

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

ACTUALIZACIÓN 2012

Diagnóstico y Tratamiento del **DETERIORO COGNOSCITIVO** EN EL **ADULTO MAYOR** en el Primer Nivel de Atención

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **IMSS-144-08**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
E IGUALDAD DE LA MUJER



Vivir Mejor

Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: Guía de Práctica Clínica, **Diagnóstico y Tratamiento de la Demencia en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención**, México: Secretaría de Salud; **2009**.

Actualización Deberá ser citado como: Guía de Práctica Clínica, **Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención**, México: Secretaría de Salud; **2012**.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

ISBN en trámite

F03 Demencia, no especificada

GPC: Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinador, Autores, Validadores, Versión 2009

Coordinadores:				
Dr. Arturo Viniestra Osorio	Médico Internista			División de Excelencia Clínica, CUMAE, México DF
Autores:				
Dr. Eddie Alberto Favela Pérez	Médico Cardiólogo Electrofisiología Cardiaca			Adscrito al servicio de cardiología UMAE Hospital de Especialidades Lic. Ignacio García Téllez, Mérida, Yucatán
Dr. José Juan García González	Médico Geriatra			Adscrito al servicio de medicina interna HGR No.1 Querétaro, Querétaro
Lic. María de Jesús Lozano Ortega	Psicóloga Clínica			Adscrita al servicio de Psicología UMAE Complementaria Hospital Psiquiátrico "Dr. Héctor H. Tovar Acosta" CMN Siglo XXI. México DF
Dra. Guadalupe Estela Minerva Manilla Aragón	Médico Familiar		Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Medicina Familiar No.35 Culiacán, Sinaloa
Lic. María Alejandra Rivera Roldán	Psicóloga Clínica			Unidad de Medicina Familiar No.1 México DF
Dr. José Javier Sánchez Pérez	Médico Psiquiatra			Adscrito al servicio de psiquiatría UMAE Hospital de Especialidades Puebla Puebla
Validación Interna:				
Dr. José Manuel Sosa Hernández	Médico Psiquiatra		Instituto Mexicano del Seguro Social	Unidad de Atención Médica, IMSS
Lic. Ariadna Rubio Ramírez	Psicóloga Clínica		Social	Coordinación de Áreas Médicas, IMSS
Validación Externa:				
Dr. Oscar Ugalde Hernández	Psiquiatría y Geriatría		Academia Nacional de Medicina	
Dr. Ricardo Fernando Colín Piana			Consejo Mexicano de Psiquiatría AC	

Coordinador, Autores, Validadores, Actualización 2012

Coordinadores:				
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Médico Internista y Geriatra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinador de Programas Médicos. División de Excelencia Clínica, Coordinación de UMAE, México DF.	Miembro del Consejo Mexicano de Medicina Interna y Consejo Mexicano de Geriatría.
Autores:				
Dr. Mauricio Rivera Díaz	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinador de Programas Médicos. División de Medicina Familiar. Coordinación de Áreas Médicas. México, DF.	
Dra. María Magdalena Cruz Toscano	Médico Internista y Geriatra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrito al servicio de Medicina Interna HGZ No.27, DF Norte	Miembro del Consejo Mexicano de Medicina Interna y Consejo Mexicano de Geriatría.
Dr. Fernando Solís Lam	Maestro en Ciencias. Médico Internista y Geriatra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrito al servicio de Medicina Interna HGR No.251, México Poniente	Miembro del Consejo Mexicano de Geriatría.
Dr. Javier Belio Campoy	Médico Familiar y Gerontólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinador de enseñanza. UMF 61, México Poniente.	Miembro de la Sociedad Mexicana de Gerontología y Geriatría AC.
Dr. Omar William González Hernández	Médico Internista y Geriatra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrito al servicio de Medicina Interna HGZ/MF No.8, DF Sur	Miembro del Consejo Mexicano de Medicina Interna y Consejo Mexicano de Geriatría.
Validación Interna:				
Dr. Alejandro Zavala Calderón	Médico Internista y Geriatra		Adscrito al servicio de Medicina Interna HGR No.251, México Poniente	Miembro del Consejo Mexicano de Medicina Interna y Consejo Mexicano de Geriatría.
Dra. Nubia Franco Álvarez	Médico Internista y Geriatra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrita al servicio de Medicina Interna HGZ No.50, Lerdo de Tejada, Veracruz	Miembro del Consejo Mexicano de Medicina Interna y Consejo Mexicano de Geriatría.

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES	3
1. CLASIFICACIÓN	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA	6
3. ASPECTOS GENERALES	7
3.1 ANTECEDENTES.....	7
3.2 JUSTIFICACIÓN	8
3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA	9
3.4 DEFINICIÓN.....	9
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	11
4.1 CAMBIOS FISIOLÓGICOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO CEREBRAL	12
4.2 FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA Y DETERIORO COGNOSCITIVO	14
4.3 DIAGNÓSTICO.....	16
4.3.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO	16
4.3.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	18
4.3.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	21
4.4. SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y SU ASOCIACIÓN A DETERIORO COGNOSCITIVO	25
4.4.1 DETERIORO COGNOSCITIVO Y SU RELACIÓN CON CAÍDAS Y FRACTURAS.....	26
4.4.2 DETERIORO COGNOSCITIVO Y SU RELACIÓN CON FRAGILIDAD	27
4.4.3 DETERIORO COGNOSCITIVO Y SU RELACIÓN CON DEPRESIÓN	28
4.4.4 DETERIORO COGNOSCITIVO Y SU RELACIÓN CON ABATIMIENTO FUNCIONAL.....	29
4.4.5 DETERIORO COGNOSCITIVO Y SU RELACIÓN CON DELIRIUM.....	30
4.4.6 DETERIORO COGNOSCITIVO Y SU RELACIÓN CON POLIFARMACIA.....	31
4.4.7 DETERIORO COGNOSCITIVO Y SU RELACIÓN CON SÍNDROME DE PRIVACIÓN SENSORIAL.....	32
4.4.8 DETERIORO COGNOSCITIVO Y SU RELACIÓN CON DESNUTRICIÓN	33
4.4.9 DETERIORO COGNOSCITIVO Y SU RELACIÓN CON OTROS SÍNDROMES GERIÁTRICOS.....	33
4.5 TRATAMIENTO	34
4.5.1 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	34
4.5.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEMENCIA	37
4.5.3 TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS ASOCIADOS EN DETERIORO COGNOSCITIVO.....	40
4.6. PRONÓSTICO	41
4.7 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO	43
4.8 CRITERIOS DE REFERENCIA	44
5. ANEXOS.....	45
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA	45
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN	47
5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD.....	50
5.5 MEDICAMENTOS	68
5.4 ALGORITMOS.....	69
6. GLOSARIO.....	72
7. BIBLIOGRAFÍA.....	76
8. AGRADECIMIENTOS	85
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	86
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	87
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	88

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro : IMSS-144-08	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Médico Familiar, Médico Psiquiatra, Médico Geriatra y Psicólogo
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	F03 demencia no especificada
CATEGORÍA DE GPC	Primer Nivel de Atención Diagnóstico Tratamiento
USUARIOS POTENCIALES	Médico Familiar, Médico General, Psicólogo, Enfermera general y especialista, en general todo el personal encargado de la atención de los pacientes adultos mayores
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Instituto Mexicano del Seguro Social
POBLACIÓN BLANCO	Hombres y Mujeres > 60 años
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR	Instituto Mexicano del Seguro Social
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Identificación de riesgos Diagnóstico oportuno Tratamiento farmacológico Tratamiento no farmacológico Criterios de referencia al Segundo Nivel Criterios de seguimiento
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Disminución del número de consultas Referencia oportuna, efectiva Satisfacción con la atención Mejora de la calidad de vida Diagnóstico oportuno de demencia Incremento en la resolutivez del Primer Nivel de Atención
METODOLOGÍA	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 138 ...Guías seleccionadas: 7 del período 2002-2012 ...Revisiones sistemáticas y Metanálisis: 33 ...Ensayos Clínicos: 12 ...Estudios de Cohorte: 17 ...Estudios de Casos y Controles: 4 ...Estudios de Caso: 0 ...Otros: 65 Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: 0 Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *
MÉTODO DE VALIDACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Prueba de Campo: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Validación Externa: Academia Mexicana de Medicina
CONFLICTO DE INTERES	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	Catálogo Maestro: IMSS-144-08 FECHA DE ACTUALIZACIÓN : Septiembre 2012 (de 3 a 5 años a partir de la fecha de actualización)

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

Preguntas Excluidas de la versión 2009

1. ¿Cuáles son los criterios para el diagnóstico de demencia?
2. ¿Cuáles son las pruebas de detección más eficientes para la detección temprana del déficit cognitivo?
3. ¿Cuáles son las principales causas tratables de demencia?
4. ¿Cuáles son los principales diagnósticos diferenciales de la demencia?
5. ¿Cuáles son los principales esquemas terapéuticos para los pacientes con demencia?
6. ¿Cuáles son los criterios para la referencia del adulto mayor con demencia al segundo o tercer nivel de atención?

Preguntas Incluidas de la actualización 2012

1. ¿Cuál es la diferencia entre deterioro cognoscitivo leve y demencia?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo para deterioro cognoscitivo en el adulto mayor?
3. ¿Cuál es el cuadro clínico del deterioro cognoscitivo?
4. ¿Cuáles son los instrumentos para la detección temprana del deterioro cognoscitivo de mayor utilidad en el primer nivel de atención?
5. ¿Cuál es el diagnóstico diferencial del deterioro cognoscitivo?
6. ¿Cómo se asocia el deterioro cognoscitivo a otros síndromes geriátricos?
7. ¿Cuál es el tratamiento no farmacológico para el adulto mayor con deterioro cognoscitivo?
8. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico para el adulto mayor con deterioro cognoscitivo en el primer nivel de atención?
9. ¿Cuál es el pronóstico de los adultos mayores con deterioro cognoscitivo?
10. ¿Cuáles son los criterios para la referencia del adulto mayor con deterioro cognoscitivo al segundo de atención?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

La demencia es un trastorno frecuente en el anciano, su importancia en la salud pública ha tomado relevancia en todo el mundo debido al fenómeno de “envejecimiento global” que existe tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. Se estima que existen alrededor de 24.3 millones de pacientes con demencia, con el incremento de 4.6 millones de nuevos casos cada año (se estima que se detecta un nuevo caso cada 7 segundos. (Joshi S, 2006). La incidencia y prevalencia de demencia se han acrecentado significativamente en la segunda mitad del siglo XX, en relación con el aumento de la esperanza de vida en las poblaciones occidentales, siendo la edad el factor de riesgo más importante para el deterioro cognoscitivo (Fustinoni O, 2002).

Existen varios estudios epidemiológicos, por ejemplo el Eurodem Consortium que documentaron como la prevalencia de demencia se incrementa con la edad, mientras que en la población entre 60 y 65 años, solo hay una prevalencia del 1%, en la población entre 80-85 años del 13% y en la población entre 90-95 años llega a 32%; a partir de lo cual, se obtiene una prevalencia global del 5% en adultos > 65 años de edad, que se eleva al 20% en adultos > 80años (NICE, 2007).

Datos derivados de la Encuesta de Salud y Envejecimiento de Latinoamérica (SABE, 2001), revelan que el 11% de la población mayor de 60 años padece algún grado de deterioro cognoscitivo. En México la prevalencia general de deterioro cognoscitivo es una condición importante en la población mayor de 65 años, se encuentra alrededor del 8% (ENASEM 2007). La prevalencia del deterioro cognoscitivo más dependencia funcional (demencia), fue de 3.3%, similar a la reportada para demencia en algunos países de Latinoamérica (Mejía-Arango S, 2007). En la mayoría de los estudios las mujeres parecen tener una mayor incidencia, lo cual sugiere que la prevalencia incrementada no es debida en su totalidad a una mayor longevidad. (NICE, 2007).

Asimismo, la alta prevalencia del deterioro cognoscitivo en la población mexicana se relaciona de manera importante con enfermedades crónicas frecuentes en la vejez, (tales como diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad cerebral y depresión), lo que señala la importancia que tiene la identificación temprana de ambas condiciones en la población de adultos mayores.

La demencia es una de las enfermedades más discapacitantes y caras que se asocian al envejecimiento. El impacto emocional de la enfermedad en los pacientes y en sus familiares es devastador, y el costo social es impresionante. Los costos anuales para los cuidados de un solo paciente con Enfermedad de Alzheimer se reportan entre 35mil y 47mil dólares, llegando alcanzar los 140mil millones de dólares por año en los Estados Unidos, asumiendo que hay 4 millones de personas con Enfermedad de Alzheimer (Ross W, 2002). Desafortunadamente, en México no tenemos un estimado de los costos directos e indirectos que se generan por los cuidados de estos pacientes. Un diagnóstico temprano y preciso de deterioro cognoscitivo es crucial ya que impacta directamente en prolongar el periodo libre de dependencia al mantener una funcionalidad física y cognitiva lo más aceptable posible, reduciendo el desgaste del cuidador, gasto social y de salud (Ross W, 2002).

3.2 JUSTIFICACIÓN

El número de personas en el mundo con deterioro cognoscitivo en el año 2000 fue de 20 millones aproximadamente y esta cifra se duplicará cada 20 años hasta alcanzar los 81.1 millones en el 2040 (Ferri CP, 2005). Aunado a esto, la demencia es uno de los determinantes mayores para el desarrollo de dependencia y deterioro funcional en los adultos mayores de 75 años (Aguero-Torres H, 1998), con la consiguiente carga para el cuidador primario, además de ser un fuerte predictor de mortalidad con un riesgo de 2 a 3 veces mayor al compararse con otras enfermedades que acortan la esperanza de vida. (Tschanz JT, 2004).

Además, distintos estudios han demostrado que no se realiza un adecuado diagnóstico de demencia y con frecuencia ni siquiera se sospecha, se estima que alrededor del 50% de los pacientes no son diagnosticados por los médicos de primer contacto. De igual manera, alrededor de 60% de los pacientes a quienes se les realiza un diagnóstico con criterios estándar para demencia, los familiares o cuidadores no habían identificado que tenían problemas de memoria (Joshi S, 2006). Por otro lado, muchas enfermedades crónicas y agudas, así como ciertos fármacos, pueden imitar la forma de presentación del deterioro cognoscitivo y erróneamente etiquetar al paciente con demencia, perdiendo la oportunidad de corregir esta causa por lo regular reversible.

De esta manera, las personas con demencia se encuentran con un riesgo aumentado de presentar problemas de salud, así como una mayor susceptibilidad para presentar delirium secundario a enfermedades o fármacos.

En la práctica clínica es difícil reconocer cuando un paciente con pérdida de la memoria progresará a mayor deterioro intelectual y funcional, y debido a que no hay un estudio paraclínico que identifique demencia, el clínico debería realizar una historia médica completa del paciente con el apoyo del cuidador primario, así como una adecuada exploración cognoscitiva para obtener un diagnóstico preciso y oportuno de este trastorno. (Ross W, 2002).

Por todas las razones previas, es importante identificar a los individuos con deterioro cognoscitivo o demencia de manera oportuna y precisa, ya que las intervenciones que se realicen pueden prolongar la independencia funcional y conservar la calidad de vida del paciente y de su familia; esto repercute directamente en la prevención de la sobrecarga del cuidador y en la desintegración familiar, así como se disminuye el riesgo de institucionalización del paciente, con un impacto secundario en un menor costo para las instituciones de salud. El propósito de esta guía es proporcionar una herramienta a los médicos generales, médicos familiares, psicólogos y enfermeras para diagnosticar y tratar la demencia en el adulto mayor en el primer nivel de atención.

3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica “**Diagnóstico y Tratamiento de la Demencia en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención**” forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre el diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención, Los objetivos de la presente guía son:

1. Describir las características clínicas del deterioro cognoscitivo leve y su diferencia con la demencia.
2. Señalar los instrumentos clínicos para la detección oportuna del deterioro cognoscitivo en el primer nivel de atención.
3. Recomendar las opciones terapéuticas no farmacológicas y farmacológicas para el deterioro cognoscitivo en el primer nivel de atención.
4. Establecer los criterios de referencia del adulto mayor con deterioro cognoscitivo o demencia al Segundo Nivel de Atención.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.4 DEFINICIÓN

El **deterioro cognoscitivo** es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. (Ross W, 2002). Visto como un síndrome geriátrico, es una alteración de cualquier dimensión de las funciones mentales superiores, de la cual se queja el paciente, pero se puede o no corroborar por pruebas

neuropsicológicas, y que generalmente es multifactorial, tales como: depresión, déficit auditivo y visual, hipotiroidismo, efectos adversos de medicamentos, entre otros dan lugar a una sola manifestación. Este síndrome amerita una evaluación integral para determinar si el paciente cursa con demencia, o algún otro problema que pueda ser resuelto.

La **demencia** es un trastorno neurológico con manifestaciones neuropsicológicas y neuropsiquiátricas que se caracteriza por deterioro de las funciones cognitivas y por la presencia de cambios comportamentales. Dicho de otra manera, es un síndrome clínico que se caracteriza por una pérdida adquirida de habilidades cognitivas y emocionales de suficiente severidad para interferir con el funcionamiento social, ocupacional, o ambos (APA, 2002).

Para definir **demencia**, la mayoría de los autores utilizan la definición del Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (APA, 2002) y utilizan los siguientes criterios:

1. Deterioro adquirido en la memoria.
2. Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:
 - a) Afasia (alteración del lenguaje).
 - b) Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora este intacta).
 - c) Agnosia (fallo en reconocimiento de objetos, a pesar de que la función sensorial este intacta).
 - d) Alteración de la función ejecutiva (pensamiento abstracto, juicio, razonamiento).
3. Los deterioros en la cognición deberán ser los suficientemente severos para interferir en los planos laboral, social y/o personal.
4. Tienen un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo progresivo.
5. Las alteraciones cognitivas no deben aparecer exclusivamente en el transcurso de delirium.

Deterioro cognoscitivo y demencia son conceptos similares, pero se deben de diferenciar por el grado de afectación en la alteración en la funcionalidad. Por ejemplo, el término "deterioro cognoscitivo leve" inicialmente se utilizó para referirse a las personas con alteraciones cognitivas leves en los estudios de detección, pero no necesariamente la distinguía de la demencia leve. En la actualidad este término se utiliza para referir a las personas que presentan evidencia de deterioro cognoscitivo principalmente de la memoria, en las pruebas neuropsicológicas pero no reúnen criterios para demencia. Este término, también se utiliza para reconocer la fase transicional entre el envejecimiento habitual y la demencia en etapas tempranas. El deterioro cognoscitivo leve puede ser una manifestación temprana de Demencia tipo Alzheimer. (Bennett MD, 2004).

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, meta análisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 5.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



BUENA PRÁCTICA

4.1 CAMBIOS FISIOLÓGICOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO CEREBRAL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Durante el envejecimiento normal después de los 60 años, se pueden observar los siguientes cambios en el sistema nervioso central (SNC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe pérdida neuronal progresiva, principalmente de la sustancia blanca. • La atrofia cerebral es evidente por un ensanchamiento ventricular, el volumen cerebral tiene una disminución progresiva que llega a ser hasta de un 80% en nonagenarios. • Hay evidencia de una disminución en la conectividad a nivel de hipocampo y la región temporoparietal que condiciona un defecto del procesamiento de nueva información. • Los neurotransmisores se encuentran disminuidos, principalmente la acetilcolina que participa junto con el sistema límbico para el procesamiento del aprendizaje, el cual es más lento en el adulto mayor. 	<p>III [E:Shekelle] <i>Morley JE, 2006</i></p>
	<p>La grelina y colecistoquinina secretadas durante la alimentación, estimulan receptores a nivel del hipocampo y la amígdala las cuales intervienen en el proceso de la memoria.</p>	<p>III [E:Shekelle] <i>Morley JE, 2006</i></p>

E

Los cambios vasculares asociados a la edad se caracterizan por la formación de ateromas pequeños, engrosamiento y remplazo del tejido muscular por tejido fibroso haciendo los vasos más gruesos y rígidos (arterioesclerosis). Sin embargo, en los ancianos normotensos por lo regular no implican compromiso significativo del diámetro de los vasos intracraneales, a diferencia de los hipertensos donde el daño suele ser mayor.

III
[E:Shekelle]
Deary IJ, 2009

E

La hipertensión y la diabetes favorecen cambios ateroscleróticos hialinos principalmente a nivel de la sustancia blanca cerebral profunda conocida como leucoaraiosis. Las enfermedades cardiovasculares como la cardiopatía isquémica o la insuficiencia cardíaca congestiva, (muestra de aterosclerosis sistémica) se han asociado a hipoperfusión cerebral con déficit en la función ejecutiva y memoria.

III
[E:Shekelle]
Deary IJ, 2009

E

La presencia de placas neuríticas, lesiones neurofibrilares y placas seniles a nivel cortical y subcortical se acumulan de manera habitual en el curso del envejecimiento, sin embargo su presencia excesiva se asocia a deterioro cognoscitivo.

III
E:Shekelle
Silver J, 2008

E

Los radicales libres causan daño oxidativo que da como resultado el envejecimiento y muerte celular. Se sugiere que este estrés oxidativo está presente en la enfermedad de Parkinson, Alzheimer y demencia de Pick.

III
[E:Shekelle]
Morley JE, 2006

E

La acumulación del β -amiloide y lipofuscina forman parte del envejecimiento, se han asociado a un incremento del daño oxidativo, por lo tanto, a una mayor pérdida de la memoria.

III
[E:Shekelle]
Morley JE, 2006

E

Durante el envejecimiento hay cierto grado de deterioro fisiológico que provoca:

- Enlentecimiento en la velocidad para procesar la información.
- Disminución de la capacidad de almacenamiento.
- Disminución en la capacidad de evocar información nueva.
- Una reducción en la capacidad ejecutiva.
- Existe un pobre desempeño para recordar eventos recientes siendo los remotos mejor recordados.
- La fluencia verbal muestra una capacidad disminuida con la edad.

III
[E:Shekelle]
Ventura RL, 2004

4.2 FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA Y DETERIORO COGNOSCITIVO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>Los factores de riesgo para demencia en general caen dentro de 3 categorías: Envejecimiento, genética y ambientales. Dentro de estas incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad avanzada. • Antecedentes familiares de demencia. • Trauma craneoencefálico con pérdida de la conciencia. • Alteraciones en los vasos sanguíneos (Hipertensión, hipercolesterolemia, vasculitis). • Diabetes mellitus y otros trastornos metabólicos. • Depresión y otros trastornos psiquiátricos (Esquizofrenia, psicosis, otros). • Infecciones del SNC (Meningitis, encefalitis, tuberculosis, sífilis, VIH). • Abuso del alcohol y otras sustancias. • Delirium postoperatorio o durante la hospitalización. • Evento vascular cerebral, cardiopatía isquémica y aterosclerosis. • Algunos tipos de cáncer. • Enfermedad de Parkinson. 	<p style="text-align: center;">III [E. Shekelle] <i>Freund B, 2004</i></p>
	<p>En los pacientes que presentaron delirium postoperatorio o durante la hospitalización se recomienda buscar la presencia de demencia o un estado subclínico de ésta. Debido a que el delirium alerta sobre una reserva fisiológica sistémica y cerebral disminuida. La evaluación cognoscitiva se debe realizar en la etapa de estabilidad clínica, por lo general durante la visita de revisión en el primer nivel de atención.</p>	<p style="text-align: center;">C [E. Shekelle] <i>Freund B, 2004</i></p>
	<p>Los factores de riesgo relacionados con la demencia vascular son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Resistencia a la insulina y diabetes mellitus • Hipercolesterolemia • Obesidad • Homocisteinemia • Tabaquismo y alcoholismo <p>El sustrato es una afectación isquémica de la sustancia blanca, con lesiones múltiples o localizadas</p>	<p style="text-align: center;">III [E. Shekelle] <i>Regalado P, 2009</i></p>

R

Ante la presencia de factores de riesgo cardiovascular previamente comentados, se deberá realizar una evaluación en busca de deterioro cognoscitivo de origen vascular.

