

BUENAS PRÁCTICAS DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

Contenidos	
Píldoras formativas	Medicamentos para la enfermedad de Alzheimer
Noticias de interés	Programa de Optimización de uso de Antibióticos en el paciente con tratamiento ambulatorio
Buenas prácticas	¿Cómo evitar el error de incorrecta identificación del usuario en la administración de medicamentos?
Avance próximo boletín	Fármacos y anemias
Bibliografía	



NORMAS EDITORIALES

En cada boletín, de periodicidad cuatrimestral, se publicarán aquellas experiencias de buenas prácticas que se han implantado de manera exitosa en alguno o varios centros, así como los errores de medicación detectados y las acciones correctoras ejecutadas.

El Comité de Redacción seleccionará aquellas prácticas positivas y que sean fácilmente extrapolables. Para ello se revisarán las propuestas enviadas en los dos primeros meses de cada cuatrimestre (Enero-Febrero/Mayo-Junio/Septiembre-October).

La estructura general del Boletín será la siguiente:

- ./Información sobre medicamentos en forma de Píldoras Formativas
 - ./Noticias de interés
 - ./Experiencias de buenas prácticas extrapolables a centros
 - ./Avance próximo boletín
-

COMITÉ DE REDACCIÓN:

Francisco Apolo Carvajal¹, Juan Carlos Bando Beltrán², Betsabé Cáliz Hernández¹, Iciar Cañamares Orbis¹, Elena Capilla Santamaría¹, Alicia Escudero Brocal¹, María González Martínez¹, María Teresa Llanos García¹, Nuria Martínez Casanova¹, Eugenia Martínez Sánchez¹, Isabel Mayorga Bajo¹, Fernando Novales Parra², Teresa González Alonso², Mari Carmen Álvarez Ozcariz², Ignacio Retuerto Massa²

Invitados:

María Isabel Vela Carbonero. RM Gastón Baquero.

COMITÉ EDITORIAL:

Ainhoa Aranguren Oyarzabal¹, María José Calvo Alcántara¹, Hilario Hernández Ovejero² y Primitivo Ramos Cordero².

Edita:

¹Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

²Agencia Madrileña de Atención Social. Consejería de Políticas Sociales y Familia.

ISSN: 2530-5743

Para dudas o sugerencias: farmacia.residencias@salud.madrid.org; coordinacionma.amas@madrid.org

URL: <http://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/17927>



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la Comunidad de Madrid y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



[comunidad.madrid/publicamadrid](http://www.comunidad.madrid/publicamadrid)

PÍLDORA FORMATIVA: MEDICAMENTOS PARA LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

INTRODUCCIÓN

La demencia es un desorden caracterizado por un deterioro cognitivo que afecta a uno o varios dominios (aprendizaje y memoria, conducta, capacidad funcional, atención compleja, capacidad motora y social). La enfermedad de Alzheimer (EA) es un trastorno neurodegenerativo crónico que generalmente se presenta en adultos ≥ 65 años de edad, caracterizado por un desarrollo progresivo de disfunción cognitiva (pérdida de memoria, problemas del lenguaje, pérdida de destreza intelectual), síntomas psiquiátricos y conductuales (cambio de personalidad, depresión, agitación, alucinaciones, delirio) y dificultad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) instrumentales y básicas(1)(2).

TRATAMIENTO

Las medidas no farmacológicas son el primer escalón del tratamiento y deben mantenerse aún en el caso de que se indique un tratamiento farmacológico, que nunca debe sustituir a aquellas. Entre las medidas no farmacológicas se incluye ejercicio, apoyo social y psicológico, estimulación cognitiva, estimulación para la ejecución y reeducación de las AVD, determinados programas y actividades impartidos por terapia ocupacional, información y educación, grupos de apoyo para cuidadores, atención domiciliaria, servicios comunitarios y centros de día(2)(3).

Actualmente el objetivo del tratamiento farmacológico es preservar las habilidades cognitivas, funcionales, minimizar los trastornos del comportamiento y retrasar la progresión de la enfermedad. Sin embargo, con unas expectativas realistas, los fármacos disponibles consiguen un beneficio clínico modesto y temporal. El resultado del tratamiento es sintomático sobre los efectos cognitivos y funcionales de la demencia, no se considera que estos medicamentos sean modificadores de la enfermedad ni neuroprotectores (4).

SELECCIÓN DE PACIENTES

La práctica habitual para decidir qué pacientes son candidatos a inicio de medicación y en qué momento habría que plantearse una retirada ha consistido en determinados valores de escalas tales como Mini Mental State Examination (MMSE) (Anexo 1), el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo o la escala global de deterioro de

Reisberg (GDS) (Anexo 2) entre otras. La Guía Farmacogeriátrica de la Comunidad de Madrid recomienda plantear tratamiento en estadios precoces a partir de un valor de GDS de 3-4(5) pero desde su publicación se ha generado nueva evidencia. El Servicio Andaluz de Salud propone no iniciar tratamiento en pacientes con un estadio GDS por debajo de 4 o por encima de 6, tampoco considera candidatos a tratamiento a pacientes con deterioro cognitivo leve (6).

