

# SITUACIONES CLINICAS CONTROVERTIDAS CASOS REALES

Belén González Glaría  
Jesús Martínez Sotelo

SI

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

**GERIATRIA**  
**FARMACIA HOSPITALARIA**

SEDE:

  
SaludMadrid  
**Hospital Universitario  
Ramón y Cajal**

ORGANIZA:

  
Sociedad Española  
de Geriatria y Gerontologia

  
**sefh**  
Sociedad Española  
de Farmacia Hospitalaria

  
**fefh**  
Fundación Española  
de Farmacia Hospitalaria

# RETIRADA DE FÁRMACOS EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER MUY AVANZADA

SI

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

**GERIATRIA**  
**FARMACIA HOSPITALARIA**

SEDE:

  
SaludMadrid  
**Hospital Universitario  
Ramón y Cajal**

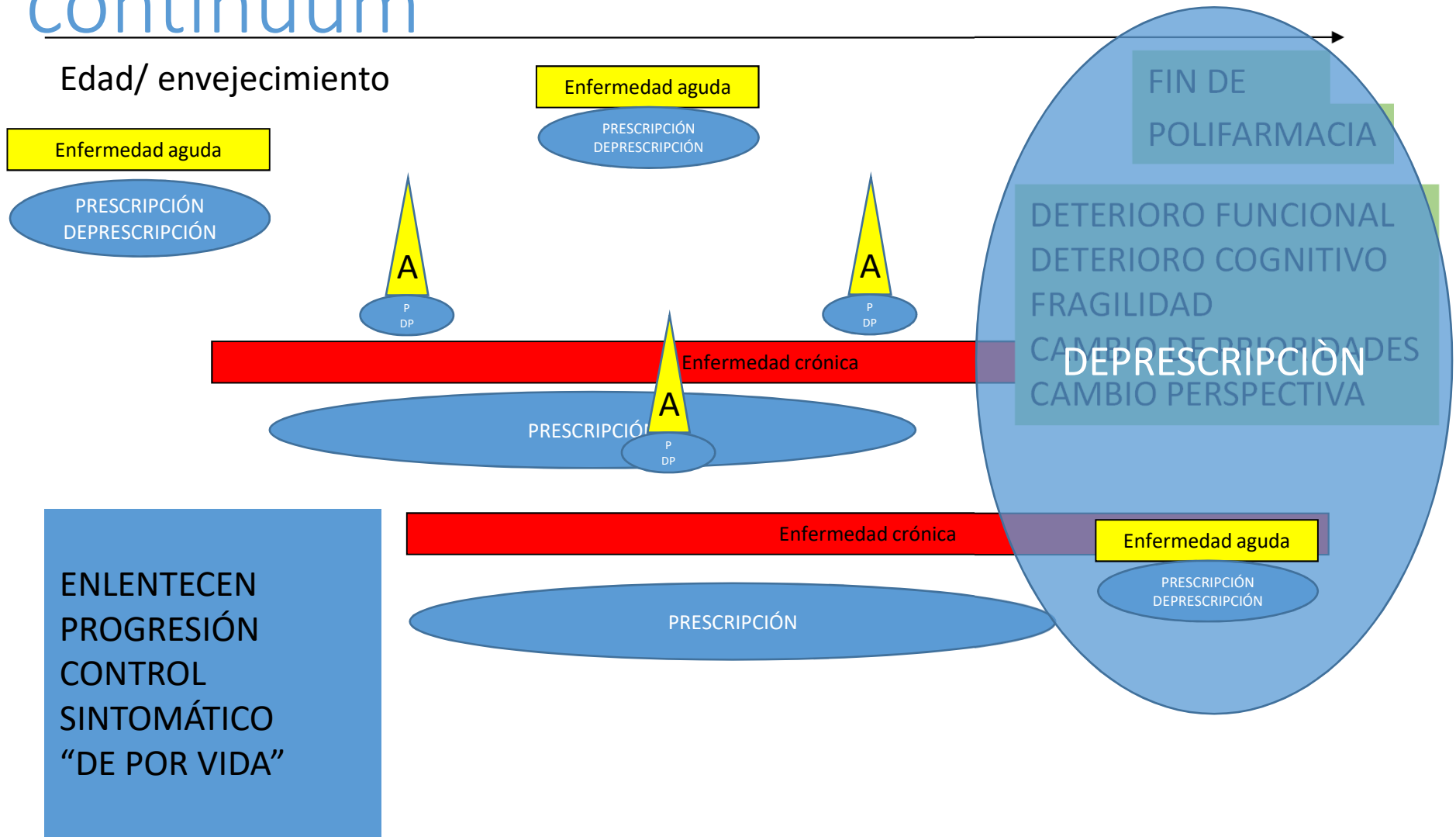
ORGANIZA:

  
Sociedad Española  
de Geriatria y Gerontologia

  
**sefh**  
Sociedad Española  
de Farmacia Hospitalaria

  
**fefh**  
Fundación Española  
de Farmacia Hospitalaria

# Prescripción/ deprescripción: continuum



# CASO 3

## RETIRADAD DE FÁRMACOS EN DEMENCIA AVANZADA

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

**GERIATRIA**  
**FARMACIA HOSPITALARIA**

SEDE:

