

Përmbajtja

1.	Hyrje.....	3
1.1	Shenjat dhe simptomat.....	4
1.2	Format e zakonshme të demencës	5
2.	Qëllimi dhe fokusi.....	6
2.1	Epidemiologjia	7
2.2	Popullata e caktuar	7
2.3	Dedikimi i udhërrefyesit	8
2.4	Pyetjet klinike.	8
3.	Metodologjia	9
3.1	Formatimi	9
3.2	Burimet.....	10
4.	Rekomandimet.....	10
4.1	Përfshirja e njerëzve që jetojnë me demencë në vendimet për kujdesin e tyre	11
4.1.1	Përfshirja e njerëzve në vendimmarrje	11
4.1.2	Dhënia e informacionit	12
4.1.3	Planifikimi i kujdesit paraprak	13
5.	Diagnoza.....	13
5.1	Vlerësimi fillestar nga ana e mjekut në kujdesin shëndetësor primar.....	13
5.1.2	Diagnoza në shërbimet e specializuara të diagnostikimit të demencës	14
	Teste plotësuese për demencë me trupat Lewy	18
5.1.5	Teste plotësuese për demencën vaskulare.....	18
6.	Trajtimi	19
6.1	Ndërhyrjet farmakologjike për demencën	19

6.1.1 Menaxhimi farmakologjik i sëmundjes Alzheimer.....	19
6.1.2 Menaxhimi farmakologjik i demencës jo-Alzheimer.....	21
6.1.3 Ilaçet që mund të shkaktojnë dëmtime njohëse	24
6.1.4 Menaxhimi i simptomave jo njohëse.....	24
6. 1.5 Trajtimi i agjitimit dhe sjelljes agresive me antipskoti atipik në krahasim me trajtimin jo-farmakologjik.....	25
6.1.8 Trajtimi sistematik i faktorëve vaskularë të rrezikut (hipertensionit, hiperkolesterolemisë, diabetit melit konkomitant), te pacientët me demencë.	28
7. Kujdesi paliativ.....	33
8. Mbështetja e kujdestarëve	33
9. Trajnimi dhe edukimi i stafit.....	34
10. Vënia në praktikë e këtij udhëzimi	35
11. Referencat	35
12. Shtojcat.....	45

Demenca: vlerësimi, menaxhimi dhe mbështetja për njerëzit që jetojnë me demencë dhe kujdestarët e tyre

1. Hyrje

Demenca është një term që përdoret për të përshkruar një sërë simptomash njohëse dhe të sjelljes e që mund të përfshijnë humbjen e kujtesës, probleme me arsyetimin, komunikimin dhe ndryshimin e personalitetit e që mund të manifestohet me një reduktim në aftësinë e një personi për të kryer aktivitete të përditshme si: pazari, larja, veshja. dhe gatimi.

Demenca është e shoqëruar me morbiditet më të lartë, mortalitet të shtuar dhe kualitet më të ulët të jetës në përgjithësi.

Sëmundja përkeqësohet me kalimin e kohës. Kryesisht prek njerëzit e moshuar, por me rritjen e moshës jo të gjithë njerëzit do të kenë demencë.

Faktorët që rrisin rrezikun e zhvillimit të demencës përfshijnë:

- mosha (më e zakonshme tek ata mbi 65 vjeç) , presioni i lartë i gjakut (hipertensioni)
- sheqeri i lartë në gjak (diabeti), mbipesha ose obeziteti, pirja e duhanit, alkoolit, mungesa e aktivitetit fizik , si dhe izolimi në aspektin social dhe depresioni.

Demenca është një sindromë që mund të shkaktohet nga një sërë sëmundjesh të cilat me kalimin e kohës shkatërrojnë qelizat nervore dhe dëmtojnë trurin, të cilat shpiejnë zakonisht në përkeqësim të funksionit njohës (dmth aftësinë për të përpunuar mendimin) përtej asaj që mund të pritet nga pasojat e zakonshme biologjike - plakjes. Derisa vetëdija nuk preket, dëmtimi në funksionin njohës zakonisht herë pas herë shoqërohet dhe mund të paraprihet nga ndryshimet në humor, në kontrollin emocional, në sjellje ose në motivim.

Demenca ka ndikime fizike, psikologjike, sociale dhe ekonomike, jo vetëm për njerëzit që jetojnë me demencë, por edhe për kujdestarët e tyre, familjet dhe shoqërinë në përgjithësi. Shpesh ka mungesë të vetëdijesimit shoqëror si dhe ka vështirësi në të kuptuarit e demencës, duke rezultuar në stigmatizim dhe në pengesa për diagnostikimin dhe kujdesin ndaj këtyre pacientëve.

1.1 Shenjat dhe simptomat

Ndryshimet në humor dhe sjellje ndonjëherë ndodhin edhe para se të shfaqen problemet e kujtesës. Simptomat përkeqësohen me kalimin e kohës. Përfundimisht, shumica e njerëzve me demencë do të kenë nevojë për ndihmen e të tjerëve për t'u ndihmuar në aktivitetet e përditshme.

Shenjat dhe simptomat e hershme janë:

- duke harruar gjërat ose ngjarjet e fundit
- humbja ose vendosja e gabuar e gjërave
- humbja e orientimit gjatë ecjes ose vozitjes
- duke u hutuar, edhe në vende të njohura
- duke humbur ndjenjën e kohës
- vështirësi në zgjidhjen e problemeve ose marrjen e vendimeve
- vështirësi gjatë mbajtjes së bisedës ose vështirësi në gjetjen e fjalëve
- vështirësi në kryerjen e detyrave të njohura
- vlerësimi i gabuar i distancave nga objektet vizualisht.

Ndryshimet e zakonshme në humor dhe sjellje përfshijnë:

- ndjenjën e ankthit, trishtimit ose të zemërimit për humbjen e kujtesës
- ndryshimet e personalitetit
- sjellje të papërshtatshme
- tërheqja nga puna ose aktivitetet shoqërore
- mosinteresimi për emocionet e njerëzve të tjerë.

Demenca prek çdo person në një mënyrë të ndryshme, në varësi të shkaqeve themelore, kushteve të tjera shëndetësore dhe funksionimit kognitiv të personit përpara se të sëmuret.

Shumica e simptomave përkeqësohen me kalimin e kohës, ndërsa të tjerat mund të zhduken ose të shfaqen vetëm në fazat e mëvonshme të demencës. Ndërsa sëmundja përparon, nevoja për ndihmë me kujdesin personal rritet. Njerëzit me demencë mund të mos jenë në gjendje të njohin anëtarët e familjes ose miqtë, të kenë vështirësi në lëvizje, të humbasin kontrollin mbi kryerjen e nevojave fiziologjike, të kenë probleme me ngrënien dhe pirjen dhe të përjetojnë ndryshime në sjellje, si agresioni. Të gjitha këto janë shqetësuese për personin me demencë, ashtu dhe për ata rreth tyre.

Tabela 1.

Vlerësimi demencës

1) Kërkoni shenja dhe simptoma të demencës
2) Përfshijni deliriumin, depresionin
3) Kërkoni probleme të tjera mjekësore
4) Vlerësoni simptomat njohëse
5) Vlerësoni simptomat jo-njohëse (të sjelljes) dhe psikologjike
6) Përfshijni çrregullime të tjera të shëndetit mendor ose abuzimit të substancave
7) Vlerësoni problemet dhe nevojat e kujdestarëve

1.2 Format e zakonshme të demencës

Demenca shkaktohet nga shumë sëmundje ose lëndime të ndryshme që dëmtojnë drejtpërdrejt dhe tërthorazi trurin. Sëmundja e Alzheimerit është forma më e zakonshme dhe mendohet se kontribon në 60- 70% të rasteve. Forma të tjera përfshijnë demencën vaskulare, demenca me trupa Lewy (depozita jonormale të proteinave brenda qelizave nervore) dhe një grup sëmundjesh që kontribojnë në demencën frontotemporale (degjenerimi i lobit frontal të trurit). Demenca mund të zhvillohet gjithashtu pas një goditjeje ose në kontekstin e disa infeksioneve si HIV, si rezultat i keq përdorimit të alkoolit, dëmtimeve të përsëritura fizike në tru (të njohura si encefalopatia kronike traumatike) ose mangësive ushqyese.

Kufijtë midis formave të ndryshme të demencës janë të paqartë dhe format e përziera shpesh bashkë ekzistojnë.

Tabela nr 2.

Nëntipet më të shpeshta të demencave ireverzibile

Demencia nëntipi	Karakteristikat Klinike	Neuropatologjia	Proporcioni i rasteve të demencës
Alzheimer sëmundje (AD)	Kujtesa e dëmtuar, apatia dhe depresioni gradual	Amiloidi kortikal Pllaka dhe fillimi i krijimit të lëmshave neurofibrilarë	50-75%
Demencia vaskulare(VaD)	Ngjashëm me AD,por me kujtesë dhe humor më pak të prekur	Sëmundje cerebrovaskulare Infarkt në regjionet kritike ose më shumë sëmundje difuze me shumë infarkte trunore	20-30%
Demencia me trupat Lewy (DLB)	Luhatje të theksuara në aftësinë njohëse Halucinacione vizuale Parkinsonizëm (dridhje dhe ngurtësi)	Lewy trupat kortikalë (alfa-sinukleinë)	< 5%
Demence fronto-temporale (FTD)	Ndryshimet e personalitetit Ndryshimet e humorit Disinhibimi Vështirësitë gjuhësore	Asnjë patologji e vetme-dëmtimi i kufizuar në lobet frontale dhe temporale në fazat fillestare	5-10%

2. Qëllimi dhe fokusi

Qëllimi i këtij udhërrëfyese është që të ofrojë udhëzime të bazuara në evidencat e fundit për diagnostikimin dhe menaxhimin e pacientëve me demencë. Udhërrëfyese synon të përmirësojë cilësinë e kujdesit shëndetësor përmes zbatimit të evidencës nga hulumtimet e reja shkencore në punën e përditshme praktike. Udhërrëfyese ka për qëllim të përmirësojë kujdesin duke bërë rekomandime për trajnimin e stafit të bazuara në evidencat e fundit shkencore duke ndihmuar antatarët e familjes dhe kujdestarët për të mbështetur njerëzit që jetojnë me demencë.

Ky udhërrëfyese do të jetë në interes për të gjithë profesionistët shëndetësor, në të gjitha nivelet, të cilët janë të përfshirë në menaxhimin e pacientëve me demencë, duke përfshirë: doktorë të mjekësisë, specialist të mjekësisë familjare, specialist të neurologjisë dhe të psikiatrisë. Gjithashtu në këtë udhërrëfyese ka të dhëna të rëndësishme edhe për stafin e mesëm, specialistët e shëndetit publik dhe farmacistët.

Përcjellja e rekomandimeve të dhëna në këtë udhërrëfyes nuk e garanton suksesin në trajtimin secilit pacient. Vlerësimi klinik duhet të bëhet nga profesionistët shëndetësorë të cilët janë përgjegjës për vendimet që i marrin sa i përket planit të trajtimit dhe procedurave diagnostike të nevojshme. Poashtu, vendimi për përzgjedhjen e metodave të veçanta diagnostike dhe mjekimin, duhet të ndërmerret me miratimin e pacientit apo familjarëve të pacientit.

2.1 Epidemiologjia

- Sipas OBSH-së aktualisht më shumë se 55 milionë njerëz kanë demencë në mbarë botën, mbi 60% e të cilëve jetojnë në vende me të ardhura të ulëta dhe të mesme. Çdo vit shfaqen afro 10 milionë raste të reja. Vlerësohet se veteëm në Europë diku rreth 10.5 milionë njerëz jetojnë me demencë dhe pritet që ky numër do të jetë 13.4 milionë në vitin 2030 .
- Demenca rezulton nga një sërë sëmundjesh dhe dëmtimesh që prekin trurin. Sëmundja e Alzheimerit është forma më e zakonshme e demencës dhe mund të paraqitet në 60-70% të rasteve.
- Demenca është aktualisht shkak i shtatë kryesor i vdekjeve dhe një nga shkaqet kryesore të paaftësisë dhe varësisë tek të moshuarit në mbarë botën.

Sipas vjetarit statistikor të Republikës së Kosovës në vitin 2022 në Kosovë janë regjistruar 116.785 njerëz mbi moshën 65 vjeçare dhe në bazë të prevalencës së standardizuar të moshës në shumicën e vendeve me demencë janë 5-7% të kësaj popullate, gjë që i bie që në Kosovë të jenë me demencë rreth 7000 njerëz.

