

IV Jornada de debat sobre eficàcia i seguretat en la utilització de medicaments

CONCLUSIONS

TAULA RODONA I:

Abordatge Terapèutic dels Trastorns Mentals i Neurològics més Prevalents en Gent Gran

IV Jornada de debat sobre eficàcia i seguretat en la utilització de medicaments

TRACTAMENT FARMACOLÒGIC DE LA MALATIA D'ALZHEIMER

1.- Només tenim a l'abast tractament simptomàtic, el futur proper està en la recerca de substàncies amb capacitat d'actuar sobre el dipòsit beta amiloide. Disposem de fàrmacs (IACEs i memantina) que han demostrat la seva eficàcia en estudis doble-cec, amb milloria lleu en símptomes cognitius, funcionals i conductuals, però aquests beneficis no queden totalment reflectits en la majoria de pacients tractats.

2.- Un dels problemes més greus en el maneig de les demències, és aconseguir el control dels trastorns conductuals, atès l'impacte personal i familiar que provoquen. En aquesta línia, en situacions lleus, serà fàcil millorar la situació amb indicacions i/o tractaments no farmacològics, però ens trobem en un dilema terapèutic quan considerem necessària l'utilització d'altres fàrmacs d'eficàcia no demostrada i amb efectes adversos coneguts greus.

IV Jornada de debat sobre eficàcia i seguretat en la utilització de medicaments

TRACTAMENT FARMACOLÒGIC DELS TRASTORNS AFECTIUS I D'ANSIETAT

- 1.- La depressió és un dels TM més prevalent i representa el major percentatge de pèrdua d'anys de vida ajustats per discapacitat de tots els TM. Els trastorns d'ansietat no són només un augment de l'ansietat normal ni una resposta normal a l'estrés.**
- 2.- El principal problema d'aquests trastorns radica en les dificultats pel diagnòstic, ja sigui per infra o sobrediagnòstic.**
- 3.- Es disposa de fàrmacs eficaços però el compliment i l'adequació del tractament (GPC) continuen essent els problemes pendents. En moltes ocasions el millor tractament és la combinació de tècniques de psicoteràpia amb psicofàrmacs (ISRS) durant el temps necessari.**

IV Jornada de debat sobre eficàcia i seguretat en la utilització de medicaments

ABORDATGE NO FARMACOLÒGIC EN DEMÈNCIES I TRASTORNS PSICOGERIÀTRICS

1.- S'hauria de potenciar des dels diferents recursos i àmbits sanitaris i socio-sanitaris públics, la consolidació dels tractaments no farmacològics en general i les intervencions cognitivo-conductuals (models cognitivo-conductuals) en particular, per l'abordatge tant dels trastorns psicogeriàtrics com de les demències (tant pel que fa als SPCD, com als dèficits cognitius i funcionals).

2.- Incorporar als professionals de la Psicologia dins dels diferents àmbits assistencials com l'agent dinamitzador per a l'abordatge no farmacològic dels trastorns mentals i neurològics.

IV Jornada de debat sobre eficàcia i seguretat en la utilització de medicaments

Recomanacions per l'Abordatge Terapèutic dels Trastorns Mentals en Persones Grans Institucionalitzades:

**Trastorns de l'Estat d'Ànim, Trastorns
d'Ansietat, Insomni i altres trastorns
associats**

IV Jornada de debat sobre eficàcia i seguretat en la utilització de medicaments



July 2009

Recomanacions per a l'abordatge terapèutic dels trastorns mentals en persones grans institucionalitzades

Recomanacions per a l'abordatge terapèutic dels trastorns mentals en persones grans institucionalitzades



July 2009

IV Jornada de debat sobre eficàcia i seguretat en la utilització de medicaments

Antecedents I

➤ Els TM són més prevalents en gent gran institucionalitzada (DD) i es manifesten amb característiques especials en aquesta franja de població (presentació clínica del trastorn i solapament amb certes manifestacions psicopatològiques pròpies de l'envelliment).

