

---

## **GUÍA DETERIORO COGNITIVO ÁREA A CORUÑA**

---

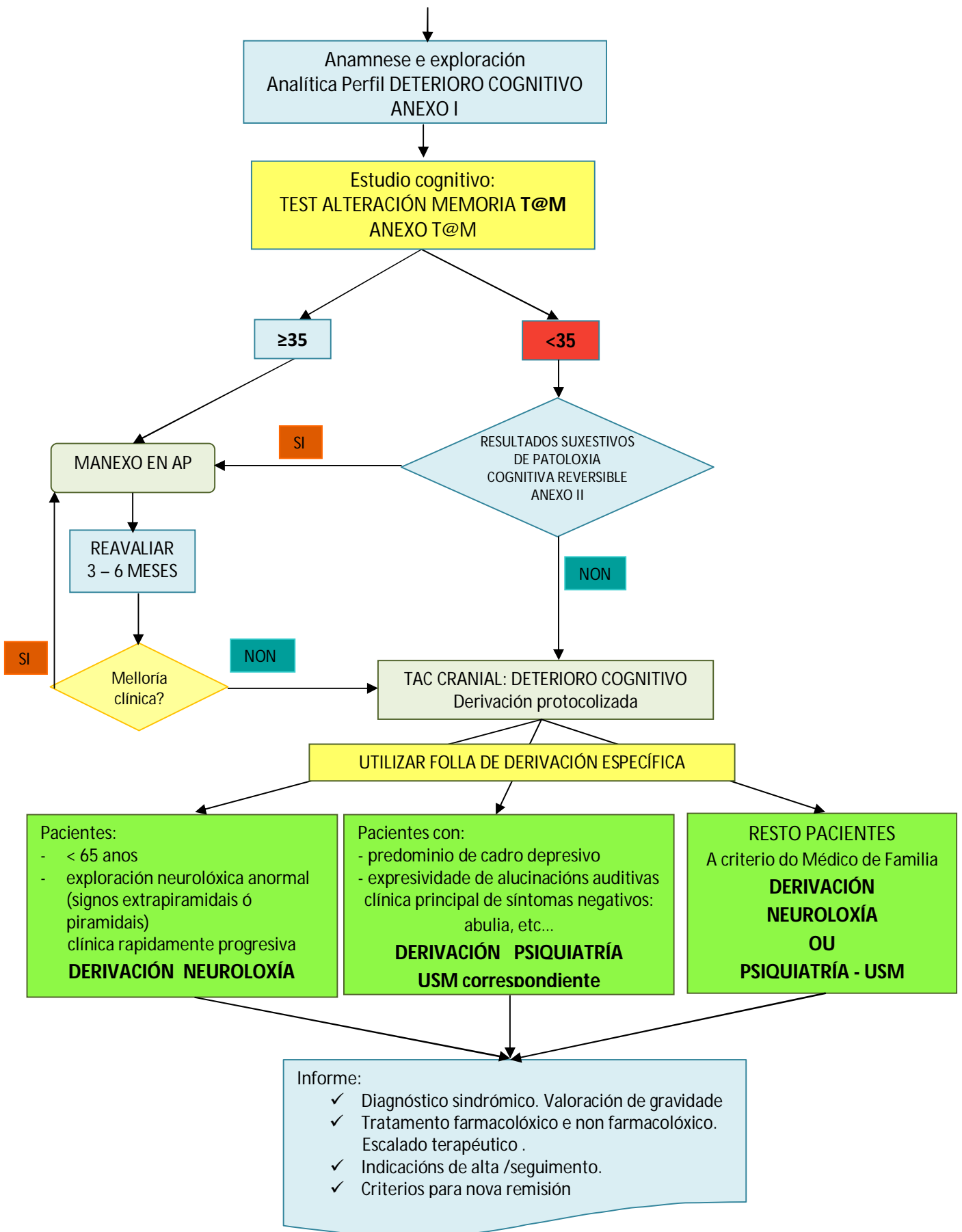
## GUIA DETERIORO COGNITIVO ÁREA A CORUÑA

### SIGNOS DE ALARMA DETERIORO COGNITIVO (DC):

Valorar deterioro cognitivo se o paciente presenta **un ou varios** dos seguintes síntomas de alarma de forma continuada nos últimos 3 meses.

