

DEPRESCRIPCIÓN EN DEMENCIA

OBJETIVO Propocionar a los profesionales sanitarios una herramienta que sirva de guía para la deprescripción de fármacos para la demencia (anticolinesterásicos y memantina) en los pacientes susceptibles de ello. **MÉTODO** Se constituyó un grupo multidisciplinar que fue el encargado de realizar la búsqueda de la bibliografía disponible tanto en guías de práctica clínica como en Pubmed y biblioteca Cochrane. Se redactaron por consenso las directrices a seguir para la deprescripción de los fármacos anti-demencia y se realizó una adaptación para su publicación en este boletín. **RESULTADOS** Se establecen las situaciones en las que podría valorarse una deprescripción del tratamiento con anticolinesterásicos o memantina. Para ello se plantea un algoritmo de deprescripción, así como un esquema de dosificación para la retirada de dichos tratamientos y las acciones a realizar en caso de reaparición de síntomas. Además se muestran los posibles efectos adversos e interacciones de los fármacos anti-demencia, y las precauciones a tener en determinados grupos de pacientes. **CONCLUSIONES** La deprescripción ha de realizarse en pacientes con demencia avanzada ($GDS \geq 6$), en quienes hayan sufrido efectos adversos o interacciones y en quienes no se observa eficacia. La falta de consenso de cuándo y cómo deprescribir ha hecho necesaria la creación de una guía de deprescripción de fármacos para la demencia. En los procesos de prescripción/deprescripción, han de tenerse en cuenta aspectos técnicos y éticos. La decisión debe ser tomada por el profesional sanitario junto con el paciente o cuidador debidamente informado.

AMAYA ECHEVERRÍA GORRITI
BELÉN GONZÁLEZ GLARÍA
NURIA GOÑI RUIZ
ANA ROSA GÓMEZ MARTÍNEZ

En representación del Grupo de trabajo de deprescripción en Demencias del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

índice

[Introducción](#)

[Indicaciones terapéuticas de los fármacos para la demencia](#)

[¿Cuándo deprescribir?](#)

[¿Cómo deprescribir?](#)

[¿Cuáles son los potenciales beneficios de la deprescripción?](#)

[¿Qué limitaciones encontramos para la deprescripción?](#)

[Conclusiones](#)

[Bibliografía](#)

Introducción

Todo proceso asistencial ha de respetar los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, siendo los principios mínimos el de no maleficencia y el de justicia¹. En el proceso de prescripción/deprescripción de fármacos, la beneficencia viene dada por su eficacia, la no maleficencia por su riesgo de efectos adversos, la autonomía por el respeto a la voluntad del paciente tras un proceso de información y la justicia por la distribución equitativa de recursos.

En el proceso de prescripción/deprescripción de fármacos se pretende alcanzar un equilibrio entre los objetivos del fármaco, su beneficio en el contexto vital actual teniendo en cuenta el tiempo que se requiere para alcanzarlo y la expectativa de vida del paciente, los riesgos asumibles, su autonomía en la toma de decisiones y las metas y coste de la atención sanitaria en un contexto global.

La deprescripción se puede definir como un proceso sistemático por el cual se identifican y suspenden los fármacos potencialmente inapropiados cuyo resultado beneficioso es minimizar la polifarmacia y mejorar los resultados en los pacientes². Consiste en "desmontar" la prescripción por medio de su análisis, mostrando y tratando de resolver sus contradicciones y ambigüedades. Debe formar parte del propio proceso asistencial y con ella se pretende encontrar de nuevo el equilibrio perdido

por la aparición de distintas circunstancias (pérdida de eficacia, efectos secundarios no tolerables o no aceptados, cambio de expectativas o deseos del paciente, esperanza de vida...).

