

Evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica para el trastorno neurocognitivo mayor por Alzheimer

Assessing the quality of clinical practice guidelines for major neurocognitive disorder due to Alzheimer's

Mónica Romero-Marín, Heider A. Bautista y Sugeich del Mar Meléndez

Recibido 21 abril 2024/ Enviado para modificación 16 julio 2024 /Aceptado 26 julio 2024

RESUMEN

Objetivo Evaluar las guías de práctica clínica para el abordaje de la enfermedad de Alzheimer, aplicando el instrumento AGREE-II, y establecer la calidad de las recomendaciones para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Métodos Se hizo una búsqueda sistemática de literatura para identificar las guías de práctica clínica que presentaran recomendaciones sobre el diagnóstico y el tratamiento de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer, publicadas en los últimos diez años. Se construyó una estrategia de búsqueda compuesta por vocabulario controlado y lenguaje libre. La extracción de los datos fue llevada a cabo por un investigador. Posteriormente, dos investigadores, de manera independiente, hicieron la evaluación de la calidad de las guías seleccionadas. La síntesis cualitativa de los estudios se resumió en tablas.

Resultados La búsqueda en las bases de datos arrojó 6281 resultados, de los cuales se seleccionaron tres artículos para la síntesis cualitativa, publicados en Australia (2016), Colombia (2017) y Reino Unido (2018). La calidad, medida con la herramienta AGREE II, fue 59,5% en promedio. Todos los dominios se cumplieron adecuadamente en dos de las guías seleccionadas. El dominio más afectado fue el de aplicabilidad y el de mayor puntaje fue el de alcance y objetivo.

Conclusiones Si bien el adecuado cumplimiento de los dominios evaluados permite hacer recomendaciones para el abordaje multidisciplinario de las personas con enfermedad de Alzheimer, debido al bajo nivel de evidencia global se requiere continuar la investigación en esta patología de forma que se garantice la homogeneidad en la atención en salud.

Palabras Clave: Enfermedad de Alzheimer; demencia; guía de práctica clínica; consenso; práctica clínica basada en la evidencia (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To assess the clinical practice guidelines for the approach to Alzheimer's disease, by applying the AGREE-II instrument, and establish the quality of the recommendations for its diagnosis, treatment, and rehabilitation.

Methods A systematic literature search was made to identify clinical practice guidelines that show recommendations on the diagnosis and treatment of patients with major neurocognitive disorders due to Alzheimer's disease, published in the last ten years. A search strategy composed of controlled vocabulary and free language was constructed. One researcher carried out data extraction. Subsequently, the quality evaluation of the selected guides was carried out by two researchers independently. The qualitative synthesis of the studies was summarized in tables.

Results Research in the databases yielded 6,281 results, of which 3 articles were selected for qualitative synthesis, published in Australia (2016), Colombia (2017), and the United Kingdom (2018). The quality, measured using the AGREE II tool, was 59.5% on average. All domains were adequately met in two of the selected guides. The most affected domain was applicability and the one with the highest score was scope and objective.

Conclusions Although the adequate compliance of the evaluated domains allows us to establish recommendations for the multidisciplinary approach of people with Alzheimer's

MR: MD. Esp. Medicina Interna. Fellow Geriatria. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. romerom@unal.edu.co
HB: MD. Esp. Geriatria. Universidad Nacional de Colombia. Hospital Universitario Nacional. Bogotá, Colombia. hbautistam@unal.edu.co
SM: MD. Esp. Medicina Interna. Universidad Nacional de Colombia. Hospital Universitario Nacional. Bogotá, Colombia. summelendezrh@unal.edu.co



DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V26n5.114031>

disease, due to the low level of global evidence, it is necessary to continue research in this pathology in a way that guarantees homogeneity in care in health.

Keywords: Alzheimer disease; dementia; practice guideline; consensus; evidence-based practice (source: MeSH, NLM).

