



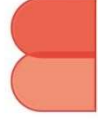
# Actualización en el tratamiento farmacológico de la demencia

MARÍA DEL MAR SUREDA BARBOSA  
CS SON CLADERA. PALMA DE MALLORCA.



*Acadèmia Mèdica Balear*

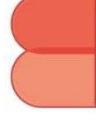
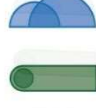
**UPDATE**  
**2018**



SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA

## ¿Por qué es importante la demencia y su tratamiento farmacológico en AP?

- a) Tenemos pocos casos y se asocian al envejecimiento de la población...poco que prevenir...
- b) El abordaje de las demencias es más social que médico...poca clínica sobre la que intervenir...
- c) El tratamiento es escasamente eficaz, se prescribe desde Neurología y necesita visado...poco fármaco que conocer...
- d) Ninguna de las anteriores



## ¿Por qué es importante la demencia y su tratamiento farmacológico en AP?

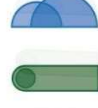
- a) Tenemos pocos casos y se asocian al envejecimiento de la población...poco que prevenir...
- b) El abordaje de las demencias es más social que médico...poca clínica sobre la que intervenir...
- c) El tratamiento es escasamente eficaz, se prescribe desde Neurología y necesita visado...poco fármaco que conocer...

**d) Ninguna de las anteriores**



*Acadèmia Mèdica Balear*

**UPDATE  
2018**



SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA

# DEMENCIA: PRIORIDAD EN SALUD PÚBLICA (OMS, 2017)

- Asociada al envejecimiento poblacional, pero muchas podrían prevenirse con modificación de estilo de vida.
- España: 5-15% de mayores de 65 años afectados  
17,2% en mayores de 70 años

Islas Baleares: e- Siap 2018: 9935 personas, 8843 > 65 años. **El 5% de los mayores de 65 años afectado.**



Acadèmia Mèdica Balear

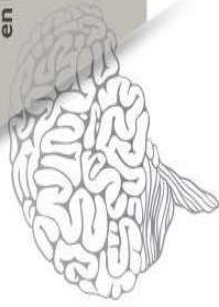
UPDATE  
2018

# ABORDAJE DE LA DEMENCIA DESDE LAS CCAA

Guía de **manejo** práctico de la **enfermedad** de **Alzheimer**

en la Comunidad Valenciana

Edición **2017**



Guía elaborada por el Grupo de Neurología Cognitiva de la Sociedad Valenciana de Neurología, COCVAL.

COORDINADOR:  
Dr. José Miguel Santonja LLabata  
Hospital Clínico Universitario de Valencia.



*Acadèmia Mèdica Balear*

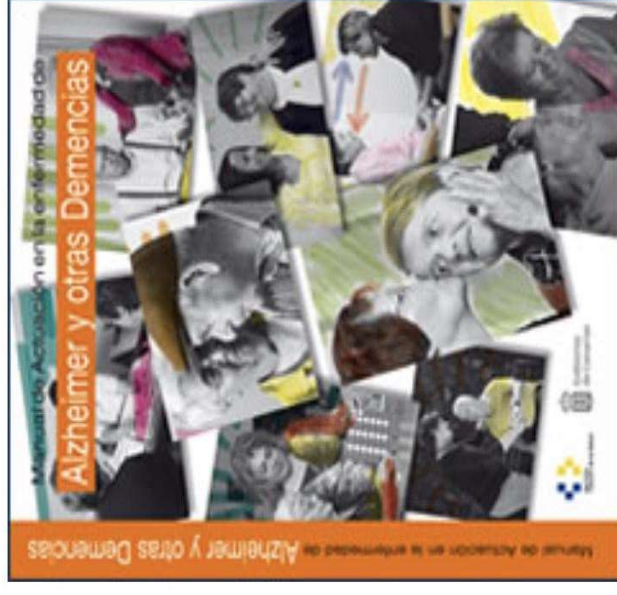


Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y demencias



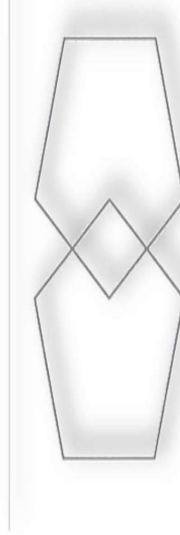
José María Ojeda

[ojoyn.blogspot.com](http://ojoyn.blogspot.com)



## Protocolo de demencia del Servicio de Salud de las Islas Baleares

# Recomendaciones para la detección, el proceso diagnóstico y la derivación del paciente con deterioro cognitivo-conductual

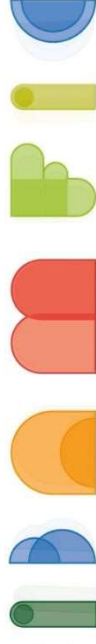


*Recomendaciones para la detección, el proceso diagnóstico  
y la derivación del paciente con deterioro cognitivo-conductual*

### **Autoría (por orden alfabético)**

- Francisco Alberti Horner, Internista y coordinador de Atención a la Cronicidad y Coordinación Sociosanitaria del Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Guillermo Amer Ferrer, Neurologo y jefe de la Sección de Neurología de la Unidad de Neurología Cognitiva y de la Unidad de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica de Neurología del Hospital Mateu Orfila
- Pilar Cervera Subías, Neurologa y jefa del Servicio de Neurología del Hospital de Palma (Palma), Sector Sanitario de Migjorn de Mallorca
- Adonís Cirio Sotoca, Médico de familia del Centro de Salud Playa de Palma (Palma), Sector Sanitario de Migjorn de Mallorca
- Antonio Cordero Rossello, Médico de familia y coordinador del Centro de Salud Formentorera, Área de Salud de Ibiza y Formentorera
- Elena Deyá Arbona, Neurologa del Servicio de Neurología del Hospital de Manacor
- Ana Espino Ibañez, Neurologa, jefa del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Son Llàtzer y coordinadora del Servicio de Atención a la Cronicidad y Coordinación Sociosanitaria del Hospital Universitario Son Llàtzer
- Ana García Marín, Neurologa de la Unidad de Neurología Cognitiva y de la Conducta del Hospital Universitario Son Espases
- María José González-Bals González, Médica de familia del Centro de Salud Sa Torre (Manacor), Sector Sanitario de Levant de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Ana Helena Hernández Milán, Internista de la Unidad de Paciente Crónico Complejo del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Llevant, Unidad de Paciente Crónico Complejo del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Llevant
- Angeles Llorente Sannmartí, Médica de familia del Centro de Salud Son Pisà (Palma), Sector Sanitario de Ponent de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Sandra Montegudo Sanz, Neurologa del Servicio de Neurología del Hospital Comarcal de Inca
- Gabriel Moragues Sbert, Médico de familia y técnico del Grupo de Atención a la Cronicidad del Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Susana Morera Apona, Médica de familia de la Oficina de Calidad del Gabinete Técnico del Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Catalina Nadal Martí, Internista de la Unidad de Paciente Crónico Complejo del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Son Espases
- José Luis Parajola Pozo, Neurologo y jefe del Servicio de Neurología del Hospital Can Misses
- Francisco J. Sánchez Cabrera, Médico de familia y coordinador del Centro de Salud Canal Salat (Ciudadella)
- Susana Tarongí Sánchez, Neurologa de la Unidad de Neurología Cognitiva y de la Conducta del Hospital Universitario Son Espases

# PROTOCOLO DE DEMENCIA DE LA CAIB



*Recomendaciones para la detección, el proceso diagnóstico y la derivación del paciente con deterioro cognitivo-conductual*

**Revisión (por orden alfabético)**

- Amaia Alcorta Lorenzo. Farmacéutica de atención primaria. Sector Sanitario de Ponent de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Rosa Elena Duro Robles. Médica de familia y subdirectora asistencial de Atención Primaria y Atención a las Urgencias Extrahospitalarias del Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Mercè Llagostera i Pagés. Médica de familia y coordinadora autonómica de la Estrategia Balear de Cuidados Paliativos de la Consejería de Salud
- Angélica Migúelez Chamorro. Enfermera y subdirectora asistencial de Atención a la Cronicidad, Coordinación Sociosanitaria, Salud Mental y Enfermedades Poco Frecuentes del Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Brígida Mora Canet. Enfermera de la Oficina de Calidad del Gabinete Técnico del Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Rosa Ortuño Mora. Médica de familia y médica documentalista de la Oficina de Calidad del Gabinete Técnico del Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Marina Salas Moreno. Enfermera de atención primaria y enfermera gestora de casos. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- María Lluïsa Sastre Martorell. Farmacéutica de atención primaria. Sector Sanitario de Ponent de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Silvia Sastre Suárez. Documentalista. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Aina Soler Mieras. Farmacóloga clínica del Gabinete Técnico de Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca

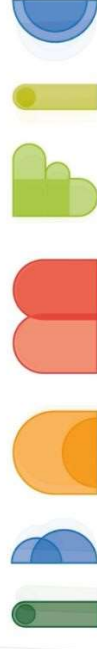
**Autora corresponsal**

- Susana Munuera Arjona. Contacto: [susana.munuera@ibsalut.es](mailto:susana.munuera@ibsalut.es)

