

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

- Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia (SPCD)
 - Definición de SPCD y epidemiología
 - SPCD y neurolépticos

TRATAMIENTO DE LOS SPCD

- Medidas no farmacológicas
- Tratamiento farmacológico con neurolépticos
 - Elección del neuroléptico
 - Dosificación
 - Duración del tratamiento
 - Reducción gradual de dosis
 - Monitorización y seguimiento clínico

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

Introducción

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un déficit adquirido en más de un dominio cognitivo, que representa una pérdida respecto al nivel previo y que reduce de forma significativa la autonomía funcional. La demencia cursa frecuentemente con síntomas psicológicos y conductuales, también denominados «síntomas conductuales y emocionales» o «síntomas neuropsiquiátricos»¹.

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

Definición de SPCD y epidemiología

La Asociación Internacional de Psicogeriatría acordó, en 1996, denominar los síntomas no cognitivos que presentaban los pacientes con demencia como «síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia» (SPCD) y quedaron definidos como 'síntomas de alteración de la percepción, del contenido de pensamiento, el estado de ánimo o las conductas'. Estos síntomas aparecen en el 60 % de los pacientes con demencia en la comunidad y hasta en el 80 % de los pacientes institucionalizados².

El riesgo de presentar SPCD depende del tipo de demencia y de su gravedad: es mayor en la demencia fronto-

temporal, en la demencia por cuerpos de Lewy, en la demencia vascular y en la relacionada con la enfermedad de Huntington. En conjunto, estos síntomas aparecen en una tercera parte de las formas leves de demencia y hasta en dos terceras partes de las formas moderadas³, y en ocasiones pueden preceder a las alteraciones cognitivas, como suele ocurrir en la demencia por cuerpos de Lewy o en la demencia frontotemporal².

Se estima que, a los cinco años del diagnóstico de demencia, el 90 % de los pacientes experimentarán alguno de estos síntomas y que el 85 % los desarrollarán con la suficiente trascendencia clínica como para requerir tratamiento farmacológico³.

Los síntomas psicológicos y conductuales pueden clasificarse así:

- Alteración de la percepción: alucinaciones.
- Alteración del contenido del pensamiento: delirios, ideas obsesivas.
- Alteración del estado de ánimo: ansiedad, depresión y síntomas relacionados (tristeza, apatía, embotamiento afectivo), síntomas maniformes.
- Alteración conductual: inquietud, agresividad, agitación, conductas motoras aberrantes, hipersexualidad, desinhibición.

La frecuencia con la que suelen aparecer a lo largo de la enfermedad es la siguiente: apatía (72 %), delirios (70 %), agresividad/agitación (60 %), trastorno psicomotor (46 %), irritabilidad/labilidad (42 %), trastornos del sueño-vigilia (42 %), depresión (38 %), desinhibición (36 %), alucinaciones (15 %), hipersexualidad (3 %), euforia (2 %), trastorno obsesivo-compulsivo (2 %)³.

La presencia de síntomas psicóticos, agitación y agresividad condiciona un pronóstico evolutivo peor y se relaciona con una alteración cognitiva mayor y más rápida y con un riesgo más alto de mortalidad. Además, dichas manifestaciones provocan un importante estrés tanto en el paciente como en los familiares y las personas cuidadoras, y en ocasiones son las responsables de la institucionalización del paciente³.

SPCD y neurolépticos

Los neurolépticos, también llamados «antipsicóticos», se emplean muy a menudo en el tratamiento de los SPCD. Sin embargo, hoy en día la tendencia es considerar que los SPCD requieren un abordaje multidisciplinario, que resulta imprescindible para un manejo clínico adecuado.

Es importante también prevenir y detectar situaciones que puedan actuar como desencadenantes de los síntomas (dolor, infecciones, estreñimiento, factores ambientales estresantes o uso de determinados fármacos).

En los últimos años se ha detectado una prescripción elevada de neurolépticos a pacientes geriátricos, sobre todo a los institucionalizados (30-50 %), y se ha alertado asimismo del incremento de la mortalidad (eventos cerebrovasculares, problemas cardíacos...) de pacientes con demencia tratados con estos fármacos (*Notas Informativas* de la FDA y la AEMPS)^{4,5}.

La mayoría de los países permiten usarlos en indicación no aprobada (*off-label*), aunque en países como el Reino Unido y los Estados Unidos se han aplicado medidas para controlar la duración de las prescripciones (menos de seis meses en el Reino Unido) y la reducción progresiva de su uso en ancianos (< 15 %).

A pesar de que se han publicado numerosas revisiones, metanálisis y guías de práctica clínica sobre el tratamiento farmacológico de los SPCD, no hay un consenso claro y se aprecia variabilidad en el tratamiento farmacológico de estos síntomas.

Por todo ello se recomienda que el empleo de estos fármacos se haga de forma cuidadosa y en el contexto de un protocolo clínico riguroso. En general hay que usar la dosis mínima eficaz, durante el tiempo más breve posible y reevaluando continuamente la necesidad de mantener el tratamiento.

