

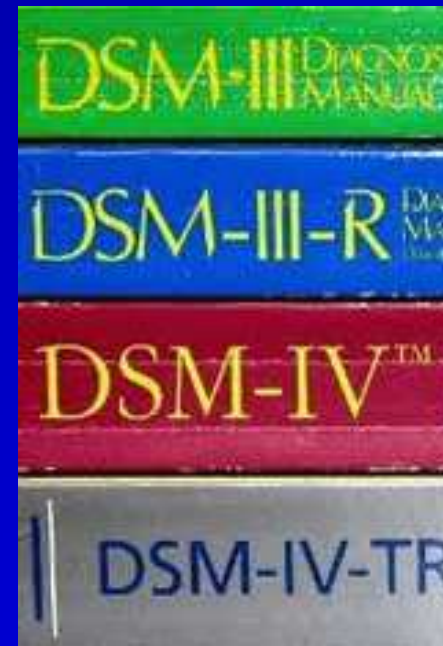
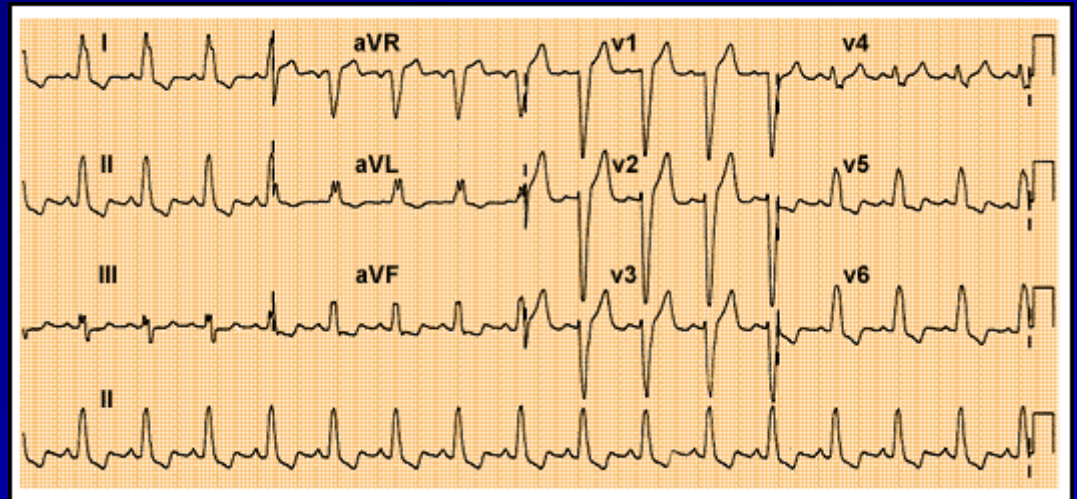
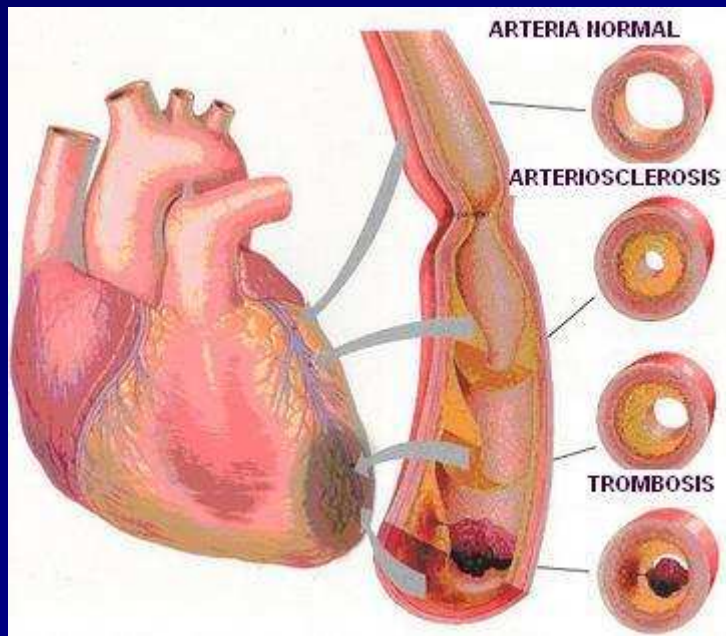
# Ús d'antipsicòtics a la pràctica clínica

## Per a quines indicacions es fan servir?

Dolores Rodriguez

21 novembre 2013

[dr@icf.uab.es](mailto:dr@icf.uab.es)



# Indicacions risperidona

- Tractament:
  - de l'esquizofrènia
  - dels episodis maníacs de moderats a greus associats als trastorns bipolars

# Indicacions risperidona

- Tractament:
  - a curt termini ( fins a 6 setmanes ) de l'agressió persistent que pot aparèixer en pacients amb **demència de tipus Alzheimer** de moderada a greu que no responen a altres mesures no farmacològiques i quan hi ha un risc de dany per a ells mateixos o per als altres

# Indicacions risperidona

- Tractament:
  - simptomàtic a curt termini ( fins a 6 setmanes ) de l'agressió persistent en els trastorns de la conducta en **nens de 5 anys d'edat en endavant i adolescents** amb un funcionament intel·lectual per sota de la mitjana o retard mental diagnosticats d'acord al criteri DSM -IV , en què la gravetat de l'agressió o altres comportaments pertorbadors requereixin tractament farmacològic.

El tractament farmacològic ha de formar part d'un programa terapèutic més exhaustiu, amb mesures educatives i psicosocials. Es recomana la prescripció de risperidona per un especialista en neurologia infantil i en psiquiatria per a infants i adolescents o metges familiaritzats amb el tractament dels Trastorns de Conducta en nens i adolescents

# Indicacions haloperidol

- Com neurolèptic a:
  - Deliris i al·lucinacions en:
    - esquizofrènia aguda i crònica o
    - paranoia o
    - confusió aguda, alcoholisme (síndrome de Korsakoff)
  - Deliri hipocondríac
  - Trastorns de la personalitat: paranoide, esquizoide, esquizotípica, antisocial, límit i altres personalitats

