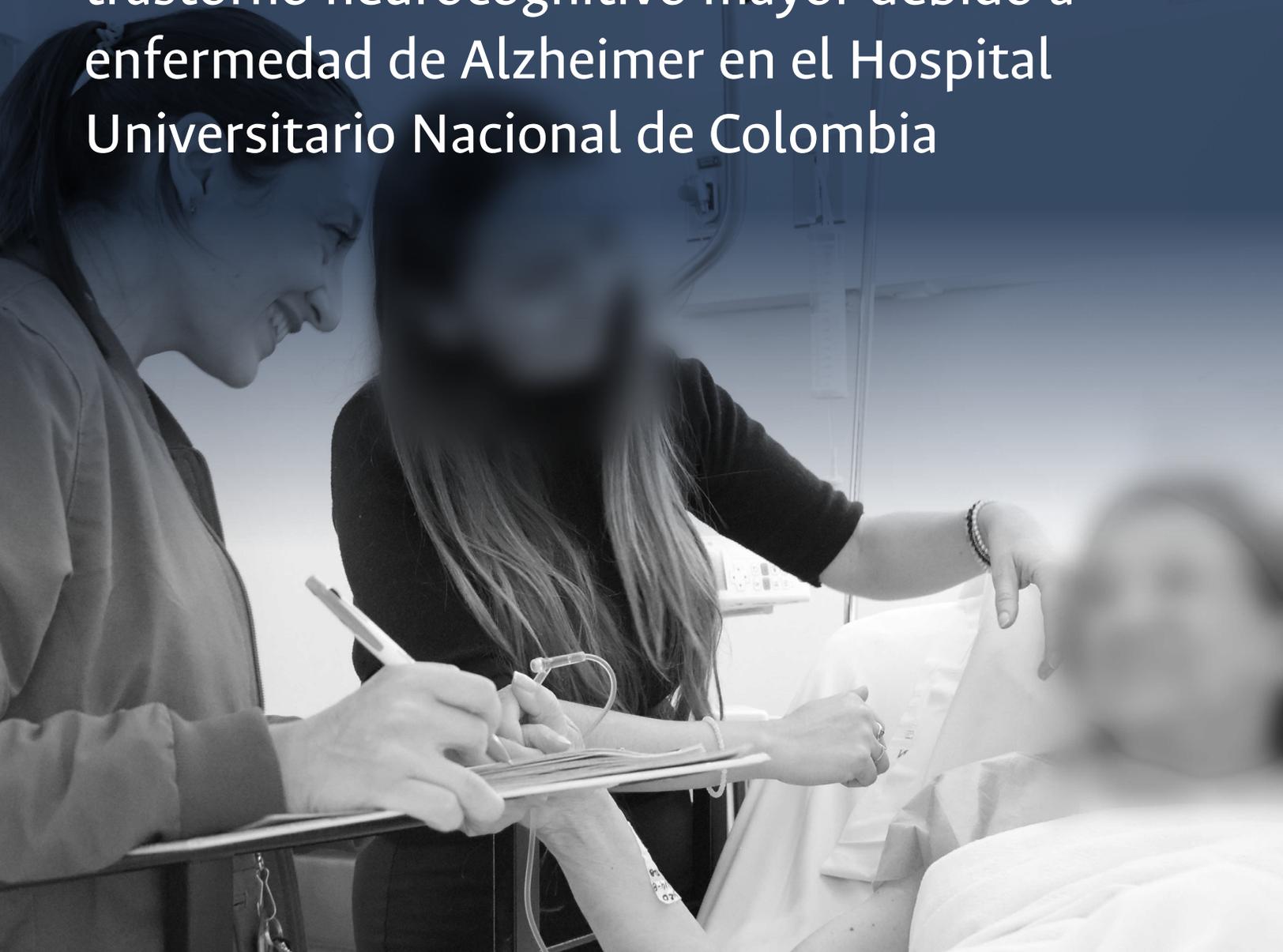


Código: IN-EC-33 · Vigencia: 0-10-2024 · V001



# Estándar Clínico Basado en la Evidencia:

diagnóstico y tratamiento del paciente con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer en el Hospital Universitario Nacional de Colombia



 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

**Estándar clínico basado en la evidencia: diagnóstico y tratamiento del paciente con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer en el Hospital Universitario Nacional de Colombia**

Hospital Universitario Nacional de Colombia  
Universidad Nacional de Colombia

Bogotá, Colombia  
2024

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

**Estándar clínico basado en la evidencia: diagnóstico y tratamiento del paciente con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer en el Hospital Universitario Nacional de Colombia**

**Hospital Universitario Nacional de Colombia**

Dirección de Investigación e Innovación  
 Proceso de Atención Ambulatoria  
 Proceso de Atención en Hospitalización  
 Proceso de Atención en Programas Especiales  
 Proceso de Atención en Rehabilitación y Desarrollo Humano  
 Proceso de Atención en Servicio Farmacéutico  
 Proceso de Experiencia al Usuario  
 Proceso de Gestión Comercial y Mercadeo

**Universidad Nacional de Colombia**

Facultad de Medicina  
 Instituto de Investigaciones Clínicas  
 Departamento de Cirugía  
 Departamento de Imágenes Diagnósticas  
 Departamento de Medicina Física y Rehabilitación  
 Departamento de Medicina Interna

Facultad de Enfermería  
 Departamento Salud de Colectivos

Facultad de Ciencias  
 Departamento de Farmacia

Facultad de Odontología  
 Departamento de Cirugía Maxilofacial

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

## **Autoría**

### **Grupo desarrollador de la propuesta**

#### **- Líderes del proceso**

#### **Heider Alexis Bautista Mier**

Médico cirujano, especialista en geriatría y magíster en métodos para la PRACCIS. Se desempeña como médico geriatra de la unidad para la evaluación cognitiva “COGNICIÓN HUN” en el Proceso de Atención Ambulatoria y el Proceso de Atención en Hospitalización del Hospital Universitario Nacional de Colombia, y como docente adjunto al departamento de medicina interna, facultad de medicina, Universidad Nacional de Colombia.

#### **Rodrigo Pardo Turriago**

Médico y cirujano, especialista en neurología clínica, magíster en Epidemiología Clínica, se desempeña como profesor titular del Departamento de Medicina Interna e Instituto de Investigaciones Clínicas y como coordinador del posgrado en neurología clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia; además, como neurólogo clínico en el Proceso de Atención Ambulatoria del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

#### **Mónica Patricia Romero Marín**

Médica y cirujana, especialista en medicina interna y en geriatría de la Universidad Nacional de Colombia.

#### **- Expertos clínicos participantes**

#### **Liliana Akli Serpa**

Fonoaudióloga, especialista en audiología. Se desempeña como coordinadora del Proceso de Atención en Rehabilitación y Desarrollo Humano del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

#### **María Paula Benavides Castellanos**

Odontóloga, estudiante de cuarto año de la especialidad en cirugía oral y maxilofacial de la Universidad Nacional de Colombia.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

### **Harold Betancourt Pérez**

Químico farmacéutico, estudiante de la maestría en farmacoeconomía en la Universidad Internacional de la Rioja de España (UNIR). Se desempeña como Director del Proceso de Atención en Servicio Farmacéutico del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### **Sonia Alexandra Bohórquez Lindarte**

Fisioterapeuta, especialista en gerencia de seguridad y salud en el trabajo. Se desempeña como fisioterapeuta en el Proceso de Atención en Rehabilitación y Desarrollo Humano del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### **Andrea Camacho Solórzano**

Terapeuta ocupacional. Se desempeña como tal en el Proceso de Atención en Rehabilitación y Desarrollo Humano del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### **Sandra Milena Castellar Leones**

Médica, especialista en medicina física y rehabilitación. Se desempeña como docente adjunta del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación de la Universidad Nacional de Colombia, como médica especialista en Medicina Física y Rehabilitación del proceso de Atención en Rehabilitación y Desarrollo Humano del Hospital Universitario Nacional de Colombia y del Instituto Roosevelt.

### **Norma Constanza Cárdenas Trujillo**

Enfermera. Se desempeña como enfermera de las clínicas de la excelencia en el Proceso de Atención en Programas Especiales del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### **Olga Lucía Chaparro Pinilla**

Nutricionista dietista, especialista en nutrición clínica. Se desempeña como nutricionista clínica en el Proceso de Atención en Hospitalización del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### **Natalia Corredor Parra**

Trabajadora social, especialista en alta gerencia. Se desempeña como jefe del Proceso de Experiencia al Usuario del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

### **Mariana Díaz Amaya**

Psicóloga, especialista y magíster en psicología médica y de la salud. Se desempeña como psicóloga en el proceso de Atención en Hospitalización y el Proceso de Atención Ambulatoria del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### **Liliana Duarte Pedroza**

Psicóloga, magíster en psicología con énfasis en neuropsicología clínica y cognoscitiva. Se desempeña como neuropsicóloga en el Proceso de Atención Ambulatoria del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### **Paula Valentina Gaete Carrillo**

Médica, magíster en genética humana y bioquímica. Estudiante de segundo año de la especialidad en neurología clínica de la Universidad Nacional de Colombia.

### **Natalia Garzón Barbosa**

Psicóloga. Se desempeña como profesional de apoyo en la Dirección de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### **Dolly Tatiana Gracia García**

Médica general, estudiante de segundo año de la especialidad en geriatría de la Universidad Nacional de Colombia.

### **Sergio Alejandro Gómez Ríos**

Médico cirujano, estudiante de cuarto año de radiología de la especialidad en radiología e imágenes diagnósticas de la Universidad Nacional de Colombia.

### **Jaime Jaramillo Mejía**

Médico y cirujano, especialista en anestesiología y reanimación, especialista en alivio de dolor y cuidado paliativo. Se desempeña como médico especialista en dolor del servicio de dolor y cuidado paliativo en el Proceso de Atención en Hospitalización del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### **Luisa Fernanda Morales Pinilla**

Médica general, especialista en psiquiatría, estudiante de la maestría en docencia de la Universidad del Rosario y la Universidad Pontificia Javeriana. Se desempeña como médica

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

especialista en psiquiatría del Proceso de Atención Ambulatoria en el Hospital Universitario Nacional de Colombia.

**Geraldine Peralta Suarez**

Médica, estudiante de segundo año de la especialidad en geriatría de la Universidad Nacional de Colombia.

**Diana Carolina Quiroz Velasco**

Médica, estudiante de segundo año de la especialidad en geriatría de la Universidad Nacional de Colombia.

**Milena Rocha Sierra**

Enfermera, especialista en auditoría. Se desempeña como auditora en el Proceso de Gestión Comercial y Mercadeo del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

**Jorge Iván Salazar Talero**

Médico, estudiante de primer año de la especialidad en oftalmología de la Universidad Nacional de Colombia.

**Mónica Alexandra Vargas Moreno**

Médica, magíster en neurociencias. Se desempeña como médica hospitalaria en el Proceso de Atención en Hospitalización del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

**Jeisson David Vargas Yara**

Médico cirujano, estudiante de la especialidad en epidemiología. Se desempeña como médico en la consulta prioritaria del Proceso de Atención Ambulatorio del Hospital Universitario Nacional de Colombia y es miembro de los equipos territoriales de la SubRed sur occidente.

- **Coordinadores metodológicos**

**Paula González-Caicedo**

Fisioterapeuta, estudiante de la maestría en epidemiología clínica de la Universidad Nacional de Colombia. Se desempeña como metodóloga de investigación en la Dirección de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

**Giancarlo Buitrago**

Médico cirujano, magíster en Economía y en Epidemiología Clínica, y doctor en Economía. Es profesor asociado y Vicedecano de Investigación y Extensión de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, y director de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

- **Seguimiento del proceso**

**Comité de Estándares Clínicos**

Universidad Nacional de Colombia, Hospital Universitario Nacional de Colombia.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

### **Agradecimientos**

Agradecemos a la comunidad del Hospital Universitario Nacional de Colombia y a la Universidad Nacional de Colombia por su acogida en el desarrollo de estándares clínicos basados en la evidencia (ECBE). Agradecemos su apoyo al proceso, su disponibilidad para el desarrollo de la propuesta y su interés en brindar el mayor beneficio a los pacientes, teniendo en cuenta la mejor evidencia y el aprovechamiento de los recursos disponibles.

Este documento ha recibido apoyo durante su desarrollo, aportes de diferentes profesionales, por lo que hace mención especial a:

**- Profesionales clínicos**

**Fanny Agudelo**

Médica, estudiante de tercer año de la especialidad en geriatría de la Universidad Nacional de Colombia.

**William Arregocés Fernández**

Médico y cirujano, especialista en medicina familiar y en educación, estudiante de cuarto año de la especialidad en geriatría de la Universidad Nacional de Colombia.

**María Paulina Baquero**

Médica, estudiante de tercer año de la especialidad en geriatría de la Universidad Nacional de Colombia.

**Cindy Consuelo Romero Méndez**

Médica, estudiante de cuarto año de la especialidad en geriatría de la Universidad Nacional de Colombia.

**Jairo Uriel Ramírez Ramírez**

Médico, estudiante de cuarto año de la especialidad en geriatría de la Universidad Nacional de Colombia.

**Jorge Andrés Sánchez Duque**

Médico, especialista en medicina familiar, residente de segundo año de la especialidad en geriatría de la Universidad Nacional de Colombia.

