada de apoyo nutricional artificial. Cualquier decisión sobre la rehidratación debe hacerse junto con el cuidador (s) y la familia después de proporcionarles información actualizada sobre los posibles beneficios y daños.</p>

PBP66✓	Si una persona con trastorno neurocognoscitivo mayor tiene fiebre, debe realizarse una evaluación clínica. Analgésicos simples, antipiréticos y medios físicos para el control de la temperatura de la persona pueden ser suficientes. Los antibióticos pueden considerarse como una medida paliativa en las etapas terminales de la enfermedad, pero esto requiere una evaluación individual.
PBP67✓	En ausencia de una voluntad anticipada válida y aplicable para rechazar la reanimación, la decisión de reanimar debe tener en cuenta el deseo o creencia expresada de la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor, junto con las opiniones del cuidador, la familia y el equipo multidisciplinario. Los planes de atención anticipada deben ser registrados en las notas médicas y los planes de cuidado y se debe tomar el tiempo para discutir estos temas con el cuidador (s), la familia y las redes de apoyo.

6 IMPLEMENTACIÓN

6.1 Objetivos

- 1) Desarrollar el plan de implementación de la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Demencia (Adopción)
- 2) Identificar y caracterizar estrategias de implementación para la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Demencia (Adopción)
- 3) Proponer mecanismos de medición del proceso de implementación de las recomendaciones propuestas por la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Demencia (Adopción)

El presente plan de implementación se propone para un período de tres años, dado que los contenidos de la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Demencia (Adopción), deben actualizarse periódicamente, de acuerdo con las dinámicas de generación de nueva evidencia científica y los procesos propios de la gestión del sistema de salud colombiano.

6.2 mhGAP y la GPC en el proceso de atención

Es necesario que en implementación de la “Guía para el diagnóstico y tratamiento del trastorno neurocognoscitivo mayor (Demencia) (adopción)” se tenga en cuenta que, las recomendaciones son complementarias a las del “Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental – mhGAP”; dado que estas hacen parte de la Estrategia de Atención Primaria en Salud Mental a nivel local en Colombia, en el marco del Programa de Acción el Ministerio de Salud y Protección Social junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

El objetivo de la guía de intervención (GI) mhGAP es brindar estrategias frente a la falta de atención a personas que sufren trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, especialmente en los países de ingresos bajos y medios.

La GI mhGAP incluye intervenciones basadas en la evidencia para identificar y manejar una serie de trastornos prioritarios. Los trastornos prioritarios incluyen: depresión, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia, trastornos del desarrollo y conductuales en niños y adolescentes, demencia, trastornos por uso de alcohol, trastornos por uso de drogas, lesiones autoinfligidas /suicidio y otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables médicamente.

Esta guía de intervención es una estrategia a nivel nacional que ha adoptado el país para abordar los problemas mentales de la población colombiana. La guía propone una estrategia de atención primaria dirigida al profesional de la salud primario, cuidadores y a la comunidad para la prevención, la detección temprana y el manejo inicial de problemas mentales. Por lo tanto esta GPC debe estar articulada en la acción con la guía de intervención mhGAP, complementándose en la atención primaria en salud y en el proceso de diagnóstico y tratamiento de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor.

Consulta de los documentos:

Guía de intervención GI-mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada adaptada para Colombia (14).

Enlace de la guía en español versión 2.0:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/guia-mhgap.pdf>

6.3 Priorización de recomendaciones para trazar el plan de implementación

El objetivo fue que el grupo desarrollador revisará el primer documento donde están todas las recomendaciones de la guía, luego de una discusión, se calificaron dichas recomendaciones de 1 a 5, teniendo en cuenta tres criterios:

- Capacidad de incidir en el resultado
- Mayor capacidad de innovación
- Mejor relación costo-beneficio si la recomendación tiene información sobre estudios económicos realizados previamente

Posteriormente, se aplicó el instrumento GLIA (*Guideline Implementability Appraisal*) para evaluar la posibilidad de implementar las recomendaciones clínicas de una guía de práctica clínica, de manera que contribuyera a reconocer y proponer aspectos del contexto y de la GPC que se requiera para garantizar el adecuado uso e implementación de la GPC en los diferentes niveles de atención del sistema de salud colombiano

El proceso de aplicación del instrumento GLIA se trabajó de manera formal, con reuniones periódicas con el grupo desarrollador, evaluando cada una de las dimensiones del instrumento por cada recomendación clínica generada en el consenso de expertos llevado a cabo de manera presencial. La guía metodológica establece la necesidad de priorizar recomendaciones para la evaluación de barreras de implementación y facilitadores en el caso de una gran cantidad de recomendaciones.

Se realizó la priorización de recomendaciones por medio de la herramienta 13 propuesta por el documento de la guía metodológica (Ver anexo 13)

Priorización de recomendaciones para implementar la Guía de práctica clínica

Una vez realizada la revisión de las recomendaciones por cada uno de los tópicos se llevó a cabo la priorización de las mismas. Para ello se utilizaron los criterios que se mencionan a continuación y que constituyen las recomendaciones trazadoras de las guías:

Proceso de la atención	Recomendaciones
Diagnóstico	RBE18 A las personas con un posible diagnóstico de deterioro cognoscitivo, se les debe ofrecer remisión a profesionales o servicios especializados en evaluación de funciones cognoscitivas para una valoración completa.
Diagnóstico	RBE35 La tomografía por emisión de positrones no debe utilizarse en personas con trastorno neurocognoscitivo menor (MCI) ya sea para diferenciarlo del trastorno neurocognoscitivo mayor ni para diferenciar las formas progresivas del trastorno neurocognoscitivo mayor de las no progresivas
Diagnóstico	PBP34 En la evaluación de las personas con sospecha de trastorno neurocognoscitivo mayor se debe realizar una imagen estructural (tomografía computarizada [TC] o resonancia magnética [RM]) para excluir otras enfermedades cerebrales y ayudar a establecer el diagnóstico de subtipo, a menos que el juicio clínico lo indique inapropiado.
Diagnóstico	RBE56 Las personas con un diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo mayor, en particular las que viven solas, deben recibir información sobre cómo unirse a un grupo de apoyo social.
Capacitación	<p>RBE48 Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben asegurarse de que todo el personal que trabaja con personas con trastorno neurocognoscitivo mayor, reciba entrenamiento (desarrollo de actitud, conocimiento y habilidades) que sea consistente con sus roles y responsabilidades. El entrenamiento debe reflejar los programas que han mostrado optimizar el cuidado de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor. Los programas eficaces tienden a ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impartidos presencialmente por alguien experimentado en el cuidado del paciente. - Programado durante varias sesiones de formación - Involucrar mentores o apoyo de alguien con experiencia en el cuidado del paciente - Utilizar técnicas activas de aprendizaje tales como resolución de problemas, capacitación basada en casos y juegos de rol.

Proceso de la atención	Recomendaciones
Tratamiento	<p>RBE55 Las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor deben recibir intervenciones de terapia ocupacional que incluya (de acuerdo a la necesidad):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación y modificación del entorno para facilitar el funcionamiento independiente. - Prescripción de tecnologías para movilidad asistida. - Promover la independencia en las actividades de la vida cotidiana, lo que puede implicar la resolución de problemas, la simplificación de las tareas, la educación y capacitación de sus cuidadores y familiares.
Tratamiento	<p>RBE58 Se recomienda cualquiera de los tres inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, galantamina o rivastigmina) como opciones para controlar los síntomas de la enfermedad de Alzheimer en estadios leve a moderado. Debe evitarse la administración concomitante de medicamentos con efectos anticolinérgicos.</p>

6.4 Aplicación del instrumento GLIA

Se aplicó el instrumento GLIA a todas las recomendaciones trazadoras seleccionadas, con el fin de identificar algunas barreras para la implementación de las mismas.

Dominios del instrumento GLIA para evaluar la posibilidad de implementar las recomendaciones de la Guía de práctica clínica

N ^a	Instrumento	Dominios
1	Facilidad de decisión	Precisa bajo qué circunstancias hacer algo.
2	Facilidad de ejecución	Precisa qué hacer en determinada circunstancia.
3	Efectos en el proceso de cuidado	El grado en el cual la recomendación impacta el flujograma usual de decisiones en un proceso terapéutico
4	Presentación y formato	El grado en el cual la recomendación es fácilmente comprensible y sucinta
5	Resultados medibles	El grado en el cual una recomendación identifica criterios de medición o resultados finales para evaluar los efectos de la implementación de dicha recomendación

N ^a	Instrumento	Dominios
6	Validez aparente	El grado en el cual la recomendación expresa claramente el propósito del desarrollador y la fuerza de la evidencia
7	Novedad o innovación	El grado en el cual la recomendación propone prácticas consideradas poco convencionales por los médicos o los pacientes.
8	Flexibilidad	El grado en el cual la recomendación contemple diversas condiciones y alternativas para su ejecución
9	Facilidad de sistematización	La facilidad con la cual una recomendación puede ser puesta en operación en un manejo clínico sistematizado

Las opciones de respuesta fueron las siguientes: S -: la recomendación responde a este criterio plenamente; N -: la recomendación no se ajusta a este criterio. El evaluador no está en condiciones de abordar esta pregunta debido a insuficiente conocimiento o experiencia en el tema. N/A -: el criterio no aplica a esta recomendación.

6.5 Análisis de barreras

El análisis del contexto se desarrolló en dos etapas. En la primera se incluye el análisis del entorno en que se van a implementar la guía, la identificación de barreras en los entornos laboral, educativo, comunitario y el hogar, así como los procesos sociales, económicos y políticos que puedan comprometer el acceso y la implementación de las recomendaciones clínicas propuestas en esta GPC. Posterior al análisis de contexto se construyeron las estrategias de implementación basados en la revisión rápida de la literatura y la experiencia del grupo desarrollador a partir de un análisis estratégico con las recomendaciones priorizadas para este proceso. En la segunda se realizó un análisis a partir de las funciones de los sistemas de salud, identificando los procesos relevantes que pueden influir en el éxito de la implementación de las recomendaciones de la GPC. Las funciones que se evaluaron fueron: prestación de servicios de salud, recursos humanos en salud, rectoría, financiamiento y sistemas de información. Este análisis permitirá establecer las necesidades en términos de sistema de salud para la adecuada implementación de intervenciones que de manera directa o indirecta mejoraran el desempeño de los sistemas de salud y por lo tanto de los resultados en salud, calidad de la atención y protección financiera.

Este proceso anteriormente expuesto, de análisis del contexto, de identificación de barreras internas y externas, así como de los facilitadores y la formulación de estrategias de evaluación, permite desarrollar un análisis de planeación estratégica. Este proceso

permite dar una línea de trabajo a los diferentes actores del sistema con referente a la implementación de las GPC y las posibles acciones que deben realizar para garantizar exitosamente su utilización.

Para la identificación de las barreras y los facilitadores de implementación, se recolectó información relevante en el consenso de expertos que se llevó a cabo para la generación de las recomendaciones adoptadas y en dos sesiones de trabajo del grupo desarrollador identificando para cada uno de los procesos de atención (prevención y promoción, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).

Para desarrollar esta sección de análisis de contexto, se utilizó el marco teórico propuesto por la Organización Mundial de la Salud de “pensamiento sistémico”, que establece las posibles relaciones entre las funciones de los sistemas de salud y los objetivos esperados del mismo.

Barreras y facilitadores de implementación de la guía de práctica clínica, en cada entorno propuesto por el MIAS.

ENTORNO	Barreras	Facilitadores
Educativo	Falta de comunicación entre las necesidades en salud del sector educativo y el sistema de salud. Falta de reconocimiento de las GPC como instrumento educativo en los estudiantes y profesores	Programas informativos y educativos sobre enfermedades crónicas.
Hogar	Desconocimiento de la enfermedad y del cuidado que se debe dar en el núcleo familiar o red de apoyo.	Incorporación de estrategias de cuidado, autocuidado y cuidado al cuidador tanto en el MIAS como en la GPC.
Comunitario	Deficiencia de programas sociales que permitan el apoyo comunitario a los pacientes y familias.	Ruta integral de atención, gestión de acciones intersectoriales en el marco del MIAS.

Barreras y facilitadores de implementación de la guía de práctica clínica, en cada entorno propuesto por el MIAS.

Función del sistema de salud	Barreras	Facilitadores
Gobernanza y liderazgo	<p>Falta de procesos de rendición de cuentas</p> <p>Limitaciones en la evaluación del desempeño de la implementación de las recomendaciones clínicas de la guía de práctica clínica</p> <p>Desconocimiento del proceso de desarrollo de la GPC, metodología de adopción y participación</p>	<p>Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)</p> <p>Marco normativo de desarrollo e implementación de la guía de práctica clínica para el país</p> <p>Empoderamiento de los profesionales de la salud por parte del sistema</p> <p>Inclusión de los pacientes y usuarios dentro de la toma de decisiones en la guía de práctica clínica.</p> <p>Empoderamiento de los pacientes en el autocuidado</p>
Financiamiento	Financiamiento de acciones dirigidas protección social	Gestión intersectorial.
Generación de recursos	<p>Generación de capacidades para la atención integral en salud para la prevención y detección temprana.</p> <p>Concentración del recurso humano calificado en las grandes ciudades</p>	Fortalecimiento de los actores de las intervenciones propias de la guía de práctica clínica
Prestación de servicios	<p>Limitado o inexistente acceso a los servicios de salud de manera equitativa en todo el territorio nacional</p> <p>Falta de recurso humano en salud en zonas rurales y dispersas</p> <p>Fragmentación de la prestación de servicios de salud</p> <p>'Inequidad' en el acceso, por oferta insuficiente y de baja calidad</p>	<p>Sistema de salud descentralizado</p> <p>Implementación del programa de habilitación de servicios de salud</p> <p>Implementación y creación de la red integral de servicios de salud</p>

Función del sistema de salud	Barreras	Facilitadores
Sistemas de información	Falta de integración del sistema de información Baja calidad de los datos recolectados	Actualmente se están implementando sistemas de información que buscan integralidad de funciones y descentralización de la toma de decisiones

Barreras y facilitadores de implementación de la guía de práctica clínica, en cada recomendación trazadora de la GPC

Proceso de la atención	Recomendaciones	Barreras	Facilitadores
Diagnóstico	RBE18 A las personas con un posible diagnóstico de deterioro cognoscitivo, se les debe ofrecer remisión a profesionales o servicios especializados en evaluación de funciones cognoscitivas para una valoración completa.	Disponibilidad de profesionales especializados	Capacitación e incorporación de la salud mental en la APS. mhGAP adaptado para el contexto colombiano
Diagnóstico	RBE35 La tomografía por emisión de positrones no debe utilizarse en personas con trastorno neurocognoscitivo menor (MCI) ya sea para diferenciarlo del trastorno neurocognoscitivo mayor ni para diferenciar las formas progresivas del trastorno neurocognoscitivo mayor de las no progresivas.	Desconocimiento de la evidencia científica por parte de los profesionales de salud	Desarrollo de la GPC.
Diagnóstico	PBP34 En la evaluación de las personas con sospecha de trastorno neurocognoscitivo mayor se debe realizar una imagen estructural (tomografía computarizada [TAC] o resonancia magnética [RM]) para excluir otras enfermedades cerebrales y ayudar a establecer el diagnóstico de subtipo, a menos que el juicio clínico lo indique inapropiado.	Disponibilidad del equipo para realizar neuroimagen Conocimiento de los profesionales de la salud	Capacitación a los profesionales de la salud orientada a la GPC y las recomendaciones.
Diagnóstico	RBE56 Las personas con un diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo mayor, en particular las que viven solas, deben recibir información sobre	Debilidad en las redes sociales de apoyo	Acciones sectoriales e intersectoriales en los entornos de

Proceso de la atención	Recomendaciones	Barreras	Facilitadores
	<p>cómo unirse a un grupo de apoyo social.</p>		<p>vida cotidiana.</p>
	<p>RBE48 Los profesionales de la salud y personal asistencial a cargo del cuidado de personas mayores deben asegurarse de que todo el personal que trabaja con personas con trastorno neurocognoscitivo mayor, reciba entrenamiento (desarrollo de actitud, conocimiento y habilidades) que sea consistente con sus roles y responsabilidades. El entrenamiento debe reflejar los programas que han mostrado optimizar el cuidado de las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor. Los programas eficaces tienden a ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impartidos presencialmente por alguien experimentado en el cuidado del paciente. - Programado durante varias sesiones de formación - Involucrar mentores o apoyo de alguien con experiencia en el cuidado del paciente - Utilizar técnicas activas de aprendizaje tales como resolución de problemas, capacitación basada en casos y juegos de rol. 	<p>Desconocimiento de la patología por parte de los profesionales de la salud</p>	<p>Desarrollo de programas de capacitación del talento humano para parte de la academia de manera articulada con el MSPS.</p>
<p>Tratamiento</p>	<p>RBE55 Las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor deben recibir intervenciones de terapia ocupacional que incluya (de</p>	<p>Disponibilidad de profesionales de terapia ocupacional</p>	<p>Rehabilitación basada en la comunidad.</p>

Proceso de la atención	Recomendaciones	Barreras	Facilitadores
	<p>acuerdo a la necesidad):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación y modificación del entorno para facilitar el funcionamiento independiente. - Prescripción de tecnologías para movilidad asistida. - Promover la independencia en las actividades de la vida cotidiana, lo que puede implicar la resolución de problemas, la simplificación de las tareas, la educación y capacitación de sus cuidadores y familiares. 		
Tratamiento	RBE58 Se recomienda cualquiera de los tres inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, galantamina o rivastigmina) como opciones para controlar los síntomas de la enfermedad de Alzheimer en estadios leve a moderado. Debe evitarse la administración concomitante de medicamentos con efectos anticolinérgicos.	Desconocimiento de la terapia farmacológica para el paciente con demencia	Desarrollo de la GPC

6.6 Fases de implementación

Se describen 4 fases de implementación, no necesariamente secuenciales, así mismo, según el contexto no todas las 4 se deben realizar: a) Difusión, b) Divulgación, c) Implementación, d) Adopción **(9)**. A continuación, se definen cada una de estas fases:

Difusión. Se refiere a los procesos de distribución de la información. La distribución de la guía de práctica clínica, por lo general, se desarrolla de forma pasiva, por medios clásicos

como la utilización de medios masivos de comunicación para la presentación de la guía y sus recomendaciones, reuniones o eventos formales de presentación a nivel nacional, regional, local o institucional, diseño de portales de internet para consulta libre, envío de copias impresas a los actores interesados, etc. (9)

Divulgación. Se refiere a la comunicación y el desarrollo de actividades que buscan mejorar el conocimiento o las habilidades de los usuarios blanco de la guía, prestadores de servicio y pacientes) (9).

