MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC

Actualización
2017

Diagnóstico y tratamiento de demencia vascular en el adulto en los tres niveles de atención

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-456-11

CSG Consejo de Salubridad General
IMSS
ISSSTE Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
DIF Nacional
PEMEX

Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**, "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

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

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

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que seanparte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la integración de esta Guía de Práctica Clínica se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la demencia vascular en el adulto en los tres niveles de atención,**. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud; 16/03/2017.
Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html

Actualización:**parcial.**

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

CIE- 10: F 01 DEMENCIA VASCULAR

GPC: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEMENCIA VASCULAR EN EL ADULTO

COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN 2011

COORDINACIÓN:				
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Médico Internista y Geriatra	IMSS	Coordinador de programas médicos. Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE.	Consejo Mexicano de Medicina Interna/Consejo Mexicano de Geriatría
AUTORÍA:				
Dr. Salvador Amadeo Fuentes Alexandro	Médico Internista y Geriatra	IMSS	Médico De Base. Hospital General de Zona 2A. Troncoso. México, Distrito Federal.	Consejo Mexicano de Medicina Interna. Miembro asociado del American College of Physicians
Dr. José Luis Guzmán Guzmán	Neurólogo	IMSS	Médico de Base. UMAE Centro Medico Nacional de Occidente. Hospital de Especialidades. Guadalajara, Jalisco.	Consejo Mexicano de Neurología
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Médico Internista y Geriatra	IMSS	Coordinador de programas médicos. Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE.	Colegio Mexicano de Medicina Interna/Consejo Mexicano de Geriatría
VALIDACIÓN:				
Dra. Rosalía Rodríguez García	Médico Internista y Geriatra	ISSSTE.	Jefe del Servicio de Geriatría. Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. ISSSTE. México DF.	Consejo Mexicano de Geriatría
Dr. Carlos d´Hyver	Médico Geriatra	Centro Médico ABC	Jefe del Servicio de Geriatría. Centro Médico ABC campus Observatorio. México DF	Consejo Mexicano de Geriatría

COORDINACIÓN, AUTORÍA, VALIDACIÓN Y REVISIÓN 2017

COORDINACIÓN:				
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Médico Internista y Geriatra	IMSS	Coordinador de programas médicos. Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE, CDMX, IMSS	Consejo Mexicano de Geriatría
AUTORÍA:				
Dr. Jesús Avilio Martínez Beltrán	Médico Internista y Geriatra	IMSS	Médico de Base. UMAE HE No. 71, Coahuila, IMSS.	Colegio Mexicano de Medicina Interna/Consejo Mexicano de Geriatría
Dr. Manuel Gerónimo Lomas López	Médico Geriatra	IMSS	Médico de Base. HGZ / UMF No. 1, Baja California Sur.	Consejo Mexicano de Medicina Interna.
Dr. Salvador Amadeo Fuentes Alexandro	Médico Internista y Geriatra	IMSS	Médico de Base. UMAE HTO, Puebla, IMSS.	Consejo Mexicano de Medicina Interna. Miembro asociado del American College of Physicians
Dr. Raúl Agustín Sobrino Martínez de Arredondo	Médico Geriatra	IMSS	Médico de Base. UMAE HE, Yucatan, IMSS.	Consejo Mexicano de Medicina Interna
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Médico Internista y Geriatra	IMSS	Coordinador de programas médicos. Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE, CDMX, IMSS	Consejo Mexicano de Medicina Interna/Consejo Mexicano de Geriatría
VALIDACIÓN:				
Protocolo de Búsqueda				
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Médico Internista y Geriatra	IMSS	Coordinador de programas médicos. Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE, CDMX, IMSS	Consejo Mexicano de Geriatría
Guía de Práctica Clínica				
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Médico Internista y Geriatra	IMSS	Coordinador de programas médicos. Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE, CDMX, IMSS	Consejo Mexicano de Geriatría
Dr. David de Alba Buenrostro	Médico Internista y Geriatra	IMSS	Médico de Base. UMAE. HE No. 2, Sonora, IMSS.	Colegio Mexicano de Medicina Interna/Consejo Mexicano de Geriatría
Dr. Hugo González Gómez	Médico Internista y Geriatra	IMSS	Médico de Base. UMAE. HE, Puebla, IMSS.	Colegio Mexicano de Medicina Interna/Consejo Mexicano de Geriatría

Índice

1. Clasificación ... 6
2. Preguntas a Responder ... 7
3. Aspectos Generales ... 8
3.1. Justificación ... 8
3.2. Actualización del Año 2011 al 2017 ... 10
3.3. Objetivo ... 11
3.4. Definición ... 12
4. Evidencias y Recomendaciones ... 13
4.1. Factores de riesgo ... 14
4.2. Diagnóstico clínico ... 15
4.3. Diagnóstico por imagen ... 20
4.4. Medidas de tratamiento no farmacológico ... 21
4.4.1. Manejo Conductual de la demencia vascular ... 23
4.5. Tratamiento farmacológico de la demencia vascular ... 24
4.5.1. Tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular ... 24
4.5.2. Tratamiento de la demencia vascular. ... 26
4.6. Pronóstico ... 31
4.7. Criterios de Referencia y Contrarreferencia ... 32
5. Anexos ... 34
5.1. Protocolo de Búsqueda ... 34
5.1.1. Estrategia de búsqueda ... 34
5.1.1.1. Primera Etapa ... 34
5.1.1.2. Segunda Etapa ... 35
5.1.1.3. Tercera Etapa ... 35
5.2. Escalas de Gradación ... 36
5.3. Cuadros o figuras ... 39
5.4. Diagramas de Flujo. Algoritmo 1. ... 48
5.5. Listado de Recursos ... 50
5.5.1. Tabla de Medicamentos ... 50
5.6. Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica 52
6. Glosario ... 54
7. Bibliografía ... 56
8. Agradecimientos ... 62
9. Comité Académico ... 63
10. Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador ... 64
11. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica ... 65

1. Clasificación

CATÁLOGO MAESTRO: IMSS-456-11	
Profesionales de la salud	1.19. Geriatría, 1.25. Medicina Interna.
Clasificación de la enfermedad	CIE- 10: F 01 Demencia vascular
Categoría de GPC	Niveles de atención de la enfermedad: 3.1.1. Primario, 3.1.2. Secundario, 3.1.3. Terciario 3.4. Diagnóstico y tamizaje, 3.6. Tratamiento.
Usuarios potenciales	4.12. Médicos Especialistas, 4.13. Médicos Generales, 4.14. Médicos Familiares, 4.7. Estudiantes.
Tipo de organización desarrolladora	6.6. Dependencia del Instituto Mexicano del Seguro Social
Población blanco	7.5 Adultos 19 a 44 años, 7.7 Mediana edad 45 a 65 años, 7.7 Adultos mayores 65 a 79 años y 7.8. Adultos Mayores de 80 y más años. 7.9. Hombre, 7.10. Mujer.
Fuente de financiamiento / Patrocinador	8.1. Gobierno Federal, Instituto Mexicano del Seguro Social.
Intervenciones y actividades consideradas	CIE-9MC: 89.0 Entrevista, consulta y evaluación diagnóstica. 89.03 Entrevista y evaluación descrita como global. 89.39 Otras mediciones y exámenes no quirúrgicos
Impacto esperado en salud	Disminuir la morbi-mortalidad asociada a complicaciones derivadas de la demencia vascular. Reducción de costos al estandarizar los procesos de diagnóstico y seguimiento. Mejorar la calidad de vida de los pacientes con demencia vascular. Impactar favorablemente en el pronóstico y calidad de vida del adulto.
Metodología de Actualización[1]	Evaluación de la guía a actualizar con el instrumento AGREE II, ratificación o rectificación de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados, o estudios observacionales publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionaránlas fuentes con mayor puntaje obtenido en la evaluación de su metodología y las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
Método de integración	**Métodos empleados para colectar y seleccionar evidencia** Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 86 Guías seleccionadas: 9 Revisiones sistemáticas: 27 Ensayos clínicos aleatorizados: 12 Estudios observacionales: 18 Otras fuentes seleccionadas: 20
Método de validación	**Validación por pares clínicos** Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Mexicano del Seguro Social. Validación de la guía: Instituto Mexicano del Seguro Social.
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Actualización	Fecha de publicación de la actualización: 16/03/2017. Esta guía será actualizada nuevamente cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación de la actualización.

[1]*Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía se puede contactar al CENETEC-Salud a través de su portal http://www.cenetec.salud.gob.mx/*

2. Preguntas a Responder

En pacientes con sospecha de demencia vascular:

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo para su desarrollo ?
2. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas y hallazgos en la exploración física útiles?
3. ¿Qué criterios clínicos son útiles para el diagnóstico?

En adultos con diagnóstico de demencia vascular:

4. ¿Qué estudios de imagen están indicados y cual es su utilidad?
5. ¿Cuáles son las medidas de tratamiento farmacológico y no farmacológico?
6. ¿Cuáles son las estrategias de intervención a realizar por los cuidadores?
7. ¿Cualés son las medidas de prevención secundaria?

3. Aspectos Generales

3.1. Justificación

Alrededor de 47 millones de personas en el mundo tienen demencia, esta cifra se incrementará a más de 131 millones para el año 2050 debido a la transición demográfica. Además, la demencia tiene un enorme impacto social y económico, se estima que para el año 2018 el gasto mundial en cuanto a servicios para su atención rondará cerca de un trillón de dólares (*Alzheimer's Disease International, 2016*). No obstante, un gran porcentaje de pacientes viven sin tener un diagnóstico adecuado, esto traduce la dificultad para acceder a la atención y sin duda, el contar con un esquema de tratamiento apropiado. Incluso aun cuando la demencia es diagnosticada, la atención brindada es fragmentada y no responde a las necesidades de los pacientes, los cuidadores y sus familias (*Alzheimer's Disease International, 2016*).

Actualmente en México existen cerca de 860 mil pacientes con algún tipo de demencia. Las proyecciones epidemiológicas indican que el número de personas con este padecimiento continuará creciendo y en países en proceso de transición demográfica como el nuestro, experimentarán el mayor aumento de casos en los siguientes años (*Mejía-Arango, 2011*). La prevalencia de la demencia en nuestro país para el área urbana es de 7.4% y para la región rural de 7.3% (*Llibre JJ, 2008*). Por otra parte, la incidencia de demencia es de 27.3 casos por 1,000 personas/año en personas adultas mayores de 60 años a nivel nacional (*ENASEM, 2012*), es de 16.9 por 1,000 personas/año para la región urbana y de 34.2 por 1,000 personas/año para la región rural (*Prince M, 2012*). Por lo tanto, se establece que el deterioro cognoscitivo, que incluye alteración en la memoria y otras funciones mentales superiores, representa un problema de salud pública.

La demencia vascular es la segunda causa más frecuente de deterioro cognoscitivo en adultos después de la enfermedad de Alzheimer (EA). Su prevalencia se duplica cada 5.3 años y la tasa de incidencia ajustada para la edad es de 14.6 por cada 1,000 personas/año y se espera que en los siguientes años la demencia vascular sea más común (*O'Brien J, 2015*). La prevalencia de demencia vascular en mujeres es menor que en hombres en la población menor de 80 años; por ejemplo es de 0.1% en mujeres y 0.5% en hombres entre los 65 a 69 años; de 0.9% y 1.9% entre los 75 y 79 años; de 3.5% y 3.6% entre los 85 y 89 años respectivamente. Sin embargo en mayores de 90 años, la proporción se invierte y es mayor en mujeres con 5.8% y 3,6% en hombres (*NICE-SCIE, 2007*).

Por otro lado, el deterioro cognoscitivo de origen vascular puede documentarse en dos formas distintas: 1) post-ictus como consecuencia inmediata y directa de un accidente cerebrovascular y, 2) deterioro cognoscitivo silente, sin el antecedente de una lesión cerebrovascular sintomática, el cual solo es evidente a través de la clínica y apoyado por estudios de neuroimagen (*Smith E, 2016*). Se estima que 1 de cada 10 pacientes que sufren por primera vez un evento vascular cerebral (EVC) desarrollará demencia vascular; en tanto, 1 de cada 5 pacientes lo hará en el transcurso del primer año posterior al EVC, y hasta 1 de cada 3 desarrollarán demencia al presentarse como enfermedad multi-infarto (*Etherton-Beer CD, 2014*). Se deduce entonces que el deterioro cognoscitivo después de un EVC es muy común.

La heterogeneidad de la demencia vascular deriva del tipo y naturaleza de la lesión vascular, de su extensión y de su ubicación; además, las lesiones pueden ser focales, multifocales o difusas. En este sentido, la severidad del deterioro cognoscitivo depende en gran medida de la combinación de diversos factores como son: el tipo de lesiones (infartos, cambios isquémicos sin necrosis, hemorragias o aterosclerosis), el volumen de las lesiones en el parénquima, el número y localización de las mismas y otros factores como edad, el género y la reserva cognoscitiva (*Dichgans M, 2012*). Se ha demostrado que la asociación de factores de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad, tabaquismo) con la aparición de deterioro cognoscitivo tiene mayor relevancia en aquellas personas que adquieren tales factores a temprana o mediana edad al compararse con un inicio tardío de estos (*Deschaintre Y, 2009*). Por lo que podría considerarse al síndrome metabólico como un estado prodrómico de deterioro cognoscitivo vascular (*Segura B, 2009*).

Con base a lo anterior, la imagen cerebral tiene un papel fundamental en el diagnóstico oportuno y será de utilidad para las consideraciones del tratamiento, además de la prevención secundaria y/o terciaria tratando de reducir el daño neuronal posterior a un evento vascular cerebral (*Sachdev P, 2014*). Los objetivos del tratamiento estarán enfocados al adecuado control de comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, dislipidemia), cambios en el estilo de vida (dieta y ejercicio) y la prevención secundaria, la cual deberá realizarse desde etapas tempranas (*Virdis A, 2010*).

En conclusión, la transición demográfica y epidemiológica que estaremos viviendo en los siguientes años, pone de manifiesto que el número de casos de demencia aumentarán y cada vez más en la práctica clínica diaria observaremos el componente vascular de los trastornos neurocognoscitivos en los pacientes con múltiples enfermedades crónicas, es por ello, la importancia de la actualización de esta guía y su aportación para el entendimiento de las principales características de esta entidad patológica.

