

ÍNDEX

INTRODUCCIÓ

Síntomes psicològics i conductuals associats a la demència (SPCD)

- Definició d'SPCD i epidemiologia
- SPCD i neurolèptics

TRACTAMENT DELS SPCD

- Mesures no farmacològiques
- Tractament farmacològic amb neurolèptics
 - Elecció del neurolèptic
 - Dosatge
 - Durada del tractament
 - Reducció gradual de les dosis
 - Monitoratge i seguiment clínic

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAFIA

Introducció

La demència és una síndrome clínica caracteritzada per un dèficit adquirit en més d'un domini cognitiu, que representa una pèrdua respecte del nivell previ i que redueix de manera significativa l'autonomia funcional. La demència cursa freqüentment amb símptomes psicològics i conductuals, també denominats «símptomes conductuals i emocionals» o «símptomes neuropsiquiàtrics»¹.

Símptomes psicològics i conductuals associats a la demència

Definició d'SPCD i epidemiologia

L'Associació Internacional de Psicogeriatría va acordar, l'any 1996, denominar els símptomes no cognitius que presentaven els pacients amb demència com a «símptomes psicològics i conductuals associats a la demència» (SPCD) i varen quedar definits com a 'símptomes d'alteració de la percepció, del contingut de pensament, l'estat d'ànim o les conductes'. Aquests símptomes apareixen en el 60 % dels pacients amb demència a la comunitat i fins al 80 % dels pacients institucionalitzats².

El risc de presentar SPCD depèn del tipus de demència i de la gravetat: és més gran en la demència frontotemporal, en la demència per cossos de Lewy, en la demència

vascular i en la relacionada amb la malaltia de Huntington. En conjunt, aquests símptomes apareixen en una tercera part de les formes lleus de demència i fins a dues terceres parts de les formes moderades³, i en ocasions poden precedir les alteracions cognitives, com sol ocórrer en la demència per cossos de Lewy o en la demència frontotemporal².

S'estima que, al cap de cinc anys del diagnòstic de demència, el 90 % dels pacients experimentaran algun d'aquests símptomes i que el 85 % els desenvoluparan amb prou transcendència clínica per requerir tractament farmacològic³.

Els símptomes psicològics i conductuals es poden classificar així:

- Alteració de la percepció: al·lucinacions.
- Alteració del contingut del pensament: deliris, idees obsessives.
- Alteració de l'estat d'ànim: ansietat, depressió i símptomes relacionats (tristesa, apatia, torpor afectiva), símptomes maniformes.
- Alteració conductual: inquietud, agressivitat, agitació, conductes motores aberrants, hipersexualitat, desinhibició.

La freqüència amb què solen aparèixer al llarg de la malaltia és la següent: apatia (72 %), deliris (70 %), agressivitat/agitació (60 %), trastorn psicomotor (46 %), irritabilitat/labilitat (42 %), trastorns del son-vigília (42 %), depressió (38 %), desinhibició (36 %), al·lucinacions (15 %), hipersexualitat (3 %), eufòria (2 %), trastorn obsessivo-compulsiu (2 %) ³.

La presència de símptomes psicòtics, agitació i agressivitat condiciona un pronòstic evolutiu més dolent i es relaciona amb una alteració cognitiva més gran i més ràpida i amb un risc més alt de mortalitat. A més, aquestes manifestacions provoquen un important estrès tant al pacient com als familiars i a les persones cuidadores, i en ocasions són les responsables de la institucionalització del pacient ³.

SPCD y neurolèptics

Els neurolèptics, també anomenats «antipsicòtics», s'empren molt sovint en el tractament dels SPCD. No obstant això, avui dia la tendència és considerar que els SPCD requereixen un abordatge multidisciplinari, que resulta imprescindible per a maneig clínic adequat.

És important també prevenir i detectar situacions que puguin actuar com a desencadenants dels símptomes (dolor, infeccions, restrenyiment, factors ambientals estressants o ús de determinats fàrmacs).

En els darrers anys s'ha detectat una prescripció elevada de neurolèptics a pacients geriàtrics, sobretot als institucionalitzats (30-50 %), i s'ha alertat així mateix de l'increment de la mortalitat (esdeveniments cerebrovasculars, problemes cardíacs...) de pacients amb demència tractats amb aquests fàrmacs (*Notas Informativas* de l'AEMPS) ^{4,5}.

