

RESUMEN EJECUTIVO

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

DEMENCIA TIPO ALZHEIMER



VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica de Demencia Tipo Alzheimer:

<https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/enfermedad-de-alzheimer-y-otras-demencias/recomendaciones-grade/>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DEMENCIA TIPO ALZHEIMER. SANTIAGO: MINSAL.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Fecha de Publicación: 2021

RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
RECOMENDACIONES DE DIAGNÓSTICO		
En personas con sospecha o diagnóstico de demencia tipo Alzheimer, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar valoración geriátrica integral por sobre no realizarla.	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO		
En personas con demencia tipo Alzheimer, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar gestión de casos por sobre no realizarla. <i>Comentarios del panel de expertos:</i> <ul style="list-style-type: none"> Definición de gestión de casos en link: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Definicion-Gestion-de-casos-GPC-Alzheimer-2021.pdf 	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
En cuidadores de personas con demencia tipo Alzheimer, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar intervención psicoeducativa por sobre no realizar.	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
En personas con demencia tipo Alzheimer, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar ejercicio físico estructurado por sobre no realizarlo. <i>Comentarios del panel:</i> <ul style="list-style-type: none"> Las potenciales barreras que hay que considerar para una implementación exitosa de esta recomendación incluye: el transporte de estas personas, la disponibilidad horaria de los cuidadores y la disponibilidad de recurso humano capacitado para llevar a cabo esta intervención. 	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
En personas con demencia tipo Alzheimer leve y moderada el Ministerio de Salud SUGIERE NO realizar estimulación cognitiva por sobre realizar.	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
En personas con demencia tipo Alzheimer que presentan trastorno deglutorio severo, el Ministerio de Salud SUGIERE mantener la alimentación por vía oral a través de estrategias no invasivas (maniobras compensatorias-sustitutivas y alimentación por confort) en lugar de utilizar alimentación por vía enteral (sonda o gastrostomía).	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○

<p>En personas con demencia tipo Alzheimer el Ministerio de Salud SUGIERE realizar manejo no farmacológico estructurado (MNFE) de síntomas psicológicos y conductuales por sobre el manejo farmacológico.</p> <p><i>Comentarios del panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Entre las potenciales barreras para la implementación del manejo no farmacológico estructurado, se encuentran la falta de profesionales en atención primaria y la capacitación de éstos. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○</p>
<p>En personas con demencia tipo Alzheimer moderado y severa, el Ministerio de Salud SUGIERE NO usar memantina.</p> <p><i>Comentarios del panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> La evidencia de estudios aleatorizados muestra que, en la mayoría de las personas con demencia tipo Alzheimer, el uso de memantina no tiene un impacto clínico relevante en la mejoría sobre los desenlaces críticos. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>BAJA ⊕ ⊕ ○ ○</p>
<p>En personas con demencia tipo Alzheimer, el Ministerio de Salud SUGIERE NO usar anticolinesterásicos.</p>	<p>CONDICIONAL</p>	<p>BAJA ⊕ ⊕ ○ ○</p>
<p>En personas con demencia tipo Alzheimer tratadas con antidemenciantes en el fin de la vida, el Ministerio de Salud SUGIERE suspender, discontinuar o deprescribir el uso de estos fármacos por sobre mantenerlos.</p>	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○</p>
<p>En personas con demencia tipo Alzheimer que presentan síntomas psicológicos y conductuales de agitación, agresividad, irritabilidad o labilidad emocional y que no responden a manejo no farmacológico, el Ministerio de Salud SUGIERE usar inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en comparación a usar antipsicóticos atípicos.</p> <p><i>Comentarios del panel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Al implementar el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, es necesario considerar que podrían tener hasta 8 semanas de latencia en la respuesta. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○</p>
<p>En personas con demencia tipo Alzheimer que presentan alteraciones del sueño y que no responden al manejo no farmacológico, el Ministerio de Salud SUGIERE utilizar antidepresivos sedantes en comparación a usar inductores del sueño (benzodicepínicos y no benzodicepínicos) o</p>	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○</p>

antipsicóticos atípicos.