El objetivo de este documento es aportar recomendaciones para el uso racional, seguro y eficiente de los fármacos neurolépticos en el tratamiento de los SPCD en nuestro medio, ya que se trata de un problema complejo que se presenta en todos los niveles asistenciales (atención primaria, atención hospitalaria y atención sociosanitaria).

Tratamiento de los SPCD

Medidas no farmacológicas

El tratamiento farmacológico debe ser el último recurso para abordar los SPCD. Antes de ello hay que proporcionar la información adecuada a las personas cuidadoras sobre las estrategias de tratamiento no farmacológico: establecimiento de rutinas estructuradas y actividades programadas, actividad física moderada, terapias de estimulación cognitiva y sensorial y terapia conductual. La creciente evidencia sugiere que estos enfoques pueden ser eficaces para reducir la agitación y la ansiedad de los pacientes con demencia⁶. Del mismo modo, las estrategias de distracción y reconducción verbal durante las crisis y la forma en que las personas cuidadoras respondan ante ellas —contacto visual directo, lenguaje calmado y respuestas tranquilizadoras— pueden resultar decisivas para controlar adecuadamente los síntomas sin necesidad de fármacos⁶. Es importante también prevenir y detectar situaciones que puedan actuar como desencadenantes de los síntomas (dolor, infecciones, estreñimiento, factores ambientales estresantes o uso de determinados fármacos).

Tratamiento farmacológico con neurolépticos

Dado que el balance beneficio-riesgo del uso de estos fármacos para tratar los SPCD es moderado, la prescripción debe plantearse tras agotar las medidas no farmacológicas, a fin de evitar la sobreutilización^{7, 8, 9, 10, 11, 12, 13}.

Antes de iniciar el tratamiento con neurolépticos debe evaluarse el contexto clínico del paciente, especialmente los factores de riesgo vascular y los potenciales efectos adversos de la medicación.

Asimismo, para evaluar los efectos del tratamiento, la frecuencia y la gravedad de los SPCD deben cuantificarse al inicio por medio de una anamnesis semiestructurada o de escalas estandarizadas como el *neuropsychiatric inventory* (NPI)¹.

Además, hay que informar al paciente o a la persona cuidadora sobre los beneficios y los posibles riesgos del tratamiento.

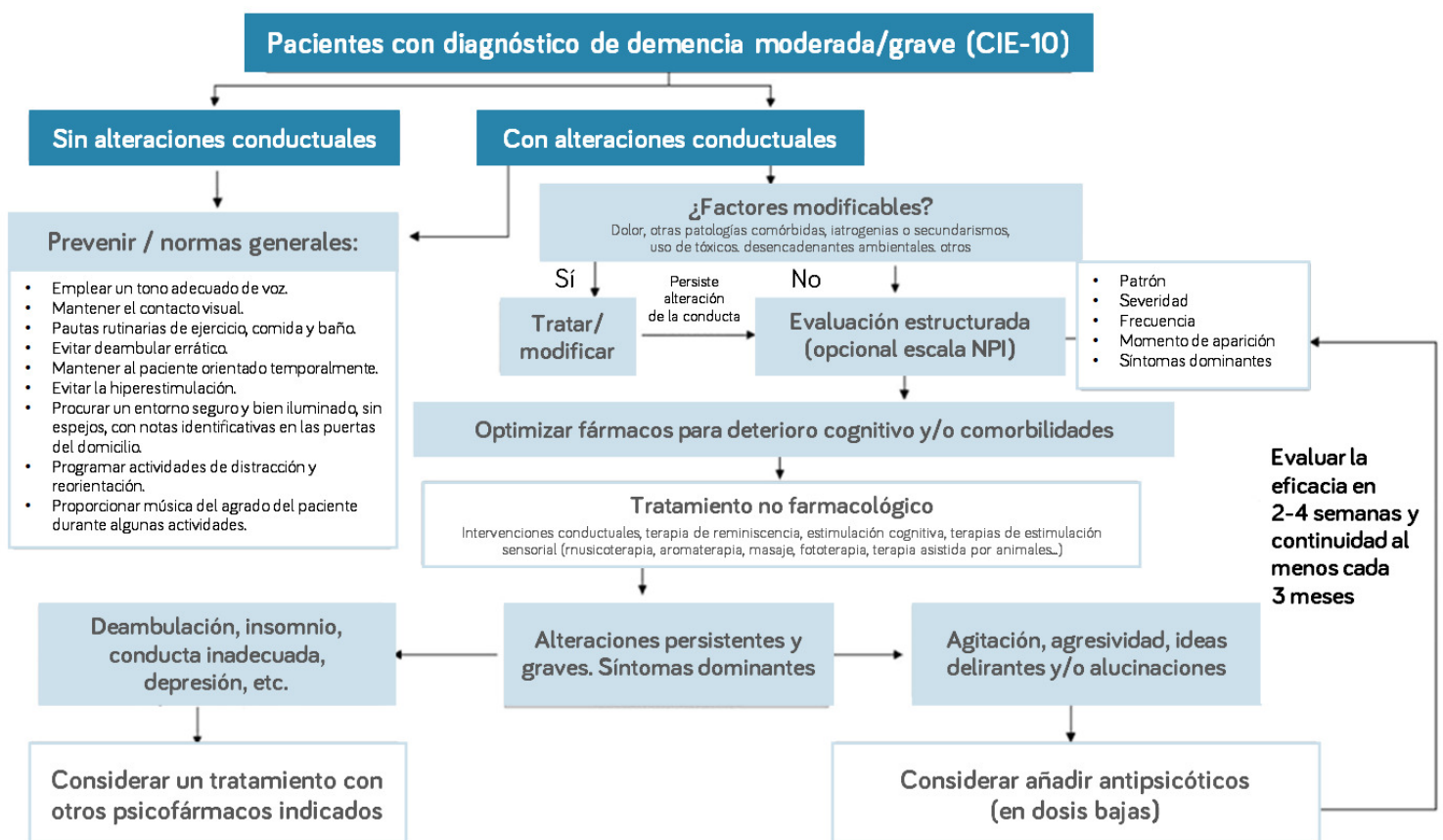
La indicación del tratamiento farmacológico solo debe considerarse cuando se cumplan los criterios de inicio siguientes^{8, 9, 10, 11, 14}:

- Cuando se trate de síntomas graves:
 - Alucinaciones y delirios con importante repercusión en la vida del paciente o de su entorno.
 - Autoagresividad y/o heteroagresividad.

- Agitación y ansiedad incapacitantes.

- En caso de fracaso de las medidas no farmacológicas y de otros posibles tratamientos para síntomas específicos.
- Cuando la gravedad de los síntomas sea tal que ponga en peligro al paciente, empeore significativamente su calidad de vida o interfiera en la prestación de la atención que las personas cuidadoras le proporcionan y les suponga un incremento de la ansiedad o estrés.

Algoritmo 1. Uso de antipsicóticos en el abordaje de alteraciones conductuales asociadas a la demencia⁸



Elección del neuroléptico

Neurolépticos típicos y atípicos

Los neurolépticos de primera generación (haloperidol) no se consideran diferentes de los de segunda generación en términos de eficacia (en agitación, síntomas psicológicos y de comportamiento global), pues no se dispone de estudios comparativos⁹, aunque sí son superiores en términos de rapidez de acción y potencia. Sin embargo, el perfil de seguridad es mucho más favorable para los de segunda generación¹¹.

En virtud de su eficacia, seguridad y coste más bajo, la risperidona es la primera opción terapéutica para los pacientes con SPCD. Las evidencias sobre el uso de risperidona y olanzapina en el tratamiento de la agitación grave, la agresividad y las psicosis en pacientes con demencia son más fuertes que para el aripiprazol^{1,9,11,15}. La evidencia para la quetiapina es insuficiente para recomendar su uso de forma general^{1,15}, aunque la experiencia clínica real lo avala en muchos casos. Solo el haloperidol y la risperidona están autorizados para los casos de pacientes con demencia, por lo que el uso de olanzapina, aripiprazol y quetiapina se haría en indicación no aprobada². Además, los neurolépticos atípi-

En virtud de su eficacia, seguridad y coste más bajo, la risperidona es la primera opción terapéutica para los pacientes con SPCD.

cos, si bien se pueden prescribir en el sistema de receta electrónica, requieren visado de inspección en los casos de pacientes mayores de 75 años.

El **haloperidol** es el neuroléptico de primera generación estudiado más extensamente. Presenta una gran potencia y está indicado en el tratamiento de la agresividad persistente y de los síntomas psicóticos en pacientes con demencia de Alzheimer moderada o grave¹⁶. No obstante, debido a su perfil de seguridad, solo debe emplearse en situaciones agudas (a corto plazo) y para el tratamiento urgente de la agitación^{8,16,17}, pero nunca como neuroléptico de elección en tratamientos prolongados, ya que los efectos extrapiramidales pueden aparecer con dosis más bajas que las que mejoran la agitación¹.

La **risperidona** es el único neuroléptico atípico con la indicación autorizada por la Agencia Europea del Medicamento para usarlo en pacientes con una demencia de tipo Alzheimer⁸ de moderada a grave, específicamente para el tratamiento a corto plazo (hasta seis semanas) de la agresividad persistente que no responde a otras medidas no farmacológicas y cuando existe riesgo de daño para el propio paciente o para otras personas¹⁸.

