

Sumario:

Efectos adversos asociados al tratamiento con antipsicóticos atípicos.....	1
Diagnóstico y tratamiento de la agitación en ancianos con demencia	5
Anexo 1: Consumo de antipsicóticos en recetas del SNS en el SESCAM en 2003	7
Anexo 2: Esquema de las indicaciones aprobadas de antipsicóticos en la Guía Farmacoterapéutica del SESCAM	8

EFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

Gila Azañedo, J.A. (Responsable Servicio de Farmacia, Unidad Residencial y Rehabilitadora de Alcohete, Guadalajara; Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha) y Chamorro García L. (Jefe Servicio Psiquiatría, Hospital General Universitario de Guadalajara, SESCAM).

Los antipsicóticos atípicos constituyen en la actualidad uno de los grupos de fármacos más utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia. Frente a los denominados neurolépticos clásicos o convencionales representados por el haloperidol y el grupo de las fenotiacinas, se definió un nuevo grupo de fármacos denominados como atípicos, según los siguientes criterios clínicos.

- *Eficacia antipsicótica similar en los síntomas productivos de la esquizofrenia.*
- *Mayor eficacia sobre la sintomatología negativa.*
- *Menor tasa de efectos adversos de tipo extrapiramidal.*
- *Además, parecen ser más beneficiosos en el tratamiento de pacientes con antecedentes de mala respuesta a los antipsicóticos convencionales o clásicos. (1, 2, 3).*

El prototipo de antipsicótico atípico fue la clozapina. Si bien en la década de los 90 y hasta nuestros días se han introducido en terapéutica nuevos fármacos. En nuestro país están actualmente comercializados risperidona, olanzapina, quetiapina, amisulpride y ziprasidona (4).

Mientras que todas las características que les definen como atípicos han sido presentadas por algunos autores como sustanciales ventajas en el manejo a largo plazo del enfermo psiquiátrico, con una mejor aceptación del tratamiento (mejor cumplimiento), mayor colaboración del paciente y mejor abordaje por parte del facultativo y del resto del personal que trabaja con el paciente psicótico (1,2,5), se ha prestado menos atención a características propias de su perfil de efectos adversos, que pueden ser determinantes en el manejo del enfermo.

Así, el hecho de que presenten menor incidencia de efectos extrapiramidales (1,2,6,7) no quiere decir que sean inocuos, sino que presentan un perfil de efectos adversos diferentes que hemos de conocer y manejar en la misma medida que manejamos los de los clásicos. El presente trabajo se refiere a los datos obtenidos en la bibliografía, así como los aportados por nuestra experiencia en la detección y manejo de los efectos adversos de los antipsicóticos atípicos.

FARMACOLOGÍA DE LOS ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

El mecanismo de acción a nivel receptorial de esta clase de fármacos es sumamente complejo, sin embargo, estos fármacos los podemos definir como clase farmacológica, en parte debido a su antagonismo serotonina-dopamina, frente al bloqueo casi exclusivo dopaminérgico de los convencionales. En la actualidad, el papel de receptores dopaminérgicos, al igual que la participación de otros sistemas de neurotransmisión (colinérgicos, adrenérgicos, histaminérgicos, etc.) se postulan en el complejo mecanismo de acción de los agentes antipsicóticos (6, 7, 8). Es necesario recordar que el perfil receptorial, así como la intensidad de la interacción con el receptor es una identidad del fármaco concreto que manejemos y que algunos de los efectos adversos van ligados a este perfil, por lo que se hace necesario tenerlo en cuenta a la hora de entender y manejar adecuadamente los efectos adversos de estos fármacos.