La guía NICE en su última actualización recomienda la incorporación del juicio clínico para evaluar la gravedad de la enfermedad y la idoneidad del tratamiento basándose en la idea de que la escala MMSE es menos sensible a los cambios a nivel cognitivo en los pacientes que se encuentran representados en los valores extremos de la escala. A esto también se suma la dificultad de evaluar mediante la escala MMSE a pacientes con bajo nivel educativo o poco dominio del idioma(3).

Se recomienda realizar una valoración geriátrica para conocer la situación basal del paciente, determinar el impacto de la enfermedad actual, transmitir información objetiva, poder monitorizar los cambios y en último término, establecer tratamientos específicos y valorar la respuesta a los mismos(5).

Es muy importante consensuar la necesidad de tratamiento con el paciente y los familiares, informando de las expectativas reales de la eficacia del tratamiento farmacológico, los posibles efectos adversos y la necesidad de retirada cuando dejen de ser efectivos o cuando el estado clínico del paciente lo determine (GSD-7) (7).

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

La elección del fármaco debe basarse en el estadio de la enfermedad, la tolerabilidad, el perfil de efectos adversos, la adecuación de la forma farmacéutica y el coste(2).

Los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) son fármacos que mejoran la transmisión colinérgica evitando la hidrólisis de acetilcolina en el espacio sináptico en las neuronas preservadas a nivel de la corteza cerebral. Son dosis-dependientes, en general las dosis más altas han demostrado mayor eficacia y mayor frecuencia de reacciones adversas. Donepezilo, rivastigmina y galantamina han demostrado un beneficio clínico modesto en la función cognitiva y en la mejora de las AVD en

enfermedad de Alzheimer (EA) leve-moderada. Donepezilo presentó cierto beneficio comparado con placebo en síntomas conductuales. A pesar de ligeras variaciones en cuanto a su mecanismo de acción, los IACE no presentan diferencias significativas en relación con la eficacia y la seguridad (Anexo 3).

Memantina es un antagonista de los receptores de la N-metil D -aspartato (NMDA) que ha demostrado beneficio en EA moderada-severa a nivel cognitivo, a nivel global, a nivel funcional y de comportamiento y estado de ánimo. En EA leve-moderada es posible que no haya diferencias entre memantina y placebo en los niveles detallados anteriormente (8).

La terapia combinada IACE más memantina en enfermedad moderada-grave parece ser segura, aunque la evidencia disponible sobre eficacia sigue siendo controvertida. Desde la publicación de la Guía Farmacogeriatrica 2018 ha surgido nueva evidencia. En la última revisión sistemática Cochrane de memantina 2019(8) se plantea evaluar, entre otros, si la memantina añade un efecto beneficioso en los pacientes que ya reciben IACE. En ella se concluye que hay un beneficio clínico pequeño de la memantina en los pacientes con EA moderada a grave, que se presenta independientemente de si además reciben un IACE. La presencia IACE concomitante no parece que repercuta sobre la diferencia entre la memantina y placebo, con posibles excepciones para el resultado comportamiento y estado de ánimo (efecto más grande en los pacientes que toman IACE) y el resultado función cognitiva (efecto más pequeño). Reconoce que hay poca evidencia sobre qué estrategia es la más adecuada en pacientes con EA moderada-grave en tratamiento con un IACE: agregar memantina o sustituirlo por memantina. En este punto la última actualización de la guía NICE de demencias de junio de 2018(3) se posiciona a favor del tratamiento dual, incluyendo como novedad recomendar la asociación de IACE y memantina en pacientes con EA grave y la posibilidad de valorarla en estadios moderados.

Por otro lado, un metaanálisis (9) de 76 ensayos clínicos publicado en 2019 indica que la combinación IACE y memantina no muestra beneficios adicionales a nivel cognitivo, de comportamiento ni de mejora de las AVD frente a la monoterapia.

El metaanálisis (9) muestra que en la enfermedad leve-moderada los IACE o memantina tienen un beneficio clínico pequeño que parece que va disminuyendo a medida que avanza la enfermedad (beneficio temporal). Son necesarios nuevos estudios con duración mayor de 6 meses y de mayor tamaño de muestra.

Por estas razones, ciertos colectivos se plantean el balance beneficio-riesgo de estos medicamentos. Desde el año 2014 la revista Prescrire(10), en su revisión anual sobre medicamentos a evitar, pone el foco en los fármacos para el Alzheimer. Sus argumentos se basan en una eficacia mínima y transitoria, importantes efectos adversos e interacciones con otros medicamentos. Ninguno de los fármacos disponibles ha mostrado desacelerar la progresión hacia la dependencia. Haciendo hincapié en que el tratamiento no farmacológico, con intervenciones dirigidas a mejorar la función cognitiva y sensorial del paciente, continúa siendo la base del tratamiento del Alzheimer. Esta iniciativa ha sido apoyada por la comisión de transparencia de la Haute Autorité de Santé (HAS) desde 2016. En agosto de 2018 el ministerio de salud de Francia decidió no financiar ningún tratamiento farmacológico frente a la demencia(11).

INTERACCIONES

La combinación con fármacos anticolinérgicos no está recomendada por su mecanismo de acción antagónico.