El trastorno neurocognitivo es un síndrome adquirido debido a una causa orgánica que puede condicionar un deterioro persistente de las funciones cognitivas, como la pérdida o distorsión de la memoria, alteraciones en el lenguaje o en funciones ejecutivas o cambios comportamentales (apatía, depresión, ansiedad, irritabilidad o delirios), con una subsecuente pérdida de la funcionalidad y de la autonomía (1–3). Por su parte, la enfermedad de Alzheimer es hoy en día la principal etiología del trastorno neurocognitivo, lo cual la convierte en una de las patologías crónicas con mayor carga de enfermedad del siglo XXI (4, 5).

Hasta la fecha, se ha descrito que el comportamiento de la enfermedad de Alzheimer puede variar entre el compromiso de uno o múltiples dominios cognitivos con preservación de la capacidad funcional (trastorno neurocognitivo menor), hasta la demencia o trastorno neurocognitivo mayor, con afectación secundaria de la independencia y las actividades de la vida diaria (6–8).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer está alrededor de 50 millones de personas, y que se encuentra en aumento por el incremento de la expectativa de vida y la relación del trastorno con la edad. Incluso, se proyecta que su prevalencia se duplique cada cinco años, alcanzando los 152 millones de casos para el 2050 (4,9). En el caso de Colombia, los datos disponibles documentan una prevalencia de 475 casos por cada 100000 habitantes para el año 2017; se resalta que al momento del diagnóstico ya existe una alta carga de morbilidad (10).

Surge entonces la necesidad de un abordaje multidisciplinario de esta patología, para hacer un diagnóstico basado en una valoración médica que incluya una historia clínica com-

pleta, evaluación psicosocial y funcional, además de la realización de pruebas neuropsicológicas (11,12). Este abordaje permite plantear los objetivos terapéuticos y de rehabilitación, de forma que impacten en el bienestar del individuo y la calidad de vida de sus familias o cuidadores (4,5). Resulta entonces fundamental contar con una guía de práctica clínica que genere recomendaciones sobre el abordaje, el tratamiento y la rehabilitación basadas en la mejor evidencia disponible, con el fin de estandarizar la práctica de condiciones como la enfermedad de Alzheimer, que tiene un gran impacto en nuestro sistema de salud y en nuestra sociedad (6,13).

El objetivo de la revisión es evaluar las guías de práctica clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, aplicando el instrumento AGREE II, y establecer la calidad de las recomendaciones.

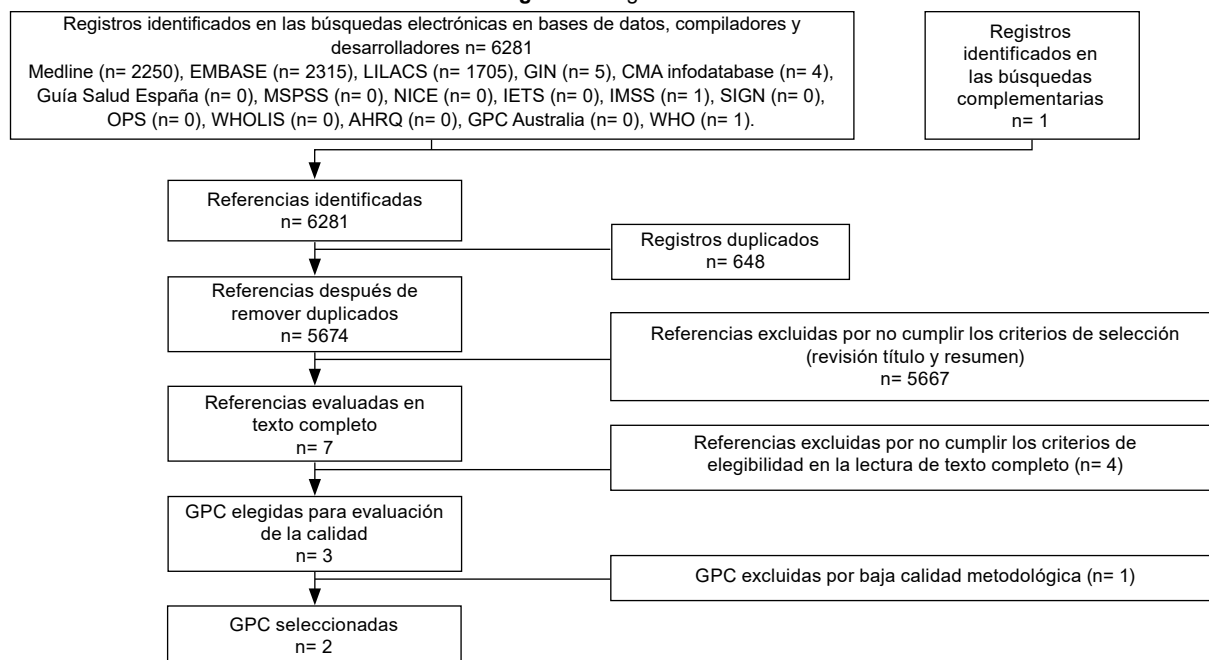
MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura, con el objetivo de evaluar las guías de práctica clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, aplicando el instrumento AGREE II, y establecer la calidad de las recomendaciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer.