Tabla 1. Resumen comparativo de la eficacia de los SPCD³

| | Aripiprazol | Olanzapina | Quetiapina | Risperidona |
|-----------------------|-------------|------------|------------|-------------|
| Demencia en general | ++ | + | + | ++ |
| Psicosis en demencia | + | +/- | +/- | ++ |
| Agitación en demencia | + | ++ | +/- | ++ |

- ++ Eficacia entre moderada y alta
- + Eficacia baja o muy baja
- +/- Resultados contradictorios

Situaciones especiales

En la enfermedad de Parkinson y en la demencia por cuerpos de Lewy, los delirios y las alucinaciones (sobre todo las visuales) son manifestaciones frecuentes a lo largo de la enfermedad (no solo en las etapas avanzadas), que suelen requerir neurolépticos para controlarlas.

En estos pacientes, están contraindicados los neurolépticos clásicos (haloperidol), y los atípicos deben utilizarse con precaución y en dosis muy bajas (algunos autores recomiendan incluso evitar la olanzapina y la risperidona)⁷, ya que pueden empeorar los síntomas parkinsonianos y producir confusión y disfunción autonómica (además de las complicaciones vasculares nombradas al inicio). Los

pacientes con demencia por cuerpos de Lewy pueden presentar más sensibilidad a los neurolépticos y experimentar reacciones adversas idiosincrásicas y potencialmente mortales¹⁹.

Clozapina tiene autorizada la indicación en ficha técnica para los trastornos psicóticos que aparecen en el curso de la enfermedad de Parkinson, en los casos en los que haya fallado el tratamiento estándar²⁰. Sin embargo, los efectos adversos potenciales (agranulocitosis) y la necesidad de monitorización continua¹⁸ la han relegado a un segundo plano en favor de la quetiapina²¹⁻²⁶ en la prácti-

ca clínica real (siempre en el marco del Real decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales). Ambos fármacos presentan menos efectos adversos extrapiramidales gracias al menor bloqueo de los receptores dopaminérgicos.

En cuanto a la demencia frontotemporal, los neurolépticos acaban siendo necesarios en la mayoría de los casos. Sin embargo, estos pacientes son particularmente vulnerables a los efectos extrapiramidales de los neurolépticos típicos y de la risperidona^{27,28}, por lo que en estos casos

Tabla 2. Resumen de los efectos adversos de los antipsicóticos y eficacia respecto al haloperidol^{2,3}

| Efecto adverso | Aripiprazol | Clozapina | Olanzapina | Quetiapina | Risperidona | Haloperidol |
|----------------------------------|-------------|-----------|------------|------------|-------------|-------------|
| Síntomas extrapiramidales | + | +/- | ++ | +/- | ++ | ++++ |
| Síntomas anticolinérgicos | +/- | ++++ | +++ | ++ | + | + |
| Aumento de la prolactina | +/- | +/- | +/- | +/- | ++++ | +++ |
| Sedación | + | ++++ | ++ | +++ | + | + |
| Hipotensión ortostática | +/- | ++++ | ++ | ++ | ++ | + |
| Efectos cardiometabólicos | + | ++++ | ++++ | +++ | ++ | + |
| Eficacia respecto al haloperidol | +/- | ++ | + | +/- | + | |

la quetiapina es el neuroléptico de elección, aunque no esté indicado en la ficha técnica²⁹.

Dosificación

Las dosis de antipsicóticos utilizadas al inicio del tratamiento deben ser bajas y han de ajustarse progresivamente, en caso necesario, hasta llegar a la dosis mínima eficaz¹⁸. Siempre es recomendable optimizar el tratamiento con un neuroléptico dependiendo de la clínica antes de asociar un segundo neuroléptico.

Duración del tratamiento

Una revisión Cochrane de 2013 concluyó que los neurolépticos podrían retirarse sin afectar al comportamiento,

excepto en los casos de pacientes con síntomas más graves^{30,31}. Además, como ya se ha mencionado, el uso prolongado de neurolépticos se asocia a un riesgo más alto de deterioro cognitivo, caídas, neumonías por aspiración³² y eventos cerebrovasculares³³, y al incremento global del riesgo de mortalidad^{4,5,34}. Por ello el tratamiento debe mantenerse solamente si los beneficios son evidentes, y hay que procurar interrumpirlo a intervalos regulares.

Reducción gradual de las dosis

La reducción gradual de las dosis (RGD) se define como 'la disminución progresiva de la dosis de un fármaco para determinar si la sintomatología asociada a una condición clínica concreta puede controlarse con una dosis más baja o si el medicamento se puede interrumpir o retirar

tras la resolución o la mejora de la condición que haya originado su prescripción'. La Asociación Estadounidense de Psiquiatría recomienda hacer intentos de disminuir y/o retirar la terapia neuroléptica durante los cuatro meses posteriores al inicio del tratamiento en los casos de pacientes que hayan respondido a la medicación y que no tengan antecedentes de recaída con la disminución progresiva de la medicación³⁰.