EFFECTOS ADVERSOS

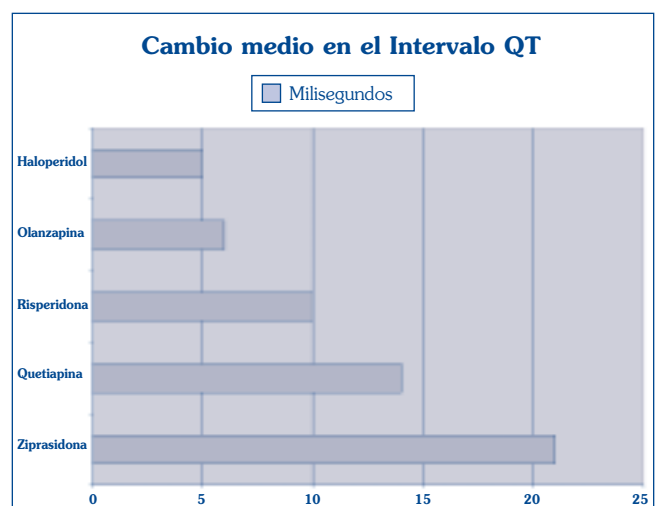
Los efectos adversos de los antipsicóticos suelen ser la extensión de sus muchas acciones farmacológicas, y por lo tanto de su perfil receptorial, así como del tiempo y la dosis que mantenemos el tratamiento farmacológico. Estos factores se acompañan de las dosis y tiempo que mantenemos el tratamiento con estos fármacos. En la descripción de estos efectos hemos señalado el o los fármacos que con mayor frecuencia entran a formar parte del efecto descrito.

- a) Efectos Neurológicos.** En este apartado hay que destacar por la gran repercusión asistencial que conlleva los efectos motores extrapiramidales (9). Si bien, la incidencia se ha visto notablemente disminuida con la utilización de los agentes atípicos, no ha sido totalmente erradicada, por lo que siempre hemos de estar alerta a una posible manifestación de sintomatología extrapiramidal. De forma general y dentro del grupo de los atípicos, risperidona es el fármaco que con más frecuencia produce efectos de tipo extrapiramidal y en general guardan relación con las dosis empleadas (9,10) (es frecuente detectar efectos de tipo extrapiramidal por encima de los 7-8 mg / día). Los principales efectos de tipo extrapiramidal que pueden producir estos fármacos:
- Acatisia.** Es uno de los efectos más estresantes, para el paciente, y con frecuencia lleva al abandono del tratamiento. En caso de detectarse, el tratamiento pasa inevitablemente por una reducción de la dosis.
 - Parkinsonismo.** Definido por temblor, rigidez, bradicinesia, trastornos de la marcha, alteración de la escritura y el lenguaje.
 - Reacciones distónicas agudas.** Cuadro caracterizado por posturas anormales causadas por concentraciones involuntarias de músculos opuestos. Afecta, fundamentalmente, a músculos del cuello y la cara. Se puede prevenir con el empleo de agentes anticolinérgicos de acción central.
 - Discinesia Tardía.** Se caracteriza por el desarrollo de una discinesia bucofacial con movimientos de coreoatetosis. Se desarrolla después de meses o años de tratamiento y puede manifestarse después incluso de haber suspendido el tratamiento con antipsicóticos. Cuanto mayor sea la dosis y el tiempo de tratamiento, mayor es el riesgo de desarrollar discinesia tardía.
- b) Efecto proconvulsivante.** Los antipsicóticos disminuyen el umbral de convulsión, con el riesgo de desencadenar crisis convulsivas. Dentro del grupo de los atípicos es clozapina el que presenta una mayor incidencia, que además es dosis dependiente (8,11) (4,4 % a dosis superiores

a los 600 mg / día), el resto del grupo presenta una incidencia muy baja. No obstante, es importante un mayor control del paciente epiléptico o con antecedentes.

- c) Síndrome Neuroléptico Maligno.** Se caracteriza por hipertermia acompañada de rigidez muscular de tipo parkinsoniano, junto con una brusca elevación de la creatinina plasmática. El agente farmacológico más implicado es el haloperidol. En el caso de los atípicos, la incidencia es muy escasa, si bien se han descrito algunos casos puntuales especialmente asociados a clozapina, olanzapina y risperidona (6,8).
- d) Sedación.** Este efecto es particularmente acusado en el caso de olanzapina y quetiapina, dentro del grupo de los atípicos, y se manifiesta sobre todo al comienzo del tratamiento, disminuyendo progresivamente a lo largo del mismo (13,13).
- e) Efecto antiemético.** Prácticamente todos los antipsicóticos tienen efecto antiemético al interactuar con los receptores dopaminérgicos situados en la zona gatillo del vómito.
- f) Efectos vegetativos.** Son debidos a la capacidad que tienen algunos de estos fármacos de bloquear distintos receptores del sistema nervioso autónomo. El bloqueo adrenérgico puede producir hipotensión ortostática y problemas en la eyaculación. De entre los atípicos risperidona, clozapina y quetiapina (12,14,15) son los que con mayor frecuencia producen hipotensión ortostática. Este efecto suele presentar tolerancia y se evita con frecuencia realizando escalada gradual de la dosis. De entre los signos evidentes de bloqueo colinérgico, es el estreñimiento el que mayor se manifiesta y son clozapina y olanzapina (11,12,15) los fármacos más implicados. Para paliar este efecto es necesario con frecuencia la utilización de algún tipo de laxante.
- g) Efectos cardiacos.** Todos los antipsicóticos pueden presentar alteraciones cardiacas manifestándose generalmente en el ECG como alargamiento del segmento QT (Figura 1). De entre todos los atípicos son ziprasidona y quetiapina los que mayor prolongación del intervalo QT manifiestan (11,16). La monitorización de este intervalo con realizaciones periódicas de ECG pueden ser necesarias en los pacientes en tratamiento con estos fármacos.