**Shehana Thahir Silva**

Médica, residente de cuarto año de la especialidad en geriatría de la Universidad Nacional de Colombia

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

## CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

### Contribuciones de los autores

- **Coordinación clínica:** Heider Alexis Bautista Mier y Mónica Patricia Romero Marín.
- **Coordinación metodológica:** Giancarlo Buitrago Gutiérrez y Paula González-Caicedo.
- **Definición de alcance y objetivos:** Heider Alexis Bautista Mier, Mónica Patricia Romero Marín y Paula González-Caicedo.
- **Revisión sistemática de guías de práctica clínica:** Heider Alexis Bautista Mier, Mónica Patricia Romero Marín y Paula González-Caicedo.
- **Algoritmo clínico preliminar:** Heider Alexis Bautista Mier, Mónica Patricia Romero Marín, Rodrigo Pardo Turriago, Natalia Garzón Barbosa y Paula González-Caicedo.
- **Acuerdo interdisciplinario:** Liliana Akli Serpa, Harold Betancourt Pérez, María Paula Benavidez Castellanos, Sonia Alexandra Bohórquez Lindarte, Andrea Camacho Solórzano, Sandra Milena Castellar Leones, Norma Constanza Cárdenas Trujillo, Olga Lucia Chaparro Pinilla, Natalia Corredor Parra, Mónica Alexandra Vargas Moreno, Mariana Díaz Amaya, Rodrigo Pardo Turriago, Liliana Duarte Pedroza, Paula Valentina Gaete Carrillo, Sergio Alejandro Gómez Ríos, Jeison David Vargas Yara, Dolly Tatiana Gracia García, Jaime Jaramillo Mejía, Luisa Fernanda Morales Pinilla, Milena Rocha Sierra, Geraldine Peralta Suarez, Diana Carolina Quiroz Velasco, Jairo Uriel Ramírez Ramírez, Cindy Consuelo Romero Méndez, Jorge Iván Salazar Talero, Jorge Andrés Sánchez Duque, María Paulina Baquero.
- **Algoritmo clínico final:** Heider Bautista, Natalia Garzón Barbosa y Paula González-Caicedo.
- **Revisión y edición:** Heider Bautista, Natalia Garzón Barbosa y Paula González-Caicedo.
- **Seguimiento del proceso:** Comité de Estándares Clínicos.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

## Contenido

Introducción.....	15
Alcance.....	16
Objetivos .....	17
Metodología .....	18
Diagramas de flujo y puntos de control .....	23
Implementación del estándar clínico basado en la evidencia y evaluación de la adherencia .....	40
Impacto esperado del ECBE .....	41
Actualización del ECBE .....	42
Glosario .....	43
Referencias.....	45
Anexos .....	49

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

### Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Guías de práctica clínica identificadas en la búsqueda de la literatura que cumplieron con los criterios de elegibilidad para el desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia. ....	20
<b>Tabla 2.</b> Intervenciones farmacológicas .....	31
<b>Tabla 3.</b> Posología de los Inhibidores acetilcolinesterasa (IACE) e inhibidores NMDA..	33
<b>Tabla 4.</b> Indicadores propuestos para evaluar puntos de control .....	38

	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

## Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Metodología del proceso secuencial de desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento del paciente con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de alzhéimer en el Hospital Universitario Nacional de Colombia.....	18
<b>Figura 2.</b> Diagrama de flujo para establecer el diagnóstico y tratamiento del paciente con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer en el Hospital Universitario Nacional de Colombia .....	23
<b>Figura 3.</b> Sección 1 del diagrama de flujo: diagnóstico del paciente con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer .....	24
<b>Figura 4.</b> Sección 2 del diagrama de flujo: tratamiento, rehabilitación y seguimiento .....	28

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

### Abreviaturas

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
COGNITION	Unidad de evaluación de la función cognitiva
CUPS	Clasificación Única de Procedimientos en Salud
EA	Enfermedad de Alzheimer
ECBE	Estándares Clínicos Basados en Evidencia
GDS	Escala de Deterioro Global
G-I-N	Guidelines International Network
GPC	Guía de Práctica Clínica
h	Horas
HUN	Hospital Universitario Nacional de Colombia
IETS	Instituto de Evaluación tecnológica en Salud
IACE	
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
kg	Kilogramos
LILACS	Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud
mg	Miligramos
ml/min	Mililitros por minuto
MMSE	Mini-Mental State Examination
MNA	Mini Nutritional Assesment
Moca	Valoración Cognitiva de Montreal
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NMDA	Receptor Glutamatérgico N-Metil- D - Aspartato

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDF	Portable Document Format
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
RIS	Radiology Information System
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
TNM	Trastorno Neurocognitivo Mayor
WHOLIS	Sistema de Información de la Biblioteca de la OMS

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

## Introducción

El trastorno cognitivo es un síndrome adquirido debido a una causa orgánica que puede condicionar un deterioro persistente de las funciones cognitivas, y por consiguiente pérdida de la funcionalidad y de la autonomía (1). La Organización mundial de la Salud (OMS) estimó en 2021, que la prevalencia del Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNM) es de alrededor 50 millones en todo el mundo y se estima adicionalmente que aumente de manera exponencial e incluso triplicarse para 2050 (1,2), esto condicionado al incremento de la expectativa de vida y la relación de este trastorno con la edad (1,2). Para el periodo de 2012 a 2022, la población mundial mayor de 65 años aumentó aproximadamente en un 21%, lo que significó un aumento en el grupo etario de mayor susceptibilidad para el desarrollo de esta condición (3). La prevalencia de demencia en Colombia para los años 2000 y 2022 se estimó entre el 1,8 al 3,4% en personas entre 65 y 75 años (4).

Si bien el desarrollo de esta condición se ha relacionado con la presencia de factores de riesgo (genéticos, metabólicos, ambientales), procesos inflamatorios, daño vascular o la confluencia de estos; la etiología específica aún no se ha dilucidado. Las manifestaciones clínicas requieren diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportunos, por lo que surge entonces la necesidad de un abordaje interdisciplinar, individualizado y dirigido a las necesidades del paciente y su red de apoyo, de manera tal que se establezcan objetivos terapéuticos orientados a las necesidades reales del paciente (1,2,5,6).

El abordaje integral implique la participación de disciplinas como geriatría, fonoaudiología, fisioterapia, terapia ocupacional, dolor y cuidado paliativo, radiología, oftalmología, psicología, psiquiatría, neuropsicología, medicina prioritaria, enfermería, farmacia, dirección comercial, nutrición clínica, trabajo social, medicina hospitalaria, neurología, cirugía maxilofacial, medicina física y rehabilitación, y que se cuente con un ejercicio de síntesis de evidencia riguroso y con participación de expertos, para consolidar el abordaje integral de los pacientes con TNM debido a enfermedad de Alzheimer. Por tal motivo, y dado que más de la mitad de la población atendida en el HUN son adultos mayores, estandarizar el abordaje de los pacientes con esta condición en el HUN es de gran importancia.

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo de este estándar clínico basado en la evidencia (ECBE) es generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible (presentadas mediante un diagrama de flujo) relativas al diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con TNM debido a enfermedad de Alzheimer y, de esta forma, disminuir la variabilidad en la atención de estos pacientes en el HUN, así como proporcionar directrices que optimicen la calidad de la atención en salud brindada a esta población.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

### Alcance

Este ECBE busca, con base en la mejor evidencia disponible, establecer las recomendaciones acerca del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes con TNM debido a enfermedad de Alzheimer, que son atendidos en la Unidad de evaluación de la función cognitiva (COGNITION) del HUN en el ámbito ambulatorio.

Las recomendaciones aquí contenidas están dirigidas a los profesionales de la salud (médicos generales y especialistas en neurología, geriatría y psiquiatría, psicólogos, enfermeros, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales) involucrados en la atención integral de pacientes adultos con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer, como geriatría, fonoaudiología, fisioterapia, terapia ocupacional, dolor y cuidado paliativo, radiología, oftalmología, psicología, psiquiatría, neruopsicología, medicina prioritaria, enfermería, farmacia, dirección comercial, nutrición clínica, trabajo social, medicina hospitalaria, neurología, cirugía maxilofacial y medicina física y rehabilitación. Además, este ECBE podrá ser usado por docentes y estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad Nacional de Colombia, que realicen sus prácticas clínicas en el HUN, y también por personal asistencial y administrativo de la institución, involucrados en la toma de decisiones relacionadas con el proceso de implementación del ECBE en el hospital.

Es importante mencionar que este documento no incluye recomendaciones de tratamiento de población con trastorno neurocognitivo debido a causas potencialmente reversibles o hereditarias.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

## Objetivos

Estos se dividen en general y específicos, como se detalla a continuación.

### Objetivo general

- Establecer las recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de pacientes con TNM debido a enfermedad de Alzheimer, para los profesionales de la salud del HUN involucrados en su atención, mediante el desarrollo de un ECBE.

### Objetivos específicos

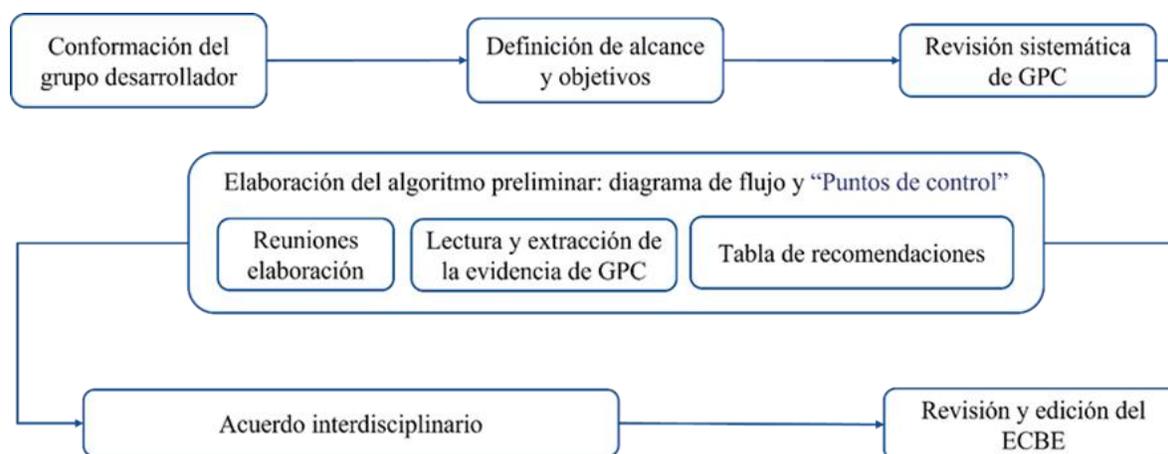
- Identificar las áreas/servicios asistenciales del HUN involucrados en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes con TNM debido a enfermedad de Alzheimer.
- Identificar recomendaciones basadas en la evidencia disponible que permitan estandarizar las intervenciones de los diferentes integrantes del equipo multidisciplinario encargado de la atención de pacientes con TNM debido a enfermedad de Alzheimer, según su compromiso neurológico y neuropsicológico.
- Generar un consenso entre las diferentes áreas/servicios asistenciales involucrados con el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes con TNM debido a enfermedad de Alzheimer atendidos en el HUN.
- Elaborar un algoritmo clínico para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes con TNM debido a enfermedad de Alzheimer atendidos en el HUN.
- Identificar puntos de control para la implementación y evaluación del ECBE.
- Presentar los lineamientos para la difusión e implementación del ECBE.

	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

## Metodología

El ECBE se desarrolló mediante un proceso secuencial de siete componentes: i) conformación del equipo desarrollador; ii) definición del alcance y los objetivos del ECBE; iii) revisión sistemática de guías de práctica clínica (GPC); iv) elaboración del algoritmo preliminar; v) desarrollo de un acuerdo interdisciplinario; vi) elaboración del algoritmo final, y vii) revisión y edición del ECBE (Figura 1).

**Figura 1.** Metodología del proceso secuencial de desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento del paciente con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de alzhéimer en el Hospital Universitario Nacional de Colombia.



**Fuente:** elaboración propia.

El grupo desarrollador del ECBE estuvo conformado por expertos en geriatría, neurología, medicina interna y en epidemiología clínica. Todos los miembros diligenciaron los formatos de divulgación de conflictos de intereses. Una vez constituido, el grupo interdisciplinario estableció los objetivos y el alcance del ECBE. En la etapa de revisión de la literatura, se realizaron búsquedas sistemáticas en diferentes bases de datos (MEDLINE, Embase y LILACS), así como en organismos desarrolladores y compiladores de GPC, usando lenguaje controlado para identificar las GPC que respondieran al objetivo y alcance planteados (ver anexo 1 para más información sobre las estrategias de búsqueda).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

## REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA DE GPC

Se realizó una búsqueda sistemática de literatura con el propósito de identificar las GPC que respondieran al objetivo y alcance planteados. La unidad de análisis de dicha revisión fueron documentos publicados en revistas científicas o documentos técnicos encontrados como literatura gris que fueran calificados como GPC basadas en la evidencia que presentaran indicaciones o recomendaciones con relación al diagnóstico y tratamiento de pacientes con TNM debido a Enfermedad de Alzheimer, publicadas en los últimos diez años.

Se diseñaron estrategias de búsqueda electrónica que tuvieron una alta sensibilidad, con el fin de encontrar la mayor cantidad de documentos que cumplieran con los criterios antes descritos. La búsqueda fue efectuada entre el 17 de marzo y el 13 de abril de 2023. Las bases de datos y los desarrolladores y compiladores consultados se presentan a continuación:

1. Bases de datos:
  - a. MEDLINE
  - b. Embase
  - c. LILACS
  
2. Desarrolladores:
  - a. Ministerio de Salud y Protección Social – Colombia
  - b. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) – Reino Unido
  - c. Instituto de Evaluación tecnológica en Salud (IETS) – Colombia
  - d. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) – México
  - e. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) – Escocia
  - f. Organización Panamericana de la Salud (OPS)
  - g. Sistema de Información de la Biblioteca de la OMS (WHOLIS)
  - h. Australian Clinical Practice Guidelines
  - i. Organización Mundial de la Salud (OMS)
  
3. Compiladores:
  - a. Guidelines International Network (G-I-N)
  - b. CPG Infobase: Clinical Practice Guidelines (CMA infodatabse)
  - c. Biblioteca Guía Salud – España

Se identificaron los términos tesauros y de lenguaje libre, correspondientes a la condición de salud o área de interés. Se construyó una estrategia de búsqueda de base compuesta por vocabulario controlado (términos MeSH, Emtree y DeCS) y lenguaje libre (variaciones ortográficas, plurales, sinónimos, acrónimos y abreviaturas).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

A partir de la estrategia de base se adoptaron las estrategias de búsqueda para los diferentes recursos, empleando (cuando fue posible), expansión de términos, identificadores de campo (título y resumen), truncadores y operadores booleanos y de proximidad. Para cada búsqueda se generó un reporte que garantizara su reproducibilidad y transparencia. Se descargaron todos los archivos con extensión RIS o los documentos en formato PDF para consolidar todos los resultados en una sola base de datos y poder llevar a cabo las actividades de tamización y evaluación de la calidad de la evidencia. Las tablas de reporte de estrategias de búsqueda de la evidencia se pueden consultar en el Anexo 1.

El proceso de tamización y selección de la evidencia se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios de elegibilidad establecidos por el equipo desarrollador:

### 1. Criterios de inclusión

- GPC sobre el diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Alzheimer.
- GPC publicadas en inglés o español y con acceso a texto completo.
- GPC publicadas en los últimos 10 años (2013 - 2023).