Las recomendaciones fueron formuladas durante el año 2021 utilizando el sistema GRADE.

1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

La demencia se conceptualiza como un síndrome caracterizado principalmente por el declive de la cognición, aunque no únicamente de la memoria, que interfiere con el funcionamiento cotidiano de las personas [1]. Es un cuadro de presentación progresiva, más frecuente en personas de edad más avanzada, que genera dependencia y necesidad de cuidados y es de alto costo para quienes la sufren, sus familias y la sociedad. Los costos de la demencia vienen dados por los costos directos de la atención médica, costos sociales y costos indirectos (por ejemplo, en términos de necesidades de cuidado) [2]. Es una de las principales causas de discapacidad en las personas mayores, y dado el envejecimiento de la población, el número de personas con demencia ha aumentado en los últimos años [3]. La causa más frecuente de demencia entre las personas mayores en todo el mundo, excepto Japón, es la enfermedad de Alzheimer [4].

La evaluación de la causa de un deterioro cognitivo en que se sospecha una demencia incluye: examen físico, mental y neurológico, exámenes de laboratorio y neuroimágenes. Se debe realizar una historia clínica detallada preguntando por síntomas como: alteración de la memoria, del comportamiento, confusión o cambios en la personalidad y su forma de inicio y evolución, además de preguntar de manera dirigida por otros síntomas que pudieran hacer sospechar otras enfermedades. La velocidad de instalación de los síntomas puede apuntar al origen de la demencia, por ejemplo, la aparición o intensificación brusca del cuadro, “en escalera” asociada a una demencia de causa vascular o la asociación a síntomas como fiebre que podrían apuntar hacia una demencia de causa infecciosa.

Los principales síntomas que deberían hacernos sospechar demencia son: la pérdida de memoria, el deterioro del lenguaje, la alteración de la organización viso-espacial y el empobrecimiento de la capacidad de juicio con función motora preservada. El cuadro se presenta más frecuentemente en personas de 60 años y más, aunque podría presentarse en personas más jóvenes [5].

La demencia puede obedecer a diferentes causas, algunas de ellas reversibles (la minoría) y otras irreversibles. Dentro de las demencias de causa reversible destacan las que tienen como causa de base un cuadro psiquiátrico tratable, como la depresión y las por déficit de vitaminas, por ejemplo la vitamina B12. Dentro del grupo de las demencias irreversibles destaca como primera causa la enfermedad de Alzheimer y en segundo lugar las demencias de origen vascular [6].

Dado que la demencia es un síndrome que puede ser provocado por una multiplicidad de enfermedades, se deben considerar los factores de riesgos propios del desarrollo de cada una de ellas. También se han descrito como factores de riesgo ambientales la contaminación del aire, niveles bajos de vitamina D y pesticidas [7].

En personas que presentan deterioro cognitivo leve, se han descrito como factores de riesgo para la progresión de la demencia la edad, el menor nivel educacional y la genética [8].

El año 2015 se estimaba que 47 millones de personas en el mundo padecían demencia, y se proyecta que al año 2050 ese número llegará a 130 millones de personas [9]. Datos epidemiológicos muestran que en el mundo la

prevalencia de demencia se mueve entre el 5-8 % de la población mayor a 60 años, incrementándose conforme aumenta la edad y siendo más frecuente en mujeres, en personas con niveles educacionales menores y con factores de riesgo cardiovascular [10].

Es razonable esperar un aumento de la prevalencia de demencia en las próximas décadas considerando que es uno de los cuadros más frecuente en personas mayores, el cual no tiene cura y que es de larga duración en un contexto del avance epidemiológico en el envejecimiento global de la población.

2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

OBJETIVO GENERAL:

Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible para el manejo clínico de personas con diagnóstico de demencia tipo Alzheimer.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Entregar recomendaciones para el manejo clínico de la demencia tipo Alzheimer.