2.2 Popullata e caktuar

- Pacientët që jetojnë me forma të ndryshme të demencës, duke përfshirë edhe sëmundjen e Alzheimerit.
- Familjarët dhe kujdestarët e tyre të përfshirë në përkujdesjen e pacientëve me forma të ndryshme të demencës.
- Pacientët që jetojnë me demencë duke u fokusuar në kujdesin dhe mbështetjen e përqëndruar në personin, të përshtatur për nevojat specifike të çdo personi që jeton me demencë.

2.3 Dedikimi i udhërrëfyesit

Te gjithë pacienteve që jetojnë me forma të ndryshme të demencës duke përfshirë edhe sëmundjen e Alzheimerit, të cilët kanë nevojë për diagnostikim dhe menaxhim të sëmundjes.

Ky udhërrëfyes do të jetë në interes për të gjithë profesionistët shëndetësor, në të gjitha nivelet, të cilët janë të përfshirë në menaxhimin e pacientëve me demencë, duke përfshirë doktorët e mjekësisë, specialistët e mjekësisë familjare, specialistët e neurologjisë dhe psikiatrisë. Gjithashtu në këtë udhërrëfyes ka të dhëna të rëndësishme edhe për stafin e mesëm dhe specialistët e shëndetit publik.

Në mënyrë që ky udhërrëfyes klinik të ketë zbatim dhe ndikim direkt në menaxhimin adekuat të pacientëve me demencë, pa dyshim që nevojitet mbështetje nga Ministria e Shëndetësisë dhe institucionet vartëse shëndetësore për sigurimin e infrastrukturës së nevojshme dhe furnizimin me barna dhe mjete që mundësojnë diagnostikimin dhe menaxhimin e demencës.

2.4 Pyetjet klinike.

Ky Udhërrëfyes i adreson këto pyetje klinike:

1. Cilat janë kriteret klinike, neuropsikologjike dhe imazherike të diagnostikimit të demencës duke përfshirë dhe sëmundjen Alzheimerit?
2. Cilat janë metodat ndihmëse laboratorike që mund të përdoren për diagnostikimin e demencës duke përfshirë edhe sëmundjen Alzheimerit?
3. Cila është dobia e trajtimit të hershëm të pacientëve me demencë?
4. A duhet pacientëve, të cilat nuk janë të hospitalizuar, e të cilët janë me këtë diagnozë dhe që janë në përkujdesje të familjarëve, t'u ofrohet kontrolla sistematike përcjellëse në institucione të specializuara pra klinika neurologjike?
5. Si duhet trajtuar simptomat bihejviorale, jo- njohëse të pacientët me demencë?
6. Cila është rëndësia e një kujdesi multidisciplinar pra të koordinuar për pacientët me demencë?
7. Cila është rëndësia e trajnimit të stafit në të gjitha nivelet për përkujdesje të pacientëve me demencë?
8. A duhet pacientët me Alzheimer respektivisht llojet e tjera të demencës dhe agjitim/sjellje agresive të trajtohen me antipsikotikë modernë (atipikë) në krahasim me haloperidol?

9. A duhet pacientët të cilët janë me Alzheimer apo demencë tjetër, pas një ose më shumë kriza epileptike pas diagnostikimit të trajtohen me levetiracetam/lamotrigine apo me karbamazepinë/fenitoinë/ valproat?

10. A duhet pacientët me fibrilacion atrial dhe demencë (pa insulte të mëparshme, aty ku ka indikacion për terapi antikoagulante) të trajtohen me antikoagulantë ?

11. A ndihmon menaxhimi sistematik i faktorëve vaskularë të rrezikut te pacientët me demencë në ngadalësimin e përparimit të demencës?

3. Metodologjia

3.1 Formatimi

Ky Udhërrëfyes është përshtatur nga Grupi punues profesional multidisciplinar 6-anëtarësh i emëruar nga Ministria e Shëndetësisë së Republikës së Kosovës, me kontributin edhe të shumë bashkëpunëtorëve të jashtëm.

Anëtarët e Grupit punues para fillimit të përgatitjes së këtij Udhërrëfyesi janë deklaruar se nuk kanë ndonjë konflikt interesi për çka edhe i kanë nënshkruar deklaratat e konfliktit të interesit.

Takimet janë aranzhuar nga kryesuesi i Grupit punues në mënyrë që të marrin pjesë të gjithë anëtarët e Grupit dhe çdo herë është mbajtur procesverbali. Që nga takimi i parë janë ndarë detyrat dhe në takimet e radhës dhe secili anëtar ka raportuar për punën e bërë. Diskutimet janë bërë bashkarisht në grup për të gjitha paqartësitë dhe dilemat.

Pas analizimit të materialit dhe diskutimeve mes anëtarëve të Grupit punues janë zgjedhur për t'u adaptuar rekomandimet e fundit të literaturës bashkëkohore, si për diagnostikim ashtu për trajtim, të cilat përmbajnë informata mjekësore të bazuar në evidencë dhe të cilat janë shqyrtuar që të jenë të përshtatshme dhe aplikueshme për rrethanat e vendit tonë.

Udhërrëfyesi është hartuar në përputhje me metodologjinë standarde të procesit të përshtatjes së udhërrëfyesve, të përcaktuar me Udhëzimin Administrativ Nr. 03/2019 për Udhërrëfyes dhe Protokolle Klinike si dhe duke u shërbyer me dokumentin AGREE. Marrja e vendimeve nga anëtarët e Grupit punues është bërë me konsensus, pra me pëlqimin e plotë të të gjithë anëtarëve. Në rastet e veçanta kur ka pasur mospajtim, vendimet janë marrë me votim të shumicës së anëtarëve prezentë në takim.

Rishqyrtuesit e këtij Udhërrëfyesi janë konsultuar disa herë gjatë përpunimit të materialit dhe në fund anëtarët e grupit punues e kanë pasur në dispozicion edhe draftin e plotë. Vërejtjet, këshillat dhe rekomandimet e tyre që i janë dorëzuar Grupit punues janë diskutuar dhe analizuar me

kujdes, dhe pas vërtetimit të bazës shkencore të tyre, janë përfshirë në draftin final.

Duke u bazuar në trendët shkencorë të këtij lëmi, si nga aspekti diagnostikues ashtu edhe mjekues, përditësimi i këtij Udhërrëfyesi rekomandohet të bëhet pas 5 vitesh, nëse nuk ka ndonjë arsye për ndonjë përditësim më të hershëm.

Pas miratimit, ky Udhërrëfyesi do të jetë në dispozicion për t'u shpërndarë dhe prezantuar të gjithë profesionistëve shëndetësorë, të cilët bazuar në kompetencat e tyre të përcaktuara do ta bëjnë zbatimin e tij. Grupi punues do të jetë i gatshëm për sqarime të përmbajtjes së dokumentit për të gjithë.

3.2 Burimet

Ky Udhërrëfyesi është adaptuar nga:

a).Nice guideline.Dementia; Assesment, management and support for people living with dementia and their carers, NICE guideline [NG97], update 2024.

b).Medical management issues in dementia-protocol for the European Academy of Neurology Guideline. European Journal of Neurology 2020, 0: 1–16.

c).Clinical Practice Guidelines for Management of Dementia. Indian J Psychiatry.2018 Feb;60(Suppl 3):S312–S328. doi: 10.4103/0019-5545.224472.

Udhërrëfyesit e përzgjedhur kanë përmbushur kriteret e parapara për arsye se kanë dhënë përgjigje në mbi 90% të pyetjeve klinike të formuluar nga grupi i ekspertëve për hartimin e udhërrëfyesit.

4. Rekomandimet

Rekomandimet në vazhdim janë theksuar nga grupi punues i udhërrëfyesit si rekomandime kryesore klinike e që duhet të kenë prioritet për implementim.

Grada e rekomandimit ndërlidhet me fuqinë e evidences në të cilën është mbështetur rekomandimi. Kjo nuk nënkupton rëndësinë klinike të rekomandimit.

Ky udhëzues përfshin rekomandimet për:

- 4.1 Përfshirja e njerëzve që jetojnë me demencë në vendimet për kujdesin e tyre
- 4.2 Diagnoza
- 4.3 Koordinimi i kujdesit
- 4.4 Ndërhyrjet farmakologjike për demencën
- 4.5 Menaxhimi i simptomave jo njohëse
- 4.6 Kujdesi paliativ
- 4.7 Mbështetja e kujdestarëve
- 4.8 Trajnimi dhe edukimi i stafit
- 4.9 Termat e përdorur në këtë udhëzues

4.1 Përfshirja e njerëzve që jetojnë me demencë në vendimet për kujdesin e tyre

4.1.1 Përfshirja e njerëzve në vendimmarrje

Inkurajoni dhe mundësoni njerëzit që jetojnë me demencë të japin pikëpamjet dhe opinionet e tyre për kujdesin e tyre.

Nëse është e nevojshme, përdorni mënyra shtesë ose të modifikuara të komunikimit (për shembull ndihmesa vizuale ose tekst i thjeshtuar).

Duhet pasur parasysh përdorimi i një mjeti të strukturuar për të vlerësuar pëlqimet dhe mospëlqimet, rutinat dhe historinë personale të një personi që jeton me demencë.

4.1.2 Dhënia e informacionit

Të ju ofrohet njerëzve që jetojnë me demencë dhe anëtarëve të familjes së tyre ose kujdestarëve të tyre (sipas rastit), informacion që është i rëndësishëm për rrethanat e tyre dhe fazën e gjendjes së tyre.

Në diagnozë, ofroni personit dhe anëtarëve të familjes ose kujdestarëve të tyre (sipas rastit) informacion me gojë dhe me shkrim që shpjegon:

- Cili është nëntipi i demencës që ata kanë dhe ndryshimet që duhen pritur përredisa gjendja është duke përparuar.
- Cilët profesionistë të kujdesit shëndetësor dhe ekupe të kujdesit social do të përfshihen në kujdesin e tyre dhe si të kontaktohen me ta
- Nëse është e përshtatshme, si ndikon demenca në drejtimin e automjetit dhe se ata duhet t'i tregojnë institucioneve përkatëse për diagnozën e tyre të demencës
- Të drejtat dhe përgjegjësitë e tyre ligjore
- Si mund të ndihmojnë grupet e mëposhtme dhe si t'i kontaktojnë
ata: Grupet lokale mbështetëse, forume në internet dhe bamirësi
kombëtare Shërbimet e këshillimit financiar dhe juridik
Shërbimet e avokatisë.

Nëse nuk është dokumentuar më herët, pyesni personin me diagnozë të demencës:

- Për pëlqimin e tyre për shërbimet për të shkëmbyer informacion
- Me cilët njerëz dëshirojnë që shërbimet, të ndajnë informacionin (për shembull anëtarët e familjes ose kujdestarët)
- Çfarë informacioni dëshirojnë që shërbimet të ndajnë.

Dokumentoni këto vendime në të dhënat e personit.

Pas diagnostikimit, i drejtoni njerëzit dhe anëtarët e familjes ose kujdestarët e tyre (sipas rastit) te shërbimet përkatëse për informacion dhe mbështetje mbi koordinimin e kujdesit).

Për njerëzit që nuk duan takime të radhës dhe që nuk përdorin shërbime të tjera, i pyetni nëse dëshirojnë të kontaktohen përsëri në një datë të caktuar të ardhshme.

Sigurohuni që njerëzit që jetojnë me demencë dhe kujdestarët e tyre të dinë se si të marrin më shumë

informacion dhe nga kush nëse ndryshojnë nevojat e tyre.

Tregojuni njerëzve që jetojnë me demencë (në të gjitha fazat e gjendjes) për studimet kërkimore në të cilat mund të marrin pjesë.

4.1.3 Planifikimi i kujdesit paraprak

Ofroni mundësi të hershme dhe të vazhdueshme për njerëzit që jetojnë me demencë dhe njerëzit e përfshirë në kujdesin e tyre për të diskutuar:

- Përparësitë e planifikimit përpara
- Prokurë (autorizim) të qëndrueshëm (për vendimet për shëndetin dhe mirëqenien dhe vendimet për çështjet pronësore dhe financiare)
- Një deklaratë paraprake për dëshirat, preferencat, besimet dhe vlerat e tyre në lidhje me kujdesin e tyre në të ardhmen
- Vendimet paraprake për të refuzuar trajtimin
- Preferencat e tyre për vendin e kujdesit dhe vendin e vdekjes.

Shpjegoni se atyre do t'u jepet mundësia për të shqyrtuar dhe ndryshuar çdo deklaratë dhe vendim paraprak që ata kanë marrë.