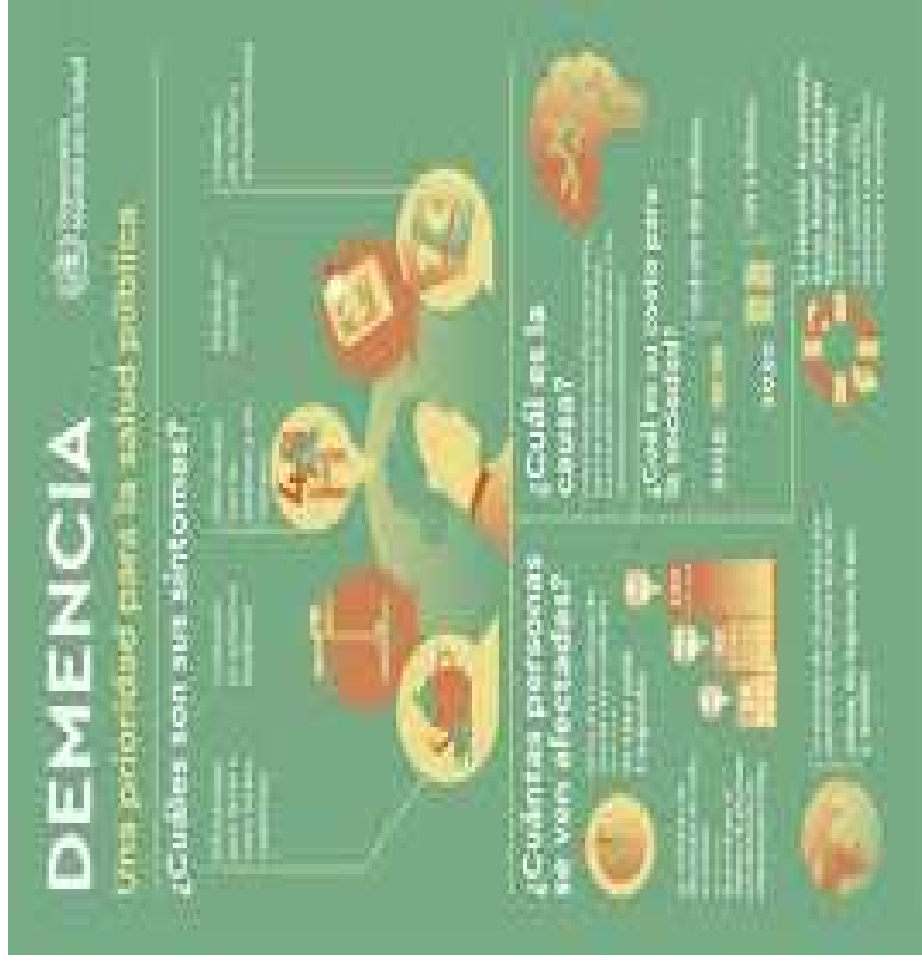


*Acadèmia Mèdica Balear*

**UPDATE  
2018**



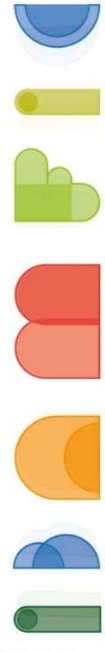
SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA



# INICIO INSIDIOSO Y MUCHA CLÍNICA SOBRE LA QUE INTERVENIR



Acadèmia Mèdica Balear



SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA



# MANIFESTACIONES CLÍNICAS



- HETEROGÉNEAS: Diferentes patrones lesionales
- Curso PROGRESIVO y CRÓNICO
- Manifestaciones:
  - COGNITIVAS: alteración de **memoria** episódica, apraxia, afasia, agnosia, deterioro de **atención**, alteración de funciones ejecutivas, **bradipsiquia**, deterioro de cognición social...
  - PSICOLÓGICO- CONDUCTUALES: Apatía, cambios de personalidad, comportamientos estereotipados, **síntomas psicóticos**, **alteraciones de sueño**...
  - SENSITIVO-MOTORAS: Parkinsonismo, sd cerebeloso, signos de motoneurona
  - TRASTORNOS AUTONÓMICOS: **hipotensión ortostática**, pérdida de peso a pesar de nutrición adecuada, incontinencia de esfínteres, alteración de ritmo intestinal...



# POTENCIALMENTE PREVENIBLE

- Hasta un **35%** de casos relacionadas con factores de riesgo modificables:
  - Inactividad Física
  - Obesidad, Dieta incorrecta
  - Tabaquismo, Alcoholismo
  - Diabetes, HTA
  - Depresión
  - Bajo nivel educativo, aislamiento social, inactividad cognitiva.
  - Déficit sensoriales: sordera



*Acadèmia Mèdica Balear*

**UPDATE**  
**2018**

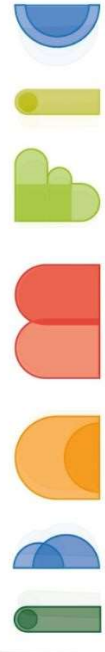
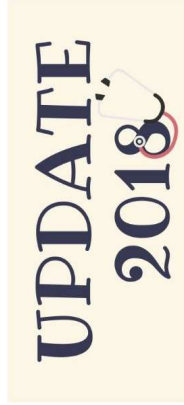
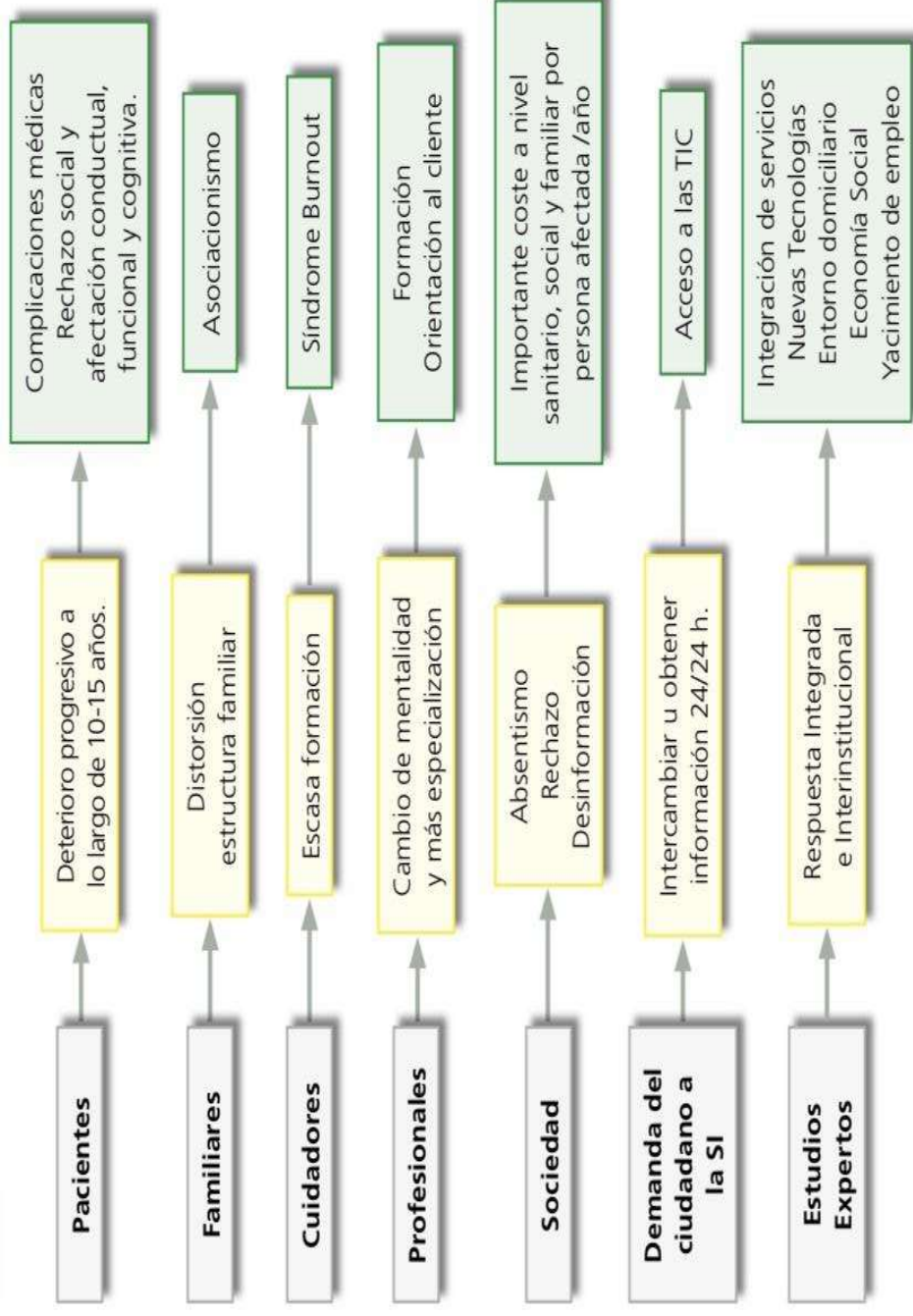


SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA

# ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR REQUERIDO

- MÉDICOS: MAP, NRL, MI, GERIATRÍA, RHB, PSIQ, URG...
- FARMACEUTICOS: FAP, Comunitario, clínico...
- ENFERMERIA: ENF AP, NRL, EGCC...
- TRABAJADOR SOCIAL, FAMILIAR...
- FAMILIA: CUIDADOR
- COMUNIDAD: Asociaciones de Pacientes.
- NOTARIO, FORENSE, JUEZ

PLAN DE ABORDAJE DE LAS DEMENCIAS.  
JUNTA DE ANDALUCÍA, 2017.



# DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA



- **CRIBADO DE POBLACIÓN ASINTOMÁTICA:** No hay evidencia científica suficiente para recomendarlo, pero debe considerarse la **BÚSQUEDA ACTIVA** de casos en grupos de ALTO RIESGO, y valorar **EVALUACIÓN PERIÓDICA**.
- Se propone el **TEST DE PFEIFFER** como parte de la valoración integral en la **ESTRATEGIA DE CRONICIDAD**, tanto para PCC como PCA.
- **DETECCIÓN PRECOZ:** Evaluar función cognitiva si hay sospecha de deterioro, ya sea por:
  - Observación directa
  - Quejas del propio paciente
  - Preocupación de su entorno: familiares, amistades, cuidadores



# VENTAJAS DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

- PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES (PDA)
- Programar INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL más adecuada
- Reducir ACCIDENTES DE TRÁFICO
- Valorar NECESIDAD de TRATAMIENTO

## **SIGNOS DE ALARMA:**

- Alteración de memoria: **AFECTA CAPACIDAD LABORAL y RELACIONES FAMILIARES.**
- Alteración de LENGUAJE
- DESORIENTACIÓN espacio-tiempo
- Pobreza de JUICIO
- Problemas de PENSAMIENTO ABSTRACTO.
- Cambios de CONDUCTA/PERSONALIDAD.



