



MANEJO DE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LA DEMENCIA

SUMARIO

- ▶ INTRODUCCIÓN
- ▶ ABORDAJE CENTRADO EN LA PERSONA
- ▶ INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS
- ▶ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON ANTIPSICÓTICOS
- ▶ IDEAS CLAVE



INTRODUCCIÓN

Los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias (SPCD), también denominados neuropsiquiátricos, son una serie de signos y síntomas de la alteración de la percepción, del contenido de pensamiento, del estado de ánimo o de las conductas. Incluyen agitación, depresión, apatía, psicosis, agresión, preguntas repetitivas, alteraciones en el sueño, deambulación o comportamientos socialmente inapropiados. Se asocian a pobres resultados en salud: exceso de morbilidad, mortalidad, hospitalizaciones e institucionalización temprana, así como disminución de la calidad de vida del paciente y cuidadores/familiares^{1,2}. A diferencia de la alteración cognitiva y funcional de la demencia, estos síntomas se manifiestan de forma episódica, lo que dificulta su prevención y tratamiento¹.

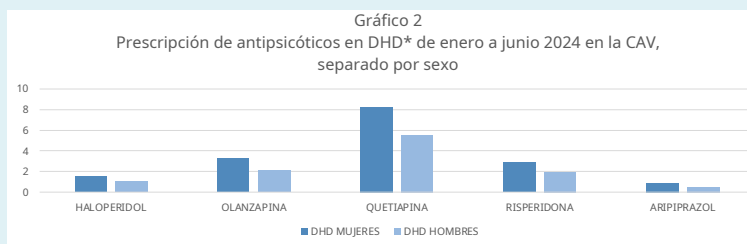
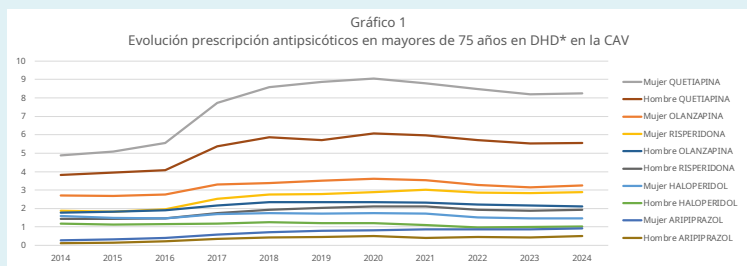
Se han identificado diversos factores que pueden contribuir al desarrollo de los SPCD: factores de la persona con demencia (neurobiológicos propios de la enfermedad, enfermedades médicas agudas, necesidades insatisfechas, tipo de personalidad y enfermedades psiquiátricas preexistentes), factores del cuidador y factores ambientales^{1,2}.

Entre un 60-90% de pacientes con demencia pueden presentar uno o varios de estos SPCD a lo largo de su enfermedad y la prevalencia aumenta con la gravedad de la misma³. La agitación y la agresión son más características de fases más avanzadas¹, especialmente en personas con problemas de comunicación².

En la actualidad existe preocupación por el uso excesivo de fármacos antipsicóticos, que junto con otros psicofármacos (antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes) se utilizan como contención química en estos pacientes^{4,5}.

Hace 10 años en un boletín [Infac](#) se revisó el manejo de la agitación del paciente anciano. Las recomendaciones actuales proponen un abordaje de los SPCD centrado en la persona y la utilización de medidas no farmacológicas de primera línea y mantenidas en el tiempo⁵⁻⁹. Se han desarrollado nuevos modelos de atención como los criterios CHROME para acreditar centros libres de sujeciones de la [Fundación María Wolff](#) y a nivel local el proyecto Libera-Care, modelo de cuidado centrado en la persona sin sujeciones de la [Fundación Cuidados Dignos](#), entre otros. Asimismo, cada vez hay mayor conciencia de las consideraciones éticas en los cuidados, lo cual exige un cambio de paradigma en el abordaje de los mismos.

Los datos de consumo en la CAE muestran un aumento importante del consumo de antipsicóticos (N05A) en los últimos 10 años, pasando de un valor de 12,58 DHD en 2014 a 15,24 DHD en junio 2024. Concretamente, analizando los 5 fármacos antipsicóticos más prescritos (haloperidol, risperidona, quetiapina, olanzapina y aripiprazol) en personas mayores de 75 años en este periodo de 10 años se observa una tendencia a mayor prescripción de todos los fármacos salvo haloperidol que se mantiene estable (ver gráfico 1). Analizando los datos más actuales (enero-junio 2024) y desagregados por género, destaca la mayor prescripción de todos los antipsicóticos en mujeres mayores de 75 años, siendo quetiapina el fármaco más prescrito (ver gráfico 2).



*DHD: dosis diarias definidas /1.000 habitantes/día; Fuente: Servicio de Prestaciones Farmacéuticas de la Dirección de Farmacia.

El objetivo de este boletín es proponer recomendaciones para un abordaje de los SPCD centrado en la persona y para el uso prudente de los antipsicóticos en personas con demencia.

ABORDAJE CENTRADO EN LA PERSONA

Se recomienda realizar un abordaje centrado en la persona reconociendo el valor, la dignidad y la humanidad inherentes a todas las personas que viven con demencia. Este abordaje se fundamenta en dar importancia a las circunstancias de la persona, su individualidad, historia de vida, proyecto vital, relaciones e interacciones con su entorno, así como tener en cuenta las necesidades de los cuidadores/familiares apoyando y mejorando su labor⁵⁻⁹.