Implementación. Es un proceso más activo que los dos anteriormente enunciados. El objetivo de esta fase es trasladar las recomendaciones contenidas en la guía de práctica clínica al proceso de prestación de servicios de salud. Implica estrategias de comunicación efectiva, conjuntamente con estrategias y actividades orientadas a la identificación y el manejo de las dificultades o barreras del entorno local, con el fin de poner en marcha las recomendaciones propuestas en la guía (9).

Adopción. Se refiere a la decisión de cambiar la práctica clínica, en la misma dirección de las recomendaciones de la guía de práctica clínica. Por lo general, esta decisión involucra al ente rector en diferentes niveles de acción del sistema de salud (institucional, entidad territorial y nacional). El efecto final de este proceso se verá reflejado en la utilización de las recomendaciones por los usuarios, entendiéndose como usuarios a los pacientes, cuidadores y prestadores de servicios de salud (9).

Los objetivos de la implementación satisfactoria de la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Demencia, desde una perspectiva de los sistemas de salud, son:

- Mejoramiento de la salud (de manera equitativa)
- Protección financiera
- Mejoramiento de la calidad de la atención en salud
- Mejoramiento del desempeño del sistema de salud

Las estrategias de implementación propuestas para esta GPC son:

- Educación de los profesionales de la salud a través de educación formal por entidades académicas o personal capacitado en educación médica sobre:

*Educación sobre el diagnóstico y manejo del paciente con demencia.

- Incorporación de las recomendaciones clínicas en las rutas integrales de atención en salud del modelo de atención en salud propuestos por el Ministerio de Salud y de Protección Social
- Incentivos financieros: Incentivos financieros dirigidos a los actores responsables de la implementación, adopción y adherencia a las recomendaciones. El mecanismo de pago por desempeño o el mecanismo de pago prospectivo integral ajustado por calidad de la atención son propuestas

del grupo desarrollador para mejorar la implementación de los nuevos procesos de atención, así como la adherencia de las intervenciones propuestas por la GPC.

- Establecimiento de la gobernanza: En las instituciones prestadoras de servicios de salud una estrategia para garantizar la implementación a mediano y largo plazo, para esto es necesario establecer como norma la implementación de las recomendaciones, así como fortalecer los sistemas de información de las instituciones para realizar seguimiento y vigilancia del proceso de prestación de servicios.
- La historia clínica electrónica es el elemento de integración de la toma de decisiones basada en evidencia científica, el sistema de recordatorios de implementación de recomendaciones y el sistema de información para el seguimiento del grado de implementación y aceptación de las recomendaciones propuestas en esta GPC.

Categoría de la barrera	Tipo de barrera	Intervenciones dirigidas a superar la barrera
Innovación	Accesibilidad	Asegurar que todos los profesionales tengan acceso directo desde la consulta o en su práctica clínica a la Guía, para su consulta oportuna
Individual profesional	Concientización Conocimiento Actitud Motivación de cambio Rutinas de comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones formativas. • Procesos de consenso local. • Auditoría y retroalimentación. • Uso de recordatorios. • mhGAP adaptado para Colombia
Paciente	Conocimiento Habilidades Actitud Adherencia	Distribución de materiales educativos
Contexto social	Opinión de colegas	Participación de las Asociaciones en la adopción de las guías
Contexto organizacional	Personal Capacidades Recursos Estructuras	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en las estructuras físicas de las unidades de atención en salud, en los sistemas de registro médico. • Generar acciones que disminuyan las limitaciones de tiempo para la ejecución de actividades asistenciales.

En general, algunas estrategias de implementación resultan más efectivas que otras; sin embargo, no es posible asegurar cuales pueden garantizar un proceso de implementación exitoso; es factible que si se desarrollan intervenciones múltiples puede presentarse una mayor probabilidad de éxito.

De acuerdo a la evidencia relacionada con procesos de implementación de GPC orientadas a Demencia, se han identificado que se deben realizar acciones o estrategias que intervengan los siguientes puntos críticos:

1. Fortalecimiento de los médicos generales: La evidencia ha demostrado que la adherencia a las GPC de Demencia es más baja en los médicos generales, que en los médicos especialistas o vinculados a programas específicos de cuidado.
2. Tópicos de la GPC de interés: Se ha demostrado que la adherencia de los profesionales de la salud es diferente de acuerdo a los tópicos de la GPC. Se encontró que la menor adherencia se relacionaba con las recomendaciones que orientan el examen cognitivo. Dado lo anterior, se hace indispensable, identificar las recomendaciones que serán objeto de la adopción en las IPS de acuerdo al nivel de complejidad, así como un proceso continuo de medición de adherencia para identificar cual o cuales de las recomendaciones priorizadas tiene baja adherencia.
3. Soporte a los cuidadores: Los estudios que han evaluado implementación de las GPC de Demencia han demostrado, que existe una baja adherencia a las recomendaciones orientadas a los cuidadores, tanto por parte de los profesionales de la salud, para impartir este conocimiento, como por parte de las familias y cuidadores de los pacientes, para seguir las recomendaciones orientadas al cuidado de los pacientes.
4. Adherencia al tratamiento farmacológico: Las recomendaciones orientadas al tratamiento farmacológico representan de acuerdo a los estudios realizados, uno de los mayores retos para la adherencia a GPC, en relación a su adecuado uso.

6.7 Vigilancia del proceso de implementación

Para supervisar el proceso de implementación, se diseñaron los siguientes indicadores, según las recomendaciones establecidas.

Los indicadores propuestos están fundamentados en dos metodologías:

1) Metodología del *Balanced Score Card*, agrupados en dos categorías: *Indicadores de gestión*: describen el proceso de implementación de la guía de práctica clínica.

Indicadores de resultado clínico: describen las consecuencias en salud de la implementación de las recomendaciones. Corresponden a aspectos clínicos y asistenciales específicos que los expertos han considerado adecuados para el seguimiento de las recomendaciones propuestas en la guía de práctica clínica.

2) Clasificación de indicadores según la teoría de servicios de salud propuesta por Donabedian, *et al* (17, 18), la cual clasifica los indicadores en tres categorías: a) indicadores de estructura, b) indicadores de proceso, y c) indicadores de resultado.

Indicadores de gestión y de resultados de la implementación de la guía de práctica clínica para

Nombre	Recomendación	Tipo Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Objetivo	Periodicidad	Unidad de medida	Fuente
Valoración diagnóstica	A las personas con un posible diagnóstico de TNM se les debe ofrecer remisión a profesionales o servicios especializados en neurología para una valoración completa.	Proceso	Proporción de personas atendidas por servicio de neurología para evaluación de memoria	# de personas con diagnóstico de demencia atendidos a servicio especializado en evaluación de la memoria (F00 a F03)	# de personas con sospecha de diagnóstico de demencia	Determinar el acceso al servicio clínico especializado para la valoración diagnóstica	Anual	Porcentaje	NumeradorRegistros médicos, historia clínica Denominador RIPS (impresión diagnóstica o diagnóstico nuevo)
Uso de PET en personas con MCI	La tomografía por emisión de positrones no debe utilizarse en personas con deterioro cognitivo leve (MCI), ya sea para la diferenciación del deterioro cognitivo leve o para la diferenciación de la demencia progresiva de la no progresiva.	Proceso	Proporción de pacientes con deterioro cognitivo leve a quien se les realiza un PET SCAN	# de personas con MCI (F06.7) a quienes se realiza PET	# de personas con MCI (87.96)	Determinar la mala práctica del proceso diagnóstico	Semestral	porcentaje	Numerador: CUPS Denominador: RIPS
Uso de RM o TAC para el diagnóstico	En la evaluación de las personas con sospecha de trastorno neurocognoscitivo mayor se debe realizar una imagen estructural (tomografía computarizada [TAC] o resonancia magnética	Proceso	Proporción de personas con diagnóstico de TNM a quienes se les realizo TAC o RM	# de personas con diagnóstico de TNM (F00 a F03) a quienes se realizó TAC o RM	# de personas con sospecha de diagnóstico de TNM	Determinar el correcto proceso diagnóstico	Semestral	porcentaje	RIPS

Nombre	Recomendación	Tipo Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Objetivo	Periodicidad	Unidad de medida	Fuente
	<p>[RM]) para excluir otras enfermedades cerebrales y ayudar a establecer el diagnóstico de subtipo, a menos que el juicio clínico lo indique inapropiado*.</p> <p>*Inapropiado: Persona que tenga contraindicado el desarrollo del examen diagnóstico</p>								
Acceso a terapia ocupacional	<p>Las personas con demencia que viven en la comunidad deben recibir intervenciones de terapia ocupacional que incluyan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación y modificación del medio ambiente para facilitar el funcionamiento independiente. - Prescripción de tecnologías para movilidad asistida prescritas por el profesional de la salud tipo médico Promover la independencia en las actividades de la vida cotidiana, lo que puede implicar la resolución de 	Proceso	Proporción de personas con diagnóstico de demencia que fueron atendidos por los servicios de terapia ocupacional	# personas con diagnóstico de demencia atendidas por terapia ocupacional (CUPS 9383)	# total de personas con diagnóstico de demencia	Acceso a los servicios de terapia ocupacional	Semestral	Porcentaje	RIPS

Nombre	Recomendación	Tipo Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Objetivo	Periodicidad	Unidad de medida	Fuente
	problemas, la simplificación de las tareas, la educación y capacitación de sus cuidadores y familiares								

6.8 Criterios para considerar estudios para esta revisión.

Tipo de estudios.

Revisiones sistemáticas de la literatura que evaluaran estrategias de implementación.

Tipo de intervención

Estrategias de implementación de guías de práctica clínica o documentos de política para la toma de decisiones en salud. (1)

Tipo de desenlaces

Desenlaces de efectividad: diseminación, capacitación, adherencia.

Desenlaces de impacto: cambios estructurales y de gestión por parte de los actores del sistema de salud, cambios en los indicadores de salud de la población.

Criterios de exclusión: estudios cuya estrategia no fuera definida

6.9 Metodología de la revisión.

Estrategias de búsqueda para identificación de los estudios Búsqueda electrónica.

Para identificar los estudios a incluir en esta revisión se realizó una búsqueda en todas las bases de datos utilizando adaptaciones de una estrategia base. La búsqueda utilizó una combinación de palabras claves y los filtros recomendados en los clinical queries de PubMed para una búsqueda estudios epidemiológicos. No hubo restricción por idioma. La estrategia de búsqueda fue desarrollada por el grupo desarrollador de la GPC (2).

MEDLINE (Ovid) [29-11-2013]

1. implement\$.tw. (45863)
2. application.tw. (592885)
3. or/1-2 (635785)
4. exp Practice Guidelines as Topic/ (94298)
5. exp Guidelines as Topic/ (143078)
6. guideline\$.tw. (185379)
7. or/4-6 (198911)
8. and 7 (9349)
9. limit 8 to "reviews (maximizes specificity)" (100)

Bases de datos

- MEDLINE (1966-2016)
- EMBASE
- CINAHL (1982 - 2016)

- SIGLE (1980-2016)
- LILACS (1982-2016)
- Scielo (2005-2016)
- Cochrane Controlled Trials Register: Cochrane Library
- Instituto Joanna Briggs (IJB)
- Science Citation Index (1981 - 2016)
- Center of Reviews and Dissemination of United Kingdom

Búsqueda manual.

Bases de datos de organismos elaboradores y compiladores de GPC

- Guidelines International Network (GIN)
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
- National Guideline Clearinghouse (NGC)
- New Zealand Guidelines Group (NZGG)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) American College of Physicians (ACP)
- National Health and Medical Research Council (NHMRC) Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) Canadian Medical Association (CMA)
- GuíaSalud
- Guideline Implementability Research and Application Network (GIRAnet)

Recolección de los datos y análisis. Selección de los estudios.

Los resúmenes de los artículos encontrados en la búsqueda se revisaron para identificar los estudios que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. Los estudios fueron revisados por dos personas de forma independiente. Las diferencias fueron resueltas por consenso (2).

Extracción de los datos

Los estudios que cumplieron los criterios de inclusión fueron procesados para la extracción de datos. Los datos fueron extraídos independientemente por dos personas y los resultados fueron reevaluados para ver la consistencia basados en el formato de recolección de datos. Los datos que se incluyeron fueron: tipo estrategia de implementación, tipo de desenlace, tipos de indicador.

Evaluación de la calidad de los estudios.

La calidad metodológica de los estudios se evaluó por dos personas independientes. Se realizó cegamiento del autor y revista de dónde provenía el artículo. Se evaluó la calidad metodológica teniendo en cuenta el tipo de estudio, como es una revisión rápida de la literatura basada en revisiones sistemáticas publicadas previamente, se utilizó la herramienta AMSTAR para dicha evaluación de calidad (3).

Análisis de la evidencia

La evidencia se sintetizó de forma cualitativa y cuantitativa. Los datos cualitativos fueron analizados mediante meta síntesis de la información. Esta información se utilizó para proponer las diferentes estrategias de implementación propuestas para esta guía.

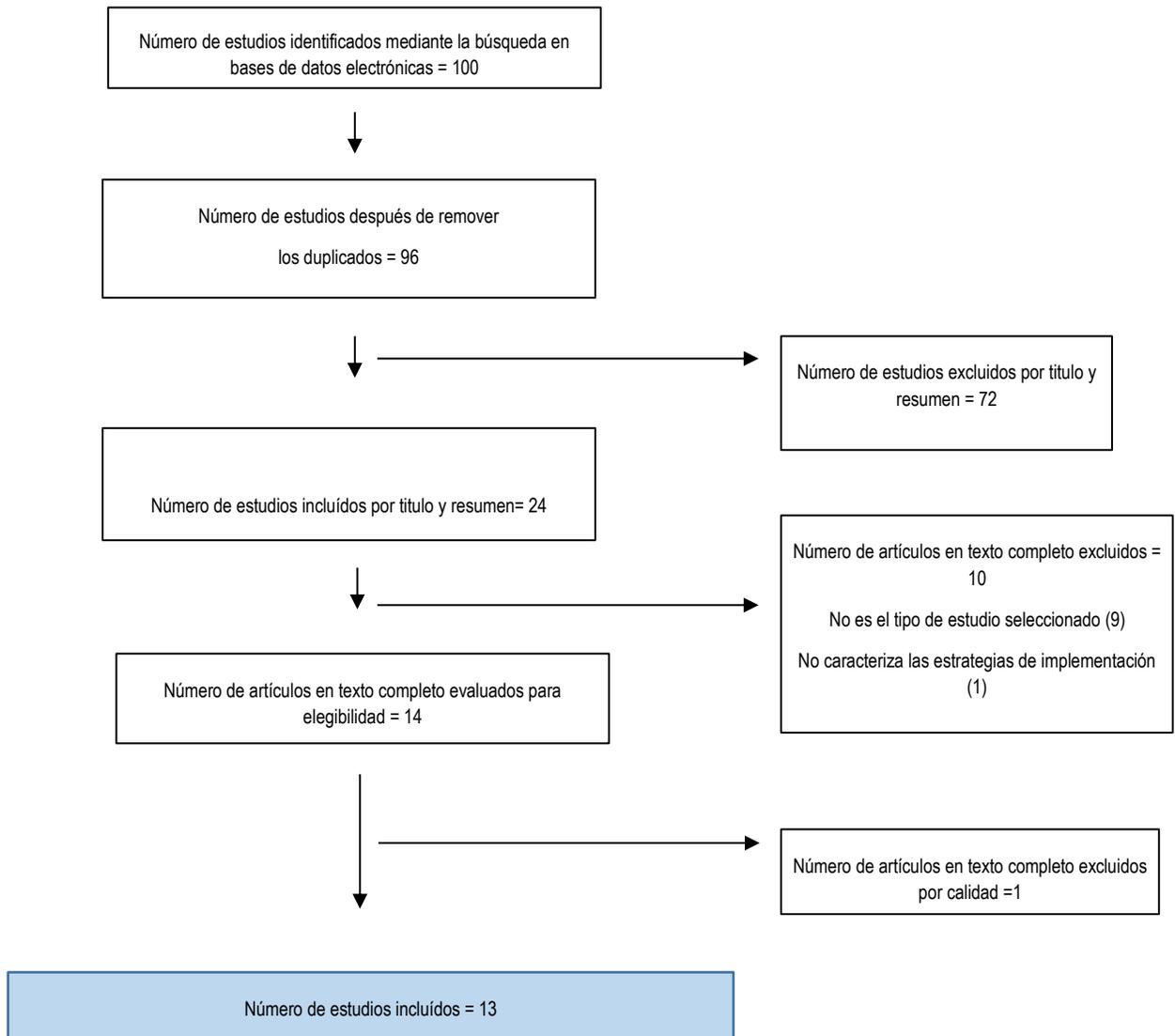
Los datos cuantitativos recolectados fueron heterogéneos y no fue posible desarrollar un metaanálisis de la información recolectada, pero se crearon tablas de resumen. Los resultados se presentan en forma narrativa.

Resultados de la revisión sistemática.

Se identificaron 100 estudios tipo revisión sistemática de la literatura y revisión narrativa de la literatura, después de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se identificaron 13 estudios; 5 de ellos evaluaron estrategias de implementación de GPC para condiciones de salud especiales, como enfermedad cardiovascular, enfermedades neurológicas, 6 estudios evaluaban las estrategias de implementación en el sistema de salud y 2 evaluaban estrategias de implementación en profesiones de la salud específicas (enfermeras y especialistas médicos) La evaluación de la calidad, 11 estudios fueron de alta calidad y 2 estudios fueron de moderada calidad, ningún estudio fue calificado de baja calidad. Los criterios que determinaron la calidad fue la definición de los desenlaces (Tabla 16).

Un aspecto en común de los estudios es la necesidad de contar con estrategias de implementación de guías de práctica clínica que tengan un enfoque educativo, reconocimiento de la práctica clínica actual e identificación de barreras y facilitadores.

Flujograma de selección de estudios.



Los estudios seleccionados fueron los siguientes.

- Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. & Thomson, M. A. (1998) Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 317 (7156), 465–468.
- Grimshaw, J., Eccles, M., Thomas, R., MacLennan, G., Ramsay, C., Fraser, C. & Vale, L. (2006) Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966–1998. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (suppl. 1), 14–20.
- Beilby, J. J. & Silagy, C. A. (1997) Trials of providing costing information to general practitioners: a systematic review. *Medical Journal of Australia*, 167 (2), 89–92.
- Davis, D. A., Thomson, M. A., Oxman, A. & Haynes, R. B. (1995) Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *The Journal of the American Medical Association*, 274 (9), 700–705.
- Grilli, R., Ramsay, C. & Minozzi, S. (2002) Mass media interventions: effects on health services utilisation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD000389. DOI: 10.1002/14651858.CD000389.
- Grimshaw, J. M., Thomas, R. E. & MacLennan, G. *et al.* (2004) Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 8 (6), 1–349.
- Hunt, D. L., Haynes, R. B., Hanna, S. E. & Smith, K. (1998) Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcomes: a systematic review. *The Journal of the American Medical Association*, 280 (15), 1339–1346.
- Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, D. T., O'Brien, M. A. & Oxman, A. D. (2006) Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000259. DOI:10.1002/14651858.CD000259.pub2.
- Oxman, A. D., Thomson, M. A., Davis, D. A. & Haynes, R. B. (1995) No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 153 (10), 1423–1431.
- Smith, W. R. (2000) Evidence for the effectiveness of techniques to change physician behaviour. *Chest*, 118 (Suppl. 2), 8–17.
- Sullivan, F. & Mitchell, E. (1995) Has general practitioner computing made a

difference to patient care? A systematic review of published reports. *British Medical Journal*, 311 (7009), 848–852.

- Thomas, L., Cullum, N., McColl, E., Rousseau, N., Soutter, J. & Steen, N. (1999) Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD000349. DOI: 10.1002/14651858.CD000349.
- Grimshaw, J., Freemantle, N., Wallace, S. & Russell, I. (1995) Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health care*, 4 (1), 55–64.

La revisión de estos estudios permitió identificar las estrategias de mayor eficacia y extraer algunas conclusiones generales.

Evaluación de la calidad de los estudios incluidos.

CRITERIO	Bero, L. A	Grimshaw, J	Beilby, J. J.	Davis, D. A.,	Grilli, R.,	Grimshaw, J. M.,	Hunt, D. L.,	Jamtvedt, G	Oxman, A. D.,	Smith, W. R.	Sullivan, F.	Thomas, L.,	Grimshaw, J.,
	1998	2006	1997	1995	2002	2994	1998	2006	1995	2000	1995	1999	1995
1. ¿Fue provisto un diseño a priori? Se establecieron antes de conducir la revisión:	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
• La pregunta de investigación.													
• Los criterios de inclusión.													
2. ¿La selección de los estudios y la extracción de datos fue duplicada?:	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
• Existieron por lo menos dos revisores independientes para la													
Extracción de datos.													
• Existió un procedimiento de consenso para resolver los desacuerdos													
3. ¿Se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura?:	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
• La búsqueda incluyó al menos dos fuentes electrónicas.													
• El reporte incluyó los años y las bases de datos usadas (por ejemplo,													

CRITERIO	Bero, L. A.	Grimshaw, J.	Beilby, J. J.	Davis, D. A.,	Grilli, R.,	Grimshaw, J. M.,	Hunt, D. L.,	Jamtvedt, G.	Oxman, A. D.,	Smith, W. R.	Sullivan, F.	Thomas, L.,	Grimshaw, J.,
	1998	2006	1997	1995	2002	2994	1998	2006	1995	2000	1995	1999	1995
CENTRAL, EMBASE y MEDLINE).													
<ul style="list-style-type: none"> Las palabras clave, los términos MeSH y la estrategia de búsqueda fueron reportados. 													
<ul style="list-style-type: none"> Todas las búsquedas fueron complementadas por consulta de revisiones, libros de texto, registros especializados, expertos en el campo de estudio específico y por revisión de las referencias en los estudios identificados. 													
4. ¿El estado de la publicación (por ejemplo, literatura gris) fue utilizado como criterio de inclusión?:	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI
<ul style="list-style-type: none"> Los autores declararon que se buscó literatura independientemente del estado de la publicación. 													
<ul style="list-style-type: none"> Se indicó si se excluyó o no algún reporte de la revisión sistemática, con base en su estado de publicación, lenguaje, etc. 													

CRITERIO	Bero, L. A.	Grimshaw, J.	Beilby, J. J.	Davis, D. A.,	Grilli, R.,	Grimshaw, J. M.,	Hunt, D. L.,	Jamtvedt, G.	Oxman, A. D.,	Smith, W. R.	Sullivan, F.	Thomas, L.,	Grimshaw, J.,
	1998	2006	1997	1995	2002	2994	1998	2006	1995	2000	1995	1999	1995
5. ¿Se presentó un listado de estudios incluidos y excluidos?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI
6. ¿Se presentaron las características de los estudios incluidos?:	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
<ul style="list-style-type: none"> • Se presentaron los datos de los estudios originales: participantes, intervenciones y desenlaces. 													
<ul style="list-style-type: none"> • Se reportaron las características de todos los estudios analizados: edad, raza, sexo, nivel socioeconómico, estado, duración y severidad 													
de la enfermedad o comorbilidades													
7. ¿La calidad de los estudios incluidos fue evaluada y documentada?:	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> • Se definieron a priori los criterios de evaluación de calidad (por ejemplo, para estudios de efectividad, si los autores decidieron incluir solamente estudios aleatorizados, doble ciego, placebo controlados, o si el 													

CRITERIO	Bero, L. A.	Grimshaw, J.	Beilby, J. J.	Davis, D. A.,	Grilli, R.,	Grimshaw, J. M.,	Hunt, D. L.,	Jamtvedt, G.	Oxman, A. D.,	Smith, W. R.	Sullivan, F.	Thomas, L.,	Grimshaw, J.,
	1998	2006	1997	1995	2002	2994	1998	2006	1995	2000	1995	1999	1995
ocultamiento de la asignación se empleó como un criterio de inclusión).													
<ul style="list-style-type: none"> Se consideraron ítems relevantes para otro tipo de estudios 													
8. ¿Se utilizó adecuadamente la calidad de los estudios para formular las conclusiones?:	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> Los resultados del rigor metodológico y la calidad científica se consideraron en el análisis, las conclusiones y explícitamente en la formulación de recomendaciones. 													
9. ¿Fueron apropiados los métodos para combinar los hallazgos de los estudios?:	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> Se realizó una prueba para asegurar que los estudios fueran combinables, para evaluar su homogeneidad (por ejemplo, prueba ji cuadrado, I2). 													
<ul style="list-style-type: none"> Si la heterogeneidad 													

CRITERIO	Bero, L. A.	Grimshaw, J.	Beilby, J. J.	Davis, D. A.,	Grilli, R.,	Grimshaw, J. M.,	Hunt, D. L.,	Jamtvedt, G.	Oxman, A. D.,	Smith, W. R.	Sullivan, F.	Thomas, L.,	Grimshaw, J.,
	1998	2006	1997	1995	2002	2006	1998	2006	1995	2000	1995	1999	1995
existió, se debió usar un modelo de efectos aleatorios o se debió tomar en consideración la pertinencia clínica de combinar los estudios (¿es factible combinarlos?).													
10. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?:	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
<ul style="list-style-type: none"> • La evaluación del sesgo de publicación debió incluir una combinación de ayudas gráficas (por ejemplo, gráfico de embudo u otras pruebas disponibles) o pruebas estadísticas (por ejemplo, prueba de Egger). 													
11. ¿Se declaró la existencia de conflictos de interés?:	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
<ul style="list-style-type: none"> • Las fuentes de financiación o apoyo fueron claramente reconocidas tanto en la revisión, como en los estudios incluidos. 													
Calificación global	9	6	9	8	10	10	9	10	9	8	10	10	7

6.10 Resultados de la revisión de la literatura.

Eficacia de las estrategias de implementación

Las estrategias de implementación identificadas en la revisión sistemática fueron:

- Estrategias educativas
- Estrategias tradicionales de educación
- Reuniones educativas
- Auditoria/feedback y revisión por pares
- Intervenciones multifacéticas
- Medios de comunicación y estrategias de difusión
- Sistemas de apoyo, recordatorio
- Sistemas de incentivos financieros

A continuación se enuncian algunas características de cada una de las estrategias de implementación descritas

Estrategias educativas

Las estrategias educativas se han divulgado, y se clasifican en términos generales como "Educación Médica Continuada (EMC)". Los componentes de la EMC, en todos los estudios fueron mal descritos, lo que impedía la consideración de estrategias educativas individuales (conferencias tradicionales o de divulgación académica). La eficacia de las EMC, en términos generales, es discutible. Mientras Beaudry (4) ha sostenido que no mejoró el conocimiento médico (tamaño del efecto 0,79, +/-0,38) y desempeño (tamaño del efecto de 0,55, +/- 0,45), otros dos estudios consideran que tiene efecto mínimo sobre la práctica profesional [8,21], y otros dos estudios reportaron resultados no concluyentes (5, 6). El tiempo y la intensidad de las estrategias de EMC pueden influir en la eficacia. Beaudry (7) y Davis et al. (8) informó la posible relación entre la duración de la estrategia y la eficacia de manera significativa (8). La duración óptima de los programas de EMC se propone como entre 1 y 4 semanas; Sin embargo, no estaba claro si esto se refiere a la cantidad total de sesiones de CME, o la frecuencia de sesiones (4).

Educación tradicional

Se ha divulgado estrategias educativas tradicionales; sin embargo, fueron consistentemente ineficaces en el proceso de implementación (9, 10). Estrategias "tradicionales" incorporan de forma típica la educación y la difusión de información pasiva tales como conferencias, sitios web y conferencias didácticas (10).

Las reuniones educativas/Educación interactiva

Estrategias educativas interactivas demostraron ser efectivas en el proceso de implementación (10 de 11 revisiones sistemáticas), con efectos que varían desde 1% a 39% (6-15). Las estrategias interactivas incluyen talleres y sesiones prácticas, junto con todos los procesos de evaluación. Aunque los estudios que demostraron efectos positivos con significancia estadística fueron 13 de 44 estudios primarios, el número puede ser mayor, ya que muchos estudios que informan de resultados positivos no informaron sus valores estadísticos. Las estrategias

educativas interactivas incurren generalmente en un costo elevado en el desarrollo y puesta en marcha de las estrategias (15). Sin embargo, mejoras de rendimiento clínico están relacionados con una mejor eficiencia en el uso de los recursos de servicios de salud (estimado en un 30%) (16).

La educación en el sitio de práctica

Los efectos reportados con mayor frecuencia, relacionados con las estrategias educativas se asociación a este tipo de estrategia educativa, por lo general consistió en visitas en los sitios de práctica de los educadores, la provisión de material promocional, y recordatorios posteriores o educativo de seguimiento (5). Todas las 13 revisiones sistemáticas revisión de esta estrategia presentan las conclusiones positivas, reportando hasta un 68% de mejora relativa en el proceso o el cumplimiento (4-16). Sin embargo, se utiliza con poca frecuencia esta estrategia, posiblemente porque requiere de mucho tiempo y es costosa (13). Un estudio informó una reducción significativa en los costos de prescripción de los médicos. Sin embargo, no estaba claro si estos ahorros compensan los costos de implementación (13).

Auditoría / feedback / revisión por pares

Se reportó evidencia de moderada Hubo pruebas moderadas de la eficacia de proceso o el cumplimiento de la auditoría y la retroalimentación (16), que van desde ningún efecto, una disminución del 17%, con una mejora del 63%. Sin embargo, los resultados financieros mostraron evidencia más prometedora, los costos clínicos disminuyeron hasta en un 37% después de la implantación de la guía junto con la auditoría y la retroalimentación en cinco de siete estudios primarios siendo significativamente positivo (16). El efecto se logra típicamente por una reducción en el número de pruebas diagnósticas, sin resultados adversos en los pacientes (14)

Las intervenciones multifacéticas

Las estrategias de intervención multifacéticas han obtenido constantemente mejoras significativas en el cumplimiento de indicaciones y el cambio de comportamiento. El efecto reportado fue de hasta el 60%. intervenciones multidisciplinarias tienen una mayor evidencia de la eficacia de las estrategias vs intervenciones individuales (10). Se describió una serie de combinaciones de estrategias, aunque no había evidencia de cualquier relación entre el número de componentes y la eficacia de la estrategia (11, 12), y no hay evidencia sobre el efecto de combinaciones de estrategias.

Los medios de comunicación y estrategias de distribución

Las estrategias de distribución y difusión tradicionales (como por correo postal) son generalmente ineficaces. Sólo una revisión sistemática concluyó que los métodos tradicionales de difusión fueron efectivos, la presentación de informes mejora del 39% en el proceso o el cumplimiento (6). En una revisión donde se registraron mejoras (reducción de costos en la prescripción de medicamentos, de acuerdo con el cambio de comportamiento deseado), los efectos fueron (8) estadísticamente significativos. La eficacia de las estrategias de medios de comunicación masiva no fueron concluyentes. Una revisión sistemática reporto un beneficio

significativo con cuestionables efectos en términos de costo-efectividad (13), otros hallazgos fueron contradictorios (9), y un tercero fue concluyente (15).

Contenidos de las GPC y su construcción

Existe una relación entre la complejidad del lenguaje de las GPC y el poco uso y cumplimiento de las mismas (5, 7). La adherencia de las GPC está relacionada con la credibilidad de la organización en desarrollo y/o grupo desarrollador, así como la evidencia científica que soporta las recomendaciones (rango 24-85% de adherencia) (4-8). Las recomendaciones producidas bajo metodología GRADE o metodología que son basadas por una evaluación de calidad de la evidencia y una presentación y deliberación de las mismas por un consenso de expertos, aumentaron la apropiación y adopción de las recomendaciones hasta un 40%, a raíz del desarrollo de estas metodologías (10, 11).

Sistemas de recordatorio y apoyo para la toma de decisión

El uso de recordatorio y sistemas de apoyo clínico para la toma de decisión resultó consistentemente en mejores prácticas. Con frecuencia estas estrategias se apoyan en sistemas operativos multimedia, estas estrategias resultaron en mejoras en el proceso de cumplimiento hasta el 71,8%, y la reducción de costos de la atención hasta el 30% (13, 14). Un meta-análisis encontró que el ERS-recordatorios implementado a través de un sistema de computadoras en un centro de atención ambulatorio mejoro significativamente la práctica clínica, incrementado la utilización de medicamentos de manera racional y reducción de eventos adversos. Los recordatorios a través de sistemas informáticos tuvieron un efecto ligeramente mayor en los médicos que los recordatorios entregados por medio manual o basados en papel (OR=1,77; IC95% 1,38-2,27 vs 1.57; IC95% 01.20-02.06); Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa (16). A pesar de este impacto positivo en el proceso de atención y el cumplimiento, el uso de sistemas basados en computadoras según los informes, se incrementó el tiempo de consulta por un máximo de 90 segundos. Por otra parte, la reducción de la satisfacción del médico se asoció con el estrés de la utilización de sistemas basados en computadoras (16).

Incentivos financieros

El efecto de los incentivos financieros no fueron concluyentes (tres revisiones sistemáticas de un total de seis estudios primarios) (6, 7) tuvieron efectos variables de 6% a 39%, y no hubo evidencia de que la magnitud del incentivo influyeran en el cumplimiento de las recomendaciones.

Inclusión de un líder de opinión local

Se identificó evidencia variable de calidad moderada, que los líderes de opinión locales promueven el cambio de comportamiento y la adherencia a las recomendaciones (8,10). Se reportaron mejoras de hasta un 39%, mientras que Doumit et al. (10) Informe de una diferencia de medias ajustada de 0,10, lo que representa un 10% mayor cumplimiento en los grupos de intervención. Se debe tener en cuenta las capacidades y características del líder de opinión, ya que de esto dependerá el sentimiento de confianza que pueda generar en los profesionales de la salud y por lo tanto sus interacciones con ellos serán satisfactorias (10). La evidencia a pesar

de que clínicamente demuestra ser efectiva no demostró significancia estadística. La influencia social es el mecanismo por el cual los líderes de opinión son instrumentos de implementación, sin embargo, ese líder debe ser capacitado tanto en la temática abordada como en el método establecido para el desarrollo de la GPC (4).

Las estrategias multi componente o multifacéticas han demostrado ser más efectivas que las estrategias únicas; sin embargo, su efecto agregado puede incurrir en sesgo de medición y de información, debido a que no se conoce el efecto real de cada una de las intervenciones, así como el posible efecto de confusión de otros procesos institucionales.

6.11 Vigilancia del progreso de la implementación

Se hace necesario el fortalecimiento de los sistemas de información y la generación de indicadores propios de la implementación y adherencia de las GPC por parte de los profesionales de la salud y de los pacientes y usuarios. Así mismo la caracterización adecuada del contexto y de las posibles barreras de implementación (10). Otro estudio plantea la necesidad de hacer seguimiento de la incorporación de una cultura de consumo crítico de la literatura (11), concluyeron que a pesar de que los principios de la medicina basada en la evidencia, dominan el desarrollo metodológico de las guía de práctica clínica y, en sí misma, la práctica clínica, no existe evidencia de la evaluación de dichos procesos, solo de programas que han demostrado de una u otra manera ser efectivos a pesar de no ser afines a la medicina basada en la evidencia. Dichos programas le apuntan a ser fuertemente efectivos en los procesos de difusión e implementación, dejando de producto final la adopción de dichas recomendaciones. El proceso de vigilancia se basará en dichos ejercicios de manera periódica y necesariamente reinventados, si es necesario a partir del contexto social, político y cultural.

6.12 Análisis del contexto (identificación y análisis de barreras)

La segunda etapa incluye el proceso llevado a cabo por el consenso, la aplicación del instrumento GLIA para el análisis de la posibilidad de implementar las recomendaciones desarrolladas en la guía de práctica clínica, y la construcción de indicadores de seguimiento y evaluación de la implementación de las recomendaciones indicadoras.

Referencias

1. Arango C, Ayuso J, Vieta E, Bagny A, Baeza I, Bobes T, et al. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014 ISB. 978-84-9835-810-0.
2. Sperling RA, Aisen PS, Beckett LA, Bennett DA, Craft S, Fagan AM, et al. Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 2011; 7(3): 280–292
3. Julie MD and Ganguli MD. Dementia and Cognitive Impairment: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Clin Geriatr Med* 2014; 30 (3): 421–442
4. Gomez C, Hernandez G, Rojas A, Santacruz H, Uribe M. Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. *Medica Panamericana*. 2008 ISB: 9789588443010; Pag 410
5. Demencia: una prioridad de salud pública. Washington, DC: OPS, 2013 Disponible en: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/es/
6. Neuropathology Group. Medical Research Council Cognitive Function and Aging Study. Pathological correlates of late-onset dementia in a multicentre, community-based population in England and Wales. *Lancet* 2001; 20 (357): 169–75
7. Consultado el 24 de febrero de 2017, Demencia Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
8. Fitzpatrick AL, Kuller LH, Lopez OL, Kawas CH, Jagust W. Survival following dementia onset: Alzheimer's disease and vascular dementia. *J Neurol Sci*. 2005, 15;229-230.
9. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013, 2015; 385 (9963), 117-171. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61682-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61682-2).
10. GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015, 2016; 388 (10053), 1459-1544. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31012-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31012-1).
11. Wimo A, Prince M. World Alzheimer Report 2010 – The Global Economic Impact of Dementia. *Alzheimer's Disease International* London, 2010. 96
12. Orden LY, Carrasquilla G, Director G, Médico DP, Cristina A, Alvarez P, et al. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano Marzo de 2014 Revisores pares nacionales revisores pares internacionales. Colombia; 2014. 154 p
13. NHMRC. Clinical practice guidelines and principles of care for people with dementia. Australia; 2016. ISBN Online: 978-0-9945415-2-9.

