

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico y Tratamiento de la **DEMENCIA VASCULAR**

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **XXX-##-#-10**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



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 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: **Diagnóstico y Tratamiento de la Demencia Vascul** México: Secretaría de Salud, 2011

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

CIE-10: F01 Demencia Vascular
 GPC: Diagnóstico y Tratamiento de la Demencia Vascular

AUTORES Y COLABORADORES

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. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, DF.
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------------	--

Autores:

Dr. Salvador Amadeo Fuentes Alexandro	Medico Internista y Geriatra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico No Familiar, Hospital General de Zona 2A. Troncoso. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, DF.
---------------------------------------	------------------------------	--------------------------------------	--

Dr. José Luis Guzmán Guzmán	Neurólogo	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico No Familiar, UMAE Centro Médico Nacional de Occidente. Hospital de Especialidades. Guadalajara, Jalisco.
-----------------------------	-----------	--------------------------------------	---

Validación Interna

Dra. Rosalía Rodríguez García	Médico Internista y Geriatra	Instituto de Seguridad Social y de Servicios de los Trabajadores del Estado	Profesor Titular del Curso de Especialización en Geriatría, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. ISSSTE. México DF.
-------------------------------	------------------------------	---	--

Dr. Carlos d'Hyver De las Deses Juliac y Wiehcer	Médico Geriatra	Centro Médico ABC	Jefe de Servicio de Geriatría, Profesor Titular del Curso de Especialización en Geriatría, Centro Médico ABC campus Observatorio. México DF
--	-----------------	-------------------	---

Validación Externa:

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES	4
1. CLASIFICACIÓN.....	6
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA	7
3. ASPECTOS GENERALES	8
3.1 ANTECEDENTES.....	8
3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA.....	9
3.3 DEFINICIÓN	10
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	11
4.1 FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA VASCULAR.....	12
4.2 DIAGNOSTICO CLÍNICO DE DEMENCIA VASCULAR.....	13
4.3 ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO DE NEUROIMAGEN	17
4.4 TRATAMIENTO DE LA DEMENCIA VASCULAR.....	18
4.5 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.....	20
4.6 PRONOSTICO	22
4.7 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	23
5. ANEXOS.....	24
5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	24
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN	26
5.3 CRITERIOS DE LA NINDS-AIREN PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA VASCULAR	30
5.4 EXAMEN MINI-MENTAL DE FOLSTEIN	31
5.5 TEST DEL RELOJ.....	34
6. GLOSARIO.....	41
7. BIBLIOGRAFÍA.....	45
8. AGRADECIMIENTOS.	49
9. COMITÉ ACADÉMICO.	50
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	51
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	52

1. CLASIFICACIÓN.

Catálogo Maestro: <código de catálogo>	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Médico General, Médico Familiar, Médico Internista, Médico Neurólogo, Médico Geriatra, Médico Psiquiatra, Psicólogo
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	F 01X, F010, F011, F012, F013, F018, F019
CATEGORÍA DE GPC	Primero, Segundo o Tercer Nivel de Atención Diagnóstico y Tratamiento
USUARIOS POTENCIALES	Médico General, Médico Familiar, Médico Internista, Médico Neurólogo, Médico Geriatra, Médico Psiquiatra, Psicólogo.
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Instituto Mexicano del Seguro Social
POBLACIÓN BLANCO	Hombres y mujeres mayores de 60 años
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR	Instituto Mexicano del Seguro Social
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Medicamentos: Inhibidores de colinesterasa, Memantina, antiagregantes plaquetarios Estudios de laboratorio Estudios de radiografía, tomografía, Resonancia magnética y ultrasonografía
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Mejorar la calidad de atención portadores de demencia vascular Impactar favorablemente en la calidad de vida. Referencia oportuna a las unidades médicas con capacidad resolutive
METODOLOGÍA	Definir el 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: 82 Guías seleccionadas: 3 del período 1996-2011 ó actualizaciones realizadas en este período Revisiones sistemáticas: 4 Ensayos controlados aleatorizados: 10 Reporte de casos: 0 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 Responder a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Responder a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones * Ver anexo
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 Revisión externa : Academia Nacional 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	REGISTRO _____ FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i>

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

1. ¿Cuáles son las medidas de prevención recomendadas para la demencia vascular?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar Demencia Vascular?
3. ¿Cómo se diagnostica la Demencia Vascular?
4. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de la Demencia Vascular?
5. ¿Cuál es la utilidad de los estudios paraclínicos en el diagnóstico de la Demencia Vascular?
6. ¿Cuál es el tratamiento inicial de la Demencia Vascular?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

América Latina se encuentra en un proceso de crecimiento de la población anciana, como consecuencia de los cambios en las condiciones de vida y el progreso de las ciencias médicas. Estos factores, junto con el control de la natalidad, conducen a un proceso de envejecimiento de la población que traerá diversas consecuencias en los ámbitos económicos, sociales y políticos.

El deterioro en la calidad de vida como consecuencia del envejecimiento va ligado a un déficit en la salud física y mental, el deterioro cognoscitivo, el cual incluye alteración en la memoria y otras capacidades cognoscitivas, representa un problema de salud pública, ya que es una de las enfermedades más costosas e incapacitantes asociadas al envejecimiento, el impacto emocional en el paciente y familiares es devastador y el costo social es enorme. La demencia vascular es de las pocas demencias que se puede prevenir, por lo tanto, una detección temprana y un diagnóstico adecuado son importantes para evitar un mayor deterioro.

La demencia vascular y la Enfermedad de Alzheimer (EA) son las causas más comunes de deterioro cognoscitivo en la edad adulta, colocándose la demencia vascular como la segunda causa para países anglosajones, sin embargo se ha reportado como la forma más común en algunas partes de Asia y probablemente en América Latina. La prevalencia varía desde 1.5/100,000 habitantes. Las tasas de prevalencia de demencia vascular se duplican cada 5.3 años, comparadas contra cada 4.5 años para enfermedad de Alzheimer. Jorm et al, realizó en un meta-análisis de 47 estudios internacionales sobre prevalencia de demencia vascular y encontró que la prevalencia se incrementaba exponencialmente con la edad. La prevalencia es 9 veces más alta en pacientes quienes han tenido un infarto cerebral que en controles. En el primer año después del infarto cerebral 25% desarrollan demencia y dentro de los siguientes 4 años el riesgo relativo para presentarla es de 5.5%. La incidencia global se estima entre el 10 al 40%, con una media del 20%, esta variabilidad se atribuye a inconsistencias metodológicas en el registro, y probablemente exista un subregistro en el diagnóstico. La incidencia es más alta en hombres que en mujeres, esto probablemente recae en la mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular aterosclerótica conocida del género, dando como resultado co-existencia de cambios histológicos relacionados a ambas enfermedades. La mortalidad es relativamente alta, se estima que el promedio de vida después del diagnóstico es de 3 a 5 años.

La enfermedad cerebrovascular es ampliamente reconocida como causa de deterioro cognoscitivo en la etapa adulta, sea aislada o en conjunción con la enfermedad de Alzheimer u otras patologías. Los mecanismos de demencia vascular más comunes son, infartos corticales múltiples, infarto cerebral estratégico y enfermedad de pequeños vasos.

En esta guía clínica, el término "demencia vascular" (recientemente renombrada como trastorno cognoscitivo vascular), es usado como término preferente que incluye a todas las demencias relacionadas a trastornos vasculares cerebrales que se han descrito como: "demencia arterioesclerótica", "demencia multi-infarto", "demencia post-accidente vascular cerebral estratégica", "demencia vascular debido a lesiones lacunares" "demencia vascular subcortical", "leukoaraiosis", "enfermedad de Binswanger".

3. ASPECTOS GENERALES

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica para el **Diagnóstico y Tratamiento de la Demencia Vascular**, 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 de salud de los 3 niveles de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre el diagnóstico y el tratamiento de personas con deterioro cognoscitivo de origen vascular, así como los criterios de referencia y contra-referencia de esta entidad nosológica. Los objetivos de la guía son:

1. Proporcionar una síntesis de la mejor evidencia en el diagnóstico y tratamiento inicial de los pacientes con deterioro cognoscitivo de origen vascular.
2. Proporcionar los criterios clínicos de diagnóstico que permitirán identificar de manera oportuna a las personas con demencia vascular.
3. Identificar pacientes en etapas iniciales de la enfermedad para brindarles el mayor beneficio terapéutico.
4. Establecer las recomendaciones del tratamiento médico inicial en los pacientes con demencia vascular.
5. Definir los criterios de referencia y contrarreferencia para los pacientes con deterioro cognoscitivo de origen vascular para su atención adecuada.

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. ASPECTOS GENERALES

3.3 DEFINICIÓN

La demencia es un síndrome neurológico común con significativo impacto sobre la mortalidad y morbilidad de adultos mayores, siendo las formas más comunes la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular.