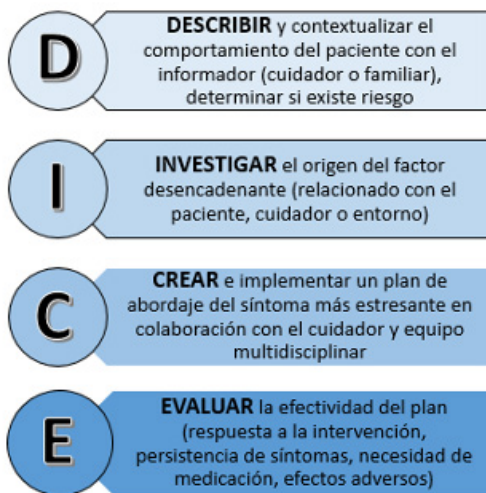
En este sentido, es fundamental realizar una evaluación inicial en colaboración con la persona y cuidadores/familiares mediante una correcta anamnesis que incluya una valoración del estado mental, del ánimo, cambios en la función cognitiva, tipificación del síntoma (comienzo, gravedad y patrón de comportamiento), descartando el delirio ya que puede confundir el diagnóstico y valoración de las posibles causas subyacentes o desencadenantes para evitarlas y/o corregirlas (Ver tabla 1)^{6,7,9}.

Tabla 1. Factores a considerar en la valoración de los SPCD (Adaptada de 1,3,10)

	Factores relacionados con		
	Persona	Cuidador/a	Entorno
Factores protectores	<ul style="list-style-type: none"> – Disponer de un plan personalizado de cuidados – Proporcionar gafas y audífonos si se precisa – Correcta higiene del sueño 	<ul style="list-style-type: none"> – Presencia de un familiar/ cuidador – Formación sobre demencia – Disponibilidad de apoyo para cuidadores – Conocimiento de las preferencias del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> – Vivir en un ambiente conocido
Factores predisponentes	<ul style="list-style-type: none"> – Deficiencia visual o auditiva – Comorbilidades psiquiátricas – Empeoramiento de la gravedad de la demencia – Fármacos* (anticolinérgicos, opiáceos, benzodiazepinas, anti-convulsivantes, corticoides a dosis altas) – Soledad 	<ul style="list-style-type: none"> – Carga o enfermedad de la persona cuidadora 	<ul style="list-style-type: none"> – Entornos no adaptados – Poca exposición a la luz – Subestimulación, sobreestimulación
Factores precipitantes	<ul style="list-style-type: none"> – Necesidades no cubiertas: dolor, hambre, sed, trastornos del sueño – Sensación de demasiado calor o demasiado frío – Cambios de medicación – Enfermedades: infecciones, deshidratación, hiponatremia, estreñimiento, retención urinaria 	<ul style="list-style-type: none"> – Cambio del cuidador – Estrés o depresión de la persona cuidadora/familiar 	<ul style="list-style-type: none"> – Ruido – Falta de privacidad – Falta de seguridad – Demasiada luz – Poca luz – Cambios en la rutina – Cambios en la temperatura
Factores perpetuantes		<ul style="list-style-type: none"> – Escasas estrategias de comunicación entre el paciente y cuidador – Implementación inadecuada del plan personalizado de cuidados – Falta de apoyo a los cuidadores 	<ul style="list-style-type: none"> – Entornos no adaptados

*Se recomienda realizar una revisión de la medicación para detectar fármacos que puedan contribuir a la aparición de SPCD, como los fármacos con carga anticolinérgica (ver INFAC), opioides, benzodiazepinas y otros hipnóticos y sedantes, así como medicación inapropiada en pacientes ancianos (criterios STOPP, criterios de Beers)^{2,3,7}.

Los factores psicosociales y ambientales tienen un papel importante en el desarrollo de los SPCD, y su identificación resulta útil para prevenir su aparición y poner en marcha medidas correctoras^{1,7}. En esta valoración inicial, para categorizar síntomas y valorar su frecuencia y gravedad se aconseja el uso del Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings (NPI), validado para la población española¹¹, disponible como formulario en Osabide; y para elaborar el plan de cuidados, el modelo DICE "Describe, Investigate, Create, Evaluate"^{11,12}.



“ Las intervenciones no farmacológicas no son solo una parte del tratamiento. SON el tratamiento. ”

Concretamente para la identificación del dolor, puede ser útil la escala **PAINAD** que valora cinco comportamientos relacionados con el constructo global de experiencia subjetiva de dolor, como son: la respiración, la vocalización negativa, la expresión facial, el lenguaje corporal y la consolabilidad^{3,13}. Esta escala está disponible como formulario en Osabide “Escala de evaluación de dolor en pacientes no comunicadores de Painad”.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

Las guías de práctica clínica^{7,8,9}, organizaciones médicas y grupos de expertos^{5,10,12} recomiendan las intervenciones no farmacológicas como tratamiento de primera línea, de forma aislada e incluso mantenidas cuando se inicia el tratamiento farmacológico. Los objetivos principales de estas intervenciones son la prevención, la mejora del síntoma, la reducción del estrés y de la sobrecarga del cuidador¹².

A pesar de que existen pocas comparaciones directas entre intervenciones no farmacológicas y farmacológicas, la evidencia sugiere que las intervenciones no farmacológicas son seguras y al menos de igual o incluso superior eficacia a la observada con el tratamiento farmacológico⁷.

Un metaanálisis en red de estudios realizados con pacientes institucionalizados concluyó que las intervenciones no farmacológicas basadas en actividades al aire libre, masajes, y ejercicio disminuían la agitación física y la agresión verbal en comparación al tratamiento farmacológico⁹.