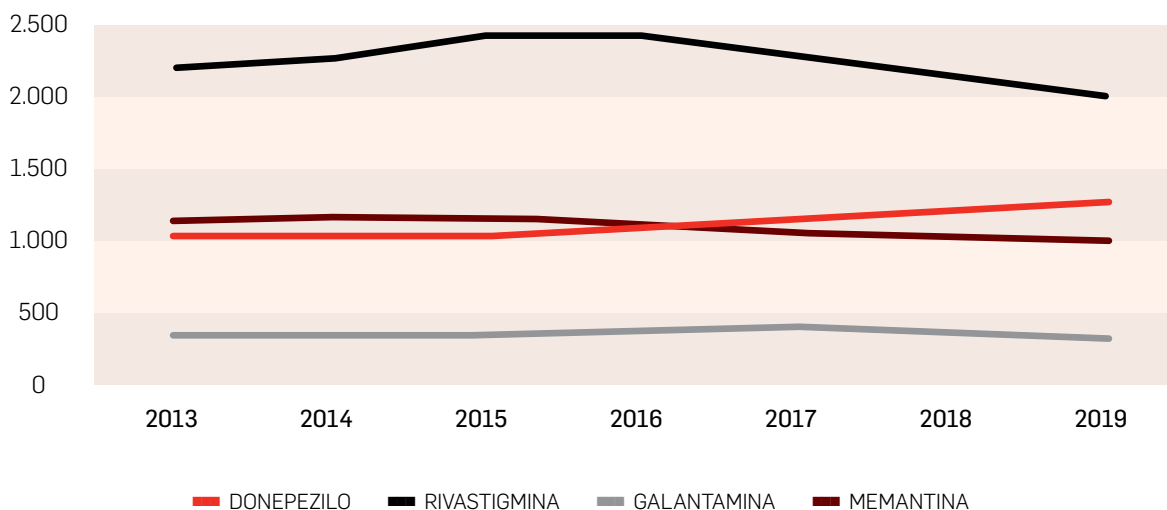
En el proceso de deprescripción han de tenerse en cuenta tanto aspectos científico-técnicos como éticos. Debe considerarse que las necesidades clínicas del paciente pueden cambiar a lo largo del tiempo, más aún si cabe en personas con demencia.

Por ello, la deprescripción debe formar parte del proceso asistencial del paciente, ya que pueden darse circunstancias en las que se plantee suspender un tratamiento, bien sea porque la situación clínica haya cambiado y el tratamiento sea innecesario, o porque el balance beneficio-riesgo no sea favorable.

La prevalencia de demencia a nivel nacional se sitúa entre un 5 y un 7% de la población de más de 65 años³. En Navarra, según datos de la base de datos poblacional de Navarra (BARDENA), en 2018 se estima una prevalencia de demencia del 4,5% en mayores de 65 años, y se espera que esta cifra vaya aumentando debido al envejecimiento progresivo de la población. El uso de medicamentos inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) y memantina en ese grupo de edad, se ha mantenido estable en nuestra comunidad entre 2013 y 2019 (Figura 1), con una media de 4762 pacientes al año, lo que supone el 88% de los pacientes con episodio de demencia (P70).



Figura 1. Evolución del número de pacientes tratados con fármacos para la demencia entre 2013 y 2019.



La demencia es una enfermedad que por su importancia, por sus características evolutivas y por la limitación de efecto de sus tratamientos en las primeras etapas, puede constituir un escenario clínico ideal en el que la deprescripción debe considerarse. Por este motivo, es de gran interés el abordaje del tratamiento tanto de la demencia, como de los síndromes asociados.

Como ya hemos adelantado, un aspecto importante a la hora de valorar la deprescripción será considerar el momento en el que se encuentra el paciente con demencia. Para describir las distintas fases de la enfermedad la escala más utilizada es la Escala de Deterioro Global (GDS) de Reisberg, que describe 7 grados de deterioro, siendo 1 la normalidad, y 7 la enfermedad en fase terminal. Esta escala valora de forma paralela el deterioro cognitivo (valorado por la pérdida de puntuación en los tests cognitivos) con el deterioro funcional (valorado por la escala FAST)⁴:

GDS 1 -> Ausencia de alteración cognitiva

GDS 2 -> Defecto cognitivo muy leve

GDS 3 -> Defecto cognitivo leve

GDS 4 -> Defecto cognitivo moderado

GDS 5 -> Defecto cognitivo moderadamente grave

GDS 6 -> Defecto cognitivo grave

GDS 7 -> Defecto cognitivo muy grave

Los IACE aprobados para el tratamiento de la demencia leve y moderada⁵ han mostrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a mejora cognitiva respecto a placebo, aunque la relevancia clínica de estos tratamientos no es clara⁶. Además, algunos estudios muestran que aproximadamente un tercio de las prescripciones de IACE y memantina son potencialmente inapropiadas⁷.