Cabe recordar que la mayor actividad anticolinérgica se ha relacionado con un aumento de deterioro cognitivo/funcional y de ingresos por caídas(12). Las personas mayores son particularmente sensibles a los efectos anticolinérgicos, por lo que parece cada vez más evidente la importancia de valorar en cada caso particular la necesidad del tratamiento con este tipo de medicamentos, teniendo en cuenta la seguridad de cada uno de los fármacos, la carga anticolinérgica total y la magnitud del beneficio clínico esperado(13).

Múltiples escalas han sido desarrolladas para identificar la carga anticolinérgica de los medicamentos. La web <http://www.anticholinergicscales.es/> es una herramienta dirigida a profesionales sanitarios, que permite estimar el riesgo anticolinérgico del tratamiento completo, así como información para optimizarlo o modificarlo.

MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

La recomendación para la práctica clínica es valorar su efectividad, realizando un "ensayo terapéutico" durante 6 meses. No todos los pacientes experimentan beneficio con el tratamiento y no se conocen factores predictores de respuesta. Hay que tener en cuenta, además, que el tratamiento farmacológico específico tiene un efecto diferente según la etapa de la enfermedad y según las manifestaciones predominantes (cognitivas, funcionales o neuropsiquiátricas).

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

No existe un consenso sobre cuándo ni cómo debe realizarse la deprescripción de estos fármacos, lo que dificulta su aplicación en la práctica habitual. Los estudios y las guías disponibles presentan deficiencias metodológicas al presentar variedad de diseño y de objetivos además de ausencia de resultados consistentes(14)(15).

Ante la ausencia de guías de práctica clínica basadas en la evidencia sólida y la dificultad de implementar sus recomendaciones, la Universidad de Sídney ha desarrollado una guía basándose en el rigor científico(16). El objetivo de esta guía es identificar a los pacientes que se benefician del tratamiento frente a los que no. En aquellos pacientes en tratamiento con un IACE o memantina se recomienda evaluar la respuesta cada 6 meses. Aquellos que han recibido tratamiento durante más de 12 meses a la dosis máxima tolerada (suficiente para evaluar el beneficio del tratamiento) que no hayan experimentado beneficio recomiendan realizar un “ensayo de retirada”. Definen “ensayo de retirada” como una disminución progresiva de la dosis del medicamento antes de su interrupción definitiva.

El NICE recomienda no basarse exclusivamente en la gravedad de la enfermedad para la retirada de la medicación (3), otras publicaciones recomiendan retirada en estado GSD-7 (16).

Algunos profesionales son partidarios de mantener la memantina en pacientes con demencia grave dado su posible papel en los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (18).

En el caso del paciente institucionalizado con demencia, el seguimiento es mucho más sencillo de realizar porque el médico puede valorar la evolución del residente de forma periódica. Por esta razón recomendamos la deprescripción como una parte más de la revisión del tratamiento, centrada en la seguridad del paciente individual y en la calidad de la asistencia(19). Es fundamental que todas las decisiones en torno a la deprescripción sean compartidas con el paciente, su familia y cuidador, asegurando que conocen los posibles beneficios y riesgos potenciales tanto de la continuación como de la de retirada de estos medicamentos.

Pacientes en tratamiento con IACE o memantina para Alzheimer, demencia asociada a Parkinson, demencia vascular o por cuerpos de Lewy durante >12 meses se recomienda realizar un ensayo de retirada si:

- El deterioro cognitivo y/o funcional ha empeorado significativamente en los últimos 6 meses (o menos, según el individuo).
- No se observó ningún beneficio (mejora, estabilización o disminución del índice de deterioro) en ningún momento durante el tratamiento.
- El individuo tiene una demencia grave/terminal (algunas características de esta etapa incluyen dependencia en la mayoría de las actividades de la vida diaria, incapacidad para responder a su entorno y/o una esperanza de vida limitada).
- En personas que toman dicha medicación en una indicación distinta a las mencionadas.

Pacientes en tratamiento con IACE o memantina para Alzheimer, demencia asociada a Parkinson, demencia vascular o por cuerpos de Lewy durante <12 meses se recomienda realizar un ensayo de retirada si:

- Decisión propia del enfermo y/o su familia o cuidador.
- Rechazo o incapacidad de tomar los medicamentos.
- Falta de adherencia imposible resolver.
- Interacciones fármaco-fármaco o fármaco-enfermedad (el balance beneficio/riesgo desfavorable).
- Agitación severa/inquietud psicomotora.
- Enfermedad terminal.

Reducir y luego suspender:

- Disminuir la dosis a la mitad cada 4 semanas hasta la mínima dosis disponible antes de la interrupción total.
- Decisiones compartidas con paciente/cuidador y equipo multidisciplinar.
- Monitorización estrecha cada 4 semanas: estado cognitivo, funcional y síntomas neuropsiquiátricos.

Fuente: Cholinesterase Inhibitor (ChEI) and Memantine Deprescribing Algorithm (17).

