

PROTOCOLO INTERNIVELES PARA EL USO FÁRMACOS NEUROLÉPTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEMENCIA

JUSTIFICACIÓN

El manejo de la Demencia debe estar coordinado entre Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Atención Sociosanitaria.

Los objetivos del tratamiento son la mejora de la calidad de vida del paciente y cuidador, el retraso del deterioro cognitivo, la prevención de trastornos del estado de ánimo y de la conducta y el tratamiento de las complicaciones (caídas, fracturas, úlceras de cúbito, infecciones, reacciones adversas a medicamentos).

Hoy en día, no existe ningún tratamiento capaz de curar o prevenir la Demencia.

ACUERDOS

1) El tratamiento específico lo instaurará el FEA Medicina Interna, de acuerdo con la siguiente clasificación:

- I. ESTADÍO FUNCIONAL LEVE (GDS-FAST 3-4): Inhibidores de la Acetilcolinesterasa (ACH): Donezepilo, Galantamina, Rivagtismina.
- II. ESTADÍO FUNCIONAL MODERADO (GDS-FAST 5): Inhibidores de la Acetilcolinesterasa (ACH): Donezepilo, Galantamina, Rivagtismina + Memantina.
- III. ESTADÍO FUNCIONAL GRAVE (GDS-FAST 6): Memantina.
- IV. ESTADÍO FUNCIONAL MUY GRAVE (GDS-FAST 7): Sin tratamiento específico.

2) El tratamiento específico incluirá:

PRINCIPIO ACTIVO	INDICACIONES AUTORIZADAS
DONEZEPILO CLORHIDRATO	Tratamiento sintomático de la E. Alzheimer en sus formas leves a moderadas.
GALANTAMINA	Tratamiento sintomático de la E. Alzheimer en sus formas leves a moderadas.
MEMANTINA HIDROCLORURO	Tratamiento sintomático de la E. Alzheimer en sus formas moderada-grave a grave.
RIVAGTISMINA	Tratamiento sintomático de la E. Alzheimer en sus formas leves a moderadas. Tratamiento sintomático de la demencia leve o moderada en pacientes con E. Parkinson idiopática.

3) Instauración del tratamiento:

- I. El tratamiento será instaurado por el FEA de Medicina Interna.
- II. Una vez establecido el tratamiento, el paciente será evaluado por el Enfermero de Enlace cada 6 meses según la Escala Deterioro Global (GDS-FAST) (Anexo I). Si se produce una variación del estadio funcional del paciente, el Enfermero de Enlace remitirá un informe (Anexo II) al Médico de Atención Primaria, quién dejará constancia en DIRAYA de la evaluación y se remitirá al Servicio de Medicina Interna del Área para que sea evaluada su continuidad, cese o cambio de tratamiento, si fuese necesario.
- III. El informe realizado por el FEA de Medicina Interna será remitido a la UGC Farmacia del Área para su visado cada 6 meses.

4) Tratamiento de las alteraciones conductuales:

- I. *Indicación de tratamiento por psicosis/agitación: Antipsicóticos.* Han demostrado su eficacia en los síntomas psicóticos de las demencias. También son útiles, aunque en menor medida, en el control de la agitación y de otras alteraciones conductuales. Los estudios que comparan los distintos antipsicóticos no arrojan diferencias de eficacia. Su elección se basa en el perfil de efectos adversos. Los antipsicóticos atípicos (Risperidona)

tienen un mejor perfil en cuanto a los efectos parkinsonizantes de este grupo. El uso durante más de 6 semanas de Risperidona aumenta el riesgo de ACV en pacientes ancianos.

- II. *Benzodiazepinas*. Menos eficaces que los anteriores en el control de la agitación aunque son superiores a placebo.
- III. *Anticonvulsivantes*. Carbamazepina y Valproato parecen eficaces en ensayos abiertos para el control de la agitación, labilidad emocional e irritabilidad.
- IV. *Indicación de tratamiento por trastornos de sueño*. Escasos estudios sobre el tratamiento de estos trastornos. Se pueden recomendar antipsicóticos a dosis bajas, benzodiazepinas de semivida corta, Zolpidem y Zopiclona o Clometiazol.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Proceso Asistencial Integrado DEMENCIAS. Consejería de Salud Junta de Andalucía.
- 2) Donezepil, Galantamine, Rivastigmine and Memantine for the treatment of Alzheimer's disease. Review of NICE technology appraisal guidance 111 2011.
- 3) INFAC. Enfermedad de Alzheimer, 2010; 18 (6).