<b>1. Perdida de memoria para feitos recentes que afectan as actividades básicas da vida diaria do paciente.</b>
Dificultade para reter feitos ou conversacións recentes, preguntar o mesmo unha e outra vez, ademais da dificultade para atopar obxectos cotiáns [p. ex., gafas, chaves...]
<i>Qué é normal?: esquecer unha cita ou un nome e recordalo despois.</i>
<b>2. Dificultade na realización das tarefas cotiás, na casa, no traballo ou ocio.</b>
O paciente deixa – ou cústalle levar a cabo- tarefas cotiás debido a que non as entende, non coordina certas operacións [p. ex., para manexar un electrodoméstico que previamente manexaba] ou ben non recorda cómo se levan a cabo [p. ex., cociñar, conducir].
<i>Qué é normal? Necesitar axuda ocasionalmente para programar un aparato.</i>
<b>3. Problemas ca linguaxe.</b>
Dificultades na denominación ou na comprensión da linguaxe falada ou escrita. Dificultade para manter unha conversa ou seguila, o que tende a illalos.
<i>Qué é normal? Dificultade ocasional en encontrar unha palabra concreta adecuada.</i>
<b>4. Desorientación en tempo e espazo.</b>
Non recorda o día da semana no que está ou o ano; non sabe en qué piso estamos dun edificio ou se desorienta por lugares previamente coñecidos do seu lugar habitual de residencia. A desorientación topográfica é un síntoma a ter en conta [o paciente, durante algúns segundos, refire encontrarse perdido nun lugar coñecido e non saber por onde ten que ir ou cara onde dirixirse]. Teñen problemas para entender algo que non este ocorrendo agora mesmo.
<i>Qué é normal? A confusión momentánea co día do mes ou da semana que logo podemos racionalizar</i>
<b>5. Dificultade no pensamento abstracto ou capacidade de xuízo.</b>
Se perde o simbolismo do número [non logran levar as contas] e a capacidade de resolver novos problemas que xurdan na vida cotiá. Dificultade para tomar decisións sobre todo co diñeiro.
<i>Qué é normal? Tomar unha decisión incorrecta nun momento concreto illado.</i>
<b>6. Cambio de carácter ou alteración do comportamento.</b>
Irritabilidade, "cabezonería", cambios de humor. Se volven confusos, suspicaces, deprimidos, ansiosos con medo. Se enfadan con facilidade fora da súa "zona confort" .
<i>Qué é normal? Certa irritabilidade cando rompen a túa rutina</i>
<b>7. Cambios na personalidade previa.</b>
Suspiciacia, desconfianza, inseguridade.
<b>8. Perdida da iniciativa.</b>
O paciente tende a apatía [chegando incluso a abulia], con tendencia a non realizar máis alá das labores máis habituais. Abandona os seus hobbies, actividades sociais, proxectos e deportes. Inicia retirada da maioría das actividades sociais.
<i>Qué é normal? Sentirse algunhas veces farto do traballo, familia e actividades sociais</i>
<b>9. Problemas para entender imaxes visuais e relacións espaciais.</b>
En algúns pacientes ter problemas visuais é un signo de enfermidade de Alzheimer. Dificultades para ler, xulgar distancias e determinar cores e contrastes. Poden non recoñecerse nun espello ou pensar que aí alguén máis na habitación.
<i>Qué é normal? Problemas visuais que poden explicarse por clínica oftalmolóxica.</i>
<b>10. Colocar cousas en sitios inhabituais e perder a capacidade de encontrar onde as deixou.</b>
Perden cousas e a habilidade de volver atrás sobre os seus propios pasos para atopalas. Elo comeza a ocorrer con máis frecuencia e acusan a outros de que lles rouban.
<i>Qué é normal? Perder algo ocasionalmente.</i>

**PACIENTE CON SIGNOS DE ALARMA DETERIORO COGNITIVO**



## TRATAMENTO

### A-TRATAMENTO NON FARMACOLÓXICO: (Ver ANEXO III e RECOMEDACIÓNS XERAIS)

Son estratexias terapéuticas dirixidas aos aspectos biopsicosociais, complementarias ao tratamento farmacolóxico para conseguir os obxectivos terapéuticos de:

- Atrasar a deterioración cognitiva
- Mellorar o estado funcional, potenciando as actividades da vida diaria
- Mellorar o control dos síntomas non cognitivos
- Optimizar a calidade de vida do enfermo e do cuidador
- Adaptar a contorna física ao enfermo

### B-TRATAMENTO FARMACOLÓXICO (Ver ANEXO IV):

Obxectivo: Tratamento sintomático co que se pretende manter e enlentecer o DC e controlar os desaxustes emocionais e do comportamento.

#### 1.- Medicamentos destinados a manter as funcións cognitivas

a- Inhibidores da colinesterasa: Donepezilo, rivastigmina, galantamina. Indicacións restrinxidas a:

- Enfermidade de Alzheimer probable ou posible en estadios de gravidade leve a moderada
- Tratamento sintomático da demencia leve ou moderada en pacientes con enfermidade de Parkinson idiopática: rivastigmina en solución oral e en cápsulas (a formulación en parches non ten aprobada esta indicación).

Existen datos de utilización dos anticolinesterásicos noutras demencias, inda que non están autorizados pola Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS).

b- Bloqueador dos canais do calcio asociados ao receptor NMDA (N-metil-D-Aspartato): Memantina.

Indicacións restrinxida a: pacientes con enfermidade de Alzheimer probable ou posible en estadio moderado a grave.

#### 2.- Terapia para os trastornos psicolóxicos e do comportamento (axitación, depresión, manía, insomnio, ...)

### CRITERIOS NOVA REMISIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA:

- VALORACIÓN SUSPENSIÓN TRATAMENTO DESTINADO A MANTER AS FUNCIÓNS COGNITIVAS:  
CRITERIOS DE RETIRADA DA MEDICACION:

Se considera que un paciente non se beneficia dos tratamentos para o deterioro cognitivo se existe:

- Empeoramento do paciente (só en demencia grave). GDS 6-7 (Anexo V) , Con índice de Barthel < 40 (ver anexo específico)
- Reaccións adversas graves aos medicamentos.
- Presenza de patoloxía que contraindiquen os tratamentos.
- Ausencia de resposta a medicación.