### 2. Criterios de exclusión

- GPC con evaluación de la calidad global menor a seis según el instrumento AGREE II o con un puntaje menor a 60 % en los dominios de rigor metodológico e independencia editorial.
- GPC que abordan el diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Alzheimer en contexto hospitalario.

La tamización de la evidencia se realizó mediante la revisión del título, resumen y texto completo de los documentos identificados en las búsquedas sistemáticas. Este proceso se hizo de manera independiente por dos miembros del grupo desarrollador; las discrepancias las resolvió un tercer integrante. La calidad de las GPC seleccionadas la evaluaron de manera independiente dos integrantes del grupo desarrollador (un experto clínico y un experto metodológico), para lo cual se utilizó el instrumento AGREE-II.

**Tabla 1.** Guías de práctica clínica identificadas en la búsqueda de la literatura que cumplieron con los criterios de elegibilidad para el desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

Id	Nombre de la GPC	Grupo de desarrollador	País	Idioma	Año	Reporte AGREE-II		
						Rigor metodológico	Independencia editorial	Calidad global
GP C1	Guía de práctica para el diagnóstico y tratamiento del Trastorno neurocognoscitivo mayor (Demencia)	MPSSS	Colombia	Español	2017	73%	75%	7
GP C2	Overview   Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers   Guidance   NICE	NICE	Reino Unido	Inglés	2018	83%	71%	7

El proceso de tamización y selección de las GPC se resume en el diagrama PRISMA (anexo 1). Finalmente, después de aplicar los criterios de elegibilidad se incluyeron los documentos presentados en la tabla 1. Para más información sobre las búsquedas sistemáticas de la literatura, ver el anexo 2.

GPC: guía de práctica clínica.

**Fuente:** elaboración propia.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

En cuanto a la elaboración de la propuesta preliminar del ECBE: en primer lugar, se elaboró una tabla de extracción de información utilizando un sistema de dominios (explicado en el anexo 1); en segundo, se extrajo la evidencia contenida en las 2 GPC seleccionadas (los niveles de evidencia y grados de recomendación utilizados por cada una de las GPC se encuentran en el anexo 4); y, finalmente, se identificaron las áreas asistenciales del HUN involucradas en el diagnóstico y tratamiento del paciente con TNM debido a Enfermedad de Alzheimer, para ser incluidos en la elaboración del algoritmo clínico de pacientes atendidos en la institución.

En la fase del acuerdo interdisciplinario, se designaron representantes de las áreas asistenciales involucradas en la atención de estos pacientes, a quienes se les envió la versión preliminar del algoritmo con el fin de que lo evaluaran antes de asistir a la reunión de consenso. En esta reunión, participaron los representantes de los siguientes servicios/áreas asistenciales: geriatría, neurología, fonoaudiología, fisioterapia, terapia ocupacional, dolor y cuidado paliativo, radiología, oftalmología, psicología, psiquiatría, neuropsicología, medicina prioritaria, enfermería, farmacia, dirección comercial, nutrición clínica, trabajo social, medicina hospitalaria, neurología, cirugía maxilofacial y medicina física y rehabilitación. Los líderes clínicos del ECBE estuvieron a cargo de la presentación de los algoritmos y la reunión fue moderada por un representante de la Dirección de Investigación e Innovación.

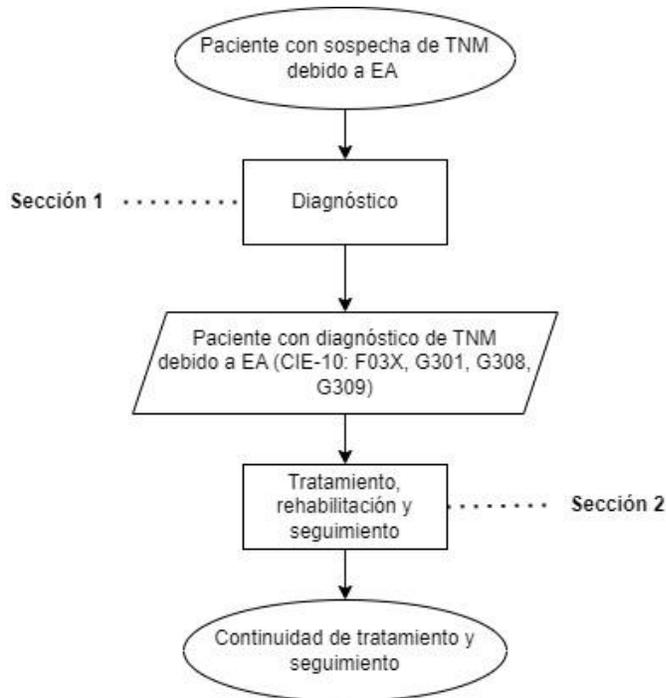
Se presentaron 2 secciones del ECBE, así como una sección adicional sobre los puntos de control, y se realizaron las votaciones correspondientes para cada una. El resultado de las tres votaciones permitió confirmar la existencia de consenso a favor de usar las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del paciente con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer contenidas en los diagramas de flujo presentados (los resultados adicionales de este ejercicio se pueden consultar en el anexo 1).

Luego, el equipo desarrollador unificó las sugerencias realizadas en la reunión de consenso interdisciplinario y, con base en estas, elaboró la versión final del ECBE. Por último, se realizó la revisión de estilo y diagramación del documento y, de esta forma, se obtuvo la versión final.

	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

**Diagramas de flujo y puntos de control**

**Figura 2.** Diagrama de flujo para establecer el diagnóstico y tratamiento del paciente con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer en el Hospital Universitario Nacional de Colombia



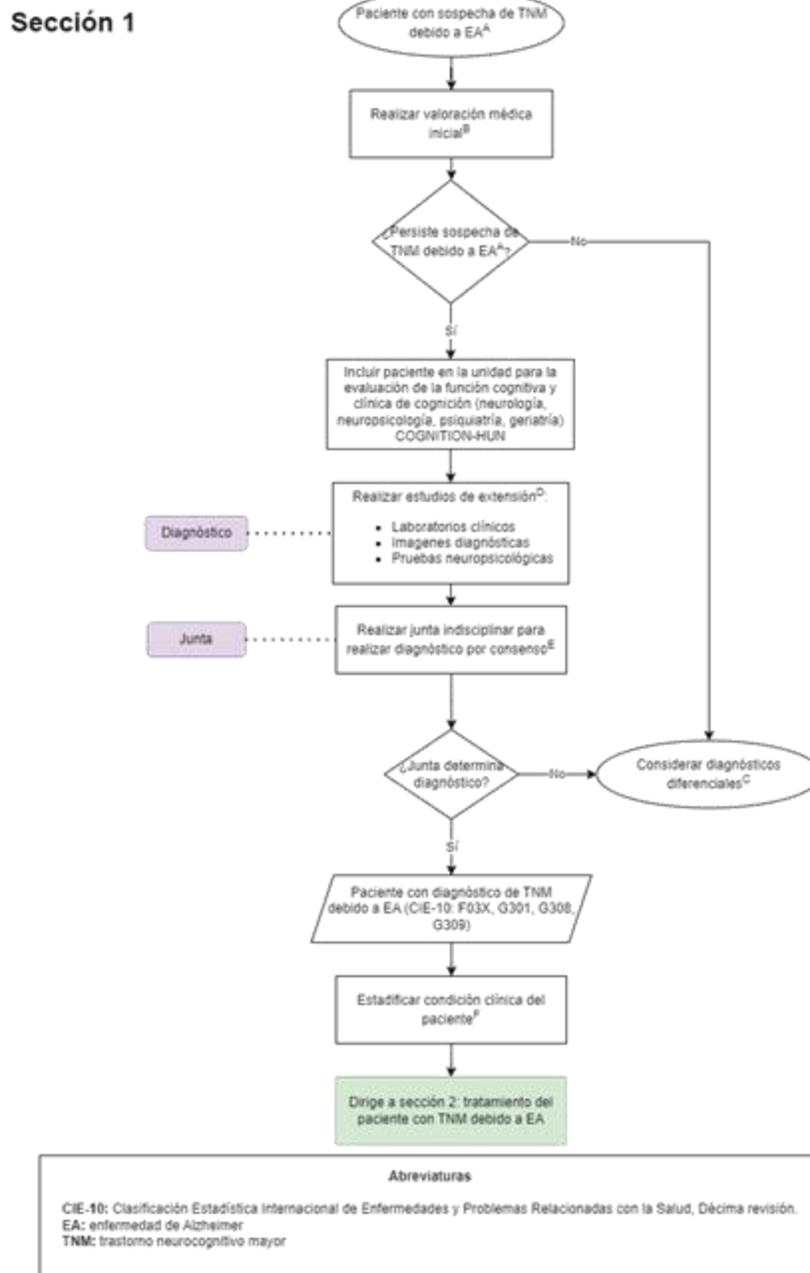
Abreviaturas
CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud, Décima revisión.
EA: enfermedad de Alzheimer
TNM: trastorno neurocognitivo mayor

**Fuente:** elaboración propia.

	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

### Sección 1: diagnóstico

**Figura 3.** Sección 1 del diagrama de flujo: diagnóstico del paciente con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer



**Fuente:** elaboración propia.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

### Información adicional

**A. Paciente con sospecha de TNM debido a EA:** se debe sospechar TNM debido a EA en todos aquellos adultos que cursen con pérdida de memoria episódica, repetición de preguntas o historias, distorsiones de la memoria, dificultades para encontrar palabras o sustituciones de palabras, desorientación, dificultades de planeación (los cambios cognitivos son los principales marcadores del TNM debido a EA) y/o cambios comportamentales y afectivos (apatía, depresión, ansiedad, alucinaciones, otros como irritabilidad o delirios) siendo estos últimos, más frecuentes en etapas avanzadas de la enfermedad y por lo tanto se deben interrogar en el abordaje del paciente(1). Recomendación de expertos. Si bien los cambios comportamentales y emocionales no son los principales en el TNM debido a EA se debe llevar a cabo una tamización de los mismos.

Se recomienda derivar a especialistas para llevar a cabo un control de las comorbilidades del TNM debido a EA, dicho control tiene como objetivo definir los pacientes que ingresan a la clínica (recomendación de expertos).

**B. Valoración médica inicial:** se recomienda realizar una valoración médica con los siguientes aspectos: historia clínica completa, examen físico general; por geriatría: valoración geriátrica integral, con énfasis en funcionalidad en actividades avanzadas, instrumentales (Escala de Lawton y Brody)(Ver anexo 5), en actividades básicas de la vida diaria (Escala de Barthel) (Ver anexo 6)(1), pruebas de cribado de la función cognitiva (Examen de estado minimental – MMSE)(Ver anexo 7)(Valoración cognitiva de Montreal – MoCA) (Ver anexo 8) (7), (nivel de la evidencia [NE]: muy baja, GRADE)(8), de ser positivo dicho tamizaje, remitir a jefe del programa COGNITION, el cual busca fortalecer el proceso de atención y formación académica para dar respuesta a necesidades en salud de la población con sospecha de afectación en la función cognitiva e incluye deterioro cognitivo leve y/o trastorno neurocognitivo mayor. Por neuropsicología: realizar examen neurológico y valorar la función cognitiva, por parte de trabajo social, evaluar sus condiciones sociales. A su vez se sugiere realizar tamizaje de riesgo nutricional (mini nutritional assesment -MNA, se recomienda que las preguntas sean respondidas por familiares o cuidadores para recibir información confiable y minimizar los errores de juicio) y en caso de ser identificado remitir a ECBE de soporte nutricional (recomendación de expertos). Adicionalmente, se recomienda llevar a cabo una evaluación por oftalmología/optometría (CUPS: 890207) y odontología (CUPS: 890403) (recomendación de expertos).

Se recomienda la valoración individualizada de cada caso; al llevar a cabo dicha valoración, se deberá utilizar un lenguaje sencillo compuesto por frases cortas además de incluir un lenguaje no verbal, la consideración del enfoque diferencial (si aplica), además de tener en

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

cuenta las voluntades anticipadas del paciente, desde el inicio del abordaje (recomendación de expertos).

**C. Estudios de extensión:** se recomienda realizar evaluación de hemograma (CUPS 902210), función renal (CUPS 903825 – 903856 - 903605), hormona estimulante de tiroides (CUPS 904902), niveles de vitamina B12 (CUPS 903703) y ácido fólico (CUPS 903105), serología para sífilis (CUPS 906915), estudios de imagen estructural o funcional (CUPS 879113 – 883101) y pruebas neuropsicológicas (CUPS 940700), como parte del estudio de todo paciente con sospecha de TNM debido a EA(7,8)(NE: muy baja, GR: . Escala de GRADE) Estas pruebas se realizarán de acuerdo al contexto clínico y al equipo tratante (recomendación de expertos).

**D. Diagnóstico por consenso:** Se recomienda que el diagnóstico del trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer sea realizado en un consenso de expertos en geriatría, neuropsicología, neurología y psiquiatría, para definir el diagnóstico, en esté, se discutirán los diferentes síntomas y cambios cognoscitivos manifestados por el adulto mayor. De la misma forma, se deberán utilizar criterios internacionales estandarizados para diagnosticar el TNM debido a EA (7,8)(NE: muy baja, GRADE). En caso de parkinsonismo, manifestaciones neuropsiquiátricas de inicio temprano, o pobre respuesta al manejo médico inicial considerar valoración por neuropsicología para establecer el beneficio de la aplicación de pruebas neuropsicológicas para el diagnóstico por consenso (recomendación de expertos). El servicio de enfermería será el encargado de llevar a cabo el tamizaje mediante la aplicación de la prueba de *Pfeiffer*, así como dirigir los aspectos administrativos del consenso (recomendación de experto).