La demencia vascular es una entidad heterogénea con un espectro clínico patológico muy amplio, causado por enfermedad cerebro-vascular isquémica o hemorrágica o por lesiones cerebrales hipoxo-isquémicas. Ha sido clásicamente ligada a daño cortical y subcortical resultante de arteriopatía oclusiva cerebral, cardíaca o sistémica. El diagnóstico de demencia vascular generalmente se fundamenta sobre una base de evidencia clínica de daño vascular cerebral, estudios de neuroimagen y la presencia de un deterioro cognoscitivo progresivo. El diagnóstico definitivo requiere de documentación histopatológica.

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, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de éstos 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



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

4.1 FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA VASCULAR

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"></div> <div> <p>Los factores de riesgo cardiovascular que contribuyen para el desarrollo de demencia vascular se han clasificado en modificables y no modificables.</p> <p><u>No modificables:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad, sexo, grupo étnico, historia familiar. <p><u>Modificables</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperlipidemia, fibrilación auricular, tabaquismo, obesidad, enfermedad carotídea, homocisteinemia. </div> </div>	<p style="text-align: center;">Ia [E. Shekelle] <i>Romero JR, et al. 2008</i> <i>Forette F. et al 1998</i></p>

E

Se consideran pacientes con alto riesgo para deterioro cognoscitivo vascular a aquellos que presentan los siguientes factores de riesgo: hipertensión, edad mayor a 65 años, hiperlipidemia, diabetes, evidencia clínica de evento vascular cerebral, hallazgos en imágenes de neurodiagnóstico de evento vascular cerebral y/o leucoencefalopatía, daño a otros órganos diana y aquellos pacientes con cambios cognoscitivos o funcionales que son clínicamente evidentes o reportados durante la realización de la historia clínica.

A
Lindsay P, et al. 2008
NGC-7115

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
Lindsay P, et al. 2008
NGC-7115

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

4.2 DIAGNOSTICO CLÍNICO DE DEMENCIA VASCULAR

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>La evidencia muestra que el mejor método para el diagnóstico de Demencia Vascular es la evaluación clínica. Se debe contar con 3 elementos básicos:</p> <p>E</p> <p>a) Pérdida de función(es) cognoscitiva(s). b) Lesiones cerebrovasculares demostradas por algún método de imagen. c) Relación temporal entre las lesiones vasculares y la demencia (3 meses). Además de la exclusión de otras causas de demencia.</p>	<p>2++ SIGN, 2006</p>
<p>Los criterios diagnósticos para demencia vascular deberán basarse en los criterios definidos por la DSM-IV para demencia y del "National Institute of Neurologic Disorders and Stroke-Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences" (NINDS-AIREN) para demencia vascular. (Ver anexo 5.3)</p> <p>E</p>	<p>2++ SIGN, 2006</p> <p>III [E. Shekelle] Román GC. et al, 2002</p>

E

Criterios diagnósticos del DSM-IV-R:

Demencia se define como la presencia de un deterioro adquirido en la memoria, asociada a alteraciones en uno o más dominios cognoscitivos que incluyen:

- a) Función ejecutiva (pensamiento abstracto, juicio, razonamiento),
- b) Lenguaje (expresivo o receptivo),
- c) Praxis (secuencias motoras aprendidas),
- d) Gnosis (habilidad para reconocer objetos, rostros u otras informaciones sensoriales).

Los deterioros en la cognición deberán ser los suficientemente severos para interferir en los planos laboral, social y/o personal.

Criterios diagnósticos para Demencia Vascular del NINDS-AIREN:

I. Criterios para el diagnóstico de Demencia Vascular probable incluye todos los siguientes:

1. Presencia de Demencia (DSM-IV).
2. Presencia de Enfermedad cerebrovascular en neuroimagen.
3. Relación temporal de las dos entidades previas, manifiesta o inferida.

II. Manifestaciones clínicas que apoyan el diagnóstico de Demencia Vascular probable:

1. Alteraciones en la marcha de manera temprana.
2. Historia de inestabilidad postural y caídas.
3. Alteraciones urológicas.
4. Parálisis pseudobulbar.
5. Alteraciones y cambios bruscos de la personalidad y el ánimo.

III. Características que hacen del diagnóstico de Demencia Vascular incierto o poco probable:

1. Inicio temprano de alteraciones en la memoria y otra función cognitiva en ausencia de lesiones focales correspondientes en estudios de imagen.
2. Ausencia de signos neurológicos focales.
3. Ausencia de enfermedad cerebrovascular detectada por TC o IRM.

IV. Criterios para el diagnóstico de demencia vascular definitiva son:

1. Criterios clínicos de demencia vascular probable.
2. Las pruebas histopatológicas de enfermedad cardiovascular obtenida por biopsia o autopsia.
3. Ausencia de ovillos neurofibrilares y placas neuríticas superiores a los esperados para la edad-
4. A ausencia de otros trastornos clínicos o patológicos capaces de producir demencia.

(Ver Anexo 5.3)

2++
SIGN, 2006

III
[E. Shekelle]
Román GC. et al, 2002

E

IIb
[E. Shekelle]
Román GC. et al 2002

R

Todos los pacientes con factores de riesgo vascular, evidencia clínica de infarto/hemorragia cerebral, ataque isquémico transitorio, hipoperfusión cerebral por evento cardiovascular, hallazgos de neuroimagen compatibles con eventos vasculares cerebrales (grandes y pequeños vasos) deben ser considerados en alto riesgo para el desarrollo de deterioro cognoscitivo de origen vascular y se deben realizar estudios breves de escrutinio como apoyo diagnóstico (Mini-Mental ó Prueba del Reloj ó Evaluación Cognoscitiva de Montreal). (Ver anexos 5.4, 5.5 y 5.6).

B

Lindsay P. et al. 2008

R

Los estudios breves de escrutinio no han sido desarrollados para diferenciar entre los diferentes tipos de demencia, por lo tanto no deben ser utilizados para este propósito.

Grado D,

Nivel de evidencia 2.

[CMA] *Howard H, et al. 2008*

E

Los pacientes con sospecha de deterioro cognoscitivo de origen vascular deben ser valorados para excluir **depresión**, ya que se ha demostrado que dicha enfermedad contribuye al deterioro cognoscitivo en pacientes con enfermedad cerebrovascular.

B

[NGC-7115]
Chertkow. et al. 2007

E

El concepto de "depresión vascular" hace referencia a casos de depresión de inicio tardío, asociada con infartos cerebrales observados en estudios de neuroimagen y factores de riesgo cardiovascular, con déficit cognitivos, y característicamente con pobre respuesta a fármacos antidepresivos

III

[E. Shekelle]

Thuile J. et al. 2007

E

La *Evaluación del Estado mental abreviado* ("Mini-Mental") ha sido validada como prueba de escrutinio corta para diferenciar pacientes con deterioro cognoscitivo de los que no.

2++

SIGN, 2006

III

[E. Shekelle]

Mungas D et al. 1996

E

El *Mini Mental* posee una sensibilidad entre el 44% y 100% y una especificidad de entre el 46% y 100% para establecer diagnóstico de demencia. El punto de corte establecido para normalidad es ≥ 26 puntos para individuos con 5-8 años de escolaridad y de 22 para individuos de 0-4 años.

III

[E. Shekelle]

Tombaugh TN, et al. 1992

Crum RM, et al. 1993

E

El instrumento de escrutinio “*Evaluación Cognoscitiva de Montreal*” comparado con el instrumento “*Mini Mental*” es considerado más sensible para determinar deterioro cognoscitivo, en pacientes que se sospecha demencia vascular.

B
NGC-7115
Chertkow. et al. 2007

E

El instrumento de escrutinio “*Prueba del Reloj*”, evalúa la función ejecutiva y ha sido validado en muestras comunitarias extensas para diferenciar pacientes con demencia, con una sensibilidad entre 20% y 60% y una especificidad entre el 60%-93%

III
[E. Shekelle]
Howard H, et al. 2008

E

No hay evidencia sobre la validez de algún tipo de examen de laboratorio para apoyar el diagnóstico de deterioro cognoscitivo de origen vascular.

2++
[SIGN, 2006]

E

En los pacientes que se sospeche de deterioro cognoscitivo es importante considerar la presencia de condiciones médicas que puedan ser causas reversibles de deterioro de la función cognoscitiva como Hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, alcoholismo, neurosífilis, hipocalcemia, e infección por VIH, alteraciones tóxico-metabólicas, paraneoplásicos, autoinmunes, traumatismo, etc.

2++
SIGN, 2006

E

El “*Escala isquémica de Hachinski*” es un instrumento clínico para diferenciar la demencia tipo Alzheimer, demencia vascular o la co-existencia de ambas entidades consta de 13 elementos, cada uno genera una puntuación distinta y de acuerdo a la suma de éstos se cataloga al paciente:

1. Puntuación menor a 4: sugiere demencia tipo Alzheimer
2. Puntuación mayor a 7: sugiere demencia vascular
3. Puntuación entre 5 y 6: sugiere la coexistencia de Demencia vascular y enfermedad de Alzheimer.
(Ver anexo 5.7)

Ia
[E. Shekelle]
Moroney JT, et al.1997
Hachinski VC, et al.1975



El “Escala isquémica de Hachinski” Tiene una sensibilidad del 89% y una especificidad de 89% para diferenciar demencia vascular contra demencia Alzheimer. El estudio se realizó comparándolo con muestras histopatológicas.