3.2. Actualización del Año 2011 al 2017

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser descontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El **Título** de la guía:
    - Título desactualizado: **Diagnóstico y Tratamiento de la Demencia Vascular**
    - Título actualizado: **Diagnóstico y Tratamiento de la Demencia Vascular en el Adulto**

2. La actualización en Evidencias y Recomendaciones se realizó en:
    - **Diagnóstico**
    - **Tratamiento**
    - **Pronóstico**

3.3. Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico y Tratamiento de Demencia Vascular en el Adulto** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

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

Esta guía pone a disposición del personal del **primer, segundo y tercer nivel** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- **Enunciar los factores de riesgo para demencia vascular.**
- **Describir las manifestaciones clínicas de demencia vascular.**
- **Mencionar los instrumentos de diagnóstico clínico útiles para demencia vascular.**
- **Especificar las indicaciones y utilidad de los estudios de neuroimagen estructural en demencia vascular.**
- **Mencionar las medidas de tratamiento farmacológico en demencia vascular.**
- **Enunciar las medidas de tratamiento no farmacológico en demencia vascular.**
- **Exponer las medidas de prevención secundaria en demencia vascular.**

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

3.4. Definición

El termino de demencia vascular comprende a todas aquellas demencias secundarias a una o varias lesiones vasculares cerebrales, de cualquier etiología (*Molinuevo JL, 2009*).
Este término incluye las siguientes entidades:

- Demencia multi-infarto: demencia secundaria a la repetición de infartos corticales en el territorio de arterias de calibre mediano o grande. Es la forma de DV que más se ajusta al patrón clásico de demencia de inicio agudo y evolución escalonada con empeoramientos relacionados con nuevos eventos vasculares. Los déficits cognoscitivos y focales dependen de la localización de los infartos.
- Demencia por infarto estratégico: demencia debida a un infarto en una localización tal que afecta a varias funciones cognitivas. Se incluyen las demencias debidas a infartos en tálamo paramediano, giro angular, rodilla de la cápsula interna, caudado bilateral o territorio profundo de la arteria cerebral anterior.
- Demencia vascular subcortical: acumulación de infartos lacunares o lesiones vasculares de la sustancia blanca periventricular y profunda por enfermedad de los vasos pequeños, habitualmente hipertensiva (arteriolosclerosis); también puede ser diabética, por angiopatía amiloide, angiopatías hereditarias como la arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía (CADASIL), estados de hipercoagulabilidad o hipoxia. El curso suele ser progresivo con deterioro mental de tipo frontosubcortical, signos focales, lentitud, alteración de la marcha e incontinencia.
- Demencia post-ictus: cualquier tipo de demencia que se desarrolla después de un ictus.
- Demencia mixta: el hallazgo anatomopatológico más frecuente en los estudios poblacionales de demencia es la combinación de distintas alteraciones (amiloidopatía, sinucleinopatía, taupatía y enfermedad vascular). El término demencia mixta se aplica habitualmente a la combinación de Enfermedad de Alzheimer y enfermedad vascular.
- Demencia por lesiones hemorrágicas.

4. Evidencias y Recomendaciones

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la escala: **NICE.**

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

Evidencia E

Recomendación R

Punto de buena práctica ✓

En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del primer autor y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	**1+** **NICE** *Matheson S, 2007*

4.1. Factores de riesgo

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	Los factores de riesgo cardiovascular que contribuyen para el desarrollo de demencia vascular se han clasificado en modificables y no modificables. <u>No modificables:</u> • Edad, sexo, grupo étnico (raza negra, hispana y asiática), historia familiar. <u>Modificables</u> • Hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperlipidemia, fibrilación auricular, tabaquismo, obesidad, enfermedad carotidea, homocisteinemia.	**3** **NICE** *Romero JR, 2008*
R	Se debe considerar a pacientes con alto riesgo para deterioro cognoscitivo vascular a aquellos que presentan los siguientes factores de riesgo: • Hipertensión. • Edad mayor a 65 años. • Hiperlipidemia. • Diabetes mellitus. • Evidencia clínica de evento vascular cerebral. • Hallazgos en imágenes de neurodiagnóstico de evento vascular cerebral y/o leucoencefalopatía. • Daño a otros órganos diana (ojo, riñón, corazón). • Aquellos pacientes con cambios cognoscitivos o funcionales que son clínicamente evidentes o reportados durante la realización de la historia clínica.	**D** **NICE** *Lindsay P, 2008*
R	Todos los pacientes con factores de riesgo cardiovascular y aquellos con evidencia clínica de evento vascular cerebral o ataque isquémico transitorio deberán ser considerados con **alto riesgo** para deterioro cognoscitivo de origen vascular.	**D** **NICE** *Lindsay P, 2008*
E	Los factores de riesgo para demencia después de un evento vascular cerebral (EVC) incluyen: edad avanzada, bajo nivel educativo, sexo femenino, factores de riesgo vascular, accidente cerebrovascular de localización estratégica, la presencia de múltiples EVC y atrofia global o temporal. Para la demencia vascular en ausencia de EVC, son similares los factores de riesgo, pero toma mayor relevancia la edad avanzada y los componentes que incrementan el riesgo cardiovascular.	**3** **NICE** *O'Brien JT, 2015*

E	La presencia de un EVC es un factor de riesgo importante para desarrollar demencia vascular, ya que aproximadamente uno de cada diez pacientes tienen demencia antes de su primer EVC y uno de cada diez desarrolla demencia tras un primer EVC. Sin embargo, uno de cada tres tiene demencia después de un EVC recurrente.	**1+** **NICE** *Pendlebury ST, 2009*
E	Un meta-análisis demostró que la depresión de inicio tardío es un factor de riesgo importante para la demencia vascular, así como lo es para la enfermedad de Alzheimer. La depresión de inicio tardío se asocia con varias anormalidades vasculares, que se muestra tanto en imágenes cerebrales como en muestras histopatológicas.	**1+** **NICE** *Diniz BS, 2013*
R	Se debe evaluar la presencia de depresión de inicio tardío en el caso de deterioro cognoscitivo debido a la asociación de las anormalidades cerebrovasculares y depresión.	**B** **NICE** *Diniz BS, 2013*

4.2. Diagnóstico clínico

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	El proceso diagnóstico para demencia vascular, inicia con la sospecha de deterioro cognoscitivo, ya sea por parte del propio afectado o de algún familiar cercano.	**D** **SIGN** *GPC SNS Cataluña, 2010*
R	Se recomienda realizar una exploración física general y neurológica en los pacientes con deterioro cognoscitivo o demencia para detectar comorbilidad y signos neurológicos asociados que pueden ayudar al diagnóstico diferencial de algunos subtipos de demencia.	**D** **NICE** *Sorbi S, 2012*
E	La exploración neurológica es particularmente importante para distinguir deterioro cognoscitivo vascular de otros trastornos degenerativos primarios o secundarios. Por ejemplo, algunos de los signos sugestivos de demencia de origen vascular son: datos de focalización, asimetría en los reflejos, déficit en campos visuales, datos de lesión piramidal o signos de lateralización.	**Clase III** **EFNS-ENS** *Sorbi S, 2012*

R	Se recomienda realizar exámenes generales en los pacientes con sospecha de demencia. Las pruebas de laboratorio que se deberán solicitar son: biometría hemática, hormona estimulante de la tiroides (TSH), electrólitos, calcio y glucosa, para descartar causas potencialmente reversibles de demencia y para el tamizaje de comorbilidades.	**D** **SIGN** *GPC SNS Cataluña, 2010*
E	No existe evidencia para apoyar la utilidad de los análisis de sangre específicos para la evaluación de las personas con deterioro cognoscitivo. Sin embargo, estas pruebas son útiles para excluir comorbilidades, revelando factores de riesgo potencialmente reversibles, origen de los estados de confusión y en raras ocasiones, en la identificación de la causa principal de demencia.	**3** **NICE** *Sorbi S, 2012*
E	Al compararse con pacientes con demencia Alzheimer, el perfil neuropsicológico de la demencia vascular se caracteriza por: • Mayor afección de las funciones ejecutivas, incluyendo la planeación y la secuenciación. • Mayor deterioro de la velocidad del procesamiento mental, del desempeño en tareas no estructuradas y de la atención. • Mayor déficit en la fluidez verbal y en la producción motora de lenguaje, pero las funciones del lenguaje primario tienden a preservarse. • Tiende a existir mayor afección en la sintaxis, a diferencia de los pacientes con Alzheimer que se afecta más el léxico.	**3** **NICE** *Desmond DW, 2004*
E	El diagnóstico de la demencia vascular es predominantemente clínico y debe estar basado en 3 características principales: 1. Pérdida de función(es) cognoscitiva(s). 2. Lesiones cerebro-vasculares demostradas por algún método de imagen. 3. Relación temporal entre las lesiones vasculares y la demencia (3 meses). Además de la exclusión de otras causas de demencia.	**3** **NICE** *Gorelick PB, 2011*

E	Los dominios cognoscitivos que deben de ser evaluados para el diagnóstico de demencia son: • Atención y velocidad de procesamiento: atención sostenida, dividida y selectiva, procesamiento de información, etc. • Función ejecutiva frontal: planeación, autocorrección, toma de decisiones, memoria de trabajo, juicio, etc. • Memoria y aprendizaje: memoria inmediata, memoria reciente y memoria de reconocimiento. • Lenguaje: producción, recepción, nominación, repetición, sintaxis y gramática, etc. • Habilidad perceptual visuoconstruccional: construcción, percepción visual, razonamiento, etc. • Praxias, gnosias y percepción corporal: praxias, gnosias, orientación izquierda/derecha, cálculo, reconocimiento facial, etc. • Cognición social: reconocimiento de emociones, inhibiciones sociales apropiadas, empatía, etc.	**3** **NICE** *Sachdev P, 2014*
R	El diagnóstico de demencia debe incluir una evaluación cognoscitiva objetiva formal con instrumentos validados.	**A** **SIGN** *GPC SNS Cataluña, 2010*
R	La evaluación cognoscitiva es fundamental para el diagnóstico y debe realizarse en todos los pacientes. Debe incluir las siguientes herramientas: 1. Evaluación cognoscitiva global. 2. Evaluación detallada de los principales dominios cognoscitivos afectados en daño vascular, incluyendo la memoria, funciones ejecutivas y funciones instrumentales.	**B** **EFNS-ENS** *Sorbi S, 2012*
✓	Se recomienda realizar la evaluación cognoscitiva global mediante alguna de los siguientes instrumentos: • Evaluación del Estado Mental Mínimo (MMSE) • Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA). La evaluación de los principales dominios cognoscitivos afectados en demencia vascular se podrá realizar con los siguientes instrumentos: • Criterios del NINDS/AIREN. • Criterios VASCOG.	**Punto de buena práctica**

E	Para establecer el diagnóstico de demencia, la MMSE posee una sensibilidad del 60-80% y una especificidad del 80-89%. El punto de corte establecido para normalidad es ≥ 26 puntos para individuos con 5-8 años de escolaridad y de 22 para individuos con 0-4 años de escolaridad. (*Ver Anexo 5.3, Cuadro 1).*	**2++** **NICE** *Lees R, 2014*
E	La Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA), tiene un desempeño similar al MMSE, para el tamizaje del deterioro cognoscitivo. Valora la atención /concentración, funciones ejecutivas, contenido del pensamiento, memoria, lenguaje cálculo y la orientación. Una puntuación de 25 o menor (máximo de 30), se considera como deterioro cognoscitivo. Posee una Sensibilidad 95% y Especificidad 45%. *(Ver Anexo 5.3, Cuadro 2)*	**2++** **NICE** *Lees R, 2014*
R	Es recomendable utilizar el instrumento MoCA para el diagnóstico de pacientes con sospecha de demencia vascular debido a que evalúa de manera más amplia la función ejecutiva.	**B** **NICE** *Lees R, 2014*
R	Para facilitar el diagnóstico de demencia vascular, se recomienda utilizar los criterios diagnósticos del *National Institute of Neurological Disorders and Stroke/Association Internationale pour la Recherche et l'Enseingement en Neurosciences* (***NINDS/AIREN***), de gran especificidad (alrededor de 95%) pero muy baja sensibilidad (menos de 43%). (*Ver Cuadro 5.3, Cuadro 3*).	**B** **SIGN** *GPC SNS Cataluña, 2010*
R	También, se recomienda aplicar los criterios VASCOG para el diagnóstico de demencia vascular. Debido a que en ellos no es necesario que exista falla en la memoria y disminución de dos o más funciones cognitivas afectadas. Un individuo con deterioro grave en un solo dominio cognoscitivo, en algunos casos puede tener la discapacidad suficiente como para justificar el diagnóstico de deterioro cognoscitivo vascular mayor. (*Ver Cuadro 5.3, Cuadro 4).*	**D** **NICE** *Sachdev P, 2014*
✓	La elección de un instrumento específico debe realizarse en función del tiempo disponible, de la experiencia clínica y de la disponibilidad de instrumentos normativos en el medio en el que se aplicarán.	**Punto de buena práctica**
R	Es recomendable realizar la diferenciación entre demencia vascular, enfermedad de Alzheimer o la co-existencia de las 2 entidades, para esto se recomienda utilizar la *Escala de isquemia de Hachinski*, con el fin de identificar de mejor manera el tratamiento y la prevención.	**B** **SIGN** *GPC SNS Cataluña, 2010*

E	La Escala de isquemia de Hachinski es un instrumento clínico para diferenciar la demencia tipo Alzheimer, demencia vascular o la co-existencia de ambas entidades consta de 13 elementos, cada uno genera una puntuación distinta y de acuerdo a la suma de éstos se clasifica en: 1. Puntuación menor o igual a 4, sugiere demencia tipo Alzheimer. 2. Puntuación mayor o igual a 7, sugiere demencia vascular. 3. Puntuación de 5 y 6, sugiere la coexistencia de demencia vascular y enfermedad de Alzheimer. (*Ver Cuadro 5.3, Cuadro 5).*	**1+** **NICE** *Moroney JT, 1997*
E	La Escala de isquemia de Hachinski tiene una sensibilidad del 89% y una especificidad de 89% para diferenciar demencia vascular de Enfermedad de Alzheimer, motivo para lo cual fue diseñada. Sin embargo, la especificidad es baja al comparar demencia vascular con el patrón mixto, es solo de 17%; al comparar enfermedad de Alzheimer con patrón mixto fue 29.4%. Este metanálisis confirmó que esta escala es útil para diferenciar el patrón vascular de la enfermedad de Alzheimer, sin embargo, la identificación de demencia mixta es difícil con esta prueba. El estudio se realizó comparándolo con muestras histopatológicas.	**1+** **NICE** *Moroney JT, 1997*
R	Es recomendable la realización de una evaluación neuropsicológica detallada mediante pruebas específicas cuando existen discrepancias entre la impresión clínica y las pruebas de tamizaje, dudas diagnósticas o bien cuando las quejas se limitan a un solo dominio cognitivo o son de corta evolución.	**D** **SIGN** *GPC SNS Cataluña, 2010*
E	La depresión puede ser la causa subyacente o un contribuyente del deterioro cognoscitivo. De la misma manera, puede ser un acompañante de la demencia vascular como un resultado directo del daño neurológico.	**3** **NICE** *Freund B, 2004*
R	En pacientes con deterioro cognoscitivo se deberá realizar una evaluación de síntomas depresivos y del estado de ánimo en general con escalas para tal efecto, como por ejemplo la Escala de Depresión Geriátrica (*Geriatric Depression Scale GDS*). (*Ver anexo 5.3, Cuadro 6).*	**C** **NICE** *Allan LM, 2013*

R	En pacientes con deterioro cognoscitivo, es importante diferenciar entre demencia, delirium y depresión, conocidas como las tres "D" ya que existe la posibilidad que se asocien entre sí. (*Ver anexo 5.3, Cuadro 7).*	**D** **NICE** *Freund B, 2004*

4.3. Diagnóstico por imagen

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	Aunque la evaluación clínica detallada es la base para el diagnóstico en el paciente con sospecha de demencia, actualmente diferentes sociedades a nivel mundial, recomiendan que la imagen estructural debiera utilizarse en la evaluación de pacientes con sospecha de demencia para excluir otras patologías cerebrales y ayudar a establecer el subtipo.	**3** **NICE** *Filippi M, 2012*
E	De acuerdo con los criterios NINDS-AIREN, la evaluación con estudios de neuroimagen es un elemento esencial para el diagnóstico de demencia vascular y sin este componente, el diagnóstico de demencia vascular se considera como "*posible*" en el mejor de los casos. (***Ver Anexo 5.3, Cuadro 3***).	**3** **NICE** *Filippi M, 2012*
R	Se debe de realizar estudios de neuroimagen para el abordaje de los pacientes con sospecha de demencia vascular.	**A** **EFNS** *Filippi M, 2012*
E	Los estudios de neuroimagen permiten identificar causas de demencia potencialmente corregible, reconocer cambios vasculares e identificar hallazgos específicos que pueden facilitar el diagnóstico diferencial entre los tipos de enfermedades neurodegenerativas.	**1+** **NICE** *NICE-SCIE, 2015*
R	Se deberá realizar una tomografía axial computarizada (TAC) y/o resonancia magnética (RM) para la detección de componentes vasculares en el paciente con deterioro cognoscitivo o demencia.	**A** **NICE** *Bermingham, SL. 2014*

