

Instrucció X/2011

Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris Departament de Salut

Assumpte:

Modificació de l'Annex V: Criteris diagnòstics i de tractament de la malaltia d'Alzheimer de la Circular 1/2002 per la qual s'estableix el procediment de tramitació de les sol·licituds de tractament farmacològic amb hormona de creixement, amb interferó o per a l'esclerosi múltiple, la malaltia d'Alzheimer o les hepatitis víriques.

1. Exposició de motius
2. Objecte
3. Àmbit d'aplicació
4. Modificació de la Circular 1/2002
5. Entrada en vigor

Annex "Criteris diagnòstics i de tractament de la malaltia d'Alzheimer"

1. Exposició de motius

Actualment, encara no existeixen documents científics acreditats que avalin uns criteris concrets de retirada del tractament amb anticolinesteràsics i/o memantina en la malaltia d'Alzheimer, donada aquesta necessitat el Consell Assessor del Tractament d'aquesta patologia, ha establert uns criteris de retirada de tractament basats en el coneixement científic i l'experiència professional dels membres d'aquest Consell Assessor.

Així mateix, i donat l'interès històric dels metges d'atenció primària de participar d'una forma més activa en el circuit d'aquests tractaments, també s'ha elaborat un Protocol d'Atenció Compartida amb el metge especialista de Retirada de Tractament amb inhibidors de l'acetilcolinesterasa i/o memantina, basat en els nous criteris de retirada establerts pel Consell Assessor del Tractament de la malaltia d'Alzheimer.

Per tant aquesta recent actualització, motiva una revisió dels criteris, publicats a la Circular 1/2002 de la Direcció General de Recursos Sanitaris, sobre el tractament farmacològic de pacients que presenten malaltia d'Alzheimer.

2. Objecte

L'objecte d'aquesta Instrucció és modificar el contingut de l'Annex V, Criteris diagnòstics i de tractament de la malaltia d'Alzheimer, a l'efecte de proposar un criteris de finalització adaptats als avenços en el coneixement de la patologia i a la situació terapèutica actual. Així mateix, amb dita modificació també es pretén afavorir la participació del metge d'atenció en el circuit del tractament amb fàrmacs anticolinestèrics i/o memantina de la malaltia d'Alzheimer.

3. Àmbit d'aplicació

Consell Assessor sobre el Tractament farmacològic de la malaltia d'Alzheimer, creat per l'Ordre del Departament de Sanitat i Seguretat Social, de 23 de novembre de 1999.

Metges especialistes de centres, serveis i establiments sanitaris de Catalunya que tramiten i sol·licituds de tractament per a la malaltia d'Alzheimer.

Metges d'atenció primària de centres, serveis i establiments sanitaris de Catalunya que podran tramitar sol·licituds de retirada de tractament per a la malaltia d'Alzheimer, segons el que estableix el nou Protocol d'Atenció Compartida amb el metge especialista de Retirada de Tractament amb inhibidors de l'acetilcolinesterasa i/o memantina.

4. Modificacions de la Circular 1/2002

L'annex V de la *Circular 1/2002 per la qual s'estableix el procediment de tramitació de les sol·licituds de tractament farmacològic amb hormona de creixement, amb Interferó o per a l'esclerosi múltiple, la malaltia d'Alzheimer o les hepatitis víriques*, queda substituït per l'annex, "Annex V Criteris diagnòstics i de tractament de la malaltia d'Alzheimer", d'aquesta Instrucció.

5. Entrada en vigor

Aquesta Instrucció entra en vigor el dia 26 de setembre de 2011



Carles Constante i Beitia
Director General de Regulació,
Planificació i Recursos Sanitaris

ANNEX V

CRITERIS DIAGNÒSTICS I DE TRACTAMENT DE LA MALALTIA D'ALZHEIMER

La malaltia d'Alzheimer és una malaltia neurodegenerativa que es manifesta clínicament per una síndrome de demència. Aquesta malaltia té un impacte social molt important, i és el tipus de demència més freqüent: representa un 50-75% de la xifra total de casos. S'ha demostrat que aquesta malaltia fa disminuir la funció colinèrgica, i el tractament es basa en l'augment dels nivells de l'acetilcolina per inhibició de l'enzim acetilcolinesterasa.