- PROGRESIÓN INHABITUAL E/OU APARICIÓN DE SINTOMATOLOXÍA COGNITIVA, CONDUCTUAL, NEUROLÓXICA OU SISTÉMICA INESPERADA OU XERALMENTE NON ASOCIADA AO DIAGNÓSTICO, QUE POÑA EN DÚBIDA OU DIAGNÓSTICO INICIAL.

- SOSPEITA DE CLÍNICA COMICIAL

- INTOLERANCIA OU EFECTOS SECUNDARIOS NON ESPERADOS AO TRATAMENTO

- EMPEORAMENTO SEVERO QUE XUSTIFIQUE AXUSTE OU MODIFICACIÓN DO TRATAMENTO: APARICIÓN DE CLÍNICA CONDUCTUAL – NEUROPSIQUIÁTRICA NON CONTROLABLE COA MEDICACIÓN ACTUAL DO PACIENTE.

- EXPLICACIÓN DE CRITERIOS DE RETIRADA DA MEDICACIÓN AO COIDADOR PRINCIPAL.

Para facilitar o cumprimento da guía e resolver dúbidas e interconsultas sobre deterioro cognitivo con compromiso de resposta rápida, nos Servizos de referencia os contactos son:

**Neuroloxía:** - Vía mail a la dirección: [demencia.neurologia.chuac@sergas.es](mailto:demencia.neurologia.chuac@sergas.es)

- Teléfono: 298701 Dra. Pérez Sousa: Mércores e venres laborables de 13.00 a 14.00 h

**Psiquiatría:** - USM correspondiente

## ANEXO I ANAMNESE E EXPLORACIÓN CLÍNICA

### 1. Antecedentes persoais.

- a. Hábitos tóxicos: Consumo de tabaco, alcohol, etc.
- b. Factores de risco cardiovascular : HTA, DM, Cardiopatía Isquémica (angor ou infarto), Ictus,
- c. Enfermidade pulmonar, Hepatopatía, VIH
- d. Déficit sensoriais.
- e. Tratamentos farmacolóxicos.

### 2. Nivel educativo e capacidades previas.

### 3. Antecedentes familiares: Principalmente, antecedentes de demencia.

### 4. Descrición dos síntomas do DC:

- a. Inicio e evolución dos síntomas
  - b. S. Cognitivos: memoria, orientación, linguaxe, etc.
  - c. S. Conductuais: ánimo, personalidade, problemas de comportamento, etc.
- Si se sospeita trastorno depresivo se recomenda confirmalo con un test de Yesavage

### 5. Repercusión funcional do DC.

### 6. Exploración física xeral:

- a. Tensión arterial
- b. Auscultación cardíaca ( frecuencia cardíaca, arritmias, soplos)
- c. Auscultación de vasos do colo

### 7. Exploración neurolóxica básica: signos de focalidade.

- a. Focalidade motora o sensitiva
- b. Movements anormais (tremor , corea, mioclonías)
- c. Valoración da marcha (parkinsoniana, atáxica, etc)
- d. Reflexos arcaicos (presión, glabellar, succión, hociqueo)
- e. Reflexos e sensibilidade ( valorar vibratoria en EI)

## PROBAS COMPLEMENTARIAS

### ECG

#### ANALÍTICA:

- SOLICITAR PERFIL DETERIORO COGNITIVO no apartado outras determinacións en tanto non conste no volante. Inclúe: Hemograma, Glicosa, Creatinina, Colesterol, GPT, Ións, Calcio, TSH, Vitamina B12 e ácido fólico.
- Se houbera sospeita clínica que o xustifique: seroloxía de sífilis (probos treponémicas) seroloxía de VIH e niveis de fármacos ou tóxicos.

#### TAC CRANIAL: Ten por obxectivo:

- Descartar causas tratables de demencia
- Avaliar anomalías estruturais que favorezan o diagnóstico do tipo de demencia

Cando estea indicada a derivación: solicitar TAC CRANIAL especificando PROTOCOLO DETERIORO COGNITIVO (Enviar a petición a Radioloxía Hospital A Coruña).

## ANEXO II ETIOLOXÍA DEMENCIAS:

### ABORDABLES POR ATENCIÓN PRIMARIA

Enfermidades dexenerativas	Demencias infecciosas
Enfermidade de Alzheimer	Complexo demencia SIDA
Demencia con corpos de Lewy	Enfermidade de Creutzfeldt-Jakob
Enfermidade de Huntington	Neurolúes
Demencia frontotemporal	Panencefalite esclerosante subaguda
Parálise supranuclear progresiva	Encefalite herpética
Dexeneración corticobasal	Enfermidade de Whipple
Enfermidade de Parkinson	Meningoencefalite crónica ( brucela, TBC)
Atrofas multisistémicas	Abcesos cerebrais
Heredoatáxicas	<b>Desmielinizantes</b>
Dexeneración cerebrais focais	Esclerose múltiple
<b>Vasculares</b>	<b>Demencias de orixe metabólico</b>
Multiinfarto	<b>Hipoglicemia crónica</b>
Estado lacunar	<b>Hipo ou hipertiroidismo</b>
Enfermidade de Binswanger	<b>Hipo ou hiperparatiroidismo</b>
Anxiopatía hereditarias	<b>E. de Addison / E. de Cushing</b>
Vasculite	Encefalopatía hepática
Encefalopatía anóxica	Dexeneración hepatolenticular (E. de Wilson)
Hemorraxia cerebral	Insuficiencia renal
<b>Carenciais</b>	Encefalopatía hipóxica /hipercápnica-hipoxica
<b>Déficit de vitamina B12</b>	<b>Demencias tóxicas</b>
<b>Déficit de folatos</b>	Demencia alcohólica
<b>Déficit de vitamina B1</b>	E. De Marchiafava-Bignami
<b>Neoplásicas</b>	Intoxicación metais (chumbo, mercurio, aluminio, manganeso ,arsénico, talio )
Síndromes paraneoplásicos	Compostos orgánicos
Tumores cerebrais primarios ou metastásicos	Demencias por medicamentos (litio, metotrexate, hidantoínas, ácido valproico...)
Meninxite carcinomatosa	
<b>Traumáticas</b>	<b>Outras</b>
Hematoma subdural crónico	Hidrocefalia normotensiva
Demencia postraumática	Epilepsia
Demencia puxilística	Sarcoidosis cerebral