1a
[E. Shekelle]
Moroney JT, et al, 1997



Es recomendable realizar la diferenciación entre demencia vascular, enfermedad de Alzheimer o la co-existencia de las 2 entidades, para esto se ha descrito el “Escala isquémica de Hachinski”, con el fin de identificar de mejor manera el tratamiento y la prevención.

C
Román GC. et al, 2002

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

4.3 ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO DE NEUROIMAGEN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Los estudios de neuroimagen (Tomografía Axial computada TAC, Resonancia Magnética RM) permiten una evaluación detallada de los patrones estructurales cerebrales y facilitan la exclusión de lesiones neuroquirúrgicas.</p>	<p>1a [E. Shekelle] <i>Feldman HH. 2008</i></p>
	<p>Con base en los criterios diagnósticos para demencia vascular NINDS-AIREN se requiere de evidencia que demuestre lesiones cerebrovasculares por estudios de imagen como tomografía computada o Resonancia magnética y descartar otras causas potencialmente tratables de demencia (ejemplo: hidrocefalia, absceso cerebral, etc.).</p>	<p>C [E. Shekelle] <i>Roman GC, et al. 1993</i></p>
	<p>La presentación clásica de disfunción neurológica de inicio súbito seguido de un deterioro cognoscitivo gradual en la demencia vascular, probablemente ocurra en menos de la mitad de los casos. Debido a estos casos clínicamente silentes es importante obtener un estudio de neuroimagen en todos los casos con sospecha de demencia.</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>

✓/R

La resonancia magnética tiene mayor capacidad de resolución de imagen proporcionando mayor información sobre la localización, extensión y número de las lesiones vasculares cerebrales. Sin embargo, técnicas novedosas por RM (ej. RM por difusión aparente, por difusión pesada, espectroscopia, etc.), tomografía por emisión de fotón único, tomografía por emisión de positrones, no son recomendadas rutinariamente para el abordaje diagnóstico de la demencia vascular por no proporcionar información adicional a la Resonancia Magnética o tomografía axial computarizada.

Punto de Buena Práctica

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

4.4 TRATAMIENTO DE LA DEMENCIA VASCULAR

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p>R</p>	<p>Todos los factores de riesgo para enfermedad vascular deben de ser manejados energicamente para alcanzar un control óptimo.</p>	<p>A NGC-7115 Chertkow, 2007</p>
<p>E</p>	<p>En los pacientes con un evento vascular cerebral previo el tratamiento adecuado de la hipertensión arterial sistémica reduce el riesgo de evento cerebrovascular recurrente.</p>	<p>Ia [A. Shekelle] Gueyffier et al. 1997</p>
<p>R</p>	<p>El control óptimo de la presión arterial en personas hipertensas es especialmente recomendable, debido a los beneficios observados en la reducción de la mortalidad, los eventos cardiovasculares y de demencia de origen vascular.</p>	<p>B [E. Shekelle] Forette F et al, 2002</p>
<p>E</p>	<p>En ensayos clínicos controlados aleatorizados el tratamiento para prevención secundaria (posterior a un EVC) con estatinas para la reducción del colesterol, demostró una disminución en la incidencia de nuevos eventos vasculares cerebrales pero no influyo en el curso del deterioro cognitivo o demencia.</p>	<p>1b [E. Shekelle] Collins R, 2004</p>

E

Mientras que la eficacia de la aspirina en la prevención secundaria del evento vascular cerebral esta establecida, no hay estudios que examinan la eficacia de la aspirina u otros antiagregantes plaquetarios en la prevención o el tratamiento de demencia vascular.

1b
[E. Shekelle]
Williams PS, 2008

R

A los pacientes que se les demuestre un deterioro cognoscitivo deberán ser remitidos a un profesional de la salud experto para una evaluación del estado cognoscitivo y/o funcional adicional para determinar la severidad e impacto de los déficits en la función y en las actividades de la vida diaria, para la implementación de estrategias e intervenciones

B
NGC-7115
Cherktow, 2007

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 que no identificarse una relación costo beneficio favorable.

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

R

Los inhibidores de la colinesterasa pueden ser considerados para el tratamiento de enfermedad de Alzheimer con un componente cerebrovascular asociado.

A
[E. Shekelle]
Craig D, et al 2006

R

Es necesario un análisis individual de los pacientes para identificar subgrupos de pacientes con demencia vascular que podrían beneficiarse con el uso de inhibidores de colinesterasa o memantina.

A
Kavirajan F. 2007

R

La evidencia es insuficiente al comparar la efectividad de los diferentes agentes farmacológicos para el tratamiento de la demencia vascular. Por lo tanto la elección del agente farmacológico debe basarse en la tolerabilidad, perfil de efectos adversos, facilidad para uso y costo-beneficio del medicamento. (ver cuadro de medicamentos 5.8)

Recomendación débil
Evidencia de baja calidad
Qaseem A, 2008, ACP

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.

A
[E. Shekelle]
Fioravanti, M 2005
Frampton, M 2003
Birks, J, 2002
Flicker, L 2001

R

La prevención secundaria de eventos cerebro-vasculares recurrentes debe ser realizada con fármacos antihipertensivos, estatinas y antiagregantes plaquetarios, para disminuir el riesgo de nuevos eventos cerebrales.

B
[E. Shekelle]
Roman GC et al 2002.

E

El uso de antiagregantes plaquetarios reduce el riesgo de eventos cerebro-vasculares recurrentes en 17% para aspirina y en 25% para ticlopidina. Sin embargo, la ticlopidina presenta efectos adversos que limitan su uso, entre los que se describen sangrados gastrointestinales.

IIb
[A. Shekelle]
Majid A, et al. 2001

El clopidogrel no presenta los efectos adversos de la ticlopidina pero no es superior a aspirina en la reducción eventos cerebro-vasculares.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

4.5 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

✓/R

Se recomienda la conformación de un equipo multidisciplinario para la atención integral del paciente con demencia vascular. Se sugiere la intervención del terapeuta físico y ocupacional, psiquiatra, neurólogo, geriatra, terapeuta del lenguaje y trabajador social, según sea el caso.

Punto de Buena Práctica

E

Se deberán implementar estrategias de rehabilitación adaptadas de acuerdo a las limitaciones cognitivas y funcionales, así como de las habilidades cognitivas remanentes del individuo e identificar las necesidades y objetivos de los pacientes y los cuidadores.

B
"SCORE, 2007

- | | | |
|------------|--|---|
| E | El apoyo con terapia conductual con apoyo del cuidador del paciente han mostrado ser de utilidad para el manejo de los síntomas depresivos o conductuales característicos de la enfermedad | B
<i>SIGN, 2006</i> |
| R | Los cuidadores y familiares responsables deben recibir un entrenamiento en intervenciones para funciones mentales superiores efectivas para las personas con demencia. | B
<i>SIGN, 2006</i> |
| R | La terapia cognitiva y de rehabilitación deben ser utilizadas en pacientes con demencia y pueden ser otorgadas en casa por un cuidador o familiar entrenado. | B
<i>SIGN, 2006</i> |
| R | Se recomienda un programa de ejercicio físico estructurado y de conversación, actividades recreativas y ejercicios para mantener la movilidad y funcionalidad, así como para mejorar e incrementar la calidad de vida y sensación de bienestar. | B
<i>SIGN, 2006</i> |
| E | Se desconoce la efectividad que presenta la acupuntura para la demencia vascular. Se necesitan más pruebas para demostrar que la demencia vascular se puede tratar eficazmente con acupuntura. No existen ensayos clínicos aleatorizados y los ensayos de alta calidad son pocos. | IV
[E. Shekelle]
<i>Peng WN et al, 2008</i> |
| ✓/R | Es importante trabajar sobre el diseño y el modelaje del ambiente en donde vive la persona con demencia vascular, incluyendo: disminuir o eliminar los objetos que represente un riesgo físico para el paciente; limitar el acceso a los toma-corriente, gas, tomas de agua caliente, etc.; evitar modificaciones en el ambiente del paciente que lo sometan a estrés innecesario; estructurar su espacio de vida, procurando mantener los objetos en lugares fijos; limitar la presencia de estímulos sensitivos intensos; control adecuado de las salidas del hogar; en caso necesario puede optarse por señalización de los objetos o lugares de uso cotidiano. | Punto de Buena Práctica |

✓/R

Las actividades individualizadas deberán ser encaminadas a maximizar las habilidades remanentes del paciente basadas en sus preferencias previas, deben utilizarse sin descalificar la estimulación en otras áreas.

Punto de Buena Práctica

✓/R

Se deben vigilar datos de la manifestación conocida como “colapso del cuidador” que se presenta en las personas que están a cargo del paciente con demencia. Algunos de los síntomas son depresión, ansiedad, insomnio, maltrato, sensación de minusvalía, conflictos con otros familiares, disfunción sexual, entre otros. Se debe otorgar tratamiento oportuno y envío a grupos de apoyo y psicología según sea el caso.

