

- Prestixio profesional e social insuficiente
- Deficiente participación nos procesos de organización, xestión e decisión
- Ausencia de reforzo de actitudes de formación continua e investigación

Todo isto provoca diminución de rendemento, perda de interese en asumir novas responsabilidades ou en executar novas tarefas, así como deterioro progresivo da competencia profesional con repercusión directa na calidade asistencial.

A CP non o vai resolver todo pero pode supoñer un aliciente importante para a mellora da práctica clínica cotián e a implicación en alcanzar os obxectivos da empresa.

CARACTERÍSTICAS XERAIS

1. Homoxeneidade para todo o Sistema Estatal de Saúde aínda que existan aspectos diferenciais para cada servicio de saúde autonómico ou incluso para distintas redes asistenciais dentro da mesma Comunidade. Debe permitir o traslado entre Comunidades, conservando a categoría lograda. Para isto é preciso chegar a un acordo de acreditación e avaliación de méritos no Consello Interterritorial.
2. Normas xerais comúns para todas as especialidades médicas aínda que terán que considerarse os aspectos diferencias de todas. A medicina de familia presenta unha organización diferente ás outras e o acceso á obtención de méritos de investigación, formación ou docencia tamén son diferentes aos especialistas hospitalarios.
3. Baseada nos principios de igualdade, mérito e capacidade. Con criterios e procedementos de avaliación claros, normativos, explícitos e transparentes.
4. Diferenciación para os profesionais asistenciais e para os xestores aínda que poida haber enlaces entre unha CP e outra.
5. Organización en categorías con períodos mínimos de permanencia entre elas de modo que non se confunda a CP coa antigüidade na empresa.
6. Está en debate no grupo de traballo se os obxectivos asistenciais anuais da organización deben contar como mérito ou como requisito ou non contar para a puntuación na CP. Hai unha maioría que opina que non deben contar para a CP, que son incentivos distintas pero algúns, entre os que me encontro eu, pensamos que é difícil admitir unha progresión de categoría profesional se non se cumpren os obxectivos marcados pola empresa.

7. Voluntaria, graduando o ascenso profesional o propio traballador, en función das súas aspiracións.
8. A actividade asistencial con calidade e os servicios prestados á poboación deben ser a variable principal para a modificación de categoría.
9. Os efectos deben ser retributivos pero non unicamente nin ten que ser o elemento substancial diferenciador entre categorías. Hai outros aspectos como o recoñecemento profesional e a realización de actividades diferentes á meramente asistencial que poden ter tanta importancia ou máis que a retributiva.
10. Pensamos que a categoría se consolida cando se adquire aínda que hai opinións contrarias e que recomendan o descenso de categoría no caso de non manter a calidade asistencial adquirida previamente.
11. A CP debe poder ser asumida tanto financeira como organizativamente polos servicios de saúde

ORDENACIÓN

A proposta é de ordenación en catro categorías (1: Médico de Familia, 2: Médico de Familia Senior, 3: Médico de Familia Consultor e 4: Médico de Familia Consultor Emérito).

Para alcanzar o grao de Consultor terán que pasar aproximadamente 10 anos de antigüidade. Para o grao de senior non hai tempo mínimo, simplemente cumprir cos méritos esixidos e o mesmo sucedería entre Consultor e Consultor Emérito.

Non compartimos a idea de tempos mínimos xa que non debe confundirse antigüidade, ou fidelidade á empresa, coa experiencia necesaria para adquirir un determinado desenvolvemento profesional. Sí parece razoable, de todos os xeitos, un mínimo de 10 anos para que alguén adquira suficiente experiencia clínica ou tempo suficiente para lograr méritos complementarios. Os niveis non deben ser moitos xa que aumenta a complexidade organizativa da CP e os custos administrativos.

PROCEDEMENTOS, MÉRITOS E ÓRGANOS DE EVALUACIÓN

Debe poder discriminar o esforzo individual sen perder a equidade.

