

MANEJO DE LA AGITACIÓN EN EL PACIENTE ANCIANO

Sumario

INTRODUCCIÓN

PREVENCIÓN

TRATAMIENTO

Medidas no farmacológicas

Tratamiento farmacológico

- **Antipsicóticos**
 - Eficacia
 - Efectos adversos
 - Retirada
- **Otros fármacos**

CONCLUSIONES

INTRODUCCIÓN

La agitación en un paciente anciano se puede desencadenar ante diversas situaciones clínicas, principalmente asociadas a la demencia y al delirium¹.

Aunque el deterioro cognitivo es el rasgo clínico fundamental de la demencia, los síntomas no cognitivos o síntomas conductuales y psicológicos de la demencia son prácticamente universales en estos pacientes en algún momento de la evolución de la enfermedad y, con frecuencia, dominan el cuadro clínico. Entre estos síntomas se incluyen: agitación, agresividad, alucinaciones, ideas delirantes, vagabundeo, humor deprimido, ansiedad, insomnio, conductas intrusivas o inapropiadas, etc.^{2,3}.

Por otra parte, el delirium es un síndrome agudo que puede ocurrir en el contexto de una función cognitiva premórbida o bien complicar una demencia. Se caracteriza por un cuadro confusional, con alteración del nivel de conciencia, la atención y la función cognitiva, que se desarrolla habitualmente en horas o días, y se desencadena típicamente por causas médicas (metabólicas, infecciosas, deshidratación, enfermedad orgánica, fármacos, etc.) o por cambios del entorno habitual del paciente¹. Su presentación es variable en forma de delirium hiperactivo, hipoactivo o mixto⁴. Los trastornos en la conducta psicomotora y en el ritmo sueño-vigilia, con insomnio nocturno, evocan la llamada agitación, pero existen también formas de delirium hipoactivas, que se

«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».

caracterizan por el enlentecimiento, el aletargamiento y la hipersomnia.

Si bien en ocasiones el diagnóstico diferencial entre la demencia y el delirium no es sencillo, el inicio agudo, el curso fluctuante, la disminución de la atención, el pensamiento desorganizado y el nivel de conciencia alterado orientan al diagnóstico de delirium, que es un cuadro potencialmente reversible⁵.

La agitación conlleva una pérdida importante de la calidad de vida del paciente, debido no sólo al propio proceso, sino también al conjunto de estrategias para tratarlo, pues por una parte, se tiende a aislar y sobremedicalizar al paciente y, por otra, la sobrecarga del cuidador puede influir en la calidad de la atención que el paciente reciba. Por todo ello, es una situación que con frecuencia lleva a la claudicación familiar, siendo motivo de institucionalización^{6,7}.

El objetivo de este boletín es revisar el manejo de este problema, destacando las medidas preventivas y las intervenciones no farmacológicas, así como las ventajas e inconvenientes del tratamiento farmacológico.

PREVENCIÓN DE LA AGITACIÓN

La agitación en un paciente con demencia puede ser indicativa de posibles molestias físicas o emocionales, malestar/discomfort, dolor, miedos, desorientación, estreñimiento, infección urinaria, neumonía, efectos adversos de fármacos anticolinérgicos, sobreestimulación u otras necesidades no cubiertas¹.

Se ha observado que las intervenciones multifactoriales que actúan sobre los factores de riesgo pueden disminuir la incidencia de agitación en las personas predispuestas⁸. Entre estas intervenciones merecen destacarse:

- **Modificación de los factores de riesgo:** ayudas a la orientación temporal (relojes, calendarios); favorecer un ambiente tranquilo, sin sobrestimulación; promover las actividades grupales para prevenir el aburrimiento y la soledad; estimulación cognitiva; movilización precoz tras intervenciones quirúrgicas o ingresos; uso de gafas y audífonos en los pacientes que los necesitan; evitar o monitorizar los fármacos que pueden precipitar la agitación^{5,8}.
- **El dolor no tratado puede ser causa de agitación:** siempre que sea posible, es preferible utilizar analgésicos no opioides por su menor potencial de precipitar agitación. En presencia de dolor intenso, valorar la capacidad de los opioides de precipitar agitación frente a la capacidad del propio dolor de desencadenarla. En pacientes institucionalizados con demencia moderada-grave se ha observado que el tratamiento sistemático del dolor puede reducir la agitación, reduciendo el número de prescripciones innecesarias de antipsicóticos en esta población^{8,9}.
- **Los fármacos pueden ser causa de agitación:** uno de los factores desencadenantes evitables es el uso de fármacos, que pueden precipitar o agravar una agitación. Por ello, en personas ancianas polimedicadas se requiere revisar los tratamientos farmacológicos sistemáticamente, buscando activamente cascadas terapéuticas⁵⁻⁸. En un estudio realizado en residencias geriátricas, se observó que el riesgo de delirium disminuyó con la revisión sistematizada (mediante una aplicación informática y la posterior intervención de un farmacéutico) de los medicamentos que pueden contribuir a su aparición¹⁰.