C
[E. Shekelle]
Regalado P, 2009

R

Todos los pacientes con factores de riesgo cardiovascular y aquellos con evidencia clínica de evento vascular cerebral o ataque isquémico transitorio deberían ser considerados con **alto riesgo** para deterioro cognoscitivo de origen vascular.

A
[E. Shekelle]
Lindsay P, 2008

E

Las lesiones cerebrales observadas en la demencia vascular no son exclusivas de ésta, también la Enfermedad de Alzheimer las presenta. De hecho, el debate actual, es si las lesiones vasculares preceden al Alzheimer, o bien el Alzheimer es aditivo a las lesiones vasculares.

III
[E. Shekelle]
Regalado P, 2009

E

Los factores de riesgo psicológicos, sociales y familiares reconocidos para la **Enfermedad de Alzheimer** son múltiples, entre ellos:

- Herencia.
- Trastornos psíquicos graves en familiares.
- Muerte precoz en el padre.
- Nivel educativo y laboral bajo.
- Problemática familiar.
- Personalidad con evitación, dependencia, introversión, pesimismo, indiferencia y rigidez.

III
[E. Shekelle]
Conde J, 2003

E

Específicamente para Enfermedad de Alzheimer, el principal factor de riesgo para su desarrollo es la edad avanzada.

III
[E. Shekelle]
Freund B, 2004

E

La Enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular comparten factores de riesgo. Estos patrones mixtos hacen complejo el análisis causal de ambas demencias. (**Ver anexo 5.3, Cuadro 1**)

III
[E. Shekelle]
Bilbul M, 2011

E

En la enfermedad de Alzheimer existen factores de riesgo relacionados al estilo de vida que pueden modificarse, como:

- Hábito tabáquico.
- Malos hábitos alimenticios.
- Bajo nivel educativo.
- Reforzamiento social y la estimulación cognitiva.

Aun cuando son observaciones empíricas tiene un alto beneficio en salud para los pacientes.

III
[E. Shekelle]
Flicker L, 2010

4.3 DIAGNÓSTICO

4.3.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>R</p>	<p>Típicamente la evaluación clínica cognoscitiva solo se realiza después de que el paciente o la familia se quejan de problemas de memoria. Sin embargo, la evaluación cognoscitiva se debe realizar a todos los adultos mayores en el primer nivel de atención rutinariamente por lo menos una vez al año en busca de deterioro cognoscitivo.</p>	<p>C [E. Shekelle] <i>Freund B, 2004</i></p>
<p>R</p>	<p>La evaluación clínica en el primer nivel de atención debe ser práctica, requiere ser dirigida, eficiente y se debe de interpretar en el contexto de las enfermedades concomitantes y otros factores contribuyentes.</p>	<p>C [E. Shekelle] <i>Freund B, 2004</i></p>
<p>E</p>	<p>El deterioro cognoscitivo se manifiesta por cualquier déficit de las funciones mentales superiores (lenguaje, razonamiento, cálculo, memoria, praxias, gnosias, etcétera). El más común es la pérdida de la memoria. Distintas causas pueden ser las que provoquen este tipo de trastorno, es por ello que el deterioro cognoscitivo se cataloga como un <i>síndrome geriátrico</i>, el cual debe ser evaluado para detectar todos los componentes del mismo, y en su caso, hacer el diagnóstico de demencia.</p>	<p>III E:[Shekelle] <i>Inouye SK, 2007</i></p>
<p>R</p>	<p>De la mano de la evaluación del estado cognoscitivo a través de una prueba de tamizaje, se debe de realizar una evaluación médica general, para descubrir trastornos sistémicos asociados a delirium o factores de riesgo para demencia vascular o Enfermedad de Alzheimer.</p>	<p>C [E. Shekelle] <i>Freund B, 2004</i></p>
<p>R</p>	<p>Se debe realizar una revisión de los fármacos enfocándose en aquellos adultos mayores con polifarmacia. Se debe evaluar en particular a aquellos que usen psicotrópicos o fármacos con alto riesgo de toxicidad.</p>	<p>C [E. Shekelle] <i>Freund B, 2004</i></p>
<p>R</p>	<p>Cuando sea posible, el médico de primer contacto, deberá de tener una entrevista con la familia para conocer la pérdida de actividades de la vida diaria, memoria, conducta, cronología de los síntomas y de cualquier desviación de la normalidad.</p>	<p>C [E. Shekelle] <i>Freund B, 2004</i></p>

E

La evolución clínica del deterioro cognoscitivo puede ser manifestada por cambios sutiles en la memoria, la capacidad de aprender y recuperar información que son notados por el propio paciente o sus familiares.

III
[E. Shekelle]
Zanetti M, 2006

E

Los problemas de la memoria suelen manifestarse con alteraciones del lenguaje o en la capacidad de nominación, como no encontrar la palabra, por ejemplo: "tenerlo en la punta de la lengua".

III
[E. Shekelle]
Zanetti M, 2006

E

El deterioro cognoscitivo leve se clasifica de acuerdo a la presencia o no de alteración de la memoria acompañada o no de alteración en otro dominio cognoscitivo (**Ver Anexo 5.4, Algoritmo 2**):

1. Deterioro cognoscitivo amnésico de dominio único.
2. Deterioro cognoscitivo amnésico de múltiples dominios.
3. Deterioro cognoscitivo **no** amnésico de dominio único.
4. Deterioro cognoscitivo **no** amnésico de múltiples dominios.

III
[E:Shekelle]
Petersen, 2001
Monastero R, 2009

E

El deterioro cognoscitivo leve es un síndrome clínico que consiste en una disminución medible de la memoria y/o más funciones cognoscitivas pero que **no** tiene afectación en las actividades de vida diaria, ni cumple con los criterios de síndrome demencial.

III
[E:Shekelle]
Jason H, 2003

Su importancia radica en que se considera una fase de transición entre una función cognitiva normal y una demencia. Su tasa de conversión anual es del 7% al 10%.

Se recomienda utilizar los criterios de Petersen o de Mayo para el diagnóstico de **deterioro cognoscitivo leve (DCL)**:

1. Disminución cognoscitiva.
2. Referido por el paciente o por un informante.
3. Evaluado por pruebas cognoscitivas.
4. Sin alteraciones en las actividades de vida diaria.
5. Sin criterios clínicos para demencia de acuerdo al DSMIV o CIE 10.

IIb
[E:Shekelle]
Michell AJ, 2009

E

Otros síntomas relacionados al DCL amnésico menos frecuentes (7%) son síntomas depresivos, apatía e irritabilidad.

En relación a DCL no amnésico se pueden presentar alucinaciones y delirium en 0-4%.

III
[E: Shekelle]
Monastero R, 2009

E

Los cuidadores de la salud deben estar atentos ya que muchos pacientes con demencia no pueden entender su padecimiento, recibir información e involucrarse en la toma de decisiones.

2+
SIGN 2006

R

Se recomienda utilizar la escala de clasificación para la evaluación funcional en la demencia de Riesberg. Es un sistema de 7 etapas que se basan en el nivel de funcionalidad en las actividades de la vida diaria relacionándose con el grado de progresión de la demencia (Ver anexo 5.3, Cuadro 2)

III
[E: Shekelle]
Sabbagh MN, 2010

✓/R

Se recomienda que el médico familiar propicie las mejores condiciones para emitir el diagnóstico de demencia al paciente o cuidador, garantizando satisfacer sus dudas e inquietudes sobre su pronóstico y tratamiento.

Punto de Buena Práctica

4.3.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E La funciones mentales superiores en el anciano pueden verse afectadas por cambios propios del envejecimiento, entre estos, el déficit cognoscitivo leve puede evolucionar a demencia, es por ello la importancia de realizar detecciones tempranas para tratamiento oportuno.	III E:[Shekelle] <i>Masoro EJ, 2006</i>
R Se recomienda realizar pruebas de escrutinio para detección de deterioro cognoscitivo aunadas a una valoración integral con una historia clínica completa, las cuales son la piedra angular del diagnóstico.	III E:[Shekelle] <i>Geldmacher DS, 2004</i>
E El Examen Mínimo del Estado Mental (MMSE), es útil como instrumento de detección del deterioro cognoscitivo. Su aplicación lleva menos de 10 minutos e identifica en forma temprana trastornos de la memoria y el deterioro cognoscitivo. La concordancia entre médicos generales y neuropsicólogos es del 86 %.(Ver Anexo 5.3, Cuadro 3).	III E:[Shekelle] <i>Pezzotti P, 2008</i>

E

El MMSE de Folstein tiene una sensibilidad 90% y una especificidad 75 % para detectar deterioro cognoscitivo.

III
E:[Shekelle]
Haubois G, 2011

E

La prueba MMSE es un recurso adecuado para la evaluación temprana del deterioro cognitivo. Tiene una puntuación máxima de 30 puntos, que valora diferentes dominios: orientación, registro o fijación, atención y cálculo, memoria reciente, lenguaje y construcción visual.

III
[E: Shekelle]
Haubois G, 2011

E

El resultado del MMSE deberá ser controlado por la escolaridad de los sujetos. Con una media para normalidad de 24 puntos o más para individuos con 5 a 8 años de escolaridad y de 22 puntos para los que tienen de 0 a 4 años de escolaridad. (Ver anexo 5.3, Cuadro 4).

III
E:[Shekelle]
Haubois G, 2011

E

En personas con más de 8 años de escolaridad el MMSE establece como deterioro cognoscitivo:

- Sin deterioro: 24 o más puntos.
- Leve; 19 a 23 puntos.
- Moderado: 14 a 18 puntos.
- Grave: < 14 puntos.

III
E:[Shekelle]
Haubois G, 2011

R

En el paciente geriátrico que se sospeche deterioro cognoscitivo, la prueba MMSE puede ser utilizada como prueba inicial.

B
SIGN, 2006

✓/R

Con una puntuación menor a 24 puntos en la prueba MMSE y una historia clínica compatible con una disminución del estado funcional y cognoscitivo previo, se recomienda valoración por el especialista correspondiente (Geriatra o Neurólogo).

Punto de Buena Práctica

R

Para que el MMSE tenga una adecuada confiabilidad es necesario que el paciente no esté cursando con delirium, alteraciones metabólicas o comorbilidad que pudiera alterar su estado de alerta o percepción sensorial.

C
E:[Shekelle]
Geldmacher DS, 2004

E

La *prueba del dibujo de reloj* es una herramienta bien establecida y validada debido a su rápida y fácil aplicación, se lleva 2 minutos aproximadamente, además tiene una buena aceptación en los pacientes de edad avanzada. (Ver **anexo 5.3, Cuadro 5**).

III
[E.Shekelle]
Shulman KI, 2000

E

El instrumento de escrutinio *Prueba del dibujo del Reloj*, evalúa la función ejecutiva, construcción visuo-espacial y habilidades cognitivas, ha sido validado en muestras comunitarias extensas para diferenciar pacientes con demencia de sanos, Los valores de la sensibilidad son del 80% y la especificidad 60%.

III
E:[Shekelle]
Ehreke L, 2011

E

La evaluación demuestra la funcionalidad del lóbulo frontal y temporo-parietal, se requieren diferentes habilidades cognitivas incluyendo la comprensión auditivo y visual, alteraciones visuoespaciales, abstracción y función ejecutiva.

III
[E.Shekelle]
Ehreke L, 2011

R

Como parte del abordaje de la demencia la presencia de comorbilidad con depresión debe ser siempre considerada.

B
SIGN, 2006

R

Las pruebas neuropsicológicas pueden ser utilizadas en el diagnóstico de demencia especialmente cuando no es clínicamente obvia.

B
SIGN, 2006

R

Las pruebas neuropsicológicas pueden repetirse entre 6 y 12 meses posteriores cuando el diagnóstico no esté claro, se quiera medir la progresión del déficit y en apoyo del diagnóstico diferencial.

B
SIGN, 2006

E

La prueba neuropsicológica sugerida es **Neuropsi**, ya que está validada en población mexicana, con índices de sensibilidad y especificidad en demencia leve y moderada de 82 y 86.0%. No obstante, es una prueba que debe ser aplicada por un psicólogo(a) o neuropsicólogo(a) previamente entrenado. (Ver **Anexo 5.3, Cuadro 6**).

III
E:[Shekelle]
Ostrosky, 1999

4.3.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p>La demencia es un diagnóstico que se efectúa por exclusión. La enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular son las causas más frecuentes con las que se debe efectuar el diagnóstico diferencial. Sin embargo, se debe pensar en otras causas, cuyo sustrato etiológico establece un tratamiento y pronósticos diferentes. (Ver anexo 5.3, Cuadro 7).</p> <p style="text-align: right;">III [E. Shekelle] <i>Webster G, 2002</i></p>
<p>E</p>	<p>La Enfermedad de Alzheimer es la causa de demencia más frecuente en el mundo (50 a 75 % de los casos) su curso es progresivo, con una supervivencia a 10 años. Clínicamente es de curso lento, con deterioro progresivo de la memoria reciente, se acompaña de conductas desinhibidas y socialmente inadecuadas, agitación psicomotora, agresividad, alteraciones del sueño, labilidad emocional y delirium. Para complementar esta información Ver anexo 5.3, Cuadro 8, sobre los criterios NINCDS-ADRDA para el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer.</p> <p style="text-align: right;">III [E. Shekelle] <i>Pérez V, 2006</i> <i>McKhann G, 1984</i></p>
<p>E</p>	<p>La demencia vascular es la segunda causa en el mundo, tiene factores de riesgo importantes y frecuentes tales como la edad, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el tabaquismo y la hipercolesterolemia. Todos son factores de riesgo para enfermedad vascular cerebral. La hipertensión y la diabetes están claramente relacionadas con la producción de microinfartos y lesiones lacunares que conducen al deterioro cognoscitivo y finalmente a la demencia. En el Anexo 5.3, Cuadro 9, se describen los criterios de la NINDS-AIREN para el diagnóstico de Demencia Vascular.</p> <p style="text-align: right;">III [E. Shekelle] <i>Chui HC, 2007</i></p>
<p>R</p>	<p>Para establecer el diagnóstico diferencial de demencia, se recomienda incluir en el protocolo de estudio, biometría hemática completa, química sanguínea que incluya función hepática y renal, electrolitos séricos, perfil tiroideo, niveles séricos de folatos, vitamina B12 y serología para sífilis.</p> <p style="text-align: right;">C [E. Shekelle] <i>Knopman D, 2001</i></p>



Se recomienda enviar al nivel correspondiente para realizar los estudios complementarios en caso de sospecha de alguna de las causas de demencia y no se cuenten con ellos en el primer nivel de atención.

Punto de Buena Práctica



La depresión, la deficiencia de vitamina B12 y el hipotiroidismo, son entidades que con frecuencia cursan con demencia potencialmente reversible. El alcohol, alteraciones metabólicas e intoxicaciones son causas frecuentes que cursan con Delirium y deterioro cognoscitivo, por lo tanto, todas son potencialmente reversibles, pero son factores que conducen a la demencia.

III
[E. Shekelle]
Knopman D, 2001



El hipotiroidismo en el adulto mayor es causa de deterioro cognoscitivo, cabe recordar, que suele ser subclínico o dar manifestaciones muy sutiles, por lo que ante la presencia de un paciente con datos de depresión, estreñimiento, piel seca o alteraciones en los lípidos se debe sospechar en esta patología.

Punto de Buena Práctica



Ante la sospecha clínica de hipotiroidismo deberá solicitar pruebas de función tiroidea.

C
[E: Shekelle]
NICE, 2007



La depresión frecuentemente puede confundirse con deterioro cognoscitivo, debido a que los síntomas como aislamiento, anhedonia y olvidos por distracción que suelen imitar a los síntomas de deterioro cognoscitivo.

III
[E. Shekelle]
Bhalla RK, 2011



En los pacientes que presentan síntomas depresivos, el médico deberá realizar una evaluación del estado cognoscitivo y del estado de ánimo con escalas para tal efecto (GDS, Geriatric Depression Scale). (Ver anexo 5.3, Cuadro 10).

C
[E. Shekelle]
Marchington KL, 2012



En presencia de un paciente con deterioro cognoscitivo, es importante diferenciar entre demencia, delirium y depresión, conocidas como las tres "D" ya que existe la posibilidad que se asocien entre sí. (Ver anexo 5.3, Cuadro 11).

C
[E. Shekelle]
Freund B, 2004

E

El delirium se caracteriza por un inicio súbito, con alteración del estado de conciencia, con déficit en la atención y concentración fuera de lo común, con alucinaciones e intervalos de lucidez. Casi siempre es originado por alteraciones metabólicas, desequilibrio hidroelectrolítico, infecciones, fármacos o hipoperfusión cerebral. Con frecuencia se presenta en pacientes con demencia.

III
[E. Shekelle]
Freund B, 2004

E

La depresión puede ser la causa subyacente o un contribuyente del deterioro cognoscitivo. De la misma manera, puede ser un acompañante de la demencia como un resultado directo del daño neurológico.

III
[E. Shekelle]
Freund B, 2004

E

La pseudodemencia depresiva es una entidad frecuente con la que se debe hacer diagnóstico diferencial con la demencia. No siempre es fácil identificar una de otra, sin embargo, la pseudodemencia depresiva tiene un inicio breve, en semanas, y los síntomas afectivos se identifican en forma temprana. Así mismo, en la pseudodemencia se presentan lagunas de memoria y en la demencia se ve gravemente afectada la memoria de hechos recientes. (Ver anexo 5.3, Cuadro 12).

III
[E. Shekelle]
Barjau JM, 2002

E

La demencia tiene un inicio más lento, en meses, y los síntomas depresivos no son tan aparentes. Con respecto a la terapéutica farmacológica, la pseudodemencia depresiva responde al tratamiento, en cambio, en la demencia no hay respuesta a los antidepresivos. (Ver anexo 5.3, Cuadro 12).

III
[E. Shekelle]
Barjau JM, 2002

R

Una práctica frecuente para diferenciar entre pseudodemencia depresiva y demencia, consiste en ofrecer una prueba terapéutica con antidepresivos durante un tiempo. La pseudodemencia depresiva suele responder al tratamiento en el corto plazo.

C
[E. Shekelle]
Calero MD, 2009

✓/R

El deterioro cognoscitivo como manifestación de la depresión, debe ser evaluado 4 a 6 semanas posteriores a la administración de tratamiento antidepresivo, tiempo en el que estos fármacos tienen su efecto.

Punto de Buena Práctica

E

Otras causas menos frecuentes de demencia son: disfunciones corticales y subcorticales, alteraciones vasculares, anomalías anatómicas, infecciones relacionadas a herpes simple, VIH y sífilis.

III
[E. Shekelle]
Geldmacher D, 2004

E

Los trastornos del sueño tales como el insomnio, apnea obstructiva del sueño, síndrome apnea-hipoapnea, movimientos periódicos de las extremidades durante el sueño y el síndrome de piernas inquietas, son causas de deterioro de la memoria, cambios de la atención y déficit de aprendizaje. En el adulto mayor, se manifiestan como disminución del estado de alerta, somnolencia diurna excesiva, lentitud, apatía, bradilalia, disminución de la actividad física y cambios en la atención, por lo cual suelen confundirse con demencia.

III
[E. Shekelle]
Crowley K, 2011

E

De manera recíproca, el deterioro cognoscitivo cursa frecuentemente con trastornos del sueño, tales como insomnio, hipersomnia, hiperactividad motora nocturna y alucinaciones los cuales deben de ser tratados con eficacia para mejorar la calidad de vida de los pacientes y cuidadores.

III
[E. Shekelle]
Echávarri C, 2011

R

Se observa alteraciones cognoscitivas hasta en un 42% en pacientes con polifarmacia. Por lo que se deberá tomar en cuenta a los fármacos como causa coadyuvante al realizar la evaluación para deterioro cognoscitivo.

B
[E. Shekelle]
Alic A, 2011

Algunos medicamentos de uso común afectan la función cognoscitiva en forma transitoria, sin embargo en pacientes con demencia pueden agravarlas, tales como:

E

- Anticolinérgicos
 - Antihistamínicos
 - Benzodiazepinas
 - Analgésicos opiáceos
 - Antiparkinsonianos
 - Anticonvulsivantes
- (Ver anexo 5.3, Cuadro 13).

III
[E. Shekelle]
Hutchison L, 2010

E

Los fármacos tales como butilioscina, oxibutinina, trihexifenidilo, antidepresivos tricíclicos, neurolepticos y otros con efecto anticolinérgicos menor, como los antihistamínicos: difenhidramina e hidroxizina, están fuertemente asociados a peores puntajes en el Examen mental mínimo de Folstein (MMSE).

III
[E. Shekelle]
Hutchison L, 2010

E

En el adulto mayor del 1.5 al 10% de los diagnósticos de demencias, tiene origen en los efectos adversos de medicamentos como las benzodiazepinas (diazepam, clonazepam), antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina), antihipertensivos (betabloqueadores).

III
[E. Shekelle]
Webster G, 2002

✓/R

Se debe de descartar que el paciente con sospecha con deterioro cognoscitivo presente un déficit sensorial ya que podría confundirse incorrectamente como una manifestación de deterioro cognoscitivo: la dificultad para leer puede confundirse como incapacidad para seguir instrucciones escritas; la sordera se confundiría como incapacidad para seguir órdenes.

Punto de Buena Práctica

✓/R

Los médicos de atención primaria deben descartar aquellas entidades que presentan deterioro cognoscitivo como los trastornos del sueño, fármacos y aquellas demencias potencialmente reversibles, antes de comunicar al paciente y familiares el diagnóstico, así como solicitar la interconsulta a la especialidad de Geriatria, Neurología o Psiquiatría.

Punto de Buena Práctica

4.4. SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y SU ASOCIACIÓN A DETERIORO COGNOSCITIVO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>El deterioro cognoscitivo en el adulto mayor es un síndrome geriátrico, múltiples causas lo pueden desencadenar y de igual forma éste, puede exacerbar o provocar más síndromes geriátricos, además existe una interrelación con otros síndromes geriátricos.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Inouye SK, 2007</i></p>
<p>R</p>	<p>El deterioro cognoscitivo en el adulto mayor debe abordarse como un síndrome geriátrico hasta determinar sus componentes y causas subyacentes o bien diagnosticar demencia, así como su afección en las áreas biológica, psíquica, social y funcional.</p>	<p>C [E. Shekelle] <i>Inouye SK, 2007</i></p>

4.4.1 DETERIORO COGNOSCITIVO Y SU RELACIÓN CON CAÍDAS Y FRACTURAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p>Las caídas y alteraciones de la marcha son 2 condiciones (síndromes geriátricos) muy frecuentes en el adulto mayor y cuando se asocian a deterioro cognoscitivo pueden ser una manifestación temprana o tardía de demencia u otras enfermedades neurodegenerativas, sobretodo si se presentan de forma repetitiva y/o progresiva.</p> <p style="text-align: right;">III [E. Shekelle] <i>Axer H, 2010</i></p>
<p>E</p>	<p>Los adultos mayores que presentan deterioro cognoscitivo o demencia tienen mayor riesgo de caídas y con éstas, de presentar fractura y/o lesiones serias que aquellos que no presenta deterioro cognoscitivo, [OR = 2.13 (IC 1.56-2.90)].</p> <p style="text-align: right;">Ia [E. Shekelle] <i>Muir SW, 2012</i></p>
<p>E</p>	<p>Los principales factores de riesgo para caídas en un adulto mayor que presentan deterioro cognoscitivo o demencia son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones motoras asociadas. • Déficit visual. • Deterioro cognoscitivo severo. • Abatimiento funcional. • Caídas previas. • Alteraciones de la conducta. • Uso de neurolépticos (antipsicóticos). • Baja densidad mineral ósea. • Sarcopenia y fragilidad. <p style="text-align: right;">Ia [E. Shekelle] <i>Härlein J, 2009</i></p>
<p>E</p>	<p>El 20% de los adultos mayores que presentan fractura de cadera, tienen algún grado deterioro cognoscitivo, además, a mayor edad o peor sea el deterioro cognoscitivo esta relación se incrementa.</p> <p style="text-align: right;">II [E. Shekelle] <i>Seitz DP, 2011</i></p>



Los adultos mayores con deterioro cognoscitivo y caídas deben ser sometidos a un programa de actividad física al menos 2 o tres veces por semana, para mejorar la fuerza, la flexibilidad y el balance por ejemplo: Caminata, Tai Chi y otros, en grupos de actividad social.