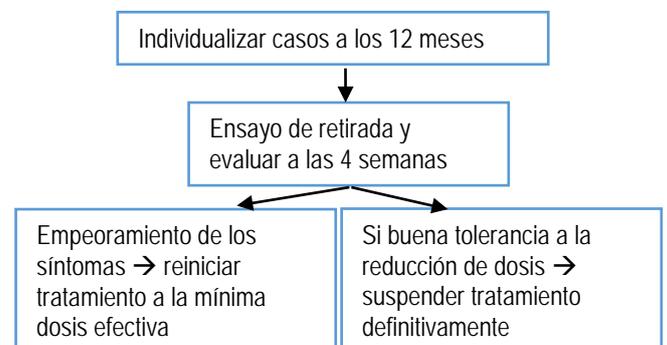


Figura: Algoritmo del ensayo de retirada (16)

Son necesarios estudios sobre ensayos de retirada a largo plazo, bien diseñados, que proporcionen una mayor evidencia; mientras tanto la opción más razonable es un enfoque individualizado involucrando a pacientes y familiares en la toma de decisiones.

PUNTOS CLAVE

- El tratamiento con IACE y memantina se considera un tratamiento sintomático, no modifica el curso de la enfermedad.
- Los IACE y memantina consiguen un beneficio clínico modesto y temporal, que va disminuyendo conforme avanza la enfermedad.
- La terapia combinada IACE más memantina es controvertida.
- Durante el curso de estos tratamientos se recomienda:
 - Evaluar la respuesta cada 6 meses.
 - Realizar ensayos de retirada de forma individualizada en función de la respuesta.
 - Incorporar la deprescripción como parte de la revisión del tratamiento en el paciente institucionalizado.

NOTICIAS DE INTERÉS: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en el paciente con tratamiento ambulatorio en la Comunidad de Madrid

Según las conclusiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2016, la resistencia a los antibióticos es el riesgo mundial más grave y urgente para la salud que tenemos en la actualidad.

Ante este desafío y teniendo como referencia el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), en marzo de este año se ha puesto en marcha el Programa Marco para el Control de las Resistencias a los Antimicrobianos en la Comunidad de Madrid (RESISTE). El objetivo de este programa es minimizar las resistencias a los antibióticos y optimizar la utilización de los mismos.

Una de las medidas prioritarias señaladas en el Programa RESISTE es el desarrollo del Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en el paciente con tratamiento ambulatorio (PROA-PacAmb) con el objetivo de mejorar la utilización de los antimicrobianos y los resultados clínicos en este ámbito. Este programa engloba a todos los profesionales implicados en la prescripción y seguimiento del tratamiento antiinfeccioso ambulatorio en centros de salud, SUMMA, servicios de urgencias, consultas externas, hospitalización a domicilio y centros sociosanitarios de la AMAS.

Los pilares sobre los que se asienta el PROA-PacAmb son dos:

- Subcomisión de Optimización de Uso de Antimicrobianos
- Referentes de antibióticos en los centros de salud, servicios de urgencias de hospitales, centros sociosanitarios del AMAS, atención primaria y SUMMA.

Subcomisión de Optimización de Uso de Antimicrobianos

Se ha creado una subcomisión por cada dirección de atención primaria y de hospital en la que participa un equipo multidisciplinar incluyendo un médico y/o farmacéutico de centros de la AMAS.

Cada subcomisión se reunirá al menos dos veces al año y se encargará de planificar y coordinar actividades que sean de utilidad para los prescriptores o pacientes con enfermedades infecciosas en el ámbito ambulatorio: elaborar informes periódicos sobre consumo de antibióticos y porcentaje de resistencias, dar formación, proponer modificaciones de la guía de antibióticos para adaptarla a la epidemiología microbiológica local, dar soporte a los prescriptores, realizar campañas de sensibilización, potenciar la investigación, etc.

Referentes de antibióticos

La designación de los referentes de antibióticos se ha establecido por la Dirección Asistencial de Atención Primaria, la Dirección del Hospital, la Gerencia del SUMMA o la Dirección de la AMAS, en función del ámbito correspondiente.

El referente debe estar concienciado con la gravedad del problema, tener buenos indicadores de prescripción de antibióticos, recibir formación específica y revertirla en su centro, asesorar a los compañeros sobre casos clínicos, participar en las reuniones del PROA-PacAmb, difundir la guía de antimicrobianos, difundir el perfil de resistencias de la zona y sensibilizar a los profesionales y pacientes sobre el riesgo para la salud que suponen las bacterias resistentes a los antimicrobianos.

Para la puesta en marcha del PROA-PacAm a nivel centralizado coordinado por la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, se facilita entre otros: formación específica, material informativo para profesionales y material educativo para la población. Así mismo, en enero de este año se ha publicado la Guía de uso de antimicrobianos en adultos con tratamiento ambulatorio de la Comunidad de Madrid en la que han participado diferentes categorías profesionales y sirve como herramienta común para la prescripción y seguimiento del tratamiento antimicrobiano en el ámbito ambulatorio. Dicha guía está disponible en el enlace: <http://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20262>

BUENAS PRÁCTICAS: ¿Cómo evitar el error de medicación por incorrecta identificación del usuario en la administración de medicamentos?