Este boletín se ha elaborado teniendo como base el documento de *Deprescripción en pacientes con demencia avanzada* del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea⁸. En esta primera parte, se abordará la deprescripción de fármacos para el tratamiento de la demencia: IACE (donepezilo, rivastigmina, galantamina) y memantina. De la misma manera, se abordará en un futuro boletín la deprescripción de otro tipo de tratamientos crónicos en pacientes con demencia.

Indicaciones terapéuticas de los fármacos para la demencia

Los inhibidores de la IACE donepezilo, rivastigmina y galantamina son fármacos aprobados para el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer (EA) en fase de demencia leve a moderada. La rivastigmina además tiene

Es necesaria una reevaluación periódica de la indicación del tratamiento anti-demencia

indicación aprobada en el tratamiento sintomático de la demencia leve a moderada en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática⁵. Aunque no tiene aprobada la indicación, también se utiliza en el tratamiento de la demencia por cuerpos de Lewy y en la demencia mixta⁹.

Con su prescripción se pretende obtener una mejora sintomática en cognición, actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y síntomas neuropsiquiátricos. Su beneficio en los estudios es modesto, y variable de unos pacientes a otros.

La memantina por su parte tiene indicación aprobada para la EA moderada y grave⁵. Hay autores que recomiendan su uso en caso de intolerancia a los IACE o en terapia combinada¹⁰, aunque otros advierten del modesto beneficio independientemente de que el paciente tome de manera concomitante un IACE¹¹. En todo caso, la relevancia clínica de sus efectos no está bien establecida^{11,12}.

Sin embargo, la evidencia en cuanto a la efectividad de estos medicamentos es bastante limitada^{3,11,13,14} y los datos disponibles se limitan a periodos cortos de tiempo, normalmente no superiores a un año, de ahí la necesidad de reevaluación del tratamiento³.

Esto ha llevado a que ya algunos países como Francia haya dejado de financiarlos¹⁵. Y es que la HAS (Haute Autorité de Santé) francesa consideró que el interés clínico de estos medicamentos era insuficiente para justificar la inversión en ellos¹⁶, precisamente haciendo referencia al anteriormente citado principio de justicia que implica un justo equilibrio en el reparto de los recursos.

¿Cuándo deprescribir?

No existe evidencia científica sobre cuál debe ser el momento de la retirada de estos tratamientos. Lo que parece claro es que el tratamiento ha de reevaluarse periódicamente¹⁷ para establecer si la indicación y el balance beneficio-riesgo se mantienen.

En general, existe acuerdo en que la deprescripción debe individualizarse y que podría además considerarse en los siguientes casos:



- Fase avanzada o terminal de la enfermedad con pérdida global de las capacidades cognitivas y/o funcionales.
- Pacientes en los que no se observa un beneficio durante el tratamiento¹⁸.
- Pacientes o en su caso familiares que no desean continuar con el tratamiento.
- Aparición de efectos adversos no tolerables¹⁸ (Tabla 1). Ha de tenerse en cuenta que a menudo la aparición de efectos adversos no identificados como tales conlleva una prescripción en cascada, como puede ocurrir si se administra el donepezilo por la noche, produce trastorno del sueño y se prescribe para ello una benzodiacepina.
- Situaciones en las que no es posible un cumplimiento terapéutico adecuado: negativa a la ingesta, disfagia severa, falta de supervisión, etc.
- Tratamientos concomitantes cuyas interacciones potencian los riesgos del tratamiento para la demencia (Tabla 2).
- Comorbilidades que invierten el balance beneficio-riesgo: insuficiencia hepática, EPOC severo, síncope, etc. (Tabla 3).