Actualment hi ha tres tipus de fàrmacs anticolinesteràsics autoritzats per l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris (AEMPS): el donepezil, la rivastigmina, la galantamina i un antagonista no competitiu del receptor *N*-metil-D-aspartat (NMDA) per a glutamat, la memantina.

El tractament amb aquests medicaments ha de ser iniciat i supervisat per metges especialistes adscrits a un centre sanitari —neuròlegs, geriatres, psiquiatres— amb experiència en el diagnòstic i el seguiment de pacients que pateixen aquest tipus de demència.

La medicació s'ha de dispensar a les oficines de farmàcia. Els usuaris del CatSalut requereixen la validació sanitària prèvia de les receptes mèdiques oficials.

1. Criteris diagnòstics de la malaltia d'Alzheimer

El diagnòstic clínic de malaltia d'Alzheimer depèn de criteris d'inclusió i d'exclusió, basats en dades clíniques i complementàries, que permeten establir el diagnòstic amb tres graus de certesa: probable, possible i definitiva. La confirmació definitiva només es pot obtenir a partir de tècniques histològiques *post mortem*.

Per establir un diagnòstic clínic de malaltia d'Alzheimer, els criteris sistemàtics que s'utilitzen són els de la quarta edició del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), complementats amb els del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINCDS) i de l'Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (ADRDA).

El grau d'afectació dels pacients es pot mesurar amb una sèrie de tests validats com ara el Global Deterioration Scale / Functional Assessment Staging Test (GDS-FAST), el Mini-Mental State Examination (MMSE) i l'Escala de demència de Blessed i col·laboradors.

1.1. Criteris diagnòstics del DSM-IV per a la demència de tipus Alzheimer¹

La demència de tipus Alzheimer es diagnostica seguint els criteris del DSM-IV:

- a) Alteració de la memòria (capacitat alterada per aprendre nova informació o per recordar informació prèviament apresada).
- b) Una o més de les alteracions cognitives següents:
 - Afàsia (alteració del llenguatge).
 - Apràxia (alteració de la capacitat de dur a terme activitats motores malgrat tenir una funció motora intacta).
 - Agnòsia (errades a l'hora de reconèixer o identificar objectes malgrat tenir una funció sensorial intacta).
 - Alteració de la funció executiva (p. ex.: planificar, organitzar, seqüenciar, abstrure).
- c) Els dèficits cognitius:
 - Causen una alteració significativa en el funcionament social o laboral.
 - Representen una disminució significativa respecte al nivell previ de funcionament.
- d) Els dèficits cognitius no són causats per:
 - Altres condicions del sistema nerviós central que causen dèficits progressius en la memòria i la cognició (p. ex.: malaltia cerebrovascular, malaltia de Parkinson, malaltia de Huntington, hematoma subdural, hidrocefàlia normotensiva, tumor cerebral, etc.).
 - Condicions sistèmiques que es coneixen com a causa de demència (p. ex.: hipotiroidisme; deficiència de vitamina B₁₂, d'àcid fòlic o de niacina; hipercalcèmia; neurosífilis; infecció per VIH).
 - Condicions induïdes per substàncies.
- e) Inici gradual i disminució cognitiva continuada.
- f) Els dèficits no es presenten exclusivament durant un delírium.
- g) Cap altre trastorn de l'eix I no permet explicar millor l'alteració.

Els criteris del DSM-IV distingeixen entre diverses formes d'Alzheimer:

- a) D'inici precoç, quan s'inicia als 65 anys o abans.
 - 290.10 No complicada.
 - 290.11 Amb delírium.
 - 290.12 Amb idees delirants (interpretacions delirants).
 - 290.13 Amb estat d'ànim depressiu.

¹ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

- b) D'inici tardà, quan s'inicia després dels 65 anys.
 - 290.0 No complicada.
 - 290.20 Amb idees delirants (interpretacions delirants).
 - 290.21 Amb estat d'ànim depressiu.
 - 290.3 Amb delírium.

1.2. Criteris del NINCDS i l'ADRDA per al diagnòstic de la malaltia d'Alzheimer²

El grup de treball sobre el diagnòstic de la malaltia d'Alzheimer creat pel NINCDS i per l'ADRDA va descriure els criteris clínics per establir el grau de certesa de la malaltia d'Alzheimer en probable, possible i definitiu.