La majoria dels països permeten emprar-los en indicació no aprovada (*off-label*), però en països com ara el Regne Unit i els Estats Units s'han aplicat mesures per a controlar la durada de les prescripcions (menys de sis mesos en el Regne Unit) i la reducció progressiva de l'ús en ancians (< 15 %).

Tot i que s'han publicat nombroses revisions, metanàlisis i guies de pràctica clínica sobre el tractament farmacològic dels SPCD, no hi ha un consens clar i s'aprecia variabilitat en el tractament farmacològic d'aquests símptomes.

Per tot això es recomana que l'utilització d'aquests fàrmacs es faci amb de manera acurada i en el context d'un protocol clínic rigorós. En general cal emprar la dosi mínima eficaç, durant el temps més breu possible i reavaluant contínuament la necessitat de mantenir el tractament.

L'objectiu d'aquest document és aportar recomanacions per a l'ús racional, segur i eficient dels fàrmacs neurolèp-

tics en el tractament dels SPCD en el nostre medi, atès que es tracta d'un problema complex que es presenta a tots els nivells assistencials (atenció primària, atenció hospitalària i atenció sociosanitària).

Tractament dels SPCD

Mesures no farmacològiques

El tractament farmacològic ha de ser el darrer recurs per a abordar els SPCD. Abans d'això cal proporcionar la informació adequada a les persones cuidadores sobre les estratègies de tractament no farmacològic: establiment de rutines estructurades i activitats programades, activitat física moderada, teràpies d'estimulació cognitiva i sensorial i teràpia conductual. La creixent evidència suggereix que aquests enfocaments poden ser eficaços per a reduir l'agitació i l'ansietat dels pacients amb demència ⁶. De la mateixa manera, les estratègies de distracció i reconducció verbal durant les crisis i la manera en què les persones cuidadores hi responguin —contacte visual directe, llenguatge calmat i respostes tranquil·litzadores— poden resultar decisives per a controlar adequadament els símptomes sense necessitat de fàrmacs ⁶. És important també prevenir i detectar situacions que puguin actuar com a desencadenants dels símptomes (dolor, infeccions, restrenyiment, factors ambientals estressants o ús de determinats fàrmacs).

Tractament farmacològic amb neurolèptics

Atès que el balanç benefici-risc de l'ús d'aquests fàrmacs per a tractar els SPCD és moderat, la prescripció s'ha de plantejar després d'exhaurir les mesures no farmacològiques, per tal d'evitar la sobreutilització ^{7, 8, 9, 10, 11, 12, 13}.

Abans d'iniciar el tractament amb neurolèptics cal avaluar el context clínic del pacient, especialment els factors de risc vascular i els potencials efectes adversos de la medicació.