A
[E. Shekelle]
Potter R, 2011



A todos los adultos mayores con caídas y alteraciones de la marcha se les debe explorar su estado cognoscitivo en búsqueda de deterioro. En los que ya cuenten con el diagnóstico de demencia o de deterioro cognoscitivo se deben identificar y eliminar en lo posible los factores de riesgo para caídas. Por ejemplo:

- Se debe de enviar a valoración por oftalmología en caso de sospecha de privación sensorial.
- Se debe enviar a rehabilitación para mejorar y reeducar la marcha.
- Se debe de disminuir o eliminar los fármacos que causan hipotensión-mareo o que afectan el músculo o la cognición (benzodiazepinas)
- Se debe tratar la agitación asociada a la demencia.

Punto de Buena Práctica



Por otra parte el incremento de la actividad física mejora el desempeño físico y mental, la densidad mineral ósea y disminuye el riesgo de las caídas y las fracturas, por lo que el médico de primer contacto debe tener en cuenta el envío a grupos de apoyo de la unidad médica o fuera de ella.

Punto de Buena Práctica

4.4.2 DETERIORO COGNOSCITIVO Y SU RELACIÓN CON FRAGILIDAD

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>La presencia de deterioro cognoscitivo en el adulto mayor es un factor de riesgo para presentar fragilidad en un periodo de 10 años, con un riesgo anual del 9%.</p>	<p>IIb [E. Shekelle] <i>Raji MA, 2010</i></p>
<p>La fragilidad se asocia frecuentemente a deterioro cognoscitivo en sujetos de 85 y más años (53.3%, OR 3.77, IC 1.42-9.99) y esta asociación eleva la mortalidad a 5 años hasta en un 44.5%.</p>	<p>IIb [E. Shekelle] <i>Jacobs JM, 2011</i></p>

R

Los adultos mayores con demencia y fragilidad deben ser sometidos a un programa de actividad física al menos 2 o tres veces por semana para mejorar la fuerza, la flexibilidad y el balance por ejemplo: Caminata, Tai Chi y otros, en grupos de activación social.

A
[E. Shekelle]
Potter R, 2011

✓/R

En lo adultos mayores con coexistencia de fragilidad y deterioro cognoscitivo se debe implementar un plan integral para tratar de mejorar el pronóstico. Básicamente se debe aumentar la actividad física, la ingesta alimentaria y limitar la prescripción de fármacos que interfieran con la cognición, causen mareo o afecten el músculo. Debe ser valorado adicionalmente por el médico Geriatra para optimizar el manejo de la fragilidad y la demencia.

Punto de Buena Práctica

4.4.3 DETERIORO COGNOSCITIVO Y SU RELACIÓN CON DEPRESIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
E	Con el antecedente de depresión de inicio temprano (< 60 años) se incrementa el riesgo de demencia en el adulto mayor de 75 años en un 20%. Si la depresión es de inicio tardío (60 años y más) se incrementa el riesgo de demencia en un 10%. Pero si se tiene eventos depresivos en ambas etapas de la vida se incrementa el riesgo hasta en un 80%.	IIb [E. Shekelle] <i>Barnes DE, 2012</i>
E	La depresión de inicio tardío incrementa el riesgo 2 veces para enfermedad de Alzheimer y 3 veces para demencia vascular, en los siguientes 5 años.	IIb [E. Shekelle] <i>Barnes DE, 2012</i>
R	La Escala de Depresión Geriátrica (GDS) es un instrumento útil y fácil de aplicar por médico no especialista en salud mental para el diagnóstico de depresión en el adulto mayor con demencia y debe usarse para diagnosticar depresión en el primer nivel de atención. (Ver anexo 5.3, Cuadro 10).	B [E. Shekelle] <i>Lucas-Carrasco R, 2012</i>
E	El tratamiento antidepresivo mejora la cognición y la funcionalidad en sujetos con demencia y depresión, además de que generalmente es bien tolerado.	III [E. Shekelle] <i>Henry G, 2011</i>

R

El tratamiento antidepresivo debe individualizarse de acuerdo a las comorbilidades, interacciones farmacológicas y el estado general del paciente. Generalmente se requieren menores dosis que en sujetos jóvenes, ya que el adulto mayor con demencia es particularmente predispuesto a efectos adversos a los psicotrópicos.

C
[E. Shekelle]
Henry G, 2011

R

Los adultos mayores con demencia y depresión deben ser sometidos a un programa de actividad física y social, al menos 2 o tres veces por semana (ejemplos: Caminata, Tai Chi, taller de manualidades), ya que esto contribuirá a la mejoría de la sintomatología depresiva y la calidad de vida.

A
[E. Shekelle]
Potter R, 2011

✓/R

En todos los adultos mayores con y sin deterioro cognoscitivo o demencia debe buscarse intencionadamente depresión y de existir debe tratarse con antidepresivos y terapia de apoyo. Además deben identificarse los factores de riesgo y eliminarlos o mejorarlos en lo posible, también se debe identificar y mejorar la dinámica familiar, revisar la medicación (ajustarla o disminuirla). Si se considera necesario deberá enviarse a valoración por el especialista en psiquiatría y/o geriatría, sobretodo en los pacientes frágiles, con múltiples comorbilidades y/o con polifarmacia.

Punto de Buena Práctica

4.4.4 DETERIORO COGNOSCITIVO Y SU RELACIÓN CON ABATIMIENTO FUNCIONAL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>Las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD), no así las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), son una herramienta útil para el tamizaje de deterioro cognoscitivo y demencia (sensibilidad 90% y especificidad 79%).</p>	<p>Ia [E. Shekelle] <i>Castilla-Rilo J, 2007</i></p>
<p>E</p>	<p>La disminución en por lo menos 2 AIVD incrementa el riesgo de demencia en los próximos 10 años (OR 2.59, IC 1.24-5.38), siendo la dificultad en el manejo de las finanzas el mejor predictor de demencia a 10 años. A mayor deterioro funcional mayor riesgo de presentar deterioro cognoscitivo.</p>	<p>Iib [E. Shekelle] <i>Peres K, 2008</i></p>

R

En los adultos mayores se debe buscar intencionadamente abatimiento funcional en AIVD (medido con la escala funcional de Lawton y Brody, **ver Anexo 5.3, Cuadro 14**) y quienes tengan deterioro en al menos una AIVD deben ser explorados en búsqueda de deterioro cognoscitivo o demencia por lo menos cada año (Índice conversión 24.4% vs 16.7%, OR 2.20 IC 1.51-3-.13).

Ib
[E. Shekelle]
Sikkas SA, 2011

✓/R

En todos los adultos mayores con abatimiento funcional en AIVD deben revisarse los factores de riesgo para demencia y eliminar o mejorar los modificables, así como implementar medidas preventivas para la misma.

Punto de Buena Práctica

4.4.5 DETERIORO COGNOSCITIVO Y SU RELACIÓN CON DELIRIUM

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p> <p>Los adultos mayores que presentan al menos un cuadro de delirium tienen un elevado riesgo de demencia a 3-5 años (OR 12.52 [CI 1.86–84.21]).</p>	<p>Ia [E. Shekelle] <i>Witlox J, 2010</i></p>
<p>E</p> <p>El delirium en el adulto mayor con demencia difiere del delirium sin demencia en que en el primero hay mayor deterioro del estado de conciencia, alteración en prácticamente todos los dominios de la cognición y mayor severidad de los síntomas. No hay diferencias en las alteraciones del sueño, conducta psicomotora y las alucinaciones o ilusiones.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Boettger S, 2009</i></p>
<p>E</p> <p>El método de evaluación de la confusión (CAM) es un instrumento útil y fácil de usar para el diagnóstico de delirium en el adulto mayor con demencia.</p>	<p>Ia [E. Shekelle] <i>Wei LA, 2008</i></p>
<p>E</p> <p>La severidad del delirium en adultos mayores con delirium y demencia depende de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar casado. • Demencia severa previamente diagnosticada. • Dependencia funcional. • Alteraciones de la conducta. • Mayor consumo de medicamentos • Ambiente inadecuado. 	<p>III [E. Shekelle] <i>Voyer P, 2011</i></p>

E

La prevalencia del delirium en adultos mayores con demencia que viven en la comunidad es del 13%, pero puede variar de 22% a 85% según la población estudiada, incrementando considerablemente la utilización y los costos de la atención médica.

III
[E. Shekelle]
Fick DM, 2005

R

No hay evidencia de una estrategia clara para tratamiento del delirium en adultos mayores con demencia, sin embargo el manejo es similar al del delirium sin demencia, este debe ser multidisciplinario y enfocado a los factores de riesgo y desencadenantes, con medidas farmacológicas y no farmacológicas.

A
[E. Shekelle]
Britton A, 2007

R

Las actividades recreativas son una intervención complementaria potencialmente útil en el manejo del delirium con demencia en el adulto mayor (ejemplos: lectura, juegos de tableros, tocar instrumentos musicales y bailar).

C
[E. Shekelle]
Kolanowski AM, 2010

E

La resolución del delirium en adultos mayores con demencia es más lenta que el delirium sin demencia: 18.2% vs 53.9% a los 3 días y 50% vs 83% a los 7 días ($p < .01$).

IIB
[E. Shekelle]
Boettger S, 2011

4.4.6 DETERIORO COGNOSCITIVO Y SU RELACIÓN CON POLIFARMACIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>Existe una relación entre la Polifarmacia (más de 5 fármacos) y el riesgo de demencia en adultos mayores (44% aquellos con polifarmacia vs 32% sin polifarmacia).</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Lai SW, 2012</i></p>
<p>E</p>	<p>El riesgo de demencia se incrementa con el número de fármacos ingeridos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para 2 a 4 drogas un OR 1.28 (IC 1.18-1.38). • Para 5 a 9 drogas un OR 1.34 (IC 1.23-1.46) • Para 10 o más drogas un OR 1.56 (IC 1.38-1.76). 	<p>III [E. Shekelle] <i>Lai SW, 2012</i></p>

E

Las comorbilidades que se asocian más a la polifarmacia y el riesgo de demencia son:

- Enfermedad cerebrovascular un OR 3.19.
- Diabetes mellitus un OR 1.23.
- Enfermedad renal crónica un OR 1.21.
- Hipertensión arterial un OR 1.08.

III
[E. Shekelle]
Lai SW, 2012

E

Los adultos mayores con demencia tienen mayor predisposición a tomar más fármacos que los que no tienen demencia.

III
[E. Shekelle]
Lau DT, 2010

R

Las drogas con propiedades anticolinérgicas interfieren con la cognición de forma aguda (delirium) y crónica (deterioro cognitivo) en los adultos mayores y deben evitarse en los que tienen factores de riesgo para ambas condiciones. Una vez que se presenta el deterioro cognitivo o el delirium deben retirarse y reevaluar el estado cognoscitivo después de un tiempo razonable de acuerdo a la farmacología de la droga y el estado general del paciente.

C
[E. Shekelle]
Campbell N, 2009

4.4.7 DETERIORO COGNOSCITIVO Y SU RELACIÓN CON SÍNDROME DE PRIVACIÓN SENSORIAL

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p> <p>Existe un riesgo de demencia en el adulto mayor con el déficit auditivo a 12 años, varía de acuerdo a la severidad de la hipoacusia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipoacusia leve un OR 1.89 (IC 1.00-3.58). • Hipoacusia moderada un OR 3.00 (IC 1.43-6.30) • Hipoacusia severa un OR 4.94 (IC 1.09-22.40). 	<p>IIb [E. Shekelle] <i>Lin FR, 2011</i></p>
<p>E</p> <p>Existe un riesgo de demencia en el adulto mayor con déficit olfatorio a 5 años (OR 3.72, IC 2.31-5.99).</p>	<p>Ia [E. Shekelle] <i>Schubert CR, 2008</i></p>
<p>E</p> <p>El déficit visual no se ha asociado con riesgo de demencia, sin embargo es frecuente en la Enfermedad de Alzheimer, puede ser una manifestación temprana de la misma y no pocas veces coexiste con glaucoma.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Kirby E, 2010</i></p>

✓/R

Todos los adultos mayores deben ser evaluados de su estado sensorial y si presentan algún tipo de privación sensorial deben ser evaluados para detectar deterioro cognoscitivo y seguirlos en el tiempo. Por otra parte se debe mejorar en lo posible las causas reversibles de privación sensorial ya que esto puede retrasar el deterioro cognoscitivo.

Punto de Buena Práctica

4.4.8 DETERIORO COGNOSCITIVO Y SU RELACIÓN CON DESNUTRICIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E En mujeres mayores de 65 años, un índice de masa corporal (IMC) bajo o normal con adiposidad central (índice cintura cadera > 0.8) es un factor de riesgo para demencia. En cambio el sobrepeso y la obesidad son factores protectores.	Ib [E. Shekelle] <i>Kerwin DR, 2011</i>
E La desnutrición en los adultos mayores con deterioro cognitivo es muy prevalente comparado con los que no tienen demencia (47% en deterioro cognoscitivo leve y 62% en demencia vs 19% sin demencia) $p < 0.001$.	III [E. Shekelle] <i>Orsitto G, 2012</i>
E Los programas de intervención nutricional y los complementos nutricionales pueden prevenir la desnutrición en los adultos mayores con demencia, sin embargo no tienen ningún efecto en el deterioro funcional.	Ib [E. Shekelle] <i>Salva A, 2011</i>
R Se debe mantener la dentadura o usar prótesis dental en los adultos mayores con demencia, ya que asegura la ingesta calórica diaria por lo menos los primeros dos años.	Ib [E. Shekelle] <i>Sadamori S, 2012</i>

4.4.9 DETERIORO COGNOSCITIVO Y SU RELACIÓN CON OTROS SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E La incontinencia urinaria forma parte del deterioro en los adultos mayores con demencia, sin embargo es un factor de riesgo independiente para caídas (OR 4.9, IC 2.0-12.0).	III [E. Shekelle] <i>Lee CY, 2011</i>

E

La incontinencia urinaria tiene una prevalencia de 25.8% en adultos mayores con demencia y es un factor de riesgo para colapso del cuidador en 1.96 a 2.34 veces (p .006).

I Ib
[E. Shekelle]
Tamanini JT, 2011

R

Identificar y tratar el dolor en adultos mayores con demencia contribuye considerablemente al tratamiento de la agitación en la demencia (17%, p < .001) y reduce el uso innecesario de antipsicóticos.

Ib
[E. Shekelle]
Husebo BS, 2011

4.5 TRATAMIENTO

4.5.1 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>El tratamiento no farmacológico es eficaz para el manejo de los síntomas neuropsiquiátricos del adulto mayor con deterioro cognoscitivo.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Ayalon L, 2006</i></p>
<p>E</p>	<p>La habilidad de un individuo para interactuar con su medio ambiente o modificarlo, disminuye paralelamente al grado de su deterioro cognoscitivo.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Sadowsky CH, 2012</i> <i>Teri L, 2002</i></p>
<p>R</p>	<p>Las alteraciones conductuales en el paciente con deterioro cognoscitivo pueden ser secundarias a su incapacidad de adaptación a un nuevo ambiente (o cuando ha sido cambiado) y debe identificarse y corregirse antes de intentar un tratamiento farmacológico.</p>	<p>D [E. Shekelle] <i>Colombo M, 2007</i></p>
<p>E</p>	<p>La modificación del entorno domiciliario para adaptarlo al nivel de funcionalidad del adulto mayor con deterioro cognoscitivo estimula la independencia y mejora la adaptación.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Kar N, 2009</i></p>
<p>E</p>	<p>La educación en salud al cuidador ha demostrado mejorar los resultados en el tratamiento no farmacológico de síntomas neuropsiquiátricos.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Gitlin LN, 2010</i> <i>Teri L, 2003</i></p>

<p style="text-align: center; background-color: #90EE90; border: 1px solid #000; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;">R</p>	<p>El médico en primer nivel de atención debe identificar los síntomas neuropsiquiátricos asociados a deterioro cognoscitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitación • Agresividad. • Depresión. • Alucinaciones. • Vagabundeo. • Comportamiento sexual inapropiado • Otros. 	<p>C [E. Shekelle] <i>Ayalon L, 2006</i></p>
<p style="text-align: center; background-color: #90EE90; border: 1px solid #000; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;">R</p>	<p>La terapia de apoyo conductual al paciente con apoyo de su cuidador, puede ser utilizada para el manejo de los síntomas depresivos o conductuales característicos de la enfermedad.</p>	<p>B <i>SIGN, 2006</i></p>
<p style="text-align: center; background-color: #90EE90; border: 1px solid #000; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;">R</p>	<p>El tratamiento no farmacológico deberá recomendarse como una estrategia inicial en el manejo integral de los síntomas neuropsiquiátricos asociados a deterioro cognoscitivo. El tratamiento incluirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones de modificación arquitectónica del domicilio para eliminar o disminuir potenciales riesgos y simplificar las actividades básicas de la vida diaria. • Corrección de las deficiencias sensoriales visual y auditiva. • Educar al cuidador sobre la sintomatología de la enfermedad. • Vigilar la presencia de colapso, depresión, ansiedad o maltrato del cuidador (Cuidar al cuidador). 	<p>C [E. Shekelle] <i>Kar N, 2009</i> <i>Colombo M, 2007</i></p>
<p style="text-align: center; background-color: #6495ED; border: 1px solid #000; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;">E</p>	<p>La actividad física mejora la funcionalidad del adulto mayor con fragilidad, frecuentemente coexistente con demencia.</p>	<p>IV [E. Shekelle] <i>Casas-Herrero A, 2012</i></p>
<p style="text-align: center; background-color: #90EE90; border: 1px solid #000; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;">R</p>	<p>Para personas con demencia, un programa de ejercicio físico estructurado y de conversación, pueden ayudarle a mantener su movilidad e integración.</p>	<p>B <i>SIGN, 2006</i></p>
<p style="text-align: center; background-color: #6495ED; border: 1px solid #000; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;">E</p>	<p>El cuidador del adulto mayor con deterioro cognoscitivo u otras enfermedades incapacitantes, puede enfermarse o empeorar una enfermedad pre-existente, debido a las exigencias de su trabajo.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Palos GR, 2011</i> <i>Carlo K, 2010</i> <i>Camargos EF, 2012</i></p>



El cuidador puede desarrollar ansiedad y depresión derivados de la difícil tarea de cuidar de un adulto mayor con demencia.

IV
[E. Shekelle]
Schulz R, 2004
Dopp CM, 2011



Se recomienda que el cuidador realice otras actividades (recreativas, asistencia a grupos de apoyo) y solicite ayuda por un similar, como estrategia para aliviar la sobrecarga.

D
[E. Shekelle]
Schulz R, 2004



Los cuidadores y familiares responsables deben recibir un entrenamiento en intervenciones para funciones mentales superiores efectivas para las personas con demencia.

B
SIGN, 2006



Se debe investigar la percepción del cuidador sobre su propia salud física y mental para establecer si existe sobrecarga del cuidador, en su caso, envíe a grupos de atención social a la salud para apoyo del cuidador.

Punto de Buena Práctica



El abordaje del paciente con demencia y la elaboración del plan terapéutico debe ser interdisciplinario.

Punto de Buena Práctica



Instruya al cuidador a brindar información constante y simplificada al paciente con demencia para mantenerlo orientado. Recomiende que utilice fuentes de información habituales (periódicos, programas de radio y televisión, álbumes de fotos) y elementos caseros para promover la comunicación y estimular la memoria.

Punto de Buena Práctica



Explique al cuidador que debe incentivar al adulto mayor a realizar actividades básicas de la vida diaria, ajustadas a la capacidad del paciente en el momento. Las actividades físicas, recreativas y ocupacionales deben ser supervisadas según la gravedad del deterioro cognoscitivo.

Punto de Buena Práctica

4.5.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEMENCIA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R	Existe evidencia que sugiere utilidad de los inhibidores de colinesterasa en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer moderada, sin embargo su prescripción deberá hacerse por el geriatra, psiquiatra o neurólogo.	B [E: Shekelle] <i>NICE, 2007</i>
E	Los inhibidores de colinesterasa (donepezilo, galantamina y rivastigmina), mejoran la función cognoscitiva, actividades de la vida diaria y síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con demencia tipo Alzheimer debido a su mecanismo de acción, que aumenta la presencia de acetilcolina en la hendidura sináptica.	1a [E. Shekelle] <i>Birks J, 2006</i> <i>Loy C, 2009</i> <i>Birks J, 2009</i>
E	Los inhibidores de colinesterasa son eficaces, principalmente, en Enfermedad de Alzheimer (EA) leve a moderada. Su perfil de seguridad es similar.	1a [E. Shekelle] <i>Birks J, 2009</i>
E	El antagonista de receptor N-Metil D-Aspartato (NMDA), memantina, mejora la función cognoscitiva, actividades de la vida diaria y síntomas neuropsiquiátricos en demencia (EA y vascular) moderada a grave. El beneficio terapéutico es menor en demencia leve.	1a [E. Shekelle] <i>McShane R, 2006</i>
E	Los inhibidores de colinesterasa NO mejoran la función cognoscitiva ni los síntomas neuropsiquiátricos de la Demencia por Cuerpos de Lewy.	1a [E. Shekelle] <i>Wild R, 2003</i> <i>Rolinski M, 2012</i>
E	Los fármacos inhibidores de la colinesterasa NO previenen la progresión de deterioro cognoscitivo leve (DCL) a demencia.	1a [E. Shekelle] <i>Birks J, 2006</i> <i>Salloway S, 2004</i> <i>Feldman HH, 2007</i> <i>Raschetti R, 2007</i>
E	La rivastigmina mejora la función cognoscitiva y las actividades de la vida diaria en la Demencia asociada a Enfermedad de Parkinson.	1a [E. Shekelle] <i>Maidment, 2010</i> <i>Rolinski M, 2012</i>
✓/R	La evaluación minuciosa del historial de consumo de fármacos, con el fin de identificar polifarmacia injustificada, es fundamental antes de iniciar tratamiento dirigido a deterioro cognoscitivo.	Punto Buena Práctica

R

Los inhibidores de colinesterasa deben suspenderse en demencia grave.

C
[E. Shekelle]
Press D, 2012

E

La evidencia actual sugiere que el uso de estatinas no es útil para prevención o tratamiento de demencia tipo Alzheimer o vascular.