I. Criteris per al diagnòstic clínic de “malaltia d'Alzheimer probable”

- a) Demència establerta per un examen clínic, documentada per l'MMSE, per l'Escala de demència de Blessed o per una altra exploració similar, i confirmada mitjançant bateries neuropsicològiques.
- b) Dèficit en dues o més àrees cognitives.
- c) Deteriorament progressiu de la memòria i d'altres funcions cognitives.
- d) Absència de trastorns de la consciència.
- e) Inici entre els 40 i els 90 anys, més freqüent a partir dels 65 anys.
- f) Absència d'alteracions sistèmiques o altres malalties cerebrals que poguessin explicar els dèficits progressius de la memòria i la cognició.

El diagnòstic es basa en els elements següents:

- a) Deteriorament progressiu de funcions cognitives específiques, com ara el llenguatge (afàsia), les habilitats motores (apràxia) i la percepció (agnòsia).
- b) Dificultats per desenvolupar les activitats de la vida diària i patrons del comportament alterats.
- c) Història familiar de trastorns similars, particularment si estan confirmats neuropatològicament.
- d) Resultats de laboratori:
 - Punció lumbar normal mitjançant tècniques estàndard.
 - Patró normal o canvis inespecífics en l'electroencefalograma, amb un increment de l'activitat de les ones lentes.
 - Evidència d'atròfia cerebral en la tomografia computada (TC), amb progressió documentada en observacions seriades.

Altres dades clíniques consistents amb el diagnòstic de “malaltia d'Alzheimer probable”, després d'haver exclòs altres causes de demència:

- a) Curs progressiu de la malaltia.

2 McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. *Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease*. Neurology. 1984;34:939-44.

- b) Síntomes associats de depressió, insomni, incontinència, idees delirants, il·lusions, al·lucinacions, catastrofisme verbal, descontrol emocional, agitació psicomotora, trastorns sexuals i pèrdua de pes.
- c) En alguns pacients, sobretot els més greus, altres alteracions neurològiques, incloent-hi signes motors com ara hipertonia, mioclònies i trastorns de la marxa.
- d) Convulsions en estadis de la malaltia més avançats.
- e) TAC normal per l'edat.

II. Criteris per al diagnòstic clínic de “malaltia d’Alzheimer possible”

- a) Demència sense que hi hagi altres trastorns neurològics, psiquiàtrics o sistèmics que puguin ser causa de demència, amb variacions entre l’inici, la presentació o el curs clínic.
- b) Presència d’una malaltia sistèmica o cerebral que pugui provocar demència, tot i que no se’n consideri la causa.
- c) En estudis de recerca, identificació d’un dèficit cognitiu progressiu i greu, en absència d’una altra causa identificable.

III. Criteris per al diagnòstic clínic de “malaltia d’Alzheimer definitiva”

- a) Compliment dels criteris de “malaltia d’Alzheimer probable”.
- b) Evidències histopatològiques obtingudes per necròpsia o biòpsia.

1.3. Graus de demència segons el GDS-FAST³

El GDS-FAST, mitjançant una entrevista semiestructurada, permet valorar la intensitat de l’afectació a partir d’aspectes cognitius i funcionals, i discriminar uns subestadis per al GDS 6 i 7 que permeten fer un diagnòstic més acurat a l’hora de valorar fases més avançades de la malaltia. Consta de set graus, i els graus 6 i 7 contenen diferents subestadis:

GDS-FAST 1: Sense deteriorament cognitiu / Normalitat

No s’objectiva dèficit de memòria en l’entrevista clínica.

GDS-FAST 2: Deteriorament cognitiu molt lleu / Oblit benigne senil

Dèficit funcional subjectiu (p. ex., dificultat per recordar on ha deixat objectes, per trobar les paraules adients).

³ Reisberg B, Ferris SH, De León MJ, Crook T. *The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia*. Am J Psychiatry. 1982;139:1136-9.

GDS-FAST 3: Deteriorament cognitiu lleu / Compatible amb malaltia d'Alzheimer incipient

Dèficits en tasques ocupacionals i socials complexes, que generalment són observats per familiars i amics. Els símptomes van acompanyats d'ansietat discretament moderada.

