



Do / not do

Rosa Ana Sabaté Garcia
Geriatra. Parc de Salut Mar.
Abril 2018





**Grup de Demències
Societat Catalana de
Geriatría i Gerontologia**

Elena Barranco Rubia
Matilde Barneto Soto
Esther Francia Santamaria
Carmen Gálvez Bravo
Belén Montes del Río
Natalia Ronquillo Moreno
Olga Sabartés Fortuny
M^a Pilar Sales Moreno
Cristina Udina Argilaga
Liliana Vargas

M^a José Robles Raya
Rosa Ana Sabaté Garcia

Patterns of Chronic Multimorbidity in the Elderly Population

Alessandra Marengoni, MD, PhD,^{*†‡} Debora Rizzuto, MS,^{*†} Hui-Xin Wang, PhD,^{*†}
Bengt Winblad, MD, PhD,^{*†} and Laura Fratiglioni, MD, PhD^{*†}

JAGS 57:225–230, 2009

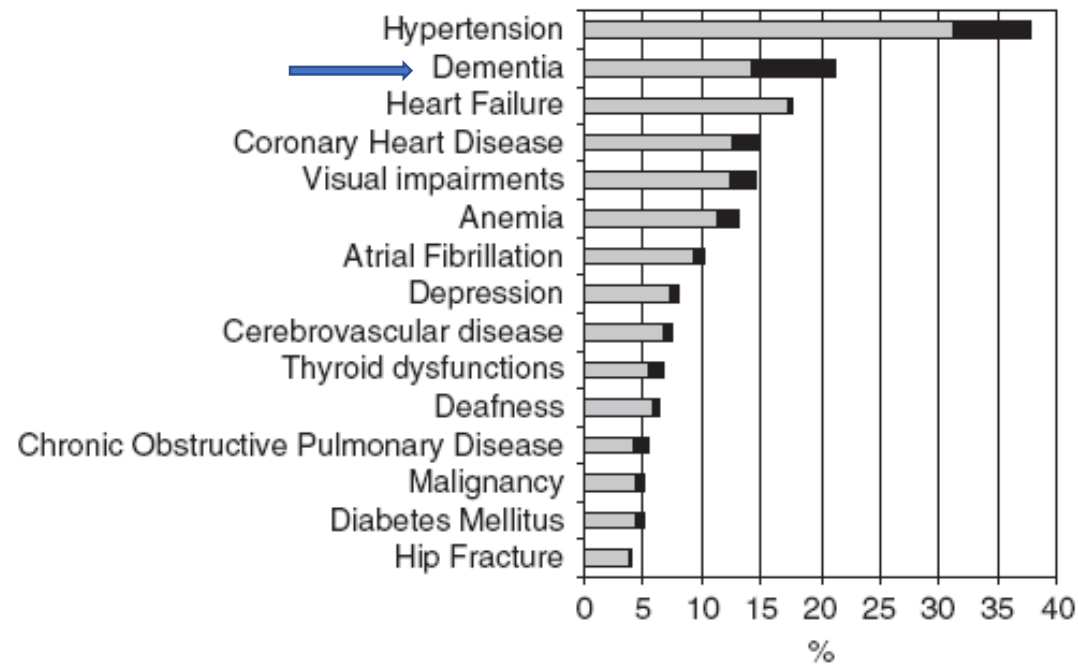


Figure 1. Prevalence per 100 of most frequent chronic diseases occurring independently of comorbidity (gray+black) or without any comorbidity (black).



PREVENCIÓ:

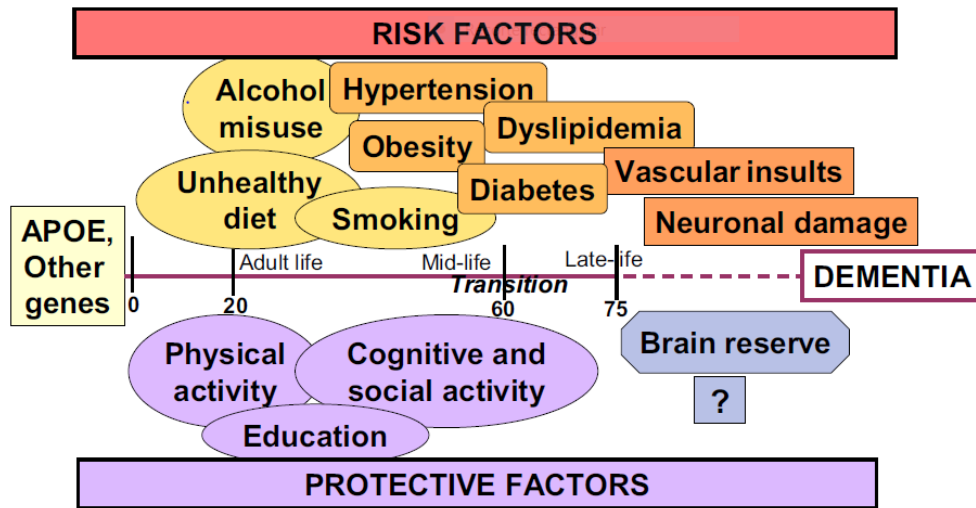


Fig. 1. Risk and protective factors for dementia.