1a
[E. Shekelle]
McGuinness B, 2009
McGuinness B, 2010

E

El uso de galantamina podría aumentar la mortalidad por causas vasculares (eventos cerebro-vasculares, infarto de miocardio), por lo que se debe utilizar con precaución ante la presencia o antecedentes de estos padecimientos.

IV
[E. Shekelle]
Mayor S, 2005

R

El control óptimo de la presión arterial en personas hipertensas es especialmente recomendable, debido a los beneficios observados en la reducción de la mortalidad, de eventos cardiovasculares y de demencia vascular.

B
[E. Shekelle]
Forette F, 2002

E

En estudios clínicos controlados, el tratamiento para **prevención secundaria** (posterior a un EVC) con estatinas, demostró una disminución en la incidencia de nuevos eventos vasculares cerebrales, pero no influyó en el curso del deterioro cognoscitivo o demencia.

1b
[E. Shekelle]
Collins R, 2004

R

La **prevención secundaria** de eventos cerebro-vasculares recurrentes en pacientes con deterioro cognoscitivo de origen vascular debe ser realizada con fármacos antihipertensivos, estatinas y antiagregantes plaquetarios.

B
[E. Shekelle]
Roman GC, 2002

E

Mientras que la eficacia de la aspirina en la prevención secundaria del evento vascular cerebral está establecida, no hay estudios que evalúen su eficacia o de otros antiagregantes plaquetarios en la prevención o tratamiento de **demencia vascular**.

1b
[E. Shekelle]
Williams PS, 2008

E

Los inhibidores de la colinesterasa (rivastigmina, donepezilo y galantamina) y memantina producen pequeños beneficios en la cognición con un significado clínico incierto en pacientes con demencia vascular leve a moderada. Los datos son insuficientes para apoyar el uso generalizado de estos fármacos en la demencia vascular, además de no identificarse una relación costo efectividad favorable.

1a
[E. Shekelle]
Kavirajan F. 2007
Qaseem A, 2008

✓/R

Para la elección tratamiento farmacológico de demencia debe considerar el nivel de conocimiento del cuidador primario respecto a la enfermedad

Punto de Buena Práctica

✓/R

Se debe investigar exhaustivamente la presencia de síndromes geriátricos coexistentes en el adulto mayor con deterioro cognoscitivo, que puedan confundirse con éste o empeorar su presentación clínica, como los comentados en el subtema de diagnóstico diferencial.

La evidencia disponible actualmente a través de revisiones sistemáticas no apoya el uso terapéutico para deterioro cognoscitivo de las siguientes terapias:

- Piracetam,
- Vitamina B1.
- Vitamina B6.
- Vitamina B12.
- Ácido fólico.
- Ginkgo biloba.
- Homeopatía.
- Ácidos grasos
- Omega-3.

E

No se recomienda la prescripción de suplementos con ginkgo biloba, vitaminas B1-B6-B12, ácido fólico o ácidos grasos omega-3 con la intención de prevenir o mejorar deterioro cognoscitivo; tampoco se recomienda usar piracetam u homeopatía con la finalidad de mejorar el estado cognoscitivo.

R

E

No existe evidencia de la eficacia de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), la hidroxiclороquina, prednisona, estrógenos y fisostigmina, en el tratamiento de la demencia.

R

Fármacos como nicergolina, ginkgo biloba, pentoxifilina, piracetam y citicolina no son recomendadas para el tratamiento de la **demencia vascular** por no encontrar un beneficio con su uso.

Punto de Buena Práctica

1a

[E. Shekelle]

Flicker L, 2010
Rodriguez-Martin JL, 2001
Malouf R, 2003(a)
Malouf R, 2003(b)
Malouf R, 2003(c)
Birks J, 2009
McCarney R, 2009
Lim WS, 2009

A

[E. Shekelle]

Flicker L, 2010
Rodriguez-Martin JL, 2001
Malouf R, 2003(a)
Malouf R, 2003(b)
Malouf R, 2003(c)
Birks J, 2009
McCarney R, 2009
Lim WS, 2009

2+

SIGN, 2006

A

[E. Shekelle]

Fioravanti M, 2005
Frampton M, 2003
Birks J, 2009
Flicker L, 2001

4.5.3 TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS ASOCIADOS EN DETERIORO COGNOSCITIVO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>E</p>	<p>El reconocimiento de la <i>depresión</i> como parte de los trastornos frecuentes asociados a la demencia son importantes ya que se ha asociado a un alto grado de dependencia, daño en la calidad de vida y alta mortalidad. El riesgo de suicidio al principio de la enfermedad, sobre todo en hombres, esta incrementado.</p>	<p>Ib [E: Shekelle] Practice Guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer’s Disease and Other Dementia, 2007</p>
<p>R</p>	<p>Los antidepresivos pueden ser utilizados en el tratamiento de la comorbilidad con depresión evaluando cuidadosamente a cada paciente. Se sugiere utilizar principalmente inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) ya que los antidepresivos tricíclicos pueden empeorar el déficit cognoscitivo por sus efectos anticolinérgicos secundarios.</p>	<p>D SIGN, 2006</p>
<p>E</p>	<p>La agitación es un termino que se refiere a un amplio rango de cambios en la conducta que van desde agresión física, hiperactividad psicomotora y desinhibición que se presentan sobre todo en los estados moderados o avanzados de la demencia y que pueden estar causados por otra condición médica como infecciones, alteraciones hidroelectrolíticas, dolor, constipación, efectos adversos de fármacos, hambre, privación del sueño, cambios en las condiciones de vivienda, cambio de cuidadores, aislamiento, depresión, entre otros.</p>	<p>Ib [E: Shekelle] Practice Guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer’s Disease and Other Dementia, 2007</p>
<p>E</p>	<p>Los antipsicóticos buscan mejorar los síntomas conductuales que se presentan en la demencia: psicosis, agresión, agitación, trastornos del sueño, los cuales se presentan hasta en un 30 a 50%. Se considera que se presentan como una disfunción de los circuitos frontales además del incremento de sustancias como la noradrenalina subcortical y disminución de la serotonina.</p>	<p>Ia [E: Shekelle] Practice Guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer’s Disease and Other Dementia, 2007</p>
<p>R</p>	<p>La prioridad en la evaluación médica es resolver la situación subyacente antes de iniciar tratamiento antipsicótico.</p>	<p>I Practice Guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer’s Disease and Other Dementia, 2007</p>

R	Si es necesario, los antipsicóticos convencionales (haloperidol) pueden ser utilizados con precaución, previa valoración por el especialista en psiquiatría y vigilando estrictamente sus efectos colaterales.	<p>A SIGN, 2006</p>
R	Los anticonvulsivos se pueden utilizar como una alternativa a los neurolépticos para el tratamiento de las conductas disruptivas especialmente la agresividad en los síndromes demenciales.	<p>III [E: Shekelle] Practice Guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer’s Disease and Other Dementia, 2007</p>
E	La evidencia sugiere que el uso de dosis bajas de carbamazepina tiene beneficios moderados en el tratamiento de la agitación de pacientes con demencia y no se recomienda en forma rutinaria por los efectos adversos. El valproato de magnesio se usa para manejar los trastornos conductuales de la demencia.	<p>III [E: Shekelle] Practice Guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer’s Disease and Other Dementia, 2007</p>
R	No hay estudios controlados para los nuevos anticonvulsivos como la lamotrigina, gabapentina o topiramato que sugieran suficiente evidencia para recomendarlos.	<p>III Practice Guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer’s Disease and Other Dementia, 2007</p>
R	Las benzodiazepinas no son recomendadas para el manejo de los síntomas conductuales de la demencia, ya que están asociadas a mayor riesgo de caídas, somnolencia diurna y mayor deterioro cognitivo.	<p>II Practice Guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer’s Disease and Other Dementia, 2007</p>

4.6. PRONÓSTICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	En general, la supervivencia de un paciente después de haberse elaborado el diagnóstico es de 3 a 5 años, el cual se modifica si existe la presencia de enfermedades crónicas degenerativas.	<p>Iib [E. Shekelle] Andersen K, 2010</p>

E

El riesgo de muerte se incrementa en la medida que la demencia se agrava. En un estudio de cohorte comparó sujetos con demencia y sin ella y en un seguimiento a 5 años se observó que la demencia leve – moderada incrementa dos veces el riesgo de muerte, en contraste, la demencia severa incrementa hasta 10 veces el riesgo de muerte.

IIb
[E. Shekelle]
Andersen K, 2010

E

En un estudio de cohorte con seguimiento de 13 años, se encontró un incremento del riesgo de muerte sobre todo en la demencia moderada y severa, por lo que, la identificación temprana en atención primaria se considera una alta prioridad con el control de los factores de riesgo.

IIb
[E. Shekelle]
Sachs G, 2011

E

La disminución de 4 puntos en el seguimiento del deterioro cognoscitivo a través del examen mental mínimo de Folstein (MMSE) es altamente predictivo de mortalidad en la población de hispano-americanos.

IIb
[E. Shekelle]
Nguyen H, 2007

E

La demencia es la enfermedad crónica que mayor dependencia produce, es por ello que la identificación temprana es esencial para aminorar y retardar la dependencia. Por lo anterior, es necesario hacer una mayor difusión pública y una mejor formación de los profesionales de la salud.

III
[E. Shekelle]
Duaso E, 2009

E

Los médicos de atención primaria y de urgencias no buscan intencionadamente delirium y demencia en la práctica médica habitual, lo que predispone a los pacientes con estas condiciones a no tener buenos resultados durante el ingreso hospitalario.

III
[E. Shekelle]
Thompson K, 2008

E

Es importante establecer identificar deterioro cognoscitivo tanto en atención primaria como al egreso hospitalario, de lo contrario no será posible planificar un manejo adecuado de los factores de riesgo y la progresión de la demencia.

III
[E. Shekelle]
Thompson K, 2008

4.7 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
✓/R	Debe garantizarse al paciente la confidencialidad del diagnóstico de demencia, y se recomienda que el médico responsable, registre en el expediente clínico los datos de localización de los familiares y del cuidador responsable.	Punto de buena práctica
✓/R	En casos de pacientes con demencia en estadios avanzados la determinación del familiar o tutor legalmente responsable, atenderá lo dispuesto en la legislación vigente.	Punto de buena práctica
✓/R	El equipo de salud deberá de promover la búsqueda intencionada y la creación de redes de apoyo dentro de la comunidad del paciente con demencia. Se deberá garantizar el cumplimiento de citas y tratamientos prescritos.	Punto de buena práctica
✓/R	Si el estado de las funciones mentales superiores del paciente lo permiten, deberá informársele sobre la conveniencia de establecer oportunamente sus disposiciones sobre sus condiciones de vida y sus bienes.	Punto de buena práctica
✓/R	Se deberá realizar al menos una vez al año una evaluación del estado cognoscitivo de los pacientes mayores de 60 años aparentemente sin deterioro cognoscitivo en primer nivel de atención para la detección oportuna.	Punto de buena práctica
✓/R	En caso de que se cuente con el diagnóstico de deterioro cognoscitivo o demencia se deberá llevar seguimiento al menos cada 6 meses con pruebas objetivas como el MMSE o la prueba del dibujo del reloj. (Ver anexo 5.3, cuadros 3, 4 y 5).	Punto de buena práctica

4.8 CRITERIOS DE REFERENCIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Con el MMSE se considera, que una puntuación mayor a 24 es normal o sin deterioro cognoscitivo, de 18 a 23 deterioro leve y de 0 a 17 deterioro moderado o severo. Es útil para sospechar, pero no para hacer diagnóstico definitivo de demencia. Cualquier hallazgo de deterioro cognoscitivo leve o moderado es indicativo de ampliar la evaluación diagnóstica en neurología y/o Geriatria.</p>	<p>Ib [E. Shekelle] <i>Nguyen H, 2007</i></p>
	<p>Criterios para la referencia del paciente geriátrico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edad ≥ 70 años 2. Comorbilidad (3 o más patologías, excepto insuficiencia renal crónica terminal e insuficiencia hepática child C). 3. Síndromes geriátricos: polifarmacia, incontinencia urinaria, deterioro funcional, privación sensorial, visual y auditiva, caídas, depresión, entre otros. 4. Deterioro cognoscitivo o delirium <p>Deberán reunir los criterios: 1+2+3 ó 1+2+4 ó 1+4.</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>
	<p>En las unidades de Primer Nivel de Atención que no cuenten con la infraestructura suficiente para el cumplimiento de las recomendaciones de la presente guía, deberán, en los términos de la regionalización de los servicios y los lineamientos delegacionales en la materia, referir al paciente para su atención a otra unidad de mayor capacidad resolutive.</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>
	<p>Ante la sospecha de alteración estructural como causa de la demencia, el paciente debe ser enviado al 2º nivel para su evaluación.</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica, en la base de datos de la biblioteca Cochrane y PubMed.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.
Publicados durante los últimos 10 años.
Documentos enfocados a etiología, diagnóstico y tratamiento.

Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al español e inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica, meta análisis y revisiones sistemáticas relacionados con los temas

I. Deterioro cognoscitivo o Demencia en PubMed

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 10 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica, meta análisis, ensayos controlados y estudios de revisión, se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término MeSh: cognitive impairment y Dementia Alzheimer. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): classification, complications, diagnosis, drug therapy, epidemiology, mortality, pathology, prevention and control, y therapy, se limitó a la población adulta. Esta etapa de la estrategia de búsqueda se realizaron dos búsquedas por lo que el resultado obtenido fue de 36 estudios para Deterioro cognoscitivo y 610 para demencia Alzheimer.

Protocolo de búsqueda de GPC.

Resultado Obtenido

1. "Mild Cognitive Impairment/classification"[Mesh] OR "Mild Cognitive Impairment/diagnosis"[Mesh] OR "Mild Cognitive Impairment/drug therapy"[Mesh] OR "Mild Cognitive Impairment/mortality"[Mesh] OR "Mild Cognitive Impairment/prevention and control"[Mesh] OR "Mild Cognitive Impairment/therapy"[Mesh]) Filters: published in the last 10 years; Humans; Practice Guideline; Systematic Reviews; Review
2. "Alzheimer Disease/complications"[Mesh] OR "Alzheimer Disease/diagnosis"[Mesh] OR "Alzheimer Disease/drug therapy"[Mesh] OR "Alzheimer Disease/epidemiology"[Mesh] OR "Alzheimer Disease/mortality"[Mesh] OR "Alzheimer Disease/prevention and control"[Mesh] OR "Alzheimer Disease/therapy"[Mesh]) Filters: published in the last 10 years; Humans; Practice

Guideline; Systematic Reviews AND (English[lang] OR Spanish[lang]) OR "aged"[MeSH Terms] AND ("2002/01/01"[PDAT] : "20121/05/01"[PDAT]))

Algoritmo de búsqueda 1

1. Mild Cognitive Impairment [Mesh]
2. Classification [Subheading]
3. Diagnosis [Subheading]
4. Drug therapy [Subheading]
5. Mortality [Subheading]
6. Prevention and control[Subheading]
7. Therapy[Subheading]
8. #2 OR #3 OR #4 OR # 5 OR # 6 OR # 7
9. #1 AND #8
10. 2002[PDAT]: 2012[PDAT]
11. # 9 AND # 10
12. Humans [MeSH]
13. # 11 AND # 12
14. English [lang]
15. Spanish [lang]
16. # 13 AND # 14 AND # 15
17. Meta-Analysis[ptyp]
18. Practice Guideline [ptyp]
19. Randomized Controlled Trial [ptyp]
20. Review[ptyp]
21. # 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20
22. # 16 AND # 21
23. # 1 AND (#2 OR #3 OR #4 OR # 5 OR # 6 OR # 7) AND # 10 AND # 12 AND (# 14 OR # 15) AND (# 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20)

Algoritmo de búsqueda 2

1. Alzheimer Disease [Mesh]
2. Complications [Subheading]
3. Diagnosis [Subheading]
4. Drug therapy [Subheading]
5. Epidemiology [Subheading]
6. Mortality [Subheading]
7. Prevention and control[Subheading]
8. Therapy[Subheading]
9. #2 OR #3 OR #4 OR # 5 OR # 6 OR # 7 OR # 8
10. #1 AND #9
11. 2002[PDAT]: 2012[PDAT]
12. # 10 AND # 11
13. Humans [MeSH]
14. # 12 AND # 13
15. English [lang]
16. Spanish [lang]
17. # 14 AND # 15 AND # 16
18. Practice Guideline [ptyp]

19. Systematic Reviews [ptyp]
20. # 18 OR # 19
21. # 17 AND # 20
22. # 1 AND (#2 OR #3 OR #4 OR # 5 OR # 6 OR # 7 OR # 8) AND # 11 AND # 13 AND (# 15 OR # 16) AND (# 18 OR # 19)

Segunda etapa

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre diagnóstico y tratamiento de la demencia en el adulto mayor en el primer nivel de atención en las siguientes bases de datos: Guidelines International Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre diagnóstico y tratamiento de la demencia en el adulto mayor en el primer nivel de atención.

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevó a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: "dementia" AND "cognitive impairment" AND "Diagnosis" AND "Treatment". La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleó el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo ✓ y recibieron la consideración de Punto de buena práctica u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

Tercera etapa

Se realizó una búsqueda de artículos originales o revisiones clínicas para puntos específicos en: Base de datos tales como MD consult, OVID, F1sterra. (Ver bibliografía)

5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, "la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales" (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

CUADRO I. LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

CUADRO II. NIVEL DE EVIDENCIA DEMENTIA A NICE-SCIE GUIDELINE ON SUPPORTING PEOPLE WITH DEMENTIA AND THEIR CARERS IN HEALTH AND SOCIAL CARE, 2007

Nivel	Tipo de Evidencia
1++	Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos con un riesgo bajo de sesgo
1+	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos bien hechos, o ensayos clínicos con riesgo bajo de sesgos
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con riesgo alto de sesgo
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohorte y casos-control
2+	Estudios de corte y casos y controles con bajo riesgo de confusión o sesgo y una probabilidad moderada de que la relación sea causal
2-	Estudios casos-contrroles, o estudios de cohorte con alto riesgo de confusión o sesgo y un riesgo significativo de que la relación sea no causal
3	Estudios no analíticos, reportes de casos y series de casos
4	Expertos de opinión

Modificado de: Dementia A NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care, 2007.

CUADRO III. NIVEL DE EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES. SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN).

Niveles de evidencia científica	
1++	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos-control o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o casos-control o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2 -	Estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la Guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la Guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la Guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.
?	Consenso del equipo redactor.
Buena práctica clínica	
✓	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor

Modificado de: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with dementia 2006

CUADRO IV. GRADO DE RECOMENDACIÓN PRACTICE GUIDELINE FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE AND OTHER DEMENTIA (APA) 2007

Grado de recomendación	Interpretación de la evidencia
I	Recomendado con alta confianza clínica
II	Recomendado con moderada confianza clínica
III	Puede ser recomendada en base de las circunstancias individuales

Modificado de: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer's Disease and Other Dementia (APA) 2007.

5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

CUADRO I. FACTORES DE RIESGO ENFERMEDAD ALZHEIMER

Tóxicos	Metabólicos	Nutricionales	Cognoscitivos
-Medicamentos -Vacunas -Alcohol -Drogas ilícitas -Metales pesados -Pesticidas -Herbicidas -Metales pesados	-Insulina -Lípidos -Síndrome metabólico -Hormonas sexuales -Hormonas tiroideas	<u>Protectores</u> -Dieta del mediterráneo -Vitamina E, C, B6, B12. -Folatos -Omega 3 -Café <u>Dañinos</u> -Homocisteinemia	-Educación -Desarrollo cognitivo. -Estimulación social -Trauma de cráneo -Enfermedad de Parkinson -Esclerosis lateral amiotrófica -Epilepsia
Psicológicos	Vasculares	Inflamatorios	Genéticos
-Estrés -Depresión -Esquizofrenia -Personalidad	-Hipoxia -Isquemia cerebral	-Cistatina C -Anti-inflamatorios no esteroideos	-Trastornos psiquiátricos familiares. -Síndrome de Down. -Proteína precursora amiloide. - Prosenilina 1 y 2 - Apolipoproteina E - GSTM 3

Adaptado de: Bilbul M, Schipper H. Risk Profiles of Alzheimer Disease. Can J Neurol Sci. 2011;38:580-592

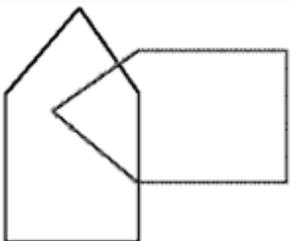
CUADRO 2. ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE REISBERG. (*Functional Assesment Standing FAST*)

Estado de la enfermedad	Características clínicas.
1. Adulto Normal	<p><u>Sin deterioro cognoscitivo</u></p> <p>Sin queja subjetiva de memoria. Sin déficit clínico de memoria</p>
2. Adulto mayor normal	<p><u>Deterioro cognoscitivo leve.</u></p> <p>Ejemplo. Olvidos en donde dejo sus objetos personales u olvido de nombres aprendidos recientemente No hay evidencia de déficit de memoria en la entrevista clínica. No déficits en el funcionamiento social u ocupacional. Preocupación con respecto a sus síntomas.</p>
3. Enfermedad de Alzheimer inicial.	<p><u>Confusión inicial.</u></p> <p>a.- Paciente puede perderse cuando viaja en lugares ajenos a su localidad. b.- Disminución del desempeño laboral detectado por sus compañeros. c.- Disminución para recordar nombres o palabras que le son familiares d.- El paciente puede leer un capítulo de un libro y retener poca información. e.- El paciente presenta dificultad para recordar nombres de las personas que le han sido presentadas recientemente f.- El paciente tiene antecedentes de pérdidas o haber colocado en lugares incorrectos sus objetos de valor. g.- El déficit de concentración es evidente durante de entrevista clínica.</p> <p>El déficit de memoria, solo puede ser observado durante una entrevista clínica minuciosa. Negar las manifestaciones de pérdida de la memoria puede ser una manifestación de la enfermedad. Pueden existir síntomas de ansiedad leve o moderada.</p>
4. Enfermedad de Alzheimer leve	<p><u>Confusión tardía</u></p> <p>Requiere de ayuda en actividades complejas, como manejo del dinero o planear una fiesta.</p> <p>Hay un déficit claro de pérdida de memoria en la entrevista clínica,</p> <p>a.- Dificultad para recordar para eventos recientes. b.- Puede existir un déficit de memoria de la historia personal del paciente. c.- Déficit evidente de concentración cuando las personas realizan operaciones aritméticas sencillas como la sustracción de números. d.- Disminución de la capacidad para viajar y del manejo de dinero.</p> <p>Frecuentemente no hay déficit en las siguientes áreas.</p> <p>A.- Orientación en cuanto a tiempo y persona. B.- Reconocimiento de personas familiares y de sus rostros. C.- Capacidad para viajar a lugares familiares.</p> <p>Incapacidad para realizar tareas complejas. La negación de este déficit es el mecanismo de defensa predominante. También se observa aplanamiento del afecto y evasión de situaciones que implican altas demandas cognitivas.</p>

<p>5. Enfermedad de Alzheimer moderada</p>	<p><u>Demencia temprana.</u></p> <p>El paciente no puede sobrevivir largos periodos de tiempo sin asistencia. El paciente no puede durante la entrevista recordar aspectos relevantes de su vida actual, como cuál es su dirección o su número telefónico a pesar de que estos los conozca desde hace años. No puede recordar el nombre de los miembros de la familia con los que convive esporádicamente como el de los nietos o el nombre de la última escuela a la cual acudió. Frecuentemente hay desorientación en tiempo y lugar. Una persona con cierto grado de educación tienen dificultad para restar de 4 en 4 a partir de 40, o restar de 2 en 2 a partir de 20. Personas en este estado, pueden evocar aspectos relevantes de su vida y de otros, es decir, pueden tener la habilidad de recordar e identificar a la esposa e hijos. No requieren de asistencia para el uso del baño o para comer, pero pueden tener dificultades para elegir adecuadamente la ropa para cada ocasión.</p>
<p>6. Enfermedad de Alzheimer moderada grave</p>	<p><u>Demencia moderada.</u></p> <p>Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa o de las personas de las cuales depende su supervivencia. Puede no tener consciencia de todos los eventos recientes en su vida. Retienen alguna información de su vida pasada, pero esta es muy superficial. Generalmente no se da cuenta del entorno que lo rodea: por ejemplo el año, la estación, etc. Muchos pueden tener dificultad para contar de 10 hacia atrás y viceversa. Requieren asistencia para actividades de la vida diaria, por ejemplo, pueden volverse incontinentes cuando viajan o incluso cuando se desplazan a lugares ya conocidos o familiares. Alteraciones matutinas frecuentes como agitación psicomotriz. Pueden tener problemas para recordar su nombre y tiene frecuentemente problemas para distinguir un familiar de un no familiar en su ambiente habitual.</p> <p>Cambios en la personalidad y estado de ánimo ocurren estos pueden ser variables e incluyen:</p> <p>a.- Conducta delusional. Por ejemplo el paciente puede decir que su esposa es un impostor, puede hablarles a figuras imaginarias en el ambiente o a su imagen en el espejo. b.- Síntomas obsesivos. Por ejemplo, las personas tienen conductas repetitivas de limpieza. c.- Ansiedad agitada: conducta violenta. d.- Abulia cognoscitiva: pérdida de la fuerza de la voluntad debido a que el individuo no puede determinar en el transcurso del tiempo el propósito de la acción que quiere realizar.</p>
<p>7. Enfermedad de Alzheimer grave</p>	<p><u>Demencia terminal.</u></p> <p>La habilidad del lenguaje disminuye, de tal forma que el paciente no es capaz de pronunciar más de 6 palabras en forma clara. Hay pérdida progresiva de las capacidades para deambular, parase de una silla, sonreír y mantener la cabeza en alto. Frecuentemente no establece una conversación adecuada, solo logra emitir sonidos guturales, Hay incontinencia urinaria. Requiere asistencia para alimentarse e ir al baño. Hay pérdida de las habilidades psicomotoras básicas, como es deambular, sentarse y tener control de la cabeza. El cerebro ha perdido la capacidad de controlar las acciones que debe de realizar el cuerpo. Signos y síntomas neurológicos corticales son frecuentes.</p>

Modificado de: Reisberg B. Functional assessment staging (FAST). Psychopharmacol Bull. 1988; 24(4):653-9.