Búsqueda de la información

La búsqueda fue realizada por dos investigadores, siguiendo la ecuación establecida para cada una de las bases de datos y resumida según el flujograma PRISMA (Figura 1).

Figura 1. Diagrama PRISMA



Estrategia de búsqueda

La búsqueda se efectuó en Medline, EMBASE y LILACS, además de páginas de desarrolladores y compiladores reconocidos. Se incluyeron guías de práctica clínica en inglés y español publicadas entre 2013 y 2023.

La Tabla 1 presenta los términos de búsqueda o la estrategia de búsqueda que se ha explorado usar para cada una de las bases de datos.

Tabla 1. Términos de búsqueda y estrategia de búsqueda

Base de datos	Ecuación de búsqueda
Medline (Acceso abierto)	<p>*Población: "Adult"[Mesh] (adult*) (grown-up*) (grownup*)</p> <p>*Exposición: "Alzheimer Disease"[Mesh]</p> <p>*Tipo estudio: "Clinical protocols"[MESH] OR "Consensus"[MESH] OR "Consensus development conferences as topic"[MESH] OR "Critical pathways"[MESH] OR "Guidelines as topic" [Mesh:NoExp] OR "Practice guidelines as topic"[MESH]</p>
Embase (Acceso abierto)	<p>*Población: 'adults/exp (adult*): ti,ab; (grown-up*): ti,ab; (grownup*): ti,ab.</p> <p>*Exposición: 'alzheimer disease'/exp.</p> <p>*Tipo de estudio: 'clinical pathway'/exp OR 'clinical protocol'/exp OR (clinical NEAR/2 protocols) OR 'consensus'/exp OR 'consensus development conference'/exp OR 'consensus development conferences as topic'/exp OR (critical NEAR/2 pathways) OR 'guideline'/exp OR (guidelines NEAR/2 as NEAR/2 topic) OR 'practice guideline'.</p>
(Acceso abierto)	<p>*Población: adulto OR adult.</p> <p>*Exposición: Enfermedad de Alzheimer OR Alzheimer Disease.</p>

Selección

La selección la hicieron dos investigadores, de manera independiente. Si se presentaron desacuerdos en la selección de los estudios, estos fueron resueltos mediante discusión y consenso. El proceso de selección de la información fue documentado mediante el software RAYYAN para la gestión de los datos obtenidos a lo largo de la revisión.

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron guías de práctica clínica sobre el diagnóstico y el tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Alzheimer, publicadas en los últimos diez años en inglés o español, con acceso a texto completo, y con evaluación de la calidad global mayor a 6, según el instrumento AGREE II, o con un puntaje mayor a 60% en los dominios de rigor metodológico e independencia editorial.

Extracción de la información

La extracción de la información fue hecha por un investigador, quien tomó información acerca de las características de las guías de práctica clínica, país de publicación, año de publicación, nivel de evidencia y grado de recomendaciones generadas.

Evaluación de la calidad

La evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica incluidas fue realizada por dos investigadores, de manera independiente, y las discrepancias se resolvieron por consenso. Se utilizó la herramienta AGREE II.