Në çdo rishikim të kujdesit, u ofroni njerëzve mundësinë që të rishikojnë dhe të ndryshojnë çdo deklaratë dhe vendim paraprak që kanë marrë.

5. Diagnoza

5.1 Vlerësimi fillestar nga ana e mjekut në kujdesin shëndetësor primar

Në vlerësimin fillestar, merrni një anamnez të detajuar (përfshirë simptomat njohëse, të sjelljes dhe psikologjike si dhe ndikimin që kanë simptomat në jetën e tyre të përditshme):

- Nga personi me demencë të dyshuar dhe
- Nëse është e mundur, nga dikush që e njeh mirë personin (si p.sh. një anëtar i familjes).

Nëse pas vlerësimit fillestar ende dyshohet për demencë

- Kryeni një ekzaminim fizik dhe
- Ndërmerrni analizat e duhura të gjakut dhe urinës për të përjashtuar shkaqet e tjera të rënies njohëse dhe
- Përdorni testimin kognitiv.

Kur përdorni testimin kognitiv, përdorni një instrument njohës të strukturuar të vlefshëm, të tillë si:

- Mini mental State examination MMSE
- 10 Point Cognitive Screener
- 6 CIT -6 item Cognitive Impairment test
- Mini-Cog (Mini Cognitive Test)
- Memory Impairment Screen.

Mos e përjashtoni demencën vetëm sepse personi ka një rezultat normal në një instrument njohës.

Referojeni personin te një shërbim i specializuar diagnostikues i demencës (si p.sh. një Klinikë Neurologjike ose Klinikën Psikiatrike) nëse:

- Janë hetuar shkaqet reverzibile të rënies njohëse (duke përfshirë deliriumin, depresionin, dëmtimet shqisore (siç është humbja e shikimit ose dëgjimit) ose dëmtimi kognitiv nga ilaçet që lidhen me rritjen e ngarkesës antikolinergjike dhe
- Ende dyshohet për demencë.

Nëse personi dyshon për demencë progresive të shpejtë, referojuni një shërbimi neurologjik me qasje në teste (përfshirë ekzaminimin e lëngut cerebrospinal) për sëmundjen Creutzfeldt-Jakob dhe patologji të ngjashme.

5.1.2 Diagnoza në shërbimet e specializuara të diagnostikimit të demencës

Diagnoza e një nëntipi të demencës (nëse është e mundur) nëse vlerësimi fillestar i specialistit (duke përfshirë një ekzaminim të duhur neurologjik dhe testimin kognitiv) konfirmon rënien njohëse dhe eliminohen shkaktaret e tjerë dhe nëse shkaqet e demences së kthyeshme janë përjashtuar.

Nëse dyshohet për sëmundjen e Alzheimerit, e përdorni një test të kujtesës episodike verbale në vlerësim. Merrni parasysh testimin neuropsikologjik nëse është e paqartë:

- Nëse personi ka dëmtim kognitiv ose
- Nëse dëmtimi kognitiv shkaktohet nga demenca apo
- Cila është diagnoza e saktë e nëntipit.

Të përdoren kritere e vërtetuara për të udhëhequr gjykimin klinik kur diagnostikoni nëntipe të demencës, të tilla si:

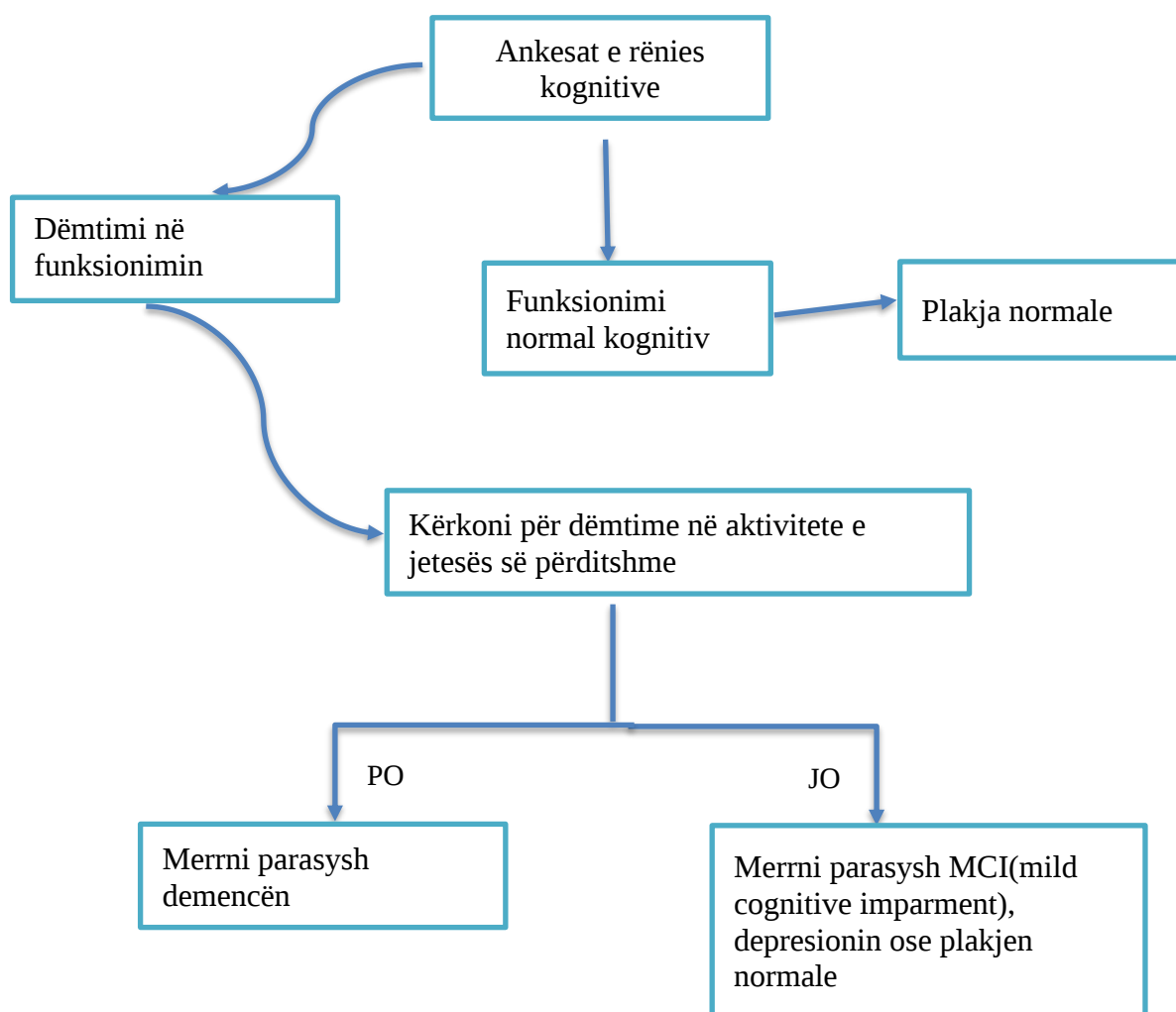
- Kriteret ndërkombëtare të konsensusit për demencën me trupat Lewy

- Kriteret ndërkombëtare për demencën frontotemporale (FTD), (afazioni progresiv jo rrjedhës dhe demenca semantike)
- Kriteret ndërkombëtare për sëmundjen Creutzfeldt-Jakob.

Të kryhet imazheria përkatëse strukturore për të përjashtuar shkaqet reverzibile të rënies njohëse dhe për të ndihmuar në diagnozën e saktë për demencë si dhe të përcaktohet nëntipi, përveç nëse diagnoza e demencës është e sigurtë dhe nëntipi është i qartë.

Figura nr 1

Vlerësimi fillestar



Të përdoren (merren parasysh) testet plotësuese nëse:

- Do të ndihmonin në diagnostikimin e një nëntipi të demencës dhe
- Të ofrohen të dhëna të detajuara më shumë rreth nëntipit të demencës me kusht që kjo do të ndryshonte menaxhimin.

5.1.3 Testet plotësuese për sëmundjen e Alzheimerit

Nëse diagnoza është e pasigurtë dhe dyshohet për sëmundjen e Alzheimerit, të merret parasysh:

- FDG-PET (tomografia e emetimit të fluorodeoksiglukozës-pozitron-CT), ose SPECT perfuzioni (CT emetimi me një foton) nëse FDG-PET nëse nuk është në dispozicion.

ose

- Ekzaminimi i lëngut cerebrospinal për:

Ose tau proteinën totale ose tau totale dhe tau i fosforiluar

181 dhe Ose amiloid beta 1-42 ose amiloid beta 1-42 dhe

amiloid beta 1-40.

Nëse diagnoza nuk mund të vendoset pas këtyre ekzaminimeve, duhet te merret parasysh përdorimi i testeve tjera shtesë.

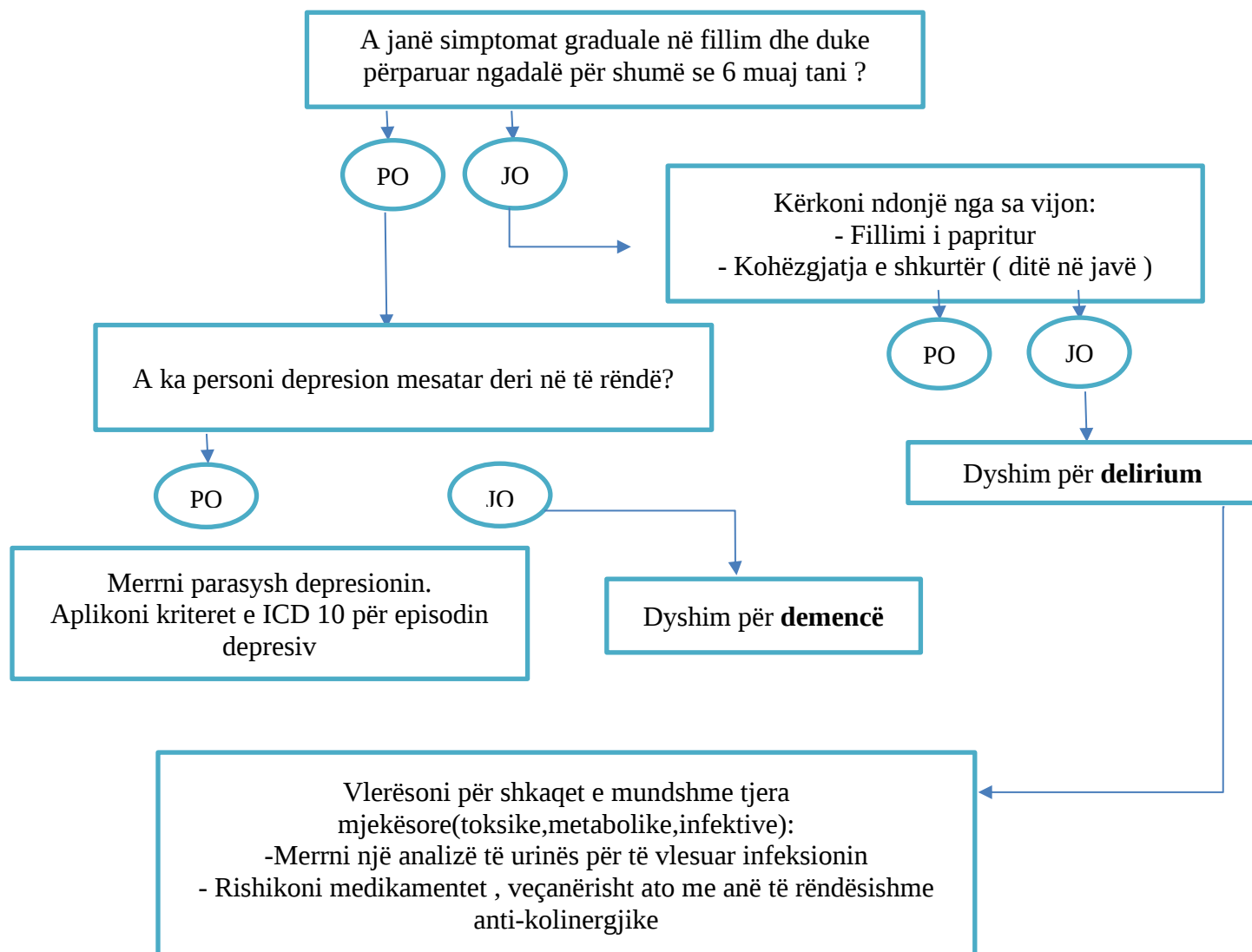
Duhet të keni parasysh se sa më i vjetër të jetë personi, gjasat më të mëdha janë për një rezultat të rrejshëm në ekzaminimin e lëngut cerebrospinal.