Cuadro 3. EXAMEN MINI MENTAL DE FOLSTEIN.

(NO SABE LEER NI ESCRIBIR _____ AÑOS DE ESCOLARIZACIÓN: _____)	PUNTOS
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO.	
¿QUÉ DIA DE LA SEMANA ES HOY? ¿CUÁL ES EL AÑO? ¿CUAL ES EL MES? ¿CUAL ES EL DÍA? ¿CUAL ES LA ESTACIÓN DEL AÑO? (MÁXIMO 5 PUNTOS)	0 - 5
"DÍGAME EL NOMBRE DEL HOSPITAL, ¿EN QUE PISO ESTAMOS? ¿EN QUE CIUDAD ESTAMOS? ¿EN QUE ESTADO VIVIMOS? ¿EN QUE PAÍS ESTAMOS? (MÁXIMO 5 PUNTOS.)	0 - 5
FIJACIÓN	
"REPITA ESTAS PALABRAS: CABALLO, PESO, MANZANA". (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA PALABRA SEA CORRECTA. (MÁXIMO 3 PUNTOS.)	0 - 3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
"SI TIENE 100 PESOS Y ME LOS DA DE SIETE EN SIETE, ¿CUÁNTOS LE QUEDAN?" (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA DIFERENCIA SEA CORRECTA AUNQUE LA ANTERIOR FUERA INCORRECTA. (MÁXIMO 5 PUNTOS.)	0 - 5
MEMORIA.	
"¿RECUERDA USTED LAS TRES PALABRAS QUE LE DIJE ANTES? DÍGALAS" (MÁXIMO 3 PUNTOS).	0 - 3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN.	
"¿QUÉ ES ESTO?" (MOSTRAR UN RELOJ) "¿Y ESTO?" (MOSTRAR UN BOLÍGRAFO). (MÁXIMO 2 PUNTOS.)	0 - 2
"REPITA LA SIGUIENTE FRASE: NI SI, NI NO, NI PERO". (1 PUNTO).	0 - 1
"TOME EL PAPEL CON LA MANO IZQUIERDA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO EN EL SUELO" (ANOTE UN PUNTO POR CADA ORDEN BIEN EJECUTADA). (MÁXIMO 3 PUNTOS).	0 - 3
"LEA ESTO Y HAGA LO QUE DICE:" "CIERRE LOS OJOS" (1 PUNTO).	0 - 1
"ESCRIBA UNA FRASE COMO SI ESTUVIERA CONTANDO ALGO EN UNA CARTA" (1 PUNTO).	0 - 1
"COPIE ESTE DIBUJO" (1 PUNTO).	0 - 1
 <p>(CADA PENTÁGONO DEBE TENER 5 LADOS Y 5 VÉRTICES Y LA INTERSECCIÓN FORMA UN DIAMANTE)</p> <p>NOTA: TANTO LA FRASE COMO LOS PENTÁGONOS CONVIENE TENERLOS EN TAMAÑO SUFICIENTE PARA PODER SER LEÍDOS CON FACILIDAD. EL PACIENTE DEBERÁ UTILIZAR ANTEOJOS SI LOS NECESITA HABITUALMENTE.</p>	
TOTAL _____	
PUNTO DE CORTE: 24-30 PUNTOS NORMAL.	
GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO: 19-23 = LEVE; 14 - 18 = MODERADO; Menor a14 = GRAVE.	

Modificado de: Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J psychiatric Res. 1975;19:189-98.

Continuación: INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL MINIMENTAL**PREGUNTA ¿Qué fecha es hoy?**

La pregunta se hace como tal como está, sin embargo, la respuesta se califica en base a los componentes de la fecha, es decir, de acuerdo al día, mes y año. Aquí se califica dándole el valor de 1 al día, al mes y al año cuando estos corresponden a la fecha en la cual se está entrevistando al paciente. Se permite una diferencia de 1 día cuando hay cambio de mes o de año, se permite la diferencia de un mes cuando hay cambio de mes, pero solo cuando la entrevista se hace durante el primer día del mes siguiente y se permite una diferencia de 1 año en los primeros 7 días de ocurrido el cambio de año.

PREGUNTA ¿Qué día de la semana es?

Para esto se utilizan como referencia los días de la semana, es decir: lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado y domingo. Aquí se califica dándole el valor de 1 cuando el día de dice el paciente coincide con el día de la semana en el cual se está evaluando al paciente.

PREGUNTA ¿Qué hora es?

Es importante que al hacer esta pregunta el paciente no consulte su reloj y otros relojes que puedan estar en la habitación en la cual se esté llevando a cabo la entrevista. Se califica con 1 cuando existe una diferencia máxima de hasta de 1 hora con respecto a la hora en la que se está entrevistando al paciente.

PREGUNTA ¿En dónde estamos ahora?

Se califica con 1 cuando el individuo identifica correctamente el lugar en dónde se le está realizando la entrevista, por ejemplo estamos en mi casa, estamos en la clínica, estamos en el hospital, etc.

PREGUNTA ¿En qué piso o departamento estamos?

Se califica con 1 cuando el individuo identifica correctamente el nivel del edificio en dónde se está realizando la entrevista o bien identifica el número de casa o de departamento.

PREGUNTA ¿Qué colonia es esta?

Se califica con 1 cuando el individuo identifica correctamente la colonia en dónde se está realizando la entrevista; en ocasiones, los individuos son entrevistados fuera de su domicilio y se les puede pedir identificar el sector o área de la ciudad en dónde se está llevando a cabo la entrevista.

PREGUNTA ¿Qué ciudad es esta?

Se califica con 1 cuando el individuo identifica la ciudad en dónde se está llevando a cabo la entrevista.

PREGUNTA ¿Qué país es este?

Se califica con 1 cuando el individuo identifica el país en dónde se está llevando a cabo la entrevista.

PREGUNTA Le voy a decir 3 objetos, cuando yo los termine quiero que por favor Usted los repita:

Esta pregunta trata de valorar la capacidad que tienen las personas de retener las palabras mencionadas, por lo tanto, es muy importante que no existan otros estímulos que puedan distraer al paciente. Las palabras deberán pronunciarse en forma clara, a una velocidad de una palabra por segundo. Se califica el primer intento, sin embargo, se le deberán repetir hasta que el paciente logre pronunciar todas las palabras, con un máximo de tres repeticiones. Si después de tres intentos el paciente no logra repetir los tres objetos, deberá de continuarse con la prueba.

PREGUNTA Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100.

Esta pregunta pretende evaluar la capacidad de atención que tienen las personas así como su capacidad de cálculo, por lo tanto, es muy importante que no existan otros estímulos que puedan distraer al paciente. En aquellas personas con escolaridad menor de 3 años, las preguntas de la 14 a la 19 no deberán de aplicarse. La instrucción se dará solo un vez, ya que precisamente es la capacidad de atención la que se está evaluando. Si la persona contesta en forma incorrecta se calificará con 0, y se le dará la respuesta correcta para posteriormente pedirle que continúe, pero de ninguna manera se tendrá que repetir la instrucción. Por ejemplo, si el entrevistado se equivoca en la pregunta 14 y en vez de decir 93 dice 94 o 92 esta se calificará con 0, pero se deberá de corregirlo y decirle que el número correcto es 93, y que pedirle "por favor continúe", pero NUNCA decirle que debe continuar restando de 7 en 7. Si los dos números siguientes los dice bien, es decir dice 86 y 79, los incisos 15 y 16 se calificarán como correctos.

Si al cuarto número nuevamente se equivoca y dice 73 o 71 en vez de 72, la respuesta se calificará con 0, nuevamente se le corregirá diciendo que el número correcto es 72 y nuevamente se le pedirá "por favor continúe" sin decirle nuevamente que reste de 7 en 7. De esta forma se continuará sucesivamente.

PREGUNTA Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que se las voy a decir.

Al igual que las demás preguntas, la instrucción se puede dar solamente una vez. Se califica como incorrecta cuando el papel se toma con la mano izquierda, se dobla más de una sola vez o se dobla por otra parte que no sea la mitad, así como cuando la hoja se deja en alguna otra parte que no sea el piso. Para llevar a cabo esta acción, se recomienda tener papel de desecho de tamaño medio carta. En caso de que el paciente tenga alteraciones de la movilidad del miembro torácico derecho, se podrá dar la instrucción de hacerlo con la mano izquierda.

PREGUNTA Por favor haga lo que dice aquí. "cierre los ojos" Esta pregunta se omitirá para pacientes con menos de 3 años de educación

Es importante tener un cartelón tamaño carta que se les muestre a los individuos la frase, el fondo de este cartelón debe ser blanco y las letras colocadas en color negro. Este debe de colocarse a una distancia no mayor de 30 centímetros y es indispensable indicar al paciente que si usa lentes debe de colocárselos y la habitación en dónde se muestre dicho cartelón debe de estar bien iluminada. La respuesta esperada es que las personas cierren los ojos.

PREGUNTA Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje. Esta pregunta se omitirá para pacientes con menos de 3 años de educación Se recomienda proporcionar una hoja tamaño medio carta. La pregunta se considera positiva cuando la frase contiene verbo, sujeto y sustantivo; la presencia de estos tres elementos es indispensable para calificar como correcta a la pregunta.

PREGUNTA Dígame los tres objetos que le mencioné al principio.

Esta pregunta tiene por objeto, valorar la capacidad de evocación de información aprendida en corto tiempo. La instrucción se dará tal cual. No deben de utilizarse facilitadores, como "una de las palabras empieza con P" o "es un objeto en donde escribimos". Se considerarán como respuestas correctas única y exclusivamente las palabras que se mencionaron, independientemente del orden en que puedan ser respondidas; si en vez de responder papel, responde papeles, la respuesta es incorrecta si en vez de responder papel responde hoja la respuesta también se considera como incorrecta.

PREGUNTA Copie el dibujo tal cual está. Esta pregunta se omitirá para pacientes con menos de 3 años de educación Se recomienda tener a la mano, un cartelón de tamaño carta para mostrar la figura de dos pentágonos. Se recomienda que el fondo del cartelón sea blanco y las líneas que formen los pentágonos sean de color negro. Este debe de colocarse a una distancia no mayor de 30 centímetros y es indispensable indicar al paciente que si usa lentes debe de colocárselos y la habitación en dónde se muestre dicho cartelón debe de estar bien iluminada. La respuesta se considera como correcta cuando la figura está conformada por dos y que dos de sus ángulos sean interceptados.

PREGUNTA Muestre el reloj y muestre el lápiz y diga ¿Qué es esto?

Para poder realizar esta prueba, es necesario mostrar estos dos objetos, un reloj y un lápiz de madera con punta de grafito (no mostrar plumas, no mostrar lapiceros, plumones, colores, crayones u otros) por lo menos a una distancia de 30 centímetros. La pregunta 28 se considera correcta cuando se responde reloj y la 29 cuando se responde lápiz, esta última pregunta se considera contestada en forma incorrecta cuando la respuesta es lapicero, lapicera, pluma, bolígrafo, etc.

PREGUNTA Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Solo se la puedo decir una sola vez, así que ponga mucha atención.

La respuesta se considera correcta, solo cuando repite la frase completa y conservando el orden en el cual la frase fue dicha.

Modificado de: Folstein, M. y cols. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 1975;19:189-98.

Cuadro 5. PRUEBA DEL DIBUJO DEL RELOJ

(1) INSTRUCCIONES:	
Dibuje un reloj de manecillas, coloque todos los números que lleva y marque con agujas la hora "11:10"	
(2) PUNTUACIÓN:	
Dibujo del Reloj	Máximo = 2 puntos
2 = El círculo está bien dibujado o cercanamente a lo redondo 1 = El círculo está dibujado pero de manera irregular 0 = Figura irregular o no compatible con un círculo-semicírculo	
Presencia y secuencia de los números	Máximo = 4 puntos
4 = Todos los números están presentes. Puede aceptarse un error mínimo en la disposición espacial. 3 = Todos los números están presentes. Errores en la disposición espacial. 2 = Algunas de las siguientes: - Números faltantes o adicionales aunque sin distorsiones groseras de los números restantes. - Los números están ubicados en sentido anti-horario - Los números están presentes pero hay una seria alteración en la disposición general (ejemplo: heminegligencia) 1 = Números faltantes o adicionales y errores espaciales serios 0 = Ausencia o pobre representación de los números	
Presencia y ubicación de las agujas	Máximo = 4 puntos
4 = Las agujas están en la posición correcta y la diferencia en tamaño está respetada 3 = Errores discretos en la representación de las agujas o la diferencia de tamaño entre las agujas 2 = Errores mayores en la ubicación de las agujas (de manera significativa, incluyendo 10 a 11) 1 = Se dibuja solamente UNA aguja o el dibujo de ambas agujas es notoriamente pobre 0 = No se dibujan las agujas o se dibujan varias de manera perseverativa	
(3) INTERPRETACIÓN	
9 – 10 = NORMAL 8 = DÉFICIT LÍMITE 6 – 7 = DÉFICIT LEVE 4 – 5 = DÉFICIT MODERADO 0 – 3 = DÉFICIT SEVERO	
Modificado de: Ehreke L, Luck T, Luppá M, et al. Clock drawing test - screening utility for mild cognitive impairment according to different scoring systems. Int Psychogeriatr. 2011 Dec;23(10):1592-601.	

Cuadro 6. PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA “NEUROPSI” (Atención y Memoria)

Los ítems utilizados en esta prueba fueron adaptados de acuerdo a su frecuencia de ocurrencia y relevancia para la población hispanoparlante. La prueba permite obtener un puntaje global de las funciones de atención, ejecutivas y de memoria. (Ostrosky, 1999)

Los puntajes del total global de la prueba permite clasificar la ejecución del sujeto: normal (85 – 115), con alteraciones leves (70 – 84) o con alteraciones severas (69– o menos). En un nivel normal alto (116 – en adelante).

1. Orientación
1.1. Tiempo (día, mes, año y hora) Puntaje total = 4. 1.2. Lugar (ciudad y lugar específico) Puntaje total = 2. 1.3. Persona (¿Cuánto años tiene? o ¿Cuándo nació?). Puntaje total = 1.
2. Atención y concentración
2.1. Dígitos en progresión. Se pide al sujeto que repita en el mismo orden una serie de números. Puntaje total = 6 2.2. Cubos en progresión. Se pide al sujeto que señale en el mismo orden una serie de cubos. Puntaje total = 2.3. Detección visual. Se pide al sujeto que marque en una hoja todas las figuras iguales a la que se le presenta. Puntaje total = 24. 2.4. Detección de dígitos. Cada vez que se escuche un dos e inmediatamente después un cinco, dar un pequeño golpe en la mesa. Puntaje total = 10. 2.5. Series sucesivas. Contar de tres en tres empezando con el uno hasta llegar al cuarenta. Puntaje total = 3.
3. Memoria de trabajo
3.1. Dígitos en regresión. Se pide al sujeto que repita en orden inverso una serie de números. Puntaje total = 8 3.2. Cubos en regresión. Se pide al sujeto que señale en orden inverso una serie de cubos. Puntaje total = 9
4. Codificación
4.1. Curva de memoria. Se presenta una lista de doce palabras (animales, frutas y partes del cuerpo) en tres ensayos. Después de cada ensayo se le pide al sujeto que diga todas las palabras que pueda recordar. También se registran las intrusiones, perseveraciones y efectos de primacía y recencia. Puntaje total = 12. 4.2. Pares asociados. Se pide al sujeto que recuerde la segunda palabra de un par de palabras (con asociación fonológica, semántica o sin relación). Puntaje total = 12. 4.3. Memoria lógica. Recordar un párrafo. Puntaje total = 16. 4.4. Copia de figura semi-compleja o compleja. Se pide al sujeto que copie la figura que se presenta. Puntaje total figura semicompleja = 12. Puntaje total figura compleja = 36. 4.5. Caras. Se pide al sujeto recordar los nombres y rostros de dos personas. Puntaje total = 4.
5. Evocación
5.1. Memoria verbal. 5.1.1. Evocación espontánea. Se pide al sujeto que diga todas las palabras que recuerde de la lista que se le dio. Se registra el número de aciertos, perseveraciones e intrusiones. Puntaje total = 12. 5.1.2. Evocación por claves: Se pide al sujeto que diga qué palabras de la lista eran animales, frutas o partes del cuerpo. Puntaje total = 12. 5.1.3. Evocación por reconocimiento. Se pide al sujeto que diga si las palabras que se le presentan pertenecen o no a las que se le dieron anteriormente. Puntaje máximo = 12. 5.2. Pares asociados. Se pide al sujeto que recuerde la segunda palabra de un par de palabras (con asociación fonológica, semántica o sin relación). Puntaje total = 12. 5.3. Memoria lógica. Recordar un párrafo. Puntaje total = 16. 5.4. Copia de figura semi-compleja o compleja. Se pide al sujeto que recuerde la figura que se presenta. Puntaje total figura semicompleja = 12. Puntaje total figura compleja = 36. 5.5. Caras. Se pide al sujeto identificar los rostros de dos personas que se le mostraron previamente. Puntaje total = 4.
6. Funciones Ejecutivas
6.1. Formación de categorías. Realizar la mayor cantidad de categorías con una serie de dibujos. Puntaje total = 25. 6.2. Fluidez verbal semántica. Se pide al sujeto que mencione en un minuto todos los animales que conozca. Se registra el número de palabras correctas y se codifica en una escala de 0 a 4. También se anotan las intrusiones y perseveraciones. 6.3. Fluidez verbal fonológica. Se pide al sujeto que mencione en un minuto todas las palabras que conozca que empiecen con la letra F. Se registra el número de palabras correctas y se codifica en una escala de 0 a 4. También se anotan las intrusiones y perseveraciones. 6.4. Fluidez no verbal. Formar diferentes figuras trazando únicamente cuatro líneas y uniendo los puntos que aparecen en cada cuadro. Puntaje total = 35. 6.5. Funciones motoras 6.5.1. Seguir un objeto. Se coloca un lápiz en posición vertical a unos 20 cm de la nariz del sujeto y se le pide que lo vea y lo siga con sus ojos, sin mover la cabeza. Se desplace lentamente el lápiz hacia la derecha y posteriormente hacia la izquierda. Puntaje total = 4. 6.5.2. Reacciones opuestas. Se le dice al sujeto que cuando se de un golpe sobre la mesa él deberá dar dos golpes y cuando se de dos golpes sobre la mesa él deberá dar un golpe. Puntaje total = 2. 6.5.3. Reacción de elección. Se le dice al sujeto que cuando se de un golpe sobre la mesa él deberá dar dos golpes y cuando se den dos golpes él no deberá dar ningún golpe. Puntaje total = 2. 6.5.4. Cambio de posición de la mano. Se le pide al sujeto que observe cuidadosamente los movimientos que se le presentan y que trate de hacerlos de la misma manera. Primero se hacen con la mano derecha y después con la izquierda. Puntaje total = 4. 6.5.5. Dibujos secuenciales. Se le pide al sujeto que observe una figura y que la copie en una hoja sin levantar el lápiz del papel. Puntaje = 8 6.6 Stroop. Se le pide al sujeto que lea lo más rápido posible una lista de palabras, posteriormente se le pide que denomine los colores que se le presentan, y por último se le pide que mencione en que color está impresa una serie de palabras. Puntaje total = 36.

Cuadro 7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DETERIORO COGNOSCITIVO

DEGENERATIVAS: la demencia es la manifestación principal	DEGENERATIVAS: la demencia forma parte del cuadro clínico
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Alzheimer (50-75% de todas las demencias). • Demencia con Cuerpos de Lewy (15-25%). • Demencia fronto-temporal. • Degeneraciones focales corticales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Parkinson. • Enfermedad de Huntington. • Degeneración corticobasal. • Enfermedad de Down. • Parálisis supranuclear progresiva.
VASCULARES	CARENCIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Multiinfarto (20-30% de todas las demencias). • Estado lacunar (síndrome pseudobulbar). • Enfermedad de Binswanger. • Vasculitis: lupus, panarteritis nodosa, arteritis de la temporal. • Infarto estratégico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de vitamina B12. • Déficit de Ácido fólico. • Déficit de vitamina B1 (pelagra).
METABÓLICAS	INFECCIOSAS
<ul style="list-style-type: none"> • Hipo e hipertiroidismo. • Hipoxia-isquemia. • Hipo e hiperparatiroidismo. • Insuficiencia hepática. • Insuficiencia renal. Insuficiencia adrenal o pituitaria. • Enfermedades por depósito (Wilson). • Hipoglucemia crónica (Insulinoma). 	<ul style="list-style-type: none"> • Complejo demencia-SIDA. • Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. • Panencefalitis esclerosante subaguda. • Encefalitis herpética. • Enfermedad de Whipple. • Meningoencefalitis brucelosa, tuberculosa, etc. • Abscesos cerebrales.
FÁRMACOS	OTRAS
<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepinas (diazepam, clonazepam, alprazolam). • Neurolépticos (haloperidol, risperidona, levomepromacina). • Antidepresivos tricíclicos (Impramina, amitriptilina). • Antihistaminicos (difenhidramina, hidroxicina, clorfenamina) • Antiparkinsonianos (Levodopa, amantadina, selegilina). • Antiespasmódicos (Metoclopramida, oxibutinina). • Antiarrítmicos (Amiodarona, fenitoina, disopiramida) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tóxicas: alcohol, fármacos, metales, etc. • Neoplásicas: tumores cerebrales primarios o metastásicos. • Traumáticas: hematoma subdural crónico, demencia del boxeador. • Desmielinizantes: esclerosis múltiple. • Hidrocefalia normotensiva, epilepsia, sarcoidosis cerebral.