Sin embargo, muchas veces se opta por el tratamiento farmacológico por falta de formación en estas estrategias, falta de tiempo, percepción de poca eficacia y por falta de recomendaciones claras en pautas a realizar. Las limitaciones de estudios previos (tamaños muestrales pequeños, deficiencias metodológicas y población de estudio focalizada en pacientes con demencia grave e institucionalizados) han contribuido también a no priorizar las medidas no farmacológicas¹.

Es importante tener en cuenta que, debido a las complejas causas de los SCPD, no existe una solución única para todos los casos¹. Las intervenciones no farmacológicas presentan suficiente evidencia para ser aplicadas en muchos de estos síntomas. En función de los antecedentes de la persona, el tipo de comportamiento, el contexto en el que aparecen y el plan de cuidados individualizado para cada paciente se elegirá un tipo de intervención concreta. Se debe evaluar de forma continua la efectividad de las intervenciones e ir adaptando el plan de cuidados según los cambios de comportamiento o respuesta de la persona⁷.

Estas intervenciones se engloban dentro del modelo biopsicosocial de cuidados y pueden estar dirigidas al propio paciente, a los familiares/cuidadores o ser aplicadas sobre el entorno¹.

Las intervenciones no farmacológicas dirigidas al propio paciente incluyen psicoterapia adaptada a personas con demencia, ejercicio, abordaje sensorial (aromaterapia, masaje), musicoterapia, terapia asistida con mascotas, etc. La implementación de varias de ellas al mismo tiempo puede resultar más efectiva⁷. Las actividades deben individualizarse, centrarse en las capacidades preservadas y considerar roles, intereses y preferencias anteriores de la persona^{7,9}. Se dispone de mayor información sobre los beneficios de:

- La musicoterapia en reducción a corto plazo (<4 semanas) de los síntomas depresivos, los problemas de comportamiento² y la agitación⁷.
- La aromaterapia en reducción de la agitación, por medio de la aplicación de aceite de lavanda por vía tópica (p.ej. masaje) o inhalada⁷, práctica segura y de fácil administración³.
- El masaje en mejoría de los síntomas depresivos en personas sin diagnóstico previo de depresión⁷. Asimismo, en combinación con musicoterapia en la mejora de la agitación y agresión¹⁰.
- El ejercicio físico en mejoría de los síntomas depresivos (en personas sin diagnóstico previo de depresión), y en menor medida en mejoría de los síntomas de agitación⁷.
- Las técnicas de estimulación cognitiva, sobre todo asociadas a ejercicio e interacción social, en disminución de síntomas depresivos en pacientes con demencia^{2,7,10}.
- La terapia ocupacional y la combinación de las técnicas de psicoterapia, reminiscencia y modificación del entorno en casos de depresión^{2,7,10}.

Las intervenciones no farmacológicas dirigidas a los familiares/cuidadores son las que cuentan con mayor evidencia y han demostrado tener mayor efecto que los fármacos antipsicóticos. Proporcionan al cuidador entrenamiento en técnicas de reducción de conflictos, reducción del estrés y técnicas de reformulación cognitiva (componente de la terapia cognitivo-conductual que permite reemplazar pensamientos negativos)¹.

Las intervenciones sobre el entorno se basan en actividades dirigidas a controlar los estímulos, adaptar espacios, promover actividades estructuradas (ejercicio físico regular, actividades de interés adaptadas a las capacidades de la persona) y establecer rutinas secuenciales en las actividades diarias. Existe evidencia a favor de estas intervenciones en la prevención y reducción de los síntomas de comportamiento como la deambulación y la agitación¹.

SUJECIONES QUÍMICAS O CONTENCIONES FARMACOLÓGICAS⁵

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología destaca que el concepto de sujeción o contención química (o farmacológica) admite diversas definiciones influenciadas por la bibliografía científica, regulaciones y leyes en el contexto en que se aplican, no existiendo una definición consensuada.

En general, la sujeción química hace referencia a la administración de ciertos fármacos para contener la conducta de pacientes agitados que pudiera ser peligrosa para sí mismos o para otros, incluyendo el personal del equipo que lo atiende. Sin embargo, más allá del control de una conducta potencialmente peligrosa, la administración de un fármaco se considera contención química cuando se utiliza para sedar a un paciente agitado o agresivo y no directamente por razones terapéuticas. Es precisamente en este segundo matiz, el uso “no directamente por razones terapéuticas”, donde puede aparecer un riesgo de uso inadecuado y también abuso de las contenciones químicas como p.ej. el tratamiento de síntomas como “deambulación sin rumbo, la agitación no psicótica, la inquietud psicomotriz o para los trastornos del sueño”.

LEGISLACIÓN SUJECIONES QUÍMICAS

En la CAE, el [RD 126/2019](#) de **centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco**, artículo 22.2.c regula las sujeciones: “Evitar en la medida de lo posible las sujeciones físicas y las **contenciones farmacológicas**, que solo deberán emplearse por indicación del servicio médico responsable del centro y como **último recurso** en situaciones de riesgo para la persona usuaria o para las demás personas residentes, respetando siempre protocolos específicos de atención”. El artículo 34 hace referencia a las conductas disruptivas en este sentido: “Así mismo, los y las profesionales aplicarán técnicas orientadas a prevenir y evitar conductas disruptivas. Cuando estas **medidas sean insuficientes para prevenir o controlar estas conductas, supongan un riesgo para la integridad de la persona usuaria o del resto de las personas usuarias, se recurrirá al tratamiento farmacológico**, que se aplicará siempre bajo prescripción médica revisable, con registro del tipo de fármaco que se prescribe y motivo.” Actualmente el Gobierno Vasco está trabajando en un [nuevo Decreto](#).