Hay que procurar la RGD en el tratamiento de los SPCD en los casos siguientes:

- Cuando la duración sea igual o superior a tres meses y se hayan controlado los síntomas, o no haya habido respuesta a la farmacoterapia. Hay que tener en cuenta que el efecto de estos fármacos en el control de los síntomas a largo plazo parece ser pequeño o moderado³⁰.
- Cuando se estén utilizando en el tratamiento del insomnio primario (independientemente de la duración del tratamiento) o del insomnio secundario cuando se haya tratado la causa subyacente.
- Si provocan efectos adversos graves.

Los neurolépticos se retiran reduciendo la dosis original un 25-50 % cada dos semanas, y el tratamiento termina tras dos semanas de administrar la dosis mínima. La RGD puede durar entre 4 y 6 semanas. Si se parte de una sintomatología grave, hay que adaptar la RGD y el seguimiento a las necesidades individuales de cada paciente.

Durante el primer año

Durante el primer año tras la prescripción *de novo* de un neuroléptico, de forma general se recomienda intentar la RGD como mínimo dos veces al año, con al menos tres meses de diferencias entre cada intento.

Después del primer año

Posteriormente hay que intentar la RGD una vez al año, a

menos que esté clínicamente contraindicado atendiendo a las situaciones siguientes^{30, 35, 36}:

- Si el médico ha registrado una justificación clínica por la que cualquier intento de reducción de la dosis adicional en ese momento concreto sería perjudicial para la función del paciente o podría empeorar los trastornos conductuales.
- Si los neurolépticos se están utilizando en el tratamiento de un trastorno psiquiátrico diferente (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión refractaria o con características psicóticas, trastornos del neurodesarrollo o discapacidad intelectual, etc.). En este contexto, si se plantea la RGD por un efecto adverso grave hay que consultar al psiquiatra de referencia.

Los neurolépticos se retiran reduciendo la dosis original un 25-50 % cada dos semanas, y el tratamiento termina tras dos semanas de administrar la dosis mínima.

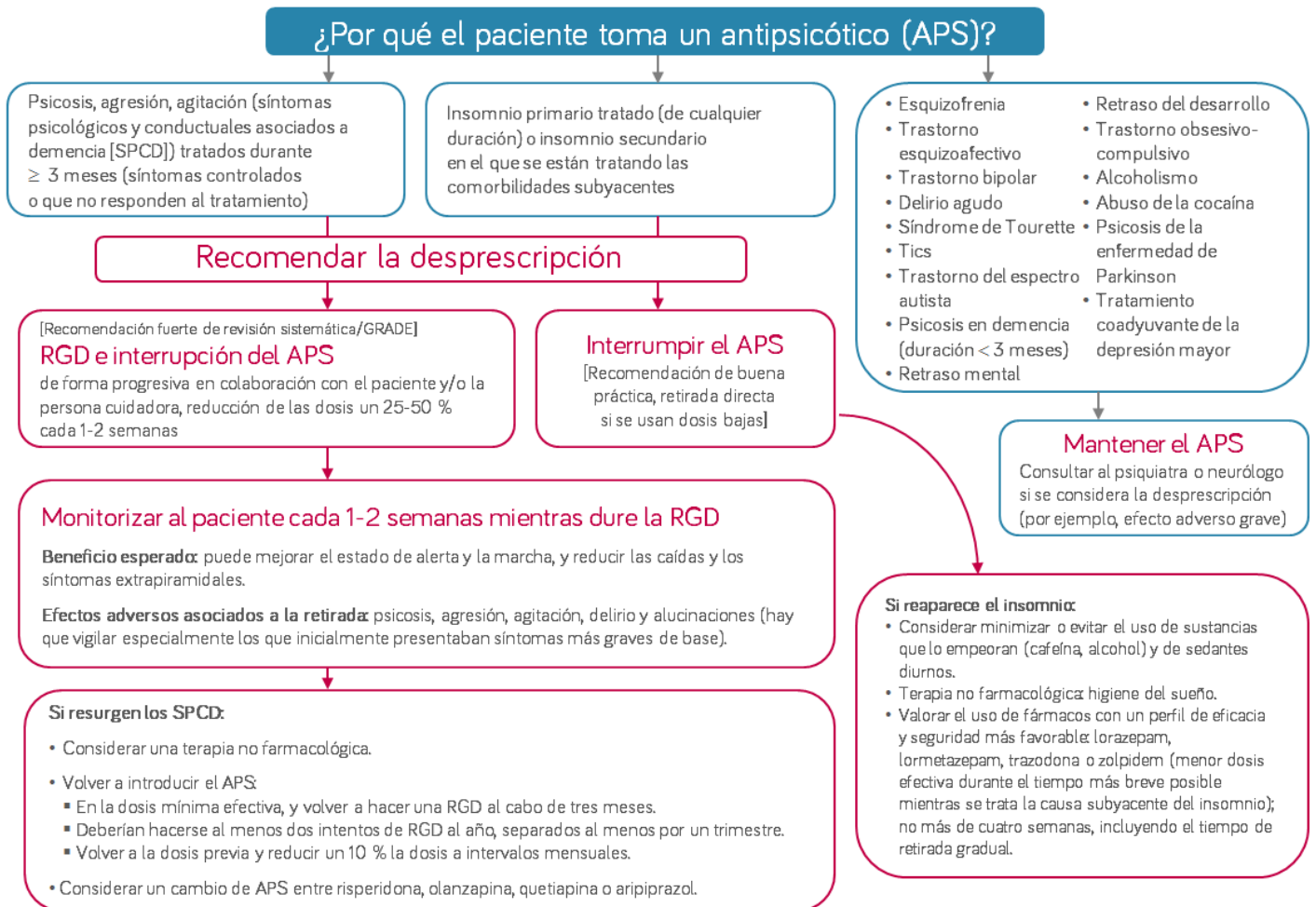
- Quedan exentas de intentar la RGD las situaciones siguientes: trastornos conductuales asociados al síndrome de Tourette, alteraciones del movimiento en la enfermedad de Huntington, hipo resistente, náuseas y vómitos asociados al cáncer y/o a la quimioterapia y uso como adyuvante para el tratamiento de confort al final de la vida paliativa).