  
SaludMadrid  
**Hospital Universitario**  
**Ramón y Cajal**

ORGANIZA:

  
Sociedad Española  
de Geriatria y Gerontologia

  
**sefh**  
Sociedad Española  
de Farmacia Hospitalaria

  
**fefh**  
Fundación Española  
de Farmacia Hospitalaria

CASO 3: CARMEN, 84 años

RETIRADA DE FÁRMACOS EN DEMENCIA AVANZADA

INGRESO HOSPITALARIO POR ACELERACIÓN DEL DETERIORO CON DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA

PROBLEMA SALUD	TRATAMIENTO
HTA	Hidroclorotiazida
Cardiopatía isquémica estable	Bisoprolol 2,5 mg/24h Acido Acetilsalicilico 100 mg/24h Parche Nitroglicerina
Hernia de hiato.	Pantoprazol
Enfermedad Inflamatoria Intestinal / Enfermedad Cronh leve (único brote: 1992)	
Carcinoma intraductal de mama (QT-RT: 2003)	
Gonartrosis bilateral. PTR bilateral	Paracetamol
Osteoporosis	Alendronato semanal Calcio/Vitamina D

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

**GERIATRIA**  
**FARMACIA HOSPITALARIA**

SEDE:

  
Hospital Universitario  
Ramón y Cajal

ORGANIZA:

  
Sociedad Española  
de Geriatria y Gerontologia

  
sefh  
Sociedad Española  
de Farmacia Hospitalaria

  
fefh  
Fundación Española  
de Farmacia Hospitalaria

# CASO 3: CARMEN, 84 años

## RETIRADA DE FÁRMACOS EN DEMENCIA AVANZADA

### INGRESO HOSPITALARIO POR ACELERACIÓN DEL DETERIORO CON DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA

#### HISTORIA DE VIDA

Ha vivido en un entorno muy estable desde su infancia. Estudios primarios.. Ama de casa. 4 hijos. Actividad social. Viajes. Muerte súbita de su esposo hace 7 años sin duelo patológico. Cuidadora de madre con demencia y hermano con enfermedad mental. Muy niñera. Le ha gustado la música

#### HISTORIA TRASTORNO NEUROCOGNITIVO

Trastorno cognitivo de inicio insidioso y curso progresivo. Delirium durante ingreso por PTR en 2002. Valorada por neurología en **2006** cuando diagnostican de deterioro neurocognitivo mayor por probable **Alzheimer** y pautan IACE (donepezilo).

**Lenta progresión**, fallece su esposo en 2011 y aun es capaz de vivir sola año y medio más, con resistencia inicial a la aceptación de ayudas.

Cuidadora 24 horas desde hace 5 años, la actual desde hace 2 años.

Tienen establecidas rutinas, sale a la calle todas las mañanas y algunas tardes (que es cuando están las hijas), le gusta mirar a los niños del parque.

I JORNADA DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

**GERIATRIA**  
**FARMACIA HOSPITALARIA**

SEDE:

  
Hospital Universitario  
Ramón y Cajal

ORGANIZA:

  
Sociedad Española  
de Geriatria y Gerontologia

  
sefh  
Sociedad Española  
de Farmacia Hospitalaria

  
fefh  
Fundación Española  
de Farmacia Hospitalaria

CASO 3: CARMEN, 84 años

RETIRADA DE FÁRMACOS EN DEMENCIA AVANZADA

INGRESO HOSPITALARIO POR ACELERACIÓN DEL DETERIORO CON DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA

Desde el punto de vista psicoconductual, durante el desarrollo de la enfermedad presenta:

- Resistencia a la introducción de ayudas
- Manipulación de heces
- Inquietud motora: vagabundeo, esconde objetos
- Alucinaciones visuales , ideación delirante con una de las hijas
- Apatía, tristeza, crisis de angustia ante sus fallos
- **Síndrome de atardecer**
- Síndrome de la sombra
- Duerme de 22,30 a 9, le cuesta conciliar el sueño, inquietud motora

**Medicación** pautaada a lo largo del **deterioro** que se suma a la comentada previamente

lormetazepam 1 mg, 0-0-1; aricept flas 10, 0-0-1, memantina 20, 1-0-0, sertralina 50, 1-0-0, risperdal 0,5 cada 8 horas (hasta un máximo de 2 mg) , trazodona 100 antes de dormir.

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

**GERIATRIA**  
**FARMACIA HOSPITALARIA**

SEDE:

  
Hospital Universitario  
Ramón y Cajal

ORGANIZA:

  
Sociedad Española  
de Geriatria y Gerontologia

  
sefh  
Sociedad Española  
de Farmacia Hospitalaria

  
fefh  
Fundación Española  
de Farmacia Hospitalaria

CASO 3: CARMEN, 84 años

RETIRADA DE FÁRMACOS EN DEMENCIA AVANZADA

INGRESO HOSPITALARIO POR ACELERACIÓN DEL DETERIORO CON DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA

## SITUACIÓN ACTUAL

**SOCIAL:** Dos cuidadores contratados y apoyo por 4 hijos. Sobrecarga por el aumento de dependencia funcional

**FUNCIONAL:** Barthel 10/100 colabora en las transferencias y es capaz de llevarse la comida a la boca.

**COGNITIVO/AFECTIVO/CONDUCTUAL:**

Afectación global, lenguaje oral limitado a automatismos, mantiene la comunicación no verbal, la comunicación afectiva, no reconoce el parentesco de sus familiares pero sí está tranquila con ellos y los busca con la mirada.