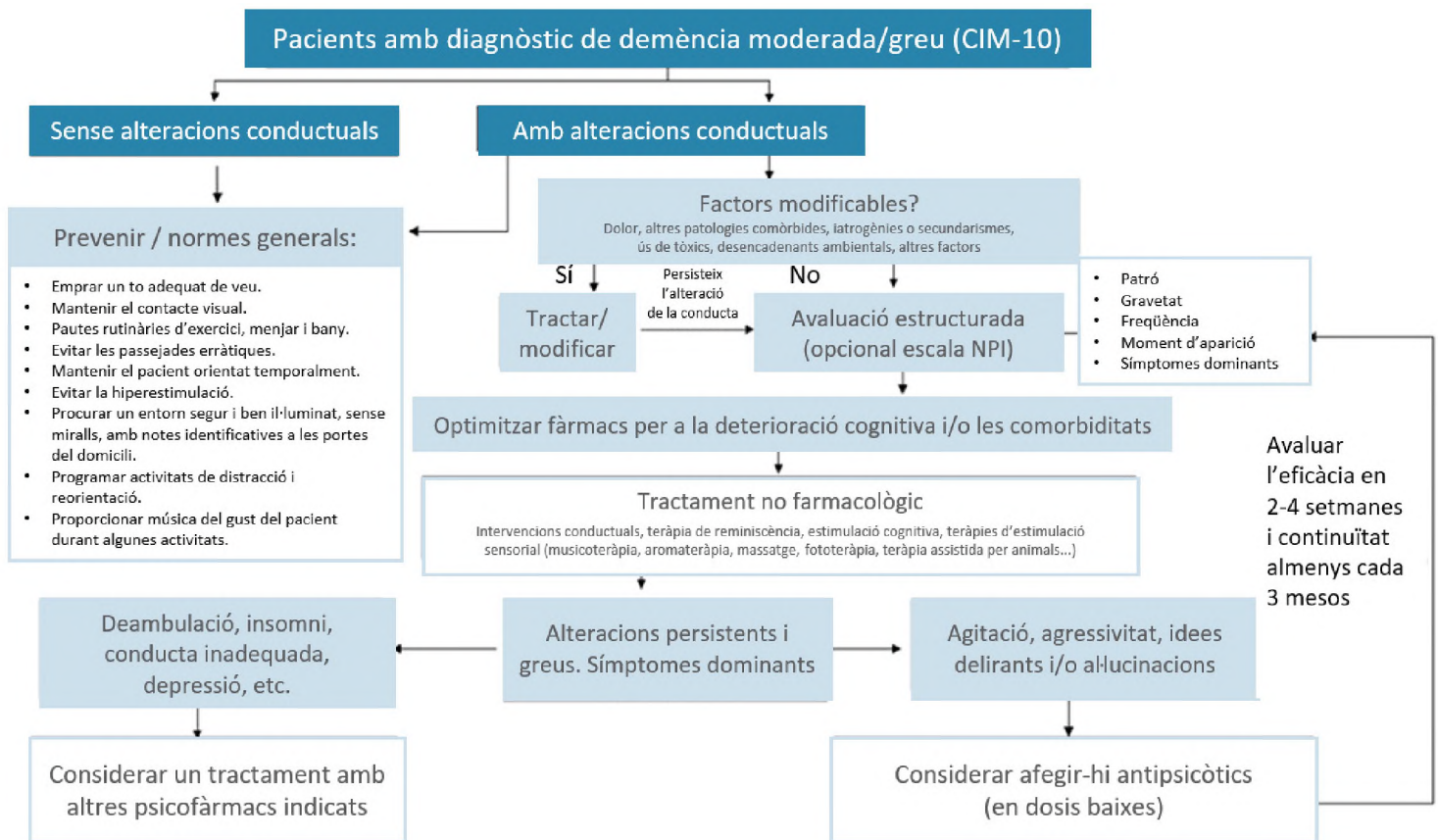
Així mateix, per a avaluar els efectes del tractament, la freqüència i la gravetat dels SPCD s'han de quantificar al començament per mitjà d'una anamnesi semiestructurada o d'escalas estandarditzades, com el *neuropsychiatric inventory* (NPI) ¹.

A més, cal informar el pacient o la persona cuidadora sobre els beneficis i els possibles riscos del tractament.

La indicació del tractament farmacològic només s'ha de considerar quan es compleixin els criteris d'inici següents⁸, 9, 10, 11, 14.

- Quan es tracti de símptomes greus:
 - Al·lucinacions i deliris amb important repercussió en la vida del pacient o del seu entorn.
 - Autoagressivitat i/o heteroagressivitat.
 - Agitació i ansietat incapacitadores.
- En cas de fracàs de les mesures no farmacològiques i d'altres possibles tractaments per a símptomes específics.
- Quan la gravetat dels símptomes sigui tal que posi en perill el pacient, n'empitjori significativament la qualitat de vida o interfereixi en la prestació de l'atenció que les persones cuidadores li proporcionen i els suposi un increment de l'ansietat o estrès.

Algorisme 1. Ús d'antipsicòtics en l'abordatge d'alteracions conductuals associades a la demència⁸



Traducció: Servei de Planificació Lingüística del Servei de Salut de les Illes Balears.

Elecció del neurolèptic

Neurolèptics típics i atípics

Els neurolèptics de primera generació (haloperidol) no es consideren diferents dels de segona generació en termes d'eficàcia (en agitació, símptomes psicològics i de comportament global), perquè no es disposa d'estudis comparatius⁹, però sí que són superiors en termes de rapidesa d'acció i potència. No obstant això, el perfil de seguretat és molt més favorable per als de segona generació¹¹.

