

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico y Tratamiento de la **DEMENCIA EN EL ADULTO MAYOR** en el Primer Nivel de Atención

Evidencias y Recomendaciones

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

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

Página Web: 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 variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

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

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

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

ISBN en trámite

F03 Demencia, no especificada

GPC: Diagnóstico y Tratamiento de la Demencia en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

Dr. Arturo Viniegra Osorio	Médico Internista	División de Excelencia Clínica, CUMAE, México DF
----------------------------	-------------------	---

Autores:

Dr. Eddie Alberto Favela Pérez	Médico Cardiólogo Electrofisiología Cardíaca	Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrito al servicio de cardiología UMAE Hospital de Especialidades Lic. Ignacio García Téllez, Mérida, Yucatán
Dr. José Juan García González	Médico Geriatra		Adscrito al servicio de medicina interna HGR No.1 Querétaro, Querétaro
Lic. María de Jesús Lozano Ortega	Psicóloga Clínica		Adscrita al servicio de Psicología UMAE Complementaria Hospital Psiquiátrico "Dr. Héctor H. Tovar Acosta" CMN Siglo XXI. México DF
Dra. Guadalupe Estela Minerva Manilla Aragón	Médico Familiar		Unidad de Medicina Familiar No.35 Culiacán, Sinaloa
Lic. María Alejandra Rivera Roldán	Psicóloga Clínica		Unidad de Medicina Familiar No.1 México DF
Dr. José Javier Sánchez Pérez	Médico Psiquiatra		Adscrito al servicio de psiquiatría UMAE Hospital de Especialidades Puebla Puebla

Validación Interna:

Dr. José Manuel Sosa Hernández	Médico Psiquiatra	Instituto Mexicano del Seguro	Unidad de Atención Médica, IMSS
Lic. Ariadna Rubio Ramírez	Psicóloga Clínica	Social	Coordinación de Áreas Médicas, IMSS

Validación Externa:

Dr. Oscar Ugalde Hernández	Psiquiatría y Geriatría	Academia Nacional de Medicina
Dr. Ricardo Fernando Colín Piana		Consejo Mexicano de Psiquiatría AC

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES	3
1. CLASIFICACIÓN	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA.....	6
3. ASPECTOS GENERALES.....	7
3.1 JUSTIFICACIÓN.....	7
3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA.....	7
3.3 DEFINICIÓN	8
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	9
4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA	10
4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD	10
4.1.1.1 ESTILOS DE VIDA	10
4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	10
4.2.1 DETECCIÓN.....	10
4.2.1.1 PRUEBAS DE DETECCIÓN ESPECÍFICA.....	10
4.2.2 DIAGNÓSTICO	11
4.2.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	11
4.2.2.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	12
4.2.3 TRATAMIENTO.....	12
4.2.3.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	12
4.2.3.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	13
4.3 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.....	14
4.3.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA.....	14
4.3.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	14
4.4 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO	15
4.5 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA.....	16
5. ANEXOS.....	17
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA	17
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN.....	18
5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD.....	24
5.4 ALGORITMOS.....	33
6. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS.....	34
7. BIBLIOGRAFÍA.....	35
8. AGRADECIMIENTOS	36
9. COMITÉ ACADÉMICO.	37
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	38
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	39

1. CLASIFICACIÓN

Registro : IMSS-144-08	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Médico Familiar, Médico Psiquiatra, Médico Geriatra y Psicólogo
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	F03 demencia no especificada
CATEGORÍA DE GPC	Primer Nivel de Atención Diagnóstico Tratamiento
USUARIOS POTENCIALES	Médico Familiar, Médico General, Psicólogo y en general todo el personal encargado de la atención de los pacientes adultos mayores
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Instituto Mexicano del Seguro Social División de Excelencia Clínica, Coordinación de UMAE. UMAE Hospital de Especialidades "Lic. Ignacio García Tellez" Mérida, Yucatán. UMAE Complementaria Hospital Psiquiátrico "Dr. Héctor H. Tovar Acosta" CMN Siglo XXI. México DF. UMAE HE Puebla HGR # 1 Delegación Querétaro. UMF # 35 Delegación Sinaloa. UMF # 1 Delegación. Sur D.F.
POBLACIÓN BLANCO	Hombres y Mujeres 60 años
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR	Instituto Mexicano del Seguro Social
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Identificación de riesgos Diagnóstico oportuno Tratamiento farmacológico Tratamiento no farmacológico Criterios de referencia al Segundo Nivel Criterios de seguimiento
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Disminución del número de consultas Referencia oportuna, efectiva Satisfacción con la atención Mejora de la calidad de vida Diagnóstico oportuno de demencia Incremento en la resolutiveidad del Primer Nivel de Atención
METODOLOGÍA	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 120 Guías seleccionadas: 7 del período 1984-2008 Revisión sistemática y Metaanálisis:Ensayos ClínicosEstudios de CohorteEstudios de Casos y ControlesEstudios de Caso 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: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *
MÉTODO DE VALIDACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Prueba de Campo: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Validación Externa: Academia Mexicana de Medicina
CONFLICTO DE INTERES	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO IMSS-144-08 FECHA DE ACTUALIZACIÓN a partir del registro 2 a 3 años

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

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

Las personas con demencia se encuentran con un riesgo aumentado de problemas de salud, así como un riesgo incrementado para el delirium secundario a enfermedad física o a fármacos. Es importante identificar a los individuos con demencia, ya que las intervenciones que se realicen pueden modificar la calidad de vida del paciente y de su familia, en particular en la prevención de la sobrecarga del cuidador y en la desintegración familiar, así como del riesgo de institucionalización del paciente, disminuyendo de esta manera, directa e indirectamente los costos de las instituciones de salud.

Por otra parte es importante considerar los aspectos de carácter legal, los derechos del paciente y su capacidad de toma de decisiones, ya que en la historia natural de la enfermedad esta última se encuentra alterada.

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

Datos derivados de la Encuesta de Salud y Envejecimiento de Latinoamérica (estudio SABE 2001), revelan que el 11% de la población mayor de 60 años padece algún grado de deterioro cognoscitivo. En México la prevalencia general de deterioro cognoscitivo en población mayor de 65 años es de alrededor del 8% (ENASEM 2007). En la mayoría de los estudios las mujeres parecen tener una mayor incidencia, lo cual sugiere que la prevalencia incrementada no es debida en su totalidad a una mayor longevidad. (NICE 2007).

