

Demencia. Uso de antipsicóticos

Demencia

Enfermedad que se estima afecta al 6% de individuos mayores de 65 años.

En la demencia, los **síntomas conductuales y psicológicos o no cognitivos** (agresión física y verbal; agitación; psicosis) son frecuentes (60-90%); estos síntomas disminuyen la calidad de vida del paciente y de sus cuidadores, aumentando las posibilidades de institucionalización; su manejo es complicado.

Manejo de los síntomas no cognitivos de la demencia (SCPD)

- Estrategias no farmacológicas.
- Estrategias farmacológicas: antipsicóticos, otros.

Estrategias no farmacológicas

Debería ser la estrategia de 1ª línea; limitados a síntomas leves-moderados.

- Evaluación de factores desencadenantes:
 - Enfermedades médicas intercurrentes (infecciones, dolor, AVC...).
 - Introducción de nuevos fármacos.
- Programas de educación y formación cuidadores.
- Estimulación multisensorial controlada: musicoterapia, aromaterapia, terapia psicomotora...

Uso de antipsicóticos

En el control de los síntomas no cognitivos de la demencia, la **eficacia** de los antipsicóticos es **modesta** y sus **efectos secundarios importantes**; su uso debería reservarse para la **sintomatología severa**, aquella que resulta peligrosa para el paciente y sus cuidadores, considerando cada caso individualmente (riesgo vs beneficio).

El uso de antipsicóticos atípicos no presenta, en esta indicación, una mayor eficacia ni un menor riesgo de aparición de efectos secundarios importantes, comparado con el uso de los típicos, por lo que por experiencia de uso y coste, **los antipsicóticos típicos (haloperidol) representan la 1ª opción**.

Manejo

- Iniciar a dosis bajas. Aumentar dosis progresivamente.
- Monitorizar efectividad y seguridad con regularidad.
- Disminución y/o retirada progresiva tras periodo de 3 meses de estabilidad.
- En caso de fracaso terapéutico, no prolongar durante más de 4 semanas.

Efectos secundarios: (sin diferencias entre típicos y atípicos)

- Aumento (2x) de mortalidad y de eventos cardiovasculares.
- Síntomas extrapiramidales (temblor, rigidez, distonía, discinesia tardía).
- Aumento de peso. Somnolencia.
- Retención urinaria, hipotensión ortostática.

Haloperidol

Dosis inicial: 0.5-2mg/8-12h. Dosis de mantenimiento: 1-15mg/d en 2-3 tomas.

Presentación: comprimidos (0.5 y 10mg), solución oral (2mg/ml, 1ml=20 gotas, 1 gota=0.1ml), ampollas (5mg).

Risperidona

Dosis inicial: 0.25mg/12h. Dosis de mantenimiento: 0.5-1mg/d en 1 ó 2 tomas.

Presentación: comprimidos (0.5, 1, 2, 3 y 6mg), comprimidos bucodispersables (0.5, 1, 2, 3 y 4mg), solución oral (1mg/ml).

Olanzapina

Dosis inicial: 5mg/día. Dosis de mantenimiento: 5-10mg/día.

Presentación: comprimidos (2.5, 5, 7.5 y 10mg), comprimidos bucodispersables (5 y 10mg), ampollas (10mg).

Otros fármacos

Benzodiacepinas

Debería limitarse su uso a casos urgentes (episodios agudos) o como sedantes en procedimientos diagnóstico-terapéuticos, por los riesgos asociados a su uso prolongado (empeoramiento cognitivo, caídas, sedación excesiva, tolerancia...).

ISRS

Citalopram podría ser útil en control de agitación y labilidad emocional.

Anticolinesterásicos: donepezilo

Podría ser útil en control de agitación y psicosis. Precio elevado.

Memantina

Podría ser beneficiosa en agitación. Precio elevado.

Antiepilépticos

Carbamacepina podría ser útil en control de agitación.

Autores

- Jaume del Pozo i Niubò.
Residente de 4º año de MF. CS Rafalafena. Castellon.
- Manuel Batalla Sales.
Médico de Familia. CS Rafalafena. Castellon.

Autor para correspondencia

- Jaume del Pozo i Niubò
E-mail: jaumedelpozo@hotmail.com

Bibliografía

1. Lee PE, Gill SS, Freedman M, et al. Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. BMJ. 2004; 329:75-9.
2. Herrmann N, Gauthier S. Diagnosis and treatment of dementia: 6. Management of severe Alzheimer disease. CMAJ 2008;179(12):1279-87.
3. Wang P, Schneeweiss S, Avorn J. Risk of death in elderly users of conventional vs atypical antipsychotic medications. N Engl J Med 2005;353:2335-41.
4. Gill S, Rochon P, Herrmann N. Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study. BMJ. 2005;330:445.
5. Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. Lancet 2009; 373:31-41.