

# Antipsicóticos para el tratamiento de síntomas del comportamiento en las demencias

## PUNTOS CLAVE

- Hay que determinar los síntomas dominantes de la alteración del comportamiento que pueden ser susceptibles de ser tratados eficazmente con antipsicóticos.
- El tratamiento farmacológico se iniciará en situaciones de emergencia, ante el fracaso de medidas no farmacológicas o cuando la gravedad de las alteraciones de la conducta se manifieste en agitación o agresividad que pueden resultar dañinos para el paciente o para terceros.
- La risperidona es el único antipsicótico con indicación autorizada para el tratamiento a corto plazo de la agresión persistente en pacientes con demencia tipo Alzheimer.
- El haloperidol sólo se debe utilizar a corto plazo como tratamiento urgente de la agitación en adultos (tranquilización rápida).
- Es aconsejable la retirada gradual (deprescripción) del tratamiento antipsicótico, si no se ha experimentado recurrencia de los síntomas ante intentos previos, ya que incluso en tratamientos eficaces, cuando la duración es superior a 6 meses los beneficios son menores y su uso continuado puede inducir un aumento de efectos adversos, incluyendo la mortalidad.



## INTRODUCCIÓN

El deterioro cognitivo es el principal rasgo clínico de la demencia, pero en algún momento de la evolución de la enfermedad casi todos los pacientes pueden presentar síntomas no cognitivos o síntomas conductuales y psicológicos que usualmente dominan el cuadro clínico (1). Se estima que uno de cada cuatro pacientes con demencia avanzada recibe tratamiento con antipsicóticos (2).

Los pacientes con diagnóstico de demencia, especialmente los casos de moderados a graves, pueden presentar alteraciones conductuales que, en ocasiones, pueden ser una forma de manifestar dificultades, quejas o molestias que no pueden expresar de forma verbal inteligible (3).

Para evaluar la sintomatología de las alteraciones del comportamiento, habría que descartar previamente otros factores modificables (dolor, comorbilidades, iatrogenias, desencadenantes ambientales, etc.), valorar la presencia de síntomas no cognitivos con alteraciones de la conducta y realizar una evaluación clínica estructurada de la sintomatología, bien (3,4):

- Utilizando la escala *NPI* (Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings), de elevado rendimiento psicométrico para la valoración de los síntomas no cognitivos en los pacientes con demencia, y que permite realizar un seguimiento de la eficacia de los tratamientos sobre estos aspectos (ver tabla 1); o,
- Valorando la gravedad y frecuencia de los síntomas, momento de aparición, patrón de concurrencia (síntomas asociados) e identificación de síntomas dominantes. La identificación de los síntomas dominantes es difícil porque es muy frecuente la aparición concomitante de varios grupos sintomáticos en una misma persona, en un mismo periodo de tiempo e incluso como causa o resultado de uno de ellos. Por ejemplo: agresividad, gritos, amenazas por sintomatología psicótica; ideas delirantes de ruina por depresión; delirio a consecuencia de alteraciones cognitivas o limitaciones sensoriales; etc. (ver tabla 2).

## SUMARIO

- Introducción.
- Cuándo iniciar el tratamiento antipsicótico.
- Elección del antipsicótico.
- Seguimiento del tratamiento.
- Retirada del tratamiento: deprescripción.
- Bibliografía.

Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings (NPI)				
Trastorno (*)	No valorable (marcar)	Frecuencia	Gravedad	Total (Frecuencia x Gravedad)
Delirios		0 1 2 3 4	1 2 3	
Alucinaciones		0 1 2 3 4	1 2 3	
Agitación		0 1 2 3 4	1 2 3	
Depresión/disforia		0 1 2 3 4	1 2 3	
Ansiedad		0 1 2 3 4	1 2 3	
Euforia/júbilo		0 1 2 3 4	1 2 3	
Apatía/indiferencia		0 1 2 3 4	1 2 3	
Desinhibición		0 1 2 3 4	1 2 3	
Irritabilidad/labilidad		0 1 2 3 4	1 2 3	
Conducta motora sin finalidad		0 1 2 3 4	1 2 3	
Puntuación total				
<b>Frecuencia:</b> 0 = Ausente 1 = Ocasionalmente (menos de una vez por semana) 2 = A menudo (alrededor de una vez por semana) 3 = Frecuentemente (varias veces por semana, pero no a diario) 4 = Muy frecuentemente (a diario o continuamente)				
<b>Gravedad:</b> 1 = Leve (provoca poca molestia al paciente) 2 = Moderada (más molesto para el paciente, pero puede ser redirigido por el cuidador) 3 = Grave (muy molesto para el paciente, y difícil de redirigir)				
(*) : no se han incluido las subescalas de alimentación y sueño				
<b>Tabla 1.</b> (3,5)				