Es importante aclarar que, debido a que para confirmar el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer se requiere biopsia de cerebro con patología y algunos biomarcadores (aspectos que se evalúan en una persona post-mortem), se ha recurrido a considerar el diagnóstico posible y probable, al evaluar(1):

- Diagnóstico probable: presencia de síntomas, sin alguna otra afectación
- Diagnóstico posible: presencia de síntomas, afectación en uno o más dominios, deficiencia cognitiva detectada mediante una prueba de cribado y una imagen estructural que descarte otras enfermedades cerebrales

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

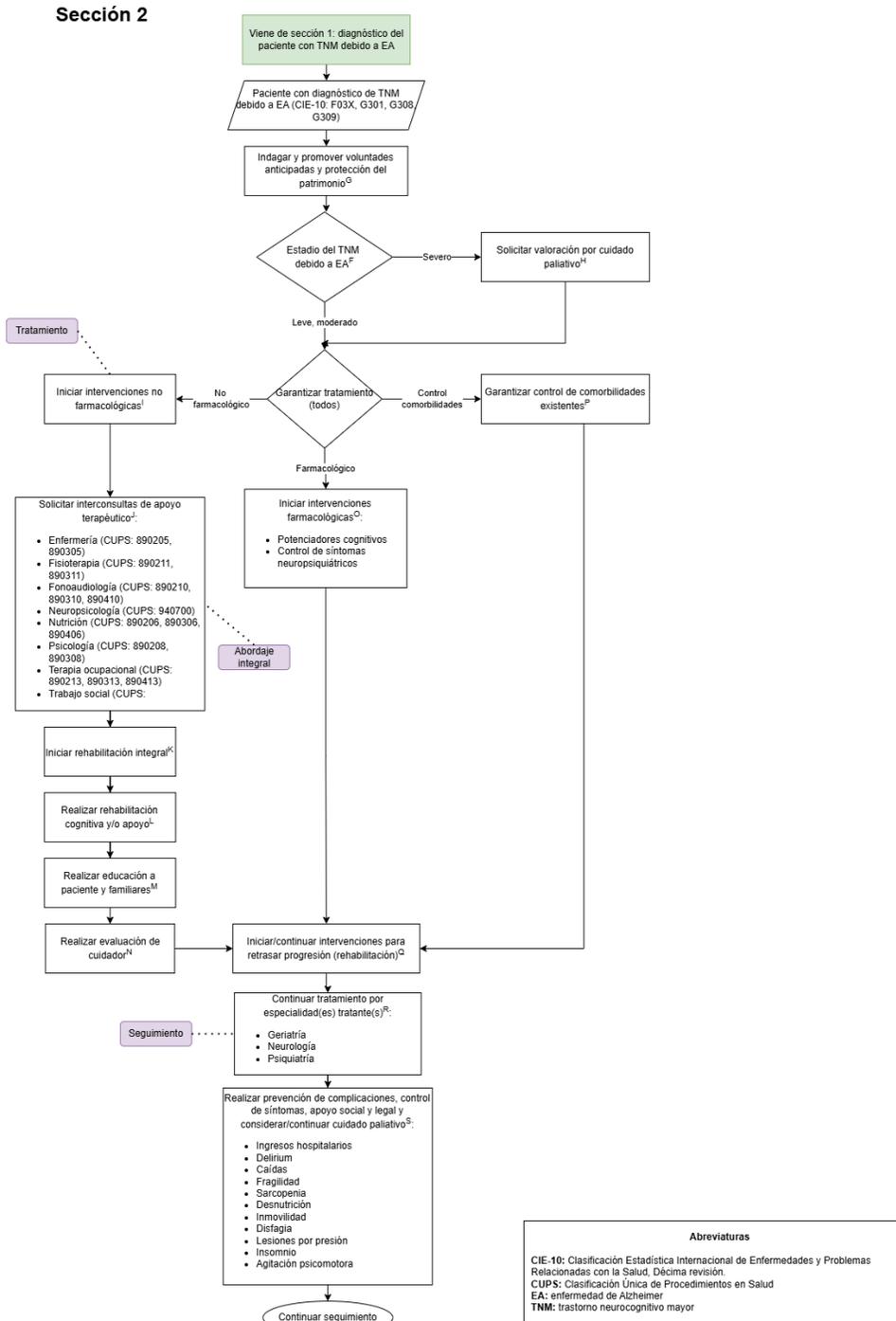
**E. Diagnósticos diferenciales de TNM debido a EA:** se recomienda evaluar el uso de fármacos potencialmente inapropiados (como antihistamínicos, antidepresivos con actividad anticolinérgica, antipsicóticos de primera y segunda generación, benzodiazepinas, agonistas dopaminérgicos, etc) (9), y considerar infecciones del sistema nervioso central, trauma craneoencefálico, ataque cerebrovascular, abuso de sustancias, patología psiquiátrica, delirium, o trastorno neurocognitivo debido a otras etiologías (7,8) (NE: muy baja, GRADE)

**F. Estadificación de la condición:** Se recomienda realizar la estadificación de la condición mediante la Escala de Deterioro Global (GDS) (Anexo 9), que describe la progresión del deterioro en términos cognoscitivos. De acuerdo a la clasificación obtenida, se deberán solicitar las intervenciones requeridas por el paciente, previa consideración de su enfoque diferencial y la evaluación de sus voluntades anticipadas (recomendación de expertos) (10).

La escala GDS proporciona una descripción general de las etapas de la función cognitiva de quienes padecen una demencia degenerativa primaria, como la enfermedad de Alzheimer. Se divide en 7 etapas diferentes. Las etapas 1 a 3 son las etapas previas a la demencia. Las etapas 4 a 7 son las etapas de la demencia. A partir de la etapa 5, una persona requiere apoyo para todas sus actividades de la vida diaria (11).

**Sección 2: tratamiento, rehabilitación y seguimiento**

**Figura 4.** Sección 2 del diagrama de flujo: tratamiento, rehabilitación y seguimiento



 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

**Fuente:** elaboración propia.

### Información adicional

**G. Voluntades anticipadas y protección del patrimonio:** Se recomienda garantizar que paciente reciba un acompañamiento continuo en la toma de decisiones jurídicas con el objetivo de proteger la autonomía y libertad del paciente con TNM debido a EA (12). De la misma forma, se recomienda que una vez se haya diagnosticado la condición, se construya el documento de voluntades anticipadas en donde se especifiquen los cuidados y el tratamiento desearía recibir, esto con el objetivo de avalar que los deseos del paciente no serán vulnerados al encontrarse en una situación de vulnerabilidad (13) (recomendación de expertos)

**H. Valoración por cuidado paliativo:** Se recomienda solicitar la valoración por dolor y cuidados paliativos (CUPS: 890443), con el objetivo de establecer un plan de tratamiento basado en mejorar la calidad de vida del paciente y en facilitar el proceso de final de vida para el paciente y sus familiares (14) (recomendación de expertos).

**I. Intervenciones no farmacológicas:** Se recomienda la prescripción de una dieta saludable y equilibrada, de ejercicio, la valoración y seguimiento por un profesional de la salud oral (CUPS: 890203), la evaluación de un fisioterapeuta (CUPS: 890211, 890311), valoración por fonoaudiología (CUPS: 890210, 890310, 890410), con el objetivo de establecer las alteraciones en la comunicación que pueda presentar el paciente, se recomienda utilizar el Test Neurobel y el Test Denominación de Boston, adicionalmente, se deberá evaluar la deglución del paciente, especialmente las últimas fases de la patología y la intervención de terapia ocupacional (CUPS: 890213, 938303), para promover en pro de mantener la independencia funcional, cognitiva y social, con el objetivo de minimizar el impacto de los síntomas de conducta en los cuidadores. (7,8)(NE: muy baja, GRADE). Si se sospecha déficit visual o auditivo, solicitar valoración por oftalmología (CUPS: 890207) y/o audiología (recomendación de expertos).

Se recomienda iniciar la rehabilitación neuropsicológica, la estimulación cognitiva y la psicoeducación, impartiendo esta última al paciente, sus familiares y/o cuidadores. Se deberá solicitar interconsulta con odontología (CUPS: 890403), nutrición (CUPS: 890206, 890306, 890406) con el objetivo de establecer el diagnóstico y tratamiento nutricional. Por otro lado, para los pacientes sin riesgo o con bajo riesgo nutricional, se sugiere realizar consejería alimentaria y nutricional a pacientes, familiares y/o cuidadores, esta consejería deberá incluir un apartado en donde se especifiquen los factores de riesgo de desnutrición que se deben informar al especialista (recomendación de expertos). Por último, se

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

recomienda, cuando se considere necesario, solicitar valoración por audiología (recomendación de expertos).

**J. Valoración por especialidades de apoyo terapéutico:** Se recomienda solicitar interconsultas a enfermería (CUPS: 890205, 890305), fisioterapia (CUPS: 890211, 890311), fonoaudiología (CUPS: 890210, 890310, 890410), neuropsicología (CUPS: 940700), nutrición (CUPS: 890206, 890306, 890406), psicología (CUPS: 890208, 890308), terapia ocupacional (CUPS: 890213, 890313, 890413) y trabajo social (CUPS: 890109, 890209, 890309, 890609) con el fin de facilitar la adecuada adaptación a los cambios que se irán presentando a lo largo de la enfermedad (recomendación de expertos). Dentro del abordaje de los servicios se encuentra:

Es importante resaltar que desde el servicio de neuropsicología se abordara la rehabilitación neuropsicológica, la estimulación cognitiva y la psicoeducación sobre los distintos aspectos que comprende la enfermedad.

**K. Rehabilitación integral:** Se recomienda realizar un plan de rehabilitación física y cognitiva, a cargo de fisioterapia (CUPS: 890211, 890311), fonoaudiología (CUPS: 890210, 890310, 890410) y terapia ocupacional (CUPS: 890213, 890313, 890413), respectivamente (7,8) (NE: baja, GRADE). Se recomienda la evaluación y seguimiento por nutrición clínica. Remitir a ECBE de soporte nutricional de acuerdo con la condición del paciente (recomendación de expertos).

**L. Rehabilitación cognitiva y/o de apoyo:** Se recomienda elaborar un plan de rehabilitación cognitiva que incluya ejercicios centrados en la estimulación de la memoria, el pensamiento, la atención y otras funciones ejecutivas, esta rehabilitación puede llegar a tener efectos benéficos en la evolución de la enfermedad y la calidad de vida del paciente (16,17) (recomendación de expertos).

**M. Educación a paciente y familiares:** Se recomienda proveer a pacientes, cuidadores y familiares información escrita y verbal, sobre estrategias de cuidado y prevención de sobrecarga, y aquellas personas que viven solas, sobre la protección de patrimonio (8) (NE: muy baja, Escala de GRADE).

**N. Evaluación del cuidador:** Se recomienda la capacitación de los cuidadores en la identificación 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. Apoyo de profesionales de trabajo social y/o gerontología en la aplicación de herramientas para la evaluación de la sobrecarga del cuidador, así como establecer corresponsabilidad familiar y redes de apoyo,

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

trámites de voluntades anticipadas, institucionalización e indicación de cuidadores formales patrimonio (8) (NE: muy baja, GRADE).

**O. Intervenciones farmacológicas:** Se podría utilizar la administración de alguno de los tres inhibidores de la acetilcolinesterasa, galantamina, rivastigmina o donepezilo éste último condicionado a disponibilidad institucional, estos como opciones para controlar los síntomas de la enfermedad de Alzheimer en estadios leve a moderado. Se recomienda memantina, en monoterapia o como terapia combinada con inhibidores de acetilcolinesterasa como alternativa en enfermedad de Alzheimer moderada a severa y en casos de intolerancia a anticolinesterásicos (7,8) (NE: baja, GRADE).

**Tabla 2.** Intervenciones farmacológicas

Fármacos	Efectos adversos	Contraindicaciones	Dosis
<b>Galantamina</b>	Reacciones cutáneas graves, pérdida de peso, bradicardia, úlceras pépticas, convulsiones	Pacientes con creatinina inferior a 9 ml/min, pacientes con insuficiencia hepática grave, paciente con obstrucción gastrointestinal, así mismo, se recomienda recetarlos con precaución a personas gestantes y lactantes	La dosis inicial es de 8 mg/ día durante 8 semanas, una vez pasado este tiempo la dosis puede aumentarse a 16 mg/día durante al menos cuatro semanas, en caso de ser necesario, la dosis se podrá aumentar hasta los 24 mg / día
<b>Rivastigmina</b>	Puede causar náuseas, vómito, diarrea, pérdida de peso, bradicardia, dermatitis alérgica, exacerbar o inducir síntomas extrapiramidales, infecciones en el tracto urinario, disminución del	Se contraindica su uso en personas gestantes, lactantes, con peso corporal inferior a 50 kg y con insuficiencia hepática	La dosis techo de este medicamento es de 13.3 mg/24 h



**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO  
NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE  
ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE  
COLOMBIA**

**ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA**

Código: IN-EC-33

Vigente desde: 30-10-2024

Versión: 001

	apetito, deshidratación, hipertensión, incontinencia urinaria		
<b>Donepezilo</b>	Puede causar diarrea, calambres musculares, fatiga, dolor, náuseas, vómitos, insomnio, síncope, mareos, molestias abdominales, incontinencia urinaria, erupción, prurito, dolor de cabeza, anorexia, resfriado común, alucinaciones, agitación, conducta agresiva, sueños anormales y pesadillas, accidentes	Se contraindica su uso en personas gestantes y lactantes.	La dosis inicial recomendada varía entre 1-2 mg, variando dicha dosis en relación con la respuesta clínica. Se deberá formular y administrar según la disponibilidad de la institución
<b>Memantina</b>	Puede causar crisis convulsivas en personas con antecedentes de epilepsia, dolor de cabeza, somnolencia, estreñimiento, vértigo, alteración del equilibrio, disnea, hipersensibilidad.	Se contraindica su uso en personas con historia de infarto agudo a miocardio recientes, en pacientes con falla hepática, en personas gestantes y lactantes.	Se debe administrar una vez al día con o sin alimentos, siendo la dosis inicial 10 mg/día

**Fuente:** elaborado con base en (18–21)



**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO  
NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE  
ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE  
COLOMBIA**

**ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA**

Código: IN-EC-33

Vigente desde: 30-10-2024

Versión: 001

**Tabla 3.** Posología de los Inhibidores acetilcolinesterasa (IACE) e inhibidores NMDA

Posología	Inhibidores Acetilcolinesterasa (IACE)			Inhibidores NMDA
	Donepezilo	Rivastigmina	Galantamina	Memantina
<b>Presentaciones</b>	Comprimidos (recubiertos o bucodispersables): 5mg, 10mg Solución oral: 2 mg/ml	Cápsulas: 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg y 6 mg Parche transdérmico: 4.6 mg, 9.5 mg y 13.3 mg Solución oral: 2 mg/ml	Cápsulas (liberación prolongada): 8 mg, 16 mg, 24 mg Solución oral: 4 mg/ml	Comprimidos (recubiertos o bucodispersables): 10 mg, 20 mg  Envase de inicio: comprimidos: 5mg+10mg+15mg+20 mg  Solución oral: 5mg/pulsación; 10 mg/ml
<b>Posología inicio</b>	5 mg/día	Oral: 1.5 mg/12 horas Transdérmico: parche de 4.6 mg/día (sin horas de descanso)	- Cápsulas (liberación controlada): 8 mg/día (única dosis) Solución oral: 4 mg / 12 horas	5 mg / día
<b>Titulación</b>	Subir a 10 mg al mes	Oral: Subir a 3 mg / 12 horas al mes, pudiendo realizar aumentos posteriores (con intervalos de 2 semanas como mínimo) hasta un máximo de 24 mg / día Tránsdermico; al cabo de	Cápsulas (liberación prolongada): al cabo de 4 semanas, subir a 16 mg al mes; al cabo de otras 4 semanas, subir a 24 mg (en únicas dosis). Solución oral: al cabo de 4 semanas, subir a 8 mg/12 horas;	Subir 5 mg cada semana, hasta un máximo de 20 mg