Debe ser factible, debe poder xestionarse burocráticamente sen grandes custos de transacción, tanto en tempo como en recursos humanos e económicos.

Debe ser aceptable por parte dos axentes implicados e, nese sentido, as sociedades científicas son as entidades que máis confianza ofrecen aos profesionais tanto no desdño dos procedementos de avaliación como na baremación dos méritos.

Débense poder realizar auditorías externas e avaliacións individuais do traballo.

Deben poder medir fundamentalmente o razoamento clínico correcto e o conxunto de servizos que presta un profesional en concreto. Poden realizarse auditorías, vídeo-grabacións propias, visitas e probas obxectivas de carácter teórico e práctico, sistemas como o modelo ECOE (Evaluación Clínica Obxectiva Estructurada).

A avaliación debe realizarse por pares aínda que a organización pode facerse mediante Axencias de Avaliación de Recursos Humanos, con profesionais adicados a esta función. A baremación debe ser o máis sinxela e transparente posible para reducir os custos administrativos. Neste momento xa hai contenciosos administrativos en marcha por profesionais que discrepan da valoración dos seus méritos feita pola administración. Deste xeito, a CP pode ser ao revés, desincentivadora.

MÉRITOS

1. O fundamental é o exercicio profesional e o resto de méritos son complementarios.
2. A formación continua non deberá contemplar só a actividade formativa habitual, que son os cursos, senón deberá ter en conta a formación que máis efectividade demostrou en introducir cambios na práctica clínica diaria, que é a realizada dentro do propio lugar de traballo e ligada á práctica. Pensamos que ésta debe ser máis valorada que a habitual de cursos.
3. A investigación publicada debe ser valorada e medida en función do seu factor de impacto pero este tipo de investigación non está ao alcance de todos nin sempre repercute na mellora da práctica clínica. Aínda que se teña en conta ésta, pensamos que deben ocupar un lugar importante os estudos de casos que se realizan habitualmente na práctica clínica diaria para a toma de decisións con pacientes concretos. Estes estudos, ben deseñados, ben documentados e ben argumentados na toma de decisións deberían ocupar un lugar na obtención de cetros para a CP. Este tipo de investigación sí está ao alcance de todos.
4. A actividade participativa como a colaboración do profesional en distintas comisións de institucións ou da administración sanitaria, órganos de goberno de sociedades científicas, tribunais, grupos de traballo, comités editoriais, organización de congresos,..., en xeral son actividades non remuneradas e repercuten na mellora da organización en xeral. Deben, polo tanto, ser consideradas como mérito.

É difícil equiparar méritos da actividade asistencial e da xestora pero hai cargos, como pode ser o Xefe de Servicio en exclusiva, para os que se considere necesario unha determinada experiencia clínica polo que haberá que igualar anos de traballo nestes postos para que poida haber pase dunha actividade a outra.

EFFECTOS

1. Retributivos: Non debe ser o incentivo fundamental pero debería estar considerada como básica, separada da antigüidade e ser superior á da categoría inferior.
2. Percepción interna de desenvolvemento profesional.
3. Recoñecemento público e pola organización onde traballa.
4. Maior acceso a actividades docentes.
5. Maiores facilidades para a realización de investigación.
6. Redución do tempo adicado a asistencia e aumento de tempo para a realización doutros traballos como consultoría, participación en comisións, órganos de avaliación, nomeamentos para funcións administrativas, tempo libre.

PERIODO DE TRANSICIÓN

É necesario un periodo de transición xa que, se non se fai iso, podería haber profesionais aos que xa lle resultaría imposible adquirir categorías altas. A proposta é de un periodo de 2 anos, nos que o único criterio par acceder ás categorías iniciais fora unha antigüidade determinada e para categorías máis altas cumprir uns requisitos e participar nunha proba obxectiva.