14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía De Intervención Mhgap [Internet]. Guía de Intervención mhGAP, 2011. 1-5
15. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *J Clin Epidemiol.* 2010;63(12):1308–11.
16. Toolkit a R. Guideline Adaptation : Update. 2009.
17. Nice SCI for E. L -NICE-SCIE Guideline On Supporting People With Dementia and Their Carers In Health and Social Care. Practice. British; 2006. 66-68
18. NHMRC. Procedures and requirements for meeting the 2011 NHMRC standard for clinical practice guidelines: Version 1.1. Australia; 2011. 32
19. Grasel E, Wiltfang J, Kornhuber J. Non-drug therapies for dementia: an overview of the current situation with regard to proof of effectiveness. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2003;15:115–125.
20. Australian Government: National Health and Medical Research Council. An ethical framework for integrating palliative care principles into the management of advanced chronic or terminal conditions. 2011. Disponible en: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/rec31_ethical_framework_palliative_care_terminal_110908.pdf
21. Steinberg M, Corcoran C, Tschanz JT, et al. Risk factors for neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2006;21:824–83
22. Travers C, Gray L, Hubbard R. Evidence for the safety and quality issues associated with the care of patients with cognitive impairment in acute care settings: a rapid review October 2013; 140.
23. Sansoni JD, C.; Grootemaat, P.; Samsa, P.; Capell, J.; Westera A. Younger onset dementia: a literature review: Centre for Health Service Development. Univ Wollongong. 2014;
24. Duane F, Brasher K, Koch S. Living alone with dementia. *Dementia.* 2013;12(1):123–36.
25. Forbes DA, Morgan D, Janzen BL. Rural and Urban Canadians with Dementia: Use of Health Care Services. *Can J Aging / La Rev Can du Vieil.* 2010 Mar 31 [cited 2017 Jan 15];25(3):321. 26.
27. Koch T ISE-EP. Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review. *BMC Fam Pract.* 2010;11(52).
28. Cattel C, Gambassi G SA. Correlates of delayed referral for the diagnosis of dementia in an outpatient population. *journals Gerontol.* 2000;55(2):98–102.
29. Bridges-Webb C, Giles B SC. Patients with dementia and their carers in general practice. *Aust Fam Physician.* 2006;35(11):923–4.
30. Radford K, Mack HA, Draper B, Chalkley S, Daylight G, Cumming R, et al. Prevalence of dementia in urban and regional Aboriginal Australians. *Alzheimer's Dement.* 2015;11(3):271–9.
31. Smith K, Flicker L LN. High prevalence of dementia and cognitive impairment in Indigenous Australians. *Neurology.* 2008;71(19):1470–3.

32. Bunn F, Goodman C SK. Psychosocial Factors That Shape Patient and Carer Experiences of Dementia Diagnosis and Treatment: A Systematic Review of Qualitative Studies. *PLoS One*. 2012;9(10):1001331.
33. Health AGD of. Health assessment for people aged 75 years and older. 2014. http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mbsprimarycare_mbsitem_75andolder. 2015.
34. Bradford A, Kunik ME SP. Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: prevalence and contributing factors. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2009;23(4):306–14.
35. Borson S, Frank L BP. Improving dementia care: the role of screening and detection of cognitive impairment. *Alzheimer's Dement*. 2013;9(2):151–9.
36. Boustani M, Peterson B HL. Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2003;138(11):927–37.
37. Lin J, O'Connor E RR. Screening for cognitive impairment in older adults: An evidence update for the US Preventive Services Task Force. *Agency Healthc Res Qual*. 2013;107.
38. LoGiudice D, Waltrowicz W BK. Do memory clinics improve the quality of life of carers? A randomized pilot trial. *International J Geriatr Psychiatry*. 1999;14(8):626–32.
39. Meeuwssen EJ, Melis RJ VDAG. Effectiveness of dementia follow-up care by memory clinics or general practitioners: randomised controlled trial. *BMJ*. 2012;344:e3086.
40. Mitchell AJ S-FM. Temporal trends in the long term risk of progression of mild cognitive impairment: a pooled analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2008;79(12):1386–91.
41. Mitchell A S-FM. Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia-Metaanalysis of 41 robust inception cohort studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119(4):252–65.
42. Ward A, Tardiff S DC. Rate of conversion from prodromal Alzheimer's disease to Alzheimer's dementia: a systematic review of the literature. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2013;3(1):320–32.
43. Burns A, Iliffe S. Dementia. *BMJ*. 2009;338(75).
44. Brodaty H, Connors M PD. Dementia: 14 essentials of assessment and care planning. *Med Today*. 2013;14(8):18–27.
45. Noel-Storr AH, Flicker L RC. Systematic review of the body of evidence for the use of biomarkers in the diagnosis of dementia. *Alzheimer's Dement*. 2013;9(3):e96–105.
46. Jack CR, Jr., Albert MS KD. Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement*. 2011;7(3):257–62.
47. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR, Kawas CH, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement [Internet]*. 2011;7(3):263–9.
48. Albert MS, DeKosky ST DD. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's

- Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement.* 2011;7(3):270–9.
49. Zhang S, Smailagic N HC. 11C-PIB-PET for the early diagnosis of Alzheimer's disease dementia and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;7.
 50. AM. C. The decreasing prevalence of reversible dementias: an updated meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2003;163(18):2219–29.
 51. Bloudek LM, Spackman DE BM. Review and meta-analysis of biomarkers and diagnostic imaging in Alzheimer's disease. *J Alzheimer's Dis.* 2011;26(4):267–45.
 52. Ontario HQ. The appropriate use of neuroimaging in the diagnostic work-up of dementia: an evidence-based analysis. *Ont Heal Technol Assess Ser Ontario.* 2014;1–64.
 53. Beynon R, Sterne JA WG. Is MRI better than CT for detecting a vascular component to dementia? A systematic review and meta-analysis. *BMC Neurol.* 2012;12(33).
 54. Medical Services Advisory Committee. Application No. 1195 - F-18 fluorodeoxyglucose positron emission tomography (FDG PET) for the diagnosis of Alzheimer's disease. Public Summary Document. Canberra: Australian Government Department, 2015
 55. Smailagic N, Vacante M, Hyde C, et al. 18F-FDG PET for the early diagnosis of Alzheimer's disease dementia and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;1.
 56. Dougall NJ, Bruggink S EK. Systematic review of the diagnostic accuracy of 99mTc-HMPAOSPECT in dementia. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2004;12(6):554–70.
 57. American Journal of Geriatric Psychiatry. A Syst Rev (Vol 2) Stock Swedish Counc Technol Assess Heal. 2008; 14 (10):118-26
 58. Dobert N, Pantel J FL. Diagnostic value of FDG-PET and HMPAO-SPECT in patients with mild dementia and mild cognitive impairment: metabolic index and perfusion index. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2005;20(2):63–70.
 59. Doran M, Vinjamuri S CJ. Single-photon emission computed tomography perfusion imaging in the differential diagnosis of dementia: a retrospective regional audit. *Int J Clin Pr.* 2005;59(4):496–500.
 60. Logan-Sinclair PA DA. Diagnosing dementia in rural New South Wales. *Aust J Rural Health.* 2007;15(3):A83-8.
 61. Frisoni GB, Bocchetta M CG. Imaging markers for Alzheimer disease: which vs how. *Neurology.* 2013;81(5):487–500.
 62. Arkles RSJP, L.R.; Robertson, H.; Draper, B.; Chalkley, S.; Broe GA. Ageing, cognition and dementia in Australian Aboriginal and Torres Strait Islander peoples: a life cycle approach. REPORT. 2010.
 63. Smith K, Flicker L DA. Assessing cognitive impairment in indigenous Australians: Reevaluation of the Kimberley Indigenous Cognitive Assessment in Western Australia and the Northern Territory. *Aust Psychol.* 2009;44(1):54–61.
 64. Taylor KL, M.; Kuipers, P.; Stothers, K.; Piper K. Intercultural communications in remote Aboriginal Australian communities: what works in dementia education and management?

Heal Sociol Rev. 2012;21(2):208–19.

65. Byszewski A, Molnar F A. Dementia diagnosis disclosure: A study of patient and caregiver perspectives. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2007;21(2):107–14.
66. Prorok JC, Horgan S SD. Health care experiences of people with dementia and their caregivers: a meta-ethnographic analysis of qualitative studies. *C Can Med Assoc J*. 2013;185(14):E669-80.
67. Abley C, Manthorpe J BJ. Patients' and carers' views on communication and information provision when undergoing assessments in memory services. *J Heal Serv Res Policy*. 2013;18(3):167–73.
68. Leung P, Orrell M O V. Social support group interventions in people with dementia and mild cognitive impairment: a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015;30(1):1–9.
69. National Institute for Health and Clinical Excellence SCIfE. A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. *Natl Clin Pract Guidel* London. 2007;
70. Australian Health Ministers Advisory Council. National Framework for Action on Dementia 2014-2018. 2014
71. Parliament of Australia. Care and management of younger and older Australians living with dementia and behavioural and psychiatric symptoms of dementia: The Senate Community Affairs References Committee. 2014.
72. Beer C, Horner B, Flicker L, Scherer S, Lautenschlager NT, Bretland N, et al. A cluster-randomised trial of staff education to improve the quality of life of people with dementia living in residential care: The direct study. *PLoS One*. 2011;6(11):1–11.
73. Beer C, Horner B, Almeida OP, Scherer S, Lautenschlager NT, Bretland N, et al. Current experiences and educational preferences of general practitioners and staff caring for people with dementia living in residential facilities. *BMC Geriatr*. 2009;9:36.
74. Chenoweth L, King MT, Jeon YH, Brodaty H, Stein-Parbury J, Norman R, et al. Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurol*. 2009;8(4):317–25.
75. Clare L, Whitaker R, Woods RT, Quinn C, Jolley H, Hoare Z, et al. AwareCare: a pilot randomized controlled trial of an awareness-based staff training intervention to improve quality of life for residents with severe dementia in long-term care settings. *Int Psychogeriatr*. 2013;25(1):128–39.
76. Deudon A, Maubourguet N, Gervais X, et al. Non-pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2009;24(12):1386-95
77. Donath C, Grassel E, Grossfeld-Schmitz M, et al. Effects of general practitioner training and family support services on the care of home-dwelling dementia patients--results of a controlled cluster-randomized study. *BMC Health Services Research* 2010;10:314

78. Jeon YH, Luscombe G, Chenoweth L, et al. Staff outcomes from the caring for aged dementia care resident study (CADRES): a cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies* 2012;49(5):508-18
79. Kuske B, Luck T, Hanns S, et al. Training in dementia care: A cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *International Psychogeriatrics* 2009;21(2):295-308
80. Leone E, Deudon A, Bauchet M, et al. Management of apathy in nursing homes using a teaching program for care staff: the STIM-EHPAD study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2013;28(4):383-92
81. Leone E, Deudon A, Maubourguet N, et al. Methodological issues in the non pharmacological treatment of BPSD in nursing home--the TNM study. *Journal of Nutrition, Health & Aging* 2009;13(3):260-3
82. McCurry SM, LaFazia DM, Pike KC, et al. Development and evaluation of a sleep education program for older adults with dementia living in adult family homes. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2012;20(6):494-504
83. Pellfolk TJ, Gustafson Y, Bucht G, et al. Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2010;58(1):62-9
84. Resnick B, Cayo J, Galik E, et al. Implementation of the 6-week educational component in the Res-Care intervention: process and outcomes. *Journal of Continuing Education in Nursing* 2009;40(8):353-60
85. Resnick B, Gruber-Baldini AL, Zimmerman S, et al. Nursing home resident outcomes from the Res-Care intervention. *Journal of the American Geriatrics Society* 2009;57(7):1156-65
86. Spijker A, Wollersheim H, Teerenstra S, et al. Systematic care for caregivers of patients with dementia: a multicenter, cluster-randomized, controlled trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2011;19(6):521-31
87. Testad I, Ballard C, Bronnick K, et al. The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: a single-blind, randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 2010;71(1):80-6
88. van der Kooij C, Droes R, de Lange J, et al. The implementation of integrated emotion-oriented care: Did it actually change the attitude, skills and time spent of trained caregivers? *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice* 2013;12(5):536-50
89. Verkaik R, Francke AL, van Meijel B, et al. The effects of a nursing guideline on depression in psychogeriatric nursing home residents with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2011;26(7):723-32
90. Visser S, McCabe M, Hudgson C, et al. Managing behavioural symptoms of dementia: Effectiveness of staff education and peer support. *Aging & Mental Health* 2008;12(1):47-55
91. Waldorff FB, Siersma V, Nielsen B, et al. The effect of reminder letters on the uptake of an e-learning programme on dementia: a randomized trial in general practice. *Family Practice* 2009;26(6):466-71
92. Olazaran J, Muniz R, Reisberg B, et al. Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. *Neurology* 2004;63(12):2348-53

93. Finnema E, Droes R, Ettema T, et al. The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2005;20:330-43
94. Hoeffler B, Talerico K, Rasin J, et al. Assisting cognitively impaired nursing home residents with bathing: effects of two bathing interventions on caregiving. *Gerontologist* 2006;46:524-32
95. Huizing A, Hamers JP, Gulpers M, et al. Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial. *BMC Geriatrics* 2006;6:17
96. Kovach CR, Taneli Y, Dohearty P, et al. Effect of the BACE intervention on agitation of people with dementia. *Gerontologist* 2004;44:797-806
97. McCallion P, Toseland RW, Lacey D, et al. Educating nursing assistants to communicate more effectively with nursing home residents of dementia. *Gerontologist* 1999;39:546-58
98. Schrijnemaekers V, van Rossum E, Candel M, et al. Effects of emotion-oriented care on elderly people with cognitive impairment and behavioral problems. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2002;17:926-37
99. Teri L, Huda P, Gibbons L, et al. STAR: a dementia-specific training program for staff in assisted living residences. *Gerontologist* 2005;45:686-93
100. Testad I, Aasland A, Aarsland D. The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2005;20:587-90.
101. de Lorgeril M, Salen P, Martin JL, et al. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation* 1999;99(6):779-85
102. Koloverou E, Esposito K, Giugliano D, et al. The effect of Mediterranean diet on the development of type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of 10 prospective studies and 136,846 participants. *Metabolism: clinical and experimental* 2014;63(7):903-11
103. Knoop KT, de Groot LC, Kromhout D, et al. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA* 2004; 292(12):1433-9.
104. Gillette Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Alix E, et al. IANA (International Academy on Nutrition and Aging) Expert Group: weight loss and Alzheimer's disease. *The journal of nutrition, health & aging* 2007; 11(1):38-48
105. Prince MA, E.; Guerchet, M.;Prina,M. Nutrition and dementia. A review of available research. London: Alzheimer's Disease International (ADI), 2014.
106. Ettinger RL. Treatment planning concepts for the aging patient. *Australian Dental Journal* 2015;60(1 Suppl 1):71-85
107. Foltyn P. Ageing, dementia and oral health. *Australian Dental Journal* 2015; 60(1):86-94.
108. Chen X, Kistler C. Oral health care for older adults with serious illness: When and how? *JAGS* 2015;63(2):375-78.
109. AIHW 2012. Dementia in Australia. Cat. no. AGE 70. Canberra: AIHW

110. Department of Social Services. Commonwealth Home Support Programme: Good Practice Guide for Restorative Care Approaches (incorporating Wellness, and Reablement). Canberra: Australian Government, 2015.
112. McLaren AN, Lamantia MA, Callahan CM. Systematic review of non-pharmacologic interventions to delay functional decline in community-dwelling patients with dementia. *Aging & Mental Health* 2013;17(6):655-66
113. Kumar P, Tiwari SC, Goel A, et al. Novel occupational therapy interventions may improve quality of life in older adults with dementia. *International Archives of Medicine* 2014; 7 (1).
114. Wenborn J, Challis D, Head J, et al. Providing activity for people with dementia in care homes: a cluster randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2013;28(12):1296-304.
115. Forbes D, Thiessen EJ, Blake CM, et al. Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;12:CD006489
116. Hauer K, Schwenk M, Zieschang T, et al. Physical training improves motor performance in people with dementia: A randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2012;60(1):8-15
117. Suttanon P, Hill KD, Said CM, et al. Feasibility, safety and preliminary evidence of the effectiveness of a home-based exercise programme for older people with Alzheimer's disease: A pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 2013;27(5):427-38.
118. Tchalla AE, Lachal F, Cardinaud N, et al. Preventing and managing indoor falls with home-based technologies in mild and moderate Alzheimer's disease patients: pilot study in a community dwelling. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* 2013;36(3-4):251-61
119. Torkamani M, McDonald L, Aguayo IS, et al. A randomized controlled pilot study to evaluate a technology platform for the assisted living of people with dementia and their carers. *Journal of Alzheimer's Disease* 2014;41(2):515-23.
120. Wesson J, Clemson L, Brodaty H, et al. A feasibility study and pilot randomised trial of a tailored prevention program to reduce falls in older people with mild dementia. *BMC Geriatrics* 2013;13:89
121. Gitlin LN, Corcoran M, Winter L, et al. A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: Effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. *Gerontologist* 2001;41(1):4-14
122. Gitlin LN, Winter L, Corcoran M, et al. Effects of the home Environmental Skill-Building Program on the caregiver-care recipient dyad: 6-month outcomes from the Philadelphia REACH initiative. *Gerontologist* 2003;43(4):532-46
123. Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, et al. A biobehavioral home-based intervention and the well-being of patients with dementia and their caregivers: The COPE Randomized Trial. *Jama-Journal of the American Medical Association* 2010;304(9):983-91
124. Graff MJL, Vernooij-Dassen MJM, Thijssen M, et al. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 2006;333(7580):1196-99
125. Gitlin LN, Winter L, Burke J, et al. Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2008;16(3):229-39.