E	En un meta-análisis realizado en el 2012 se encontró que no existe suficiente evidencia para sugerir que la RM es superior a la TAC para identificar cambios vasculares en pacientes con diagnóstico clínico y post-morten de demencia vascular.	**1+** **NICE** *Beynon R, 2012*
E	Debido a la prevalencia de demencia vascular y lesiones ocupativas, realizar una TAC, seguida por RM en aquéllos casos necesarios, es el abordaje más específico y con mejor perfil costo-efectividad.	**1+** **NICE** *Bermingham, SL. 2014*
E	La enfermedad cerebrovascular se puede detectar por TAC o por RM, ambas modalidades son sensibles en la identificación de infartos de vasos grandes. Sin embargo, la RM es más sensible a los cambios vasculares sutiles de pequeños vasos que la TAC. Las secuencias en T2 y FLAIR son altamente sensibles para la detección de accidentes cerebrovasculares importantes, así como infartos estratégicos pequeños y daño isquémico de la sustancia blanca de pequeños vasos.	**3** **NICE** *Filippi M, 2012*
✓	El protocolo de RM debe incluir imágenes estructurales y volumétricas en las secuencias T1 y T2 potenciadas, imagen FLAIR y secuencia T2 con gradiente echo. No se recomienda la administración del contraste de forma rutinaria.	**Punto de buena práctica** **EFNS** *Filippi M, 2012*
R	El diagnóstico de demencia vascular sólo se debe realizar cuando las lesiones vasculares puedan explicar el déficit cognoscitivo.	**Clase II, Nivel A** **EFNS** *Filippi M, 2012*

4.4. Medidas de tratamiento no farmacológico

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
✓	Se recomienda la conformación de un equipo multidisciplinario para la atención integral del paciente con demencia vascular. Se sugiere la intervención de personal capacitado en geriatría, psiquiatría, neurología, nutrición trabajo social, terapia física, ocupacional y del lenguaje, según sea el caso y de acuerdo a la capacidad institucional.	**Punto de buena práctica**

R	Se recomienda informar el diagnóstico al paciente y a su familia, ya que se ha demostrado que la información recibida no predispone o genera un trastorno en la persona afectada.	**C** **SIGN** *GPC SNS Cataluña, 2010*
R	Se recomienda otorgar información a pacientes y familiares sobre la demencia, su evolución, manifestaciones clínicas, tratamiento integral y soporte al cuidador que les permita planificar su futuro.	**C** **SIGN** *GPC SNS Cataluña, 2010*
R	Se deben implementar estrategias de rehabilitación adaptadas a las limitaciones mentales y funcionales, así como de las habilidades cognoscitivas remanentes del individuo e identificar las necesidades y objetivos de los pacientes y los cuidadores.	**D** **NICE** *Filippi M, 2012*
E	En una cohorte prospectiva de pacientes de 65 a 84 años la realización de actividad física durante 30 minutos 3 veces por semana mejora el desempeño cognoscitivo en pacientes con demencia vascular.	**2+** **NICE** *Verdelho A, 2012*
R	En pacientes con demencia vascular sin limitación en transferencias y marcha, se recomienda la realización de actividad física al menos 30 minutos 3 veces por semana.	**B** **NICE** *Verdelho A, 2012*
E	En pacientes con demencia vascular la actividad física mejora los síntomas neuro-psiquiátricos y la sobrecarga del cuidador.	**2+** **NICE** *Christofoletti G, 2011*
R	Se recomienda un programa de ejercicio estructurado así como actividades recreativas para mantener la funcionalidad y movilidad; mejorar la calidad de vida y la autopercepción de bienestar.	**B** **SIGN** *Connelly PJ, 2006*
E	El deterioro de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria son una de las características principales de la demencia y forma parte de la evaluación integral, además son útiles para seguimiento del grado de deterioro o los cambios en la evolución de la demencia.	**Clase IV** **EFNS-ENS** *Sorbi s, 2012*

✓	Es importante trabajar sobre el ambiente en donde vive la persona con demencia vascular, esto incluye: • Disminuir o eliminar los objetos que represente un riesgo físico para el paciente; • Limitar el acceso a los toma-corriente, gas, tomas de agua caliente. • Evitar modificaciones en el ambiente del paciente que lo sometan a estrés innecesario. • Mantener los objetos en lugares fijos. • Limitar la presencia de estímulos sensitivos intensos. • Control adecuado de las salidas del hogar. • Señalización de los objetos o lugares de uso cotidiano.	**Punto de buena práctica**

4.4.1. Manejo Conductual de la demencia vascular

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	El término *"manejo conductual"*, se utiliza para referirse a las intervenciones estructuradas, sistemáticamente aplicadas por un tiempo determinado llevadas a cabo por los cuidadores bajo la supervisión de un experto en ésta área. Se ha demostrado que el *manejo conductual* reduce la depresión, verbalizaciones repetitivas, agresividad y trastornos de la alimentación hasta por 6 meses después de las intervenciones.	**1+** **SIGN** *Connelly PJ, 2006*
R	Se recomienda utilizar el manejo conductual por un experto (neuropsicólogo) para reducir la frecuencia de depresión y alteraciones en el comportamiento en pacientes con demencia.	**B** **SIGN** *Connelly PJ, 2006*
E	La estimulación cognoscitiva se puede llevar a cabo a través de actividades recreacionales (paseos, juegos, convivencia) o bien, de manera formal: • Programas psicológicos de evocación de memoria. • Solución de problemas. • Actividades que fomenten la fluencia verbal (lectura). Estas estrategias han demostrado tener, aunque limitado, un impacto positivo en las funciones cognoscitivas.	**1+** **SIGN** *Connelly PJ, 2006*

R	Se debe ofrecer estimulación cognoscitiva a los pacientes con demencia vascular.	**B** **SIGN** *Connelly PJ, 2006*
R	Las siguientes terapias no han demostrado utilidad en los pacientes con demencia vascular: • Música • Terapia con luz • Aromaterapia • Estimulación multisensorial	**B** **SIGN** *Connelly PJ, 2006*

4.5. Tratamiento farmacológico de la demencia vascular

4.5.1. Tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
R	Es razonable como medida de prevención primaria en paciente con alto riesgo cardiovascular el adecuado control de diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia, así como la modificación en los estilos de vida (reducción de peso en caso de obesidad, cese del hábito tabáquico, disminución en el consumo de alcohol) para prevenir la aparición de demencia vascular.	**D** **NICE** *Gorelick PB, 2011*
R	Las personas con deterioro cognoscitivo/demencia y evidencia clínica o radiológica de enfermedad cerebrovascular deben recibir tratamiento para factores de riesgo cardiovascular (ej. Hipertensión, diabetes, otros). Estas medidas son eficaces en prevenir nuevos eventos (prevención secundaria) más que en mejorar la función cognoscitiva.	**B** **NICE** *Douiri A, 2013*
R	La demencia vascular condiciona menor tiempo de supervivencia y mayor mortalidad, por lo que se recomienda iniciar y mantener la prevención secundaria.	**B** **NICE** *Melkas S, 2009*
R	Se recomienda la disminución de la presión arterial para disminuir el riesgo de demencia post-enfermedad cerebrovascular, así como controlar la hipertensión arterial en adultos jóvenes para así disminuir el riesgo de demencia en adultos mayores	**D** **NICE** *Gorelick PB, 2011*

E	El uso de medicamentos antihipertensivos (ej. IECA o ARA-2) ha demostrado reducir la tasa de deterioro cognoscitivo en áreas específicas en adultos mayores con hipertensión.	**1+** **NICE** *Saxby BK, 2008*
R	Se recomienda mantener una presión arterial menor de 150/90 mmHg en adultos mayores, pero con presión diastólica mayor a 60-65 mmHg, ya que presiones arteriales bajas incrementan el deterioro cognoscitivo, probablemente por disminución en la perfusión cerebral.	**C** **NICE** *Peters R, 2008* *Qiu C, 2003* *Verghese J, 2003*
E	Existe menor evidencia con respecto al control de la hiperglucemia o diabetes mellitus como tratamiento en la demencia vascular. Al momento, no existe evidencia que relacione el tipo o intensidad del tratamiento antidiabético con la prevención o manejo de la demencia vascular en diabetes mellitus 2.	**2++** **NICE** *Areosa SA, 2002*
E	Sin embargo, el aumento de 1% en Hb1Ac del nivel de control en pacientes diabéticos, se asocia a mayor grado de deterioro cognoscitivo.	**1+** **NICE** *Cukierman-Yaffe T, 2009* *Abbatecola AM, 2006*
R	Hasta que no se pruebe lo contrario, se recomienda alcanzar un adecuado control glucémico para la prevención de complicaciones asociadas a la diabetes, entre ellas, la enfermedad cerebrovascular y el deterioro cognoscitivo asociado a EVC.	**C** **NICE** *Gorelick PB, 2011* *Cukierman-Yaffe T, 2009*
E	El uso de estatinas para el tratamiento de la demencia vascular no ha sido demostrado, a pesar de disminuir colesterol y su efecto pleiotrópico en la función vascular. Al momento, no existen estudios aleatorizados que hayan demostrado reducción en el deterioro cognoscitivo o demencia con el uso de estatinas.	**3** **NICE** *Wright CB, 2016*
E	El uso de antiagregantes plaquetarios reduce el riesgo de eventos cerebro-vasculares recurrentes. Sin embargo ningún antiagregante plaquetario produce un efecto en la función cognoscitiva y o en su declinación. El clopidogrel no presenta los efectos adversos del dipiridamol pero no es superior a aspirina en la reducción eventos cerebro-vasculares.	**1+** **NICE** *Pearce LA, 2014* *Diener HC, 2008*

E	Mientras que la eficacia del ácido acetil salicílico en la prevención secundaria del evento vascular cerebral está establecida, no hay estudios que demuestren la eficacia del ácido acetil salicílico u otros antiagregantes plaquetarios en la prevención o el tratamiento del deterioro cognoscitivo de la demencia vascular.	**1++** **NICE** *Price JF, 2008* *Williams PS, 2000*
R	Se recomienda usar antiagregantes plaquetarios de acuerdo a indicación médica previa (ej. cardiopatía isquémica, EVC previo) para prevención secundaria y disminuir riesgo de nuevo EVC, pero no como manejo farmacológico para la demencia vascular.	**A** **NICE** *Pearce LA, 2014* *Qaseem A, 2008*
E	Algunos estudios han evaluado los efectos de un tratamiento "multidimensional" que incluye aspectos geriátricos y la identificación y reducción de todos los factores de riesgo vascular modificables.	**2++** **NICE** *Bickel H, 2012* *Richard E, 2010*
R	Se recomienda realizar un abordaje integral de los factores de riesgo cardiovascular, que incluye: intervenciones en el estilo de vida, ejercicio físico, suspensión de tabaquismo; y cuando lo amerite, tratamiento con antiagregante plaquetario, estatinas y tratamiento antihipertensivo.	**C** **NICE** *Bickel H, 2012* *Richard E, 2010*

4.5.2. Tratamiento de la demencia vascular.

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	Las opciones terapéuticas actuales para limitar el déficit cognoscitivo en demencia vascular, incluyen medicamentos desarrollados para la Enfermedad de Alzheimer y que han probado eficacia para dicha enfermedad. Los fármacos incluyen los inhibidores de acetilcolinesterasa (Ach-i) y los antagonistas del receptor N-metil-D-aspartato (NMDA).	**3** **NICE** *Qaseem A, 2008*
E	De manera general los Ach-i incrementan la cantidad disponible de acetilcolina a nivel cerebral, incluyen al donepezilo, rivastigmina y galantamina.	**2+** **NICE** *Hogan DB, 2014*
E	Los antagonistas NMDA modifican la transmisión neuronal glutaminérgica, inhibiendo la excito-toxicidad y por lo tanto protegiendo contra lesión neurológica. Actualmente solo incluye a la memantina.	**1+** **NICE** *Chen ZZ, 2016*

E	Tanto los Ach-i como los antagonistas de NMDA han demostrado retrasar el deterioro cognoscitivo, al menos de manera temporal, en la enfermedad de Alzheimer, por lo que se ha traslapado su uso a otro tipo de demencias.	**1++** **NICE** *Kavirajan H, 2007*
E	Una revisión sistemática encontró beneficio al utilizar al menos por 6 meses donepezilo (Ach-i) en pacientes con probable y posible deterioro cognoscitivo vascular a dosis de 5-10 mg/día. Los parámetros evaluados fueron: desempeño en función cognoscitiva global, mejoría en función cognoscitiva, mejoría global en actividades de la vida diaria.	**1++** **NICE** *Malouf R, 2004*
E	La galantamina (Ach-i) también ha demostrado utilidad discreta en la demencia vascular, mejorando la cognición global incluyendo memoria y función ejecutiva, sin embargo no se observó superioridad contra el placebo para mejorar actividades de la vida diría.	**1+** **NICE** *Auchus AP, 2007*
E	Con respecto a la rivastigmina hay resultados mixtos. 2 pequeños estudios no encontraron beneficios contra el placebo. Sin embargo, un estudio más grande que incluyo 710 pacientes, utilizó rivastigmina a dosis de 3-12 mg/día por 24 semanas, y demostró mejoría en la función cognoscitiva global al comparar con placebo, sin embargo hubo alta incidencia de efectos adversos que concluyeron con la suspensión del tratamiento.	**1+** **NICE** *Ballard C, 2008*
E	Una revisión sistemática encontró evidencia limitada pero suficiente para concluir beneficio con el uso de rivastigmina en pacientes con deterioro cognoscitivo vascular, sin embargo con una proporción alta de efectos adversos que desencadena suspensión del tratamiento.	**1++** **NICE** *Birks J, 2013*
E	Los Ach-i (rivastigmina, donepezilo y galantamina) producen pequeños beneficios estadísticamente significativos en la cognición en estudios pero con un significado clínico incierto en pacientes con demencia vascular leve a moderada.	**1+** **NICE** *Kavirajan H, 2007*

R	Los datos son insuficientes para recomendar el uso generalizado de estos fármacos en la demencia vascular "pura", además de no identificarse si un agente es superior a otro, la relación costo beneficio no está identificada. Para los pacientes seleccionados en donde el beneficio esperado es mayor al riesgo y costo del fármaco, los inhibidores de acetilcolinesterasa pueden ser agentes que ayuden al tratamiento de la demencia vascular.	**B** **NICE** *Wright CB, 2016* *Birks J, 2013* *Qaseem A, 2008* *Kavirajan H, 2007* *Auchus AP, 2007* *Malouf R, 2004*
R	Los inhibidores de la acetilcolinesterasa pueden ser considerados para el tratamiento de enfermedad de Alzheimer con un componente cerebrovascular asociado.	**B** **NICE** *Craig D, 2006* *Kavirajan H, 2007*
E	La memantina (inhibidor NMDA) se ha estudiado en demencia vascular leve, moderada y severa. Un meta-análisis y una revisión sistemática, concluyeron un beneficio pequeño con significado clínico incierto. Solo en la revisión sistemática, el uso por 6 meses en demencia moderada a severa, encontró beneficio clínico discreto.	**1++** **NICE** *Kavirajan H, 2007* *McShane R, 2006*
R	No se recomienda el uso extensivo de la memantina en la demencia vascular. Se deberá evaluar costo y riesgo-beneficio, ya que en la mayoría de los casos se utiliza en conjunto con un inhibidor de acetilcolinesterasa.	**A** **NICE** *Kavirajan H, 2007* *McShane R, 2006*
E	Los antagonistas de los canales de calcio han sido estudiados por su potencial beneficio en la demencia vascular, debido a su efecto putativo neuroprotector y efectos anti-isquémicos, en asociación con la reducción en la presión arterial. Nicardipino y ciclandelato tuvieron resultados negativos. Nimodipino a dosis potencialmente inapropiada para adultos mayores (90 mg/día) y durante periodos de tiempo muy cortos (12 a 24 semanas) demostró un beneficio discreto en ciertos aspectos de la cognición pero no tuvo impacto positivo en actividades de la vida diaria y en la cognición a nivel global. El único estudio a 52 semanas con 90mg/día de nimodipino no demostró mejoría contra placebo en los desenlaces primarios, solo mostró mejoría en lenguaje y deterioro menos frecuente (menos de 3 puntos sobre la basal en MMSE).	**1+** **NICE** *Pantoni L, 2005* *López-Arrieta JM, 2002*