- Mos e përjashtoni sëmundjen e Alzheimerit vetëm duke u vetëm në rezultatet e skanimeve me CT ose MRI.
- Mos përdorni gjenotipizimin e Apolipoproteinës E ose elektroencefalografinë për të diagnostikuar sëmundjen e Alzheimerit.

Të keni parasysh se sëmundja e Alzheimerit në moshë të re ka më shumë gjasa që të ketë bazë gjenetike tek disa njerëz.

Figura 2

Konsideroni shpjegime të tjera për simptomat njohëse



Teste plotesuese për demencë me trupat Lewy

Nëse diagnoza është e pasigurtë dhe dyshohet për demencë me trupa Lewy, përdorni 123 I FP CIT SPECT.

Nëse 123 I FP CIT SPECT nuk disponohet, merrni parasysh shintigrafinë kardiake 123 I MIBG.

Mos e përjashtoni demencën me trupat Lewy bazuar vetëm në rezultatet normale në scintigrafinë kardiake 123 I FP CIT SPECT ose 123 I MIBG.

5.1.4 Teste plotesuese për demencën frontotemporale

Nëse diagnoza nuk mund të vendoset (shih rekomandimin 1.2.14) dhe dyshohet për demencë frontotemporale, përdorni ose:

- FDG-PET ose
- perfuzion SPECT.

Mos e përjashtoni demencën frontotemporale duke u bazuar vetëm në rezultatet e testeve të imazhit strukturor, perfuzionit ose metabolik.

Duhet të keni parasysh se edhe demenca frontotemporale ka gjasa të ketë bazë gjenetike tek disa njerëz.

5.1.5 Teste plotesuese për demencën vaskulare

Nëse nëntipi i demencës është i pasigurtë dhe dyshohet për demencë vaskulare, të bëhet MRI. Nëse MRI nuk është në dispozicion ose e kundërindikuar, të realizohet CT.

Mos e diagnostikoni demencën vaskulare bazuar vetëm në prezencën e lezionit vaskular.

Duhet të keni parasysh se demenca vaskulare në moshë të re zakonisht mund të jetë me bazë gjenetike.

Tabela nr 3

Kriteret diagnostike për demencë

Lloji i demencës	Kriteret diagnostike
Sëmundje e Alzheimerit	Shihni ICD-10 dhe DSM-5
Demencia vaskulare	Shihni ICD-10 dhe DSM-5
Demencia me trupat Lewy	Kriteret e rishikuar të konsensusit për demencën me trupat Lewy
Demencia fronto-temporale	Kriteret e konsensusit klinik diagnostikues për degjenerimin lobar fronto-temporal

5.1.6 Rishikimi pas diagnozës

- Pasi një person diagnostikohet me demencë, duhet t'i mundësohet që ai dhe anëtarët e familjes ose kujdestarët e tij të kenë qasje në një shërbim të specializuar ose shërbim ekuivalent të demencës multidisciplinar në kujdesin primar shëndetësor ose në ate sekondar pra në spital.
- Shërbimet multidisciplinare të demencës në kujdesin primar shëndetësor ose në ate sekondar pra spital, duhet të ofrojnë një zgjedhje të qasjes fleksibile në kuptim të orarit ose takimeve monitoruese të planifikuara.
- Kur njerëzit që jetojnë me demencë ose kujdestarët e tyre kanë një kontroll të caktuar në kujdesin parësor, vlerësoni për ndonjë nevojë të re të shfaqur lidhur me demencën ose nëse ata nëse kanë nevojë për më shumë mbështetje.

6. Trajtimi

6.1 Ndërhyrjet farmakologjike për demencën

6.1.1 Menaxhimi farmakologjik i sëmundjes Alzheimer

Tre frenuesit e acetilkolinesterazës (AChE) donepezil, galantaminë dhe rivastigmine si monoterapi rekomandohen si opsione për menaxhimin e sëmundjes së Alzheimerit fillestare deri të moderuar .

Monoterapia me memantinë rekomandohet si një opsion për menaxhimin e sëmundjes së Alzheimerit për njerëzit me:

- Sëmundje të moderuar të Alzheimerit, të cilët janë intolerantë ose kanë një kundërrindikacion ndaj frenuesve të AChE ose
- Sëmundja e rëndë e Alzheimerit.

Për njerëzit me një diagnozë të vendosur të sëmundjes Alzheimer që tashmë po marrin një frenues AChE:

- Të shtohet memantina te pacientët të cilët tashmë janë duke u trajtuar me një frenuesi tjetër të AChE , nëse ata kanë sëmundje të moderuar
- Të shtohet memantina te pacientët të cilët tashmë janë duke u trajtuar me një frenuesi tjetër të AChE , nëse ata kanë sëmundje të rëndë.

Nëse përshkruani një frenues AChE (donepezil, galantaminë ose rivastigmine), trajtimi duhet të fillojë normalisht me ilaçin me koston më të ulët të blerjes (duke marrë parasysh dozën e kërkuar ditore dhe çmimin për dozë pasi të ketë filluar kujdesi i përbashkët). Megjithatë, një frenues alternativ i AChE mund të përshkruhet nëse konsiderohet si i përshtatshëm kur merret parasysh profili i efekteve anësore, pritshmëritë për aderimin, koomorbiditeti mjekësor, mundësia e ndërveprimeve me ilaçet dhe profilet e dozimit.

Tabela nr 4 Trajtimi farmakologjik i demencës

Trajtimi farmakologjik i demencës
• Inhibitorët e kolinesterazës (donepezil, rivastigmine dhe galantamine) mund të përdoren për të gjitha fazat e demencës për shkak të sëmundjes Alzheimer. • Memantina vetëm ose në kombinim me inhibitorët e kolinesterazës është e dobishme në demencën e moderuar deri në të rëndë për shkak të sëmundjes së Alzheimerit. • Donepenzil dhe rivastigmine mund të përdoren në demencë për shkak të demencës me trupat e Lewy-it dhe sëmundjes së Parkinsonit. • Inhibitorët selektiv të rimarrjes së serotoninës mund të përdoren në demencë fronto-temporale. • Doza të ulëta të antipsikotikëve atipik (risperidone, aripiprazole, quetiapine) mund të merren parasysh për agjitimit të rëndë, agresivitet dhe simptoma psikotike. • Stabilizuesit e humorit si divalproex natriumi dhe karbamazepina mund të jenë të dobishëm në menaxhimin e agjitimit.

Kur përdorin shkallët e vlerësimit për të përcaktuar ashpërsinë e sëmundjes së Alzheimerit, profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të marrin parasysh çdo paaftësi fizike, shqisore ose të mësuarit, ose vështirësi në komunikim, që mund të ndikojnë në vlerësimin dhe të bëjnë ndryshimet e nevojshme.

Gjatë vlerësimit të ashpërsisë së sëmundjes së Alzheimerit dhe nevojës për trajtim, profesionistët e kujdesit shëndetësor nuk duhet të mbështeten vetëm në rezultatet e vlerësimit të rënies kognitive në rrethana në të cilat do të ishte e papërshtatshme për ta bërë këtë. Kjo përfshin:

- Nëse rezultati i vlerësimit të rënies kognitive ose nuk është një mjet klinikisht i përshtatshëm për vlerësimin e ashpërsisë së demencës së atij pacienti për shkak të vështirësive të të mësuarit të pacientit ose aftësive të tjera të kufizuara (për shembull, dëmtimeve shqisore), vështirësive gjuhësore ose të tjera të komunikimit ose vështirësi që lidhen me nivelin e arsimit ose
- Nëse nuk është e mundur të aplikohet mjeti në gjuhën, të cilën pacienti e flet mjaftueshëm rrjedhshëm që të jetë i përshtatshëm për vlerësimin e ashpërsisë së demencës ose
- Nëse ka arsye tjera të ngjashme pse përdorimi i një rezultati, ose vetëm rezultati i vlerësimit të rënies kognitive, do të ishte i papërshtatshëm për vlerësimin e ashpërsisë së demencës.

Në raste të tilla, profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të përcaktojnë nevojën për fillimin ose vazhdimin e trajtimit duke përdorur një metodë tjetër të përshtatshme vlerësimi.

6.1.2 Menaxhimi farmakologjik i demencës jo-Alzheimer

Ofroni donepezil ose rivastigmine për njerëzit me demencë të lehtë deri të moderuar me trupa Lewy.

- Konsideroni përdorimin e galantaminës vetëm për njerëzit me demencë fillestare deri në mesatare me trupa Levy dhe atë nëse donepezili dhe rivastigmina nuk tolerohen.
- Donepezili ose rivastigmine të konsiderohen për njerëzit me demencë të rëndë me trupa Levy.
- Të konsiderohet përdorimi i memantinës për njerëzit me demencë me trupa Levy nëse frenuesit e AChE nuk tolerohen ose janë kundërendikuar.
- Ta keni parasysh se përdorimi i frenuesve të AChE ose memantinë për njerëzit me demencë vaskulare mund të bëhet vetëm nëse dyshohet për sëmundjen shoqëruese të Alzheimerit, demencë të sëmundjes së Parkinsonit ose demencë me trupa Lewy.

- Mos ofroni frenues AChE ose memantinë për njerëzit me demencë frontotemporale.
Duhet marr parasysh se afazia logopenike, e cila më parë është përfshirë në disa udhëzime diagnostikuese për demencën frontotemporale, tani është treguar se shkaktohet më së shpeshti nga sëmundja e Alzheimerit.
- Mos ofroni frenues AChE ose memantinë për njerëzit me dëmtim kognitiv të shkaktuar nga skleroza multiple.

Emri i medikamentit	Doza fillestare e zakonshme në mg/ditë	Doza maksimale e rekomanduar mg/ditë	Efektet anësore	Vërejtje
---------------------	--	--------------------------------------	-----------------	----------

Inhibitorët e kolinesterazës				
Donepezil	5	10	Mundim, vjellje, diarre, pagjumësi, ngërçe muskulore, anoreksi, humbje peshe, bradikardi, sinkopi	Filloni me 5 mg një herë në ditë dhe rriteni në 10 mg një herë në ditë pas 4 javësh nëse toleranca është e mirë
Rivastigmine	3	12	Efektet anësore të ngjashme me donepezil por pak më të rënda	Filloni me 1.5 mg dy herë në ditë dhe rriteni me 3 mg në ditë çdo dy javë deri në 6 mg dy herë në ditë
Galantamina	8	24	Ngjashëm me	Filloni me 4 mg dy

			donepezil dhe rivastigmine	herë në ditë dhe rriteni në 8 mg çdo 4 javë deri në 12 mg dy herë në ditë
Fllaster transdermal rivastigmine	4.6 mg/fllaster 24 orë	9.5 mg/fllaster 24 orë	Irritime të herëpashër ëshme të lëkurës	Filloni me fllaster 4.6 mg/24 orë dhe rriteni në 9.5 mg/fllaster 24 orë pas katër javësh nëse toleranca është e mirë
Donepezili me lëshim të zgjatur	11.5	23	Efektet anësore më të rënda se gastrointestinale	Titrimi në dozë të lartë donepezil duhet të merret parasysh pas të paktën 3 muajsh mirëmbajtje me 10 mg donepezil
Antagonisti NMDA Memantina	10	20	Nuk ka efekte të rëndësishme negative	Filloni me 5 mg 2 herë në ditë dhe rriteni në 5 mg çdo javë dhe titroni në 10 mg dy

Tabela nr 5 . Medikamentet e miratuara kundër demencës**6.1.3 Ilaçet që mund të shkaktojnë dëmtime njohëse**

Kini parasysh se disa ilaçe të përshkruara zakonisht shoqërohen me rritje të ngarkesës antikolinergjike, dhe rrjedhimisht me dëmtim njohës.

Merrni parasysh minimizimin e përdorimit të barnave që lidhen me rritjen e ngarkesës antikolinergjike dhe nëse është e mundur kërkoni alternativa:

- Kur vlerësohet nëse duhet referuar një person të dyshimtë për demencë për diagnozë
- Gjatë rishikimit të mjekimeve me njerëzit që jetojnë me demencë.