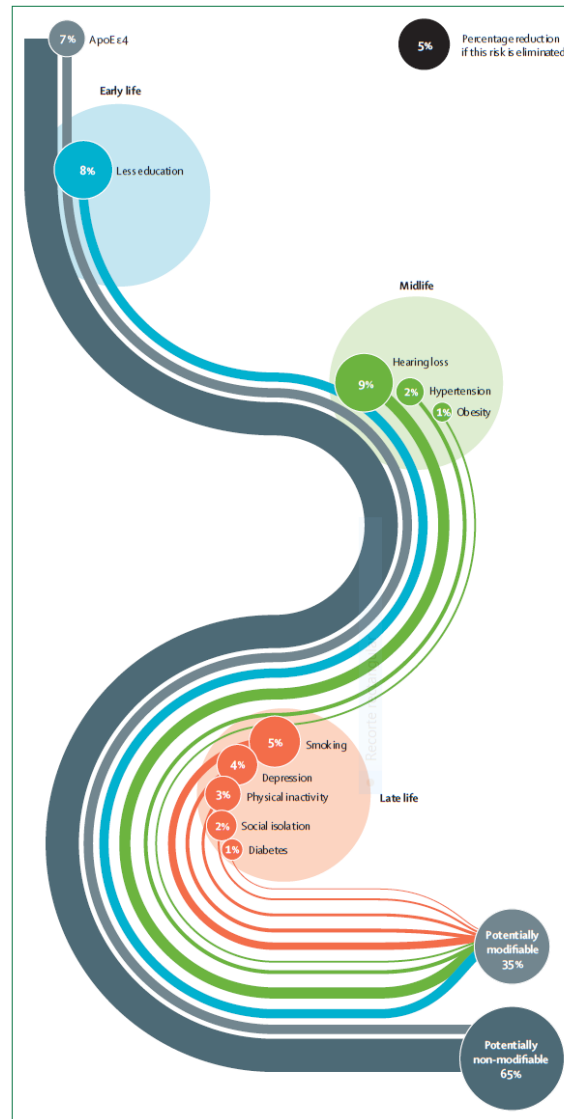


Figure 4: Life-course model of contribution of modifiable risk factors to dementia. Numbers are rounded to nearest integer. Figure shows potentially modifiable or non-modifiable risk factors.

- Activitat física regular i el maneig dels factors de risc cardiovascular han demostrat ser eficaços per reduir el risc de deteriorament cognitiu i pot reduir el risc de demència.
- Una dieta saludable i un aprenentatge continuat poden reduir el risc de deteriorament cognitiu.

Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría

Jorge López-Álvarez, Luis F. Agüera-Ortiz

Psicogeriatría 2015; 5 (1): 3-14

Tabla V. Criterios diagnósticos de enfermedad de Alzheimer probable de Dubois et al [13]: reúne los criterios de A más al menos uno de B, C, D o E.

Criterio principal	A. Presencia un trastorno de memoria episódica inicial y significativo que incluya las siguientes características: 1. Pérdida de memoria progresiva y gradual durante al menos seis meses comunicada por el paciente o un informador fiable 2. Objetivar mediante tests neuropsicológicos la pérdida de memoria episódica. Normalmente consiste en recoger fallos de reconocimiento que no mejoran o no se normalizan con claves 3. El defecto de memoria episódica puede ser aislado o asociarse a otras alteraciones cognitivas
	B. Presencia de atrofia en el lóbulo temporal medial: Pérdida de volumen del hipocampo, la amígdala y la corteza entorrinal, evidenciada por resonancia magnética utilizando medidas visuales directas o por técnicas de volumetría
Características adicionales	C. Alteraciones de biomarcadores en líquido cefalorraquídeo: Disminución de $A\beta_{42}$ o aumento de la concentración de tau total o tau fosforilada, o combinaciones de ellos Otros posibles marcadores futuros
	D. Alteraciones características de neuroimagen funcional con tomografía por emisión de positrones: Hipometabolismo de glucosa bilateral en regiones temporales y parietales Otras alteraciones con radioligandos que sean validadas tal y como se prevé con el compuesto B de Pittsburgh (PIB) o el FDDNP
	E. Evidencia de una mutación autosómica dominante en un familiar de primer grado

Tabla VIII. Criterios NIA-AA para el diagnóstico de demencia por cualquier causa.

Se diagnostica demencia cuando hay síntomas cognitivos o conductuales que:

1. Interfieren con la capacidad de funcionar normalmente en el trabajo o en las actividades habituales
2. Suponen un deterioro con respecto a los niveles de rendimiento y funcionamiento previos
3. No se explican por la presencia de un *delirium* o de un trastorno psiquiátrico mayor
4. Se detectan y diagnostican por la combinación de la historia clínica obtenida en la entrevista con el paciente y un informador que lo conoce, y la valoración objetiva del estado mental, bien sea una evaluación neuropsicológica formal o una evaluación cognitiva en la cabecera del paciente
5. La alteración cognitiva o conductual involucra al menos dos de los cinco siguientes aspectos:
 - a) Capacidad alterada de adquirir y recordar nueva información
 - b) Alteración o cambios en el razonamiento, manejo de tareas complejas o capacidad de juicio
 - c) Alteración de las capacidades perceptivas y visuoespaciales
 - d) Alteración de las funciones del lenguaje
 - e) Cambio de personalidad o en el comportamiento

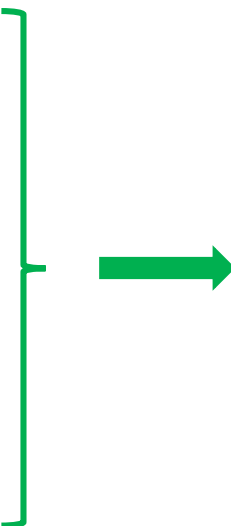
Tabla III. Diferencias entre trastorno neurocognitivo menor y mayor propuestas en el DSM-5.

