



GOBIERNO DE COLOMBIA



Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud®

Guía de Práctica Clínica

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

Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia

Guía para profesionales de la salud 2017 **Guía No 61**

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

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

Guía No GPC 2017 – 61

ISBN:
Bogotá Colombia
Enero 2017
Primera edición

Nota Legal:

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



MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA

Viceministro de Salud y Prestación de Servicios (E)

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO

Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA

Director de promoción y prevención

GERMAN ESCOBAR MORALES

Jefe de la Oficina de Calidad



Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud

GUILLERMO SÁNCHEZ VANEGAS

Director Ejecutivo

EGDDA PATRICIA VANEGAS

*Subdirector de Evaluación de Tecnologías en
Salud (E)*

ÁNGELA VIVIANA PÉREZ GÓMEZ

*Subdirectora de Producción de Guías de Práctica
Clínica*

JAIME HERNÁN RODRÍGUEZ MORENO

Subdirector de Implantación y Diseminación

GRUPO DESARROLLADOR DE LA ADOPCIÓN

EXPERTOS METODOLÓGICOS

Ángela Viviana Pérez

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Juan Camilo Fuentes Pachón

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Carlos Eduardo Pinzón Flórez

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Rafael José Miranda Jiménez

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Norida Natally Vélez Cuellar

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

EXPERTOS TEMÁTICOS

Ángela María Iragorri Cucalón

Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio.

Daniel Hedmont Rojas

Universidad de la Sabana.

Saúl David Martínez Villota

Instituto Colombiano del Sistema Nervioso- Clínica Montserrat.
Universidad El Bosque

Juan Felipe Meneses

Centro de Memoria y Cognición-Intellectus, Hospital Universitario San Ignacio.

Erick Sánchez Pérez

Universidad de la Sabana
Pontificia Universidad Javeriana

José Manuel Santacruz Escudero

Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio.

Margarita María Benito Cuadrado.

Pontificia Universidad Javeriana.
Hospital Universitario San Ignacio.

FUERZA DE TAREA AMPLIADA

Paola Avellaneda

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Claudia Díaz Rojas

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

William Bolívar Romero

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Luciano Mey

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Exclusión de responsabilidad

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

Declaración de conflictos de interés

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

Financiación

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

Declaración de independencia editorial

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

Autorización de adopción y publicación

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

“This publication is an adaptation of 'Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia', published by the National Health and Medical Research Council (NHMRC) Partnership Centre for Dealing with Cognitive and Related Functional Decline in Older People in 2016. The original publication is available from http://sydney.edu.au/medicine/cdpc/documents/resources/CDPC-Dementia-Guidelines_WEB.pdf

This adaptation has been reproduced with permission of the NHMRC Partnership Centre for Dealing with Cognitive and Related Functional Decline in Older People. The Partnership Centre, however, has not checked the adaptation to confirm that it accurately reflects the original publication and no guarantees are given by the Partnership Centre in regard to the accuracy of the adaptation.”

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

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

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

Actualización

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

Tabla de contenido

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 10 |
| 1 ALCANCE Y OBJETIVOS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA..... | 11 |
| 2 METODOLOGÍA | 19 |
| 2.1 Conformación del grupo de adopción..... | 19 |
| 2.2 Concertación con el ente gestor..... | 19 |
| 2.3 Búsqueda, evaluación de calidad y selección de GPC..... | 19 |
| 2.3.1 Búsqueda de guías de práctica clínica | 20 |
| 2.3.2 Selección de guías de práctica clínica..... | 21 |
| 2.4 Permiso para adopción de las recomendaciones | 22 |
| 2.5 Evaluación y ajuste de las recomendaciones para su implementación en el contexto colombiano | 22 |
| 2.6 Traducción de la guía de práctica clínica | 24 |
| 3 RESUMEN DE RECOMENDACIONES..... | 25 |
| 3.1 Principio del cuidado en demencia..... | 26 |
| 3.2 Aspectos éticos y legales | 26 |
| 3.3 Barreras al acceso y cuidado | 27 |
| 3.4 Consideraciones para los grupos étnicos..... | 28 |
| 3.5 Consideraciones para poblaciones cultural y lingüísticamente diversas..... | 28 |
| 3.6 Identificación temprana | 29 |
| 3.7 Servicios de evaluación especializada | 29 |
| 3.8 Seguimiento a las personas con trastorno neurocognoscitivo leve..... | 30 |
| 3.9 Diagnóstico del trastorno neurocognoscitivo mayor | 31 |
| 3.10 Evaluación cognoscitiva. | 32 |
| 3.11 Neuroimagen | 33 |
| 3.12 Comunicación del diagnóstico..... | 34 |
| 3.13 Información y apoyo para la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor.... | 35 |
| 3.14 Organización de servicios de salud..... | 36 |
| 3.15 Capacitación para el personal y los estudiantes..... | 37 |
| 3.16 Viviendo bien | 38 |
| 3.17 Promoción de la independencia funcional | 39 |
| 3.18 Inhibidores de acetil colinesterasa | 40 |