**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA**

**ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA**

Código: IN-EC-33

Vigente desde: 30-10-2024

Versión: 001

		4 semanas, la dosis puede aumentarse a parche de 9.5 mg/día; y después de 6 meses como mínimo, puede aumentarse a parche de 13.3 mg/día	y. al cabo de otras 4 semanas; subir a 12 mg/12 horas	
<b>De prescripción (Pauta de descenso)</b>	5 mg/día durante 1 mes en toma única diaria y suspender	Oral: disminuir 1.5 mg/toma (3g/día) cada mes hasta suspender Transdérmico: disminuir a dosis inferior cada mes hasta suspender	Cápsulas (liberación prolongada): disminuir 8 mg/día cada mes hasta suspender. Solución oral: disminuir 4 mg/toma (8 mg/día) cada mes hasta suspender	Disminuir 5 mg/día por semana hasta suspender
<b>Administración</b>	Administrar por la noche, inmediatamente antes de acostarse. Si induce insomnio o pesadillas, pasar a administración matinal	Oral: administrar con desayuno y cena, Las cápsulas deben tragarse enteras. Administrar con alimentos Transdérmico: puede colocarse en cualquier zona de piel limpia, seca y libre de pelo, preferibleme	Liberación prolongada: disminuir una sola toma diaria (preferiblemente tras el almuerzo). Solución oral: dos tomas diarias (desayuno y cena). Se recomienda tomar con alimentos para reducir al mínimo los efectos secundarios.	Se administra una vez al día, siempre a la misma hora. Puede administrarse con o sin alimentos



**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO  
NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE  
ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE  
COLOMBIA**

**ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA**

Código: IN-EC-33

Vigente desde: 30-10-2024

Versión: 001

		nte en la mitad superior del tórax	Asegurar una adecuada ingesta de fluidos	
<b>Ajuste en insuficiencia renal (IR) y hepática (IH)</b>	IR/IH leve o moderada: no precisa ajuste de dosis	IR/IH leve o moderada: no precisa ajuste de dosis IR/IH significativa: debe ajustarse la dosis a la tolerancia individual, ya que pueden presentar más reacciones adversas dosis dependiente IH grave: monitorización minuciosa, por ausencia de datos	IR leve y moderada: no precisa de ajuste de dosis IR grave: contraindicada IH leve: no precisa de ajuste de dosis IH moderada: dosis máxima 16 mg IH grave: contraindicada	<b>IR leve:</b> no precisa de ajuste de dosis <b>IR moderada:</b> dosis de 10-20 mg <b>IR grave:</b> dosis máxima de 10 mg <b>IH leve o moderada:</b> no precisa ajuste de dosis <b>IH grave:</b> no recomienda su uso por ausencia de datos

**Fuente:** adaptado de (19,22–24)

**P. Control de comorbilidades:** Se recomienda realizar un adecuado control de comorbilidades como Hipertensión arterial, Diabetes mellitus tipo 2, Enfermedad coronaria, Fibrilación auricular, en pacientes con diagnóstico de TNM debido a EA (NE: muy baja, Escala de GRADE) (8).

**Q. Rehabilitación continua:** Se recomienda continuar la rehabilitación física y cognitiva en todos los estadios de la condición, con el objetivo de disminuir sobrecarga del cuidador y mejorar potencial funcional del paciente (recomendación de expertos) (2).

**R. Tratamiento médico integral:** Se recomienda continuar el seguimiento periódico por Geriatria y/o Psiquiatria según control de síntomas neuropsiquiátricos (7,8) (NE: muy baja, GRADE).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

**S. Control de complicaciones:** Se recomienda el abordaje multidisciplinar tanto por el médico tratante, como por el equipo rehabilitador, para prevenir complicaciones como ingresos hospitalarios, delirium, caídas, fragilidad, sarcopenia, desnutrición, inmovilidad, disfagia o lesiones por presión (recomendación de expertos) (2).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

### Definición de puntos de control

Los puntos de control para el ECBE se definieron teniendo en cuenta momentos clave dentro del proceso integral de atención del paciente con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer atendido en el Hospital Universitario Nacional de Colombia, y se presentan a continuación:

1. Para el diagnóstico de TNM debido a EA, se deben realizar estudios de extensión (Sección 1 del diagrama de flujo: diagnóstico): hemograma (CUPS: 902210), función renal (CUPS: 903825 – 903856 - 903605), hormona estimulante de tiroides (CUPS: 904902), niveles de vitamina B12 (CUPS: 903703) y ácido fólico (CUPS: 903105), serología para sífilis (CUPS: 906915), estudios de imagen estructural (CUPS: 879113, 883101) y pruebas neuropsicológicas (CUPS: 940700). Este punto de control cobra relevancia dado que, como el diagnóstico es de compleja identificación, aproximarse con los estudios adecuados, puede mejorar la conducción del abordaje de estos pacientes (Sección 1 del diagrama de flujo: diagnóstico del paciente con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer).
2. Valoración por rehabilitación y salud mental (Sección 2 del diagrama de flujo: tratamiento, rehabilitación y seguimiento): se tomará como interconsulta trazadora la valoración por terapia ocupacional (CUPS: 890213, 890313, 890413). Este aspecto se define debido a que se considera la importancia del tratamiento no farmacológico de los pacientes, como alternativa de acompañamiento y seguimiento.
3. Realizar seguimiento por geriatría (CUPS: 890249, 890349, 890449), neurología (CUPS: 890274, 890374, 890474) o psiquiatría (CUPS: 890284, 890384, 890484, 941101, 943101) (Sección 2 del diagrama de flujo: tratamiento, rehabilitación y seguimiento): este punto de control es importante debido a que un adecuado seguimiento del paciente puede proporcionar la intervención oportuna de los pacientes y evitar, entre otras cosas, la sobrecarga del cuidador.
4. Realizar seguimiento a paciente y cuidadores (Sección 2 del diagrama de flujo: tratamiento, rehabilitación y seguimiento): este aspecto es relevante debido a que como se trata de un trastorno progresivo, la dependencia funcional es cada vez mayor y los profesionales en trabajo social (CUPS: 890209, 890309, 890409) pueden orientar intervenciones adicionales al paciente para mejorar su calidad de vida y brindar confort a los pacientes.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

### Indicadores de los puntos de control

En la tabla 4 se presentan los indicadores propuestos para desarrollar procesos de implementación y vigilancia de los puntos de control definidos en la sección Definición de puntos de control.

**Tabla 4.** Indicadores propuestos para evaluar puntos de control

Nombre	Definición	Fórmula
1. Diagnóstico	Proporción de pacientes con sospecha de TNM debido a EA con realización de hemograma, función renal, hormona estimulante de tiroides, niveles de vitamina B12, niveles de ácido fólico, serología para sífilis, estudios de imagen estructural y pruebas neuropsicológicas, previo al diagnóstico.	$\frac{\text{Número de pacientes con sospecha de EA y realización de hemograma, función renal, hormona estimulante de tiroides, niveles de vitamina B12, niveles de ácido fólico, serología para sífilis, estudios de imagen estructural y pruebas neuropsicológicas}}{\text{Número de pacientes con sospecha de EA}}$
2. Tratamiento no farmacológico	Proporción de pacientes con diagnóstico de TNM debido a EA con valoración por terapia ocupacional	$\frac{\text{Número de pacientes con diagnóstico de TNM debido a EA y valoración por terapia ocupacional}}{\text{Número de pacientes con diagnóstico de EA}}$
3. Seguimiento	Proporción de pacientes con diagnóstico de TNM debido a EA y seguimiento en la historia clínica por geriatría, neurología o psiquiatría.	$\frac{\text{Número de pacientes con diagnóstico de TNM debido a EA y seguimiento por geriatría, neurología o psiquiatría}}{\text{Número de pacientes con diagnóstico de EA}}$



**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO  
NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE  
ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE  
COLOMBIA**

**ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA**

Código: IN-EC-33

Vigente desde: 30-10-2024

Versión: 001

4. Abordaje integral	Proporción de pacientes con diagnóstico de TNM debido a EA y valoración por trabajo social.	$\frac{\text{Número de pacientes con diagnóstico de TNM debido a EA y valoración por trabajo social}}{\text{Número de pacientes con diagnóstico de EA}}$
----------------------	---	--

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

### Implementación del estándar clínico basado en la evidencia y evaluación de la adherencia

Para el proceso de implementación del ECBE y evaluación de la adherencia se desarrollarán diferentes actividades que se describen de forma general en este apartado. La primera actividad será la creación de un equipo interdisciplinario, conformado por los miembros del grupo desarrollador y representantes de las áreas administrativas y clínicas del HUN, que puedan apoyar el proceso de implementación. Es importante mencionar que se dará prioridad al personal del área de tecnologías de la información del HUN en la constitución del equipo encargado de la implementación. Una vez conformado el equipo de implementación del estándar, se realizarán reuniones que permitan identificar las barreras y facilitadores del proceso de implementación en la institución.

Posteriormente, se utilizarán dos enfoques para abordar las posibles acciones de implementación del ECBE. El primero tendrá como objetivo la difusión del diagrama de flujo del ECBE y sus puntos de control. Algunas de las actividades contempladas para poner en práctica este enfoque incluyen charlas educativas presenciales y pregrabadas por los líderes clínicos del ECBE y la difusión de información sobre este mismo, mediante las redes sociales del HUN y las carteleras ubicadas en sus diferentes servicios. El objetivo del segundo enfoque será desarrollar estrategias administrativas utilizando tecnologías de la información y el software de historia clínica, para generar avisos interactivos o mensajes de recordatorio que refuercen las actividades educativas arriba planteadas.

Finalmente, el proceso de evaluación de la adherencia al estándar tendrá tres componentes: *i) evaluación de conocimiento sobre el ECBE*: donde se contempla el uso de encuestas válidas y transparentes que serán desarrolladas en diferentes ámbitos clínicos para medir el grado de conocimiento del personal acerca del ECBE; *ii) evaluaciones de impacto*: en el cual se contemplará, según la disponibilidad de recursos destinados a este componente, realizar actividades relacionadas con evaluación del impacto del ecbe sobre desenlaces clínicos, desenlaces reportados por pacientes y desenlaces en términos de costos asociados a su implementación; *iii) evaluaciones de adherencia*: para este componente se utilizarán principalmente fuentes de información administrativa; no obstante, en algunos casos, de prioridad para el hospital, se utilizarán estudios adicionales que permitan evaluar la adherencia de manera focalizada.

Se aclara que el proceso de implementación será desarrollado en etapas adicionales a las del proceso de desarrollo que permitan identificar las mejores alternativas de implementación para este ECBE.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

### Impacto esperado del ECBE

Este ECBE tiene múltiples propósitos a mediano y largo plazo, los cuales se lograrán a medida que se completen las fases de implementación y actualización:

- Disminuir la variabilidad en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes adultos con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer en el HUN.
- Mejorar los desenlaces en salud de pacientes adultos con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer atendidos en el HUN.
- Optimizar el uso de recursos en el proceso de atención de pacientes adultos con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer atendidos en el HUN.
- Mejorar los desenlaces reportados por los pacientes adultos con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer atendidos en el HUN.
- Brindar una herramienta pedagógica basada en la mejor evidencia disponible a los profesores y estudiantes de las facultades de salud de la Universidad Nacional de Colombia en lo que respecta al diagnóstico y tratamiento del paciente con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer.
- Posicionar al HUN como una institución de salud referente en la región en lo que respecta al tratamiento integral de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

### Actualización del ECBE

La actualización del ECBE se realizará según las recomendaciones establecidas en el manual de desarrollo de ECBE del HUN (IN-MN-04. Desarrollo de estándares clínicos basados en la evidencia en el Hospital Universitario Nacional de Colombia). De esta manera, el grupo desarrollador estableció el tiempo máximo de actualización teniendo en cuenta los siguientes aspectos: i) el volumen de la evidencia disponible en la actualidad; ii) la disponibilidad de nueva evidencia relacionada con el tema que pueda influenciar la toma de decisiones en el proceso de atención integral de pacientes con esta enfermedad; iii) la calidad de la evidencia disponible al momento del desarrollo del ECBE, y iv) la disponibilidad de recursos institucionales para la implementación y actualización del ECBE.

Considerando estos aspectos, el grupo de trabajo decidió que, para el caso de la Enfermedad de Alzheimer, se espera que en un tiempo aproximado de tres a cinco años se publique nueva evidencia que afecte la manera de llevar a cabo el proceso de abordaje, diagnóstico y tratamiento y que, por lo tanto, este será el periodo máximo de actualización de este documento.

De esta forma, el grupo desarrollador determinó que el ECBE para el diagnóstico y tratamiento del paciente con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer en el HUN, en cual debe actualizarse máximo entre 3 y 5 años, ya que se espera que en este período se publique nueva evidencia y, por tanto, se requerirá hacer ajustes en el proceso de atención de estos pacientes.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

## Glosario

**Adaptación de recomendaciones:** Grado en el que una intervención basada en evidencia es modificada por un usuario durante su adopción e implementación para ajustarla a las necesidades de la práctica clínica o para mejorar su desempeño según las condiciones locales.

**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 (25).

**Algoritmo:** Procedimiento expresado como una serie de pasos que permite solucionar un problema específico en un tiempo y espacio determinados. Debe cumplir los siguientes atributos: tener una entrada y una salida, no presentar ambigüedad en los pasos planteados, el procedimiento debe terminar después de un determinado número de pasos y cada instrucción debe estar debidamente explicada de forma que pueda ser ejecutada sin problema (26).

**Antidepresivo:** Medicamento estimulante del estado del ánimo utilizado principalmente en el tratamiento de trastornos afectivos y afecciones relacionadas (27).

**Antipsicótico:** 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 (28).

**Autonomía:** Considera que toda persona tiene el derecho a disponer libremente y a actuar conforme a los principios que han regido su vida (29).