El AGREE contiene seis dominios (Alcance y objetivo, Participación de los implicados, Rigor en la elab-

boración, Claridad de la presentación, Aplicabilidad e Independencia editorial), cada uno con ítems que valoran requisitos de cumplimiento, de manera que se conforma una herramienta con un total de 23 ítems. La valoración de cada dominio se realiza de forma estandarizada como un porcentaje sobre la máxima puntuación posible para ese dominio.

Síntesis cualitativa

Para el análisis de la información se hizo una síntesis cualitativa de los estudios, dicha información se reunió en tablas resumen. La presentación del documento se llevará a cabo siguiendo las recomendaciones PRISMA.

Consideraciones éticas

Antes de la implementación del proyecto se solicitó autorización por parte del comité de ética del Hospital Universitario Nacional para su ejecución.

RESULTADOS

La búsqueda en las bases de datos arrojó 6281 resultados, de los cuales 648 artículos fueron retirados por duplicación, y 5667 por no cumplir los criterios de selección en la revisión de título y resumen. Posteriormente, al realizar la evaluación por texto completo, se excluyeron cuatro artículos por no cumplir los criterios de elegibilidad en la lectura del texto completo. Finalmente, se seleccionaron tres artículos para la síntesis cualitativa (Figura 1). Las guías de práctica clínica identificadas en la búsqueda de la literatura que cumplieron con los criterios de elegibilidad se publicaron

en los años 2016, 2017 y 2018, en Australia, Colombia y Reino Unido, respectivamente (14,15).

La Tabla 2 muestra que el dominio que con mayor frecuencia se identificó afectado fue el de aplicabilidad, mientras que los dominios con mayor puntaje fueron el de alcance y objetivo y el de participación de los implicados. La

calidad, de las guías de práctica clínica, medida con la herramienta AGREE II, fue de 59,5% en promedio, aunque, para las guías 2 y 3 el promedio de cumplimiento está por encima del 70%.

Tabla 2. Evaluación de la calidad metodológica de las guías de práctica clínica seleccionadas

GPC	Dominios						Promedio Dominios %	Calidad Global
	Alcance Objetivo %	Participación %	Rigor %	Claridad %	Aplicabilidad %	Independencia %		
1	47,2	47,2	31,3	52,8	4,2	4,2	31,1	3
2	83,3	80,6	72,9	72,2	64,6	75,0	74,8	7
3	83,3	83,3	83,3	83,3	31,3	70,8	72,6	7

El cumplimiento de los dominios de Alcance y Objetivo, Participación, Rigor metodológico, Claridad, Aplicabilidad e Independencia editorial es adecuado en dos de tres de las guías de práctica clínica incluidas.

Finalmente, la Tabla 3 muestra el nivel de evidencia de las recomendaciones generadas por las dos guías de práctica clínica que presentaron un adecuado cumplimiento de los dominios evaluados en el instrumento de medición de la calidad metodológica.

Tabla 3. Nivel de evidencia de las recomendaciones de las guías de práctica clínica evaluadas