*Acadèmia Mèdica Balear*

**UPDATE**  
**2018**



SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA

Tabla 1. Criterios de demencia de la Sociedad Española de Neurología (2002).<sup>12</sup>

Alteración de, al menos, dos de estas áreas cognitivas	Atención/concentración	Gnosias
	Conducta	Lenguaje
	Funciones ejecutivas	Memoria
	Funciones visuoespaciales	Praxias
Características de las alteraciones	Adquiridas, con deterioro de las capacidades previas del paciente confirmado mediante un informador fiable o por medio de evaluaciones sucesivas	
	Objetivadas en la exploración neuropsicológica	
	Persistentes durante semanas o meses y constatadas en el paciente con un nivel normal de conciencia	
De intensidad suficiente como para interferir en las actividades habituales del paciente, incluyendo las ocupacionales y las sociales		

# CRITERIOS DIAGNOSTICOS



Acadèmia Mèdica Balear

UPDATE  
2018

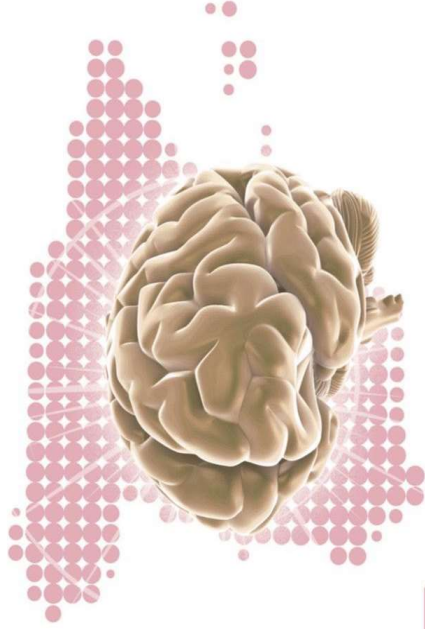


SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA

Guía oficial de práctica clínica  
en Demencia

# GUÍAS

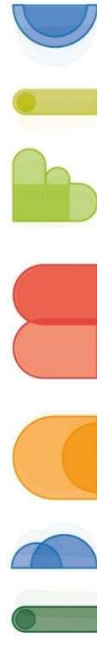
diagnósticas y terapéuticas  
de la Sociedad Española de  
**NEUROLOGÍA 2018**



*Acadèmia Mèdica Balear*



NEUROLOGÍA DE LA CONDUCTA Y DEMENCIAS  
Sociedad Española de Neurología



**Tabla VI. Clasificación clínica de las demencias (CDR)**

<b>Demencia</b>	<b>Sano (CDR 0)</b>	<b>Cuestionable (CDR 0,5)</b>	<b>Ligera (CDR 1)</b>	<b>Moderada (CDR 2)</b>	<b>Grave (CDR 3)</b>
Memoria	Sin pérdida de memoria ni olvidos leves	Trastornos leves de memoria. Evocación parcial de los recuerdos; "olvidos benignos"	Pérdida moderada de la memoria, sobre todo para los recuerdos recientes, con repercusión de la vida diaria	Pérdida grave de la memoria. Sólo se conserva material fuertemente consolidado. Los recuerdos recientes se olvidan rápidamente	Pérdida grave de la memoria. Sólo se conservan recuerdos fragmentados.
Orientación	Completamente orientado	Completamente orientado, aunque con ligeras dificultades para la orientación temporal	Algunas dificultades de orientación en el tiempo; orientación con respecto al lugar del examen; puede haber desorientación geográfica con respecto a otros lugares	Normalmente desorientado en el tiempo y a menudo en el espacio	Sólo orientado en relación con las personas
Juicio, resolución de problemas	Resuelve correctamente los problemas; juicio adecuado en relación con la capacidad que disfrutaba en el pasado	Ligera alteración en la capacidad de resolución de problemas, semejanzas y diferencias	Dificultad moderada para comprender problemas complejos; juicio social normalmente conservado	Alteración grave en la comprensión de problemas, semejanzas y diferencias. La valoración social está normalmente alterada	Incapaz de razonar o resolver problemas
Actividades sociales	Nivel de autonomía mantenido en el trabajo, negocios, compras y actividades sociales	Si existe alteración, ésta es leve	No puede realizar independientemente estas actividades, aunque todavía participe en algunas. Puede aparecer normal ante una observación superficial	Incapaz de autonomía fuera de su domicilio	Incapaz de autonomía fuera de su domicilio
Actividades domésticas y pasatiempos	Se mantiene bien la vida en casa, los pasatiempos y las actividades intelectuales	Estas actividades se mantienen; sólo están ligeramente disminuidas	Las actividades domésticas se hallan levemente disminuidas, pero de forma evidente. Los trabajos difíciles y los pasatiempos complicados son abandonados	Preservada la capacidad para trabajos sencillos; los centros de interés son muy imitados y la actividad poco sostenida	Únicamente actividad funcional en su propia habitación
Cuidados personales	Autonomía completa	Autonomía completa	Necesita estímulos esporádicamente	Necesita ayuda para vestirse, lavarse y mantener el aseo personal	Necesita mucha ayuda en sus cuidados personales; a menudo hay incontinencia

CDR: Clinical Dementia Rating (Hughes)



*Acadèmia Mèdica Balear*

**UPDATE  
2018**



SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA



# PASOS A SEGUIR EN EL DIAGNÓSTICO:

Fundamentalmente **CLÍNICO**:

1.- ANAMNESIS: al paciente y a una persona del ENTORNO del paciente (convivente).

2.- Examen Físico

3.- Test de CRIBADO: MMSE, AD8. **Un cribado normal NO EXCLUYE la demencia.**

- **MMSE 30**: punto de corte: 24. Útil para evolución.

- **Lawton-Brody**: Actividades INSTRUMENTALES de la vida diaria. Máx: 8.

- **AD8 al acompañante**: punto de corte: 3-4.

4.- Exploraciones complementarias: **Análítica completa**, ECG, Rx tórax, **RM o TAC**

5.- Revisión MEDICACIÓN

6.- Diagnóstico diferencial



Acadèmia Mèdica Balear

UPDATE  
2018



SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA

## Mini-mental Standard Examination adaptado

Orientación temporal	
¿Qué día de la semana es hoy?	0 1
¿En qué mes estamos?	0 1
¿Qué día del mes es hoy?	0 1
¿En qué estación del año estamos?	0 1
¿En qué año estamos?	0 1

Orientación espacial	
¿Dónde estamos en este momento?	0 1
¿En qué planta estamos?	0 1
¿En qué ciudad estamos?	0 1
¿En qué provincia estamos?	0 1
¿En qué país estamos?	0 1

Fijación	
<b>Ahora escuche con atención: le diré tres palabras y pediré que las repita cuando yo termine. ¿Preparado/preparada?</b>	
BICICLETA <i>pausa</i>	0 1
CUCHARA <i>pausa</i>	0 1
MANZANA <i>pausa</i>	0 1
¿Me las puede repetir?	
<i>Haga que las repita hasta 5 veces, pero puntúe solo el primer intento.</i>	
Bicicleta	0 1
Cuchara	0 1
Manzana	0 1
<b>Intente recordar las palabras, porque se las volveré a preguntar en unos minutos.</b>	

## Cuestionario del informador AD8

Respecto a la persona a la que acompaña, ¿qué opina sobre los aspectos siguientes?:

Nota: "Si, ha cambiado" significa que usted piensa que ha habido un cambio en los últimos años causado por problemas de razonamiento y/o de memoria.

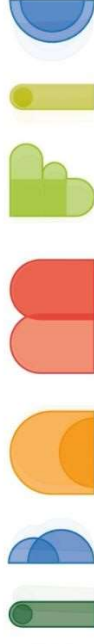
Aspecto	Si, ha cambiado	No, no ha cambiado	NS/NC No sabe / No contesta
Problemas para emitir juicios y tomar decisiones adecuadas (ej: le engañan o timan, toma decisiones financieras erróneas, hace regalos inapropiados, etc.)			
Pérdida de interés en sus aficiones y actividades (ej: ha dejado de hacer actividades que le gustaban)			
Repite las preguntas, los comentarios o las cosas que cuenta			
Dificultad para aprender a usar herramientas; aparatos o dispositivos (ej: microondas, mandos a distancia, teléfono móvil o inalámbrico, DVD, ordenador)			
Olvida en qué mes o año está			
Dificultad para manejar asuntos financieros complicados (ej: ajustar cuentas, cheques, impuestos, facturas, recibos, etc.)			
Dificultad para recordar las citas y las cosas que tiene que hacer			
Los problemas de razonamiento y/o de memoria son cotidianos, no ocasionales			
<b>TOTAL</b>			

Punto de corte: 3-4



Acadèmia Mèdica Balear

UPDATE  
2018



SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA

## Anexo 5. Fármacos que deben revisarse ante la sospecha de deterioro cognitivo

	Antipsicóticos
<b>Antiarrítmicos</b>	clorpromazina
disopiramida	clozapina
flecainida	flufenazina
propafenona	levomepromazina
<b>Antidepresivos</b>	loxapina
amitriptilina	olanzapina
clomipramina	pimozida
doxepina	quetiapina
imipramina	trifluoperazina
nortriptilina	<b>Antivertiginosos / antieméticos</b>
paroxetina*	dimenhidrinato
trimipramina	meclozina
<b>Antiepilépticos</b>	prometazina
ácido valproico	trifluoperazina
carbamazepina	<b>Benzodiazepinas</b>
fenitoína	<b>Opioides</b>
fenobarbital	petidina
<b>Antiespasmódicos intestinales</b>	<b>Relajantes musculares</b>
alcaloides belladonna	baclofeno
atropina (combinaciones)	ciclobenzaprina
escopolamina	metocarbamol
<b>Antiespasmódicos urinarios</b>	tizanidina
fesoterodina	<b>Otros</b>
oxibutinina	antibióticos (β-lactámicos y quinolonas)
solifenacina	antihistamínico H <sub>2</sub> (ranitidina)
tolterodina	betabloqueantes (propranolol)
trospio	clonidina
<b>Antihistamínicos H1 (primera generación)</b>	clortalidona
ciproheptadina	digoxina
clemastina	indometacina
clorfeniramina	lito
dexclorfeniramina	metildopa
difenhidramina	metoclopramida
doxilamina	
hidroxizina	
<b>Antiparkinsonianos</b>	
amantadina	
biperideno	
bromocriptina	
entacaipona	
prociclidina	
trihexifenidilo	

\* Efecto anticolinérgico demostrado, aunque en algunas escalas aparece como "riesgo marcado" y en otras como "riesgo bajo".



**UPDATE**  
**2018**



Tabla 3. Diferencias entre síndrome confusional agudo y demencia.

Características	Síndrome confusional agudo	Demencia
Inicio	Agudo	Insidioso
Curso	Fluctuante	Persistente
Duración	Limitada	Crónica
Atención	Alterada	Intacta hasta estados avanzados
Lenguaje	Incoherente	Más coherente hasta estados avanzados
Habla	Disartria frecuente	Disartria poco común
Alucinaciones visuales	Comunes	Raras

Tabla 4. Diferencias entre depresión y demencia.