Mantiene interacción afectiva. Sale en silla de ruedas a la calle por las mañanas. Pasa el día sentada, precisa barrera anterior para sujeción. Por las **tardes** está algo más **intranquila** pero lo manejan diversificando la atención (le ponen **música**, le muestran **fotos** antiguas). Ocasionalmente llora pero la calman con su muñeco o con música. En cama de 21 a 10, sueño interrumpido, duerme con un pequeño muñeco, soliloquios nocturnos que no interfieren en el descanso de los cuidadores, tolera los absorbentes, **no conductas de riesgo**.

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

**GERIATRIA  
FARMACIA HOSPITALARIA**

SEDE:

  
SaludMadrid  
**Hospital Universitario  
Ramón y Cajal**

ORGANIZA:

  
Sociedad Española  
de Geriatria y Gerontologia

  
**sefh**  
Sociedad Española  
de Farmacia Hospitalaria

  
**fefh**  
Fundación Española  
de Farmacia Hospitalaria



CASO 3: CARMEN, 84 años

RETIRADA DE FÁRMACOS EN DEMENCIA AVANZADA

INGRESO HOSPITALARIO POR ACELERACIÓN DEL DETERIORO CON DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA

## SITUACIÓN ACTUAL

Otros síndromes geriátricos:

- **Estreñimiento:** Dps diaria escasa, le dan duphalac y dieta laxante, ocasionalmente precisa extracción manual
- No déficit sensorial neto
- Dieta triturada de **disfagia** con espesantes, proteica, **pérdida** progresiva de **peso** no cuantificada
- Piel íntegra
- No aparente dolor
- No infecciones de repetición

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

**GERIATRIA**  
**FARMACIA HOSPITALARIA**

SEDE:

  
Hospital Universitario  
Ramón y Cajal

ORGANIZA:

  
Sociedad Española  
de Geriatria y Gerontologia

  
sefh  
Sociedad Española  
de Farmacia Hospitalaria

  
fefh  
Fundación Española  
de Farmacia Hospitalaria

CASO 3: CARMEN, 84 años  
RETIRADA DE FÁRMACOS EN DEMENCIA AVANZADA  
INGRESO HOSPITALARIO POR ACELERACIÓN DEL DETERIORO CON DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA

La paciente **ingresa en estupor/coma** desde urgencias tras valoración en urgencias y por neurología, no se objetivan datos infecciosos inflamatorios, neuroimagen normal. Únicamente leve hipopotasemia que no justifica estos cambios.

## ¿qué haríais?

Se **retiran fármacos** y se “normalizan” dinámicas (dieta de disfagia, levantar a sillón).

La paciente **recupera el nivel de conciencia**, reinicia ingestas y se objetivan mioclonias espontáneas y provocadas.

Se realiza analítica, RMN y EEG, sin datos que apunten a nada distinto a un probable Alzheimer

### DIAGNÓSTICO FINAL

**Deterioro subagudo** en relación con sobrecarga de cuidador/ cambio en los cuidados- trastorno conductual- **psicofármacos**.

Se gestiona alta a residencia (de acuerdo con la familia)

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

**GERIATRIA  
FARMACIA HOSPITALARIA**

SEDE:

  
Hospital Universitario  
Ramón y Cajal

ORGANIZA:

  
Sociedad Española  
de Geriatria y Gerontologia

  
sefh  
Sociedad Española  
de Farmacia Hospitalaria

  
fefh  
Fundación Española  
de Farmacia Hospitalaria

## CASO 3: CARMEN, 84 años

### RETIRADA DE FÁRMACOS EN DEMENCIA AVANZADA

INGRESO HOSPITALARIO POR ACELERACIÓN DEL DETERIORO CON DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA

PROBLEMA SALUD	TRATAMIENTO
HTA	Hidroclorotiazida
Cardiopatía isquémica estable	Bisoprolol 2,5 mg/24h Acido Acetilsalicilico 100 mg/24h Parche Nitroglicerina
Hernia de hiato.	Pantoprazol
Enfermedad Inflamatoria Intestinal / Enfermedad Cronh leve (único brote: 1992)	
Carcinoma intraductal de mama (QT-RT: 2003)	
Gonartrosis bilateral. PTR bilateral	Paracetamol
Osteoporosis	Alendronato semanal Calcio/Vitamina D
<b>Deterioro cognitivo (Alzheimer) – 2006</b>	<b>Donepezilo 10 mg/24h (0-0-1)</b> <b>Memantina 20 mg/24h (1-0-0)</b>
<b>Alteraciones sueño</b>	<b>Lormetazepam 1 mg/24h (0-0-1)</b> <b>Trazodona 100 mg/24h (antes dormir)</b>
<b>Alucinaciones, Delirio... (SPCD) – Predominio vespertino</b>	<b>Risperidona 0,5 mg/8h (Máx: 2 mg/24h)</b>
<b>Trastorno depresivo</b>	<b>Sertralina 50 mg/24h</b>