Recomendación	GPC 2	GPC 3
¿Cuáles pruebas de tamizaje para la evaluación de la función cognitiva son recomendadas para el abordaje del paciente con sospecha de trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer?	Calidad de la evidencia muy baja	Calidad de la evidencia muy baja
¿Se recomienda evaluación por neurología, psiquiatría, geriatría y neuropsicología en el abordaje del paciente con sospecha de trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer?	Calidad de la evidencia baja	Calidad de la evidencia baja
¿Cuál método imagenológico se puede recomendar en el abordaje de pacientes con sospecha de trastorno neurocognitivo mayor debido a Enfermedad de Alzheimer?	Calidad de la evidencia muy baja	Calidad de la evidencia muy baja
¿Se recomienda la evaluación de los dominios cognitivos mediante las pruebas neuropsicológicas en el abordaje del paciente con sospecha de trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer?	Calidad de la evidencia muy baja	Calidad de la evidencia muy baja
¿Se recomienda la realización del diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer por consenso de expertos?	Calidad de la evidencia baja	Calidad de la evidencia baja
¿Cuáles medidas no farmacológicas se recomienda implementar en la atención de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer?	Calidad de la evidencia baja	Calidad de la evidencia baja
¿Se recomienda el inicio de inhibidores de colinesterasa en pacientes con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer en estadio leve a moderado?	Calidad de la evidencia baja	Calidad de la evidencia baja
¿Se recomienda el uso de inhibidores de la NMDA (memantina) en pacientes con trastorno neurocognitivo mayor debido a Enfermedad de Alzheimer?	Calidad de la evidencia baja	Calidad de la evidencia baja
¿Cuáles comorbilidades se recomienda controlar en pacientes con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer?	Calidad de la evidencia muy baja	Calidad de la evidencia muy baja
¿Cuáles estrategias no farmacológicas pueden recomendarse para el manejo de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer? (ansiedad, depresión, agitación, agresividad)	Calidad de la evidencia muy baja	Calidad de la evidencia muy baja
En pacientes con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer y trastornos del sueño (insomnio), ¿qué estrategias pueden recomendarse?	Calidad de la evidencia muy baja	Calidad de la evidencia muy baja
¿Cuáles estrategias farmacológicas pueden recomendarse para el manejo de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer? (ansiedad, depresión, agitación, agresividad)	Calidad de la evidencia moderada	Calidad de la evidencia moderada
En pacientes con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer y síntomas neuropsiquiátricos (alucinaciones / psicosis), ¿qué estrategias farmacológicas pueden recomendarse?	Calidad de la evidencia moderada	Calidad de la evidencia moderada
¿Se recomienda el apoyo psicosocial y la educación a los cuidadores y familiares de los pacientes con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer?	Calidad de la evidencia muy baja	Calidad de la evidencia muy baja
¿Se recomienda mantener la rehabilitación en pacientes con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer?	Calidad de la evidencia baja	Calidad de la evidencia baja
¿Cuál es la temporalidad adecuada para el seguimiento por parte de psiquiatría, neurología, geriatría y neuropsicología en pacientes con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer?	Calidad de la evidencia muy baja	Calidad de la evidencia muy baja
¿Se recomienda el seguimiento multidisciplinar en pacientes con trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer?	Calidad de la evidencia muy baja	Calidad de la evidencia muy baja

DISCUSIÓN

El presente estudio permite evaluar la calidad de las guías de práctica clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y el nivel de evidencia de las recomendaciones, de manera que se estandarice la toma de decisiones en salud en condiciones de alto impacto para nuestro sistema de salud y nuestra sociedad, y se establezcan posibles líneas de investigación hacia el futuro (16).

En la evaluación global, el mayor puntaje de cumplimiento se presenta en los dominios de alcance y rigor metodológico, similar a lo reportado en revisiones previas realizadas en poblaciones adultas con patologías infecciosas, reumatológicas o metabólicas (17–19). Lo anterior tiene implicaciones clínicas relevantes, puesto que sugiere que las recomendaciones establecidas en las guías de práctica clínica sean confiables. En relación con la evaluación de guías de condiciones con impacto comparable sobre la calidad de vida, nuestro estudio muestra discretas diferencias en el dominio de claridad de la presentación, con menor puntaje del dominio en este trabajo (20,21). En contraste, el cumplimiento en el dominio de participación de los implicados es superior al documentado en los estudios previamente descritos, aunque muestra un comportamiento afín a investigaciones limitadas a población adulta mayor o a intervenciones dirigidas a la rehabilitación (22–24), lo que posiblemente se explique por la importancia de la inclusión de múltiples profesionales en este perfil de estudios, así como de las perspectivas y expectativas de los pacientes (25).

Por otra parte, si bien el dominio de independencia editorial reporta un puntaje menor al compararse con los demás dominios, este puntaje es mayor al documentado en estudios hechos en otras patologías de alta prevalencia (19,20). El dominio más afectado en la evaluación de las guías de práctica clínica corresponde al de aplicabilidad, en concordancia con evaluaciones similares realizadas en poblaciones similares de otras latitudes (22). Esta limitación se relaciona con las barreras para la implementación de las guías en diversos contextos sociales, debido a las diferencias en los sistemas de salud y en la distribución de los recursos necesarios para la adecuada ejecución de las recomendaciones (26,27).