| | | |
|--------|--|----|
| 3.19 | Síntomas conductuales y psicológicos | 41 |
| 3.19.1 | Intervenciones no farmacológicas | 41 |
| 3.19.2 | Intervenciones farmacológicas | 42 |
| 3.20 | Apoyo para cuidadores | 46 |
| 3.21 | Enfoque paliativo..... | 48 |

INTRODUCCIÓN

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

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

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

Este documento es una versión de la GPC para profesionales de la salud. Los detalles metodológicos de la adopción de las recomendaciones pueden ser consultados en la versión completa de la guía.

1 ALCANCE Y OBJETIVOS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Título de la guía

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

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

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

Objetivo

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

Población

Grupos que se consideran

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

Grupos que no se consideran

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

Ámbito asistencial

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

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

Aspectos clínicos centrales

Aspectos clínicos abordados por la guía

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

Aspectos clínicos no cubiertos por la guía

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

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

SIGLAS Y ABREVIATURAS

| | |
|--------|--|
| AGREE | Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation |
| DeCS | Descriptores en Ciencias de la Salud |
| DV | Demencia Vascular |
| EA | Enfermedad de Alzheimer |
| EAPB | Empresa Administradora de Planes de Beneficios. |
| EP | Enfermedad de Parkinson |
| FDG | Fluorodesoxiglucosa |
| GPC | Guía de Práctica Clínica |
| GRADE | Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation (Gradación de la Valoración, Desarrollo y Evaluación de Recomendaciones) |
| INVIMA | Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamento |
| MSPS | Ministerio de Salud y Protección Social |
| NHMRC | The National Health and Medical Research Council |
| PET | Tomografía por emisión de positrones |
| PBP | Puntos de buena Practica |
| RBC | Recomendaciones basadas en consenso de expertos |
| RM | Resonancia magnética |
| RSL | Revisión sistemática de literatura |
| TC | Tomografía computarizada |

GLOSARIO DE TÉRMINOS

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

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

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

Cuidadores

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

Trastorno neurocognoscitivo mayor

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

Trastorno neurocognoscitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer

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

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

Trastorno neurocognoscitivo mayor debido a

El trastorno neurocognoscitivo mayor debido a enfermedad por cuerpos de Lewy está asociado a parkinsonismo con cuadro clínico fluctuante y

enfermedad por cuerpos de Lewy alucinaciones visuales. Compromete las vías corticales y subcorticales con fallas de la atención, funciones ejecutivas y visoespaciales.

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

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

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

Embbase Base de datos europea (holandesa) producida por Excerpta Médica con contenido de medicina clínica y farmacología.

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

fundamentalmente en forma de guías clínicas.

SIGN

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

2 METODOLOGÍA

2.1 Conformación del grupo de adopción

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

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

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

2.2 Concertación con el ente gestor

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

2.3 Búsqueda, evaluación de calidad y selección de GPC

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

2.3.1 Búsqueda de guías de práctica clínica

2.3.1.1 Búsqueda

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

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

2.3.1.2 Tamización

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

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

Se combinaron los resultados de la búsqueda en bases de datos electrónicas y la búsqueda mediante otros métodos, y se realizó una eliminación de duplicados utilizando el programa EndNote X6®.

Las referencias que cumplieron todos los criterios de inclusión o en las que existió duda de su cumplimiento, fueron revisadas en texto completo para orientar la decisión.

2.3.1.3 Preselección

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

- ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?
- ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?
- ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?

- ¿Establece recomendaciones?
- ¿Año de publicación \geq 4 años? Se consideró la fecha de la última búsqueda de la literatura o actualización de la evidencia.