En los centros sociosanitarios el circuito del medicamento es complejo: prescripción, dispensación, conservación, etiquetado, preparación, administración y seguimiento. Los errores de medicación pueden ocurrir en cualquiera de las etapas de dicho proceso. Este tema se trató en el primer boletín publicado y a partir de entonces se ha generado cultura de notificación de incidencias, que han servido para establecer medidas encaminadas a mejorar la seguridad en los centros.

Los errores de medicación por incorrecta identificación de los pacientes, llamados también de "paciente equivocado", constituyen un problema generalizado a nivel mundial con consecuencias que pueden ser potencialmente graves. Por tanto, sigue siendo un objetivo prioritario de las estrategias e iniciativas de seguridad del paciente. Así, distintas organizaciones han publicado recomendaciones para evitar este tipo de errores. La Joint Commission lanzó en el año 2003 los National Patient Safety Goals, incluyendo como objetivo número 1 para los centros sanitarios la mejora de la identificación de los pacientes y continúa manteniendo este objetivo en la actualidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) también promovió prácticas seguras para evitar estos errores en las Soluciones para la Seguridad del Paciente que emitió en 2007.

En nuestro país, el Ministerio de Sanidad ha fomentado desde el año 2005, a través de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, la implantación de prácticas para la identificación inequívoca de los pacientes y, en concreto, en la actualización de dicha estrategia para el quinquenio 2015-2020 estas prácticas integran el objetivo general.

Este tipo de error puede ocurrir en todas las etapas del circuito de utilización de los medicamentos, pero es más frecuente en la etapa de administración.

Factores que pueden influir en la casuística del error:

- ✓ Profesional sanitario nuevo
- ✓ Exceso de confianza
- ✓ Omisión de algún paso en el procedimiento de verificación del usuario y de la medicación
- ✓ Interrupciones frecuentes
- ✓ Carga de trabajo excesiva

- ✓ Cambios de localización del usuario

Foto del usuario en el SPD

La Agencia Madrileña de Atención Social (AMAS), tiene integrada la foto del usuario en el programa informático HIRE (Historia Integral del Residente). De esta forma, los distintos profesionales que utilizan el sistema (médico, enfermero, farmacéutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, trabajador social etc.) pueden identificar de forma inequívoca a los usuarios del centro.

Por otra parte, todos los SPD (sistemas personalizados de dosificación) de los centros sociosanitarios de la AMAS están etiquetados con el nombre, apellidos, habitación del usuario y el listado de medicamentos que lleva en el SDP. En algunos centros como la Residencia de Mayores Gastón Baquero, se ha incorporado también en el SPD, la foto del usuario asociada al nombre y apellidos. Ver imagen.

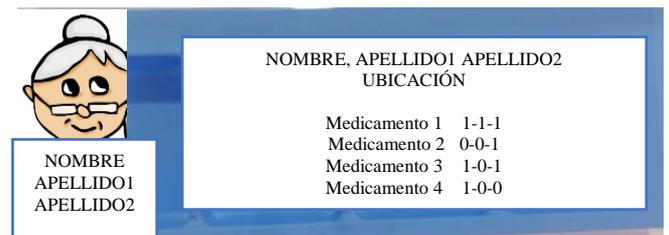


Imagen 1. SPD identificado con fotografía asociada a nombre y apellidos del usuario y con la etiqueta de medicamentos contenidos en el SPD, con nombre, apellidos y ubicación.

De esta forma se ha establecido un doble chequeo en la identificación del usuario: nombre, apellidos y foto del usuario.

La foto del usuario se extrae del programa GCP (Gestión y control de plazas).

En relación a esta práctica, se recomienda:

- ✓ Foto actual del usuario tamaño tipo carnet
- ✓ Impresión a color
- ✓ Foto en todos los SPD del usuario (horario ordinario y especial)
- ✓ Colocación en el borde izquierdo superior (facilita la comprobación visual en el momento)
- ✓ Impresión de la foto en etiquetas adhesivas

TABLA 1. Acciones a seguir y a evitar en la identificación del usuario en la etapa de administración de medicamentos en centros sociosanitarios