Al evaluar la calidad de las recomendaciones se encontró, en general, que el nivel de evidencia es bajo, lo cual es consistente con trabajos que evalúan el porcentaje de recomendaciones basadas en estudios de alto nivel de evidencia y que reportan que estas corresponden a menos del 10% (28,29). El nivel de evidencia obedece a la heterogeneidad de los grupos y desenlaces incluidos en las investigaciones disponibles, punto que considerar dentro de su evaluación, aunque no excluya la importancia de incluir estas recomendaciones en la implementación de las guías.

A pesar del incremento en la información referente a la enfermedad de Alzheimer, las guías de práctica clínica en las últimas dos décadas mantienen similares recomendaciones acerca de su abordaje, recalando no solo la importancia de las intervenciones propuestas, sino también de su aplicación en los diferentes entornos, teniendo en cuenta la alta prevalencia en nuestra región (30).

En la actualidad, las recomendaciones sobre el abordaje de la enfermedad de Alzheimer se enfocan en brindar una valoración médica multicomponente en individuos con sospecha de deterioro cognitivo (6). Por su parte, las intervenciones farmacológicas se fundamentan en el control de la comorbilidad cardiovascular (2), el control de síntomas cognitivos mediante el uso de los inhibidores de acetilcolinesterasa y N-metil-D-aspartato (8,31), y el control de síntomas comportamentales (32,33). Adicionalmente, las guías plantean el impacto positivo del manejo multidisciplinario dirigido a la rehabilitación física y cognitiva (34). La importancia de este tipo de intervención multimodal radica en su beneficio en términos de progresión de la enfermedad, pronóstico, costos, y otros desenlaces de interés en salud como institucionalización y sobrecarga de los cuidadores (35–37).

Los hallazgos del presente estudio sugieren que el abordaje de la enfermedad de Alzheimer debe ser dirigido por un grupo especializado en funciones cognitivas, y requiere intervenciones multidisciplinarias, enmarcadas en el modelo de atención centrada en la persona, el cual se conoce que promueve la autonomía, el bienestar, la integración y la calidad de vida de la persona que vive con demencia (38). Se recomienda también la inclusión de intervenciones psicosociales como la educación de pacientes y cuidadores en lo correspondiente a la planificación de la atención, comunicación eficaz, planificación de actividades, modificación del entorno y toma de decisiones (39). Lo anterior, sustenta la relevancia del manejo del trastorno cognitivo en unidades de memoria que garantizan una atención integral, con el objetivo de brindar un diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación, promoviendo así el bienestar del individuo y de su red de apoyo (40).

En conclusión, se considera fundamental hacer una exhaustiva evaluación de las guías de práctica clínica, debido a su rol en el control de la variabilidad de la toma de decisiones en salud, traducido en la optimización de la calidad de atención y la elaboración de políticas públicas. Resulta primordial en tal sentido, no solo la evaluación rigurosa de las diferentes recomendaciones que introducen las guías de práctica clínica, sino su constante actualización, que en la actualidad amerita ser llevada a cabo por grupos multidisciplinarios con la mejor evidencia posible ♣