Fármacos implicados en precipitar o prolongar el delirium o los síntomas conductuales de la demencia^{5,8}

- Fármacos con efecto anticolinérgico: amitriptilina y espasmolíticos urinarios (oxibutinina, tolterodina, solifenacina ...), etc.
 - Analgésicos, particularmente opioides.
 - Anticonvulsivantes: carbamazepina, fenitoína, levetiracetam, etc.
 - Antiparkinsonianos.
 - Corticoides sistémicos, especialmente a altas dosis.
 - Antihistamínicos H₂.
 - Algunos antibióticos: ciprofloxacino, norfloxacino, metronidazol, claritromicina, etc.
 - Litio.
 - Digoxina.
- **Los fármacos no siempre previenen:** los fármacos (antipsicóticos o fármacos para la enfermedad de Alzheimer) no han demostrado concluyentemente prevenir la aparición de delirium en los pacientes hospitalizados. Una revisión sistemática de 6 estudios realizada en 2013 concluyó que los antipsicóticos reducen la incidencia del delirium postoperatorio, pero no su gravedad o duración⁸.

TRATAMIENTO DE LA AGITACIÓN

En ocasiones, la identificación y resolución de la causa subyacente de la agitación (dolor, infección, estreñimiento, disnea, soledad, estresantes ambientales, depresión, etc.) puede conducir a su resolución. Sin embargo, la agitación puede prolongarse durante días o semanas después de la desaparición del factor desencadenante, por lo que, en estos casos, es preciso ampliar el abordaje.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Una revisión sistemática reciente⁷ estudió la efectividad de las intervenciones no farmacológicas en el manejo de la agitación en ancianos con demencia. Se concluyó que la formación en comunicación y cuidados personalizados del personal de las residencias geriátricas reduce la agitación tanto a corto plazo como a los 6 meses. La realización de actividades placenteras, como las intervenciones sensoriales que incluyen el tacto (no es preciso que sean masajes terapéuticos) o la musicoterapia, disminuyen la agitación a corto plazo en los ancianos institucionalizados. Se trata de medidas básicas que hay que mantener a lo largo del tiempo. En cambio, la aromaterapia y la terapia lumínica no han demostrado ser efectivas. No hay evidencia sobre la efectividad de la formación en técnicas psicológicas de los cuidadores familiares⁷.

En nuestro entorno, la prevalencia de utilización de sujeciones mecánicas en la población residente en geriátricos es de las más elevadas del mundo (en un reciente estudio realizado en Cataluña la prevalencia general fue del 21,5% y del 41,2% en pacientes con demencia)¹¹. En pacientes agitados, las sujeciones mecánicas suelen agravar la agitación y pueden provocar lesiones, úlceras por presión, incontinencia, caídas, etc., por lo que se recomienda evitarlas en lo posible y utilizarlas única-

mente como último recurso^{4,8}. Por el contrario, el acompañamiento y supervisión por parte de la familia y cuidadores facilitan la resolución del proceso. La utilización de camas bajas o colchones ubicados directamente sobre el suelo puede prevenir las consecuencias de las caídas en las personas agitadas^{4,8}.

La Comunidad Foral de Navarra ha legislado sobre el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales: [DECRETO FORAL 221/2011](#).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

ANTIPSIKÓTICOS

Eficacia

El control de la agitación mediante el uso de antipsicóticos es una de las medidas más utilizadas en nuestro entorno. Datos recientes de Cataluña indican una prevalencia del 45% de utilización de antipsicóticos en las personas con demencia¹². En otros países europeos y Australia también refieren una elevada prevalencia de utilización de antipsicóticos en los pacientes institucionalizados con demencia¹³.