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

**GERIATRIA**  
**FARMACIA HOSPITALARIA**

SEDE:

  
Hospital Universitario  
Ramón y Cajal

ORGANIZA:

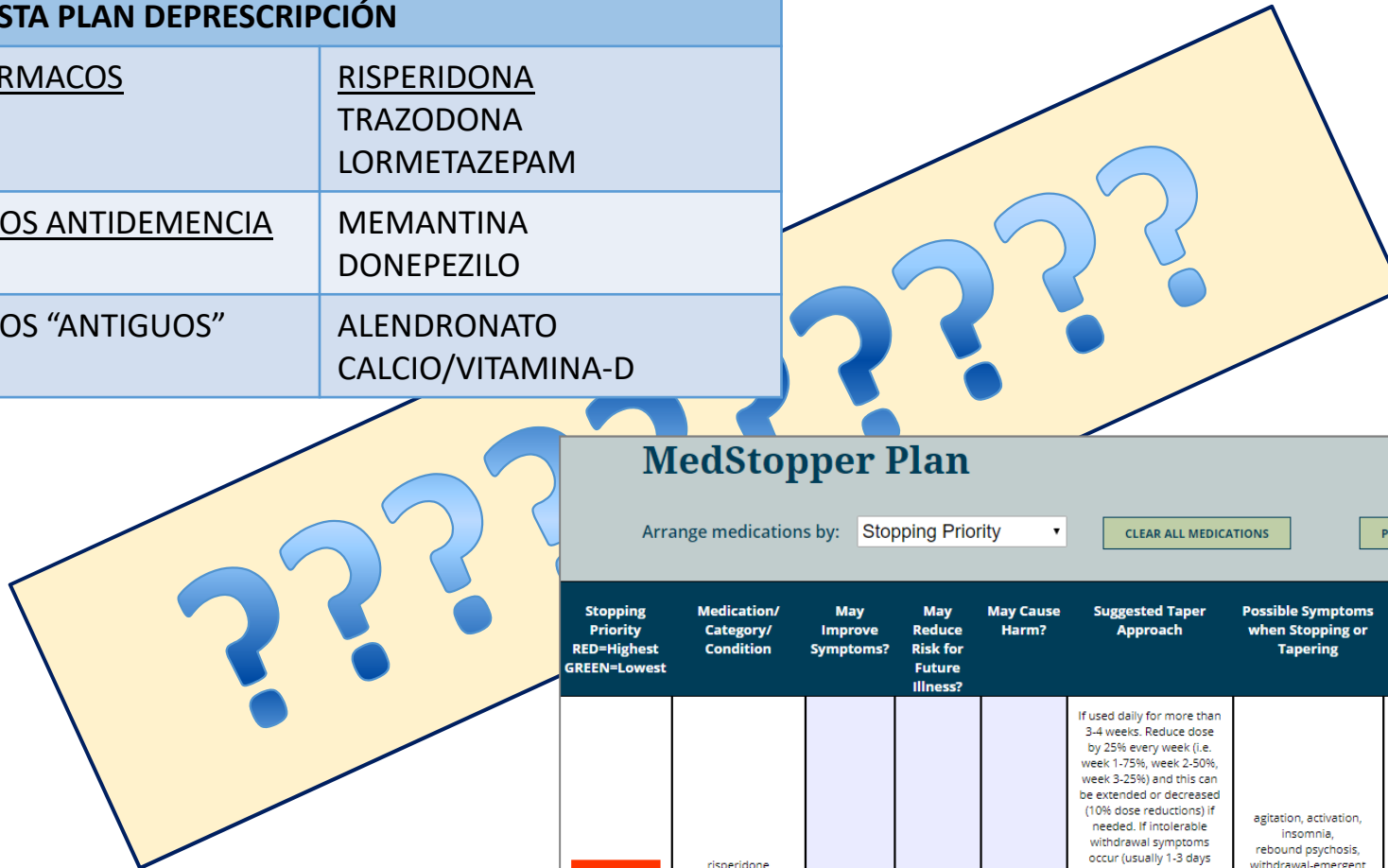
  
Sociedad Española  
de Geriatria y Gerontologia

  
sefh  
Sociedad Española  
de Farmacia Hospitalaria

  
fefh  
Fundación Española  
de Farmacia Hospitalaria

# ESQUEMA DEPRESCRIPCION

PROPUESTA PLAN DEPRESCRIPCION	
<u>PSICOFARMACOS</u>	RISPERIDONA TRAZODONA LORMETAZEPAM
<u>FÁRMACOS ANTIDEMENCIA</u>	MEMANTINA DONEPEZILO
FARMACOS "ANTIGUOS"	ALENDRONATO CALCIO/VITAMINA-D



