

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada

Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

GUIA FARMACOGERIÁTRICA

SALUD MENTAL



**Comunidad
de Madrid**

AUTORES

COORDINADORES (por orden alfabético):

- Iciar Cañamares Orbis. Farmacéutica de atención a centros sociosanitarios. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- Elena Capilla Santamaría. Farmacéutica de atención a centros sociosanitarios. Subdirección. General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- Nuria Martínez Casanova. Farmacéutica de atención a centros sociosanitarios. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- Eugenia Martínez Sánchez. Farmacéutica de atención a centros sociosanitarios. Subdirección. General de Farmacia y Productos Sanitarios.

AUTORES (por orden alfabético):

- Miguel Ángel Alonso. Farmacéutico Atención Primaria Dirección Asistencial Este.
- Juan Carlos Bando Beltrán. Coordinación Médico Asistencial. Servicios Centrales Agencia Madrileña de Atención Social.
- Silvia Buendía Bravo. Farmacéutica especialista en farmacia hospitalaria. Hospital del Sureste.
- Carlos Barreda Velázquez. Farmacéutico Atención Primaria Dirección Asistencial Noroeste
- Susana Bescos García. Psiquiatría Hospital del Henares.
- Rafael Bielza Galiano. Geriatria Hospital Infanta Sofía
- Nuria Camarero Fernández. Médico Centro de Atención a Discapacitados Psíquicos Mirasierra.
- Inmaculada Fernández Esteban. Farmacéutica Atención Primaria. Dirección Asistencial Centro.
- Esther Fernández Yebra. Médico de familia Centro de Salud Galapagar Dirección Asistencial Noroeste
- Araceli Garrido Barral. Médico de familia Dirección Asistencial Norte
- Javier Gómez Pavón. Geriatra Hospital Central Cruz Roja.
- María Moreno García. Farmacéutica de Hospital Universitario de Getafe
- Francisco Muñoz González. Médico de familia Centro de Salud Segovia Dirección Asistencial Noroeste.
- M^a Jesús Monedero Fernández de Quincoces. Médico Centro Ocupacional Juan de Austria
- María Victoria Valverde Moyar. Médico Residencia de Mayores Gastón Baquero
- M^a Ángeles Vico Barranco. Farmacéutica de Hospital Dr. Rodríguez Lafora

REVISORES EXTERNOS (por orden alfabético):

- Luis Fernando Agüera Ortiz. Psiquiatra del Hospital 12 de Octubre.
- Roberto Rodríguez-Jiménez. Psiquiatra Hospital 12 de Octubre.
- Isabel Ramos García. Psiquiatra adjunto. Hospital Clínico San Carlos.
- Miguel Ángel Pérez Real. Médico de familia Centro de Salud Carabanchel Alto. Dirección Asistencial Centro.
- Alfonso Cruz Jentoft. Geriatra Hospital Ramón y Cajal.
- Isabel Lozano Montoya. Geriatra Hospital Cruz Roja.

Edita: Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
Agencia Madrileña de Atención Social. Consejería de Políticas Sociales y Familia.

Edición: 1/2018

Revisado y aprobado por el Comité Director en Farmacoterapia

Se autoriza la reproducción total o parcial de los contenidos de este documento de carácter público, siempre que se cite la fuente, no se manipulen ni alteren los contenidos y no se utilicen directamente con fines comerciales.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales
asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

ABREVIATURAS

| | | | |
|-------|---|------|---|
| AINE | Antiinflamatorio/s no esteroideo/s | ISRS | Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina |
| AVD | Actividades de la vida diaria | L | Litros |
| BZD | Benzodiazepinas | MDA | N-metil D-aspartato |
| CI | Contraindicaciones | mg | Miligramo/s |
| CICr | Aclaramiento de creatinina | min | Minuto |
| CPI | Criterios de prescripción inapropiada | mmol | Milimoles |
| D | Dosificación | MMSE | Mini Mental State Examination |
| EA | Enfermedad de Alzheimer | NPI | Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings |
| FT | Ficha Técnica | P | Precauciones |
| GSD | Global Scale Dementia | R | Recomendaciones |
| h | Horas | RA | Reacciones adversas |
| I | Interacciones | SPCD | Síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencia |
| IACE | Inhibidores de acetilcolinesterasa | TAG | Trastorno de ansiedad generalizado |
| IH | Insuficiencia hepática | TCC | Terapia cognitivo conductual |
| IMAOs | Inhibidores de la mono oxidasa | TOC | Trastorno obsesivo compulsivo |
| IR | Insuficiencia renal | VIH | Virus de la inmunodeficiencia humana |
| IRNS | Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina | VO | Vía oral |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

A NSIEDAD

1. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

Comenzar con medidas no farmacológicas (ejercicio, técnicas de relajación, terapia psicológica), sobre todo, ante una ansiedad de reciente comienzo. Reservar los fármacos para trastornos importantes, de mayor intensidad, que limiten la actividad del paciente o afecten a su calidad de vida.

Si se decide tratar con terapia farmacológica, el objetivo es aliviar los síntomas, prevenir recaídas y evitar secuelas, todo ello con la mayor tolerabilidad posible al tratamiento.

El tratamiento base del TAG son los antidepresivos pero sólo cuatro están autorizados en esta indicación: escitalopram, paroxetina, duloxetina y venlafaxina. Pregabalina, un antiepiléptico, también está autorizada en TAG. A pesar de que estos fármacos tienen indicación autorizada en el tratamiento del TAG, por su perfil de seguridad no todos son recomendables en pacientes mayores.

Se recomienda:

Como **primera línea de tratamiento los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): sertralina** puede considerarse de elección en ancianos. A pesar de que no tiene indicación autorizada, existe evidencia de su eficacia en TAG y es el ISRS mejor tolerado y que menos interacciones presenta. Entre los ISRS autorizados en TAG, escitalopram se asocia a una menor frecuencia de interacciones farmacológicas que paroxetina, pero hay que utilizarlo con precaución en pacientes con problemas cardíacos que puedan predisponer al desarrollo de Torsade de Pointes y no sobrepasar la dosis de 10 mg/día.

Si el paciente no puede tolerar un ISRS ofrecer **como alternativa un inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS):** Presentan mayor tasa de abandono por efectos adversos que los ISRS. La venlafaxina es mejor tolerado que duloxetina.

Las benzodiacepinas (BZDs) podrían ser de utilidad a corto plazo (8-12 semanas) en las situaciones agudas o al inicio de tratamiento prescribiéndose conjuntamente con ISRS hasta que éstos comiencen a actuar.

Antes de iniciar la terapia farmacológica, se debe recomendar revisar el consumo oculto de ansiolíticos o sustancias relajantes (ej. plantas de herbolarios) para evitar posibles duplicidades o interacciones farmacológicas.

En un paciente en el que un fármaco ha sido eficaz en un episodio anterior, salvo contraindicaciones absolutas, se recomienda como primera opción dicho fármaco.

En el **tratamiento con benzodiacepinas** en ancianos se debe tener en cuenta:

No utilizar durante **periodos prolongados** para evitar el riesgo de tolerancia y dependencia.

Se recomienda utilizar BZDs de vida media corta o intermedia, sin metabolitos activos ni metabolismo hepático oxidativo: lorazepam.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada

Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL

AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

Su **retirada deber ser lenta y gradual** para evitar el síndrome de abstinencia.

Reducir la dosis total diaria entre un 10-25% en intervalos de 2-4 semanas,

Realizar visitas de seguimiento cada 2-4 semanas.

Si aparecen síntomas de abstinencia mantener misma dosis unas semanas y continuar la reducción de dosis más lentamente. Suspender completamente la medicación puede durar desde meses hasta un año.

DOSIS EQUIPOTENTES DE BENZODIACEPINAS

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS EQUIPOTENTES MG |
|------------------------|-----------------------|
| Diazepam | 5 |
| Bromazepam | 1,5 |
| Brotizolam | 0,25 |
| Alprazolam | 0,25-0,5 |
| Clorazepato dipotásico | 7,5 |
| Lorazepam | 1 |
| Lormetazepam | 1 |

Siempre después de realizar un intercambio se recomienda evaluar de forma más estrecha la respuesta del paciente.

Otras recomendaciones importantes sobre el tratamiento del TAG son:

Iniciar el tratamiento a mitad de dosis que en el paciente adulto más joven y con titulación de dosis más lenta.

Utilizar la menor dosis eficaz.

Evaluar la seguridad y eficacia del tratamiento cada 2-4 semanas durante los 3 primeros meses y, posteriormente, cada 3 meses.

Si el fármaco es eficaz **mantener el tratamiento durante al menos 12 meses**. En las TAG recurrentes con varios episodios depresivos previos hay que plantear un tratamiento de mantenimiento de duración indefinida.

Retirar el tratamiento de forma paulatina para evitar efectos adversos.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|---|--|------|--|
| <p>INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS): RA: molestias gastrointestinales, anorexia, pérdida de peso, mareo, náuseas, temblor, reacciones extrapiramidales, hiponatremia, incremento del riesgo de sangrado, disminución de la masa ósea, glaucoma y disfunción sexual. Los primeros días de tratamiento puede aparecer agitación, ansiedad e insomnio. CI: tratamiento concomitante con IMAO debido al riesgo de síndrome serotoninérgico (linezolid, moclobemida, selegilina, rasagilina), separar al menos 14 días entre el cese del IMAO y el inicio del ISRS. I: la administración conjunta de ISRS con otros fármacos serotoninérgicos (tramadol, tapentadol, triptófano, fenfluramina, agonista 5HT, hierba de San Juan) aumentan el riesgo de síndrome serotoninérgico. Con anticoagulantes orales, heparinas de bajo peso molecular, AINE o clopidogrel se incrementa el riesgo de sangrado gastrointestinal. Su utilización junto con diuréticos puede incrementar el riesgo de hiponatremia. P: al inicio de tratamiento puede aparecer un incremento de las ideas suicidas, por lo que deben ser estrechamente vigilados durante ese periodo. En pacientes con diabetes la glucemia debe ser cuidadosamente monitorizada pudiendo ser necesario ajustar dosis de los medicamentos hipoglucemiantes. CPI: Criterio STOPP: ISRS con hiponatremia significativa concurrente o reciente (sodio sérico < 130 mmol/l) aumenta el riesgo de precipitar o exacerbar hiponatremia. Criterio START: ISRS para la ansiedad grave persistente que interfiere con la independencia funcional.</p> | | | |
| SERTRALINA (fármaco de elección) | Dosis inicial: 25 mg cada 24 horas. Aumentos de 25 mg cada dos semanas Dosis recomendada: 50-100 mg cada 24 horas Dosis máxima: 200mg cada 24 horas. | VO | <p>CI: tratamiento concomitante con pimozida, linezolid, IMAOs. I: sertralina puede aumentar los niveles de fenitoína y de los sustratos de CYP2D6. Cimetidina puede aumentar los niveles de sertralina. IR: no es necesario ajuste IH: reducir dosis o frecuencia de administración. D: utilizar presentación gotas o triturar los comprimidos y mezclar con agua</p> |
| ESCITALOPRAM | Dosis de inicio 5mg cada 24 horas. Ir aumentando dosis en función de la respuesta. Dosis máxima: 10mg cada 24 horas (en mayores de 65 años). | VO | <p>Perfil de eficacia y seguridad similar a citalopram, pero escitalopram tienen indicación autorizada en el TAG. RA: Alerta AEMPS (12/2011) puede prolongar el intervalo QT, efecto dosis dependiente. CI: pacientes con antecedentes de intervalo QT alargado o síndrome congénito del segmento QT largo. Uso concomitante con fármacos que prolonguen el intervalo QT. Uso concomitante con pimozida, linezolid e IMAOs. I: escitalopram es un inhibidor débil del CYP2D6, por ello, puede aumentar de las concentraciones plasmáticas de sus sustratos. Cimetidina e Inhibidores de la CYP2C19 pueden aumentar niveles de escitalopram. P: en pacientes en los que coexistan otros factores de riesgo de Torsade de Pointes. IR: precaución en CICr < 30ml/min. IH: precaución y reducir dosis en IH grave. D: utilizar presentación gotas o pulverizar el comprimido y dispersar.</p> |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|--|--|------|--|
| INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE NORADRENALIA Y SEROTONINA (IRNS) | | | |
| VENLAFAXINA (Alternativa a los ISRS) | Dosis inicio: 37,5 mg cada 24 horas. Dosis recomendada: 75-150 mg cada 24 horas. Dosis máxima: 225 mg cada 24 horas. Formas de liberación inmediata se administran 2 veces al día. Formas de liberación prolongada 1 vez al día. | VO | Tiene indicación en TAG la presentación en comprimidos de liberación prolongada. RA: náuseas, mareos, agitación, disfunción sexual, insomnio, convulsiones, hiponatremia, cefalea, aumento del riesgo de sangrado. Aumento de la tensión arterial y del ritmo cardiaco. A altas dosis hipertensión. Se han descrito casos de midriasis. Aumento de los niveles de colesterol. A dosis bajas tiene un perfil de seguridad similar a los ISRS. CI: tratamiento concomitante con pimozida y con IMAOs. I: venlafaxina puede aumentar los niveles de haloperidol, metoprolol y risperidona y disminuir los de indinavir. Inhibidores de la CYP3A4 pueden aumentar niveles de venlafaxina P: pacientes con presión intraocular elevada o pacientes con riesgo de padecer glaucoma. Pacientes con factores de riesgo cardiovascular, hipertensión y/o alto riesgo de arritmia. Pacientes tratados con diuréticos tienen un mayor riesgo de hiponatremia. Pacientes con predisposición a hemorragias, incluyendo los pacientes que están tomando anticoagulantes e inhibidores plaquetarios. Pacientes con diabetes el control de la glucemia debe ser cuidadosamente monitorizado pudiendo ser necesario un ajuste de la dosis de insulina u otros medicamentos hipoglucemiantes IR: si ClCr < 30ml/min reducir dosis un 50%. IH: leve-moderada reducir dosis un 50%. En IH grave reducir más de un 50% y precaución. D: Triturar comprimido liberación inmediata y dispersar en agua. R: control de la tensión arterial y niveles de colesterol durante el tratamiento. |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|--|--|------|---|
| <p>BENZODIACEPINAS. RA: sedación, deterioro cognitivo, confusión, enlentecimiento motor, ataxia, marcha inestable, caídas, agitación paradójica, amnesia anterógrada, disforia, irritabilidad. CI: insuficiencia respiratoria grave, miastenia gravis, apnea del sueño, insuficiencia hepática grave. P: riesgo de desarrollar tolerancia y dependencia y su retirada puede dar lugar a síndrome de abstinencia. Realizar especial control clínico en pacientes con insuficiencia respiratoria, y/o glaucoma de ángulo cerrado. I: combinación con otros depresores del SNC, potencian el efecto depresor. Con analgésicos opioides pueden incrementar la dependencia psíquica. R: utilizar BZD de vida media intermedia, sin metabolitos activos y que no sufran procesos de oxidación. Seleccionar los de mínima acción sedativa para disminuir el riesgo de caídas y apneas del sueño. CPI: Criterio STOPP: BZDs durante ≥ 4 semanas (no hay indicación para tratamientos más prolongados; riesgo de sedación prolongada, confusión, pérdida de equilibrio, caídas, accidentes de tráfico; todas las benzodiazepinas deberían suspenderse de forma gradual si el tratamiento ha superado las 4 semanas, ya que al suspenderse de forma brusca existe riesgo de síndrome de abstinencia). BZDs con insuficiencia respiratoria aguda o crónica por riesgo de exacerbación de la insuficiencia respiratoria.</p> | | | |
| LORAZEPAM | Dosis inicio: 0,5 mg cada 24 horas. Ajustar la dosis a la respuesta clínica. Dosis máxima: 3 mg cada 24 horas. | VO | <p>Características: vida media intermedia; velocidad de acción intermedia; metabolismo por conjugación, no metabolitos activos.</p> <p>P: la interrupción brusca del tratamiento ocasiona más efectos rebote que las BZD de vida media larga.</p> <p>I: lorazepam y clozapina pueden producir marcado estado de sedación, salivación excesiva y ataxia. Valproato aumenta los niveles de lorazepam, reducir la dosis un 50%. Probenecid aumenta la vida media de lorazepam, reducir la dosis al 50%.</p> <p>IR: reducir dosis.</p> <p>IH: reducir dosis</p> <p>D: triturar los comprimidos y dispersar en agua.</p> |

Inhibidores de CYP2C19: esomeprazol, fluvoxamina, lansoprazol, omeprazol, ticlopidina. **Inhibidores de CYP3A4:** antifúngicos azólicos, cimetidina, eritromicina, inhibidores de la proteasa del VIH. **Inductores de CYP3A4:** rifampicina, carbamazepina, fenitoína.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

2. OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Se mantienen las recomendaciones importantes sobre el tratamiento farmacológico recogidas en el TAG.

| TIPO DE TRASTORNO | TRATAMIENTO (PRIMERA OPCIÓN/ ALTERNATIVA) |
|-------------------------------|--|
| Angustia/Pánico | ISRS (sertralina) / ISRSN (venlafaxina). En pacientes con trastorno del pánico severo al inicio del tratamiento se puede asociar una BZD (lorazepam) hasta que los ISRS/ ISRN ejerzan su efecto. |
| Estrés Postraumático | ISRS (sertralina) / ISRSN (venlafaxina) |
| Trastorno Obsesivo Compulsivo | ISRS (sertralina)/ ISRN (venlafaxina) La dosis de ISRS necesarias suelen ser más altas que para otros trastornos de ansiedad. Así mismo, suelen tardar un poco más en hacer efecto que en otros trastornos. Clomipramina es el único antidepresivo tricíclico eficaz en TOC pero su uso en ancianos no está recomendado por sus efectos anticolinérgicos. |
| Fobias | La psicoterapia es el tratamiento de elección en fobias aisladas. Si el estímulo fóbico es frecuente (ej. fobia social) recomendado un ISRS (sertralina) /ISRSN (venlafaxina) Si el estímulo fóbico es infrecuente (ej. Fobia a volar) recomendado BZD de acción corta (lorazepam) 30 minutos antes de encontrarse con la situación. |

El ISRS de elección en el paciente mayor es sertralina, ya que es el mejor tolerado y el que menos interacciones presenta. El ISRSN de elección es venlafaxina.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

DEPRESIÓN

El objetivo del tratamiento antidepresivo en el paciente anciano es la remisión de la enfermedad (desaparición total de los síntomas y recuperación de la capacidad funcional normal) y evitar recaídas.

En general, los antidepresivos no deben emplearse como tratamiento inicial de la depresión leve. Los antidepresivos son la base del tratamiento de la depresión mayor moderada-grave.

Todos los antidepresivos administrados a las dosis y durante el tiempo suficiente, han mostrado ser igualmente eficaces en cuanto a la mejoría de los síntomas de la depresión. Por ello, la selección del tratamiento antidepresivo debe realizarse teniendo en cuenta la incidencia de reacciones adversas del fármaco, las posibles interacciones con otros medicamentos, la presencia de enfermedades concomitantes, la eficacia en episodios anteriores y el coste.

El antidepresivo de elección en el paciente geriátrico debe carecer de efectos anticolinérgicos, no ser cardiotoxico, no interferir en la capacidad cognitiva y presentar pocas interacciones con otros fármacos. De acuerdo a estas características, se recomienda:

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como primera opción terapéutica. Hay que emplearlos con precaución, ajustando dosis y vigilando la aparición de determinados efectos adversos. Pueden presentar interacciones con medicación frecuente en personas mayores (antidiabéticos orales, anticoagulantes, insulinas, antiarrítmicos). Pueden considerarse de elección sertralina, escitalopram/citalopram, ya que son los mejor tolerados y los que menos interacciones presentan, pero el riesgo de prolongación del intervalo QT observado con escitalopram y citalopram, hace más recomendable la utilización de sertralina en la mayoría de los pacientes. Fluoxetina, fluvoxamina y paroxetina son los ISRS que presentan mayor probabilidad de interacciones farmacocinéticas clínicamente relevantes.

Los otros antidepresivos de segunda generación son de eficacia similar a los ISRS pero su coste es superior. De ellos, podrían considerarse alternativas: venlafaxina y trazodona/mirtazapina en depresión asociada a insomnio. Duloxetina presenta peor tolerabilidad que venlafaxina y está contraindicado en insuficiencia hepática. Los datos relativos a la eficacia de agomelatina, bupropion y reboxetina en personas mayores son limitados y su eficacia no ha sido claramente documentada en estos pacientes. Trazodona y mirtazapina pueden ser útiles en algunos pacientes con insomnio asociado a depresión porque tienen un marcado efecto sedante.

Los antidepresivos de primera generación (tricíclicos, IMAOs, mianserina, maprotilina) se deben evitar en este grupo de población debido a su perfil de reacciones adversas (hipotensión ortostática con alto riesgo de caídas, toxicidad cardiaca y cognitiva, estreñimiento, etc.). Entre ellos la nortriptilina es el mejor tolerado.

En cuanto al manejo de antidepresivos en el paciente mayor se debe considerar:

Ajustar la dosis a la baja. Iniciar tratamiento con la mitad de la dosis correspondiente al adulto e ir ascendiendo de forma progresiva hasta alcanzar respuesta.

La respuesta al tratamiento puede tardar más en ponerse de manifiesto que en pacientes más jóvenes.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

En caso de que no haya respuesta terapéutica a la dosis máxima permitida en ancianos, cambiar a otro antidepresivo antes que combinar con otro fármaco para evitar exponer al paciente a más efectos adversos. Hay que considerar inicialmente cambiar a otro ISRS o a un antidepresivo de nueva generación mejor tolerado.

La depresión se asocia con un incremento de pensamientos suicidas. Este riesgo persiste hasta que se alcanza una remisión significativa. Dado que dicha mejoría puede no alcanzarse durante las primeras semanas o más de tratamiento, **los pacientes deben ser estrechamente vigilados** durante ese periodo.

Mantener el tratamiento el doble de tiempo que en la población general con el fin de evitar recaídas: hasta 12 meses tras la remisión del episodio. La dosis del fármaco empleado durante la fase de continuación o mantenimiento debe ser similar a aquella con la que se consiguió la remisión. En las depresiones recurrentes con varios episodios depresivos previos en los mayores hay que plantear un tratamiento de mantenimiento de duración indefinida.

Suspender el tratamiento antidepresivo de forma gradual para minimizar el riesgo de síndrome de retirada. Reducir un 25% de la dosis cada 4-6 semanas hasta retirada total.

Si en un paciente un fármaco ha sido eficaz en un episodio anterior, salvo contraindicaciones absolutas, se recomienda como primera opción dicho fármaco.

FASES DEL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

| | |
|-----------------------|--|
| Fase aguda | Suele durar de 6 a 12 semanas. El objetivo terapéutico es la resolución o remisión del episodio, la minimización o desaparición de los síntomas y la recuperación de la capacidad funcional normal. Se debe tener en cuenta, que mayor edad y a mayor daño cerebrovascular la respuesta puede tardar más en aparecer. |
| Fase de continuación | Dura de 4 a 9 meses desde la remisión. En ancianos se recomienda mantener más tiempo que en población más joven (hasta 12 meses). El objetivo en esta fase es la eliminación de los síntomas residuales (cuando la remisión ha sido parcial), la consolidación de la remisión y la prevención de las recaídas (relacionadas con el mismo episodio). Se emplean los mismos medicamentos que en la fase aguda a las mismas dosis |
| Fase de mantenimiento | En algunos pacientes se recomienda mantener el tratamiento para prevenir las recurrencias de nuevos episodios. La necesidad de tratamiento de mantenimiento viene determinada principalmente por el número de episodios previos y la presencia de síntomas residuales. La duración del tratamiento de mantenimiento es variable, pudiendo llegar a ser indefinida. |

Adaptado de Criterios de utilización de antidepresivos en pacientes con depresión mayor de la Comunidad de Madrid.2015.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

EVALUACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

| SITUACIÓN | CARACTERÍSTICAS |
|-------------------|--|
| No respuesta | Descenso <25% en la intensidad de los síntomas respecto al nivel basal |
| Respuesta parcial | Reducción en la intensidad de los síntomas del 25-50% respecto al nivel basal. Síntomas todavía evidentes. |
| Respuesta | Reducción en la intensidad de los síntomas mayor al 50% respecto al nivel basal. |
| Remisión parcial | La mayoría de los síntomas ya no son evidentes, pero aún quedan síntomas residuales. No se cumplen criterios de depresión mayor pero aún no han pasado 2 meses. |
| Remisión | Ausencia de síntomas por un periodo superior a 2 meses con recuperación de la capacidad funcional normal. |
| Recaída | Retorno al estado sintomático del episodio depresivo perdiendo la fase de remisión alcanzada. |
| Recuperación | Remisión completa y mantenida durante un periodo superior a 4-6 meses. |
| Recurrencia | Aparición de un episodio depresivo nuevo en un paciente que tiene una recuperación completa de un episodio depresivo previo y del que lleva asintomático de 4 a 6 meses. |

Adaptado de Criterios de utilización de antidepresivos en pacientes con depresión mayor de la Comunidad de Madrid.2015.

En la evaluación de la respuesta terapéutica se establece la siguiente pauta:

Si no hay respuesta en 8 semanas, revisar el diagnóstico, verificar el cumplimiento del tratamiento. Valorar otras causas de pseudoresistencia: organicidad, consumo de alcohol u opiáceos, etc.

Si, una vez verificado lo anterior, la respuesta continúa siendo mínima o no hay respuesta, considerar un aumento de la dosis o el cambio a otro antidepresivo, ya sea un ISRS diferente (primera opción) o un antidepresivo de segunda generación de otra clase que pudiera tolerarse mejor.

Si hay mejoría, continuar el tratamiento. Si no hay mejoría derivar al especialista.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

DOSIS EQUIPOTENTES DE ANTIDEPRESIVOS

| PRINCIPIO ACTIVO | CARACTERÍSTICAS |
|-----------------------------------|-----------------|
| DOSIS EQUIPOTENTES DE ISRS | |
| Citalopram | 20 |
| Escitalopram | 10 |
| Sertralina | 50 |
| Paroxetina | 20 |
| Fluoxetina | 20 |
| Fluoxamina | 100 |
| DOSIS EQUIPOTENTES DE IRNS | |
| Venlafaxina | 75 |
| Duloxetina | 30 |

Para evitar la toxicidad o reaparición de los síntomas de depresión, cuando se cambia de un antidepresivo a otro, se suele recomendar un intercambio gradual: reducir de forma gradual la dosis del antidepresivo inicial durante un período de una o dos semanas e introducir el nuevo antidepresivo a dosis bajas e ir incrementando durante el mismo período de tiempo.

ISRS a otro ISRS: Se puede realizar de forma directa. Los ISRS se solapan en su mecanismo de acción, y el nuevo ISRS normalmente previene los síntomas de abstinencia que pueden aparecer cuando se para el primer ISRS. En caso de intercambio de fluoxetina a otro ISRS, debido a la vida media larga de fluoxetina el segundo ISRS debe iniciarse a mitad de dosis habitual. Fluoxetina tiene una vida media muy larga y su acción puede estar presente hasta cinco semanas después de la interrupción. También se debe considerar iniciar el nuevo ISRS a dosis más bajas, para evitar posibles reacciones idiosincráticas.

ISRS a un IRNS: Dado que tanto la venlafaxina y la duloxetina tienen fuertes propiedades serotoninérgicas, el cambio inmediato de la mayoría de los ISRS a la dosis equivalente de venlafaxina o duloxetina es bien tolerado. Sin embargo, es necesario tener precaución en el cambio de la fluoxetina o paroxetina a venlafaxina o duloxetina e iniciar el IRNS a dosis más baja. Fluoxetina tiene una vida media muy larga y su acción puede estar presente hasta cinco semanas después de la interrupción.

IRNS a otro IRNS: Estos medicamentos comparten muchas propiedades. En dosis bajas (menos de 150 mg de venlafaxina o menos de 60 mg de duloxetina) se puede cambiar directamente de un medicamento a la dosis equipotente del otro. A dosis altas se recomienda un intercambio de forma gradual.

Otros antidepresivos: Mirtazapina, realizar intercambio de forma gradual.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|---|--|------|---|
| <p>INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS): RA: molestias gastrointestinales, anorexia, pérdida de peso, mareo, náuseas, temblor, reacciones extrapiramidales, hiponatremia, incremento del riesgo de sangrado, disminución de la masa ósea, glaucoma y disfunción sexual. Los primeros días de tratamiento puede aparecer agitación, ansiedad e insomnio. CI: tratamiento concomitante con IMAO debido al riesgo de síndrome serotoninérgico (linezolid, moclobemida, selegilina, rasagilina), separar al menos 14 días entre el cese del IMAO y el inicio del ISRS. I: la administración conjunta de ISRS con otros fármacos serotoninérgicos (tramadol, tapentadol, triptófano, fenfluramina, agonista 5HT, hierba de San Juan) aumentan el riesgo de síndrome serotoninérgico. Con anticoagulantes orales, heparinas de bajo peso molecular, AINE o clopidogrel se incrementa el riesgo de sangrado gastrointestinal. Su utilización junto con diuréticos puede incrementar el riesgo de hiponatremia. P: al inicio de tratamiento puede aparecer un incremento de las ideas suicidas, por lo que deben ser estrechamente vigilados durante ese periodo. En pacientes con diabetes la glucemia debe ser cuidadosamente monitorizada pudiendo ser necesario ajustar dosis de los medicamentos hipoglucemiantes. CPI: Criterio STOPP: ISRS con hiponatremia significativa concurrente o reciente (sodio sérico < 130 mmol/l) aumenta el riesgo de precipitar o exacerbar hiponatremia. Criterio START: ISRS para la ansiedad grave persistente que interfiere con la independencia funcional.</p> | | | |
| SERTRALINA | Dosis inicio: 25 mg cada 24 horas. Aumentos de 25 mg cada dos semanas Dosis recomendada: 50-100 mg cada 24 horas. Dosis máxima: 200 mg cada 24 horas. | VO | <p>CI: tratamiento concomitante con pimozida, linezolid e IMAOs. I: puede aumentar los niveles de fenitoína y de los sustratos de CYP2D6 Cimetidina puede aumentar los niveles de sertralina. IR: no es necesario ajuste. IH: reducir dosis o frecuencia de administración. D: utilizar en gotas o triturar los comprimidos y mezclar con agua.</p> |
| CITALOPRAM | Dosis inicio: 10 mg cada 24 horas. Dosis recomendada: 10-20 mg cada 24 horas. Dosis máxima: 20 mg cada 24 horas (en mayores de 65 años). | VO | <p>RA: Alerta AEMPS (10/2011) puede prolongar el intervalo QT. Efecto dosis dependiente. CI: pacientes con antecedentes de intervalo QT alargado o síndrome congénito del segmento QT largo. Uso concomitante con fármacos que prolonguen el intervalo QT. Uso concomitante con linezolid e IMAOs. I: citalopram puede aumentar niveles de pimozida aumentando el riesgo de prolongación del intervalo QT. Cimetidina y metoprolol pueden incrementar los niveles de citalopram. P: en pacientes en los que coexistan otros factores de riesgo de desarrollar Torsade de Pointes. IR: No datos si CICr <20ml/min. IH: Precaución. Reducir dosis a 10 mg al día. Máximo 20 mg al día. D: triturar los comprimidos y dispersar en agua.</p> |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL

AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|------------------|---|------|---|
| OTROS | | | |
| VENLAFAXINA | Dosis inicio:37,5 mg cada 24 horas Dosis recomendada: 75-150mg cada 24 horas Dosis máxima: 375 mg cada 24 horas. Formas de liberación inmediata se administran 2 veces al día. Comprimidos de liberación prolongada 1 vez al día. | VO | <p>Alternativa a los ISRS.</p> <p>RA: náuseas, mareos, agitación, disfunción sexual, insomnio, convulsiones, hiponatremia, cefalea, aumento del riesgo de sangrado. Aumento de la tensión arterial y del ritmo cardiaco. A altas dosis hipertensión. Se han descrito casos de midriasis. Aumento de los niveles de colesterol.</p> <p>CI: tratamiento concomitante con linezolid e IMAOs: venlafaxina puede aumentar los niveles de haloperidol, metoprolol y risperidona y disminuir los de indinavir. Inhibidores de la CYP3A4 pueden aumentar niveles de venlafaxina</p> <p>P: pacientes con presión intraocular elevada o pacientes con riesgo de padecer glaucoma. Pacientes con factores de riesgo cardiovascular, hipertensión y/o alto riesgo de arritmia. Pacientes tratados con diuréticos tienen un mayor riesgo de hiponatremia. Pacientes con predisposición a hemorragias, incluyendo los pacientes que están tomando anticoagulantes e inhibidores plaquetarios. Pacientes con diabetes el control de la glucemia debe ser cuidadosamente monitorizado pudiendo ser necesario un ajuste de la dosis de insulina u otros medicamentos hipoglucemiantes</p> <p>IR: si CICr < 30ml/min reducir dosis un 50%</p> <p>IH: leve-moderada reducir dosis un 50%. En IH grave reducir más de un 50% y precaución.</p> <p>D: Triturar comprimido liberación inmediata y dispersar en agua.</p> <p>R: control de la tensión arterial y niveles de colesterol durante el tratamiento.</p> |

Inhibidores de CYP2C19: esomeprazol, fluvoxamina, lansoprazol, omeprazol, ticlopidina. **Sustratos de CYP2D6:** antiarrítmicos (flecainida, propafenona), otros antidepresivos (ATC, ISRS, mirtazapina, venlafaxina), antipsicóticos (aripiprazol, clozapina, haloperidol, olanzapina, risperidona, tioridazina), beta-bloqueantes (metoprolol, propranolol), otros fármacos (atomoxetina, codeína, donepezilo, galantamina, tamoxifeno, tramadol, tolterodina). **Inhibidores de CYP3A4:** antifúngicos azólicos, cimetidina, eritromicina, inhibidores de la proteasa del VIH. **Inductores de CYP3A4:** rifampicina, carbamazepina, fenitoína.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|------------------|---|------|---|
| MIRTAZAPINA | Dosis inicio: 15-30 mg cada 24 horas. Dosis recomendada: 15-45 mg en 1 o 2 dosis separadas de 12 horas. Dosis máxima: 45 mg cada 24 horas. Se recomienda administrar antes de acostar por su efecto sedante. | VO | Su capacidad ansiolítica y favorecedora del sueño la hace útil en pacientes con insomnio asociado a depresión en monoterapia o en combinación con otros antidepresivos. RA: sedación. Incremento de peso, vértigo, estreñimiento, xerostomía. Se han descrito casos de agranulocitosis (en ocasiones fatal). CI: uso concomitante con linezolid e IMAOs I: mirtazapina puede potenciar el efecto de los derivados de la cumarina. Inductores de la CYP3A4 pueden disminuir niveles de mirtazapina. Inhibidores de la CYP3A4 pueden aumentar niveles de mirtazapina. P: por su efecto sedante se recomienda administrar antes de acostarse. IR: CICr < 40ml/min reducir dosis. IH: leve-moderada reducir dosis. No está estudiada en IH grave. D: triturar y dispersar en agua. Existe presentación en solución y comprimidos bucodispersables. R: administrar preferiblemente de noche, como dosis única. Vigilar la aparición de síntomas relacionados con agranulocitosis (fiebre, dolor de garganta, estomatitis u signos de infección). |

Inhibidores de CYP2C19: esomeprazol, fluvoxamina, lansoprazol, omeprazol, ticlopidina. **Sustratos de CYP2D6:** antiarrítmicos (flecainida, propafenona), otros antidepresivos (ATC, ISRS, mirtazapina, venlafaxina), antipsicóticos (aripiprazol, clozapina, haloperidol, olanzapina, risperidona, tioridazina), beta-bloqueantes (metoprolol, propranolol), otros fármacos (atomoxetina, codeína, donepezilo, galantamina, tamoxifeno, tramadol, tolterodina). **Inhibidores de CYP3A4:** antifúngicos azólicos, cimetidina, eritromicina, inhibidores de la proteasa del VIH. **Inductores de CYP3A4:** rifampicina, carbamazepina, fenitoína.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|------------------|--|------|--|
| TRAZODONA | Dosis inicio: 25 mg cada 24 horas. Dosis recomendada: 50-75 mg cada 24 horas. Dosis máxima: No superar dosis únicas de 100 mg. Máximo 300 mg cada 24 horas. Se recomienda administrar antes de acostarse por su efecto sedante. | VO | Su capacidad ansiolítica y favorecedora del sueño la hace útil en pacientes con insomnio asociado a depresión en monoterapia o en combinación con otros antidepresivos RA: sedación, cefalea, mareos, xerostomía, estreñimiento, náuseas, hipotensión ortostática, hipertensión y síncope. Casos raros priapismo. Casos esporádicos de prolongación del intervalo QT. CI: uso concomitante con linezolid e IMAOs I: inhibidores potentes de CYP3A4 puedan dar lugar a aumentos sustanciales de las concentraciones plasmáticas de trazodona, Se han descrito casos de síndrome neuroléptico maligno con resultado de muerte en casos de administración conjunta con neurolépticos. Trazodona puede aumentar los efectos de los relajantes musculares, Trazodona puede acelerar el metabolismo de la levodopa. P: la administración concomitante de una terapia antihipertensiva con trazodona puede requerir una reducción de la dosis de los medicamentos antihipertensivos. Debe utilizarse la trazodona con precaución en pacientes con enfermedad cardiovascular conocida, incluyendo las asociadas a la prolongación del intervalo QT. IR: precaución en IR grave. IH: precaución en IH grave. D: triturar los comprimidos y dispersar en agua. |

Inhibidores de CYP2C19: esomeprazol, fluvoxamina, lansoprazol, omeprazol, ticlopidina. **Sustratos de CYP2D6:** antiarrítmicos (flecainida, propafenona), otros antidepresivos (ATC, ISRS, mirtazapina, venlafaxina), antipsicóticos (aripirazol, clozapina, haloperidol, olanzapina, risperidona, tioridazina), beta-bloqueantes (metoprolol, propranolol), otros fármacos (atomoxetina, codeína, donepezilo, galantamina, tamoxifeno, tramadol, tolterodina). **Inhibidores de CYP3A4:** antifúngicos azólicos, cimetidina, eritromicina, inhibidores de la proteasa del VIH. **Inductores de CYP3A4:** rifampicina, carbamazepina, fenitoína.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

Aunque hay que tener en cuenta las especificaciones sobre la selección de antidepresivos en ancianos ya comentadas, se pueden establecer, a modo de orientación, unas recomendaciones generales referidas al uso de antidepresivos en pacientes con comorbilidad, según el perfil de seguridad de los diferentes fármacos que se muestran en la siguiente tabla adaptada de los siguientes documentos de la Comunidad de Madrid: Criterios de utilización de antidepresivos en pacientes con depresión mayo, Medicamentos Potencialmente Inapropiados en personas mayores (MPI) 2014.

| PATOLOGÍA | RECOMENDACIONES |
|--------------------------------|--|
| Alteraciones plaquetarias | Precaución con ISRS, desvenlafaxina, duloxetina, mirtazapina o venlafaxina. Pueden aumentar el riesgo de sangrado, especialmente, si el paciente está tomando fármacos que afectan a la coagulación sanguínea o función plaquetaria, o si existen otros factores que incrementen el riesgo de hemorragia. |
| Accidente Cerebrovascular | ISRS (de elección sertralina), ya que, se han asociado a un efecto favorable en algunas variables relacionadas con la recuperación de pacientes que han sufrido ICTUS isquémico. |
| Cardiopatía | ISRS (de elección sertralina). Precaución con ATC, venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina, citalopram, escitalopram, mirtazapina, reboxetina y trazodona se han asociado aparición de arritmias, taquicardia, ortostatismo y prolongación del intervalo QT. |
| Diabetes mellitus | ISRS (de elección sertralina). Vigilar glucemia. En neuropatía diabética es útil duloxetina. |
| Dolor crónico | En neuropatía diabética es útil duloxetina. Precaución al emplear AINE con ISRS, venlafaxina o duloxetina. |
| Epilepsia | ISRS, monitorizando la potencial aparición de convulsiones. Evitar ATC y bupropion por mayor riesgo de convulsiones. Precaución con duloxetina, mirtazapina, reboxetina, venlafaxina. Realizar un estrecho seguimiento al paciente. Desvenlafaxina no se ha estudiado en pacientes con trastornos convulsivos. |
| Glaucoma de ángulo cerrado | Evitar ATC por sus efectos anticolinérgicos Precaución: ISRS, venlafaxina, duloxetina porque pueden producir midriasis. |
| Hipercolesterolemia | EVITAR venlafaxina y desvenlafaxina, se han descrito aumentos de las cifras de colesterol. Paroxetina y mirtazapina puede aumentar el peso. |
| Hipertensión | Precaución con ATC, venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina y bupropión, pueden aumentar la tensión arterial. |
| Hipertrofia prostática benigna | ISRS (de elección sertralina). Evitar ATC, ya que, tienen efectos anticolinérgicos. |
| Insomnio | Trazodona o mirtazapina. Evitar bupropion. |
| Obesidad | ISRS (de elección sertralina). Evitar ATC, mianserina o mirtazapina porque pueden aumentar el apetito. |
| Osteoporosis | Precaución con ISRS y ATC. |
| Parkinson | Precaución con ISRS, especialmente paroxetina. Considerar Bupropion por su efecto dopaminérgico. |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

INSOMNIO

El insomnio se define como la dificultad para iniciar o mantener el sueño y todo ello se produce a pesar de tener las condiciones adecuadas para dormir. Las necesidades de sueño son diferentes para cada persona, por lo que **el tratamiento sólo es necesario cuando el dormir poco interfiere con el rendimiento diario normal**. El anciano duerme menos que un adulto joven, pudiéndose considerar adecuado 6 horas de sueño.

El objetivo del tratamiento del insomnio es mejorar la calidad y la cantidad de sueño, disminuir el estrés y la ansiedad asociada a no dormir y mejorar la funcionalidad durante el día. El tratamiento del insomnio incluye las siguientes intervenciones: higiene del sueño, cronoterapia, intervenciones psicológicas como terapia cognitivo-conductual (TCC) e intervenciones farmacoterapéuticas.

Antes de iniciar tratamiento farmacológico, se recomienda tener en cuenta enfermedades o fármacos que puedan ser causantes del insomnio e insistir en las llamadas medidas de higiene del sueño.

Tabla: Recomendaciones de higiene del sueño.

HIGIENE DEL SUEÑO. RECOMENDACIONES ÚTILES

| |
|--|
| Establecer horas fijas de acostarse y levantarse |
| Acudir al baño antes de acostarse. |
| Facilitar las mejores condiciones posibles: limitar ruidos, luces suaves, limitar interrupciones, temperatura agradable. |
| Administrar medicación del dolor antes de acostarse para pacientes con dolor crónico. No administrar diuréticos en la noche. |
| Limitar el consumo de líquido antes de acostarse. |
| Animar a los pacientes a estar al aire libre y tomar la luz del sol. |
| Evitar sustancias estimulantes como el alcohol, nicotina, cafeína, etc. |
| Estar fuera de la cama lo máximo posible |
| Evitar las siestas durante el día promoviendo actividades sociales. |
| Realizar actividades físicas durante el día, aunque no en las horas previas a acostarse. |

Si las medidas de higiene del sueño por sí solas no son eficaces y es necesario utilizar hipnótico, se debe emplear la dosis mínima efectiva, si es posible de forma intermitente (2-4 veces por semana) y durante un corto periodo de tiempo (máximo 4 semanas). Los pacientes mayores son más sensibles a los efectos adversos de los sedantes, especialmente a la disfunción cognitiva, pérdida de equilibrio y caídas, por ello, es importante realizar una monitorización estrecha del paciente durante el tratamiento con hipnóticos. Los criterios STOPP advierten de los efectos adversos asociados al uso de benzodiazepinas e hipnóticos Z en pacientes mayores, y recomiendan evitar/restringir su uso.

Por las características típicas del insomnio asociado a ancianos (despertares nocturnos) se hace más recomendable, en caso de necesitar emplear un hipnótico, seleccionar una benzodiazepina. Se recomienda utilizar BZDs de **vida media corta o intermedia, sin metabolitos activos ni metabolismo hepático oxidativo**. En el paciente anciano se prefieren las benzodiazepinas con vida media intermedia-corta y que no se

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

metabolizan por oxidación hepática (lorazepam, lormetazepam). Durante el tratamiento con hipnóticos se debe prestar especial atención a la aparición de reacciones adversas. Mirtazapina y trazodona son antidepresivos cuya acción sedante les hace útiles en insomnio asociado a depresión.

RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE HIPNÓTICOS

Reservar para situaciones en las que la baja calidad del sueño este afectando al funcionamiento diario del paciente.

Emplear la dosis efectiva más baja

Uso intermitente cuando sea posible (ej. noches alternas)

Prescribir por **períodos de tiempo cortos** (a ser posible no más de 2-4 semanas)

Evaluar eficacia y seguridad del tratamiento **periódicamente**

Administrar en la cama o justo antes de acostarse

Avisar al paciente de posibles interacciones con alcohol u otros medicamentos.

Evitar el uso de hipnótico en pacientes con problemas respiratorios o insuficiencia hepática severa

Suspender de forma gradual

Estar alerta al insomnio de rebote o síndrome de abstinencia tras retirada.

CARACTERÍSTICAS FARMACOCINÉTICAS DE LOS HIPNÓTICOS

| FÁRMACO | INICIO (M) | VIDA MEDIA (H) | DURACIÓN (H) |
|-----------------|------------------------|----------------|--------------|
| BENZODIACEPINAS | | | |
| LORAZEPAM | 45-60 | 10-20 | 6-8 |
| LORMETAZEPAM | 30-60 | 11-30 | 6-8 |
| ANTIDEPRESIVOS | | | |
| TRAZODONA | T _{max} =1-2h | 7-15 | |
| MIRTAZAPINA | T _{max} =1-3h | 20-40 | |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|---|--|------|---|
| <p>BENZODIACEPINAS. RA: sedación, deterioro cognitivo, confusión, enlentecimiento motor, ataxia, marcha inestable, caídas, agitación paradójica, amnesia anterógrada, disforia, irritabilidad. CI: miastenia gravis, insuficiencia respiratoria severa, apnea del sueño y enfermedad hepática grave por riesgo de encefalopatía. P: riesgo de desarrollar tolerancia y dependencia y su retirada puede dar lugar a síndrome de abstinencia. Realizar especial control clínico en pacientes con insuficiencia respiratoria grave y/o glaucoma de ángulo cerrado. I: combinación con otros depresores del SNC, potencian el efecto depresor. Con analgésicos narcóticos pueden incrementar la dependencia psíquica. R: Utilizar BZD de vida media intermedia-corta, sin metabolitos activos y que no sufran procesos de oxidación (lorazepam, lormetazepam). CPI: Criterio STOPP: BZDs durante ≥ 4 semanas (no hay indicación para tratamientos más prolongados; riesgo de sedación prolongada, confusión, pérdida de equilibrio, caídas, accidentes de tráfico; todas las benzodiazepinas deberían suspenderse de forma gradual si el tratamiento ha superado las 4 semanas, ya que al suspenderse de forma brusca existe riesgo de síndrome de abstinencia). BZDs con insuficiencia respiratoria aguda o crónica por riesgo de exacerbación de la insuficiencia respiratoria.</p> | | | |
| LORAZEPAM | Dosis inicio: 0,5 mg cada 24 horas en la noche. Ajustar la dosis a la respuesta clínica. Dosis máxima: 2 mg cada 24 horas. | VO | <p>Características: vida media intermedia; velocidad de acción intermedia; metabolismo por conjugación, no metabolitos activos.</p> <p>P: la interrupción brusca del tratamiento ocasiona más efectos rebote que las BZD de vida media larga.</p> <p>I: lorazepam y clozapina pueden producir marcado estado de sedación, salivación excesiva y ataxia. Valproato aumenta los niveles de lorazepam, reducir la dosis un 50%. Probenecid aumenta la vida media de lorazepam, reducir la dosis al 50%.</p> <p>IR: reducir dosis.</p> <p>IH: reducir dosis</p> <p>D: triturar los comprimidos y dispersar en agua.</p> |
| LORMETAZEPAM | Dosis inicio: 0,5 mg cada 24 horas antes de acostar. Ajustar la dosis a la respuesta clínica. Dosis máxima: 2 mg cada 24 horas. | VO | Ver lorazepam. |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL

AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|------------------|--|------|--|
| ANTIDEPRESIVOS: | | | |
| MIRTAZAPINA | Dosis inicio: 7,5 mg-15 mg cada 24 horas. Dosis recomendada: 15 mg en la noche. | VO | Su capacidad ansiolítica y favorecedora del sueño la hace útil en pacientes con estas necesidades. Respeta la arquitectura del sueño. RA: sedación. Incremento de peso, vértigo, estreñimiento, xerostomía. Se han descrito casos de agranulocitosis (en ocasiones fatal) CI: uso concomitante con IMAOs I: mirtazapina puede potenciar el efecto de los derivados de la cumarina. Inductores de CYP3A4 pueden disminuir niveles de mirtazapina. Inhibidores de CYP3A4 pueden aumentar niveles de mirtazapina. IR: ClCr < 40ml/min reducir dosis IH: leve-moderada reducir dosis. No está estudiada en IH grave. D: triturar y dispersar en agua. Existe presentación en solución y comprimidos bucodispersables. R: administrar preferiblemente de noche, como dosis única. Vigilar la aparición de síntomas relacionados con agranulocitosis (fiebre, dolor de garganta, estomatitis u signos de infección). |

Inhibidores de CYP3A4: antifúngicos azólicos, cimetidina, eritromicina, inhibidores de la proteasa del VIH. **Inductores de CYP3A4:** rifampicina, carbamazepina, fenitoína.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|------------------|--|------|---|
| TRAZODONA | <p>Dosis inicio: 25 mg antes de acostar. Dosis recomendada: 50-100 mg cada 24 horas. Dosis máxima: No superar dosis únicas de 100 mg, máximo 300 mg cada 24 horas. Se recomienda administrar antes de acostarse por su efecto sedante.</p> | VO | <p>Destaca por su efecto sedante por lo que tendría indicación cuando predomina la ansiedad y el insomnio, especialmente en pacientes con demencia.</p> <p>RA: sedación, cefalea, mareos, xerostomía, estreñimiento, náuseas, hipotensión ortostática, síncope. Casos raros priapismo. Casos esporádicos de prolongación del intervalo QT.</p> <p>I: inhibidores potentes de CYP3A4 puedan dar lugar a aumentos sustanciales de las concentraciones plasmáticas de trazodona, Se han descrito casos de síndrome neuroléptico maligno con resultado de muerte en casos de administración conjunta con neurolépticos. Trazodona puede aumentar los efectos de los relajantes musculares, Trazodona puede acelerar el metabolismo de la levodopa.</p> <p>P: la administración concomitante de una terapia antihipertensiva con trazodona puede requerir una reducción de la dosis de los medicamentos antihipertensivos. Debe utilizarse la trazodona con precaución en pacientes con enfermedad cardiovascular conocida, incluyendo las asociadas a la prolongación del intervalo QT.</p> <p>IR: precaución en IR grave</p> <p>IH: precaución en IH grave.</p> <p>D: triturar los comprimidos y dispersar en agua</p> |

Inhibidores de CYP3A4: antifúngicos azólicos, cimetidina, eritromicina, inhibidores de la proteasa del VIH. **Inductores de CYP3A4:** rifampicina, carbamazepina, fenitoína.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

El delirium es un trastorno mental que se caracteriza por una disminución del nivel de conciencia, de la atención y de las funciones cognitivas que se desarrolla en un corto periodo de tiempo (horas o días) y sus manifestaciones son fluctuantes a lo largo del día. Tiene su origen en una enfermedad orgánica, en una sobredosis o reacción adversa de alguna sustancia o tóxico. En un 25% de los casos podemos encontrar un delirium o síndrome confusional agudo hiperactivo, caracterizado por mayor inquietud, agitación o incluso agresividad. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones el delirium se manifiesta con sintomatología hipoactiva, con decaimiento y somnolencia, lo que dificulta su diagnóstico. Es frecuente en ancianos hospitalizados o en centros de larga estancia.

Los pacientes mayores que residen en centros de larga estancia presentan riesgo de delirium. Los principales factores de riesgo son edad avanzada, fragilidad, demencia, enfermedad grave, ingreso en hospital con infección o deshidratación, alteraciones visuales o auditivas, alteración renal y malnutrición, la etiología suele ser suma de varios factores de riesgo. Los factores precipitantes son fármacos, infección, estreñimiento y/o fecaloma, desequilibrio electrolítico, fracaso orgánico, hipoxia, dolor no controlado, falta de sueño, ingreso en hospital o institución, procesos quirúrgicos o cambios de ubicación. El delirium puede ser el único signo de una patología grave y debe ser urgentemente identificado y evaluado. Los fármacos causan alrededor del 30-40% de los casos de delirium, ya sea por toxicidad, como psicofármacos pero también litio y digoxina con niveles plasmáticos en rango terapéutico, o por retirada de alcohol o sedantes. Actualmente el manejo incluye medidas preventivas fundamentalmente no farmacológicas, identificar y tratar los factores de riesgo y precipitantes y si fuera necesario, tratar las SPCD. Las medidas de sujeción física sólo se recomiendan en última instancia.

El objetivo del tratamiento farmacológico del delirium es etiológico y sintomático frente a la ansiedad o agitación. La evidencia disponible es muy limitada, basada en estudios observacionales y consensos de expertos. Los fármacos de elección para tratar la agitación son los antipsicóticos a dosis bajas durante un corto periodo de tiempo. En una revisión sistemática no se encontraron diferencias en eficacia y frecuencia de efectos adversos entre haloperidol a dosis bajas (menos de 3 mg al día) y risperidona y olanzapina. La adición de quetiapina a haloperidol a dosis bajas se asoció a reducción de la duración de delirium, menor agitación y mayor tasa de alta hospitalaria que con la adición de placebo en pacientes de cuidados intensivos. Haloperidol a dosis más altas (más de 4,5 mg al día) se asoció a mayor frecuencia de reacciones extrapiramidales y menor sedación e hipotensión. Debido a la alteración en el estado de consciencia puede ser necesario utilizar una vía parenteral. Las benzodiacepinas (BZD) pueden usarse en delirium producido por abstinencia alcohólica pero no se encontró evidencia que apoye el su uso en otros tipos de delirium, ya que aumentan la sedación y la confusión. En la actualidad los inhibidores de la colinesterasa no han demostrado eficacia en la prevención o el tratamiento del delirium.

En caso de delirium hipoactivo, no se recomienda el uso de psicoestimulantes como metilfenidato o modafinilo por riesgo de precipitar agitación. El delirium hipo o hiperactivo, es frecuente en situaciones al final de la vida. El manejo farmacológico requiere dosis bajas de haloperidol, analgesia con opioides y en caso de presencia de síntomas refractarios, sedación.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|------------------|---|------|---|
| BENZODIACEPINAS: | | | |
| LORAZEPAM | Dosis inicial: 0,5 mg cada 24 horas antes de acostar. Ajustar la dosis a la respuesta clínica. Dosis máxima: 2 mg cada noche cada 24 horas. | VO | Características: vida media intermedia; velocidad de acción intermedia; metabolismo por conjugación, no metabolitos activos. P: la interrupción brusca del tratamiento ocasiona más efectos rebote que las BZD de vida media larga. I: lorazepam y clozapina pueden producir marcado estado de sedación, salivación excesiva y ataxia. Valproato aumenta los niveles de lorazepam, reducir la dosis un 50%. Probenecid aumenta la vida media de lorazepam, reducir la dosis al 50%. IR: reducir dosis. IH: reducir dosis D: triturar los comprimidos y dispersar en agua. |
| ANTIPSICÓTICOS: | | | |
| RISPERIDONA | Dosis inicial: 0,25-0,5 mg dos veces al día. Escalado: Incrementar gradualmente hasta 0,25 mg cada dos o más días. Dosis máxima: 1-2 mg dos veces al día. | V.O. | RA: parkinsonismo, somnolencia, ansiedad, mareo, acatisia, aumento de apetito, náuseas, vómitos, estreñimiento, incontinencia urinaria, temblor, riesgo de accidente cerebro vascular. P: En demencia por Cuerpos de Lewy o asociada a Parkinson, mayor riesgo de síntomas extrapiramidales que otros antipsicóticos atípicos, síndrome del iris flácido intraoperatorio (complicaciones oculares en intervención de cataratas). Ajustar dosis en ancianos. I: inductores enzimáticos (fenitoína, rifampicina, fenobarbital), fenotiazinas, paroxetina, levodopa, furosemida. IR: si CICr <60 ml/min: reducción 50% de la dosis. I.H: si IH moderada-grave: reducción 50% de la dosis. D: Utilizar solución oral o comprimido bucodispersable si no existe xerostomía. Los comprimidos se pueden pulverizar y dispersar en agua. R: No suspender de forma brusca, discontinuar gradualmente. |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

DEMENCIA

La **demencia** es un síndrome clínico caracterizado por un déficit adquirido en más de un dominio cognitivo, que representa una pérdida respecto al nivel previo y que reduce de forma significativa la autonomía funcional para las actividades habituales de la vida diaria. Los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) o síntomas neuropsiquiátricos aparecen en más del 90% de pacientes y con frecuencia son más problemáticos que los déficits cognitivos, siendo una de las principales causas de institucionalización. Antes de establecer el diagnóstico de demencia hay que descartar que no se trate de un delirium o cuadro confusional agudo con multitud de causas potenciales, un síndrome depresivo o un cuadro secundario al consumo de tóxicos o fármacos.

Las medidas no farmacológicas son el primer escalón del tratamiento y debe mantenerse aun en el caso de que se indique un tratamiento farmacológico, que nunca debe sustituir a aquellas. El **objetivo del tratamiento** es retrasar la evolución natural de la enfermedad a nivel funcional y cognitivo, así como manejar los síntomas afectivos y conductuales y la morbilidad asociada a la enfermedad. Se recomienda plantear el tratamiento desde los estadios más precoces de la demencia (a partir GSD 4) con el fin de ofrecer las opciones terapéuticas cuanto antes y obtener los mejores resultados posibles.

Los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) son fármacos que mejoran la transmisión colinérgica evitando la hidrólisis de acetilcolina en el espacio sináptico en las neuronas preservadas a nivel de la corteza cerebral. Son dosis-dependientes, en general las dosis más altas han demostrado mayor eficacia y mayor frecuencia de reacciones adversas. Donepezilo, rivastigmina y galantamina han demostrado beneficio clínico en enfermedad de Alzheimer (EA) leve-moderadamente grave. A pesar de ligeras variaciones en cuanto a su mecanismo de acción, no presentan diferencias significativas en cuanto a eficacia y seguridad. La mayoría de los ensayos clínicos disponibles tienen una duración de 6 meses. El tamaño del efecto a nivel cognitivo en enfermedad leve a moderada a los 6 meses es pequeño, también han demostrado un efecto beneficioso sobre las actividades de la vida diaria y una modesta eficacia sobre alteraciones conductuales.

Memantina es un antagonista de los receptores de la N-metil D-aspartato (NMDA) que ha demostrado beneficio en EA moderada-severa, a nivel cognitivo, a nivel global y a nivel funcional. A nivel de comportamiento, se observó que respecto a placebo, un porcentaje de pacientes ligeramente mayor se mantenía libre de agitación, delirios y desinhibición. No hay suficiente evidencia a favor o en contra para considerar memantina como 1ª línea de tratamiento en SPCD. La terapia combinada IACE más memantina es racional y parece ser segura, aunque la evidencia disponible sobre eficacia sigue siendo controvertida. La guía de práctica clínica española recomienda adicionar memantina a pacientes con EA moderada-grave tratados con donepezilo a dosis estables pero no en pacientes con EA leve-moderada. La guía EFNS-ENS/EAN apoya el uso de la terapia combinada frente a la utilización de IACE en monoterapia (recomendación débil), principalmente en términos de trastornos del comportamiento (recomendación fuerte). En la guía NICE no se recomienda la asociación de IACE más memantina.

La recomendación para la práctica clínica es realizar un "ensayo terapéutico" para valorar la efectividad a los 6 meses, no todos los pacientes experimentan beneficio con el tratamiento y no se conoce si existen factores predictores de respuesta. Tener en cuenta, además, que el tratamiento farmacológico específico tiene un efecto diferente según la etapa de la enfermedad y según las manifestaciones predominantes (cognitivas, funcionales o neuropsiquiátricas). Se espera beneficio clínico alrededor de los 3 meses y se asume que a los 6 meses el beneficio clínico es completo. Se recomienda realizar una valoración geriátrica para conocer la situación basal del paciente, determinar el impacto de la enfermedad

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

actual, transmitir información objetiva, poder monitorizar los cambios y en último término, establecer tratamientos específicos y valorar la respuesta a los mismos. Para determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente se recomienda utilizar las escalas de valoración funcional. Las actividades de la vida diaria (AVD) se pueden dividir en básicas, instrumentales y avanzadas. Para evaluar la efectividad del tratamiento se recomienda utilizar el test MMSE o Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo, validado para población española. Actualmente no está establecido el punto de corte de la “diferencia mínima clínicamente relevante” aunque algunos estudios han considerado relevante un cambio de puntuación en MMSE mayor de 3 puntos o la estabilización desde la última observación. Para la valoración de la conducta se recomienda realizarla mediante el neuropsychiatric inventory. **El tratamiento sólo debe continuar mientras se obtenga un efecto beneficioso a nivel cognitivo, funcional, global o de comportamiento, realizándose la retirada siempre de manera gradual.**

Los criterios de prescripción inapropiada (STOPP-START) no recomiendan usar antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina), opiáceos a largo plazo (salvo en cuidados paliativos) y fármacos anticolinérgicos o antimuscarínicos vesicales (solifenacina, tolterodina, trospio) en personas con demencia por incremento del riesgo de deterioro cognitivo y de alteraciones neuropsiquiátricas. Tampoco se recomienda el uso de antihistamínicos de primera generación.

Tabla: Escala Global del Deterioro (Reisberg, et al., 1982; DeLeon and Reisberg, 1999).

| | |
|--|---|
| GDS-1 (Ausencia de alteración cognitiva): | Ausencia de quejas subjetivas y de trastornos evidentes de memoria |
| GDS-2 (Disminución cognitiva muy leve): | -Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en: a) Olvido de dónde ha colocado objetos familiares b) Olvido de nombres previamente bien conocidos -No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico -No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales -Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología |
| GDS-3 (Defecto cognitivo leve): | -Primeros defectos claros. Manifestaciones en una o más de estas áreas: a) El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar b) Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre c) Personas más cercanas aprecian defectos en la evocación de palabras y nombres d) Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material e) Capacidad muy disminuida en el recuerdo de conocidos nuevos f) Perder o colocar en lugar erróneo un objeto de valor g) Hacerse evidente un defecto de concentración en la exploración clínica -Un defecto objetivo de memoria sólo se observa con entrevista intensiva -Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes -Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta- moderada |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

- Trastorno de ansiedad generalizada
- Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL

AGUDO

DEMENCIA

- Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| | |
|--|---|
| <p>GDS-4 (Defecto cognitivo moderado):</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes: <ul style="list-style-type: none"> a) Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes b) El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal c) Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de sietes d) Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc. -Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes: <ul style="list-style-type: none"> a) Orientación en tiempo y persona b) Reconocimiento de personas y caras familiares c) Capacidad de desplazarse a lugares familiares -Incapacidad para realizar las tareas -La negación es el mecanismo de defensa dominante -Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes |
| <p>GDS-5 (Defecto cognitivo moderado-grave):</p> | <ul style="list-style-type: none"> -El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia -No recuerda datos relevantes de su vida actual: dirección, teléfono, etc. -Es frecuente cierta desorientación en tiempo: fecha, día, etc. -Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 -Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros -Invariablemente sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos -No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| | |
|---|--|
| <p>GDS-6 (Defecto cognitivo grave):</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa, de la que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir -Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida -Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada pero muy fragmentario. -Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc. -Puede ser incapaz de contar hasta diez hacia atrás y a veces hacia delante -Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas. Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares -El ritmo diurno está frecuentemente alterado -Casi siempre recuerda su nombre -Frecuentemente sigue siendo incapaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno -Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como: <ul style="list-style-type: none"> a) Conducta delirante: puede acusar de impostora a su esposa, o hablar con personas inexistentes o con su imagen en el espejo b) Síntomas obsesivos como actividades repetitivas de limpieza c) Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta previamente inexistente d) Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo |
| <p>GDS-7 (Defecto cognitivo muy grave):</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas frases no hay lenguaje, únicamente gruñidos. -Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación -Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas como la deambulaci3n -El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que hay que hacer. Frecuentemente aparecen signos y sntomas neurol3gicos generalizados y corticales |



SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

Tabla: Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings: NPI

| | 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 | | | | |

| FRECUENCIA | GRAVEDAD |
|------------------------|--------------|
| 0 = Ausente | 1 = Leve |
| 1 = Ocasionalmente | 2 = Moderada |
| 2 = A menudo | 3 = Grave |
| 3 = Frecuentemente | |
| 4 = Muy frecuentemente | |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

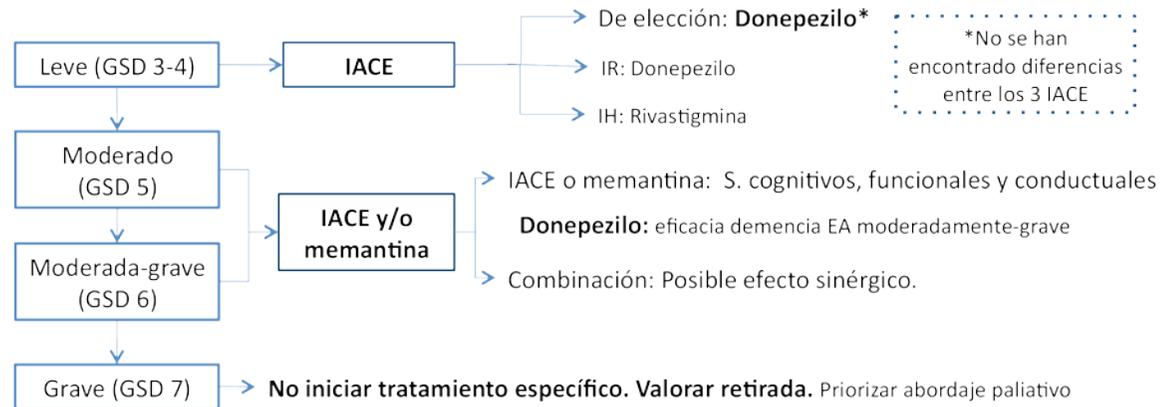
DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

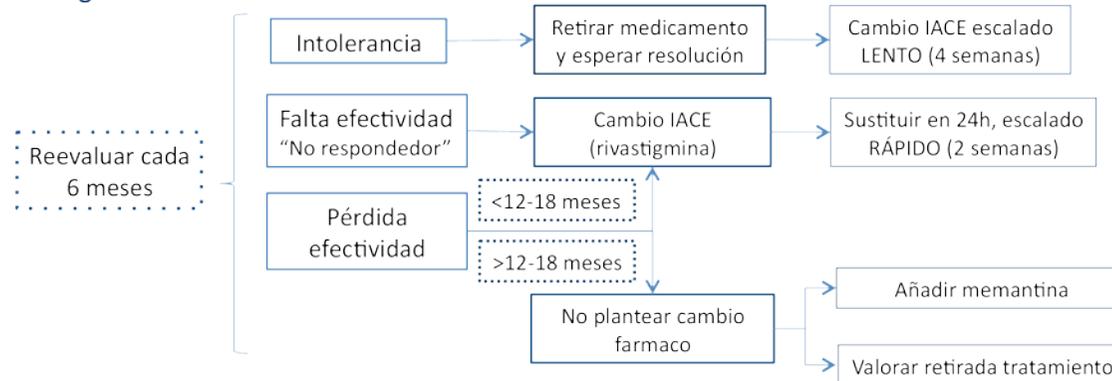
ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

Figura: Algoritmo selección tratamiento farmacológico en Alzheimer.



Seguimiento



Fuente: Adaptado de Rodríguez et al. Tratamiento farmacológico de la demencia: cuando, cómo y hasta cuándo.

En el paciente anciano se debería realizar una evaluación geriátrica integral para adecuar la indicación del tratamiento específico a las expectativas del paciente y a su esperanza de vida. Se recomienda retirar el medicamento cuando el paciente se encuentre en las fases más avanzadas de la enfermedad (GDS 6 avanzado o GDS 7). La retirada del tratamiento se realizará en dos tiempos, reduciendo en primer lugar la dosis a la mitad y, si no se observa deterioro, suspendiendo el tratamiento al cabo de un mes.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

Tabla: Recomendaciones para la selección de tratamiento según el tipo de demencia

| TIPO DE DEMENCIA | CARACTERÍSTICA CLÍNICA | RECOMENDACIÓN |
|--|--|--|
| Enfermedad de Alzheimer (EA) | Pérdida memoria episódica | IACE (donepezilo de elección) y /o memantina, según estadio. |
| Demencia por cuerpos de Lewy (DCL) | Deterioro cognitivo más acusado que en EA. Nivel de consciencia fluctuante, parkinsonismo y alucinaciones visuales recurrentes. | Rivastigmina. Se puede considerar donepezilo y memantina IACE y memantina (primera línea) para el tratamiento de síntomas conductuales y psicológicos. |
| Demencia asociada a Enfermedad de Parkinson (DP) | Aparece en el contexto de una enfermedad de Parkinson establecida y afecta a más de un dominio cognitivo, principalmente la atención, la función ejecutiva y visuoespacial. | Rivastigmina. Se puede considerar donepezilo. |
| Demencia asociada a lóbulo frontotemporal (DLFT) | Alteraciones prominentes del comportamiento y del lenguaje, no suele haber afectación de la memoria ni apraxia pero pueden asociarse parkinsonismo o afectación de la motoneurona. | No usar IACE ni memantina. No usar ISRS ni agonistas dopaminérgicos. Antidepresivos, trazodona, antipsicóticos atípicos. |
| Demencia Vascolar | Demencias secundarias a una o varias lesiones vasculares cerebrales, de cualquier etiología. Incluyen las siguientes entidades: multinfarto, por infarto estratégico, vascular subcortical, pos ictus y mixtas (se aplica habitualmente a la combinación de EA y enfermedad vascular). | Identificar y tratar FRCV. Los antiagregantes no han demostrado modificar el curso de la demencia por lo que su indicación debe basarse en otros datos. IACE no autorizados |

Fuente: Adaptada de Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral de personas con EA y otras demencias.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

Tabla: Manejo de cambio o retirada del tratamiento para la demencia.

| INTERVENCIÓN | ¿CUÁNDO? | ¿CÓMO? | RECOMENDACIONES ESCALADO/DESESCALADO |
|----------------------|---|---|--------------------------------------|
| Tratamiento inicial | Cuanto antes, una vez establecido diagnóstico. | Inicio donepezilo a dosis bajas | 4 semanas. |
| Cambio rápido IACE | Falta o pérdida de efectividad. No plantear si ocurre > 12-18 meses. | Cambio a rivastigmina en 24 horas e inicio a dosis bajas | Rápido, en 2 semanas si tolerancia. |
| Cambio lento IACE | Reacciones adversas intolerables | Retirar medicación, controlar la reacción adversa y reintroducir el nuevo fármaco a dosis bajas | 4 semanas. |
| Retirada tratamiento | RA intolerables, falta de respuesta, comorbilidades o progresión a grado severo | Desescalado progresivo para evitar RA | 1-3 meses |

Fuente: Adaptado de Rodríguez et al. Tratamiento farmacológico de la demencia: cuando, cómo y hasta cuándo.

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|--|--|------|---|
| INHIBIDORES DE LAACETILCOLINESTERASA (IACE) | | | |
| Son <u>dosis-dependientes</u> , en general las dosis más altas han demostrado mayor eficacia y mayor frecuencia de reacciones adversas relacionadas con la inhibición de la colinesterasa a nivel periférico (más frecuentes en el inicio del tratamiento y con aumentos de dosis). Se recomienda iniciar con dosis bajas y escalar a la dosis eficaz más alta en 2-4 semanas según tolerancia individual. RA tempranas a nivel gastrointestinal: náuseas, vómitos, diarrea, mareo; RA tardías: arritmia (especialmente bradicardia), insomnio/sueños vívidos, calambres musculares, pérdida de peso. I : Evitar el uso de anticolinérgicos. P : Pueden producir síncope/bradicardia, precaución en personas con úlcera péptica, asma, EPOC, epilepsia, parkinsonismo, retención urinaria. CPI : Se recomienda plantear tratamiento desde los estadios más precoces de demencia. | | | |
| DONEPEZILO | Dosis inicio: 5 mg cada 24 horas. Ritmo de escalada: incrementar a 10 mg a las 4 semanas. Dosis mantenimiento: 10 mg cada 24 horas | V.O | RA : náuseas, vómitos, diarrea, pérdida de peso, mareo. Se han descrito casos de rabdomiolisis particularmente al inicio del tratamiento o tras aumentar dosis. P : Se recomienda administrar por la mañana para evitar RA como insomnio IR : no es necesario ajuste. IH : No hay datos en pacientes con IH grave. D : comprimido bucodispersable. R : Administrar por la mañana, debido a que puede producir insomnio y sueños vívidos. |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL

AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|---|---|------------------|---|
| INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA (IACE) | | | |
| RIVASTIGMINA | Dosis inicio: - Oral: 1,5 mg De-Ce e incrementar 1,5 mg por toma cada 2 semanas. - Parche: 4,6 mg cada 24 horas e incrementar dosis a las 4 semanas. Dosis mantenimiento: - Oral: 3-6 mg De-Ce. - Parche: 9,5 mg cada 24 horas. Dosis máxima: - Oral: 12 mg al día. - Parche: 13,3 mg al día. | V.O. T.D. | RA: Mayor frecuencia de náuseas y vómitos con formulaciones orales. El parche transdérmico mejora tolerancia gastrointestinal, pero puede producir hipersensibilidad en punto de aplicación. P: Parches transdérmico (TD): rash o irritación cutánea, rotar punto de administración IR: Utilizar con precaución. IH: No es necesario ajuste D: Utilizar presentación parche. No abrir las cápsulas. |
| GALANTAMINA | Dosis inicio: 8 mg cada 24 horas. Ritmo de escalada: incrementar 8 mg cada 4 semanas. Dosis mantenimiento: 16-24 mg cada 24 horas. Dosis máxima: 24 mg cada 24 horas | VO | RA: náuseas, vómitos, diarrea, pérdida de peso, mareo. Alerta de seguridad por aumento de mortalidad en paciente con deterioro cognitivo leve CI: Insuficiencia hepática (clase C de Child-Pugh) o renal severa (Clcr < 10 ml/min). IR: Dosis inicial: 8 mg cada 48 h durante 1 semana, luego 8 mg cada 24 h durante 4 semanas. Dosis máxima: 16 mg cada 24 horas. Si Clcr < 10 ml/min: contraindicado. IH: Reducir dosis en IH moderada: 16 mg/d. D: Utilizar solución oral. No triturar la capsula de liberación modificada. R: Administrar por la mañana. |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|---|--|------|--|
| ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA N-METIL D-ASPARTATO (NMDA) | | | |
| MEMANTINA | Dosis inicio: 5 mg cada 24 horas. Ritmo de escalada: 5 mg cada semana. Dosis recomendada: 20 mg cada 24 horas. Dosis máxima: 20 mg cada 24 horas. | VO | RA: Alucinaciones, confusión, vértigo, cefalea y fatiga. P: Epilepsia. Pacientes con antecedentes de infarto de miocardio reciente, enfermedad cardíaca congestiva o hipertensión no controlada. Controlar el pH urinario, la alcalinización de la orina puede alterar la eliminación de memantina (ej.: bicarbonato sódico y acetazolamida pueden reducir la eliminación de memantina un 80%) I: Dextrometorfano, levodopa, amantadina y ketamina (compuestos con estructura química relacionada) actúan sobre el mismo receptor y pueden aumentar el riesgo de psicosis. Puede disminuir los niveles de hidroclorotiazida. IR: Reducir dosis en IR moderada/grave: 10 mg al día. IH: No datos disponibles en IH grave, no se recomienda uso. D: Solución oral o pulverizar el comprimido, dispersar en agua y administrar inmediatamente. |

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES ASOCIADOS A LA DEMENCIA

Los síntomas psicológicos y conductuales y asociados a la demencia engloban una serie de síntomas de difícil manejo y merma de la calidad de vida del paciente y del cuidador. Se engloban en 3 tipos: trastornos del estado de ánimo (apatía, depresión y ansiedad), agitación (agresividad, irritabilidad, inquietud, y síntomas psicóticos (alucinaciones visuales, auditivas y delirios). Son muy frecuentes, más del 80% de las personas con demencia presentan algún episodio en algún momento de la enfermedad, pero la prevalencia e intensidad de los mismos aumenta conforme progresa la demencia.

El **objetivo del tratamiento** es paliar los síntomas psiquiátricos, las alteraciones conductuales y la depresión - si existe-, para mejorar la calidad de vida del paciente.

Para el manejo de SPCD se recomienda realizar una evaluación de la intensidad, frecuencia (mediante el NPI) y de los factores desencadenantes de la alteración, descartar delirium, tratar las posibles causas precipitantes (miedo, soledad, depresión, hambre, dolor, infección, reagudización de enfermedades crónicas, cambios de domicilio, mala comunicación paciente/cuidador, ambiente ruidoso, privación sensorial, etc.) y la repercusión del síntoma en el paciente-cuidador-entorno. Como primera línea se recomiendan las intervenciones no farmacológicas, conductuales-o de adaptación del entorno ambiental junto con la educación del cuidador en posibles factores controlables (temperatura, dolor, etc.). Considerar iniciar el

tratamiento farmacológico **cuando las estrategias no farmacológicas hayan fracasado, cuando la patología sea severa y aparezca (auto/hetero) agresividad y cuando se hayan descartado causas potencialmente reversibles o tratables.**

Tabla: Consejos para abordar específicamente cada síntoma: intervenciones sobre el paciente, el cuidador y el entorno

| SÍNTOMA | INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE | ACTITUD / RESPUESTA DEL CUIDADOR | ACTUACIÓN SOBRE EL ENTORNO |
|---|--|--|--|
| Agresividad, agitación | Instruir al cuidador para que trate de identificar lo que le produce agitación. Intentar distraerle con algún objeto o actividad que le guste Cambiar de habitación. | No razonar, no discutir. Usar el contacto físico con precaución. No tocarle o agarrarle fuerte. No amarrarle, ni atarle. Si está agresivo y quiere pegar, ponernos delante de él de forma que nos vea, pero distanciados, con calma, voz dulce, mirándole a los ojos con expresión tranquila. | Identificar posible estresores en el entorno: Espejos, televisión, ruido, demasiada oscuridad o por el contrario luces molestas. |
| Alteración del sueño, despertares nocturnos. | Un paseo por la tarde y una actividad física regular contribuyen a conciliar mejor el sueño. Repasar medicamentos por si contribuyeran al insomnio. Establecer una hora fija para acostarse. No permanecer más de ocho horas en la cama. Intentar que no duerma de día No beber líquido en las anteriores tres horas a acostarse. | Recordar al cuidador que 5-6 horas de sueño son adecuadas para una persona mayor. Si llama por la noche, acudir a la habitación, tranquilizarle, mantener la calma. No preocuparse mientras el paciente esté tranquilo en la cama, si no tiene peligro de accidentes. | Poner una luz piloto en la habitación. Asegurar temperatura agradable. Evitar ruidos, incluido ronquidos de otros. Retirar espejos u objetos estridentes o que hagan sombras y puedan asustarle cuando despierta. Poner algún juguete o distracción con el que juegue mientras está despierto. |
| Delirios, alucinaciones y falsas identificaciones | Si no hacen sufrir al paciente, no tratar. Si repercuten, iniciar neurolépticos | No discutir ni razonar sobre el contenido | Retirar los espejos, fotografías, cuadros etc. ya que, a veces, desencadenan falsas identificaciones, |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| SÍNTOMA | INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE | ACTITUD / RESPUESTA DEL CUIDADOR | ACTUACIÓN SOBRE EL ENTORNO |
|---|---|--|---|
| Desorientación en espacio, tiempo y persona | Mantener rutinas horarias para la comida, aseo o salidas a la calle. Repasar álbumes fotográficos donde aparezca él y la familia mientras le sea gratificante Escuchar y cantar canciones conocidas | Recordarle dónde está, quien son los que viven con él, le visitan, pero si no lo recuerda preguntarle reiteradamente dónde está, quien es, etc. Permanecer a su lado o a la vista si se acude a un evento familiar, de compras etc. | Evitar en lo posible cambio de domicilio. Señalizar las habitaciones con letreros o dibujos orientativos. Poner relojes y calendarios de fácil lectura Decorar según época del año; ej.: adornos navideños |

Fuente: Adaptada de Síntomas psicológicos y conductuales en el paciente con demencia (SPCD). I parte: Intervenciones no farmacológicas. FISTERRA.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

ANTIPSIKÓTICOS

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. La selección del fármaco más adecuado debe ser orientada al problema a tratar y al perfil de reacciones adversas. Las recomendaciones generales son comenzar a dosis bajas (½ de la dosis de mantenimiento), ir aumentando la dosis progresivamente hasta conseguir el efecto terapéutico (*"Start slow, go slow"*), documentar, valorar la efectividad y la presencia de efectos adversos cada 3 meses, intentar reducir la dosis en pacientes mínimamente sintomáticos y mantener el antipsicótico el menor tiempo posible. Hay que tener en cuenta que desde el inicio del tratamiento oral se requiere un periodo de tiempo hasta alcanzar el efecto terapéutico y que el tratamiento con psicofármacos puede empeorar la situación mental del anciano. Los antipsicóticos para el tratamiento de pacientes con demencia son un grupo diana en los consensos de criterios de prescripción inadecuada por su perfil de seguridad. Todos los antipsicóticos pueden producir síndrome neuroléptico maligno, una reacción idiosincrásica poco frecuente caracterizada por hipertermia, rigidez muscular generalizada, inestabilidad autonómica y alteración de la consciencia. Si ocurre, se deberá suspender inmediatamente el tratamiento antipsicótico e iniciar terapia de soporte específica.

Haloperidol y risperidona son los únicos antipsicóticos con indicación autorizada para estas situaciones, si bien en los pacientes mayores son preferibles los atípicos frente a los clásicos por el perfil de seguridad más desfavorable de éstos últimos.

De los antipsicóticos atípicos, risperidona es el fármaco que tiene mayor evidencia de eficacia en agresión (≤ 1 mg cada 24 horas) y psicosis (≤ 2 mg cada 24 horas) y es el único que tiene indicación autorizada en pacientes con demencia en España tratamiento a corto plazo -hasta 6 semanas- de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia de tipo Alzheimer de moderada a grave que no responden a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás).

Risperidona, olanzapina y aripiprazol obtuvieron mejores resultados que placebo en la variable agitación y sólo risperidona fue superior en la mejoría de los síntomas de psicosis. Los cinco ensayos clínicos realizados con quetiapina no mostraron beneficio en ninguna de las variables medidas.

A pesar de que quetiapina no dispone de esa indicación y de que la evidencia científica publicada no respalda el uso de este fármaco frente a risperidona en cuanto a eficacia, se está utilizando en la práctica clínica por presentar un perfil de efectos adversos ligeramente diferente a risperidona, caracterizándose quetiapina por un menor riesgo de efectos extrapiramidales y mayor riesgo de somnolencia/sedación.

Con el fin de asegurar un uso adecuado y excepcional de quetiapina como alternativa a otros antipsicóticos con indicación autorizada y eficacia demostrada, el comité Director en Farmacoterapia del Servicio Madrileño de Salud ha aprobado "Criterios para la prescripción excepcional de quetiapina en el tratamiento de pacientes con demencia y síntomas psicóticos o agitación grave o persistente" (Resolución 174/2016). Quetiapina sería una alternativa a risperidona en casos estrictamente necesarios de pacientes con demencia y síntomas psicóticos o agitación grave o persistente, que no remiten con las medidas 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.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

Los antipsicóticos se deben utilizar a la dosis más baja posible y durante el **menor periodo necesario**. La **retirada** debe hacerse de forma **gradual**. Se recomiendan reducciones del 25% al 50% cada dos semanas individualizando en cada paciente y teniendo en cuenta, entre otros, la dosis, el tiempo que lleva el paciente en tratamiento y la gravedad de los síntomas al inicio.

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**.

El papel de los antipsicóticos está limitado por la aparición de reacciones adversas importantes, que incluyen reacciones extrapiramidales, aumento del riesgo de caídas, somnolencia, deterioro cognitivo, neumonía por aspiración, convulsiones, accidente cerebrovascular y muerte. Así, en diferentes estudios se ha observado que los pacientes de edad avanzada con demencia tratados con antipsicóticos, presentaban un aumento de la mortalidad comparado con los pacientes que recibieron placebo. También han sido relacionados en estos pacientes con un incremento del riesgo de accidentes cerebrovasculares. Actualmente, los antipsicóticos requieren visado de inspección para su uso en mayores de 75 años (autovisado) por el médico de familia en la Comunidad de Madrid.

ANTIDEPRESIVOS

Los antidepresivos se han estudiado en agitación y en depresión en pacientes con demencia. En agitación, citalopram, y trazodona han demostrado reducción de los síntomas frente a placebo y buena tolerancia comparada con antipsicóticos y placebo.

En depresión, en el ensayo clínico HTA-SADD (evaluación de la utilización de antidepresivos para la depresión en la demencia) los autores concluyen que ni sertralina ni mirtazapina mostraron beneficio para el tratamiento de la depresión en pacientes con demencia en comparación con placebo y ambos se asocian con más efectos adversos. Algunos estudios se realizaron con citalopram 30 mg/d y no se tiene evidencia consistente si los resultados serían extrapolables a la dosis máxima recomendada de citalopram 20 mg/d en ancianos.

A pesar de la poca evidencia de calidad sobre la efectividad de los antidepresivos para el manejo de los SPCD (en parte debido a la ausencia de herramientas de medida validadas en esta población), sertralina sería de elección debido a su perfil de seguridad. Mirtazapina puede resultar útil en el insomnio y mejoría del apetito. No tienen indicación autorizada en agitación en pacientes con demencia, es un uso fuera de indicación.

Según los criterios de prescripción inapropiada STOPP/START, no se recomienda el uso de neurolépticos como hipnóticos por aumento de confusión, hipotensión ortostática, efectos extrapiramidales y caídas ni el uso de anticolinérgicos para tratar los efectos secundarios extrapiramidales de los antipsicóticos por riesgo de toxicidad anticolinérgica. No se recomienda el uso de antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina) por incremento del riesgo de deterioro cognitivo, ni el uso de ISRS en personas con antecedentes de hiponatremia (130 mmol/l no iatrogénica en los 2 meses previos) por incremento del riesgo de hiponatremia.

Considerar el uso de IACE/memantina: tratamiento de SPCD en EA que no responde a antipsicóticos.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|---|--|------|--|
| <p>ANTIPSICÓTICOS CLÁSICOS, TÍPICOS O NEUROLÉPTICOS. RA: efectos centrales (agitación, acatisia, confusión, somnolencia, parkinsonismo, rigidez, discinesia tardía), efectos cardiovasculares (taquicardia, prolonga intervalo QTc, hipotensión), efectos anticolinérgicos periféricos (sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, retención urinaria), hiperprolactinemia, síndrome neuroléptico maligno, aumento del riesgo de ACV y de mortalidad. Los antipsicóticos de baja potencia (clorpromazina) disminuyen umbral convulsivo (dosis-dependiente) predomina el efecto sedante y anticolinérgico, que empeora la capacidad cognitiva; los de alta potencia (haloperidol o flufenazina) riesgo elevado de síntomas extrapiramidales. CPI: No se recomienda el uso prolongado (más de 1 mes) de antipsicóticos clásicos como hipnóticos (riesgo de confusión, hipotensión, efectos extrapiramidales y caídas), no se recomienda uso de antipsicóticos en parkinsonismo por empeoramiento de los síntomas extrapiramidales. Los antipsicóticos en pacientes con demencia tienen una alerta de seguridad por incremento del riesgo de ACV y mortalidad.</p> | | | |
| HALOPERIDOL | <p>Dosis Inicio 0,25-0,5 mg cada 8 horas. Se deberá iniciar el tratamiento empleando la mitad de la dosis indicada para adultos, y en caso necesario, se ajustará de acuerdo con los resultados obtenidos Ritmo de escalada: 0,5 mg cada 4-7 días. Incrementar el número de tomas hasta el control de los síntomas. Dosis máxima: 2mg cada 24 horas.</p> | V.O. | <p>RA: parkinsonismo, somnolencia, ansiedad, mareo, acatisia, aumento de apetito, náuseas, vómitos, estreñimiento, incontinencia urinaria, temblor, riesgo de ACV. P: En demencia por Cuerpos de Lewy o en enfermedad de Parkinson, mayor riesgo de síntomas extrapiramidales que con antipsicóticos atípicos, síndrome del iris flácido intraoperatorio (complicaciones oculares en intervención de cataratas). Por sus efectos anticolinérgicos pueden agravarse patologías como el glaucoma de ángulo cerrado, la hipertrofia prostática o la retención urinaria. Ajustar dosis en ancianos. I: inductores enzimáticos (fenitoína, rifampicina, fenobarbital), fenotiazinas, paroxetina, levodopa, furosemida. IR.: si ClCr<60 ml/min: reducción 50% de la dosis I.H: si IH moderada-grave: reducción 50% de la dosis. D: Gotas orales 2mg/ml (equivalencia: 1ml = 20 gotas = 2 mg) que pueden administrarse directamente, o bien disueltas en agua o zumo. R: No suspender de forma brusca, discontinuar gradualmente.</p> |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|---|--|-------------|--|
| <p>ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS. RA: sedación y somnolencia, hipotensión ortostática, alteración del intervalo QTc y/o arritmias ventriculares, síntomas extrapiramidales, estreñimiento, xerostomía, visión borrosa, retención urinaria, hiperprolactinemia, discrasias sanguíneas, aumento del riesgo de ACV y de mortalidad. A dosis altas tienen perfil de seguridad similar a los antipsicóticos clásicos. CI: glaucoma de ángulo estrecho. P: enfermedad de Parkinson, historial de convulsiones, riesgo de aspiración por disfunción esofágica, hiperglicemia, síndrome neuroléptico maligno. I: fármacos sedantes o alcohol, otros fármacos que prolongan el intervalo QTc, metoclopramida, ipratropio, tiotropio, cloruro potásico.</p> | | | |
| <p>RISPERIDONA Elección. Único antipsicótico atípico aprobado en esta indicación</p> | <p>Dosis inicial: 0,25-0,5 mg dos veces al día. Escalado: Incrementar gradualmente hasta 0,25 mg cada dos o más días. Dosis máxima: 2 mg al día.</p> | <p>V.O.</p> | <p>RA: parkinsonismo, cefalea, somnolencia, ansiedad, mareo, acatisia, aumento de apetito, náuseas, vómitos, estreñimiento, incontinencia urinaria, temblor, riesgo de ACV, hipotensión ortostática si tratamiento concomitante con antihipertensivos. En ancianos con demencia: infección urinaria, edema periférico, letargia y tos. P: En demencia por Cuerpos de Lewy o asociada a Parkinson, mayor riesgo de síntomas extrapiramidales que otros antipsicóticos atípicos, síndrome del iris flácido intraoperatorio (complicaciones oculares en intervención de cataratas), Aumenta el riesgo de episodios cerebrales isquémicos. Precaución si uso concomitante con diuréticos de asa por riesgo de deshidratación. Ajustar dosis en ancianos. I: inductores enzimáticos (fenitoína, rifampicina, fenobarbital), fenotiazinas, paroxetina, levodopa, furosemda. IR: si ClCr<60 ml/min: reducción 50% de la dosis IH: si IH moderada-grave: reducción 50% de la dosis. D: Utilizar solución oral o la forma bucodispersable si no existe xerostomía. Los comprimidos se pueden pulverizar y dispersar en agua. R: No suspender de forma brusca, discontinuar gradualmente. No se recomienda uso rutinario en agitación, delirio, alucinación y agresividad asociada a demencia, restringir únicamente a casos de sintomatología severa, aquella que resulta peligrosa para el paciente y sus cuidadores, considerando cada caso individualmente (riesgo vs beneficio) y manteniendo el tratamiento durante el menor tiempo posible.</p> |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|------------------|---|------|---|
| QUETIAPINA | <p>Dosis inicio: 12,5-25 mg cada 24 horas e ir aumentando 25mg por semana.</p> <p>Dosis mantenimiento: 25 - 150 mg cada 24 horas.</p> <p>La velocidad de titulación de dosis debe ser más lenta y la dosis terapéutica diaria menor que la empleada en pacientes más jóvenes, dependiendo de la respuesta clínica y tolerabilidad de cada paciente.</p> <p>Dosis máxima: 100 mg cada 24 horas.</p> <p>En ancianos 75% prescripciones son uso fuera de indicación.</p> | V.O | <p>RA: Sedación, hipotensión ortostática, acatisia, sequedad de boca, aumento de peso. En ancianos además mareo (15-27%), cefalea (10-23%) Mayor efecto sedante y menor riesgo de reacciones extrapiramidales e hiperprolactinemia que otros antipsicóticos atípicos (sólo con dosis bajas). Precaución en pacientes ancianos con: riesgo de caídas, estreñimiento o disfagia. Vigilar perfil lipídico.</p> <p>P: En el anciano el aclaramiento renal está disminuido un 30-50%.</p> <p>I: inhibidores potentes CYP3A4 (itraconazol; inductores potentes CYP3A4 (fenitoína, carbamazepina, rifampicina). Cuando se interrumpa tratamiento concomitante, volver a la dosis inicial de quetiapina en 1-2 semanas. Contraindicado el uso concomitante de quetiapina con inhibidores de CYP3A4 y zumo de pomelo.</p> <p>IR: No necesario ajuste.</p> <p>IH: dosis inicial a 25 mg cada 24 horas, incrementos 25-50 mg cada 24 horas. Liberación prolongada 50 mg cada 24 horas con incrementos de 50 mg cada 24 horas.</p> <p>D: Comprimido liberación inmediata se puede pulverizar y dispersar en agua.</p> <p>R: Administrar con o sin alimentos. Incrementar dosis lentamente. No suspender de forma brusca, discontinuar gradualmente. No se recomienda uso rutinario en agitación, delirio, alucinación y agresividad asociada a demencia, restringir únicamente a casos de sintomatología severa, aquella que resulta peligrosa para el paciente y sus cuidadores, considerando cada caso individualmente (riesgo vs beneficio) y manteniendo el tratamiento durante el menor tiempo posible.</p> |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|--|--|------|---|
| ANTIDEPRESIVOS | | | |
| INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS): RA: molestias gastrointestinales, anorexia, pérdida de peso, mareo, náuseas, temblor, reacciones extrapiramidales, hiponatremia, incremento del riesgo de sangrado, disminución de la masa ósea, glaucoma y disfunción sexual. Los primeros días de tratamiento puede aparecer agitación, ansiedad e insomnio. CI: tratamiento concomitante con IMAO debido al riesgo de síndrome serotoninérgico (linezolid, moclobemida, selegilina, rasagilina), separar al menos 14 días entre el cese del IMAO y el inicio del ISRS. I: la administración conjunta de ISRS con otros fármacos serotoninérgicos (tramadol, tapentadol, triptófano, fenfluramina, agonista 5HT, hierba de San Juan) aumentan el riesgo de síndrome serotoninérgico. Con anticoagulantes orales, heparinas de bajo peso molecular, AINE o clopidogrel se incrementa el riesgo de sangrado gastrointestinal. Su utilización junto con diuréticos puede incrementar el riesgo de hiponatremia. P: al inicio de tratamiento puede aparecer un incremento de las ideas suicidas, por lo que deben ser estrechamente vigilados durante ese periodo. En pacientes con diabetes la glucemia debe ser cuidadosamente monitorizada pudiendo ser necesario ajustar dosis de los medicamentos hipoglucemiantes. CPI: Criterio STOPP: ISRS con hiponatremia significativa concurrente o reciente (sodio sérico < 130 mmol/l) aumenta el riesgo de precipitar o exacerbar hiponatremia. Criterio START: ISRS para la ansiedad grave persistente que interfiere con la independencia funcional. | | | |
| SERTRALINA (Elección) | Dosis inicial: 25 mg cada 24 horas. Aumento 25 mg cada 2 semanas. Dosis mantenimiento: 50-100 mg cada 24 horas. Dosis máxima: 200 mg cada 24 horas. | V.O. | RA: En ancianos: riesgo de hiponatremia clínicamente significativa CI: tratamiento concomitante con pimozida, linezolid e IMAOs. I: Sertralina puede aumentar los niveles de fenitoína y de los sustratos de CYP2D6. Cimetidina puede aumentar los niveles de sertralina. IR: no es necesario ajuste. IH: Reducir dosis o frecuencia de administración. D: utilizar presentación en gotas orales o triturar los comprimidos y mezclar con agua |
| CITALOPRAM | Dosis recomendada: 10-20 mg cada 24 horas. Dosis máxima: 20 mg cada 24 horas (en mayores de 65 años). | V.O. | RA: Alerta AEMPS (10/2011) Puede prolongar el intervalo QT, efecto dosis dependiente. Precaución uso conjunto con cimetidina. CI: Pacientes con antecedentes de intervalo QT alargado o síndrome congénito del segmento QT largo. Uso concomitante con fármacos que prolonguen el intervalo QT. I: Citalopram puede aumentar niveles de pimozida aumentando el riesgo de prolongación del intervalo QT. Cimetidina y metoprolol pueden incrementar los niveles de citalopram. P: en pacientes en los que coexistan otros factores de riesgo de desarrollar <i>Torsade de Pointes</i> . IR: No utilizar si CICr < 20ml/min por falta de datos. IH: Precaución y reducir dosis en IH grave. D: Triturar los comprimidos y dispersar en agua. |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL

AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|-----------------------------|---|------|--|
| OTROS ANTIDEPRESIVOS | | | |
| MIRTAZAPINA | Dosis inicio: 7,5-15 mg cada 24 horas. Pacientes muy frágiles 7.5 mg cada 24 horas. Dosis recomendada:15-45 mg cada 24 horas Dosis máxima:45 mg cada 24 horas El aumento de dosis debe realizarse bajo estrecha supervisión para conseguir una respuesta satisfactoria y segura. | V.O | RA: Sedación, cefalea. Incremento de peso, vértigo, estreñimiento, xerostomía. Se han descrito casos de agranulocitosis (en ocasiones fatal) CI: Uso concomitante con IMAOs I: Mirtazapina puede potenciar el efecto de los derivados de la cumarina. Inductores de la CYP3A4 pueden disminuir niveles de mirtazapina y los Inhibidores de la CYP3A4 pueden aumentarlos IR: si CICr < 40ml/min reducir dosis. IH: leve-moderada reducir dosis. D: Triturar y dispersar en agua. R: Administrar preferiblemente de noche en dosis única. Vigilar la aparición de síntomas relacionados con agranulocitosis (fiebre, dolor de garganta, estomatitis u signos de infección). |
| TRAZODONA | Dosis inicio: 50-100 mg cada 24 horas, administrada en dosis divididas o en dosis única al acostarse. Dosis máxima: Evitar dosis únicas superiores a 100 mg, máximo 300 mg cada 24 horas. | VO | Destaca por su efecto sedante por lo que puede ser útil cuando predomina ansiedad e insomnio en pacientes con demencia. RA: Sedación, cefalea, mareos, desorientación, temblor, xerostomía, estreñimiento, náuseas, hipotensión ortostática, síncope. Casos raros de priapismo. Casos esporádicos de prolongación del intervalo QT. I: Inhibidores potentes de CYP3A4 puedan dar lugar a aumentos sustanciales de las concentraciones plasmáticas de trazodona, Se han descrito casos de síndrome neuroléptico maligno con resultado de muerte en casos de administración conjunta con neurolépticos. Puede aumentar los efectos de los relajantes musculares y acelerar el metabolismo de la levodopa. P: La administración concomitante con antihipertensivos puede requerir una reducción de la dosis de éstos. Debe utilizarse con precaución en pacientes con enfermedad cardiovascular conocida, incluyendo las asociadas a la prolongación del intervalo QT epilepsia e hipertiroidismo. IR: precaución en IR grave IH: Precaución en IH grave. D: Triturar los comprimidos y dispersar en agua. R: Administrar después de las comidas, al acostarse. |

CPI: Criterios de Prescripción Inadecuada. RA: Reacciones Adversas. CI: contraindicaciones. P: Precauciones. I: Interacciones. IR: Ajuste en Insuficiencia Renal. IH: Ajuste en Insuficiencia Hepática. D: Problemas de Deglución. R: Recomendaciones. **Inhibidores de CYP3A4:** antifúngicos azólicos, cimetidina, eritromicina, inhibidores de la proteasa del VIH. **Inductores de CYP3A4:** rifampicina, carbazepina y fenitoína.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una patología de manejo exclusivo por el médico especialista, por lo que sólo se detallan los posibles fármacos habitualmente utilizados, sin que ello signifique ningún criterio de selección.

En ancianos las manifestaciones de la esquizofrenia son menos puras, atípicas, menos diferenciadas que en los adultos jóvenes. Predominan las manifestaciones residuales como ansiedad, desconfianza, falta de motivación y de voluntad, juicio empobrecido y aislamiento social, pero también ideas de persecución e ilusiones paranoides.

El **objetivo del tratamiento de la fase aguda** es reducir la intensidad de los síntomas psicóticos. Las recomendaciones para el tratamiento están extrapoladas de estudios con pacientes más jóvenes. Existe evidencia consistente limitada sobre el fármaco más apropiado en ancianos. Los antipsicóticos son los fármacos de primera elección, han demostrado eficacia en reducir los síntomas positivos (alucinaciones, delirios, etc.) en alrededor del 70% de los pacientes con esquizofrenia y menor eficacia en paliar los síntomas negativos. Los antipsicóticos actúan bloqueando receptores de dopamina D2 a nivel cerebral, los antipsicóticos atípicos además tienen afinidad por los receptores de serotonina 5HT2. La unión débil al receptor D2 está relacionada con bajo riesgo de reacciones extrapiramidales como el caso de clozapina y quetiapina. En general, se recomiendan preferentemente los antipsicóticos atípicos porque suelen producir menor frecuencia de reacciones extrapiramidales que los antipsicóticos clásicos. No se dispone de evidencia sólida de que ningún antipsicótico es más eficaz que otro para la esquizofrenia excepto clozapina. Para la selección del fármaco, hay que tener en cuenta la comorbilidad, el perfil de efectos adversos a evitar: a nivel metabólico (aumento de peso y diabetes), extrapiramidal (acatisia, discinesia y distonía), cardíaco (prolongación del intervalo QTc), hormonal (hiperprolactinemia) u otros (sensaciones subjetivas desagradables), y el antecedente de respuesta, si existe. Considerar realizar un "ensayo terapéutico" con un antipsicótico de 4-6 semanas de duración a dosis terapéuticas, plazo habitual de resolución de los síntomas. La respuesta inicial con frecuencia es sedación, agitación o hipotensión ortostática; la mayoría de los pacientes experimentan mejoría significativa en las 2 primeras semanas, después el beneficio es más lento durante las siguientes semanas y meses. Es importante tener en cuenta esta consideración para evitar realizar un cambio de medicación o incrementar la dosis de forma prematura. La toxicidad es dosis-dependiente. El tabaco es un inductor del metabolismo de fármacos, especialmente de clozapina y olanzapina. Se recomienda ofrecer ayuda a los fumadores para que dejen de fumar, incluso si han tenido otros intentos fracasados. Hay que tener en cuenta el impacto de la reducción de tabaco en el ajuste de dosis en pacientes previamente estabilizados.

El **objetivo del tratamiento en la fase de mantenimiento** es minimizar las alteraciones funcionales, reintegrarse en la comunidad y evitar recaídas. No hay evidencia acerca de una diferencia en las tasas de recaídas entre antipsicóticos atípicos y clásicos. Ninguna intervención ha demostrado que reduzca los síntomas negativos de forma consistente. No hay evidencia clara de hasta cuándo continuar el tratamiento. Las guías de práctica clínica recomiendan continuar con el último fármaco a la menor dosis efectiva durante al menos 12-18 meses después de un episodio agudo, otras recomiendan la continuación indefinida.

Si no hay una respuesta adecuada, se recomienda considerar un cambio de antipsicótico, estrategia eficaz en caso de problemas por reacciones adversas aunque el beneficio no está tan claro en caso de falta de efectividad (excepto si el cambio es a clozapina). Clozapina es efectiva en pacientes que no responden completamente a otros antipsicóticos pero, debido al riesgo de agranulocitosis potencialmente fatal, está reservada a

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

casos de esquizofrenia resistente al tratamiento o a aquellos que no toleran otros fármacos. En general, para realizar el cambio de antipsicótico por vía oral se recomienda ir reduciendo el 25% de la dosis del antipsicótico inicial y comenzar el antipsicótico nuevo con el 25% de la dosis ("cross-titration"). Valorar el cambio a clozapina si fracasa a 2 o más antipsicóticos. El tratamiento para la esquizofrenia resistente a clozapina es controvertido y la evidencia es limitada, se propone: potenciar el antipsicótico con otro fármaco (antidepresivo o estabilizador del ánimo), adicionar otro antipsicótico, probar otros fármacos en monoterapia.

Las formas de liberación prolongada *depot* de administración intramuscular tienen utilidad en pacientes que experimentan recaídas frecuentes por problemas de adherencia en tratamientos de larga duración. Antes de comenzar un tratamiento *depot*, titular con formas de liberación inmediata del mismo principio activo para establecer la dosis óptima y evaluar la tolerancia. Tener en cuenta que las presentaciones de liberación prolongada *depot* liberan fármaco durante varias semanas, no son susceptibles de suspensión rápida en caso de aparición de efectos adversos y no son eliminados por hemodiálisis; además la incidencia de efectos adversos extrapiramidales es más alta con estos preparados que con las formas orales. En caso de cambio de antipsicótico vía oral a una presentación *depot* intramuscular, iniciar tratamiento *depot* y continuar con el tratamiento vía oral hasta que se hayan alcanzado dosis terapéuticas ("overlap and taper").

Tabla: Dosis equivalentes antipsicóticos

| FÁRMACOS | DOSIS EQUIVALENTES | | | |
|--------------|--------------------|--------|--------|--------|
| Risperidona | 1 mg | 2 mg | 4 mg | 6 mg |
| Olanzapina | 5 mg | 7,5 mg | 15 mg | 20 mg |
| Aripiprazol | 5 mg | 10 mg | 15 mg | 25 mg |
| Clozapina | 75 mg | 175 mg | 350 mg | 500 mg |
| Quetiapina | 100 mg | 225 mg | 450 mg | 600 mg |
| Ziprasidona | 40 mg | 60 mg | 120 mg | 160 mg |
| Paliperidona | 3 mg | 6 mg | 9 mg | 12 mg |

Fuente: Adaptado de The Expert Consensus Panel for Optimizing Pharmacologic Treatment of Psychotic Disorders. J Clin Psych. 2003;64 Suppl 12:2-97, quiz 98-100.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|--|---|------|---|
| <p>ANTIPSIÓTICOS CLÁSICOS, TÍPICOS O NEUROLÉPTICOS. RA: efectos centrales (agitación, acatisia, confusión, somnolencia, parkinsonismo, rigidez, discinesia tardía), efectos cardiovasculares (taquicardia, prolonga intervalo QTc, hipotensión), efectos anticolinérgicos periféricos (sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, retención urinaria), hiperprolactinemia, síndrome neuroléptico maligno, aumento del riesgo de ACV y de mortalidad. Los antipsicóticos de baja potencia (clorpromazina) disminuyen umbral convulsivo (dosis-dependiente) predomina el efecto sedante y anticolinérgico, que empeora la capacidad cognitiva; los de alta potencia (haloperidol o flufenazina) riesgo elevado de síntomas extrapiramidales. CPI: No se recomienda el uso prolongado (más de 1 mes) de antipsicóticos clásicos como hipnóticos (riesgo de confusión, hipotensión, efectos extrapiramidales y caídas), no se recomienda uso de antipsicóticos en parkinsonismo por empeoramiento de los síntomas extrapiramidales. Los antipsicóticos en pacientes con demencia tienen una alerta de seguridad por incremento del riesgo de ACV y mortalidad.</p> | | | |
| HALOPERIDOL | Dosis inicio: Fase crónica 0.5-1.5 mg cada 12 -24 horas. Dosis mantenimiento: 10 mg cada 24 horas. | V.O. | <p>RA: parkinsonismo, somnolencia, ansiedad, mareo, acatisia, aumento de apetito, náuseas, vómitos, estreñimiento, incontinencia urinaria, temblor, riesgo de ACV.</p> <p>P: En demencia por Cuerpos de Lewy o en enfermedad de Parkinson, mayor riesgo de síntomas extrapiramidales que con antipsicóticos atípicos, síndrome del iris flácido intraoperatorio (complicaciones oculares en intervención de cataratas). Ajustar dosis en ancianos.</p> <p>I: inductores enzimáticos (fenitoína, rifampicina, fenobarbital), fenotiazinas, paroxetina, levodopa, furosemda.</p> <p>IR.: si ClCr<60 ml/min: reducción 50% de la dosis</p> <p>IH: si IH moderada-grave: reducción 50% de la dosis.</p> <p>D: Gotas orales 2 mg/ml (equivalencia: 1ml = 20 gotas = 2 mg).que pueden administrarse directamente, o bien disueltas en agua o zumo.</p> <p>R: No suspender de forma brusca, discontinuar gradualmente.</p> |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|------------------|---|------|--|
| LEVOMEPROMAZINA | Dosis Inicio 25-50 mg en varias tomas. Aumentar según las necesidades del paciente. Al comienzo del tratamiento, el paciente debe estar tendido durante la hora siguiente a cada toma. Dosis mantenimiento: 75 mg cada 24 horas. | V.O. | <p>RA: sedación, somnolencia, visión borrosa, retención urinaria. Sequedad de boca, estreñimiento, hipotensión.</p> <p>CI: Alergia a levomepromazina o fenotiazinas, feocromocitoma, depresión severa del SNC o de la médula ósea, Parkinson, retención urinaria, glaucoma ángulo agudo.</p> <p>P: riesgo de sufrir hipotensión ortostática.</p> <p>I: La administración conjunta de levodopa con levomepromazina antagoniza los efectos de la levodopa. En el caso de aparición de síndrome extrapiramidal inducido por la administración de neurolépticos no se utilizará levodopa si no que se utilizará un anticolinérgico. Sales, óxidos e hidróxidos de aluminio, magnesio y calcio, producen una disminución de la absorción digestiva de los neurolépticos fenotiazínicos. Se aconseja tomarlos, al menos con 2 horas de diferencia. La administración concomitante de una terapia antihipertensiva puede requerir una reducción de la dosis de los medicamentos antihipertensivos. Puede aumentar las concentraciones plasmáticas de los fármacos metabolizados por CYP2D6 (ISRS, ATC y betabloqueantes).</p> <p>IR.: precaución.</p> <p>IH: precaución.</p> <p>D: Utilizar solución oral 40 mg/ml (1 ml=40 gotas; 1 gota=1 mg).</p> <p>R: No suspender de forma brusca, discontinuar gradualmente.</p> |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|--|--|-----------|---|
| <p>ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS RA: sedación y somnolencia, hipotensión ortostática, alteración del intervalo QTc y/o arritmias ventriculares, síntomas extrapiramidales, estreñimiento, xerostomía, visión borrosa, retención urinaria, hiperprolactinemia, discrasias sanguíneas, aumento del riesgo de ACV y de mortalidad. A dosis altas tienen perfil de seguridad similar a los antipsicóticos clásicos. CI: glaucoma de ángulo estrecho. P: enfermedad de Parkinson, historial de convulsiones, riesgo de aspiración por disfunción esofágica, hiperglicemia, síndrome neuroléptico maligno. I: fármacos sedantes o alcohol, otros fármacos que prolongan el intervalo QTc, metoclopramida, ipratropio, tiotropio, cloruro potásico.</p> | | | |
| <p>RISPERIDONA Comprimidos Solución oral</p> | <p>Dosis inicial: 0,5 mg cada 12 horas. Ritmo de escalada: 0,5 mg por toma cada 2-3 días. Dosis mantenimiento: 2-6 mg cada 24 horas. En pacientes de edad avanzada: Se recomienda una dosis inicial de 0,5 mg dos veces al día. Esta dosis puede individualizarse en incrementos de 0,5 mg, 2 veces al día, hasta 1 a 2 mg, dos veces al día Dosis máxima: 6 mg cada 24 horas.</p> | <p>VO</p> | <p>RA: parkinsonismo, somnolencia, ansiedad, mareo, acatisia, aumento de apetito, náuseas, vómitos, estreñimiento, incontinencia urinaria, temblor, riesgo de ACV. P: En demencia por Cuerpos de Lewy o asociada a Parkinson, mayor riesgo de síntomas extrapiramidales que otros antipsicóticos atípicos, síndrome del iris flácido intraoperatorio (complicaciones oculares en intervención de cataratas), Ajustar dosis en ancianos. I: inductores enzimáticos (fenitoína, rifampicina, fenobarbital), fenotiazinas, paroxetina, levodopa, furosemida. IR: si ClCr<60 ml/min: reducción 50% de la dosis IH: si IH moderada-grave: reducción 50% de la dosis. D: Utilizar solución oral o comprimidos bucodispersables. Los comprimidos se pueden pulverizar y dispersar en agua. R: No suspender de forma brusca, discontinuar gradualmente.</p> |
| <p>RISPERIDONA Suspensión de liberación prolongada para inyección intramuscular</p> | <p>Intercambio desde risperidona vía oral: Si dosis menor o igual a 4 mg al día VO → 25 mg risperidona IM cada 2 semanas. Si dosis mayor de 4 mg al día plantear 37,5 mg cada 14 días.</p> | <p>IM</p> | <p>Ver risperidona P: Precaución en ancianos, no se elimina por hemodiálisis. IH: 25 mg cada 14 días IR: 25 mg cada 14 días R: Útil en caso de problemas de adherencia o imposibilidad de asegurar el tratamiento antipsicótico por vía oral en pacientes previamente estabilizados. Iniciar la primera administración con risperidona liberación prolongada y garantizar cobertura con la misma dosis de risperidona oral al menos 3 semanas más y luego reducir risperidona oral en intervalos del 25% cada 3-4 días. El medicamento debe conservarse en nevera (2-8°C). Atemperar 30 min. Reconstituir con el disolvente de la jeringa precargada y administrar en deltoides o glúteo (ver dibujo). Producto sin diluir es estable a temperatura ambiente 7 días.</p> |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL

AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|------------------|--|------|--|
| OLANZAPINA | Dosis inicio: 5-10 mg cada 24 horas e incrementar 5 mg a la semana. Dosis mantenimiento: 10 mg cada 24 horas. Dosis máxima: 20 mg cada 24 horas. | VO | <p>RA: Somnolencia, sedación, incremento de apetito y de peso, alteraciones metabólicas y diabetes, debilidad.</p> <p>P: En demencia por Cuerpos de Lewy o asociada a Parkinson. En insuficiencia hepática. Mayor riesgo de sedación y somnolencia mayor que otros antipsicóticos atípicos, diabetes.</p> <p>CI: psicosis y/o trastorno del comportamiento</p> <p>I: tabaco, carbamazepina (reduce el efecto de olanzapina), tabaco (reduce la BD de olanzapina en un 50%).</p> <p>IR: - Utilizar dosis iniciales de 5mg.</p> <p>IH: En IH moderada: 5mg cada 24 horas. Precaución si necesario incrementar dosis, puede producir elevación de transaminasas.</p> <p>D: Comprimidos bucodispersables si no existe xerostomía. El comprimido recubierto se puede pulverizar y dispersar en agua.</p> <p>R: Administrar con o sin alimentos. Cuando sea necesario incrementar dosis, monitorizar hipotensión ortostática. No suspender de forma brusca, discontinuar gradualmente.</p> |
| QUETIAPINA | Dosis inicio: 50 mg cada 24 horas. Dosis mantenimiento: según tolerancia y control de síntomas. | VO | <p>RA: Sedación, hipotensión ortostática, acatisia, sequedad de boca, aumento de peso. Mayor efecto sedante y menor riesgo de reacciones extrapiramidales e hiperprolactinemia que otros antipsicóticos atípicos (sólo con dosis bajas).</p> <p>P: En anciano el aclaramiento renal está disminuido un 30-50%.</p> <p>I: inhibidores potentes CYP3A4; inductores potentes CYP3A4. Cuando se interrumpa tratamiento concomitante, volver a la dosis inicial de quetiapina en 1-2 semanas.</p> <p>IR: No necesario ajuste.</p> <p>IH: dosis inicial a 25mg cada 24 horas, incrementos 25-50mg cada 24 horas. Liberación prolongada 50mg cada 24horas con incrementos de 50mg cada 24 horas.</p> <p>D: Comprimido liberación inmediata se puede pulverizar y dispersar en agua.</p> <p>R: Administrar con o sin alimentos. Incrementar dosis lentamente. No suspender de forma brusca, discontinuar gradualmente. No se recomienda uso rutinario en agitación, delirium, alucinación y agresividad asociada a demencia, restringir únicamente a casos de sintomatología severa, aquella que resulta peligrosa para el paciente y sus cuidadores.</p> |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL

AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|------------------|--|------|--|
| ARIPIPAZOL | Dosis inicio: 10-15 mg cada 24 horas. En paciente de edad avanzada se debe considerar una dosis inicial menor si los justifican los factores clínicos. Dosis de mantenimiento: 15 mg 24 horas. Dosis máxima: 30 mg cada 24 horas | VO | <p>RA: agitación, insomnio, ansiedad, vértigo, acatisia, somnolencia, trastornos extrapiramidales, aumento de apetito, náuseas, vómitos, estreñimiento, temblor, riesgo de ACV.</p> <p>P: Aumento de mortalidad de origen cardiovascular e infecciosos en ancianos con psicosis asociada a la enfermedad del Alzheimer. Utilizar con precaución en pacientes con riesgo de neumonía por aspiración.</p> <p>I: inhibidores de CYP3A4 (itraconazol) o CYP2D6 (fluoxetina) pueden aumentar los niveles de aripiprazol. Inductores de CYP3A4 (fenitoína, carbamazepina, rifampicina) pueden reducir los niveles de aripiprazol.</p> <p>IR.: no es necesario ajuste</p> <p>IH: Precaución en IH grave.</p> <p>D: Utilizar solución oral o comprimido bucodispersable. Los comprimidos recubiertos se pueden pulverizar y dispersar en agua.</p> |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

| PRINCIPIO ACTIVO | DOSIS Y PAUTA | V.A. | OBSERVACIONES |
|--|---|------|---|
| CLOZAPINA Reservada a casos de esquizofrenia resistente al tratamiento o a aquellos que no toleran otros fármacos | Dosis inicio: 12,5- mg cada 24 horas por la noche. Ritmo de escalado: incrementos de 25 mg cada 24 horas hasta control de síntomas. Interrupción de tratamiento: reducir gradualmente en fracciones de 12,5 mg/semana y monitorizar efecto rebote | VO | Medicamento de especial control médico, debe ser prescrito por un médico especialista en psiquiatría o neurología. RA: Agranulocitosis, hipotensión ortostática, taquicardia, aumento de peso, síndrome metabólico, sedación, estreñimiento. Riesgo de agranulocitosis (controles hematológicos estrictos). Aumento del riesgo de miocarditis y cardiomiopatía en los 2 primeros meses de tratamiento. P: efecto anticolinérgico potente, puede reducir la motilidad gastrointestinal, fiebre transitoria asociada a toxicidad hematológica durante las primeras 3 semanas, hepatitis, tromboembolismo venoso. CI: insuficiencia renal grave, enfermedad hepática activa, historia de granulocitopenia severa, pacientes que no sea posible realizar control hematológico. I: no asociar con otros antipsicóticos, benzodiazepinas ni antidepresivos (fluoxetina). R: realizar controles de leucocitos ($\geq 3500/\mu\text{L}$) y neutrófilos ($\geq 2000/\mu\text{L}$) antes de iniciar tratamiento y semanal durante las primeras 18 semanas de tratamiento, posteriormente controles mensuales. Se puede administrar independientemente de las comidas. Titular con precaución, controlar la presión arterial durante las primeras semanas, por riesgo de hipotensión. Reducir dosis si leucopenia, granulocitopenia, eosinofilia, trombopenia. No suspender de forma brusca, monitorizar el efecto rebote. |

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

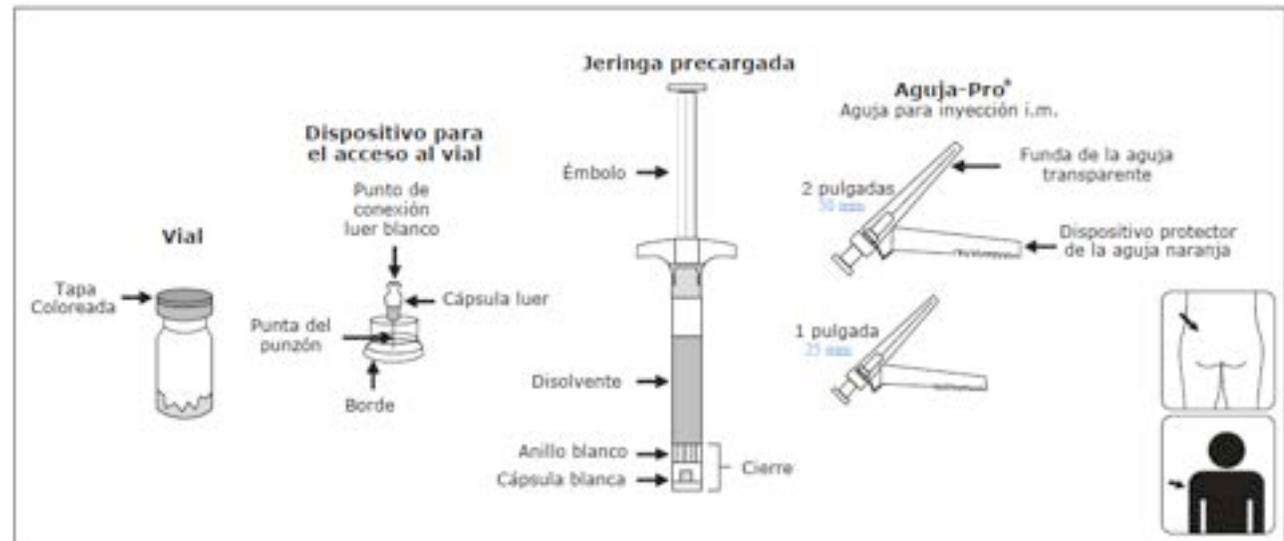
DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

Figura: Instrucciones para el dispositivo sin aguja para el acceso libre al vial



Fuente: Ficha técnica Risperdal Consta®

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Gil Gregorio P, Martín Carrasco M, Agüera Ortiz LF, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Depresión y ansiedad: guía de buena práctica clínica en geriatría. [Madrid]: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología; 2004.

Baldwin David. Generalized anxiety disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. 28 Marzo 2013. Consultado el 10/10/2013. Disponible en www.uptodate.com.

Alexander Bystritsky. Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder. 10 septiembre 2013. Consultado 10/10/2013. Disponible en [www. Uptodate.com](http://www.Uptodate.com).

Reinhold JA, Mandos LA, Rickels K, Lohoff FW. Pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. Expert Opin Pharmacother. 2011 Nov;12(16):2457–67.

National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain) NI for H and CE (Great B, Royal College of Psychiatrists. Generalised anxiety disorder in adults management in primary, secondary and community care [Internet]. London: British Psychological Society : Royal College of Psychiatrists; 2011. Consultado el 10/10/2013 . Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83459/>

Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. 2006 Jul;51(8 Suppl 2):9S–91S.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008.

Baldwin D, Woods R, Lawson R, Taylor D. Efficacy of drug treatments for generalised anxiety disorder: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2011;342:d1199.

Iskedjian M, Walker JH, Bereza BG, Le Melledo J-M, Einarson TR. Cost-effectiveness of escitalopram for generalized anxiety disorder in Canada. Curr Med Res Opin. 2008 May;24(5):1539–48.

Jørgensen TR, Stein DJ, Despiegel N, Drost PB, Hemels MEH, Baldwin DS. Cost-effectiveness analysis of escitalopram compared with paroxetine in treatment of generalized anxiety disorder in the United Kingdom. Ann Pharmacother. 2006 Oct;40(10):1752–8.

Gonçalves DC, Byrne GJ. Interventions for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review and meta-analysis. J Anxiety Disord. 2012 Jan;26(1):1–11.

Martin JLR, Sainz-Pardo M, Furukawa TA, Martín-Sánchez E, Seoane T, Galán C. Benzodiazepines in generalized anxiety disorder: heterogeneity of outcomes based on a systematic review and meta-analysis of clinical trials. J Psychopharmacol Oxf Engl. 2007 Sep;21(7):774–82.

McIntosh B, Clark M, Spry C. Benzodiazepines in Older Adults: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines [Internet]. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2011 (Rapid Response Report: Peer-Reviewed Summary with Critical Appraisal). Consultado el 16/10/2013. Disponible en: <http://www.cadth.ca/index.php/en/hta/reports-publications/search/publication/2773>.

Mokhber N, Azarpazhoooh MR, Khajehdaluae M, Velayati A, Hopwood M. Randomized, single-blind, trial of sertraline and buspirone for treatment of elderly patients with generalized anxiety disorder. Psychiatry Clin Neurosci. 2010 Apr;64(2):128–33.

Donovan MR, Glue P, Kolluri S, Emir B. Comparative efficacy of antidepressants in preventing relapse in anxiety disorders - a meta-analysis. J Affect Disord. 2010 Jun;123(1-3):9–16.

Rickels K, Etemad B, Khalid-Khan S, Lohoff FW, Rynn MA, Gallop RJ. Time to relapse after 6 and 12 months' treatment of generalized anxiety disorder with venlafaxine extended release. Arch Gen Psychiatry. 2010 Dec;67(12):1274–81.

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

Blair Simpson H, Stein BM, Hermann R. Pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. Julio 2014. Consultado el 25/08/2014. Disponible www.UptoDate.com.

National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain) NI for H and CE (Great B, British Psychological Society, Royal College of Psychiatrists, National Library of Medicine. Common mental health disorders identification and pathways to care. British Psychological Society ; Royal College of Psychi

National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain) NI for H and CE (Great B, British Psychological Society, Royal College of Psychiatrists. Obsessive-compulsive disorder core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. Leicester; London: British Psychological Society ; Royal College of Psychiatrists; 2006.

Roy-Byrne P, Stein MB, Hermann R. Pharmacotherapy for panic disorder. Julio 2014. Disponible en www.UptoDate.com. Consultado el 25/8/2014.

Stein BB, Roy-Byrne P, Hermann R. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. Julio 2014. Disponible en www.UptoDate.com. Consultado el 26/8/2014.

National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain) NI for CE (Great B. Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London: Published by Gaskell and the British Psychological Society; 2005.

Swison R, McCabe RE, Stein MB, Hermann R. Pharmacotherapy for specific phobia in adults. Julio 2014. Disponible en www.UptoDate.com. Consultado el 26/08/2014.

National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. 2013.

Criterios de Utilización de antidepresivos en pacientes con depresión mayor. Servicio madrileño de Salud. 2011. (Accedido en Septiembre 2013). Disponible: [https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/protocolos%20%20definitivos/001-024%20criterios%20n2_2\[1\].pdf](https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/protocolos%20%20definitivos/001-024%20criterios%20n2_2[1].pdf)

Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (Avalia-t); 2008.

The NICE Guideline on the treatment and management of depression in adults. 2009 Depression: Evidence Update April 2012. A summary of selected new evidence relevant to NICE clinical guideline 90 'The treatment and management of depression in adults' (2009). Accedido en Septiembre 2013. Disponible en <https://www.evidence.nhs.uk/documents/depression-in-adults-evidence-update-2012-final-version.pdf>

Martín-Carrasco M, Agüera-Ortiz L, Caballero-Martínez L, Cervilla-Ballesteros J, Menchón-Magriñá JM, Montejo-González AL, Moríñigo-Dominguez A, Caballero-Martínez F; Sociedad Española de Psicogeriatría. Consensus of the SEPG on depression in the elderly. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011 Jan-Feb;39(1):20

Gartlehner G, Hansen RA, Morgan LC, Thaler K, Lux L, Van Noord M, Mager U, Thieda P, Gaynes BN, Wilkins T, Strobelberger M, Lloyd S, Reichenpader U, Lohr KN. Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants for treating major depressive disorder: an updated meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2011 Dec 6;155(11):772-85.

Kok RM, Nolen WA, Heeren TJ. Efficacy of treatment in older depressed patients: a systematic review and meta-analysis of double-blind randomized controlled trials with antidepressants. *J Affect Disord*. 2012 Dec 10;141(2-3):103-15.

New Zealand Guidelines Group. Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care. An Evidencebased Best Practice Guideline. Published by New Zealand Guidelines Group; Wellington: 2008.

Schueler Y-B, Koesters M, Wieseler B et al. (2011) A systematic review of duloxetine and venlafaxine in major depression, including unpublished data. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 123: 247-65.

Von Wolff A, Hölzel LP, Westphal A, Härter M, Kriston L. Selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants in the acute treatment of chronic depression and dysthymia: a systematic review and meta-analysis.

Cipriani A, La Ferla T, Furukawa TA, Signoretti A, Nakagawa A, Churchill R, McGuire H, Barbui C. Sertraline versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15.

SALUD MENTAL**ANSIEDAD**

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN**INSOMNIO****DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO****DEMENCIA**

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA**BIBLIOGRAFÍA**

Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JPT, Churchill R, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2009; 373: 746-758

Citalopram versus otros agentes antidepresivos. Cipriani A, Purgato M, Furukawa TA, Trespido C, Imperadore G, Signoretti A, Churchill R, Watanabe N, Barbui C. Citalopram versus other anti-depressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jul 11; 7

Cipriani A, Santilli C, Furukawa TA, Signoretti A, Nakagawa A, McGuire H, Churchill R, Barbui C. Escitalopram versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15.

Cipriani A, Koesters M, Furukawa TA, Nosè M, Purgato M, Omori IM, Trespido C, Barbui C. Duloxetine versus other anti-depressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Oct 17;10.

Wilkinson P, Izmeth Z. Continuation and maintenance treatments for depression in older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012.

RxFiles. Q&A Summary. Chronic Insomnia in Older Adults. Octubre 2013. Consultado el 29/10/2013. Disponible en www.RxFiles.ca.

Michael H Bonnet DLA. Overview of insomnia. Julio 2013. Consultado el 29/10/2013. Disponible en www.uptodate.com.

Grupo de trabajo de la GPC para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria, Agencia Laín Entralgo, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, España, Ministerio de Ciencia e Innovación, España, et al. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con insomnio en atención primaria: guía rápida. Madrid: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo; 2010.

Bloom HG, Ahmed I, Alessi CA, Ancoli-Israel S, Buysse DJ, Kryger MH, et al. Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2009 May;57(5):761-89.

Buysse DJ. Insomnia. *JAMA J Am Med Assoc*. 2013 Feb 20;309(7):706-16.

Taylor D, Paton C, Kapur S, South London and Maudsley NHS Trust, Oxleas NHS Foundation Trust. The Maudsley. Prescribing guidelines. London; Boca Raton, FL: Informa Healthcare; Distributed in North America by Taylor & Francis; 2009.

López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.

Michael H Bonnet DLA. Treatment of Insomnia. Septiembre 2012. Consultado el 29 Octubre 2013. Disponible en www.uptodate.com.

National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of zaleplon, zolpidem and zopiclone for the short-term management of insomnia. 2004.

Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, Marin J, Khan KM, et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med*. 2009 Nov 23;169(21):1952-60.

Bloom HG, Ahmed I, Alessi CA, Ancoli-Israel S, Buysse DJ, Kryger MH, et al. Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2009 May;57(5):761-89.

Wilson SJ, Nutt DJ, Alford C, Argyropoulos SV, Baldwin DS, Bateson AN, et al. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. 2010 Nov;24(11):1577-601.

Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:10.

Dundar Y, Boland A, Strobl J, Dodd S, Haycox A, Bagust A, et al. Newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2004;8(24).

Bain KT. Management of chronic insomnia in elderly persons. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2006 Jun;4(2):168-92.

Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*. 2005 Nov 19;331(7526):1169.

SALUD MENTAL**ANSIEDAD**

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN**INSOMNIO****DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO****DEMENCIA**

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA**BIBLIOGRAFÍA**

Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C, Bialy L, Tubman M, Ospina M, et al. The efficacy and safety of drug treatments for chronic insomnia in adults: a meta-analysis of RCTs. *J Gen Intern Med.* 2007 Sep;22(9):1335–50.

Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.* 2008 Oct 15;4(5):487–504.

McIntosh B, Clark M, Spry C. Benzodiazepines in Older Adults: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines [Internet]. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2011 (Rapid Response Report: Peer-Reviewed Summary with Critical Appraisal). Consultado el 16/10/2013. Disponible en: <http://www.cadth.ca/index.php/en/hta/reports-publications/search/publication/2773>.

De Vanna M, Rubiera M, Onor ML, Aguglia E. Role of lormetazepam in the treatment of insomnia in the elderly. *Clin Drug Investig.* 2007;27(5):325–32.

Huedo-Medina TB, Kirsch I, Middlemass J, Klonizakis M, Siriwardena AN. Effectiveness of non-benzodiazepine hypnotics in treatment of adult insomnia: meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *BMJ.* 2012;345:e8343.

Lévy P, Massuel M-A, Gérard DA. “As-needed” prescription of zolpidem for insomnia in routine general practice. *Clin Drug Investig.* 2004;24(11):625–32.

Sie M. An update on sleep disorders and their treatment. *Prog Neurol Psychiatry.* 2013;17(5):15–23.

Randall S, Roehrs TA, Roth T. Efficacy of eight months of nightly zolpidem: a prospective placebo-controlled study. *Sleep.* 2012 Nov;35(11):1551–7.

Roehrs TA, Randall S, Harris E, Maan R, Roth T. Twelve months of nightly zolpidem does not lead to rebound insomnia or withdrawal symptoms: a prospective placebo-controlled study. *J Psychopharmacol Oxf Engl.* 2012 Aug;26(8):1088–95.

Mura T, Proust-Lima C, Akbaraly T, Amieva H, Tzourio C, Chevassus H, et al. Chronic use of benzodiazepines and latent cognitive decline in the elderly: results from the Three-city study. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol.* 2013 Mar;23(3):212–23.

A Villena Ferrer, S Morena Rayo, JM Téllez Lapeira, C Lopez Garcia, P Pascual Pascual. Guía clínica de Paciente confuso [Internet]. Fistera. 2012 [citado 28 de agosto de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.fistera.com/guias-clinicas/paciente-confuso/>

Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine. Delirium in Older People. Position Statement 13. 2012.

Clegg A, Siddiqi N, Heaven A, Young J, Holt R. Intervenciones para la prevención del delirio en pacientes mayores que residen en centros de atención a largo plazo. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 1. Art. No.: CD009537* Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209033009&DocumentID=CD009537>

Delirium: Diagnosis, prevention and management | Guidance and guidelines | NICE. 2010. Disponible en <http://www.nice.org.uk/guidance/cg103>

Loneragan E, Britton A, Luxenberg J, Wyller T. Antipsicóticos para el delirio (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.. 2008. Disponible en <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20642867&DocumentID=CD005594>

Loneragan E, Luxenberg J, Areosa Sastre A, Wyller TB. Benzodiazepinas para el delirio. (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 2*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. Disponible en <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%208500474&DocumentID=CD006379>

Overshott R, Karim S, Burns A. Inhibidores de la colinesterasa para el delirio. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209033009&DocumentID=CD005317>

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. 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 Num 2009/7. Disponible en http://www.guiasalud.es/egpc/alzheimer/completa/documentos/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf

SALUD MENTAL**ANSIEDAD**

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN**INSOMNIO****DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL
AGUDO****DEMENCIA**

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA**BIBLIOGRAFÍA**

Rodríguez D, Formiga F, Fort I, Robles MJ, Barranco E, Cubí D. Tratamiento farmacológico de la demencia: cuándo, cómo y hasta cuándo. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Demencias de la Sociedad Catalana de Geriatria y Gerontología. *Rev Esp Geriatria Gerontol.* 2012;47(5):228-33.

Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. En: The Cochrane Collaboration, Birks J, editores. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2006. Disponible en <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005593>

Herrmann N, Lanctôt KL, Hogan DB. Pharmacological recommendations for the symptomatic treatment of dementia: the Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia 2012. *Alzheimers Res Ther.* 2013;5(Suppl 1):S5.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease (review of NICE technology appraisal guidance 111) [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/TA217>

Farrimond LE, Roberts E, McShane R. Memantine and cholinesterase inhibitor combination therapy for Alzheimer's disease: a systematic review. *BMJ Open.* 11 de junio de 2012;2(3):e000917-e000917.

Muayqil T, Camicioli R. Systematic review and meta-analysis of combination therapy with cholinesterase inhibitors and memantine in Alzheimer's disease and other dementias. Report No.: 12013002327 [Internet]. Centre for Review and Dissemination - The University of York.. Disponible en <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/ShowRecord.asp?ID=12013002327#.Uqb2REp1nFw>

Atri A, Shaughnessy LW, Locascio JJ, Growdon JH. Long-term course and effectiveness of combination therapy in Alzheimer's disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2008;22(3):209.

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Memantine in Combination with Cholinesterase Inhibitors for Alzheimer's Disease: Clinical Effectiveness and Safety. Rapid Response Report: Summary of Abstracts (Peer- Reviewed Summary of Critical Appraisals). 2012. Disponible en: <http://www.cadth.ca/media/pdf/htis/may-2012/RB0499%20Memantine%20Final.pdf>

Howard R, McShane R, Lindesay J, Ritchie C, Baldwin A, Barber R, et al. Donepezil and memantine for moderate-to-severe Alzheimer's disease. *N Engl J Med.* 2012;366(10):893-903.

Qaseem A, Snow V, Cross JT, Forciea MA, Hopkins R, Shekelle P, et al. Current pharmacologic treatment of dementia: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med.* 2008;148(5):370-8.

Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS - CIMA - Fichas técnicas [Internet]. Disponible en <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do>

Burback D, Molnar FJ, St John P, Man-Son-Hing M. Key methodological features of randomized controlled trials of Alzheimer's disease therapy. Minimal clinically important difference, sample size and trial duration. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 1999;10(6):534-40.

Tariot PN, Cummings JL, Katz IR, Mintzer J, Perdomo CA, Schwam EM, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of donepezil in patients with Alzheimer's disease in the nursing home setting. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49(12):1590-9.

Russ TC, Morling JR. Cholinesterase inhibitors for mild cognitive impairment. En: The Cochrane Collaboration, Russ TC, editores. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012. Disponible en <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009132.pub2>

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Galantamina - Notas Informativas - Medicamentos de Uso Humano - Seguridad [Internet]. 2005]. Disponible en http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2005/NI_2005-02_galantamina-reminyl.htm

Alaba Trueba J, Arriola Manchola E, Beobide Tellería I, Calvo Aguirre JJ, Muñoz Díaz J, Umerez Urbieta G. Guía Farmacoterapéutica Para Los Pacientes Geriátricos. Centros Gerontológicos Gipuzkoa [Internet]. 2012 [citado 10 de febrero de 2014]. Disponible en http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckpubl01/eu/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/eu_pub/adjuntos/guia_pacientes_geriatricos.pdf

Delgado Silveira E, Montero Errasquín B, Muñoz García M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez-Castellano C, Cruz-Jentoft AJ. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015.

SALUD MENTAL**ANSIEDAD**

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN**INSOMNIO****DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO****DEMENCIA**

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA**BIBLIOGRAFÍA**

The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* abril de 2012;60(4):616-31.

Jensen B. Behaviour Management in Dementia. Where do Antipsychotics Fit? [Internet]. Rxfiles. 2011 [citado 3 de febrero de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/Psych-BPSD-Newsletter.pdf>

Seitz DP, Gill SS, Herrmann N, Brisbin S, Rapoport MJ, Rines J, et al. Pharmacological treatments for neuropsychiatric symptoms of dementia in long-term care: a systematic review. *Int Psychogeriatr.* 2012;25(02):185-203.

Steinberg M, Lyketsos CG. Atypical Antipsychotic Use in Patients With Dementia: Managing Safety Concerns. *Am J Psychiatry.* 1 de septiembre de 2012;169(9):900.

Press D, Alexander MD. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-dementia?source=search_result&search=neuropsychiatric+symptoms+of+dementia&selectedTitle=1%7E150

Seitz DP, Adunuri N, Gill SS, Gruneir A, Herrmann N, Rochon P. Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2011 [citado 5 de noviembre de 2013];2. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.14651858.CD008191.pub2/pdf/standard>

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios - La AEMPS Informa - Notas informativas - Medicamentos de Uso Humano - Seguridad - 2011 - Citalopram y prolongación del intervalo QT del electrocardiograma Disponible en http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2011/NI-MUH_19-2011.htm

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Antipsicóticos - Medicamentos de Uso Humano - Seguridad [Internet]. 2008. Disponible en http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2008/NI_2008-19_antipsicoticos.htm

AEMPS - Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS (CIMA) - Buscador principal. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>

Stroup S, Marder S. Pharmacotherapy for schizophrenia: Acute and maintenance phase treatment. 2013. Disponible en <http://www.uptodate.com>

Marriott RG, Neil W, Waddingham S. Antipsychotic medication for elderly people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(1):CD005580.

National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management | Guidance and guideline | NICE- CG178. 2014 Disponible en <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG178>

Clozapina versus fármacos neurolépticos típicos para la esquizofrenia. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209023966&DocumentID=CD000059>

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of schizophrenia. (SIGN publication n. 131). Edinburgh: SIGN; 2013. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign131.pdf>

Howard P, Twycross R, Shuster J, Mihalyo M, Wilcock A. Antipsychotics. *J Pain Symptom Manage.*2011;41(5):956-65.

Expert Consensus Panel for Optimizing Pharmacologic Treatment of Psychotic Disorders. The expert consensus guideline series. Optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders. *J Clin Psychiatry.* 2003;64 Suppl 12:2-97, quiz 98-100.

Schmidt, R., Hofer, E., Bouwman, F. H., Buerger, K., Cordonnier, C., Fladby, T., Galimberti, D., Georges, J., Heneka, M. T., Hort, J., Laczó, J., Molinuevo, J. L., O'Brien, J. T., Religa, D., Scheltens, P., Schott, J. M. and Sorbi, S., EFNS-ENS/EAN Guideline on concomitant use of cholinesterase inhibitors and memantine in moderate to severe Alzheimer's disease. *Eur J Neurol.*;2015 22: 889–898. doi:10.1111/ene.12707

Ehret MJ, Chamberlin KW. Current Practices in the Treatment of Alzheimer Disease: Where is the Evidence After the Phase III Trials?. *Clin Ther.* 2015 Aug;37(8):1604-16. Epub 2015 Jun 27

SALUD MENTAL

ANSIEDAD

Trastorno de ansiedad generalizada
Otros trastornos de ansiedad

DEPRESIÓN

INSOMNIO

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

DEMENCIA

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia

ESQUIZOFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

Ngo J and Holroyd-Leduc JM. Systematic review of recent dementia practice guidelines. *Age Ageing* 2015; 44(1): 25–33.

Sorbi, S., Hort, J., Erkinjuntti, T., Fladby, T., Gainotti, G., Gurlit, H., Nacmias, B., Pasquier, F., Popescu, B. O., Rektorova, I., Religa, D., Rusina, R., Rossor, M., Schmidt, R., Stefanova, E., Warren, J. D., Scheltens, P. and the EFNS Scientist Panel on Dementia and Cognitive Neurology (2012), EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia. *European Journal of Neurology*, 19: 1159–1179. doi: 10.1111/j.1468-1331.2012.03784.x

Greenblatt, H. K. and Greenblatt, D. J. (2016), Use of Antipsychotics for the Treatment of Behavioral Symptoms of Dementia. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 56: 1048–1057. doi:10.1002/jcph.731

Antidepressants in Elderly Patients with Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2015 Aug 31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK349958/>

El-Saifi, N., Moyle, W., Jones, C. and Tuffaha, H. (2016), Quetiapine safety in older adults: a systematic literature review. *J Clin Pharm Ther*, 41: 7–18. doi:10.1111/jcpt.12357