6.1.4 Menaxhimi i simptomave jo njohëse

Agjitimi, agresivitet, shqetësim dhe psikoza

Përpara se të filloni trajtimin jo-farmakologjik ose farmakologjik për shqetësimin tek njerëzit që jetojnë me demencë, bëni një vlerësim të strukturuar për të:

- Duke hulumtuar arsyet e mundshme të shqetësimit të tyre dhe
- Kontrolloni dhe vlerësoni shkaqet klinike ose mjedisore të mundshme (për shembull dhembja, delirium ose kujdes i papërshtatshëm).

Si menaxhim fillestar dhe i vazhdueshëm, ofroni ndërhyrje psikosociale dhe mjedisore për të reduktuar shqetësimin tek njerëzit që jetojnë me demencë.

Ordinoni antipsikotikë për njerëzit që jetojnë me demencë vetëm kur janë:

- Në rrezik për të dëmtuar veten ose të tjerët ose
- Duke përjetuar agjitim, halucinacione ose deluzione që u shkaktojnë shqetësime të rënda.

Konsideroni se për njerëzit me demencë me trupa Levy ose demencë të sëmundjes së Parkinsonit, antipsikotikët mund të përkeqësojnë tiparet motorike të gjendjes dhe në disa raste të shkaktojnë reaksione të rënda të ndjeshmërisë antipsikotike . Të keni parasysh se ndërhyrjet mund të kenë nevojë të modifikohen për njerëzit që jetojnë me demencë.

Para se të filloni antipsikotikët, diskutoni përfitimet dhe dëmet me anëtarët e familjes ose

kujdestarët e tyre.

Kur përdorni antipsikotikë:

- Përdorni dozën më të ulët efektive dhe përdorni ato për kohën më të shkurtër të mundshme
- Rivlerësoni personin të paktën çdo 6 javë, për të kontrolluar nëse ka ende nevojë për mjekim.

Ndaloni trajtimin me antipsikotikë:

- Nëse personi nuk ka përmirësim të kënaqshëm dhe të vazhdueshëm nga marrja e tyre dhe
- Pas diskutimit me personin që i merr dhe anëtarët e familjes ose kujdestarët e tyre.

Sigurohuni që njerëzit që jetojnë me demencë, të mund të vazhdojnë të kenë qasje në intervenime psikosociale dhe mjedisore për shqetësime gjatë kohës që marrin antipsikotikë dhe pasi të kenë ndërprerë marrjen e tyre.

Për njerëzit që jetojnë me demencë dhe që përjetojnë agjitim ose agresion, ofroni aktivitete të personalizuar për të promovuar angazhimin, kënaqësinë dhe interesin.

Mos ofroni valproat për të menaxhuar agjitacionin ose agresionin tek njerëzit që jetojnë me demencë, përveç nëse kemi diagnozë tjetër ku këto ilaçe duhet dhënë .

Niveli i evidencës

Nuk është i aplikueshëm.

6. 1.5 Trajtimi i agjitimit dhe sjelljes agresive me antipsikotik atipik në krahasim me trajtimin jo- farmakologjik.

Përmbledhje e evidencave; Një total prej 4058 referencash u vlerësuan dhe shtatë referenca u përfshinë. Dy referenca të raportuara për rezultate të ndryshme nga i njëjti studim. Të gjitha studimet e përfshira ishin Studime Klinike të Randomizuara. Rezultatet e vlerësuara : 1. Mortaliteti; 2.

Agjitimi/ Agresioni

(Kritike); 3. Funksionet globale kognitive (e rëndësishme); 4. Efektet e rëndësishme anësore .

Studimet ishin mbi risperidone (0,25 deri në 2 mg), quetiapinë (25 deri në 200 mg) ose olanzapainë (2,5 deri në 15 mg). Meta-analiza nuk u krye për shkak të heterogjenitetit në popullatë, kohëzgjatjes së ndërhyrjeve dhe rezultateve. Nuk kishte dallime në vdekshmërinë ndërmjet ndërhyrjeve në të gjitha studimet (vlerësimet e pikës së rrezikut relativ 0.85-2.08; jo domethënëse) ose ngjarje të padëshiruara serioze, (vlerësimet e pikës së rrezikut relativ 0.89-1.9; jo domethënëse në të gjitha, përveç një studimi. Megjithatë, ka pasur , në përgjithësi, shumë pak të dhëna për të dy rezultatet, ndoshta për shkak të numrit relativisht të ulët të pacientëve dhe kohëzgjatjes së shkurtër të provave të

përfshira (6-36 javë; katër studime ≤ 12 javë). Për të dyja pra si për funksionin kognitiv global, ashtu edhe për agjitacionin/agresionin), nuk kishte asnjë ndryshim në vlerat e fituara midis trajtimit dhe placebo, përveç një studimi të vetëm. Asnjë nga studimet nuk raportoi mbi barrën e kujdestarit.

Niveli i evidencës

Niveli i evidencës u vlerësua si i ulët

Rekomandimi

Autorët arrijnë në përfundimin se rekomandimi është i dobët kundër trajtimit të pacientëve me demencë duke përfshirë dhe Alzheimerin dhe agjitimin/sjellje agresive me antipsikotikë moderne (atipikë) krahasuar me trajtim jo-farmakologjik.

Tabela nr 6

Medikamentet Psikotrope për trajtimin e simptomave të sjelljes te personalitetit te demenca

Lloji dhe medikamentet	Doza fillestare ditore	Doza finale ditore	Simptomat e trajtuara
Antipsikotik atipik			
Risperidoni	0.5 mg	1.0 mg (0.75 - 1.5 mg)	Psikozë dhe agjitim
Olanzapine	2.5 mg	5.0 mg (5 – 10 mg)	
Quetiapine	25 mg	200 mg (50 – 150 mg dy herë në ditë)	
Stabilizues i humorit			
Divalproex natriumi	125 mg	500 mg (250 – 500 mg dy herë në ditë)	Agjitim
Karbamazepina	200 mg	400 mg (200 – 500 mg dy herë në ditë)	
Inhibitorët selektiv të rimarrjes së serotoninës			
Citalopram	10 mg	20 mg (20 – 40 mg)	Depresion, ankth, psikozë dhe agjitim
Escitalopram	5 mg	10 mg (10 – 20 mg)	
Paroxetina	10 mg	20 mg (10 – 40 mg)	
Sertraline	25 mg	75 mg (75 – 100 mg)	

6.1.6 Trajtim i agjitimit dhe sjelljes agresive me antipsikotikë atipikë në krahasim me haloperidol

Duhet të keni parasysh se pacientë me demencë mund të bëhen të agjituar ose të tregojnë sjellje agresive gjatë rrjedhës të sëmundjes, pa ndonjë arsye specifike ose kur të përjetojnë stres (ndryshimet në ambientin rrethues gjatë hospitalizimit p.sh).Kjo mund të ndodhë si rezultat i vet gjendjes fizike ose si efekt anësor i barërave.

U identifikuan katër referenca që raportnin efektin e antipsikotikëve atipikë kundrejt haloperidolit. Tre studime ishin RCT(studime klinike te randomizuara) dhe një ishte një RCT me një dizajn të kryqëzuar, me Olanzapinë (2,5 deri në 7,5 mg). Nuk pati asnjë ngjarje në studimet që raportnin mbi vdekshmërinë ose efekte e padëshiruara serioze. Në lidhje me agjitimin /agresionin, dy studime të kryera mbi Risperidon raportuan se trajtimi me antipsikotikë atipikë përmirësoi rezultatet dhe dy studime, njëri mbi Risperidonin, tjetri për Olanzapinën, raportuan të kundërtën.

Niveli i evidencës

Niveli i evidencave u vlerësua si shumë i ulët.

Rekomandim

Autorët arrijnë në përfundimin se duhet të ketë një rekomandim të dobët në favor të trajtimit të pacientëve me demencë dhe agjitim/sjellje agresive me antipsikotikë modernë (atipikë) krahasuar me haloperidolin kur është i nevojshëm trajtimi farmakologjik i agjitimit/sjelljes agresive. Ndër antipsikotikët modernë (atipikë), risperidoni mund të konsiderohet si trajtimi i linjës së parë kur është i nevojshëm trajtimi farmakologjik i agjitimit/sjelljes agresive.

Arsyetimi për rekomandim

Antipsikotikët atipikë janë superiorë në krahasim me placebo në reduktimin e simptomave të sjelljes në pacientët me demencë, ndërsa haloperidoli nuk është. Te pacientët e moshuar, në rrethana të ndryshme, risperidoni është gjetur të jetë po aq efikas sa haloperidol. Për më tepër, disa studime shumë të mëdha vëzhguese, kanë treguar se haloperidol është i lidhur me vdekshmëri më të lartë, rrezik të

pneumonisë dhe sëmundjeve kardio-vaskulare në krahasim me antipsikotikët atipikë (përfshirë risperidonin).

6.1.7 Trajtim i pacientëve me fibrilacion atrial dhe demencë me antikoagulantë

Në një studim retrospektiv të grupit të pacientëve me demencë dhe fibrilacion atrial (por pa infarkt cerebrovaskular të mëparshëm), u raportuan rezultatet nga 3724 pacientë që u ndoqën për një periudhë mesatare prej 669 (805) ditësh. Pacientët ishin ose të pa trajtuar (për arsye të panjohura) ose të trajtuar me warfarinë. Trajtimi nuk ishte i lidhur me një rrezik të rritur për ngjarje hemorragjike të rënda [raporti i rrezikut 1.07, intervali i besimit (CI) 95% 0.82–1.39], një rrezik të ulur të vdekshmërisë (raport i irrezikut 0.88, CI 95% 0.77–1.01) dhe infarkt cerebrovaskular ishemic (raport i irrezikut 0.74, CI 95% 0.54–1.03).

Niveli i evidencës

Niveli i evidencës u klasifikua si shumë i ulët

Rekomandimi

Rekomandim për trajtimin me antikoagulantë të pacientët me demencë (pa infarkt cerebrovaskular të mëparshëm) dhe fibrilacion atrial është i nivelit të dobët.

Justifikimi për rekomandim

Rekomandimi mund të zgjerohet për të përfshirë antikoagulantët oralë që nuk përmbajnë vitaminë K, pasi që këta e ofrojnë një mbrojtje më të mirë kundër infarkteve cerebrovaskulare ishemike dhe gjithashtu ofrojnë një profil sigurie të ngjashëm. Fibrilacioni atrial mbetet shkaku më i zakonshëm i infarkteve cerebrale ishemike të popullata e moshuar. Një studim tregoi se personat e moshuar do të pranonin të kenë një rrezik më të lartë të ngjarjeve hemorragjike, në shkëmbim të uljes së vogël të rrezikut të një infarkti cerebral ishemik. Nuk ka asnjë arsye për të besuar se pacientët me demencë ndryshojnë në këtë aspekt.

6.1.8 Trajtimi sistematik i faktorëve vaskularë të rrezikut (hipertensionit, hiperkolesterolemisë, diabetit melit konkomitant), të pacientët me demencë.

Përmbledhje e evidencave

Në një studim retrospektiv në një qendër të vetme, u hulumtuan pacientët me demencë që kishin të tre faktorët e rrezikut vaskular. Pacientët u ndoqën për një periudhë mesatare prej 30 respektivisht mesatarisht 6 muajsh. Trajtimi i një ose më shumë faktorëve të rrezikut vaskular ishte i lidhur me një rënie më të vogël në Mini Mental ekzaminim [dallimi mesatar 2 (CI 95% -3.1 deri 7.2)] pra ruajtje të funksioneve kognitive, krahasuar me pacientët të cilët nuk u trajtuan fare.

Niveli i evidencës

Nuk është i aplikueshëm.

Deklaratë për Praktikën e Mirë

Menaxhimi sistematik i faktorëve të rrezikut vaskular duhet të bëhet te pacientët me demencë të lehtë deri në të moderuar, pasi parandalim i patologjisë cerebrovaskulare mund të ndikojë në progresionin e demencës.

Justifikimi për deklaratën

Ne besojmë se menaxhimi sistematik i faktorëve të rrezikut vaskularë është po kaq i rëndësishëm te pacientët me demencë të lehtë deri në të moderuar, sikurse edhe te pacientët pa demencë, pasi këta faktorë janë të lidhur me pasoja të dëmshme për shëndetin dhe sepse efekti i tillë është i pamundur të ndryshojë mes pacientëve me dhe pa demencë. Sipas mendimit tonë, vlerat dhe qëndrimet e pacientëve me demencë nuk do të ishin kundër trajtimit, të paktën për një shumicë të pacientëve. Pasi trajtimi mund të lidhet me efekte anësore, ne besojmë se rekomandimet nuk duhet të përfshijnë pacientët me demencë të rëndë, pasi që raporti rrezik-përfitim bëhet më pak i qartë dhe se zgjatja e jetës për një periudhë të shkurtë të këta pacientë, mund të përjashtojë çdo përfitim nga trajtimi.