Carreira profesional dende unha perspectiva sindical

Xoán Cons

Secretario Xeral CIG-Saúde

Baixo a denominación de carreira profesional vense iratando nos últimos anos de darlle forma a unha vella aspiración dos profesionais do sector sanitario: a de poder progresar laboral e profesionalmente a través dun mecanismo que recoñeza sucesivas cualificacións profesionais e sucesivas melloras retributivas.

Hai que denunciar efectivamente que dende un punto de vista estritamente organizacional, o sistema sanitario é a gran empresa que peor canaliza e peor aproveita os seus propios recursos humanos. Na promoción interna, na promoción profesional, na promoción económica,... o sistema sanitario en xeral e o Sergas en particular practican a política do ningunho: aquí todos os profesionais saben que se entra de peón e se sale, 30 ou 35 anos despois, tamén de peón.

O ascenso imparabile da reivindicación da carreira profesional fai que varios servicios de saúde se atopen hoxe ben nos primeiros estádios de implantación do seu modelo, ben nos traballos específicos do seu deseño.

Igualmente, as tres importantísimas normas que se atopan actualmente en tramitación parlamentaria e que terán un peso decisivo no inmediato futuro laboral e profesional no noso sector (Estatuto Marco, Lei de Ordenación das Profesións Sanitarias e Lei de Ordenación Sanitaria de Galicia) incorporan sendas referencias ao desenvolvemento da carreira profesional.

¿QUÉ CARREIRA PROFESIONAL?

Hai que decidir en todo caso que non todo o mundo ten o mesmo concepto do que deba ser a carreira profesional. Así, as administracións sanitarias tiran forte da corda para implantar modelos vinculados de forma significativa ao cumprimento de obxectivos e á implicación na xestión, é dicir, para converter a carreira profesional nunha versión actualizada da produtividade variable.

Pola contra, as organizacións profesionais e sindicais propoñen modelos máis vinculados ao coñecemento e á experiencia, e por tanto máis orientados ao recoñecemento e ao status que ao premio e á adhesión.

O Estatuto Marco (EM) define a carreira profesional (art. 40) como "o dereito dos profesionais a progresar, de forma individualizada, como recoñecemento ao seu desenvolvemento profesional e canto a coñecementos, experiencia e cumprimento dos obxectivos da organización á que prestan os seus servicios".

A Lei de Ordenación das Profesións Sanitarias (LOPS) insiste pola súa parte (art. 38) no concepto máis amplo de desenvolvemento profesional, definido como "o recoñecemento público, expreso e de forma individualizada, do desenvolvemento acadado por un profesional sanitario en canto a coñecementos, experiencia nas tarefas asistenciais, docentes e de investigación, así como en canto ao cumprimento dos obxectivos asistenciais e investigadores da organización na que prestan os seus servicios"; e conclúe que "sen perxucio das facultades e funcións para as que habilita o correspondente título oficial, o recoñecemento do desenvolvemento profesional será público e con atribución expresa do grado acadado por cada profesional no exercicio do conxunto de funcións que lle son propias".

A Lei de Ordenación Sanitaria de Galicia (LOSGA) por último, fai unha clara aposta por unha carreira vinculada á adhesión, cando a define (art.59) como "o dereito a progresar, de forma individualizada, a niveis superiores pre-

viamente definidos dentro de cada clase ou categoría funcional, como recoñecemento ao desenvolvemento profesional en coñecementos, experiencia, responsabilidade e mellor adecuación da actitude, capacidade e cualidades persoais aos obxectivos do Servicio Galego de Saúde".

Nese marco normativo, de confirmarse a aprobación nos próximos meses destas leis, teremos que afrontar a proposición e a negociación coa administración sanitaria galega do concreto sistema de carreira profesional que se vai implantar nos centros sanitarios do Sergas.