MedStopper Plan							
Arrange medications by: <input type="text" value="Stopping Priority"/>					<input type="button" value="CLEAR ALL MEDICATIONS"/>	<input type="button" value="PRINT PLAN"/>	
Stopping Priority RED=Highest GREEN=Lowest	Medication/ Category/ Condition	May Improve Symptoms?	May Reduce Risk for Future Illness?	May Cause Harm?	Suggested Taper Approach	Possible Symptoms when Stopping or Tapering	Beers/STOPP Criteria
	risperidone (Risperdal) / Second generation antipsychotic / agitation in dementia				If used daily for more than 3-4 weeks. Reduce dose by 25% every week (i.e. week 1-75%, week 2-50%, week 3-25%) and this can be extended or decreased (10% dose reductions) if needed. If intolerable withdrawal symptoms occur (usually 1-3 days after a dose change), go back to the previously tolerated dose until symptoms resolve and plan for a more gradual taper with the patient. Dose reduction may need to slow down as one gets to smaller doses (i.e. 25% of the original dose). Overall, the rate of discontinuation needs to be controlled by the person taking the medication.	agitation, activation, insomnia, rebound psychosis, withdrawal-emergent abnormal movements, nausea, feeling of discomfort, sweating, vomiting, insomnia - these symptoms vary somewhat depending on the specific antipsychotic	<input type="button" value="Details"/>

# DEPRESCRIPCION – RETIRADA GRADUAL

## A general guide to tapering medicine:

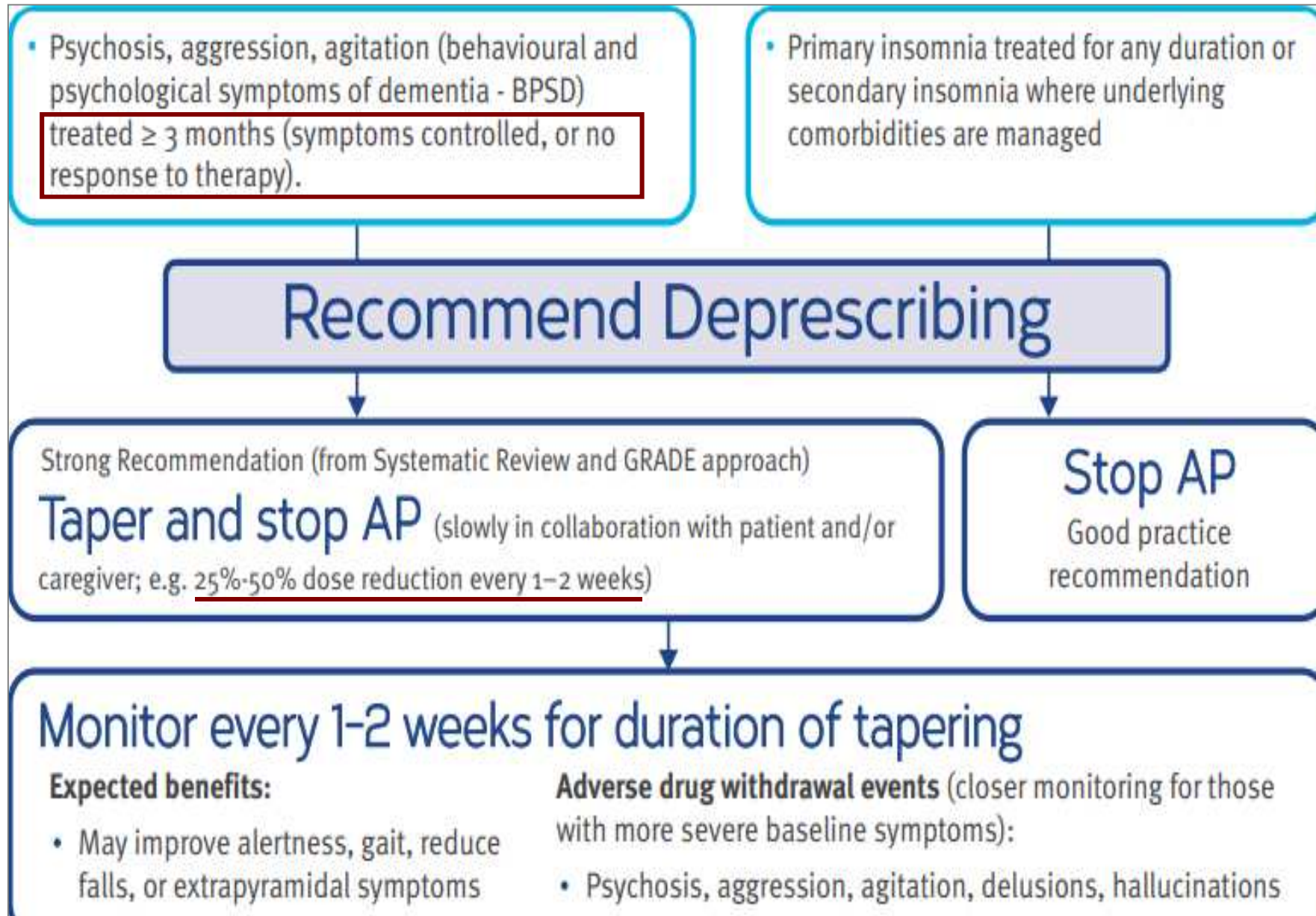
**Halve the dose.** At the next scheduled visit review progress, then either:

- Maintain (at half dose)
- Continue to taper (e.g. quarter dose)
- Stop

### Notes:

- View the discontinuation process as a trial
- Stop one medicine at a time so that any withdrawal event(s) can be easily attributed to the medicine that is being stopped
- Time taken to taper may vary from days to weeks to months

# DEPRESCRIPCION RISPERIDONA



# DEPRESCRIPCION TRAZODONA

9/1/2019

Sleep-wake disturbances and sleep disorders in patients with dementia - UpToDate

**Pharmacotherapy** — Pharmacotherapy does not have a role in the routine management of insomnia or other sleep-wake disturbances in patients with dementia. There are no controlled trials to support the effectiveness of these medications in this patient population, and older adults with cognitive impairment have increased susceptibility to a variety of side effects (eg, drowsiness, confusion, gait instability, nocturnal falls) [88,107].