Modificado de: Arrieta E, Fernández L, González V, Goñi M, Guerrero MT, López P, et al. Guía de Atención al paciente con demencia en atención primaria. España, Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de salud; 2004.

CUADRO 8. CRITERIOS NINCDS-ADRDA PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

<p>1.- Criterios para el diagnóstico clínico de enfermedad de Alzheimer probable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demencia, diagnosticada mediante examen clínico y documentada con el miniexamen mental de Folstein, la escala de demencia de Blessed, u otras similares, y confirmada con tests neuropsicológicos. • Deficiencias en dos o más áreas cognitivas. • Empeoramiento progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas. • No alteración del nivel de conciencia. • Comienzo entre los 40 y los 90 años, con mayor frecuencia después de los 65. • Ausencia de alteraciones sistémicas u otras enfermedades cerebrales que pudieran producir el deterioro progresivo observado de la memoria y de las otras funciones cognitivas
<p>2.- Apoyan el diagnóstico de “enfermedad de Alzheimer probable”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro progresivo de alguna función cognitiva específica (afasia, apraxia, agnosia). • Alteraciones conductuales y en la realización de las actividades diarias habituales. • Antecedentes familiares de trastorno similar, especialmente si obtuvo confirmación anatomopatológica. • Pruebas complementarias: <ul style="list-style-type: none"> ○ Líquido cefalorraquídeo normal, en las determinaciones estándar ○ EEG normal, o con alteraciones inespecíficas como incremento de la actividad de ondas lentas, y ○ Atrofia cerebral en TAC, objetivándose progresión de la misma en observación seriada.
<p>3.- Aspectos clínicos compatibles con el diagnóstico de “enfermedad de Alzheimer probable”, tras excluir otras causas de demencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesetas en la progresión de la enfermedad. • Síntomas asociados de depresión, insomnio, incontinencia, ideas delirantes, ilusiones, alucinaciones, accesos emocionales, físicos o verbales, alteraciones de la conducta sexual, pérdida de peso. • Otras alteraciones neurológicas en algunos pacientes, especialmente en los que se hallan en fase avanzada, como hipertonía, mioclonías o alteración de la marcha. • Convulsiones, en fase avanzada de la enfermedad • TAC cerebral normal para la edad del paciente.
<p>4.- Aspectos que convierten el diagnóstico de “enfermedad de Alzheimer probable” en incierto o improbable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instauración brusca o muy rápida. • Manifestaciones neurológicas focales como hemiparesia, alteración de la sensibilidad o de los campos visuales, o incoordinación en fases tempranas de la evolución. • Convulsiones o alteraciones de la marcha al inicio o en fases muy iniciales de la enfermedad.
<p>5.- Diagnóstico clínico de enfermedad de Alzheimer posible:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demencia, con ausencia de otras alteraciones sistémicas, psiquiátricas y neurológicas que puedan causar esa demencia, pero con una instauración, manifestaciones o patrón evolutivo que difieren de lo expuesto para el diagnóstico de “enfermedad de Alzheimer probable”. • Presencia de una segunda alteración, cerebral o sistémica, que podría producir demencia pero que no es considerada por el clínico como la causa de esta demencia. • En investigación, cuando se produce deterioro gradual e intenso de una única función cognitiva, en ausencia de otra causa identificable.
<p>6.- Criterios para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer definitiva :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterios clínicos de “enfermedad de Alzheimer probable”, y • Comprobación histopatológica, obtenida a través de biopsia o autopsia
<p><i>Modificado de: McKhann G et al. Clinical diagnosis of Alzheimer’s disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer’s Disease. Neurology 1984; 34: 939-944</i></p>

CUADRO 9. CRITERIOS DE LA NINDS – AIREN* PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA VASCULAR

I. Los criterios para el diagnóstico clínico de demencia vascular probable incluyen todas las características siguientes:
<p>1. Demencia: se define en el deterioro cognoscitivo de un mayor nivel de funcionamiento con anterioridad y se manifiesta por un deterioro de la memoria y de dos o más dominios cognoscitivos (orientación, atención, lenguaje, funciones visuo-espaciales, funciones ejecutivas, de control motor y la praxis), de preferencia establecido por el examen clínico y documentado por las pruebas neuropsicológicas; el déficit debe ser lo suficientemente grave como para interferir con las actividades de la vida diaria y no se debe a los efectos o deficiencias físicas imputables al evento cerebrovascular. Criterios de exclusión: los casos con alteración de la conciencia, delirium, psicosis, afasia grave o deterioro sensorial importante que impida el desarrollo de pruebas neuropsicológicas. También se excluyen los trastornos sistémicos u otras enfermedades cerebrales (tales como Demencia tipo Alzheimer), que de por sí podría ser responsable de los déficits en la memoria y la cognición.</p> <p>2. Enfermedad cerebrovascular: definida por la presencia de signos focales en el examen neurológico, tales como hemiparesia, debilidad facial inferior, signo de Babinski, déficit sensorial, hemianopsia, disartria y compatible con evento vascular cerebral (con o sin antecedentes de accidente cerebrovascular), y la evidencia relevante de Enfermedad Cardiovascular (ECV) por imágenes cerebrales (tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (IRM)), incluyendo infartos múltiples de vasos grandes o un solo infarto estratégico (giro angular, tálamo, cerebro anterior basal, o territorios de la arteria comunicante anterior y arteria comunicante posterior), así como los múltiples infartos lacunares en ganglios basales y la sustancia blanca, o infartos extensos en sustancia blanca periventricular, o combinaciones de los mismos.</p> <p>3. Una relación entre estos dos trastornos: la cual es manifiesta o inferida por la presencia de uno o más de los siguientes: (a) aparición de la demencia en los 3 meses después de un evento cerebrovascular reconocido; (b) el deterioro brusco de las funciones cognoscitivas, o fluctuante, o progresión escalonada de los déficits cognoscitivos.</p>
II. Las características clínicas compatibles con el diagnóstico de demencia vascular probable son las siguientes:
<p>(a) Presencia temprana de trastornos de la marcha (caminar a paso pequeño o "marche a petits pas", o andar magnética, marcha apráxico-atáxica o Parkinsoniana),</p> <p>(b) Historia de inestabilidad y caídas no provocadas frecuentes;</p> <p>(c) Inicio temprano de Frecuencia urinaria, urgencia, y otros síntomas urinarios que no se explican por alguna enfermedad urológica;</p> <p>(d) Parálisis pseudobulbar, y</p> <p>(e) Cambios en la personalidad y el humor, la abulia, la depresión, incontinencia emocional, u otros déficits subcorticales incluyendo el retraso psicomotor y la función ejecutiva anormal.</p>
III. Características que hacen que el diagnóstico de demencia vascular sea incierta o improbable incluyen los siguientes:
<p>(a) El inicio temprano de déficit de memoria y empeoramiento progresivo de la memoria y otras funciones cognitivas como el lenguaje</p> <p>(b) (afasia sensorial transcortical), las habilidades motoras (apraxia), y la percepción (agnosia), ante la ausencia de las correspondientes lesiones focales en las imágenes cerebrales.</p> <p>(c) La ausencia de signos neurológicos focales, excepto la alteración cognoscitiva, y</p> <p>(d) Ausencia de lesiones cerebrovasculares identificables por estudios de imagen TC o IRM.</p>
IV. El diagnóstico clínico de demencia vascular posible se pueden realizar en presencia de:
<p>1. Demencia (sección I-1) con signos neurológicos focales en pacientes en quienes los estudios de imagen cerebral para confirmar ECV no se pueden obtener, o en ausencia de una clara relación temporal entre la demencia y los accidentes cerebrovasculares, o en pacientes con un comienzo sutil y curso variable (meseta o mejora) de los déficits cognoscitivos y evidencia relevante de enfermedad cardiovascular.</p>
V. Criterios para el diagnóstico de demencia vascular definitiva son:
<p>(a) criterios clínicos de demencia vascular probable,</p> <p>(b) las pruebas histopatológicas de enfermedad cardiovascular obtenida por biopsia o autopsia,</p> <p>(c) ausencia de ovillos neurofibrilares y placas neuríticas superiores a los esperados para la edad, y</p> <p>(d) la ausencia de otros trastornos clínicos o patológicos capaces de producir demencia.</p>
VI. Clasificación de la demencia vascular con fines de investigación:
<p>Se puede hacer sobre bases clínicas, radiológicas y neuropatológicas características, para las subcategorías o condiciones definidas, tales como la demencia cortical vascular, demencia vascular subcortical, demencia de Binswanger, y la demencia talámica.</p> <p>El término "Demencia tipo Alzheimer con enfermedad cardiovascular" debería reservarse para clasificar a los pacientes que cumplen los criterios clínicos de DA posible y que también están presentes pruebas de imagen cerebral o clínica de ECV. Tradicionalmente, estos pacientes han sido incluidos con demencia vascular en los estudios epidemiológicos. El término "demencia mixta", utilizada hasta ahora, debe ser evitado.</p>
<p>Modificado de: Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, Cummings JL, Masdeu JC, Garcia JH, Amaducci L, Orgogozo JM, Brun A, Hofman A, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. <i>Neurology</i> 1993 Feb;43(2):250-60.</p>

Cuadro 10. ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (GDS VERSIÓN REDUCIDA).

		SÍ	NO
1	¿ESTA SATISFECHO/A CON SU VIDA?	0	1
2	¿HA RENUNCIADO A MUCHAS ACTIVIDADES?	1	0
3	¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACÍA?	1	0
4	¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO/A?	1	0
5	¿TIENE A MENUDO BUEN ÁNIMO?	0	1
6	¿TEME QUE ALGO MALO LE PASE?	1	0
7	¿SE SIENTE FELIZ MUCHAS VECES?	0	1
8	¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO/A?	1	0
9	¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR?	1	0
10	¿CREE TENER MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE?	1	0
11	¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR?	0	1
12	¿LE CUESTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS?	1	0
13	¿SE SIENTE LLENO/A DE ENERGÍA?	0	1
14	¿SIENTE QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERADA?	1	0
15	¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED?	1	0
PUNTUACION TOTAL _____			
INTERPRETACIÓN: 0 A 5 NORMAL. 6 A 9 DEPRESIÓN LEVE. > 10 DEPRESIÓN ESTABLECIDA.			

Modificado de: Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. New York: Haworth, 1986.

Cuadro 11. DIFERENCIAS ENTRE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE DETERIORO COGNOSCITIVO

CARACTERÍSTICA	DELIRIUM	DEMENCIA	DEPRESIÓN
Características descriptivas	Confusión e inatención.	Pérdida de memoria.	Tristeza, anhedonia.
Aparición	Aguda, sub-aguda, depende de los factores predisponentes y precipitantes.	Crónica, generalmente insidiosa, dependiente de la causa.	Coincide con cambios en la historia de vida, a menudo abrupta, pero puede ser lenta.
Curso	Corto, fluctuante durante el día, generalmente empeora por la noche, en la oscuridad y al despertar.	Largo, sin efectos diurnos, síntomas progresivos pero relativamente estables en el tiempo.	Por lo general peor por la mañana, con variaciones según la situación pero más leves que el delirium.
Progresión	Abrupta.	Lenta pero progresiva.	Variable, rápida/lenta.
Duración	Entre horas y menos de 1 mes, rara vez más tiempo.	Entre meses y años.	Al menos dos semanas, puede durar meses o años.
Consciencia	Reducida.	Clara.	Clara.
Alerta	Fluctuante, dependiendo del tipo: hiperactivo, hipoactivo, mixto.	Habitualmente normal.	Normal.
Atención	Alterada, reducida, fluctuante.	Habitualmente normal, alterada en casos graves.	Deterioro mínimo, pero presenta distractibilidad.
Orientación	Alterada, fluctúa en intensidad, generalmente deteriorada.	Puede verse afectada.	Desorientación selectiva.
Memoria	Deterioro a corto plazo, la reciente o inmediata.	Deterioro a corto y largo plazo de la memoria inmediata y reciente más que la remota.	Deterioro selectivo o parcial.
Pensamiento	Desorganizado, distorsionado, fragmentado, divagante, incoherente.	Dificultad para el pensamiento abstracto, pobreza de pensamiento, falta de claridad en el juicio.	Intacto, con ideas de desesperanza, impotencia, indefensión o autodesprecio.
Lenguaje	Incoherente, lento o rápido.	Alterado por afasia, con errores leves.	Normal, lento o rápido.
Percepción	Distorsionada, ilusiones, delirios y alucinaciones visuales (generalmente) o auditivas, dificultad para distinguir entre la realidad y percepciones distorsionadas.	No distorsionada.	Intacta, alucinaciones solo en casos extremos de depresión psicótica usualmente auditivas.
Cambios psico-motores	Si, dependen del tipo incrementado, reducido, cambiante.	No, normal.	Si, variables de hipo a hiperactividad.
Reversibilidad	Usualmente.	No.	Posible.

Cuadro 12. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA Y DEMENCIA: INICIO, CURSO Y SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA

Pseudodemencia depresiva	Demencia
Inicio	
<ul style="list-style-type: none"> • Inicio en semanas. • El inicio puede ser establecido con precisión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio lento, en meses o años. • Inicio establecido con amplio margen (inicio impreciso)
Curso	
<ul style="list-style-type: none"> • Recibe atención médica poco después de la aparición del cuadro. • La familia es consciente del trastorno y su gravedad • Rápida progresión de los síntomas. • Duración breve. 	<ul style="list-style-type: none"> • Larga duración de los síntomas hasta que se busca ayuda. • La familia lo desconoce durante mucho tiempo. • Curso lento progresivo. • Duración indeterminada.
Antecedentes	
<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de depresión • Tristeza implícita. • Quejas de la función cognitiva vagas . • Angustia ante el fracaso, tendencia a magnificarlo y búsqueda de ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes menos frecuentes. • Quejas de tristeza. • Quejas frecuentes y precisas de la función cognitiva. • Indiferencia al fracaso, con tendencia a minimizarlo y sin búsqueda de ayuda (oculta sus incapacidades).
Sintomatología	
<ul style="list-style-type: none"> • El paciente comunica un sentimiento de sufrimiento intenso. • Afectividad depresiva continua y estable (sintomatología afectiva estable). • La conducta es a menudo incongruente con la escasa gravedad del trastorno. • Pérdida temprana de las relaciones sociales. • Más frecuentes la letargia, la apatía y la disminución de las actividades sociales. • Acentuación nocturna infrecuente. • Insomnio tardío. • Respuesta a antidepresivos y terapia electroconvulsiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Parece no estar interesado o preocupado. • Afectividad superficial y lábil (sintomatología afectiva fluctuante). • Conducta compatible con el grado de deterioro. Mantenimiento relativo de habilidades sociales, sobre todo en los estadios iniciales. • Menos frecuentes letargia y apatía. • Intensificación nocturna del trastorno. • Inversión del ritmo sueño-vigilia invertido • Falta de respuesta a antidepresivos
TRASTORNOS EN LA MEMORIA	
<ul style="list-style-type: none"> • Atención y concentración bien conservadas. • Respuestas típicas “no lo sé”, “no puedo”, “soy incapaz de” • Pérdida de memoria para hechos recientes y remotos. • Frecuentes lagunas de memoria para períodos o hechos específicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro en atención y concentración. • Responden algo aproximado o erróneo. • Alteración más grave de la memoria reciente. • Lagunas poco frecuentes, salvo si hay delirium, traumatismo o convulsiones.
TRASTORNOS EN LA COGNICIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Marcada variabilidad al realizar tareas de similar dificultad (patrón de déficit cognitivo incongruente) • Respuestas displicentes antes de iniciar las pruebas • Pruebas psicológicas con fracaso en pruebas verbales y manipulativas • Déficit cognitivo variable en el tiempo. • Conducta incongruente con la disfunción cognitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades consistentes en la realización de tareas similares (patrón de déficit congruente) • Respuestas intentando disimular el déficit. • Pruebas psicológicas con fracaso en pruebas manipulativas y mejores rendimientos en verbales • Estabilidad en la progresión del déficit cognitivo. • Conducta congruente con la disfunción cognitiva.

Modificada de: Barjau JM, Guerra-Prado D, Vega M. Pseudodemencia depresiva: implicaciones clínico terapéuticas. Med Clin (Barc) 2001; 117: 703-708

Cuadro 13. FARMACOS QUE PUEDEN AFECTAR LA COGNICIÓN Y PROVOCAR DETERIORO COGNOSCITIVO REVERSIBLE

CLASIFICACIÓN	EJEMPLO	EFFECTOS
Benzodiazepinas	Diazepam, alprazolam, clonazepam	Sedación, somnolencia diurna, bradipsiquia, bradilalia, amnesia, confusión
Neurolepticos	Haloperidol, clozapina, risperidona levomepromacina	Sedación, somnolencia, pseudoparkinsonismo, bradipsiquia, bradilalia.
Antidepresivos tricíclicos	Amitriptilina, doxepina, imipramina	Desorientación, insomnio, alucinaciones, mareo, somnolencia diurna, confusión
Antihistamínicos	Clorfenamina, hidroxicina, difenhidramina	Somnolencia, confusión.
Antiparkinsonianos	Levodopa, amantadina, selegilina	Desorientación, confusión, alucinaciones, depresión
Antiespasmódicos	Metoclopramida, oxibutinina, butilioscina, loperamida	Confusión, excitación mental, somnolencia (Efectos anticolinérgicos).
Antiarrítmicos	Amiodarona, β -bloqueadores, digoxina, fenitoína	Mareo, temblor, bajo gasto cardiaco y somnolencia secundaria.

Modificado de: Freund B, Gravenstein S. Recognizing and evaluating potential dementia in office settings. Clin Geriatr Med, 2004;20:1-14.

Cuadro 14. ESCALA DE LAWTON Y BRODY

	Mujer	Varón
1. Capacidad para usar el teléfono		
Utilizar el teléfono por iniciativa propia	1	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
Es capaz de contestar el teléfono pero no marcar	1	1
No utiliza el teléfono	0	0
2. Hacer compras		
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0
Totalmente incapaz de comprar	0	0
3. Preparación de la comida		
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	1	1
Prepara, adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0	0
Prepara, calienta y sirve las comidas pero no siguen una dieta adecuada	0	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	0
4. Cuidado de la casa		
Mantiene la casa solo con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1	1
Realiza tareas ligeras , como lavar los platos o hacer las camas	1	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1	1
No participa en ninguna labor de la casa	0	0
5. Lavado de la ropa		
Lava por si solo toda su ropa	1	1
Lava por si solo pequeñas prendas	1	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0	0
6. Uso de medios de transporte		
Viaja solo en transporte publico o conduce su propio coche	1	1
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
Viaja en transporte publico cuando va acompañado por otra persona	1	0
Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros	0	0
No viaja en absoluto	0	0
7. Responsabilidad respecto a su medicación		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0	0
No es capaz de administrarse su medicación	0	0
8. Manejo de sus asuntos económicos		
Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y en los bancos	1	1
Incapaz de manejar dinero	0	0

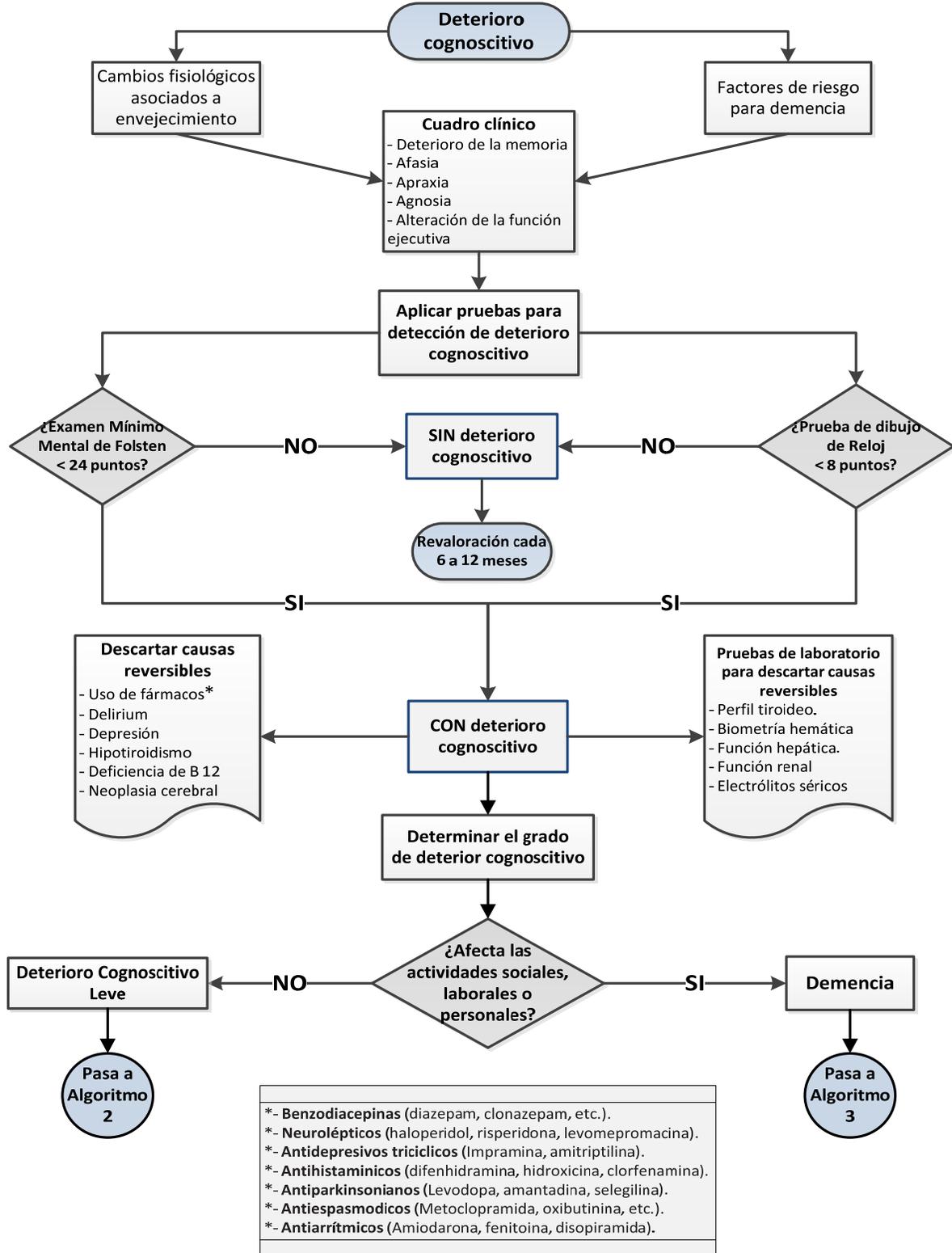
Modificado de: Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969;9:179-186.