El propósito de esta guía es proporcionar una herramienta a los médicos generales, médicos familiares y psicólogos en el diagnóstico y tratamiento de la demencia en el adulto mayor, en el primer nivel de atención.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

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

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

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

1. Establecer las directrices para la mejora de las condiciones familiares, sociales y ambientales en los estadios tempranos de la demencia en el adulto mayor en el Primer Nivel de Atención.
2. Establecer los criterios para el diagnóstico oportuno de la demencia en el adulto mayor en el Primer Nivel de Atención.
3. Establecer las medidas para la protección y tratamiento del adulto mayor con demencia en el Primer Nivel de Atención.
4. Definir los criterios para el tratamiento integral del paciente con demencia en el Primer Nivel de Atención.
5. Establecer los criterios de referencia del adulto mayor con demencia al Segundo Nivel de Atención.

Lo que 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.

3.3 DEFINICIÓN

Síndrome secundario a disfunción cerebral, usualmente crónica y progresiva, en la cual existen alteraciones de múltiples funciones corticales, que incluyen alteraciones en la memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio (CIE 10)

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:

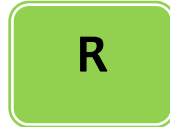
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

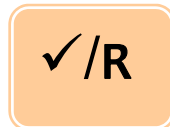
Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

4.1.1.1 ESTILOS DE VIDA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	A efecto de prevenir la aparición de lesiones secundarias a problemas vasculares por hipertensión y aterosclerosis, como causas de daño cortical, es recomendable implementar la modificación positiva de los factores de riesgo relacionados e implementar el tratamiento individualizado adecuado.	III [E: Shekelle] AHA/ASA, 2006

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1 DETECCIÓN

4.2.1.1 PRUEBAS DE DETECCIÓN ESPECÍFICA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La prueba Minimental Test de Folstein es un recurso adecuado para la evaluación del deterioro cognitivo.	B SIGN, 2006

4.2.2 DIAGNÓSTICO

4.2.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
✓/R	Una evaluación clínica minuciosa incluyendo estudios de laboratorio deben ser utilizados en todo paciente en que se sospecha demencia.	Punto de Buena Práctica
R	Como parte del abordaje de la demencia la presencia de comorbilidad con depresión debe ser considerada.	^B SIGN, 2006
R	Las pruebas neuropsicológicas pueden ser utilizadas en el diagnóstico de demencia especialmente cuando no es clínicamente obvia.	^B SIGN, 2006
R	Las pruebas neuropsicológicas pueden repetirse entre 6 y 12 meses posteriores cuando el diagnóstico no esté claro, se quiera medir la progresión del déficit y en apoyo del diagnóstico diferencial.	^B SIGN, 2006
✓/R	La prueba neuropsicológica sugerida es Neuropsi, ya que está validada en población mexicana, no obstante es una prueba que debe ser aplicada por una psicóloga o neuropsicóloga previamente entrenada.	Punto de Buena Práctica
E	Los cuidadores de la salud deben estar atentos que muchos pacientes con demencia no pueden entender su padecimiento, recibir información e involucrarse en la toma de decisiones.	²⁺ SIGN 2006
✓/R	Se recomienda que el médico familiar propicie las mejores condiciones para emitirle el diagnóstico de demencia al paciente, garantizando satisfacer sus dudas e inquietudes sobre su pronóstico y tratamiento.	Punto de Buena Práctica

4.2.2.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R	El médico procurará establecer el diagnóstico diferencial con demencia secundaria y delirium.	C [E: Shekelle] NICE, 2007
R	El médico familiar solicitará en los pacientes con sospecha de demencia, los siguientes estudios: biometría hemática, electrolitos séricos, química sanguínea, pruebas de función renal y pruebas de función hepática.	C [E: Shekelle] NICE, 2007
R	Ante la sospecha clínica de hipotiroidismo deberá solicitar pruebas de función tiroidea o referir al servicio correspondiente del segundo nivel.	C [E: Shekelle] NICE, 2007

4.2.3 TRATAMIENTO

4.2.3.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Los inhibidores de colinesterasa han demostrado en algunos estudios retrasar la progresión de la enfermedad, sin embargo no existen estudios que sustenten su eficacia y efectividad de manera contundente.	2++ SIGN 2006
R	Existe evidencia que sugiere utilidad de los inhibidores de colinesterasa en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer moderada, sin embargo su prescripción deberá hacerse por el psiquiatra o neurólogo especializado.	B [E: Shekelle] NICE, 2007
R	Los antidepresivos pueden ser utilizados en el tratamiento de la comorbilidad con depresión evaluando cuidadosamente a cada paciente. Se sugiere utilizar principalmente inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) ya que los tricíclicos (ADT) pueden empeorar el déficit cognoscitivo por sus efectos anticolinérgicos secundarios.	D SIGN, 2006

R	Si es necesario, los antipsicóticos convencionales pueden ser utilizados con precaución, previa valoración por el especialista en psiquiatría y vigilando estrictamente sus efectos colaterales.	A SIGN, 2006
E	No existe evidencia de la eficacia de los antiinflamatorios no esteroideos, la hidroxiclороquina, prednisona, estrógenos y fisostigmina, en el tratamiento de la demencia.	2+ SIGN, 2006
✓/R	El uso del ácido acetil salicílico en pacientes con demencia, respetará los lineamientos y recomendaciones terapéuticas convencionales, como antiagregante plaquetario, analgésico y antiinflamatorio no esteroideo.	Punto de Buena Práctica

4.2.3.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
R	La terapia de apoyo conductual al paciente o con apoyo de su cuidador puede ser utilizada para el manejo de los síntomas depresivos o conductuales característicos de la enfermedad	B SIGN, 2006
✓/R	Se recomienda el abordaje conductual desde múltiples niveles para mejorar la conducta y la sensación de bienestar.	Punto de Buena Práctica
R	Los cuidadores y familiares responsables deben recibir un entrenamiento en intervenciones para funciones mentales superiores efectivas para las personas con demencia.	B SIGN, 2006
R	La estimulación cognitiva debe ser utilizada en pacientes con demencia y puede ser otorgada en casa por un cuidador o familiar entrenado.	B SIGN, 2006