A nivel estatal la [Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado](#), sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad, menciona el mal empleo de las contenciones farmacológicas con fines puramente sedativos y limita su uso, previa prescripción médica, a las situaciones en las que exista peligro inminente para la seguridad de la persona o de terceros.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON ANTIPSICÓTICOS

Los fármacos antipsicóticos no han demostrado ser más eficaces que las medidas no farmacológicas en el abordaje de los SPCD. Han demostrado un pequeño beneficio en el tratamiento de síntomas psicóticos, agitación y agresión. La alta tasa de respuesta en el grupo placebo observada en los ensayos, de alrededor

de un 30%, es un reflejo de la remisión espontánea de estos síntomas a los 3 meses y del propio curso favorable de la enfermedad. Todo ello puede explicar la aparente efectividad de los fármacos observada en la práctica clínica¹⁴.

Presentan una eficacia modesta en el alivio de la agitación y agresión a corto plazo, lo cual debe sopesarse con el riesgo de ictus y aumento de mortalidad que conlleva su uso en personas con demencia. Los beneficios a largo plazo (> 3 meses) no son claros, y el riesgo de mortalidad sigue siendo significativamente alto^{14,15}.

Además del incremento de mortalidad y riesgo de ictus, se han asociado a un aumento del riesgo de caídas y de fracturas, así como aumento del riesgo de neumonía que se suman al perfil de efectos secundarios previamente conocido de los antipsicóticos a nivel metabólico (ganancia de peso, diabetes, síndrome metabólico), cardíaco (alargamiento del intervalo QT), de tipo extrapiramidal (dístonia, acatisia, discinesia tardía, parkinsonismo), y a nivel del SNC (somnia, empeoramiento cognitivo y, menos frecuentemente, alteración de la marcha y convulsiones)¹⁴. También se han descrito edema periférico y riesgo de tromboembolismo⁶.

Debido a su balance beneficio-riesgo desfavorable, el uso de fármacos antipsicóticos en el tratamiento de los SPCD debe considerarse exclusivamente en situaciones graves que pongan en riesgo a las personas que los sufren y/o a aquellas que las rodean, durante un periodo de tiempo limitado, para el tratamiento de situaciones que cursen con psicosis, percepciones distorsionadas (ideas delirantes), alucinaciones y agresión o agitación graves que generen gran angustia a la persona con demencia^{6-8,14-17}. No presentan beneficio en situaciones que cursan con apatía, comportamientos inapropiados, deambulación errática, vocalización y acciones repetitivas, incluso se puede observar un empeoramiento paradójico en algunas situaciones (p.ej. deambulación)¹⁴.

En pacientes con demencia por cuerpos de Lewy o Parkinson los antipsicóticos pueden empeorar las características motoras de la enfermedad y en algunos casos precipitar una reacción de sensibilidad antipsicótica grave⁸.

Es importante destacar que, junto con el tratamiento farmacológico, deben seguir manteniéndose las medidas no farmacológicas⁶.

NUEVOS RIESGOS ASOCIADOS A LOS ANTIPSICÓTICOS EN PERSONAS CON DEMENCIA¹⁸

Un reciente estudio observacional ha identificado nuevos riesgos relacionados con el uso de antipsicóticos en pacientes con demencia. A los ya conocidos riesgos de ictus y mortalidad que motivaron alertas de seguridad emitidas por distintas agencias reguladoras (ver [INFAC 2014](#)), se suman otros riesgos como neumonías, fracturas y daño renal, previamente identificados, pero no confirmados algunos de ellos en estudios previos.

Este estudio de cohortes analiza la prescripción de antipsicóticos en personas mayores de 50 años diagnosticadas de demencia utilizando dos bases de datos de prescripción del ámbito de la atención primaria del Reino Unido. Se analizaron los datos de una población de 173.910 personas de las cuales el 63% eran mujeres y una media de edad de 82 años.

Se observó que el uso de antipsicóticos aumentaba el riesgo de ictus, tromboembolismo venoso, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, fractura, neumonía y daño renal agudo, siendo los riesgos superiores en las primeras semanas. El análisis a los 180 días del inicio del fármaco antipsicótico obtuvo unos resultados en NNH* de 9 para neumonía, 29 para ictus, 35 para daño renal agudo y 40 para fracturas.

Estos resultados apoyan la necesidad de realizar una prescripción razonada y prudente de antipsicóticos en este tipo de pacientes.

*NNH: n.º necesario de personas a tratar para provocar un evento adverso

- 1. Antes de iniciar el tratamiento con antipsicóticos** es necesario evaluar el contexto clínico del paciente, especialmente los factores de riesgo vascular y los potenciales efectos adversos de la medicación⁶:
 - riesgo de ictus, cardiopatía y potencial aumento del riesgo de mortalidad con el uso de los antipsicóticos.
 - riesgo de efectos adversos de tipo extrapiramidal (pacientes con Parkinson o demencia por cuerpos de Lewy).
 - comorbilidades y tratamientos concomitantes (incluidas interacciones).

Por otro lado, se debe valorar la capacidad del paciente para la toma de decisiones compartida e informar al paciente y familiares/cuidadores sobre el uso, características, beneficios y riesgos del tratamiento. Asimismo, se solicitará el consentimiento informado si se indican antipsicóticos fuera de indicación.