## ANEXO III: TRATAMENTO NON FARMACOLÓXICO

### Estimulación cognitiva recomendada segundo estadio evolutivo:

Tipo de estimulación	GDS 3-4	GDS 5	GDS 6	GDS7
Estimulación cognitiva específica	+	+		
Modificación do contorno	+	+	+	+
Axuda gradual en ABVD		+	+	+
Manexo condutual	+	+	+	+
Actividades lúdicas	+	+	+	+
Orientación a realidade	+	+	+	
Reminiscencia	+	+	+	
Musicoterapia	+	+	+	+

ABVD: actividades básicas de la vida diaria. Modificado de: Olazarán J, Muñiz R. Estimulación cognitiva posible y recomendable. En Martínez Lage JM, Del Ser T, eds. Alzheimer 2004: la pragmática necesaria. Madrid: aula médica,2004;361-374

A intervención non farmacolóxica iníciase coa valoración integral do paciente: biomédica, funcional, cognitiva, afectiva, condutual e socioambiental.

Valoración da patoloxía concomitante: especial atención a procesos que provoquen ou favorezan trastornos condutuais: dor, alteracións sensoriais: hipoacusia, visión

Os programas deben estar adaptados ao nivel cognitivo e ao grao de tolerancia á frustración de cada paciente. As asociacións de pacientes e familiares ofertan moitas delas.

A American Psychiatric Association clasificou os diferentes tipos de terapia non farmacolóxica:

#### Terapias de enfoque emocional:

Reminiscencia provocada	Estimula a memoria e o estado anímico no contexto da súa historia vital	Beneficios modestos en memoria, conduta, cognición
Terapia de validación	Crear técnicas de comunicación con empatía e respecto, trato individualizado, interpretar cada conduta do paciente como manifestación de conflitos sen resolver que pode ser reflexo de vivencias anteriores. Non discutir co enfermo. Utilizar comunicación non verbal	Algún estudo observacional suxire poida ter algún beneficio en melloría afectiva
Integración sensorial	Snoezelen: estimulación multisensorial	Beneficio modesto en mellorar a conduta o ánimo
Terapia de presenza estimulada:	Baséase nas teorías da adherencia e implica escoitar voces gravadas dos familiares e seres máis próximos do paciente con Alzheimer	Beneficio en reducir a ansiedade e comportamentos desafiantes
Psicoterapia de soporte	Sesións de psicoterapia	

#### Terapias de enfoque condutual:

Identificar as causas e consecuencias de condutas problemáticas	Para planificar cambios na contorna que as minimicen estas condutas e as súas consecuencias.	Beneficios para diminuír ou eliminar as condutas problemáticas (agresividade...)
Terapias dirixidas a fomentar unha maior independencia e autonomía do paciente	Traballar en aspectos de autocoidado, continencia, intervención no medio: medidas de seguridade no domicilio e contorna. Identificación do paciente	Beneficios na funcionalidade e autoestima do paciente.
Terapias para reducir os trastornos de conduta	Deambulación, axitación: exercicio físico; insomnio: medidas de hixiene do sono.	O seu beneficio mantense ao longo do tempo

#### Terapias de aproximación cognitiva:

Terapia de orientación a realidade	Estímulos e informacións repetidas para tratar a alteración temporoespacial e da persoa	Beneficios cognitivos e a nivel de conduta parece ser necesario un programa continuado no tempo. Pode producir frustración
Psicoestimulación cognitiva	Terapia ocupacional. Remotivación, adestramento da memoria, pistas evanescentes. Programas de rehabilitación e adestramento das funcións cognitivas informatizados.	Beneficios cognitivos pero parecen transitorios

**Terapias de aproximación á estimulación:** Beneficio modesto en mellorar a conduta, o ánimo e, en menor grao, o funcionamento do paciente. Melloría nas rutinas da vida diaria do paciente

Masaxe e toque terapéutico	Uso de masaxes manuais para unha redución inmediata e a curto prazo do comportamento axitado e a suma do toque terapéutico ao estímulo verbal para comer e así normalizar a inxesta nutricional
Actividades recreativas	Xogos, mascotas
Terapias artísticas	Musicoterapia, Arteterapia, Danzoterapia