(sedación

Si tras la RGD vuelven a aparecer los SPCD, hay que actuar de esta manera:

- Volver a considerar el tratamiento con medidas no farmacológicas.
- Reiniciar el tratamiento con neuroléptico en la menor dosis eficaz y volver a hacer una RGD a los tres meses.
- Volver a la dosis previa y reducir un 10 % la dosis a intervalos mensuales.
- Considerar un cambio de neuroléptico, entre risperidona, olanzapina, quetiapina o aripiprazol.

Algoritmo 2. Reducción gradual de las dosis de antipsicóticos



Adaptado y traducido de Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, et al. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician 2018;64:17-27 (Eng), e1-e12 (Fr).

Monitorización y seguimiento clínico

Aunque la prescripción del tratamiento con neurolépticos a los pacientes con demencia suele iniciarse en el ámbito de la atención hospitalaria, a menudo es en la atención primaria y los centros sociosanitarios donde se da continuidad al tratamiento y se supervisa al paciente en un contexto global, por lo que es importante establecer criterios de seguimiento clínico.

Hay que evaluar y registrar los cambios y los efectos adversos clínicamente relevantes, especialmente los siguientes:

- Sedación excesiva y/o empeoramiento cognitivo.
- Trastornos del movimiento de origen extrapiramidal: bradicinesia, temblor, rigidez, acatisia.

- Efectos anticolinérgicos.
- Alteraciones metabólicas: peso, perfil glucémico y lipídico.
- Alteraciones cardiovasculares: hipotensión, arritmias u otras alteraciones electrocardiográficas, como la prolongación del intervalo QT, con precaución especial cuando los neurolépticos se administren de forma concomitante con otros medicamentos que prolongan el intervalo QT de forma significativa (por ejemplo, citalopram, escitalopram, donepezilo o domperidona).
- Cambios hematológicos y electrolíticos, como la hipopotasemia y la hipomagnesemia, ya que aumentan el riesgo de arritmias ventriculares.

En general se recomienda hacer un seguimiento con las pruebas siguientes al inicio del tratamiento, a los tres meses y, posteriormente, con frecuencia anual³⁸:

- Tensión arterial y frecuencia cardíaca.
- Peso (idealmente, cada mes durante los primeros tres meses).
- Pruebas de laboratorio:
 - Glucemia o hemoglobina glicosilada.
 - Electrolitos, urea y tasa de filtrado glomerular.
 - Hematología completa.
 - Perfil lipídico.
 - Test de la función hepática.
 - Niveles de prolactina, especialmente con los neurolépticos que tienen más riesgo de producir hiperprolactinemia: neurolépticos típicos, paliperidona y risperidona. La clozapina y la quetiapina suelen producir solamente aumentos transitorios, y el aripiprazol suele disminuir

la prolactina, dado que actúa como agonista parcial.

- Electrocardiograma (hay que repetirlo entre cuatro semanas y tres meses o cuando esté indicado clínicamente).

En el caso de los pacientes en tratamiento con clozapina está indicado lo siguiente:

- Recuentos periódicos de leucocitos y de neutrófilos, cada semana durante las primeras dieciocho semanas del tratamiento y al menos una vez al mes durante el tiempo en que continúe el tratamiento, y durante cuatro semanas después de interrumpirlo.
- Consulta al cardiólogo en los casos de pacientes que experimenten taquicardia persistente en reposo (especialmente en los primeros dos meses del tratamiento) y/o palpitaciones, arritmias, dolor torácico o signos y síntomas de insuficiencia cardíaca por sospecha de miocarditis o miocardiopatía.