Si alguna GPC no cumplió uno o más de estos criterios fue excluida, por lo tanto, no se realizó la evaluación de su calidad a través de la herramienta AGREE II.

Evaluación de calidad de las guías de práctica clínica

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

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

2.3.2 Selección de guías de práctica clínica

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

- R1783 Dementia: supporting people with dementia and their careers in health and social care. Social Care Institute for Excellence. National Institute for Health and Clinical Excellence
- R2405 Ministry of Health Malaysia – Clinical Practice Guideline, Management of dementia, 2009.
- R2421 Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Cataluña 2010.
- R83 Guideline Adaption Committee. Clinical practice guidelines and principles of care for people with dementia. Adaptation Committee 2016.

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

2.4 Permiso para adopción de las recomendaciones

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

“This publication is an adaptation of 'Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia', published by the National Health and Medical Research Council (NHMRC) Partnership Centre for Dealing with Cognitive and Related Functional Decline in Older People in 2016. The original publication is available from http://sydney.edu.au/medicine/cdpc/documents/resources/CDPC-Dementia-Guidelines_WEB.pdf

This adaptation has been reproduced with permission of the NHMRC Partnership Centre for Dealing with Cognitive and Related Functional Decline in Older People. The Partnership Centre, however, has not checked the adaptation to confirm that it accurately reflects the original publication and no guarantees are given by the Partnership Centre in regard to the accuracy of the adaptation.”

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

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

aprobación de tecnologías por parte de agencias regulatorias, el entrenamiento del personal de salud, el acceso y arquitectura del sistema de salud.

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

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

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

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

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

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

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

2.6 Traducción de la guía de práctica clínica

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

3 RESUMEN DE RECOMENDACIONES

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

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

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

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

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

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

3.1 Principio del cuidado en demencia

Puntos de buena práctica

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

3.2 Aspectos éticos y legales

Puntos de buena práctica

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

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

3.3 Barreras al acceso y cuidado

Recomendación basada en consenso

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

Puntos de buena práctica

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

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

3.4 Consideraciones para los grupos étnicos

Puntos de buena práctica

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

3.5 Consideraciones para poblaciones cultural y lingüísticamente diversas

Puntos de buena práctica

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

3.6 Identificación temprana

Recomendación basada en consenso

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

Signos y síntomas de deterioro cognoscitivo:

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

Punto de buena practica

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

3.7 Servicios de evaluación especializada

Recomendación basada en evidencia

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

Puntos de buena práctica

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

3.8 Seguimiento a las personas con trastorno neurocognoscitivo leve

Recomendación basada en consenso

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

3.9 Diagnóstico del trastorno neurocognoscitivo mayor

Puntos de buena práctica

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

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

3.10 Evaluación cognoscitiva.

Puntos de buena práctica

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

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

Tabla 1. Herramientas de medición de la función cognitiva

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

Elaboración propia. Fuente GPC adoptada.

3.11 Neuroimagen

Puntos de buena práctica

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

Recomendación basada en evidencia

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

3.12 Comunicación del diagnóstico

Puntos de buena práctica

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

3.13 Información y apoyo para la persona con trastorno neurocognoscitivo mayor

Recomendación basada en consenso

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

Recomendación basada en evidencia

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

Puntos de buena práctica

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

3.14 Organización de servicios de salud

Puntos de buena práctica

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

3.15 Capacitación para el personal y los estudiantes

Recomendación basada en evidencia

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

Puntos de buena práctica

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

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

3.16 Viviendo bien

Puntos de buena práctica

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

3.17 Promoción de la independencia funcional

Recomendación basada en evidencia

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

Puntos de buena práctica

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

3.18 Inhibidores de acetil colinesterasa y memantina

Recomendación basada en evidencia

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

Puntos de buena práctica

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

3.19 Síntomas conductuales y psicológicos

3.19.1 Intervenciones no farmacológicas

Recomendación basada en evidencia

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

Puntos de buena práctica

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

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

3.19.2 Intervenciones farmacológicas

Recomendación basada en evidencia

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

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

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

Recomendación basada en consenso

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

Puntos de buena práctica

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

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

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

3.20 Apoyo para cuidadores

Recomendación basada en evidencia

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

Recomendación basada en consenso

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

Puntos de buena práctica

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

3.21 Enfoque paliativo

Puntos de buena práctica

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