Clasificación empírica de síntomas dominantes	
Podrían beneficiarse de un tratamiento antipsicótico:	Uso de antipsicóticos no indicado <i>a priori</i> :
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Psicosis: alucinaciones y/o ideación delirante.</li> <li>✓ Agresividad, auto y/o heteroagresión.</li> <li>✓ Agitación / ansiedad.</li> <li>✓ Depresión delirante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Apatía.</li> <li>✗ Alteraciones del sueño.</li> <li>✗ Otros síntomas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Actividad motora repetitiva o turbulenta.</li> <li>– Gritos, vocalización repetitiva, lenguaje soez o insultante.</li> <li>– Conducta errática.</li> <li>– Ansiedad vespertina (<i>sundowning</i>).</li> <li>– Desinhibición sexual.</li> <li>– Alteraciones en ingesta, micción o excreción.</li> <li>– Inadecuación en vestido o conducta social, etc.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Tabla 2.</b> (3)	

## CUÁNDO INICIAR EL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO

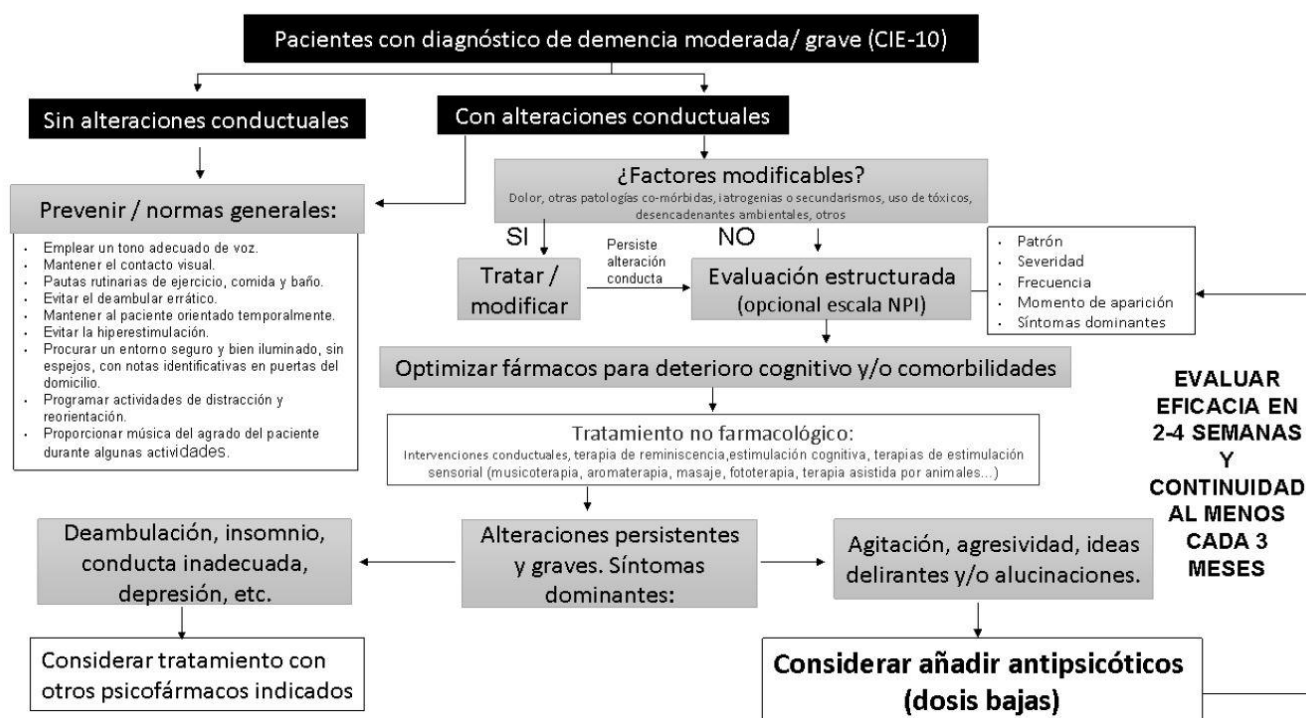
El uso de antipsicóticos en personas con demencia es muy prevalente, especialmente en pacientes institucionalizados (1). Si bien, es necesario tener en cuenta que los antipsicóticos no son eficaces en todos los síntomas del comportamiento y que no todos estos síntomas precisan intervenciones farmacológicas. Así, cuando los síntomas no son muy graves, como primera línea de tratamiento se recomiendan las estrategias no farmacológicas (ver algoritmo 1) (4,6-8).