Acciones a seguir	Acciones a evitar
Se deben utilizar al menos dos identificadores para verificar la identidad del usuario y garantizar la adecuada correspondencia entre el tratamiento y el usuario al que está destinado. <i>En el AMAS en el momento actual se recomienda nombre, apellidos y foto.</i>	Utilizar como identificadores el número de habitación ni la localización del usuario, porque no son identificadores específicos de una persona, ya que los usuarios pueden ser trasladados a otra habitación o reubicados en el comedor.
Educar a los residentes sobre la importancia de que sean identificados apropiadamente antes de la administración de los medicamentos. Fomentar su participación activa en el proceso, preguntando: <i>¿cómo se llama?</i>	Verificar la identidad del usuario diciéndole directamente su nombre y apellidos (en lugar de preguntarles), ya que el usuario puede asentir pasivamente.
Facilitar la comprensión de los procedimientos de identificación a usuarios con dificultades en el lenguaje y la audición para que puedan igualmente ser partícipes.	Dar por supuesto que un paciente corregirá si su nombre no es correcto (puede estar confundido, asustado o no haberle entendido).
En los casos en los que los usuarios no puedan colaborar con el profesional en su identificación, se pedirá colaboración a un compañero que conozca al usuario.	Ubicar en la misma habitación o misma mesa de comedor a usuarios con nombre similar.
Minimizar las interrupciones y distracciones durante el procedimiento de administración de medicamentos.	Dejar los medicamentos en la mesa para que los tome el usuario o se los administre el cuidador y no verificar la administración.
Establecer algún indicador dentro del sistema de notificación local de incidentes, para controlar los errores relacionados con la identificación de pacientes. <i>En los centros del AMAS existe un ítem específico para este tipo de error.</i>	Permitir divergencias en las políticas de identificación del paciente del centro.
Informar si se detectan alteraciones en las políticas de identificación del usuario en el centro	Aplazar la subsanación de incidencias.
Los SPD y los medicamentos fuera del SPD (como por ejemplo los multidosis: jarabe, inhalador, colirio) deben ir siempre perfectamente identificados.	Extraer los medicamentos del SPD cuando no está delante el usuario para su administración.
Siempre que sea posible, incorporar nuevas tecnologías que ayuden a reducir este tipo de error.	

SPD: sistema personalizado de dosificación

AVANCE PRÓXIMO BOLETÍN

En el próximo boletín se publicará una revisión sobre los fármacos y anemias.

BIBLIOGRAFÍA

- Infac. Enfermedad de Alzheimer [Internet]. Vol. 7753. 2010 [citado 3 Jul 2019]. p. 14-7. Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2010/es_def/adjuntos/infac_v18_n6.pdf
- DynaMed Plus [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No.T114193. Alzheimer dementia [Internet]. 2018 [citado 8 Jul 2019]. Disponible en: <https://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114193>
- National Institute for Health and Care Excellence. Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/resources/dementia-assessment-management-and-support-for-people-living-with-dementia-and-their-carers-pdf-1837760199109>
- Press D, Alexander M. Cholinesterase inhibitors in the treatment of dementia. UptoDate 2019. Topic 5072 Version 34.0. [citado 15 Jul 2019]. Disponible en: https://www.uptodate.com/bvscsm.a17.csinet.es/contents/cholinesterase-inhibitors-in-the-treatment-of-dementia?search=dementia%20inhibidores%20acetilcolinesterasa&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1#H691890260
- Cañamares Orbis I, Capilla Santamaría E, Martínez Casanova N, Martínez Sánchez E (Coord). Guía farmacoterapéutica. Salud Mental. Servicio Madrileño de Salud, Consejería de Sanidad. Agencia Madrileña de Atención Social, Consejería de Políticas Sociales y Familia (ed.). Madrid. 1/2018. ISBN: 978-84-451-3790-1. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020224.pdf>
- Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud CC para la O y AF. Protocolo de utilización terapéutica de Fármacos en Enfermedad de Alzheimer. Junio 2018. CCP Medicamentos Neurológicos. [Internet]. 2018 [citado 3 Jul 2019]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/protocolo_tratamiento_alzheimer_nov_2018.pdf
- Fernández Martínez M, Gardeazabal Romillo MJ, Gerediaga Goikolea E LDJ, Medrano Albéniz J, Pérez Díez E et al. Seguimiento y retirada de fármacos antidemencia [Internet]. 2016 [citado 2019 Jul 3]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/Seguimiento_y_retirada_de_farmacos_anti_demencia.pdf
- McShane R, Westby MJ, Roberts E, Minakaran N, Schneider L, Farrimond LE, Maayan N, Ware J, Debarros J. Memantine for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 3. Art.No.:CD003154. DOI: 10.1002/14651858.CD003154.pub6.
- Tsoi KK, Chan JY, Chan FC, Hirai HW, Kwok TC, Wong SY. Monotherapy Is Good Enough for Patients with Mild-to-Moderate Alzheimer's Disease: A Network Meta-analysis of 76 Randomized Controlled Trials. Clin Pharmacol Ther. 2019 Jan;105(1):121-130. doi: 10.1002/cpt.1104. Epub 2018 Jun 19
- Prescrire Rédaction "Bilan 2014 des médicaments à écarter : neurologie" Rev Prescrire 2014; 34 (364) : 142
- Prescrire Rédaction "Médicaments de la maladie d'Alzheimer : enfin non remboursables en France !" [Internet]. Vol. 38, Rev Prescrire 2018; 38 (416). 2018 [citado 3 Jul 2019]. Disponible en: <https://www.prescrire.org/fr/3/31/55116/0/NewsDetails.aspx>
- Ruxton K, Woodman RJ, Mangoni AA. Drugs with anticholinergic effects and cognitive impairment, falls and all-cause mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. Br J Clin Pharmacol. 2015; 80(2):209-20.
- Valle SRP. Anticolínicos en ancianos: sigue creciendo la evidencia que desaconseja su uso [Internet]. 2015 [citado 3 Jul 2019]. Disponible en: <https://www.sefap.org/2015/09/23/anticolinergicos-en-ancianos-sigue-creciendo-la-evidencia-que-desaconseja-su-uso/#comments>
- Herrmann N. Cholinesterase Inhibitor Discontinuation: The Buck Stops Here. Am J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2018; 26(2):148-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1064748117305183?via%3Dihub>
- Brenna N. Renn, PhDa, b C, Ali Abbas Asghar-Ali, MD, d, e, Stephen Thielke, MD, MSPH, Mac F, Angela Catic, MD, e, g, Sharyl R. Martini, MD, PhD, h, Brian G. Mitchell, PharmD, d and M. E. Kunik, MD Mph. A Systematic Review of Practice Guidelines Cholinesterase, Recommendations for Discontinuation of Dementia, Inhibitors in. Am J Geriatr Psychiatry. 2018; 26(2): 134.
- Reeve E, Farrell B, Thompson W, Herrmann N, Sketris I, Magin P, Chenoweth L GM, Quirke L, Bethune G, Forbes F HS. Evidence-based Clinical Practice Guideline for Deprescribing Cholinesterase Inhibitors and Memantine: Recommendations. Sydney: The University of Sydney; 2018. 2018; ISBN: 978-0-6482658-2-5 Disponible en: <https://sydney.edu.au/medicine/cdpc/documents/resources/deprescribing-recommendations.pdf>
- Reeve E, Farrell B, Thompson W, Herrmann N, Sketris I, Magin P et al. Cholinesterase Inhibitor (ChEI) and Memantine Deprescribing Algorithm. 2018;(January):0-1. Disponible en: <https://cdpc.sydney.edu.au/wp-content/uploads/2019/06/algorithm-for-deprescribing.pdf>
- Lavan AH, Gallagher P, Parsons C, O'Mahony D. STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): Consensus validation. Age Ageing. 2017; 46(4):600-7.
- El rincón de Sísifo. Fernández Oropesa C. Prescripción y deprescripción de fármacos para la demencia [Internet]. 2018 [citado 3 Jul 2019]. Disponible: <https://elrincondesisisifo.org/2018/09/06/prescripcion-y-deprescripcion-de-farmacos-para-la-demencia/>
- National Institute for Health and Care Excellence. Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease [Internet]. Marzo 2011 (actualizado 2018). Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta217/chapter/Update-information>
- Guía de uso de antimicrobianos en adultos. Con tratamiento ambulatorio V1. Madrid. Consejería de sanidad. Servicio Madrileño de Salud. Enero 2019. Disponible en <http://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20262>
- ISMP España. Boletín de recomendaciones para la prevención de errores de medicación. Número 47 - Diciembre 2018. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020.
- Servicio Madrileño de Salud. Estrategia de Seguridad del Paciente. 2015-2020
- Servicio Extremeño de Salud. Protocolo de identificación inequívoca de pacientes del Servicio Extremeño de Salud. 2017.
- Gencat.cat. ¿Cómo evitar errores en la identificación de los pacientes? Disponible en: <http://seguretatdelspacients.gencat.cat/es/detalls/noticia/Com-evitar-erros-en-la-identificacio-dels-pacients>
- Sacyl. Actividades dirigidas a la prevención de errores de medicación en centros sanitarios de Castilla y León. 2009.