TIPO DE PERSONAS Y ESCENARIO CLÍNICO:

Personas con diagnóstico de demencia tipo Alzheimer que reciben atención a nivel primario, secundario y terciario de salud del sector público y privado de salud.

USUARIOS DE LA GUÍA:

Equipos del sistema público y privado que estén capacitados para el abordaje de este problema de salud.

3. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **equipo elaborador** compuesto por: un coordinador temático, metodólogos, responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia, expertos clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA), y un representante de la sociedad civil, quienes realizaron su declaración de conflictos de interés y confidencialidad. Las reuniones se desarrollaron de manera telemática en modalidad sincrónica y fueron guiadas por las coordinadoras metodológicas en el desarrollo de los juicios respecto de los dominios de la tabla de la Evidencia a la Decisión (EtD). Se discutió cada juicio de manera abierta y se llegó a conclusión mediante consenso, y cuando esto no fue logrado en una primera instancia, se realizó votación a través de herramienta de la plataforma utilizada para la reunión telemática.

- Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses – Guía de Práctica Clínica Demencia Tipo Alzheimer 2021](#)

Para cada una de las preguntas de la guía se realizó una búsqueda electrónica amplia de revisiones sistemáticas y estudios aleatorizados en las bases de datos Cochrane database of systematic reviews (CDSR); PubMed y EMBASE desde su fecha de inicio hasta abril 2021. No se aplicaron restricciones en base al idioma o estado de publicación. Dos revisores de manera independiente realizaron la selección de los títulos y los resúmenes, la evaluación del texto completo y la extracción de datos. Un tercer miembro del equipo resolvió cualquier discrepancia entre los distintos revisores. Adicionalmente se realizó una búsqueda de estudios de valores y preferencias de las personas, costo-efectividad y costos.

PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

El equipo elaborador planteó todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación.

1. En personas con demencia tipo Alzheimer ¿Se debe “realizar gestión de casos” en comparación a “no realizar”?
2. En personas con sospecha de demencia tipo alzheimer/ con confirmación diagnóstica de demencia tipo alzheimer ¿Se debe “realizar valoración geriátrica integral” en comparación a “no realizar”?
3. En cuidadores de personas con demencia tipo Alzheimer ¿Se debe “realizar intervención psicoeducativa (individual o grupal)” en comparación a “no realizar”?
4. En personas con demencia tipo Alzheimer ¿Se debe “realizar ejercicio físico estructurado (ejercicios funcionales, ejercicios basados en actividades funcionales)” en comparación a “no realizar”?
5. En personas con demencia tipo Alzheimer leve y moderada ¿Se debe “realizar terapia de estimulación cognitiva” en comparación a “no realizar”?
6. En personas con demencia tipo Alzheimer avanzada que presentan trastorno deglutorio severo ¿Se debe “usar vía de alimentación alternativa” en comparación a “usar estrategias no invasivas” (maniobras compensatorias- alimentación por confort-sustitutivas)?
7. En persona con demencia tipo Alzheimer que presentan síntomas psicológicos y conductuales ¿Se debe “realizar manejo no farmacológico estructurado (abordaje DICE, Tailored Activity Program, COPE), en comparación a realizar “manejo farmacológico (con antipsicóticos)”?
8. En personas con demencia tipo Alzheimer moderada y severa ¿Se debe “usar memantina” en comparación a “no usar”?
9. En personas con demencia tipo Alzheimer ¿Se debe “usar fármacos anticolinesterásicos” en comparación a “no usar”?
10. ¿En personas con demencia tipo Alzheimer tratadas con fármacos antidemenciantes, se debe “mantener esta farmacoterapia hasta el final de la vida” en comparación a “suspender, discontinuar la intervención o deprescripción” en fin de vida?