	Trastorno neurocognitivo menor	Trastorno neurocognitivo mayor
Preocupación del paciente u otros por su cognición	Declive modesto en las funciones cognitivas	Declinar sustancial en las funciones cognitivas
Rendimiento en tests neuropsicológicos	De una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado	Dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado
Autonomía	La alteración es insuficiente para afectar la autonomía	La alteración es suficiente para afectar las actividades instrumentales habituales

NIA-AA research criteria for AD (2018)

Biomarker profiles and categories

AT(N) profiles	Biomarker category	
A-T-(N)-	Normal AD biomarkers	
A+T-(N)-	Alzheimer's pathologic change	Alzheimer's continuum
A+T+(N)-	Alzheimer's disease	
A+T+(N)+	Alzheimer's disease	
A+T-(N)+	Alzheimer's and concomitant suspected non Alzheimer's pathologic change	
A-T+(N)-	Non-AD pathologic change	
A-T-(N)+	Non-AD pathologic change	
A-T+(N)+	Non-AD pathologic change	



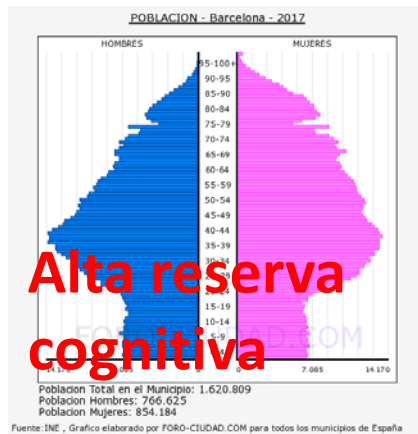
Clinical Stage	Symptoms
1	No objective or subjective declines
2	Subjectives declines and/or observed subtle decline and/or measured subtle decline
3	Objetive impairment
4	Mild dementia
5	Moderate dementia
6	Severe dementia

- Els biomarcadors que zem avui dia (dany neuronal, funcional o estructural) per si ma  ens donen el diagnòstic.


 Reflexen canvis fisiopatològics cerebrals que correlacionats amb al clínica poder donar suport al diagnòstic.

- Tenint en conte les limitacions de probabilitat de certesa, que estadarització dels mètodes  biomarcadors tant pel que fa a la precisió per sota del 80% i la insuficient validació, NO s'haurien de realitzar per fer l'estudi de demència.

?????



Tractament farmacològic de la demència:

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
- GAL** Galantamine
- RIV** Rivastigmine



ALZHEIMER'S

Mild

NEWLY DIAGNOSED PATIENTS: Monotherapy is recommended as an option. **DON** **GAL**

PEOPLE INTOLERANT OF, OR WITH A CONTRAINDICATION TO, AChE INHIBITORS: Monotherapy is recommended as an option. **DON** **GAL**

PEOPLE ALREADY TAKING AN AChE INHIBITOR: Consider in addition. **DON** **GAL**

WHO CAN PRESCRIBE ALZHEIMER'S DRUGS?

FOR PEOPLE NOT ALREADY TAKING: **RIV** **DON** **GAL** **MEM**

Only start treatment on the advice of a clinician who has the necessary knowledge and skills.

Secondary care medical specialists
Psychiatrists
Geriatricians
Neurologists

Other healthcare professionals, if they have expertise diagnosing and treating alzheimer's disease
GP
Nurse consultant
Advanced nurse practitioner

Once the decision has been made to start drug therapy, the first prescription can be made in primary care

Primary care prescribers may start treatment with **MEM** without specialist advice

Totes les guies coincideixen que l'efecte en la milloria cognitiva és modest, però evidència nivell A (o B per tractament combinat). Assajos clínics randomitzats controlats són de 6 mesos.

NON-ALZHEIMER'S

People with DEMENTIA WITH LEWY BODIES

No contraindications: Offer **DON** **RIV**

DON and **RIV** not tolerated: Consider **GAL**

AChE inhibitors contraindicated: Consider **MEM**

People with VASCULAR DEMENTIA

Only consider: **RIV** **GAL** **DON** **MEM**

if they have suspected comorbid:
Alzheimer's disease
Parkinson's disease
Dementia with Lewy bodies

People with FRONTOTEMPORAL DEMENTIA or COGNITIVE IMPAIRMENT CAUSED BY MULTIPLE SCLEROSIS

DO NOT OFFER **RIV** **DON** **MEM**

People with PARKINSON'S DISEASE DEMENTIA

For guidance on pharmacological management, see *Parkinson's disease dementia* in the NICE guideline on Parkinson's disease