Figura 1. Cambio medio en el intervalo QT tras la administración de diferentes antipsicóticos. Datos del FDA Psychopharmacological Drugs Advisory Committee. (11,16).



h) Efectos metabólicos. El bloqueo dopaminérgico central afecta a la secreción de GH, TSH y fundamentalmente a Prolactina, hormona fuertemente sujeta a regulación dopaminérgica. Los niveles altos de prolactina pueden traducirse en galactorrea, anomalías en el ciclo menstrual, incluido amenorrea y disfunción sexual. De entre los antipsicóticos atípicos el que de forma más significativa produce hiperprolactinemia –que además es dosis dependiente– es risperidona (17,18)

a. *Aumento de peso.* La ganancia de peso es uno de los efectos más comunes que se manifiestan durante el tratamiento con antipsicóticos atípicos y lleva asociado una importante tasa de abandonos de tratamiento. La incidencia depende notablemente del fármaco empleado siendo clozapina y olanzapina (19, 20) los más significativos, mientras que la incidencia es prácticamente nula para ziprasidona (21).

b. *Alteraciones del metabolismo lipídico y de la glucosa.* Independientemente del efecto estético que pueda tener para un paciente concreto, un incremento de peso puede tener implicaciones en una mayor prevalencia de enfermedades coronarias, hipertensión, alteraciones en el metabolismo lipídico y diabetes. Los datos actuales sugieren que olanzapina es, quizá, el fármaco más implicado en alteraciones del colesterol, triglicéridos y producción de diabetes.(19,22). Sin embargo, este hecho no es exclusivo de este fármaco,

por lo que se hace necesario un seguimiento de estos parámetros en todos los pacientes tratados con antipsicóticos, a fin de controlar adecuadamente cualquier alteración del metabolismo de la glucosa o lipídico que se produzca.

i) Alteraciones Hematológicas. La capacidad de clozapina de provocar discrasias sanguíneas se estima en un 1% por lo que requiere una frecuente monitorización hematológica del paciente (6). En la actualidad, existe un programa de control del tratamiento con clozapina (Leponex®), una de las pocas especialidades de Especial Control Médico comercializadas en nuestro país.

j) Alteraciones cerebrovasculares. Recientemente se ha notificado a través de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) el riesgo de episodios isquémicos cerebrales con la utilización de antipsicóticos atípicos (Olanzapina y Risperidona) en pacientes ancianos con demencia. Si bien estos datos se refieren únicamente a estos dos antipsicóticos, por el momento y a falta de estudios no puede descartarse en el resto del grupo, por lo que recomendamos seguir las indicaciones que en todos los casos aparecen en las correspondientes fichas técnicas respetando las indicaciones y dosis para las cuales los medicamentos han sido registrados y comercializados (23).