Además, existen una serie de circunstancias en las que es recomendable reevaluar la situación del paciente para valorar la conveniencia de estos tratamientos:

- Anualmente en pacientes con demencia con GDS ≥ 6 .
- En pacientes cuyo tratamiento se ha interrumpido (por una cirugía, ingreso, etc) y no se ha observado un efecto negativo en la evolución.
- Ante un cambio clínico (que puede suponer un cambio de pronóstico, perspectivas, etc), comorbilidad nueva o tratamiento crónico nuevo que puede conllevar interacciones.
- Al ingreso en un centro hospitalario: siempre ha de plantearse la necesidad de todo el tratamiento del paciente, y especialmente en estos casos la idoneidad o no del tratamiento con IACE o memantina.
- El momento en el que se produce un ingreso en un centro socio-sanitario es otra circunstancia en la que es necesario revisar el tratamiento del paciente. Debe tenerse en cuenta que a menudo el ingreso es consecuencia de un empeoramiento del paciente. Por ello, al institucionalizar, se recomienda:
 - » Individualizar y tener en cuenta: efectos secundarios, situación cognitiva, funcional, si hay trastorno de conducta y preferencias del familiar responsable.

La deprescripción ha de ser individualizada y progresiva, monitorizando posibles efectos de retirada

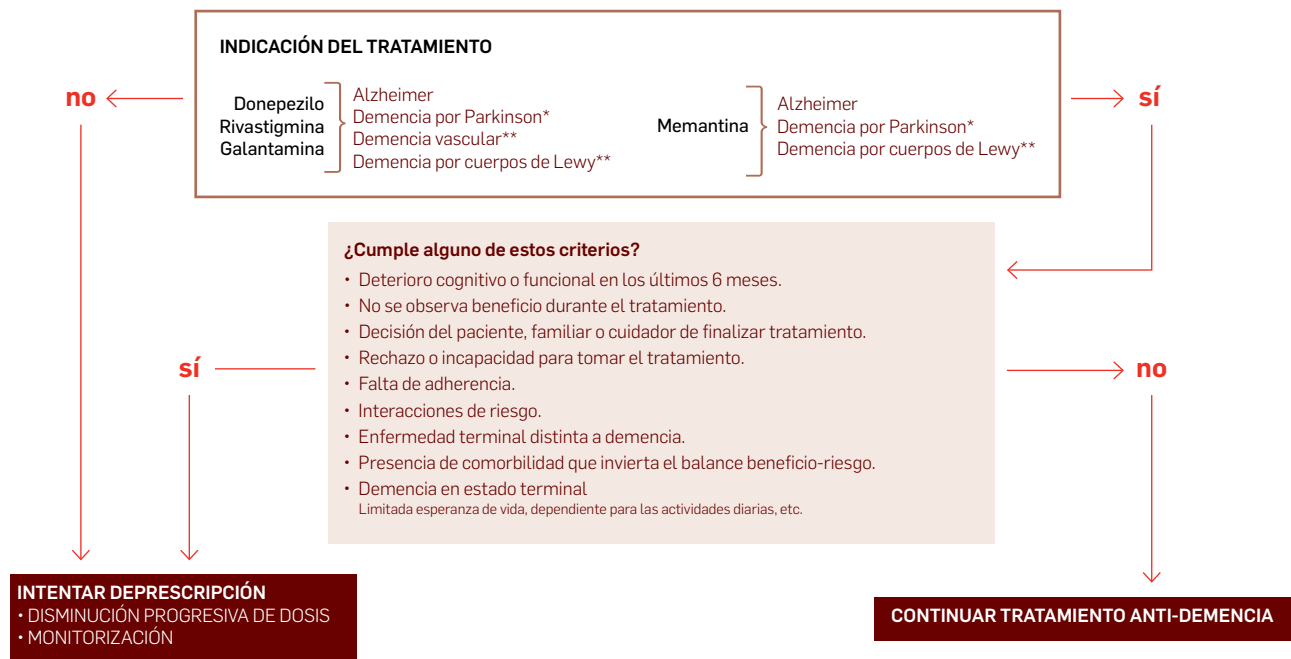
- » Continuar el tratamiento en aquellos que pueden realizar alguna ABVD o interacción social.
- » En el resto, suspensión del tratamiento de manera gradual, y en caso de deterioro que no ha sido causado por otra contingencia, considerar su reinicio.
- » En estadios terminales, suspender el tratamiento, por los beneficios limitados, si existen, y por los potenciales efectos secundarios y costes.