➤ Dificultats en l'abordatge farmacològic:

- canvis fisiològics (hepàtic, renal,.....) → fcc/fcd
- malalties cròniques i d'altres específiques de la vellesa:

pluripatologia complexa → polimediació → PRM (psicofàrm)

IV Jornada de debat sobre eficàcia i seguretat en la utilització de medicaments

Antecedents II

- **Programa de millora de la prescripció en RG (any 2002):**
 - **Constatació d'una gran variabilitat en els patrons d'utilització dels recursos terapèutics per part dels professionals ubicats en aquest àmbit assistencial.**
 - **Demanda dels professionals.**
 - **Els psicofàrmacs representen més del 50% dels recursos farmacològics consumits en centres residencials (75 m).**

IV Jornada de debat sobre eficàcia i seguretat en la utilització de medicaments

Objectiu

- **Elaborar un conjunt de recomanacions dirigides a orientar als professionals sanitaris, en l'àmbit residencial geriàtric, en la presa de decisió per a la resolució dels problemes de salut mental més prevalents.**
- **Incorporar criteris d'efectivitat, seguretat i eficiència en la selecció de les alternatives terapèutiques disponibles.**
- **Afavorir el consens entre professionals.**

IV Jornada de debat sobre eficàcia i seguretat en la utilització de medicaments

Característiques I

➤ Equip multidisciplinari (geriatres, psiquiatres, neuròlegs, metges d'AP, metges de RG, farmacèutics i farmacòlegs).

➤ Metodologia mixta:

- **abordatge inicial del trastorn (DSM-IV)**

definicions, epidemiologia, avaluació, diagnòstic i criteris de derivació i objectiu terapèutic (escales de cribratge i algorismes diagnòstics).

- **abordatge terapèutic**

evidència científica (escassa en població geriàtrica institucionalitzada),
experiència clínica i consens.

Tractament: abordatge no farmacològic, farmacològic, quadre de selecció (pa., indicació, dosi inici, manteniment i màxima, ff, pauta admin., efg, observacions) i consideracions generals tractament farmacològics (inici, durada, seguiment...)

IV Jornada de debat sobre eficàcia i seguretat en la utilització de medicaments

I. TRASTORNS DE L'ESTAT D'ÀNIM

A-TRASTORNS AFECTIUS DEPRESSIUS

PATOLOGIA I CLASSIFICACIÓ (SEGONS DSM-IV):

DEPRESSIÓ MAJOR (F32.X) episodi únic (F32.1) o repetitiu (F32.2)

DEPRESSIÓ MENOR (F32.8 altres episodis depressius i F33.8 altres trastorns depressius recurrents)

DISTIMIA (F34.1)

DEPRESSIÓ SECUNDÀRIA A MALALTIES SOMÀTIQUES (F06.3x)

DEPRESSIÓ INDUÏDA PER FÀRMACS (F1x.8)

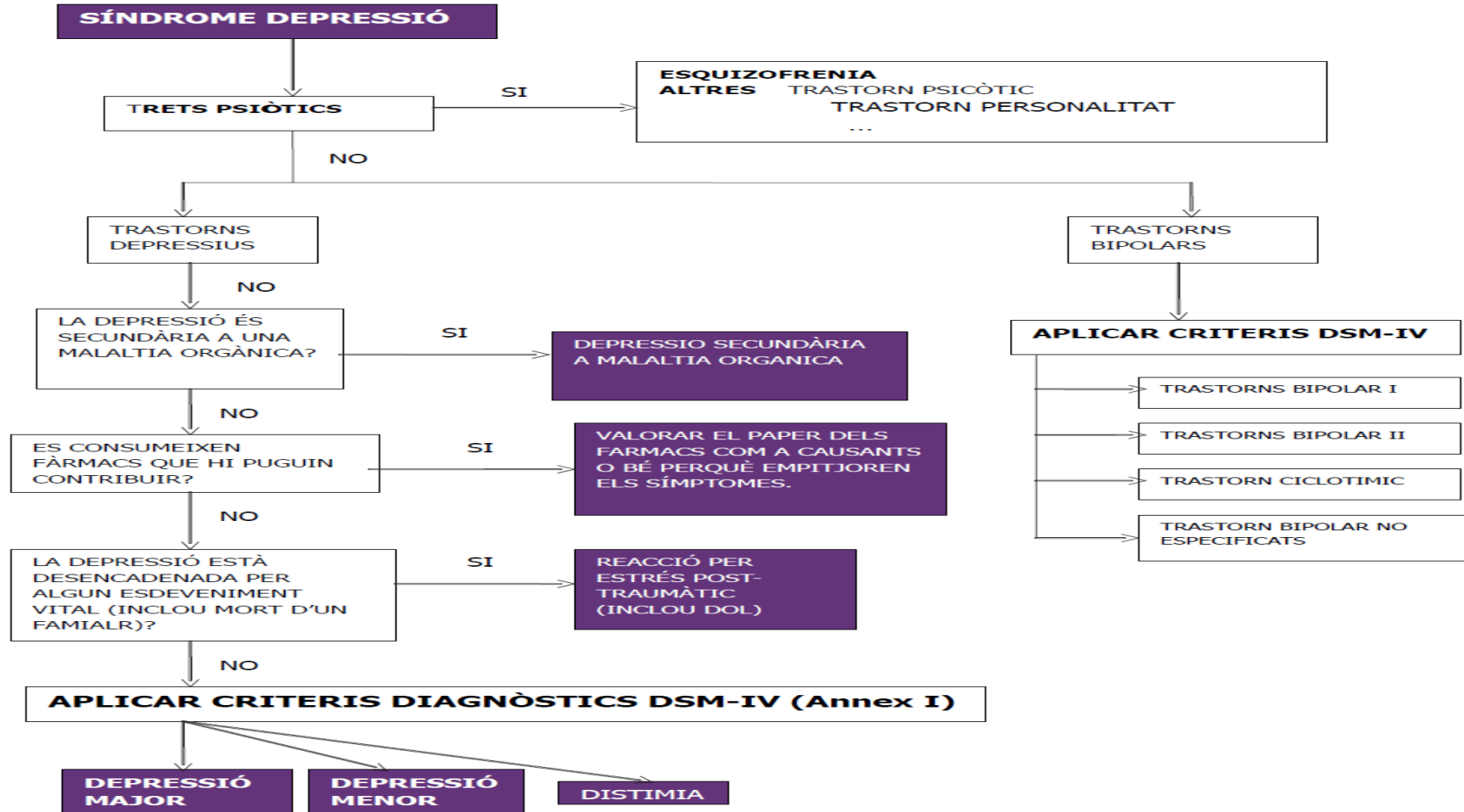
DOL I DOL COMPLICAT (F43.1)