E parece claro por tanto que nese debate dous serán os principais elementos conceptuais de enfoque e de discordia: canto haberá de recoñecemento polo desempeño profesional e canto de premio por adhesión na xestión. E podemos arriscarnos a pronosticar que, en opinión de CIG-Saúde, canto máis haxa de recoñecemento no sistema que definitivamente se implante o modelo poderá funcionar, pero canto máis teña de mera avaliación de cumprimento de obxectivos, canto máis se pareza a un neocpv, máis boletos terá para converterse nunha nova aspiración frustrada.

CRITERIOS BÁSICOS PARA A PROMOCIÓN PROFESIONAL

Como vimos, da terminoloxía que empregan a LOPS e o EM desprendese a aparencia de querer repartirse os papeis entre ambas as dúas normas: unha fala do aspecto máis profesional e orientado exclusivamente ás profesións sanitarias dos grupos A e B, e o outro parece reservarse os aspectos máis laborais (esencialmente retribución e acceso a postos). Unha fala de desenvolvemento profesional e o outro de carreira profesional. Pero eu penso en definitiva que non deixan de ser dúas caras da mesma moneda.

Chamémoslle entón carreira profesional, ou recoñecemento profesional ou promoción profesional, ou calquera outra denominación que nos inventemos, o certo é que está maduro o momento de reivindicar e negociar con firmeza eses aspectos retributivos e profesionais que conformen un auténtico sistema de promoción profesional nas institucións sanitarias do Sergas.

Para elo, CIG-Saúde ten elaborados unha serie de criterios xerais sobre os que debe pivotar unha carreira profesional, entendida como promoción profesional e como promoción económica, criterios que sintetizamos no seguinte cadro:

CRITERIOS E MECANISMOS DE PROMOCIÓN PROFESIONAL

Deben revisarse os mecanismos actuais de promoción interna, tanto temporal como definitiva, para facilitar o acceso do persoal propio a novas categorías, especialidades e funcións

Debe establecerse, dentro de cada categoría, o acceso a níveis retributivos superiores e sucesivos cada certo tempo, en función principalmente da experiencia profesional, da formación complementaria e, no seu caso, da investigación. Eses níveis retributivos así acadados serían consolidados, sen volta atrás.

Esos niveles retributivos serán independientes de acceder ou non a postos como xefaturas, supervisións, coordinacións, encargados,...

Débase regular o sistema de acceso aos postos de responsabilidade organizativa dos distintos servicios ou unidades dos centros mediante concurso e sen aplicación da libre designación, inda que o nomeamento deba ser revisable. Para o acceso a esos concretos postos podería esixirse ter acadado un nivel retributivo ou grado determinado dentro da categoría.

Os distintos niveles retributivos dentro dunha categoría poden levar asociados ou non unha concreta denominación que identifique ese nivel ou grado.

Os distintos niveles retributivos, con ou sen denominación específica, non poden determinar por sí mesmos unha diferenciación de funcións na mesma categoría, pero sí a posibilidade de acceso a actividades formativas ou investigadoras especializadas.

O sistema de promoción profesional ten que desenvolverse para todas as categorías.

O exercicio da Medicina Familiar em Portugal

José Mendes Nunes

Médico de Familia do Centro de Saúde de Oeiras, Portugal

Em Portugal existem três carreiras médicas: a Hospitalar, a de Saúde Pública e a de Clínica Geral.

Estas três carreiras têm os mesmos graus, categorias e níveis remuneratórios. Os graus das carreiras médicas são o de especialista e o de consultor; as categorias são as de assistente, assistente graduado e chefe de serviço.

O grau de especialista obtém-se através da frequência do Internato Complementar da respectiva especialidade e aprovação em prova pública. O grau de consultor obtém-se em prova pública de discussão curricular. A especialidade da carreira Médica de Clínica Geral designa-se de Medicina Geral e Familiar.

Os cuidados de saúde primários são efectuados na sua grande maioria nos centros de saúde. Estes são de financiamento e gestão públicas. A média de habitantes atribuídos a cada centro de saúde é muito variada, indo dos 10.000 aos 200.000 habitantes.