#### Terapias dirixidas a cuidadores:

Psicoterapia de apoio	Para diminuírle tensión e previr a aparición de trastornos psicopatolóxicos: axuda a aceptar o diagnóstico e afrontar con realismo as limitacións, axuda a aceptar o cambio de rol, implícalo na adaptación do medio. Reforzo da autoestima.
Programas educativos	Formación en nutrición, prevención de caídas, hixiene, tratamento da incontinencia, manexo do inmovilismo, tratamento da disfasia.
Grupos de soporte y autoayuda	Constituídos por outros familiares cuidadores e dirixidos por un profesional, xeralmente na contorna de asociacións de familiares

**ANEXO IV: TRATAMENTO FARMACOLÓXICO:**
**1.- Medicamentos destinados a manter as funcións cognitivas:**
**Táboa 1. Características farmacolóxicas dos inhibidores da acetilcolinesterasa e da memantina**

	Anticolinesterásicos			Memantina
	Donepezilo	Rivastigmina	Galantamina	
Nome comercial	Aricept®	Exelon®/Prometax®	Reminyl®	Axura®/Ebixa®
Presentación comercial	Comprimido recuberto Comprimido FLAS	Cápsula Solución oral Parche transdérmico	Cápsula liberación controlada Solución oral	Comprimido recuberto Solución oral
Dose inicial	5 mg/24 h (antes de deitarse)	Cápsula/Sol.: 1, 5 mg/12 h (almorzo e cea) Parche: 4,6 mg/24 h	8 mg/24 h (almorzo) Sol. oral: 4 mg/12 h	5 mg/24 h
Aumento de dose	As 4 semanas da dose inicial	Cápsula/Sol.: As 2 semanas da dose inicial (1,5 mg/2 semanas) Parche: As 4 semanas da dose inicial (9,5 mg/24 h)	Cada 4 semanas	Semanal (5 mg/semana)
Dose mantemento	10 mg/24 h (antes de deitarse)	Cápsula/Sol: 3-6 mg/12 h Parche: 9,5 mg/24 h	16 - 24 mg/24 h (almorzo) Sol. oral: 8 - 12 mg/12h	20 mg/24 h IR moderada <sup>2</sup> : 10-20 mg/día IR grave <sup>2</sup> : 10 mg/día
Dose máxima	10 mg/24 h	6 mg/12 h (Parche: 9,5 mg/24h)	24 mg/día	20 mg/24 h
Contraindicación		Insuficiencia hepática grave	Insuficiencia hepática e/ou renal grave	Risco de psicose si se administra con dextrometorfano, amantadina, Fenitoina; evitar a administración concomitante
Precaucións	<u>Enfermidade do seno ou trastornos da condución cardíaca supraventricular ou medicamentos que ↓ frecuencia cardíaca.</u> Risco de retención urinaria, antecedentes de enfermidade ulcerosa, a tratamento con AINES, Asma/EPOC,	<u>Úlcus gastroduodenal activo, Enfermidade do seno ou trastornos da condución cardíaca supraventricular.</u> Risco de retención urinaria e convulsións, Asma/EPOC	<u>Enfermidade do seno ou trastornos da condución cardíaca supraventricular ou medicamentos que ↓ frecuencia cardíaca,</u> enfermidade cardiovascular (IAM, FA,...) Asma/EPOC, Intervención cirúrxica	Epilepsia, historia de crises convulsiva ou con factores de risco de epilepsia. Factores que ↑ pH urinario (ex. medicamentos, infección tracto urinario Proteus). Antecedentes IAM, ICC, hipertensión non controlada
Efectos adversos	Náuseas, vómitos, diarrea, anorexia e perda de peso	Náuseas y vómitos (menor frecuencia con parche), diarrea, anorexia e perda de peso Parche: Eritema leve - moderado. Caps/Solo ral: Mareos, axitación, somnolencia, tremor, confusión,...	Náuseas, vómitos, diarrea, anorexia e perda de peso	Alucinacións, confusión, vertixe, fatiga, dor de cabeza, psicose
Observacións		Si se observan reaccións adversas (náuseas, vómitos, dor abdominal, perda de apetito), diminución do peso ou empeoramento de síntomas extrapiramidais (ex tremor) en pacientes con demencia asociada ao Parkinson durante o tratamento: valorar a omisión de 1 ou mais doses, reducir a dose ou suspender o tratamento. Si se suspende o tratamento durante varios días, débese reiniciar coa dose de inicio (1,5 mg/12 h ou 4,6 mg/24 h no caso dos parches) para reducir a incidencia de efectos adversos (ex. Vómitos)	A administración con alimentos e unha escalación da dose a intervalos de 4 semanas reduce a incidencia de efectos adversos gastrointestinais (náuseas, vómitos). Se debe considerar unha redución da dose en pacientes a tratamento con inhibidores potentes do CYP 2D6 ou do 3A4.	Todos aqueles factores que aumenten o pH urinario poden requirir unha monitorización rigorosa do paciente.

EA: Enfermidade de Alzheimer; <sup>1</sup> Posoloxía para a formulación en solución oral (almorzo e cea). <sup>2</sup>IR (Insuficiencia renal) *moderada*: aclaramento Creatinina 30-49 ml/min; *grave*: aclaramento Creatinina 5-29 ml/min.