Sin embargo, los datos que avalan la eficacia de estos fármacos en la agitación en ancianos son bastante limitados y se ha constatado un aumento del riesgo de eventos cerebrovasculares y muerte con su utilización en ancianos con demencia, por lo que países como Inglaterra, Suecia o Australia han puesto en marcha estrategias para disminuir el uso inapropiado de estos medicamentos¹³. En España desde febrero del 2005 está implantado el [visado de inspección](#) de antipsicóticos atípicos en personas mayores de 75 años.

Una premisa importante en el anciano es «comenzar a dosis bajas y aumentarlas progresivamente» (*start low and go slow*)^{1,4}.

Hay pocos estudios que comparen los distintos antipsicóticos para el control de la agitación y el delirium en ancianos sin demencia⁴. En estos pacientes haloperidol a dosis bajas es el fármaco recomendado debido a su mayor experiencia de uso⁸.

En pacientes con demencia, en general se prefieren los antipsicóticos atípicos^{3,12}, ya que los clásicos (como haloperidol) producen sedación excesiva, discinesia tardía, caídas e hipotensión postural.

En los pacientes con parkinsonismo o demencia de cuerpos de Lewy (especialmente vulnerables a los efectos adversos de los antipsicóticos) los antipsicóticos típicos, como haloperidol, están contraindicados y los antipsicóticos atípicos deben utilizarse con especial precaución y a dosis muy bajas. Algunos autores, incluso, recomiendan evitar olanzapina y risperidona^{3,5}.

En general, no deben utilizarse las fenotiazinas (como clorpromazina), debido a sus propiedades anticolinérgicas.

Antipsicóticos en la agitación en el anciano (adaptada de 5)

Fármaco	Dosis	Comentarios
Haloperidol	0,25 mg dos veces al día (hasta un máximo de 3 mg diarios)	Efectivo en el manejo a corto plazo de los síntomas agudos del delirium (excepto en personas con parkinsonismo por cualquier causa). No se recomienda su uso a largo plazo.
Risperidona	Comenzar con 0,25-0,5 mg en 1 ó 2 dosis diarias (hasta un máximo de 2 mg al día en pacientes con demencia)	Único antipsicótico atípico aprobado en la agresión persistente en pacientes con demencia tipo Alzheimer. A dosis mayores aumenta la incidencia de efectos extrapiramidales.
Quetiapina*	Comenzar con 12,5 mg en 2 ó más dosis diarias (hasta un máximo de 100 mg al día en pacientes con demencia)	No autorizado para el control de los síntomas neuropsiquiátricos en la demencia por lo que debe informarse a la familia y registrar su consentimiento. Posiblemente más seguro en términos de riesgo de mortalidad.
Olanzapina*	Comenzar con 2,5 mg al día en 1 ó 2 dosis (hasta un máximo de 10 mg al día; dosis menores en pacientes con demencia)	Aunque podría tener cierta efectividad en el tratamiento de la agitación, no se recomienda su uso en la demencia. Se asocia con un mayor riesgo de efectos adversos metabólicos.

(*) Según el [1015/2009 ED](#) los medicamentos utilizados fuera de sus indicaciones aprobadas requieren informar al paciente y/o a su familia, solicitar el consentimiento y reflejarlo en la historia clínica.

En la actualidad, únicamente haloperidol y risperidona están autorizados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) para su uso en la agitación en la demencia.

En una revisión sistemática Cochrane sobre el uso del haloperidol para la agitación en la demencia no se observó una mejora significativa de la agitación en los pacientes tratados con haloperidol respecto a los controles ya que, si bien la agresión disminuyó, otros aspectos de la agitación no se vieron modificados¹⁴.

En el caso de la risperidona,¹⁵ la indicación autorizada por la AEMPS especifica que «risperidona está 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». Una revisión sistemática Cochrane concluyó que la risperidona (1-2 mg/día) se asocia a una mejoría de la agitación con agresividad, pero no mejora la agitación sin agresividad¹⁶.

La quetiapina no está autorizada para su uso en el control de los síntomas neuropsiquiátricos en personas con demencia. A pesar de la escasez de datos que apoyan su utilización en esta indicación, algunos autores sugieren su uso a dosis bajas como una alternativa en pacientes con síntomas graves e incapacitantes, debido a su buena tolerancia^{3,5}.