126. Gitlin LN, Hauck WW, Dennis MP, et al. Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with Alzheimer's disease and related disorders. *Journals of Gerontology Series a-Biological Sciences and Medical Sciences* 2005;60(3):368-74
127. Clare L. Assessment and intervention in dementia of Alzheimer type. In: Baddeley A, Wilson B, Kopelman M, eds. *The Essential Handbook of Memory Disorders for Clinicians* London: Wiley, 2004:255-83.
128. Little A, Volans P, Hemsley D, et al. The retention of new information in senile dementia. *British Journal of Clinical Psychology* 1986;25:71-72.
129. Woods B, Aguirre E, Spector AE, et al. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *The Cochrane database of systematic reviews* 2012;2:CD005562.
130. Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *The Cochrane database of systematic reviews* 2013;6:CD003260.
131. Lee GY, Yip CC, Yu EC, et al. Evaluation of a computer-assisted errorless learning-based memory training program for patients with early Alzheimer's disease in Hong Kong: a pilot study. *Clinical Interventions In Aging* 2013;8:623-33.
132. Thom J, Clare L. Rationale for combined exercise and cognition-focused interventions to improve functional independence in people with dementia. *Gerontology* 2011;57:265-75.
133. Clare L, Evans SJ, Parkinson CH, et al. Goal setting in cognitive rehabilitation for people with early stage Alzheimer's disease. *Clinical Gerontologist* 2011;34(3):220-36.
134. Bond M, Rogers G, Peters J, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease (review of Technology Appraisal No 111): a systematic review and economic model. *Health Technology Assess* 2012;16(21).
135. Maher-Edwards G, Dixon R, Hunter J, et al. SB-742457 and donepezil in Alzheimer disease: a randomized, placebo-controlled study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2011;26(5):536-44.
136. Hager K, Baseman AS, Nye JS, et al. Effects of galantamine in a 2-year, randomized, placebo-controlled study in Alzheimer's disease. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2014;10:391-401
137. Cummings JL, Farlow MR, Meng X, et al. Rivastigmine transdermal patch skin tolerability: results of a 1-year clinical trial in patients with mild-to-moderate Alzheimer's disease. *Clinical Drug Investigation* 2010;30(1):41-9
138. Ashford JW, Adamson M, Beale T, et al. MR spectroscopy for assessment of memantine treatment in mild to moderate Alzheimer dementia. *Journal of Alzheimer's Disease* 2011;26 Suppl 3:331-6 226. Dysken MW, Sano M, Asthana S, et al. Effect of vitamin E and memantine on functional decline in Alzheimer disease: the TEAM-AD VA cooperative randomized trial. *JAMA* 2014;311(1):33-44
139. Fox C, Crugel M, Maidment I, et al. Efficacy of memantine for agitation in Alzheimer's dementia: a randomised double-blind placebo controlled trial. *PLoS ONE* 2012;7(5):e35185

140. Herrmann N, Gauthier S, Boneva N, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of memantine in a behaviorally enriched sample of patients with moderate-to-severe Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics* 2013;25(6):919-27
141. Saxton J, Hofbauer RK, Woodward M, et al. Memantine and functional communication in Alzheimer's disease: results of a 12-week, international, randomized clinical trial. *Journal of Alzheimer's Disease* 2012;28(1):109-18.
142. Wang HF, Yu JT, Tang SW, et al. Efficacy and safety of cholinesterase inhibitors and memantine in cognitive impairment in Parkinson's disease, Parkinson's disease dementia, and dementia with Lewy bodies: systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2015;86(2):135-43.
143. Birks J, Craig D. Galantamine for vascular cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;4:CD004746
144. Birks J, McGuinness B, Craig D. Rivastigmine for vascular cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews* 2013; Issue 5
145. Malouf R, Birks J. Donepezil for vascular cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews* 2004; Issue 1.
146. Tricco AC, Soobiah C, Berliner S, et al. Efficacy and safety of cognitive enhancers for patients with mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ: Canadian Medical Association journal* 2013;185(16):1393-401.
147. Schmidt R, Hofer E, Bouwman FH, et al. EFNS-ENS/EAN Guideline on concomitant use of cholinesterase inhibitors and memantine in moderate to severe Alzheimer's disease. *European journal of neurology: the official journal of the European Federation of Neurological Societies* 2015;22(6):889-98.
148. Centre for Health Economics Monash University, University of South Australia Veterans' Medicines Advice and Therapeutics Education Services, Department of Health and Ageing Pharmaceutical Policy Branch, et al. Post Market Review Pharmaceutical Benefits Scheme anti-dementia medicines to treat Alzheimer Disease.
149. Feldman H, Gauthier S, Hecker J, et al. A 24-week, randomized, double-blind study of donepezil in moderate to severe Alzheimer's disease. *Neurology* 2001;57(4):613-20.
150. Di Santo SG, Prinelli F, Adorni F, et al. A meta-analysis of the efficacy of donepezil, rivastigmine, galantamine, and memantine in relation to severity of Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease* 2013;35(2):349-61.
151. Birks J, McGuinness B, Craig D. Rivastigmine for vascular cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;5:CD004744
152. Malouf R, Birks J. Donepezil for vascular cognitive impairment. *The Cochrane database of systematic reviews* 2004(1):Cd004395 doi: 10.1002/14651858.CD004395.pub2.
153. Roman GC, Salloway S, Black SE, et al. Randomized, placebo-controlled, clinical trial of donepezil in vascular dementia: differential effects by hippocampal size. *Stroke* 2010;41(6):1213-21.
154. Lyketsos C, Lopez O, Jones B, et al. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *JAMA* 2002;288(12):1475-8.
155. Moore M, Zhu C, Clipp E. Informal costs of dementia care: estimates from the National Longitudinal Caregiver Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001;56(4):S219-S28.

156. van der Linde RM, Stephan BC, Savva GM, et al. Systematic reviews on behavioural and psychological symptoms in the older or demented population. *Alzheimer's research & therapy* 2012;4(4):28.
157. Brodaty H, Draper BL, LF. Behavioural and psychological symptoms of dementia: a seven-tiered model of service delivery. *MJA* 2003;178(5):231-34.
158. Cohen-Mansfield J, Thein K, Marx MS, et al. Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: A randomized, placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 2012;73(9):1255-61
159. Burns A, Byrne J, Ballard C, Holmes C. Sensory stimulation in dementia: An effective option for managing behavioural problems. *BMJ: British Medical Journal*. 2002;325:1312.
160. Bakker TJ, Duivenvoorden HJ, van der Lee J, et al. Integrative psychotherapeutic nursing home program to reduce multiple psychiatric symptoms of cognitively impaired symptoms of cognitively impaired patients and caregiver burden: Randomized controlled trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2011;19(6):507-20
161. Burgener SC, Yang Y, Gilbert R, et al. The effects of a multimodal intervention on outcomes of persons with early-stage dementia. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias* 2008;23(4):382-94
162. McCurry SM, Gibbons LE, Logsdon RG, et al. Nighttime insomnia treatment and education for Alzheimer's disease: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2005;53(5):793-802
163. Sung HC, Chang SM, Lee WL, et al. The effects of group music with movement intervention on agitated behaviours of institutionalized elders with dementia in Taiwan. *Complementary Therapies in Medicine* 2006;14(2):113-19
164. Teri L, Gibbons LE, McCurry SM, et al. Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease - A randomized controlled trial. *Jama-Journal of the American Medical Association* 2003;290(15):2015-22
165. Brooker DJ, Argyle E, Scally AJ, et al. The enriched opportunities programme for people with dementia: A cluster-randomised controlled trial in 10 extra care housing schemes. *Aging & Mental Health* 2011;15(8):1008-17
166. Van de Winckel A, Feys H, De Weerd W, et al. Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clinical Rehabilitation* 2004;18(3):253-60.
167. Hilgeman MM, Allen RS, Snow A, et al. Preserving Identity and Planning for Advance Care (PIPAC): Preliminary outcomes from a patient-centered intervention for individuals with mild dementia. *Aging & Mental Health* 2014;18(4):411-24
168. Lin LC, Yang MH, Kao CC, et al. Using acupressure and Montessori-based activities to decrease agitation for residents with dementia: a cross-over trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2009;57(6):1022-9
169. Maci T, Pira FL, Quattrocchi G, et al. Physical and cognitive stimulation in Alzheimer Disease. the GAIA Project: a pilot study. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 2012;27(2):107-13.
170. Stanley MA, Calleo J, Bush AL, et al. The Peaceful Mind program: A pilot test of a cognitive-behavioral therapy-based intervention for anxious patients with Dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2013;21(7):696-708

171. Achterberg WP, Gambassi G, Finne-Soveri H, et al. Pain in European long-term care facilities: a cross national study in Finland, Italy and The Netherlands. *Pain* 2010;148:70-74
172. Woods RT, Bruce E, Edwards RT, et al. REMCARE: reminiscence groups for people with dementia and their family caregivers - effectiveness and cost-effectiveness pragmatic multicentre randomised trial. *Health Technology Assessment (Winchester, England)* 2012;16(48), 1-116.
173. 295. Boerlage A, van Dijk M, Stronks D, et al. Pain prevalence and characteristics in three Dutch residential homes. *European Journal of Pain* 2008;12:910-16
174. Sawyer P, Lillis J, Bodner E, et al. Substantial daily pain among nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association* 2007;8:158-65.
175. McMinn B, Draper B. Vocally disruptive behaviour in dementia: development of an evidence based practice guideline. *Aging and Mental Health* 2005;9:16-24
176. Persons AGSPoCPiO. The management of chronic pain in older persons. *Geriatrics* 1998;53(3):S8-S24.
177. Husebo B, Ballard C, Aarsland D. Pain treatment of agitation in patients with dementia: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2011;26(10):1012-18
178. Tosato M, Lukas A, van der Roest H, et al. Association of pain with behavioral and psychiatric symptoms among nursing home residents with cognitive impairment: results from the SHELTER study. *Pain* 2012;153:305-10.
179. De Deyn PP, Drenth AF, Kremer BP, et al. Aripiprazole in the treatment of Alzheimer's disease. *Expert Opin Pharmacother* 2013;14(4):459-74.
180. Kales HC, Kim HM, Zivin K, et al. Risk of mortality among individual antipsychotics in patients with dementia. *The American journal of psychiatry* 2012;169(1):71-9
181. Peisah C, Chan DK, McKay R, et al. Practical guidelines for the acute emergency sedation of the severely agitated older patient. *Intern Med J* 2011;41(9):651-7.
182. Buffum M, Sands L, Miaskowski C, et al. A clinical trial of the effectiveness of regularly scheduled versus as-needed administration of acetaminophen in the management of discomfort in older adults with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004;52:1093-97
183. Chibnall J, Tait R, Harman B, et al. Effect of acetaminophen on behavior, well-being and psychotropic medication use in nursing home residents with moderate-to-severe dementia. *Journal of the American Geriatrics Society* 2005;53:1921-29
184. Husebo B, Ballard C, Sandvik R, et al. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: a cluster randomised clinical trial. *BMJ* 2011;343:d4065.
185. Bains J, Birks J, Dening T. Antidepressants for treating depression in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002; (4).
186. Sepehry AA, Lee PE, Hsiung GY, et al. Effect of selective serotonin reuptake inhibitors in Alzheimer's disease with comorbid depression: a meta-analysis of depression and cognitive outcomes. *Drugs ging* 2012;29(10):793-806

187. Banerjee S, Hellier J, Dewey M, et al. Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2011;378(9789):403-11
188. Banerjee S, Hellier J, Romeo R, et al. Study of the use of antidepressants for depression in dementia: the HTA-SADD trial--a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sertraline and mirtazapine. *Health Technology Assessment (Winchester, England)* 2013;17(7):1-166
189. Lyketsos CG, DelCampo L, Steinberg M, et al. Treating depression in Alzheimer disease: efficacy and safety of sertraline therapy, and the benefits of depression reduction: the DIADS. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(7):737-46.
190. Seitz DP, Adunuri N, Gill SS, et al. Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011(2):CD008191.
191. Porsteinsson AP, Drye LT, Pollock BG, et al. Effect of citalopram on agitation in Alzheimer disease: the CitAD randomized clinical trial. *JAMA* 2014;311(7):682-91
192. Finkel SI, Mintzer JE, Dysken M, et al. A randomized, placebo-controlled study of the efficacy and safety of sertraline in the treatment of the behavioral manifestations of Alzheimer's disease in outpatients treated with donepezil. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19(1):9-18.
193. Maglione M, Ruelaz Maher A, Hu J, et al. Off-label use of atypical antipsychotics: an update. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011.
194. Cooper C, Mukadam N, Katona C, et al. Systematic review of the effectiveness of pharmacologic interventions to improve quality of life and well-being in people with dementia (Provisional abstract). *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2013; 21(2).
195. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA* 2005;294(15):1934-43
196. Lonergan E, Luxenberg J, Colford J. Haloperidol for agitation in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002(2):CD002852.
197. Herrmann N, Mamdani M, Lanctot KL. Atypical antipsychotics and risk of cerebrovascular accidents. *The American journal of psychiatry* 2004;161(6):1113-5.
198. Seitz DP, Gill SS, Herrmann N, et al. Pharmacological treatments for neuropsychiatric symptoms of dementia in long-term care: a systematic review. *International Psychogeriatrics* 2013;25(2):185-203.
199. Meehan KM, Wang H, David SR, et al. Comparison of rapidly acting intramuscular olanzapine, lorazepam, and placebo: a double-blind, randomized study in acutely agitated patients with dementia. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology* 2002;26(4):494-504.
200. McCleery J, Cohen DA, Sharpley AL. Pharmacotherapies for sleep disturbances in Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014;3:CD009178
201. Jansen Sandra L, Forbes D, Duncan V, et al. Melatonin for the treatment of dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; (1).
202. Asayama KY, H; Ito,T; Suzuki,H; Kudo,Y; Endo,S;. Double blind study of melatonin effects on the sleepwake rhythm, cognitive and non-cognitive functions in Alzheimer type dementia. *Journal of Nippon Medical School* 2003;70(4):334-41

203. Singer C, Tractenberg RE, Kaye J, et al. A multicenter, placebo-controlled trial of melatonin for sleep disturbance in Alzheimer's disease. *Sleep* 2003;26(7):893-901
204. Riemersma-van der Lek RF, Swaab DF, Twisk J, et al. Effect of bright light and melatonin on cognitive and noncognitive function in elderly residents of group care facilities: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008;299(22):2642-55
205. Petracca GM, Chemerinski E, Starkstein SE. A double-blind, placebo-controlled study of fluoxetine in depressed patients with Alzheimer's disease. *International psychogeriatrics / IPA* 2001;13(2):233-40
206. Magai C, Kennedy G, Cohen CI, et al. A controlled clinical trial of sertraline in the treatment of depression in nursing home patients with late-stage Alzheimer's disease. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2000;8(1):66-74
207. Rosenberg PB, Drye LT, Martin BK, et al. Sertraline for the treatment of depression in Alzheimer disease. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2010;18(2):136-45
208. Weintraub D, Rosenberg PB, Drye LT, et al. Sertraline for the treatment of depression in Alzheimer disease: week-24 outcomes. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2010;18(4):332-40.
209. Auchus AP, Bissey-Black C. Pilot study of haloperidol, fluoxetine, and placebo for agitation in Alzheimer's disease. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences* 1997;9(4):591-3.
210. Maher AR, Maglione M, Bagley S, et al. Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic medications for off-label uses in adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2011;306(12):1359-69.
211. Porsteinsson AP, Tatiot PN, Erb, R; Cox, C; Smith, E; Jakimovich, L; Noviasky, J; Kowalski, N; Holt, C J; Irvine, C. Placebo-controlled study of divalproex sodium for agitation in dementia *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2001;9(1):58-66
212. Tariot PN, Raman R, Jakimovich L, Schneider L, Porsteinsson A, Thomas R, Mintzer J, Brenner, Ronald; Schafer, Kim; Thal, Leon. Divalproex sodium in nursing home residents with possible or probable Alzheimer Disease complicated by agitation: a randomized, controlled trial *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2005;13(11):942-49
213. Sommer OHA, Olav; Cvancarova, Milada; Olsen, Inge C.; Selbaek, Geir; Engedal, Knut. Effect of Oxcarbazepine in the Treatment of Agitation and Aggression in Severe Dementia *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2009;27(2):155-63.
214. Gitlin LN, Schulz R. Family caregiving of older adults. In: Prohaska TR, Anderson LA, Binstock RH, eds. *Public Health for an Aging Society*. Baltimore: John Hopkins University Press, 2012.
215. Adelman R, Tmanova L, Delgado D, et al. Caregiver burden: A clinical review. *JAMA* 2014;311(10):1052-59.
216. ABS. Household and family projections. Australia: Australian Bureau of Statistics, 2004.
217. Au A, Li S, Lee K, et al. The Coping with Caregiving Group Program for Chinese caregivers of patients with Alzheimer's disease in Hong Kong. *Patient Education & Counseling* 2010;78(2):256-60

- 218 Carbonneau H, Caron CD, Desrosiers J. Effects of an adapted leisure education program as a means of support for caregivers of people with dementia. *Archives of Gerontology & Geriatrics* 2011;53(1):31-9
219. Charlesworth G, Shepstone L, Wilson E, et al. Befriending carers of people with dementia: randomised controlled trial. *BMJ* 2008;336(7656):1295-7
220. Charlesworth G, Shepstone L, Wilson E, et al. Does befriending by trained lay workers improve psychological well-being and quality of life for carers of people with dementia, and at what cost? A randomised controlled trial. *Health Technology Assessment (Winchester, England)* 2008;12(4):iii, v-ix, 1-78
221. Chien WT, Lee IY. Randomized controlled trial of a dementia care programme for families of home-resided older people with dementia. *Journal of Advanced Nursing* 2011;67(4):774-87
222. Davis JD, Tremont G, Bishop DS, et al. A telephone-delivered psychosocial intervention improves dementia caregiver adjustment following nursing home placement. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2011;26(4):380-7
223. Ducharme FC, Levesque LL, Lachance LM, et al. "Learning to become a family caregiver" efficacy of an intervention program for caregivers following diagnosis of dementia in a relative. *Gerontologist* 2011;51(4):484-94
224. Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen ML, et al. Family care as collaboration: effectiveness of a multicomponent support program for elderly couples with dementia. Randomized controlled intervention study. *Journal of the American Geriatrics Society* 2009;57(12):2200-8
225. Gaugler JE, Reese M, Mittelman MS. Effects of the NYU Caregiver Intervention-Adult Child on residential care placement. *The Gerontologist* 2013;53(6):985-97
226. Gavrilova SI, Ferri CP, Mikhaylova N, et al. Helping carers to care--the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Russia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2009;24(4):347-54
227. Guerra M, Ferri CP, Fonseca M, et al. Helping carers to care: the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Peru. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2011;33(1):47-54
228. Joling KJ, van Marwijk HW, Smit F, et al. Does a family meetings intervention prevent depression and anxiety in family caregivers of dementia patients? A randomized trial. *PLoS ONE* 2012;7(1):e30936
229. Judge KS, Yarry SJ, Looman WJ, et al. Improved Strain and Psychosocial Outcomes for Caregivers of Individuals with Dementia: Findings from Project ANSWERS. *Gerontologist* 2013;53(2):280-92
230. Klodnicka Kouri K, Ducharme FC, Giroux F. A psycho-educational intervention focused on communication for caregivers of a family member in the early stage of Alzheimer's disease: results of an experimental study. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice* 2011;10(3):435-53
- 231 Knapp M, King D, Romeo R, et al. Cost effectiveness of a manual based coping strategy programme in promoting the mental health of family carers of people with dementia (the START (STrategies for RelaTives) study): a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ* 2013;347:f6342