Conflictos de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

- Morley JE, Farr SA, Nguyen AD. Alzheimer Disease. *Clin Geriatr Med*. 2018; 34(4):591-601. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.06.006>.
- Scheltens P, Strooper BD, Kivipelto M, Holstege H, Chételat G, Teunissen CE, et al. Alzheimer's disease. *Lancet*. 2021; 397(10284):1577-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32205-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32205-4).
- Baratono S, Press D. What are the key diagnostic cognitive impairment and dementia subtypes and how to integrate all of the diagnostic data to establish a diagnosis? *Clin Geriatr Med*. 2023; 39(1):77-90. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2022.08.002>.
- Knopman DS, Amieva H, Petersen RC, Chételat G, Holtzman DM, Hyman BT, et al. Alzheimer disease. *Nat Rev Dis Primers*. 2021; 7(1):1-21. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00269-y>.
- Cheng ST. Dementia caregiver burden: a research update and critical analysis. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(9):64. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0818-2>.
- Porsteinsson AP, Isaacson RS, Knox S, Sabbagh MN, Rubino I. Diagnosis of early Alzheimer's disease: Clinical practice in 2021. *J Prev Alzheimers Dis*. 2021; 8(3):371-86. <https://doi.org/10.14283/jpad.2021.23>.
- Atri A. The Alzheimer's disease clinical spectrum: Diagnosis and management. *Med Clin North Am*. 2019; 103(2):263-93. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.10.009>.
- Breijyeh Z, Karaman R. Comprehensive review on Alzheimer's disease: Causes and treatment. *Molecules*. 2020; 25(24):5789. <https://doi.org/10.3390/molecules25245789>.
- J. Garre-Olmo V. Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Rev Neurol*. 2018;66:377-86. <https://doi.org/10.33588/m.6611.2017519>.
- Pinilla-Monsalve GD, Vergara-Aguilar JP, Machado-Noguera B, Gutiérrez-Baquero J, Cabezas-Vargas Z, Bejarano-Hernández J. Estudio de la epidemiología neurológica en Colombia a partir de información administrativa (ESENCIA). Resultados preliminares 2015-2017. *Salud UIS*. 2021; 53. <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21>.
- Alzheimer's Disease International. World Alzheimer report 2021: Journey through the diagnosis of dementia [Internet]. 2021. Consultado en enero 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/bmsafffp>.
- Ng NSQ, Ayton D, Workman B, Ward SA. Understanding diagnostic settings and carer experiences for dementia diagnosis in Australia. *Intern Med J*. 2021;51(7):1126-35. <https://doi.org/10.1111/imj.14869>.
- World Health Organization (WHO). Global status report on the public health response to dementia [Internet]. WHO; 2021. Consultado en marzo 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/bdfyn2rd>.
- Sistema General de Seguridad Social en Salud - Colombia. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del trastorno neurocognoscitivo mayor (demencia) (adopción) [Internet]. MinSalud IETS; 2017. Disponible en: <https://tinyurl.com/2dz2vex4>.
- NICE. Overview | Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers | Guidance [Internet]. NICE; 2018. Consultado en enero 2024. Disponible en: <https://tinyurl.com/56nahu3d>.
- Shenkin SD, Harrison JK, Wilkinson T, Dodds RM, Ioannidis JPA. Systematic reviews: guidance relevant for studies of older people. *Age Ageing*. 2017; 46(5):722-8. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx105>.
- Li Q, Li X, Wang J, Liu H, Kwong JSW, Chen H, et al. Diagnosis and treatment for hyperuricemia and gout: a systematic review of clinical practice guidelines and consensus statements. *BMJ Open*. 2019; 9(8):e026677. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026677>.
- Al Wattar BH, Fisher M, Bevington L, Talaulikar V, Davies M, Conway G, et al. Clinical practice guidelines on the diagnosis and management of polycystic ovary syndrome: A systematic review and quality assessment study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2021; 106(8):2436-46. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab232>.
- Amer YS, Titi MA, Godah MW, Wahabi HA, Hneiny L, Abouelkheir MM, et al. International alliance and AGREE-ment of 71 clinical practice guidelines on the management of critical care patients with COVID-19: a living systematic review. *J Clin Epidemiol*. 2022;142:333-70. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.11.010>.
- Hao R, Jin H, Zuo J, Zhao R, Hu J, Qi Y. Quality assessment of clinical practice guidelines on psychological distress of cancer patients using the AGREE II instrument. *Front Oncol*. 2022;12:942219. <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.942219>.
- Li X, Yuan Q, Geng L, Chen Z, Zhang R, Guo L, et al. Quality Assessment of the clinical practice guidelines of ostomy care based on the AGREE II instrument. *Front Public Health*. 2022;10:856325. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.856325>.
- Montero-Odasso MM, Kamkar N, Pieruccini-Faria F, Osman A, Sarguis-Adamson Y, Close J, et al. Evaluation of clinical practice guidelines on fall prevention and management for older adults. *JAMA Netw Open*. 2021; 4(12):e2138911. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.38911>.
- Dijkers MP, Ward I, Annaswamy T, Dedrick D, Feldpausch J, Moul A, et al. Quality of rehabilitation clinical practice guidelines: An overview study of AGREE II appraisals. *Arch Phys Med Rehabil*. 2020;101(9):1643-55. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.03.022>.
- Mehra VM, Gaalema DE, Pakosh M, Grace SL. Systematic review of cardiac rehabilitation guidelines: Quality and scope. *Eur J Prev Cardiol*. 2020; 27(9):912-28. <https://doi.org/10.1177/2047487319878958>.
- Mahieux F, Herr M, Ankri J. What are the preferences of patients attending a memory clinic for disclosure of Alzheimer's disease? *Rev Neurologique*. 2018; 174(7):564-70. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2017.10.016>.
- Baradaran-Seyed Z, Nedjat S, Yazdizadeh B, Nedjat S, Majdzadeh R. Barriers of clinical practice guidelines development and implementation in developing countries: A case study in Iran. *Int J Prev Med*. 2013; 4(3):340-8.
- Naismith SL, Michaelian JC, Low LF, Arsenova V, Mehrani I, Fyfe K, et al. Characterising Australian memory clinics: current practice and service needs informing national service guidelines. *BMC Geriatr*. 2022; 22(1):578. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03253-7>.
- Fanaroff AC, Califf RM, Windecker S, Smith SC, Lopes RD. Levels of evidence supporting American College of Cardiology/American Heart Association and European Society of Cardiology Guidelines, 2008-2018. *JAMA*. 2019; 321(11):1069-80. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.1122>.
- Howick J, Koletsi D, Ioannidis JPA, Madigan C, Pandis N, Loeff M, et al. Most healthcare interventions tested in Cochrane reviews are not effective according to high quality evidence: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Epidemiol*. 2022;148:160-9. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2022.04.017>.
- Tahami Monfared AA, Phan NTN, Pearson I, Mauskopf J, Cho M, Zhang Q, et al. A Systematic review of clinical practice guidelines for Alzheimer's disease and strategies for future advancements. *Neurol Ther*. 2023;12(4):1257-84. <https://doi.org/10.1007/s40120-023-00504-6>.
- Schmidt R, Hofer E, Bouwman FH, Buerger K, Cordonnier C, Fladby T, et al. EFNS-ENS/EAN guideline on concomitant use of cholinesterase inhibitors and memantine in moderate to severe Alzheimer's disease. *Eur J Neurol*. 2015; 22(6):889-98. <https://doi.org/10.1111/ene.12707>.
- Bessey LJ, Walaszek A. Management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Curr Psychiatry Rep*. 2019; 21(8):66. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1049-5>.
- Scales K, Zimmerman S, Miller SJ. Evidence-based nonpharmacological practices to address behavioral and psychological symptoms of dementia. *Gerontologist*. 2018; 58(suppl_1):S88-102. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx167>.

34. Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 2013(6):CD003260. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003260.pub2>.
35. Tisher A, Salardini A. A Comprehensive update on treatment of dementia. *Semin Neurol*. 2019; 39(2):167-78. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1683408>.
36. Dyer SM, Harrison SL, Laver K, Whitehead C, Crotty M. An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Int Psychogeriatr*. 2018; 30(3):295-309. <https://doi.org/10.1017/S1041610217002344>.
37. Gerlach LB, Kales HC. Managing behavioral and psychological symptoms of dementia. *Psychiatr Clin North Am*. 2018; 41(1):127-39. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.10.010>.
38. Fazio S, Pace D, Flinner J, Kallmyer B. The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia. *Gerontologist*. 2018; 58(suppl_1):S10-9. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>.
39. Hendriksen HMA, van Gils AM, van Harten AC, Hartmann T, Mangialasche F, Kamondi A, et al. Communication about diagnosis, prognosis, and prevention in the memory clinic: perspectives of European memory clinic professionals. *Alzheimer's Res Ther*. 5 2023;15(1):131. <https://doi.org/10.1186/s13195-023-01276-9>.
40. Ekman U, Ferreira D, Muehlboeck JS, Wallert J, Rennie A, Eriksdotter M, et al. The MemClin project: a prospective multi memory clinics study targeting early stages of cognitive impairment. *BMC Geriatr*. 2020; 20(1):93. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1478-3>.