# Indicacions haloperidol

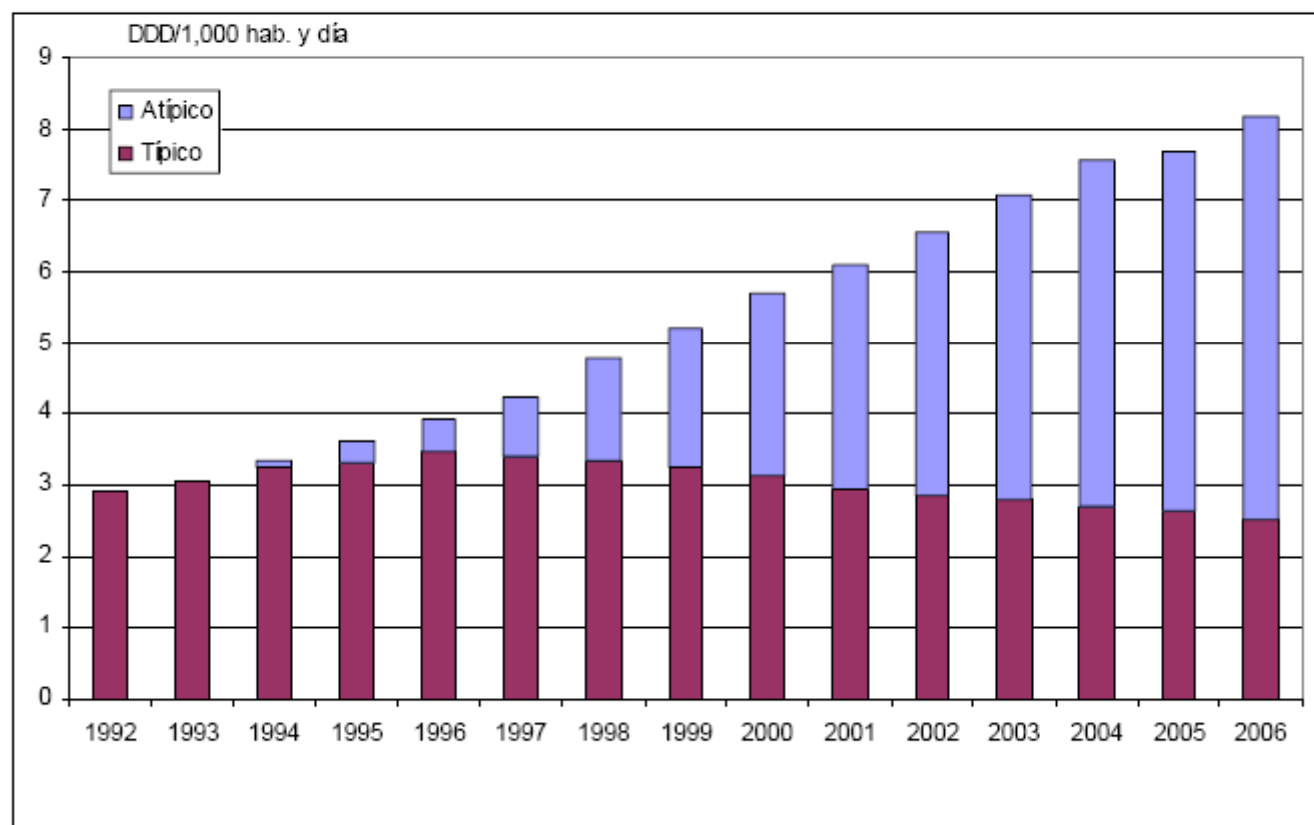
- En el tractament de l'agitació psicomotriu a:
  - Mania, demència, retard mental, alcoholisme
  - Trastorns de la personalitat: obsessiu-compulsiva, paranoide, histriònica i altres personalitats
  - Agitació, agressivitat i conductes d'evitació en pacients geriàtrics
  - Trastorns de la conducta i del caràcter en nens
  - Moviments coreics
  - Singlot persistent
  - Tics, tartamudeig i símptomes de la síndrome de Gilles de la Tourette i corees relacionades.

**Tabla 1. Utilización de antipsicóticos en España. Datos expresados en DDD/1.000 hab. y día. Sistema Nacional de Salud.**

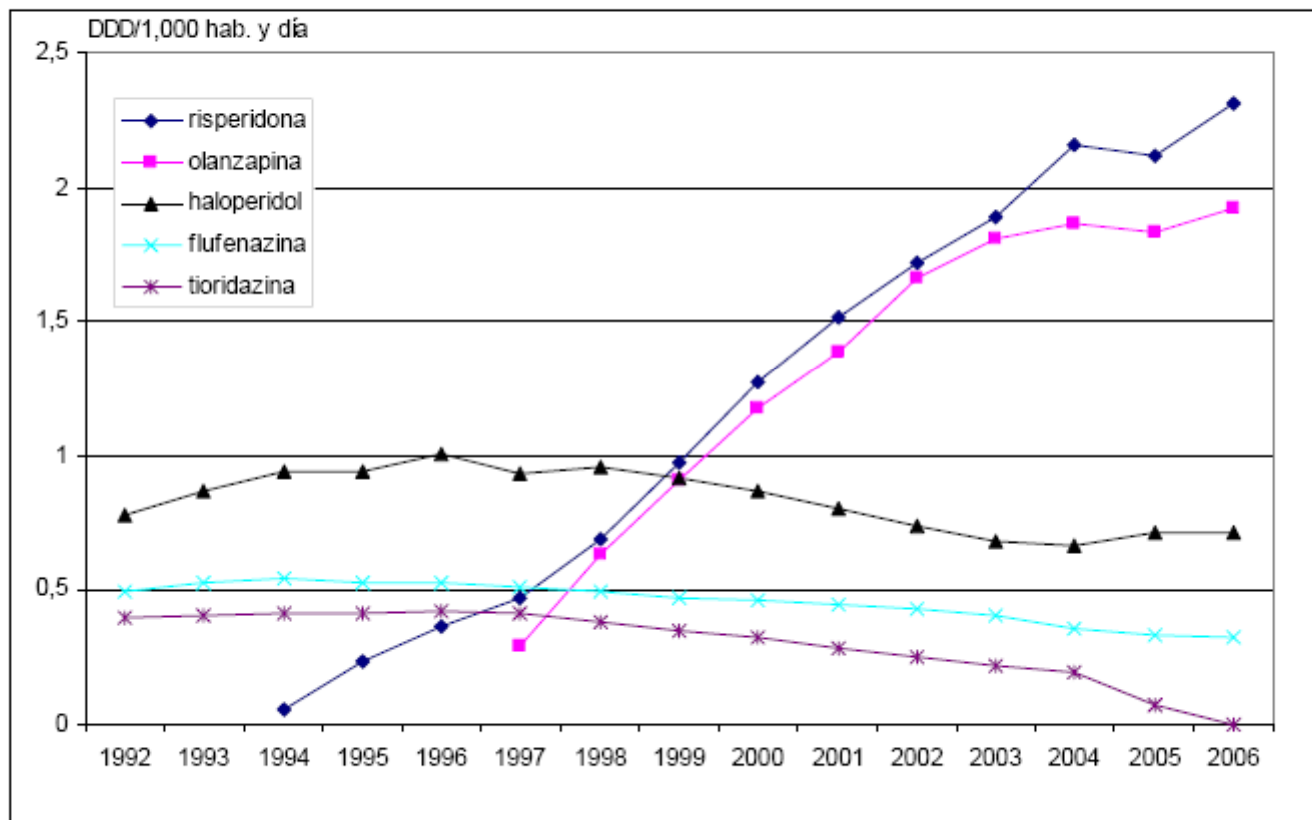
Tipo	Principio activo	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Atípico</b>	Aripiprazol														0,10	0,20
	Clozapina		0,01	0,04	0,05	0,07	0,08	0,08	0,10	0,11	0,11	0,12	0,14	0,16	0,16	0,19
	Olanzapina						0,29	0,63	0,91	1,18	1,39	1,66	1,81	1,86	1,83	1,92
	Quetiapina								0,01	0,13	0,21	0,31	0,46	0,62	0,77	
	Risperidona			0,06	0,24	0,37	0,47	0,69	0,97	1,28	1,52	1,72	1,89	2,16	2,12	2,32
	Sertindol						0,00	0,04	-	-	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Ziprasidona												0,15	0,22	0,23	0,26
<i>Total Atípico</i>			0,01	0,10	0,29	0,43	0,84	1,45	1,98	2,57	3,14	3,71	4,30	4,86	5,06	5,65
<b>Típico</b>	Amisulprida											0,05	0,14	0,22	0,27	0,32
	Clorpromazina	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,05	0,05	0,05	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,05
	Clotiapina	0,13	0,13	0,13	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14	0,15	0,16	0,16
	Flufenazina	0,50	0,52	0,54	0,53	0,53	0,51	0,49	0,47	0,47	0,44	0,43	0,41	0,36	0,34	0,33
	Haloperidol	0,78	0,87	0,94	0,94	1,01	0,93	0,96	0,92	0,87	0,80	0,74	0,68	0,66	0,71	0,72
	Levomepromazina	0,12	0,13	0,14	0,14	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,14	0,13	0,13	0,12	0,13	0,13
	Loxapina	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Perfenazina	0,06	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06	0,06	0,06	0,05	0,05	0,06
	Periciazina	0,10	0,10	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,10	0,10	0,09	0,09	0,08	0,08	0,08	0,08
	Pimozida	0,10	0,11	0,12	0,12	0,12	0,11	0,10	0,10	0,10	0,09	0,09	0,08	0,07	0,07	0,07
	Pipotiazina	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,06	0,06	0,05	0,05	0,05	0,04	0,04	0,03	0,03	0,03
	Sulpirida	0,22	0,23	0,25	0,27	0,29	0,30	0,30	0,31	0,31	0,32	0,32	0,31	0,31	0,30	0,29
	Sulpirida asociaciones	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,16	0,15	0,15	0,14	0,13	0,12	0,12	0,10	0,00
	Tiaprida	0,08	0,08	0,09	0,09	0,10	0,09	0,09	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08
	Tioproperazina	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Tioridazina	0,40	0,41	0,42	0,42	0,42	0,41	0,38	0,35	0,32	0,28	0,25	0,22	0,19	0,07	0,00
	Tioridazina asociaciones	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Trifluoperazina	0,07	0,08	0,08	0,08	0,08	0,07	0,06	0,06	0,06	0,05	0,05	0,05	0,04	0,04	0,03
	Zuclopentixol			0,02	0,08	0,13	0,17	0,18	0,20	0,20	0,20	0,20	0,19	0,17	0,16	0,16
	<i>Total Típico</i>		2,90	3,06	3,25	3,32	3,47	3,38	3,33	3,24	3,13	2,95	2,85	2,77	2,69	2,63
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>2,90</b>	<b>3,07</b>	<b>3,35</b>	<b>3,61</b>	<b>3,91</b>	<b>4,22</b>	<b>4,78</b>	<b>5,22</b>	<b>5,70</b>	<b>6,09</b>	<b>6,56</b>	<b>7,08</b>	<b>7,55</b>	<b>7,69</b>	<b>8,17</b>