E	No existe evidencia de la eficacia de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), la hidroxicloroquina, prednisona, estrógenos y fisostigmina, en el tratamiento de la demencia.	**3** **NICE** *Wright CB, 2016*
R	No se recomienda el uso de AINE, hidroxicloroquina, prednisona, estrógenos y fisostigmina para prevención o tratamiento de la demencia vascular	**D** **NICE** *Wright CB, 2016*
E	La evidencia disponible actualmente a través de revisiones sistemáticas concluye que puede haber un beneficio en ciertos aspectos específicos de la cognición con el uso de estos agentes, sin embargo el uso terapéutico para deterioro cognoscitivo vascular o demencia vascular no está demostrado. Los agentes estudiados son: • Piracetam. • Vitamina B1. • Vitamina B6. • Vitamina B12. • Vitamina E. • Ácido fólico. • Ginkgo biloba. • Homeopatía. • Ácidos grasos. • Omega-3. • Nicergolina. • Pentoxifilina. • Citidindifosfocolina (citicolina).	**2++** **NICE** *Farina N, 2012* *Sydenham E, 2012* *Flicker L, 2010* *Birks J, 2009 (a)* *Birks J, 2009 (b)* *Lim WS, 2009* *McCarney R, 2003* *Isaac MG, 2008* *Malou R, 2008* *Fioravanti M, 2005* *Frampton M, 2003* *Malouf R, 2003(a)* *Malouf R, 2003(b)* *Malouf R, 2003(c)* *Rodriguez-Martin JL, 2001*
R	No se recomienda la prescripción de los siguientes suplementos con la intención de prevenir, mejorar o tratar el deterioro cognoscitivo y/o demencia vascular: • Ginkgo biloba. • Vitaminas B1-B6-B12. • Ácido fólico. • Omega-3. • Ácidos grasos Tampoco se recomienda utilizar los siguientes fármacos con la finalidad de tratar el estado cognoscitivo en la demencia vascular y el deterioro cognoscitivo vascular: • Piracetam. • Nicergolina. • Pentoxifilina. • Citicolina. • Homeopatía.	**B** **NICE** *Farina N, 2012* *Sydenham E, 2012* *Flicker L, 2010* *Birks J, 2009 (a)* *Birks J, 2009 (b)* *Lim WS, 2009* *McCarney R, 2003* *Isaac MG, 2008* *Malou R, 2008* *Fioravanti M, 2005* *Frampton M, 2003* *Malouf R, 2003(a)* *Malouf R, 2003(b)* *Malouf R, 2003(c)* *Rodriguez-Martin JL, 2001*

R	Hasta el momento la suplementación con vitamina y/o folato no ha demostrado ser efectiva para prevenir o mejorar la demencia por lo que no se recomienda su utilización como tratamiento.	**A** **NICE** *Malouf R, 2008*
✓	Para la elección tratamiento farmacológico de demencia vascular debe considerarse el nivel de conocimiento del cuidador primario respecto a la enfermedad.	**Punto de buena práctica**
✓	Se debe investigar exhaustivamente la presencia de síndromes geriátricos coexistentes en el adulto mayor con deterioro cognoscitivo, que puedan confundirse con éste o empeorar su presentación clínica.	**Punto de buena práctica**
E	El término "síntomas conductuales y psicológicos de la demencia" se utiliza para describir un espectro amplio de síntomas no cognoscitivos como: apatía, depresión, ansiedad, psicosis o hiperactividad. Su identificación es esencial para el diagnóstico y tratamiento.	**3** **NICE** *Aalten P, 2008*
R	Se recomienda evaluar los "síntomas conductuales y psicológicos de la demencia" en cada paciente con sospecha de demencia vascular para ofrecer un manejo integral de acuerdo al resultado de la valoración de estos.	**Punto de buena práctica** **EFNS-ENS** *Sorbi s, 2012*
R	El tratamiento farmacológico de los "síntomas conductuales y psicológicos de la demencia" se utilizará solo en presencia de síndromes específicos o que impacten la calidad de vida o seguridad del paciente. Por ejemplo, el uso de antipsicóticos (convencionales o atípicos) pueden ser útiles en el manejo de la agresividad, psicosis o agitación psicomotriz.	**Punto de buena práctica** **EFNS-ENS** *Sorbi s, 2012*
R	Se debe tomar en cuenta el riesgo-beneficio con el uso de antipsicóticos por los efectos secundarios asociados a estos, tales como: síntomas extrapiramidales, mayor deterioro cognoscitivo e incremento en la mortalidad con su uso crónico. En caso de utilizarse no se recomienda su uso mayor a 12 semanas.	**D** **NICE** *Ballard C, 2010*
E	La depresión es frecuente en el envejecimiento en general, pero los síntomas depresivos son particularmente más frecuentes en la demencia vascular. Se ha propuesto el término de "depresión vascular" para describir un subtipo de trastornos depresivos que ocurren en el adulto mayor como consecuencia de enfermedad cerebro vascular.	**3** **NICE** *Camus V, 2004*

E	La Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS) es la herramienta de elección para la detección de síntomas depresivos en pacientes que sobrevivieron a algún evento vascular cerebral. Se detectaron 31.7% con GDS, y solo 9.7% con la escala de Cornell y 1.2% con los criterios del DSM IV.	**2+** **NICE** *Allan LM, 2013*
R	Se recomienda realizar la evaluación de síntomas depresivos de manera rutinaria a los pacientes posterior a un evento vascular cerebral y en seguimiento a largo plazo con la escala de depresión geriátrica (*Geriatric depression scale, GDS*) de Yesavage (**Ver anexo 5.3, Cuadro 6**).	**C** **NICE** *Allan LM, 2013*
R	Para el manejo de la depresión en demencia vascular se recomienda el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, se ha demostrado su efectividad y seguridad.	**Punto de buena práctica** **EFNS-ENS** *Sorbi s, 2012*

4.6. Pronóstico

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	Los pacientes con demencia vascular tienen mayor mortalidad que el resto de la población y aquéllos con Enfermedad de Alzheimer de la misma edad. Esto es debido a mayor riesgo de enfermedad coronaria y de evento vascular cerebral recurrente.	**3** **NICE** *Desmond DW, 1998*
E	Estudios de seguimiento a largo plazo indican que aquéllos pacientes que desarrollan demencia después de un evento vascular cerebral presentan menor supervivencia a largo plazo, muerte asociada a los trastornos cognoscitivos y pérdida funcional en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.	**2+** **NICE** *Melkas S, 2009*
E	La media de supervivencia para los pacientes con deterioro cognoscitivo de origen vascular se estima en 3.5 años.	**3** **NICE** *Rockwood, K 2000*

E	El 60% de los sobrevivientes de un evento vascular cerebral evolucionan a demencia vascular y se relaciona con una disminución de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales.	**3** **NICE** *Lindsay P, 2008*
E	La demencia vascular se presenta en un 26% dentro de los primeros 3 meses posterior al evento vascular cerebral afectando de forma negativa la recuperación y asociándose con un grado elevado de mortalidad, alrededor de 61%.	**3** **NICE** *Lindsay P, 2008*
E	La progresión del déficit cognoscitivo y el tiempo para la institucionalización es similar entre la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular.	**3** **NICE** *Rockwood, K 2000*

4.7. Criterios de Referencia y Contrarreferencia

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
✓	En el paciente con diagnostico establecido de demencia vascular, se recomienda evaluar la progresión del deterioro cognoscitivo por lo menos cada 3 meses, dado que se presenta una amplia gama de manifestaciones en cada paciente. Por lo anterior, se recomienda reconocer con prontitud las necesidades del paciente y familiar para derivar al personal de la salud correspondiente (geriatra, neurólogo, psiquiatra, neuropsicólogo, nutriólogo, terapeuta ocupacional, físico y del lenguaje) a segundo y tercer nivel de atención oportunamente.	**Punto de buena práctica**
✓	En las unidades de primer nivel de atención que no cuenten con la infraestructura suficiente para el cumplimiento de las recomendaciones de la presente guía, deberán referir al paciente para su atención a otra unidad de mayor capacidad resolutiva, en los términos de la regionalización de los servicios y los lineamientos delegacionales en la materia.	**Punto de buena práctica**

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

5. Anexos

5.1. Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó endocumentos obtenidos acerca de la temática **Diagnóstico y Tratamiento de la Demencia Vascular**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **inglés y español**.
- Documentos publicados los últimos **10 años**.
- Documentos enfocados al diagnóstico y tratamiento.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

5.1.1. Estrategia de búsqueda

5.1.1.1. **Primera Etapa**

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema Diagnóstico y Tratamiento de la Demencia Vascular en PubMed. La búsqueda se limitó a estudios en humanos, documentos publicados durante los últimos 10 años, en idioma inglés y español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica, revisiones sistemáticas y metanalisis y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término "vascular dementia"**.** Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 20 resultados, de los cuales se utilizaron 5 documentos parala elaboración de la guía.

BÚSQUEDA	RESULTADO
"Dementia, Vascular/diagnosis"[Mesh] OR "Dementia, Vascular/therapy"[Mesh]) Filters: Guideline; Meta-Analysis; Systematic Reviews; Full text; published in the last 10 years; Humans; English; Spanish; Adult: 19+ years	20 documentos obtenidos de los cuales 5 fueron útiles

Algoritmo de búsqueda:

1. Dementia, Vascular [Mesh]
2. Diagnosis [Mesh]
3. Therapy[Mesh]
4. # 1 AND # 2 OR # 3
5. Meta-Analysis [ptyp]
6. Guideline [ptyp]
7. Systenatic Review[ptyp]

8. # 5 OR # 6 OR # 7
9. # 4 AND # 8
10. 2006[PDAT]: 2016[PDAT]
11. # 9 AND # 10
12. Humans [MeSH]
13. # 11 AND # 12
14. English [lang]
15. Spanish [lang]
16. # 13 AND # 14 OR # 15
17. # 1 AND (#2 OR # 3) AND (# 5 OR # 6 OR # 7) AND # 10 AND # 12 AND (# 14 OR # 15)

5.1.1.2. Segunda Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con el término **vascular dementia.** A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

SITIOS WEB	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
National Institute for Health an Clinical Excellence	4	2
Scottish Intercollegiate Guidelines Network	2	1
National Guideline Clearinghouse	28	6
TripDatabase	38	11
Cochrane Library	25	21
Total	97	41

5.1.1.3. Tercera Etapa

Posterior a la búsqueda de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y metanálisis, se procedió a buscar documentos útiles para la complementación y elaboración de la guía, se procedió a realizar búsquedas dirigidas de acuerdo a la patología obteniendo 30 documentos útiles para la conformación de la guía.

En resumen, de 117 resultados encontrados, 86 fueron útiles para el desarrollo de esta guía.

5.2. Escalas de Gradación

CUADRO 1. NIVELES DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE TERAPIA POR NICE**

Nivel de Evidencia	Interpretación
1++	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos*
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertos
Los estudios con un nivel de evidencia con signos "**-**" no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación.	

GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS DE TERAPIA (NICE)

Grados de Recomendación	Interpretación
A	Al menos un meta-análisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población blanco; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población blanco y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o evidencia que pueda extrapolarse de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal
D(BPP)	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía
Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network **National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods-Chapter 7: Reviewing and grading the evidence. London: NICE update March 2005.The guidelines manual 2009.	

CUADRO 2. NIVEL DE EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES. SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN).

Nivel de Evidencia	Interpretación
1++	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos*
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertos

*Los estudios con un nivel de evidencia con signos "**–**" no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación.

Grados de Recomendación	Interpretación
A	Al menos un meta-análisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población blanco; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población blanco y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o evidencia que pueda extrapolarse de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal
D(BPP)	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía

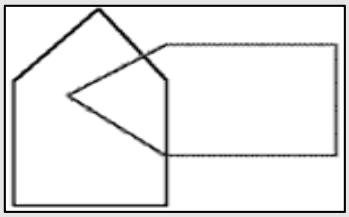
Adaptado de: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of Patients With Dementia. A National Clinical Guideline. 2006

CUADRO 3. CLASIFICACION DE LA EVIDENCIA PARA INTERVENCIONES TERAPEUTICAS EFSN (FEDERACIÓN EUROPEA DE SOCIEDADES NEUROLÓGICAS)

NIVEL DE EVIDENCIA	INTERPRETACIÓN
Clase I	Ensayos clínicos controlados prospectivos, aleatorizados, con gran poder estadístico, con evaluación de resultados cegados de una población representativa ó revisiones sistemáticas con buena metodológia y poder estadístico adecuado de ensayos clínicos controlados, aleatorizados, prospectivos, con evaluación de resultados cegados de población representativa. Se requiere lo siguiente: A) Cegamiento aleatorio. B) Los resultados primarios están claramente definidos. C) Los criterios de exclusión e inclusión están claramente definidos. D) Registro adecuado de las pérdidas del estudio y un número suficientemente bajo de cruces o reasignación para un mínimo potencial de sesgo. E) Las características de la población basal son presentadaes y sustancialmente equivalentes entre los grupos de tratamiento o existe un ajuste estadístico apropiado para las diferencias.
Clase II	Estudio de cohortes prospectivos de grupos pareados de una población representativa y cegamiento en la evaluación de los resultados, que cumple con los criterios A-E anteriores o ensayos clínicos controlados y aleatorizados de una población representativa que carece de un criterio de los previamente comentados de la A-E.
Clase III	Cualquier otro ensayo controlado (incluyendo estudios de evaluación de curso clínico bien definidos o pacientes que sirven como propios controles) en una población representativa, donde la evaluación de los resultados es independiente del tratamiento del paciente.
Clase IV	Evidencia de estudios no controlados, series de casos, informes de casos u opiniones de expertos.
	GRADO DE RECOMENDACIÓN
Nivel A	Clasificado como (establecido como efectivo, no efectivo, o dañino), requiere al menos un estudio convicente clase I o al menos dos estudios contundentes y convincentes clase II.
Nivel B	Clasificado como (probablemente efectivo, no efectivo o dañino) requiere al menos un estudio contundente clase II, o evidencia clase III abrumadora.
Nivel C	Clasificado como (posiblemente efectivo, no efectivo, o dañino) se requiere al menos dos estudios Clase III convincentes.
Punto de buena práctica	Un punto de buena práctica es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía

Tomado de: Brainin M, Barnes M, Baron JC, Gilhus NE, Hughes R, Selmaj K, Waldemar G; Guideline Standards Subcommittee of the EFNS Scientific Committee. Guidance for the preparation of neurological management guidelines by EFNS scientific task forces--revised recommendations 2004. Eur J Neurol. 2004 Sep;11(9):577-81.