Conclusiones

- La presencia de delirios, alucinaciones, agitación y agresividad en pacientes con demencia (SPCD) condiciona un pronóstico evolutivo peor y se relaciona con un deterioro cognitivo mayor y más rápido y con un riesgo de mortalidad más alto. Estos síntomas son a menudo los responsables de la institucionalización de los pacientes con demencia⁵.
- El trato adecuado de los SPCD requiere un abordaje multidisciplinario, que incluye medidas no farmacológicas como primer escalón terapéutico.
- Actualmente, los neurolépticos son una de las pocas alternativas farmacológicas eficaces para tratar los SPCD. En general, estos fármacos no tienen la indicación aprobada en la ficha técnica para tratar estos síntomas (excepto la risperidona como neuroléptico atípico y el haloperidol como típico), pero la mayoría de países permiten usarlos en indicación no aprobada.
- Aunque se han publicado numerosas revisiones, metanálisis y guías de práctica clínica sobre el tratamiento farmacológico de los SPCD, no hay un consenso claro y se aprecia una importante variabilidad en el tratamiento farmacológico de los SPCD.
- En los últimos años se ha detectado una prescripción elevada de neurolépticos a pacientes geriátricos, sobre todo a los institucionalizados (30-50 %), así como un riesgo más alto de mortalidad (eventos cerebrovasculares, problemas cardíacos) en los pacientes con demencia que siguen un tratamiento con estos fármacos (*Notas Informativas de la AEMPS*)^{5, 37}.
- Por todo ello se recomienda que se usen estos fármacos de forma cuidadosa y en el contexto de un protocolo clínico riguroso. En general, hay que prescribirlos en la dosis mínima eficaz, durante el tiempo más breve posible y con un seguimiento adecuado que valore de forma continua la necesidad de mantener el tratamiento.

Santos Navarro de Lara

Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria.
Servicio de Farmacia, Hospital Can Misses, Ibiza.

Daniel Blasco de Nova

Neurólogo. Servicio de Neurología, Hospital Can Misses, Ibiza.

Coordinación y diseño: Layla Aoukhiyad Lebrahimi,
farmacéutica Oficina de Calidad. Servicios Centrales
IB-SALUT

Bibliografía

- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias [Internet]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010 [acceso 18 julio 2019]. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_resum.pdf
- Mathys M. The Ugly Face of Alzheimer's Disease; Treating Behavioral and Psychiatric Symptoms in a Dementia Patient who has failed First-Line Therapy. En Chavez B, Grady SE, McGuire JM, Nelson LA, editors. Psychiatric Pharmacotherapy Case Series. Lincoln (NE): College of Psychiatric and Neurologic Pharmacist; 2015. 20 p.
- Chavez, B, et al. CPNP Psychiatric Pharmacotherapy Review. 2018-2019 ed. Lincoln (NE): College of Psychiatric and Neurologic Pharmacists; 2018.
- Antipsychotics. FDA alert [6/16/2008] [Internet]. Rockville, MD: Food and Drug Administration; 2008 [acceso 29 enero 2020]. Disponible en: http://www.canhr.org/newsroom/newdev_archive/2009/FDA-Alert-on-Antipsychotics.pdf
- Nota informativa de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios sobre risperidona [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2004 [acceso 29 enero 2020]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2004/NI_2004-04_risperidona.htm
- Press D, Alexander M. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2019 [acceso 18 julio 2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-dementia>
- Manejo de la agitación en el paciente anciano. Infac. Eskualdeko Farmakoterapi Informazioa = Información Farmacoterapéutica de la Comarca. 2014; 22(10): 53-8.
- Protocolo de utilización terapéutica de antipsicóticos para el tratamiento de los síntomas comportamentales en las demencias [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud; 2018 [acceso 28 enero 2020]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/protocolo_antipsicoticos_demencia_aprobado_ccoaft_22022018_0.pdf
- Reus VI, Fochtmann LJ, Eyler AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, Jibson MD, Lopez OL, Mahoney J, Pasic J, Tan ZS, Wills CD, Rhoads R, Yager J. The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia. Am J Psychiatry. 2016 May 1;173(5):543-6.
- Best Practice Guideline for accommodating and managing behavioural and psychological symptoms of dementia in residential care. A person-centered interdisciplinary approach [Internet]. Victoria, CA: Government of British Columbia; 2012 [acceso 18 julio 2019]. Disponible en: <https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/bpsd-guideline.pdf>
- Utilización de antipsicóticos en pacientes ancianos con demencia. Bol Ter Andal. 2009; 25(4): 13-5.
- Sorbi S, Hort J, Erkinjuntti T, Fladby T, Gainotti G, Gurvit H, et al. EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia. Eur J Neurol. 2012 Sep;19(9):1159-79.
- Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L, et al. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician. 2018 Jan;64(1):17-27.
- Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NG97 [Internet]. Londres: National Institute for Health and Care Excellence; 2018 [acceso 18 julio 2019]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>
- Guideline Adaptation Committee. Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia [Internet]. Sydney: Guideline Adaptation Committee; 2016

[acceso 18 julio 2019]. Disponible en: <http://sydney.edu.au/medicine/cdpc/documents/resources/dementia-guidelines1.pdf>