Se han identificado situaciones especialmente críticas, donde la adecuada información y comunicación son elementos esenciales para facilitar la deprescripción en el futuro⁸:

- En el momento de la primera prescripción y las visitas de seguimiento en Atención Especializada Hospitalaria: se debería informar al paciente y a su familia de la necesidad de revisar periódicamente el tratamiento, ya que puede llegar un momento en el que sea beneficioso suspender el mismo, e insistir en la idea de que no necesariamente son tratamientos de duración indefinida.
- Otro momento en el que el proceso de información es muy importante es el alta en consulta especializada para continuar el seguimiento en Atención Primaria. Conviene que el neurólogo/geriatra informe a la familia al respecto y haga constar en el informe de alta la necesidad de reevaluar periódicamente el tratamiento en pacientes con GDS ≥ 6 .

Teniendo en cuenta estos aspectos, se propone un algoritmo de decisión que guíe a la hora de plantear la deprescripción de IACE o memantina (Algoritmo 1).



Algoritmo 1. Deprescripción de fármacos anti-demencia (adaptado de 19).

(*) Uso fuera de ficha técnica salvo para rivastigmina cápsulas y solución. (**) Uso fuera de ficha técnica.

Tabla 1. Resumen de las reacciones adversas de los fármacos para la demencia^{3,5}.**Donepezilo, galantamina, rivastigmina**

Cardiovasculares
Bradycardia, síncope, bloqueo cardiaco, bradiarritmias, hipertensión.

Gastrointestinales
Náuseas*, diarrea*, vómitos*, dispepsia

Psiquiátricas
Pesadillas, insomnio (donepezilo > rivastigmina), alucinaciones, agitación (al inicio).

Otras
Cefalea*, anorexia*, mareo*, pérdida de peso, calambres musculares, fatiga, incontinencia urinaria, caídas, broncoespasmo, infecciones del tracto urinario (rivastigmina), resfriado.

Dermatológicas (administración transdérmica)
Prurito, dermatitis, edema.

Memantina

Cardiovasculares
Hipertensión, trombosis.

Gastrointestinales
Estreñimiento, vómitos, pancreatitis.

Hepatobiliares
Elevación de pruebas de función hepática, hepatitis.

Neurológicas
Vértigo, alteraciones del equilibrio o la marcha, convulsiones.

Otros
Disnea, cefalea, fatiga, somnolencia, insomnio, alucinaciones.

(*) Reacciones adversas muy frecuentes: >10% según ficha técnica.

[Para información más detallada, consultar las fichas técnicas de los medicamentos.](#)

Tabla 2. Resumen de las potenciales interacciones de los fármacos anti-demencia^{3,5}.

Fármaco	Interacciones potenciales	Resultado de la interacción
Donepezilo Rivastigmina Galantamina	Fármacos que pueden causar bradicardia Ej. beta bloqueantes, antiarrítmicos, antagonistas de calcio, ivabradina	Riesgo aditivo de bradicardia
	Anticolinérgicos Ej. antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos, antiespasmódicos urinarios (excepto mirabegron)	Mecanismo de acción opuesto; puede reducir la eficacia de ambos fármacos
	Metoclopramida, antipsicóticos (con rivastigmina)	Riesgo aditivo de efectos extrapiramidales
	Fármacos que pueden prolongar el intervalo QT Ej. antiarrítmicos, antagonistas de calcio, escitalopram, citalopram, antipsicóticos o antihistamínicos	Riesgo aditivo de prolongación del intervalo QT y torsade de pointes.
	Fármacos con actividad colinérgica Ej. succinilcolina	Prolongación del efecto colinérgico Ej. Relajación muscular prolongada tras anestesia

Tabla 3. Precauciones en grupos concretos de pacientes^{5,3}.