When drugs are prescribed for insomnia in patients with dementia, it is often at the request of a stressed or overwhelmed caregiver when nonpharmacologic strategies have not been fully explored, and the sleeping problems rarely resolve over time. We strongly encourage a multicomponent, nonpharmacologic approach that should, over time, obviate the need for pharmacologic sedation.

Use of prolonged release melatonin (2 mg) was reported to improve sleep maintenance and cognitive function compared with placebo in a randomized trial of 80 older patients with mild to moderate AD [108]. However, a systematic review of randomized trials comparing melatonin, **trazodone**, or **ramelteon** to placebo in patients with AD concluded that melatonin was not beneficial for sleep in patients with AD (three trials, not including the aforementioned study) and found only low-quality evidence for low-dose trazodone (50 mg) as potentially helpful (one trial) [109]. Ramelteon showed no evidence of benefit in a single trial in patients with mild to moderate AD.

Tabla 1. **Fármacos con efectos anticolinérgicos.** Adaptado de ref 25. Relación no exhaustiva

	ALTA potencia anticolinérgica	BAJA potencia anticolinérgica
<b>Anticolinérgicos antiespasmódicos</b>	Atropina, butilescopolamina, mebeverina	
<b>Anticolinérgicos urinarios</b>	Oxibutinina, solifenacina, tolterodina, cloruro de trospio*, fesoterodina*	
<b>Antidepresivos</b>	Tricíclicos: amitriptilina, imipramina, clomipramina, nortriptilina, trimipramina, doxepina	Mirtazapina, paroxetina, fluoxetina, fluvoxamina, citalopram, trazodona
<b>Antipsicóticos</b>	Fenotiazinas: clorpromazina, levomepromazina, flufenazina, clozapina	Olanzapina, haloperidol, quetiapina, risperidona
<b>Antiparkinsonianos</b>	Biperideno*, trihexifenidilo	Entacapona
<b>Antihistamínicos</b>	Clorfeniramina, dexclorfeniramina, hidroxizina, difenhidramina, meclizina, dimenhidrinato, clemastina	Cetirizina, loratadina
<b>Opioides</b>		Codeína, morfina, fentanilo, tramadol, oxycodona

**STOPP**

- Uso concomitante de dos o más fármacos con propiedades anticolinérgicas (anticolinérgicos vesicales, antiespasmódicos intestinales, antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos de primera generación): riesgo de toxicidad anticolinérgica aumentada.





- Minimizar el uso de fármacos con acción anticolinérgica, considerando la carga anticolinérgica global del paciente (ver Tabla 1).

- Evitar la asociación de anticolinérgicos con fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, rivastigmina, galantamina)<sup>10</sup>.

- Ante la presencia de deterioro cognitivo, considerar que puede estar producido por fármacos.

Información adicional

# DEPRESCRIPCION TRAZODONA

	trazodone (Desyrel) / SSRI / <b>depression</b>				<p>If used daily for more than 3-4 weeks. Reduce dose by 25% every week (i.e. week 1-75%, week 2-50%, week 3-25%) and this can be extended or decreased (10% dose reductions) if needed. If intolerable withdrawal symptoms occur (usually 1-3 days after a dose change), go back to the previously tolerated dose until symptoms resolve and plan for a more gradual taper with the patient. Dose reduction may need to slow down as one gets to smaller doses (i.e. 25% of the original dose). Overall, the rate of discontinuation needs to be controlled by the person taking the medication.</p>	nausea, diarrhea, abdominal pain, sweating, headache, dizziness, cold and flu-like symptoms, anxiety, irritability, trouble sleeping, unusual sensory experiences (e.g. electric shock-like feelings, visual after images), sound and light sensitivity, muscle aches and pains, chills, confusion, pounding heart (palpitations), unusual movements, mood changes, agitation, distress, restlessness, rarely suicidal ideation	<a href="#">Details</a>
---	---	---	--	---	---	---	-------------------------



# DEPRESCRIPCION OSTEOPOROSIS

9. Bifosfonatos orales en pacientes con enfermedades digestivas altas presentes o previas (p. ej., disfagia, esofagitis, gastritis, duodenitis, enfermedad ulcerosa péptica, o hemorragia digestiva alta) (riesgo de reaparición/exacerbación de esofagitis, úlcera esofágica o estenosis esofágica)

STOPP-START  
(2015)

Tabla 2. **Fármacos que no requieren retirada gradual: motivos para deprescribir**<sup>12,13</sup>

<b>BISFOSFONATOS</b> <sup>17,32,33</sup>
Indicación no justificada: en mujeres con riesgo bajo de fracturas futuras (T-score dentro de rango, sin fracturas previas, bajo riesgo de caídas).
Si indicación justificada, considerar la retirada tras un período de 5 años de tratamiento.
Intolerancia: trastornos gastrointestinales.
Efectos adversos: osteonecrosis, fracturas atípicas.
Contraindicación: en demencias avanzadas aumenta el riesgo de ulceraciones esofágicas por dificultad de permanecer en decúbito tras la ingesta.
<b>CALCIO Y VITAMINA D</b> <sup>17</sup>
Demencia: se aconseja retirada.
Actualmente existe controversia sobre la efectividad y los efectos negativos del calcio sobre el riesgo cardiovascular.