Depresioni dhe ankthi

Për njerëzit që jetojnë me demencë fillestare deri në mesatare, të cilët kanë depresion dhe/ose ankth të lehtë deri në mesatar, duhen të mirren parasysh trajtimet psikologjike.

Mos ofroni në mënyrë rutinore ilaçe kundër depresionit për të menaxhuar depresionin e lehtë në të moderuar tek njerëzit që jetojnë me demencë të lehtë deri në mesatare, përveç te rastet kur ata janë të indikuar për një problem të rëndë paraekzistues të shëndetit mendor.

Probleme me gjumin

Mos ofroni melatonin për të menaxhuar pagjumësinë tek njerëzit që jetojnë me sëmundjen e

Alzheimerit.

Për njerëzit që jetojnë me demencë që kanë probleme me gjumin, duhet ta keni parasysh një qasje të personalizuar të menaxhimit të gjumit me shumë komponentë që përfshin edukimin për higjienën e gjumit, ekspozimin ndaj dritës së ditës, stërvitjen dhe aktivitetet të personalizuara.

Dhembja

Duhet ta keni konsideroni përdorimin e një mjeti të strukturuar të vlerësimit të dhembjes :

- krahas dhembjes së vetë-raportuar dhe vlerësimit standard klinik për njerëzit që jetojnë me demencë të moderuar deri në të rëndë
- krahas vlerësimit standard klinik për njerëzit që jetojnë me demencë të cilët nuk janë në gjendje të vetë-raportojnë dhembjen.

Për njerëzit që jetojnë me demencë që kanë dhembje, merrni parasysh përdorimin e një protokollit trajtimi hap pas hapi që balancon menaxhimin e dhembjes dhe ngjarjet e mundshme negative.

Përsëritni vlerësimet e dhembjes për njerëzit që jetojnë me demncë:

- që duket se kanë dhembje
- të cilët shfaqin shenja të ndryshimeve të sjelljes që mund të shkaktohen nga dhembja
- pas çdo ndërhyrje për trajtimin e dhembjes.

Rrëzimet (lëndimet)

Për udhëzime mbi menaxhimin e rrezikut të rrëzimit për njerëzit që jetojnë me demencë (në mjedise të jetesës dhe spitalore) . Kur përdorni këtë udhëzim:

- merrni parasysh se njerëzit që jetojnë me demencë mund të kenë nevojë për mbështetje shtesë për të marrë pjesë në mënyrë efektive
- ta keni parasysh se intervenimet multidisciplianre gjatë rrëzimit dhe lëndimeve të mundshme, mund të mos jenë të përshtatshme për një person që jeton me demencë të rëndë.

Diabeti

Për udhëzime mbi vendosjen e objektivave të HbA1c për njerëzit që jetojnë me demencë të rëndë që kanë diabet të tipit 2, të kontrollohen vlerat e përcaktuara në bashëpunim me Endokrinologun .

Inkontinenca urinare

Për udhëzime mbi trajtimin farmakologjik të fshikëzës **hiperaktive** të ipen medikamente antimuskarinike , të cilat janë të indikuara te fshikëza hiper aktive.

Dëmtimi ndijor

Udhëzime mbi vlerësimet e dëgjimit për njerëzit me demencë të dyshuar ose të diagnostikuar të vlerësohet nga specialisti pëkatës.

Inkurajoni njerëzit që jetojnë me demencë që të bëjnë teste të syve çdo 2 vjet. Merrni parasysh referimin e njerëzve që nuk mund të organizojnë takime vet.

Rreziqet gjatë shtrimit në spital

Duhet të jeni të vetëdijshëm për rrezikun e shtuar të deliriumit tek njerëzit që jetojnë me demencë që shtrohen në spital.

Kur mendoni që ta shtroni në spital një person që jeton me demencë të rëndë, duhet ta bëni një vlerësim të balansuar në mes të nevojave të tyre aktuale mjekësore dhe dëmet shtesë që mund të përballen në spital, për shembull:

- çorientimi
- qëndrimi për një kohë të gjatë
- rritja e vdekshmërisë
- rritja e sëmundshmërisë në pas lirimit nga spitali
- delirium
- efektet e të qenurit në një mjedis jopersonal ose institucional.

Kur mendoni për shtrimin në spital për një person që jeton me demencë, merrni parasysh:

- çdo planifikim paraprak të kujdesit të nevojshëm.
- arsyeshmërinë e mbajtjes së tyre në një mjedis familjar.

6.1.9 Menaxhimi i Epilepsisë te pacientët me demencë

Pacientët me demencë janë në një rrezik të shtuar të zhvillimit të epilepsisë por mbetet ende e papërcaktuar nëse epilepsia është një ndërlikim i zakonshëm te demenca. Kjo nxjerr në pah

rëndësinë e diagnozës së saktë dhe monitorimit të detajuar të trajtimit, duke përfshirë përdorimin e EEG dhe nevojën për më shumë kërkime. Për më tepër, krizat e fokale komplekse mund të anashkalohen për shkak të dëmtimit kognitiv, mbivendosjes në simptomatologji (p.sh. luhajtje në nivelin e vetëdijes dhe vëmendjes tek pacientët me demencën e trupit Lewy) si dhe mungesës të njohurive në mesin e kujdestarëve. Kriza e parë pasi pacienti është diagnostikuar me demencë, mund të interpretohet si epilepsia strukturore (nëse nuk ka faktorë të tjerë të rrezikut, të cilët mund të ulin prapësinë e ndjeshmërisë për kriza epileptike dhe ata janë të identifikuar), që kërkon shqyrtimin e institucionit të trajtimit. Si rrjedhojë, mos diagnostikimi dhe trajtimi jo i duhur i Epilepsisë të pacientët me demencë mund të jetë mjaft i shpeshtë. Qëllimi i trajtimit të Epilepsisë në pacientët me demencë është të reduktojë krizat, të zbusë pasojat e krizave specifike, të tilla si rrëzimet dhe të përmirësojë cilësinë e jetës, duke përmbushur nevojat individuale të pacientit. Nuk ka mjaft të dhëna nga pacientët me demencë për këtë problem, por përvoja klinike sugjeron se personat me deficite kognitive si të lindura ashtu dhe të fituara, janë më të prirur ndaj efekteve negative kognitive dhe qetësuese të medikamenteve psikoaktive, duke përfshirë antiepileptikët. Për më tepër, aspektet farmakodinamike dhe farmakokinetike, ndërveprimet e barërave dhe efektet anësore kërkojnë vëmendje të veçantë,

veçanërisht në pacientët e moshuar. Tani ka një numër relativisht të madh të AED-ve në dispozicion me mënyra të ndryshme veprimi dhe efekte anësore. Përvoja klinike dhe disa të dhëna sugjerojnë se, te njerëzit e moshuar, AE më të reja, si lamotrigina dhe levetiracetam, janë më pak të prirur për të ndikuar në kognicion se sa AE tradicionale, të tilla si karbamazepina, fenitoina dhe valproati.

Niveli i evidencës

Niveli i evidencave u vlerësua si jo i aplikueshëm.

Rekomandimi i praktikave të mira

Antikonvulsantët e gjeneratës së re (përfshirë levetiracetam dhe lamotrigine) duhet të konsiderohet si trajtimi i linjës së parë të epilepsisë të pacientët me demencë, për shkak të potencialit të tyre më të ulët për ndërveprime me barërat tjera, incidencës më të ulët të efekteve anësore dhe farmakokinetikës lineare.

Arsyetimi për rekomandimin

Rekomandimet që kanë të bëjnë me trajtimin e epilepsisë te pacientët me demencë, bazohen në dëshmi indirekte nga grupet e tjera të pacientëve, duke përfshirë pacientët tjerë të moshuar e të trajtuar për epilepsi.

Antikonvulsantët më të rinj (duke përfshirë, por pa u kufizuar në levetiracetam dhe lamotrigine) janë treguar të jenë po aq të mirë ose më të mirë në kontrollimin e krizave epileptike dhe kanë tolerancë superiore krahasuar me barërat AE të gjeneratës më të vjetër.

7. Kujdesi paliativ

Pas vendosje së diagnoses, njerëzve që jetojnë me demencë duhet të ju ofrojmë një kujdes paliativ fleksibil, të bazuar në nevojat e pacientit duke pasur parasysh se sa i paparashikueshëm mund të jetë përparimi i demencës.

Për njerëzit që jetojnë me demencë e që po ju afrohen fundit të jetës, duhet të bëhet paraprakisht një planifikim i kujdesit shëndetësor. Personin me demencë dhe anëtarët e familjes ose kujdestarët e tyre (sipas rastit) duhet të përfshihen sa më shumë që të jetë e mundur në kujdesin paliativ si dhe duhet të aplikohen parimet e vendimmarrjes me interesin më të mirë për personin me demencë nëse personi nuk ka aftësi për të marrë vendime për kujdesin e tij.

Duhet të inkurajohen dhe të mbështeten njerëzit që jetojnë me demencë për të ngrënë dhe pirë, duke i marrë parasysh nevojat e tyre ushqyese.

Duhet të përfshihet një terapist për të folur dhe gjuhë, kur pacienti zhvillon probleme me të folur .

Nuk rekomandohet në mënyrë rutinore ushqimin enteral te njerëzit që jetojnë me demencë të rëndë, përveç të rasteve kur kemi prezent një komorbiditet me potencial të kalimit pas një periudhe kohore .

8. Mbështetja e kujdestarëve

Kujdestarëve të njerëzve me demencë, duhet të ju oftrohet psikoedukim dhe trajnimi të aftësive e që përfshin:

- edukimi për demencën, simptomat e saj dhe ndryshimet që duhen pritur ndërsa gjendja përparon

.zhvillimi i strategjive të personalizuar dhe ndërtimi i aftësive të kujdestarit

- trajnime për t'i ndihmuar ata të ofrojnë kujdes, duke përfshirë mënyrën se si të kuptojnë dhe të përgjigjen ndaj ndryshimeve në sjellje

- trajnim për t'i ndihmuar ata që t'i përshtatin stilet e tyre të komunikimit për të përmirësuar ndërveprimet me personin që jeton me demencë
- këshilla se si të kujdesen për shëndetin e tyre fizik dhe mendor, dhe mirëqenien e tyre emocionale dhe shpirtërore
- këshilla për planifikimin e aktiviteteve të këndshme dhe domethënëse për të bërë me personin për të cilin kujdesen
- informacion në lidhje me shërbimet përkatëse (përfshirë shërbimet mbështetëse dhe terapitë psikologjike për kujdestarët) dhe mënyrën e qasjes në to
- këshilla për planifikimin për të ardhmen.

9. Trajnimi dhe edukimi i stafit

Ofruesit e kujdesit duhet të ofrojnë trajnime dhe mentorime shtesë ballë për ballë për stafin që ofron kujdes dhe mbështetje për njerëzit që jetojnë me demencë. Kjo duhet të përfshijë:

- të kuptuarit e modelit të organizatës për kujdesin ndaj demencës dhe se si ofron kujdes
- si të monitorojmë dhe reagojmë ndaj përvojës së jetuar të njerëzve të cilet jetojnë me demencë, duke përfshirë përshtatjen e stileve të komunikimit
- trajnimi fillestar për të kuptuarit, reagimin dhe ndihmën ndaj njerëzve që jetojnë me çmenduri që përjetojnë agjitim, agresion, dhembje ose sjellje të tjera që tregojnë shqetësim
- seancat vijuese ku stafi mund të marrë komente shtesë dhe të diskutojë situata të veçanta
- këshilla për ndërhyrjet që reduktojnë nevojën për antipsikotikë dhe lejojnë uljen e sigurt të dozave
- promovimi i lirisë së lëvizjes dhe minimizimi i përdorimit të kufizimeve
- nëse është e rëndësishme për stafin, nevojat specifike të të rinjve që jetojnë me demencë dhe njerëzve që punojnë ose kërkojnë punë.

Duhet të keni parasysh që kujdestarëve dhe/ose anëtarëve të familjes t'u jepet mundësia për të marrë pjesë në seancat e trajnimit të stafit për demencën.

Duhet të siguroheni se i gjithë personeli shëndetësor si dhe ai i kujdesit social të jenë të vetëdijshëm për:

- përgjegjësinë e tyre për të mbrojtur konfidencialitetin sipas legjislacionit për mbrojtjen e të dhënave dhe për të drejtat që anëtarët e familjes, kujdestarët dhe të tjerët kanë për informacion në lidhje me kujdesin e personit .