Tabla 1. Reacciones adversas más frecuentes asociadas con antipsicóticos atípicos (Modificada de 17,18)

Efectos Adversos	Clozapina	Risperidona	Olanzapina	Quetiapina	Amisulprida	Ziprasidona
Agranulocitosis	++	0	0	0	0	0
Anticolinérgicos	+++	+/-	++	+/-	¿	+/-
Efectos extrapiramidales relacionados con la dosis	+/-	++	+/-	+/-	++	+/-
Hipotensión Ortostática	+++	+	+/-	++	+	+
Hiperprolactinemia	0	++	+/-	+/-	+	+/-
Incremento QT	+	+	+	+	+	++
Sedación	+++	+	++	++	+	+
Convulsiones	+++	+/-	+/-	+/-	¿	¿
Aumento de Peso	+++	++	+++	++	++	+/-

0 ausente; +/- mínimo; + Leve; ++ moderado; +++ Importante; ¿ Datos insuficientes

CONCLUSIONES

1. La elevada utilización de los antipsicóticos atípicos en terapéutica, junto con la polifarmacia a la que muchas veces se ve sometido el enfermo psiquiátrico, hace necesario un completo conocimiento de sus posibles efectos adversos.
2. Si con los clásicos los efectos extrapiramidales son determinantes a la hora del incumplimiento terapéutico por parte del paciente, en la actualidad estos efectos han sido relevados a un segundo plano con la introducción en terapéutica de los antipsicóticos atípicos.

3. Sin embargo, estos fármacos no están exentos de efectos adversos, y algunos de ellos, especialmente los metabólicos, que, por una parte, pueden tener un componente estético que lleve al incumplimiento (ganancia de peso) como un aumento en la prevalencia de ciertas enfermedades que pueden tener repercusiones importantes en la salud del paciente.
4. Es necesario conocer estos efectos e intentar corregirlos (control de glucemia, de factores de riesgo cardiovascular, etc.) o, en caso necesario, derivar al paciente a su psiquiatra para una reevaluación del tratamiento que puede llegar a implicar un cambio en el fármaco empleado.

BIBLIOGRAFÍA:

1. J. de la Gándara Manejo actual de las psicosis. Ventajas de los Antipsicóticos Atípicos respecto a los Antipsicóticos clásicos. Salud Rural. Vol XIX. N.º 13. sep 2002.
2. John M. Davis, MD; Nancy Chen, MS; Ira D. Glick, MD. A Meta-analysis of the Efficacy of Second-Generation Antipsychotics. Arch Gen Psychiatry. 2003; 60:553-564.
3. Chakos M, Lieberman J, Hoffman E, Bradford D, Sheitman B. Effectiveness of second-generation antipsychotics in patients with treatment-resistant schizophrenia: a review and meta-analysis of randomized trials. Am J Psychiatry.2001;158:518-526.
4. BOT. Base de datos del Medicamento. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2003 diciembre.
5. Bobes Julio, Gubert Juan, Ciudad Antonia y col. Safety and effectiveness of olanzapine versus convencional antipsychotics in the acute treatment of first-episode schizophrenic inpatients. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry 27.2003:473-481.
6. Kenedy A et al. Atypical antipsychotics for schizophrenia: Their collective role and comparative profiles. Formulary 2001;36:500-17.
7. The “ Atypical “ antipsychotics: clozapine, risperidone, sertindole and olanzapine. MeRec Bull 1997;8:25-8.
8. Burns MJ. The pharmacological and toxicology of atypical antipsychotic agents. Clin Toxicol 2001;39(1):1-17.
9. Caroff SN, Mann SC, Campbell EC, Sullivan KA. Movement disorders associated with atypical antipsychotics drugs. J Clin Psychiatry 2002;63 (Suppl. 4):12-19.
10. Barnes TR, McPhillips MA. Critical analysis and comparison of the side-effect and safety profiles of the new antipsychotics. Br J Psychiatry 1999;174:34-43.
11. Alamo C, López Muñoz F, Cuenca E. Fármacos Antipsicóticos. Avances en Farmacología del Sistema Nervioso. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos 2003; 104-53.
12. Ficha Técnica de Zyprexa®. Lab. Lilly. Marzo 2004.
13. Ficha Técnica de Seroquel®. Lab Astra-Zeneca.
14. Ficha Técnica de Risperdal®. Lab Jansen Cilag. Mayo 2004.
15. Ficha Técnica de Leponex®. Lab Novartis Farmacéutica
16. Piepho RW. Cardiovascular effects of antipsychotics uses in bipolar illness. J Clin Psychiatry 2002;63(Suppl.4):20-3.
17. Antipsicóticos atípicos: ¿Ventajas frente a los convencionales? Bol Ter Andal 2002; 18(4).
18. Nuevos antipsicóticos. Inf Ter Sist Nac Salud 2001;25:1-8.
19. Allison DB, Mentore JL, Heo M, et al. Antipsychotics induced weight gain : a comprehensive research synthesis. Am J Psychiatry 1999;156:1686-96.
20. Wirshing DA. Adverse effects of atypical antipsychotics. J Clin Psychiatry 2001;62(Suppl.21):27-30.
21. Ficha Técnica de Zeldox®. Lab Pfizer.
22. Buse JB. Metabolic side effects of antipsychotics: focus on hyperglycemia and diabetes. J Clin Psychiatry 2002;63(Suppl.4):37-41.
23. Nota Informativa. Nuevos datos de seguridad sobre los antipsicóticos Olanzapina y Risperidona en el tratamiento de pacientes ancianos con psicosis o trastornos de conducta asociados a demencia. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Marzo 2004.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AGITACIÓN EN ANCIANOS CON DEMENCIA