También es necesario realizar una valoración basal del estado de salud del paciente, que se repetirá en posteriores revisiones, sobre aspectos relacionados con: la movilidad, estado de ánimo, hábitos de sueño, capacidad de comunicación, continencia, tránsito intestinal, alimentación e hidratación y peso. Al inicio y posteriormente, si se considera necesario, se deberán controlar la tensión arterial, ECG y analítica.

Los cuidadores deben ser advertidos sobre la necesidad de asegurar una ingesta adecuada de fluidos y la movilización del paciente, especialmente al inicio del tratamiento para evitar efectos adversos de tipo tromboembólico⁶.

“ El tratamiento farmacológico debe ser la excepción y no la regla. ”

2. Selección del fármaco antipsicótico

Se dispone de pocas comparaciones directas entre los distintos antipsicóticos (haloperidol, risperidona, olanzapina, quetiapina, aripiprazol) en el tratamiento de los SPCD. La selección se efectúa según los datos de eficacia, perfil de efectos secundarios (ver tabla 2) y características del paciente³.

Solo haloperidol y risperidona tienen la indicación autorizada para su utilización en personas con demencia.

Risperidona se considera el fármaco de primera línea^{3,6,15-17}. Es el único antipsicótico atípico con indicación autorizada, *“en el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia tipo Alzheimer de moderada a grave que no responde a medidas no farmacológicas y cuando hay riesgo de daño para ellos mismos o para los demás”*. Sin embargo, no es el más adecuado para la demencia por cuerpos de Lewy y requiere ajuste de dosis en insuficiencia renal.

Haloperidol puede ser útil para controlar la agresión, no así para el alivio de otros SPCD³. Debido a su perfil de seguridad debe reservarse para situaciones agudas, a corto plazo y en el tratamiento urgente de la agitación^{16,17}.

3. Inicio del tratamiento

Se debe **iniciar el tratamiento a dosis bajas**, incrementándolas lentamente (“start low and go slow”), hasta conseguir el control de los síntomas. Desde este momento se deben plantear revisiones periódicas con una fecha de revisión para finalizar el tratamiento dado que los síntomas que se quieren tratar tienen una duración limitada en el tiempo^{6,14}.

No se deben suspender las medidas no farmacológicas⁶.

4. Seguimiento del tratamiento^{6,16,17}

Tras iniciar el tratamiento se deberán realizar **visitas de seguimiento**:

En la primera visita de seguimiento, a las 1-2 semanas del inicio del mismo se valorará:

- la respuesta al tratamiento, utilizando los mismos criterios de la evaluación clínica inicial (formulario NPI)
- la mejora del síntoma por el cual se prescribió el antipsicótico, el efecto del tratamiento en la calidad de vida y funcionalidad global de la persona, cualquier cambio cognitivo notable
- la aparición de efectos adversos como rigidez, temblor, hipersalivación, edema periférico, parkinsonismo, caídas, sedación excesiva, hipotensión, deshidratación, estreñimiento, signos/síntomas de ACV, empeoramiento del deterioro cognitivo

Si aparecen efectos secundarios se debe valorar reducir dosis, o suspender el tratamiento y cambiar a otro antipsicótico si se considera necesario. El intercambio de antipsicóticos se realiza reduciendo la dosis del primer antipsicótico mientras se introduce el segundo a dosis bajas. Por las características de los antipsicóticos no hay una pauta estándar para el intercambio, por lo que se recomienda consultar la siguiente herramienta: Switching antipsychotics <https://australianprescriber.tg.org.au/articles/antipsychotic-switching-tool.html>.

En las visitas de seguimiento posteriores, a realizar cada 4-6 semanas hasta estabilización de síntomas, se propone:

- valorar la respuesta a las intervenciones no farmacológicas puestas en marcha
- revisar la medicación prescrita además del antipsicótico, el efecto del antipsicótico en el control del síntoma, calidad de vida, y funcionalidad; así como efectos adversos
- plantear junto con el paciente, familiar/cuidador la idoneidad de continuar, bajar dosis o suspender el tratamiento antipsicótico

Tabla 2. Selección de antipsicóticos (Adaptado de 3,6,16,17,19,20)

Medicamento	Pauta de tratamiento oral	Efectos adversos						Indicaciones y advertencias	Uso en enfermedad de Parkinson y demencia por cuerpos de Lewy	Ajuste en Insuficiencia renal
		Acatisia	Anticolinérgicos	Sedación	Hipotensión	Prolongación QT	Parinsonismo			
Haloperidol	Inicio: 0,5 mg/día, en 1-2 dosis Escalada: incrementar 0,5 mg/1-3 días hasta control de síntomas. Dosis máx: 5 mg/día	+++	+	+	+	Oral: ++ IV: +++	+++	Tratamiento de la agresividad persistente y los síntomas psicóticos en pacientes con demencia de Alzheimer moderada o grave y demencia vascular que no responde a tratamientos no farmacológicos y cuando hay riesgo de que el paciente se dañe a sí mismo o a otros. Se recomienda limitar su uso a situaciones agudas (a corto plazo) y para el tratamiento urgente.	Contraindicado	Si FG<30 menores incrementos de dosis y a intervalos más largos
Risperidona	Inicio: 0,25 mg dos veces al día Escalada: incrementar 0,25 mg por toma (cada dos días) hasta 0,5 mg Dosis máx: 1 mg dos veces/día	++	+	++	++	++	++	Indicada en el 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. Aumento de mortalidad si administración con furosemina.	Riesgo de empeoramiento de enfermedad de Parkinson	50% de dosis de inicio y mantenimiento y ajuste más lento
Olanzapina	Inicio: 2,5 mg día en 1-2 dosis (empezar por la noche) Escalada: incrementar 0,25 mg por toma Mantenimiento: 2,5-5 mg/día Dosis máx: 10 mg/día	++	++	+++	++	++	++	Mayor efecto sedante y aumento de apetito. Perfil de seguridad a nivel metabólico desfavorable respecto a otros antipsicóticos. La utilización en pacientes con demencia está fuera de ficha técnica.	Riesgo de empeoramiento de los síntomas de Parkinson	No superar dosis inicial de 5 mg