Prioridades

IMMA MONSÓ



Comparte en Facebook



Comparte en Twitter



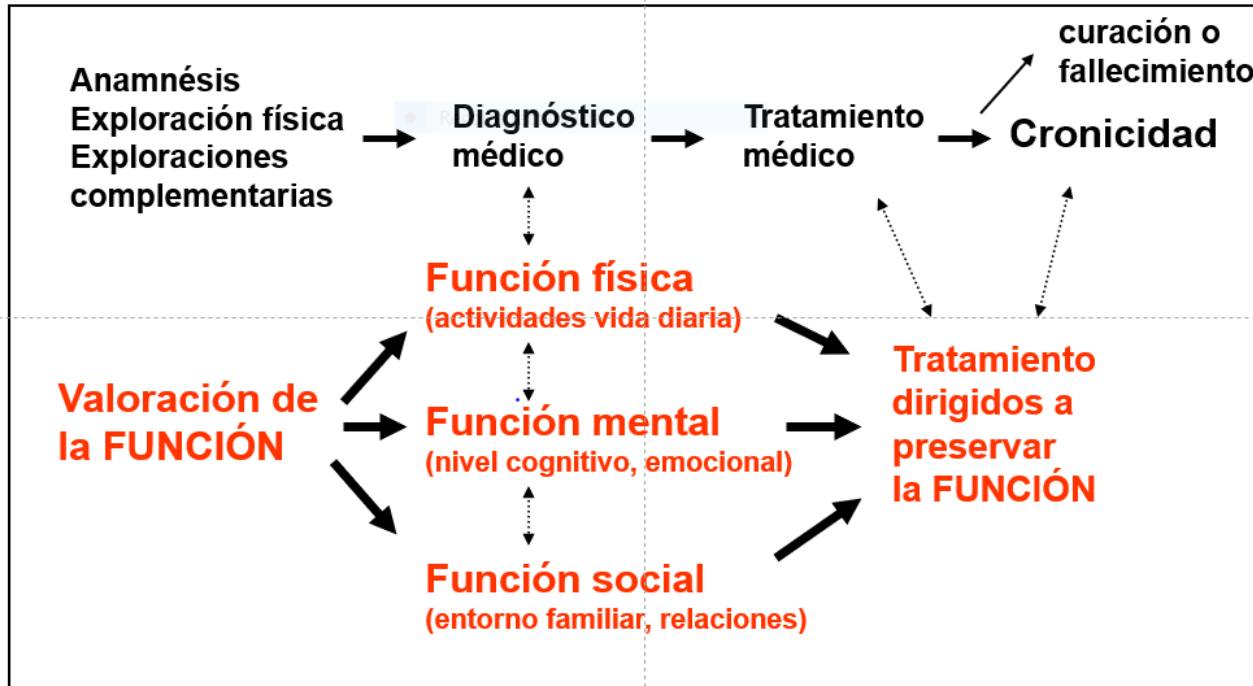
0

IMMA MONSÓ, Barcelona

11/10/2018 00:36 | Actualizado a 11/10/2018 02:57

Está siendo polémica en Francia la reciente retirada de fármacos de la lista de medicamentos financiados con dinero público. En concreto, los destinados a ralentizar el alzheimer. Desde el punto de vista clínico, los estudios muestran disparidades de datos y están, por tanto, sujetos a interpretación. Y la interpretación de buena parte de profesionales es que los perjuicios (elevada tasa de efectos secundarios perniciosos) superan a los beneficios (un tiempo breve e indeterminado de ralentización del deterioro cognitivo). Pero el peor perjuicio es destinar el dinero de todos a financiar medicamentos cuya eficacia es más que cuestionable en lugar de destinarlo a mejorar el bienestar de estos mismos enfermos en fases más avanzadas de la enfermedad, donde la eficacia de la inversión sería del cien por cien y los efectos adversos, nulos.

Valoración Geriátrica Integral (modelo funcional)



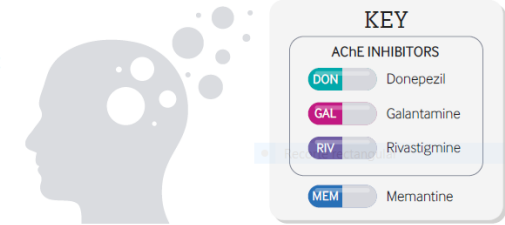
Salgado A, González-Montalvo JI. Importancia de la valoración geriátrica. En : Valoración del paciente anciano. eds: Salgado A, Alarcón M^aT. Masson, S.A. Barcelona, pp 1-18.



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.



	Mild	Moderate	Severe
NEWLY DIAGNOSED PATIENTS	Monotherapy is recommended as an option DON, GAL, RIV	Monotherapy is recommended as an option RIV, MEM	Monotherapy is recommended as an option MEM
PEOPLE INTOLERANT OF, OR WITH A CONTRAINDICATION TO, AChE INHIBITORS		Monotherapy is recommended as an option MEM	
PEOPLE ALREADY TAKING AN AChE INHIBITOR		Consider in addition MEM	Offer in addition MEM
Do not stop AChE inhibitors because of disease severity alone			

FOR PEOPLE NOT ALREADY TAKING:	FOR PEOPLE ALREADY TAKING:
<p>Only start treatment on the advice of a clinician who has the necessary knowledge and skills, such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> Secondary care medical specialists: Psychiatrists, Geriatricians, Neurologists Other healthcare professionals, if they have expertise diagnosing and treating alzheimer's disease: GP, Nurse consultant, Advanced nurse practitioner 	<p>Once the decision has been made to start drug therapy, the first prescription can be made in primary care</p> <p>Primary care prescribers may start treatment with MEM without specialist advice</p>

- * Decisió compartida amb pacient i cuidadors
- * Efectes adversos, preferències
- * Adherència
- * Revisar el pla terapèutic abans afegir sobretot fàrmacs amb activitat anticolinèrgica



Abordatge multidisciplinar

Valorar tractament NO farmacològic

(estimulació cognitiva és la terapia no farmacològica que rep major suport empíric de les destinades a les demències).