10. Vënia në praktikë e këtij udhëzimi .

Zbatimi i rekomandimeve në praktikë mund të marrë kohë. Sa kohë mund të ndryshojë nga udhëzimi në udhëzues dhe varet nga sa ndryshime nevojiten në praktikë ose shërbime. Zbatimi i ndryshimit është më efektiv kur përafrohet me prioritetet lokale.

Ndryshimet e rekomanduara për praktikën klinike që mund të bëhen shpejt – si ndryshimet në praktikën e përshkrimit të medikamenteve – duhet të zbatohen shpejt. Kjo është për shkak se profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të përdorin udhëzime se si të udhëheqin punën e tyre .

11. Referencat

1. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali G, Wu Y, Prina M. The Global Impact of Dementia: An Analysis of Prevalence, Incidence, Cost and Trends. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report: London, 2015: 2015.
2. Zhai Y, Yin S, Zhang D. Association between antipsychotic drugs and mortality in older persons with Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. J Alzheimer's Dis 2016; 52: 631–639.
3. Kristensen RU, Nørgaard A, Jensen-Dahm C, Gasse C, Wimberley T, Waldemar G. Changes in the prevalence of polypharmacy in people with and without dementia from 2000 to 2014: a nationwide study. J Alzheimer's Dis 2019; 67: 949–960.
4. Kristensen RU, Nørgaard A, Jensen-Dahm C, Gasse C, Wimberley T, Waldemar G. Polypharmacy and potentially inappropriate medication in people with dementia: a nationwide study. J Alzheimers Dis 2018; 63: 383–394.
5. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. Alzheimer's Dement 2011; 7: 263–269.
6. Dubois B, Feldman HH, Jacova C, et al. Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria. Lancet Neurol 2014; 13: 614–629.
7. Filippi M, Agosta F, Barkhof F, et al. EFNS task force: The use of neuroimaging in the diagnosis of dementia. Eur J Neurol 2012; 19: 1487–1501.
8. Sorbi S, Hort J, Erkinjuntti T, et al. EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia. Eur J Neurol 2012; 19: 1159–1179.
9. Hort J, O'Brien JT, Gainotti G, et al. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. Eur J Neurol 2010; 17: 1236–1248.

10. Schmidt R, Hofer E, Bouwman FH, et al. EFNS-ENS/ EAN Guideline on concomitant use of cholinesterase inhibitors and memantine in moderate to severe Alzheimer's disease. *Eur J Neurol* 2015; 22: 889–898.
11. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011; 64: 383–394.
12. Leone MA, Keindl M, Schapira AH, Deuschl G, Federico A. Practical recommendations for the process of proposing, planning and writing a neurological management guideline by EAN task forces. *Eur J Neurol* 2015; 22: 1505–1510.
13. Guyatt G, Oxman A, Kunz R, Vist G, Falck-Ytter Y, Schunemann H. What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? *BMJ* 2008; 336: 995–998.
14. McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C. PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *J Clin Epidemiol* 2016; 75: 40–46.
15. Higgins JPT, Altman DG, Gøtzsche PC, Juni P, Moher D, Oxman AD. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2011; 343: 1–9.
16. http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp.
17. Tavassoli N, Perrin A, Berard E, Gillette S, Vellas B, Rolland Y. Factors associated with undertreatment of atrial fibrillation in geriatric outpatients with Alzheimer disease. *Am J Cardiovasc Drugs* 2013; 13: 425–433.
18. Rattinger GB, Dutcher SK, Chhabra PT, et al. The effect of dementia on medication use and adherence among medicare beneficiaries with chronic heart failure. *Am J Geriatr Pharmacother* 2011; 10: 69–80.
19. Brecher DB, West TL. Underrecognition and Undertreatment of Pain and Behavioral Symptoms in End-Stage Dementia. *Am J Hosp Palliat Med* 2016; 33: 276–280.
20. National Institute for Health and Care Excellence. Dementia - Assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NICE guideline 97). 2018;(June 2018).
21. Helmer C, Peres K, Pariente A, et al. Primary and secondary care consultations in elderly demented individuals in France. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2008; 26: 407–415.
22. Starkstein SE. Anosognosia in Alzheimer's disease: Diagnosis, frequency, mechanism and clinical correlates. *Cortex* 2014; 61: 64–73.
23. Karlawish J, Casarett D, James B, Xie S, Kim S. The ability of persons with Alzheimer disease (AD) to make a decision about taking an AD treatment. *Neurology* 2005; 64: 1514–1519 6p.

24. Perales J, Turro-Garriga O, Gascon-Bayarri J, Ren?e?Ram?irez R, Conde-Sala JL. The Longitudinal Association between a Discrepancy Measure of Anosognosia in Patients with Dementia, Caregiver Burden and Depression. *J Alzheimer's Dis* 2016; 53: 1133– 1143. 2
5. Bunn F, Burn AM, Goodman C, et al. Comorbidity and dementia: A scoping review of the literature. *BMC Med* 2014; 12: 1–15.
26. van Eersel MEA, Joosten H, Gansevoort RT, Slaets JPJ, Izaks GJ. Treatable Vascular Risk and Cognitive Performance in Persons Aged 35 Years or Older: Longitudinal Study of Six Years. *J Prev Alzheimer's Dis* 2019; 6: 42–49.
27. Zhao Y, Ke Z, He W, Cai Z. Volume of white matter hyperintensities increases with blood pressure in patients with hypertension. *J Int Med Res* 2019; 47: 3681–3689.
28. Avasthi P, Marshall WF. Impact of Normal Aging versus Hypertension, Abnormal BMI and Diabetes on White Matter Hyperintensity Volume. *Int Soc Differ* 2012; 83: 1.
29. Palacio S, McClure LA, Benavente OR, Bazan C, Pergola P, Hart RG. Lacunar Strokes in Patients With 13 Diabetes Mellitus: Risk Factors, Infarct Location, and Prognosis. *Stroke* 2014; 45: 2689–2694.
30. Mast H, Thompson JL, Lee SH, Mohr JP, Sacco RL. Hypertension and diabetes mellitus as determinants of multiple lacunar infarcts. *Stroke* 1995; 26: 30–33.
31. ElmstAahl S, Ellstrom K, Siennicki-Lantz A, Abul- € Kasim K. Association between cerebral microbleeds and hypertension in the Swedish general population “Good Aging in Sk?ane” study. *J Clin Hypertens* 2019; 21: 1099–1107.
32. Malik AH, Yandrapalli S, Aronow WS, Panza JA, Cooper HA. Meta-analysis of direct-acting oral anticoagulants compared with warfarin in patients >75 Years of Age. *Am J Cardiol* 2019; 123: 2051– 2057.
33. Culebras A, Messe SR, Chaturvedi S, Kase CS, Gronseth G. Summary of evidence-based guideline update: Prevention of stroke in nonvalvular atrial fibrillation: Report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2014; 82: 716–724.
34. Ringleb PA, Boussier MG, Ford G, et al. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc Dis* 2008; 25: 457– 507.
35. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur J Cardio Thoracic Surg* 2016; 50: e1– e88.
36. Subic A, Cermakova P, Religa D, et al. Treatment of Atrial Fibrillation in Patients with Dementia: A Cohort Study from the Swedish Dementia Registry. *J Alzheimer's Dis* 2018; 61: 1119–1128.

37. He Q, Sze CY, Shum TY, et al. Comparing clinical outcomes of NOACs with warfarin on atrial fibrillation with Valvular heart diseases: A meta-analysis. *BMC Cardiovasc Disord* 2019; 19: 1–13.
38. Segal JB, McNamara RL, Miller MR, et al. Prevention of thromboembolism in atrial fibrillation. A meta-analysis of trials of anticoagulants and antiplatelet drugs. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 56–67.
39. Pistoia F, Sacco S, Tiseo C, Degan D, Ornello R, Carolei A. The Epidemiology of Atrial Fibrillation and Stroke. *Cardiol Clin* 2016; 34: 255–268.
40. MacLean S, Mulla S, Akl EA, et al. Patient values and preferences in decision making for antithrombotic therapy: a systematic review: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141(2 Suppl.): e1S–e23S.
41. Deschaintre Y, Richard F, Leys D, Pasquier F. Treatment of vascular risk factors is associated with slower decline in Alzheimer disease. *Neurology* 2009; 73: 674–680.
42. Lopponen M, Raiha I, Isoaho R, Vahlberg T, Puolijoki H, Kivela S-L. Dementia associates with undermedication of cardiovascular diseases in the elderly: a population-based study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006; 22: 132–141.
43. Kennelly SP, Lawlor BA, Kenny RA. Blood pressure and dementia - a comprehensive review. *Ther Adv Neurol Disord* 2009; 2: 241–260.
44. Proctor WRHJ. Pain and cognitive status among nursing home residents in Canada. *Pain Res Manag* 2001; 6: 119–125.
45. Husebo BS, Achterberg W, Flo E. Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer's disease and other types of dementia: a systematic review. *CNS Drugs* 2016; 30: 481–497.
46. Sampson EL, White N, Lord K, et al. Pain, agitation, and behavioural problems in people with dementia admitted to general hospital wards. *Pain* 2015; 156: 675–683.
47. Jensen-Dahm C, Gasse C, Astrup A, Mortensen PB, Waldemar G. Frequent use of opioids in patients with dementia and nursing home residents: A study of the entire elderly population of Denmark. *Alzheimer's Dement* 2015; 11: 691–699.
48. Jensen-Dahm C, Palm H, Gasse C, Dahl JB, Waldemar G. Postoperative treatment of pain after hip fracture in elderly patients with dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2016; 41: 181–191.
49. Chibnall JT, Tait RC, Harman B, Luebbert RA. Effect of acetaminophen on behavior, well-being, and psychotropic medication use in nursing home residents with moderate-to-severe dementia. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 1921–1929.

50. Maher AR, Maglione M, Bagley S, et al. Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic medications for off-label uses in adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2011; 306: 1359–1369.
51. Schneider LS, Pollock VE, Lyness SA. A metaanalysis of controlled trials of neuroleptic treatment in dementia. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 553–563.
52. Ballard C, Howard R. Neuroleptic drugs in dementia: benefits and harm. *Nat Rev Neurosci* 2006; 7: 492–599.
53. Nasrallah HA, White T, Nasrallah AT. Lower mortality in geriatric patients receiving risperidone and olanzapine versus haloperidol: preliminary analysis of retrospective data. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004; 12: 437–439.
54. Schneeweiss S, Setoguchi S, Brookhart A, Dormuth C, Wang PS. Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. *CMAJ* 2007; 176: 627–632.
55. Wang PS, Schneeweiss S, Avorn J, et al. Risk of Death in Elderly Users of Conventional vs. Atypical Antipsychotic Medications. *N Engl J Med* 2005; 353: 2335–2341.
56. Chaddock-Heyman L, Mackenzie MJ, Zuniga K, et al. Higher cardiorespiratory fitness levels are associated with greater hippocampal volume in breast cancer survivors. *Front Hum Neurosci* 2015; 9: 465.
57. Trifiro G, Verhamme KMC, Ziere G, Caputi AP, Chouinard Stricker BH, Sturkenboom MCJM. All-cause mortality associated with atypical and typical antipsychotics in demented outpatients. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2007; 16: 538–544.
58. Gill SS, Bronskill SE, Normand S-LT, et al. Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Ann Intern Med* 2007; 146: 775–786.
59. Gill SS, Rochon PA, Herrmann N, et al. Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: Population based retrospective cohort study. *Br Med J* 2005; 330: 445–448.
60. Rao A, Suliman A, Story G, Vuik S, Aylin P, Darzi A. Meta-analysis of population-based studies comparing risk of cerebrovascular accident associated with first and second-generation antipsychotic prescribing in dementia. *Int J Methods Psychiatr Res* 2016; 25: 282–289.
61. Rabins P, Blacker D, Rovner B, et al. American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer’s disease and other dementias. Second edition. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 5–56.
62. Zhong K, Tariot P, Mintzer J, Minkwitz M, Devine N. Quetiapine to treat agitation in dementia: a randomized, double-blind. Placebo-Controlled Study. *Curr Alzheimer Res* 2007; 4: 81–93.