Anexo 1: Gravedad de la enfermedad de Alzheimer según la puntuación del MMSE(19).

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)	
<i>Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)</i>	
Nombre:	Varón [] Mujer []
Fecha:	F. nacimiento: Edad:
Estudios/Profesión:	N. H ^o :
Observaciones:	
¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)	ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx.5)
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO diferido (Máx.3)
<i>.DENOMINACIÓN.</i> Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 <i>.REPETICIÓN.</i> Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 <i>.ÓRDENES.</i> Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 <i>.LECTURA.</i> Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 <i>.ESCRITURA.</i> Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 <i>.COPIA.</i> Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1	LENGUAJE (Máx.9)
Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12 : demencia	Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)

a.e.g.(1999)

	PUNTOS MMSE*
Enfermedad Alzheimer leve	21-26
Enfermedad Alzheimer moderada	10-20
Enfermedad Alzheimer moderadamente grave	10-14
Enfermedad Alzheimer grave	<10

*MMSE: Mini-Mental State Examination

Anexo 2: Escala Global del Deterioro(6)

Estadio GDS	Características
GDS-1 (Ausencia de alteración cognitiva):	Ausencia de quejas subjetivas y de trastornos evidentes de memoria
GDS-2 (Disminución cognitiva muy leve):	Quejas subjetivas de defectos de memoria. No se objetiva déficit en el examen clínico. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología
GDS-3 (Defecto cognitivo leve):	<p>Primeros defectos claros. Manifestaciones en una o más de estas áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar. - Evidencia de rendimiento laboral pobre - Dificultad incipiente para evocar nombres de persona - Tras la lectura retiene escaso material - Olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor -Escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido -Disminución de la capacidad organizativa. Se observa evidencia objetiva de defectos de memoria únicamente en una entrevista intensiva
GDS-4 (Defecto cognitivo moderado):	<p>Disminución de la capacidad para realizar tareas complejas</p> <p>Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento disminuido de acontecimientos actuales y recientes - El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal. - Dificultad de concentración evidente en la sustracción seriada. - Capacidad disminuida para viajar, controlar su economía, etc. <p>Frecuentemente no hay defectos en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientación en tiempo y persona - Reconocimiento de caras y personas familiares - Capacidad de viajar a lugares conocidos <p>La negación es el mecanismo de defensa predominante</p>
GDS-5 (Defecto cognitivo moderado-grave):	<p>El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia. Requiere asistencia para escoger su ropa. Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares). Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar. Dificultad para contar al revés desde 40 de 4 en 4 o desde 20 de 2 en 2. Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos.</p>
GDS-6 (Defecto cognitivo grave):	<p>Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones. Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir. Retiene algunos datos del pasado.</p> <p>Desorientación témporoespacial. Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo. Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos. Ritmo diurno frecuentemente alterado. Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva).</p>
GDS-7 (Defecto cognitivo muy grave):	<p>Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales y motoras. Con frecuencia se observan signos neurológicos.</p>