Intervenció nutricional i funcional

Intervenció sobre la família (grups psicoeducatius, xarxes de suport...)

Educació sanitària (Fomentar autonomia, prevenció de caigudes, UPP...)

Continuïtat assistencial



Símtomes cognitius i conductuals en la demència.

Els símptomes cog
l'evolució de la pr
neurofèptics per c



ductuals formen part de
i cal iniciar tractament amb
ímtoma i donar confort.

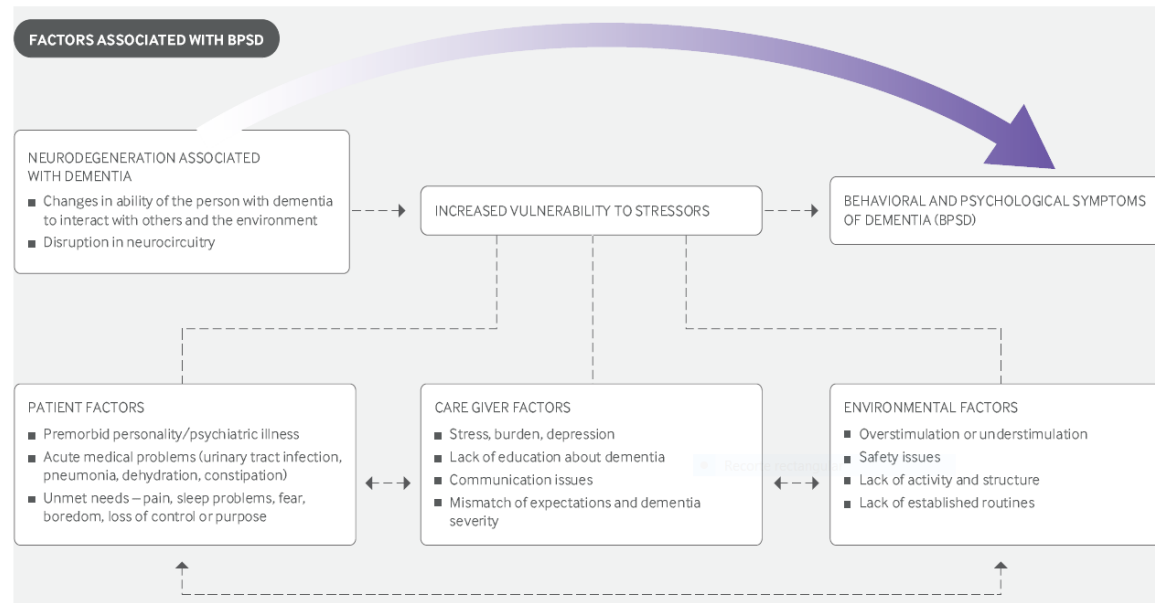


Fig 1 | Conceptual model describing how interactions between the person with dementia, care giver, and environmental factors cause behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)

Síntomes cognitius i conductuals en la demència.



- La primera opció de tractament davant l'aparició de SPCD que no suposin una situació de risc és el tractament NO farmacològic
- Respecte al tractament fàrmacològic valorar altres opcions: IACEs, Antidepressius...