5.3. Cuadros o figuras

CUADRO 1A. EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL MÍNIMO DE FOLSTEIN.	
(No sabe leer ni escribir_____ Años de escolarización:_____	**PUNTOS**
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO	
¿Qué día de la semana es hoy? ¿Cuál es el año? ¿Cuál es el mes? ¿Cuál es el día? ¿Cuál es la estación del año? (Máximo 5 puntos)	**0 - 5**
"¿En dónde estamos ahora? ¿En qué piso estamos? ¿En qué ciudad estamos? ¿En qué Estado vivimos? ¿En qué país estamos? (Máximo 5 puntos)	**0 - 5**
FIJACIÓN	
" Le voy a decir 3 palabras, cuando yo los termine quiero que por favor Usted los repita" (Anote un punto cada vez que la palabra sea correcta). (Máximo 3 puntos)	**0 - 3**
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
"Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100." (Anote un punto cada vez que la diferencia sea correcta aunque la anterior fuera incorrecta. (Máximo 5 puntos)	**0 - 5**
MEMORIA	
"¿Recuerda usted las tres palabras que le dije antes? Dígalas" (Máximo 3 puntos)	**0 – 3**
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
"¿Qué es esto?" (Mostrar un reloj). "¿y esto?" (Mostrar un bolígrafo). (Máximo 2 puntos)	**0 – 2**
"Repita la siguiente frase después de mí: - "ni si, ni no, ni pero". (1 punto)	**0 – 1**
Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que se las voy a decir. 1. "Tome el papel con la mano izquierda", 2. "dóblelo por la mitad" y 3. "póngalo en el suelo" (Anote un punto por cada orden bien ejecutada). (Máximo 3 puntos)	**0 – 3**
"Lea esto y haga lo que dice:" "Cierre los ojos" (1 punto)	**0 – 1**
"Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje" (1 punto)	**0 - 1**
"Copie este dibujo" (1 punto)	**0 - 1**
 Deberá utilizar anteojos si los necesita habitualmente. (cada pentágono debe tener 5 lados y 5 vértices y la intersección forma un diamante) Nota: tanto la frase "Cierre los ojos" como los pentágonos conviene tenerlos en tamaño suficiente para poder ser leídos con facilidad. El paciente.	
Punto de corte: 24-30 puntos = normal. **Grado de deterioro cognoscitivo**: 19-23 = LEVE; 14 – 18 = MODERADO; Menor a 14 = GRAVE	**Total:**
Modificado de: Folstein MF, Folstein SE, MaHugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 1975;19:189-98	

Cuadro 1B. Instructivo de llenado de la Evaluación del estado mental mínimo de Folstein

PREGUNTA ¿Qué día de la semana es?
Para esto se utilizan como referencia los días de la semana, es decir: lunes, martes, viernes, etc., Aquí se dá el valor de 1 cuando el día que se dice, coincide con el día de la semana en el cual se está evaluando al paciente.
PREGUNTA ¿Qué fecha es hoy (año, mes, día y estación del año?
La pregunta se hace como tal como está, sin embargo, la respuesta se califica en base a los componentes de la fecha, es decir, de acuerdo al día, mes y año. Aquí se califica dándole el valor de 1 al día, al mes, al año y a la estación del año cuando estos corresponden a la fecha en la cual se está entrevistando al paciente. Se permite una diferencia de 1 día cuando hay cambio de mes o de año, se permite la diferencia de un mes cuando hay cambio de mes, pero solo cuando la entrevista se hace durante el primer día del mes siguiente y se permite una diferencia de 1 año en los primeros 7 días de ocurrido el cambio de año.

PREGUNTA ¿En dónde estamos ahora?
Se califica con 1 cuando el individuo identifica correctamente el lugar en dónde se le está realizando la entrevista, por ejemplo estamos en mi casa, estamos en la clínica, estamos en el hospital, etc.
PREGUNTA ¿En qué piso o departamento estamos?
Se califica con 1 cuando el individuo identifica correctamente el nivel del edificio en dónde se está realizando la entrevista o bien identifica el número de casa o de departamento.
PREGUNTA ¿En qué ciudad estamos?
Se califica con 1 cuando el individuo identifica la ciudad en dónde se está llevando a cabo la entrevista. en ocasiones, los individuos son entrevistados fuera de su domicilio y se les puede pedir identificar la ciudad en dónde se está llevando a cabo la entrevista.
PREGUNTA ¿En qué Estado vivimos?
Se califica con 1 cuando el individuo identifica correctamente el estado en dónde se está realizando la entrevista.
PREGUNTA ¿En qué país estamos?
Se califica con 1 cuando el individuo identifica el país en dónde se está llevando a cabo la entrevista.

PREGUNTA -Le voy a decir 3 palabras, cuando yo los termine quiero que por favor Usted los repita:
Esta pregunta trata de valorar la capacidad que tienen las personas de retener las palabras mencionadas, por lo tanto, es muy importante que no existan otros estímulos que puedan distraer al paciente. Se califica el primer intento, sin embargo, se le deberán repetir hasta que el paciente logre pronunciar todas las palabras, con un máximo de tres repeticiones. Si después de tres intentos no logra repetir los tres objetos, deberá de continuarse con la prueba.

PREGUNTA -Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100.
Esta pregunta pretende evaluar la capacidad de atención que tienen las personas así como su capacidad de cálculo, por lo tanto, es muy importante que no existan otros estímulos que puedan distraer al paciente. En aquellas personas con escolaridad menor de 3 años, la pregunta no deberá de aplicarse. La instrucción se dará solo un vez, ya que precisamente es la capacidad de atención la que se está evaluando. Si la persona contesta en forma incorrecta se calificará con 0, y se le dará la respuesta correcta para posteriormente pedirle que continúe, pero de ninguna manera se tendrá que repetir la instrucción. Por ejemplo, si el entrevistado se equivoca y en vez de decir 93 dice 94 o 92 esta se calificará con 0, pero deberá corregirlo y decirle que el número correcto es 93, y que pedirle *"por favor continúe"*, pero NUNCA decirle que debe continuar restando de 7 en 7. Si los dos números siguientes los dice bien, es decir dice 86 y 79, se calificarán como correctos. Si al cuarto número nuevamente se equivoca y dice 73 o 71 en vez de 72, la respuesta se calificará con 0, nuevamente se le corregirá diciendo que el número correcto es 72 y nuevamente se le pedirá *"por favor continúe"* sin decirle nuevamente que reste de 7 en 7. De esta forma se continuará sucesivamente.

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

PREGUNTA -Muestre el reloj y muestre el lápiz y diga ¿Qué es esto?
Es necesario mostrar estos dos objetos, un reloj y un lápiz de madera con punta de grafito (no mostrar plumas, no mostrar lapiceros, plumones, colores, crayones u otros) por lo menos a una distancia de 30 centímetros. La pregunta se considera correcta cuando se responde reloj y/o cuando se responde lápiz, esta última pregunta se considera contestada en forma incorrecta cuando la respuesta es lapicero, lapicera, pluma, bolígrafo, etc.

PREGUNTA –Repita la siguiente frase después de mí.
Solo se puede decir una sola vez. La respuesta se considera correcta, solo cuando repite la frase completa y conservando el orden en el cual la frase fue dicha.

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

PREGUNTA -Por favor haga lo que dice aquí. "cierre los ojos"

*(Esta pregunta se omitirá para pacientes con menos de 3 años de educación).*Es importante tener un cartelón tamaño carta que se les muestre a los individuos la frase, el fondo de este cartelón debe ser blanco y las letras colocadas en color negro. Este debe de colocarse a una distancia no mayor de 30 centímetros y es indispensable indicar al paciente que si usa lentes debe de colocárselos y la habitación en dónde se muestre dicho cartelón debe de estar bien iluminada. La respuesta esperada es que las personas cierren los ojos.

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

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

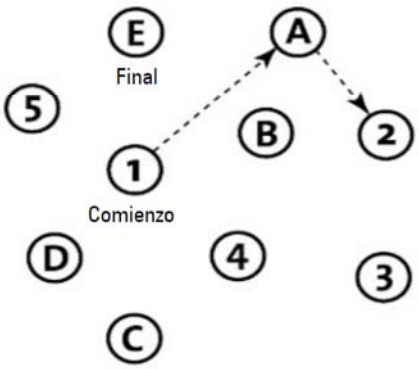
Cuadro 2. Evaluación Cognoscitiva de Montrela (MoCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

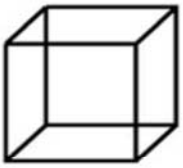
NOMBRE:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA



[ ]



Copiar el cubo

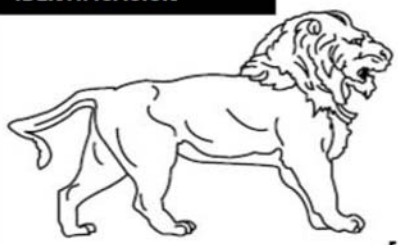
[ ]

Dibujar un reloj (Once y diez)
(3 puntos)

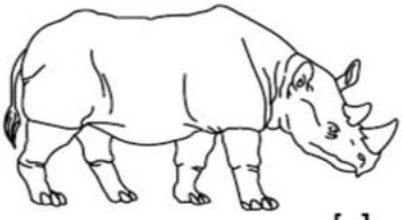
[ ] Contorno [ ] Números [ ] Agujas

Puntos ___/5

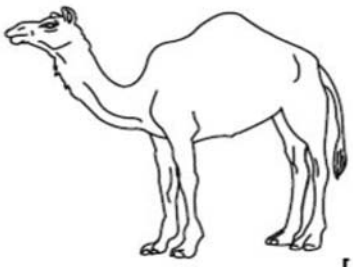
IDENTIFICACIÓN



[ ]



[ ]



[ ]

___/3

MEMORIA

Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdeselas 5 minutos más tarde.

	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO
1er intento					
2° intento					

Sin puntos

ATENCIÓN

Lea la serie de números (1 número/seg.)
El paciente debe repetirla. [ ] 2 1 8 5 4
El paciente debe repetirla a la inversa. [ ] 7 4 2
___/2

Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.
[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B
___/1

Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65
4 o 5 sustracciones correctas: **3 puntos**, 2 o 3 correctas: **2 puntos**, 1 correcta: **1 punto**, 0 correctas: **0 puntos.**
___/3

LENGUAJE

Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [ ] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. [ ]
___/2

Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [ ]_____ (N ≥ 11 palabras)
___/1

ABSTRACCIÓN

Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [ ] tren-bicicleta [ ] reloj-regla
___/2

RECUERDO DIFERIDO

	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO
Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Optativo — **Pista de categoría**					
Optativo — **Pista elección múltiple**					

Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
___/5

ORIENTACIÓN

[ ] Día del mes (fecha) [ ] Mes [ ] Año [ ] Día de la semana [ ] Lugar [ ] Localidad
___/6

© **Z. Nasreddine MD** Versión 07 noviembre 2004
www.mocatest.org

Normal ≥ 26 / 30

TOTAL ___/30
Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios

Cuadro 3. Criterios de la NINDS – AIREN* para el diagnóstico de demencia vascular

I. Los criterios para el diagnóstico clínico de demencia vascular probable incluyen todas las características siguientes:

1. **Demencia**: se define en el deterioro cognoscitivo de un mayor nivel de funcionamiento con anterioridad y se manifiesta por un deterioro de la memoria y de dos o más dominios cognoscitivos (orientación, atención, lenguaje, funciones visuo-espaciales, funciones ejecutivas, de control motor y la praxis), de preferencia establecido por el examen clínico y documentado por las pruebas neuropsicológicas; el déficit debe ser lo suficientemente grave como para interferir con las actividades de la vida diaria y no se debe a los efectos o deficiencias físicas imputables al evento cerebrovascular.
   Criterios de exclusión: los casos con alteración de la conciencia, delirium, psicosis, afasia grave o deterioro sensorial importante que impida el desarrollo de pruebas neuropsicológicas. También se excluyen los trastornos sistémicos u otras enfermedades cerebrales (tales como Demencia tipo Alzheimer), que de por sí podría ser responsable de los déficits en la memoria y la cognición.
2. **Enfermedad cerebrovascular:** definida por la presencia de signos focales en el examen neurológico, tales como hemiparesia, debilidad facial inferior, signo de Babinski, déficit sensorial, hemianopsia, disartria y compatible con evento vascular cerebral (con o sin antecedentes de accidente cerebrovascular), y la evidencia relevante de Enfermedad Cardiovascular (ECV) por imágenes cerebrales (tomografía computarizada (TAC) o resonancia magnética (IRM), incluyendo infartos múltiples de vasos grandes o un solo infarto estratégico (giro angular, tálamo, cerebro anterior basal, o territorios de la arteria comunicante anterior y arteria comunicante posterior), así como los múltiples infartos lacunares en ganglios basales y la sustancia blanca, o infartos extensos en sustancia blanca periventricular, o combinaciones de los mismos.
3. **Una relación entre estos dos trastornos:** la cual es manifiesta o inferida por la presencia de uno o más de los siguientes: (a) aparición de la demencia en los 3 meses después de un evento cerebrovascular reconocido; (b) el deterioro brusco de las funciones cognoscitivas, o fluctuante, o progresión escalonada de los déficits cognoscitivos.

II. Las características clínicas compatibles con el diagnóstico de demencia vascular probable son las siguientes:

(a) Presencia temprana de trastornos de la marcha (caminar a paso pequeño o "marche a petits pas", o andar magnética, marcha apráxico-atáxica o Parkinsoniana),
(b) Historia de inestabilidad y caídas no provocadas frecuentes;
(c) Inicio temprano de Frecuencia urinaria, urgencia, y otros síntomas urinarios que no se explican por alguna enfermedad urológica;
(d) Parálisis pseudobulbar, y
(e) Cambios en la personalidad y el humor, la abulia, la depresión, incontinencia emocional, u otros déficits subcorticales incluyendo el retraso psicomotor y la función ejecutiva anormal.

III. Características que hacen que el diagnóstico de demencia vascular sea incierta o improbable incluyen los siguientes:

(a) El inicio temprano de déficit de memoria y empeoramiento progresivo de la memoria y otras funciones cognitivas como el lenguaje (afasia sensorial transcortical), las habilidades motoras (apraxia) , y la percepción (agnosia), ante la ausencia de las correspondientes lesiones focales en las imágenes cerebrales.
(b) La ausencia de signos neurológicos focales, excepto la alteración cognoscitiva, y
(c) Ausencia de lesiones cerebrovasculares identificables por estudios de imagen TAC o IRM.

IV. El diagnóstico clínico de demencia vascular posible se pueden realizar en presencia de:

1. Demencia (sección I-1) con signos neurológicos focales en pacientes en quienes los estudios de imagen cerebral para confirmar ECV no se pueden obtener, o en ausencia de una clara relación temporal entre la demencia y los accidentes cerebrovasculares, o en pacientes con un comienzo sutil y curso variable (meseta o mejora) de los déficits cognoscitivos y evidencia relevante de enfermedad cardiovascular.

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

(a) Criterios clínicos de demencia vascular probable,
(b) Las pruebas histopatológicas de enfermedad cardiovascular obtenida por biopsia o autopsia,
(c) Ausencia de ovillos neurofibrilares y placas neuríticas superiores a los esperados para la edad, y
(d) La ausencia de otros trastornos clínicos o patológicos capaces de producir demencia.

VI. Clasificación de la demencia vascular con fines de investigación:

Se puede hacer sobre bases clínicas, radiológicas y neuropatológicas características, para las subcategorías o condiciones definidas, tales como la demencia cortical vascular, demencia vascular subcortical, demencia de Binswanger, y la demencia talámica.
El término "Demencia tipo Alzheimer con enfermedad cardiovascular" debería reservarse para clasificar a los pacientes que cumplen los criterios clínicos de DA posible y que también están presentes pruebas de imagen cerebral o clínica de ECV. Tradicionalmente, estos pacientes han sido incluidos con demencia vascular en los estudios epidemiológicos. El término "demencia mixta", utilizada hasta ahora, debe ser evitado.

