

# Criterios para la prescripción excepcional de quetiapina en el tratamiento de pacientes con demencia y síntomas psicóticos o agitación graves o persistentes

Criterios

Contenidos	
Introducción	
Alcance y objetivos	
Medidas generales	
Tratamiento farmacológico	Eficacia Seguridad Situaciones especiales Revisión del tratamiento
Conclusión	
Criterios de utilización	
Bibliografía	

**Coordinadora:**

Silvia Herrero Hernández.  
Subdirección de Farmacia y PS.

**Autores y revisores:**

(por orden alfabético):

Marta Alcaraz Borrajo. Subdirección de Farmacia y PS.  
Miguel Angel Alonso Saavedra. Farmacéutico Atención Primaria.  
Carlos Barreda Velázquez. Farmacéutico Atención Primaria.  
Rafael Bielza Galindo. Geriatra.  
M<sup>a</sup> José Calvo Alcántara. Subdirección de Farmacia y PS.  
Elena Capilla Santamaría. Farmacéutica de Atención a Residencias.  
Alfonso J. Cruz Jentoft. Geriatra.  
Alberto Esquivel López. Neurólogo.  
Inmaculada Fernández Esteban. Farmacéutica Atención Primaria.  
Araceli Mercedes Garrido Barral. Médico de Familia.  
Javier Gómez Pavón. Geriatra.  
Silvia Herrero Hernández. Subdirección de Farmacia y PS.  
Jose Manuel Izquierdo Palomares. Subdirección de Farmacia y PS.  
Nuria Martínez Casanova. Farmacéutica de Atención a Residencias.  
Eugenia Martínez Sánchez. Farmacéutica de Atención a Residencias.  
M<sup>a</sup> Jesús Vico Barranco. Farmacéutica Hospital

**Edita:** Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

**ISSN:** 2174-405X

**Disponible en:** <https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/Protocolos.aspx>  
<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017888.pdf>

Revisado y aprobado por el Comité Director en Farmacoterapia: 13 abril 2016.



---

## INTRODUCCIÓN

Los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD) constituyen un problema de salud grave por su elevada frecuencia de aparición, difícil manejo, impacto sobre la calidad de vida y por ser motivo frecuente de asistencia urgente, claudicación familiar e institucionalización, para el que actualmente no hay buenas opciones terapéuticas.

La etiología de los SCPD es multifactorial (factores genéticos, neuroquímicos, neuropatológicos y biopsicosociales) influenciados por la personalidad previa y la interacción con el medio ambiente. Incluyen trastornos del estado del ánimo (depresión, ansiedad y apatía), agitación (agresividad, irritabilidad, inquietud, gritos y deambular errático), trastornos del sueño y síntomas psicóticos (alucinaciones visuales, auditivas y delirios)<sup>1-3</sup>.

---

## ALCANCE Y OBJETIVOS

Las guías y recomendaciones actuales ponen de manifiesto la escasa eficacia de los antipsicóticos en el tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia y el incremento del riesgo de efectos adversos en estos pacientes, algunos graves como el riesgo de eventos cerebrovasculares y de mortalidad. Del grupo de antipsicóticos atípicos, sólo risperidona tiene indicación para el tratamiento de la agresividad en pacientes con demencia. Sin embargo, en la práctica clínica se está utilizando también quetiapina por presentar un perfil de efectos adversos ligeramente diferente a risperidona.

El objetivo de este documento es revisar la evidencia disponible sobre la eficacia y seguridad del tratamiento de antipsicóticos atípicos en general, y quetiapina en particular. Así como, el de establecer criterios comunes, para la Comunidad de Madrid, de utilización de risperidona y quetiapina en el tratamiento de pacientes con demencia y síntomas psicóticos o agitación graves o persistentes.

---

## MEDIDAS GENERALES

Estos síntomas, en un paciente con demencia pueden ser indicativos de molestias físicas o emocionales, malestar, dolor, miedos, desorientación, estreñimiento, infección urinaria, neumonía, efectos adversos de fármacos, sobreestimulación u otras necesidades no cubiertas<sup>4,5</sup>. Por eso, ante un paciente con demencia que desarrolla síntomas neuropsiquiátricos se recomienda, en primer lugar, identificar posibles factores desencadenantes ya que su identificación y manejo puede conducir a su resolución<sup>2,6</sup>.

Los fármacos pueden ser uno de los factores desencadenantes, por lo que se considera muy importante revisar los tratamientos

farmacológicos sistemáticamente, buscando activamente cascadas terapéuticas. Entre los fármacos implicados en precipitar o prolongar el delirium o los síntomas conductuales de la demencia están los fármacos con efecto anticolinérgico, opioides, anticonvulsivantes, antiparkinsonianos, corticoides sistémicos a dosis altas, antihistamínicos H<sub>2</sub>, algunos antibióticos (ciprofloxacino, metronidazol, claritromicina..), litio y digoxina<sup>2,5</sup>.

Distintas medidas no farmacológicas, entre ellas las centradas en los familiares y cuidadores, han demostrado eficacia a corto plazo en algunos estudios<sup>2,7</sup>. No obstante, una reciente revisión centrada en distintas opciones no farmacológicas para el manejo de la agitación y agresividad en pacientes con demencia<sup>8</sup> no encuentra evidencia sólida sobre la eficacia de este tipo de medidas, si bien, los propios autores destacan la importancia de tenerlas en cuenta por el potencial de reducir la prescripción de antipsicóticos, ya que la calidad de los estudios es baja y por la ausencia de efectos adversos de estas medidas.

---

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los antipsicóticos son el grupo que ha demostrado mayor eficacia en reducir alguno de los síntomas, si bien los estudios frente a placebo muestran que es muy modesta con un riesgo considerable de efectos adversos, algunos muy graves como ictus e incremento de la mortalidad fundamentalmente en pacientes con demencia<sup>2,5,9</sup>.

Por otra parte, independientemente del fármaco que se use, cada vez es mayor la preocupación por la sobreprescripción de antipsicóticos en pacientes con demencia<sup>10-12</sup>.

Algunos estudios estiman que en un porcentaje importante de pacientes las prescripciones de antipsicóticos podrían ser reducidas de dosis o retiradas sin que reaparezcan los síntomas<sup>11,13,14</sup>.

---

### 1. Eficacia

Una revisión<sup>15</sup> sobre la eficacia y seguridad de los antipsicóticos atípicos en pacientes con demencia concluyó que el tamaño del efecto de estos fármacos como grupo frente a placebo, aunque estadísticamente significativo, es muy pequeño en las variables medidas mediante el Inventario Neuropsiquiátrico (siglas en inglés NPI<sup>1</sup>), psicosis y agitación. El cambio observado en esta escala fue de un 35% de mejoría en el comportamiento respecto al basal, considerándose que el cambio mínimo clínicamente relevante es una mejoría del 30%<sup>16</sup>.

De forma individual, risperidona, olanzapina y aripiprazol

---

<sup>1</sup>Esta escala incluye síntomas de disforia, ansiedad, agitación motora, agresividad, hostilidad, euforia, desinhibición, irritabilidad, apatía

obtuvieron mejores resultados que placebo en la variable agitación y sólo risperidona fue superior en la mejoría de síntomas de psicosis. Los cinco ensayos clínicos realizados con quetiapina no mostraron beneficio en ninguna de las variables medidas. En los dos estudios que comparan directamente quetiapina con risperidona no se encontraron diferencias significativas.

La revisión concluye que risperidona, aunque con una eficacia muy modesta, es el antipsicótico que dispone de mejor evidencia en pacientes con demencia para aliviar la agitación, síntomas de psicosis y las alteraciones conductuales en general.

En esta misma revisión<sup>15</sup>, se concluye que no hay evidencia que justifique la utilización de quetiapina en el manejo de los trastornos del sueño.

---

## 2. Seguridad

Todos los antipsicóticos comparten perfil de efectos secundarios: síntomas extrapiramidales, somnolencia, ganancia de peso, discinesia tardía, confusión, alteraciones de la marcha y caídas, síntomas del tracto urinario, efectos anticolinérgicos, prolongación del intervalo QT, deterioro cognitivo y en pacientes con demencia aumento del riesgo de ictus y de mortalidad. Por otra parte hay que tener en cuenta la especial sensibilidad de los pacientes mayores y con demencia a estos efectos adversos<sup>2</sup>.

En el año 2004 datos procedentes de ensayos clínicos mostraron un incremento de riesgo de ictus para los antipsicóticos atípicos olanzapina y risperidona y un aumento de mortalidad para olanzapina en pacientes ancianos con demencia<sup>17,18</sup>. Posteriormente en el año 2005, un metaanálisis de 17 ensayos clínicos con antipsicóticos atípicos realizado por la FDA mostró un aumento de la mortalidad en pacientes ancianos con demencia que recibían antipsicóticos atípicos para el tratamiento de los síntomas psicóticos o alteraciones del comportamiento. Los resultados de esta revisión mostraban un incremento de la mortalidad de 1,6-1,7 veces respecto a placebo, fundamentalmente relacionada con acontecimientos cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, muerte súbita) o infecciones (fundamentalmente neumonía). Posteriormente, este incremento del riesgo se constató en los antipsicóticos clásicos<sup>19</sup>.

Quetiapina se diferencia de risperidona en que se asocia a un riesgo menor de efectos extrapiramidales<sup>6,20</sup> aunque presenta mayor riesgo de somnolencia y de efectos anticolinérgicos<sup>6,15,21</sup>. Estudios observacionales retrospectivos<sup>22-27</sup> encuentran un incremento del riesgo de mortalidad en pacientes mayores con demencia con todos los antipsicóticos tanto a corto como a largo plazo respecto a los pacientes que no usan este tipo de fármacos y una asociación entre las dosis más altas y un mayor incremento de riesgo. Estos estudios sugieren que el riesgo asociado a quetiapina puede ser menor que el de otros

antipsicóticos atípicos. No obstante, es necesario corroborar estos resultados debido a las limitaciones propias de los estudios retrospectivos. De hecho algunos autores comentan que a pesar de ajustar los análisis por distintas características clínicas, la complejidad clínica de estos pacientes no aleatorizados a uno u otro tratamiento puede no ser capturada en los ajustes de los análisis<sup>27</sup>. Otra limitación es no todos los estudios utilizan la misma equivalencia entre dosis de los distintos antipsicóticos.

Teniendo en cuenta los datos de eficacia y seguridad, un análisis<sup>10</sup> del uso de antipsicóticos atípicos sugirió que tratar con estos fármacos a 1.000 pacientes con demencia y síntomas conductuales durante 12 semanas provoca una mejoría de los síntomas clínicamente relevante en 91 a 200 de los pacientes tratados, 10 muertes, 18 episodios cerebrovasculares y alteraciones de la marcha en 58 a 94 pacientes. Los autores destacan que es importante tener en cuenta que el balance beneficio riesgo se ve alterado con los tratamientos a largo plazo, ya que los beneficios no aumentan pero sí el riesgo de efectos adversos.

---

## 3. Situaciones especiales

Dado el menor riesgo de producir efectos extrapiramidales, la quetiapina podría ser considerada como una opción preferente en pacientes con demencia por cuerpos de Lewy o con demencia asociada a enfermedad de Parkinson, ya que éstos tienen un mayor riesgo de sufrir síntomas extrapiramidales o síndrome neuroléptico maligno debido al uso de antipsicóticos.

El único fármaco con indicación para los trastornos psicóticos que aparecen en el curso de la enfermedad de Parkinson es la clozapina que parece ser más eficaz que quetiapina en las mediciones específicas relacionadas con la frecuencia de las alucinaciones y delusiones, pero que se ha asociado a agranulocitosis y miocarditis<sup>28</sup>. Algunos autores, a pesar de la falta de evidencia concluyente, plantean la quetiapina como una opción en pacientes con demencia y parkinsonismo o demencia por cuerpos de Lewy en los casos en los que sea estrictamente necesario por su mejor perfil de seguridad en cuanto al riesgo de efectos extrapiramidales<sup>2,4-6,27</sup>.

---

## 4. Revisión del tratamiento antipsicótico

En general se recomienda comenzar con dosis bajas (0,25-0,5 mg diarios de risperidona; 12,5-25 mg diarios de quetiapina) y si es necesario subir lentamente hasta 2 mg de risperidona ó 100 mg de quetiapina<sup>5,21</sup>.

Se considera que los pacientes con demencia en tratamiento con antipsicóticos para las alteraciones conductuales que lleven 3 ó más meses deben ser revisados para valorar la posibilidad de retirar la medicación, siendo limitadas las circunstancias que justifican el uso continuado de los antipsicóticos más allá de 3

meses<sup>5,28</sup>.

La retirada debe ser gradual y con un estrecho seguimiento para disminuir el riesgo de recaídas (puede manifestarse semanas o meses después) y síntomas de retirada (náuseas, vómitos, sudoración, insomnio...), riesgo mayor en los pacientes con tratamientos muy largo o con síntomas más graves al inicio.

En general se recomiendan reducciones del 25 al 50% cada dos semanas<sup>14,28,29</sup> individualizando en cada paciente y teniendo en cuenta, entre otros, la dosis, el tiempo que lleva el paciente en tratamiento, la gravedad de los síntomas al inicio. Una pauta de reducción recomendada por algunos autores<sup>14</sup> es comenzar con una reducción del 25% de la dosis diaria total y revisar a la semana. Si la reducción se ha tolerado bien, se recomienda mantener esa misma dosis con revisión en la semana 4 (para risperidona y haloperidol) o quincenalmente (para quetiapina). Si se tolera bien reducir otro 25% y repetir el proceso finalizando el tratamiento a las 2 semanas de administrar la dosis mínima.

Si la dosis del paciente es baja (dosis de inicio) se puede valorar suspender sin reducción de dosis<sup>14,30,31</sup>.

---

## CONCLUSIONES

- Es necesario identificar las posibles causas de los SCPD y los factores precipitantes, ya que en muchas ocasiones la resolución de la causa subyacente puede conducir a su control. Es importante revisar los tratamientos farmacológicos sistemáticamente para detectar posibles fármacos implicados en precipitar o prolongar los síntomas conductuales de la demencia.
- La eficacia de los antipsicóticos en el tratamiento de los síntomas psicóticos o agitación asociados a la demencia es muy modesta y con un riesgo considerable de efectos adversos. Risperidona es el más estudiado y es el único antipsicótico atípico con indicación autorizada para tratar la agresividad grave en pacientes con demencia tipo Alzheimer.
- Quetiapina no ha demostrado eficacia significativa en el manejo de los síntomas psicóticos o agitación en pacientes con demencia, pero se asocia a un menor riesgo de síntomas extrapiramidales, mayor riesgo de somnolencia y de efectos anticolinérgicos.
- La escasa evidencia disponible no justifica el uso de quetiapina para el tratamiento del insomnio.

---

## CRITERIOS DE UTILIZACIÓN

- La utilización de risperidona debe reservarse para los pacientes en los que se estime que el beneficio sea mayor que el riesgo, esto es, para los pacientes con demencia y síntomas psicóticos o agitación graves o persistentes, que no responden a medidas no farmacológicas y cuando hay un

riesgo de daño para ellos o para los demás.

- Quetiapina sería una alternativa a risperidona en casos estrictamente necesarios de pacientes con demencia y síntomas psicóticos o agitación graves o persistentes, que no remiten con las medidas no farmacológicas y que resultan muy incapacitante o ponen en riesgo al paciente y a los que le rodean en las siguientes situaciones:
  - ./ pacientes que no toleran risperidona por efectos adversos extrapiramidales.
  - ./ pacientes con demencia por cuerpos de Lewy difusos.
  - ./ pacientes con parkinsonismo o enfermedad de Parkinson.
- Ambos se deben utilizar la dosis más baja posible y durante el menor periodo necesario. La retirada debe hacerse de forma gradual.
- El médico deberá revisar al paciente con regularidad (al menos una vez cada tres meses) para valorar adecuadamente la relación beneficio – riesgo en cada paciente concreto y valorar al menos trimestralmente la posibilidad de retirada del antipsicótico:
  - ./ si los beneficios no superan a los riesgos
  - ./ si lleva largo tiempo con el fármaco
  - ./ en el caso de estabilización o remisión de los síntomas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ* 2015; 350: h369.
- Press D, Alexander M. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia <http://www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-dementia> (accessed 2 February 2016).
- National Institute for Health and Care Excellence. Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care <https://www.nice.org.uk/guidance/cg42> (2006, accessed 10 April 2016).
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer. Guía de Práctica Clínica sobre atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 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. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07 <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf> (accessed 18 April 2016).
- Managing patients with dementia: What is the role of antipsychotic? *BPJ Issue 57* <http://www.bpac.org.nz/BPJ/2013/December/docs/BPJ57-dementia.pdf> (accessed 14 February 2016).
- Centre for effective practice. Use of Antipsychotics in Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia Discussion Guide: Primary Care Edition | Closing The Gap Between Evidence And Practice In Healthcare. *Centre For Effective Practice | Closing The Gap Between Evidence And Practice In Healthcare* <http://effectivepractice.org/resources/antipsychotics-primary-care/> (2016, accessed 19 April 2016).
- Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, et al. Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2014; 205: 436–442.
- Jutkowitz E, Fuchs E, Nelson VA, Kane RA, Shippee T, Fink HA, Sylvanus T, Ouellette J, Butler M, Kane RL. Nonpharmacologic Interventions for Agitation and Aggression in Dementia. Comparative Effectiveness Review. Comparative Effectiveness Review No. 177. (Prepared by the Minnesota Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2012-00016-1.) <http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/559/2198/dementia-agitation-aggression-executive-160314.pdf> (accessed 7 April 2016).
- Corbett A, Burns A, Ballard C. Don't use antipsychotics routinely to treat agitation and aggression in people with dementia. *BMJ* 2014; 349: g6420–g6420.
- Banerjee S, others. The use of antipsychotic medication for people with dementia: Time for action. *Lond Dep Health* <http://psychrights.org/research/digest/nlps/banerjeeereportongeriatricneurolepticuse.pdf> (2009, accessed 14 April 2016).
- NPS: Better choices B health. Antipsychotic overuse in dementia — is there a problem? *NPS MedicineWise* <http://www.nps.org.au/publications/health-professional/health-news-evidence/2013/antipsychotic-dementia> (accessed 14 April 2016).
- Fort I, Formiga F, Robles MJ, et al. Alta prevalencia de consumo de neurolépticos en las personas ancianas con demencia. *Med Clínica* 2010; 134: 101–106.
- Declercq T, Petrovic M, Azermai M, et al. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 3: CD007726.
- Scottish Government Model of Care Polypharmacy Working Group. Polypharmacy Guidance (2 nd edition). *Scottish Government* [http://www.sign.ac.uk/pdf/polypharmacy\\_guidance.pdf](http://www.sign.ac.uk/pdf/polypharmacy_guidance.pdf) (2015, accessed 14 April 2016).
- Maglione M, Ruelaz Maher A. Off -Label Use of Atypical Antipsychotics : An Update . Comparative Effectiveness Review No. 43. (Prepared by the Southern California Evidence-based Practice Center under Contract No. HHS290-2007-10062- 1.) Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. [www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm](http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm) (2011, accessed 14 January 2016).
- Maher AR, Maglione M, Bagley S, et al. Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic medications for off-label uses in adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2011; 306: 1359–1369.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Risperidona. Riesgo de episodios isquémicos cerebrales en pacientes con demencia [http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2004/NI\\_2004-04\\_risperidona.htm](http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2004/NI_2004-04_risperidona.htm) (2004, accessed 13 April 2016).
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Nuevos datos de seguridad sobre los antipsicóticos olanzapina y risperidona en el tratamiento de pacientes ancianos con psicosis p trastornos de conducta asociados a demencia. [http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2004/NI\\_2004-03\\_olanzapina-risperidona.htm](http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2004/NI_2004-03_olanzapina-risperidona.htm) (2004, accessed 13 April 2016).
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Antipsicóticos clásicos y aumento de mortalidad en pacientes ancianos con demencia [http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2008/NI\\_2008-19\\_antipsicoticos.htm](http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2008/NI_2008-19_antipsicoticos.htm) (accessed 13 April 2016).
- Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, et al. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2006; 355: 1525–1538.
- Institut Català de la Salut. Guia de recomanacions terapèutiques per l'abordatge dels Síntomes Psicògics i Conductuals relacionats amb la Demència.
- Langballe EM, Engdahl B, Nordeng H, et al. Short- and long-term mortality risk associated with the use of antipsychotics among 26,940 dementia outpatients: a population-based study. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry* 2014; 22: 321–331.
- Rossum RC, Rector TS, Lederle FA, et al. Are all commonly prescribed antipsychotics associated with greater mortality in elderly male veterans with dementia? *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 1027–1034.
- Huybrechts KF, Gerhard T, Crystal S, et al. Differential risk of death in older residents in nursing homes prescribed specific antipsychotic drugs: population based cohort study. *BMJ* 2012; 344: e977–e977.
- Kales HC, Kim HM, Zivin K, et al. Risk of mortality among individual antipsychotics in patients with dementia. *Am J Psychiatry* 2012; 169: 71–79.
- Gerhard T, Huybrechts K, Olfson M, et al. Comparative mortality risks of antipsychotic medications in community-dwelling older adults. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2014; 205: 44–51.

27. Maust DT, Kim HM, Seyfried LS, et al. Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 438–445.
28. 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 [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_546\\_Parkinson\\_IACS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_546_Parkinson_IACS_compl.pdf) (2014, accessed 14 April 2016).
29. Delgado Silveira E, Montero Errasquín B, Muñoz García M, et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriatria Gerontol* 2015; 50: 89–96.
30. Alzheimer's Society. Optimising treatment and care for behavioural and psychological symptoms of dementia. [https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents\\_info.php?documentID=1657](https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=1657) (accessed 21 February 2016).
31. Cherise Howson, PrescQIPP NHS Programme. Reducing Antipsychotic Prescribing in Dementia Toolkit <https://www.prescqipp.info/resources/finish/241-reducing-antipsychotic-prescribing-in-dementia-toolkit/1353-reducing-antipsychotic-prescribing-in-dementia-toolkit> (accessed 28 January 2016).

El presente documento aborda el tratamiento de los pacientes con demencia y síntomas psicóticos o agitación graves o persistentes. Para ello se revisa la evidencia disponible sobre la eficacia y seguridad del tratamiento de los antipsicóticos atípicos en general y de quetiapina en particular, con el fin de establecer criterios comunes de utilización de risperidona y quetiapina en el tratamiento de estos síntomas en pacientes con demencia. Todo ello sin olvidar la importancia de identificar las posibles causas y los factores precipitantes de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia, ya que en muchas ocasiones la resolución de la causa subyacente puede conducir su control.