63. Kurlan R, Cummings J, Raman R, Thal L. Quetiapine for agitation or psychosis in patients with dementia and parkinsonism. *Neurology* 2007; 68: 1356–1363.
64. Street JS, Clark WS, Gannon KS, et al. Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities: a double-blind, randomized, placebo- controlled trial. The HGEU Study Group. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 968–976.
65. Sultzer DLD, Davis SSM, Tariot PNP, et al. Clinical symptom responses to atypical antipsychotic medications in Alzheimer’s disease: phase 1 outcomes from the CATIE-AD effectiveness trial. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 844–854.
66. Schneider L, Tariot P, Dagerman K, et al. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer’s disease. *N Engl J Med* 2006; 355: 1525–1538.
67. Ballard C, Margallo-Lana M, Juszcak E, et al. Quetiapine and rivastigmine and cognitive decline in Alzheimer’s disease: Randomised double blind placebo controlled trial. *Br Med J* 2005; 330: 874–877.
68. Brodaty H, Ames D, Snowden J, et al. A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 134–143.
69. Verhey FRJ, Verkaaik M, Lousberg R. Olanzapine versus haloperidol in the treatment of agitation in elderly patients with dementia: Results of a randomized controlled double-blind trial. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2005; 21: 1–8.
70. Chan WC, Lam LC, Choy CN, Leung VP, Li SW, Chiu HF. A double-blind randomised comparison of risperidone and haloperidol in the treatment of behavioural and psychological symptoms in Chinese dementia patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 1156– 1162.
71. De Deyn PP, Rabheru K, Rasmussen A, et al. A randomized trial of risperidone, placebo, and haloperidol for behavioral symptoms of dementia. *Neurology* 1999; 53: 946.
72. Suh G-H, Son HG, Ju Y-S, et al. A randomized, double-blind, crossover comparison of risperidone and haloperidol in Korean dementia patients with behavioural disturbances. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004; 12: 509–516.
73. Kongpakwattana K, Sawangjit R, Tawankanjanachot I, Bell JS, Hilmer SN, Chaikunapruk N. Pharmacological treatments for alleviating agitation in dementia: a systematic review and network meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 2018; 84: 1445–1456.
74. Boettger S, Jenewein J, Breitbart W. Haloperidol, risperidone, olanzapine and aripiprazole in the management of delirium: A comparison of efficacy, safety, and side effects. *Palliat Support Care* 2015; 13: 1079–1085.

75. Ruths S, Straand J, Nygaard HA, Aarsland D. Stopping antipsychotic drug therapy in demented nursing home patients: a randomized, placebo-controlled study—the Bergen District Nursing Home Study (BED NURS). *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 889–895.
76. van Reekum R, Clarke D, Conn D, et al. A randomized, placebo-controlled trial of the discontinuation of long-term antipsychotics in dementia. *Int psychogeriatrics* 2002; 14: 197–210.
77. Bridges-Parlet S, Knopman D, Steffes S. Withdrawal of neuroleptic medications from institutionalized dementia patients: results of a double-blind, baseline-treatment—controlled pilot study. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1997; 10: 119–126.
78. Devanand DP, Pelton GH, Cunqueiro K, Sackeim HA, Marder K. A 6-month, randomized, double-blind, placebo-controlled pilot discontinuation trial following response to haloperidol treatment of psychosis and agitation in Alzheimer’s disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011; 26: 937–943.
79. Devanand DPP, Mintzer J, Schultz SK, et al. Relapse risk after discontinuation of risperidone in Alzheimer’s disease. *N Engl J Med* 2012; 367: 1497–1507.
80. Ballard CG, Thomas A, Fossey J, et al. A 3-month, randomized, placebo-controlled, neuroleptic discontinuation study in 100 people with dementia: the neuropsychiatric inventory median cutoff is a predictor of clinical outcome. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 114–119.
81. Ballard C, Lana MM, Theodoulou M, et al. A randomized, blinded, placebo-controlled trial in dementia patients continuing or stopping neuroleptics (The DART-AD Trial). *PLoS Medicine* 2008; 5: 0587–0599.
82. Ballard C, Hanney ML, Theodoulou M, et al. The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* 2009; 8: 151–157.
83. Van Leeuwen E, Petrovic M, van Driel ML, et al. Withdrawal versus continuation of long-term antipsychotic drug use for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2018. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007726.pub3>.
84. Findlay D, Sharma J, McEwen J, Ballinger B, MacLennan W, McHarg A. Double-blind controlled withdrawal of thioridazine treatments in elderly female inpatients with senile dementia. *Int. J Geriatr Psychiatry* 1998; 4: 115–120.
85. Cohen-Mansfield J, Lipson S, Werner P, Billig N, Taylor L, Woosley R. Withdrawal of haloperidol, thioridazine, and lorazepam in the nursing home. *Arch Intern Med* 1999; 159: 1733–40.
86. Bergh S, Selbæk G, Engedal K. Discontinuation of antidepressants in people with dementia and neuropsychiatric symptoms (DESEP study): double blind, randomized, parallel group, placebo controlled trial. *BMJ* 2012; 344: e1566.

87. Scarmeas N, Honig LS, Choi H, et al. Seizures in Alzheimer Disease. *Arch Neurol* 2009; 66: 992–997.
88. Cheng C-H, Liu C-J, Ou S-M, et al. Incidence and risk of seizures in Alzheimer's disease: A nationwide population-based cohort study. *Epilepsy Res* 2015; 115: 63–68.
90. Beagle AJ, Darwish SM, Ranasinghe KG, La AL, Karageorgiou E, Vossel KA. Relative incidence of seizures and myoclonus in Alzheimer's disease, dementia with lewy bodies, and frontotemporal dementia. *J Alzheimer's Dis* 2017; 60: 211–223.
91. Helmstaedter C, Witt JA. Clinical neuropsychology in epilepsy: Theoretical and practical issues. *Handb Clin Neurol* 2012; 107: 437–459.
92. Vossel KA, Ranasinghe KG, Beagle AJ, et al. Incidence and impact of subclinical epileptiform activity in Alzheimer's disease. *Ann Neurol* 2016; 80: 858–870.
93. Vu LC, Piccenna L, Kwan P, O'Brien TJ. New-onset epilepsy in the elderly. *Br J Clin Pharmacol* 2018; 84: 2208–2217.
94. Kaur U, Chauhan I, Gambhir IS, Chakrabarti SS. Antiepileptic drug therapy in the elderly: a clinical pharmacological review. *Acta Neurol Belg* 2019; 119: 163–173.
95. de Campos MS, Ayres LR, Morelo MRS, Carizio FAM, Pereira LRL. Comparative efficacy of antiepileptic drugs for patients with generalized epileptic seizures: systematic review and network meta-analyses. *Int J Clin Pharm* 2018; 40: 589–598.
96. Zaccara G, Giovannelli F, Giorgi FS, Franco V, Gasparini S, Benedetto U. Tolerability of new antiepileptic drugs: a network meta-analysis. *Eur J Clin Pharmacol* 2017; 73: 811–817.
97. Fu J, Peng L, Li J, Tao T, Chen Y. Effects of second generation antiepileptic drugs compared to first-generation antiepileptic drugs on bone metabolism in patients with epilepsy: a meta-analysis. *Horm Metab Res* 2019; 51: 511–521.
98. Stewart R. Mild cognitive impairment--the continuing challenge of its "real-world" detection and diagnosis. *Arch. Med. Res.* 2012;43(8):609–14. doi: 10.1016/j.arcmed.2012.10.011. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
99. Tripathi M, Vibha D. Reversible dementias. *Indian Journal of Psychiatry.* 2009 Jan;51(Suppl 1):S52–5. PubMed PMID: 21416018; PubMed Central PMCID: PMC3038529. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
100. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975 Nov;12(3):189–98. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6. PubMed PMID: 1202204. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

- 100.Mathuranath PS, Nestor PJ, Berrios GE, Rakowicz W, Hodges JR. A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Neurology*. 2000 doi: 10.1212/01.wnl.0000434309.85312.19. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
101. Fillenbaum GG, Chandra V, Ganguli M, et al. Development of an activities of daily living scale to screen for dementia in an illiterate rural older population in India. *Age Ageing*. 1999;28:161–8. doi: 10.1093/ageing/28.2.161. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 102 Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology*. 1993;43:2412–4. doi: 10.1212/wnl.43.11.2412-a. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 103.Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44:2308–14. doi: 10.1212/wnl.44.12.2308. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 104.Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E, Georgotas A. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry*. 1987;48:9–15. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 105.McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW et al Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*. 2017 Jul 4;89(1):88–100. doi: 10.1212/WNL.0000000000004058. [[DOI](#)] [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 106.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual. 5th edition. Arlington, VA: APA; 2013. [[Google Scholar](#)]
- 107.Benson Kertesz, Robert P. H, Albert M, Boone K, Miller B. L, Cummings J, Neary D. F. D, Snowden J. S, Gustafson L, Passant U, Stuss D, Black S, Freedman M. A. F Frontotemporal lobar degeneration: A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*. 1998;51:1546–1554. doi: 10.1212/wnl.51.6.1546. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 108.Farooq M. U, Min J, Goshgarian C, Gorelick P. B. Pharmacotherapy for Vascular Cognitive Impairment. *CNS Drugs*. 2017;31(9):759–776. doi: 10.1007/s40263-017-0459-3. doi:10.1007/s40263-017-0459-3. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 109.Kales H. C, Gitlin L. N, Lyketsos C. G. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ : British Medical Journal*. 2015;350 doi: 10.1136/bmj.h369. doi:101136/bmj.h369. [[DOI](#)] [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 110.Kobayashi H, Ohnishi T, Nakagawa R, Yoshizawa K. The comparative efficacy and safety of cholinesterase inhibitors in patients with mild-to-moderate Alzheimer's disease: a Bayesian network meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016;31(8):892–904. doi: 10.1002/gps.4405. doi:10.1002/gps.4405. [[DOI](#)] [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

- 111.Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda S. G, Huntley J, Ames D, Mukadam N. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*. 2017;390(10113):2673–2734. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31363-6. doi:10.1016/S0140-6736(17)31363-6. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 112.Matsunaga S, Kishi T, Iwata N. Combination therapy with cholinesterase inhibitors and memantine for Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2014;18(5) doi: 10.1093/ijnp/pyu115. doi:10.1093/ijnp/pyu115. [[DOI](#)] [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 113.O'Brien J. T, Holmes C, Jones M, Jones R, Livingston G, McKeith I, Burns A. Clinical practice with anti-dementia drugs: A revised (third) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2017;31(2):147–168. doi: 10.1177/0269881116680924. doi:10.1177/0269881116680924. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 114.O'Brien J. T, Thomas A. Vascular dementia. *Lancet*. 2015;386(10004):1698–1706. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00463-8. doi:10.1016/s0140-6736(15)00463-8. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 115.Stinton C, McKeith I, Taylor J. Pharmacological Management of Lewy Body Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. 2015;172(8):731–742. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.14121582. doi:10.1176/appi.ajp.2015.14121582. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 116.Walker Z, Possin K. L, Boeve B. F, Aarsland D. Lewy body dementias. *Lancet*. 2015;386(10004):1683–1697. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00462-6. doi:10.1016/s0140-6736(15)00462-6. [[DOI](#)] [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

117.Beyenburg S, Back C, Diederich N, Lewis M, Reuber M. Is valproate encephalopathy under- recognised in older people? A case series. Age Ageing 2007; 36: 344–346.

118.Norris SL, Bero L. GRADE Methods for Guideline Development: Time to Evolve? Ann Intern Med 2016; 165: 810. 100. Rafiq M, Boccia S. Application of the GRADE Approach in the Development of Guidelines and Recommendations in Genomic Medicine. Genomics Insights 2018; 11: 1–8.

119.Subota A, Pham T, Jett e N, Sauro K, Lorenzetti D, Holroyd-Leduc J. The association between dementia .A systematic review and meta-analysis. Epilepsia 2017; 58: 962–972.

12. Shtojcat

12.1 Shkurtesat

AE-

antiepileptikët

FDG-PET- (tomografia e kompjuterizuar e emetimit të fluorodeoksiglukozës -positron emission tomography)

MRI-Rezonanca magnetike

MMSE -Mini mental State

examination Mini-Cog -Mini

Cognitive Test

6 CIT -6 item Cognitive Impairment test

SPECT perfuzioni-(Single –photon emission computed tomography; tomografi e kompjuterizuar emetimi me një foton).

123 I FP CIT SPECT- (Single –photon emission computed tomography; tomografi e kompjuterizuar emetimi me një foton qw lwjon detektimin e denervimit dopaminergjik presinaptik).

123 I MIBG- (Scintigrafi e cila shfrytëzon materien radioaktive meta-iodobenzyguanidine për detektim të llojeve të caktuara te kancerit).