11. En personas con demencia tipo Alzheimer que presentan síntomas psicológicos y conductuales de agitación, agresividad, irritabilidad o labilidad emocional ¿Se debe “usar fármacos antipsicóticos atípicos” en comparación a “usar fármacos antidemenciantes”?
12. En personas con demencia tipo Alzheimer que presentan síntomas psicológicos y conductuales de agitación, agresividad, irritabilidad, labilidad emocional) ¿Se debe “usar inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina” en comparación a “usar antipsicóticos atípicos”?
13. En personas con demencia tipo Alzheimer que presentan trastorno del sueño ¿Se debe “usar inductores del sueño (benzodiazepínicos y no benzodiazepínicos)” en comparación a “usar antidepresivos sedantes”?
14. En personas con demencia tipo Alzheimer que presentan alteraciones del sueño ¿Se debe usar fármacos “inductores del sueño” en comparación a “usar fármacos antipsicóticos atípicos”?

Posterior a la realización de las recomendaciones, el equipo metodológico consideró agrupar dos recomendaciones que estaban relacionadas entre sí para facilitar la comprensión de éstas:

- Esquemas basados en inductores del sueño para personas con demencia tipo Alzheimer que presentan alteraciones del sueño (preguntas 13 y 14).

Además, se realizó una revisión final de las recomendaciones por el metodólogo controlador de la Unidad de Evidencia Clínica, concluyendo que la incertidumbre de la pregunta número 11 ya se encontraba abordada en la pregunta 8 y 9, ante lo cual se resolvió en conjunto con los coordinadores clínicos y temático su eliminación y se propone reformular la pregunta para una próxima actualización de la guía.

Ver más detalle en [Informe de priorización de preguntas - Guía de Práctica Clínica Demencia tipo Alzheimer 2021](#)

ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*” (GRADE) (5). Para cada una de las preguntas seleccionadas, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia respecto de:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de las personas respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación.
4. Costo efectividad de la intervención versus comparación.

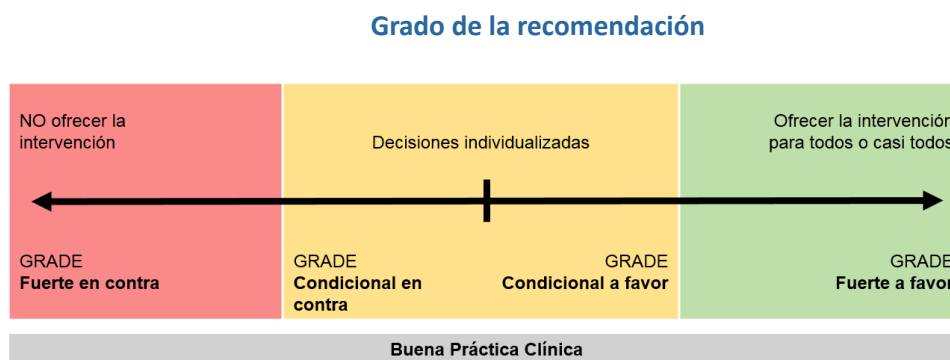
Ver más detalle en [Recomendaciones GRADE](#).

El grupo elaborador formuló las recomendaciones considerando su experiencia clínica, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de las personas, la viabilidad de implementación, y el uso de recursos.

Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica Demencia tipo Alzheimer en la página web del MINSAL](#).

4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera:

FUERTE: Indican que existe una alternativa claramente superior, por lo que seguir la recomendación es la conducta más apropiada en **TODAS** o **CASI TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS O CASOS**. Salvo casos muy justificados, la gran mayoría de las personas deberían recibir el curso de acción recomendado. Este tipo de recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.

CONDICIONAL: Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la **MAYORÍA DE LOS CASOS**, pero se requiere considerar y entender la evidencia de efectos, valores y preferencias, costos y disponibilidad de recursos en que se sustenta la recomendación. Estas recomendaciones se generan cuando existe incertidumbre respecto de cuál alternativa resulta mejor, por lo tanto, distintas opciones pueden ser adecuadas para distintas personas o circunstancias. Para aplicar una recomendación condicional puede ser importante conversar con la persona los potenciales beneficios y riesgos de la intervención propuesta, y tomar una decisión en conjunto que sea coherente con las preferencias de cada persona. Este tipo de recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la intervención.

BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: Son recomendaciones excepcionales relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud para las cuales no es necesario realizar una búsqueda de evidencia. Estas recomendaciones estarán categorizadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

CERTEZA DE LA EVIDENCIA

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Certeza	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación.
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación.
Baja ⊕⊕○○	Existe incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe poca evidencia o porque esta tiene limitaciones.
Muy baja ⊕○○○	Existe considerable incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe muy poca evidencia o porque esta tiene limitaciones importantes.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica.](#)

5. EQUIPO ELABORADOR

El equipo elaborador que ha participado de la presente elaboración es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

Coordinación	Clínica: Gabriel Martínez Fuentes. Médico cirujano, especialista en Geriatria. Servicio de Salud Antofagasta. Karla Aguilera Negri. Fonoaudióloga. Dirección de Salud Ilustre Municipalidad de El Bosque.
	Temática: Daniela González Astorga. Médica cirujano, especialista en Psiquiatría. Departamento de Salud Mental. División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.
	Coordinadora: Paloma Herrera Omegna. Kinesióloga. Unidad de Evidencia Clínica. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
Metodólogos	Apoyo: Natalia Celedón Hidalgo. Fonoaudióloga. Unidad de Evidencia Clínica. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud. Juan Pablo Valenzuela Carrasco. Psicólogo. Unidad de Evidencia Clínica. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
Asesor Metodológico	Ignacio Neumann Burotto. GRADE Working Group. Departamento ETESA y Salud Basada en Evidencia. Departamento de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

PANEL DE EXPERTOS Y EXPERTAS

Verónica Veliz Rojas	Terapeuta Ocupacional. Departamento Gestión de los Cuidados. División de Atención Primaria
Loreto Olavarría Vera	Neuropsicóloga. Sociedad de Geriatria y Gerontología, Clínica de Memoria y Neuropsiquiatría Hospital Salvador y Universidad de Chile
Mauricio Lorca Navarro	Kinesiólogo. Universidad Austral de Chile y Sociedad Chilena de Kinesiología Gerontológica

Marilú Budinich Villouta	Médica Cirujana. Especialista en Geriatria. Sociedad de Geriatria y Gerontología
Jean Gajardo Jauregui	Terapeuta Ocupacional. Universidad San Sebastián y Universidad de Chile
Claudia Romero Martínez	Médica Cirujana. Especialista en Geriatria. Unidad de memoria. Servicio de Salud Osorno
Paulina Arriagada Baudet	Médica Cirujano. Especialista en Neurología. Hospital Regional Coyhaique, Universidad de Aysén y Universidad de los Andes
Leonardo Arriagada Rivas	Farmacéutico clínico especialista en geriatría. Hospital San Juan de Dios
Andrea Slachevsky Chonchol	Médica Cirujana. Especialista en Neurología. Unidad de memoria del Hospital Salvador y Universidad de Chile
Susana González Ramírez	Médica Cirujana. Formación en Gerontopsiquiatría. Pontificia Universidad Católica de Chile y Sociedad Chilena de Psicogerontología

RESPONSABLES DE LA BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA

Epistemonikos Foundation¹	Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
Centro de evidencia UC¹	Gabriel Rada Giacaman; Luis Ortiz Muñoz; Macarena Morel Marambio; Francisca Verdugo Paiva; Rocío Bravo Jeria. Elaboración de tablas de síntesis de evidencia de los efectos clínicos, y de los beneficios y riesgos de las intervenciones.
Eduardo Quiñelen Rojas²	Revisión de informes de evidencia clínica.
Karen Domínguez Cancino²	Valores y preferencias de las personas. Evaluaciones económicas y costos en Chile de las intervenciones.
Victoria Hurtado Meneses²	Informes sobre evaluaciones de costo-efectividad de las intervenciones.
Verónica Medina Urrutia³	Costos en Chile de las intervenciones.