En virtut de l'eficàcia, la seguretat i el cost més baix, la risperidona és la primera opció terapèutica per als pacients amb SPCD. Les evidències sobre l'ús de risperidona i olanzapina en el tractament de l'agitació greu, l'agressivitat i les psicosis en pacients amb demència són més fortes que per a l'aripirazole^{1,9,11}.

L'evidència per a la quetiapina és insuficient per a recomanar-ne l'ús de manera general^{1,15}, tot i que l'experiència clínica real ho avala en molts casos. Només l'haloperidol i la risperidona estan autoritzats per als casos de pacients amb demència, i per això l'ús d'olanzapina, aripirazole i quetiapina es faria en indicació no aprovada². A més, els neurolèptics atípics, tot i que es poden prescriure en el sistema de recepta electrònica,

En virtut de l'eficàcia, la seguretat i el cost més baix, la risperidona és la primera opció terapèutica per als pacients amb SPCD.

requereixen visat d'inspecció en els casos de pacients majors de 75 anys.

L'haloperidol és el neurolèptic de primera generació estudiat més extensament. Presenta una gran potència i està indicat en el tractament de l'agressivitat persistent i dels símptomes psicòtics en pacients amb demència d'Alzheimer moderada o greu¹⁶. No obstant això, a causa del perfil de seguretat, només s'ha d'emprar en situacions agudes (a curt termini) i per al tractament urgent de l'agitació^{8,16,17}, però mai com a neurolèptic d'elecció en tractaments prolongats, atès que els efectes extrapiramidals poden apareixer amb dosis més baixes que les que milloren l'agitació¹.

La **risperidona** és l'únic neurolèptic atípic amb la indicació autoritzada per l'Agència Europea del Medicament per emprar-lo en pacients amb una demència de tipus Alzheimer⁸ de moderada a greu, específicament per al tractament a curt termini (fins a sis setmanes) de l'agressivitat persistent que no respon a altres mesures no farmacològiques i quan hi ha risc de dany per al pacient mateix o per a altres persones¹⁸.

Taula 1. Resum comparatiu de l'eficàcia dels SPCD³

	Aripirazole	Olanzapina	Quetiapina	Risperidona
Demència en general	++	+	+	++
Psicosis en demència	+	+/-	+/-	++
Agitació en demència	+	++	+/-	++

- ++ Eficàcia entre moderada i alta
- + Eficàcia baixa o molt baixa
- +/- Resultats contradictoris

Situacions especials

En la malaltia de Parkinson i en la demència per cossos de Lewy, els deliris i les al·lucinacions (sobretot les visuals) són manifestacions freqüents al llarg de la malaltia (no només en les etapes avançades), que solen requerir neurolèptics per controlar-les. En aquests pacients, estan contraindicats els neurolèptics clàssics (haloperidol), i els

atípics s'han d'utilitzar amb precaució i en dosis molt baixes (alguns autors recomanen fins i tot evitar l'olanzapina i la risperidona)⁷, atès que poden empitjorar els símptomes parkinsonians i produir confusió i disfunció autonòmica (a més de les complicacions vasculars esmentades al començament). Els pacients amb demència per cossos de Lewy poden presentar més sensibilitat als neurolèptics

i experimentar reaccions adverses idiosincràtiques i potencialment mortals¹⁹.

Clozapina té autoritzada la indicació en fitxa tècnica per als trastorns psicòtics que apareixen en el curs de la malaltia de Parkinson, en els casos en els quals hagi fallat el tractament estàndard²⁰. No obstant això, els efectes adversos potencials (agranulocitosis) i la necessitat de monitoratge continu¹⁸, l'han relegat a un segon pla en favor de la quetiapina²¹⁻²⁶ en la pràctica clínica real (sempre en el marc del Reial decret 1015/2009, de 19 de juny, pel qual es regula la disponibilitat de medicaments

en situacions especials). Tots dos fàrmacs presenten menys efectes adversos extrapiramidals gràcies al blocatge més petit dels receptors dopaminèrgics.