Tomado de: Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, Cummings JL, Masdeu JC, Garcia JH, Amaducci L, Orgogozo JM, Brun A, Hofman A, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop.Neurology 1993 Feb;43(2):250-60.

Cuadro 4. Criterios diagnosticos para los trastornos cognitivos vasculares (VASCOG)

A. Una de las siguientes características clínicas:

1. El inicio de los déficits cognitivos está relacionado en el tiempo a uno o más eventos cerebrovasculares, con los defectos cognitivos que persisten durante más de tres meses del evento. La evidencia del evento cerebrovascular es una de las siguientes:
    a. Historia documentada de infarto/hemorragia cerebral aguda con deterioro cognoscitivo asociado a la temporalidad del evento.
    b. Signos físicos consistentes con una lesión vascular (hemiparesia, signo de Babinski, déficit sensorial, síndrome pseudobulbar, etc.).
2. El deterioro es evidente en la velocidad del procesamiento, la atención compleja y/o la función ejecutiva frontal, en ausencia clara de historia de infarto/hemorragia cerebral o isquemia cerebral transitoria. Además, se encuentra presente una de las siguientes características:
    a. Presencia temprana de trastorno de la marcha, manifestada entre otros hallazgos con un trastorno de los reflejos posturales y/o caídas frecuentes.
    b. Presencia temprana de urgencia urinaria y otros síntomas urinarios no explicados por enfermedad urológica.
    c. Cambios del humor o de la personalidad.

B. Presencia de hallazgos significativos en neuroimagen (TAC o RM) que denotan enfermedad vascular (una de las siguientes)

1. Un infarto cerebral de grandes vasos es suficiente para deterior cognoscitivo leve (DCL), y 2 o más infartos por lo general se requieren para demencia vascular (o deterioro cognoscitivo mayor [DCM]).
2. Un infarto único extenso o estratégicamente ubicado, típicamente en el tálamo o los núcleos basales, puede ser suficiente para demencia vascular (o DCM).
3. Infartos lacunares múltiples (más de 2) fuera del tronco cerebral; 1-2 infartos lacunares pueden ser suficientes si están colocados estratégicamente o en combinación con leucopatía vascular extensa.
4. Lesiones extensas y confluentes en sustancia blanca.
5. Hemorragia intracerebral ubicada estratégicamente, o 2 o más hemorragias intracerebrales.
6. Combinaciones de las anteriores

C. Criterios de exclusión (para deterioro cognoscitivo leve o mayor):

1. Historia clínica:
    a. Desarrollo temprano del déficit de memoria y empeoramiento progresivo de la memoria y otras funciones como lenguaje, praxias y gnosias, en ausencia de lesiones focales que las expliquen por neuroimagen o historia de eventos vasculares.
    b. Manifestaciones tempranas y notorias de parkinsonismo sugestivas de enfermedad con cuerpos de Lewy.
    c. Historia clínica altamente sugestiva de otro trastorno neurológico primario, como esclerosis múltiple, neoplasia cerebral, encefalitis, trastornos metabólico o tóxico, etc., que sea suficiente para explicar el deterioro.
2. Neuroimagen:
    a. Ausencia o lesiones cerebro-vasculares mínimas en TAC o RM
3. Otros trastornos médicos suficientemente graves para explicar el trastorno de memoria y síntomas relacionados:
    a. Enfermedad con gravedad suficiente para causar el deterioro cognoscitivo, por ej. esclerosis múltiple, neoplasias cerebrales, encefalitis, etc.
    b. Depresión mayor, con asociación temporal entre el deterioro cognoscitivo y el inicio probable de depresión.
    c. Anormalidades toxicas y metabólicas, las cuales pueden requerir investigación específica.
4. Para la investigación: la presencia de biomarcadores de Enfermedad de Alzheimer excluye el diagnostico de probable demencia vascular primaria, pero puede ser indicativa de EA más vasculopatía.

Adaptado de: Sachdev P, Kalaria R, O'Brien J, Skoog I, Alladi S, Black SE, et al. Internationlal Society for Vascular Behavioral and Cognitive Disorders. Diagnostic criteria for vascular cognitive disorders: a VASCOG statement. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2014;28(3):206-18.

Cuadro 5. Escala de Isquemia de Hachinski	
1. Inicio súbito	2
2. Deterioro escalonado	1
3. Curso fluctuante	2
4. Confusión nocturna	1
5. Respeto relativo de personalidad	1
6. Depresión	1
7. Manifestaciones somáticas	1
8. Labilidad emocional	1
9. Historia de evento vascular cerebral	1
10. Evidencia de aterosclerosis	1
11. Síntomas neurológicos focales	2
12. Signos neurológicos focales	2
-Los pacientes con puntaje mayor de 7 sugiere demencia vascular. **-Aquellos con puntaje menor de 4 sugiere Demencia tipo Alzheimer.** **-Puntaje entre 4 y 7 sugiere la co-existencia de Demencia tipo Alzheimer con demencia vascular.**	
Adaptado de: Hachinski VC, Iliff LD, Zilhka E, Du Boulay GH, McAllister VL, Marshall J, Russell RW, Symon L.Cerebral blood flow in dementia. Arch Neurol. 1975 Sep;32(9):632-7.	

Cuadro 6. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) (versión reducida)	SI	NO
1. ¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades)	1	0
3. ¿Siente que su vida esta vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6. ¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13.¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
Puntuación total:	_____	

Interpretación:
0 a 5 puntos= normal.
6 a 9 puntos = depresión leve.
> 10 puntos = depresión establecida.

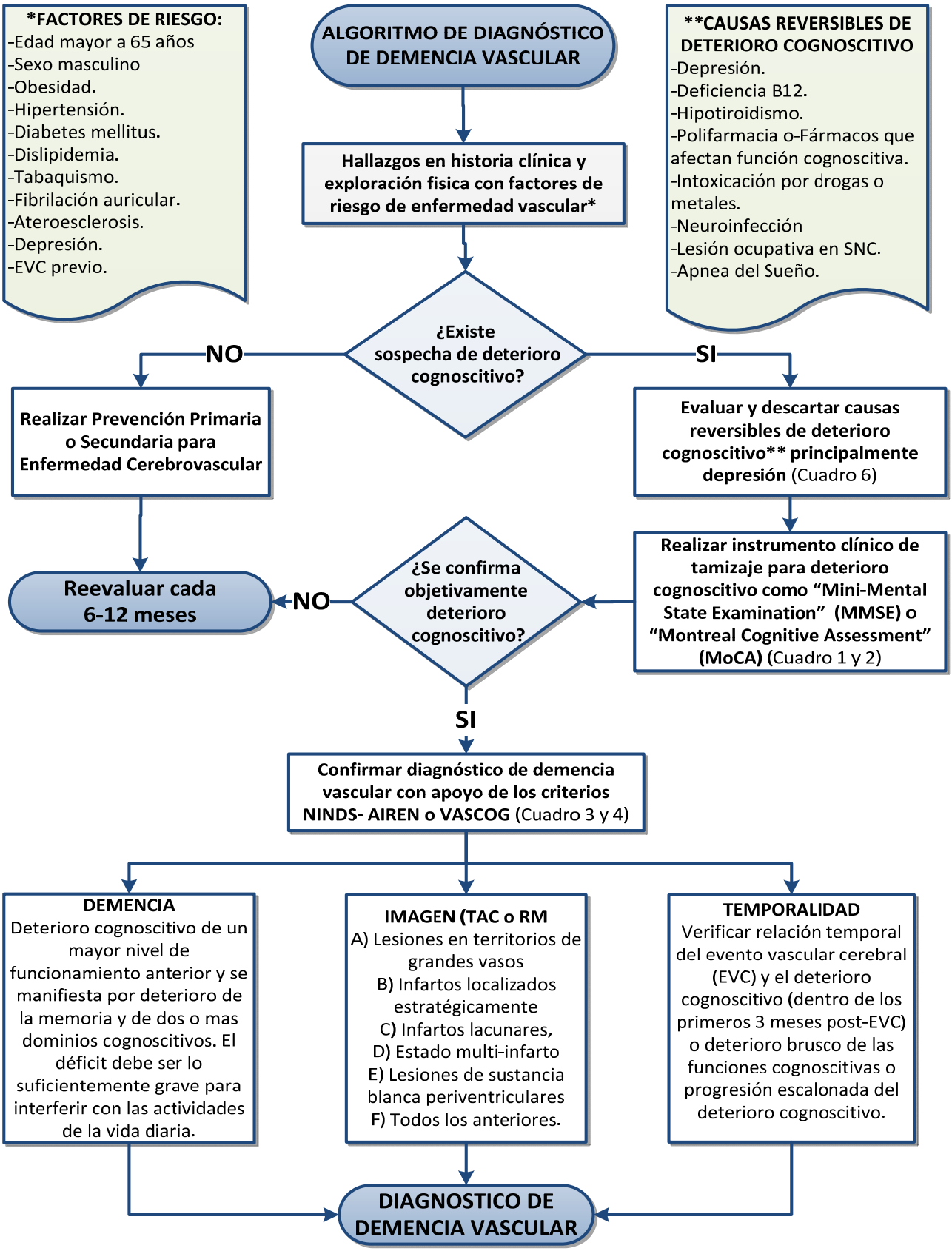
Adaptado de: Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. New York: Haworth, 1986.

Cuadro 7. Características diferenciales entre Delirium, Depresión y Demencia

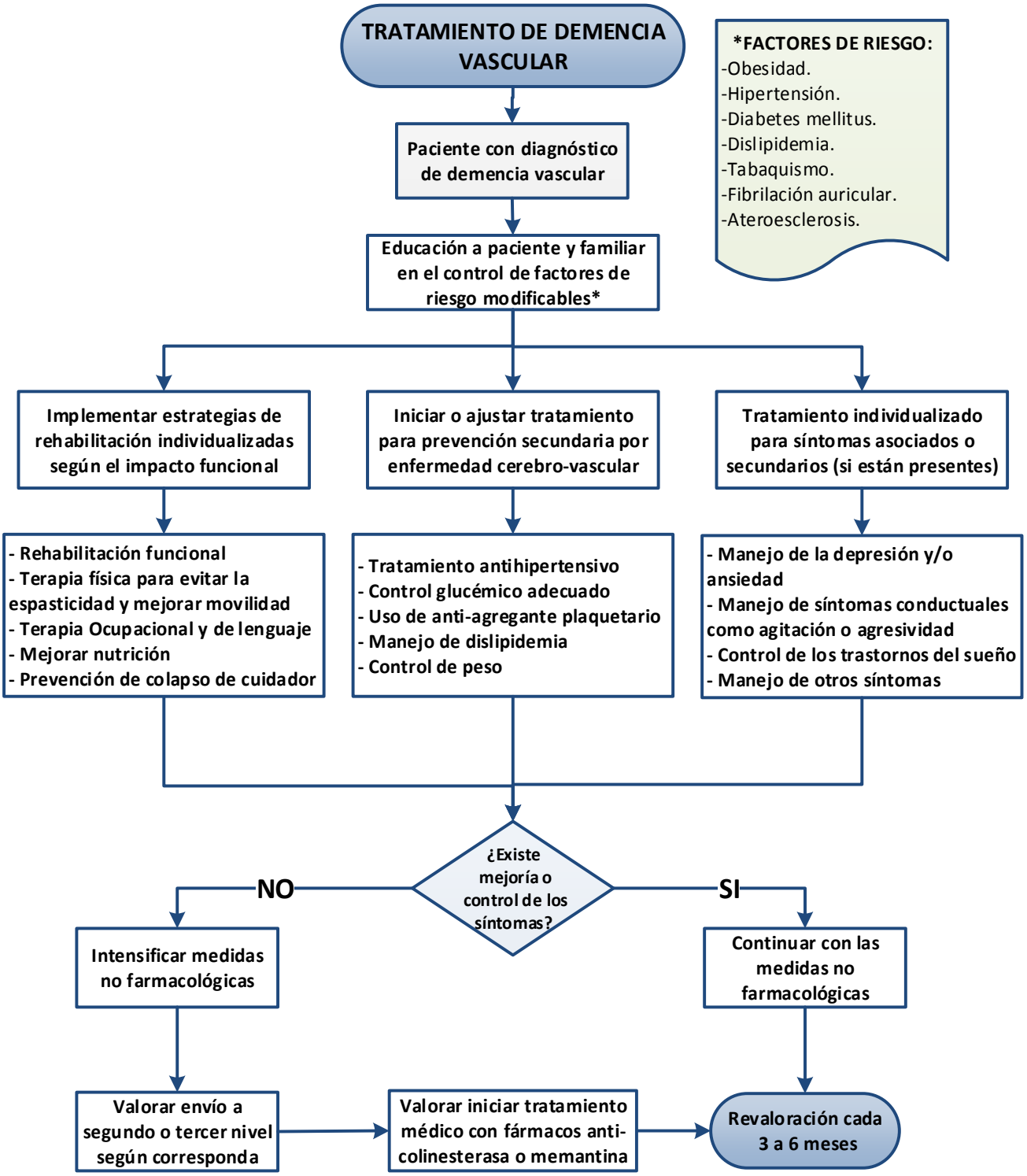
Característica	Delirium	Demencia	Depresión
Características descriptivas	Confusión e inatención.	Pérdida de memoria.	Tristeza, anhedonia.
Aparición	Aguda, sub-aguda, depende de los factores predisponentes y precipitantes.	Crónica, generalmente insidiosa, dependiente de la causa.	Coincide con cambios en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

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

5.4. Diagramas de Flujo. Algoritmo 1.



ALGORITMO 2. TRATAMIENTO DE DEMENCIA VASCULAR



5.5. Listado de Recursos

5.5.1. Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de demencia vascular del **Cuadro Básico del Instituto Mexicano del Seguro Social:**

Cuadro Básico de Medicamentos							
Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.4364.00 010.000.4364.01 010.000.4365.00 010.000.4365.01	Donepezilo	5 a 20mg cada 24 horas	Tabletas de 5 y 10mg cajas con 14 y 28 tabletas.	Indefinido	Nausea, vomito, calambres, insomnio.	Fenitoina, carbamazepina, dexametasona, rifampicina y Fenobarbital, aumentan su tasa de eliminación	Hipersensibilidad al fármaco o a los derivados de la piperidina
010.000.4464.00 010.000.4464.01 010.000.4464.02 010.000.4465.00 010.000.4465.01 010.000.4465.02	Galanta-mina	De 8-24mg cada 24 horas	Cápsulas de liberación prolongada de 8 y 16mg. Envase con 7, 14, 28 y 56 cápsulas de liberación prolongada.	Indefinido.	Náusea, vómito, diarrea, dolor abdominal, dispepsia, anorexia, fatiga, mareo y vértigo, cefalea, somnolencia y disminución de peso.	No debe administrarse con otros colinomiméticos. Es antagonista al efecto de fármacos anticolinérgicos. Se puede presentar una interacción farmacodinámica con fármacos de disminuyen la frecuencia cardíaca (Digoxina y beta-bloqueadores)	Hipersensibilidad al fármaco o a los componentes de la fórmula. Se debe vigilar la pérdida ponderal.
010.000.4379.00 010.000.4380.00	Rivastigmi-na	4.6mg cada 24 horas. 9.5mg cada24 horas.	Parche de 5cm^2 con 9mg, cada parche libera 4.6mg/24 horas. Parche de 10cm^2 con 18mg, cada parche libera 9.5mg/24 horas. Envase con 30 parches.	Indefinido	Anorexia, disminución del apetito, ansiedad, angustia, depresión, insomnio, mareos, cefalea, náusea, eritema, prurito y disminución de peso.	La rivastigmina no debe administrarse de forma simultánea con otros parasimpaticomiméticos. Puede interferir con la actividad de otros anticolinérgicos.	Hipersensibilidad al medicamento. Si el tratamiento se interrumpe se debe reiniciar con el parche de 5cm^2, Utilizar con precaución en pacientes con síndrome del seno enfermo, asma bronquial y úlcera duodenal.
010.000.0101.00	Ácido Acetilsalicí-lico	150mg cada 24 horas.	Tableta dispersable de 300mg. Caja con 20 tabletas.	Indefinido	Prolongación del tiempo de sangrado, tinnitius, pérdida de la audición, náusea, vómito, hemorragia gastrointestinal, hepatitis tóxica, asma bronquial, equimosis, exantema, y reacciones de hipersensibilidad.	Su eliminación aumenta con corticosteroides, y disminuye el efecto de antiácidos. Incrementa el efecto de hipoglucemiantes orales y de anticoagulantes orales o heparina.	Hipersensibilidad al fármaco, úlcera péptica o gastritis activa.