GDS-FAST 4: Deteriorament cognitiu moderat / Malaltia d'Alzheimer lleu

Dèficits observables en tasques complexes com ara controlar els aspectes econòmics personals o planificar els menjars quan hi ha convidats.

GDS-FAST 5: Deteriorament cognitiu moderadament greu / Malaltia d'Alzheimer moderada

Decrement de l'habilitat per escollir la roba adient per a cada estació de l'any o segons les ocasions.

GDS-FAST 6: Deteriorament cognitiu greu / Malaltia d'Alzheimer moderadament greu

Decrement en l'habilitat de vestir-se, banyar-se i rentar-se.

- a *Disminució de l'habilitat per vestir-se sol*
- b *Disminució de l'habilitat per banyar-se sol*
- c *Disminució de l'habilitat per rentar-se i arreglar-se sol*
- d *Disminució de la continència urinària*
- e *Disminució de la continència fecal*

GDS-FAST 7: Deteriorament cognitiu molt greu / Malaltia d'Alzheimer molt greu

Pèrdua de la parla i de la capacitat motora

- a *Capacitat de parla limitada a unes 6 paraules*
- b *Capacitat de parla limitada a una única paraula*
- c *Pèrdua de la capacitat per caminar sol sense ajuda*
- d *Pèrdua de la capacitat per sentar-se i aixecar-se sense ajuda*
- e *Pèrdua de la capacitat per somriure*
- f *Pèrdua de la capacitat per mantenir el cap erecte*

1.4. El minixamen cognitiu MMSE^{4,5}

4 Folstein, M. F.; Folstein, S. E.; McHugh, P. R. *Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.* J. Psychiatr Res., 1975; 12: 189-198.

5 Versió validada de l'MMSE: Peña-Casabona J, Aguilar M, Bertran-Serra I, Santacruz P, Hernández G, Insa R, et al. (grup NORMACODEM). *Normalización de instrumentos cognitivos y funcionales para la evaluación de la demencia (NORMACODEM). I: Objetivos, contenidos y población.* Neurología. 1997;12:61-8.

L'MMSE confirma la disfunció cognitiva, i és útil per valorar-ne la gravetat, per avaluar-ne l'evolució al llarg del temps i per valorar la resposta al tractament.

L'MMSE té sis camps d'exploració del funcionament cognitiu:

- Orientació temporal/espacial
- Memòria immediata (fixació)
- Atenció i càlcul
- Memòria diferida (record)
- Llenguatge i praxi constructiva

La puntuació màxima és de 30 punts. La puntuació obtinguda és més baixa quan la disfunció cognitiva és més gran. La interpretació de la puntuació total ha de tenir en compte dues variables importants: l'edat i el nivell d'educació.

1.5. Escala de Blessed, Tomlinson i Roth⁶

Aquesta escala valora, a més a més de funcions cognitives, la capacitat per desenvolupar les activitats quotidianes i la simptomatologia clínica dels pacients amb demència, basant-se en la mesura dels canvis següents:

- Canvis en l'execució de les activitats diàries.
- Canvis en els hàbits (menjar, vestir-se, control dels esfínters).
- Canvis de personalitat i conducta.

Com més afectada està la persona malalta, més alta és la puntuació en cada àrea.

2. Criteris d'indicació dels tractaments de la malaltia d'Alzheimer

2.1. Introducció

La malaltia d'Alzheimer produeix uns canvis neuropatològics característics. Un dels més importants és la degeneració progressiva de grups de neurones colinèrgiques, que està relacionada amb les dificultats de l'aprenentatge, la disfunció de la memòria i altres dèficits neurològics.

Els medicaments actualment autoritzats per l'AEMPS són el donepezil, la rivastigmina, la galantamina i la memantina.

⁶ Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. *The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects*. Brit J Psychiatry. 1968;114:797-811.

Els tres primers fàrmacs són colinèrgics i actuen com a anticolinesteràsics (inhibeixen l'enzim acetilcolinesterasa). Només són indicats per a les formes lleus i moderades de la malaltia, i alenteixen el deteriorament cognitiu dels pacients. La memantina és un antagonista no competitiu del receptor per a glutamat NMDA que només és indicat per a fases moderadament greus i greus de la malaltia i que alenteix el deteriorament funcional progressiu dels pacients.