(ESCALA DE DETERIORO GLOBAL GDS-FAST)

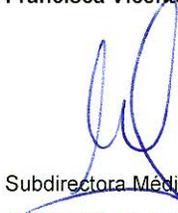
Estadio	Fase clínica	Características FAST	Comentarios
GDS 1. Ausencia de déficit cognitivo	Normal MEC: 30-35	Ausencia de déficit funcionales objetivos o subjetivos.	No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo
GDS 2. Déficit cognitivo muy leve	Normal para su edad. Olvido MEC: 25-30	Déficit funcional subjetivo	Quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3. Déficit cognitivo leve	Deterioro límite MEC: 20-27	Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas y que generalmente lo observan familiares y amigos	Primeros defectos claros. Manifestación en una o más de estas áreas: <ul style="list-style-type: none"> • Haberse perdido en un lugar no familiar • Evidencia de rendimiento laboral pobre • Dificultad para recordar palabras y nombres • tras la lectura retiene escaso material • olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor • escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido El déficit de concentración es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva. La negación como mecanismo de defensa o el desconocimiento de los defectos, empieza a manifestarse. Los síntomas se acompañan de ansiedad leve moderada
GDS 4. Déficit cognitivo moderado	Enfermedad de Alzheimer leve MEC: 16-23	Déficits observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales o planificación de comidas cuando hay invitados	Defectos manifiestos en: <ul style="list-style-type: none"> • olvido de hechos cotidianos o recientes • déficit en el recuerdo de su historia personal • dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7. • incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas Frecuentemente no hay defectos en: <ul style="list-style-type: none"> • orientación en tiempo y persona • reconocimiento de caras y personas familiares • capacidad de viajar a lugares conocidos Labilidad afectiva Mecanismo de negación domina el cuadro
GDS 5. Déficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad de Alzheimer moderada MEC: 10-19	Decremento de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones	Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el aseo ni en la comida, pero sí para elegir su ropa Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares) Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos
GDS 6. Déficit cognitivo grave	Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave MEC: 0-12	Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse; específicamente, pueden identificarse 5 subestadios siguientes: a) disminución de la habilidad de vestirse solo b) disminución de la habilidad para bañarse solo c) disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo d) disminución de la continencia urinaria e) disminución de la continencia fecal	Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir Retiene algunos datos del pasado Desorientación temporo espacial Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria Puede presentar incontinencia Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos Ritmo diurno frecuentemente alterado Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva)
GDS 7. Déficit cognitivo muy grave	Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0	Pérdida del habla y la capacidad motora Se especifican 6 subestadios: a) capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras b) capacidad de habla limitada a una única palabra c) pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda d) pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda e) pérdida de la capacidad para sonreír f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulación Con frecuencia se observan signos neurológicos

Gracia Fernández Moya



Director Gerente
AGS Norte de Almería

Francisca Vicente Martínez



Subdirectora Médica
AGS Norte de Almería

Francisco Sierra García



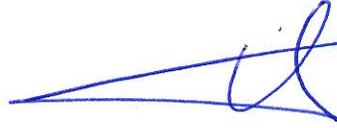
Director UGC Farmacia
AGS Norte de Almería

Pedro Carrillo Aslacio



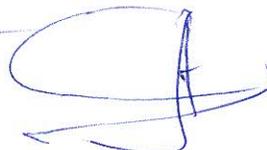
Director UGC Medicina Interna
AGS Norte de Almería

Juan Francisco Masegosa



FEA Medicina Familiar y Comunitaria
AGS Norte de Almería

Javier Juan Pérez



Enfermero de Enlace
AGS Norte de Almería