Efectos adversos

A pesar de los datos que relacionan el uso de antipsicóticos con la aparición de efectos adversos graves en la población anciana, estos fármacos son ampliamente utilizados en esta población. Los efectos adversos más frecuentes de los antipsicóticos son: síntomas extrapiramidales, sedación, discinesia tardía, alteraciones de la marcha y caídas, efectos anticolinérgicos y prolongación del intervalo QT¹². También aumentan la mortalidad y el riesgo de eventos cerebrovasculares en pacientes con demencia, lo cual ha motivado la difusión de alertas de seguridad^{12,17}.

- **Mortalidad:** La utilización de fármacos antipsicóticos, tanto típicos como atípicos, en pacientes ancianos está relacionada con un aumento de la mortalidad^{3,5,12,17}. Se ha estimado que de cada 100 pacientes en tratamiento con antipsicóticos durante 10-12 semanas se produciría una muerte¹⁷. Estudios observacionales sugieren mayor riesgo con haloperidol, riesgo intermedio con risperidona y menor con quetiapina^{5,18}.
- **Efectos adversos cerebrovasculares:** Los pacientes en tratamiento con antipsicóticos típicos y atípicos presentan un aumento del riesgo de eventos cerebrovasculares, sin poder determinar qué grupo de fármacos presenta mayor riesgo. En pacientes ancianos el riesgo es mayor durante las primeras semanas de tratamiento y los pacientes con antecedentes de ictus también tienen un mayor riesgo^{5,17}.
- **Efectos adversos cardiovasculares:** Los antipsicóticos, tanto típicos como atípicos, conllevan un aumento del riesgo de eventos cardiovasculares. Pueden producir alargamiento del intervalo QT (especialmente relevante en pacientes ancianos, ya de por sí incrementado por la edad) e incremento del riesgo de arritmias ventriculares. La edad avanzada y la comorbilidad cardiovascular en estos pacientes los hace más vulnerables al efecto hipotensor y al síncope. Otros efectos menos frecuentes son la miocarditis y la trombosis venosa profunda, esta última también motivo de difusión de una recomendación de seguridad^{5,17}. El uso de antipsicóticos también se ha asociado a un aumento del riesgo de infarto de miocardio a corto plazo, al mes del inicio del tratamiento, no atribuible al riesgo basal ni al riesgo cardiovascular de los pacientes¹⁹.
- **Neumonía:** Se ha observado un incremento del riesgo de neumonía en pacientes ancianos (con o sin demencia) en tratamiento con antipsicóticos. El riesgo es superior al inicio del tratamiento y con antipsicóticos atípicos. Se desconoce cómo aumentan los antipsicóticos este riesgo, pero la disfagia, la sequedad de boca y la sedación se han sugerido como posibles mecanismos. Este hecho restringe aún más el uso de antipsicóticos en pacientes con alto riesgo de aspiración^{5,17}.
- **Insuficiencia renal aguda:** Recientemente se ha publicado un estudio de casos y controles²⁰ en el que se observó un incremento del riesgo de insuficiencia renal aguda, asociada al uso de antipsicóticos atípicos en pacientes mayores de 65 años ambulatorios en los que se inició un tratamiento con risperidona, quetiapina u olanzapina. La variable primaria de valoración fue la hospitalización debida a insuficiencia renal aguda en los primeros 90 días del tratamiento, con RR 1,73 (IC95%: 1,55-1,92), y un incremento absoluto del riesgo de 0,41% (IC95%: 0,33-0,49%).

En los últimos años, la AEMPS ha emitido varias notas informativas sobre la seguridad de los antipsicóticos. [Nota informativa 2004/03](#) sobre olanzapina y risperidona y aumento del riesgo de muerte y accidentes cerebrovasculares, [nota informativa 2004/04](#) sobre risperidona y riesgo de episodios isquémicos cerebrales, [nota informativa 2008/19](#) sobre antipsicóticos típicos y riesgo de mortalidad e [informe mensual de octubre del 2009](#) que incluye información sobre antipsicóticos y tromboembolismo venoso.

Retirada

Se debería intentar reducir gradualmente la dosis de los antipsicóticos, e incluso intentar retirar el tratamiento, al menos cada 3 meses. Hay muy pocos ensayos que estudien la efectividad de los antipsicóticos en las alteraciones de comportamiento en la demencia durante más de 3 meses. En este sentido, una revisión Cochrane concluye que los antipsicóticos podrían retirarse sin afectar al comportamiento excepto en el caso de pacientes con síntomas más graves^{5,21}.