Donepezil

1996 La Food and Drug Administration aprova la comercialització de donepezil per al tractament de les formes lleus i moderades de la malaltia d'Alzheimer.

Gener de 1998 El Ministeri de Sanitat i Consum autoritza la comercialització de donepezil a l'Estat espanyol.

Rivastigmina

1997 S'aprova la comercialització de rivastigmina a Suïssa.

Maig de 1998 L'Agència Europea per a l'Avaluació de Medicaments autoritza la comercialització de rivastigmina per al tractament simptomàtic de les formes lleus i moderades de la malaltia d'Alzheimer en tots els països de la Unió Europea.

Galantamina

Juliol de 2000 S'autoritza per reconeixement mutu a Europa.

Memantina

Maig de 2002 L'Agència Europea per a l'Avaluació de Medicaments autoritza la comercialització de memantina per al tractament simptomàtic de les formes moderadament greus i greus de la malaltia d'Alzheimer en tots els països de la Unió Europea.

2003 El Ministeri de Sanitat i Consum autoritza la comercialització de memantina a l'Estat espanyol.

2.2. Consideracions generals

Pel que fa a l'ús d'aquests fàrmacs, cal tenir en compte les recomanacions següents:

El donepezil es desaconsella en pacients amb arítmies cardíques o amb antecedents de quadres sincopals. En aquests casos, el fàrmac adequat seria un dels altres anticolinesteràsics aprovats.

Tal com passa amb altres medicaments colinèrgics, es recomana tenir una precaució especial quan s'utilitzin en els casos següents:

- Alteracions vasculars: en pacients amb síndrome del node sinusal o amb trastorns de la conducció supraventricular (bloqueig sinoauricular o auriculoventricular).
- Alteracions gastrointestinals: en pacients amb úlcera gàstrica o duodenal o pacients tractats amb antiinflamatoris no esteroïdals.
- Asma o malaltia pulmonar obstructiva.
- Epilèpsia.
- Hipertròfia prostàtica o obstrucció urinària.
- Anestèsia: possible augment de la relaxació muscular del tipus succinilcolina durant l'anestèsia.
- Evitar l'administració conjunta amb fàrmacs amb acció anticolinèrgica .

Quan s'utilitzi la memantina, es recomana tenir una precaució especial en els casos següents:

- Epilèpsia.
- Insuficiència renal.
- Interaccions amb antagonistes de NMDA com ara l'amantadina, la ketamina i el dextrometorfan (en aquest cas, no se n'ha d'administrar).
- Interaccions amb protectors gàstrics o diürètics.

2.3. Criteris d'inclusió

D'acord amb la informació continguda en la fitxa tècnica aprovada per l'AEMPS i les recomanacions dels membres del Consell Assessor sobre el Tractament Farmacològic de la Malaltia d'Alzheimer, els medicaments autoritzats només poden ser prescrits i dispensats als pacients que tinguin les característiques següents:

- I. Malalts amb diagnòstic de demència de tipus Alzheimer segons els criteris del DSM-IV.
- II. Malalts amb diagnòstic de "malaltia d'Alzheimer probable" segons els criteris del NINCDS-ADRDA o amb diagnòstic de "malaltia d'Alzheimer possible" en què s'acrediti la necessitat del tractament mitjançant un informe que ho justifiqui.

Considerant els dos criteris anteriors i tenint en compte la nova situació terapèutica, només poden ser prescrits i dispensats:

a) ANTICOLINESTERÀSICS:

Als pacients que presenten la malaltia d'Alzheimer lleu o moderada segons criteris clínics recolzats en les escales del GDS-FAST, l'MMSE i l'Escala de demència de Blessed i col·laboradors.

b) MEMANTINA:

Als pacients que presenten la malaltia d'Alzheimer moderadament greu o greu segons criteris clínics recolzats en les escales del GDS-FAST, l'MMSE i l'Escala de demència de Blessed i col·laboradors.

2.4. Criteris d'exclusió

No han de rebre tractament farmacològic de la malaltia d'Alzheimer els pacients que no compleixin criteris de Malaltia d'Alzheimer, i que compleixin inequívocament com a mínim una de les condicions següents:

I. Demència vascular.

a) Segons els criteris del NINDS-AIREN:⁷

- Demència amb malaltia vascular cerebral, presència de signes focals en l'exploració neurològica i evidència de malaltia vascular cerebral rellevant mitjançant tècniques de neuroimatge.
- Presència d'un o més dels signes següents:
 - Inici de la demència en els tres mesos següents a un accident vascular cerebral registrat.
 - Deteriorament bruscat de les funcions cognitives i amb evolució fluctuant o escalonada.

b) Valor de l'escala d'isquèmia de Hachinski⁸ de 6 o més.