**Figura 1. Utilización de antipsicóticos en España. Datos expresados en DDD/1.000 hab. y día. Sistema Nacional de Salud**



**Figura 3. Utilización de los principales antipsicóticos en España. Datos expresados en DDD/1.000 hab. y día. Sistema Nacional de Salud**



# Grups terapèutics amb més import facturat a Catalunya

Gener- agost 2013

Taula 2. Facturació dels 20 principis actius amb major participació sobre l'import líquid

Principi actiu	Indicació	Líquid 13	%/total
Salmeterol y otros	Antiasmàtic	27.205.531	3,1%
Pregabalina	Antiepilèptic	22.320.896	2,6%
Insulina glargina	Diabetis	17.635.689	2,0%
Formoterol y otros	Antiasmàtic	17.621.222	2,0%
Atorvastatina	Hipolipemiant	16.179.980	1,9%
Tiotropio, bromuro de,	Antiasmàtic	15.949.559	1,8%
Risperidona	Antipsicòtic	14.544.594	1,7%
Omeprazol	Antiúlcer	12.772.789	1,5%
Aripiprazol	Antipsicòtic	12.025.735	1,4%
Enoxaparina	Antitrombòtic	11.866.764	1,4%
Fentanilo	Analgèsic	11.786.309	1,4%
Duloxetina	Antidepressiu	11.180.201	1,3%
Quetiapina	Antipsicòtic	11.134.869	1,3%
Paliperidona	Antipsicòtic	10.229.128	1,2%
Memantina	Antidemència	9.784.719	1,1%
Metformina y sitag.	Antidiabètic	9.632.990	1,1%
Tacrolimus	Immunosupres.	9.248.190	1,1%
Olanzapina	Antipsicòtic	8.827.016	1,0%
Paracetamol	Analgèsic	8.261.915	0,9%
Rivastigmina	Antidemència	8.242.854	0,9%



**Tabla 2** Utilización del fármaco antipsicótico según indicación

Indicación	Fármaco antipsicótico					Total
	Risperidona	Quetiapina	Olanzapina	Ziprasidona	Dos o más	
Alteración de la conducta. Demencia (%)	146 (67,0)	39 (17,9)	26 (11,9)	3 (0,9)	5 (2,3)	219
Esquizofrenia (%)	41 (65,1)	7 (11,1)	9 (14,3)	1 (1,6)	5 (7,9)	63
Trastorno bipolar (%)	8 (50,0)	3 (18,8)	5 (31,3)	–	–	16
Psicosis	8 (50,0)	4 (25,0)	4 (25,0)	–	–	16
Trastorno obsesivo-compulsivo (%)	–	–	1 (100,0)	–	–	1
No especificada (%)	23 (79,3)	3 (10,3)	2 (6,9)	–	1 (3,4)	29
						344

# ÚS D'ANTIPSIKÒTICS EN ITÀLIA (AP)

Table 1 Use of antipsychotic drugs, stratified by calendar year

Molecules	1999		2002	
	DDD <sup>a</sup> per 1000 inhabitants per day	Percentage on total	DDD <sup>a</sup> per 1000 inhabitants per day	Percentage on total
Typical	1.53	89.5	1.19	62.0
Haloperidol	0.49	28.7	0.41	21.4
Clotiapine	0.14	8.2	0.13	6.8
Levosulpiride	0.16	9.4	0.10	5.2
Fluphenazine	0.12	7.0	0.10	5.2
Thioridazine	0.15	8.8	0.08	4.2
Chlorpromazine	0.06	3.5	0.06	3.1
Other typical <sup>b</sup>	0.41	24.0	0.31	16.1
Atypical	0.18	10.5	0.73	38.0
Olanzapine	0.06	3.5	0.38	19.8
Risperidone	0.10	5.8	0.25	13.0
Quetiapine <sup>c</sup>	–	–	0.06	3.1
Clozapine	0.02	1.2	0.04	2.1
Total	1.71	100.0	1.92	100.0

**Table 2** Demographic and clinical characteristics of patients in treatment with antipsychotic drugs, stratified by drug type and calendar year