Anexo 3: Características y posología de los medicamentos para tratamiento de la demencia (5).

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA Son dosis-dependientes, en general las dosis más altas han demostrado mayor eficacia y frecuencia de reacciones adversas relacionadas con la inhibición de la colinesterasa a nivel periférico (más frecuentes en el inicio del tratamiento y con aumentos de dosis). Se recomienda iniciar con dosis bajas y escalar a la dosis eficaz más alta en 2-4 semanas según tolerancia individual. RA tempranas a nivel gastrointestinal: náuseas, vómitos, diarrea, mareo; RA tardías: arritmia (especialmente bradicardia), insomnio/sueños vívidos, calambres musculares, pérdida de peso. I : Evitar el uso de anticolinérgicos. P : Pueden producir síncope/bradicardia, precaución en personas con úlcera péptica, asma, EPOC, epilepsia, parkinsonismo, retención urinaria. CPI : Se recomienda plantear tratamiento desde los estadios más precoces de demencia.			
DONEPEZILO	Dosis inicial: 5 mg cada 24 horas. Ritmo de escalada: incrementar a 10 mg a las 4-6 semanas. Dosis mantenimiento: 10 mg cada 24 horas	V.O	RA : náuseas, vómitos, diarrea, pérdida de peso, mareo. Se han descrito casos de rhabdomiólisis particularmente al inicio del tratamiento con donepezilo o tras llevar a cabo aumento de dosis. IR : No es necesario ajuste. IH : No hay datos en pacientes con IH grave. R : Administrar por la mañana, debido a que puede producir insomnio y sueños vívidos.
RIVASTIGMINA	Dosis inicial: Oral: 1,5 mg De-Ce. -Parche: 4,6 mg cada 24 horas Ritmo de escalada: Oral incrementar 1,5 mg por toma cada 2 semanas Parche a las 4 semanas Dosis mantenimiento: -Oral: 3-6 mg De-Ce. -Parche: 9,5 mg cada 24 horas. Dosis máxima: -Oral: 12 mg al día. -Parche: 13,3 mg al día.	V.O. TD.	RA : Mayor frecuencia de náuseas y vómitos con formulaciones orales que con el parche transdérmico mejora tolerancia gastrointestinal P : Parches transdérmico (TD): Rash o irritación cutánea, rotar punto de administración IR : Utilizar con precaución. IH : No es necesario ajuste. R : La solución oral se debe administrar con alimentos y realizar titulación de dosis más paulatinamente.
GALANTAMINA	Dosis inicial 8 mg cada 24 horas. Ritmo de escalada: incrementar 8 mg cada 4 semanas. Dosis mantenimiento: 16-24 mg cada 24 horas. Dosis máxima: 24 mg al día	VO	RA : náuseas, vómitos, diarrea, pérdida de peso, mareo. Alerta de seguridad por aumento de la mortalidad en pacientes con deterioro cognitivo leve CI : Insuficiencia hepática (clase C de Child-Pugh) o renal severa (Clcr < 10 ml/min). IR : Dosis inicial: 8 mg/48 h durante 1 semana, luego 8 mg/d durante 4 semanas. Dosis máxima: 16 mg/d. Si Clcr < 10 ml/min: contraindicado. IH : Reducir dosis en IH moderada: 16 mg/d. R : Administrar por la mañana con alimentos para disminuir el riesgo de náuseas.
ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA N-METIL D -ASPARTATO (NMDA)			
MEMANTINA	Dosis inicio: 5 mg cada 24 horas. Ritmo de escalada: 5 mg cada semana. Dosis recomendada: 10 mg De-Ce o 20 mg cada 24 horas. Dosis máxima: 20 mg al día.	VO	RA : Alucinaciones, confusión, vértigo, cefalea y fatiga. P : Epilepsia. Pacientes con antecedentes de infarto de miocardio reciente, enfermedad cardíaca congestiva o hipertensión no controlada. La alcalinización de la orina puede alterar la eliminación de memantina. I : Levodopa, agonistas dopaminérgicos y anticolinérgicos. Dextrometorfano, amantadina y ketamina pueden aumentar el riesgo de psicosis. Puede disminuir los niveles de hidroclorotiazida. IR : Reducir dosis en IR moderada/grave: 10 mg al día. IH : No datos disponibles en IH grave, no se recomienda su uso.