Fármaco	Patologías en las que ha de usarse con precaución
Donepezilo Rivastigmina Galantamina	Alteraciones de la conducción cardíaca. Úlcera péptica. EPOC/Asma. Convulsiones. Obstrucción del tracto urinario. Insuficiencia hepática con Child-Pugh >9 (contraindicado galantamina; por ausencia de datos). Insuficiencia renal con aclaramiento de creatinina < 9 mL/min (contraindicado galantamina).
Memantina	Enfermedad cardiovascular. Insuficiencia hepática. Insuficiencia renal. Convulsiones. Patología ocular (corneal).

¿Cómo deprescribir?

Para realizar la deprescripción de una forma adecuada, se deben tener en cuenta varios principios⁸:

- La retirada del tratamiento debe plantearse tras una valoración individualizada del paciente y de su entorno: expectativas del paciente y/o familia, fragilidad, esperanza de vida del paciente, etc.⁷
- La deprescripción ha de ser un proceso de toma de decisiones compartido con el paciente/familia⁷.
- Debe ir precedida por una buena información al paciente o, en su caso, a la familia y persona cuidadora, se deben exponer claramente los motivos por los que se plantea la retirada, la sistemática que se va a seguir y la actuación en caso de aparición de efectos adversos o síntomas de retirada⁷.
- En pacientes con demencia por cuerpos de Lewy los IACE pueden contribuir al control de las alucinaciones, por lo que antes de plantearse la deprescripción en esta población es necesario asegurar si actualmente o en el pasado el paciente ha presentado alucinaciones disruptivas que requirieran tratamiento²⁰.
- La reducción de dosis debe hacerse de forma escalonada y monitorizando la respuesta⁷:
 - » Si el paciente está en tratamiento con doble terapia en general se retirará primero el IACE, que es el que no tiene indicación en demencias avanzadas y después la memantina^{5,21}.
 - » Se reducirá progresivamente la dosis del fármaco implicado cada 4 semanas, teniendo en cuenta el tiempo de reaparición de síntomas relacionados con la demencia así como el aclaramiento de los fármacos²² (Tabla 4).

Por otro lado, si una vez iniciada la reducción progresiva de dosis el paciente presenta un empeoramiento clínico,

La decisión de la prescripción / deprescripción ha de tomarse entre el clínico y el paciente / cuidador



las acciones a realizar varían en función del tiempo transcurrido desde el inicio de la reducción de dosis o la suspensión. En la tabla 5 se recogen orientaciones sobre cómo actuar en función de la situación detectada.

¿Cuáles son los potenciales beneficios de la deprescripción?

Al deprescribir los fármacos IACE o la memantina pueden darse diversos beneficios potenciales²²:

- Disminución de la carga farmacológica, que conlleva una disminución del riesgo de efectos adversos, interacciones y errores de medicamentos.
- Mejora en la adherencia al resto del tratamiento.
- La simplificación del tratamiento puede contribuir a disminuir la carga de cuidados, ya que son personas con altas necesidades. Además en algunos casos presentan dificultades para la toma o cumplimiento del tratamiento.
- Disminución del coste del tratamiento para el paciente y la comunidad.

Tabla 4. Recomendaciones de disminución de dosis para IACE y memantina²².

Medicamento	Presentaciones disponibles	Esquema de reducción de dosis	Tiempo de permanencia en cada escalón de dosis
Donepezilo comprimidos	5 mg (28 comp) 10 mg (28 comp)	10 mg/24h > 5 mg/24h > stop	4 semanas
Galantamina cápsulas de liberación prolongada*	8 mg (28 cáps) 16 mg (28 cáps) 24 mg (28 cáps)	24 mg/24h > 16 mg/24h > 8 mg/24h > stop	4 semanas
Rivastigmina cápsulas**	1,5 mg (28, 56 ó 112 cáps) 3 mg (56 ó 112 cáps) 4,5 mg (56 ó 112 cáps) 6 mg (56 ó 112 cáps)	6 mg/12h > 4,5 mg/12h > 3 mg/12h > 1,5 mg/12h > stop	4 semanas
Rivastigmina parches**	4,6 mg/24h (30 ó 60 parches) 9,5 mg/24h (60 parches) 13,3 mg/24h (60 parches)	13,3 mg/24h > 9,5 mg/24h > 4,6 mg/24h > stop	4 semanas
Memantina ***	10 mg (112 cáps) 20 mg (56 cáps)	20 mg/24h ó 10 mg/12h > 10 mg/24h > stop	4 semanas

(*) También disponible Galantamina 4 mg/mL, solución oral 100 mL.