Características	Depresión	Demencia
Antecedentes	Personales de depresión	Familiares de demencia
Preocupación familiar	Por la memoria	Por la incapacidad
En la consulta	Acude solo/sola	Acude acompañado/acompañada
	Quejas detalladas y desproporcionadas	Quejas escasas y vagas
	Preocupado/preocupada	Despreocupado/despreocupada
Inicio	Preciso y progresión más o menos rápida	Insidioso y progresión lenta
Signos	Buena respuesta a los antidepresivos	Mala respuesta a los antidepresivos
Test	Cognitivos normales	Cognitivos alterados



# FASE DE LA ENFERMEDAD

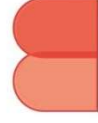


- ESCALA DE DETERIORO GLOBAL DE REISBERG (GDS)
- NECPAL
- DERIVAR al paciente **SI PROCEDE y DONDE** proceda:  
NRL (normal, preferente, urgente), MI (PCC) o EGCC (PCA).



*Acadèmia Mèdica Balear*

**UPDATE**  
**2018**



SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA

Recomendaciones para la detección, el proceso diagnóstico y la derivación del paciente con deterioro cognitivo-conductual  
Anexo 7. Escala de deterioro global (GDS)

Anexo 7. Escala de deterioro global (GDS)

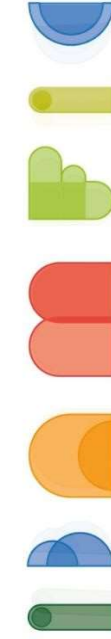
PACIENTE: ..... HC: .....  
 FECHA: ..... / ..... / ..... SERVICIO: .....  
 RESPONSABLE(S): .....

<b>Pregunta sorpresa (a/entre profesionales)</b>	¿Le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?	<input type="checkbox"/> SI (-) <input type="checkbox"/> NO (+)
<b>"Demanda" o "Necesidad"</b>	- Demanda: ¿Ha habido alguna expresión implícita o explícita de limitación de esfuerzo terapéutico o demanda de atención paliativa de paciente, familia, o miembros del equipo? - Necesidad: identificada por profesionales miembros del equipo	<input type="checkbox"/> SI (-) <input type="checkbox"/> NO (+)
<b>Indicadores clínicos generales de progresión:</b> - Los últimos 6 meses - No relacionado con proceso intercurrente reciente/reversible	- Declive nutricional - Pérdida de peso > 10% - Declive funcional - Deterioro Karnofsky o Barthel > 30% - Pérdida de > 2 ABVDs - Declive cognitivo - Pérdida ≥ 5 mmHg o ≥ 3 Pfeiffer - Karnofsky < 50 o Barthel < 20	<input type="checkbox"/> SI (-) <input type="checkbox"/> NO (+)
<b>Dependencia severa</b>	- Necesidad de cuidados de enfermería	<input type="checkbox"/> SI (-) <input type="checkbox"/> NO (+)
<b>Síndromes geriátricos</b>	- Caídas - Úlceras por presión - Disfagia - Delirium - Infecciones o repetición	<input type="checkbox"/> SI (-) <input type="checkbox"/> NO (+)
<b>Síntomas persistentes</b>	Dolor, debilidad, anorexia, disnea, digestivos...	<input type="checkbox"/> SI (-) <input type="checkbox"/> NO (+)
<b>Aspectos psicosociales</b>	Distrés y/o Trastorno adaptativo severo (DME) > 9	<input type="checkbox"/> SI (-) <input type="checkbox"/> NO (+)
<b>Multimorbilidad</b>	Vulnerabilidad social severa > 2 enfermedades o condiciones crónicas avanzadas (de la lista de indicadores específicos)	<input type="checkbox"/> SI (-) <input type="checkbox"/> NO (+)
<b>Uso de recursos</b>	Valoración de la demanda o intensidad de intervenciones • > 2 ingresos urgentes o no planificados en los últimos 6 meses • Aumento demanda o intensidad de intervenciones (atd, intervenciones enfermería, etc)	<input type="checkbox"/> SI (-) <input type="checkbox"/> NO (+)
<b>Indicadores específicos de severidad/progresión de la enfermedad</b>	Cáncer, MPOC, ICC, i Hepática, i Renal, AVC, Demencia, Neurodegenerativas, SIDA, d'altres malalties avançades	<input type="checkbox"/> SI (-) <input type="checkbox"/> NO (+)
<b>Clasificación:</b>	<b>Codificación y registro</b> Proponer codificación como Paciente con Cronicidad Avanzada (PCA)	
<b>Pregunta Sorpresa (PS)</b>	PS + (No me Sorprendería) ✓ PS - (Me Sorprendería) ✓	
<b>Parámetros NECPAL</b>	NECPAL + (de 1+ a 13+) 0 NECPAL - (Ningún parámetro) ✓	



Acadèmia Mèdica Balear

UPDATE  
2018



SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA

Estadio GDS	Características
GDS 1 Ausencia de alteración cognitiva	Ausencia de dificultades objetivas o subjetivas.
GDS 2 Defecto cognitivo muy leve	Quejas de pérdida de memoria. No se objetiva déficit en el examen clínico. Hay conocimiento pleno y valoración de la sintomatología. <ul style="list-style-type: none"> <li>Primeros defectos claros.</li> <li>Manifestación en una o más de estas áreas: haberse perdido en un lugar no familiar, evidencia de rendimiento laboral pobre, dificultad incipiente para evocar nombres de persona, escasa retención tras la lectura, pierde o coloca erróneamente objetos de valor, capacidad escasa para recordar personas nuevas, disminución de la capacidad organizativa.</li> </ul>
GDS 3 Defecto cognitivo leve	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disminución de la capacidad de hacer tareas complejas.</li> <li>Defectos definidos claramente en una entrevista cuidadosa.</li> <li>Conocimiento disminuido de acontecimientos actuales y recientes, déficit en el recuerdo de su historia personal, dificultad de concentración evidente en la sustracción seriada, capacidad disminuida para viajar y/o para controlar su economía.</li> <li>No hay defectos en la orientación en el tiempo y en relación con personas, ni en el reconocimiento de caras y de personas familiares.</li> <li>Negación como mecanismo de defensa.</li> </ul>
GDS 4 Defecto cognitivo moderado	<ul style="list-style-type: none"> <li>El/la paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin ninguna asistencia. Necesita asistencia para elegir la ropa. Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres familiares). Sufre a menudo cierta desorientación en el tiempo y/o en el espacio. Tiene dificultad para contar hacia atrás desde 40 o desde 20. Sabe su nombre y el de su pareja (e hijos).</li> <li>El/la paciente se viste incorrectamente sin asistencia. A veces olvida el nombre de su pareja, de quien depende para vivir. Retiene algunos datos del pasado. Sufre desorientación temporal y espacial. Tiene dificultad para contar en orden inverso desde 10. Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria. Puede presentar incontinencia. Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos. Su ritmo diario suele estar alterado. Sufre cambios de la personalidad y de la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva).</li> </ul>
GDS 5 Defecto cognitivo moderado-grave	<ul style="list-style-type: none"> <li>El/la paciente sufre pérdida progresiva de todas las capacidades verbales y motores. A menudo se observan signos neurológicos.</li> <li>Es incapaz de decir más de una docena de palabras.</li> <li>Solamente es capaz de decir una palabra inteligible.</li> <li>Es incapaz de mantenerse sentado/sentada sin ayuda.</li> <li>Presenta pérdida de la capacidad de sonreír.</li> <li>Sufre pérdida de la capacidad de mantener la cabeza erguida.</li> </ul>
GDS 6 Defecto cognitivo grave	
GDS 7 Defecto cognitivo muy grave	



CONSILL INTERDEPARTAMENTAL DE SALUT PÚBLICA

# Fármacos, Demencia y Médicos de AP



- 1) **ANTES:** Fármacos **PRECIPITANTES** de la **DEMENCIA**: **CARGA COLINÉRGICA**: ¿debemos calcularla previa al diagnóstico? ¿Deprescripción? ¿Y de qué?
- 2) **DURANTE:** Fármacos para el **TRATAMIENTO** de la **DEMENCIA**: **IACE**, Memantina ¿Iniciados desde AP? ¿Y retirarlos? ¿Cuándo y porqué?
- 3) **DESPUÉS:** Tratamiento de las **ALTERACIONES CONDUCTUALES** en la **DEMENCIA**: ¿Antipsicóticos? ¿A quién? ¿Por qué? ¿Hasta cuando? ¿Es legal hacerlo?



# FÁRMACOS PRECIPITANTES DE DEMENCIA



- **EFEECTO ANTICOLINÉRGICO:** visión borrosa, sequedad de boca, retención urinaria, taquicardia ...y alteraciones cognitivas, confusión, desorientación, agitación, alucinaciones, delirio, déficit de atención, alteraciones de concentración y disminución de memoria...
- **Más de 100 principios activos** con efecto anticolinérgico conocido:
  - Anticolinérgicos urinarios: **Oxibutinina**, trospio, tolterodina, fesoterodina.
  - Antiparkinsonianos: biperideno, bromocriptina, amantadina
  - Antidepresivos: **amitriptilina**, fluoxetina, paroxetina, mirtazapina, trazodona
  - Benzodiazepinas: diazepam, clordiazepóxido, clonazepam
  - Opiáceos: morfina, **tramadol**, oxicodona, fentanilo
  - Antihistamínicos: **Dexclorfeniramina**, **hidroxicina**, cetirizina, loratadina...





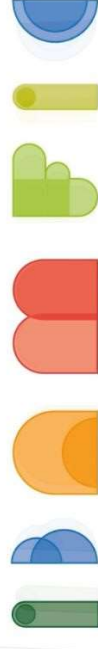
# FÁRMACOS PRECIPITANTES DE DEMENCIA

- CARGA ANTICOLINÉRGICA: Efecto acumulativo de tomar uno o más fármacos anticolinérgicos. Determinada por **POTENCIA ANTICOLINÉRGICA, DOSIS empleada y USO CRÓNICO**.
- PACIENTE MAYOR: Carga anticolinérgica **elevada**: aumento de alteraciones cognitivas, **demencia, riesgo de caídas y morbi-mortalidad (frágiles y polimedicados)**.
- MEDIDA de la Carga Anticolinérgica: No hay escala de referencia. **ALERTAS**: SCS: módulo de seguridad del paciente en RELE, propone alternativa terapéutica.
- TABLAS de potencia anticolinérgica: ALTA: 2, BAJA: 1. : > **4: Deprescribir. FAP**.
- IACE: R.A.M que pasa desapercibida: **no financiados en Canadá** si carga Antiach ELEVADA.