010.000.5106.00	Atorvasta-tina	10-20mg cada 24 horas.	Cada tableta contiene: Atorvastatina cálcica trihidratada equivalente a 20 mg de atorvastatina.	Indefinido	Constipación, flatulencia, dispepsia, dolor abdominal, cefalea, mialgias, astenia e insomnio.	Los antiácidos reducen las concentraciones plasmáticas de la atorvastatina y la eritromicina las incrementa. La atorvastatina incrementa las concentraciones plasmáticas de digoxina. Los fibratos aumentan el riesgo de miopatía.	Hipersensibilidad al fármaco, embarazo y lactancia y enfermedad hepática activa.
010.000.0657.00	Pravasta-tina	10 a 40 mg cada 24 horas, de preferencia en la noche.	Cada tableta contiene: Pravastatina sódica 10 mg. Envase con 30 tabletas.	Indefinido	Dolor muscular, náusea, vómito, diarrea, dolor abdominal, constipación, cefalea, mareo y elevación de las transaminasas hepáticas.	La ciclosporina incrementa los niveles plasmáticos de pravastatina.	Hipersensibilidad al fármaco, disfunción hepática, embarazo y lactancia.

5.6. Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico(s) Clínico(s):	Demencia Vascular		
CIE-9-MC / CIE-10	F 01 Demencia vascular		
Código del CMGPC:	**IMSS-456-11**		
TÍTULO DE LA GPC			**Calificación de las recomendaciones**
Diagnóstico y Tratamiento de la Demencia Vascular en el Adulto en los Tres Niveles de Atención			
POBLACIÓN BLANCO	**USUARIOS DE LA GUÍA**	**NIVEL DE ATENCIÓN**	
Adultos 19 a 65 años, Adultos mayores 65 y más años.	Médicos Especialistas, Médicos Generales, Médicos Familiares, Estudiantes.	Primero, Segundo y Tercer nivel	**(Cumplida: SI=1, NO=0, No Aplica=NA)**
PREVENCIÓN			
Se debe considerar a pacientes con alto riesgo para deterioro cognoscitivo vascular a aquellos que presentan los siguientes factores de riesgo: • Hipertensión. • Edad mayor a 65 años. • Hiperlipidemia. • Diabetes mellitus. • Evidencia clínica de evento vascular cerebral. • Hallazgos en imágenes de neurodiagnóstico de evento vascular cerebral y/o leucoencefalopatía. • Daño a otros órganos diana (ojo, riñón, corazón). • Pacientes con cambios cognoscitivos o funcionales que son clínicamente evidentes o reportados durante la realización de la historia clínica.			
DIAGNÓSTICO			
Se recomienda realizar exámenes generales en los pacientes con sospecha de demencia. Las pruebas de laboratorio que se deberán solicitar son: biometría hemática, hormona estimulante de la tiroides (TSH), electrólitos, calcio y glucosa, para descartar causas potencialmente reversibles de demencia y para el tamizaje de comorbilidades.			
El diagnóstico de demencia debe incluir una evaluación cognoscitiva objetiva formal con instrumentos validados (como Evaluación del Estado Mental Mínimo de Folstein (MMSE) ó Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA).			
Para facilitar el diagnóstico de demencia vascular, se recomienda utilizar los criterios diagnósticos del National Institute of Neurological Disorders and Stroke/Association Internationale pour la Recherche et l'Enseingement en Neurosciences (*NINDS/AIREN*).			
Es recomendable realizar la diferenciación entre demencia vascular, enfermedad de Alzheimer o la co-existencia de las 2 entidades, para esto se recomienda utilizar la Escala de isquemia de Hachinski, con el fin de identificar de mejor manera el tratamiento y la prevención.			
En los pacientes que presentan deterioro cognoscitivo se deberá realizar una evaluación de síntomas depresivos y del estado de ánimo en general con escalas para tal efecto, como por ejemplo la Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale GDS).			
Se debe de realizar estudios de neuroimagen (tomografía axial computarizada y/o resonancia magnética) para la detección de componentes vasculares ante la sospecha de demencia vascular.			
TRATAMIENTO			
Se recomienda un programa de ejercicio estructurado así como actividades recreativas para mantener la funcionalidad y movilidad; mejorar la calidad de vida y la autopercepción de bienestar.			

Las personas con deterioro cognoscitivo/demencia y evidencia clínica o radiológica de enfermedad cerebrovascular deben recibir tratamiento para factores de riesgo cardiovascular (ej. Hipertensión, diabetes, otros). Estas medidas son eficaces en prevenir nuevos eventos (prevención secundaria) más que en mejorar la función cognoscitiva.	
Se recomienda alcanzar un adecuado control glucémico para la prevención de complicaciones asociadas a la diabetes, entre ellas, la enfermedad cerebrovascular y el deterioro cognoscitivo asociado a EVC.	
Se recomienda realizar un abordaje integral de los factores de riesgo cardiovascular, que incluye: • Mantener una presión arterial menor de 150/90mmHg (en adultos mayores), con presión diastólica mayor a 60-65 mmHg. • Adecuado control glucémico. • Intervenciones en el estilo de vida. • Ejercicio físico. • Suspensión de tabaquismo. • Cuando lo amerite, tratamiento con antiagregante plaquetario, estatinas y tratamiento antihipertensivo.	
Los datos son insuficientes para recomendar el uso generalizado de los inhibidores de la acetilcolinesterasa (Ach-i) en la demencia vascular "pura". Para los pacientes seleccionados en donde el beneficio esperado es mayor al riesgo y el costo, pueden ser agentes que ayuden al tratamiento de la demencia vascular.	
Los inhibidores de la acetilcolinesterasa pueden ser considerados para el tratamiento de enfermedad de Alzheimer con un componente cerebrovascular asociado.	
El tratamiento farmacológico de los "síntomas conductuales y psicológicos de la demencia" (apatía, depresión, ansiedad, psicosis, hiperactividad, otros), se utilizará solo en presencia de síndromes específicos o que impacten la calidad de vida o seguridad del paciente. Por ejemplo, el uso de antipsicóticos (convencionales o atípicos) pueden ser útiles en el manejo de la agresividad, psicosis o agitación psicomotriz.	
Se debe tomar en cuenta el riesgo-beneficio con el uso de antipsicóticos por los efectos secundarios asociados a estos, tales como: síntomas extrapiramidales, mayor deterioro cognoscitivo e incremento en la mortalidad con su uso crónico. En caso de utilizarse no se recomienda su uso mayor a 12 semanas.	
No se recomienda la prescripción de los siguientes fármacos y suplementos con la intención de prevenir, mejorar o tratar el deterioro cognoscitivo o demencia vascular: • Ginkgo biloba. • Vitaminas B1-B6-B12. • Ácido fólico. • Omega-3. • Ácidos grasos • Piracetam. • Nicergolina. • Pentoxifilina. • Citicolina. • Nimodipino. • Nicardipino. • AINE. • Prednisona. • Estrógenos. • Fisostigmina. • Homeopatía.	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)	
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)	

6. Glosario

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estrategia: método para resolver o controlar un problema.

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

Evaluación del Estado Mental Mínimo de Folstein: Es un examen de tamiz dentro de las escalas cognitivas-conductuales para confirmar y cuantificar el estado mental de una persona. Evalúa las funciones mentales superiores, la orientación, el registro de información, la atención, el cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la construcción. Cada ítem tiene una puntuación, llegando a un total de 30 puntos.

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

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

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

Función ejecutiva: Capacidad de planear, organizar, pensamiento abstracto.

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

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

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

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

7. Bibliografía

1. Aalten P, Verhey FR, Boziki M, Brugnolo A, Bullock R, Byrne EJ, Camus V, Caputo M, Collins D, De Deyn PP, Elina K, Frisoni G, Holmes C, Hurt C, Marriott A, Mecocci P, Nobili F, Ousset PJ, Reynish E, Salmon E, Tsolaki M, Vellas B, Robert PH. Consistency of neuropsychiatric syndromes across dementias: results from the European Alzheimer Disease Consortium. Part II. Dement Geriatr Cogn Disord. 2008;25(1):1-8.
2. Abbatecola AM, Rizzo MR, Barbieri M, Grella R, Arciello A, Laieta MT, Acampora R, Passariello N, Cacciapuoti F, Paolisso G. Postprandial plasma glucose excursions and cognitive functioning in aged type 2 diabetics. Neurology. 2006; 67(2):235.
3. Allan LM, Rowan EN, Thomas AJ, Polvikoski TM, O'Brien JT, Kalaria RN. Long-term incidence of depression and predictors of depressive symptoms in older stroke survivors. Br J Psychiatry. 2013 Dec;203(6):453-60.
4. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2016. Improving healthcare for people living with dementia coverage, Quallty and costs now and In the future. Published by Alzheimer's Disease International (ADI), London. September 2016. Alzheimer's Disease International. Disponible en: www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2016.pdf
5. Areosa SA, Grimley EV. Effect of the treatment of Type II diabetes mellitus on the development of cognitive impairment and dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2002; (4):CD003804.
6. Auchus AP, Brashear HR, Salloway S, Korczyn AD, De Deyn PP, Gassmann-Mayer C, GAL-INT-26 Study Group. Galantamine treatment of vascular dementia: a randomized trial. Neurology. 2007;69(5):448.
7. Ballard C, Sauter M, Scheltens P, He Y, Barkhof F, van Straaten EC, van der Flier WM, Hsu C, Wu S, Lane R. Efficacy, safety and tolerability of rivastigmine capsules in patients with probable vascular dementia: the VantagE study. Curr Med Res Opin. 2008; 24(9):2561-74.
8. Ballard C, Corbett A. Management of neuropsychiatric symptoms in people with dementia. CNS Drugs. 2010 Sep;24(9):729-39.
9. Berminggham SL. The Appropiate Use of Neuroimaging in the Diagnostic Work-Up of Dementia: an Economic Literature Review and Cost-Efecctiveness Analysis. On Health Technol Assess Ser. 2014; 14(2):1-67.
10. Beynon R, Sterne JA, Wilcock G, Likeman M, Harbord R, Astin M, et al. Is MRI better than CT for detecting a vascular component to dementia? A systematic review and meta-analysis. BMC Neurol. 2012; 12:33.
11. Bickel H, Ander KH, Brönner M, Etgen T, Gnahn H, Gotzler O, Poppert H, Pürner K, Sander D, Förstl H. Reduction of Long-Term Care Dependence After an 8-Year Primary Care Prevention Program for Stroke and Dementia: The INVADE Trial. J Am Heart Assoc. 2012 Aug;1(4):e000786.
12. Birks J, Grimley EJ, Lakovidou V, Tsolaki M, Holt FE. Rivastigmine for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev.2009; (2): CD001191.
13. Birks J, Grimley EJ. Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(1):CD003120.
14. Birks J, McGuinness B, Craig D. Rivastigmine for vascular cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev. 2013; (5): :CD004744.
15. Camus V, Kraehenbühl H, Preisig M, Büla CJ, Waeber G. Geriatric depression and vascular diseases: what are the links? J Affect Disord. 2004 Jul;81(1):1-16.

16. Chen ZZ, Yang DD, Zhao Z, Yan H, Ji J, Sun XL. Memantine mediates neuroprotection via regulating neurovascular unit in a mouse model of focal cerebral ischemia. Life Sci. 2016; 150:8-14.

17. Christofoletti G, Mércia M, Bucken-Gobbi L, Gobbi S, Beinotti F, Stella F. Physical activity attenuates neuropsychiatric disturbances and caregiver burden in patients with dementia. Clinics. 2011;66(4)613-618.

18. Connelly PJ, James R. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN guideline for the management of patients with dementia. Int J GeriatrPsychiatry. 2006; 21(1):14-6.

19. Craig D, Birks J. Rivastigmine for vascular cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(2) :CD004744.

20. Cukierman-Yaffe T, Gerstein HC, Williamson JD, Lazar RM, Lovato L, Miller ME, Coker LH, Murray A, Sullivan MD, Marcovina SM, Launer LJ. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes-Memory in Diabetes (ACCORD-MIND) Investigators. Relationship between baseline glycemic control and cognitive function in individuals with type 2 diabetes and other cardiovascular risk factors: the action to control cardiovascular risk in diabetes-memory in diabetes (ACCORD-MIND) trial. Diabetes Care. 2009; 32(2):221.

21. Deschaintre Y, Richard F, Leys D, Pasquier F. Treatment of vascular risk factors is associated with slower decline in Alzheimer disease. Neurology. 2009 Sep 1;73(9):674-80.

22. Desmond DW. The neuropsychology of vascular cognitive impairment: is there a specific cognitive deficit? J Neurol Sci. 2004 Nov 15;226(1-2):3-7.

23. Desmond DW, Moroney JT, Bagiella E, Sano M, Stern Y. Dementia as a predictor of adverse outcomes following stroke: an evaluation of diagnostic methods. Stroke. 1998 Jan;29(1):69-74.

24. Dichgans M, Zietemann V. Prevention of vascular cognitive impairment. Stroke. 2012 Nov;43(11):3137-46.

25. Diener HC, Sacco RL, Yusuf S, Cotton D, Ounpuu S, Lawton WA, Palesch Y, Martin RH, Albers GW, Bath P, Bornstein N, Chan BP, Chen ST, Cunha L, Dahlöf B, De Keyser J, Donnan GA, Estol C, Gorelick P, Gu V, Hermansson K, Hilbrich L, Kaste M, Lu C, Machnig T, Pais P, Roberts R, Skvortsova V, Teal P, Toni D, VanderMaelen C, Voigt T, Weber M, Yoon BW. Prevention Regimen for Effectively Avoiding Second Strokes (PRoFESS) study group. Effects of aspirin plus extended-release dipyridamole versus clopidogrel and telmisartan on disability and cognitive function after recurrent stroke in patients with ischaemic stroke in the Prevention Regimen for Effectively Avoiding Second Strokes (PRoFESS) trial: a double-blind, active and placebo-controlled study. Lancet Neurol. 2008; 7(10):875-84.

26. Diniz BS, Butters MA, Albert SM, Dew MA, Reynolds CF 3rd.Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. Br J Psychiatry.2013 May; 202(5):329-35.

27. Douiri A, McKevitt C, Emmett ES, Rudd AG, Wolfe CD. Long-term effects of secondary prevention on cognitive function in stroke patients. Circulation. 2013; 128(12):1341-8.

28. ENASEM, Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México: ENASEM Descripción de los Archivos de Datos, Versión 1, Septiembre 2013. Disponible en: www.ENASEM.org el 28/10/2016.

29. Etherton-Beer CD. Vascular cognitive impairment in dementia. Maturitas. 2014; 79(2):220-6.

30. Farina N, Isaac MG, Clark AR, Rusted J, Tabet N. Vitamin E for Alzheimer's dementia and mild cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev.2012; (11):CD002854.