Adaptada de: González Rodríguez VM et al. SEMERGEN, 2008;24(2):87-90 y "Abordaje de la demencia". Guía de actuación en la coordinación. Atención primaria-Neurología



**Táboa 2. Interaccións farmacocinéticas/farmacodinámicas**

Interaccións	Donepezilo Aricept®	Rivastigmina Exelon®/Prometax®	Galantamina Reminyl®	Memantina Axura®/Ebixa®
Metabolización	Hepática (CYP3A4 y 2D6)	Periférica	Hepática (CYP3A4 y 2D6)	Renal
Alimentos	Non interfiren	Administrar con alimentos	Administrar con alimentos. Asegurar inxesta adecuada de líquidos	Non interfiren
Ketoconazol	↑	-	↑	-
Itraconazol	↑	-	-	-
Eritromicina	↑	-	↑	-
Rifampicina	↓	-	-	-
Fluoxetina	↑	Non interacción	↑	-
Paroxetina	↑	-	↑	-
Sertralina	Non interacción	-	-	-
Diazepam		Non interacción		
Fenitoina	↓	-	-	Risco de psicose con Fenitoina
Carbamazepina	↓	-	-	
Barbitúricos				Reduce efecto de barbitúricos
Neurólépticos	Risperidona non interacciona con donepezilo	-	-	Reduce efecto de neurólépticos
Antiespasmódicos (baclofeno)	-	-	-	Modifica efecto antiespasmódico
Levo-dopa	-	-	-	Aumenta efecto L-dopa
Alcohol	↓	-	-	-
Digoxina	Non interacción	Non interacción	Potencia o efecto vagotónico	-
Amiodarona	-	-	Potencia o efecto vagotónico	-
Bloqueantes de canais calcio	-	Non interacción	Potencia o efecto vagotónico	-
β-bloqueantes	potencia efecto β-bloqueante	Non interacción	Potencia o efecto vagotónico	-
Relaxantes musculares do tipo succinilcolina	Potencia efecto relaxante	Potencia efecto relaxante	Aumenta la relaxación muscular	-
Warfarina	Non interacción	Non interacción	Non interacción	↑ INR
Atropina	-	-	Potencia efecto de galantamina. Evitar a administración conxunta	-
Ketamina, Amantadina, Dextrometorfano	-	-	-	Risco de psicose

↑: aumentan as concentracións do anticolinesterásico con risco de incremento de reaccións adversas

↓: reduce as concentracións do anticolinesterásico

**Táboa 3. Efectos adversos dos inhibidores da acetilcolinesterasa**

Efecto adverso	Donepezilo	Rivastigmina	Galantamina
Náuseas	++	++	++
Vómitos	+++	+++	++
Diarrea	++	+	+
Dor abdominal	+	++	+
Anorexia	+	+++	++
Astenia, fatiga, miastenia	++	+++	
Cambres musculares	+++		
Perda de peso	+	+++	++
Mareo, síncope	+	++	+
Insomnio	+		

Tomada de: Tuneu L et al. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico de los pacientes con Alzheimer. En: [http://www.stada.es/uploads/guia/GUIA\\_ALZHEIMER.pdf](http://www.stada.es/uploads/guia/GUIA_ALZHEIMER.pdf)

**Táboa 4. Custe tratamento/día e custe tratamento/ano**

CUSTE TRATAMENTO	Anticolinesterásicos			
	Donepezilo Aricept®	Rivastigmina Exelon®/Prometax®	Galantamina Reminyl®	Memantina Axura®/Ebixa®
Dose/día	10 mg/24 h	3 - 6 mg/12 h Parche: 9.5 mg/24 h	8 - 12 mg/12 h Caps: 16 - 24 mg/24h	20 mg/24 h
c/Día (€)	4,16	3,23* - 3,5* Parche: 3,33	2,76 - 4,14 Caps: 3,68 - 4,16	3,7
c/ANO (€)	1.519	1.179* - 1.277* Parche: 1.215	1.007 - 1.511 Caps: 1.343 - 1.518	1.360

\*cálculo en base ao custe medio das presentacións

## 2.-Terapia para os trastornos psicolóxicos e do comportamento (axitación, depresión, manía, insomnio, ...)

### a).- Trastornos psicóticos, agresividade e axitación:

Antipsicóticos: deben utilizarse para tratar a axitación ou a psicose en pacientes con demencia tras fracaso a outras medidas non farmacolóxicas

- Antipsicóticos típicos (haloperidol): presentan efectos secundarios extrapiramidais (parkinsonismo e discinesia tardía) polo que orixinan rixidez, inmovilidade e caídas con aumento significativo da morbilidade. No son de elección en demencias. Poderían utilizarse no manexo agudo (ex. Delirium) e a curto prazo.
- Antipsicóticos atípicos: permiten tratar síntomas negativos e positivos de trastornos psicóticos con menos efectos extrapiramidais e anticolinéxicos.
- Risperidona (0,5-2 mg/día): Único aprobado para a indicación de trastornos conductuais no paciente con demencia. Mellora a psicose e a agresividade. Alerta de maior risco de accidente cerebrovascular (alerta da AEMPS, 2004)
- Quetiapina (25-150 mg/día): Mellor perfil en canto a efectos extrapiramidais. Recomendado en psicose ou axitación de pacientes con parkinsonismo.
- Olanzapina (5 mg/día): Provoca maior sedación. Alerta de maior risco de accidente cerebrovascular e incremento de mortalidade (alerta da AEMPS, 2004).