232. Kuo LM, Huang HL, Huang HL, et al. A home-based training program improves Taiwanese family caregivers' quality of life and decreases their risk for depression: a randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2013;28(5):504-13
233. Kurz A, Wagenpfeil S, Hallauer J, et al. Evaluation of a brief educational program for dementia carers: The AENEAS Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2010;25(8):861-69
234. Kwok T, Lam L, Chung J. Case management to improve quality of life of older people with early dementia and to reduce caregiver burden. *Hong Kong Medical Journal* 2012;18 Suppl 6:4-6
235. Kwok T, Wong B, Ip I, et al. Telephone-delivered psychoeducational intervention for Hong Kong Chinese dementia caregivers: a single-blinded randomized controlled trial. *Clinical Interventions In Aging* 2013;8:1191-7
236. Liddle J, Smith-Conway ER, Baker R, et al. Memory and communication support strategies in dementia: effect of a training program for informal caregivers. *International Psychogeriatrics* 2012;24(12):1927-42
237. Livingston G, Barber J, Rapaport P, et al. Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STRategies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ* 2013;347:6276
238. Logsdon RG, Pike KC, McCurry SM, et al. Early-stage memory loss support groups: outcomes from a randomized controlled clinical trial. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences & Social Sciences* 2010;65(6):691-7
239. Losada A, Marquez-Gonzalez M, Romero-Moreno R. Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2011;26(11):1119-27
240. Martin-Carrasco M, Martin MF, Valero CP, et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2009;24(5):489-99
241. Martindale-Adams J, Nichols LO, Burns R, et al. A trial of dementia caregiver telephone support. *Canadian Journal of Nursing Research* 2013;45(4):30-48
242. Phung KTT, Waldorff FB, Buss DV, et al. A three-year follow-up on the efficacy of psychosocial interventions for patients with mild dementia and their caregivers: The multicentre, rater-blinded, randomised Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY). *BMJ Open* 2013; 3 (11).
243. Sogaard R, Sorensen J, Waldorff FB, et al. Early psychosocial intervention in Alzheimer's disease: Cost utility evaluation alongside the Danish Alzheimer's Intervention Study (DAISY). *BMJ Open* 2014;4(1)
244. Stern RA, D'Ambrosio LA, Mohyde M, et al. At the crossroads: development and evaluation of a dementia caregiver group intervention to assist in driving cessation. *Gerontology & Geriatrics Education* 2008;29(4):363-82
245. Tremont G, Davis JD, Bishop DS, et al. Telephone-delivered psychosocial intervention reduces burden in dementia caregivers. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice* 2008;7(4):503-20

246. Waldorff F, Buss D, Eckermann A, et al. Efficacy of psychosocial intervention in patients with mild Alzheimer's disease: The multicentre, rater blinded, randomised Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY). *BMJ: British Medical Journal* 2012;345(7870):1-14
247. Wang LQ, Chien WT. Randomised controlled trial of a family-led mutual support programme for people with dementia. *Journal of Clinical Nursing* 2011;20(15-16):2362-6
248. Wang LQ, Chien WT, Lee IY. An experimental study on the effectiveness of a mutual support group for family caregivers of a relative with dementia in mainland China. *Contemporary Nurse* 2012;40(2):210-24
249. Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, et al. Targeting and managing behavioral symptoms in individuals with dementia: a randomized trial of a nonpharmacological intervention. *Journal of the American Geriatrics Society* 2010;58(8):1465-74

ANEXOS

ANEXO 1. Declaración de conflictos de intereses

Esta declaración fue realizada específicamente en el inicio de las actividades de la adopción de la guía y en las reuniones de consenso para la formulación de las recomendaciones. Se empleó el formato para la declaración de intereses sugerido por la Guía Metodológica, que incluye la declaración de intereses económicos personales, personales de un familiar, económicos no personales o no económicos personales.

Adicional a estos requisitos, los participantes enviaron la hoja de vida actualizada, excepto los representantes de pacientes y cuidadores en quienes no aplica.

Las declaraciones de conflictos de intereses fueron analizadas por un comité conformado para tal fin el cual emitió una calificación sobre los potenciales conflictos estableciendo si corresponden a conflictos inexistentes, probables o confirmados. Según el reglamento de inhabilidades e incompatibilidades y conflictos de intereses del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS -, la clasificación supone:

Categoría	Definición	Implicación
A	Identifica el conflicto como INEXISTENTE. Esta condición ocurre cuando la persona no declara ningún interés particular o cuando se declara algún interés que no guarda ninguna relación con el tema en discusión o en deliberación.	Se permite la participación de la persona en la totalidad de las actividades para las que fue convocada o requerida
B	Identifica el conflicto como PROBABLE. Esta condición ocurre cuando la persona declara un interés particular que, a consideración del comité, podría afectar la independencia de la persona de alguna manera, pero que no le impide completamente su participación en algunas etapas del proceso	Se permite una participación limitada en los procesos en los que se identifique que su participación no estará afectada por el conflicto.
C	Identifica el conflicto como CONFIRMADO. Esta situación ocurre cuando el comité identifica un claro conflicto de los intereses de la persona con el proceso en cuestión.	No se permite la participación de la persona en el desarrollo de una temática específica debido a la naturaleza de sus intereses.

El proceso de evaluación de conflictos de interés se llevó a cabalidad para todos los miembros del grupo de adopción y los participantes en el panel de expertos, quienes completaron su componente ético haciendo entrega del formato de declaración de conflicto de intereses acompañado de la hoja de vida respectiva.

Grupo metodológico:

Participante		Presencia de intereses		Decisión sobre su participación			Aspectos en los que estará limitado
Nombre	Especialidad	Si	No	Categoría A	Categoría B	Categoría C	
Ángela Pérez	Médica, magister en Epidemiología Clínica, especialista en Epidemiología General, especialista en Gestión de Salud Pública y Seguridad Social		x	x			
Juan Camilo Fuentes	Médico, Magister en Salud y Seguridad en Trabajo		x	x			
Rafael José Miranda Jiménez	Médico, especialista en Psiquiatría, especialista en Epidemiología,,magister en Salud Publica		x	x			
Norida Natally Vélez Cuellar	Bióloga, magister en Epidemiología.		x	x			

Grupo expertos temáticos

Participante		Presencia de intereses		Decisión sobre su participación			Aspectos en los que estará limitado
Nombre	Especialidad	Si	No	Categoría A	Categoría B	Categoría C	
Ángela María Iragorri Cucalón	Médica, especialista en Neurología, especialista en psiquiatría	x		x			
Daniel Hedmont Rojas	Médico, especialista en Neurología	x		x			
Saúl David Martínez Villota	Médico, especialista en Psiquiatría, psicoanalista, especialista en auditoría y Control interno	X		x			
Juan Felipe Meneses	Médico, especialista en Medicina Interna, especialista en Geriatría, Magister en Bioética	x		x			
Erick Sánchez	Médico, especialista en Neurología	x		x			
José Manuel Santacruz	Médico, especialista en Psiquiatría, especialista en psiquiatría de enlace, Magister en Geriatría	x		x			
Margarita María Benito Cuadrado.	Psicóloga, magíster en Neuropsicología Clínica	x		x			

Fuerza de tarea ampliada

Participante		Presencia de intereses		Decisión sobre su participación			Aspectos en los que estará limitado
Nombre	Especialidad	Si	No	Categoría A	Categoría B	Categoría C	
Paola Astrid Avellaneda	Economista		x	x			
Claudia Milena Díaz Rojas	Profesional en Relaciones Internacionales y Estudios Políticos, especialista en Comunicación Corporativa		x	x			

Consenso de expertos

Participante		Presencia de intereses		Decisión sobre su participación			Aspectos en los que estará limitado
Nombre	Especialidad	Si	No	Categoría A	Categoría B	Categoría C	
Ángela María Iragorri	Médico, especialista en neurología clínica y psiquiatría	x		x			
Angélica María Monsalve Robayo	Terapeuta ocupacional, magíster en gerontología, doctorado en neuropsicología clínica		x	x			
Carmen Elisa Ruíz Puyana	Médico, especialista en medicina familiar		x	x			
Daniel Hedmont	Médico neurólogo	x		x			
Juan Felipe Meneses	Médico geriatra	x		x			
Margarita María Benito Cuadrado	Neuropsicóloga	x		x			
Mauricio Estévez - Bretón	Médico, especialista en medicina familiar						
Nancy Garcés Robayo	Terapeuta ocupacional, especialista en desarrollo social y participación comunitaria, magíster en Mediación Familiar y Comunitaria		x	x			
Olga Lucia Pedraza	Médica cirujana, especialista en Neurología, magíster en Ciencias Neurológicas	x		x			

Participante		Presencia de intereses		Decisión sobre su participación			Aspectos en los que estará limitado
Nombre	Especialidad	Si	No	Categoría A	Categoría B	Categoría C	
Saúl Martínez Villota	Médico, especialista en Psiquiatría, psicoanalista, especialista en auditoría y control interno	x		x			
María Rocío Acosta Barreto	Psicóloga, Magíster en Neuropsicología		x	x			
Erick Sánchez	Médico, especialista en Neurología	x		x			
José Manuel Santacruz	Médico, especialista en Psiquiatría, especialista en psiquiatría de enlace, Magister en Geriátría	x		x			
Alejandro Múnera	Psiquiatra	x		x			
Carmen Elvira Navia	Psicóloga Clínica, magíster en Consejería Psicológica	x		x			
Esperanza Morales Correa	Enfermera		x	x			

ANEXO 2. Fuentes para la búsqueda de GPC

Fuentes de Guías de Práctica Clínica

Tipo de fuente	Fuente	Dirección electrónica
Organismos recopiladores de GPC	NGC (National Guideline Clearinghouse)	http://www.guideline.gov/
	GIN (Guideline International Network)	http://www.g-i-n.net/
	CISMeF (Catalogageet'Indexationdes Sites Médicaux)	http://www.chu-rouen.fr/cismef/
	German Agency for Quality in Medicine	www.aeqz.de/
Organismos que producen GPC	NZGG (New Zeland Guidelines Group)	http://www.nzgg.org.nz
	NICE (National Institute for Clinical Excellence)	www.nice.org.uk/Guidance/Topic
	SIGN (Scottish Intercollegiate Network)	http://www.sign.ac.uk/
GPC nacionales o iberoamericanas	Guia Salud	http://www.guiasalud.es/home.asp
	Redsalud	http://www.redsalud.gov.cl/gesauge/ges_descargas.html
	Cenetec	www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html
Bases de datos generales	PubMed	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/
	MeDCLine	https://www.nlm.nih.gov
	EMBASE	http://www.embase.com/
	TripDatabase	http://www.tripdatabase.com/index.html
Otras bases de datos	Google Académico	https://scholar.google.com.co/
Base de datos específicas	American psychiatric association	https://www.psychiatry.org/
	American psychological association	http://www.apa.org/

Fuentes opcionales para búsqueda complementaria de Guías de Práctica Clínica

Tipo de fuente	Fuente	Dirección electrónica
Organismos recopiladores o desarrolladores de GPC	NeLH (National Electronic Library for Health)	http://www.nelh.nhs.uk/clinical_evidence.asp
	CMA Infobase (Canadian Medical Association)	http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/54316/la_id/1.htm
	ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement)	http://www.icsi.org/guidelines_and_more/
	AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)	http://www.ahrq.gov/clinic/cpgonline.htm#Products
	ACP (American College of Physicians)	http://www.acponline.org/clinical_information/guidelines/
	WHOLIS - Sistema de Información de la Biblioteca de la OMS	http://apps.who.int/iris/?locale=es
	National Health and Medical Research Council	https://www.nhmrc.gov.au/
	Singapore Ministry of health Guidelines	https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/healthprofessionalsportal/doctors/guidelines/cpg_medical.html

ANEXO 3. Estrategias de Búsqueda

Reporte de búsqueda electrónica #1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	MEDCLINE (incluyendo los repositorios In-Process & Other Non-Indexed Citations y Daily Update)
Plataforma	PUBMED
Fecha de búsqueda	20/10/2016
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción.
Restricciones de lenguaje	Ninguna.
Otros límites	Ninguno.
Estrategia de búsqueda (resultados)	1. Dementia"[Mesh] OR dement*[it] OR senil*[it] OR Alzheimer*[it] 2. "Practice Guideline"[ptyp] OR practice guideline*[tiab] OR guideline*[it] OR recommendation*[it] OR "Practice guidelines as topic"[Mesh]
Referencias identificadas	1246

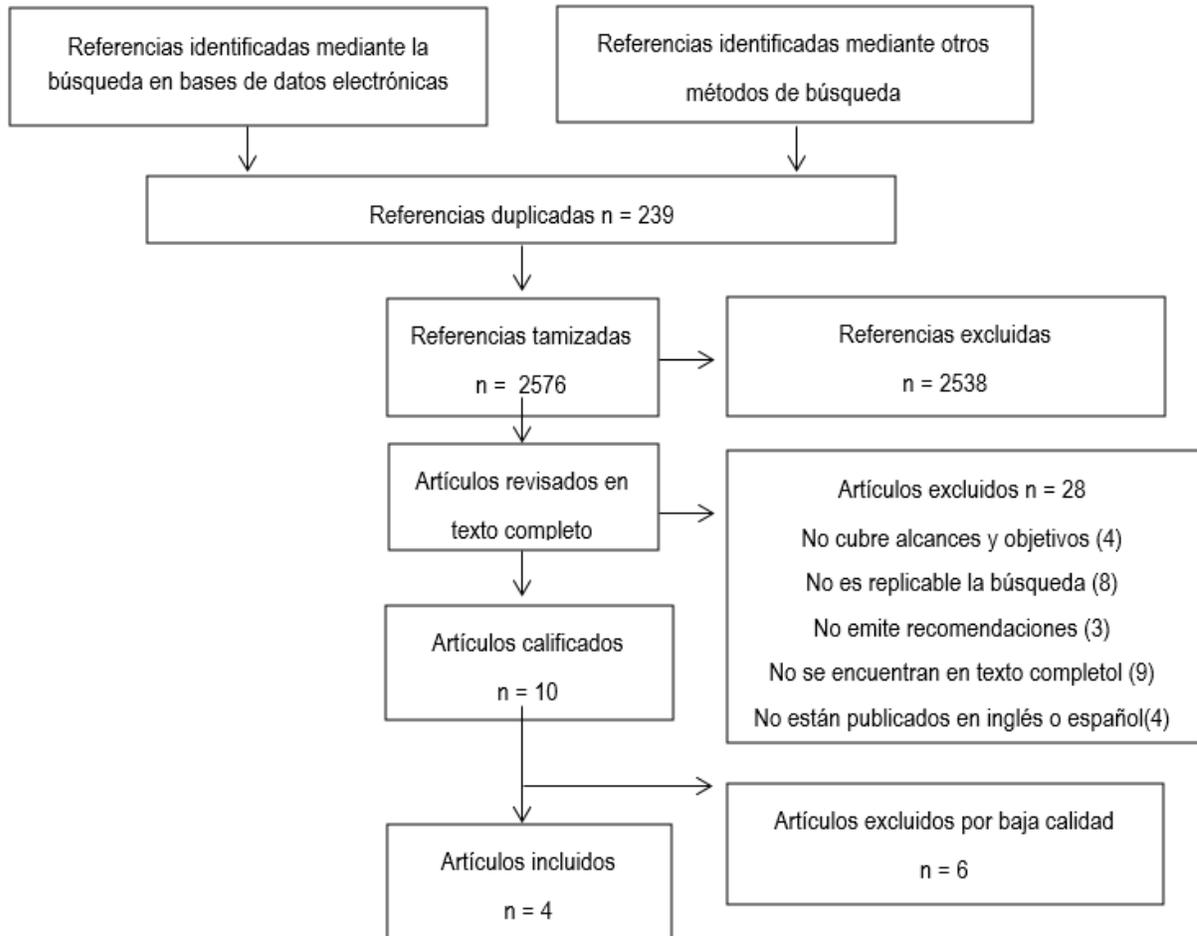
Reporte de búsqueda electrónica #2	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	EMBASE
Plataforma	Elsevier
Fecha de búsqueda	20/10/2016
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción.
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	#1 practice guideline/EXP #2 recommend* #3 #1 OR #2 #4 dementia #5 alzheimer #6 #4 OR #5 #7 #3 AND #6
Referencias identificadas	1489

Reporte de búsqueda electrónica #3

Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	LILACS
Plataforma	Biblioteca Virtual en Salud - BVS, interfaz iAHx
Fecha de búsqueda	20/10/16
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda	(tw:(guia de practica)) AND (tw:(demencia))
Referencias identificadas	12

Organismo compilador	Demencia
National Guideline Clearinghouse	9
Guideline International Network	13
Guía Salud	1
Tripdatabase	16
Red salud	0
Cenetec	3
ICSI (Institute for Clinical Systems improvement)	0
CMA Infobase (Canadian Medical Association)	4
New Zealand Guidelines Group	2
National Institute for Clinical Excellence	3
Scottish Intercollegiate Network	1
Agency for Healthcare Research and Quality	0
American College of PhysiCIAN	0
WHOLIS - Sistema de Información de la Biblioteca de la OMS	0
National Health and Medical Research Council	2
Institute for clinical Systems improvement	0
Singapore Ministry of health Guidelines	1

ANEXO 4. Diagrama PRISMA de selección de guías de práctica clínica



ANEXO 5. Listado de referencias excluidas

Se excluyeron 28 documentos revisados en texto completo, por los motivos que se presentan a continuación.

La GPC publicada entre 2005-2016 no presenta un alcance completo

- R17 28 Current pharmacologic treatment of dementia: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physician Ann Intern Med. 2008
- R17 45 Diagnosis and treatment of dementia: 5. Nonpharmacologic and pharmacologic therapy for mild to moderate dementia CMAJ 2008
- R17 48 Diagnosis and treatment of dementia: 6. Management of severe Alzheimer disease CMAJ 2008
- R20 56 Guidelines for managing Alzheimer's disease: part I. Assessment, J. L. Cummings, 2002
- R24 11 MOH Clinical Practice Guidelines, Ministry of Health, Singapore, 2007

La GPC publicada entre el 2005-2016 no tiene criterios de búsqueda replicables.