✓/R	Es importante trabajar sobre el diseño y el modelaje del ambiente en donde vive la persona con demencia, 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; el paciente debe portar consigo un identificador con su información personal y los datos del cuidador o familiar responsable; 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	Para personas con demencia, un programa de ejercicio físico estructurado y de conversación, pueden ayudarle a mantener su movilidad e integración.	B SIGN, 2006
R	En caso necesario, el cuidador puede conducir una orientación continua a la realidad del paciente, sobre todo cuando existe desorientación en tiempo-espacio-persona.	D SIGN, 2006
R	Las actividades recreativas deben ser incluidas para mejorar e incrementar la calidad de vida y sensación de bienestar.	B SIGN, 2006
✓/R	Las actividades individualizadas encaminadas a maximizar las habilidades remanentes del paciente y basada en sus preferencias previas, deben utilizarse sin descalificar la estimulación en otras áreas.	Punto de Buena Práctica

4.3 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

4.3.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA

4.3.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
✓/R En las unidades de Primer Nivel de Atención que no cuenten con la infraestructura suficiente para el cumplimiento de las recomendaciones de la presente guía, deberán, en los términos de la regionalización de los servicios y los lineamientos delegacionales en la materia, referir al paciente para su atención a otra unidad de mayor capacidad resolutive.	Punto de Buena Práctica



Ante la sospecha de alteración estructural como causa de la demencia, el paciente debe ser enviado al 2° nivel para su evaluación.

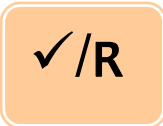
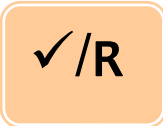
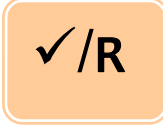
Punto de Buena Práctica



Al establecer el diagnóstico de demencia, el paciente debe ser enviado al servicio de neurología para su evaluación y complementación del tratamiento.

Punto de Buena Práctica

4.4 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 Al hacerse el diagnóstico de demencia, la unidad de medicina familiar deberá registrar en el expediente clínico los datos para la localización del familiar responsable y/o cuidador.	Punto de Buena Práctica
 El o los familiares responsables del cuidado del paciente deberán recibir terapia psicológica y entrenamiento específico en el cuidado de pacientes con demencia. Se recomiendan de 12 a 18 sesiones en un periodo de 3 meses y seguimiento anual.	Punto de Buena Práctica
 En caso de familiares cuidadores únicos, a la defunción del paciente, deberán recibir apoyo psicológico para el manejo de la reacción de duelo.	Punto de Buena Práctica
 Debe garantizarse al paciente la confidencialidad del diagnóstico de demencia, sin embargo se recomienda desde su establecimiento, se obtenga el nombre de la o las personas que eventualmente asumirán la responsabilidad de su cuidado.	Punto de Buena Práctica
 En casos de pacientes con demencia en estadios avanzados la determinación del familiar o tutor legalmente responsable, atenderá lo dispuesto en la legislación vigente.	Punto de Buena Práctica
 El equipo de salud deberá de promover la búsqueda intencionada y la creación de redes de apoyo dentro de la comunidad del paciente con demencia.	Punto de Buena Práctica



Si el estado de las funciones mentales superiores del paciente lo permiten, deberá informársele sobre la conveniencia de establecer oportunamente sus disposiciones sobre sus condiciones de vida y sus bienes.

Punto de Buena Práctica

4.5 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	En los pacientes adultos mayores asegurados en el régimen obligatorio, el estado de las funciones mentales superiores y su capacidad para realizar en forma adecuada y con seguridad sus labores cotidianas, en conjunto con las disposiciones legales y lineamientos en la materia, son las directrices fundamentales para su envío a los servicios de salud en el trabajo y considerar su declaración de invalidez.

Punto de Buena Práctica

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

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

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

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

- Idioma inglés y español
- Metodología de medicina basada en la evidencia
- Consistencia y claridad en las recomendaciones
- Publicación reciente
- Libre acceso

Se encontraron 93 guías, de las cuales fueron seleccionadas las siguientes:

- McKeith J, Galasko D, Kosaka K, et al. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB). Report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology* 1996; 47: 1113-1124.
- McKhann G, Drachman D, Folstein M, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 1984; 34: 939-944.
- National Collaborating Center For Mental Health. Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People with Dementia and Their Carers in Health and Social Care. National Clinical Practice Guideline 42. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2007.
- Reyes de Beaman S, Beaman PE, García Peña C, y cols. Validation of a Modified Version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging Neuropsychology and Cognition*. 2004, 11, (1), 1-11.
- Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology* 1993;43: 250.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of Patients With Dementia. A National Clinical Guideline. 2006.
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening For Dementia. Recommendations and Rational. 2003.

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevó a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: “dementia” AND “Diagnosis” AND “Treatment”,

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

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

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

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

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

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

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

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

CUADRO I. LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

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

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

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

CUADRO II. NIVEL DE EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES. SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN). MANAGEMENT OF PATIENTS WITH DEMENTIA. A NATIONAL CLINICAL GUIDELINE. 2006

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

Buena práctica clínica

✓	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor
---	--

Una de las limitaciones que presenta el sistema SIGN es la evaluación de la calidad de los estudios sobre preguntas de diagnóstico. En el caso de los estudios sobre validez de pruebas diagnósticas, los estudios transversales o de cohorte el sistema SIGN no les otorga el nivel máximo de evidencia científica. Aunque estos diseños son los más apropiados para ello el máximo nivel que pueden alcanzar es 2 por tanto dan lugar a recomendaciones de grado B o inferiores. Debido a esto NICE introdujo una adaptación del sistema del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford para los estudios de pruebas diagnósticas.

ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO NIVELES DE EVIDENCIA

Tipo de Evidencia científica	Niveles
Revisión sistemática (con homogeneidad) ^a de estudios de nivel 1 ^b	Ia
Estudios de nivel 1 ^b	Ib
Estudios de nivel 2 ^c Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 2	II
Estudios de nivel 3 ^d Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 3	III
Consenso, informes de comités de expertos u opiniones y /o experiencia clínica sin valoración crítica explícita; o en base a la psicología, difusión de la investigación o 'principios básicos'	IV
Notas: ^a Homogeneidad significa que no hay variaciones o estas son pequeñas en la dirección y grado de los resultados entre los estudios individuales que incluye la revisión sistemática. ^b Estudios de nivel 1: ▪ aquellos que utilizan una comparación ciega de la prueba con un estándar de referencia validado (gold standard) ▪ en una muestra de pacientes que refleja a la población a quien se aplicaría la prueba. ^c Estudios nivel 2 son aquellos que presentan una sola de estas características: ▪ población reducida (la muestra no refleja las características de la población a la que se le va a aplicar la prueba) ▪ utilizan un estándar de referencia pobre (definido como aquel donde la 'prueba' es incluida en la 'referencia', o aquel en que las 'pruebas' afectan a la 'referencia') ▪ la comparación entre la prueba y la referencia no está cegada ▪ estudios de casos y controles. ^d Estudios de nivel 3 son aquellos que presentan al menos dos o tres de las características señaladas anteriormente. Adaptado de: The Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (2001) and the Centre for Reviews and Dissemination Report Number 4 (2001)	

ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO CLASIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

Recomendación	Evidencia
A	Estudios con un nivel de evidencia Ia o Ib
B	Estudios con un nivel de evidencia II
C	Estudios con un nivel de evidencia III
D	Estudios con un nivel de evidencia IV

**CUADRO III. NIVELES DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN.
DEMENTIA NICE-SCIE GUIDELINE ON SUPPORTING PEOPLE WITH DEMENTIA AND THEIR CARERS IN HEALTH
AND SOCIAL CARE**

	Niveles de evidencia científica
1++	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos-control o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o casos-control o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2 -	Estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Nivel de evidencias y recomendaciones para estudios de exactitud de pruebas diagnósticas

Tipo de Evidencia científica	Niveles
Revisión sistemática (con homogeneidad) ^a de estudios de nivel 1 ^b	Ia
Estudios de nivel 1 ^b	Ib
Estudios de nivel 2 ^c Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 2	II
Estudios de nivel 3 ^d Revisiones sistemáticas de estudios de nivel 3	III
Consenso, informes de comités de expertos u opiniones y /o experiencia clínica sin valoración crítica explícita; o en base a la psicología, difusión de la investigación o 'principios básicos'	IV
Notas: ^a Homogeneidad significa que no hay variaciones o estas son pequeñas en la dirección y grado de los resultados entre los estudios individuales que incluye la revisión sistemática. ^b Estudios de nivel 1: ■ aquellos que utilizan una comparación ciega de la prueba con un estándar de referencia validado (gold standard) ■ en una muestra de pacientes que refleja a la población a quien se aplicaría la prueba. ^c Estudios nivel 2 son aquellos que presentan una sola de esta características: ■ población reducida (la muestra no refleja las características de la población a la que se le va a aplicar la prueba) ■ utilizan un estándar de referencia pobre (definido como aquel donde la 'prueba' es incluida en la 'referencia', o aquel en que las 'pruebas' afectan a la 'referencia') ■ la comparación entre la prueba y la referencia no está cegada ■ estudios de casos y controles.	

^d Estudios de nivel 3 son aquellos que presentan al menos dos o tres de las características señaladas anteriormente.

Adaptado: de *The Guidelines Manual*. Available from: www.nice.org.uk

CUADRO IV. DEFINICIÓN DE CLASES Y NIVELES DE EVIDENCIA USADOS EN LAS RECOMENDACIONES DE LA AMERICAN HEARTH ASSOCIATION.

Clase I	Condiciones para las cuales hay evidencia de acuerdo general de que el procedimiento o tratamiento es útil y efectivo
Clase II	Condiciones para las cuales existe evidencia contradictoria o divergencia de opinión acerca de la utilidad/eficacia del procedimiento o tratamiento.
Clase IIa	El peso de la evidencia o de la opinión es a favor del procedimiento o tratamiento.
Clase IIb	La utilidad/eficacia esta menos establecida por la evidencia o la opinión.
Clase III	Condiciones para las cuales hay evidencia o acuerdo general de que el procedimiento o tratamiento no es útil/efectivo y en algunos casos puede ser peligroso.
Nivel de Evidencia A	Datos derivados de múltiples ensayos clínicos randomizados.
Nivel de Evidencia B	Datos derivados de un ensayo randomizado único o de estudios no randomizados.
Nivel de Evidencia C	Opinión de Expertos o estudio de casos.

Fuente: AHA/ASA Guideline 2006.

5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

CUADRO I. 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. _____

PUNTAJE TOTAL

Si el paciente tiene 23 o menos puntos, tiene mayor probabilidad de tener demencia. _____

CUADRO II. MINIMENTAL DE FOLSTEIN PARA PERSONAS CON MENOS DE 3 AÑOS DE ESCOLARIDAD

(Antes de aplicar el cuestionario lea el instructivo correspondiente)

ORIENTACIÓN

- | | Puntaje |
|--|---------|
| ¿Qué fecha es hoy? | |
| 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 _____

LENGUAJE

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

- 14.- Tome este papel con la mano derecha _____
- 15.- Dóblelo por la mitad _____
- 16.- Y déjelo en el suelo _____

MEMORIA DIFERIDA

Dígame los tres objetos que le mencioné al principio.

- 17.- Papel _____
- 18.- Bicicleta _____
- 19.- Cuchara _____
- 20.- Muestre un reloj y diga ¿Qué es esto? _____
- 21.- 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.

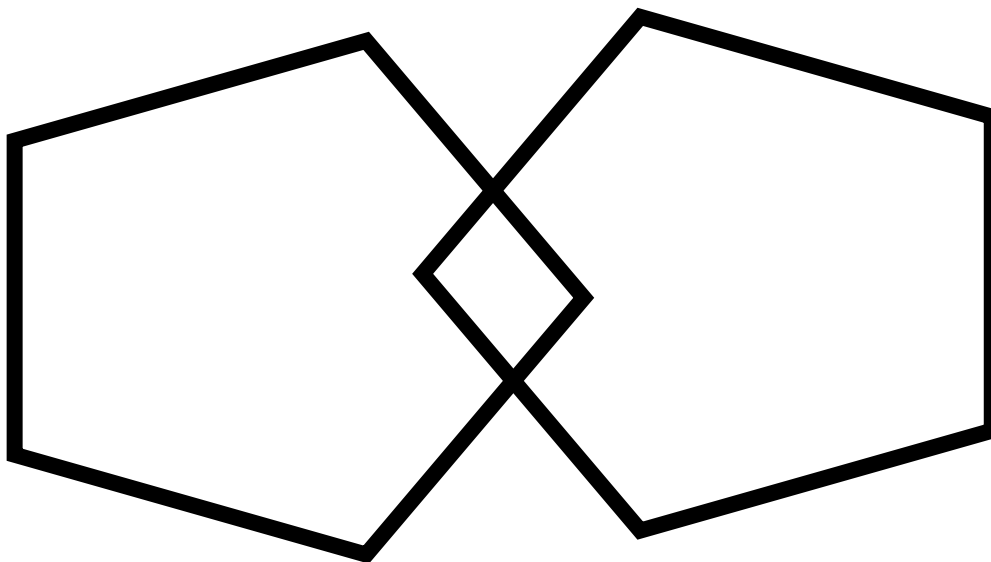
- 22.- Ni no, ni si, ni pero. _____

SUME 8 PUNTOS.