Rivilla Marugán L. (Médico de Atención Primaria, Centro de Salud de Noblejas) (Extraído del capítulo "Agitación" del Manual Terapéutico del Anciano. Gerencia de Atención Primaria de Toledo. SESCOAM, 1.ª Edición, 2002).

Se define agitación como una actividad motora y verbal inapropiada, que no es resultado de un estado confusional. En el anciano con demencia, la agitación puede ser un síntoma más del propio síndrome (especialmente en fases avanzadas de la misma), o la forma de manifestar un síntoma provocado por un proceso intercurrente. La agitación en un paciente con demencia se puede clasificar en:

- Conducta físicamente agresiva (patadas, golpes, empujones, etc.).
- Conducta físicamente no agresiva (caminar constantemente, manierismos repetitivos, etc.).
- Conducta verbalmente agresiva (chillidos, palabras soeces, etc.).

Con frecuencia, los trastornos de conducta de estos pacientes aparecen o se acentúan al anochecer. El síndrome confusional agudo o "delirium" es un cuadro de inicio brusco y evolución fluctuante, que cursa con alteración de la atención y del nivel de conciencia, y con alteraciones cognitivas (memoria, orientación, lenguaje, percepción) no debidas a demencia; en el que existe evidencia de un proceso subyacente, o de una sustancia inductora o de múltiples causas confluentes. Puede darse en todo tipo de ancianos, con o sin demencia.

ETIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO

Ante un anciano con demencia que presente un comportamiento agitado, debemos atribuirle en principio, el mismo significado que al llanto de un niño; e indagar las posibles causas del mismo, especialmente si se trata del primer episodio. Si asumimos que se trata de un síntoma de la propia demencia, hemos de intentar paliarlo en lo posible, puesto que estos cuadros empeoran notablemente la calidad de vida del paciente y de sus cuidadores, y son la principal causa de institucionalización de estos ancianos.

En cuanto al delirium, es fundamental, en primer lugar diagnosticarlo, ya que un buen número de casos pasan desapercibidos. Esto se debe a que no todos los cuadros de delirium cursan con agitación e hiperactividad. Un buen número de ellos lo hace con hipoactividad y letargia, lo cual dificulta su diagnóstico, y empeora el pronóstico.

Las posibles etiologías del delirium son múltiples, algunas de ellas graves. Pero también causas banales pueden desencadenarlo en un paciente anciano ya debilitado y pluripatológico. La mayoría de las veces la causa del delirium no es única (Tabla 1).

PREGUNTAS HABITUALES EN LA CONSULTA

- ¿Se trata de un anciano con demencia que presenta habitualmente episodios de agitación? ¿O se trata de un síndrome confusional agudo de reciente aparición?
- Ante un paciente con somnolencia e hipoactividad, ¿estaré ante un cuadro de delirium?
- Ante un anciano con demencia agitado:
 - ¿Ha habido cambios ambientales recientes que lo hayan provocado (de domicilio, de cuidador, etc.)?
 - ¿Hay causa médica desencadenante?
 - ¿Puedo diagnosticar y tratar la causa médica en primaria?: impactación fecal, retención aguda de orina, infección urinaria o respiratoria, deshidratación leve, etc.
 - ¿Puede haber algún fármaco desencadenante del cuadro?
- ¿Se pueden asociar varios neurolepticos?