Punto de Buena Práctica

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

4.6 PRONOSTICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p> <p>Los pacientes con demencia vascular tienen una morbi-mortalidad más elevada en comparación al resto de la población y con pacientes con enfermedad de Alzheimer de la misma edad, debido a mayor riesgo de enfermedad coronaria y de evento cerebro-vascular recurrente.</p>	<p>IIb [E. Shekelle] <i>Desmond DW, et al. 1998</i></p>
<p>E</p> <p>Estudios de seguimiento a largo plazo indican que los pacientes con un evento cerebrovascular agudo que desarrollan demencia presentan menor supervivencia a largo plazo, muerte asociada a los trastornos cognoscitivos y pérdida funcional en las actividades de la vida diaria.</p>	<p>IIb [E. Shekelle] <i>Melkas S, et al. 2009</i></p>
<p>E</p> <p>El 60% de los sobrevivientes de un infarto cerebral evolucionan a demencia vascular, y se relaciona con una disminución de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales.</p>	<p>III [E. Shekelle] <i>Lindsay P, et al. 2008</i></p>



La demencia vascular se presenta en un 26% dentro de los primeros 3 meses posterior al evento cerebrovascular afectando de forma negativa la recuperación y asociándose con un grado alto de mortalidad (61%)

III
[E. Shekelle]
Lindsay P, et al. 2008



La media de supervivencia para los pacientes con deterioro cognoscitivo de origen vascular se estima en 3.5 años.

III
[E. Shekelle]
Rockwood, K 2000

La progresión del déficit cognoscitivo y el tiempo para la institucionalización es similar entre la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

4.7 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



En el paciente con diagnóstico establecido de demencia vascular, se recomienda evaluar la progresión del deterioro cognoscitivo por lo menos cada 3 meses, dado que se presenta una amplia gama de manifestaciones en cada paciente. Por lo anterior, se recomienda reconocer con prontitud las necesidades del paciente y familiar para derivar al personal de la salud correspondiente (Geriatra, Neurólogo, Psiquiatra, Neuropsicólogo, nutriólogo, terapeuta ocupacional, físico y del lenguaje) a segundo y tercer nivel de atención oportunamente

Punto de Buena Práctica



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 referir al paciente para su atención a otra unidad de mayor capacidad resolutive, en los términos de la regionalización de los servicios y los lineamientos delegacionales en la materia.

Punto de Buena Práctica



En las unidades de primer nivel de atención ante la sospecha de demencia vascular, el paciente deberá ser enviado al servicio de neurología para su evaluación y complementación diagnóstica.

Punto de Buena Práctica

5. ANEXOS

5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

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

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.

Publicados durante los últimos 16 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, ensayos controlados y estudios de revisión relacionados con los temas

I. Demencia Vascular en PubMed

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 16 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: Demencia Vascular. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): classification, complications, diagnosis, diet therapy, drug therapy, epidemiology, etiology, genetics, mortality, nursing, pathology, prevention and control, psychology, radiography, radionuclide imaging, Rehabilitation y therapy, se limitó a la población adulta. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 61 resultados.

Protocolo de búsqueda de GPC.

Resultado Obtenido

("Dementia, Vascular"[Mesh] OR ("Dementia, Vascular/classification"[Mesh] OR "Dementia, Vascular/complications"[Mesh] OR "Dementia, Vascular/diagnosis"[Mesh] OR "Dementia, Vascular/diet therapy"[Mesh] OR "Dementia, Vascular/drug therapy"[Mesh] OR "Dementia, Vascular/epidemiology"[Mesh] OR "Dementia, Vascular/etiology"[Mesh] OR "Dementia, Vascular/genetics"[Mesh] OR "Dementia, Vascular/mortality"[Mesh] OR "Dementia, Vascular/nursing"[Mesh] OR "Dementia, Vascular/pathology"[Mesh] OR "Dementia,

Vascular/prevention and control"[Mesh] OR "Dementia, Vascular/psychology"[Mesh] OR "Dementia, Vascular/radiography"[Mesh] OR "Dementia, Vascular/radionuclide imaging"[Mesh] OR "Dementia, Vascular/rehabilitation"[Mesh] OR "Dementia, Vascular/therapy"[Mesh])) AND ("loattrfull text"[sb] AND "loattrfree full text"[sb] AND "humans"[MeSH Terms] AND ("male"[MeSH Terms] OR "female"[MeSH Terms])) AND (Clinical Trial[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp] OR Classical Article[ptyp] OR Clinical Trial, Phase IV[ptyp] OR Consensus Development Conference[ptyp] OR Consensus Development Conference, NIH[ptyp] OR Controlled Clinical Trial[ptyp] OR Guideline[ptyp])) AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND (medline[sb] OR jsubsetsn[text] OR systematic[sb]) AND ("middle aged"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms] OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms]) AND ("1995/01/01"[PDAT] : "2011/03/01"[PDAT]))

Algoritmo de búsqueda

1. Dementia vascular [Mesh]
2. Classification [Subheading]
3. Complications [Subheading]
4. Diagnosis [Subheading]
5. Diet therapy [Subheading]
6. Drug therapy [Subheading]
7. Epidemiology [Subheading]
8. Etiology [Subheading]
9. Genetics [Subheading]
10. Mortality [Subheading]
11. Nursing [Subheading]
12. Pathology [Subheading]
13. Prevention and control[Subheading]
14. Psychology [Subheading]
15. Radiography [Subheading]
16. Radionuclide imaging [Subheading]
17. Rehabilitation [Subheading]
18. Therapy[Subheading]
19. #2 OR #3 OR #4 OR # 5 OR # 6 OR # 7 OR # 8 OR # 9 OR # 10 OR # 11 OR # 12 OR # 13 OR # 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 OR # 18
20. #1 AND #18
21. 1995[PDAT]: 2011[PDAT]
22. # 20 AND # 21
23. Humans [MeSH]
24. # 22 AND # 23
25. English [lang]
26. Spanish [lang]
27. # 24 AND # 25 AND # 26
28. Clinical Trial [ptyp]
29. Meta-Analysis[ptyp]
30. Practice Guideline [ptyp]
31. Randomized Controlled Trial [ptyp]
32. Review[ptyp]
33. Classical Article[ptyp]

34. Clinical Trial, Phase IV[ptyp]
35. Consensus Development Conference, NIH[ptyp]
36. Controlled Clinical Trial[ptyp]
37. Guideline[ptyp]]
38. # 28 OR # 29 OR # 30 OR # 31 OR # 32 OR # 33 OR # 34 OR # 35 OR # 36 OR # 37
39. # 27 AND # 38
40. middle aged [MeSH Terms]
41. aged [MeSH Terms]
42. aged, 80 and over [MeSH Terms]
43. # 40 OR # 41 OR # 42
44. # 39 OR # 43
45. # 1 AND (#2 OR #3 OR #4 OR # 5 OR # 6 OR # 7 OR # 8 OR # 9 OR # 10 OR # 11 OR # 12 OR # 13 OR # 14 OR # 15 OR # 16 OR # 17 OR # 18) AND (# 21 AND # 23 AND (# 25 OR # 26) AND (# 28 OR # 29 OR # 30 OR # 31 OR # 32 OR # 33 OR # 34 OR # 35 OR # 36 OR # 37) AND (# 40 OR # 41 OR # 42)

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

Criterios para Gradar la Evidencia

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; 3:18:593-659

**Nivel de Evidencias y Recomendaciones. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).
Management of Patients With Dementia. A National Clinical Guideline. 2006**

Niveles de evidencia científica	
1++	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metanálisis, 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 metanálisis, 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.

Grados de Recomendación de Medicina Basada en la Evidencia de la Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) workgroup		
Calidad de la Evidencia	Fuerza de la Recomendación	
	Los efectos deseados claramente sobrepasan los efectos no deseados, o viceversa.	Los efectos deseados están ligeramente balanceados con los efectos no deseados
Alta	Sólida	Débil
Moderada	Sólida	Débil
Baja	Sólida	Débil
Evidencia insuficiente para determinar beneficio o riesgo	“Yo lo recomiendo”	
Guyatt GH, et al; GRADE Working Group. Rating quality of evidence and strength of recommendations: Going from evidence to recommendations. <i>BMJ</i> 2008;336(7652):1049-51		

Grados de Recomendación de Medicina Basada en la Evidencia de la American College of Chest Physicians (ACCP)	
Grado	Criterios
A	Recomendación Sólida. Evidencia que se desprende de estudios aleatorizados controlados o meta-análisis de estudios aleatorizados controlados. Los efectos deseados claramente sobrepasan los efectos no deseados, o viceversa.
B	Recomendación que se desprende de un solo estudio aleatorizado controlado, o un estudio observacional bien diseñado con evidencia sólida, o una cohorte bien diseñada o un estudio caso-control analítico, o series múltiples, o resultados dramáticos de experimentos no controlados. Los efectos deseados están ligeramente balanceados con los efectos no deseados
C	Al menos un estudio no experimental descriptivo bien diseñado (ej. Estudios comparativos, estudios de correlación, estudio de series de casos) o reportes de comités expertos, opiniones y/o experiencias de autoridades respetadas, se incluyen los consensos de grupos de revisión o de desarrollo.