Em média, cada centro de saúde tem 80 profissionais de saúde mas alguns tem mais de 300. Destes profissionais, 25% são médicos e 20% são de enfermagem.

Os centros de saúde não tem autonomia de gestão nem financeira e estão dependentes das Administrações Regionais de Saúde (ARS), em número de 5: do Norte, do Centro, de Lisboa e Vale do Tejo, do Alentejo e do Algarve. Algumas destas Administrações Regionais têm mais de 3.000.000 de habitantes.

As ARS estão dependentes do Ministro da Saúde que define os respectivos orçamentos e elas, por sua vez, definem os orçamentos dos centros de saúde com base em critérios muito pouco claros.

Ao nível dos centros de saúde, a prestação de cuidados médicos é assegurada na sua quase totalidade pelos médicos de família. Todos os médicos de família têm formação específica ou Internato Complementar de Clínica Geral sendo especialistas em Medicina Geral e Familiar. A especialidade de Medicina Geral e Familiar teve o seu início em 1982.

Os médico de família tem como características:

1. abordagem centrada na família;
2. prestação de cuidados integrais sem restrição de idade, sexo ou tipo de problema;
3. educação para a saúde, cuidados preventivos e curativos tais como:
 - a. cuidados médicos gerais à população adulta,
 - b. seguimento da gravidez de baixo e médio risco,
 - c. vigilância infantil,
 - d. planeamento familiar e cuidados à mulher que inclui rastreio de cancro do colo do útero e da mama,
 - e. Outras actividades preventivas como imunização.

Para além disso, têm a função de "porta de entrada" no sistema de prestação de cuidados de saúde, o que é mais teórico que real. Com efeito, uma grande percentagem da população recorre directamente às urgências hospitalares, de modo inadequado, sendo a hiperutilização deste recurso um grave problema do sistema de saúde português.

Cada médico de família tem uma lista de doentes que nele se inscreveram. Em média, as listas tem cerca de 1500 utentes mas existem algumas com mais de 2.000.

Os principais problemas dos Cuidados Primários de Saúde são:

1. iniquidade na distribuição de recursos e dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde. Este problema resulta de uma desigualdade de distribuição dos recursos humanos e das estruturas. Contudo, Portugal possui

uma rede de distribuição homogénea de centros de saúde que permite dizer que não existem grandes problemas de acessibilidade geográfica. Já os recursos humanos estão distribuídos de modo heterógeno e a acessibilidade funcional dos centros de saúde não se adaptou aos horários laborais das populações trabalhadoras;

2. reduzida reputação dos médicos de família (quando comparada com as especialidades hospitalares);
3. falta de programas de controlo de qualidade, o que não é um problema específico dos cuidados primários de saúde uma vez que os serviços hospitalares sofrem do mesmo problema;
4. ausência de coordenação, integração e comunicação funcional entre cuidados primários e hospitalares e mesmo entre as diferentes classes profissionais que trabalham nos centros de saúde;
5. baixa motivação dos médicos de família;
6. ausência de um sistema de informação para os cuidados primários.

A carga horária de trabalho semanal de um médico de família, num centro de saúde, é predominantemente de 35 horas. Destas, 20 a 25 são dedicadas à assistência directa aos doentes inscritos na respectiva lista. Seis horas são destinadas a serviços de urgência, tutoria de internos, coordenação de programas e outras actividades de promoção e educação para a saúde. Uma a duas horas destinam-se a visitas domiciliárias, as restantes são para gestão de ficheiro clínico, reuniões, actividades de Educação Médica Continuada (EMC), etc.

A remuneração dos médicos de família é por salário diferenciado de acordo com os respectivos graus, categoria e antiguidade.

As actividades de EMC são muito pouco organizadas sendo na sua maioria destinadas a clínicos gerais mas totalmente inadaptadas às suas reais necessidades, reflectindo mais os interesses dos formadores que as necessidades resultantes de qualquer levantamento e análise. No entanto, os profissionais dos cuidados primários despendem 0,93% do seu tempo em actividades de formação, o que é superior ao despendido pelos profissionais hospitalares com 0,5%.