Pel que fa a la demència frontotemporal, els neurolèptics acaben essent necessaris en la majoria dels casos. No obstant això, aquests pacients són particularment vulnerables als efectes extrapiramidals dels neurolèptics típics i de la risperidona^{27,28}, i per això en aquests casos la quetiapina és el neurolèptic d'elecció, encara que no estigui indicat en la fitxa tècnica²⁹.

Taula 2. Resum dels efectes adversos dels antipsicòtics i eficàcia respecte l'haloperidol^{2,3}

Efecte advers	Aripiprazole	Clozapina	Olanzapina	Quetiapina	Risperidona	Haloperidol
Síntomes extrapiramidals	+	+/-	++	+/-	++	++++
Síntomas anticolinèrgics	+/-	++++	+++	++	+	+
Augment de la prolactina	+/-	+/-	+/-	+/-	++++	+++
Sedació	+	++++	++	+++	+	+
Hipotensió ortostàtica	+/-	++++	++	++	++	±
Efectes cardiometabòlics	+	++++	++++	+++	++	+
Eficàcia respecte de l'haloperidol	+/-	++	+	+/-	±	

Dosatge

Les dosis d'antipsicòtics utilitzades a l'inici del tractament han de ser baixes i s'han d'ajustar progressivament, en cas necessari, fins a arribar a la dosi mínima eficaç¹⁸. Sempre és recomanable optimitzar el tractament amb un neurolèptic depenent de la clínica abans d'associar un segon neurolèptic.

Durada del tractament

Una revisió Cochrane de 2013 va concloure que els neurolèptics es podrien retirar sense afectar el comportament, excepte en els casos de pacients amb símptomes més greus^{30,31}. A més, com ja s'ha esmentat, l'ús prolon-

gat de neurolèptics s'associa a un risc més alt de deterioració cognitiva, caigudes, pneumònies per aspiració³² i esdeveniments cerebrovasculars³³, i a l'increment global del risc de mortalitat^{45,34}. Per això el tractament s'ha de mantenir només si els beneficis són evidents, i cal procurar interrompre'l a intervals regulars.

Reducció gradual de les dosis

La reducció gradual de les dosis (RGD) es defineix com 'la disminució progressiva de la dosi d'un fàrmac per determinar si la simptomatologia associada a una condició clínica concreta es pot controlar amb una dosi més baixa o si el medicament es pot interrompre o retirar després de la resolució o la millora de la condició que n'hagi originat la prescripció'. L'Associació Nord-americana de Psi-

quiatria recomana fer intents de disminuir i/o retirar la teràpia neurolèptica durant els quatre mesos posteriors a l'inici del tractament en els casos de pacients que hagin respost a la medicació i que no tinguin antecedents de recaiguda amb la disminució progressiva de la medicació³⁰.

Cal procurar l'RGD en el tractament dels SPCD en els casos següents:

- Quan la durada sigui igual o superior a tres mesos i se n'hagin controlat els símptomes, o no hi hagi hagut resposta a la farmacoteràpia. Cal tenir en compte que l'efecte d'aquests fàrmacs en el control dels símptomes a llarg termini sembla ser petit o moderat³⁰.
- Quan s'estiguin utilitzant en el tractament de l'insomni primari (independentment de la durada del tractament) o de l'insomni secundari quan se n'hagi tractat la causa subjacent.
- Si provoquen efectes adversos greus.

Els neurolèptics es retiren reduint la dosi original un 25-50 % cada dues setmanes, i el tractament acaba després de dues setmanes d'administrar-ne la dosi mínima.

Els neurolèptics es retiren reduint la dosi original un 25-50 % cada dues setmanes, i el tractament acaba després de dues setmanes d'administrar-ne la dosi mínima. L'RGD pot durar entre 4 i 6 setmanes. Si es parteix d'una simptomatologia greu, cal adaptar l'RGD i el seguiment a les necessitats individuals de cada pacient.

Durant el primer any

Durant el primer any després de la prescripció de novo d'un neurolèptic, de manera general es recomana intentar l'RGD com a mínim dues vegades l'any, amb almenys tres mesos de diferència entre cada intent.