8

PUNTAJE TOTAL

Si el paciente tiene 23 o menos puntos, tiene mayor probabilidad de tener demencia.



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL MINIMENTAL

PREGUNTA ¿Qué fecha es hoy?

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

PREGUNTA ¿Qué día de la semana es?

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

PREGUNTA ¿Qué hora es?

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

PREGUNTA ¿En dónde estamos ahora?

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

PREGUNTA ¿En qué piso o departamento estamos?

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

PREGUNTA ¿Qué colonia es esta?

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

PREGUNTA ¿Qué ciudad es esta?

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

PREGUNTA ¿Qué país es este?

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

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

Esta pregunta trata de valorar la capacidad que tienen las personas de retener las palabras mencionadas, por lo tanto, es muy importante que

no existan otros estímulos que puedan distraer al paciente. Las palabras deberán pronunciarse en forma clara, a una velocidad de una palabra por segundo. Se califica el primer intento, sin embargo, se le deberán repetir hasta que el paciente logre pronunciar todas las palabras, con un máximo de tres repeticiones. Si después de tres intentos el paciente no logra repetir los tres objetos, deberá de continuarse con la prueba.

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

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

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

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

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

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

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

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

PREGUNTA Dígame los tres objetos que le mencioné al principio.

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1.- Criterios para el diagnóstico clínico de enfermedad de Alzheimer probable
 Demencia, diagnosticada mediante examen clínico y documentada con el miniexamen mental de Folstein, la escala de demencia de Blessed, u otras similares, y confirmada con tests neuropsicológicos
 Deficiencias en dos o más áreas cognitivas
 Empeoramiento progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas
 No alteración del nivel de conciencia
 Comienzo entre los 40 y los 90 años, con mayor frecuencia después de los 65, y
 Ausencia de alteraciones sistémicas u otras enfermedades cerebrales que pudieran producir el deterioro progresivo observado de la memoria y de las otras funciones cognitivas
- 2.- Apoyan el diagnóstico de “enfermedad de Alzheimer probable”:
 Deterioro progresivo de alguna función cognitiva específica (afasia, apraxia, agnosia)
 Alteraciones conductuales y en la realización de las actividades diarias habituales
 Antecedentes familiares de trastorno similar, especialmente si obtuvo confirmación anatomopatológica, y
 Pruebas complementarias:
 líquido cefalorraquídeo normal, en las determinaciones estándar
 EEG normal, o con alteraciones inespecíficas como incremento de la actividad de ondas lentas, y
 atrofia cerebral en TAC, objetivándose progresión de la misma en observación seriada
- 3.- Aspectos clínicos compatibles con el diagnóstico de “enfermedad de Alzheimer probable”, tras excluir otras causas de demencia:
 Mesetas en la progresión de la enfermedad
 Síntomas asociados de depresión, insomnio, incontinencia, ideas delirantes, ilusiones, alucinaciones, accesos emocionales, físicos o verbales, alteraciones de la conducta sexual, pérdida de peso.
 Otras alteraciones neurológicas en algunos pacientes, especialmente en los que se hallan en fase avanzada, como hipertonía, mioclonías o alteración de la marcha.
 Convulsiones, en fase avanzada de la enfermedad
 TAC cerebral normal para la edad del paciente.
- 4.- Aspectos que convierten el diagnóstico de “enfermedad de Alzheimer probable” en incierto o improbable:
 Instauración brusca o muy rápida
 Manifestaciones neurológicas focales como hemiparesia, alteración de la sensibilidad o de los campos visuales, o incoordinación en fases tempranas de la evolución
 Convulsiones o alteraciones de la marcha al inicio o en fases muy iniciales de la enfermedad
- 5.- Diagnóstico clínico de enfermedad de Alzheimer posible :
 Demencia, con ausencia de otras alteraciones sistémicas, psiquiátricas y neurológicas que puedan causar esa demencia, pero con una instauración, manifestaciones o patrón evolutivo que difieren de lo expuesto para el diagnóstico de “enfermedad de Alzheimer probable”
 Presencia de una segunda alteración, cerebral o sistémica, que podría producir demencia pero que no es considerada por el clínico como la causa de esta demencia
 En investigación, cuando se produce deterioro gradual e intenso de una única función cognitiva, en ausencia de otra causa identificable.
- 6.- Criterios para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer definitiva :
 Criterios clínicos de “enfermedad de Alzheimer probable”, y
 Comprobación histopatológica, obtenida a través de biopsia o autopsia.

Fuente: McKhann G et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. Neurology 1984; 34: 939-944

CUADRO IV. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL NINDS-AIREN PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA VASCULAR.