Desde os primeiros anos da década de 90 que o número de profissionais da saúde, de nacionalidade estrangeira, a trabalhar no Serviço Nacional de Saúde, tem vindo a aumentar tendo ultrapassado os 3000 no ano 2000. Estes profissionais são sobretudo enfermeiros e médicos sendo as

restantes classes profissionais praticamente inexistentes.

Na primeira metade da década de 90, a maioria dos médicos estrangeiros eram provenientes do Brasil e dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPs). Mas, durante a segunda metade daquela década, os profissionais provenientes da União Europeia aumentaram consideravelmente, sobretudo devido aos médicos naturais de Espanha, representando cerca de 60% do total de estrangeiros entrados no ano 2000. No final do mesmo ano, trabalhavam no SNS Português cerca de 1710 profissionais oriundos de Espanha.

MESA: INTERROGANTES NA ABORDAXE DE DEMENCIA

¿Que tratamento farmacolóxico podemos aplicar?

Iglesias Losada R.

MFC. Centro de Saúde de Vite. Santiago.

Os coñecementos sobre a etiopatoxenia, fisiopatoloxía, manifestacións clínicas e evolución do síndrome demencia están cheos de interrogantes sen resolver que condicionan a súa abordaxe terapéutica. O tratamento farmacolóxico polo tanto debe estar baseado nas evidencias científicas dispoñibles e estar dirixido a enlenteecer no posible o deterioro cognitivo e trata-los trastornos psicolóxicos e condutas engadidos que xurdan na evolución da enfermidade, por este motivo é fundamental facer un diagnóstico precoz e correcto do tipo de demencia. Só debe iniciarse tralo fracaso das medidas non farmacolóxicas ou por urxencia do proceso intercurrente. Débense ter en conta os condicionantes de prescripción de medicamentos en pacientes anciáns e por ende en pacientes con demencia: retirar os fármacos que non sexan imprescindibles, fundamentalmente os de toxicidade cognitiva demostrada, utilizar a dose efectiva máis baixa, efectuar incrementos de dose pequenos e avaliar periódicamente a súa resposta clínica e os posibles efectos secundarios xa que existen variacións individuais importantes.

Dende un punto de vista da abordaxe terapéutica as demencias podemos dividilas en dous grupos: demencias reversibles ou potencialmente reversibles, secundarias a: fármacos, tumores, hidrocefalia normotensiva, alteracións tiroideas, déficit de B12 e fólico etc., o seu tratamento será o da enfermidade causal. Un segundo grupo maioritario de demencias irreversibles, entre as que destacan pola súa prevalencia a Enfermidade de Alzheimer (EA), a demencia vascular ou predominantemente vascular (DV), é a demencia de corpos de Lewy (DCL). Do seu tratamento farmacolóxico