Medicamento	Pauta de tratamiento oral	Efectos adversos						Indicaciones y advertencias	Uso en enfermedad de Parkinson y demencia por cuerpos de Lewy	Ajuste en Insuficiencia renal
		Acatísia	Anticolinérgicos	Sedación	Hipotensión	Prolongación QT	Parinsonismo			
Quetiapina	Inicio: 12,5 mg/día (empezar por la noche) Mantenimiento: 25-75 mg dos veces/día Dosis máx: 250 mg/día en dosis divididas	+	++	+++	++	++	+	Menor evidencia en pacientes con demencia. No ha demostrado efecto en la agitación. Perfil más sedante y menor potencial de efectos extrapiramidales. Alternativa a risperidona en pacientes que no toleran esta por los síntomas extrapiramidales o en pacientes con demencia por cuerpos de Lewy o demencia frontotemporal y Parkinson. La utilización en pacientes con demencia está fuera de ficha técnica.	SI	NO
Aripiprazol	Inicio: 2,5-15 mg/día en dosis única (por la mañana) Dosis máx: 30 mg/día	++	+	+	+	0	+	Menor sedación (puede producir insomnio) y presenta menor riesgo de generar efectos extrapiramidales. Puede considerarse una opción en pacientes con demencia por cuerpos de Lewy o demencia frontotemporal y Parkinson. La utilización en pacientes con demencia está fuera de ficha técnica.	SI	NO
Efecto: 0 no detectado, + ligero, ++ moderado, +++ marcado (Adaptado de 19)										

Brexpiprazol es un nuevo antipsicótico autorizado para el tratamiento de la esquizofrenia (PT). Dispone de algunos ensayos en agitación en personas con demencia⁷, pero por el momento insuficientes para establecer su lugar en terapéutica en esta situación. Amisulpride: no se incluye en la tabla por su baja utilización en nuestro entorno.

5. Deprescripción

Existe evidencia suficiente que apoya la **deprescripción** segura de los antipsicóticos en pacientes con SPCD^{6,7,14}. La mayoría de los estudios realizados concluyen que la deprescripción de antipsicóticos en pacientes con SPCD es segura y no se observa empeoramiento de los síntomas.

En una revisión sistemática Cochrane de 10 ensayos que incluyó 632 pacientes en tratamiento con antipsicóticos durante al menos 3 meses, no se observaron diferencias o éstas fueron mínimas en los SPCD tras la retirada gradual^{6,14}. En la mayoría de los ensayos de deprescripción no se observó un empeoramiento significativo en los SPCD de los pacientes que suspendieron el tratamiento frente a los que lo mantuvieron⁷.

Se debe plantear la retirada del tratamiento en los siguientes casos:^{6,7,14,16}

- Si no se observa una respuesta clínicamente significativa en 2-8 semanas
- Ante la aparición de efectos adversos que superan el beneficio
- Tras 3 meses de tratamiento con sintomatología estable

Las pautas de deprescripción deben individualizarse en función de la respuesta alcanzada, del tipo del síntoma que presente la persona y la duración de tratamiento⁶.

No es necesario hacer desescalada si no se han superado "dosis bajas" (ver algoritmo). Si se han alcanzado dosis mayores^{6,7,14,16,17}:

- Se recomienda una reducción de 25-50% de la dosis cada 2 semanas con un seguimiento estrecho del paciente para vigilar posibles síntomas de retirada.
- En el caso de apreciar síntomas de retirada (náuseas, vómitos, diarrea, ansiedad y agitación) se debe volver a la dosis anterior y posteriormente ir reduciendo la dosis un 10% mensualmente.
- Los pacientes con tratamientos de mayor duración pueden ser candidatos a pautas de deprescripción más lentas.

Una vez alcanzadas las "dosis bajas" se puede realizar la retirada completa. Se recomiendan visitas mensuales al menos durante los 4 meses siguientes tras suspender el tratamiento para detectar posibles recaídas, identificando síntomas de retirada (ver arriba). La agitación y la ansiedad no siempre indican síntomas de retirada, sino que podrían ser SPCD de nueva aparición no directamente relacionados con los síntomas iniciales que motivaron el tratamiento.

Cuándo no deprescribir¹⁴:

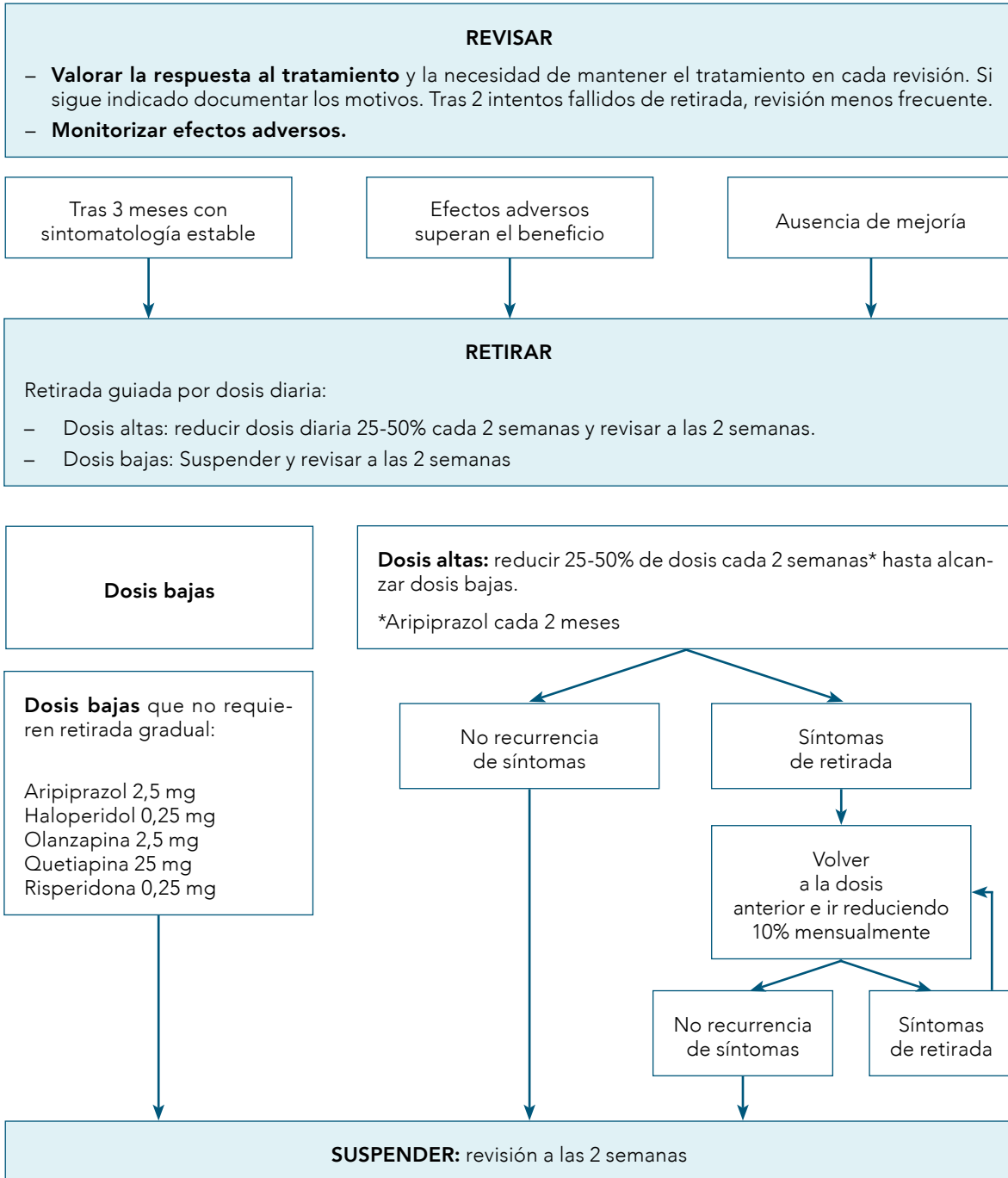
Los pacientes con síntomas más graves, como alucinaciones (especialmente auditivas), agresión física violenta, o agitación que provoque angustia, pueden tener mayor riesgo de recaída o de empeoramiento de síntomas con la reducción de dosis, por lo que pueden ser candidatos a no deprescribir. Así mismo, en pacientes con historia previa de psicosis u otra enfermedad psiquiátrica, que han requerido antipsicóticos antes de desarrollar la demencia, la deprescripción puede condicionar el control de su patología psiquiátrica de base.

FÁRMACOS A EVITAR EN SPCD POR BENEFICIO INCIERTO^{3,7}.

Actualmente no se dispone de evidencia suficiente para apoyar el uso de benzodiazepinas, carbamazepina, gabapentina, lamotrigina y ácido valproico. Las benzodiazepinas no han demostrado eficacia en los SPCD y se han asociado a riesgos en pacientes con demencia, por lo que se recomienda deprescribir de forma gradual.

Tampoco se dispone de evidencia que justifique la combinación de varios fármacos para el tratamiento de la agitación (excepto en casos refractarios graves). La polimedicación en estos pacientes puede provocar caídas, deterioro cognitivo y funcional e incrementar el riesgo de muerte.