Antes de prescribir un antipsicótico es importante que el médico descarte otras comorbilidades (depresión, infecciones o trastornos metabólicos) y considere el diagnóstico diferencial en relación con tratamientos crónicos que puedan contribuir al trastorno del comportamiento (4,6-8).

La intervención farmacológica sólo se debe considerar cuando se cumplan los **criterios de inicio** (3,4,6-8), como:

- La sintomatología es grave o en situaciones de emergencia.
- Hayan fracasado las medidas no farmacológicas y otros posibles tratamientos (fármacos antidemencia y otros fármacos para síntomas específicos).
- La gravedad de las alteraciones conductuales alcance entidad suficiente que pueda manifestarse en episodios de agitación o síntomas de agresividad persistente o recurrentes; o sean lo suficientemente graves para poder causar un daño a sí mismo o a terceros; y, en general, si provocan un nivel de angustia en la persona o en sus cuidadores, de modo que interfieran de forma significativa en la prestación de la atención que requieran.

## Uso de antipsicóticos en el abordaje de las alteraciones conductuales en las demencias



Algoritmo 1. (3)

### ELECCIÓN DEL ANTIPSICÓTICO

La utilización de la terapia farmacológica en estos pacientes es controvertida y se basa en evidencias modestas (NNT de 5 a 14); siendo incierta su relación beneficio-riesgo por el riesgo de caídas, eventos cerebrovasculares y muerte, sobre todo tras su uso prolongado y en pacientes geriátricos (1,3,4,6,8,9,10).

En general, los antipsicóticos de **primera generación** (haloperidol) no se consideran diferentes a los de **segunda generación**, en términos de eficacia para tratar la agitación y los síntomas psicológicos y de comportamiento global, al no disponerse de estudios comparativos (4); mientras que, sí existen diferencias en cuanto al perfil de seguridad, que es más favorable para los de segunda generación (8).

El **haloperidol** es el antipsicótico de primera generación más extensamente estudiado. Presenta una elevada potencia y está indicado en el tratamiento de la agresividad persistente y síntomas psicóticos en pacientes con demencia de Alzheimer moderada o grave (11). No obstante, debido a su perfil de seguridad, sólo debe emplearse en situaciones agudas (**a corto plazo**) y para el **tratamiento urgente** de la agitación (ver algoritmo 2) (3,12-14), pero nunca como antipsicótico de elección en tratamientos prolongados que no cursen con delirio (4). Mejora la agresividad en pacientes con demencia, pero no otros aspectos de la agitación. Además, los efectos extrapiramidales aparecen a dosis más bajas que las que mejoran la agitación (15).

En relación a los de segunda generación, las evidencias sobre uso de **risperidona** y **olanzapina** en el tratamiento de la agitación grave, agresividad y psicosis en pacientes con demencia son más

fuerzas que para **aripiprazol** (4,8,15-17), aunque el aripiprazol parece ser más eficaz en el tratamiento de síntomas psicológicos y de comportamiento general (4). La evidencia para **quetiapina** es insuficiente para recomendar o rechazar su utilización en estos pacientes (15,17).

Por su eficacia, seguridad y menor coste, **risperidona** es la **primera opción terapéutica**, siendo el único antipsicótico atípico con la indicación autorizada por la AEMPS, al igual que ocurre en otros países (7), para su uso en pacientes con demencia tipo Alzheimer (3) de moderada a grave; específicamente, para el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de agresión persistente (11).

Existe evidencia de la eficacia de **olanzapina** y algo menor de **aripiprazol**, que deben reservarse como **alternativas**. Ninguno de estos antipsicóticos está autorizado en personas con demencia, por lo que su uso sería fuera de indicación (3). En el ámbito del SSPA se puede prescribir olanzapina en esta indicación mediante visado, siempre que el paciente no responda a medidas no farmacológicas y hayan fracasado o presenten intolerancia o contraindicaciones a risperidona (18).

La **quetiapina** puede ser una **alternativa** en demencia por cuerpos de Lewy o Parkinson, al asociarse a menos efectos extrapiramidales y siempre que se hayan agotado otras alternativas (Resolución SC 0192/2011, de 14 de julio) (3,19,20), ya que en estos pacientes los antipsicóticos clásicos (haloperidol) están contraindicados y los atípicos se deben utilizar con precaución y a dosis muy bajas; e incluso algunos autores recomiendan evitar olanzapina y risperidona (1).

Otros fármacos no antipsicóticos como los inhibidores de la acetilcolinesterasa o anticolinesterásicos (donepezilo, galantamina y rivastigmina), denominados fármacos anti-demencia, son agonistas colinérgicos directos. El efecto terapéutico de los anticolinesterásicos puede verse alterado por la utilización concomitante con antipsicóticos (que tienen efectos anticolinérgicos) y viceversa. Además, su uso conjunto puede inducir efectos extrapiramidales graves, existiendo datos clínicos en los que donepezilo, haloperidol y risperidona están específicamente implicados. Esta interacción se considera en general de gravedad moderada, aunque se recomienda una estrecha vigilancia cuando se estén administrando de forma conjunta fármacos de ambos grupos (11,21). La administración conjunta de donepezilo y haloperidol puede aumentar el riesgo de prolongación del intervalo QT y *torsades de pointes* (22). Este efecto adverso también se asocia a rivastigmina (11), galantamina, risperidona, olanzapina, aripiprazol y quetiapina, aunque con menor probabilidad (11,23).

Siempre se debe tener en cuenta de forma individual la relación beneficio/riesgo de cada medicamento y utilizarlo en la mínima dosis eficaz (ver tabla 3) (1,4,6-8,24). No se recomiendan las formas inyectables de liberación prolongada (“depot”) a menos que estén indicadas por un trastorno psicótico crónico concomitante (3,4).

Se desconoce la duración óptima del tratamiento antipsicótico en estos pacientes (4), por lo que la instauración del tratamiento farmacológico debería ser inicialmente considerada como una prueba para un periodo determinado, destinado a tratar síntomas específicos. La duración del tratamiento debe establecerse de forma individualizada, pudiendo depender del estado funcional del paciente, los síntomas del comportamiento “diana” y la duración, persistencia y gravedad de los síntomas (6).

Características principales de los antipsicóticos						
	Pauta de tratamiento oral	Ajuste de dosis en insuficiencia renal (IR) o hepática (IH)	Interacciones	Precauciones	Contraindicaciones	Coste/DDD anual
Haloperidol	<b>Inicio:</b> 0,5 mg/día, en 1-2 dosis <b>Escalada:</b> Incrementar 0,5 mg/1-3 días hasta control de síntomas <b>Dosis máx:</b> 5 mg/día (a corto plazo: en situaciones agudas)	Precaución. Ajustar la dosis según función renal y/o hepática.		Situaciones de prolongación intervalo QT (especialmente a dosis altas, pacientes propensos o vía parenteral). Realizar ECG al inicio del tratamiento. Puede agravar glaucoma, HBP y retención urinaria.	Estado comatoso. Depresión del SNC. Parkinson. Demencia por cuerpos de Lewy. ICC descompensada. Hipopotasemia no corregida. IAM reciente. Arritmias ventriculares.	50-100 €
Risperidona	<b>Inicio:</b> 0,25 mg/2 veces al día <b>Escalada:</b> Incrementar 0,25 mg/2 veces al día (en días alternos), hasta 0,5 mg/2 veces al día <b>Dosis máx:</b> 1 mg/2 veces al día <b>Retirada:</b> gradual	Disminuir 50%	Antagoniza el efecto de levodopa. Aumento de mortalidad con furosemida (evitar deshidratación).	Efectos extrapiramidales a dosis mayores, poco sedante. Enfermedad de Parkinson y demencia por cuerpos de Lewy. Aumento de ACV en demencia mixta o vascular.		200-300 €
Olanzapina	<b>Inicio:</b> 2,5 mg/día, en 1-2 dosis (empezar por la noche) <b>Escalada:</b> Incrementar 0,25 mg por toma (en días alternos) <b>Mantenimiento:</b> 2,5-5 mg/día <b>Dosis máx:</b> 10 mg/día <b>Retirada:</b> gradual	Dosis mayores de 5 mg/día: precaución en IR moderada-grave. En IH puede ser preciso ajustar la dosis. Monitorización estrecha.	Aumento de niveles de olanzapina con fluvoxamina y ciprofloxacino (disminuyen metabolismo). Posible disminución de la concentración de olanzapina con carbamazepina y tabaco.	Enfermedad de Parkinson. Diabetes. Pacientes con factores de riesgo CV.	Glaucoma de ángulo estrecho.	600-800 €
Aripiprazol	<b>Inicio:</b> 2,5-15 mg/día en dosis única (por la mañana) <b>Dosis máx:</b> 30 mg/día (sin datos en demencias) <b>Retirada:</b> gradual	No en IR. Precaución en IH moderada.		Pacientes con factores de riesgo CV.		1.000-1.200 €
Quetiapina	<b>Inicio:</b> 12,5mg/día, en 2 ó más dosis (1 h antes ó 2 h después de las comidas) <b>Mantenimiento:</b> 50-150 mg/día <b>Dosis máx:</b> 250 mg/día <b>Retirada:</b> gradual	No en IR. Precaución en IH.		Ideas suicidas. Pacientes con factores de riesgo CV.	Pacientes en tratamiento con antifúngicos azólicos (ketconazol, itraconazol), eritromicina, claritromicina, nefazodona, inhibidores de la proteasa de VIH.	600-800 €

ACV: accidente cerebrovascular; CV: cardiovascular; ECG: electrocardiograma; ICC: insuficiencia cardiaca congestiva; IAM: infarto agudo de miocardio; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

Tabla 3. Modificada de (3,11,24)

## Algoritmo de tratamiento farmacológico urgente de la agitación en adultos (tranquilización rápida)

### NOTAS IMPORTANTES

- Utilizar la mínima dosis eficaz.
- En contexto no-psicótico, usar benzodiazepina sola.
- En pacientes con antecedentes de enfermedad cardíaca usar benzodiazepina sola. Evitar haloperidol.
- Antes de prescribir haloperidol, considerar cualquier medicación concomitante que pueda prolongar el intervalo QT.
- En pacientes con función respiratoria comprometida, evitar benzodiazepinas.
- La olanzapina sólo está indicada en pacientes con esquizofrenia y manía (#).
- Incluir tanto las dosis orales como IM para el cálculo total de la cantidad de medicamento administrado.
- Si se emplean dosis que exceden las dosis máximas autorizadas, la justificación debe registrarse en las notas del caso
- Debe disponerse de un equipo de resucitación cardiopulmonar.
- Después de administración IM deben vigilarse los signos vitales:
  - \* Alerta, temperatura, pulso, presión sanguínea, frecuencia respiratoria.
  - \* Si se administra olanzapina IM, el pulso y la frecuencia respiratoria deben medirse al menos 4 h tras la administración.
  - \* Si el paciente está dormido o inconsciente, medir de forma continuada la saturación de oxígeno.
  - \* También se recomienda vigilancia hematológica y ECG, especialmente si se emplean dosis elevadas. El paciente tiene mayor riesgo de arritmia en caso de hipopotasemia, estrés y agitación.
- Si la frecuencia respiratoria es inferior a 10 por minuto debido a la administración de benzodiazepina, un médico experto debe administrar flumazenil (200 mcg IV en 15 segundos, después 100 mcg a intervalos de 60 segundos si se requiere, hasta 1 mg como máximo).
- En caso de distonía aguda puede administrarse un anticolinérgico por vía IM ó IV .

- Valorar la situación usando toda la información disponible.
- Establecer un diagnóstico teniendo en cuenta la medicación que está tomando el paciente, el estado mental, uso indebido de medicamentos.
- Utilizar medidas no farmacológicas: hablar bajo, distracción, etc.

Ineficacia

### MEDICACIÓN ORAL

**LORAZEPAM 1-2 mg (0,5-2 mg en ancianos / pacientes frágiles) ±  
HALOPERIDOL 5 mg (0,5-2 mg en ancianos / pacientes frágiles)**

ó

**LORAZEPAM 1-2 mg (0,5-2 mg en ancianos / pacientes frágiles) ±  
(#) OLANZAPINA 10 mg (2,5-5 mg en ancianos / pacientes frágiles)**

**Dosis oral máxima diaria** { Lorazepam: 4 mg (2 mg en ancianos / pacientes frágiles)  
Haloperidol: 30 mg  
Olanzapina: 20 mg

Si el paciente **acepta la medicación oral**, repetir después de 1h si fuese necesario

*Si existe ineficacia o si el paciente no acepta la vía oral o si el efecto no se instaura en 30 minutos (debido al riesgo grave de inmovilización prolongada).*

### MEDICACIÓN INTRAMUSCULAR (IM)

**DIAZEPAM 2-10 mg  
(2-5 mg en ancianos / pacientes frágiles)**

±

**HALOPERIDOL 5 mg IM  
(0,5-2 mg en ancianos / pacientes frágiles)**

**Dosis IM máxima diaria:**  
Diazepam: 20 mg (2-5 mg en ancianos/pacientes frágiles)  
Haloperidol: 18 mg

**Esperar un mínimo de 30 minutos**

*Ausencia de respuesta tras un mínimo de 30 minutos, solicitar consejo clínico experto*

Repetir como anteriormente y esperar un mínimo de 30 minutos. Si no hay respuesta solicitar consejo clínico experto

**(#) OLANZAPINA 5-10 mg IM  
(2,5-5 mg IM en ancianos / pacientes frágiles)**

ó

**Dosis IM máxima diaria** 20 mg (incluyendo cualquier dosis oral administrada) que NO debe excederse.

No administrar simultáneamente con benzodiazepinas y/o otros antipsicóticos porque puede inducir sedación excesiva, depresión cardiorrespiratoria y muy raramente, muerte.

**Esperar 2 horas**

*Ausencia de respuesta tras 2 horas, solicitar consejo clínico experto*

Repetir como anteriormente y esperar 2 horas. Si no hay respuesta solicitar consejo clínico experto. Máximo de 3 inyecciones por día durante un máximo de 3 días.

## SEGUIMIENTO

Deberá evaluarse la **eficacia** del tratamiento a las 2-4 semanas de la instauración, valorando su **continuidad** al menos cada 3 meses. Se utilizarán las mismas escalas y criterios que en la evaluación previa, registrada y cuantificada para valorar la eficacia alcanzada (3,4,6). La evaluación debe incluir la aparición de efectos adversos, cuyo riesgo es mayor en pacientes geriátricos (25).

- b) Cuando tras iniciar el tratamiento se evidencia un claro desequilibrio hacia los efectos adversos (ver tabla 4).
- c) Cuando exista una respuesta adecuada, se debe intentar reducir y retirar el fármaco en los 4 meses siguientes a la iniciación, a menos que el paciente haya experimentado una recurrencia de los síntomas ante intentos previos de disminución gradual de la medicación antipsicótica.

## RETIRADA DEL TRATAMIENTO: DEPRESCRIPCIÓN

Es aconsejable que el tratamiento con antipsicóticos se realice durante periodos cortos y nunca de manera crónica, ya que los beneficios de los antipsicóticos son menores cuando la terapia supera los 6 meses y porque el uso continuado en pacientes con demencia se asocia a un aumento de efectos adversos y de mortalidad (2,4). La retirada de antipsicóticos puede ser más beneficiosa en pacientes con síntomas leves; sin embargo, hay que considerar que la evidencia disponible es de baja calidad (26).

Los **criterios para la deprescripción** (retirada) de los antipsicóticos en estos pacientes son los siguientes (3,4,6-8,25):

- a) Cuando no hay respuesta clínicamente significativa después de 2-4 semanas.

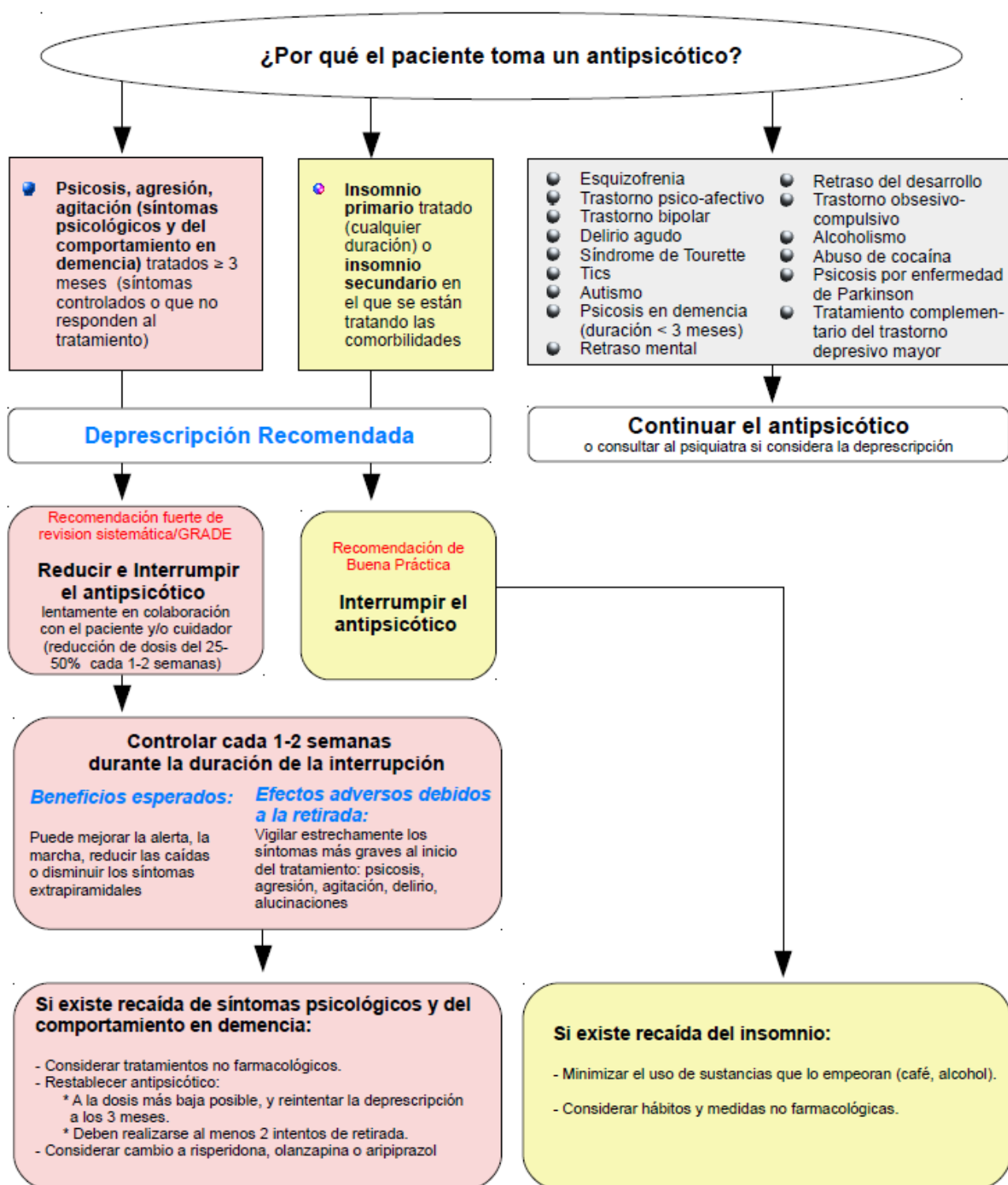
En la mayoría de los pacientes la retirada del tratamiento antipsicótico no implica síntomas de recurrencia (4,10), que son más frecuentes cuando la retirada es brusca (25).

Se aconseja **reducir gradualmente la dosis** a razón de un 25-50% cada 2 semanas, finalizando el tratamiento a las 2 semanas de administrar la dosis mínima. Si la dosis de inicio es baja se puede suspender sin reducción de dosis. Si se detectan problemas durante la retirada, habría que volver a la dosis previa y reducir un 10% de la dosis a intervalos mensuales (3,8,10).

En cuanto al **seguimiento**, se deben evaluar los síntomas al menos una vez al mes durante la retirada y durante al menos 4 meses después de la interrupción del tratamiento para identificar síntomas de recurrencia (3,4) (ver algoritmo 3).

Riesgo comparativo de reacciones adversas de especial relevancia en ancianos					
	Haloperidol	Risperidona	Olanzapina	Quetiapina	Aripiprazol
Trastornos extrapiramidales	+++	++(*)	+	+	++
Efectos anticolinérgicos	++	++	++ (dosis dependiente)	++	++
Hipotensión ortostática	++	+	+	++	+
Sedación	+	++	+++	+++	+
Síndrome neuroléptico maligno	+	+	+	+	+
Prolongación del intervalo QT	+ (**)	+	+	+	+
Efectos metabólicos (hiperglucemia, diabetes, alteraciones lipídicas)	0	+	++	+++	+
Peso aumentado	+	++	++	+++	+
+++: Muy frecuentes ( $\geq 1/10$ ); ++: Frecuentes ( $\geq 1/100$ a $< 1/10$ ); +: Poco frecuentes ( $\geq 1/1.000$ a $< 1/100$ ); 0: raras ( $\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$ ), muy raras ( $< 1/10.000$ ), frecuencia no conocida. (*): dosis $> 1$ mg/día incrementa el riesgo. (**): mayor riesgo con dosis elevadas y administración IM. Realizar un ECG en pacientes que inicien tratamiento.					
Tabla 4. (3,11,24)					

## Algoritmo de deprescripción de antipsicóticos



Algoritmo 3. Traducida de (10)

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Manejo de la agitación en el paciente anciano. [INFAC 2014; 22\(10\): 53-8.](#)
- 2- Baena JM, González I, Rodríguez R. Evidencias disponibles y criterios para la retirada de fármacos en las demencias. [FMC. 2012;19\(9\):547-51.](#)
- 3- SAS. [Protocolo de utilización terapéutica de antipsicóticos para el tratamiento de los síntomas comportamentales en las demencias.](#) 2018.
- 4- [The American Psychiatric Association \(APA\).](#) Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia. 2016.
- 5- Cummings JL et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. [Neurology. 1994; 44\(12\): 2308-14.](#)
- 6- [British Columbia.](#) Best Practice Guideline for accommodating and managing behavioural and psychological symptoms of dementia in residential care. A person-centered interdisciplinary approach 2012.
- 7- [NICE.](#) Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NG97. 2018.
- 8- Utilización de antipsicóticos en pacientes ancianos con demencia. [Bol Ter Andal. 2009; 25\(4\): 13-5.](#)
- 9- Sorbi S et al. EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia. [Eur J Neurol. 2012;19\(9\):1159-79.](#)
- 10- Bjerre LM et al. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia. [Can Fam Physician. 2018; 64\(1\): 17-27.](#)
- 11- [CIMA.](#) Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 2018.
- 12- [NHS Grampian Staff](#) Guidance for rapid tranquilisation for use in the adult in-patient setting. Version 4. 2016.
- 13- [NICE.](#) Violence and aggression: short-term management in mental health and community settings. NG10. 2015.
- 14- [SAS.](#) Guía de Actuación en una guardia de medicina interna: Manejo de la agitación/ trastorno del sueño en planta. 2009.
- 15- Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. GPC [SNS: AIAQS](#) Núm. 2009/07. 2010
- 16- [Guideline Adaptation Committee \(GAC\).](#) Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia. 2016.
- 17- Moore A et al. Fourth Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia: Recommendations for family physicians. [Canadian Family Physician. 2014;60\(5\):433-438.](#)
- 18- SAS. Dictamen del Comité Técnico para la utilización de medicamentos en situaciones especiales y de los no incluidos en la financiación del SNS. Olanzapina. Agitación y la agresividad persistente asociada a demencia. SSF/DB/SF/S-61, de 9 de mayo de 2018.
- 19- SAS. Autorización de visado de recetas de quetiapina para su utilización, con carácter excepcional, en una indicación no autorizada en ficha técnica. SC 0192/11, de 14 de julio de 2011.
- 20- [Cumbria Partnership NHS Foundation Trust.](#) Protocol for managing behavioural and psychological symptoms in patients with dementia. 2012.
- 21- Lexi-Comp Online™ Interaction Lookup. [UpToDate.](#) 2018.
- 22- Micromedex®. [Drug Interactions.](#) 2018.
- 23- CADIME. Fármacos que prolongan el intervalo QT. [Bol Ter Andal. 2017; 32\(2\): 6-12.](#)
- 24- Managing patients with dementia: What is the role of antipsychotics? [Best Practice J. 2013; 57:26-36.](#)
- 25- Stopping medicines. [WeMeReC Bull. 2010; \(Jan\).](#)
- 26- Van Leeuwen E 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.](#)

---

En la revisión de este artículo han participado: D. Francisco J. Cabaleiro Fabeiro, Médico Especialista en Psiquiatría, Director de la UGC de Salud Mental, Complejo Hospitalario de Jaén y D<sup>a</sup>. Olga Rojas Corrales, Farmacéutica de Atención Primaria, Unidad de Gestión Clínica Farmacia, Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz.

---

Centro Andaluz de Información de Medicamentos.  
**CADIME**  
Programa de la Consejería de Salud dirigido por la  
Escuela Andaluza de Salud Pública

ISSN: 0212-9450  
**INFORMACIÓN Y SUSCRIPCIONES:**  
Escuela Andaluza de Salud Pública.  
Cuesta del Observatorio nº 4  
18080 Granada  
Tfno: 958027400  
**E-MAIL:** cadime.easp@juntadeandalucia.es  
**WEB:** www.cadime.es

**SECRETARIO DE REDACCIÓN:** Antonio Matas Hocés.  
**REDACCIÓN CADIME:** Victoria Jiménez Espinola, María del Mar Láinez Sánchez, Estrella Martínez Sáez, Antonio Matas Hocés, María Teresa Nieto Rodríguez  
**DOCUMENTACIÓN:** María Victoria Mingorance Ballesteros  
**COMITÉ EDITORIAL:** Emilio Alegre del Rey, Sonia Anaya Ordoñez, Idoia Arrillaga Ocampo, Regina Sandra Benavente Cantalejo, Jose Luis Castro Campos, Beatriz García Robredo, Pedro Martín Muñoz, María Jesús Ordoñez Ruiz, Isabel Rodríguez Bravo, María Dolores Sánchez Mariscal, Ismael Tinoco Racero, Jaime Torelló Iserte.



El Boletín Terapéutico Andaluz (BTA) es una publicación destinada a los profesionales sanitarios de Andalucía con el fin de informar y contribuir a promover el uso adecuado de los medicamentos. Este boletín es miembro de la Sociedad Internacional de Boletines Independientes de Medicamentos (I.S.D.B)  
*Ed Ter* **ANDAL** 2018; 33(3)