(**) También disponible Rivastigmina 2 mg/mL, solución oral 120 mL.

(***) También disponible Memantina 5 mg/pulsación, suspensión oral 100 mL.

Tabla 5. Manejo del paciente ante cambios debidos a la disminución de dosis o suspensión de IACE y memantina²².

Tiempo desde la reducción o suspensión del fármaco	Tipo de síntomas	Acción a realizar por el cuidador	Causa posible (tras excluir otras causas agudas orgánicas o por fármacos)
Menos de una semana	Síntomas severos: · Agitación · Agresividad · Alucinaciones · Disminución del estado de consciencia	Reiniciar dosis previa inmediatamente y contactar cuando antes con el profesional sanitario	Síndrome de retirada
2-6 semanas	Empeoramiento de síntomas o función conductual, cognitiva o psicológica	Contactar con el profesional sanitario responsable y considerar el reinicio a la última dosis anterior y/o concertar cita con el profesional sanitario	Reaparición de síntomas que estaban siendo tratados con el fármaco
6 semanas – 3 meses	Empeoramiento de síntomas o función conductual, cognitiva o psicológica	Concertar una cita con el profesional sanitario	Probable progresión o reaparición de síntomas que estaban siendo tratados con el fármaco
Más de 3 meses	Cualquiera	Cuidados habituales	Progresión de la enfermedad

¿Qué limitaciones encontramos para la deprescripción?

La deprescripción de cualquier medicamento a menudo es un proceso complejo ya que existen barreras que afectan tanto al paciente y su familia como a los profesionales que lo atienden.

Para intentar superar las barreras que tienen que ver con la familia, lo ideal sería que al prescribir por primera vez el medicamento para la demencia se abordaran también los objetivos del tratamiento, la evaluaciones periódicas del mismo, así como el abordaje en caso de no observarse beneficio⁷. Desde el comienzo del tratamiento debe trabajarse el evitar la connotación negativa que la idea de retirar un tratamiento tiene para el paciente y familia, ya que esto favorecerá la deprescripción del mismo cuando sea necesaria.

La ausencia de evidencia en deprescripción es precisamente uno de los principales obstáculos que objetivan los médicos a la hora de optimizar estos tratamientos en los ancianos⁷. Por ello, con este boletín se pretende guiar a los clínicos en la evaluación del tratamiento y deprescripción de medicamentos para la demencia.

Conclusiones

El balance beneficio-riesgo de los medicamentos aprobados para la demencia no es claro.

La deprescripción de los IACE y memantina ha de considerarse en pacientes con demencia avanzada (GDS ≥ 6), así como en aquéllos que hayan sufrido efectos adversos o interacciones con otros tratamientos y en quienes no se observa eficacia.

La falta de consenso acerca de cuándo y cómo deprescribir ha hecho necesaria la creación de una guía de deprescripción de fármacos para la demencia que ayude al clínico para la toma de decisiones en estos pacientes.

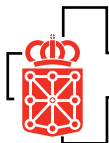
Siempre que se plantea una prescripción/deprescripción, han de tenerse en cuenta no sólo aspectos técnicos sino también éticos y la decisión debe ser tomada por el profesional sanitario junto con el paciente o cuidador debidamente informado.