5.3 CRITERIOS DE LA NINDS-AIREN PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA VASCULAR

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:	
1.	<p>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.</p> <p>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>
2.	<p>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 (TOMOGRÁFIA 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>
3.	<p>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:	
(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),
(B)	HISTORIA DE INESTABILIDAD Y CAÍDAS NO PROVOCADAS FRECUENTES;
(C)	INICIO TEMPRANO DE FRECUENCIA URINARIA, URGENCIA, Y OTROS SÍNTOMAS URINARIOS QUE NO SE EXPLICAN POR ALGUNA ENFERMEDAD UROLÓGICA;
(D)	PARÁLISIS PSEUDOBULBAR, Y
(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.
III. CARACTERÍSTICAS QUE HACEN QUE EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA VASCULAR SEA INCIERTA O IMPROBABLE INCLUYEN LOS SIGUIENTES:	
(A)	EL INICIO TEMPRANO DE DÉFICIT DE MEMORIA Y EMPEORAMIENTO PROGRESIVO DE LA MEMORIA Y OTRAS FUNCIONES COGNITIVAS COMO EL LENGUAJE
(B)	(AFASIA SENSORIAL TRANSCORTICAL), LAS HABILIDADES MOTORAS (APRAXIA), Y LA PERCEPCIÓN (AGNOSIA), ANTE LA AUSENCIA DE LAS CORRESPONDIENTES LESIONES FOCALES EN LAS IMÁGENES CEREBRALES.
(C)	LA AUSENCIA DE SIGNOS NEUROLÓGICOS FOCALES, EXCEPTO LA ALTERACIÓN COGNOSCITIVA, Y
(D)	AUSENCIA DE LESIONES CEREBROVASCULARES IDENTIFICABLES POR ESTUDIOS DE IMAGEN TC O IRM.
IV. EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE DEMENCIA VASCULAR POSIBLE SE PUEDEN REALIZAR EN PRESENCIA DE:	
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.
V. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA VASCULAR DEFINITIVA SON:	
(A)	CRITERIOS CLÍNICOS DE DEMENCIA VASCULAR PROBABLE,
(B)	LAS PRUEBAS HISTOPATOLÓGICAS DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR OBTENIDA POR BIOPSIA O AUTOPSIA,
(C)	AUSENCIA DE OVILLOS NEUROFIBILARES Y PLACAS NEURÍTICAS SUPERIORES A LOS ESPERADOS PARA LA EDAD, Y
(D)	LA AUSENCIA DE OTROS TRASTORNOS CLÍNICOS O PATOLÓGICOS CAPACES DE PRODUCIR DEMENCIA.
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>REFERENCIA ROMAN GC, TATEMACHI 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. NEUROLOGY 1993 FEB;43(2):250-60.</p>	

5.4 EXAMEN MINI-MENTAL DE FOLSTEIN

Examen Minimental de Folstein para personas con 3 o mas años de escolaridad

(Antes de aplicar el cuestionario lea el instructivo correspondiente)

ORIENTACIÓN

- | | |
|--|---------|
| ¿Qué fecha es hoy? | Puntaje |
| 1.- Día _____ | |
| 2.- Mes _____ | |
| 3.- Año _____ | |
| 4.- ¿Qué día de la semana es? _____ | |
| 5.- ¿Qué hora es? _____ | |
| 6.- ¿En dónde estamos ahora? _____ | |
| 7.- ¿En qué piso o departamento estamos? _____ | |
| 8.- ¿Qué colonia es ésta? _____ | |
| 9.- ¿Qué ciudad es ésta? _____ | |
| 10.-¿Qué país es éste? _____ | |

REGISTRO

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

- 11.- Papel _____
- 12.- Bicicleta _____
- 13.- Cuchara _____

ATENCIÓN Y CÁLCULO

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

- 14.- 93 _____
- 15.- 86 _____
- 16.- 79 _____
- 17.- 72 _____
- 18.- 65 _____

LENGUAJE

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

- 19.- Tome este papel con la mano derecha _____
- 20.- Dóblelo por la mitad _____
- 21.- Y déjelo en el suelo _____
- 22.- Por favor, haga lo que dice aquí _____
- 23.- Quiero que por favor escriba una frase que diga en mensaje _____

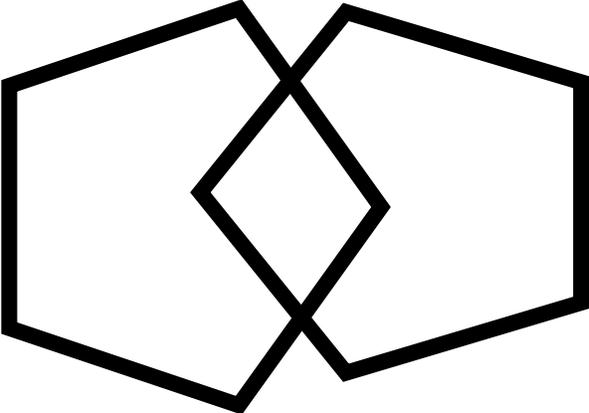
MEMORIA DIFERIDA

Dígame los tres objetos que le mencioné al principio.

- 24.- Papel _____
- 25.- Bicicleta _____
- 26.- Cuchara _____
- 27.- Copie el dibujo tal como está (Ver el dibujo)- _____
- 28.- Muestre un reloj y diga ¿Qué es esto? _____
- 29.- Muestre un lápiz y diga ¿Qué es esto? _____

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

- 30.- Ni no, ni sí, ni pero. _____

<p>PUNTAJE TOTAL _____</p> <p>Si el paciente tiene 23 o menos puntos, tiene mayor probabilidad de tener demencia.</p>

<p>INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL MINIMENTAL</p> <p>PREGUNTA ¿Qué fecha es hoy? La pregunta se hace como tal como esta, 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.</p> <p>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.</p> <p>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 este 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>PREGUNTA ¿Qué ciudad es esta? Se califica con 1 cuando el individuo identifica la ciudad en dónde se está llevando a cabo la entrevista.</p> <p>PREGUNTA ¿Qué país es este? Se califica con 1 cuando el individuo identifica el país en dónde se está llevando a cabo la entrevista.</p> <p>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.</p> <p>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 esta 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</p>

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 responde 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 esta 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.

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

5. ANEXOS**5.5 TEST DEL RELOJ**

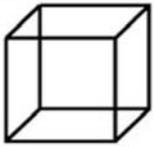
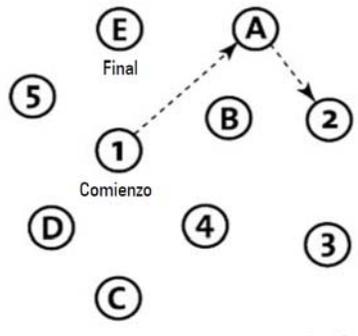
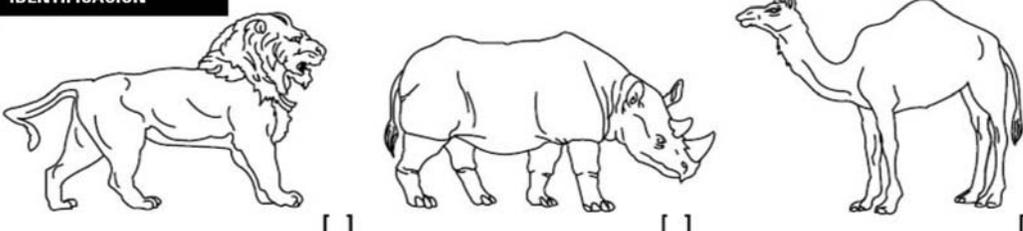
TEST DEL RELOJ	
(1) INSTRUCCIONES: Dibuje un reloj, coloque todos los números que lleva y marque con agujas la hora "11:10"	
(2) PUNTUACIÓN:	
Dibujo del Reloj	Máximo = 2 puntos
<p>2 = El círculo está bien dibujado o cercanamente a lo redondo</p> <p>1 = El círculo está dibujado pero de manera irregular</p> <p>0 = Figura irregular o no compatible con un círculo-semicírculo</p>	
Presencia y secuencia de los números	Máximo = 4 puntos
<p>4 = Todos los números están presentes. Puede aceptarse un error mínimo en la disposición espacial.</p> <p>3 = Todos los números están presentes. Errores en la disposición espacial.</p> <p>2 = Algunas de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) <p>1 = Números faltantes o adicionales y errores espaciales serios</p> <p>0 = Ausencia o pobre representación de los números</p>	
Presencia y ubicación de las agujas	Máximo = 4 puntos
<p>4 = Las agujas están en la posición correcta y la diferencia en tamaño está respetada</p> <p>3 = Errores discretos en la representación de las agujas o la diferencia de tamaño entre las agujas</p> <p>2 = Errores mayores en la ubicación de las agujas (de manera significativa, incluyendo 10 a 11)</p> <p>1 = Se dibuja solamente UNA aguja o el dibujo de ambas agujas es notoriamente pobre</p> <p>0 = No se dibujan las agujas o se dibujan varias de manera perseverativa</p>	
(3) INTERPRETACIÓN	
<p>9 – 10 = NORMAL</p> <p>8 = DÉFICIT LÍMITE</p> <p>6 – 7 = DÉFICIT LEVE</p> <p>4 – 5 = DÉFICIT MODERADO</p> <p>0 – 3 = DÉFICIT SEVERO</p>	