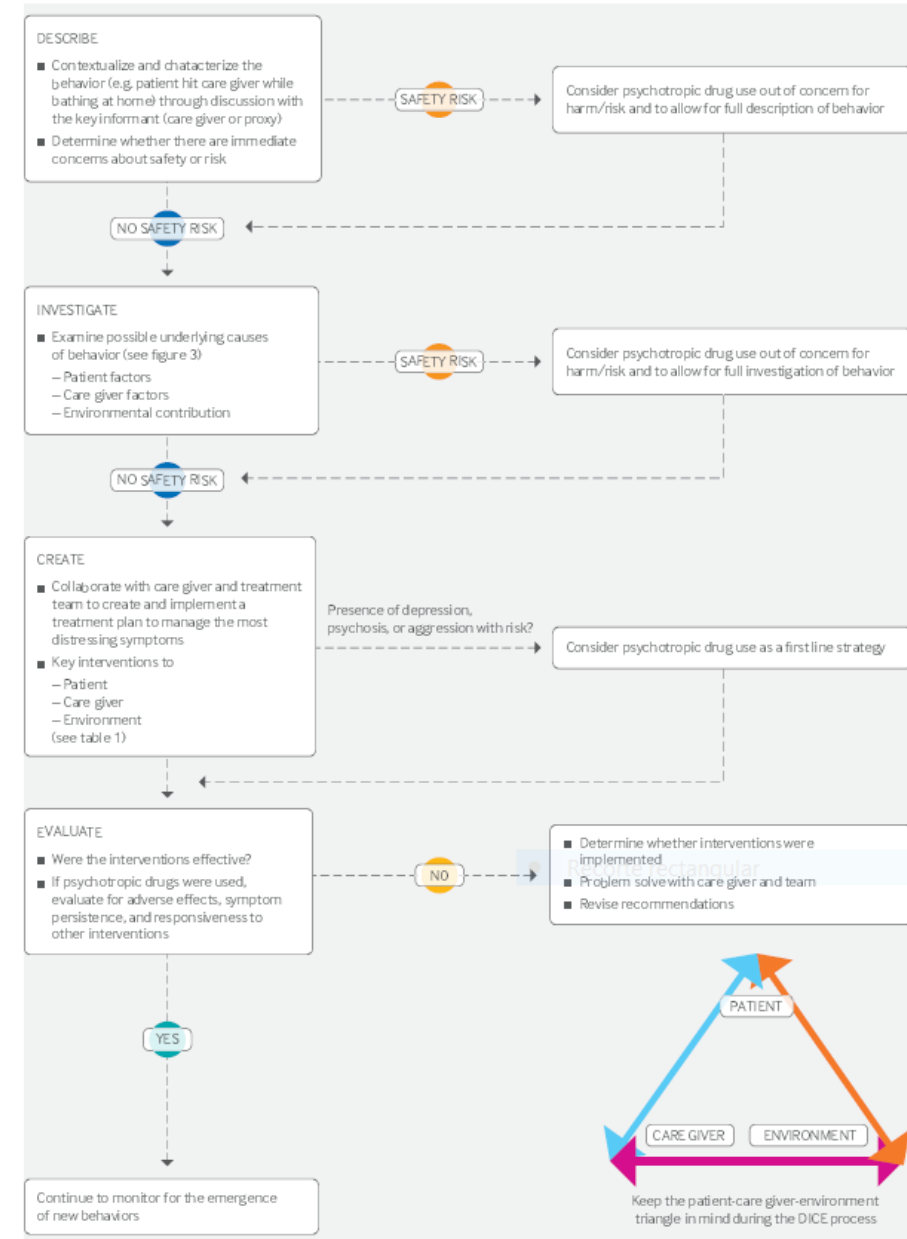


Fig 2] The DICE (describe, investigate, create, and evaluate) approach

COMORBILITAT...

Table 2. Persons Affected by the Most Frequently Co-Occuring Pairs of Chronic Conditions and Their Observed (O) and Expected (E) Prevalence per 100 Population

Chronic Conditions	Cases, n	Prevalence/100		
		Observed	Expected	Ratio O/E
Heart failure and CHD	61	5.6	2.6	2.2
Heart failure and atrial fibrillation	42	3.8	1.8	2.1
Heart failure and diabetes mellitus	20	1.8	0.9	2.0
Hypertension and heart failure	166	15.1	6.7	2.3
Hypertension and CHD	84	7.6	5.7	1.3
Hypertension and atrial fibrillation	60	5.5	3.9	1.4
Hypertension and CVD	38	3.5	2.8	1.3
Hypertension and dementia	60	5.5	8.1	0.7
Hypertension and diabetes mellitus	28	2.5	1.9	1.3
Dementia and depression	33	3.0	1.7	1.8
Dementia and hip fracture	19	1.7	0.8	2.1
Dementia and CVD	30	2.7	1.6	1.7
Depression and CVD	12	1.1	0.6	1.8
Depression and hip fracture	7	0.6	0.3	2.0
Deafness and visual impairments	24	2.2	0.9	2.4

Results from logistic regression models testing the association between pairs of chronic conditions: odds ratio and all the other diseases) and 95% confidence intervals (CI) are reported.
 $P < .001$, $^{\dagger} .01$.
 CHD = coronary heart disease; CVD = cerebrovascular disease.



Grup de Demències
 Societat Catalana de
 Geriatria i Gerontologia

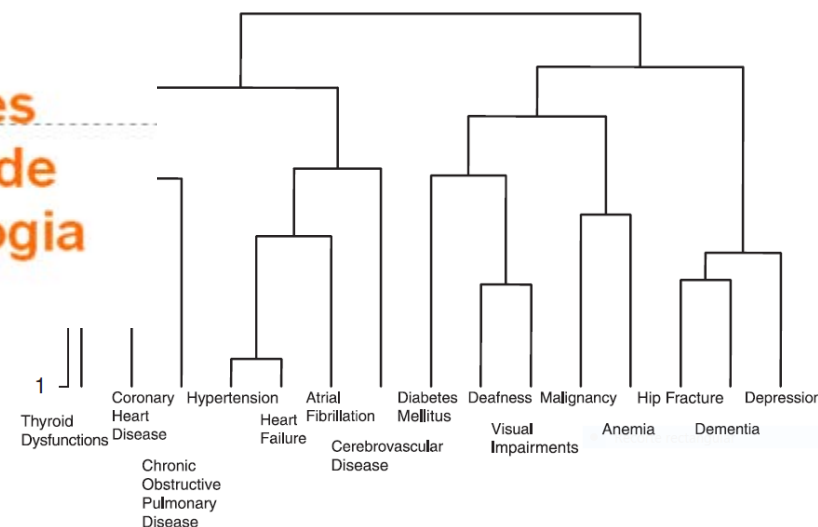


Figure 2. Dendrogram resulting from clusters analysis testing the distribution and aggregation of chronic diseases in the population.