	1999 ( <i>n</i> = 4 505)		2002 ( <i>n</i> = 6 064)	
	Typicals ( <i>n</i> = 4 284)	Atypicals ( <i>n</i> = 221)	Typicals ( <i>n</i> = 4 490)	Atypicals ( <i>n</i> = 1 574)
<b>Gender (%)</b>				
Male	1 588 (37.1)	108 (48.9)	1 820 (40.5)	712 (45.2)
Female	2 696 (62.9)	113 (51.1)	2 670 (59.5)	862 (54.8)
Mean age (DS)	65.5 (19.5)	52.1 (20.1)	63.6 (19.6)	60.1 (21.9)
<b>Age groups (%)</b>				
15–29	159 (3.7)	34 (15.4)	231 (5.1)	156 (9.9)
30–49	846 (19.7)	90 (40.7)	998 (22.2)	415 (26.4)
50–64	968 (22.6)	36 (16.3)	1 002 (22.3)	230 (14.6)
65–79	1 083 (25.3)	37 (16.7)	1 111 (24.7)	387 (24.6)
≥80	1 228 (28.7)	24 (10.9)	1 148 (25.6)	386 (24.5)
<b>Diagnostic groups (%)</b>				
Other or no diagnosis	961 (24.9)	27 (12.2)	658 (14.7)	91 (5.7)
Schizophrenia	296 (6.9)	71 (32.1)	332 (7.4)	294 (18.7)
Affective disorders	1 408 (32.9)	43 (19.4)	1 365 (30.4)	378 (24.0)
Other psychotic disorders <sup>a</sup>	1 045 (27.6)	72 (32.6)	1 533 (34.1)	501 (31.8)
Dementia	374 (8.7)	8 (3.7)	601 (13.4)	311 (19.8)

<sup>a</sup>Psychosis not otherwise specified, paranoid disorders, reactive psychosis, personality disorders, alcohol or drug-related psychosis, psychosomatic disturbances

## Crece el uso de antipsicóticos en niños y adolescentes, según estudio

### La cifra aumentó considerablemente en Estados Unidos.

En una de cada tres consultas psiquiátricas de niños y adolescentes se prescriben antipsicóticos, en Estados Unidos. Esto según un estudio de la Columbia University, en Nueva York.

Las cifras son alarmantes porque en 1990 esta situación se presentaba en una de once citas.

Los investigadores dicen que el aumento de esta prescripción se debe a que los médicos están indicando este tipo de fármacos para tratar conductas como el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

No obstante, el doctor Mark Olfson, autor principal del estudio y profesor de psiquiatría clínica de la universidad dijo que estos "están aprobados para tratar la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la irritabilidad con el autismo, pero no para el TDAH".

La investigación, que analizó información de casi medio millón de consultas médicas en Estados Unidos entre 1993 y el 2009, halló que el 90 por ciento de los antipsicóticos recetados a niños y adolescentes entre el 2005 y el 2009 eran para un uso no aprobado

Los investigadores hallaron que las consultas médicas de 1993 a 1998 y de 2005 a 2009 que tenían que ver con la receta de un antipsicótico a un niño aumentaron siete veces, de 0.24 a 1.83 por 100 personas.

Para los adolescentes de 14 a 20 años, la tasa aumentó de 0.78 a 3.76 por 100 personas, y para los adultos, más o menos se duplicó, de 3.25 a 6.18 por 100 personas.

El estudio fue publicado en la edición Web del 6 de agosto de la revista Archives of General Psychiatry.

# Las consecuencias de "medicalizar" con peligrosísimos antipsicóticos

Por Miguel Jara  30 de agosto de 2012

 Bufete Almodóvar & Jara Medicalización Medicamentos peligrosos  63 Comentarios

Un psiquiatra de mi confianza y colaborador habitual del blog ha estado este verano juntando toda la información que posee sobre la peligrosidad e inutilidad de los medicamentos antipsicóticos y me ha enviado un texto largo sobre ello que os resumo:

- 1- Los antipsicóticos son responsable de una **pérdida media de más 15 años de vida en pacientes esquizofrénicos**. Puesto que esto es una medida estadística, podríamos decir que **matan a bastantes de sus usuarios**, algunos jóvenes. En los ancianos con demencia se podría hablar de un **gerontocidio lucrativo**.
- 2- El pronóstico de la esquizofrenia es significativamente mejor en **Nigeria** o **India** que en los países desarrollados. El menor uso de antipsicóticos y la existencia de **redes sociales naturales más tolerantes e inclusivas** parecen ser las variables importantes. Como preventivos de recaídas en la esquizofrenia, los antipsicóticos no solo dejan de ser eficaces hacia el final del primer año después del brote agudo, sino que **en algunos casos las causan y peores que el brote original** (psicosis de rebote o supersensibilidad dopamínica).
- 3- Aparte de los efectos sobre la salud en general, producen efectos y **reacciones adversas** de tipo neurológico y cognitivo **discapacitantes y/o muy desagradables en un alto porcentaje** de casos.
- 4- Las diferencias como grupo entre los "convencionales" y los "atípicos" o de nueva generación, son mayormente un **cínico cuento de marketing** para expandir y encarecer su uso.



# Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente

2009

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS  
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO



# Dades epidemiològiques

- Prevalença de l'esquizofrènia.
  - En una revisió sistemàtica de 188 estudis publicats entre 1965 i 2002 sobre la prevalença de l'esquizofrènia en 46 països, la prevalença mostra generalment valors compresos entre 4 i 7/1.000.
  - Depèn del tipus d'estimació emprat i variacions substancials entre diferents llocs.

# Objectius

- Reducció de la freqüència, gravetat i conseqüències psicosocials dels episodis.
  - Optimització de la funció psicosocial entre els episodis.
- 
- Tractament dels símptomes dels episodis aguts.
  - Prevenció d'episodis futurs.
  - Millora dels símptomes entre episodis.

# Mesures no farmacològiques

- Psicoteràpia individual
- Psicoteràpia grupal
- Intervenció familiar
- Rehabilitació psicosocial
  - Entrenament en habilitats socials
  - Rehabilitació cognitiva
  - Rehabilitació laboral
  - Alternatives residencials en la comunitat
  - Clubs social i fundacions tutelars

## Antipsychotics in Adults With Schizophrenia: Comparative Effectiveness of First-Generation Versus Second-Generation Medications

2012

A Systematic Review and Meta-analysis

Lisa Hartling, PhD; Ahmed M. Abou-Setta, MD, PhD; Serdar Dursun, MD, PhD; Shima S. Mousavi, MD; Dion Pasichnyk, BSc; and Amanda S. Newton, RN, PhD

L'objectiu d'aquesta metaanàlisi d'assaigs clínics i estudis de cohorts, almenys 2 anys de durada, finançat per l'Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) va ser comparar els efectes simptomàtics beneficiosos i indesitjats.

### CONCLUSIÓ:

Es continua sense saber clarament si els antipsicòtics de segona generació **són millors** que els de primera generació en el tractament de l'esquizofrènia, a causa de les diferents maneres de mesurar els resultats i de la manca de diferències clínicament importants en la majoria de les comparacions.

La solidesa de les proves sobre **efectes adversos** mèdics greus és baixa o insuficient.

# I les recaigudes?

Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis

Stefan Leucht, Magdolna Tardy, Katja Komossa, Stephan Heres, Werner Kissling, Georgia Salanti, John M Davis Lancet 2012

Revisió dels assaigs clínics de pacients amb esquizofrènia que van prosseguir amb la presa de l'antipsicòtic o als que es va retirar el fàrmac un cop estabilitzada la malaltia. Seguiment: 7 a 12 mesos

Els antipsicòtics van reduir de manera significativa les taxes de recaiguda a un any **27% amb fàrmacs, 64% amb placebo**, RR = 0,40 (IC95%, 0,33-0,49)

Altres variables: qualitat de vida, ocupació o feina??