DEFINICIONS

Un trastorn afectiu depressiu cursa amb una disminució de l'estat d'ànim del pacient i reducció de l'energia, el nivell

IV Jornada de debat sobre eficàcia i seguretat en la utilització de medicaments

ABORDATGE DIAGNÒSTIC INICIAL DELS TRASTORNS DE L'ESTAT D'ÀNIM



IV Jornada de debat sobre eficàcia i seguretat en la utilització de medicaments

OBJECTIUS TERAPÈUTICS

- 1) Millorar i superar els símptomes de la depressió
- 2) Evitar les recaigudes i les recurrències.
- 3) Evitar el risc de suïcidi, atès que constitueix la complicació més greu que poden presentar aquests malalts. Per això és important la derivació **urgent** en cas de sospita.
- 4) Tractar la comorbiditat associada i altres factors que poden ser precipitants o que poden contribuir a l'aparició o el manteniment dels símptomes.
- 5) Millorar la qualitat de vida relacionada amb la salut, afavorir la incorporació a les tasques habituals i normalitzar les relacions socials i familiars.

L'abordatge en la gent gran exigeix, més que mai, intervencions multidisciplinàries i una avaluació molt més acurada del diagnòstic i de les estratègies que s'han d'adoptar, juntament amb la implicació tant del pacient com de la família i els cuidadors habituals.

L'objectiu de la detecció i el tractament de la depressió en els pacients molt grans pretén, sobretot, una millora de la qualitat de vida relacionada amb la salut, en la qual la remissió dels símptomes depressius és un element clau, però no suficient.

TRACTAMENT

L'abordatge de la depressió associada a malalties orgàniques, el dol complicat o la depressió major serà essencialment el mateix.

Abordatge no farmacològic

S'han proposat algunes activitats de millora en el medi ambient residencial com a elements clau per a la prevenció i el tractament de la depressió de les persones grans. **Així, tant els plans de formació dirigits a tots els professionals implicats en l'atenció al resident (auxiliars, personal d'infermeria, psicòlegs, fisioterapeutes, animadors, terapeutes ocupacionals...) com les accions que fomentin l'òptima coordinació entre tots ells poden produir resultats favorables en l'estat de salut i la qualitat de vida dels residents.**

El paper del personal d'infermeria en aquest context ha de ser considerat de summa importància en el triple vessant de la detecció de la depressió en el vell, l'abordatge de la malaltia i la supervisió del tractament.

La psicoteràpia es recomana com a tractament de les depressions lleus-moderades o com a tractament associat al farmacològic en las depressions moderades-severes.