Alerta AEMPS, 2004: Entre os riscos que comportan a súa utilización se sinala que existe maior risco de accidente cerebrovascular en pacientes a tratamento con Risperidona e Olanzapina, así como un incremento de mortalidade respecto a placebo no caso de Olanzapina. Para o resto dos fármacos Antipsicóticos os datos dispoñibles ata a data son limitados e non permiten descartar ou confirmar diferenzas con Risperidona ou Olanzapina en relación co aumento de risco de accidente cerebrovascular.

Antipsicótico	Indicacións aprobadas en Ficha Técnica
Risperidona	Tratamento a curto prazo (ata 6 semanas) da agresión persistente que pode aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que non responden a outras medidas non farmacolóxicas e cando aí un risco de dano para eles mesmos ou para os demais.
Quetiapina	-Esquizofrenia. -Tratamiento do trastorno bipolar - Para o tratamento dos episodios maníacos moderados a graves no trastorno bipolar - Para o tratamento dos episodios depresivos maiores no trastorno bipolar. - Para a prevención da recorrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuxo episodio maníaco ou depresivo teña respondido o tratamento con quetiapina.
Olanzapina	- Esquizofrenia - Tratamiento do episodio maníaco de moderado a severo. - Prevención das recaídas en pacientes que presentan trastorno bipolar que teñan respondido ao tratamento con Olanzapina durante o episodio maníaco

**Táboa 5. Custe tratamento/día e custe tratamento/ano dos Antipsicóticos**

	Posoloxía	Custe tratamento/año	Dispoñible EFX	Prezo de referencia
Risperidona	0,5-1 mg/12 h	80,66 -161,33	SI	SI
Quetiapina	25 - 150 mg/día	49,76 - 299 € (EFG) 190 - 1.140 € (marca)	SI	SI
Olanzapina	5 mg/día	896,8 €	NO	NO

b).- Trastornos da afectividade:

**b.1) Ansiedade:**

- Benzodiazepinas: Se recomenda utilizar as de vida media curta (lorazepam) ou intermedia (alprazolam). Eficaces no control dos síntomas, nas condutas de axitación e nos trastornos do sono.

Utilizar unicamente durante as crises, xa que seu uso prolongado predispón a perda de eficacia e aparición de efectos adversos: somnolencia, ataxia, risco de caídas, deterioro da función cognitiva e aumento da ansiedade por mecanismo paradóxico. Cando se considere o seu uso se debe facer a menor dose posible e sempre de forma temporal. O tratamento se instaure progresivamente e pódese manter como máximo de 4 a 6 semanas. Se recomenda a suspensión gradual.

Principio Activo	Dose Inicial	Rango de dose
Alprazolam	0,25	0,25 – 1,25 mg
Lorazepam	0,5 mg	0,5 - 3 mg

- Trazodona: pode ser adecuado a situacións asociadas a ansiedade e trastornos do sono, podendo utilizarse en dose única nocturna.

**b.2).- Tratamiento para a depresión**

- Inhibidores selectivos da recaptación da serotonina (ISRS): Antidepressivos de elección

Citalopram (20 – 40 mg/día): indicado en depresión e patoloxía vascular

Fluoxetina (10 – 40 mg/día): es el mas parkinsonizante e estimulante

Paroxetina (10 – 50 mg/día): capacidade sedante e con efecto anticolinéxico

Sertralina ( 50 – 200 mg/día): é o menos anorexixeno

Escitalopram: 10 mg/día (máximo: 20 mg/día)

- Outros Antidepressivos: Venlafaxina (75-150 mg/día), mirtazapina (15-30 mg/día), Trazodona (50-200 mg/día), Duloxetina (60 mg/día, máx. 120 mg/día)

Evitar os Antidepressivos tricíclicos por os seus efectos anticolinéxicos.

c).- Tratamentos para trastornos do sono:

- Clometiazol
- Zolpidem, zopiclona: pacientes con insomnio transitorio
- Benzodiazepinas de vida media curta
- Neurolépticos a doses baixas
- Trazodona
- Mirtazapina: pacientes con insomnio y depresión.

**3.- Outros tratamentos:** En algúns estudos se teñen publicado efectos protectores de antioxidantes (vitamina E e selegilina), estrógenos, hipolipemiantes, antiinflamatorios e noótropicos, no hai actualmente evidencia da súa eficacia.

**ANEXO V**

**ESCALA GLOBAL DEL DETERIORO (GDS) REISBERG ET AL. (1982, 1988)**

Estadio	Déficit cognitivo	Características clínicas
1	Inexistente	Normal
2	Moi Leve	Esquecementos subxectivos, exploración normal
3	Leve	Dificultade no traballo, na comunicación verbal ou ao recorrer lugares pouco familiares; detectable pola familia; déficit sutil de memoria na exploración
4	Moderado	Diminución da capacidade para viaxar, para contar ou para recordar acontecementos recentes
5	Moderadamente grave	Necesita axuda para elixir a roupa; desorientación en tempo ou espazo; recorda peor o nome dos seus netos
6	Grave	Necesita supervisión para comer e asearse, posible incontinencia; desorientación en tempo, espazo e posiblemente en identidade.
7	Moi Grave	Pérdida importante da capacidade verbal, incontinencia e rixidez motora

**Grupo consenso:** Jesús Alberdi Sudupe, Mercedes Bahamonde Sánchez, Manuel Barral Castro, José Breijo Devesa, Jesús Caeiro Castela, Manuel Espiñeira Álvarez, Carmen Lema Devesa, Eva López Álvarez, José Lora Martínez, José Marey López, Catia Martínez Barjas, Ana Martínez Bugallo, Angel Martínez Muñiz, M<sup>a</sup> José Pereira Rodríguez, Ángeles Porta Sánchez, Javier Prieto Cebreiro, Manuel Serrano Vázquez, Carlos Vázquez Ventoso.