Acadèmia Mèdica Balear

UPDATE  
2018



SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA

## **CÀRREGA ANTICOLINÈRGICA: PENSEM-HI!** Aspectes de seguretat més enllà de la visió borrosa i la sequedat de boca

**Laia Robert,<sup>1</sup> Laura Diego,<sup>1</sup> Mar Casanovas,<sup>2</sup> Àngels Pellicer,<sup>2</sup> Esther Ribes<sup>2</sup> i Gemma Rodríguez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Farmacèutica. Centre d'Informació de Medicaments de Catalunya

<sup>2</sup>Farmacèutica d'Atenció Primària. Institut Català de la Salut



*Acadèmia Mèdica Balear*

**UPDATE  
2018**



SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA

**Taula 1. Activitat anticolinèrgica dels principis actius**

Grup farmacològic	Principis actius	Activitat anticolinèrgica
<b>Antihistamínic</b>	Antagonistes del receptor H <sub>1</sub> , primera generació: bromfeniramina, dimenhidrinat, meclozina, difenhidramina, hidroxizina, dexclorfeniramina, doxilamina, ciproheptadina, doxepina, clorfeniramina, mepiramina, entre d'altres	ALTA
	Antagonistes del receptor H <sub>1</sub> , segona generació: fexofenadina, cetirizina, loratadina, alimemazina, desloratadina, levocetirizina, entre d'altres.	BAIXA
<b>Antiparkinsonians</b>	Prociclidina, biperidèn	ALTA
	Bromocriptina, entacapona, amantadina	BAIXA
<b>Analgèsics</b>	Opioides: codeïna, fentanil, morfina, oxycodona, tramadol, metadona, meperidina	BAIXA
<b>Antimuscarínics urinaris</b>	Flavoxat, oxibutina, propiverina, solifenacina, tolterodina, trospi, fesoterodina	ALTA
<b>Antimuscarínics espasmolítics</b>	Atropina, butilscopolamina, dicitroverina, escopolamina, alcaloides derivats de la belladona	ALTA
<b>Broncodilatadors inhalats antimuscarínics</b>	Ipratropi, tiotropi	ALTA (efecte local)+
<b>Antimuscarínics oftàlmics</b>	Atropina, ciclopentolat	ALTA (efecte local)+
<b>Agents cardiovasculars</b>	Disopiràmida	BAIXA
	Antiemètics: meclozina, prometazina, escopolamina	ALTA
<b>Agents gastrointestinals</b>	Domperidona, loperàmida	BAIXA
	Antagonistes del receptor H <sub>2</sub> : ranitidina, cimetidina, famotidina	BAIXA
<b>Relaxants musculars</b>	Tizanidina	ALTA
	Baclofèn, ciclobenzaprina, metocarbamol	BAIXA
	Antipsicòtics de 1a generació: clorpromazina, flufenazina, levomepromazina, loxapina	ALTA
	Antipsicòtics de 1a generació: haloperidol, perfenazina, pimozida	BAIXA
	Antipsicòtics de 2a generació: clozapina	ALTA
<b>Psicòtrops</b>	Antipsicòtics de 2a generació: olanzapina, quetiapina, risperidona	BAIXA
	Benzodiazepines: clordiazepòxid, diazepam, triazolam, clonazepam	BAIXA
	ISRS: citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina*	BAIXA
	Antidepressius tricíclics: amitriptilina, clomipramina, doxepina, imipramina, nortriptilina, trimipramina	ALTA
<b>Anticonvulsius</b>	Altres antidepressius: trazodona, mirtazapina	BAIXA
	Carbamazepina, oxcarbazepina	BAIXA
<b>Miscel·lània</b>	Liti, cliproheptadina, ketorolac, teofil·lina	BAIXA

Adaptació de la taula de Durán et al. i modificada pels autors. S'han seleccionat únicament els medicaments comercialitzats al nostre entorn i s'ha completat amb la informació proporcionada per la base de dades Update. La fitxa tècnica de cada principi actiu i la informació del grup d'experts del mòdul de seguretat clínica a la recepta electrònica. Cal tenir en compte que no es tracta d'un llistat exhaustiu i pot quedar desactualitzat en qualsevol moment.<sup>2,28</sup>

+ Via d'administració inhalatòria.

\* Classificat com activitat anticolinèrgica moderada o elevada en algunes referències. Es recomana evitar en gent gran.<sup>31,35</sup>



### Taula 3. Medicaments amb activitat anticolinèrgica i accions a tenir en compte en la presa de decisions farmacoterapèutiques. Adaptada i modificada pels autors de<sup>6</sup>

Medicaments	Recomanacions	Estratègia de retirada <sup>32</sup>
Anticolinèrgics urinaris	Evitar i/o desprescriure. <sup>6,23,33,34</sup> Medicaments amb una eficàcia qüestionable. Inapropiats en gent gran pel seus efectes adversos.	No cal una retirada gradual.
Antihistamínic <sup>6</sup>	Evitar els antihistamínic amb alta potència anticolinèrgica (vegeu la taula 1). En tractaments aguts de reaccions al·lèrgiques greus valorar l'ús preferent de loratadina o cetirizina i alternativament fexofenadina. Prioritzar les mesures no farmacològiques en problemes dermatològics.	No cal una retirada gradual.
Antidepressius	Evitar l'ús dels antidepressius tricíclics. Evitar paroxetina i fluoxetina en la gent gran. Són d'elecció la sertralina i el citalopram. <sup>31,35)</sup>	Reduir la dosi progressivament en un mínim de 4 setmanes. En tractaments a llarg termini la reducció ha de ser més lenta i arribar fins als 6 mesos.
Benzodiazepines	Evitar l'ús en pacients d'edat avançada. Utilitzar benzodiazepines d'acció curta o intermèdia i iniciar el tractament a dosis baixes, limitant-ne la durada. <sup>36</sup>	Disminuir la dosi total diària entre 10-25% en intervals d'aproximadament 2-3 setmanes. Valorar el canvi a una benzodiazepina d'acció llarga.
Analgèsics	Evitar els analgèsics opioides i en particular el tramadol. <sup>6</sup>	Reducció de la dosi diària d'un 5-10% cada 1-4 setmanes.



# TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO de la DEMENCIA y

## AP:

- Inhibidores de Acetil-colinesterasa: Donepezilo, Galantamina, Rivastigmina. Antagonistas del receptor NMDA: Memantina.
- **NICE 2018:** MAP puede iniciar tratamiento tras consultar con especialista. Puede asociar memantina directamente si EA moderada-grave sin remitir al paciente.
- **IACE desfinanciados en Francia** por su escasa y transitoria eficacia, con perfil desfavorable de efectos adversos.
- **DEPRESCRIPCIÓN** (GPC, Sidney University): Ensayo de retirada con disminución de dosis a la mitad cada 4 semanas, monitorización estricta de RAM y reinicio de dosis mínima eficaz si empeoramiento clínico. Si no hay RAM, retirar definitivamente. **Marco de decisiones compartidas con cuidadores.** Indicado si ha empeorado deterioro cognitivo en los últimos 6 meses, no se observa beneficio alguno tras su inicio o en estadio terminal.

**No podemos ponerlos...pero SÍ PODEMOS QUITARLOS**

GPC GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, RAM: reacción adversa medicamentosa



**Tabla VII. Presentaciones y dosis de los IACE y memantina en la EA**

	<b>PRESENTACIONES</b>	<b>ESCALADA Y DOSIS DE MANTENIMIENTO</b>
<b>Donepezilo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprimidos 5 y 10 mg.</li> <li>- Comprimidos bucodispersables 5 y 10 mg</li> </ul>	<p>5 mg diarios el primer mes y 10 mg posteriormente (habitualmente en noche)</p>
<b>Galantamina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cápsulas de liberación prolongada 8, 16 y 24 mg</li> <li>- Solución oral 4 mg/ml.</li> </ul>	<p><b>Cápsulas:</b> 8 mg el primer mes, con aumento mensual de 8 mg/día hasta 16 o 24 mg (en desayuno)</p> <p><b>Solución:</b> 8 mg/día el primer mes en desayuno y cena, con aumento mensual de 8 mg/día, hasta 16 o 24 mg/día en 2 dosis</p>
<b>Rivastigmina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cápsulas 1,5, 3, 4,5 y 6 mg</li> <li>- Solución oral 2 mg/ml</li> <li>- Parches 4,6, 9,5 y 13,3 mg</li> </ul>	<p><b>Oral:</b> 1,5 mg en desayuno y cena 2-4 semanas, y aumento de 3 mg/día cada 2-4 semanas hasta 6-12 mg/día en 2 dosis</p> <p><b>Parches:</b> 4,6 mg/día 1 o 2 meses, y 9,5 mg posteriormente. Puede aumentarse a 13,3 mg tras 6 meses</p>
<b>Memantina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprimidos 10 y 20 mg</li> <li>- Comprimidos 5, 10, 15 y 20 mg (envase de iniciación)</li> <li>- C. bucodispersables 10 y 20 mg</li> <li>- Solución oral 5 mg/pulsación</li> </ul>	<p>5 mg/día la primera semana, con aumento de 5 mg diarios cada semana, hasta 20 mg/día en 1 o 2 dosis (10 mg si hay insuficiencia renal)</p>



**Practice**  
Guidelines

**Dementia: assessment, management and support: summary of updated NICE guidance**

*BMJ* 2018 ; 361 doi:

<https://doi.org/10.1136/bmj.k2438> (Published 20 June 2018)

Cite this as: *BMJ* 2018;361:k2438

**Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers**

NICE guideline  
Published: 20 June 2018  
[nice.org.uk/guidance/ng9Z](https://www.nice.org.uk/guidance/ng9Z)

© NICE 2018. All rights reserved. Subject to Notice of rights (<https://www.nice.org.uk/terms-and-conditions#notice-of-rights>).



**Visual summary available**  
Pharmaceutical management of dementia, including Alzheimer's disease, dementia with lewy bodies, vascular dementia, frontotemporal dementia, and cognitive impairment caused by multiple sclerosis.



*Acadèmia Mèdica Balear*

**UPDATE**  
**2018**

Article Related Metrics Responses

Infographic



SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA



# YES, WE CAN!

- No son fármacos SÓLO de Neurología:
- Psiquiatras, Geriatrias, MAP y enfermeros de práctica avanzada "expertos" en EA pueden prescribir en UK.



Acadèmia Mèdica Balear

thebmj Visual summary

## Pharmacological management for people with dementia

This infographic summarises NICE guidance on drugs that can be offered as a part of treatment for people with the most common forms of dementia. An individualised approach is necessary owing to the wide variety of symptoms faced by each person with dementia.