Sembla que les teràpies més ben contrastades en el tractament de la depressió en la gent gran són la teràpia interpersonal i la teràpia cognitiva. Això no obstant, algun estudi ha posat de manifest que en els ancians molt grans (més de 75 anys) la teràpia interpersonal no sembla aportar avantatges pel que fa a la qualitat de vida relacionada amb la salut quan s'ha comparat amb l'aplicació a altres ancians no tan grans (menys de 70 anys)

La teràpia electroconvulsiva (TEC) és útil en la depressió major refractària o quan no es tolera el tractament, encara que les evidències d'eficàcia són escasses en el vell amb depressió.

IV Jornada de debat sobre eficàcia i seguretat en la utilització de medicaments

CONSIDERACIONS GENERALS SOBRE EL TRACTAMENT

Inici de tractament

La presència de clínica de més de 15 dies d'evolució i la repercussió del quadre en el dia a dia del pacient poden ser elements suficients per iniciar un abordatge terapèutic.

La resposta al tractament és molt més efectiva si s'instaura quan comencen els primers símptomes de la malaltia.

Inici de resposta i durada de tractament

Una metaanàlisi recent de 47 assaigs clínics descriu que la major part de l'efecte antidepressiu s'observa en les dues primeres setmanes de tractament. La falta de resposta al tractament amb un fàrmac determinat en aquestes primeres setmanes és un factor que indica un pronòstic de mala evolució clínica. Tot i això, es recomana esperar entre la quarta i la sisena setmana per valorar la resposta, tenint present que aquesta pot ser menys evident en la gent gran. Si al cap de sis setmanes hi ha una resposta parcial, es continua el tractament durant sis setmanes més.

S'aconsella que el tractament d'un primer episodi depressiu en un individu més gran de 65 anys es mantingui un mínim de 10-12 mesos o almenys durant 10 mesos des de la desaparició dels símptomes.

En cas que aparegui un segon episodi depressiu en els tres anys següents, els experts i les guies terapèutiques recomanen un tractament mínim de tres anys.

En cas de recurrències continuades en un període de 3-5 anys o davant d'una resposta terapèutica prèvia incompleta, parcial o molt diferida en el temps, s'aconsella, després d'una discussió oberta amb el pacient i/o els familiars o cuidadors, un tractament de manteniment indefinit.

Seguiment

Es recomana un seguiment acurat en les primeres setmanes del tractament, ja que més del 40% dels pacients tendeixen a abandonar la medicació durant les dues primeres setmanes i més del 70% durant les quatre setmanes inicials. El seguiment ha de ser més acurat si hi ha molta comorbiditat, la depressió és severa i hi ha risc de suïcidi.

Posteriorment es recomanen visites mensuals en els primers 6-12 mesos després de la remissió i continuar amb visites trimestrals després del primer any de remissió.

IV Jornada de debat sobre eficàcia i seguretat en la utilització de medicaments

Característiques II

- **Classificació de les alternatives per nivells de selecció. Proposta d'incorporar la psicoteràpia i tècniques psicoeducatives com a tractament d'elecció o coadjuvant al tractament farmacològic.**
- **El fet que un fàrmac no tingui la indicació autoritzada fa que no es catalogui com de primera elecció, tot i que en la pràctica clínica s'utilitzi de manera habitual.**
- **L'elecció final d'una alternativa terapèutica dependrà en última instància de les característiques individuals de cada pacient (edat, estat funcional, comorbiditat,.....)**

IV Jornada de debat sobre eficàcia i seguretat en la utilització de medicaments

TAULA DE SELECCIÓ I RECOMANACIONS D'ÚS DELS FÀRMACS (TRASTORN DE L'ESTAT D'ÀNIM) (les dosificacions estan adaptades a la gent gran)