Després del primer any

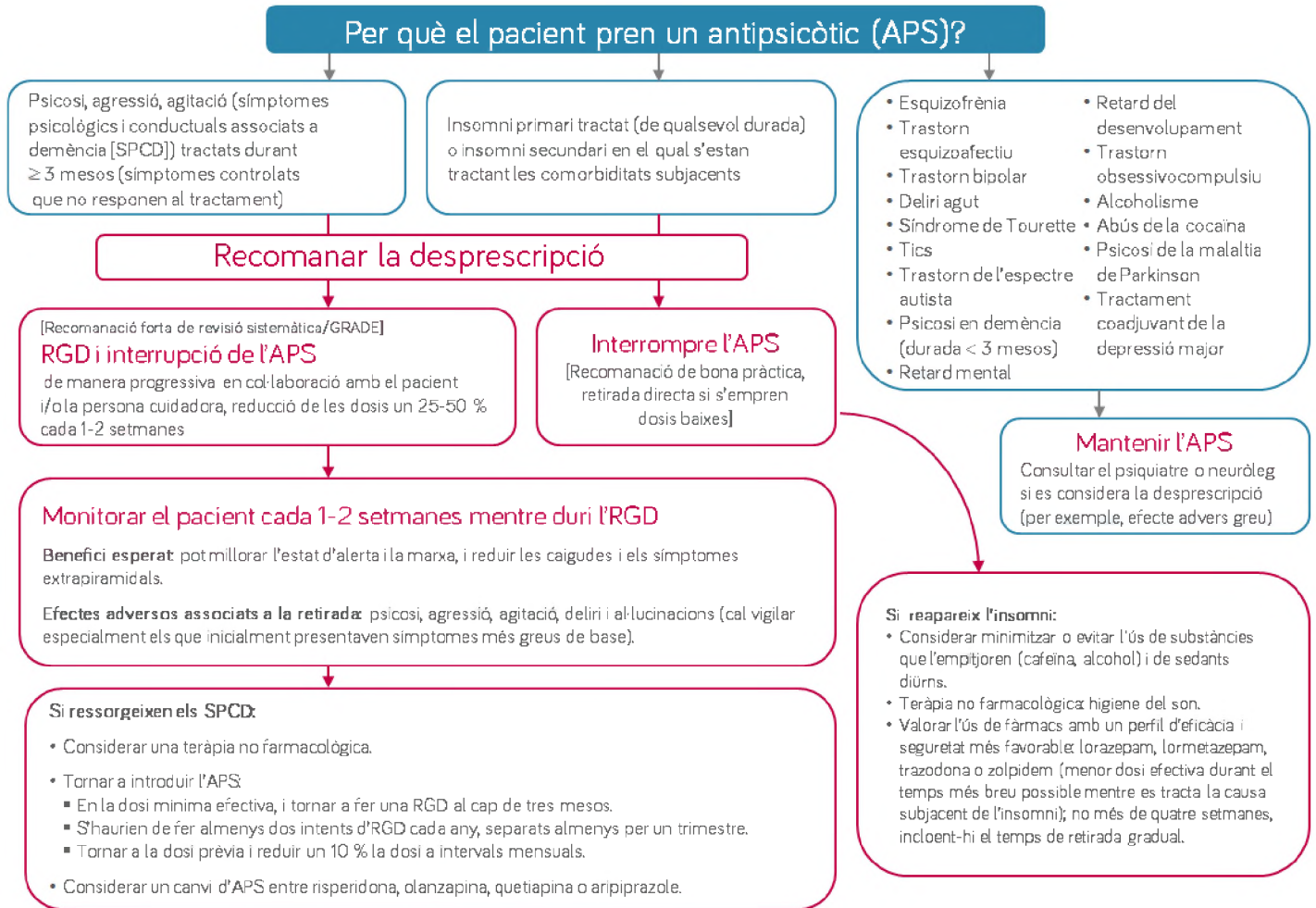
Posteriorment cal intentar l'RGD una vegada cada any, llevat que estigui clínicament contraindicat atenent les situacions següents^{30, 35, 36}:

- Si el metge ha registrat una justificació clínica per la qual qualsevol intent de reducció de la dosi addicional en aquest moment concret seria perjudicial per a la funció del pacient o podria empitjorar els trastorns conductuals.
- Si els neurolèptics s'estan utilitzant en el tractament d'un trastorn psiquiàtric diferent (esquizofrènia, trastorn bipolar, depressió refractària o amb característiques psicòtiques, trastorns del neurodesenvolupament o discapacitat intel·lectual, etc.). En aquest context, si es planteja l'RGD per un efecte advers greu cal consultar el psiquiatre de referència.
- Queden exemptes d'intentar l'RGD les situacions següents: trastorns conductuals associats a la síndrome de Tourette, alteracions del moviment en la malaltia de Huntington, singlot resistent, nàusees i vòmits associats al càncer i/o a la quimioteràpia i ús com a adjuvant per al tractament de confort al final de la vida (sedació pal·liativa).

Si després de l'RGD tornen a aparèixer els SPCD, cal actuar d'aquesta manera:

- Tornar a considerar el tractament amb mesures no farmacològiques.
- Reiniciar el tractament amb neurolèptic en la menor dosi eficaç i tornar a fer una RGD al cap de tres mesos.
- Tornar a la dosi prèvia i reduir un 10 % la dosi a intervals mensuals.
- Considerar un canvi de neurolèptic, entre risperidona, olanzapina, quetiapina o aripiprazol.

Algorisme 2. Reducció gradual de les dosis d'antipsicòtics.



Adaptat i traduït 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).

Monitoratge i seguiment clínic

Tot i que la prescripció del tractament amb neurolèptics als pacients amb demència sol iniciar-se en l'àmbit de l'atenció hospitalària, sovint és a l'atenció primària i als centres sociosanitaris on es dona continuïtat al tractament i se supervisa el pacient en un context global, per la qual cosa és important establir criteris de seguiment clínic.

Cal avaluar i registrar els canvis i els efectes adversos clínicament rellevants, especialment els següents:

- Sedació excessiva i/o empitjorament cognitiu.
- Trastorns del moviment d'origen extrapiramidal: bradicinèsia, tremolor, rigidesa, acatàsia.

- Efectes anticolinèrgics.
- Alteracions metabòliques: pes, perfil glucèmic i lipídic.
- Alteracions cardiovasculars: hipotensió, arrítmies o altres alteracions electrocardiogràfiques, com ara la prolongació de l'interval QT, amb precaució especial quan els neurolèptics s'administrin de manera concomitant amb altres medicaments que prolonguen l'interval QT de manera significativa (per exemple, citalopram, escitalopram, donepezil o domperidona).
- Canvis hematològics i electrolítics, com ara la hipopotassèmia i la hipomagnesèmia, perquè augmenten el risc d'arrítmies ventriculars.

En general es recomana fer un seguiment amb les proves següents a l'inici del tractament, al cap de tres mesos i, posteriorment, amb freqüència anual³⁶:

- Tensió arterial i freqüència cardíaca.
- Pes (idealment, cada mes durant els primers tres mesos).
- Proves de laboratori:
 - Glucèmia o hemoglobina glicosilada.
 - Electroïlits, urea i taxa de filtració glomerular.
 - Hematologia completa.
 - Perfil lipídic.
 - Test de la funció hepàtica.
 - Nivells de prolactina, especialment amb els neurolèptics que tenen més risc de produir hiperprolactinèmia: neurolèptics típics, paliperidona i risperidona. La clozapina i la quetiapina solen produir només augments transitoris, i l'aripi-

prazole sol disminuir la prolactina, atès que actua com a agonista parcial.

- Electrocardiograma (cal repetir-lo entre quatre setmanes i tres mesos o quan estigui indicat clínicament).

En el cas dels pacients en tractament amb clozapina està indicat el següent:

- Recomptes periòdics de leucòcits i de neutròfils, cada setmana durant les primeres divuit setmanes del tractament i almenys una vegada cada mes durant el temps en què continuï el tractament, i durant quatre setmanes després d'interrompre'l.
- Consulta al cardiòleg en els casos de pacients que experimentin taquicàrdia persistent en repòs (especialment en els primers dos mesos del tractament) i/o palpitations, arrítmies, dolor toràcic o signes i símptomes d'insuficiència cardíaca per sospita de miocarditis o miocardiopatia.

Conclusions

- La presència de deliris, al·lucinacions, agitació i agressivitat en pacients amb demència (SPCD) condiciona un pronòstic evolutiu pitjor i es relaciona amb una deterioració cognitiva més gran i més ràpida i amb un risc de mortalitat més alt. Aquests símptomes són sovint els responsables de la institucionalització dels pacients amb demència³.
- El tracte adequat dels SPCD requereix un abordatge multidisciplinari, que inclou mesures no farmacològiques com a primer graó terapèutic.
- Actualment, els neurolèptics són una de les poques alternatives farmacològiques eficaces per a tractar els SPCD. En general, aquests fàrmacs no tenen la indicació aprovada en la fitxa tècnica per a tractar aquests símptomes (excepte la risperidona com a neurolèptic atípic i l'haloperidol com a típic), però la majoria de països permeten emprar-los en indicació no aprovada.
- Tot i que s'han publicat nombroses revisions, metanàlisis i guies de pràctica clínica sobre el tractament farmacològic dels SPCD, no hi ha un consens clar i s'aprecia una important variabilitat en el tractament farmacològic dels SPCD.
- En els darrers anys s'ha detectat una prescripció elevada de neurolèptics a pacients geriàtrics, sobretot als institucionalitzats (30-50 %), i també un risc més alt de mortalitat (esdeveniments cerebrovasculars, problemes cardíacs) en els pacients amb demència que segueixen un tractament amb aquests fàrmacs (*Notas Informativas de l'AEM-PS*)^{5, 37}.
- Per tot això es recomana que s'emprin aquests fàrmacs de manera acurada i en el context d'un protocol clínic rigorós. En general, cal prescriure'ls en la dosi mínima eficaç, durant el temps més breu possible i amb un seguiment adequat que valori de manera contínua la necessitat de mantenir el tractament.

Santos Navarro de Lara

Farmacèutic especialista en Farmàcia Hospitalària.
Servei de Farmàcia, Hospital Can Misses, Eivissa.

Daniel Blasco de Nova

Neuròleg. Servei de Neurologia, Hospital Can Misses,
Eivissa.

Coordinació i disseny: Layla Aoukhiyad Lebrahimi,
farmacèutica Oficina de Qualitat. Serveis Centrals
IB-SALUT

Bibliografia

1. 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
2. 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.
3. Chavez, B, et al. CPNP Psychiatric Pharmacotherapy Review. 2018-2019 ed. Lincoln (NE): College of Psychiatric and Neurologic Pharmacists; 2018.
4. 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
5. 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
6. Press D, Alexander M. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2019 [acceso 18 juliol 2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-dementia>
7. Manejo de la agitación en el paciente anciano. Infac. Es-kualdeko Farmakoterapi Informazioa = Información Farmacoterapéutica de la Comarca. 2014; 22(10): 53-8.
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 gener 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
9. 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.
10. 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 juliol 2019]. Disponible en: <https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/bpsd-guideline.pdf>
11. Utilización de antipsicóticos en pacientes ancianos con demencia. Bol Ter Andal. 2009; 25(4): 13-5.
12. 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.
13. 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.
14. 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 juliol 2019]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>
15. Guideline Adaptation Committee. Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia [Internet]. Sydney: Guideline Adaptation Committee; 2016

[accés 18 juliol 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 [accés 18 juliol 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 [accés 18 juliol 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 [accés 18 juliol 2019]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/cima/inicial.do>

20. Antipsicòtics en el síndrome confusional y en la demència. *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 [accés 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 [accés 18 juliol 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. Keressens 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. Keressens, C J [corrected to Keressens, 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 [accés 18 juliol 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 antipsicòtics clàssics. [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2008 [accés 30 gener 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.

Butlletí d'informació farmacoterapèutica del Servei de Salut de les Illes Balears

Els butlletins elComprimido són una publicació periòdica dirigida als professionals sanitaris de l'IB-SALUT amb la finalitat d'oferir informació objectiva sobre medicaments i farmacoteràpia.

Es poden consultar tots els butlletins publicats en el nostre lloc web elComprimido: <http://www.elcomprimido.com>



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