Tal y como se recoge en el [boletín Infac sobre estrategias de retirada de fármacos](#), una retirada brusca de los antipsicóticos podría provocar tanto una recaída de los síntomas como un síndrome de retirada (caracterizado por náuseas, vómitos, sudoración, insomnio, síntomas psicóticos y discinesias). Es por ello que, excepto cuando se utiliza la dosis mínima, se recomienda una reducción gradual del 25-50% de la dosis cada 2 semanas. Si se observan problemas en la retirada, se debería volver a la dosis previa y reducir un 10% de la dosis a intervalos mensuales.

En resumen, dado el aumento del riesgo de mortalidad asociado a la utilización de antipsicóticos en ancianos con demencia, estos fármacos únicamente están indicados en agitaciones intensas que no remiten con las medidas no farmacológicas y resultan muy incapacitantes o ponen en riesgo al paciente y a los que le rodean. La eficacia y los efectos adversos del tratamiento deberían reevaluarse, al menos, cada 3 meses²².

OTROS FÁRMACOS

- **Inhibidores de la colinesterasa:** se utilizan, con resultados modestos, para mejorar la función cognitiva en la demencia. Sus resultados en el tratamiento de la agitación son inconsistentes, por lo que no se recomienda su uso en esta indicación^{3,8,18}.
- **Benzodiacepinas:** están indicadas en la agitación provocada por la privación alcohólica o de drogas sedantes. En la agitación aguda por otras causas tienen un papel muy limitado porque pueden empeorar la confusión. Se debe evitar su uso en las personas con demencia, ya que se asocian a deterioro cognitivo y aumento del riesgo de caídas^{3,8,18}.
- **Antidepresivos:** podrían tener un papel cuando la causa subyacente de la agitación es una depresión³. Una revisión sistemática Cochrane²³ sobre el uso de antidepresivos en el tratamiento de la agitación y la psicosis en la demencia, encontró que la sertralina y el citalopram se asociaron con una reducción en los síntomas de agitación en comparación con placebo en dos estudios. Tanto estos dos fármacos como trazodona parecen tolerarse razonablemente bien en comparación con placebo, antipsicóticos típicos y antipsicóticos atípicos; sin embargo, la dosis media de citalopram en los estudios fue de 30 mg, por encima de la dosis máxima de 20 mg recomendada en mayores de 65 años. Dada la escasez de estudios publicados, se requieren más ensayos que confirmen estos resultados.
- **Antiepilépticos:** los estudios realizados con antiepilépticos en el manejo de la agitación y otros síntomas neuropsiquiátricos de la demencia no obtienen resultados concluyentes por lo que no se recomienda su uso rutinario en esta indicación^{3,18}.

CONCLUSIONES

- Es necesario identificar las causas de la agitación y los factores precipitantes, muchas veces evitables, descartando enfermedades orgánicas no controladas o la presencia de dolor.
- Se recomienda revisar el uso de fármacos que puedan precipitar o agravar la agitación.
- Las sujeciones mecánicas suelen empeorar la agitación y pueden provocar lesiones, úlceras por presión, incontinencia, caídas, etc., por lo que se recomienda evitarlas en lo posible y utilizarlas únicamente como último recurso.
- Las intervenciones sensoriales que incluyen el tacto o la musicoterapia disminuyen la agitación a corto plazo en los ancianos institucionalizados.
- El uso de antipsicóticos únicamente está indicado en agitaciones intensas que no remiten con las medidas no farmacológicas y resultan muy incapacitantes, o ponen en riesgo al paciente y a los que le rodean.
- Debe informarse al paciente y/o a su cuidador de los posibles riesgos y beneficios del tratamiento con antipsicóticos y de las consecuencias de no tratar los síntomas, reflejando en la historia clínica tanto el hecho de haber proporcionado la información como la conformidad del paciente y/o familia.
- Es importante reevaluar la efectividad del tratamiento periódicamente, limitando su uso a no más de 6-12 semanas.