Tabla 1: Etiología del delirium

- Causas médicas más frecuentes de delirium son:
 - Infecciosas: urinarias, respiratorias, sepsis, etc.
 - No olvidar que en el anciano puede estar ausente la fiebre. En pacientes caquécticos toma de temperatura rectal, no axilar.
 - Cardiopulmonares: IAM, Insuficiencia cardiaca, arritmias, etc.
 - No olvidar auscultación y electrocardiograma.
 - Metabólicas: hipoglucemia, deshidratación, síndrome hiperosmolar, etc.
 - Neurológicas: hematoma subdural, ACVA, etc.
 - Preguntar por antecedente de caídas, aunque parezcan banales o hayan sucedido hace días o semanas.
 - Hipotermia o golpe de calor
 - No olvidar la predisposición de los ancianos a sufrir golpe de calor en los primeros días de altas temperaturas.
 - Otras: fecaloma, abdomen agudo, retención aguda de orina, anemia, etc.
- Los fármacos también son una causa frecuente de síndrome confusional agudo, sobre todo cuando se usan en combinación. Por tanto, es fundamental evitar la polifarmacia, especialmente con los fármacos siguientes:
 - Neurolepticos
 - Sedantes e hipnóticos
 - Anticolinérgicos:
 - Antidepresivos tricíclicos
 - Antiparkinsonianos
 - Analgésicos opioides
 - Otros: Espasmolíticos, fármacos usados en incontinencia urinaria, midriáticos tópicos, etc.
 - Otros: AINES, digoxina, anti-H2, antihistamínicos, anticonvulsivantes, antihipertensivos, antibióticos, beta-bloqueantes, corticosteroides, etc.

TRATAMIENTO DE LA AGITACIÓN

Nos referimos en este apartado al tratamiento de la agitación de los pacientes con demencia. Los estados confusionales, en principio e individualizando en cada caso, deberán ser evaluados como patología aguda y en caso de diagnóstico incierto ser remitidos a un servicio de urgencias hospitalario.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

De elección en síntomas leves, como comportamiento verbal o físico inapropiado no agresivo, o en síntomas secundarios a factores ambientales (cambios de domicilio, etc.). En caso de síntomas mayores pueden ayudar a que la dosis de fármaco utilizada sea menor.

- Control sobre la intensidad de la luz:
 - Aumentar la luz durante el día y el atardecer. Disminuirla por la noche, a no ser que el anciano prefiera dormir con la luz de la mesilla encendida.
 - Eliminar espejos o cubrir cristales de las ventanas cuando haya posibilidad de resplandor.
- Control sobre el ruido:
 - Evitar ruidos estridentes. Disminuir el bullicio y ruido ambiental.
 - Música continua, monótona y suave de fondo.
- Evitar en lo posible déficit sensoriales (gafas, audífonos, etc.).
- Decoración:
 - Simplificarla en lo posible. Evitar cambios en el orden de objetos cotidianos.
 - Presencia de objetos que evoquen recuerdos (fotos, etc.).
 - Relojes, calendarios que favorezcan la orientación.
 - Señales, letreros con dibujos que ayuden a localización (baño, cocina, etc.).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1. Ha de iniciarse (a no ser que se trate de una situación de urgencia), después del fracaso de medidas no farmacológicas. (tabla 2)
2. Se retirarán todos los fármacos que no sean imprescindibles.
3. Utilizar dosis iniciales pequeñas, efectuar los incrementos en dosis también pequeñas. Usar la dosis efectiva más baja. Recordar que la medicación no siempre funciona. Si

el fármaco es inefectivo, reducir la dosis, suspenderlo, reevaluar la situación y considerar un segundo fármaco.

4. Al cambiar de fármaco dejar periodos intermedios entre los dos.
5. No dejar instaurado un tratamiento sin evaluar periódicamente su posible retirada.
6. Desaconsejar la automedicación del enfermo y de su cuidador.

NEUROLÉPTICOS

Son el tratamiento de primera elección. Sin embargo debemos tener en cuenta que:

- En ancianos siempre se intentará un tratamiento con monoterapia. En caso de asociación se puede asociar un neuroléptico clásico con otro atípico.
- Existe gran variabilidad interindividual en la respuesta.
- La eficacia de los distintos neurolépticos es muy similar, debiendo elegirse por su perfil de efectos secundarios.
- Los pacientes con demencia de cuerpos de Lewi presentan una susceptibilidad grave e incluso letal al uso de estos fármacos. En caso de precisarlos, recurrir a los atípicos a dosis mínimas.
- Presentan importantes efectos adversos, por lo que debemos restringir su uso al máximo.