5.6. EVALUACIÓN COGNOSCITIVA DE MONTREAL

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA		 Copiar el cubo <input type="checkbox"/>		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos) <input type="checkbox"/> Contorno <input type="checkbox"/> Números <input type="checkbox"/> Agujas		Puntos	
 Final Comienzo <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		___/5	
IDENTIFICACIÓN		 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				___/3	
MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdelas 5 minutos más tarde.	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos
		1er intento					
		2º intento					
ATENCIÓN	Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. <input type="checkbox"/> 7 4 2					___/2	
	Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. <input type="checkbox"/> FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB					___/1	
	Restar de 7 en 7 empezando desde 100. <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.					___/3	
LENGUAJE	Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. <input type="checkbox"/> Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. <input type="checkbox"/>					___/2	
	Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. <input type="checkbox"/> _____ (N ≥ 11 palabras)					___/1	
ABSTRACCIÓN	Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla					___/2	
RECUERDO DIFERIDO	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Optativo	Pista de categoría						
	Pista elección múltiple						
ORIENTACIÓN	<input type="checkbox"/> Día del mes (fecha) <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Día de la semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Localidad					___/6	
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL ___/30 Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios			

5.7 ESCALA DE ISQUEMIA DE HACHINSKI

Escala Isquémica de Hachinski.	
Inicio súbito	2
Deterioro escalonado	1
Curso fluctuante	2
Confusión nocturna	1
Respeto relativo de personalidad	1
Depresión	1
Manifestaciones somáticas	1
Labilidad emocional	1
Historia de EVC	1
Evidencia de aterosclerosis	1
Síntomas neurológicos focales	2
Signos neurológicos focales	2
Los pacientes con puntaje mayor de 7 sugiere demencia vascular y aquellos con puntaje menor de 4 sugiere Demencia tipo Alzheimer, Puntaje entre 5-6 sugiere la co-existencia de Demencia tipo Alzheimer con demencia vascular.	

Modificado de: Hachinski VC, Zilhka E, DuBoulay GH, McAllister VL, Marshall J. Cerebral blood flow in dementia. Arch Neurol 1975;32:632-7

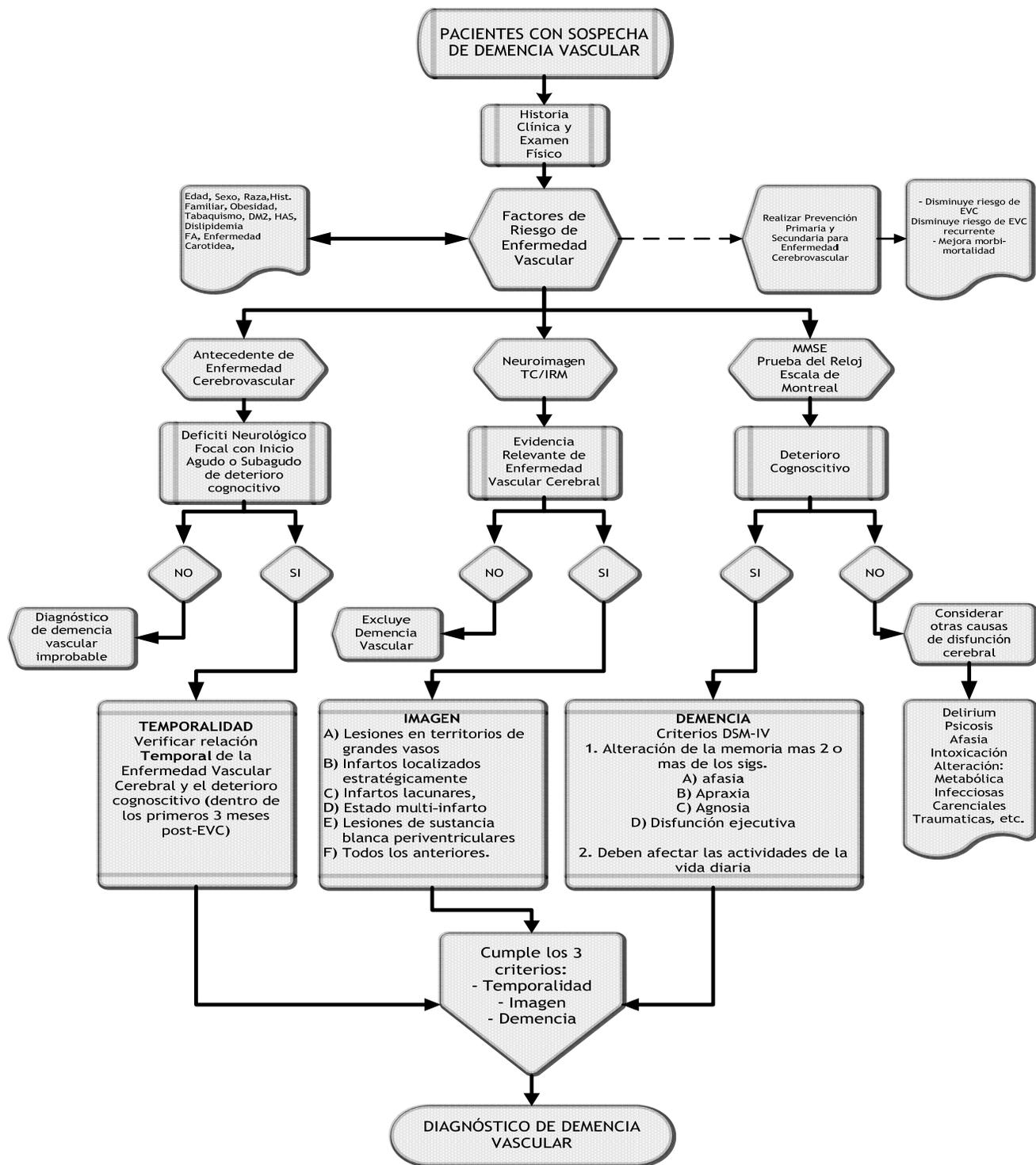
5.8 MEDICAMENTOS

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Observaciones	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
	Memantina (Akatinol, Ebixa, Eutebrol).	Se inicia con 5mg al día, se incrementa 5mg cada 1 o 2 semanas. Mantenimiento 10mg cada 12 horas, máximo 20 mg diario.	Tabletas de 10mg y 20mg	Con una depuración de creatinina entre 5-30ml/min la dosis máxima es de 5mg c/12 horas depuración de creatinina <5 ml/min no esta definida la dosis Precaución en IVU	Serios: Síndrome de Steven-Johnson, convulsiones Comunes: mareo, confusión, cefalea, constipación, hipertensión, tos, alucinaciones, somnolencia, vómito, disnea, fatiga	No se han reportado serias, ajustar dosificación (disminuir) con el uso concomitante de pemetrexed y otros antagonistas de folatos	Hipersensibilidad al fármaco Falla hepática severa, antecedente de convulsiones
4364 4365	Donepezilo (Aricep, Eranz). Es un inhibidor no competitivo e irreversible de la acetilcolinesterasa.	Se inicia con 5mg por día y se incrementa en 4-6 semanas si es tolerado. Dosis recomendada:5-10mg.	Tabletas de 5mg y 10mg con caja de 14 y 18tabletas	Precaución en EPOC, alteración conducción cardíaca, Ulcera GI, Peso <55kg	Nauseas, vómitos, diarrea Calambres, síncope, bradicardia, incontinencia urinaria, fatiga	Fenitoína, carbamazepina, dexametasona, rifampicina y fenobarbital	Hipersensibilidad al fármaco y derivados de la piperidina. síndrome del seno enfermo, bradicardia e historia de caídas y síncope
4464 4465	Galantamina (Reminyl) Incrementa la concentración de acetilcolina por inhibición reversible de la acetilcolinesterasa, mejora los niveles de ácido glutámico y nicotínico.	Iniciar con 4mg e incrementar dosis cada 4 semanas hasta la dosis máxima de 24mg cada 24 hrs.	Tabletas 4 y 8mg, cap liberación prolongada de 8 y 16mg solución oral 100ml/400mg	Administrar con los alimentos Precaución en alteración conducción cardíaca, Ulcera GI, Convulsiones, Asma y EPOC, insuficiencia renal y hepática	Serios: Bradicardia severa, Bloqueo AV, Síncope, Hemorragia digestiva, Obstrucción urinaria, Anemia, Falla renal aguda Comunes: nausea, vómito, diarrea, anorexia, vértigo, depresión, dispepsia, pérdida de peso, cefalea, fatiga, insomnio, dolor abdominal, tremor, anemia, hematuria, deshidratación.	Digoxina, beta-bloqueadores, eritromicina, amitriptilina, fluoxetina, quinidina, warfarina.	Síndrome del seno enfermo, bradicardia e historia de caídas y síncope.
4379 4380	Rivastigmina (Exelon) es un derivado carbamato de la fisostigmina, definido como un	Las dosis inicial es de parche de 5cm cada 24 horas por 4 semanas e incrementar a partir de la quinta semana a parche de	Parche de 5cm con 9mg. Liberación de 4.6mg por 24 horas. Parche de	Precaución en alteración conducción cardíaca, Ulcera GI, Convulsiones, Asma y EPOC, uso	Serios: Bradicardia severa, Bloqueo AV, Síncope, Hemorragia digestiva, Obstrucción urinaria, Anemia, Falla renal aguda Comunes: nausea, vómito,	No usar con medicamentos parasimpaticomimeticos o anticolinergicos, potencia el efecto de	Hipersensibilidad al fármaco, insuficiencia hepática grave.