¹ La búsqueda de evidencia fue externalizada por el Ministerio de Salud a través de licitación pública y adjudicada a las empresas señaladas.

² Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.

³ Departamento Desarrollo de Productos. Fondo Nacional de Salud (FONASA).

DISEÑO, EDICIÓN, DESARROLLO Y MANTENCIÓN PLATAFORMA WEB

Miguel Contreras Torrejón	Ingeniero Informático. Departamento ETESA y Salud Basada en Evidencia. Departamento de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud
--------------------------------------	--

DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Del total de integrantes del equipo colaborador las siguientes personas declararon potenciales de conflictos de interés:

- **Jean Gajardo Jauregui:** Director de la empresa Mentore SpA, que presta servicios de capacitación en temáticas vinculadas a salud y desarrollo social en envejecimiento. Autor del libro "Demencias: Una mirada biopsicosocial".
- **Andrea Slachevsky Chonchol:** Vicepresidenta de COPRAD (Corporación Profesional de Alzheimer y otras demencias).
- **Marilú Budinich Villouta:** Coautora y editora del libro "Demencias: Una mirada biopsicosocial" recibiendo financiamiento para la diagramación e impresión por parte del laboratorio Tecnofarma durante el 2019. Los ejemplares fueron distribuidos de forma gratuita entre profesionales interesados en la temática. Participación en la elaboración de contenidos para cursos de Demencias impartidos por el Siad de MINSAL, siendo contratada por Iplacex, Uvirtual y Universidad Católica. Asesorías y acompañamiento técnico a centro diurno referencial de Magallanes dependiente de Universidad de Magallanes y del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y a residencia de personas mayores gestionada por la Fundación Pater Nostrum y SENAMA.

Luego de analizar las declaraciones de los participantes, el equipo elaborador decidió no limitar la participación de estos colaboradores.

6. FINANCIAMIENTO DE LA GUÍA

El desarrollo de esta guía de práctica clínica fue financiado íntegramente por el Ministerio de Salud.

7. REFERENCIAS

- [1] Gale, S. A., Acar, D. & Daffner, K. R. Dementia. *Am. J. Med.* 131, 1161–1169 (2018).
- [2] Hojman, D. A. et al. The cost of dementia in an unequal country: The case of Chile. *PLoS One* 12, e0172204 (2017).
- [3] Slachevsky, A. et al. GERO Cohort Protocol, Chile, 2017-2022: Community-based Cohort of Functional Decline in Subjective Cognitive Complaint elderly. *BMC Geriatr.* 20, 505 (2020).
- [4] Donoso, A. Alzheimer's disease. *Rev. Chil. Neuropsiquiatr.* 41, (2003).
- [5] The epidemiology and impact of dementia: Current state and future trends. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/MSD/MER/15.3; http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf, accessed 17 April 2018).
- [6] Ravin PV, Lyketsos CG et al.: *Practical Dementia Care*, 2nd edition, New York, Oxford University Press, 2006.
- [7] Killin, L. O. J., Starr, J. M., Shiue, I. J. & Russ, T. C. Environmental risk factors for dementia: a systematic review. *BMC Geriatr.* 16, 175 (2016).
- [8] Campbell, N. L., Unverzagt, F., LaMantia, M. A., Khan, B. A. & Boustani, M. A. Risk factors for the progression of mild cognitive impairment to dementia. *Clin. Geriatr. Med.* 29, 873–893 (2013).
- [9] Garre-Olmo, J. [Epidemiology of Alzheimer's disease and other dementias]. *Rev. Neurol.* 66, 377–386 (2018).
- [10] Prince, M. et al. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers. Dement.* 9, 63-75.e2 (2013)