**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 (30).

**Cuidador:** Persona que tiene a su cargo el cuidado de otra que le presta ayuda permanente para las actividades de la vida diaria (31).

**Deterioro cognitivo leve:** Compromiso de uno o más dominios cognoscitivos (memoria, lenguaje, praxias, gnosias, funciones ejecutivas), sin compromiso de la funcionalidad (32).

**Diagrama de flujo:** representación gráfica de un algoritmo. Usualmente es utilizado en el área de la salud para describir el proceso de atención integral de pacientes con determinada condición o enfermedad. Esta herramienta ha sido reconocida como la más útil en el área

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

de la salud; además, es utilizada por instituciones gubernamentales para mejorar los procesos de atención en salud (33).

**Diagrama PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses):** Diagrama que permite describir el flujo de información durante las fases de búsqueda y revisión de la evidencia. Este diagrama facilita identificar el número de registros identificados, aquellos excluidos y los finalmente incluidos, así como las razones para las exclusiones (34).

**Enfermedad de Alzheimer:** Es el proceso neurodegenerativo más frecuente relacionado con el envejecimiento, que compromete usualmente la memoria de trabajo hasta el compromiso cognoscitivo más grave (35).

**Puntos de control del estándar clínico basado en la evidencia (ECBE):** aspectos trazadores de cada uno de los procesos de atención en salud que se abordan en el ECBE, los cuales son de vital importancia para el seguimiento de la adherencia al proceso y permiten diseñar estrategias específicas de implementación.

**Rehabilitación:** Conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con determinadas condiciones de salud en interacción con su entorno (36).

**Trastorno neurocognitivo mayor:** Trastornos neurológicos caracterizados por pérdida de memoria y deterioro cognoscitivo. El aumento progresivo de la discapacidad, con deterioro en múltiples dominios cognoscitivos, interfiere con el funcionamiento de la vida diaria, incluyendo el funcionamiento social (37).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

### Referencias

1. Scheltens P, De Strooper B, Kivipelto M, Holstege H, Chételat G, Teunissen CE, et al. Alzheimer's disease. The Lancet. abril de 2021;397(10284):1577-90.
2. Demencia [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
3. Coradduzza D, Sedda S, Cruciani S, De Miglio MR, Ventura C, Nivoli A, et al. Age-Related Cognitive Decline, Focus on Microbiome: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Mol Sci. 5 de septiembre de 2023;24(18):13680.
4. Sánchez CR de, Nariño D, Cerón JFM. Epidemiología y carga de la Enfermedad de Alzheimer. Acta Neurológica Colomb. 27 de agosto de 2010;26(3 Supl 1):87-94.
5. Siguenza Vallejo SA, Toro Sánchez GL. Abordaje Integral en un Anciano con Enfermedad de Alzheimer: Un Reporte de Caso Clínico. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip. 11 de marzo de 2024;8(1):6414-24.
6. Investigación RS. Enfermedad de alzheimer, un abordaje multidisciplinar [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2020 [citado 1 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/enfermedad-de-alzheimer-un-abordaje-multidisciplinar/>
7. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del Trastorno neurocognoscitivo mayor (Demencia) (Adopción) [Internet]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10554/53716>.
8. NICE Guideline. Assessment, management and support for people living with dementia and their carers [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>
9. By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. julio de 2023;71(7):2052-81.
10. Budson AE, Solomon PR. Pérdida de memoria, Alzheimer y demencia. Segunda edición. Elsevier España; 2016.
11. Instituto Peruano de Neurociencias, Custodio N, Becerra-Becerra Y, Hospital Militar Geriátrico, Alva-Díaz C, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, et al. Validación y precisión de la escala de deterioro global (GDS) para establecer severidad de demencia en una población de Lima. Ces Med. 2017;31(1):14-26.
12. Ministerio de Justicia y del Derecho [Internet]. [citado 23 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/programas->

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

co/LegalApp/Paginas/%C2%BFQu%C3%A9-debo-hacer-para-proteger-la-integridad-y-los-bienes-de-una-persona-con-discapacidad-mental.aspx

13. Documento de voluntad anticipada [Internet]. [citado 23 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/documento-de-voluntad-anticipada.aspx>
14. Alpízar Herrera JP. Cuidados paliativos al final de la vida en pacientes con demencia terminal. Rev Costarric Salud Pública. junio de 2019;28(1):117-25.
15. Losada A, Márquez-González M, Romero-Moreno R, López J, Fernández-Fernández V, Nogales-González C. Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. Clínica Salud. marzo de 2015;26(1):41-8.
16. García-Alberca JM. Las terapias de intervención cognitiva en el tratamiento de los trastornos de conducta en la enfermedad de Alzheimer. Evidencias sobre su eficacia y correlaciones neurobiológicas. Neurología. 1 de enero de 2015;30(1):8-15.
17. ¿La estimulación cognitiva puede beneficiar a las personas con demencia? [Internet]. [citado 24 de junio de 2024]. Disponible en: [https://www.cochrane.org/es/CD005562/DEMENTIA\\_la-estimulacion-cognitiva-puede-beneficiar-las-personas-con-demencia](https://www.cochrane.org/es/CD005562/DEMENTIA_la-estimulacion-cognitiva-puede-beneficiar-las-personas-con-demencia)
18. ★ Galantamina □ [Internet]. [citado 16 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-galantamina-n06da04>
19. :: CIMA :: PROSPECTO RIVASTIGMINA VIATRIS 4,6 MG/24H PARCHES TRANSDÉRMICOS EFG [Internet]. [citado 16 de junio de 2024]. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/78249/P\\_78249.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/78249/P_78249.html)
20. ★ Donepezilo □ [Internet]. [citado 16 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-donepezilo-n06da02>
21. ★ Memantina □ [Internet]. [citado 24 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-memantina-n06dx01>
22. :: CIMA :: FICHA TECNICA DONEPEZILO COMBIX 5 mg COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG [Internet]. [citado 24 de junio de 2024]. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/74023/FT\\_74023.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/74023/FT_74023.html)
23. :: CIMA :: FICHA TECNICA GALANTAMINA NORMON 4 mg/ml SOLUCION ORAL EFG [Internet]. [citado 24 de junio de 2024]. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/72514/FT\\_72514.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/72514/FT_72514.html)

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

24. :: CIMA :: FICHA TECNICA MEMANTINA ACCORD 20 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG [Internet]. [citado 24 de junio de 2024]. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/113880011/FT\\_113880011.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/113880011/FT_113880011.html)
25. Devoto PV, Villalobos CGP, Pincheira MA, Tapia JA. Hospital San Pablo de Coquimbo Subdirección de Gestión del Cuidado 202. 2026;
26. Gulwani S. Programming by Examples: Applications, Algorithms, and Ambiguity Resolution.
27. NIH MedlinePlus Magazine [Internet]. [citado 24 de junio de 2024]. Antidepresivos comúnmente recetados y cómo obran. Disponible en: <https://magazine.medlineplus.gov/es/article/commonly-prescribed-antidepressants-and-how-they-work>
28. Definición de antipsicótico - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. 2011 [citado 24 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/antipsicotico>
29. Amaya L, Berrío-Acosta GM, Herrera W. Ética psicológica. 2018 [citado 15 de febrero de 2023]. Principio de Autonomía. Disponible en: <http://www.eticapsicologica.org/index.php/documentos/articulos/item/21-principio-de-autonomia>
30. Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Ter Psicológica. abril de 2012;30(1):61-71.
31. Contexto del cuidador | Méderi [Internet]. [citado 24 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.mederi.com.co/contexto-del-cuidador>
32. Deterioro cognitivo leve [Internet]. National Library of Medicine; [citado 24 de junio de 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/mildcognitiveimpairment.html>
33. Health care process modelling: which method when? | International Journal for Quality in Health Care | Oxford Academic [Internet]. [citado 24 de junio de 2024]. Disponible en: <https://academic.oup.com/intqhc/article/21/3/214/1797244>
34. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 29 de marzo de 2021;n71.
35. Scheltens P, De Strooper B, Kivipelto M, Holstege H, Chételat G, Teunissen CE, et al. Alzheimer's disease. The Lancet. abril de 2021;397(10284):1577-90.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

36. Rehabilitación - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2023 [citado 24 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/rehabilitacion>
37. Díaz A. Trastornos neurocognitivos [Internet]. Grupo Health Care. 2021 [citado 24 de junio de 2024]. Disponible en: <https://ghc.com.mx/index.php/2021/05/19/trastornos-neurocognitivos/>

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

## Anexos

### Anexo 1. Versión completa de la metodología del ECBE

#### Metodología

El **ECBE** se desarrolló mediante un proceso secuencial de siete fases: i) conformación del grupo desarrollador; ii) definición del alcance y los objetivos del **ECBE**; iii) revisión sistemática de **GPC**; iv) elaboración del algoritmo preliminar; v) desarrollo de un acuerdo interdisciplinario; vi) elaboración del algoritmo final, y vii) revisión y edición del **ECBE**. Cada una de estas etapas se describe a continuación:

#### i) Conformación del grupo elaborador

El grupo desarrollador estuvo conformado por expertos en geriatría, neurología, medicina interna y epidemiología clínica, quienes se reunieron de forma virtual para determinar las directrices metodológicas, técnicas y temáticas respecto al desarrollo de las recomendaciones del **ECBE**. Todos los miembros del grupo desarrollador aceptaron participar en el proceso de desarrollo del estándar, diligenciaron y firmaron el formato de divulgación de conflictos de interés, de acuerdo con la normatividad vigente para el desarrollo de **ECBE**.

#### ii) Definición de alcance y objetivos

Esta actividad representa el componente principal del **ECBE** y suele ser objeto de las evaluaciones de calidad de este tipo de documentos (1,2). En esta etapa, se plantearon tanto el alcance, como los objetivos para el desarrollo del **ECBE** a partir de preguntas trazadoras como: i) ¿por qué se hace?, ii) ¿para qué se hace?, iii) ¿quiénes la usarán?, iv) ¿a quiénes se dirige?, v) ¿qué problema o condición se quiere delimitar? y vi) ¿qué pregunta de salud específica se quiere abordar? (3).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

En lo que respecta al alcance, el equipo desarrollador estuvo a cargo de su formulación teniendo en cuenta los siguientes componentes: i) *población objetivo*: población en la que se aplicarán específicamente las recomendaciones del ECBE; ii) *poblaciones especiales a las que pueda aplicarse el ECBE (equidad en salud)*: poblaciones indígenas, comunidad afrodescendiente, poblaciones rurales, etcétera; iii) *aspecto de la enfermedad o condición que se piensa abordar*: tratamiento, diagnóstico, prevención, seguimiento, etcétera; iv) *aspectos de la enfermedad que no serán incluidas*: tratamiento, diagnóstico, prevención, seguimiento, etcétera; v) *contexto de atención en salud*: consulta externa, hospitalización, cirugía, unidad de cuidados intensivos, etcétera; vi) *especialidades, áreas o servicios de salud involucrados en la implementación del ECBE*: quiénes deberán utilizar las recomendaciones emitidas por el ECBE.

Los objetivos se establecieron teniendo en cuenta que estos deben describir de forma clara y concreta la finalidad del ECBE. De esta forma, los objetivos se formularon considerando las actividades de revisión de la literatura, las áreas asistenciales involucradas y el consenso interdisciplinario al que se ha de llegar como producto final del ECBE. En la formulación de los objetivos, también se incluyeron la identificación de puntos de control y los lineamientos para la difusión e implementación del ECBE.

### iii) Revisión sistemática de GPC

Se realizaron búsquedas sistemáticas en diferentes bases de datos para identificar las GPC que respondieran al objetivo y alcance del ECBE. En la revisión de la literatura, solo se consideraron documentos publicados en los últimos 10 años en revistas científicas o documentos técnicos encontrados como literatura gris calificados como GPC basadas en la evidencia que reportaran indicaciones o

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

recomendaciones relativas al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de alzheimer.

Teniendo en cuenta lo anterior, se diseñaron estrategias de búsqueda electrónica altamente sensibles con el fin de identificar documentos que cumplieran con los criterios antes descritos. Las búsquedas se realizaron del 17 de marzo al 13 de abril del 2023, en las siguientes bases de datos:

1. *Desarrolladores:*

- a. Ministerio de Salud y Protección Social ([MSPS](#)) - Colombia
- b. National Institute for Health and Clinical Excellence ([NICE](#)) - Reino Unido
- c. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud ([IETS](#)) - Colombia
- d. Instituto Mexicano del Seguro Social ([IMSS](#)) - México
- e. Scottish Intercollegiate Guidelines Network ([SIGN](#)) - Escocia
- f. Organización Panamericana de la Salud ([OPS](#))
- g. Sistema de Información de la Biblioteca de la [OMS](#) ([WHOLIS](#))
- h. Australian Clinical Practice Guidelines - [GPC Australia](#)
- i. Organización Mundial de la Salud ([OMS](#))
- j. Biblioteca Guía Salud - España
- k. Agency for Healthcare Research and Quality ([AHRQ](#))
- l. British Association of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgeons ([BAPRAS](#))

2. *Compiladores:*

- a. Guidelines International Network ([G-I-N](#))
- b. [CPG Infobase: Clinical Practice Guidelines](#) ([CMA infodatabase](#))

3. *Bases de datos de revistas científicas:*

- a. Medline
- b. Embase
- c. [LILACS](#)

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

En lo que respecta a la realización de las búsquedas, primero se identificaron los términos clave (lenguaje natural), correspondientes a la condición de salud o área de interés a abordarse en el [ECBE](#). Luego, se construyó una estrategia de búsqueda de base compuesta por vocabulario controlado (términos MeSH, Emtree y DeCS) y lenguaje libre (variaciones ortográficas, plurales, sinónimos, acrónimos y abreviaturas).

A partir de la estrategia de búsqueda de base, se crearon estrategias de búsqueda para las diferentes bases de datos consultadas, utilizando, cuando fue posible, expansión de términos, identificadores de campo (título y resumen), truncadores y operadores booleanos y de proximidad. Para cada búsqueda, se generó un reporte que garantizara su reproducibilidad y transparencia. Se descargaron todos los archivos con extensión [RIS](#) o los documentos en formato [PDF](#) para consolidar todos los resultados en una sola base de datos y, de esta forma, realizar los procesos de tamización y selección de los estudios y de evaluación de la calidad de la evidencia. Las tablas de reporte de las estrategias de búsqueda de la evidencia se pueden consultar en el anexo 3.