- 1.- Los criterios para el diagnóstico de probable demencia vascular incluyen los siguientes
 - A.- DEMENCIA. Deterioro Cognitivo a partir de un nivel alto de funcionalidad previa manifestado por deterioro de la memoria y dos o más de los siguientes dominios cognitivos: Orientación, Atención, Lenguaje, Alteraciones visuoespaciales, de las funciones ejecutivas, control motor y praxis, de preferencia establecidas clínicamente y comprobadas por pruebas neuropsicológicas. El déficit debe ser severo como para interferir en las actividades de la vida diaria y que no sean secundarias a efectos del EVC únicamente. Criterios de exclusión: casos con alteraciones de la consciencia: delirium, psicosis, afasia severa, también se excluyen otros trastornos sistémicos u otras enfermedades cerebrales que produzcan déficit en la memoria o en la cognición.
 - B.- ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. Es la presencia de signos focales neurológicos durante la exploración física como hemiparesia, debilidad facial, signos de Babinsky, déficit sensorial, hemianopsia, disartria, compatibles con EVC. Y la evidencia de lesiones isquémicas por medio de estudios de imagen (TAC o IRM), que incluyen infartos de grandes vasos o puede ser un solo infarto en lugar estratégico (Giro angular, tálamo, etc.), así como infartos en ganglios basales, infartos lacunares en sustancia blanca, o lesiones en sustancia blanca periventricular.
 - C.- RELACION ENTRE AMBAS. La presencia de uno o más de los siguientes, a) Inicio de la demencia 3 meses después de haberse diagnosticado el EVC y b) deterioro abrupto de las funciones cognitivas o fluctuaciones en forma de escalera del déficit cognitivo.
- 2.- Los criterios consistentes para el diagnóstico de probable demencia vascular,
 - A.- Alteraciones tempranas en la marcha.
 - B.- Alteraciones del equilibrio y frecuentes caídas.
 - C.- Síntomas de incontinencia urinaria no atribuibles a problemas urológicos.
 - D.- Parálisis pseudobulbar
 - E.- Cambios de personalidad o de humor, abulia, depresión, incontinencia emocional y otros síntomas subcorticales como retardo psicomotor y alteraciones en las funciones ejecutivas.
- 3.- Condiciones que hacen el diagnóstico de demencia vascular poco probable:
 - A.- Inicio de déficit progresivo de la memoria y otras funciones cognoscitivas como son lenguaje (afasia), habilidades motoras (apraxia) y de percepción (agnosia) en la ausencia de lesiones en los estudios de imagen que las justifiquen.
 - B.- Ausencia de signos neurológicos focales y otros disturbios cognoscitivos.
 - C.- Ausencia de lesiones vasculares en las imágenes.
- 4.- El diagnóstico clínico de posible demencia vascular puede ser hecho cuando hay signos neurológicos focales y
 - A- No es posible realizar los estudios de imagen para corroborarlas.
 - B- No hay una relación temporal clara entre el inicio de la demencia y el deterioro cognoscitivo.
 - C- En paciente que tienen un inicio sutil del deterioro cognoscitivo y un curso variable del mismo.
- 5.- Los criterios de definitivos demencia vascular, se pueden establecer en paciente que cumplan requisitos para probable demencia vascular y
 - A- Hay evidencia de lesiones vasculares por hallazgos histopatológicos de biopsias o necropsias, con de lesiones de madejas neurofibrilares y placas neuríticas que no excedan lo esperado para la edad.
 - B- Ausencia de otros hallazgos histopatológicos de otras demencias.

Fuente: 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;43 (2) :250-60

CUADRO V. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY.

El hallazgo principal requerido para el diagnóstico de demencia de cuerpos de Lewy es un deterioro cognoscitivo progresivo., de magnitud suficiente como para interferir en la función ocupacional y social. El daño cognoscitivo puede ser no evidente en las etapas inicial de la enfermedad pero usualmente se manifiesta con la progresión de la enfermedad.

Dos de los siguientes criterios son necesarios para el diagnóstico de probable demencia de cuerpos de Lewy.,

- a.- Cognición fluctuante y pronunciada variación en las capacidades de atención y alerta.
- b.- Alucinaciones visuales recurrentes que típicamente son bien descritas a detalle.
- c.- Signos espontáneos motores de Parkinson.

Hallazgos que apoyan el diagnóstico.

- a.- caídas repetitivas.
- b.- síncope.
- c.- Pérdidas transitorias del estado de consciencia
- d.- Sensibilidad a los neurolepticos.
- e.- Delusiones sistematizadas,
- f.- Alucinaciones en otras modalidades

Hallazgos que hacen poco probable que el paciente tenga demencia por cuerpos de Lewy

- a.- Antecedente de enfermedad vascular, de lesiones neurológicas focales o lesiones vasculares en imágenes del SNC.
- b.- Evidencia obtenida en la exploración física de enfermedad sistémica o cerebral que puedan ser responsables del cuadro clínico.

Fuente: McKeith J, Galasko D, Kosaka K, Perry E, Dickson D, Hansen D, et al. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB). Report of the consortium on DLB international workshop. Neurology 1996; 47: 1113-1124

CUADRO VI. ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.***(Functional Assesment Standing Scale)***

Estado de la enfermedad	Características clínicas.
1... Adulto Normal	<u>Sin deterioro cognoscitivo</u> Sin queja subjetiva de memoria. Sin déficit clínico de memoria
2... Adulto mayor normal	<u>Deterioro cognoscitivo leve.</u> Ejemplo. Olvidos en donde dejo sus objetos personales u olvido de nombres aprendidos recientemente No hay evidencia de déficit de memoria en la entrevista clínica. No déficits en el funcionamiento social u ocupacional. Preocupación con respecto a sus síntomas.

3... Enfermedad de Alzheimer inicial.	<u>Confusión inicial.</u> a.- Paciente puede perderse cuando viaja en lugares ajenos a su localidad. b.- Disminución del desempeño laboral detectado por sus compañeros. c.- Disminución para recordar nombres o palabras que le son familiares d.- El paciente puede leer un capítulo de un libro y retener poca información. e.- El paciente presenta dificultad para recordar nombres de las personas que le han sido presentadas recientemente f.- El paciente tiene antecedentes de pérdidas o haber colocado en lugares incorrectos sus objetos de valor. g.- El déficit de concentración es evidente durante de entrevista clínica. El déficit de memoria, solo puede ser observado durante una entrevista clínica minuciosa. Negar las manifestaciones de pérdida de la memoria puede ser una manifestación de la enfermedad. Pueden existir síntomas de ansiedad leve o moderada.
4... Enfermedad de Alzheimer leve	<u>Confusión tardía</u> Requiere de ayuda en actividades complejas, como manejo del dinero o planear una fiesta. Hay un déficit claro de pérdida de memoria en la entrevista clínica, a.- Dificultad para recordar para eventos recientes. b.- Puede existir un déficit de memoria de la historia personal del paciente. c.- Déficit evidente de concentración cuando las personas realizan operaciones aritméticas sencillas como la sustracción de números. d.- Disminución de la capacidad para viajar y del manejo de dinero. Frecuentemente no hay déficit en las siguientes áreas. A.- Orientación en cuanto a tiempo y persona. B.- Reconocimiento de personas familiares y de sus rostros. C.- Capacidad para viajar a lugares familiares. Incapacidad para realizar tareas complejas. La negación de este déficit es el mecanismo de defensa predominante. También se observa aplanamiento del afecto y evasión de situaciones que implican altas demandas cognitivas.
5... Enfermedad de Alzheimer moderada	<u>Demencia temprana.</u> El paciente no puede sobrevivir largos periodos de tiempo sin asistencia. El paciente no puede durante la entrevista recordar aspectos relevantes de su vida actual, como cuál es su dirección o su número telefónico a pesar de que estos los conozca desde hace años. No puede recordar el nombre de los miembros de la familia con los que convive esporádicamente como el de los nietos o el nombre de la última escuela a la cual acudió. Frecuentemente hay desorientación en tiempo y lugar. Una persona con cierto grado de educación tienen dificultad para restar de 4 en 4 a partir de 40, o restar de 2 en 2 a partir de 20. Personas en este estado, pueden evocar aspectos relevantes de su vida y de otros, es decir, pueden tener la habilidad de recordar e identificar a la esposa e hijos. No requieren de asistencia para el uso del baño o para comer, pero pueden tener dificultades para elegir adecuadamente la ropa para cada ocasión.