II. Demència causada per altres patologies

- a) Malaltia per infecció del virus de la immunodeficiència humana.
- b) Traumatisme cranial.
- c) Malaltia de Parkinson (excepte en el cas de la rivastigmina).
- d) Malaltia de Huntington.
- e) Malaltia de Pick.
- f) Malaltia de Creutzfeldt-Jakob.
- g) Altres patologies que cursen amb demència: tumor cerebral; hipotiroïdisme; dèficit de vitamina B₁₂, d'àcid fòlic o de niacina; hipercalcèmia; neurosífilis; hidrocefàlia normotensiva; radiació intracranial; trastorns afectius amb simptomatologia cognitiva; "pseudodemència" de la depressió; etc.

III. Demència persistent induïda per substàncies (alcohol, inhalants, sedants, hipnòtics, ansiolítics o altres).

IV. Hipersensibilitat coneguda al principi actiu prescrit, als derivats o a qualsevol dels excipients de la formulació.

7 Roman GC, Tatemichi TX, Erkinjuntti T, et al. *Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop*. Neurology. 1993;43:250-60.

8 Hachinski VC, Iliff LD, Zilkha E, et al. *Cerebral blood flow in dementia*. Arch Neurol. 1975;32:632-7.

V. Dones en període fèrtil i dones embarassades.

2.5. Criteris per al seguiment del tractament

A l'efecte de presentar la sol·licitud de renovació de tractament, els metges especialistes han de valorar l'evolució clínica dels pacients, tenint en compte els resultats obtinguts en les proves següents:

- I. GDS-FAST.
- II. MMSE.
- III. Escala de demència de Blessed i col·laboradors.
- IV. Impressió subjectiva de millora (opcional):
 - a) Per als malalts que viuen en la unitat familiar: segona part de la Rapid Disability Rating Scale.⁹
 - b) Per a pacients que estan en centres o institucions: Nurse's Observation Scale for Geriatric Patients.¹⁰

Tots aquests tractaments s'han de continuar sempre que hi hagi benefici terapèutic per als pacients, que s'han de reavaluar específicament entre els 12 i els 18 mesos tenint en compte els resultats de les proves esmentades.

Si, un cop transcorreguts 24 mesos, no es presenta o no es notifica la renovació corresponent al Consell Assessor, el tractament pot suspendre's o caducar.

2.6. Criteris per al canvi de tractament

Si l'especialista prescriptor considera oportú fer un canvi de tractament entre anticolinesteràsics, només cal notificar-ho trucant al telèfon 934 824 230 o bé enviant un fax al 934 824 527.

Si els pacients tractats amb algun anticolinesteràsic presenten una evolució clínica considerablement negativa o una manca de benefici terapèutic, es pot fer una **sol·licitud de renovació de tractament amb memantina, o memantina i anticolinesteràsics** sempre tenint en compte que els pacients han de complir els criteris per al tractament amb aquests fàrmacs.

2.7. Criteris per a la retirada del tractament

9 Linn MW, Linn BS. *The Rapid Disability Rating Scale. Part 2.* J Am Geriatr Soc. 1982;139:1136-9.

10 Spiegel R, et al. *NOSGER: Nurse's Observation Scale for Geriatric Patients. A new behavioral assessment scale for geriatric out-and in-patients.* J Am Geriatr Soc. 1991;39(4):339-47.