Infac VOLUMEN 21 • Nº 2 • 2013. NO HAY MEDICAMENTOS «PARA TODA LA VIDA»

E. Delgado Silveira et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(2):89–96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.10.005>

# DEPRESCRIPCION OSTEOPOROSIS

Drug	Indication for which it is prescribed	Deprescribing condition	Health variables to monitor	Follow up
	Secondary prevention	>5 years free of gout episodes	Gout episode	Not applicable
Musculo-skeletal system				
Bisphosphonates	Primary prevention	5-year treatment	New fracture	1 year
	Secondary prevention	Patient unable to walk	New fracture	6 months

LESS-CHRON  
(2017)

IACEs / MEMANTINA

# Fármacos antidemencia



# Fármacos antidemencia en institucionalizados

- Se recomienda

- Continuar en aquellos que pueden todavía realizar alguna ABVD o interacción social
- Individualizar y tener en cuenta
  - Efectos secundarios
  - Situación cognitiva – funcional- trastornos de conducta
  - Preferencias del cuidador
- Suspensión escalonada mejor que abrupta y si hay un deterioro evidente considerar su reinicio
- Parece coherente por los beneficios limitados si existen, efectos secundarios potenciales, y costes en [estadios terminales](#) suspender los IACE y si se observa un cambio negativo (conductual) reiniciarlo

# RETIRADA FÁRMACOS ANTIDEMENCIA

## Cuando retirar el tratamiento farmacológico

La suspensión del tratamiento se debe realizar cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

- deterioro clínico y /o funcional de la suficiente entidad que a juicio del clínico, no justifique su continuidad, a pesar del tratamiento.
- reacciones adversas que justifiquen su retirada.
- aparición de otra patología que contraindique la medicación.
- necesidad de introducir un fármaco contraindicado.
- demencia avanzada.
- decisión del paciente y/o cuidador informados.
- cualquier otro criterio que lo justifique.

# DEPRESCRICION ANTI-DEMENCIA

Anticholinesterases	Alzheimer's disease	In combination with memantine: withdraw one of them. Patients with advanced Alzheimer's disease (GDS >6) or no response to treatment in the previous year	Agitation Behavior alterations	2 months
---------------------	---------------------	--	-----------------------------------	----------

LESS-CHRON  
(2017)

## Section D: Central Nervous System

### D1. Neuroleptic antipsychotics

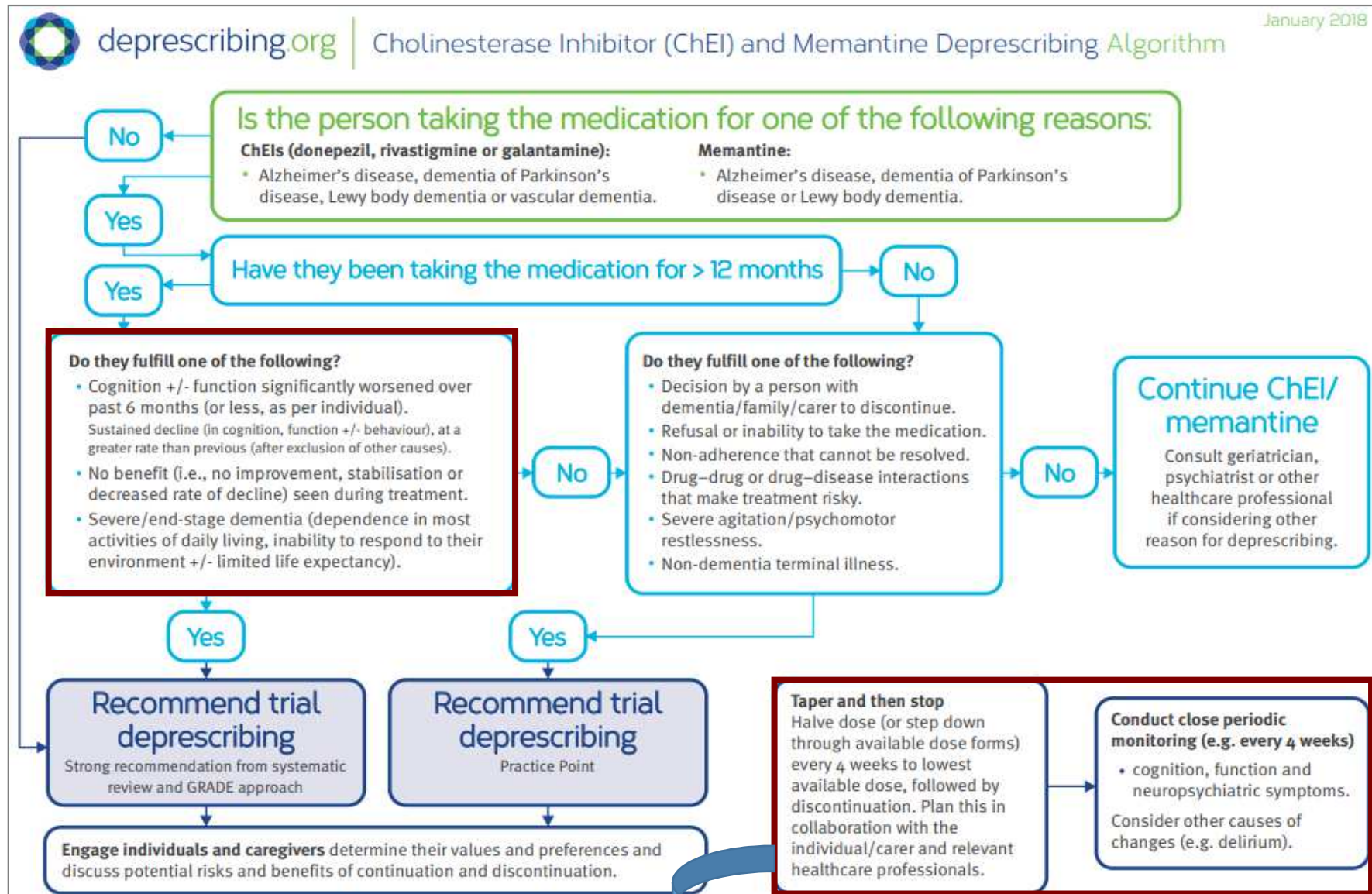
Aim to reduce dose and gradually discontinue these drugs in patients taking them for longer than 12 weeks if there are no current clinical features of behavioural and psychiatric symptoms of dementia (BPSD) [48–52]