### **Definición de los criterios de elegibilidad**

Antes de iniciar el proceso de tamización y selección de la evidencia, el grupo desarrollador estableció criterios de elegibilidad. Este proceso estuvo a cargo de los líderes clínicos y del líder metodológico del grupo, con la colaboración del resto de integrantes. La sección de alcance y objetivos fue el insumo principal para definir estos criterios, los cuales se presentan a continuación:

#### **Criterios de inclusión**

- GPC sobre el diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Alzheimer.
- GPC publicadas en inglés o español y con acceso a texto completo.
- GPC publicadas en los últimos 10 años (2013 - 2023).

#### **Criterios de exclusión**

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

- GPC con evaluación de la calidad global menor a seis según el instrumento AGREE II o con un puntaje mayor a 60 % en los dominios de rigor metodológico e independencia editorial.
- GPC que abordan el diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Alzheimer en contexto hospitalario

### **Tamización de las GPC identificadas en la búsqueda de la literatura**

La tamización de la evidencia se realizó mediante la revisión del título, resumen y texto completo de los documentos identificados en las búsquedas sistemáticas. Este proceso fue realizado de manera doble e independiente por los colaboradores del ECBE. En el caso de discrepancias, la decisión se tomó por un tercer integrante, líder clínico del ECBE. El proceso de tamización y selección de la evidencia, así como el número de referencias evaluadas en cada parte del proceso, se presenta en el diagrama prisma (Anexo 2).

### **Evaluación de la calidad**

La calidad de las GPC seleccionadas fue evaluada con el instrumento [AGREE II](#), una herramienta diseñada para calificar la calidad metodológica de las GPC que consta de 6 dominios, cada uno con diferentes ítems, en los que se puede obtener una puntuación entre 1 y 7, donde 1 es el nivel más bajo (calificación «muy en desacuerdo») y 7, el más alto (calificación «muy de acuerdo»). Después de evaluar todos los ítems de cada dominio, se calcula el porcentaje obtenido sobre una base de 100 % (4).

La calidad de la evidencia se evaluó de forma doble e independiente por un representante del equipo desarrollador y el líder metodológico del ECBE.

### **Decisión sobre la inclusión de GPC para el desarrollo del ECBE**

En las búsquedas iniciales, se recuperaron 6281 registros. Luego de remover duplicados (n= 648), se identificaron 5674 estudios en total, de los cuales 5667

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

fueron excluidos en la etapa de revisión de títulos y resúmenes. Después, de los 7 documentos en los que se realizó lectura de texto completo, 3 GPC fueron seleccionadas para evaluar su calidad con el instrumento AGREE II (4). Por último, en la etapa de evaluación de la calidad metodológica, 1 GPC fueron excluidas; las 2 GPC que cumplieron los criterios de elegibilidad y fueron finalmente incluidas para la revisión de la evidencia se presentan en la tabla 1.

El proceso de búsqueda, tamización y selección de la evidencia se resume en la figura [PRISMA](#) disponible en el anexo 2. Las referencias excluidas en la etapa de evaluación de la calidad, así como los resultados de la evaluación de la calidad metodológica de las 2 [GPC](#), se pueden consultar en el anexo 5.

**Tabla 1.** Guías de práctica clínica identificadas en la búsqueda de la literatura que cumplieron los criterios de elegibilidad para el desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia

Id	Nombre de la GPC*	Grupo desarrollador	País o continente	Idioma	Año
GPC 1	Guía de práctica para el diagnóstico y tratamiento del Trastorno neurocognoscitivo mayor (Demencia)	MPSSS	Colombia	Español	2017
GPC 2	Overview   Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers   Guidance   NICE	NICE	Reino Unido	Inglés	2018

\*GPC: guía de práctica clínica.

#### **Elaboración de las tablas comparativas de la evidencia**

Para esta actividad, los expertos clínicos se reunieron y determinaron de forma conjunta los dominios de la condición de interés para el [ECBE](#) y sobre los que se

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

debía obtener información, a partir de las [GPC](#) seleccionadas, luego de los procesos de búsqueda, tamización y selección de la evidencia. El término *dominio* se definió como los aspectos puntuales de la enfermedad que debían ser incluidos en el [ECBE](#), a saber: i) cómo realizar el diagnóstico del trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer; ii) las medidas iniciales del tratamiento; iii) los servicios asistenciales involucrados en la atención de estos pacientes; iv) los medicamentos o procedimientos que deben utilizarse en el tratamiento de la enfermedad; y v) el manejo integral de la condición.

Una vez establecidos los dominios para la elaboración del diagrama de flujo, se creó una tabla comparativa de la evidencia en la cual se definió la información a incluir para cada dominio, a saber: i) puntos de control de posible utilidad; ii) recomendaciones respecto al diagnóstico y tratamiento de la condición, y iii) áreas/servicios asistenciales involucrados en el proceso de atención integral de la condición. Esta actividad fue realizada por el equipo desarrollador, con el apoyo del líder metodológico, previa capacitación.

La evaluación de los diferentes grados de evidencia de las recomendaciones reportadas en cada [GPC](#) se realizó con la herramienta específica establecida en cada documento. En el anexo 4, se describen los sistemas de calificación de la evidencia utilizados en la evaluación de las [GPC](#) incluidas en este [ECBE](#).

#### **iv) Elaboración del algoritmo preliminar**

Para la elaboración del algoritmo preliminar del [ECBE](#), el equipo desarrollador revisó conjuntamente las recomendaciones extraídas de las [GPC](#) para cada uno de los dominios de la condición planteados. Además, se realizó una reunión en la que se socializó la calidad de la evidencia y el grado de recomendación para cada una de las recomendaciones descritas por las [GPC](#) seleccionadas.

Posteriormente, se llegó a un acuerdo sobre los especialistas requeridos para complementar el grupo colaborador con el fin de elaborar el algoritmo clínico para

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

el diagnóstico y tratamiento del paciente con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de alzhéimer En este punto, se solicitó apoyo de expertos clínicos de las especialidades de neurología, geriatría y epidemiología clínica.

Finalmente, para la construcción del algoritmo clínico se realizaron reuniones virtuales y presenciales, con una duración aproximada de 1 hora cada una, en las que se discutió el curso de atención de los pacientes con la condición a estandarizar. En estas reuniones, participaron los expertos clínicos de las especialidades mencionadas y un experto metodológico con formación en la elaboración de diagramas de flujo.

#### v) **Desarrollo de un acuerdo interdisciplinario**

Para lograr el acuerdo interdisciplinario se realizaron varias actividades. Primero, se identificaron las áreas asistenciales o servicios clínicos involucrados en el proceso de atención integral de los pacientes con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer en el HUN. Luego, la lista de áreas o servicios asistenciales identificados se presentó ante los miembros del Comité de Generación de Estándares Clínicos Basados en la Evidencia (la unidad de gobernanza del proceso), quienes se encargaron de avalar la lista y de complementarla en caso de considerarlo pertinente.

Posteriormente, se envió una comunicación escrita a los coordinadores o jefes de estas áreas/servicios asistenciales, solicitándoles la designación oficial de un representante encargado de asistir a la reunión de consenso. Una vez designados los representantes, se les envió, mediante correo electrónico, la versión preliminar del ECBE y un formato de sugerencia de cambios, el cual se les solicitó diligenciar y enviarlo en un plazo no mayor a 5 días hábiles. Una vez transcurrido este plazo, se analizaron las sugerencias enviadas y se hicieron los cambios pertinentes.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

En la reunión de consenso, realizada el 2 de mayo de 2024, participaron representantes de los siguientes servicios o áreas asistenciales: geriatría, fonoaudiología, fisioterapia, terapia ocupacional, dolor y cuidado paliativo, radiología, oftalmología, psicología, psiquiatría, neurología, neuropsicología, medicina prioritaria, enfermería, farmacia, dirección comercial, nutrición clínica, trabajo social, medicina hospitalaria, neurología, cirugía maxilofacial, fisiatría. La información contenida en los diagramas de flujo del [ECBE](#) y los puntos de control fueron presentadas en 3 secciones (2 secciones del [ECBE](#) y una sobre los puntos de control) y se utilizó una escala tipo *Likert* de 1 a 9 para evaluar el grado de acuerdo con cada sección, donde 1 correspondió a «Muy en desacuerdo» con la sección y 9 a «Completamente de acuerdo». Para determinar si había consenso en las respuestas a cada una de las 8 preguntas, la escala se dividió en tres zonas de puntuación: i) de 1 a 3, ii) de 4 a 6 y iii) de 7 a 9.

Utilizando como referencia el rango de la votación entre 1 y 9, se consideró que hubo «consenso total», cuando la puntuación mayor y la menor se encontraron en una sola zona de la escala, y «consenso parcial», cuando la puntuación mayor y la menor se ubicaron en dos zonas consecutivas de la escala. Por el contrario, se consideró que no hubo consenso («no consenso») cuando el rango de la puntuación obtenida en la ronda de votación se encontró en las tres zonas de la escala (ver figura 1) (16). Para cada una de las preguntas se aceptó un máximo de 3 rondas de votación; sin embargo, es importante mencionar que, como se muestra en la tabla 3, en la primera ronda de votaciones se obtuvo una puntuación unánime de 7-9 («de acuerdo» a «completamente de acuerdo» con la sección presentada) para las 8 secciones, es decir, un consenso total a favor de las recomendaciones planteadas para el diagnóstico y tratamiento del paciente con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer [HUN](#).

	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001



**Figura 1.** Escala tipo Likert utilizada en la reunión de consenso

*Fuente:* tomada y adaptada de (5).

A continuación, se presentan las preguntas realizadas por sección y los resultados obtenidos en la votación realizada en la reunión de consenso (ver tablas 2 y 3).

**Tabla 2.** Secciones presentadas en la reunión de consenso y preguntas realizadas para cada sección en la ronda de votación

Sección	Pregunta
Sección 1: diagnóstico del paciente con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer.	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 1: diagnóstico del paciente con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer?
Sección 2: el tratamiento y seguimiento del paciente con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 2: el tratamiento y seguimiento del paciente con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer?
Sección 3: puntos de control	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 3: puntos de control?

Para cada una de las preguntas se recibieron 18 respuestas correspondientes a los representantes de los servicios de geriatría, fonoaudiología, fisioterapia, terapia ocupacional, dolor y cuidado paliativo, radiología, oftalmología, psicología, psiquiatría, neuropsicología, medicina prioritaria, enfermería, farmacia, dirección comercial, nutrición clínica, trabajo social, medicina hospitalaria, neurología, cirugía

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

maxilofacial, fisiatría. En la tabla 4, se presentan los resultados obtenidos en la votación.

**Tabla 4.** Resultados de las votaciones realizadas en la reunión de consenso

	# Votantes	1 a 3	4 a 6	7 a 9	Mediana	Rango
1. Pregunta sección 1	19	0 %	5,2 %	94,8 %	9	5; 9
2. Pregunta sección 2	18	0 %	0 %	100 %	8	7; 9
3. Pregunta sección 3	18	0 %	0 %	100 %	9	7; 9

#### vi) **Elaboración del algoritmo final**

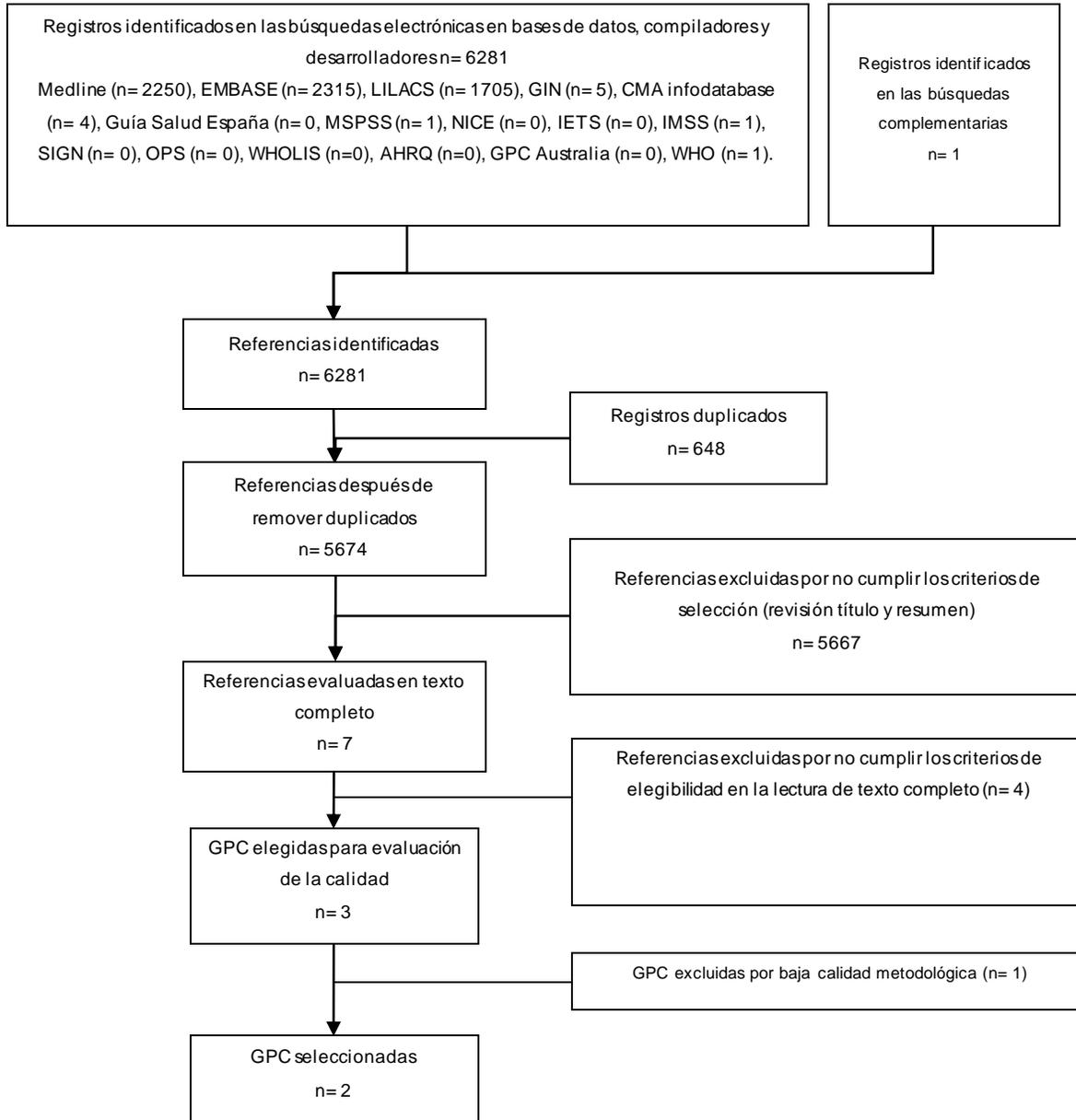
Para la elaboración de la versión final del **ECBE**, el equipo desarrollador se reunió y unificó las sugerencias emitidas en la reunión de consenso, y, con base en estas, modificó el algoritmo preliminar del documento, además de la información adicional referida para cada aspecto del algoritmo por ampliar. El equipo metodológico se encargó de resumir los resultados de las votaciones realizadas en la reunión de consenso y de ajustar la sección de metodología del **ECBE**.