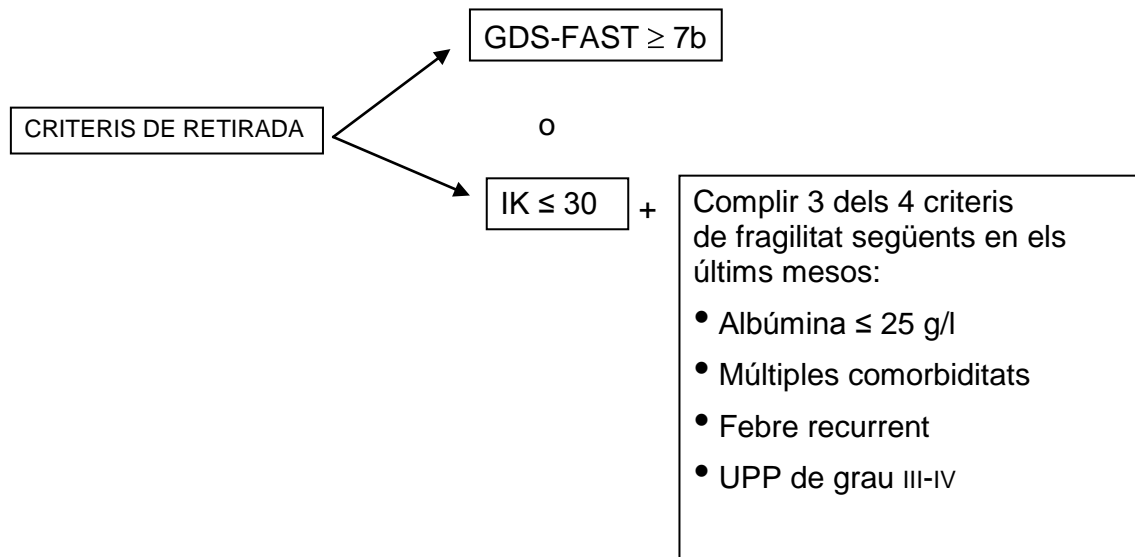


L'especialista, en el cas que consideri necessari retirar el tractament, ha d'emplenar, en la aplicació web del Consell Assessor de la Malaltia d'Alzheimer, la notificació el formulari de finalització de tractament, que serà avaluada per aquest Consell.

El metge o metgessa d'atenció primària, d'acord amb el Protocol d'atenció compartida amb el metge o metgessa especialista de retirada del Tractament Farmacològic Específic (fàrmacs anticolinesteràsics i/o memantina) de la Malaltia d'Alzheimer, pot suspendre el tractament farmacològic de la malaltia d'Alzheimer quan els pacients tenen un GDS-FAST 7b o bé presenten un Índex de Karnofsky ≤ 30 i tres criteris de fragilitat constants en els últims mesos, entenent com a criteris de fragilitat els següents:

1. 3 Albúmina ≤ 25 g/l
2. Múltiples comorbiditats
3. Febre recurrent
4. Úlceres o nafres per pressió (UPP) de grau III-IV.

PROTOCOL D'ATENCIÓ COMPARTIDA AMB EL METGE O METGESSA ESPECIALISTA DE RETIRADA DE TRACTAMENT FARMACOLÒGIC ESPECÍFIC (fàrmacs anticolinesteràsics i/o memantina) DE LA MALALTIA D'ALZHEIMER



1. Replantejament terapèutic individualitzat per part del metge o metgessa d'atenció primària.
2. Compliment dels criteris de retirada esmentats anteriorment.
3. Realització d'una retirada progressiva i transitòria del fàrmac (sense necessitat d'informar-ne l'especialista corresponent ni el Consell Assessor sobre el Tractament Farmacològic de la Malaltia d'Alzheimer).
4. Revaluació del pacient i manteniment del tractament si aquest presenta un empitjorament de les condicions globals, funcionals i de comportament.
5. Si es decideix retirar el tractament, es recomana informar a l'especialista prescriptor.
6. Tramesa al Consell Assessor d'una sol·licitud de retirada segons el Protocol d'atenció compartida amb el metge o metgessa especialista de retirada del Tractament Farmacològic Específic (fàrmacs anticolinesteràsics i/o memantina) de la Malaltia d'Alzheimer (on s'ha d'identificar el pacient i s'ha d'informar que el pacient no ha empitjorat després de la retirada transitòria motivada per un GDS-FAST 7b o bé un Índex de Karnofsky \leq 30 més tres criteris de fragilitat constants en els últims mesos), i també d'un fitxer informàtic amb el codi d'identificació personal (CIP) que cal retirar.
7. El metge o metgessa d'atenció primària informarà a la família o al pacient del motiu de la retirada del fàrmac, i avaluarà les conseqüències d'aquesta retirada (empitjorament, etc.).