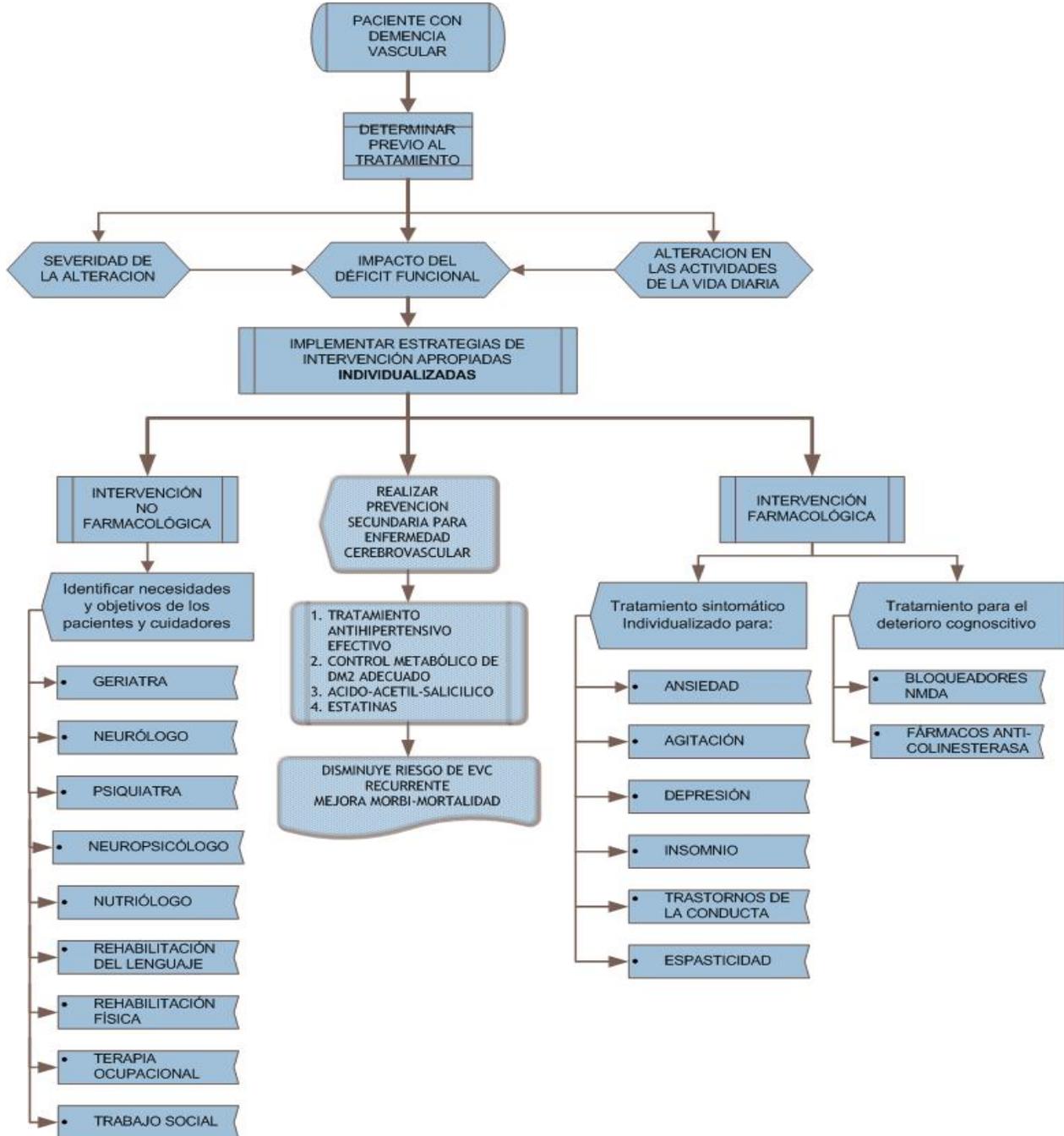
Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Observaciones	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
	inhibidor pseudo irreversible de la colinesterasa y la butirilcolinesterasa.	10cm según la tolerancia	10cm con 18mg	concomitante de AINE's	diarrea, anorexia, vértigo, depresión, dispepsia, pérdida de peso, cefalea, fatiga, insomnio, dolor abdominal, tremor, anemia, hematuria, deshidratación.	relajantes musculares semejantes a las succinilcolina	
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, nefrototoxicidad, 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.

ALGORITMOS

ALGORITMO 1. DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA VASCULAR



ALGORITMO 2. TRATAMIENTO DE LA DEMENCIA VASCULAR



6. GLOSARIO.

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

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.

Afasia: Es un trastorno del lenguaje que puede afectar la capacidad de comprensión, como la de expresarse adecuadamente.

Agnosia: Es la dificultad para reconocer la información que llega a través de los órganos de los sentidos; vista, oído y tacto. El paciente no sabe qué es el objeto que se le presenta, aunque no es capaz de realizar la síntesis que reproduciría el reconocimiento del objeto como tal.

Apraxia: Es la dificultad de realizar movimientos de forma fina y coordinada. Presupone que la capacidad motora está intacta (ausencia de parálisis), así como la comprensión del movimiento, el paciente puede por ejemplo: tener dificultad en manejar objetos corrientes, vestirse adecuadamente, hacer gestos habituales con manos, faciales, escribir o dibujar.

Atención integral de la salud: Conjunto de acciones coordinadas de promoción y de educación para la salud, protección específica, atención médica de enfermedades y rehabilitación, que se desarrollan por interacciones de diferentes grupos profesionales y técnicos, con el fin de preservar la salud del individuo o recuperarla, en interacción con la familia o la comunidad.

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.

Comunicación a la acción de informar la presencia de padecimientos o eventos, por parte de fuentes que pertenecen al Sistema Nacional de Salud.

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 informal: 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: Es un trastorno de carácter agudo o subagudo (días o semanas) que se caracteriza por la presencia simultánea de trastornos de la consciencia, la atención, la percepción, el pensamiento, la memoria, psico-motricidad, las emociones, y el ciclo sueño vigilia.

Demencia: se define como la presencia de un deterioro adquirido en la memoria, asociada a alteraciones en uno o más dominios cognoscitivos que incluyen:

- a) Función ejecutiva (pensamiento abstracto, juicio, razonamiento),
- b) Lenguaje (expresivo o receptivo),
- c) Praxis (secuencias motoras aprendidas),
- d) Gnosis (habilidad para reconocer objetos, rostros u otras informaciones sensoriales).

Los deterioros en la cognición deberán ser los suficientemente severos para interferir en los planos laboral, social y personal. (DSM-IV 2000)

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, a veces con trastornos neurovegetativos.

Deterioro Cognoscitivo: Alteración de varias funciones cognitivas 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.

Disfunción ejecutiva: Alteración en la capacidad de planear, organizar, pensamiento abstracto.

Enfermedad vascular cerebral (EVC): síndrome caracterizado por el desarrollo de síntomas y signos secundarios a daño vascular cerebral y que puede conducir a la muerte, recuperación o secuelas en el paciente.

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

Estrategia: método para resolver o controlar un problema.

Evaluación: Parte del proceso de control, que consiste en el análisis crítico, cualitativo y cuantitativo de los resultados obtenidos con respecto a las metas o normas establecidas, con el fin de determinar las causas de las variaciones y definir las posibles medidas correctivas.

Examen Mini-Mental de Folstein: 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.

Fragilidad: Síndrome biológico de origen multifactorial, que consiste en reservas fisiológicas disminuidas, que condicionan vulnerabilidad ante factores estresantes y situaciones adversas que ponen en riesgo de dependencia funcional.

Funcionalidad: Capacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentadas de la vida diaria.

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.

Incontinencia Urinaria. Es la incapacidad para impedir que la orina se escape de la uretra, esto puede variar desde un escape ocasional de orina hasta una incapacidad total para contener cualquier cantidad de orina.

Inmovilidad: Condición generada por una disminución de la capacidad para llevar a cabo las actividades de vida diaria, generalmente por deterioro en las funciones motoras.

Institucionalización: El hogar es el medio físico, familiar y social donde el adulto mayor se ha desarrollado a lo largo de su vida. La institucionalización tiende a desvincular al adulto mayor de su medio familiar y en consecuencia debe realizar esfuerzos para adaptarse a un nuevo medio como sería una residencia asistida.