16. NHS Grampian Staff Guidance for rapid tranquilisation for use in the adult in-patient setting. Versión 5 [Internet]. Aberdeen: NHS Grampian; 2018 [acceso 18 julio 2019]. Disponible en: https://foi.nhsgrampian.org/globalassets/foidocument/foi-public-documents1---all-documents/Guide_NHSGRapTranq.pdf

17. Violence and aggression: short-term management in mental health and community settings. NG10 [Internet]. Londres: National Institute for Health and Care Excellence; 2015 [acceso 18 julio 2019]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>

18. Moore A, Patterson C, Lee L, Vedel I, Bergman H; Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia. Fourth Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia: recommendations for family physicians. *Can Fam Physician*. 2014 May;60(5):433-8.

19. CIMA. Fichas técnicas [sede Web]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2017 [acceso 18 julio 2019]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/cima/inicial.do>

20. Antipsicóticos en el síndrome confusional y en la demencia. *Bolcan. Boletín canario de uso racional del medicamento del SCS*. Vol. 9 Nº 4. Mayo 2018.

21. Rodnitzky RL. Cognitive impairment and dementia in Parkinson disease. Waltham, MA: UpToDate; 2019 [acceso 18 julio 2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/cognitive-impairment-and-dementia-in-parkinson-disease>

22. Fernandez HH, Trieschmann ME, Burke MA, Friedman JH. Quetiapine for psychosis in Parkinson's disease versus dementia with Lewy bodies. *J Clin Psychiatry*. 2002 Jun;63(6):513-5.

23. Bloomfield K, MacDonald L, Finucane G, Snow B, Roxburgh R. Use of antipsychotic medications in patients with Parkinson's disease at Auckland City Hospital. *Intern*

Med J. 2012 Jul;42(7):e151-6.

24. Baskys A. Lewy body dementia: the litmus test for neuroleptic sensitivity and extrapyramidal symptoms. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 11:16-22.

25. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

26. Parkinson's disease in adults. NG71 [Internet]. Londres: National Institute for Health and Care Excellence; 2017 [acceso 18 julio 2019]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/ng71>

27. Miyasaki JM, Shannon K, Voon V, Ravina B, Kleiner-Fisman G, Anderson K, Shulman LM, Gronseth G, Weiner WJ; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice Parameter: evaluation and treatment of depression, psychosis, and dementia in Parkinson disease (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2006 Apr 11;66(7):996-1002.

28. Kerssens CJ, Pijnenburg YA. Vulnerability to neuroleptic side effects in frontotemporal dementia. *Eur J Neurol*. 2008 Feb;15(2):111-2. Erratum in: *Eur J Neurol*. 2008 Jun;15(6):640. Kerssens, C J [corrected to Kerssens, C J].

29. Pijnenburg YA, Sampson EL, Harvey RJ, Fox NC, Rossor MN. Vulnerability to neuroleptic side effects in frontotemporal lobar degeneration. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003 Jan;18(1):67-72.

30. Reus VI, Fochtmann LJ, Eyster AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, Jibson MD, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia. *Am J Psychiatry*. 2016 May;173(5):543-6.

31. Declercq T, Petrovic M, Azermai M, Vander Stichele R, De Sutter AI, van Driel ML, et al. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Mar 28;(3):CD007726.

32. Patel AN, Lee S, Andrews HF, Pelton GH, Schultz SK, Sultzer DL, et al. Prediction of Relapse After Discontinuation of Antipsychotic Treatment in Alzheimer's Disease: The Role of Hallucinations. *Am J Psychiatry*. 2017 Apr 1;174(4):362-369.

33. Chahine LM, Acar D, Chemali Z. The elderly safety imperative and antipsychotic usage. *Harv Rev Psychiatry*. 2010 May-Jun;18(3):158-72.

34. Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, Davis SM, Hsiao JK, Ismail MS, et al. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 2006 Oct 12;355(15):1525-38.

35. Lee SE. Frontotemporal dementia: Treatment. Waltham, MA: UpToDate; 2019 [acceso 18 julio 2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/frontotemporal-dementia-treatment>

36. Van Leeuwen E, Petrovic M, van Driel ML, De Sutter AI, Vander Stichele R, Declercq T, 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 Mar 30;3:CD007726.

37. Nota informativa de la AEMPS sobre antipsicóticos clásicos. [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2008 [acceso 30 enero 2020].

Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2008/NI_2008-19_antipsicoticos.htm

38. Taylor DM, Barnes TRE, Young AH. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 13 ed. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2018.

Boletín de información farmacoterapéutica del Servicio de Salud de las Islas Baleares

Los boletines elComprimido son una publicación periódica dirigida a los profesionales sanitarios del IB-SALUT con la finalidad de ofrecer información objetiva sobre medicamentos y farmacoterapia.

Se pueden consultar todos los boletines publicados en nuestro sitio web elComprimido: <http://www.elcomprimido.com>



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