### KEY

AChE INHIBITORS	
DON	Donepezil
CAL	Galantamine
RIV	Rivastigmine
MEM	Memantine

### ALZHEIMER'S

	Mild	Moderate	Severe
<b>NEWLY DIAGNOSED PATIENTS</b>	MONOTHERAPY IS RECOMMENDED AS AN OPTION DON, CAL, RIV, MEM	MONOTHERAPY IS RECOMMENDED AS AN OPTION RIV, MEM	MONOTHERAPY IS RECOMMENDED AS AN OPTION MEM
<b>PEOPLE INTOLERANT OF, OR WITH A CONTRAINDICATION TO, AChE INHIBITORS</b>	MONOTHERAPY IS RECOMMENDED AS AN OPTION MEM	MONOTHERAPY IS RECOMMENDED AS AN OPTION MEM	MONOTHERAPY IS RECOMMENDED AS AN OPTION MEM
<b>PEOPLE ALREADY TAKING AN AChE INHIBITOR</b>	MONOTHERAPY IS RECOMMENDED AS AN OPTION MEM	MONOTHERAPY IS RECOMMENDED AS AN OPTION MEM	MONOTHERAPY IS RECOMMENDED AS AN OPTION MEM

Do not stop AChE inhibitors because of disease severity alone

### WHO CAN PRESCRIBE ALZHEIMER'S DRUGS?

<b>FOR PEOPLE NOT ALREADY TAKING:</b>	RIV, DON, CAL, MEM
Only start treatment on the advice of a clinician who has the necessary knowledge and skills, such as:	Other healthcare professionals, if they have expertise diagnosing and treating Alzheimer's disease
Secondary care medical specialists	Psychiatrists, Geriatricians, GP, Nurse consultant, Advanced nurse practitioner

### NON-ALZHEIMER'S

	Mild	Moderate	Severe
<b>PEOPLE WITH DEMENTIA WITH LEWY BODIES</b>	MONOTHERAPY IS RECOMMENDED AS AN OPTION DON, RIV, CAL, MEM	MONOTHERAPY IS RECOMMENDED AS AN OPTION RIV, MEM	MONOTHERAPY IS RECOMMENDED AS AN OPTION MEM
No contraindications	Offer DON, RIV, CAL, MEM	Offer RIV, CAL, MEM	Offer RIV, CAL, MEM
CONTRAINDICATED	CONTRAINDICATED	CONTRAINDICATED	CONTRAINDICATED

**People with VASCULAR DEMENTIA**  
Only consider if they have suspected comorbidity:  
Alzheimer's disease, Parkinson's disease, Dementia with Lewy bodies

DO NOT OFFER  
RIV, DON, CAL, MEM

**People with FRONTOTEMPORAL DEMENTIA or COGNITIVE IMPAIRMENT CAUSED BY MULTIPLE SCLEROSIS**

DO NOT OFFER  
RIV, DON, CAL, MEM

**People with PARKINSON'S DISEASE DEMENTIA**  
For guidance on pharmacological management, see the NICE guideline on Parkinson's disease

Consider  
DON, RIV, CAL, MEM

© 2018 BMJ Publishing group Ltd. Disclaimer: This infographic is not a validated clinical decision aid. This information is provided without any representation or warranty. Any reliance placed on this information is strictly at the user's own risk. For the full disclaimer wording see BMJ's terms and conditions: <http://www.bmj.com/company/pain-informatics/>

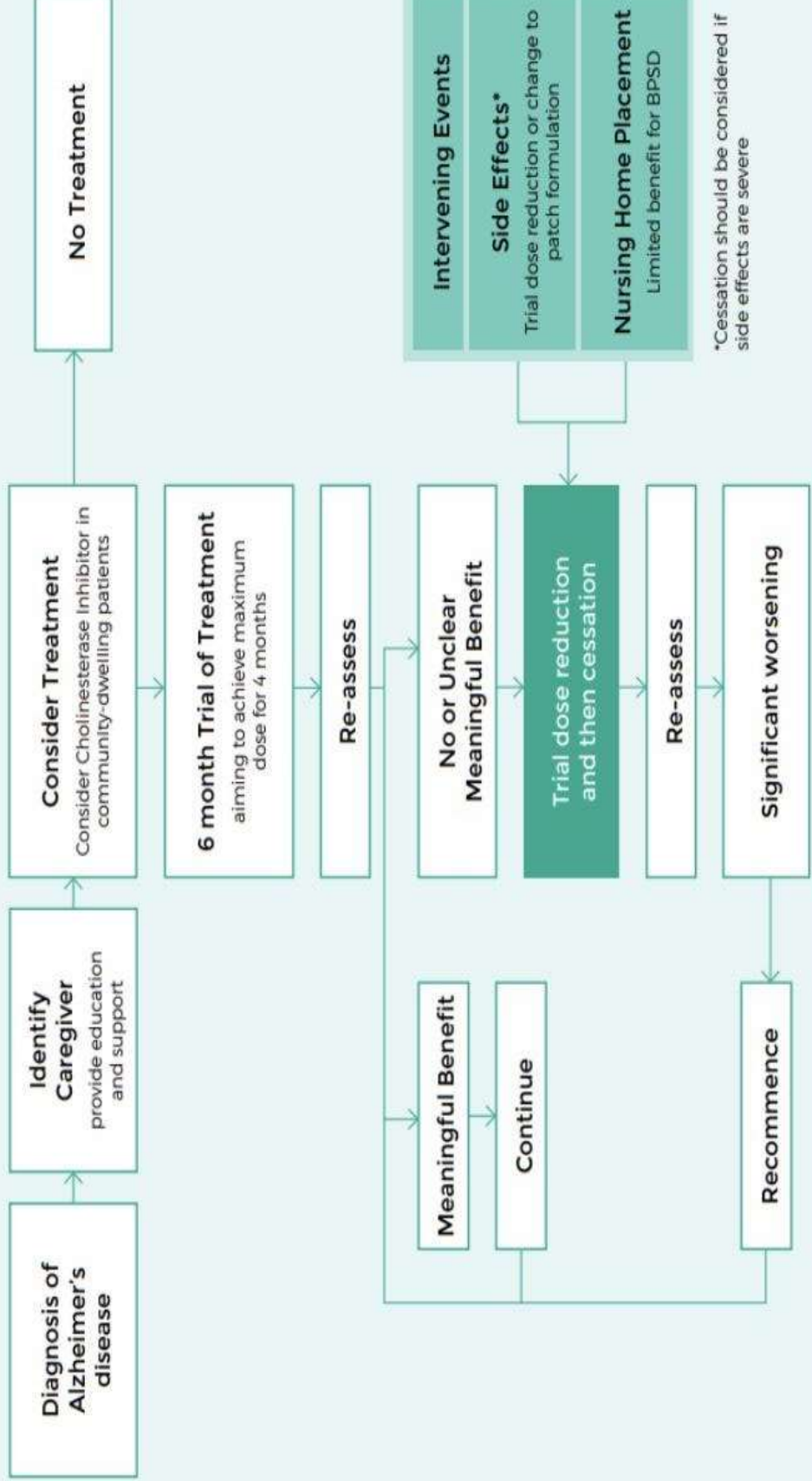
thebmj Read the full article online <http://bit.ly/BMJdeNICE>

See more Visual summaries <http://www.bmj.com/infographics>





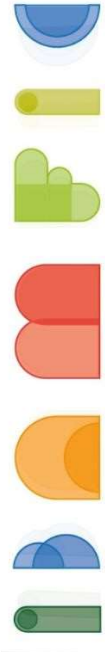
DEPRESCRIBING ALGORITHM



\*Cessation should be considered if side effects are severe



UPDATE  
2018



# Tratamiento de las ALTERACIONES CONDUCTUALES en la DEMENCIA:

- **Criterios de prescripción:** Demencia moderada/grave con + alteraciones conductuales.
- **Descartar precipitantes:** dolor, infecciones, deshidratación, frío/calor, estreñimiento, tóxicos, iatrogenia... **Expresión de necesidades no satisfechas y comunicación.**
- **Evaluación de síntomas:** Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings
- **Indicaciones de tratamiento ANTIPSICÓTICO:**
  - Psicosis: Alucinaciones, ideación o depresión delirante
  - Agresividad: auto y/o heteroagresión
  - Agitación/ Ansiedad



**NO INDICADO:** Apatía, alteraciones del sueño, actividad motora repetida, gritos, lenguaje soez, conducta errática o en sombra, ansiedad vespertina (sundowning), desinhibición sexual, alteraciones de ingesta, micción o excreción, inadecuación en vestido o conducta social...



Acadèmia Mèdica Balear

UPDATE  
2018



SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA

# Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings

Trastorno	No Valorable (Marcar)	Frecuencia	Gravedad	Frecuencia x Gravedad
Delirios		0 1 2 3 4	1 2 3	
Alucinaciones		0 1 2 3 4	1 2 3	
Agitación		0 1 2 3 4	1 2 3	
Depresión / disforia		0 1 2 3 4	1 2 3	
Ansiedad		0 1 2 3 4	1 2 3	
Euforia / júbilo		0 1 2 3 4	1 2 3	
Apatía / indiferencia		0 1 2 3 4	1 2 3	
Desinhibición		0 1 2 3 4	1 2 3	
Irritabilidad / labilidad		0 1 2 3 4	1 2 3	
Conducta motora sin finalidad		0 1 2 3 4	1 2 3	
Puntuación total				

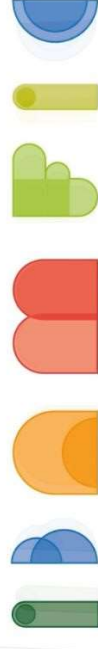
## Puntuación de cada ítem

### Frecuencia:

0. Ausente
1. Ocasionalmente (menos de una vez por semana)
2. A menudo (alrededor de una vez por semana)
3. Frecuentemente (varias veces por semana, pero no a diario)
4. Muy frecuentemente (a diario o continuamente)

### Gravedad:

1. Leve (provoca poca molestia al paciente)
2. Moderada (más molesto para el paciente, pero puede ser redirigido por el cuidador)
3. Grave (muy molesto para el paciente, y difícil de redirigir)



# Tratamiento de las ALTERACIONES CONDUCTUALES en la DEMENCIA:

## INICIO DE TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO:

- Síntomas graves, fracaso de otras opciones, riesgo para paciente o terceros o terceros, angustia significativa para el cuidador.
- Uso controvertido: **Incierto balance riesgo/beneficio: Aumento de mortalidad y eventos cardiovasculares.**
- Primera línea terapéutica: **Estrategias no farmacológicas, fármacos específicos.**
- De elección: **RISPERIDONA**: mejor perfil eficacia/seguridad, menor coste y el **ÚNICO autorizado por la AEMPS** para usar en demencia tipo EA.
- **OLANZAPINA, ARIPIPRAZOL**: evidencia de eficacia. Reservar como alternativa, situaciones especiales.
- **QUETIAPINA**: Demencia de cuerpos de Lewy y Enf. de Parkinson.
- **HALOPERIDOL**: Situaciones agudas (corto plazo) y tratamiento urgente de agitación.