5.5 MEDICAMENTOS

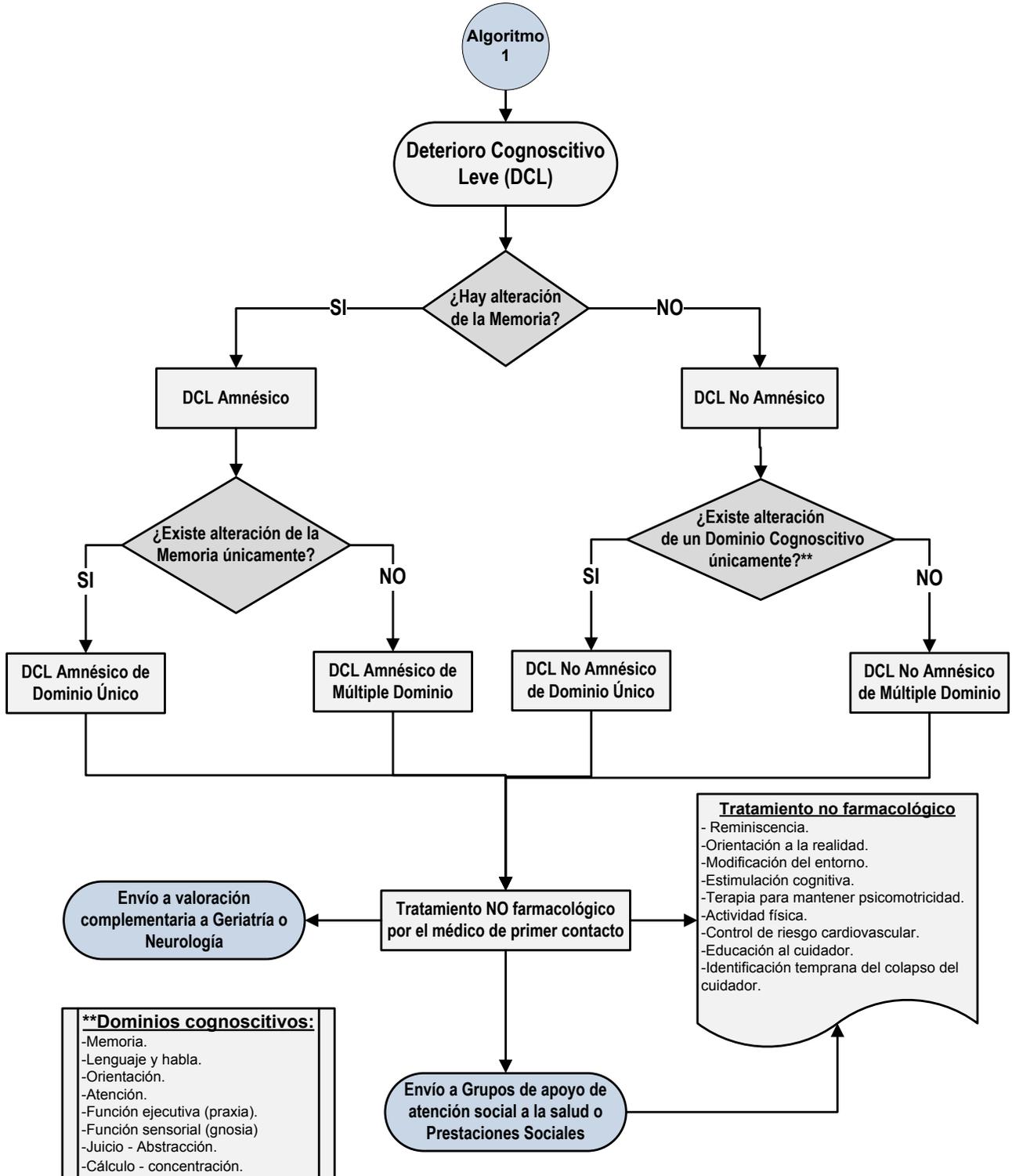
Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Observaciones	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
101	Acido-acetil-salicílico	Inicial y mantenimiento: 75, 100 y 150mg/día.	Tabletas 75, 100, 150, 300, 350, 500mg	Depuración Creatinina <10 ml/min no utilizar Hemodiálisis: dar dosis añadida Peritoneal: no suplemento	Serios: anafilaxis, angioedema, broncoespasmo, sangrado GI, CID, pancitopenia, trombocitopenia, agranulocitosis, nefrotoxicidad, hepatotoxicidad, salicilismo, síndrome de Reye. Comunes : Nausea vomito, rash, sangrado, dolor abdominal, diarrea, constipación, tinnitus, vértigo	Anticoagulantes orales, ketorolaco, ibuprofeno y demás AINE's. Venlafaxina, tacrina, Sibutramina, rivastigmina, digoxina, IECA's, Heparinas, antiplaquetarios.	Hipersensibilidad, asma o urticaria inducida por AINE's, sangrado gastrointestinal, trastorno de la coagulación, deficiencia G6PD, hipertensión arterial descontrolada.
2608	Carbamazepina	100-200mg	Tabletas de 200mg	Vigilar datos de hiponatremia e interacciones farmacológicas	Nauseas, vomito, somnolencia, ataxia, vértigo, anemia aplásica y agranulocitosis	Disminuye el efecto de los anticoagulantes orales y de los anticonceptivos hormonales.	Hipersensibilidad al fármaco, glaucoma, trombocitopenia, anemia plásica, insuficiencia renal y hepática
5487	Citalopram	Tabletas 10-20 mg por día y la dosis máxima 60 mg por día.	Tabletas de 20 y 40mg	Se recomienda prescribir de un año hasta tiempo indefinido según el caso.	Sequedad de boca, náuseas, somnolencia, temblor, convulsiones en casos excepcionales.	Inhibidores de MAO. sumatriptan	Uso concomitante con IMAO. Puede usarse 14 días después de su última administración.
4477 3251 3255	Haloperidol	0.25 mg a 0.5mg/día	Solución oral 1ml/2mg. tabletas 0.5-5mg/ml sol. inyectorable ampulas de 5mg/ml 2ml	Se uso debe ser limitado para el control del evento agudo y una vez controlado se debe reducir o suspender.	Somnolencia, hipotensión ortostática, parkinsonismo, acatíxia, retención aguda de orina.	Alcohol, metildopa. Levodopa, tricíclicos sedantes.	Contraindicado en hipersensibilidad al fármaco, insuficiencia hepática, depresión del sistema nervioso central
4484	Sertralina	Tabletas 25-50 mg por día y la dosis máxima 100 mg por día.	Tabletas 50mg con 14 y 28 tabletas.	Para efecto terapéutico de 4 a 6 semanas. Se puede usar de tiempo indefinido	Hemorragia gastrointestinal Boca seca, mareo, temblor, náusea, diarrea, anorexia, insomnio, disfunción sexual, astenia,	No se asocia con IMAO. Con alcohol y litio. sumatriptan, fenitoína, warfarina. diazepam.	Hipersensibilidad al fármaco. No asociarlo con IMAO.
2622 2623 5359	Valproato de magnesio	De 400mg a 800 mg.	Tabs de 200 mg. Tabs con 400 mg. Tab s de 500 mg Granulado con 200 y 400 mg.	Uso recomendado indefinido	Hepatotoxicidad, pancreatitis como los más severos, además gastrointestinales, SNC, dérmicos, hemáticos, músculo esqueléticos, endócrinos y metabólicos	Clorpromacina, eritromicina, eritromicina, ácido salicílico. rifampicina, carbamacepina.	Hepatopatía primer trimestre del embarazo. Hipersensibilidad al fármaco.

5.4 ALGORITMOS

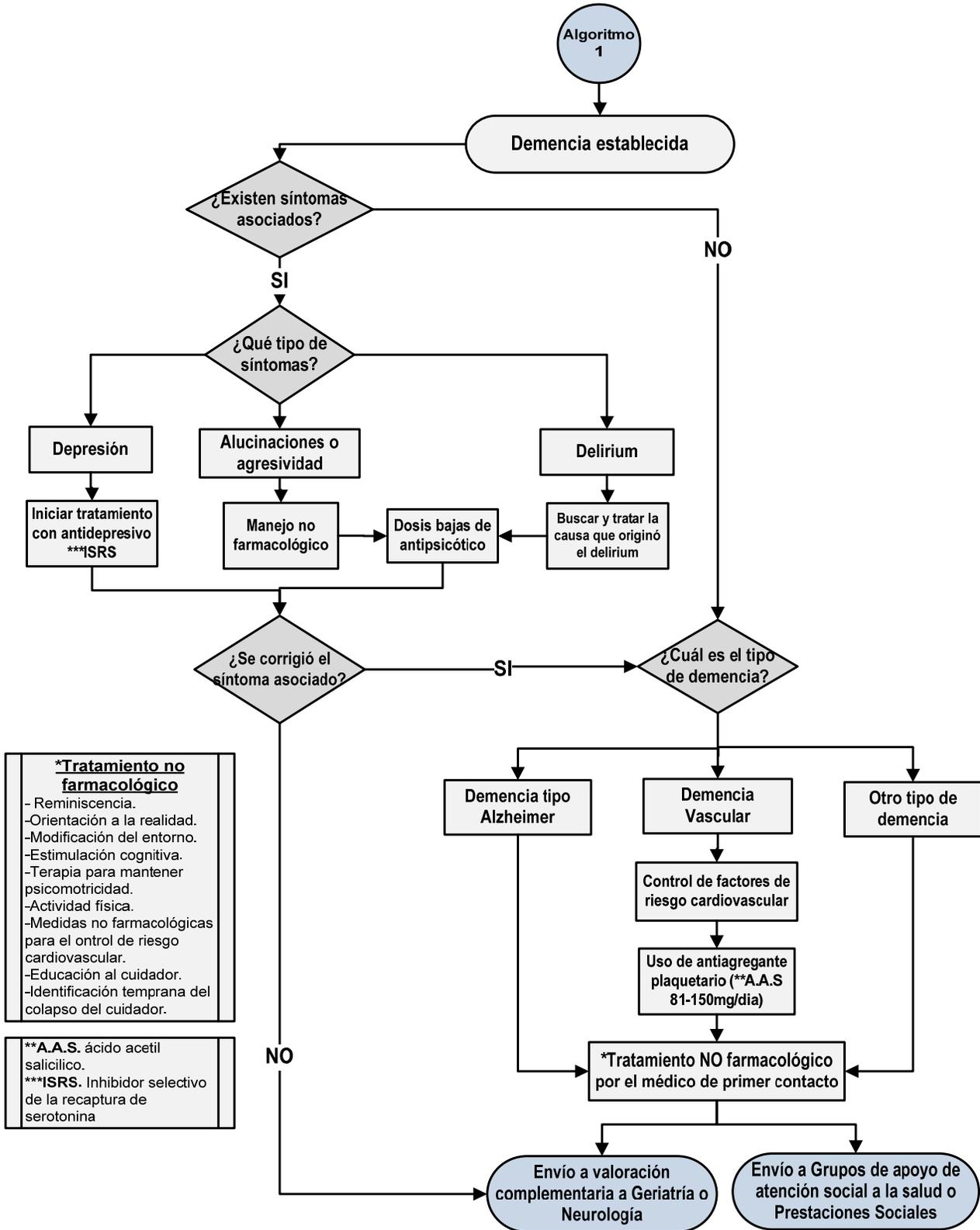
Algoritmo 1. Diagnóstico de deterioro cognoscitivo



Algoritmo 2. Diagnóstico de Deterioro Cognoscitivo Leve



Algoritmo 3. Tratamiento de la demencia



***Tratamiento no farmacológico**

- Reminiscencia.
- Orientación a la realidad.
- Modificación del entorno.
- Estimulación cognitiva.
- Terapia para mantener psicomotricidad.
- Actividad física.
- Medidas no farmacológicas para el control de riesgo cardiovascular.
- Educación al cuidador.
- Identificación temprana del colapso del cuidador.

****A.A.S.** ácido acetil salicílico.
*****ISRS.** Inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina

6. GLOSARIO

Abatimiento funcional (Desacondicionamiento físico): Incapacidad que tiene el individuo para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): las actividades básicas de vida diaria (ABVD) se refieren a tareas propias del auto cuidado como bañarse, vestirse, asearse, transferencia, continencia y alimentación; que son empleadas para valorar el estado funcional de un adulto mayor

Adulto mayor. En términos legales y convencionales la edad cronológica se utiliza para fijar obligaciones y reconocer derechos. Asignar roles sociales y esperar comportamientos personales, hay prácticas, experiencias y disposiciones legales. En nuestro país se consideran adultos mayores a partir de los 60 años de edad.

Actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD): las actividades instrumentales de vida diaria (AIVD) implican la capacidad del individuo para llevar a cabo una vida independiente en la comunidad y vivir solo, se consideran al uso de transporte, ir de compras, uso del teléfono, control de la medicación y tareas domésticas. Su normalidad puede indicar que conserva integridad para actividades básicas de vida diaria y del estado mental.

Anciano de alto riesgo: anciano que presenta uno o varios de los denominados factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales que lo hacen propenso a presentar discapacidades en cualquiera de las tres esferas.

Atención social a la salud: Se refiere a las intervenciones orientadas a que la población logre una vida activa y saludable, incluyen actividades educativas, de cultura física, deporte, bienestar social, desarrollo cultural, impulsando que los derechohabientes se activen físicamente, adquieran conocimientos y habilidades, para impulsar la corresponsabilidad en el cuidado de su salud, fortalezcan su cultura, mejoren su calidad de vida, impulsen la socialización y consoliden las redes sociales de apoyo, individuales, familiares, comunitarias e institucionales, grupo de ayuda mutua y apoyo familiar.

Atención integral de la salud: Son intervenciones orientadas a la población en general, con el propósito de lograr una vida activa y saludable, a través de la ocupación cotidiana en actividades físicas, recreativas, educativas, artísticas y culturales, para estimular la funcionalidad física, mental, emocional y social, propiciando la participación comunitaria en programas de preservación y cuidado de la salud, que fortalezca la cultura del envejecimiento activo.

Buena Práctica Clínica: Recomendación basada en la experiencia clínica del grupo que desarrolla la guía.

Calidad de vida: Condición que resulta del equilibrio entre la satisfacción de las necesidades básicas y la no satisfacción de éstas, tanto en el plano objetivo (posibilidad del desarrollo completo de la personalidad) como en el plano subjetivo (satisfacción por la vida y las aspiraciones personales). Según la OMS, es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y en el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

Capacidad funcional: Habilidad plena del adulto mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra. La medición de las capacidades funcionales es un componente fundamental en la evaluación del adulto mayor.

Colapso del cuidador: Es una condición en la cual el cuidado requerido por un adulto mayor dependiente, sobrepasa la capacidad y recursos del cuidador, es tan grave que puede causar estrés excesivo, además de riesgo de muerte o suicidio.

Comorbilidad: La existencia o la presencia de cualquier entidad distinta adicional durante el curso clínico de un paciente que tiene una enfermedad indexada bajo estudio.

Contrarreferencia: Decisión médica en la que se determina el envío de pacientes a un nivel de menor capacidad resolutoria para continuar su atención médica, después de haber sido atendidos de un daño específico a la salud, la cual se realiza con base a criterios técnico médicos y administrativos, con el informe correspondiente de las acciones diagnósticas y terapéuticas realizadas y por realizar en la unidad referida.

Cuidador Primario: Aquella persona del entorno del anciano que asume voluntariamente el rol de cuidador en el más amplio sentido de la palabra. Esta dispuesto a tomar decisiones por el paciente, así mismo, cubre las necesidades básicas de este, bien de forma directa realizando las tareas de ayuda o indirecta determinando cuando, como y donde se tienen que dar.

Delirium: Síndrome caracterizado por un inicio agudo, curso fluctuante, con trastornos en la atención, cambios en el estado de alerta, de origen multifactorial. Asociado con malos resultados en la evolución clínica del adulto mayor, predictor de larga estancia hospitalaria, mayor morbilidad y mortalidad.

Demencia: es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales más allá de los atribuibles al envejecimiento normal.

Demencia por Cuerpos de Lewy: Es aquella que se caracteriza por fluctuaciones en el estado de alerta y signos de Parkinsonismo como temblor, rigidez y enlentecimiento de los movimientos, acompañados frecuentemente de alucinaciones visuales. Las personas con esta enfermedad presentan inclusiones citoplasmáticas en las neuronas de la capa exterior del cerebro, zona profunda del cerebro medio y en el tallo cerebral.

Demencia Vascular: Es una forma común de demencia que resulta del estrechamiento de las arterias que irrigan al cerebro, que condiciona enfermedad parenquimatosa.

Dependencia: estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria. Restricción o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal.

Depresión: Es un conjunto de signos y síntomas caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, con un espectro de síntomas cognitivos, emocionales, físicos y conductuales a veces con trastornos neurovegetativos.

Deterioro Cognoscitivo: Alteración de alguna de las varias funciones cognoscitivas en un grado superior del esperado para la edad, el estado de salud integral y el nivel cultural de la persona.

Discapacidad: Afección del estado funcional del adulto mayor, su independencia y sus necesidades de asistencia a largo plazo.

Enfermedad de Alzheimer: Es una enfermedad caracterizada usualmente por pérdida de la memoria, especialmente para aprender nueva información, reflejando deterioro en la función de las áreas del hipocampo y del lóbulo temporal medio. Durante la evolución de la enfermedad otras funciones superiores de la corteza cerebral son afectadas; las alteraciones conductuales y psiquiátricas también están presentes, las cuales incluyen depresión, apatía, agitación, desinhibición, psicosis, agresividad, incontinencia y alteraciones en los hábitos alimenticios.

Envejecimiento: Es un proceso normal asociado a una alteración progresiva de las respuestas homeostáticas adaptativas del organismo que provocan cambios en la estructura y función de los diferentes sistemas y además aumentan la vulnerabilidad del individuo al estrés ambiental y a la enfermedad.

Equipo interdisciplinario: equipo de salud de evaluación y atención constituido por personal profesional, técnico y auxiliar, particularmente el geriatra, enfermera, terapeuta físico, psicólogo, podólogo, gerontólogo, nutricionista, trabajadora social y cuantos especialistas sean necesarios para la atención del paciente geriátrico.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS): Es un instrumento útil para el tamizaje del estado de depresión y es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental del individuo. El instrumento no sustituye la valoración clínica profesional.

Examen Mental Mínimo de Folstein: También conocido como MMSE por sus siglas en inglés *Mini-Mental Status Examination*. Es un examen de tamiz dentro de las escalas cognitivas-conductuales para confirmar y cuantificar el estado mental de una persona. Evalúa las funciones mentales superiores, la orientación, el registro de información, la atención, el cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la construcción. Cada ítem tiene una puntuación, llegando a un total de 30 puntos.

Factor de riesgo: Condición que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad; su asociación tiene efectos aditivos para desarrollar alteraciones de la salud.

Funcionalidad: La funcionalidad es la capacidad de la persona de realizar en forma autónoma actividades de auto cuidado que le prodigan bienestar.

Geriatría: Rama de la medicina que estudia los procesos patológicos, psicológicos y sociales de los ancianos con sus repercusiones y consecuencias, mediante un abordaje preventivo, diagnóstico y terapéutico para mantener al adulto mayor en el mejor sitio, su domicilio.

Institucionalización. Cuando un adulto mayor es internado en algún institución para continuar con los cuidados básicos de la vida diaria, rehabilitación o contención psiquiátrica. La institucionalización tiende a desvincular al adulto mayor de su medio familiar y en consecuencia realizar esfuerzos para adaptarse a un nuevo medio como sería una residencia asistida.

Polifarmacia: La utilización de 5 o más fármacos en una persona, incluye medicamentos de origen homeopáticos, alopáticos y herbolarios.

Reacción adversa a medicamentos: cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el

diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas.

Red de Apoyo: Servicios o personas que apoyan al paciente en su enfermedad.

Red social: Es la serie de contactos personales, a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información. Puede considerarse como una fuerza preventiva que asiste a un individuo en caso de estrés, problemas físicos y emocionales.

Referencia: Decisión médica en la que se define el envío de pacientes a un nivel de mayor capacidad resolutive para la atención de un daño específico a la salud, con base a criterios técnico médicos y administrativos.

Sobrecarga de cuidador: Es el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de un paciente geriátrico y cómo estos problemas afectan las actividades de ocio, relaciones sociales, amistad, intimidad, libertad y equilibrio emocional

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguero-Torres H, Fratiglioni L, Guo Z, et al. Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3-year follow-up data from a population-based study. *AmJ Public Health* 1998;88(10): 1452–6.
2. Alic A, Pranjić N, Ramić E. Polypharmacy and decreased cognitive abilities in elderly patients. *Med Arh*. 2011;65(2):102-5.
3. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Revisión 4th edition (DSM-IV-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2002. p. 143–7.
4. Andersen K, Lolk A, Martinussen T, Sorensen P. Very Mild to Severe Dementia and Mortality: A 14-Year Follow-Up – The Odense Study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010;29:61–67.
5. Arrieta E, Fernández L, González V, Goñi M, Guerrero MT, López P, et al. *Guía de Atención al paciente con demencia en atención primaria*. España, Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de salud; 2004.
6. Axer H, Axer M, Sauer H, Witte OW, Hagemann G. Falls and gait disorders in geriatric neurology. *Clin Neurol Neurosurg*. 2010 May;112(4):265-74.
7. Ayalon L, Gum A. M, Feliciano L, Arean, PA. Effectiveness of nonpharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia: a systematic review. *Arch Intern Med*, 2006;166(20):2182-2188.
8. Bhalla RK, Butters MA. Cognitive functioning in late-life depression. *BC Medical Journal* 2011. 53(7):357-360
9. Barjau JM, Guerro-Prado D, Vega M. Seudodemencia depresiva: implicaciones clínico terapéuticas. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 703-708
10. Barnes DE, Yaffe K, Byers AL, McCormick M, Schaefer C, Whitmer RA. Midlife vs Late-Life Depressive Symptoms and Risk of Dementia: Differential Effects for Alzheimer Disease and Vascular Dementia. *Arch Gen Psychiatry*. 2012 May;69(5):493-8.
11. Bennett MD. Mild cognitive impairment. *Clin Geriatr Med* 2004;20(1):15–25.
12. Bilbul M, Schipper H. Risk Profiles of Alzheimer Disease. *Can J Neurol Sci*. 2011;38:580-592
13. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*(1) (2006). CD005593. doi: 10.1002/14651858.CD005593
14. Birks J, Flicker, L. Donepezil for mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev*(3) (2006). CD006104. doi: 10.1002/14651858.CD006104
15. Birks J, Grimley Evans, J. Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia. *Cochrane Database Syst Rev*(1) (2009), CD003120. doi: 10.1002/14651858.CD003120.pub3

16. Birks J, Grimley Evans, J, Iakovidou, V., Tsolaki, M., & Holt, F. E. Rivastigmine for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*(2) (2009). CD001191. doi: 10.1002/14651858.CD001191.pub2
17. Boettger S, Passik S, Breitbart W. Delirium superimposed on dementia versus delirium in the absence of dementia: phenomenological differences. *Palliat Support Care*. 2009 Dec;7(4):495-500.
18. Boettger S, Passik S, Breitbart W. Treatment characteristics of delirium superimposed on dementia. *Int Psychogeriatr*. 2011 Dec;23(10):1671-6.
19. Britton A, Russell R. WITHDRAWN: Multidisciplinary team interventions for delirium in patients with chronic cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(2):CD000395.
20. Calero MD, Galiano M, Utilidad de la evaluación de la plasticidad cognitiva en el diagnóstico diferencial del deterioro cognitivo y la pseudodemencia por depresión *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44 (6): 323-330
21. Camargos EF, Souza AB, Nascimento AS, Morais ESAC, Quintas JL, Louzada LL, et al. Use of psychotropic medications by caregivers of elderly patients with dementia: is this a sign of caregiver burden? *Arq Neuropsiquiatr*. 2012 Mar;70(3):169-74.
22. Campbell N, Boustani M, Limbil T, Ott C, Fox C, Maidment I, Schubert CC, Munger S, Fick D, Miller D, Gulati R. The cognitive impact of anticholinergics: a clinical review. *Clin Interv Aging*. 2009;4:225-33.
23. Casas-Herrero A, Izquierdo M. [Physical exercise as an efficient intervention in frail elderly persons.]. *An Sist Sanit Navar*. 2012 enero-abril;35(1):69-85.
24. Castilla-Rilo J, López-Arrieta J, Bermejo-Pareja F, Ruiz M, Sánchez-Sánchez F, Trincado R. Instrumental activities of daily living in the screening of dementia in population studies: a systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007 Sep;22(9):829-36.
25. Chui HC. Subcortical Ischemic Vascular Dementia. *Neurol Clin* 25 (2007) 717-740.
26. Collins, R, Armitage, J, Parish, S, et al. Effects of cholesterol-lowering with simvastatin on stroke and other major vascular events in 20536 people with cerebrovascular disease or other high-risk conditions. *Lancet* 2004; 363:757.
27. Colombo M., Vitali S, Cairati M, Vaccaro R, Andreoni G, Guaita A. Behavioral and psychotic symptoms of dementia (BPSD) improvements in a special care unit: a factor analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2007;44 Suppl 1: 113-120.
28. Conde J. Factores de riesgo psicosocial y personalidad premórbida en enfermos con demencia: un estudio de casos y controles. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2003;38:10-24.
29. Crowley K. Sleep and Sleep Disorders in Older Adults. *Neuropsychol Rev* (2011) 21:41-53
30. Deary IJ, Corley J, Alan JG. Grow-associated cognitive decline. *British Medical Bulletin* 2009;92:135-152.
31. Dopp CM, Graff MJ, Teerenstra S, Adang E, Nijhuis-van der Sanden RW, Olderikkert MG, et al. A new combined strategy to implement a community occupational therapy intervention: designing a cluster randomized controlled trial. *BMC Geriatr*. 2011;11:13.
32. Duaso E, Cuadra L, Capo M, Llonch M, Loufti S, et al. ¿Qué hacer y qué no hacer a lo largo del proceso demencial? *Dialógo y ayuda*. *Rev Esp Geriatr Gerontol*.2009;44(S2):15-21.