Valoració pe
que decidirà
adecuat.



Reumatologia
ent més

La importància de l'avaluació precoç i l'abordatge integral per reduir estada, complicacions, mortalitat i reingressos. Individualitzar el tractament. Les 5 Ds (delirium, dolor, demència, deteriorament funcional, depressió)



JORNADA

"DEMÈNCIA I FRACTURA DE FÈMUR: ATRACCIÓ FATAL"

ORGANITZADA PEL GRUP DE DEMÈNCIES

(SOCIETAT CATALANA DE GERIATRIA I GERONTOLOGIA)

DIA: 26/2/2016

LLOC: Sala Josep Marull. Parc Salut MAR



COL·LABORADORS



Recorte rectangular



**Societat Catalana de
Geriatria i Gerontologia**

JORNADA

“DE LA TEORÍA A LA PRÀCTICA, PASSANT PER LA ÈTICA: MALTRACTAMENT EN DEMÈNCIA “

ORGANITZADA PEL GRUP DE DEMÈNCIES

(SOCIETAT CATALANA DE GERIATRIA I GERONTOLOGIA)

DIA: 24/2/2017

LLOC: Acadèmia de Ciències Mèdiques, can Caralleu

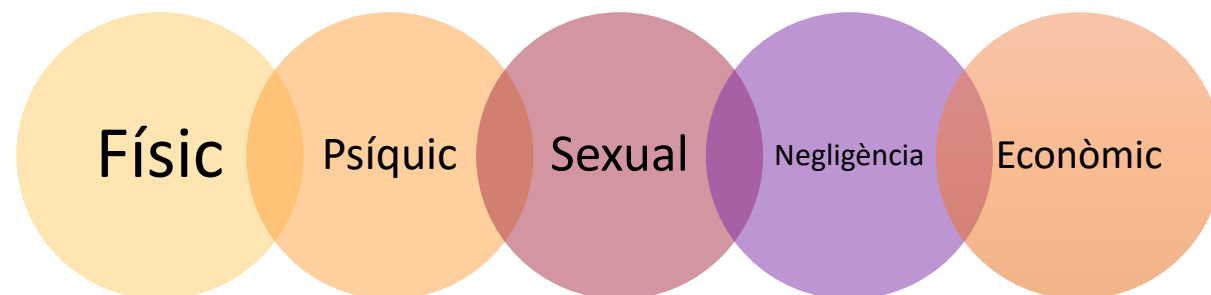


Grup de Demències
Societat Catalana de
Geriatria i Gerontologia

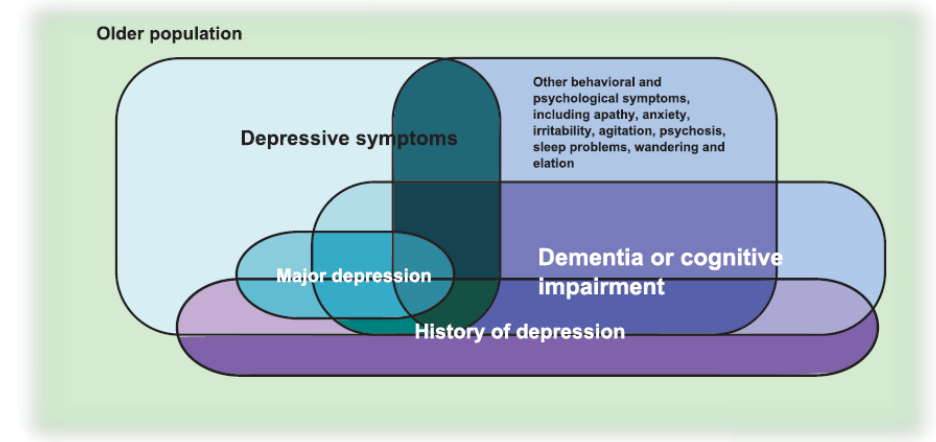
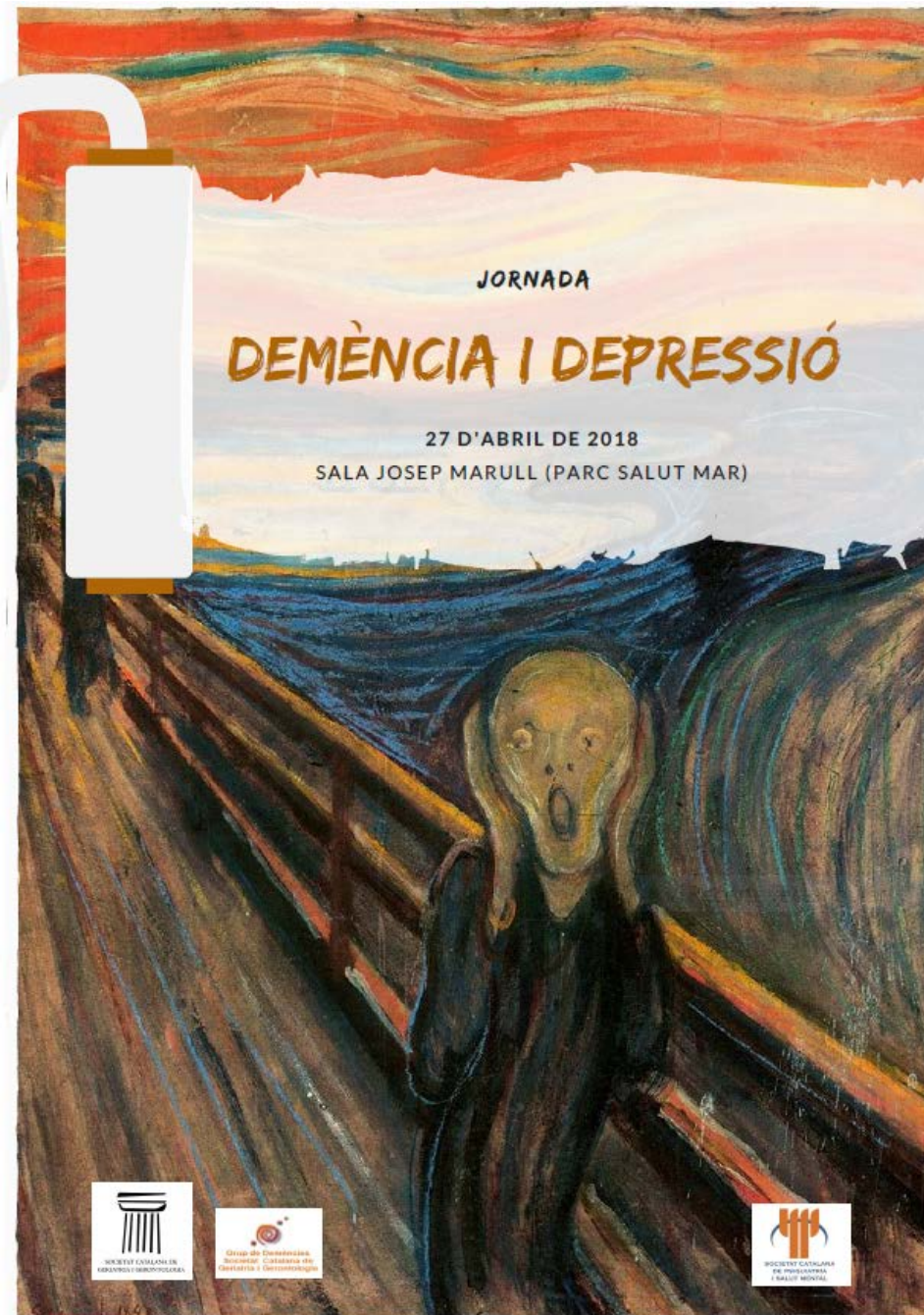
COL·LABORADORS




ATENCIÓ CENTRADA EN LA CURA DE LA PERSONA AMB DEMÈNCIA: Donar suport al benestar, la dignitat i l'autonomia de la persona, com unitat, sencera, única.



Donar eines: Treball multidimensional i multidisciplinar (treballadora social, mèdic, jurídic...).



The black and white figures below show the populations that were included and excluded in six examples from the literature. Areas in black were included in the study, areas in white excluded. For example, Piccininni *et al.* (2005) recruited only those with dementia (dementia or cognitive impairment area shown in black) whereas Anstey *et al.* (2007) recruited only those without dementia (dementia or cognitive impairment area shown in white)