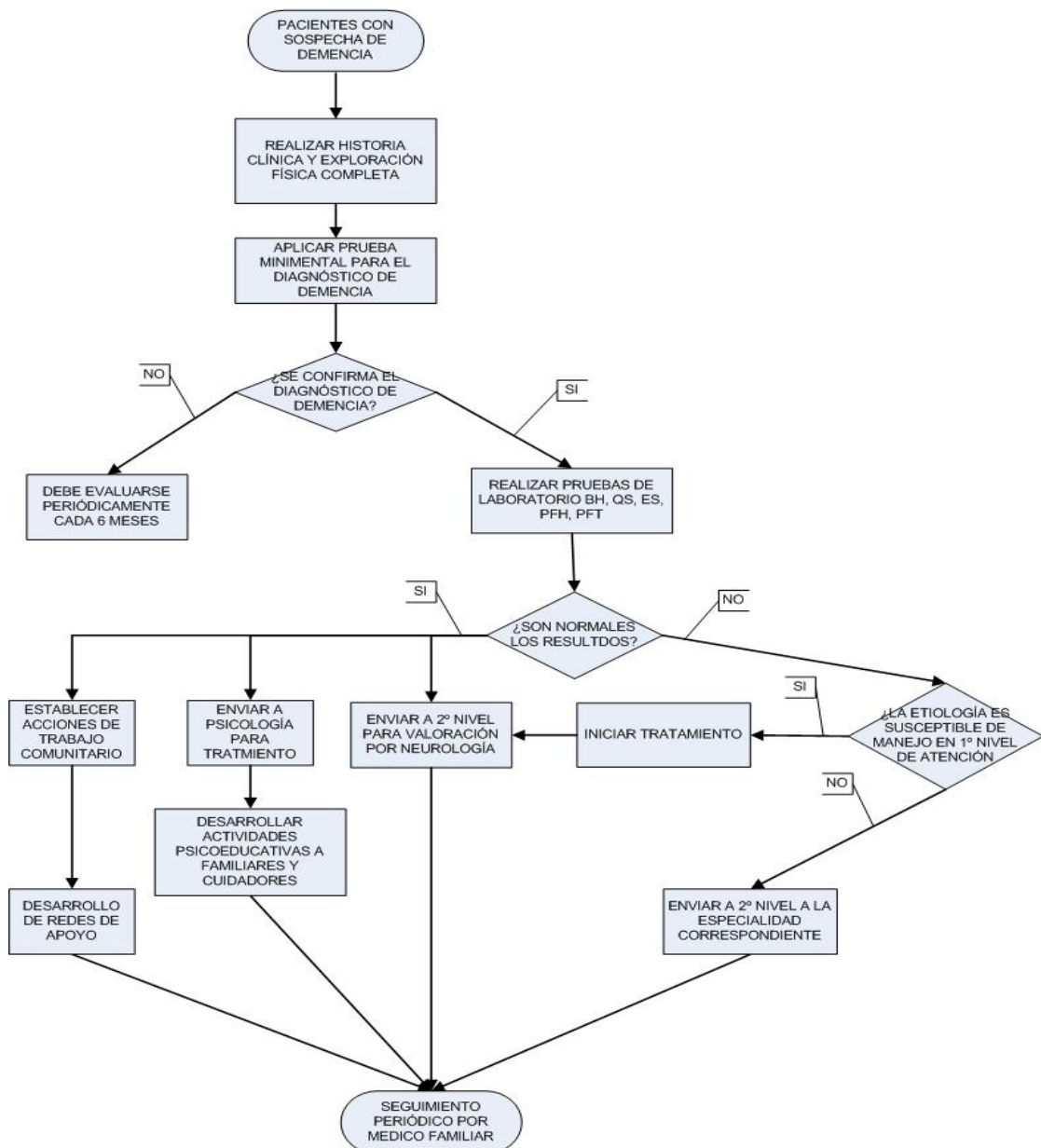
6... Enfermedad de Alzheimer moderada grave	<u>Demencia moderada.</u> Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa o de las personas de las cuales depende su supervivencia. Puede no tener consciencia de todos los eventos recientes en su vida. Retienen alguna información de su vida pasada, pero esta es muy superficial. Generalmente no se da cuenta del entorno que lo rodea: por ejemplo el año, la estación, etc. Muchos pueden tener dificultad para contar de 10 hacia atrás y viceversa. Requieren asistencia para actividades de la vida diaria, por ejemplo, pueden volverse incontinentes cuando viajan o incluso cuando se desplazan a lugares ya conocidos o familiares. Alteraciones matutinas frecuentes como agitación psicomotriz. Pueden tener problemas para recordar su nombre y tiene frecuentemente problemas para distinguir un familiar de un no familiar en su ambiente habitual. Cambios en la personalidad y estado de ánimo ocurren estos pueden ser variables e incluyen: a.- Conducta delusional. Por ejemplo el paciente puede decir que su esposa es un impostor, puede hablarles a figuras imaginarias en el ambiente o a su imagen en el espejo. b.- Síntomas obsesivos. Por ejemplo, las personas tienen conductas repetitivas de limpieza. c.- Ansiedad agitada: conducta violenta. d.- Abulia cognoscitiva: pérdida de la fuerza de la voluntad debido a que el individuo no puede determinar en el transcurso del tiempo el propósito de la acción que quiere realizar.
7... Enfermedad de Alzheimer grave	<u>Demencia terminal.</u> La habilidad del lenguaje disminuye, de tal forma que el paciente no es capaz de pronunciar más de 6 palabras en forma clara. Hay pérdida progresiva de las capacidades para deambular, pararse de una silla, sonreír y mantener la cabeza en alto. Frecuentemente no establece una conversación adecuada, solo logra emitir sonidos guturales, Hay incontinencia urinaria. Requiere asistencia para alimentarse e ir al baño. Hay pérdida de las habilidades psicomotoras básicas, como es deambular, sentarse y tener control de la cabeza. El cerebro ha perdido la capacidad de controlar las acciones que debe de realizar el cuerpo. Signos y síntomas neurológicos corticales son frecuentes.