33. Echávarri C. Trastornos del sueño en el anciano y en las demencias. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2007; 30 (Supl. 1): 155-161.
34. Ehreke L, Luck T, Luppá M, König HH, Villringer A, Riedel-Heller SG. Clock drawing test - screening utility for mild cognitive impairment according to different scoring systems: results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *Int Psychogeriatr.* 2011 Dec;23(10):1592-601
35. ENASEM. Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México. Disponible en: <http://www.ssc.upenn.edu/mhas/>
36. Feldman HH, Ferris S, Winblad B, Sfikas N, Mancione L, He Y, et al. Effect of rivastigmine on delay to diagnosis of Alzheimer's disease from mild cognitive impairment: the InDDEX study. *Lancet Neurol.* 2007;6(6):501-512.
37. Ferri CP, Prince M, Brayne C, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005;366:2112-7.
38. Fick DM, Kolanowski AM, Waller JL, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia in a community-dwelling managed care population: a 3-year retrospective study of occurrence, costs, and utilization. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2005 Jun;60(6):748-53.
39. Fioravanti, M, Yanagi, M. Cytidinediphosphocholine (CDP-choline) for cognitive and behavioural disturbances associated with chronic cerebral disorders in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; :CD000269.
40. Flicker L. Modifiable lifestyle risk factors for Alzheimer's disease. *J Alzheimer Dis.* 2010; Vol. 20 (3), pp. 803-11.
41. Flicker L, Grimley EG. Piracetam for dementia or cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev*(2) (2001), CD001011. doi: CD001011 [pii]
42. Folstein, M. y cols. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
43. Forette F, Seux ML, Staessen JA, Thijs L, Babarskiene MR, Babeau S, Bossini A, Fagard R, Gil-Extremera B, Laks T, Kobalava Z, Sarti C, Tuomilehto J, Vanhanen H, Webster J, Yodfat Y, Birkenh. The prevention of dementia with antihypertensive treatment: new evidence from the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) study, Systolic Hypertension in Europe Investigators. *Arch Intern Med.* 2002;162(18):2046-52.
44. Frampton, M, Harvey, RJ, Kirchner, V. Propentofylline for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; :CD002853.
45. Freund B, Gravenstein S. Recognizing and evaluating potential dementia in office settings. *Clin Geriatr Med.* 2004;20:1-14.
46. Fustinoni O. Deterioro cognitivo y demencia. *Cuadernos de Medicina Forense.* 2002; 1(1):39-44.
47. Garlo K, O'Leary JR, Van Ness PH, Fried TR. Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *J Am Geriatr Soc.* 2010 Dec;58(12):2315-22.
48. Geldmacher DS. Differential diagnosis of dementia syndromes. *Clin Geriatr Med.* 2004;20:27-43

49. Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, Hodgson N, Hauck WW. A biobehavioral home-based intervention and the well-being of patients with dementia and their caregivers: the COPE randomized trial. *JAMA*. 2010;304(9):983-991.
50. Härlein J, Dassen T, Halfens RJ, Heinze C. Fall risk factors in older people with dementia or cognitive impairment: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2009 May;65(5):922-33.
51. Haubois G, Annweiler C, Launay C, Fantino B, de Decker L, Allali G, Beauchet O. Development of a short form of Mini-Mental State Examination for the screening of dementia in older adults with a memory complaint: a case control study. *BMC Geriatr*. 2011 Oct 4;11(1):59.
52. Henry G, Williamson D, Tampi RR. Efficacy and tolerability of antidepressants in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia, a literature review of evidence. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2011 May;26(3):169-83.
53. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ*. 2011 Jul 15;343:d4065.
54. Hutchison L. Pharmacist Approach to Geriatrics. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2010; 4 (3); 267 – 274.
55. Inouye SK, Studensky S, Tinetti ME, Kuczek EA. Geriatric Syndromes: Clinical, research and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:780-91.
56. Jacobs JM, Cohen A, Ein-Mor E, Maaravi Y, Stessman J. Frailty, cognitive impairment and mortality among the oldest old. *J Nutr Health Aging*. 2011 Aug;15(8):678-82.
57. Jason HT, Karlawish CM. Diagnostic evaluation of elderly patient with memory problem. *Am Intern Med*. 2003, 138;411-419
58. Joshi S, Morley JE. Cognitive Impairment. *Med Clin N Am*. 2006;90:769–787.
59. Kar N. Behavioral and psychological symptoms of dementia and their management. *Indian J Psychiatry*, 2009;51 Suppl 1:S77-86.
60. Kavirajan, H, Schneider, LS. Efficacy and adverse effects of cholinesterase inhibitors and memantine in vascular dementia: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Neurol* 2007; 6:782.
61. Kerwin DR, Gaussoin SA, Chlebowski RT, Kuller LH, Vitolins M, Coker LH, Kotchen JM, Nicklas BJ, Wassertheil-Smoller S, Hoffmann RG, Espeland MA; Women's Health Initiative Memory Study. Interaction between body mass index and central adiposity and risk of incident cognitive impairment and dementia: results from the Women's Health Initiative Memory Study. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Jan;59(1):107-12.
62. Kirby E, Bandelow S, Hogervorst E. Visual impairment in Alzheimer's disease: a critical review. *J Alzheimer Dis*. 2010;21(1):15-34.
63. Knopman D, DeKosky S, Cummings J, Chui H, Corey-Bloom J, et al. Practice parameter: Diagnosis of dementia (An evidence-based Review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001 May 8;56(9):1143-53.
64. Kolanowski AM, Fick DM, Clare L, Therrien B, Gill DJ. An intervention for delirium superimposed on dementia based on cognitive reserve theory. *Aging Ment Health*. 2010 Mar;14(2):232-42.

65. Lai SW, Lin CH, Liao KF, Su LT, Sung FC, Lin CC. Association between polypharmacy and dementia in older people: A population-based case-control study in Taiwan. *Geriatr Gerontol Int.* 2012 Jan 10.
66. Lau DT, Mercado ND, Harris AT, Trittschuh E, Shega J, Weintraub S. Polypharmacy and potentially inappropriate medication use among community-dwelling elders with dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2010 Jan-Mar;24(1):56-63.
67. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-186.
68. Lee CY, Chen LK, Lo YK, Liang CK, Chou MY, Lo CC, Huang CT, Lin YT. Urinary incontinence: an under-recognized risk factor for falls among elderly dementia patients. *NeuroUrol Urodyn.* 2011 Sep; 30(7):1286-90.
69. Lim, W. S., Gammack, J. K., Van Niekerk, J., & Dangour, A. D. Omega 3 fatty acid for the prevention of dementia. *Cochrane Database Syst Rev*(1), (2006). CD005379. doi: 10.1002/14651858.CD005379.pub2
70. Lin FR, Metter EJ, O'Brien RJ, Resnick SM, Zonderman AB, Ferrucci L. Hearing loss and incident dementia. *Arch Neurol.* 2011 Feb;68(2):214-20.
71. Lindsay P, Bayley M, Hellings C, Hill M, Woodbury E, Phillips S. Selected topics in stroke management. Vascular cognitive impairment and dementia. In: Canadian best practice recommendations for stroke care. *CMAJ* 2008 Dec 2 179 (12 Suppl):E67-70.
72. Loy C. Schneider L. Galantamine for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev*(1), (2006). CD001747. doi: 10.1002/14651858.CD001747.pub3
73. Lucas-Carrasco R. Spanish version of the Geriatric Depression Scale: reliability and validity in persons with mild-moderate dementia. *Int Psychogeriatr.* 2012 Apr 5:1-7.
74. Maidment I, Fox C, Boustan M. Cholinesterase inhibitors for Parkinson's disease dementia. *Cochrane Database Syst Rev*(1), (2006). CD004747. doi: 10.1002/14651858.CD004747.pub2
75. Malouf M, Grimley EJ, Areosa SA. Folic acid with or without vitamin B12 for cognition and dementia. *Cochrane Database Syst Rev*(4), (2003). CD004514. doi: 10.1002/14651858.CD004514
76. Malouf R, Areosa SA. Vitamin B12 for cognition. *Cochrane Database Syst Rev*(3), (2003). CD004326. doi: 10.1002/14651858.CD004326
77. Malouf R, Grimley EJ. The effect of vitamin B6 on cognition. *Cochrane Database Syst Rev*(4), (2003). CD004393. doi: 10.1002/14651858.CD004393
78. Marchington KL, Carrier L, Lawlor PG. Delirium masquerading as depression. *Palliat Support Care.* 2012;10(1):59-62.
79. Masoro E, Austand SN. *Handbook of the biology of aging.* Amsterdam; Boston. Elsevier Academic Press 2006
80. Mayor S. Regulatory authorities review use of galantamine in mild cognitive impairment. *BMJ*, 2005; 330(7486), 276. doi: 330/7486/276-b [pii]

81. McCarney, R., Warner, J., Fisher, P., & Van Haselen, R. Homeopathy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*(1), (2003). CD003803. doi: 10.1002/14651858.CD003803
82. McGuinness B, Craig D, Bullock R, Passmore P. Statins for the prevention of dementia. *Cochrane Database Syst Rev*(2), (2009). CD003160. doi: 10.1002/14651858.CD003160.pub2
83. McGuinness B, O'Hare J, Craig D, Bullock R, Malouf R, Passmore P. Statins for the treatment of dementia. *Cochrane Database Syst Rev*(8), (2010). CD007514. doi: 10.1002/14651858.CD007514.pub2
84. McKhann G, Drachman D, Folstein M, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 1984; 34: 939-944.
85. McShane R., Areosa Sastre, A., & Minakaran, N. Memantine for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*(2), (2006). CD003154. doi: 10.1002/14651858.CD003154.pub5
86. Mejía-Arango S, Miguel-Jaimes A, Villa A, Ruiz-Arregui L, Gutiérrez-Robledo LM. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública Méx* 2007; Vol. 49(sup 4):475-481.
87. Michell AJ, Shiri FM. Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia. Meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. *Acta psychiatr Scand*. 2009;119: 252-265
88. Monastero R. Mangialasche F. A systematic review of neuropsychiatric symptom sin mild cognitive impairment. *Journal of alzhemimers disease* 18 (2009) 11-30.
89. Morley JE, Seema J. Cognitive impairment. *Med clin North Am*. 2006. 769-787.
90. Muir SW, Gopaul K, Montero Odasso MM. The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2012 May;41(3):299-308.
91. NICE: National Collaborating Center For Mental Health. Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People With Dementia and Their Carers in Health and Social Care. National Clinical Practice Guideline 42. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2007.
92. Nguyen H, Black S, Ray L, Espino D, Markides K. Cognitive Impairment and Mortality in Older Mexican Americans. *American Geriatrics Society*. 2003: 51 (2) 178-183.
93. Orsitto G. Different components of nutritional status in older inpatients with cognitive impairment. *J Nutr Health Aging*. 2012 May;16(5):468-71.
94. Ostrosky-Solís F, Ardila A, Rosselli M. NEUROPSI: a brief neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and educational level. *J Int Neuropsychol Soc*. 1999 Jul;5(5):413-33.
95. Palos GR, Mendoza TR, Liao KP, Anderson KO, Garcia-Gonzalez A, Hahn K, et al. Caregiver symptom burden: the risk of caring for an underserved patient with advanced cancer. *Cancer*. 2011 Mar 1;117(5):1070-9.
96. Peres K, Helmer C, Amieva H, Orgogozo JM, Rouch I, Dartigues JF, Barberger-Gateau P. Natural history of decline in instrumental activities of daily living performance over the 10 years preceding the clinical diagnosis of dementia: a prospective population-based study. *J Am Geriatr Soc*. 2008 Jan;56(1):37-44.
97. Pérez V. Demencias, su enfoque diagnóstico. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2006; 22(4).

98. Peterson RC, Selamawit N. Mild cognitive impairment: An overview. *The International Journal of neuropsychiatric Medicine*. 2008;13 (1):45-53
99. Pezzotti P, Scalmana S, Mastromattei A, Di Lallo D; Progetto Alzheimer Working Group. The accuracy of the MMSE in detecting cognitive impairment when administered by general practitioners: a prospective observational study. *BMC Fam Pract*. 2008 May 13;9:29.
100. Potter R, Ellard D, Rees K, Thorogood M. A systematic review of the effects of physical activity on physical functioning, quality of life and depression in older people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011 Oct;26(10):1000-11.
101. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer's Disease and Other Dementias. 2007. Disponible en: www.psych.org.
102. Press D, et al. Treatment of Dementia. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2012.
103. Qaseem A, Snow V, Cross JT Jr, Forcica MA, Hopkins R Jr, Shekelle P, Adelman A, Mehr D, Schellhase K, Campos- Outcalt D, Santaguida P, Owens DK, American College of Physicians/American Academy of Family Physicians Panel on Dementia. Current pharmacologic treatment of dementia: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med* 2008 Mar 4;148(5):370-8.
104. Raji MA, Al Snih S, Ostir GV, Markides KS, Ottenbacher KJ. Cognitive status and future risk of frailty in older Mexican Americans. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2010 Nov;65(11):1228-34.
105. Raschetti R, Albanese E, Vanacore N, Maggini M. Cholinesterase inhibitors in mild cognitive impairment: a systematic review of randomised trials. *PLoS Med*, 2007;4(11):e338.
106. Regalado P, Aspiazu P, Sánchez ML, Almenar C, Factores de riesgo vascular y enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:98-105.
107. Reisberg B. Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacol Bull*. 1988; 24(4):653-9.
108. Rodriguez-Martin, J. L., Qizilbash, N., & Lopez-Arrieta, J. M. Thiamine for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*(2), (2001). CD001498. doi: CD001498 [pii]
109. Rolinski M., Fox, C., Maidment, I., & McShane, R. Cholinesterase inhibitors for dementia with Lewy bodies, Parkinson's disease dementia and cognitive impairment in Parkinson's disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, (2012). CD006504. doi: 10.1002/14651858.CD006504.pub2
110. Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology* 1993;43: 250.
111. Ross GW, Bowen JD. The diagnosis and differential diagnosis of dementia. *Med Clin N Am*. 2002;86:455-476.
112. Sabbagh MN, Cooper K, DeLange J, Stoehr JD, Thind K, Lahti T, Reisberg B, Sue L, Vedders L, Fleming SR, Beach TG. Functional, global and cognitive decline correlates to accumulation of Alzheimer's pathology in MCI and AD. *Curr Alzheimer Res*. 2010 Jun;7(4):280-6.
113. SABE. Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) En América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Organización Mundial de la Salud Original: Español XXXVI

- Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud Kingston, Jamaica - 9-11 de julio de 2001. Encuesta Multicéntrica.
114. Sachs G, Carter R, Holtz L, Smith F, Stump T. et al. Cognitive Impairment: An Independent Predictor of Excess Mortality. *Ann Intern Med.* 2011; 155:300-308.
 115. Sadamori S, Hayashi S, Fujihara I, Abekura H, Hamada T, Akagawa Y. Nutritional status and oral status of the elderly with dementia: a 2-year study. *Gerodontology.* 2012 Jun;29(2):e756-60.
 116. Sadowsky CH, Galvin JE. Guidelines for the management of cognitive and behavioral problems in dementia. *J Am Board Fam Med,* 2012;25(3):350-366.
 117. Salloway, S., Ferris, S., Kluger, A., Goldman, R., Griesing, T., Kumar, D., et al. Efficacy of donepezil in mild cognitive impairment: a randomized placebo-controlled trial. *Neurology,* 2004; 63(4), 651-657.
 118. Salva A, Andrieu S, Fernandez E, Schiffrin EJ, Moulin J, Decarli B, Rojano-i-Luque X, Guigoz Y, Vellas B; NutriAlz group. Health and nutrition promotion program for patients with dementia (NutriAlz): cluster randomized trial. *J Nutr Health Aging.* 2011;15(10):822-30.
 119. Schubert CR, Carmichael LL, Murphy C, Klein BE, Klein R, Cruickshanks KJ. Olfaction and the 5-year incidence of cognitive impairment in an epidemiological study of older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2008 Aug;56(8):1517-21.
 120. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention.* New York: Haworth, 1986.
 121. SIGN. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Patients With Dementia. A National Clinical Guideline. 2006
 122. Seitz DP, Adunuri N, Gill SS, Rochon PA. Prevalence of dementia and cognitive impairment among older adults with hip fractures. *J Am Med Dir Assoc.* 2011 Oct;12(8):556-64.
 123. Sikkes SA, Visser PJ, Knol DL, de Lange-de Klerk ES, Tsolaki M, Frisoni GB, Nobili F, Spuru L, Rigaud AS, Frölich L, Rikkert MO, Soininen H, Touchon J, Wilcock G, Boada M, Hampel H, Bullock R, Vellas B, Pijnenburg YA, Scheltens P, Verhey FR, Uitdehaag BM. Do instrumental activities of daily living predict dementia at 1- and 2-year follow-up? Findings from the Development of Screening guidelines and diagnostic Criteria for Predementia Alzheimer's disease study. *J Am Geriatr Soc.* 2011 Dec;59(12):2273-81.
 124. Shulman KI. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry.* 2000 Jun;15(6):548-61. Review.
 125. Silver J. Special issue: spinal cord regeneration and repair. *Exp Neurol.* 2008 Feb; 209(2):293.
 126. Tamanini JT, Santos JL, Lebrão ML, Duarte YA, Laurenti R. Association between urinary incontinence in elderly patients and caregiver burden in the city of Sao Paulo/Brazil: Health, Wellbeing, and Ageing Study. *Neurourol Urodyn.* 2011 Sep;30(7):1281-5.
 127. Teri L, Gibbons LE, McCurry SM, Logsdon RG, Buchner DM, Barlow WE, et al. Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. *JAMA,* 2003;290(15):2015-2022.

128. Teri L, Logsdon RG, McCurry SM. Nonpharmacologic treatment of behavioral disturbance in dementia. *Med Clin North Am*, 2002;86(3):641-656.
129. Thompson K, Allen S. Outcomes of emergency admission of older patients: impact of cognitive impairment. *British Journal of Hospital Medicine*, June 2008: (69) 6 320-323.
130. Tschanz JT, Corcoran C, Skoog I, et al. Dementia: the leading predictor of death in a defined elderly population: the Cache County Study. *Neurology* 2004;62(7):1156-62.
131. Ventura RL. Deterioro cognitivo en el envejecimiento normal. *Revista de Psiquiatria y salud Mental*. 2004;V(2) 2004 pp: 17-25
132. Voyer P, Richard S, Doucet L, Carmichael PH. Factors associated with delirium severity among older persons with dementia. *J Neurosci Nurs*. 2011 Apr;43(2):62-9.
133. Webster G, James D. The diagnosis and differential diagnosis of dementia. *Med Clin N Am*. 2002 (86)455-476
134. Wei LA, Fearing MA, Sternberg EJ, Inouye SK. The Confusion Assessment Method: a systematic review of current usage. *J Am Geriatr Soc*. 2008 May;56(5):823-30.
135. Wild R, Pettit T, Burns A. Cholinesterase inhibitors for dementia with Lewy bodies. *Cochrane Database Syst Rev*(3), (2003). CD003672. doi: 10.1002/14651858.CD003672
136. Williams PS, Rands G, Orrel M, Spector A. Aspirina para la Demencia Vascular (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
137. Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA*. 2010 Jul 28;304(4):443-51.
138. Zanetti M, Ballabeo, Abbote Carlo. Mild Cognitive impairment subtypes and vascular dementia in community dwelling elderly people: A 3 years follow up study. *J Am Geriatr Soc*. 54:580-586.2006.

8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

NOMBRE	CARGO/ADSCRIPCIÓN
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de la División de Excelencia Clínica
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefe de área Médica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud / SSA

Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General del IMSS

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Mtro. Sergio Hidalgo Monroy Portillo
Director General del ISSSTE

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín
Titular del DIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel
Director General de PEMEX

Secretaría de Marina / SEMAR

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional / SEDENA

General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General / CSG

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno
Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo
Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez
Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniegra Osorio
División de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidente
Dr. Pablo Kuri Morales Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. David García Junco Machado Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Alfonso Petersen Farah Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Secretario del Consejo de Salubridad General	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Urólogo Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. José Rafael Castillo Arriaga Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Guadalupe Fernández Vega AlbaFull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dra. Martha Griselda del Valle Cabrera Directora General de Integración Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. José Meljem Moctezuma Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Francisco Hernández Torres Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza Directora General de Información en Salud	Titular
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Norberto Treviño García Manzo Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2012-2013
Dr. Germán Tenorio Vasconcelos Secretario de Salud en el Estado de Oaxaca	Titular 2012-2013
Dr. Jesús Frago Bernal Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tlaxcala	Titular 2012-2013
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan López Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dra. Sara Cortés Bargalló Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Ing. Ernesto Dieck Assad Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	Asesor Permanente

Dr. Sigfrido Rangel Fraustro

Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud

Dra. Mercedes Macías Parra

Presidenta de la Academia Mexicana de Pediatría

Dr. Esteban Hernández San Román

Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC

Asesor Permanente

Invitado

Secretario Técnico