Tabla 2: Errores habituales en la prescripción

1. Comenzar tratamiento farmacológico antes de haber descartado causa médica o farmacológica.
2. Usar las benzodiazepinas como hipnóticos en pacientes con demencia.
3. Olvidar que los propios neurolépticos pueden causar agitación por sí mismos.
4. Mantener un tratamiento para la agitación a pesar de ser inefectivo.
5. No revisar periódicamente el tratamiento y mantenerlo de forma indefinida.
6. Confundir algunos efectos secundarios del uso de neurolépticos (parkinsonismo, acatisia) como empeoramiento de la agitación y en consecuencia aumentar su dosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Galindo J, Olivera FJ. Agitación e insomnio en pacientes demenciados. FMC 2000; 7 (7): 473-82.
2. González MT, Arango C, Lyketsos C. Tratamiento de la agitación en pacientes con demencia. Medicina Clínica 1999; 13 (15): 592-7.

3. Mintzer J, Hoerning K, Mirski D. Treatment of agitation in patients with dementia. Clinics in Geriatric Medicine 1998; 14 (1): 147-75.
4. Lohr JB, Jeste DV, Harris MJ, Salzman C. Treatment of Disordered Behaviour. En: Salzman C. Clinical Geriatric Psychopharmacology 2.^a. Ed. Baltimore: Williams & Wilkins;1992: 79-100.

ANEXO 1: CONSUMO DE ANTIPSICÓTICOS EN RECETAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL SESCOAM EN 2003.

CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	N.º DDDS (2)	% Δ (3)	IMPORTE	% Δ (3)	IMPORTE / DDD	% Δ
N05AX08	RISPERIDONA (1)	1.266.670	14,7%	5.219.816	19,5%	4,12	4,18%
N05AH03	OLANZAPINA (1)	1.010.289	15,6%	5.107.898	17,1%	5,06	1,22%
N05AL91	SULPIRIDA ASOC. A DIAZEPAM	409.005	-3,7%	77.982	-3,5%	0,19	0,17%
N05AD01	HALOPERIDOL (1)	356.619	-2,9%	89.517	-5,6%	0,25	-2,71%
N05AN01	LITIO CARBONATO (1)	293.860	5,2%	44.035	5,2%	0,15	0,00%
N05AL01	SULPIRIDA (1)	288.833	-1,2%	427.699	-1,0%	1,48	0,20%
N05AB02	FLUFENAZINA (1)	222.725	-7,2%	15.779	-6,5%	0,07	0,74%
N05AH04	QUETIAPINA	159.121	51,6%	818.323	48,3%	5,14	-2,17 &
N05AE04	ZIPRASIDONA	130.612		677.144		5,18	
N05AA02	TIORIDAZINA (1)	122.483	-12,0%	53.758	15,3%	0,44	-3,67%
N05AL05	AMISULPRIDE	122.310	288,8%	470.090	289,6%	3,84	0,19%
N05AF05	ZUCLOPENTIXOL	118.017	0,9%	81.284	0,0%	0,69	0,89%
N05AH02	CLOZAPINA	104.077	4,9%	201.711	%4,83 %	1,94	-0,05%
N05AL03	TIAPRIDA (1)	73.271	13,7%	40.137	13,7%	0,55	-0,06%
N05AC01	PERICIAZINA	71.168	-7,7%	9.879	-7,9%	0,14	-0,24%
N05AA02	LEVOMEPRMAZINA (1)	63.761	-1,5%	49.188	-4,0%	0,77	-2,54%
N05AG02	PIMOZIDA	58.971	-3,4%	16.683	-3,7%	0,28	-0,28%
N05AX09	CLOTIAPINA	35.032	7,4%	9.721	7,4%	0,28	0,00%
N05AA01	CLORPROMAZINA (1)	24.285	-9,5%	8.530	-4,3%	0,35	5,70%
N05AB06	TRIFLUOPERAZINA	20.041	5,5%	15.112	0,5%	0,75	-4,76%
N05AC04	PIPOTIAZINA	18.420	-12,0%	4.145	-12,0%	0,23	0,00%
N05AB03	PERFENAZINA	6.267	-23,0%	968	-23,0%	0,15	0,00%
N05AH01	LOXAPINA	1.976	17,8%	923	15,5%	0,47	-1,95%
N05AB08	TIOPROPERAZINA	1.536	-22,8%	945	-22,8%	0,62	0,00%
N05AC53	TIORIDAZINA EN ASOC.	10	-98,2%	23	-98,2%	2,33	0,17%
TOTAL		4979357,18	11,8	13441292,4	27,2	2,7%	13,81