**Bibliografía:**

- Alberca R. Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer. pp:309-325. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Alberca R., Lopez-Sousa S. Editorial médica Panamericana 2002. Madrid
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> ed (DSMIV). Washington, DC, APA, 1994
- American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimers disease and other dementias. Arlington (VA): American Psychiatric Association (APA);2007 Oct. 85 p
- Arriola E. Tratamiento no farmacológico de las demencias. En Gil Gregorio P ed. Actualización en demencias..Madrid: meditex, 2001; 89-126
- Berthier.ML. Tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer.pp:227, 235, 237-247 en: Alzheimer 2002. teoría y práctica. Martínez Lage JM, Berthier Torres M, Editores. Aula Médica Ediciones. 2002. Madrid
- Brañas Baztan F, Serra Rexach JA. Orientación y tratamiento del anciano con demencia. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2002;26.
- Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, Orrell M, Spector A. Rehabilitación cognitiva y entrenamiento cognitivo para la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular de estadio temprano (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008
- Crismon ML. Pharmacokinetics and drugs interactions of cholinesterase inhibitors administered in Alzheimer"s disease. *Pharmacotherapy* 18: 47-54. 1998
- Davis RN, Massman PJ, Doody RS. Cognitive intervention in Alzheimer Disease: A Randomized Placebo- controlled study. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2001; 15:1-9
- Doody RS, Stevens JC, Beck C, Dubinsky RM, Kaye JA, Gwyther L, et al. Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review): report of de Quality Standars Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001; 56:1154-66
- Erkinjuntti T, Kurz A, Gauthier S, Bullock R, Lilienfeld S, Damaraju CV. Efficacy of galantaminein probable vascular dementia and Alzheimer's disease combined with cerebrovascular disease: a randomised trial. *Lancet* 2002;359: 1283-90
- Farlow et al. Memantine/Donepezil Dual-therapy is superior to Placebo/Donepezil therapy for treatment of moderate to severe Alzheimer's Disease. *Neurology* 2003, vol 60 Suppl 1 (S 48)
- Gauthier S, Cummings J,et al. Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*.2010 May;22(3): 346-72. Epub 2010 Jan 25.
- González Rodríguez VM et al. Abordaje de la demencia" Guia de actuación en la coordinación. Atención Primaria-Neurología. SEMERGEN, 2008;24(2):87-90
- Herrmann N. Recommendations for the management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Can J Neurol Sci* 2001; 28: suppl 1:96-107
- Knopman DS, Morris JC. An update on primary drug therapies for Alzheimer disease. *Arch Neurol* 54:1406-1409. 1997
- Kunik ME, Yudofsky SC, Silver JM, Hales RE: Pharmacologic approach to management of agitation associated with dementia. *J Clin Psychiatry* 1994; 55(Feb suppl): 13-17
- Loizaga Arnaiz C. Sobrecarga familiar e intervenciones con la familia. En Martín Carrasco ed. La enfermedad de Alzheimer: Un trastorno neuropsiquiátrico. Barcelona: ars medica, 2004; 191-203.
- Olazarán J, Muñiz R. Estimulación cognitiva posible y recomendable. En Martínez Lage JM, Del Ser T, eds. Alzheimer 2004: la pragmática necesaria. Madrid: aula médica, 2004; 361-374.
- Risperidona: riesgo de episodios isquémicos cerebrales en pacientes con demencia. Restricción de las condiciones de uso. 10 mayo 2004. Alerta AEMPS. En: <http://www.aemps.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/risperidona.htm>
- Rovira G. Tratamiento no farmacológico. En Fort I ed. Atención a la demencia. Visión integradora de la geriatría. Barcelona: nexus medica editores, 2007;59-67.
- Salzman C. Treatment of the agitation of late-life psychosis and Alzheimer. *Eur. Psychiatry* 2001 Jan;16
- Samall GW, Rabins PV, Barry PP, et al. Diagnosis and treatment of Alzheimer Disease and related disorders. Consensus statement of the American Association of Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's. Association and the American Geriatrics Society. *JAMA* 1997; 278: 1363-1371
- Schneider LS, Pollack VE, Lyness SA: A metaanalysis of controlled trials of neuroleptic treatment in dementia. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38:553-563
- Spector A, Thorgrmsem L, Woods B, et al.Efficacy of an evidence- based cognitived stimulation therapy programme for people with dementia: randomiced controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2003; 183: 248-54.
- Tàrraga L. Tratamiento no farmacológico de las demencias. En Alberca R, López-Pousa S eds. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.4<sup>a</sup> ed.Madrid: Médica panamericana, 2010; 83-99.
- Tuneu L et al. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico de los pacientes con Alzheimer. En: [http://www.stada.es/uploads/guia/GUIA\\_ALZHEIMER.pdf](http://www.stada.es/uploads/guia/GUIA_ALZHEIMER.pdf)
- Van Iersel MB, Zuidema SU, Koopmans RT, Verhey FR, Olde Rikkert MG. Antipsychotics for behavioural and psychological problems in elderly people with dementia: a systematic review of adverse events. *Drugs Aging* 2005; 22:845-58