Acadèmia Mèdica

UPDATE  
2018



SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA

**Tabla 1: Características principales de los antipsicóticos**

	Pauta de tratamiento oral	Ajuste IR/IH	Interacciones	Precauciones	Contraindicaciones
<b>Haloperidol</b>	<p><b>Inicio:</b> 0, 5 mg/día en una o dos dosis</p> <p><b>Escalada:</b> Incrementar 0,5 mg cada 1-3 días hasta control de los síntomas.</p> <p><b>Dosis máx:</b> 5 mg al día</p> <p><i>Uso en situaciones agudas (corto plazo)</i></p>	<p>Precaución</p> <p>Ajustar dosis según función renal y/o hepática</p>		<p>Situaciones de prolongación intervalo QT (especialmente dosis altas o vía IM). Realizar un EKG al inicio del tratamiento.</p> <p>Puede agravar glaucoma, HBP y retención urinaria</p>	<p>Estado comatoso.</p> <p>Depresión del SNC.</p> <p>Parkinson. Demencia por cuerpos de Lewy. ICC descompensada.</p> <p>Hipopotasemia no corregida. IAM reciente.</p> <p>Arritmias ventriculares</p>
<b>Risperidona</b>	<p><b>Inicio:</b> 0,25 mg dos veces a al día</p> <p><b>Escalada:</b> Incrementar 0,25 mg por toma días alternos hasta 0,5 mg dos veces al día.</p> <p><b>Dosis máxima:</b> 1 mg dos veces al día</p> <p><b>Retirada:</b> Gradual*</p>	<p>Disminuir 50 %</p>	<p>Antagoniza efecto de la levodopa.</p> <p>Aumento de mortalidad con furosemida (evitar deshidratación).</p>	<p>Efectos extrapiramidales a dosis mayores, poco sedante.</p> <p>Parkinson y demencia por cuerpos de Lewy</p> <p>Aumento de ACV en demencia mixta o vascular</p>	
<b>Olanzapina</b>	<p><b>Inicio:</b> 2,5 mg al día en 1 o 2 dosis (empezar por la noche)</p> <p><b>Escalada:</b> Incrementar 0,25 mg por toma cada 2 días</p> <p><b>Mantenimiento:</b> 2,5-5 mg al día</p> <p><b>Dosis máxima:</b> 10 mg al día</p> <p><b>Retirada:</b> Gradual*</p>	<p>Dosis mayores de 5 mg/día: precaución en IR moderada-grave.</p> <p>En IH puede ser preciso ajustar dosis.</p> <p>Monitorización estrecha</p>	<p>Aumento de niveles con Fluvoxamina y ciprofloxacino (disminuyen metabolismo). Tabaco y carbamacepina pueden disminuir la concentración de olanzapina.</p>	<p>Parkinson. Pacientes con factores de riesgo CV</p> <p>Pacientes diabéticos</p>	<p>Glaucoma ángulo estrecho</p>
<b>Aripiprazol</b>	<p><b>Inicio:</b> 2,5 - 15 mg en dosis única (por la mañana)</p> <p><b>Dosis máxima:</b> 30 mg/día (en ficha técnica) sin datos en demencias</p> <p><b>Retirada:</b> Gradual*</p>	<p>No en IR</p> <p>Precaución en IH moderada</p>		<p>Precaución en pacientes con factores de riesgo CV</p>	
<b>Quetiapina</b>	<p><b>Inicio:</b> 12,5 mg en dos o más dosis al día (1 h antes, o 2 h después, de comidas)</p> <p><b>Mantenimiento:</b> 50-150 mg/24 h</p> <p><b>Dosis máxima:</b> 250 mg al día</p> <p><b>Retirada:</b> Gradual*</p>	<p>No en IR</p> <p>Precaución en IH</p>		<p>Ideas suicidas.</p> <p>Precaución en pacientes con factores de riesgo CV</p>	<p>Pacientes en tratamiento con Antifúngicos tipo azol (ketoconazol, itraconazol) Eritromicina, claritromicina, nefazodona. Inhibidores de la proteasa de VIH</p>



## Antipsychotic Side Effects Comparison (Carnahan)

Drug Brand Name (daily dose range)	Aripiprazole <i>Abilify</i> (2-10 mg)	Haloperidol <i>Haldol</i> (0.25-2 mg)	Olanzapine <i>Zyprexa</i> (2.5-7.5 mg)	Quetiapine <i>Seroquel</i> (12.5-150 mg)	Risperidone <i>Risperdal</i> (0.25-2 mg)
<i>Movement Side Effects</i> <sup>1</sup>	■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■
<i>Central Nervous System</i>					
Sedation	■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■
Confusion, delirium, cognitive worsening	■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■
Worsening psychotic symptoms	0	0	■	0	0
<i>Cardiovascular/Metabolic</i>					
Orthostatic hypotension	■ ■ ?	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ?	■ ■ ?
Edema	■ ■ ?	0	■ ■ ■ ■ ■	0	■ ■ ■ ■ ■
Weight gain/glucose ↑	0	■ ■ ?	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■
Triglyceride ↑	0	0	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	0
<i>Urinary incontinence, UTI</i>	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■

■ = more boxes indicates greater risk. Colors are darker with increasing risk.

■ ? = evidence poor in dementia, but evidence in other conditions indicates some risk

0 = no clear evidence that the drug causes this side effect in a clinically important way, or very rarely

<sup>1</sup> Movement side effects = parkinsonism, akathisia (restlessness), dystonia, tardive dyskinesia



# Tratamiento de las ALTERACIONES CONDUCTUALES en la DEMENCIA:

- Evaluación del tratamiento: cada 2-4 semanas desde el inicio, cada tres meses si es continuado.
  - Evitar **SUJECCIÓN QUÍMICA**: indicaciones revisables y reversibles, mínima dosis eficaz, mínimo tiempo posible, ajustar perfil del fármaco al paciente.
  - **DEPRESCRICIÓN**:
    - No indicada si patología psiquiátrica de base previa.
    - **Tres meses** de tratamiento: Síntomas estabilizados o inadecuación de respuesta.
    - Presencia de **efectos adversos**: indicación de reducción/interrupción.
- Susceptibles: Parkinson, Lewy, ACV, Sd de QT largo, hipopotasemia, hipomagnesemia y fármacos capaces de alargar QT: **macrólidos, antidepresivos tricíclicos.**
- **Enfermedad avanzada**: probable desaparición de sintomatología.



Acadèmia Mèdica Balear

UPDATE  
2018



SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA

# Pacientes con diagnóstico de demencia moderada/ grave (CIE-10)

## Sin alteraciones conductuales

**Prevenir / normas generales:**

- Emplear un tono adecuado de voz.
- Mantener el contacto visual.
- Pautas rutinarias de ejercicio, comida y baño.
- Evitar el deambular errático.
- Mantener al paciente orientado temporalmente.
- Evitar la hiperestimulación.
- Procurar un entorno seguro y bien iluminado, sin espejos, con notas identificativas en puertas del domicilio.
- Programar actividades de distracción y reorientación.
- Proporcionar música del agrado del paciente durante algunas actividades.

## Con alteraciones conductuales

**¿Factores modificables?**  
Dolor, otras patologías co-mórbidas, iatrogenias o secundarismos, uso de tóxicos, desencadenantes ambientales, otros

**SI** → **Tratar / modificar**

**NO**

**Evaluación estructurada (opcional escala NPI)**

- Patrón
- Severidad
- Frecuencia
- Momento de aparición
- Síntomas dominantes

## Optimizar fármacos para deterioro cognitivo y/o comorbilidades

**Tratamiento no farmacológico:**  
Intervenciones conductuales, terapia de reminiscencia, estimulación cognitiva, terapias de estimulación sensorial (musicoterapia, aromaterapia, masaje, fototerapia, terapia asistida por animales...)

**EVALUAR EFICACIA EN 2-4 SEMANAS Y CONTINUIDAD AL MENOS CADA 3 MESES**

**Deambulación, insomnio, conducta inadecuada, depresión, etc.**

**Considerar tratamiento con otros psicofármacos indicados**

**Alteraciones persistentes y graves. Síntomas dominantes:**

**Agitación, agresividad, ideas delirantes y/o alucinaciones.**

**Considerar añadir antipsicóticos (dosis bajas)**



# Tratamiento de las ALTERACIONES CONDUCTUALES en la DEMENCIA:

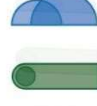
## Pauta de deprescripción de antipsicóticos:

- Retirada lenta y progresiva: **25-50% de la dosis cada 1-2 semanas.**
- **Monitorizar respuesta** cada 1-2 semanas: síndrome de retirada o recaídas.
- Mejor pronóstico si dosis bajas, síntomas menos graves.
- Reportar **posibles beneficios**: Reducción de caídas, mejora: cognitiva, reducción extrapiramidalismos o en alteraciones de la marcha...
- **Reaparición de clínica**: medidas no farmacológicas, revisar medicación previa, desencadenantes o precipitantes.
- **Reinicio de tratamiento**: Dosis mínima eficaz. **Repetir** intento deprescripción a los tres meses. **DOS INTENTOS DE DEPRESCRIPCIÓN POR PACIENTE**
- **DECISIÓN COMPARTIDA** con familiares y cuidadores respecto a beneficio/riesgo.