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

5.4 ALGORITMOS

ALGORITMO 1.

DEMENCIA EN EL ADULTO MAYOR



6. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Adulto mayor: Persona con edad cronológica ≥ 60 años.

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

Delirium: Es la alteración del estado de conciencia que sucede de manera aguda y transitoria, secundaria a una alteración cerebral ocasionada por efectos tóxicos de fármacos, sustancias, o enfermedades sistémicas.

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

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

Depresión: Es una enfermedad mental, caracterizada por la ausencia de afecto positivo, aplanamiento afectivo, y un espectro de síntomas cognitivos, emocionales, físicos y conductuales.

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

Entrenamiento Cognitivo: Involucra ejercicios de entrenamiento orientado a funciones cognitivas específicas y a la práctica y repetición de estos ejercicios. Puede ser asistida por computadoras, basada en grupos o individual.

Estimulación Cognitiva: Exposición y realización de actividades que involucren algún grado de proceso cognitivo, usualmente en un contexto social. La intervención es comúnmente en grupo y hace énfasis en el disfrute de las actividades.

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

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

Rehabilitación Cognitiva: Intervención individualizada, que se trabaja con metas personales, frecuentemente utilizando auxiliares cognitivos externos y estrategias de aprendizaje.

Terapia Cognitivo Conductual: Es una intervención psicológica a tiempo limitado, estructurada, del modelo cognitivo conductual de los desórdenes afectivos, en la cual los pacientes trabajan con el terapeuta para identificar los diferentes tipos y efectos del pensamiento, creencias y síntomas actuales. Desarrolla objetivos para identificar, monitorear y controlar creencias e interpretaciones relacionadas a los síntomas/problemas objetivo.

Terapia de Estimulación Cognitiva: Es un tratamiento breve basado en grupos de personas con demencia, el cual incluye al menos 14 sesiones de actividades temáticas (juegos físicos, sonido, comida, eventos actuales, caras-escenas, asociación de palabras, creatividad, categorización de objetos, orientación, uso del dinero, juegos numéricos, juegos de palabras y un examen rápido). Dicho tratamiento se desarrolla sobre un periodo de 7 semanas. El objetivo de las sesiones es estimular activamente al paciente con demencia, mientras se provee un ambiente óptimo de aprendizaje y beneficio social de un grupo terapéutico.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Gutierrez-Robledo L. La Salud del Anciano en México y la Nueva Epidemiología del Envejecimiento. En “La situación Demográfica de México” ed. CONAPO 2004. P 53-70.
3. McKeith J, Galasko D, Kosaka K, et al. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB). Report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology* 1996; 47: 1113-1124.
4. McKhann G, Drachman D, Folstein M, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer’s disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer’s Disease. *Neurology* 1984; 34: 939-944.
5. Mejía-Arango S. y cols. Deterioro Cognoscitivo y Factores Asociados en Adultos Mayores en México. *Salud Pública de México* 2007;49s4:S475-S481.
6. National Collaborating Center For Mental Health. Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People With Dementia and Their Carers in Health and Social Care. National Clinical Practice Guideline 42. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2007.
7. Ostrosky-Solís F, Castañeda M, López G, Ortiz X. Detección Temprana de la Demencia a través del Neuropsi: Evaluación Cognitiva del Envejecimiento Normal y Patológico. *Neuropsychología Latina*. 1997; 3
8. Reisberg B. Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacol Bull*. 1988; 24(4):653-9.
9. Reyes de Beaman S, Beaman PE, García Peña C, y cols. Validation of a Modified Version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging Neuropsychology and Cognition*. 2004, 11, (1), 1–11.
10. Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology* 1993;43: 250.
11. Sacco RL, Adams R, Albers G, et al. Guidelines for Prevention of Stroke in Patients with Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack: A Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke. Co-Sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention. *Circulation* 2006, 113: e409-e449.
12. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of Patients With Dementia. A National Clinical Guideline. 2006
13. U.S. Preventive Services Task Force. Screening For Dementia. Recommendations and Rational. 2003

8. AGRADECIMIENTOS

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

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

NOMBRE	CARGO/ADSCRIPCIÓN
Dr. Carlos Enrique Escalante Alcalá	Director UMAE Hospital de Especialidades "Lic. Ignacio García Tellez, Mérida, Yucatán
Dr. Luis Fernando Aguilar Castillejos	Director Médico UMAE Hospital de Especialidades "Lic. Ignacio García Tellez, Mérida, Yucatán
Dr. Raúl Figueroa García	Delegado Delegación Estatal Querétaro
Dr. Alberto Fernando Mejía Damian	Jefe de Prestaciones Médicas. Delegación Estatal Querétaro
Dr. Sergio Ivan Guzmán Monforte	Director HGR No 1 Querétaro
Dr. Mario Madrazo Navarro	Director UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" CMN Siglo XXI. D.F.
Dr. Leopoldo Zárate Hidalgo	Director Hospital Regional de Psiquiatría "Dr. Héctor H. Tovar Acosta" CMN Siglo XXI. D.F.
Lic. Humberto Rice García	Delegado Delegación Estatal Sinaloa
Dr. Cecilio Walterio Oest Dávila	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Estatal Sinaloa
Dr. Oscar Rodolfo Melendez Franco	Director UMF No 35 Sinaloa
Lic. Salvador Enrique Rochin	Delegado Delegación Sur D.F.
Dr. Evaristo Hinojosa Medina	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Sur D.F.
Dra. Leticia Gutiérrez Luna	Director UMF No 1 Delegación Sur D.F.
Dr. José de Jesús González Izquierdo	Director UMAE HE CMN "Gral. Div. Manuel Avila Camacho" Puebla.,Puebla
Dr. José Manuel Galicia Ramos	Director Médico UMAE HE CMN "Gral. Div. Manuel Avila Camacho" Puebla.,Puebla
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO.

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

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica Clínicos
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Je fe 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
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador
Lic. Abraham Ruiz López	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 Subsecretaría 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 Manuelli 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 Albafull 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