AGRADECIMIENTOS: Agradecemos a Juan Medrano, psiquiatra de la Red de Salud Mental de Bizkaia y a Iñaki Artaza, médico geriatra, director asistencial de Igarco Servicios Socio-sanitarios, la revisión del texto así como sus acertados comentarios y sugerencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peisah C, Chan DKY, McKay R, Kurrle SE, Reutens SG. Practical guidelines for the acute emergency sedation of the severely agitated older patient. *Internal Med J.* 2011;41:651-657.
2. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG, for the Detroit Expert Panel on the Assessment and Management of the Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings: Recommendations from a Multi-disciplinary Expert Panel. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62:762-769.
3. Press D, Alexander M. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia. UpToDate. 2014. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-dementia>
4. Caplan G. Managing delirium in older patients. *Austr Prescr.* 2011;34:16-18.
5. Managing patients with dementia: What is the role of antipsychotics? *Best Practice Journal.* 2013(57):26-36. Disponible en: <http://www.bpac.org.nz/BPJ/2013/December/docs/BPJ57-dementia.pdf>
6. Inouye SK, Marcantonio ER, Metzger ED. Doing damage in delirium: the hazards of antipsychotic treatment in elderly people. *Lancet Psychiatry.* 2014;1(4): 312-315.
7. Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, et al. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health Technol Assess.* 2014;18(39):1-226.
8. Francis J. Delirium and acute confusional states: Prevention, treatment, and prognosis. UpToDate 2014. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/delirium-and-acute-confusional-states-prevention-treatment-and-prognosis>
9. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ.* 2011;343:d4065.
10. Clegg A, Siddiqi N, Heaven A, Young J, Holt R. Interventions for preventing delirium in older people in institutional long term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1. Art. No.: CD009537. DOI: 10.1002/14651858.CD009537.pub2.
11. Servicio de Inspección y Registro. Uso racional de las contenciones físicas. Estudio de la incidencia del asesoramiento de la inspección de servicios sociales en residencias de personas mayores. Generalitat de Catalunya. Departamento de Bienestar Social y Familia. Barcelona, 2011.
12. Altimir S, Álvarez M, Montané E. Sobreutilizació d'antipsicòtics en l'agitació i la demència en pacients d'edat avançada. *Butlletí d'informació terapèutica.* 2014;25(2):8-16.
13. Antipsychotic overuse in dementia-is there a problem? *Health news and evidence.* NPS. 2013; September.
14. Lonergan E, Luxenberg J, Colford JM, Birks J. Haloperidol for agitation in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Art. No.: CD002852. DOI: 10.1002/14651858.CD002852.
15. Fichas técnicas. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>
16. Ballard CG, Waite G, Birks J. Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD003476. DOI: 10.1002/14651858.CD003476.pub2
17. Chahine L, Acar D, Chemali Z. The elderly safety imperative and antipsychotic usage. *Harv Rev Psychiatry.* 2010;18:158-172.
18. Management of non-cognitive symptoms associated with dementia. *Drugs and Therapeutic Bulletin.* 2014;52(10):114-8.
19. Brauer R, Smeeth L, Anaya-Izquierdo K, Timmis A, Denaxas SC, Farrington CP, et al. Antipsychotic drugs and risks of myocardial infarction: a self-controlled case series study. *Eur Heart J.* 2014; July 8. doi:10.1093/eurheartj/ehu263.
20. Hwang YJ, Dixon SN, Reiss JP et al. Atypical antipsychotics drugs and the risk for acute kidney injury and other adverse outcomes in older adults: a population-based cohort study. *Ann Intern Med.* 2014;161:242-8.
21. Declercq T, Petrovic M, Azermai M, Vander Stichele R, De Sutter AIM, van Driel ML, Christiaens T. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 3. Art. No.: CD007726. DOI: 10.1002/14651858.CD007726.pub2.
22. Ballard C, Banerjee S, Barnett N, Brechin D, Brooker D, Burns A, et al. Optimising treatment and care for people with behavioural and psychological symptoms of dementia. A best practice guide for health and social care professionals. 2014. Alzheimer's Society. UK.
23. Seitz DP, Adunuri N, Gill SS, Gruneir A, Herrmann N, Rochon P. Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 2. Art. No.: CD008191. DOI: 10.1002/14651858.CD008191.pub2.

Fecha de revisión bibliográfica: octubre 2014

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: el farmacéutico de su organización sanitaria o CEVIME - tel. 945 01 92 66 - e-mail: cevime-san@ej-gv.es

Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Julia Barroso, Arrate Bengoa, Saioa Domingo, Arritxu Etxebarria, Julia Fernández, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Eguzkiñe Ibarra, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^o José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Carmela Mozo, Elena Olloquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



Osakidetza

EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

ISSN: 1575054-X

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