- R8 53 Ministry of health clinical practice guidelines: Dementia 2013
- R1 366 Alzheimer's Disease Management Guideline: Update 2008
- R1 572 Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica, Neurología Argentina 2011
- R2 425 Guideline for Alzheimer's Disease Management California Workgroup on Guidelines, 2008

El documento no es una GPC basada en la evidencia

- R1106 Guidelines for the management of cognitive and behavioral problems in dementia, C. H. Sadowsky, 2012
- R2056 Guidelines for managing Alzheimer's disease: Part II. Treatment, J. L. Cummings, 2002

- R2092 Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, D. S. Knopman, 2001
- R2222 North of England evidence based guidelines development project: guideline for the primary care management of dementia, M. Eccles, 1998
- R2437 Cognitive Impairment - Recognition, Diagnosis and Management in Primary Care, 2014 – 2016
- R2406 Clinical Practice Guidelines and Care Pathways for People with Dementia Living in the Community, Abbey, 2008

El documento no está publicado en inglés o español en su totalidad

- R115 New diagnostic guidelines for Alzheimer's disease by NIA/AA, R. Ihara, 2016.
- R526 Therapy Guidelines for the Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia, E. Savaskan, 2014.
- R2116 Practice guideline for the diagnosis of Alzheimer's disease, Presse Med, 2001.
- R2123 Guidelines for the treatment of dementias, M. Trabucchi and A. Bianchetti, 2000.
- R2459 Clinical practice with anti-dementia drugs: a revised (second) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology, John T O'Brien, 2011.
- R2394 Guías clínicas de trastornos cognitivos y demencias en el adulto mayor, A. Donoso.
- R2305 Practice guidelines for the clinical assessment and care management of Alzheimer's disease and other dementias among adults with intellectual disability. AAMR-IASSID Workgroup on Practice Guidelines for Care Management of Alzheimer's Disease among Adults with Intellectual Disability, M. P. Janicki, 1996.
- R2024 Guidelines abstracted from the American Academy of Neurology's Dementia Guidelines for Early Detection, Diagnosis, and Management of Dementia, 2003
- R1969 Guidelines for dementia diagnosis: neuroimaging, T. Dworkatzky, 2004
- R1872 SIGN guideline for the management of patients with dementia, P. J. Connelly and R. James, 2006
- R1288 Dementia: new guidelines on disorders associated with dementia, C. Ballard, 2012

- R702 Public health guidance to facilitate timely diagnosis of dementia: ALzheimer's COoperative Valuation in Europe recommendations, D. Brooker, 2014
- R687 Guidelines for the treatment of patients with dementia, J. Darovec,2014

ANEXO 6. Selección de Guías de Práctica Clínica

Una vez realizada la selección por título y resumen, se aplicó a los documentos seleccionados en esta etapa, la Herramienta 7 recomendada por la guía metodológica, y se excluyeron aquellas GPC que no cumplieron con al menos uno de los criterios definidos por la herramienta para una GPC. De esta manera se seleccionaron las GPC a las cuales se aplicó la evaluación de calidad mediante el instrumento AGREE II.

La Herramienta 7 contiene los siguientes criterios:

1. ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?
2. ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?
3. ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?
4. ¿Establece recomendaciones?
5. ¿Año de publicación \leq 4 años? (Este criterio no fue aplicado)

La herramienta fue aplicada a 38 documentos, como resultado de este ejercicio, se excluyeron 28 referencias por diferentes razones (Ver anexo 5), y 10 GPC fueron seleccionadas para su revisión por el grupo desarrollador para adopción.

R83 Dementia in Australia Australian Government.

R263 Guideline on concomitant use of cholinesterase inhibitors and memantine in moderate to severe Alzheimer's disease EFNS - ENS/EAN

R566 Fourth Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia: recommendations for family physicians.

R526 Therapy Guidelines for the Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia

R563 Screening for cognitive impairment in older adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement.

R687 Guidelines for the treatment of patients with dementia

R702 Guidelines Public health guidance to facilitate timely diagnosis of dementia: ALzheimer's COoperative Valuation in Europe recommendations.

R853 Ministry of health clinical practice guidelines: Dementia.

R110 Guidelines for the management of cognitive and behavioral problems in dementia.

- R128 Dementia: new guidelines on disorders associated with dementia.
8
- R1366 Dementia: Alzheimer's Disease Management Guideline: Update 2008
- R1475 World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Alzheimer's disease and other dementias 2011.
- R157 Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica, Neurología Argentina 2011.
2
- R172 Current pharmacologic treatment of dementia: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physician
8
- R174 Diagnosis and treatment of dementia: 5. Nonpharmacologic and pharmacologic therapy for mild to moderate dementia
5
- R174 Diagnosis and treatment of dementia: 6. Management of severe Alzheimer disease
8
- R178 Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. Second edition
1
- R178 National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance NICE, H. National Collaborating Centre for Mental, 2007
3
- R187 SIGN guideline for the management of patients with dementia
2
- R196 Guidelines for dementia diagnosis: neuroimaging.
9
- R202 Guidelines abstracted from the American Academy of Neurology's Dementia Guidelines for Early Detection, Diagnosis, and Management of Dementia, 2003.
4
- R205 Guidelines for managing Alzheimer's disease: part I. Assessment
5
- R205 Guidelines for managing Alzheimer's disease: Part II. Treatment.
6
- R209 Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology
2
- R211 Practice guideline for the diagnosis of Alzheimer's disease
6
- R212 Guidelines for the treatment of dementias
3
- R222 North of England evidence based guidelines development project: guideline for the primary care management of dementia
2

- R230 Practice guidelines for the clinical assessment and care management of
5 Alzheimer's disease and other dementias among adults with intellectual
disability. AAMR-IASSID Workgroup on Practice Guidelines for Care
Management of Alzheimer's Disease among Adults with Intellectual Disability
- R239 Guías clínicas de trastornos cognitivos y demencias en el adulto mayor
4
- R240 MANAGEMENT OF DEMENTIA (2nd Edition) Malasia
5
- R240 Clinical Practice Guidelines and Care Pathways for People with Dementia Living
6 in the Community
- R241 MOH Clinical Practice Guidelines, Ministry of Health, Singapore, 2007
1
- R242 Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con
Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, Ministerio de Sanidad, 2010
1
- R242 Guideline for Alzheimer's Disease Management California Workgroup on
5 Guidelines
- R243 Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo
4 en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención, México 2012
- R243 Cognitive Impairment - Recognition, Diagnosis and Management in
7 Primary Care, 2014 - 2016
- R245 Clinical practice with anti-dementia drugs: a revised (second) consensus
9 statement from the British Association for Psychopharmacology

ANEXO 7. Aplicación de la herramienta 7

Las siguientes tablas muestran los resultados de la aplicación de la Herramienta 7:

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC					
Nombre de la guía: Dementia in Australia Australian Government.		No. ID:		83	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x				Sí
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC					
Nombre de la guía: New diagnostic guidelines for Alzheimer's disease by NIA/AA.		No. ID:		115	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	No está publicado en inglés o español		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).			Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: Guideline on concomitant use of cholinesterase inhibitors and memantine in moderate to severe Alzheimer's disease EFNS - ENS/EAN				No. ID:	263,1093, 1620,1772	AGREE II
Criterios de una GPC		Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x				Si
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x				
¿Establece recomendaciones?		x				
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011 (criterio no aplicado).		x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: Fourth Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia: recommendations for family physicians				No. ID:	566,922,1231, 1744,1754, 2172	AGREE II
Criterios de una GPC		Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x				Si
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x				
¿Establece recomendaciones?		x				
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011 (criterio no aplicado).		x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: Therapy Guidelines for the Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia.			No. ID:	526	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	No está publicado en inglés o español		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: Screening for cognitive impairment in older adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement.			No. ID:	563	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x				Si
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: Guidelines for the treatment of patients with dementia			No. ID:	687	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x		No se encuentra el texto completo		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: Guidelines Public health guidance to facilitate timely diagnosis of dementia: ALzheimer's COoperative Valuation in Europe recommendations			No. ID:	702	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x		No se encuentra el texto completo		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: Ministry of health clinical practice guidelines: Dementia			No. ID:	853	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x				No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	No están definidos los criterios de búsqueda y por tanto no son replicables		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: Guidelines for the management of cognitive and behavioral problems in dementia			No. ID:	1106	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	No están descritos los objetivos de la guía		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	No están definidos los criterios de búsqueda y por tanto no son replicables		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x	No está descrito desarrollo de la guía ni grupo desarrollador		
¿Establece recomendaciones?		x	No establece recomendaciones basadas en la evidencia.		
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: Dementia: new guidelines on disorders associated with dementia			No. ID:	1288	AGREE II	
Criterios de una GPC		Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?			x	No se encuentra el texto completo.		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x				
¿Establece recomendaciones?		x				
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011 (criterio no aplicado).		x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: Dementia: Alzheimer's Disease Management Guideline: Update 2008			No. ID:	1366	AGREE II	
Criterios de una GPC		Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x				No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?			x	No se hizo estrategia e búsqueda para cada pregunta. No es una GPC basada en la evidencia		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x				
¿Establece recomendaciones?			x	No hay recomendaciones		
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011 (criterio no aplicado).				Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Alzheimer ' s disease and other dementias 2011			No. ID:	1475	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x				Si
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica, Neurología Argentina 2011			No. ID:	1572	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x				Si
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	No hay criterios de búsqueda, no es una GPC basada en la evidencia.		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: Diagnosis and treatment of dementia: 5. Nonpharmacologic and pharmacologic therapy for mild to moderate dementia			No. ID:	1745	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	Objetivo específico para trastorno neurocognoscitivo mayor leve y moderada, no evalúa otros estadios.		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	No describe criterios de búsqueda, no es una GPC basada en la evidencia		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: Diagnosis and treatment of dementia: 6. Management of severe Alzheimer disease			No. ID:	1748	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	Objetivo específico para trastorno neurocognoscitivo mayor tipo Alzheimer severo.		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	No describe criterios de búsqueda, no es una GPC basada en la evidencia		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. Second edition				No. ID:	1781, 2290	AGREE II
Criterios de una GPC		Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x				Si
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x				
¿Establece recomendaciones?		x				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).		x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance NICE, H. National Collaborating Centre for Mental, 2007				No. ID:	1783	AGREE II
Criterios de una GPC		Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x				Si
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x				
¿Establece recomendaciones?		x				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).		x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: SIGN guideline for the management of patients with dementia			No. ID:	1872	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	No se encuentra documento: La página de SIGN registra "esta pauta se ha retirado ya que tiene más de 10 años".		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: Guidelines for dementia diagnosis: neuroimaging			No. ID:	1969	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	No se encuentra texto completo		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: Guidelines abstracted from the American Academy of Neurology's Dementia Guidelines for Early Detection, Diagnosis, and Management of Dementia, 2003			No. ID:	2024	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	No se encuentra texto completo		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?					
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía. Guidelines for managing Alzheimer's disease: part I. Assessment			No. ID:	2055	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		X	Solo incluye la evaluación complementaria clínica del paciente con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		X	No tiene criterios de búsqueda descritos.		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		X	No tiene grupo desarrollador registrado		
¿Establece recomendaciones?		X	No establece recomendaciones, no es una GPC		
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía. Guidelines for managing Alzheimer's disease: Part II. Treatment			No. ID:	2056	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		X	No tiene objetivos descritos en la guía		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		X	No tiene criterios de búsqueda descritos ni replicables		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		X	No tiene grupo desarrollador registrado		
¿Establece recomendaciones?		X	No establece recomendaciones, no es una GPC		
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology			No. ID:	2092	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		X	El objetivo es la evaluación de la calidad de los criterios diagnósticos de demencia.		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	X				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		X	No tiene descrito grupo desarrollador		
¿Establece recomendaciones?	X				
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía. Practice guideline for the diagnosis of Alzheimer's disease			No. ID:	2116	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	No está publicado en inglés o español.		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía. Guidelines for the treatment of dementias			No. ID:	2123	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	No está publicado en inglés o español.		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía. North of England evidence based guidelines development project: guideline for the primary care management of dementia			No. ID:	2222	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x		.		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	No tiene búsqueda replicable descrita.		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x	No tiene grupo desarrollador.		
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía. Practice guidelines for the clinical assessment and care management of Alzheimer's disease and other dementias among adults with intellectual disability. AAMR-IASSID Workgroup on Practice Guidelines for Care Management of Alzheimer's Disease among Adults with Intellectual Disability			No. ID:	2305	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	No se encuentra texto completo.		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía. Guías clínicas de trastornos cognitivos y demencias en el adulto mayor			No. ID:	2394	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	No se encuentra texto completo.		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).			Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía. MANAGEMENT OF DEMENTIA (2nd Edition) Malasia			No. ID:	2405	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x		No se encuentra texto completo.		Si
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	X				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	X				
¿Establece recomendaciones?	X				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).			Criterio no aplicado (año 2009)		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía. Clinical Practice Guidelines and Care Pathways for People with Dementia Living in the Community			No. ID:	2406	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x		.		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	No tiene búsqueda replicable descrita.		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x	No tiene grupo desarrollador.		
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía. MOH Clinical Practice Guidelines, Ministry of Health, Singapore, 2007			No. ID:	2411	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	Los objetivos propuestos están incluidos en la guía		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	No tiene búsqueda replicable descrita. No es una GPC basada en la evidencia		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).	x		Criterio no aplicado		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, Ministerio de Sanidad, 2010			No. ID:	2421	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x				Si
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	X				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).	x				

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía. Guideline for Alzheimer's Disease Management California Workgroup on Guidelines			No. ID:	2425	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x				No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		X	No hay estrategia de búsqueda disponible		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	X				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).	x				

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención, México 2012			No. ID:	2434	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x				Si
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	X				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).	x				

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía. Cognitive Impairment - Recognition, Diagnosis and Management in Primary Care, 2014 - 2016			No. ID:	2437	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x				No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		X	No hay estrategia de búsqueda disponible ni replicable		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		X	No hay información del grupo desarrollador ni del proceso		
¿Establece recomendaciones?		x	No hay recomendaciones		
Fecha de última búsqueda o actualización \geq 2011 (criterio no aplicado).	x				

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía. Clinical practice with anti-dementia drugs: a revised (second) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology			No. ID:	2459	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	No se encuentra texto completo		No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	X				
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	X				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011 (criterio no aplicado).	x				

ANEXO 8. Calificación de calidad de GPC por el instrumento AGREE II

Nombre GPC	Organización	Año	País, Idioma	Alcance y propósito	Participación de actores clave	Rigor en el desarrollo	Claridad en la presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial	Revisión para adopción
R1783. Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) & Social Care Institute for Excellence	2006	Reino Unido, Inglés	92%	88%	83%	86%	65%	77%	Sí
R566. Diagnosis and Treatment of dementia	Fourth Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia	2012	Canadá, Inglés	40%	46%	30%	74%	21%	75%	NO
R.2405. Management of dementia	Ministry of Health, Malaysia	2009	Malasia, Inglés	99%	71%	81%	93%	34%	94%	Sí
R.2421. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias	Agencia d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya	2010	España, Español	100%	88%	80%	92%	38%	92%	Sí
R263. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease	European Federation of Neurological Societies	2010-2016	Europa, Inglés	53%	31%	32%	44%	1%	56%	NO
R.83 Clinical practice guidelines and principles of care for people with dementia	Australian Government. National Health and Medical Research Council	2016	Australia, Inglés	94%	82%	83%	75%	19%	75%	Sí
R1475. World Federation of Societies of Biological	World Federation of Societies of Biological psychiatry (WFSBP)	2011	Alemania, Inglés	38%	18%	29%	42%	5%	46%	NO

Nombre GPC	Organización	Año	País, Idioma	Alcance y propósito	Participación de actores clave	Rigor en el desarrollo	Claridad en la presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial	Revisión para adopción
psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological treatment of Alzheimer 's disease and other dementias										
R2434. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención	Centro Nacional de Excelencia Tecnología en Salud	2012	México, Español	74%	49%	38%	72%	10%	40%	NO
R.1781Practice guideline for the treatment of patients with alzheimer's disease and other dementias second edition	American Psychiatric Association. (APA)	2007	Estados Unidos, Inglés	39%	33%	38%	51%	7%	65%	NO
R.563Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement	U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)	2014	Estados Unidos, Inglés	8%	24%	53%	56%	18%	63%	NO

ANEXO 9. Autorización de uso de las GPC

From: Juan Camilo Fuentes Pachón [mailto:juan.fuentes@iets.org.co]
Sent: Wednesday, 23 November 2016 6:46 AM
To: Partnership Centre <sms.cdpc@sydney.edu.au>
Subject: Authorization to adopt the Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia

Good afternoon

This is Juan Fuentes. I am physician and epidemiologist of the Institute of Technology Assessment in Health of Colombia (IETS). I need orientation respect to the process to request a formal authorization to adopt the clinical practice guideline (CPG) "Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia".

Because of their high quality and applicability in the Colombian context, this guideline was selected by the IETS and the Ministry of Health and Social Protection (MSPS) to incorporate some of their recommendations in the adoption of a CPG for the management of this health condition, which will be implemented at national level. This process is a governmental initiative and is not for profit or commercial purposes.

We would really appreciate the orientation and cooperation and you could provide us, in the process we have to follow up to obtain the authorization to adopt the recommendations and part of the document.

Best regards,

Dear Juan,

Thank you for your email and we are so pleased that the Clinical Practice Guidelines will be helpful for you.

We have discussed your request and we authorise you to adopt the recommendations as part of your document subject to inclusion of the following text in your document.

“This publication is an adaptation of 'Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia', published by the National Health and Medical Research Council (NHMRC) Partnership Centre for Dealing with Cognitive and Related Functional Decline in Older People in 2016. The original publication is available from <http://sydney.edu.au/medicine/cdpc/resources/dementia-guidelines.php>. This adaptation has been reproduced with permission of the NHMRC Partnership Centre for Dealing with Cognitive and Related Functional Decline in Older People. The Partnership Centre, however, has not checked the adaptation to confirm that it accurately reflects the original publication and no guarantees are given by the Partnership Centre in regard to the accuracy of the adaptation.”

We wish you well in the development of your document.