# I les recaigudes?

Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis

Stefan Leucht, Magdolna Tardy, Katja Komossa, Stephan Heres, Werner Kissling, Georgia Salanti, John M Davis Lancet 2012

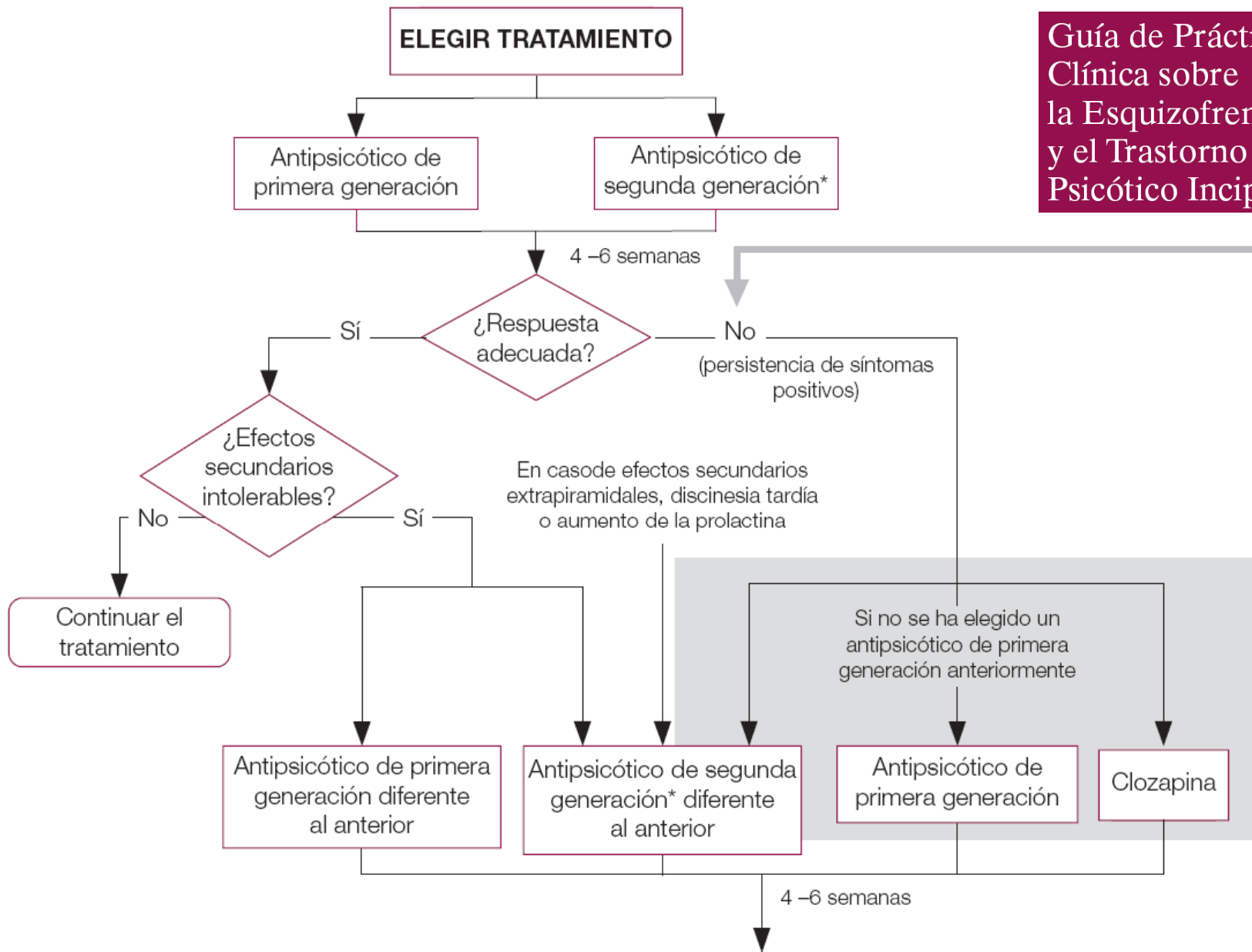
Limitacions: més efectes en estudis oberts que en doble cec, diferències en definició de recurrència.

Valoració del benefici-risc. Possibles modificacions estructurals cerebrals, disfòria persistent i afectació motivacional persistent

No relació amb:

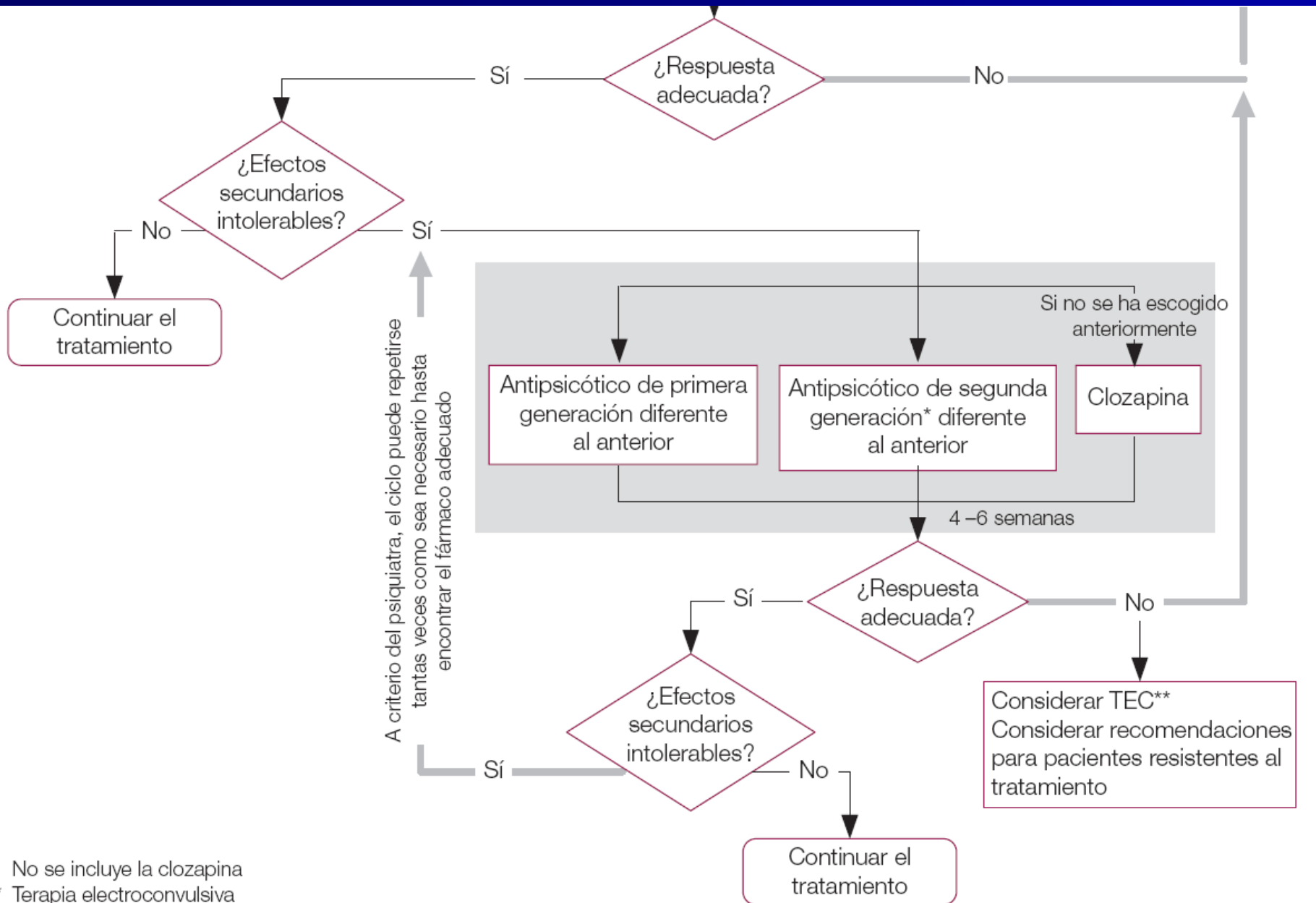
- nombre d'episodis,
- si els pacients estaven en remissió,
- si la retirada va ser brusca o gradual,
- la durada de l'estabilitat abans de l'entrada en l'assaig clínic,
- el tipus d'antipsicòtic

Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente



A criterio del psiquiatra, el ciclo puede repetirse tantas veces como sea necesario hasta encontrar el fármaco adecuado





\* No se incluye la clozapina  
 \*\* Terapia electroconvulsiva

Taula comparativa dels efectes adversos entre els antipsicòtics

	Conven- cionales	Clozapina	Olanzapina	Risperidona	Quetiapina	Amisulprida	Ziprasidona	Aripripazol
Extrapiramidal	+++	+/-	+	++	+/-	++	+	+
Discinecia T	+++	-	+	+/-	+/-	?	?	?
Sedació	+/>+++	+++	++	+	+++	+/-	++	+
Convulsions	+/-	++	+/-	+/-	+/-	+/-	++	+
hT ortostàtica	+/>+++	+++	+	+	+	+	+	+
↑ QT	+	+	+/-	+/-	+/-	+/-	+	-
Agranulocitosi	+/-	+++	-	-	-	-	-	-
Anticolinèrgic	+/>+++	+++	++	-	+/>+++	+	-	?
↑ pes	+/>+++	+++	+++	++	++	+/>+++	+/-	+/-
↑ GOT/GPT	+/-	+	+/-	+/-	+/-	+/-	?	?
↑ prolactina	+/>+++	-	+/-	+	+	+/>+++	+	-
DM	-	+	+	+/-	+/-	?	?	-

Individualitzar el tractament

Dosis més baixes possibles

# Embaràs-lactància

- Informació escassa. No s' han associat a un risc teratogènic important. S'han de considerar el seu ús en cas necessaris.
- S'han notificat un increment del risc de presentar hiperglicèmia.
- Recomanacions:
  - Administrar la menor dosis del fàrmac necessària per a controlar la malaltia.
  - Evitar els preparats de alliberament sostingut.
  - Valorar la suspensió del tractament durant la fase de organogènesis i al final de l'embaràs (efectes extrapiramidals) segons el risc de recaigudes de la malaltia materna.

# Altres indicacions

# Efficacy and Comparative Effectiveness of Atypical Antipsychotic Medications for Off-Label Uses in Adults

A Systematic Review and Meta-analysis

JAMA 2011

Un informe de l'AHRQ (agència de qualitat) dels EUA conclou que hi ha proves escasses favorables a la major part de les indicacions no autoritzades dels fàrmacs antipsicòtics

Indicacions: demencia, depresi3n mayor como medicaci3n a1nadida o depresi3n mayor en monoterapia, trastorno obsesivo-compulsivo, s3ndrome de estr3s post-traum3tico (como tratamiento a1nadido), trastorno de ansiedad generalizada, trastorno l3mite de personalidad, anorexia, s3ndrome de Tourette y abuso de drogas

Els fàrmacs: aripiprazol, asenapina, clozapina, iloperidona, olanzapina, paliperidona, quetiapina, risperidona i ziprasidona.

D'aquests, risperidona, quetiapina i olanzapina s3n els utilitzats amb m3s freqüència en indicacions no autoritzades.

# Efficacy and Comparative Effectiveness of Atypical Antipsychotic Medications for Off-Label Uses in Adults

A Systematic Review and Meta-analysis

JAMA 2011

Per a les puntuacions globals de símptomes conductuals associats a demència en persones grans pacients, es van observar beneficis petits però estadísticament significatius per l'aripiprazol, olanzapina, i la risperidona.

La quetiapina es va associar amb beneficis en el tractament de la generalitzada trastorn d'ansietat.

La risperidona es va associar amb beneficis en el tractament del trastorn obsessiu-compulsiu.

Els esdeveniments adversos van ser freqüents.

# Altres indicacions

- Demència
- Adolescents



# TDHA

2009

**NHS**

*National Institute for  
Health and Clinical Excellence*

Guía de Práctica Clínica  
sobre el Trastorno  
por Déficit de Atención  
con Hiperactividad  
(TDAH) en Niños  
y Adolescentes 2010

- Antipsicòtics

Evidència científica

No hi ha evidència científica que el tractament amb antipsicòtics atípics sigui de valor per al tractament del TDAH



- Home de 76 anys que arriba a la consulta per un quadre catarral. A la història consta que està prenent **risperidona** des de fa **un any i mig**. Està diagnosticat de **demència tipus Alzheimer** des de fa **8 anys**, amb tractament amb **donepezil** des fa 6 anys.
- A més, té antecedents d'ulcus gàstric fa 20 anys, una hipertensió sistòlica aïllada controlada amb enalapril i **amlodipino**, artrosi de genoll que millora amb **naproxèn** i una hiperplàsia benigna de pròstata que tracta amb **doxazosina**. També té prescrit **omeprazol**. Viu amb la seva dona
- La risperidona havia estat indicada perquè la dona va explicar que portava una temporada en què estava molt **agitat a les nits** i durant el dia **no volia menjar** i semblava com si tingués **por**.
- Quan es pregunta a la dona, explica que d'ençà pren la risperidona està una mica millor, sobretot per les nits sembla estar més tranquil.

# Síntomes Psicològics i de Comportament de la Demència

- SPCD (1996, IPA): símptomes d'alteració de la percepció, del contingut del pensament, l'estat de l'ànim o la conducta, que sovint es presenta en pacients amb demència
- Un 60-98% dels pacients amb demència presentaran en algun moment SPCD (Síntomes Psicològics i de Comportament de la Demència)
- Els SPCD tenen impacte sobre:
  - Pacient
  - Cuidador
  - Societat

# Classificació segons soportabilitat en el cuidador

Grup I (insoportabilitat intensa)	Grup II (insoportabilitat moderada)	Grup III (insoportabilitat lleu)
<p><i>Psicològics</i></p> <p>Idees delirants</p> <p>Al·lucinacions</p> <p>Ànim depressiu</p> <p>Insomni</p> <p>Ansietat</p>	<p><i>Psicològics</i></p> <p>Errors d'identificació</p>	
<p><i>Trastorns de conducta</i></p> <p>Agressivitat física</p> <p>Deambulació erràtica</p> <p>Inquietud</p>	<p><i>Trastorns de conducta</i></p> <p>Falta de motivació</p> <p>Agitació</p> <p>Conducta inapropiada</p> <p>Crits</p>	<p><i>Trastorns de conducta</i></p> <p>Plors</p> <p>Llenguatge malsonant</p> <p>Preguntes repetitives</p> <p>Persecució</p>

# Factors desencadenats

- L'entorn: hiperestimulació, soroll ambiental, canvis d'hàbits
- El cuidador: relació prèvia, cuidadors desconeguts, reaccions del cuidador front la malaltia, forma de cuidar, comunicació entre cuidador i pacient.
- El pacient: dolor, patologia concomitant (infecció, descompensació malaltia crònica, deshidratació), fàrmacs.