Bibliografía

1. Gracia D. Procedimientos de Decisión en Ética Clínica. Madrid, Ed. Eudema S.A., 1991: 124-34
2. PHN Tasmania. [A guide to deprescribing: general information](#). Mayo 2019.
3. Fernández M, Gardeazabal MJ, Gerediaga E, et al. [Seguimiento y retirada de fármacos antidemencia](#). Vitoria: Departamento de Salud; 2016.
4. Know Alzheimer. [Internet] 2019. [¿Cuáles son las etapas de la enfermedad de Alzheimer?](#) [Consultado el 27 de diciembre de 2019].
5. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
6. PHN Tasmania. [A guide to deprescribing cholinesterase inhibitors](#). Mayo 2019.
7. Reeve E, Farrell B, Thompson W, et al. [Deprescribing cholinesterase inhibitors and memantine in dementia: guideline summary](#). Med J Aust. 2019 Mar;210(4):174-179. doi: 10.5694/mja2.50015. Epub 2019 Feb 16.
8. Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea. [Deprescripción en pacientes con demencia avanzada](#). 2019.
9. Lexicomp Online. [Rivastigmine drug information](#), Hudson, Ohio: Wolters Kluwer Clinical Drug Information, Inc.; 2019; fecha de acceso 20 de noviembre de 2019.
10. Ministerio de Sanidad y Política Social. [Guía de buena práctica clínica en Alzheimer y otras demencias](#).
11. McShane R, Westby MJ, Roberts E, et al. [Memantine for dementia](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 3. Art. No.: CD003154. DOI: 10.1002/14651858.CD003154.pub6.
12. UpToDate. [Internet] 2019. [Treatment of dementia](#). [Consultado el 20 de noviembre de 2019].
13. Knight R, Khondoker M, Magill N, et al. [A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of acetylcholinesterase inhibitors and memantine in treating the cognitive symptoms of dementia](#). Dement Geriatr Cogn Disord 2018;45:131-151.
14. Russ TC, Morling JR. [Cholinesterase inhibitors for mild cognitive impairment](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No.: CD009132. DOI: 10.1002/14651858.CD009132.pub2.
15. [Médicaments de la maladie d'Alzheimer: enfin non remboursables en France!](#) Rev Prescrire 2018 ; 38 (416).
16. Haute Autorité de Santé. [Synthese d'avis de la commission de la transparence](#). Neurologie Mise au point Octobre 2016.
17. Dynamed. [Internet] 2019. [Alzheimer-dementia](#). [Consultado el 18 de noviembre de 2019].
18. UpToDate. [Internet] 2019. [Cholinesterase inhibitors in the treatment of Alzheimer disease](#). [Consultado el 16 de octubre de 2019].
19. Reeve E, Farrell B, Thompson W, et al. [Cholinesterase inhibitor \(ChEI\) and memantine deprescribing algorithm](#). Sydney: The University of Sydney; 2018. [Consultado el 24 de abril de 2019].
20. UpToDate. [Internet] 2019. [Prognosis and treatment of dementia with Lewy bodies](#). [Consultado el 2 de diciembre de 2019].
21. Rodríguez-Pérez A, Alfaro-Lara E, Albiñana-Perez S, et al. [Novel tool for deprescribing in chronic patients with multimorbidity: List of Evidence-Based Deprescribing for Chronic Patients criteria](#). Geriatr Gerontol Int 2017;17:2200-2207.
22. Reeve E, Farrell B, Thompson W, et al. [Evidence-based Clinical Practice Guideline for Deprescribing Cholinesterase Inhibitors and Memantine: Recommendations](#). Sydney: The University of Sydney; 2018.





Servicio Navarro de Salud Osasunbidea

ISSN

1138-1043

DEPÓSITO LEGAL

NA-1263/1997

INFORMACIÓN Y SUSCRIPCIONES

Servicio Navarro de Salud / Osasunbidea
Plaza de la Paz, s/n
31002 Pamplona
T 848429047
F 848429010

E-mail

farmacia.atprimaria@cfnavarra.es

Web

www.bit.navarra.es

COMITÉ EDITORIAL**PRESIDENTE**

Antonio López Andrés

VOCALES

Cristina Agudo Pascual

M^a José Ariz Arnedo

Miguel Ángel Imízcoz Zubicaray

Idoia Gaminde Inda

Rodolfo Montoya Barquet

Luis Carlos Saiz Fernández

Juan Erviti López

Iván Méndez López

Gabriela Elizondo Rivas

Juan Simó Miñana

Amaya Echeverría Gorriti

EDITOR

Javier Garjón Parra