Interconsulta: Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.

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.

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

Prevalencia proporción de individuos en una población que padecen una enfermedad en un periodo de tiempo determinado.

Prevención secundaria medidas específicas para prevenir complicaciones en pacientes con una enfermedad particular.

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

Rehabilitación: uso combinado y coordinado de medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales para entrenar o re-entrenar al individuo para alcanzar su nivel más alto posible de habilidad funcional.

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.

Terapia Psicológica: Es un grupo de técnicas terapéuticas que abarcan una intervención psicosocial más que física. Incluye la terapia cognitiva conductual, la terapia familiar, terapia familiar sistémica, la terapia de apoyo no-directiva, la terapia, la terapia psicodinámica, la psicoterapia grupal, ergoterapia y psicoterapia interpersonal, terapia de autoayuda y terapia a través de la comunicación.

Unidad de referencia Unidad de atención médica de mayor complejidad o capacidad resolutoria, a la cual se envía transitoriamente un paciente para el tratamiento de un daño a la salud específico.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Alagiakrishnan K, Masaki K. Vascular dementia. Medscape 2010. <http://www.emedicine.medscape.com/article/292105>
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text revision. Washington (DC): The Association; 2000.
3. Anne M. Damian et al. The Montreal Cognitive Assessment and the Mini-Mental State Examination as Screening Instruments for Cognitive Impairment: Item Analyses and Threshold Scores. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 2011;31:126-131.
4. Auchus, AP, Brashear, HR, Salloway, S, et al. Galantamine treatment of vascular dementia: a randomized trial. *Neurology* 2007; 69:448.
5. Bès, A, Orgogozo, JM, Poncet, M, et al. A 24-month, double-blind, placebo-controlled multicentre pilot study of the efficacy and safety of nicergoline 60 mg per day in elderly hypertensive patients with leukoaraiosis. *Eur J Neurol* 1999; 6:313.
6. Birks, J, Grimley, EV, Van Dongen, M. Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; :CD003120.
7. Blauw GJ, Lagaay AM, Smelt AH, Westendorp RG. Stroke, statins, and cholesterol. A meta-analysis of randomized, placebo-controlled, double-blind trials with HMG-CoA reductase inhibitors. *Stroke*. 1997 May;28(5):946-50.
8. Bucher HC, Griffith LE, Guyatt GH. Effect of HMGCoA reductase inhibitors on stroke. A meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med*. 1998 Jan 15;128(2):89-95.
9. CAPRIE Steering Committee. A randomised, blinded trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). *Lancet* 1996;348(9038): 1329-1339
10. Chertkow H. Introduction: the Third Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia 2006. *Alzheimers Dement*. 2007 3(4):262-5 *Cardiovasc Dis* 2008;2:287-303.
11. 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.
12. Craig, D, Birks, J. Rivastigmine for vascular cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; :CD004744.
13. Desmond DW, Moroney JT, Bagiella E, et al. Dementia as a predictor of adverse outcomes following stroke. An evaluation of diagnostic methods. *Stroke* 1998;29:69-74.
14. Dong Y, Sharma VK, Chan BP, Venketasubramanian N, Teoh HL, Seet RC, Tanicala S, Chan YH, Chen C. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is superior to the Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of vascular cognitive impairment after acute stroke. *J Neurol Sci*. 2010;299(1-2):15-8.
15. Erkinjuntti, T, Kurz, A, Gauthier, S, et al. Efficacy of galantamine in probable vascular dementia and Alzheimer's disease combined with cerebrovascular disease: a randomised trial. *Lancet* 2002; 359:1283.
16. European Pentoxifylline Multi-Infarct Dementia Study. *Eur Neurol* 1996; 36:315.

17. 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.
18. Flicker, L, Grimley Evans, G. Piracetam for dementia or cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; :CD001011.
19. 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.
20. Forette F, Seux ML, Staessen JA, Thijs L, Babarskiene MR, Babeanu 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.
21. Forette F, Seux ML, Staessen TA, et al. Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled
22. Frampton, M, Harvey, RJ, Kirchner, V. Propentofylline for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; :CD002853.
23. Gueyffier F, Boissel J-P, Boutitie F, et al. Effect of antihypertensive treatment in patients having already suffered from stroke: gathering the evidence. The INDANA (Individual Data ANalysis of Antihypertensive intervention trials) Project Collaborators. *Stroke* 1997;28:2557–62.
24. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, Schünemann HJ; GRADE Working Group. Rating quality of evidence and strength of recommendations: Going from evidence to recommendations. *BMJ* 2008;336(7652):1049-51
25. Hachinski VC, Zilhka E, DuBoulay GH, McAllister VL, Marshall J. Cerebral blood flow in dementia. *Arch Neurol* 1975;32:632–7
26. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 360:7.
27. Herrmann, WM, Stephan, K, Gaede, K, Apeceche, M. A multicenter randomized double-blind study on the efficacy and safety of nicergoline in patients with multi-infarct dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1997; 8:9.
28. 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.
29. Knopman DS, Rocca WA, Cha RH. Incidence of vascular dementia in Rochester, Min 1985-1989. *Arch Neurol*. 2002;59(10):1605-10.
30. Lee AY, Kim JS, Choi BH, Sohn EH.Characteristics of clock drawing test (CDT) errors by the dementia type: quantitative and qualitative analyses. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;48(1):58-60.
31. 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.
32. Malouf, R, Birks, J. Donepezil for vascular cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; :CD004395.
33. Melkas S, Oksala NK, Jokinen H, Pohjasvaara T, Vataja R, Oksala A, Kaste M, Karhunen PJ, Erkinjuntti T. Poststroke dementia predicts poor survival in long-term follow-up: influence of prestroke cognitive decline and previous stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009;80(8):865-70.

34. Melkas S, Oksala NKJ, Jokinen H, Pohjasvaara T, Vataja R, Oksala A, Kaste M, Karhunen PJ, Erkinjuntti T. Poststroke dementia predicts poor survival in long-term follow-up: influence of prestroke cognitive decline and previous stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2009;80:865-870
35. Moroney JT, Bagiella E, Desmond DW, et al. Meta-analysis of the Hachinski ischemic score in pathologically verified dementias. *Neurology* 1997;49:1096-105
36. Peng WN, Zhao H, Liu ZS, Wang S. Acupuntura 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.).
37. Qaseem A, Snow V, Cross JT Jr, Forciea 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.
38. Reitz C, Tang MX, Luchsinger J, Mayeux R. Relation of plasma lipids to Alzheimer disease and vascular dementia. *Arch Neurol* 2004; 61:705.
39. Rockwood K, Wentzel C, Hachinski V, et al. Prevalence and outcomes of vascular cognitive impairment. Vascular Cognitive Impairment Investigators of the Canadian Study of Health and Aging. *Neurology* 2000; 54:447.
40. 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. *Neurology* 1993 Feb;43(2):250-60.
41. Roman GC. Vascular dementia revisited: diagnosis, pathogenesis, treatment and prevention. *Med Clin N Am*.2002. 86. 477-499
42. Roman GC. Vascular dementia today. *Rev Neurol (Paris)* 1999;155(Suppl 4):S64-72.
43. Romero JR, Morris J, Pikula A. Stroke prevention: modifying risk factors. *Ther Adv*
44. SCORE (Stroke Canada Optimization of Rehabilitation through Evidence) evidence-based recommendations for the upper and lower extremities and risk assessment post-stroke. Ottawa (ON): Canadian Stroke Network; 2007 Aug 23.
45. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of Patients With Dementia. A National Clinical Guideline. 2006
46. Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, et al. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 360:1623.
47. Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trial. *Lancet*. 1998;352:1347-1351.
48. Tombaugh TN, McIntyre NJ. The Mini-Mental State Examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:922-35.
49. Warshafsky S, Packard D, Marks SJ, Sachdeva N, Terashita DM, Kaufman G, Sang K, Deluca AJ, Peterson SJ, Frishman WH. Efficacy of 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase inhibitors for prevention of stroke. *J Gen Intern Med*. 1999 Dec;14(12):763-74.
50. 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.).

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

Dr. Marcelo S. Castellero Manzano	Director General UMAЕ Hospital de Especialidades, Dentro Medico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco.
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAЕ
Lic. Abraham Ruiz López	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAЕ Comisionado UMAЕ HG CMNR

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 Viniestra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Jefe de área
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
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dr. Juan Bernardo Bruce Diemond Hernández	Comisionado a la División de Excelencia Clínica
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh

Director General

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

Lic. Jesús Villalobos López

Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel

Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

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

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidenta
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. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	Secretario Técnico
Dr. Mauricio Hernández Ávila 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. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	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. 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. Gabriel Ricardo Manuell Lee 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 Albalull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Rafael A. L. Santana Mondragón Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
Dr. James Gómez Montes Director General de los Servicios de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Titular 2011-2012
Dr. José Armando Ahued Ortega Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal	Titular 2011-2012
Dr. José Jesús Bernardo Campillo García Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Sonora	Titular 2011-2012
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. 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
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente 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
Dr. Sigfrido Rangel Fraustro Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente