

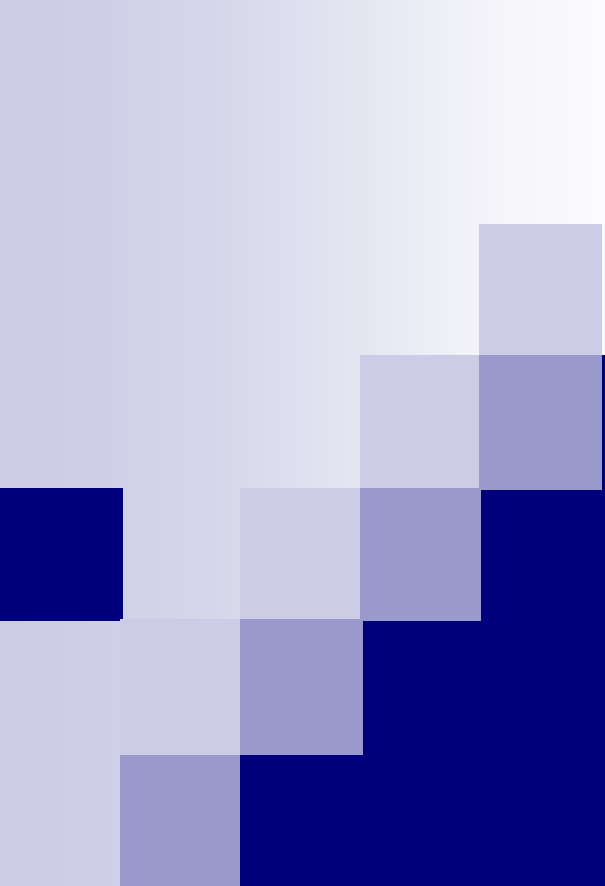
TRACTAMENT AMB ANTIPSICÒTIC EN LA DEMÈNCIA.

V Jornada de la demència en l'Atenció Primària
Diagnòstic precoç i celeritat d'actuació.
24 de febrer de 2015-CAMFIC

Dra M^a Carmen Espinosa
Unitat de Psicogeriatria
Antic Hospital Sant Jaume. CSdM.
Mataró



**ANTIC HOSPITAL DE SANT JAUME
I SANTA MAGDALENA**
Centre Sociosanitari
PASS-SERVEIS DE PREVENCIÓ ASSISTENCIALS I SOCIOSANITARIS



Introducción.

Síntomas conductuales y psicológicos en la demencia (SCPD).

■ Definición:

- “ Síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o la conducta que a menudo presentan los pacientes con demencia ”

International Psychogeriatric Association (IPA)

Síntomas de difícil control

Comportamientos que generalmente no responden al tto

- Deambulación errática.
- Orinar y defecar en lugares inapropiados.
- Vestirse y desvestirse en lugares inapropiados.
- Comportamientos repetitivos.
- Conductas verbales repetitivas
- Esconder/acumular.
- Pica
- Aislamiento.
- Romper la ropa, etc...

Comportamientos que quizás respondan al tto

- **Agresividad física**
- Agresividad verbal
- Ansiedad, inquietud psicomotriz.
- Tristeza, gritos, anorexia.
- Apatía
- Trastorno del sueño
- Deambulación errática con agitación y agresividad.
- Comportamientos vocales repetitivos.
- Ilusiones/**alucinaciones**.
- Comportamiento sexual inapropiado con agitación.

Psicosis

- Delirios- falsas creencias basadas en inferencias incorrectas sobre la realidad externa, que el enfermo mantiene firmemente, a pesar de la evidencia de lo contrario.
- Alucinaciones- percepciones sensoriales que dan la misma sensación de realidad que una verdadera experiencia sensorial pero que ocurren sin estimulación del órgano sensorial relevante.
- Ilusiones- *malas interpretaciones de los estímulos visuales externos. Se distinguen de las alucinaciones en que son percepciones distorsionadas en lugar de percepciones anormales espontaneas.*

Agitación

TABLA IV
Subtipos de agitación

Conductas físicamente no agresiva

- Inquietud general
- Manierismos repetitivos
- Caminar constante
- Intento de conseguir otro sitio
- Manejo inapropiado de objetos
- Ocultar objetos
- Vestirse o desvestirse de manera inapropiada

Conductas verbalmente no agresivas

- Negativismo
- No tiene gusto por nada
- Constantes peticiones de información
- Jactancia verbal
- Quejas o gemidos
- Interrupciones relevantes
- Interrupciones irrelevantes
- Frases reiterativas

Conductas físicamente agresivas

- Golpear
- Empujones
- Rascarse
- Agarrar objetos
- Agarrar personas
- Dar patadas y mordiscos

Conductas verbalmente agresivas

- Chillidos
 - Lenguaje malsonante
 - Estallidos temperamentales
 - Emisión de ruidos extraños
-

Algoritmo

Agitación

- Deterioro brusco
- Curso fluctuante
- Alucinaciones
- Alteraciones del sueño
- Causa orgánica



Sd confusional
agudo

Algoritmo

Descartar desencadenantes orgánicos

- Dolor oculto
- Impacto fecal
- Hambre
- Sed
- Hipotermia
- Posición incómoda
- Infección de orina,
- Otras cuadros infecciosos
- Retención de orina
- Etc....

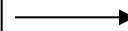


Malestar físico

Algoritmo

Descartar desencadenantes ambientales o psicosociales

- Excesivo ruido o estimulación
- Hacinamiento o aislamiento
- Cambios ambientales (vivienda, cuidados, estado mental del cuidador en la atención recibida, etc....)



Malestar
psicológico

Algoritmo

Descartar desencadenantes farmacológicos o tóxicos

- ES de un fármaco
- Interacción medicamentosa
- Abuso de tóxicos o fármacos
- Fenómenos de abstinencia
- Acatisia

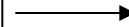


Agitación por
fármacos o
tóxicos

Algoritmo

Realizar exploración neuropsiquiátrica

- Psicosis
- Alucinaciones
- Falsos reconocimientos
- Depresión
- Ansiedad
- Problemas de sueño



Trastornos
neuropsiquiátricos

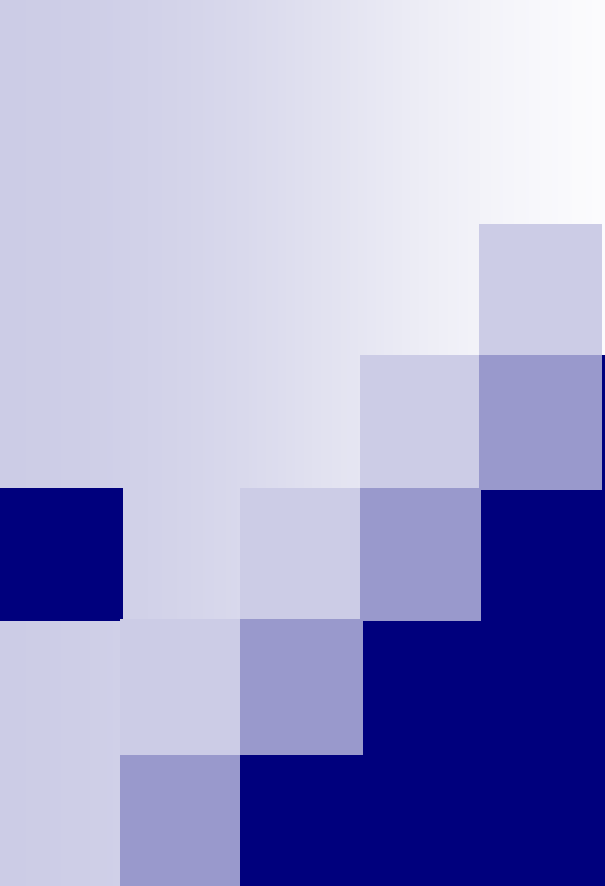


Algoritmo

Ninguna de las anteriores

Agitación idiopática como resultado
directo de la propia demencia

*Pelegriñ Valero C. Tratamiento sintomático de las demencias,
Actas Esp Psiquiatr. Monogr 2005; 3: 18-31.*



Tratamiento

¿ Qué dicen las guías ?

- Se eligieron 5 guías: DCCG 2005, NICE 2006, SIGN 2006, CCC 2007 y MOH (M) 2009.
- Eficacia de los antipsicóticos (risperidona, olanzapina y haloperidol) en el caso de agitación/agresión/psicosis.
- Ciertas diferencias
 - Dos de las guías recomiendan también el uso de los antipsicóticos típicos (DCCG, SIGN).
 - Dos guías recomiendan valorar para cada paciente el riesgo/beneficio a la hora de pautarlos.
 - Dos guías recomiendan la retirada de los antipsicóticos tras un periodo de estabilidad entre 3-6 meses.
 - Tres guías recomiendan la limitación temporal del tratamiento y revalorarlo periódicamente.

Recomendaciones generales de las guías, cuando una persona afecta de demencia presenta SPCD intensos.

1. Intervención no farmacológica.
2. Considerar el tto psicofarmacológico.
3. Si depresión....SSRIs.
4. **Si agitación aguda o ansiedad...tto a corto plazo con BDZ.**
5. Si agitación/agresión /psicosis severa....antipsicótico.
6. **Si antipsicótico....valorar los riesgos/beneficios individuales de pautar uno típico o atípico.**
7. Cuando se inicie comenzar a dosis bajas y titular de manera lenta, valorando la respuesta y la presencia o no de ES.
8. Una vez iniciado, mantenerlo un periodo limitado y revisarlo periódicamente (cada 3 meses o según la situación clínica).
9. Cuando se mantenga estable durante un tiempo, considerar la retirada del antipsicótico.

Antipsicóticos

- Antipsicóticos recomendados
 - risperidona (0,5–2mg/día), como primera opción
 - quetiapina (50–150mg/día), como segunda opción.
- Mantenimiento:
 - tiempo recomendado de espera para cambio de fármaco si la respuesta es inadecuada es de 5 a 7 días
 - de 1 a 3 meses una vez logrado el control de síntomas e intentando posteriormente una retirada paulatina lo más precoz posible.

Banerjee S. The use of antipsychotic medication for people with dementia: time for action. A report for the Minister of State for Care Services. Department of Health, London, 2009.

Gomez-Pavon J et al. Recomendaciones en la prevención de reacciones adversas a medicamentos en personas mayores con demencia. Rev Esp Ger Geriatr 2010; 45(2): 89-96.

Antipsicóticos- retirada

- Pacientes con EA con psicosis o agitación, que ha respondido al tto con risperidona durante 4-8 meses, la retirada del fármaco, está asociada al riesgo de recaída.
 - Estudio aleatorizado doble ciego dividido en tres ramas.
 - Al final quedan pocos pacientes.
 - Se retiraba el antipsicótico totalmente.



Antipsicóticos y seguridad

- 2002 a 2005: alerta sobre la seguridad de los antipsicóticos atípicos (AA).
- Posteriormente varios estudios han mostrado que tanto los antipsicóticos típicos (AT) como los atípicos están asociados a mayor de mortalidad.

Antipsicóticos y seguridad

- Mayor mortalidad con los AT.
 - La diferencia de mortalidad entre los AT y los AA explica fundamentalmente por
 - **Ictus**
 - **IAM**
 - **Fractura de fémur.**
 - *Arritmia ventricular...*
 - TVP
 - Neumonía.
- } No hay diferencias

Jackson JW et al. PLOS ONE 20014.

Antipsicóticos y seguridad

- Antes de prescribir un antipsicótico considerar:
 - ☐ Presencia de enfermedad cardiovascular.
 - ☐ QTc (Si QTc <0'41 sg....arritmia improbable)
 - ☐ Ionograma.
 - ☐ Antecedentes familiares de torsades de points
 - ☐ Ttos concomitantes
 - ☐ Interacciones
 - fármaco-fármaco
 - fármaco-enfermedad.
 - fármaco-alimento

Antipsicóticos atípicos

■ Eficacia de

- risperidona (13-17% más respuestas que placebo)
- Aripiprazol (7-10%).

■ Olanzapina y quetiapina, no mejores que placebo.

Schneider LS et al. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. Am J Geriatr Psychiatry 2006, 14:191-210.

Antipsicóticos atípicos

- Revisión sistemática de 12 ensayos clínicos aleatorizados.
- Evidencia a favor de risperidona y olanzapina.
- La risperidona podría ser mejor que haloperidol.
- Se dispone de poca evidencia para quetiapina y aripiprazol y ninguna para clozapina y ziprasidona.

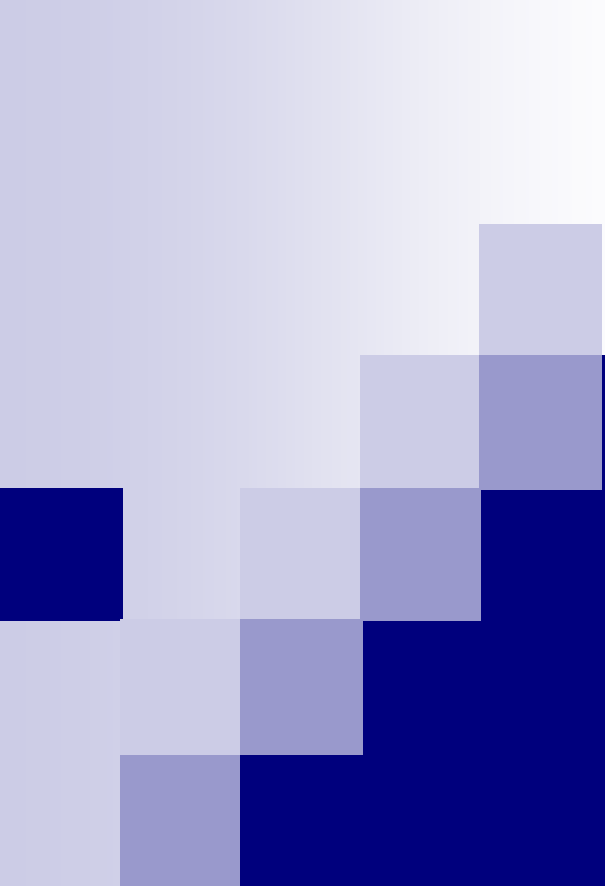
Carson S et al. A systematic review of the efficacy and safety of atypical antipsychotics in patients with psychological and behavioral symptoms of dementia. J Am Geriatr Soc 2006, 54: 354-361.

Antipsicóticos atípicos



- Risperidona y olanzapina son útiles para reducir la agresividad.
- Risperidona reduce la psicosis.
- Ambas se asocian a eventos adversos graves cerebrovasculares y síntomas extrapiramidales.

Ballard C, Waite J. Efectividad de los fármacos antipsicóticos atípicos para el tratamiento de la agresividad y la psicosis en la enfermedad de Alzheimer (Revisión Cochrane traducida).En: la Biblioteca Cochrane Plus 2006, número 3



Farmacos y Efectos Secundarios.



Efectos secundarios fármacos

- Acatisia
- Efectos extrapiramidales
 - ☐ Distonía de tronco
 - ☐ Sd de Pisa
 - ☐ Rigidez
 - ☐ Temblor
 - ☐ Pérdida de autonomía: empeoramiento de la marcha
- Somnolencia
- Ect.....



Sensibilidad a los antipsicóticos

Sensitivity to antipsychotic drugs in older adults. Leon C et al.
Curr Psychiatry Rep 2010; 12:28-33.

Antipsicóticos

BLOQUEO RECEPTORES	EFFECTO INDESEABLE PRODUCIDO
Dopaminérgicos (D2)	SEP: distonías agudas, hipertónicas, acatisia y temblor. Discinesia tardia. Síntomas negativos secundarios. Inversión del humor.
Noradrenérgicos y adrenérgicos (alfa 1)	Hipotensión ortostática, sedación. Inversión del humor.
Histaminérgicos (H1)	Somnolencia. Aumento del apetito (hidratos de carbono) y del peso.
Muscarínicos (m1)	Sequedad de boca y mucosas. Estreñimiento. Más raramente: dificultad de acomodación visual, retención de orina y alteraciones cognitivas.
Serotoninérgicos (5HT2)	Posibles efectos aparentemente paradójicos 5HT por incremento relativo de los receptores 5HT1A (en un plano teórico y poco relevante).

Risperidona

- Vida media de 20 horas.
- Máxima concentración a la primera hora.
- ↓ dosis si insuficiencia renal.
- ES-
 - ☐ hipotensión ortostática
 - ☐ taquicardia refleja
 - ☐ somnolencia
 - ☐ edema periférico
 - ☐ extrapiramidalismo
 - ☐ estreñimiento.
- ***Dosis media: 1 mg/día (0'5-1'5 mg)***

Olanzapina

- Vida media de 21 a 54 horas.
- Máxima concentración a las 6 horas.
- ES-
 - ☐ somnolencia
 - ☐ aumento del peso
 - ☐ mareo
 - ☐ efectos anticolinérgicos débiles
 - ☐ incremento de los lípidos y de la glucosa
 - ☐ escasos síntomas extrapiramidales.
- Dosis media: 5-10 mg /día.

Quetiapina

- Vida media de 6 horas.
- Máxima concentración a la hora y media.
- Interacciones: aumenta los efectos de warfarina,
- Puede usarse con IChE.
- ES-
 - Hipotensión ortostática,
 - Mareo e inestabilidad los primeros días de tratamiento.
 - Somnolencia,
 - Cefalea

Pocos efectos extrapiramidales y anticolinérgicos

- **Dosis media: 100 mg/día (50-200 mg)**
- De elección en la enfermedad de Parkinson.

Equivalencias

Clorpromacina	Haloperidol	Risperidona	Quetiapina	Olanzapina
50 mg	1'5 mg 5 gotas: 0'5 mg. 1 ampolla = 1 ml= 5 mg.	1 mg	75 mg-100 mg	2'5 mg-5 mg



Trastornos del movimiento inducidos por fármacos

- Acatisia
- Distonias
 - Sd Pisa
 - Distonia cervical

ACATISIA

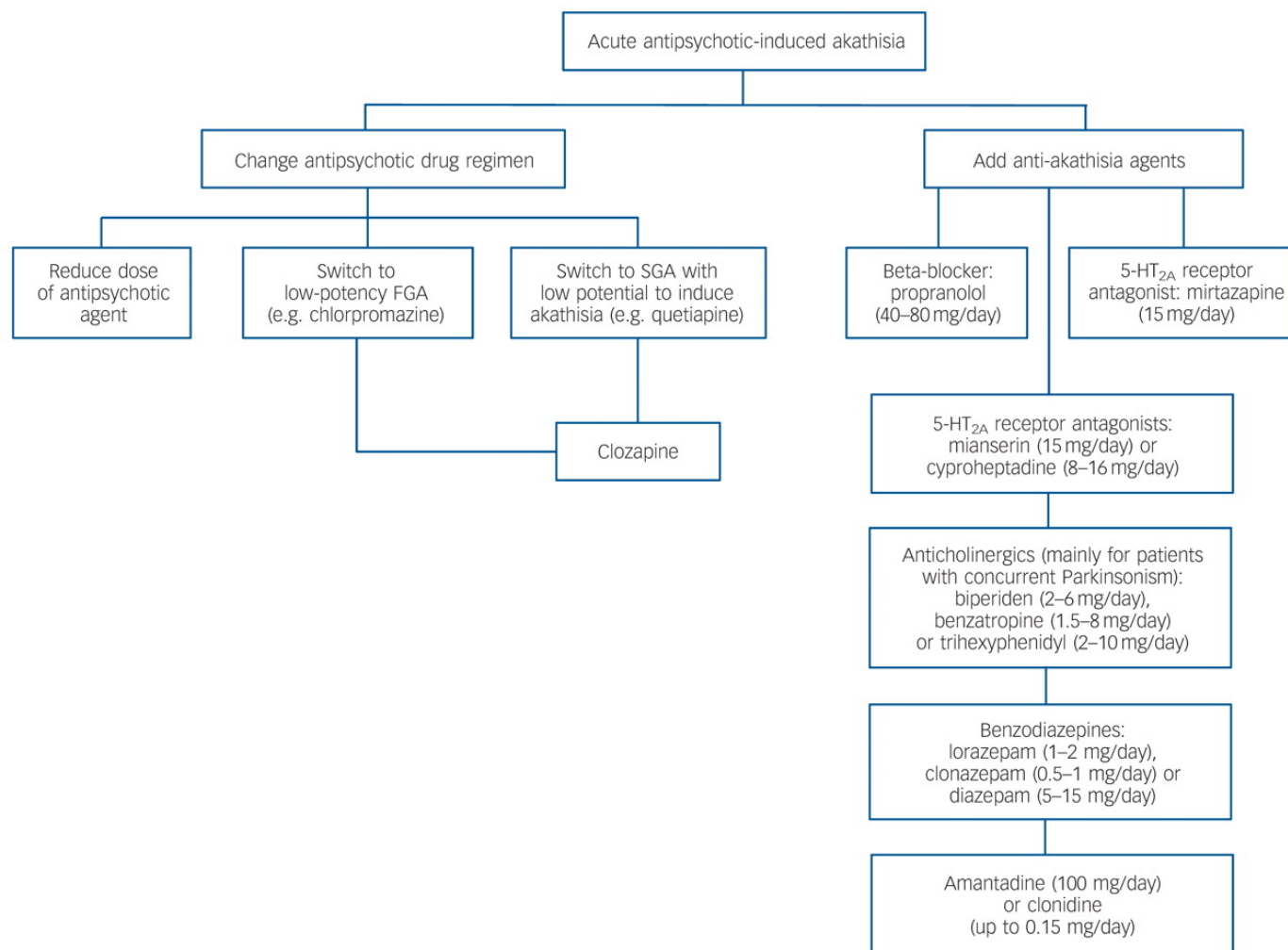


- “Incapacidad de permanecer sentado”.
- Necesidad de moverse constantemente para aliviar una cierta tensión psíquica o la incapacidad de permanecer inmóvil.

FARMACOS Y ACATISIA

Antipsicóticos típicos 20-45%	Haloperidol
Antipsicóticos atípicos CATIE: 26-35%.	Alto riesgo: Risperidona, Ziprasidona, Aripiprazol Bajo riesgo: Olanzapina, Quetiapina, Clozapina
Antieméticos	Metoclopramida Procloroperacina Domperidona
Antidepresivos	ADT IRSS (fluoxetina, paroxetina....) Venlafaxina
Antagonistas de los canales del calcio	Flunaricina Cinaricina Diltiazem
Otros	Litio Metildopa y agonistas dopaminérgicos Buspirona Anticonvulsivantes (Carbamacepina) Petidina, Interferon alfa, Sumatriptan

Proposed treatment guidelines for acute antipsychotic-induced akathisia. FGA, first-generation antipsychotic; SGA, second-generation antipsychotic.



Poyurovsky M BJP 2010;196:89-91

THE BRITISH JOURNAL
OF PSYCHIATRY



Sd Pisa

- Distonía aguda o tardía.
- Persistente distonía del tronco con flexión lateral y rotación axial, en ausencia de otras distonías.
 - Historia de medicación causante potencial.
 - Empeoramiento con la deambulación.
 - Mejoría tras retirar el agente causal.
 - Anosoagnosia.

Sd Pisa

Table II. Agents reported to cause drug-induced Pisa syndrome^[13,15,18,20,21,23-26,28,30,42,43]

Typical antipsychotics (e.g. haloperidol, chlorpromazine, zotepine, etc.)

Atypical antipsychotics (e.g. clozapine, sertindole, olanzapine, etc.)

Tricyclic antidepressants

Selective serotonin reuptake inhibitors

Cholinesterase inhibitors (e.g. donepezil, rivastigmine)

Antiemetic drugs

Lithium carbonate

Benzodiazepines

Tiaprude

■ Factores de riesgo

- ☐ Tto con antipsicóticos típicos y atípicos.
- ☐ Asociaciones de fármacos.
- ☐ Mujer.
- ☐ Edad avanzada
- ☐ Presentación de sd orgánico cerebral: demencia (p ej).

Descrito con IACE + antipsicótico atípico.



Gracias