Fuente: DIGITALIS. Ámbito: SESCOAM. Selección: subgrupo terapéutico OMS N05A. Periodo: enero-diciembre 2003.

(1) Principios activos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica del SESCOAM.

(2) DDD: Dosis diarias definidas.

(3) % Δ: Incremento porcentual en relación con el año anterior.

ANEXO 2: ESQUEMA DE LAS INDICACIONES APROBADAS DE ANTIPSICÓTICOS EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DEL SESCAM

PRINCIPIOS ACTIVOS DEL SUBGRUPO N05A EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DEL SESCAM DE PRINCIPIOS ACTIVOS PARA PRESCRIPCIÓN EN RECETA (Feb 2004)		ESPECIALIDADES	ESQUIZO-FRENIA	TRASTORNO BIPOLAR	OTROS CUADROS PSIQUIÁT.	OTRAS
CLÁSICOS	HALOPERIDOL	Haloperidol Esteve®, Haloperidol Prodes®	X	X	X	X
	SULPIRIDA	Dogmatil®, Tepavil®, Guastil®, Psicocen®, Digton®, Levopride®	X	X	X	X
	LEVOMEPRMAZINA	Sinogan®	X	X	X	X
	CLORPROMAZINA	Largactil®	X	X	X	
	FLUFENAZINA	Modecate®	X			
	TIORIDAZINA	Meleril®	X(1)			
	LITIO CARBONATO	Plenur®		X		X
	TIAPRIDA	Tiaprizal®			X	X
ATÍPICOS	RISPERIDONA	Risperdal®	X	X	X(2)	
	OLANZAPINA	Zyprexa®	X	X		

Fuente: Fichas Técnicas de las Especialidades Farmacéuticas autorizadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

(1) Tratamiento de segunda línea de la esquizofrenia en adultos, debido a sus efectos proaritmógenos

(2) Tratamiento sintomático de episodios graves de agresividad o cuadros psicóticos severos que no respondan a otras medidas y para los que se hayan descartado otras etiologías, manteniendo el tratamiento durante el menor tiempo posible (Nota informativa de la AEMPS 2004/04).

Comité de Redacción:

Arroyo Pineda V, Fernández Corada A, Horta Hernández A, Maciá Martínez MA, Martínez Cruz S, Montero Fernández M.º J, Pérez Rodríguez I, Rosa Rubio A, Jiménez de Andrés E.

Consejo Editorial:

Área de Farmacia del SESCAM; Comisiones del Uso Racional del Medicamento de las Gerencias de Atención Primaria de Albacete, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Puertollano, Talavera de la Reina, Toledo y Comisiones de Farmacia y Terapéutica del Complejo Hospitalario de Albacete, Hospital Comarcal de Hellín, Complejo Hospitalario de Ciudad Real, Hospital la Mancha Centro, Hospital Virgen de Altagracia, Hospital Gutiérrez Ortega, Hospital Santa Bárbara, Hospital Virgen de la Luz, Hospital General Universitario de Guadalajara, Complejo Hospitalario de Toledo, Hospital Nacional de Parapléjicos, Hospital Virgen del Valle y Hospital Ntra. Sra. Del Prado.



Edita SESCAM - Área de Farmacia.

Dirección de correo: Eduardo Jiménez de Andrés. Secretaría Comité de Redacción. Área de Farmacia SESCAM. C/Huérfanos Cristinos 5. Toledo 45005. Teléfono: 925/27.43.90 Fax: 925/27.41.44 e-mail: burm@sescam.jccm.es

I.S.S.N.: 1576-2408

D.L.: M-31461-2004

NIPO: 352-00-029-6