# Objectiu del tractament

- Controlar els símptomes per tal de millorar la qualitat de vida del pacient i del cuidador

# Abordatge terapèutic

- Mesures no farmacològiques
- Mesures farmacològiques
  - Neurolèptics
  - Inhibidors de la colinesterasa
  - Antidepressius
  - Anticonvulsivants
  - Benzodiazepines

# Mesures no farmacològiques

- Mesures d'aplicació pel cuidador al domicili
- Mesures més sofisticades aplicades per personal especialitzat



## Recomendaciones no farmacológicas para el manejo del paciente en el domicilio

- Adaptar el domicilio para evitar caídas, accidentes y extravíos.
- Utilizar ayudas técnicas para las actividades cotidianas.
- Señalizar las habitaciones, usar calendarios, fotografías que favorezcan la orientación témporo-espacial.
- Crear un ambiente tranquilo, iluminado, sin ruidos excesivos.
- Adoptar rutinas en el horario de las actividades cotidianas.
- Mantener activo al paciente, realizar actividades instrumentales y de autocuidado
- Fomentar el ejercicio diario, dar un paseo, planificar actividades gratificantes .
- Adoptar medidas de higiene del sueño
- Evitar incontinencia: reeducación vesical.
- Si repite actos o preguntas distraer la atención hacia otra actividad.
- Si aparece agresividad mantener la calma, acercarse con suavidad, evitar las restricciones físicas, alejarle de los lugares o situaciones que le inquieten.
- No intentar razonar ni discutir con el paciente. No perder la calma
- Utilizar frases cortas y palabras sencillas. Dar tiempo para que el enfermo se exprese. Utilizar lenguaje no verbal.



# Mesures no farmacològiques

- Intervencions cognitives: estimulació de la memòria, multisensorials
- Orientació a la realitat
- Reminiscència
- Intervencions conductuals
- Musicoteràpia
- Teràpia de validació
- Activitats ocupacionals, recreatives o exercici físic

# Antipsicòtics típics

- 3 Metaanàlisis (haloperidol és el més avaluat). Duració màx 16 setmanes. Pacients heterogenis (etiologia demència, context de vida)
  - Eficàcia front placebo  $\Rightarrow$  modesta
- Efectes adversos: sedació, efectes anticolinèrgics i extrapiramidals.
- Es pot retirar

# Antipsicòtics atípic

- Risperidona i olanzapina
  - AC. Limitacions: durada curta (no més de 12 setmanes), pacients heterogenis (etiologia demència, context de vida).
  - Eficàcia  $\Rightarrow$  moderada i escassa rellevància clínica
  - Efectes adverses: sedació, efectes extrapiramidals

# Inhibidors de la colinesterasa

- 2 Metaanàlisis i 6 AC
  - Limitacions: durada curta (no més de 12 setmanes), pacients heterogenis (etiologia demència, context de vida).
  - Eficàcia  $\Rightarrow$  moderada i escassa rellevància clínica
  - Efectes adversos: anticolinèrgics

# Altres

- **Antidepressius**

Milloria en símptomes depressius i citalopram en agitació

Trazodona vs haloperidol⇒: l'agressivitat verbal van respondre millor amb la trazodona, l'augment de l'activitat física millor haloperidol. Els pacients tractats amb fàrmacs van empitjorar en la capacitat per a realitzar activitats físiques i instrumentats.