### D2: Memantine

Discontinue and monitor in patients with moderate to severe dementia, unless memantine has clearly improved BPSD (specifically in frail patients who meet the criteria above) [53–56]

STOPPFrail  
(2017)

# DEPRESCRIPCION ANTI-DEMENCIA



1º: MEMANTINA  
DESPUÉS: IACE



# DESFINANCIACION ANTI-ALZHEIMER FRANCIA

- 01/08/2018 – Desfinanciación medicamentos Alzheimer (donepezilo, galantamina, rivastigmina y memantina) por Ministerio de Sanidad francés (escasa eficacia y desproporcionados efectos adversos ([Prescrire in english](#)\*)).
- 2012 – *Prescrire*: Evitar estos medicamentos y proteger a los pacientes de daños innecesarios.
- 2016 – HAS: Reconoce públicamente que estos medicamentos no tenían cabida en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer
- Mayo 2018 – Guia Alzheimer HAS: Estos medicamentos no tienen nada que ofrecer.

\* **In practice, Alzheimer's disease is an ordeal for patients as they lose their faculties, and also for the family and carers on whom the patient becomes increasingly dependent. None of the drugs available in 2018 offer any lasting improvement. These delisted drugs even hasten death in some cases. It is only right that they should be delisted. The next logical step would be to withdraw them from the market in France and across Europe.**

**The delisting of these drugs is a clear signal that the days are over when support for patients and their struggling caregivers was based on drugs raising false hopes. These patients and their caregivers primarily need hands-on, practical care and support, not these drugs: practical help with daily tasks, stimulating activities for patients, psychological support for caregivers, temporary or lasting respite for family members. The least society can do now is to use the money previously wasted on reimbursing these drugs to fund initiatives of this type.**

CASO 3: CARMEN, 84 años  
RETIRADA DE FÁRMACOS EN DEMENCIA AVANZADA  
INGRESO HOSPITALARIO POR ACELERACIÓN DEL DETERIORO CON DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA

La paciente **ingresa en estupor/coma** desde urgencias tras valoración en urgencias y por neurología, no se objetivan datos infecciosos inflamatorios, neuroimagen normal. Únicamente leve hipopotasemia que no justifica estos cambios.

### Qué hicimos

Se **retiran fármacos** y se “normalizan” dinámicas (dieta de disfagia, levantar a sillón).

La paciente **recupera el nivel de conciencia**, reinicia ingestas y se objetivan mioclonias espontáneas y provocadas.

Se realiza analítica, RMN y EEG, sin datos que apunten a nada distinto a un probable Alzheimer

### DIAGNÓSTICO FINAL

**Deterioro subagudo** en relación con sobrecarga de cuidador/ cambio en los cuidados- trastorno conductual- **psicofármacos**.

Se gestiona alta a residencia (de acuerdo con la familia)

I JORNADA

DIRIGIDO A MIEMBROS DE LA SEGG Y SEFH

**GERIATRIA  
FARMACIA HOSPITALARIA**

SEDE:

  
SaludMadrid  
**Hospital Universitario  
Ramón y Cajal**

ORGANIZA:

  
Sociedad Española  
de Geriatria y Gerontologia

  
**sefh**  
Sociedad Española  
de Farmacia Hospitalaria

  
**fefh**  
Fundación Española  
de Farmacia Hospitalaria

Aplicar las recomendaciones

Demencia avanzada



Suspensión de toda medicación que no tenga como objetivo control sintomático



Terminalidad

MUERTE

No marca tiempo  
Marca intensidad de intervención