comentaremos as evidencias científicas máis relevantes. Na EA os inhibidores da colinesterasa demostraron efectos terapéuticos significativos mellores fronte á placebo, nembregantes a enfermidade segue progresando a pesares do tratamento, a magnitude da eficacia promedio é modesta, detectándose cambios globais cognitivos, de comportamento e funcionais. As diferencias principais entre eles están nos perfís de efectos colaterais e na forma de administración. Están autorizados para o seu uso: tacrina (prácticamente en desuso polos seus efectos colaterais), donepezilo, rivastigmina e galantamina e só poden utilizarse para o estadio leve ou moderadamente grave - estadios 4 o 6 do GDS (Global Deterioration Scale) -. Están considerados como especialidades farmacéuticas de Diagnóstico Hospitalario (DH), RD 767/1993, e só poden ser dispensados en primeira instancia polo nivel especializado correspondente. A memantina (DH) de recente aparición e aprobación para os casos graves e moderadamente graves (estadios 6 y 7 do GDS), é un antagonista non competitivo dos receptores NMDA (N-metil-D-aspartato), e actúa uníndose a eles no mesmo lugar que fisioloxicamente o fai o magnesio, bloqueando a entrada masiva do calcio que se produce nas células nerviosas cando existe unha excesiva actividade do glutamato que provoca o desprazamento do magnesio. Xa hai estudos en marcha para conseguirla súa aprobación para os casos leves e moderados. Asemesmo, parece ser eficaz na DV e podería ter efectos neuroprotectores, pero todo isto necesita de máis estudos que o corroboren. A Selegilina e vitamina E demostraron eficacia en producir un certo retraso na evolución da EA, retrasando asimesmo a institucionalización dos pacientes. Ningun destes axentes demostraron producir melloras no plano cognitivo. Algúns estudos epidemiolóxicos suxiren efectos protectores da prednisona e estróxenos fronte o desenvolvemento da EA, ata agora os ensaios clínicos para corroboralo mostraron resultados negativos. Un estudio prospectivo demostrou unha menor incidencia -estadísticamente significativa- de EA nos suxeitos cun período de tratamento acumulado de dous ou máis anos con AINES, especialmente os AINES con efecto inhibitor da enzima beta-secretasa. Estudos epidemiolóxicos retrospectivos suxiren unha menor incidencia de EA entre suxeitos que estaban tomando estatinas como tratamento para controla-lo seu colesterol, ó comparalos tanto con outros que tomaban hipolipemiantes diferentes (fibratos, colestiramina, ácido nicotínico) como con aqueles que non tomaban ningún hipolipemiante. Da aquí podería deducirse tamén un efecto da toma de estatinas sobre a

progresión da EA. O mecanismo non está aínda claro. Estudos realizados con diversos axentes na DV en poboacións con demencia vascular isquémica pura ou demencia multiinfarto, entre outros con flunarizina e pentoxifilina, non demostraron eficacia farmacolóxica significativa. Dous estudos recentes, un con galantamina e outro con donepezilo, demostraron eficacia con resultados estadísticamente significativos na DV probable (NINDS-AIREN). Debido ó seu mecanismo de acción, a memantina pode ser útil tamén na DV aínda que non se aprobou o seu uso para estes pacientes. Na DCL demostraron a súa validez os inhibidores da acetilcolinesterasa, mostrando unha especial eficacia sobre os síntomas psicolóxicos e conductuais destes enfermos, debéndose esperar a ve-lo seu efecto antes de prescribir ningún sedante ou neuroléptico. Os signos extrapiramidais poden responder á levodopa, pero non debe esquecer que poden empeorar as alucinacións, especialmente a doses altas. Os problemas psicolóxicos e conductuais máis frecuentes na demencia son: axitación, psicose e depresión. Para a axitación e psicose deberían utilizarse antipsicóticos sempre que fallen os medios de manipulación do entorno. Os axentes atípicos como a risperidona, quetiapina ou a olanzapina, poden ser mellor tolerados en comparación cos axentes tradicionais como o haloperidol.. Nos pacientes con EA tratados con inhibidores da colinesterasa parece demostrada unha mellor necesidade de antipsicóticos que nos non tratados. Os pacientes con DCL soen ter unha especial sensibilidade ós neurolépticos, polo que deben ser manexados con sumo coidado. Para o tratamento da depresión o uso de antidepressivos como os inhibidores de recaptación da serotonina (fluoxetina, citalopram, paroxetina...), son habitualmente mellor tolerados que a amitriptilina, que ten efecto anticolinéxico. En calquer caso o perfil de efectos colaterais guiará á elección do axente máis idóneo para cada paciente. O futuro do tratamento farmacolóxico da demencia dependerá das respostas científicas que resolvan os interrogantes plantexados no encabezamento deste artigo, que nos acerquen máis a utilizar fármacos que demosiren a súa eficacia fundamentada en prácticas da medicina baseadas na evidencia.