Kind regards

Kate

Dr Kate Laver

NHMRC-ARC Dementia Research Development Fellow

Department of Rehabilitation, Aged and Extended Care

Faculty of Medicine, Nursing and Health Sciences

Flinders University

Ph [+61 8 8276 9666](tel:+61882769666) (extension 52835)

Working days: Wednesday, Thursday, Friday

ANEXO 10. Recomendaciones eliminadas y razón para su exclusión

Sección	Recomendación en versión original	Fuerza de la recomendación	Razón de eliminación
Ethical and legal issues	Health and aged care professionals should discuss with the person with dementia, while he or she still has capacity, and his or her carer(s) and family the use of: - an Enduring Power of Attorney and enduring guardianship - Advance Care Plans. Advance Care Plans should be revisited with the person with dementia and his or her carer(s) and family on a regular basis and following any significant change in health condition or circumstance. Advance Care Plans should be completed or updated at the time of assessment undertaken by the Aged Care Assessment Team.	Punto de buena práctica	En el contexto nacional no se cuenta con este recurso
Considerations for aboriginal and torres strait islander people	Consultation with Indigenous community representatives and the local Indigenous medical service should occur in the development, implementation and review of any initiative intended for Indigenous communities. The formation of an Indigenous advisory committee or consultation with an existing committee ensures ongoing collaboration. Where appropriate, groups should consult with Alzheimer's Australia's National Aboriginal and Torres Strait Islander Dementia Advisory Group and State or Territory Indigenous peak health bodies.	Punto de buena práctica	Excede el alcance de la GPC
Considerations for aboriginal and torres strait islander people	Health and aged care services working to improve the health and care of Indigenous Australians living with dementia should employ Indigenous staff members at all levels to contribute actively to this goal.	Punto de buena práctica	No aplica al contexto
Considerations for aboriginal and torres strait islander people	Health and aged care professionals should consult with family and Indigenous community representatives when developing a culturally appropriate care plan. A case	Punto de buena práctica	Esta recomendación está incluida en las consideraciones generales de la GPC para la población general

Sección	Recomendación en versión original	Fuerza de la recomendación	Razón de eliminación
	manager (who may be an Indigenous community-based staff member) can assist with accessing and coordinating services required and advocating for the person with dementia.		
Considerations for aboriginal and Torres Strait Islander people	As the transition to residential care is a particularly difficult step for the person living with dementia, their family and community, health and aged care professionals should display sensitivity and could consider organising support from the community and Indigenous staff members at this time.	Punto de buena práctica	No es aplicable al contexto
Considerations for culturally and linguistically diverse populations	Consultation with culturally and linguistically diverse (CALD) community representatives who have appropriate knowledge and skills should occur in the development, implementation and review of any dementia initiative for CALD communities. Appropriate CALD representation should be sought on an ongoing basis to ensure relevant consultation and appropriate support is provided. Where appropriate, groups should consult with Alzheimer's Australia's National Cross Cultural Dementia Network. In the interest of accountability, feedback should be provided back to community.	Punto de buena práctica	No es aplicable al contexto
Considerations for culturally and linguistically diverse populations	CALD carers and families should receive support, education and information, through partnerships with ethno-specific and mainstream agencies and they should be delivered by bilingual, bicultural workers in the field.	Punto de buena práctica	No es aplicable al contexto
Cognitive assessment	The Kimberley Indigenous Cognitive Assessment (KICA-Cog) or KICA-Screen tool is recommended for use with remote living Indigenous Australians for whom the use of alternative cognitive assessment tools is not	Recomendación basada en evidencia	No es aplicable al contexto

Sección	Recomendación en versión original	Fuerza de la recomendación	Razón de eliminación
	considered appropriate.		
Cognitive assessment	The modified KICA (mKICA) is recommended as an alternative to the Mini Mental State Exam (MMSE) in urban and rural Indigenous Australian populations when illiteracy, language or cultural considerations deem it appropriate.	Recomendación basada en evidencia	No es aplicable al contexto
Cognitive assessment	The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) should be considered for assessing cognition in CALD populations.	Recomendación basada en evidencia	No es aplicable al contexto
Organisation of health services	Health and aged care managers should coordinate and integrate, referral, transitions and communication across all agencies involved in the assessment, treatment, support and care of people with dementia and their carer(s) and families, including jointly agreeing on written policies and procedures. People with dementia and their carers and families should be involved in planning local policies and procedures.	Recomendación basada en evidencia	En Colombia no existe niveles de atención geriátrica definidos para el curso de los pacientes con demencia
Organisation of health services	Health system planners should ensure that people with dementia have access to a care coordinator who can work with them and their carers and families from the time of diagnosis. If more than one service is involved in the person's care, services should agree on one provider as the person's main contact, who is responsible for coordinating care across services at whatever intensity is required.	Recomendación basada en evidencia	No existe coordinación entre los niveles de atención. Es responsabilidad de las EPS la atención de los pacientes.
Promoting functional independence	Memantine is recommended as an option for people with moderate-to-severe Alzheimer's disease who are intolerant of or have a contraindication to acetylcholinesterase inhibitors. For people with severe	Recomendación basada en evidencia	La memantina no tiene evidencia suficiente para recomendarla en estadios moderados de la enfermedad. En estadios severos está indicada, independientemente de si hay o

Sección	Recomendación en versión original	Fuerza de la recomendación	Razón de eliminación
	renal impairment (creatinine clearance < 30ml/min) the dose of memantine should be halved.		no contraindicación para inhibidores de acetil colinesterasa. No es consistente la evidencia en relación a la efectividad en los desenlaces priorizados; sin embargo si hay consistencia en relación a los efectos adversos y su perfil de seguridad.
Promoting functional independence	Any one of the three acetylcholinesterase inhibitors (donepezil, galantamine or rivastigmine) could be considered for managing the symptoms of Dementia with Lewy Bodies, Parkinson's Disease dementia, vascular dementia or mixed dementia	Recomendación basada en evidencia	Hay evidencia de tratamiento con rivastigmina, pero no hay suficiente evidencia para recomendar el uso de donepezilo o galantamina en enfermedad por cuerpos de Lewy ni en enfermedad de Parkinson. La evidencia es baja y no demuestra impacto en relación a desenlaces comportamentales y psicológicos. Sin embargo los eventos adversos son importantes.
Promoting functional independence	The combination of an acetylcholinesterase inhibitor plus memantine could be considered for managing the symptoms of moderate-to-severe Alzheimer's disease	Recomendación basada en evidencia	No hay evidencia suficiente de la combinación de los medicamentos
Nutritional supplement	A number of nutritional drinks are currently being investigated to reduce the symptoms of mild cognitive impairment or dementia, of which one (Souvenaid®) is marketed in Australia. There is currently insufficient evidence to recommend the routine use of Souvenaid® in people with mild Alzheimer's disease. Souvenaid® should not be recommended for people with moderate or severe Alzheimer's disease.	Recomendación basada en evidencia	Estos suplementos nutricionales no están disponibles en nuestro país

ANEXO 11. Resultados del consenso de expertos para la adopción

11.1. Consenso de expertos para la adopción Delphi virtual

11.1.1 Recomendación original

Los médicos que trabajan con personas mayores deben estar alertas al declive cognitivo, especialmente en los mayores de 75 años.

**Calidad de la evidencia muy baja*

Resultados de la votación

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
2	0	1	5	13
9.5%	0%	4.7%	23.8%	61.9%

Se realizó votación y alcanzó consenso.

Recomendación ajustada

Los médicos que trabajan con personas mayores deben estar alerta al deterioro cognoscitivo mayor, especialmente en los mayores de 65 años.

**Calidad de la evidencia muy baja*

11.1.2 Recomendación original

Los servicios de valoración de la memoria o los especialistas que identifican a las personas con deterioro cognitivo leve deben ofrecer un seguimiento en el servicio de valoración de la memoria o con un médico general, otro médico o enfermera después de 6 a 18 meses para supervisar los cambios cognitivos y otros signos de posible demencia.

**Calidad de la evidencia muy baja*

Resultados de la votación

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	0	0	3	6
10%	0%	0%	30%	60%

Se realizó votación y alcanzó consenso.

Recomendación ajustada

Los servicios de evaluación de la memoria o los especialistas que identifican a las personas con deterioro cognoscitivo leve, deben ofrecer seguimiento a través de un profesional de la salud capacitado después de 6 a 18 meses para supervisar los cambios cognoscitivos y otros signos. Se sugiere realizar una evaluación del estado de salud y social periódica por lo menos cada tres meses. En cada sesión evaluar:

- Comorbilidades médicas y psiquiátricas, incluyendo déficit visual y auditivo, dolor, control de esfínteres.
- Estabilidad o progresión de los síntomas del trastorno neurocognoscitivo, buscando cualquier nuevo síntoma y cualquier cambio repentino.
- Capacidad para participar en actividades de la vida diaria.
- Riesgos de seguridad (por ejemplo, conducir un vehículo, administración financiera, manejo de medicamentos, riesgos de seguridad en el hogar derivados de cocinar o fumar, posibilidad de vagabundeo, etc.).
- Presencia y gravedad de la depresión.
- Presencia y gravedad de los síntomas conductuales y psicológicos del trastorno neurocognoscitivo mayor.
- Riesgo de autolesión.
- Si está bajo cualquier medicación: respuesta al tratamiento, efectos secundarios y adherencia al tratamiento, así como síntomas cognitivos y síntomas principales específicos.
- Cualquier obstáculo para participar en el tratamiento.
- El cansancio y afrontamiento del cuidador, las necesidades de información, capacitación y apoyo.

11.1.3 Recomendación original

Las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor que experimentan agitación deben ofrecer un ensayo de antidepresivos selectivos de inhibidores de la recaptación de serotonina (SSRI) (la evidencia más fuerte de efectividad existe para citalopram) si los tratamientos no farmacológicos son inapropiados o han fracasado. Revisión con la evaluación de la eficacia y la consideración de la de-prescripción debe ocurrir después de dos meses. La necesidad de adherencia, el tiempo hasta el inicio de la acción y el riesgo de efectos de abstinencia y los posibles efectos secundarios deben explicarse al inicio del tratamiento.

**Calidad de la evidencia baja*

Resultados de la votación

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0	0	0	2	15
0%	0%	0%	11.7%	88.2%

Se realizó votación y alcanzó consenso.

Recomendación ajustada

A las personas con trastorno neurocognoscitivo mayor que experimentan agitación se les debe ofrecer un tratamiento con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) si los tratamientos no farmacológicos han fracasado. La necesidad de adherencia, el tiempo hasta el inicio de la acción, el riesgo de efectos de suspensión y los posibles efectos secundarios deben explicarse al inicio del tratamiento

11.2. Consenso de expertos para la adopción Delphi Presencial

11.2.1 Recomendación

Se recomienda cualquiera de los tres inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezil, galantamina o rivastigmina) como opciones para controlar los síntomas de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave. Cualquiera de los tres inhibidores de la acetilcolinesterasa podría ser considerado para manejar los síntomas de la enfermedad de Alzheimer grave. Antes del inicio del tratamiento, los médicos deberían considerar realizar un electrocardiograma (ECG), registrar el peso y realizar una evaluación del riesgo de caídas. Debe evitarse la administración concomitante de medicamentos con efectos anticolinérgicos.

**Calidad de la evidencia moderada*

Resultados de la votación

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0	0	2	6	14
0%	0%	9.2%	27.2%	63.6%

Se realizó votación y alcanzó consenso.

Recomendación ajustada

Se recomienda cualquiera de los tres inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezil, galantamina o rivastigmina) como opciones para controlar los síntomas de la enfermedad de Alzheimer en estadios leve a moderado. Debe evitarse la administración concomitante de medicamentos con efectos anticolinérgicos.

**Calidad de la evidencia baja*

11.2.2 Recomendación original

Las personas con enfermedad de Alzheimer, trastorno neurocognoscitivo mayor vascular o trastorno neurocognoscitivo mayor mixta con síntomas de trastorno neurocognoscitivo mayor de comportamiento leve a moderado y psicológicos no deben usualmente ser prescritas con medicamentos antipsicóticos debido al mayor riesgo de eventos adversos cerebrovasculares y muerte.

**Calidad de la evidencia moderada*

Resultados de la votación

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0	0	0	1	11
0%	0%	0%	8.3%	91.6%

Se realizó votación y alcanzó consenso.

Recomendación ajustada

Las personas con enfermedad de Alzheimer, trastorno neurocognoscitivo debido a enfermedad cerebrovascular o trastorno neurocognoscitivo debido a múltiples etiologías con síntomas comportamentales leves a moderados y psicológicos no deben rutinariamente ser prescritas con medicamentos antipsicóticos, debido al mayor riesgo de eventos adversos cerebrovasculares y muerte. En casos seleccionados se deben considerar los antecedentes de enfermedad cerebrovascular, tipo e intensidad de síntomas psicológicos, conductuales, la clase de medicamento antipsicótico y el grado de apoyo psicosocial del paciente para su prescripción.

**Calidad de la evidencia moderada*

11.2.3 Recomendación original

Si la medicación parenteral es necesaria para el control de la violencia, se prefiere agresión y agitación extrema en personas con demencia, olanzapina o lorazepam. Siempre que sea posible, se debe utilizar un solo agente de preferencia a una combinación

**Calidad de la evidencia muy baja*

Resultados de la votación

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0	0	0	4	8
0%	0%	0%	33.3%	66.6%

Se realizó votación y alcanzó consenso.

Recomendación ajustada

Si la medicación parenteral es necesaria para el control de la violencia, agresión y agitación extrema en personas con trastorno neurocognoscitivo mayor se prefiere el uso de olanzapina. Siempre que sea posible, se debe utilizar un solo agente de preferencia a una combinación.

**Calidad de la evidencia muy baja*

Expertos invitados al consenso de Demencia

Categoría de la entidad	Nombre completo	Nombre de la entidad
Sociedad Científica	Aida Navas - Sol ángel García	Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional
Sociedad Científica	Angélica María Monsalve Robayo	Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional
IPS	Carlos Alberto Cano Gutiérrez	Instituto de Envejecimiento
Sociedad Científica	Carmen Elisa Ruiz Puyana	Sociedad Colombiana de Medicina Familiar
Academia	Claudia Consuelo Caycedo Espinel	Asociación Colombiana de Facultades de Psicología
Sociedad Científica	Claudia María Sanín Velásquez	Colegio Colombiano de Psicología
Sociedad Científica	Dora Patricia Bernal	Sociedad Colombiana de Medicina Familiar
Academia	Francisco Alejandro Múnera Galarza	Universidad Nacional de Colombia
Academia	Francisco Lopera	Grupo de Neurociencias de Antioquia
Sociedad Científica	Gustavo Adolfo Parra Zuluaga	Asociación Colombiana de Medicina Interna
Sociedad Científica	Hernán Rincón H	Asociación Colombiana de Psiquiatría
Academia	Humberto Arboleda	Universidad Nacional de Colombia
Academia	Juan Ignacio Muñoz	Neurocientífico (Grupo de Neurociencias de Antioquia)
Academia	Julieta Troncoso	Universidad Nacional de Colombia
IPS	Margarita María Benito	Hospital Universitario San Ignacio
Academia	Marlene Jiménez Del Rio	Grupo de Neurociencias de Antioquia

Categoría de la entidad	Nombre completo	Nombre de la entidad
Gobierno	Claudia María Cadavid Otalvaro	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
Academia	Martha Lucia Gutiérrez	Pontificia Universidad Javeriana
Sociedad Científica	Mauricio Estévez - Bretón	Sociedad Colombiana de Medicina Familiar
Sociedad Científica	Nancy Garcés Robayo	Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional
Academia	Olga Lucia Pedraza Linares	Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
Academia	Patricia Montañez Ríos	Universidad Nacional de Colombia
Sociedad Científica	Robinson Fabián Cuadros Cuadros	Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátría - ACGG
Sociedad Científica	Sergio Ramírez	Asociación Colombiana de Neurología
Academia	Yuri Takeuchi	Universidad ICESI - Facultad Ciencias de la Salud

ANEXO 12. Listado de medicamentos e indicaciones según INVIMA

Medicamento	Tipo de medicamento	Indicación
Aripiprazol5		<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. • Tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en adultos que presentaron episodios predominantemente maníacos. • Tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno Bipolar I en adolescentes de 13 años o más.
Donepezil		Tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave.
Escitalopram	Psicoanalepticos	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento del trastorno depresivo mayor y de mantenimiento para evitar la recaída. • Tratamiento de los trastornos de angustia (ataque de pánico) con o sin agorafobia. • Tratamiento de la fobia social. • Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. • Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).
Haloperidol	Antipsicótico-Neuroléptico.	Tratamiento sintomático coadyuvante de la ansiedad grave; agitaciones psicomotoras de cualquier etiología: estados maníacos, delirium tremens. Estados psicóticos agudos y crónicos: delirio crónico, delirios paranoide y esquizofrénico. Movimientos anómalos: tics motores, tartamudeo y síntomas del síndrome de Gilles de la Tourette y corea
Memantina	Anti-demencia	Tratamiento coadyuvante de cuadros neurodegenerativos tal como demencia leve y moderada a severa tipo enfermedad de Alzheimer.
Olanzapina	Diazepina	Medicamento antipsicótico, alternativo para el tratamiento de la esquizofrenia. Para el tratamiento alternativo de pacientes con manía bipolar, que no han respondido a la terapéutica tradicional.
	Antipsicótico	
Quetiapina	Antipsicótico	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento del trastorno bipolar y esquizofrenia • Tratamiento alternativo del trastorno de ansiedad generalizada cuando ha habido una respuesta inadecuada o no pueden otros medicamentos para ésta indicación. • Trastorno depresivo mayor
	Diazepinas	
Risperidona	Antipsicótico	<ul style="list-style-type: none"> • Alternativa en los tratamientos de esquizofrenia aguda y crónica. • Monoterapia en desorden bipolar.

Medicamento	Tipo de medicamento	Indicación
		<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento de agitación, agresión o síntomas sicóticos en pacientes con demencia moderada a grave de tipo Alzheimer.• Tratamiento de los desórdenes de la conducta en niños, adolescentes y adultos con retardo mental.
Rivastigmina		Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave

ANEXO 13. Herramienta 13. Priorización de recomendaciones para implementación

Dimensión de priorización	Número de la recomendación																											
	RBC1	RBC2	RBC3	RBE1	RBC4	RBE2	RBC5	RBE3	RBE4	RBE5	RBE6	RBE7	RBE8	RBE9	RBE10	RBE11	RBE12	RBE13	RBE14	RBE15	RBE16	RBE17	RBC6	RBE18	RBE19	RBC7		
Impacto potencial																												
Alto impacto en desenlaces relevantes al paciente	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	No		
Alto impacto en la disminución de la variabilidad	No	No	No	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí									
Se asocia a mayor eficiencia en el uso de los recursos	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No			
Promueve la equidad y elección de los pacientes	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	No		
Beneficio del soporte por parte del GDG durante el proceso de implementación																												
La intervención no hace parte de la atención estándar	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí		
Implica cambios en la oferta de servicios	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No		
Implica procesos de reentrenamiento del personal de salud o el	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	
Implica un cambio en la práctica	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	Sí	Sí	No	No	No	No	No		
Implica la implementación de cambios en múltiples agencias	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No		
Se prevén dificultades específicas en el proceso de implementación	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Sí	No	No	No	No	No								
Otras consideraciones:	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No		
¿Priorizada?	No	No	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No		