- Podríem a depressiu demència  nptoma de la pròpia caldria tractar-lo
- Existeixen grans dificultats per establir el diagnòstic de depressió en la demència però això no justifica negar el tractament adequat amb la intensitat adequada.




Jornada final de vida (Febrer 2019)



Final de vida:

- És difícil predir el final de  els malalts amb demència. Segons l'evolució de la malaltia ve  m les seves necessitats.

- La dificultat per establir el pronòstic no hauria de retardar l'accés a rebre una adequada atenció pal·liativa. Utilitzar instruments pronòstic. (PIG/GSF) NECPAL CCOMS-ICO. PAC (pla anticipat de cures).

- Retirada de tractament  E < 10 retirar IACEs, Memantina per sota de 3.

- Criteris de retirada: **INDIVIDUALITZAR**

Consensuar

GDS-FAST $\geq 7b$

Índex Karnofsky ≤ 30 i tres criteris de malaltia avançada: albúmina ≤ 25 g/l, múltiples comorbiditats, febre recurrent, UPP grau III-IV

Reduir poc a poc

Si empitjora, mantenir



Les quatre estacions

“La demència als diferents nivells assistencials”



II Jornada de casos clínics en demència per a residents
ORGANITZADA PEL GRUP DE DEMÈNCIES
(SOCIETAT CATALANA DE GERIATRIA I GERONTOLOGIA)
DIA: 23 de novembre 2018
LLOC: Auditori de l'Edifici França - Passeig de la Circumval·lació, 8. Barcelona


Grup de Demències
Societat Catalana de
Geriatria i Gerontologia


SOCIETAT CATALANOBALEAR DE
GERIATRIA I GERONTOLOGIA

rsabate@parcdesalutmar.cat
MRobles@parcdesalutmar.cat