ALGORITMO DE REVISIÓN Y RETIRADA DE ANTIPSICÓTICOS EN DEMENCIA^{6,7,14,16,17}



MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS – MANTENER SIEMPRE

Continuar con el plan centrado en la persona

IDEAS CLAVE

- Los SPCD pueden ser la manifestación de un malestar debido a una necesidad no cubierta de tipo físico, psicológico, emocional, social o ambiental (dolor, sentimiento de soledad, etc.) que el paciente no puede expresar de otra manera.
- Es fundamental identificar las causas subyacentes y los factores desencadenantes de los SPCD para tratar de evitarlos y/o corregirlos.
- Las intervenciones no farmacológicas de los SPCD se plantean para prevenir, mejorar el síntoma y la calidad de vida de la persona, reducir el estrés y la sobrecarga del cuidador.
- Las intervenciones no farmacológicas deben utilizarse de primera línea y mantenerse durante todo el abordaje, incluso de forma concomitante con el tratamiento farmacológico.
- Los antipsicóticos no deben usarse de forma rutinaria para sedar al paciente con el objetivo de facilitar su manejo.
- No se observa reaparición de síntomas en la mayoría de las personas con demencia en tratamiento con antipsicóticos a las que se reduce la dosis o se suspende el tratamiento de forma gradual.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Ana Urrutia Beaskoa, Doctora en geriatría y Presidenta de la Fundación Cuidados Dignos y a Pili Carmona Oyaga y a Pedro Gemio Zumalave, Farmacéuticos hospitalarios de Centros Sociosanitarios de OSI Barrualde-Galdakao la revisión del texto, así como sus acertados comentarios y sugerencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. *Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia*. BMJ. 2015; 350: h369
2. DynaMed. *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*. EBSCO Information Services. Accessed 3 de julio de 2024. <https://www.dynamed.com/condition/behavioral-and-psychological-symptoms-of-dementia>
3. Press D. *Management of neuropsychiatric symptoms of dementia*. En: Uptodate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [consultado 3/06/2024].
4. Chiong W, Tsou AY, Simmons Z, Bonnie RJ, Russel JA. *Ethical considerations in dementia diagnosis and care*. Neurology.2021;97(2):80-89.
5. Sociedad Española de Geriatría Gerontología. *Cuidado sin sujeciones*. Madrid. 2023. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
6. All Wales Prescribing Advisory Group. *All Wales protocol for the appropriate prescribing of antipsychotics for people living with dementia*. February 2024.
7. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. (2024). *Canadian Clinical Practice Guidelines for Assessing and Managing Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)*. Toronto, Canada.
8. *Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers*. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE);2018 [consultado 3/06/2024]. NG97.
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Assessment, diagnosis, care and support for people with dementia and their carers 2023*. (SIGN publication no. 168). [November 2023]. Available from URL: <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/assessment-diagnosis-care-and-support-for-people-with-dementia-and-their-carers/>
10. Watt JA, Thompson W, Marple R, Brown D, Liu B. *Managing neuropsychiatric symptoms in patients with dementia*. BMJ. 2022(376):1-8.
11. Boada M, Cejudo J, Tarraga Mestre L, Kaufer D, Lopez O. *Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q): validación española de una forma abreviada del Neuropsychiatric Inventory (NPI)*. Neurología. 2002;17(6): 317-322.
12. Sociedad Española de Neurología. *Guía de práctica clínica en demencias*. Madrid. 2018. Sociedad Española de Neurología
13. García A, Sanchez I, Buiza C, Alaba J, Navarro AB, Arriola E, et al. *Adaptación y validación de la versión española de la escala de evaluación de dolor en personas con demencia avanzada: PAINAD-Sp*. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49(1):10-14.
14. Primary Health Tasmania. *A guide to deprescribing antipsychotics*. December 2022.
15. Frederiksen KS, Cooper c, Frisoni GB, Frölich L, Georges J, Kramberger MG, et al. *A European Academy of Neurology guideline on medical management issues in dementia*. Eur J Neurol.2020 Oct; 27(10): 1805–1820.
16. Protocolo antipsicóticos demencia CAFCYL. *Protocolo de uso de antipsicóticos para el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia*. 2020. Portal de Salud Castilla-León.
17. BTA. *Antipsicóticos para el tratamiento de síntomas del comportamiento en las demencias*. 2018;33(3):20-27.

«El boletín INFAC es una publicación electrónica que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la **promoción del uso racional del medicamento** para obtener un mejor estado de salud de la población».

18. Mok P, Matthew JC, Guthrie B, Morales DR, Sheikh A, Elliot RA, et al. [Multiple adverse outcomes associated with antipsychotic use in people with dementia: population based matched cohort study](#). BMJ. 2024;385: e076268
19. Press D. [Second-generation antipsychotic medications: Pharmacology, administration, and side effects](#) - En: Uptodate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [consultado 22/07/2024].
20. [Centro de Información online de Medicamentos \(CIMA\)](#). Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ministerio de Sanidad. [Consultado: 26/07/2024]

Fecha de revisión bibliográfica: julio 2024

Este boletín debe citarse: Manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia. INFAC. 2025;33(1):1-13.

Es de gran importancia que se notifiquen a la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco las sospechas de reacción adversa a los nuevos medicamentos. La notificación se puede realizar a través de OSABIDE, del formulario de notificación on line de la intranet de Osakidetza, rellenando la tarjeta amarilla o a través de la nueva web de la AEMPS: <https://www.notificaRAM.es>


Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: al farmacéutico de atención primaria de su OSI o a CEVIME o al e-mail: infac@osakidetza.eus

Consejo de Redacción: Iñigo Aizpurua¹, Iciar Alfonso², Ainhoa Arana³, María Armendáriz³, Markel Brouard⁴, Saioa Domingo³, Maitane Elola⁵, Arritxu Etxebarria³, Jesús Fernández⁴, Julia Fernández³, Isabel Fontán³, Leire Gil³, Ana Isabel Giménez³, Juan José Iglesias⁴, Josune Iribar³, Nekane Jaio³, Itxasne Lekue³, M^a José López¹, Javier Martínez³, Teresa Morera⁶, Carmela Mozo³, Elena Olloquiegi³, Elena Ruiz de Velasco³, Amaia Sagastibelza⁷, Rita Sainz de Rozas³, Inés San José³, Maitane Umerez³, Elena Valverde³, Miren Zubillaga⁴.

1. Farmacéutico/a CEVIME; 2. Farmacóloga clínica; 3. Farmacéutico/a de atención primaria; 4. Médico/a de familia; 5. Médica de medicina interna; 6. Profesora de farmacología (UPV); 7. Pediatra de atención primaria.



<http://www.euskadi.eus/informacion/boletin-infac/web01-a2cevime/es/>

 Queda totalmente prohibido el uso de este documento con fines promocionales

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