#### vii) **Revisión y edición**

Como actividad final del proceso, se envió el documento a los participantes del consenso interdisciplinar para una última revisión y una vez aprobado, se realizó la revisión estilo y diagramación del documento; de esta forma, se obtuvo la versión final del **ECBE**.

	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

## Anexo 2. Diagrama PRISMA



*Fuente:* tomado y adaptado de (6).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

### Anexo 3. Documentos adicionales

Este anexo se encuentra disponible en un archivo adicional y contiene la siguiente información:

- Lista de términos utilizados en la búsqueda
- Bitácora de búsqueda de GPC
- Evaluaciones de la calidad de las GPC seleccionadas según el instrumento [AGREE II](#).
- Tabla comparativa de extracción de la información de las GPC seleccionadas.
- Formatos de revelación de conflictos de intereses.
- Formato de asistencia a consenso interdisciplinar

Consulta el anexo aquí [[https://drive.google.com/drive/folders/1PA9rD5pYWUL-BygbYTWnf\\_JXBf2ECKDM?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/drive/folders/1PA9rD5pYWUL-BygbYTWnf_JXBf2ECKDM?usp=drive_link)]

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

#### Anexo 4. Sistemas de calificación de la evidencia utilizados en el ECBE

Escala de clasificación de la evidencia del Sistema GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)\*

Clasificación de la calidad de la evidencia en el sistema GRADE			
Calidad de la evidencia científica	Diseño del estudio	Disminuir la calidad si	Aumentar la calidad si
Alta	ECA	<b>Limitación en el diseño:</b> Importante <b>(-1)</b> Muy importante <b>(-2)</b> <b>Inconsistencia (-1)</b> <b>Evidencia directa:</b> Alguna <b>(-1)</b> incertidumbre Gran <b>(-2)</b> incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa <b>Datos imprecisos (-1)</b> <b>Sesgo de notificación:</b> Alta probabilidad de <b>(-1)</b>	<b>Asociación:</b> • Evidencia científica de una asociación fuerte (RR > 2 o < 0.5 basado en estudios observacionales sin factores de confusión) <b>(+1)</b> . Evidencia científica de una asociación muy fuerte (RR > 5 o < 0.2 basado en estudios sin posibilidad de sesgos) <b>(+2)</b> Gradiente dosis respuesta <b>(+1)</b> Todos los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado <b>(+1)</b>
Moderada			
Baja	Estudios observacionales		
Muy baja	Otros tipos de estudio		

ECA: ensayo clínico aleatorizado; RR: riesgo relativo.

Implicaciones de los grados de recomendación del sistema GRADE		
Implicaciones de una recomendación fuerte		
Pacientes	Clínicos	Gestores/planificadores

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

<p>La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían.</p>	<p>La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada.</p>	<p>La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones.</p>
<b>Implicaciones de una recomendación débil</b>		
<p>La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada, pero un número importante de ellas no.</p>	<p>Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y que el profesional sanitario tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias.</p>	<p>Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés.</p>

✓	<p>Recomendación basada en la experiencia clínica y el consenso del grupo elaborador</p>
<p>En ocasiones, el grupo desarrollador se percató de que existe un aspecto práctico importante que es necesario destacar y para el cual, probablemente, no hay ningún tipo de evidencia científica que lo soporte. En general, estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado como buena práctica clínica y que nadie cuestionaría normalmente y, por tanto, son valorados como puntos de "buena práctica clínica". Estos puntos no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica, sino que deben considerarse solo cuando no haya otra forma de destacar dicho aspecto.</p>	

*Fuente:* tomado y adaptado de (7).

\*Herramienta utilizada para la evaluación de la evidencia de las GPC 1 y 2 (8,9).



**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO  
NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE  
ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE  
COLOMBIA**

**ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA**

Código: IN-EC-33

Vigente desde: 30-10-2024

Versión: 001

**Anexo 5. Escala de Lawton y Brody**

<b>Escala de actividad instrumental de la vida diaria</b>	<b>Puntos</b>
Capacidad para usar el teléfono:	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de contestar	1
No utiliza el teléfono	0
Hacer compras:	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida:	
Organiza, prepara y sirve por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa:	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de ropa:	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte:	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o automóvil solo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

Responsabilidad respecto a su medicina:	
Es capaz de tomar su medicina a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicina si la dosis es previamente preparada	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de sus asuntos económicos:	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solos	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayudas grandes compras, bancos	1
Incapaz de manejar dinero	0
<b>Total</b>	

Fuente: adaptado de (10).



**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO  
NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE  
ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE  
COLOMBIA**

**ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA**

Código: IN-EC-33

Vigente desde: 30-10-2024

Versión: 001

**Anexo 6. Escala de Barthel**

<b>Comer</b>
0 = incapaz 5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)
<b>Trasladarse entre la silla y la cama</b>
0 = incapaz, no se mantiene sentado 5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 15 = independiente
<b>Aseo personal</b>
0 = necesita ayuda con el aseo personal. 5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.
<b>Uso del retrete</b>
0 = dependiente 5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo. 10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)
<b>Bañarse/Ducharse</b>
0 = dependiente. 5 = independiente para bañarse o ducharse.
<b>Desplazarse</b>
0 = inmóvil 5 = independiente en silla de ruedas en 50 m. 10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal). 15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.
<b>Subir y bajar escaleras</b>
0 = incapaz 5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta. 10 = independiente para subir y bajar.
<b>Vestirse y desvestirse</b>
0 = dependiente 5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda. 10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc
<b>Control de heces:</b>
0 = incontinente (o necesita que le suministren enema) 5 = accidente excepcional (uno/semana) 10 = continente
<b>Control de orina</b>
0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa. 5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas). 10 = continente, durante al menos 7 días.
<b>Interpretación</b>
0-20: Dependencia total 21-60: Dependencia severa

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

61-90: Dependencia moderada 91-99: Dependencia escasa 100: Independencia
--

Fuente: adaptado de (11,12)

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

### Anexo 7. Examen de estado minimental – MMSE

<b>Aspecto a evaluar</b>	<b>Puntos</b>
<b>Orientación</b>	
Temporal (día, mes, año)	0-5
Espacial (país, ciudad, etc)	0-5
<b>Memoria inmediata</b>	
Decir 3 palabras y hacer que el paciente las repita	0-3
<b>Atención y cálculo</b>	
Serie de restas sucesivas de siete o el deletreo de la palabra ‘mundo’ al revés	0-5
<b>Recuerdo diferido</b>	
Repetir las palabras aprendidas anteriormente	0-3
<b>Lenguaje y construcción</b>	
Nombrar las dos imágenes mostradas: reloj y lápiz	0-2
Repetir una frase	0-1
Realizar una orden de tres acciones	0-3
Leer y ejecutar una frase	0-1
Escribir una oración	0-1
Copiar el dibujo de dos pentágonos entrelazados	0-1
<b>Total</b>	<b>0-30</b>

Fuente: adaptado de (13).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

### **Anexo 8. Valoración cognitiva de Montreal – MoCA**

Disponible en: <https://www.psicoactiva.com/blog/test-de-evaluacion-cognitiva-de-montreal/>

Fuente: tomado de (14).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

### Anexo 9. Escala de Deterioro Global – GDS

<b>Estadio</b>	<b>Fase clínica</b>	<b>Características FAST</b>	<b>Comentarios</b>
GDS 1. Ausencia de déficit cognitivo	Normal MEC:30-35	Ausencia de déficit funcionales objetivos o subjetivos	No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo
GDS 2. Déficit cognitivo muy leve	Normal para su edad. Olvido MEC: 25-30	Déficit funcional subjetivos	Quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc.{No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología



**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO  
NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE  
ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE  
COLOMBIA**

**ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA**

Código: IN-EC-33

Vigente desde: 30-10-2024

Versión: 001

GDS 3. Déficit cognitivo leve	Deterioro límite MEC: 20-27	Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas y que generalmente lo observan familiares y amigos	Primero defectos claros. Manifestación en una o más de estas áreas: - Haberse perdido en un lugar no familiar - Evidencia de rendimiento laboral pobre - Dificultad para recordar nombres y palabras - Tras la lectura retiene escaso material Olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor El déficit de concentración es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva La negación como mecanismo de defensa o el desconocimiento de los defectos, empieza a manifestarse Los síntomas se acompañan de ansiedad leve moderada
----------------------------------	--------------------------------	---	---



**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO  
NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE  
ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE  
COLOMBIA**

**ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA**

Código: IN-EC-33

Vigente desde: 30-10-2024

Versión: 001

GDS 4. Déficit cognitivo moderado	Enfermedad de Alzheimer leve MEC: 16-23	Déficits observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales o planificación de comidas cuando hay invitados	Defectos manifiestos en: - Olvido de hechos cotidianos y recientes -Déficit en el recuerdo de su historia personal - Dificultad de concentración evidente en operaciones de resta 7 en 7 Incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas Frecuentemente no hay defectos en: - Orientación en tiempo y persona - Reconocimiento de caras y personas familiares - Capacidad de viajar a lugares conocidos Labilidad afectiva Mecanismo de negación domina el cuadro
--------------------------------------	--	--	--



**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO  
NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE  
ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE  
COLOMBIA**

**ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA**

Código: IN-EC-33

Vigente desde: 30-10-2024

Versión: 001

GDS 5. Déficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad de Alzheimer moderada MEC: 10-19	Decremento de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones	Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el aseo ni en la comida, pero sí para elegir su ropa Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares) Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos
---	--	---	--



**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA**

**ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA**

Código: IN-EC-33

Vigente desde: 30-10-2024

Versión: 001

GDS 6. Déficit cognitivo grave	Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave MEC: 0-12	Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse; específicamente, pueden identificarse 5 subestadios siguientes: a) disminución de la habilidad de vestirse solo b) disminución de la habilidad para bañarse solo c) disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo d) disminución de la continencia fecal	Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir Retiene algunos datos del pasado Desorientación temporo espacial Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria Puede presentar incontinencia Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos Ritmo diurno frecuentemente alterado Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva)
-----------------------------------	--	--	--



**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO  
NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE  
ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE  
COLOMBIA**

**ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA**

Código: IN-EC-33

Vigente desde: 30-10-2024

Versión: 001

<p>GDS 7. Déficit cognitivo muy grave</p>	<p>Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0</p>	<p>Pérdida del habla y la capacidad motora Se especifican 6 subestadios: a) capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras b) capacidad de habla limitada a una única palabra c) pérdida de capacidad para caminar solo sin ayuda d) pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda e) pérdida de la capacidad para sonreír f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida</p>	<p>Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulaci3n Con frecuencia se observan signos neurol3gicos</p>
---	---	--	---

Fuente: adaptado de (15,16).

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

## Referencias

1. Manual Protocolos - Instituto Nacional de Cancerología [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov.co/conozca-sobre-cancer-1/publicaciones/manual-protocolos>
2. Harrison MB, Graham ID, Van Den Hoek J, Dogherty EJ, Carley ME, Angus V. Guideline adaptation and implementation planning: a prospective observational study. *Implement Sci.* diciembre de 2013;8(1):49.
3. ALvAREZ ACP. GABRIEL CARRASqUILLA GUTIÉRREZ.
4. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K, AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ.* 8 de marzo de 2016;i1152.
5. Metodología de calificación y resumen de las opiniones dentro de consensos formales [Internet]. [citado 2 de septiembre de 2024]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502009000400015](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000400015)
6. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, for the PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ.* 21 de julio de 2009;339(jul21 1):b2535-b2535.
7. Aguayo-Albasini JL, Flores-Pastor B, Soria-Aledo V. Sistema GRADE: clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación. *Cir Esp.* febrero de 2014;92(2):82-8.
8. Social CM de S y P. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del trastorno neurocognoscitivo mayor (demencia) (adopción): completa. En: Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del trastorno neurocognoscitivo mayor (demencia) (adopción): completa [Internet]. 2017 [citado 2 de septiembre de 2024]. p. 221-221. Disponible en: [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Otros\\_conv/GPC\\_Demencia/gpc\\_plantilla\\_gpc\\_completa.aspx](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_Demencia/gpc_plantilla_gpc_completa.aspx)
9. Overview | Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2018 [citado 2 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>
10. Giraldo M CI, Franco A GM. Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. *Av En Enferm.* julio de 2008;26(1):43-58.
11. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública.* marzo de 1997;71(2):127-37.

 	<b>DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-33	Vigente desde: 30-10-2024	Versión: 001

12. De Groot IJM, Post MWM, Van Heuveln T, Van Den Berg LH, Lindeman E. Measurement of decline of functioning in persons with amyotrophic lateral sclerosis: Responsiveness and possible applications of the Functional Independence Measure, Barthel Index, Rehabilitation Activities Profile and Frenchay Activities Index. *Amyotroph Lateral Scler.* enero de 2006;7(3):167-72.
13. Llamas Velasco S, Llorente Ayuso L, Contador I, Bermejo Pareja F. Versiones en español del *Minimal State Examination* (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *Rev Neurol.* 2015;61(08):363.
14. Test de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA), ¿qué mide? [Internet]. 2021 [citado 2 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.psicoactiva.com/blog/test-de-evaluacion-cognitiva-de-montreal/>
15. ESCALA DE DETERIORO GLOBAL (GDS) – neuropsicólogos alzheimer asturias [Internet]. [citado 2 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://neuropsicologosalzheimerasturias.wordpress.com/2015/06/20/escala-de-deterioro-global-gds/>
16. Instituto Peruano de Neurociencias, Custodio N, Becerra-Becerra Y, Hospital Militar Geriátrico, Alva-Díaz C, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, et al. Validación y precisión de la escala de deterioro global (GDS) para establecer severidad de demencia en una población de Lima. *Ces Med.* 2017;31(1):14-26.