# Antidepresivos para el tratamiento de la depresión en la demencia

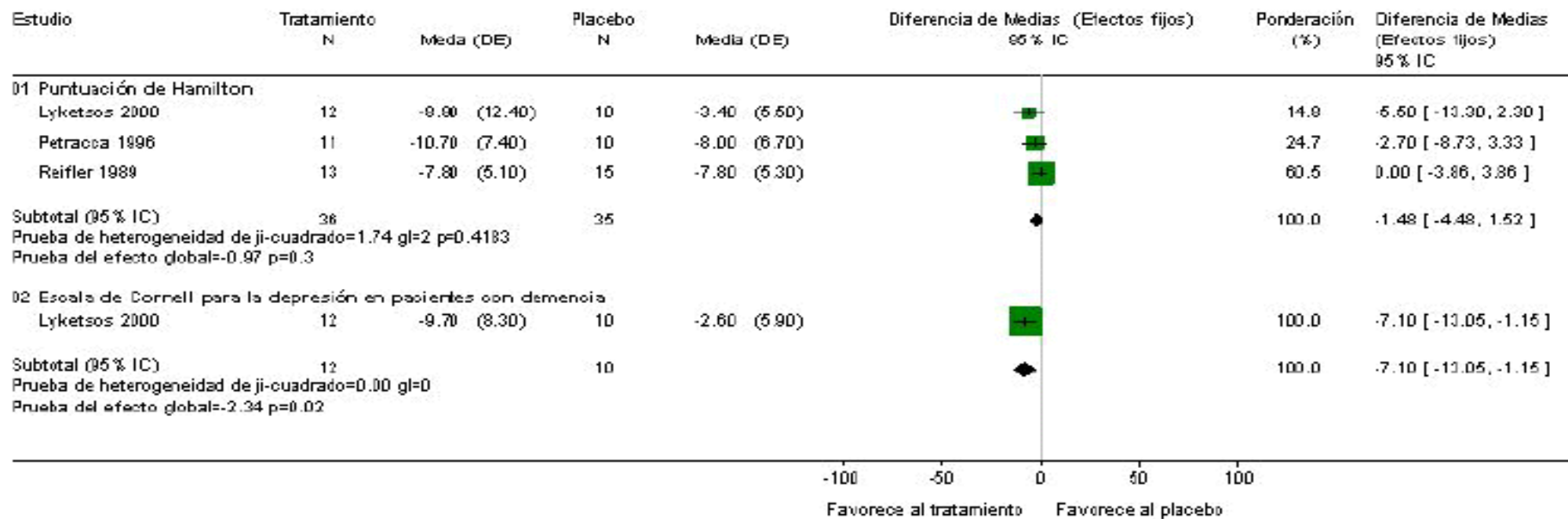
Bains J, Birks JS, Dening TR

Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007, Número 3

Revisión: Antidepresivos para el tratamiento de la depresión en la demencia

Comparación: 01 Antidepresivo versus placebo

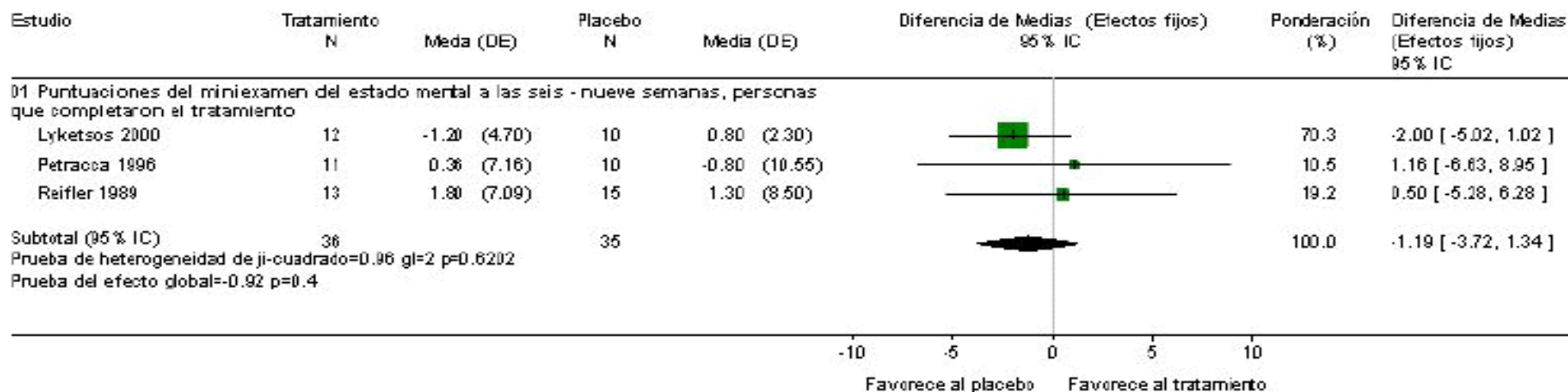
Resultado: 01 Cambio en la puntuación de depresión desde el inicio a las seis - nueve semanas, análisis de las personas que completaron el tratamiento



Revisión: Antidepresivos para el tratamiento de la depresión en la demencia

Comparación: 01 Antidepresivo versus placebo

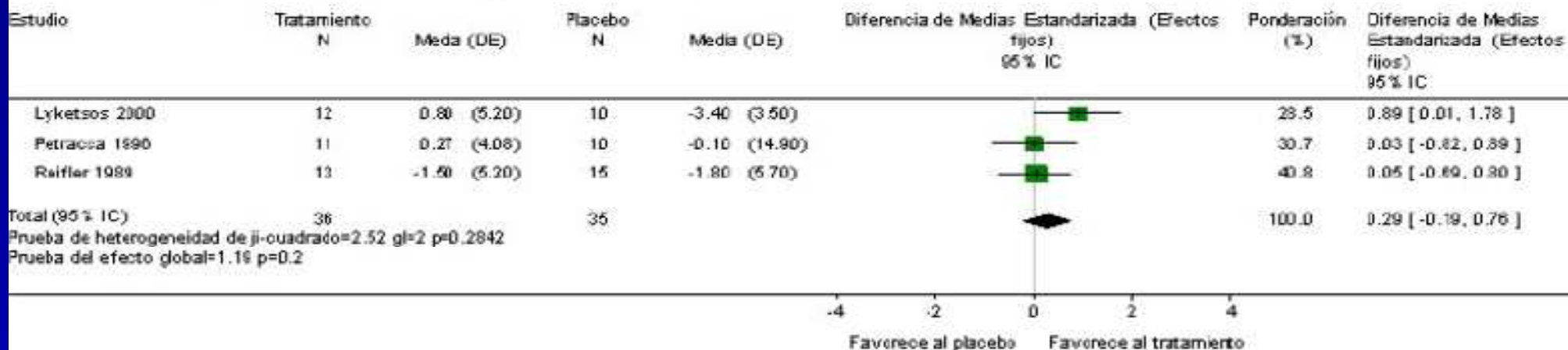
Resultado: 02 Cambio en la función cognitiva desde el inicio a las seis - nueve semanas, análisis de las personas que completaron el tratamiento



Revisión: Antidepresivos para el tratamiento de la depresión en la demencia

Comparación: 01 Antidepresivo versus placebo

Resultado: 03 Actividades de la vida diaria, cambio desde el inicio a las seis - nueve semanas, personas que completaron el tratamiento





# Altres

- **Anticonvulsivants**  
3 EC amb *valproat*; cap va mostrar eficàcia.  
2 EC amb *carbamacepina*; resultats discordants.
- **Benzodiazepines**  
Mal avaluades



agencia española de  
medicamentos y  
productos sanitarios

- Olanzapina
  - ↑ mortalitat 1,5%  $\Rightarrow$  3,5%
  - 3x AVC 0,4%  $\Rightarrow$  1,3
  - > 75 anys, demència vascular o mixta
- Risperidona
  - 3x AVC 1,2%  $\Rightarrow$  3,3%
  - > 65 anys



# Risc d'AVC

BMJ 2005;330:445-8.

- Estudi de cohorts retrospectiu amb 32.710 adults d'edat avançada amb demència que van rebre un antipsicòtic típic o atípic.
- Objectiu: comparar la incidència de ingressos per ictus.
- Resultat: antipsicòtics atípics vs antipsicòtics típics  
(1,6 vs 1,5%)  
**(OR= 1,01; IC95% 0,81-1,26)**

JAMA 2005;294:1934-1943

- Revisió de 15 EC ( 9 no publicats)
- Objectiu: calcular el risc de mortalitat en pacients amb demència
- Resultat: antipsicòtic atípic vs placebo  
(3,5% vs 2,3%)  
OR: 1.54 (IC 95%, 1.06-2.23;  $p=0.02$ )  
  
Mortalitat (haloperidol vs placebo)  
OR: 1.68 (IC 95%, 0.72-3.93;  $p=0.23$ )

# Conclusions

- Els SPCD són de difícil maneig. Els tractaments farmacològics disponible ofereix una eficàcia moderada amb uns efectes adversos considerables.
- Haloperidol, risperidona i olanzapina són els fàrmacs dels que disposen de major evidències d'eficàcia.
- Olanzapina no té la indicació aprovada al nostre país

# Conclusions

- Recomanacions:
  - fer una valoració acurada del pacient i començar amb les mesures no farmacològiques
  - si s'utilitzen fàrmacs: iniciar el tractament amb dosis baixes, fer un seguiment tant de l'eficàcia com dels efectes adversos i RETIRAR quan sigui possible:
    - Risperidona dosi inicial 0,25 mg/d  
dosi màx 2 mg/d
    - Haloperidol dosi inicial 0,25 mg/d  
dosi màx 2-3 mg/d



Ian Morrison decía: «Cuando nació, en Escocia la muerte era vista como **inminente**; mientras me formé en Canadá, comprobé que se vivía como **inevitable**, pero en mi residencia actual, California, parece que se percibe como **opcional**»



## Quines de les següents afirmacions sobre els antipsicòtics és certa o falsa?

- Disposem de dades d'assaigs clínics que han comparat els nous antipsicòtics (atípics) amb els antipsicòtics clàssics (típics) en el tractament de l'esquizofrenia i han mostrat que, els nous, tenen millor benefici-rics ja que són més eficaços en evitar les recaigudes i tenen menys efectes adversos.
- En els pacients amb demència, els antipsicòtics com a la risperidona i l'haloperidol, han mostrat tenir una eficàcia modesta per a tractar els símptomes d'agitació i deliri.

## Quines de les següents afirmacions sobre els antipsicòtics és certa o falsa?

- Donat que l'objectiu del tractament dels símptomes psicològics i del comportament associat a la demència és millorar els símptomes es poden retirar quan el pacient millora.
- Els antipsicòtics s'han mostrar eficaces en el tractament del trastorn de dèficit d'atenció amb d'hiperactivitat en els adolescents i són una bona alternativa al metilfenidat.