31. Filippi M, Agosta F, Barkhof F, Dubois B, Fox NC, Frisoni GB, Jack CR, Johannsen P, Miller BL, Nestor PJ, Scheltens P, Sorbi S, Teipel S, Thompson PM, Wahlund LO. EFNS task force: the use of neuroimaging in the diagnosis of dementia. Eur J Neurol. 2012; 19(12): p. e131-40, 1487-501.

32. Fioravanti M, Yanagi M. Cytidinediphosphocholine (CDP-choline) for cognitive and behavioural disturbances associated with chronic cerebral disorders in the elderly. Cochrane Database Syst Rev. 2005; (2):CD000269.

33. Flicker L. Modifiable lifestyle risk factors for Alzheimer's disease. J Alzheimer Dis. 2010; 20(3):803-11.

34. Frampton M, Harvey RJ, Kirchner V. Propentofylline for dementia. Cochrane Database Syst Rev.2003; (1):CD002853.

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

36. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975 Nov;12(3):189-98.

37. Gorelick PB, Scuteri A, Black SE, Decarli C, Greenberg SM, Iadecola C, Launer LJ, Laurent S, Lopez OL, Nyenhuis D, Petersen RC, Schneider JA, Tzourio C, Arnett DK, Bennett DA, Chui HC, Higashida RT, Lindquist R, Nilsson PM, Roman GC, Sellke FW, Seshadri S. American Heart Association Stroke Council, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, and Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia. Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2011;42(9):2672-713.

38. GPC SNS Cataluña. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Cataluña; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07.

39. Hachinski VC, Iliff LD, Zilhka E, Du Boulay GH, McAllister VL, Marshall J, Russell RW, Symon L.Cerebral blood flow in dementia. Arch Neurol. 1975 Sep;32(9):632-7.

40. Hogan DB. Long-term efficacy and toxicity of cholinesterase inhibitors in the treatment of Alzheimer disease. Can J Psychiatry. 2014; 59(12):618-23.

41. Isaac MG, Quinn R, Tabet N. Vitamin E for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev. 2008; (3):CD002854.

42. Kavirajan H, Schneider LS. Efficacy and adverse effects of cholinesterase inhibitors and memantine in vascular dementia: a meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet Neurol 2007; 6:782.

43. Lees R, Selvarajah J, Fenton C, Pendlebury ST, Langhorne P, Stott DJ, Quinn TJ. Test accuracy of cognitive screening tests for diagnosis of dementia and multidomain cognitive impairment in stroke. Stroke, 2014. 45(10): p. 3008-18.

44. Lim WS, Gammack JK, Van Niekerk J, Dangour AD. Omega 3 fatty acid for the prevention of dementia. Cochrane Database Syst Rev.2006; (1): CD005379.

45. Lindsay P, Bayley M, Hellings C, Hill M, Woodbury E, Phillips S. Selected topics in stroke management. Vascular cognitive impairment and dementia. In: Canadian best practice recommendations for stroke care. CMAJ. 2008; 179 (12 Suppl):E67-70.

46. Llibre JJ, Ferri CP, Acosta D, et al. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. Lancet. 2008;372:464-74.

47. López-Arrieta JM, Birks J. Nimodipine for primary degenerative, mixed and vascular dementia. Cochrane Database Syst Rev.2002; (3):CD000147.

48. Malouf R, Areosa SA. Vitamin B12 for cognition. Cochrane Database Syst Rev.2003; (3): CD004326.

49. Malouf R, Birks J. Donepezil for vascular cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev. 2004; (1): CD004395.

50. Malouf R, Grimley EJ, Areosa SA. Folic acid with or without vitamin B12 for cognition and dementia. Cochrane Database Syst Rev.2003; (4): CD004514.

51. Malouf R, Grimley EJ. Folic acid with or without vitamin B12 for the prevention and treatment of healthy elderly and demented people. Cochrane Database Syst Rev. 2008; (6):CD004514.

52. Malouf R, Grimley EJ. The effect of vitamin B6 on cognition. Cochrane Database Syst Rev.2003; (4): CD004393.

53. Marchington KL, Carrier L, Lawlor PG. Delirium masquerading as depression. Palliat Support Care. 2012;10(1):59-62.

54. McCarney R, Warner J, Fisher P, Van-Haselen R. Homeopathy for dementia. Cochrane Database Syst Rev.2003; (1): CD003803.

55. McShane R, Areosa Sastre A, Minakaran N. Memantine for dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2006; (2): CD003154.

56. Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Prevalence and incidence rates of dementia and cognitive impairment no dementia in the Mexican population: data from the Mexican Health and Aging Study. J Aging Health. 2011; 23(7):1050-74.

57. Melkas S, Oksala NK, Jokinen H, Pohjasvaara T, Vataja R, Oksala A, Kaste M, Karhunen PJ, Erkinjuntti T. Poststroke dementia predicts poor survival in long-term follow-up: influence of prestroke cognitive decline and previous stroke. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2009; 80(8):865-70.

58. Molinuevo JL, Peña-Casanova J, Editores. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones. Sociedad Española de Neurología. Thomson Reuters, Barcelona 2009. ISBN: 978-84-8124-262-1.

59. Moroney JT, Bagiella E, Desmond DW, Hachinski VC, Mölsä PK, Gustafson L, Brun A, Fischer P, Erkinjuntti T, Rosen W, Paik MC, Tatemichi TK. Meta-analysis of the Hachinski Ischemic Score in pathologically verified dementias. Neurology. 1997 Oct;49(4):1096-105.

60. NICE-SCIE. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People With Dementia and Their Carers in Health and Social Care. Leicester (UK): British Psychological Society; 2015.

61. NICE-SCIE. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. London United Kingdom: National Collaborating Centre for Mental Health. Social Care Institute for Excellence (SCIE). National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2007. National Clinical Practice Guideline Number 42.

62. O'Brien J, Thomas A. Non Alzheimer´s Dementia 3 Vascular dementia. Lancet. 2015; 386:1698-706.

63. Pantoni L, del Ser T, Soglian AG, Amigoni S, Spadari G, Binelli D, Inzitari D. Efficacy and safety of nimodipine in subcortical vascular dementia: a randomized placebo-controlled trial. Stroke. 2005; 36(3):619 -24.

64. Pearce LA, McClure LA, Anderson DC, Jacova C, Sharma M, Hart RG, Benavente OR, SPS3 Investigators. Effects of long-term blood pressure lowering and dual antiplatelet treatment on cognitive function in patients with recent lacunar stroke: a secondary analysis from the SPS3 randomized trial. Lancet Neurol. 2014; 13(12):1177-1185.

65. Pendlebury ST, Rothwell PM. Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol. 2009 Nov;8(11):1006-18

66. Peters R, Beckett N, Forette F, Tuomilehto J, Clarke R, Ritchie C, Waldman A, Walton I, Poulter R, Ma S, Comsa M, Burch L, Fletcher A, Bulpitt C, HYVET investigators. Incident dementia and blood pressure lowering in the Hypertension in the Very Elderly Trial cognitive function assessment (HYVET-COG): a double-blind, placebo controlled trial. Lancet Neurol. 2008; 7(8):683-9.

67. Price JF, Stewart MC, Deary IJ, Murray GD, Sandercock P, Butcher I, Fowkes FG; AAA Trialists. Low dose aspirin and cognitive function in middle aged to elderly adults: randomised controlled trial. BMJ. 2008 Sep 1;337:a1198.

68. Prince M, Acosta D, Ferri CP, et al. Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. Lancet. 2012;380:50-8.

69. Qaseem A, Snow V, Cross JT Jr, Forciea MA, Hopkins R Jr, Shekelle P, Adelman A, Mehr D, Schellhase K, Campos- Outcalt D, Santaguida P, Owens DK, American College of Physicians/American Academy of Family Physicians Panel on Dementia. Current pharmacologic treatment of dementia: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. Ann Intern Med 2008;148(5):370-8.

70. Qiu C, von Strauss E, Fastbom J, Winblad B, Fratiglioni L. Low blood pressure and risk of dementia in the Kungsholmen project: a 6-year follow-up study. Arch Neurol. 2003;60(2):223-8.

71. Richard E, Ligthart SA, Moll van Charante EP, van Gool WA. Vascular risk factors and dementia--towards prevention strategies. Neth J Med. 2010 Oct;68(10):284-90.

72. Rockwood K, Wentzel C, Hachinski V, Hogan DB, MacKnight C, McDowell I.Prevalence and outcomes of vascular cognitive impairment. Vascular Cognitive Impairment Investigators of the Canadian Study of Health and Aging. Neurology. 2000 Jan 25;54(2):447-51.

73. Rodriguez-Martin JL, Qizilbash N, Lopez-Arrieta JM. Thiamine for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2001; (2):CD001498.

74. Romero JR, Morris J, Pikula A. Stroke prevention: modifying risk factors. Ther Adv Cardiovasc Dis. 2008;2(4):287-303.

75. Sachdev P, Kalaria R, O'Brien J, Skoog I, Alladi S, Black SE, Blacker D, Scheltens P et al; Internationlal Society for Vascular Behavioral and Cognitive Disorders. Diagnostic criteria for vascular cognitive disorders: a VASCOG statement. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2014;28(3):206-18.

76. Saxby BK, Harrington F, Wesnes KA, McKeith IG, Ford GA. Candesartan and cognitive decline in older patients with hypertension: a substudy of the SCOPE trial. Neurology. 2008;70(19 Pt 2):1858-66.

77. Segura B, Jurado MA. Metabolic syndrome and ageing: cognitive impairment and structural alterations of the central nervous system. Rev Neurol. 2009 Oct 16-31;49(8):417-24.

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

79. Smith E. Vascular Cognitive Impairment. Continuum (Minneap Minn). 2016 Apr;22(2 Dementia):490-509.

80. Sorbi S, Hort J, Erkinjuntti T, Fladby T, Gainotti G, Gurvit H, Nacmias B, Pasquier F, Popescu BO, Rektorova I, Religa D, Rusina R, Rossor M, Schmidt R, Stefanova E, Warren JD, Scheltens P; EFNS Scientist Panel on Dementia and Cognitive Neurology. EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia. Eur J Neurol. 2012 Sep;19(9):1159-79.

81. Sydenham E, Dangour AD, Lim WS. Omega 3 fatty acid for the prevention of cognitive decline and dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(6):CD005379.

82. Verdelho A, Madureira S, Ferro J, Baezner H, Blahack C, Poggesi A, Hennerici M, Pantoni L, Fazekas F,

Scheltens P, Waldemar G, Wallin A, Erkinjuntti T, Inzitari D; LADIS Study. Physical Activity prevents progression for cognitive impairment and vascular dementia: results from the LADIS (Leukoaraiosis and Disability) study. Stroke. 2012;43(12):03331-5.

83. Verghese J, Lipton RB, Hall CB, Kuslansky G, Katz MJ. Low blood pressure and the risk of dementia in very old individuals. Neurology. 2003;61(12):1667-72.

84. Virdis A, Ghiadoni L, Giannarelli C, Taddei S. Endothelial dysfunction and vascular disease in later life. Maturitas 2010; 67(1):20-4.

85. Williams PS, Rands G, Orrel M, Spector A. Aspirinfor vascular dementia. Cochrane DatabaseSyst Rev. 2000;(4):CD001296.

86. Wright CB. Treatment and prevention of vascular dementia. In: UpToDate, Eichler AF (Ed). UpToDate, Waltham, MA, 2016. Disponible en http://www.Uptodate.com

8. Agradecimientos

Se agradece a las autoridades de **Instituto Mexicano del Seguro Social** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Instituto Mexicano del Seguro Social**, y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Instituto Mexicano de Seguro Social

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. Comité Académico

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

Dr. Gilberto Pérez Rodríguez	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Coordinador Técnico de Excelencia Clínica
Dr. Antonio Barrera Cruz	Jefe del Área del Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa del Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa del Área de Innovación de Procesos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfina Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Socorro Azarell Anzures Gutiérrez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Brendha Rios Castillo	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Manuel Vázquez Parrodi	Coordinador de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

10. Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador

DIRECTORIO SECTORIAL	DIRECTORIO DEL CENTRO DESARROLLADOR
Secretaría de Salud Dr. José Narro Robles *Secretario de Salud*	**Instituto Mexicano del Seguro Social** Dr. José de Jesús Arriaga Dávila *Director de Prestaciones Médicas*
Instituto Mexicano del Seguro Social Mtro. Mikel Arriola Peñalosa *Directora General*	Dr. Héctor Davir Martínez Chapa *Unidad de Atención Médica*
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Lic. José Reyes Baeza Terrazas *Director General*	Dr. Gilberto Pérez Rodríguez *Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad*
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Lic. Laura Vargas Carrillo *Titular del Organismo SNDIF*	Dr. Arturo Viniegra Osorio *Coordinador Técnico de Excelencia Clínica*
Petróleos Mexicanos Dr. José Antonio González Anaya *Director General*	
Secretaría de Marina Armada de México Almte. Vidal Francisco Soberón Sanz *Secretario de Marina*	
Secretaría de la Defensa Nacional Gral. Salvador Cienfuegos Zepeda *Secretario de la Defensa Nacional*	
Consejo de Salubridad General Dr. Jesús Ancer Rodríguez *Secretario del Consejo de Salubridad General*	

11. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica

Dr. José Meljem Moctezuma ***Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud***	Presidente
Dr. Pablo Antonio Kuri Morales ***Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud***	Titular
Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos ***Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad***	Titular
Dr. Gabriel Jaime O´Shea Cuevas ***Comisionado Nacional de Protección Social en Salud***	Titular
Dr. Isidro Ávila Martínez ***Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud***	Titular
Dr. Jesús Ancer Rodríguez ***Secretario del Consejo de Salubridad General***	Titular
Gral. Bgda. D.E.M. M.C. José Luis Ojeda Delgado ***Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional***	Titular
Cap. Nav. SSN. M.C. Derm. Luis Alberto Bonilla Arcaute ***Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México***	Titular
Dr. José de Jesús Arriaga Dávila ***Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social***	Titular
Dr. Rafael Manuel Navarro Meneses ***Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado***	Titular
Dr. Marco Antonio Navarrete Prida ***Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos***	Titular
Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández ***Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia***	Titular
Dr. Ricardo Camacho Sanciprián ***Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia***	Titular
Dr. Onofre Muñoz Hernández ***Comisionado Nacional de Arbitraje Médico***	Titular
Dr. Sebastián García Saisó ***Director General de Calidad y Educación en Salud***	Titular
Dr. Adolfo Martínez Valle ***Director General de Evaluación del Desempeño***	Titular
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza ***Director General de Información en Salud***	Titular
Dr. Francisco Ramos Gómez ***Director General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud***	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Alfredo Gobera Farro ***Secretario de Salud y Coordinador General de Servicios de Salud del Estado de Querétaro***	Titular 2017-2018
MSP. Alejandra Aguirre Crespo ***Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Quintana Roo***	Titular 2017-2018
Dr. Rafael Gerardo Arroyo Yabur ***Secretario de Salud de Tabasco***	Titular 2017-2018
Dr. Enrique Luis Graue Wiechers ***Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México***	Titular
Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso ***Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía***	Titular
Dr. Arturo Perea Martínez ***Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría***	Titular
Lic. José Ignacio Campillo García ***Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.***	Titular
Dr. Ricardo León Bórquez M.C.A. ***Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.***	Asesor Permanente
Dr. Francisco Hernández Torres ***Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.***	Asesor Permanente
Dr. Carlos Dueñas García ***Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.***	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Frausto ***Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud***	Asesor Permanente
Dr. Jesús Ojino Sosa García ***Director de Integración de Guías de Práctica Clínica***	Secretario Técnico