Depressió Major, Depressió Menor, Distímia i Dol

Principi actiu	Indicació Autoritzada	Dosi inici (mg/dia)	Dosi manten. (mg/dia)	Dosi màxim (mg/dia)	f.f.* Pauta administ.**	EFG	Observacions
1ªelecció							
ISRS							
Citalopram	Sí	10-20	20-40	40		Sí	Reduir dosis en cas d'insuficiència renal i/o hepàtica. Dosi màxima si i. renal i/o hepàtica greu : 30 mg/dia. En pacients amb baix pes vigilar anorèxia al principi tractament. Menor potencial d'interaccions que altres ISRS.
Sertralina	Sí	25	50-100	200	Solució oral. Al matí i amb menjar	Sí	D'elecció si infart agut de miocardi o angina inestable. Dosi màxima si insuficiència hepàtica: 200 mg/dia. Menor potencial d'interaccions que altres ISRS.
2ªelecció							
ISRS:							
Escitalopram	Sí	5-10	10	20	Sol. Oral		Estereoisòmer del <i>citalopram</i> . Dmàx. si i. renal o hepàtica greu 10mg/d. Menys experiència d'ús. Valorar alternatives.
Fluoxetina	Sí	10-20	20-40	40	Administració al matí, sol. Oral i comp. bucodisper-sables	Sí	Risc interaccions elevat pel temps de semivida elevat de <i>fluoxetina</i> i <i>norfluoxetina</i> (metabòlit actiu).
Fluvoxamina	Sí	50	100-200	300	Millor a la nit amb menjar. No fraccionar	Sí	Major risc d'interaccions i efectes adversos que altres ISRS. Repartir en dosi matinal i al vespre si més de 100 mg. Reduir dosis si insuficiència renal i/o hepàtica.
Paroxetina	Sí	10	20-40	40	A la nit	Sí	Major potencial anticolinèrgic i retirada de tractament més complicada. Dosi màxima si i. renal i/o hepàtica greu: 20 mg/dia
ISRSN:							
Venlafaxina	Sí	75	75-150	300	Formes retard no manipular	Sí	Indicat i controlat per especialista. Millor formes retard. Evitar si antecedents de malaltia cardiovascular. Si i renal greu, màxim 150 mg/dia. Administrar després d'hemodíalisi. Si CI creatinina 10-50ml/min 75%de la dosi. Si <10ml/min 50%.
Altres ATD:							
Mirtazapina	Sí	7,5-15	15-30	45	Millor a la nit, sol. Oral i comp. bucodisper-sables		Increment de dosis més gradual en ancians. Experiència d'ús en malalts amb demència i patologia afectiva i conductual associada.
Altres							
Altres ATD:							
Duloxetina	Sí	30	30-60	60	-		Menor experiència d'ús. Poques dades en gent gran (evitar dosis altes) i. renal o hepàtica greu evitar.
Mianserina	Sí	30	30-60	90	-		Augments més graduals. Reduir dosis si i. renal o hepàtica.
Trazodona	Sí	50	75-150	150	Millor a la nit i amb menjar		Vigilar la hipotensió ortostàtica (administrar sempre amb menjar). Indicat quan l'insomni sigui un símptoma predominant. La dosi d'inici hauria de ser de 25mg, però la presentació comercialitzada no permet ajustar aquesta dosi
ADT:							
Nortriptilina	Sí	10-25	75	100	Preferible a la nit i amb menjar		Inici i supressió esglaonada del tractament. Supervisió estreta. Evitar si i. Hepàtica greu
No recomanats							
Amitriptilina							
Moclobemida							
Reboxetina							

*Altres ff disponibles en cas de problemes de deglució.

** En cas que sigui rellevant.

Aquesta selecció de fàrmacs s'ha fet sota els criteris d'eficàcia, seguretat, experiència d'ús i finalment cost. Cal remarcar que, el fet que un fàrmac no tingui la indicació fa que no s'hagi considerat en cap cas de primera elecció encara que en la pràctica clínica s'utilitzi de manera habitual per la seva eficàcia i experiència. No s'han valorat aquells fàrmacs que estan, o estaran prou, en fase de registre. Estan ordenats alfabèticament dintre de cada subgrup terapèutic.



CatSalut
Servei Català
de la Salut
Regió Sanitària
Barcelona

www.gencat.cat/catsalut/rsb



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

IV Jornada de debat sobre eficàcia i seguretat en la utilització de medicaments

Conclusió (missatges)

➤ L'abordatge terapèutic dels trastorns mentals en pacients geriàtrics institucionalitzats requereix.....

.....del coneixement de les característiques individuals de cada pacient i de la comorbiditat que presenta.

.....d'una avaluació i diagnòstic apropiats.

.....la valoració i aplicació de tècniques no farmacològiques per si soles (primera instància) o associades a TF.

.....la implementació d'estratègies de selecció dels fàrmacs fonamentades en criteris de eficàcia, seguretat, eficiència; i en la experiència i consens dels professionals.

IV Jornada de debat sobre eficàcia i seguretat en la utilització de medicaments

MOLTES GRÀCIES