Acadèmia Mèdica Balear

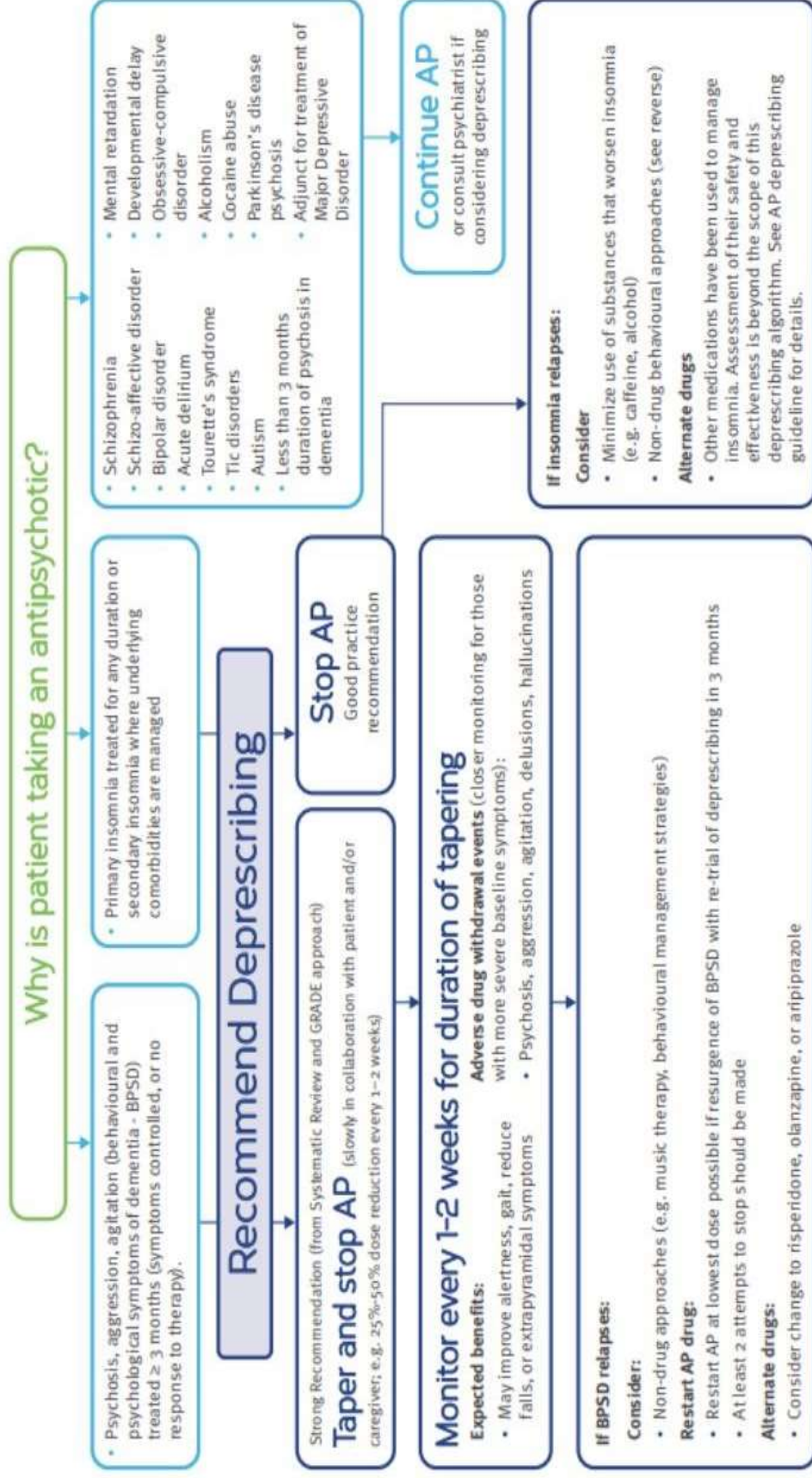
UPDATE  
2018



SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA

**Figure 1**

## Antipsychotic (AP) Deprescribing Algorithm



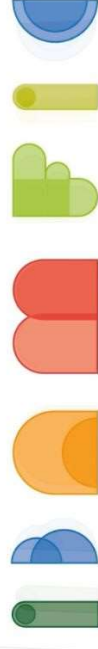
# SOBREUTILIZACIÓN DE ANTIPSICÓTICOS

- Margen terapéutico estrecho, modesta eficacia, efectos adversos múltiples.
- **Frecuente uso en indicaciones no autorizadas** por agencias reguladoras. EEUU: 60% sin psicopatología registrada.
- **MÁS CAROS:** promoción comercial indebida e ilegal. EEUU: multas millonarias repetidas a farmaindustria por parte de agencia reguladora.
- **Risperidona:** único autorizado en demencia, uso puntual: **6 semanas**.
- **Quetiapina:** **Uso no autorizado en insomnio**. No hay pruebas de su eficacia, efectos secundarios más graves: hipotensión ortostática, acatisia. **Incremento de mortalidad incluido en ficha técnica: de 3,2 a 5,5%.**
- Cataluña, 2015: Mayores de 70 años: 9,4% recibió algún antipsicótico, el **33%** de los ingresados en residencias los toma de modo continuado.
- **Criterios CHROME** (Chemical Restraints Avoidance Methodology): Eliminación de sujeción química en las personas con demencia institucionalizadas, mediante uso **racional, seguro y legal** de psicofármacos.



Acadèmia Mèdica Balear

UPDATE  
2018



SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA

# ¿CÓMO DEBEMOS ACTUAR?

## CONTEXTO ACTUAL

el 90% de las PERSONAS con DEMENCIA RECIBEN PSICOFARMACOS CON PREDOMINIO DE FÁRMACOS de ALTO RIESGO

**¡es INADMISIBLE!**

ALTO RIESGO

BAJO BENEFICIO

especialistas

BENZODIACEPINAS NEUROLÉPTICOS

TRATAMIENTOS SIN DIAGNÓSTICO NEUROPSIQUIÁTRICO

EFECIO DÉBIL en la AGRESIVIDAD Y SINTOMAS PSICÓTICOS

↑ AUMENTO de la MORTALIDAD Y RIESGO VASCULAR

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS & CONDUCTUALES de la DEMENCIA

EXPERTOS de ESPAÑA HAN ELABORADO LOS CRITERIOS

### CHROME

Chemical Reappraisals of Olanzapine Metabolites

OFRECE UNA METODOLOGÍA AUDITABLE PARA LA ELIMINACIÓN DE LAS SUCESIONES QUÍMICAS PARA UNA PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS DE CALIDAD

FAMILIA

ES NECESARIO DOTAR DE RECURSOS MATERIALES Y FORMATIVOS

CUIDADORAS

SUJECCIÓN de la QUÍMICA

AL CORRECTO MANEJO

Hay que hacer una REEVALUACIÓN CONTINUA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

→ DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO NEUROPSIQUIÁTRICO

→ CONTEXTO de CUIDADOS ÓPTIMOS

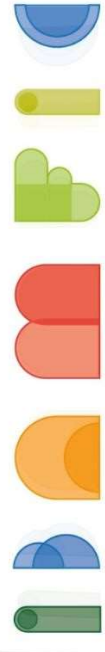
¿OPCIONES de FÁRMACOS?

- 1º ANTIDEPRESIVOS  
PROCURAR RETIRAR A LOS 6-12 MESES
- 2º NEUROLÉPTICOS ATÍPICOS  
PROCURAR RETIRAR A LOS 2-3 MESES
- 3º HIPNÓTICOS  
PROCURAR RETIRAR A LOS 1-2 SEMANAS



Acadèmia Mèdica Balear

UPDATE 2018



SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA

by muxotepotelebat

# CONCLUSIONES

- El **5% de los mayores de 65 años** presenta diagnóstico de demencia en Baleares
- **Hasta un 35%** de casos relacionadas con **factores de riesgo modificables**.
- Las manifestaciones clínicas son **múltiples, crónicas y de inicio insidioso**.
- Requieren **abordaje multidisciplinar** para diagnóstico y tratamiento.
- Se recomienda la **búsqueda activa** de casos en poblaciones de alto riesgo.
- Un cribado normal **no excluye** la demencia.
- **El manejo adecuado de fármacos es clave en el diagnóstico y tratamiento de las demencias**.
- La carga **anticolinérgica elevada** provoca aumento de alteraciones cognitivas, demencia, caídas y morbilidad sobretodo en pacientes frágiles y polimedcados.
- Si se detecta ineficacia sostenida de los **fármacos antidecencia**, deberíamos **intentar deprescripción**, tras consensuar ensayo con familiares y cuidadores del paciente.
- Las indicaciones de **tratamiento antipsicótico** en paciente con demencia y alteraciones conductuales son escasas y limitadas en tiempo. Se debe intentar **deprescribir** siempre que sea posible.
- Quetiapina **no está indicada en insomnio** y aumenta la mortalidad.



## ¿Por qué es importante la demencia y su tratamiento farmacológico en AP?

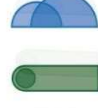
- a) Tenemos pocos casos y se asocian al envejecimiento de la población...poco que prevenir...
- b) El abordaje de las demencias es más social que médico...poca clínica sobre la que intervenir...
- c) El tratamiento es escasamente eficaz, se prescribe desde Neurología y necesita visado...poco fármaco que conocer...

**d) Ninguna de las anteriores**



*Acadèmia Mèdica Balear*

**UPDATE  
2018**

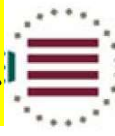


SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA

# ¿Por qué es importante la demencia y su tratamiento farmacológico en AP?

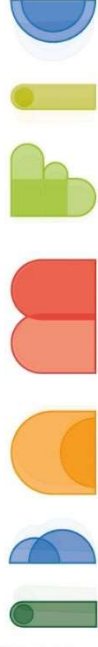
- a) Tenemos **MUCHOS** casos y **NO SÓLO** se asocian al envejecimiento de la población...**MUCHO** que prevenir...
- b) El abordaje de las demencias es **MULTIDISCIPLINAR...**  
**MUCHA CLINICA** sobre la que intervenir...
- c) El tratamiento es escasamente eficaz, se prescribe desde Neurología y necesita visado...**HAY MUCHO FÁRMACO** fármaco que conocer desde AP...

**d) Ninguna de las anteriores**



Acadèmia Mèdica Balear

**UPDATE**  
**2018**



SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA

# Bibliografía

- Recomendaciones para la detección, el proceso diagnóstico y la derivación del paciente con deterioro cognitivo-conductual. Protocolo de demencia del Servicio de Salud de las Islas Baleares. 2018.
- OMS, Diciembre 2017: DEMENCIA. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Guía oficial de la práctica clínica en demencia. SEN, Noviembre 2018.
- Càrrega anticolinèrgica: Pensem-hi. BIT, vol 29, nº8, 2018.
- Dementia: assesment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE guidelines. Published on Juny 2018 [nice.org.uk/guidance/ng97](https://www.nice.org.uk/guidance/ng97).
- El rincón de Sísifo: Prescripción y deprescripción de fármacos para la demencia, Prescripción y deprescripción de antipsicóticos en ancianos con demencia (1 y 2).
- Procure evitar los neutolèpticos fuera de la psiquiatria. Butlletí Groc: Enero-Marzo 2017. Vol.30, nº 1.
- Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra. Año 2017, Vol 25, nº 2.





# Actualització 2018



*Acadèmia Mèdica Balear*

**UPDATE  
2018**



SOCIETAT BALEAR DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA