



**Universidad
Zaragoza**

TRABAJO FIN DE GRADO

**Perfil de uso de psicofármacos en
pacientes psicogerítricos**

**Profile of psychotropic drugs use on
psychogeriatric patients**

Autor

Carlos Ruiz Lucena

Directora

Patricia Gracia García

Codirectora

Concepción de la Cámara Izquierdo

Índice.

- Resumen	Páginas 3-4
- Introducción: Antecedentes y justificación	Página 5-8
- Objetivos	Página 9
- Material y métodos	Páginas 10-15
• Metodología del estudio	Páginas 11-14
• Cronograma	Página 14
• Aspectos éticos	Página 14-15
- Resultados	Páginas 16-22
- Discusión	Páginas 23-30
- Conclusiones	Página 31
- Bibliografía	Páginas 32-33
- Anexos	Páginas 34-35

Resumen.

Introducción. Debido a la vulnerabilidad en el paciente anciano, el uso de psicofármacos en estos pacientes debe realizarse con especial precaución. A pesar de esto, por la pluripatología que a menudo presentan, el número de estos fármacos que a menudo toman puede llegar a resultar elevado.

Objetivos. Estudiar el empleo de psicofármacos en una muestra de pacientes psicogerítricos que acuden a una Unidad de Salud Mental, analizando específicamente el uso de antipsicóticos según distintas variables clínicas y sociodemográficas.

Métodos. Se realizó un estudio transversal que incluía pacientes atendidos como primera visita en la USM del Hospital Clínico Universitario (Zaragoza) desde febrero 2015-enero 2017. Se analizó la prevalencia del uso de psicofármacos por grupo diagnóstico y se examinó el uso de antipsicóticos (AP) en función de aspectos como el diagnóstico principal, el diagnóstico de deterioro cognitivo o si estaban o no institucionalizados.

Resultados. De los 203 pacientes que contenía la muestra, 77'9% de los pacientes (159 pacientes) tomaban antidepresivos, 46'6% de los pacientes (95 pacientes) fármacos antipsicóticos, 46'6% de los pacientes (95 pacientes), tomaban benzodiacepinas, 22'5% de los pacientes (46 pacientes) tomaban fármacos antidemencia y el 16'2% de los pacientes (33 pacientes) fármacos eutimizantes. Además, el consumo de AP fue mayor en pacientes con trastorno mental orgánico que en los que no (63'3% frente al 27'4%), y entre los pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo que estaban institucionalizados (86'2% frente al 55%).

Conclusión. A pesar del riesgo que suponen, el consumo de psicofármacos es elevado en pacientes ancianos, siendo especialmente preocupante en el caso de los antipsicóticos por las alertas sobre su uso. Esta diferencia resulta todavía mayor en los pacientes con trastorno mental orgánico que se encuentran institucionalizados, razón por la cual se invita a realizar nuevos estudios y estrategias que ayuden a solventar dicha situación.

Palabras clave. Psicofármacos, antipsicóticos, pacientes institucionalizados, deterioro cognitivo, efectos secundarios adversos.

Summary.

Background. Since the vulnerability among the elderly people, administration of psychotropic medications on these patients must be performed very carefully. In spite of this, because of the pluripathology they have, the number of psychotropic drugs that they take is sometimes really high.

Objective. To study the use of psychotropic medications in patients from a Mental Health Unit, analyzing as well the use of antipsychotic drugs according to different clinical and socio-demographic characteristics.

Methods. A transversal study which included patients attending for the first time at the Mental Health Unit of Hospital Clínico Universitario (Zaragoza) from February 2015-January 2017 was performed. We analyzed the prevalence of psychotropic drugs and antipsychotic drugs and evaluated their use according to aspects as Major Diagnostic Category, their cognitive status or whether they were (or were not) institutionalized.

Results. Among the 203 patients of the study population, 77'9% of the patients (159 patients) used antidepressants drugs, 46'6% of the patients (95 patients) used antipsychotic drugs, 46'6% of the patients (95 patients) used benzodiazepines, 22'5% of the patients (46 patients) used antidementia drugs and 16'2% of the patients (33 patients) used mood stabilizers. Besides, the use of antipsychotic drugs was higher in patients with cognitive impairment (63'3%) and also in those with cognitive impairment who were nursing home residents (86'2%).

Conclusion. In spite of the risks they have, the use of psychotropic medications in elderly patients is highly widespread, especially antipsychotic medications which increases the side effects and risks. Besides, this difference is even bigger in nursing home residents with cognitive impairment. Because of this, new studies and strategies are proposed to solve this situation.

Key words. Psychotropic medications, antipsychotic drugs, nursing home residents, cognitive impairment, adverse side effects.

Introducción: Antecedentes y justificación.

Durante los últimos años, la prevalencia de trastornos psiquiátricos en el anciano ha ido aumentando progresivamente hasta alcanzar cifras que rondan entre el 10-25% de la población, lo cual justifica el aumento que ha experimentado a su vez la administración de psicofármacos en estos pacientes ¹.

Esta situación resulta especialmente notable en los grupos farmacológicos pertenecientes a las benzodiacepinas, los antidepresivos y los antipsicóticos (AP), siendo de forma más alarmante en estos últimos, a pesar del riesgo entre este sector de la población. Muchos son los estudios que destacan la vulnerabilidad del paciente anciano ², la cual se ve incrementada a medida que aumenta el número de fármacos que tome el paciente.

Tal y como se recoge en las guías clínicas, en muchos de los pacientes con deterioro cognitivo que presentan síntomas neuropsiquiátricos (SNP), también denominados síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD), el manejo no farmacológico adecuado (que recogería aspectos como la educación, información y apoyo a los cuidadores así como una modificación del entorno y evitación de sus posibles desencadenantes) puede ser suficiente para controlar estos síntomas y por ello se consideraría de primera elección. Sin embargo, existe un gran número de pacientes en los que la gravedad de los síntomas resulta mucho mayor, lo cual requeriría además el empleo de otras medidas, como las farmacológicas, aunque siempre ajustándose a lo expuesto en las guías clínicas actuales (representación de los síntomas conductuales en pacientes con deterioro cognitivo y manejo de los mismos en los [Anexos 1 y 2](#)).

A pesar de la aprobación por parte de las guías clínicas, que respaldan el empleo de fármacos antipsicóticos en el manejo conductual de pacientes con deterioro cognitivo, el uso que en muchas ocasiones se produce de estos fármacos resulta inadecuado ³.

Es relativamente frecuente el hecho de que muchos pacientes sigan tomando fármacos AP de manera continua durante más de un año a pesar de no haberse observado mejoría alguna en ellos ⁴. También se ha observado que en muchas ocasiones la misma dosis administrada permanece constante al cabo de seis meses de tratamiento sin haber sido sujeta a ningún tipo de ajuste o revisión, si bien la mayoría de los síntomas que trataban mostraban un curso fluctuante que no apoyaban al tratamiento a largo plazo con AP.

A su vez, este mal uso de los antipsicóticos no sólo se produce por la instauración del tratamiento en situaciones que no siempre estarían justificadas según las guías clínicas ni por la duración excesiva del tratamiento que en ocasiones se lleva a cabo, sino que en muchas ocasiones la cantidad de dosis administrada en algunos pacientes resulta también verdaderamente excesiva ⁵ debido a, como hemos comentado anteriormente, la falta de revisión periódica que en muchas ocasiones se produce.

Así, estudios designados para analizar la prescripción de fármacos AP y las características que rodean su empleo, han determinado que este uso sobreextendido del que se informa resulta especialmente evidente en los pacientes con deterioro cognitivo que requieren fármacos antipsicóticos y viven en residencias de ancianos o que están institucionalizados, los cuales reciben dosis mucho mayores de AP que aquellos que viven en domicilio particular ⁶. También se ha comprobado un mayor uso de dichos fármacos en pacientes que presentaban mayor deterioro cognitivo y peores puntuaciones para las ABVD, así como que tuvieran síntomas neuropsiquiátricos como agitación o agresividad, desinhibición, alucinaciones o delirio.

Ante esta situación, si analizamos las circunstancias que rodean al uso de fármacos AP en pacientes institucionalizados, podemos observar algunas de las razones que explicarían la mayor prevalencia de estos fármacos en dichos pacientes ⁷. En primer lugar, nos encontramos por un lado con características propias de estos pacientes (mayor severidad de los SNP, una larga duración del tiempo de institucionalización...) que aumentan el riesgo de recibir mayores dosis de fármacos, así como algunos factores sociales que también resultan muy determinantes en su tratamiento. Algunos de estos factores serían: problemas conductuales, conflictos con el personal de las instalaciones o una vida social muy limitada.

Asimismo, observamos un gran número de factores ambientales que ejercen gran influencia en estos pacientes ⁸. Algunos de estos factores lo formarían los facultativos encargados de la prescripción farmacológica (así como su postura en el manejo y tratamiento de los síntomas), el personal de enfermería (experiencia en el cuidado de los pacientes, la carga de trabajo o la calidad de los cuidados que ofrecen) o el entorno físico (características de las residencias en las que habitan, el número de trabajadores designados por unidad o el mantenimiento de las instalaciones, luminosidad, o estimulación sensorial de éstas). Estas serían algunas de las razones que explicarían este desmesurado uso, si bien a día de hoy se desconocen todas las

causas posibles, ya que en algunos casos este sobreuso se produce incluso sin tener en cuenta la gravedad de la demencia o las puntuaciones del Mini-Mental ⁹.

Por todo esto, se supone un enorme riesgo potencial para la salud de estos pacientes, ya que son muchas las publicaciones que han demostrado la relación existente entre el uso de dichos fármacos y el elevado riesgo de mortalidad y morbilidad que se asocia. A pesar de la eficacia demostrada de los fármacos AP en situaciones de psicosis, agresividad o agitación en estos pacientes, dicho uso debe verse limitado debido a los efectos secundarios que puede llegar a ocasionar, motivo por el cual se reservan, como ya hemos comentado, para aquellas situaciones en las que hayan fracasado las medidas no farmacológicas ¹⁰.

Además de los efectos adversos ya conocidos que derivan del uso de AP como el síndrome extrapiramidal o el aumento de morbimortalidad, dentro del mismo grupo farmacológico se aprecian diferencias significativas entre los fármacos que lo componen: comparado con los pacientes que toman nuevos antipsicóticos, en aquellos que siguen tomando AP clásicos se puede apreciar un aumento en el riesgo de parada cardíaca, arritmia ventricular, infarto de miocardio o fractura de cadera, entre otros. Pero incluso, entre pacientes que han estado tomado AP de segunda generación, se han podido observar al cabo de 6 meses alteraciones metabólicas significativas en parámetros tales como concentración plasmática de glucosa en ayunas, triglicéridos o medida del perímetro abdominal, con el consiguiente riesgo de eventos cardiovasculares asociado ¹¹.

Asimismo, estudios centrados en este asunto asumen que el aumento del riesgo de mortalidad descrito en estos pacientes puede ser atribuible también a las interacciones farmacológicas que dichos fármacos pueden realizar. Estudios actuales establecen que la media del total de fármacos que toman los pacientes ancianos llega a ser de 4'8 fármacos por pacientes ¹². Por ello, se recomienda precaución en la combinación con otros fármacos, especialmente en pacientes que tomen de manera concomitante fármacos cardiovasculares y otros psicótropos ¹³. Esto resulta especialmente importante ya que, en el caso de los pacientes con deterioro cognitivo, son muchos los síntomas que pueden llegar a presentar estos pacientes (no sólo síntomas psiquiátricos) por lo que el número de fármacos que pueden llegar a precisar en un momento determinado puede ser muy elevado, de ahí la importancia de esta especial precaución.

Por ello, muchas han sido las intervenciones y medidas destinadas a disminuir la prescripción de fármacos AP ¹⁴: algoritmos diseñados para la toma de decisiones, programas educativos para los facultativos, estrategias farmacológicas... No obstante, dichas medidas (incluidas estrategias diseñadas a nivel nacional) no han alcanzado las expectativas deseadas ¹⁵. Aunque en algunas instituciones sí que se ha podido apreciar un mayor ajuste de dosis empleadas de AP según las guías clínicas, en otras muchas la duración del tratamiento ha continuado siendo excesiva e incluso en algunos centros los AP clásicos han seguido siendo los de elección.

Una de las posibles causas observadas de este mantenido uso de antipsicóticos podría ser la reducción del estrés y sufrimiento del cuidador que se genera, si bien todos los estudios analizados coinciden en que uno de los aspectos más importantes para la consecución de esta disminución de uso es involucrar de forma activa a cuidadores y familiares de los pacientes, así como conocer el cuidado que se les pueda aportar, reiterando el papel fundamental que deben tener las alternativas no farmacológicas.

Ante estos hallazgos, se siguen precisando nuevos estudios y alternativas que permitan obtener unos mejores resultados en los objetivos propuestos ¹⁶. Una de ellas es la de establecer “estrategias centradas en el cuidado del paciente” que se basarían en la formación de cuidadores y aportación de herramientas que permitan obtener mejores resultados en los pacientes institucionalizados ¹⁷. Educar acerca de las ventajas e inconvenientes de las medidas farmacológicas, insistir acerca de la necesidad de una revisión periódica del tratamiento, ser capaces de identificar las verdaderas necesidades de los pacientes o destacar el papel relevante de las medidas no farmacológicas (como psicoeducación, terapia musical, estimulación sensorial o abordaje psicológico de los pacientes) son algunas de estas alternativas que se proponen ¹⁸.

Por todas estas razones, este trabajo me ha resultado muy interesante de realizar y, debido a la trascendencia del tema en la actualidad, este trabajo pretende analizar las características que rodean al empleo de psicofármacos en pacientes psicogerítricos, profundizando especialmente en el uso de antipsicóticos en pacientes con deterioro cognitivo y las diferencias que en dicho empleo se producen a día de hoy entre pacientes que habitan en residencias e instalaciones de cuidado prolongado y los que habitan en domicilio particular. Para ello, he decidido en primer lugar realizar una revisión bibliográfica acerca del actual manejo de los psicofármacos centrándome en

estas situaciones para en un segundo momento realizar un estudio en una muestra de pacientes real, tras la recogida de datos y realización de los cálculos estadísticos oportunos, que permita analizar dicho escenario desde un punto de vista más práctico, para así tratar de obtener unas conclusiones más reales y más fáciles de poder llevar a cabo para la práctica clínica diaria.

Objetivos.

Objetivo Principal:

- Estudiar el uso de psicofármacos en una muestra de población psicogeriatrica atendida en la Unidad de Salud Mental, analizando el consumo de los distintos grupos farmacológicos según el diagnóstico psiquiátrico de los pacientes.

Objetivos Secundarios:

- Estudiar el uso de AP, analizándolo por motivo de consulta y diagnóstico, para determinar si existían o no diferencias significativas en estos aspectos en los pacientes de nuestra muestra.
- Analizar la prevalencia del uso de AP en pacientes con deterioro cognitivo y compararla entre los pacientes que vivían en domicilio particular y los que estuvieran institucionalizados.
- Comparar el Índice Acumulativo de Enfermedad (IAE) entre los pacientes que toman AP y los pacientes que no los toman como medida de comparación de índices de morbilidad entre uno y otro grupo.

I. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

- Palabras claves utilizadas: psychotropic drugs, antipsychotic drugs, antipsychotic prescription, old people, cognitive impairment, dementia, care home patients, nursing home residents.
- Criterios de búsqueda. En general, la búsqueda realizada se centró en los siguientes aspectos:
 - a. Idioma: inglés y español.
 - b. Límite de Año: 2012-2017
 - c. Título:
 - “Psychotropic drugs” AND “prescription” AND “old people”
 - “Antipsychotic drugs” AND “elderly people”
 - “Antipsychotic drugs” AND “cognitive impairment”
 - “Antipsychotic drugs” AND “cognitive impairment” AND “care home patients”
 - d. El tipo de artículos que se buscó fue de revisión, metaanálisis y ensayos.
- Nº de artículos encontrados en relación con el tema. Según la búsqueda realizada en distintas bases de datos, aplicando estos criterios de búsqueda, estos han sido los siguientes resultados:
 - a. En primer lugar, en PubMed encontramos un total de 152 artículos. Seleccionamos 9 de ellos tras lectura y revisión de título y abstracts.
 - b. En segundo lugar, en Cochrane Library se encontró un total de 37 artículos, de los que se seleccionaron 3 artículos tras lectura del título y abstract de todos ellos.
 - c. En tercer lugar, en Scopus se hallaron un total de 240 artículos, de los que se seleccionaron 6 artículos tras lectura de título y abstract de los mismos.
 - d. Finalmente, en Elsevier se hallaron un total de 56 artículos, de los que se seleccionó 1 artículo tras lectura de título y abstract de todos ellos.

- Revistas consultadas:
 - a. JAMA
 - b. Revista de Psiquiatría y Salud Mental
 - c. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience
 - d. BMC Psychiatry
 - e. The American journal of Geriatric Psychiatry

- Guías Clínicas consultadas:
 - a. Fistera: Tratamiento farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia
(Última revisión: **02/2016**)

- Recursos web utilizados:
 - a. UpToDate. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia
 - b. Sociedad Española de Psiquiatría

II. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO REALIZADO.

Se trata de un estudio transversal, que se llevó a cabo en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza).

Los pacientes seleccionados para el estudio procedían de una muestra formada por pacientes que habían sido derivados a la USM durante el periodo de tiempo comprendido entre febrero 2015-enero 2017 para recibir asistencia especializada. Los criterios de inclusión que se llevaron a cabo para dicha selección fueron: pacientes mayores de 60 años + 1) síntomas psiquiátricos en pacientes con demencia conocida o sospecha de deterioro cognitivo; ó 2) síntomas psicóticos de nueva aparición (incluye alucinaciones, delirios y cuadros confusionales); ó 3) trastorno de conducta (incluye inquietud/ agitación psicomotriz, agresividad, conducta oposicionista, conducta desinhibida...) de nueva aparición; ó 4) síntomas depresivos y/o ansiosos en contexto de enfermedad somática; ó 5) complejidad de manejo en contexto de abuso sustancias, trastorno personalidad, problemática social...)

Se recogieron variables socio-demográficas y clínicas, a través de la información proporcionada por los propios pacientes, la historia clínica y la exploración psicopatológica de los mismos.

○ **Variables del estudio.**

I. Las **variables principales** del presente estudio lo componen:

A. Diagnóstico psiquiátrico principal de los pacientes (variable cualitativa nominal no dicotómica).

Según la clasificación CIE-10 quedaría dividida en las siguientes categorías: 0) Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (aquí se recogerían, entre otras manifestaciones, las demencias y el deterioro cognitivo leve como diagnósticos más frecuentes) 1) Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas 2) Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes 3) Trastornos del humor (afectivos) 4) Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos 5) Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos 6) Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto 7) Retraso mental 8) Trastornos del desarrollo psicológico 9) Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

B. Psicofármacos que tomaban los pacientes (variable cualitativa nominal dicotómica).

En función del grupo farmacológico o mecanismo de acción que presentaran, se dividieron en las siguientes categorías: 1) Benzodiacepinas 2) Fármacos Antipsicóticos 3) Fármacos Antidepresivos 4) Fármacos Antidemenciales 5) Fármacos Eutimizantes. Cada uno de los grupos está definido por una variable dicotómica, según tomen o no tomen uno o más fármacos del grupo respectivo.

II. En cuanto a las **variables secundarias** de nuestro estudio, lo compondrían los siguientes aspectos:

A. El Motivo de Consulta (variable cualitativa nominal no dicotómica).

Esta variable se dividiría a su vez en las siguientes categorías: 1) Alteraciones del estado de ánimo: depresión, euforia, irritabilidad/ labilidad emocional 2) ansiedad, preocupaciones hipocondríacas, insomnio 3) alteraciones de memoria, otros trastornos cognitivos 4) confusión, alucinaciones, delirios, suspicacia 5) trastorno de conducta: inquietud o agitación psicomotriz, agresividad, oposicionismo, apatía, desinhibición 6) otros.

- B. El Índice Acumulativo de Enfermedad o IAE** (variable cuantitativa continua), calculado para cada paciente en la primera visita según la comorbilidad médica que presentara.
- C. El número total de fármacos** que tomaban los pacientes de la muestra, incluyendo tratamiento somático (variable cuantitativa discreta)
- D. El hecho de si el paciente se encontraba institucionalizado o no** según los datos de filiación del paciente (variable cualitativa nominal dicotómica).
- E. Edad** de los pacientes (variable cuantitativa continua)
- F. Sexo** de los pacientes de la muestra (variable cualitativa nominal dicotómica)

Los programas informáticos utilizados fueron el Microsoft Office Excel 2007 para la recogida de datos y el programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versión 24.0 para los análisis estadísticos.

No se han recogido muestras biológicas, al margen de las solicitadas en algunos pacientes, según indicación clínica, como parte de su proceso asistencial.

De los 211 pacientes que constituían la muestra inicial, por criterios de inclusión y ante la presencia de valores perdidos en nuestras variables iniciales, finalmente la muestra final se compuso de 203 pacientes.

Analizaremos en primer lugar las prevalencias de nuestras variables para poder compararlas entre sí según las distintas categorías en las que las hayamos dividido y posteriormente estudiaremos el total de los datos obtenidos mediante tablas de frecuencias, cruzando las variables principales con el resto de variables. Compararemos la frecuencia de determinadas variables entre distintas categorías mediante el test Chi-cuadrado o las medias de distintas categorías mediante el test T-student o el test ANOVA como análisis de varianza. Posteriormente, evaluaremos si los distintos valores obtenidos presentan unas diferencias estadísticamente significativas. El nivel de significación establecido para los cálculos realizados es de 0'05. Finalmente, se procederá a valorar si existen o no diferencias clínicamente significativas e interpretar dichos resultados.

Cronograma.

- Revisión bibliográfica de estudios preexistentes con el fin de orientar la introducción y el análisis del trabajo: Diciembre 2016
- Recogida e informatización de datos: Febrero 2015 – Enero 2017
- Definición de objetivos e hipótesis: Febrero 2017
- Análisis y estudio de datos con el programa SPSS: Marzo 2017
- Análisis de resultados y discusión de los mismos: Marzo-Abril 2017
- Elaboración de conclusiones y revisión del trabajo: Abril-Mayo 2017
- Presentación ante tribunal del TFG: Junio 2017

Aspectos éticos.

El presente estudio no entraña ningún riesgo o daño para los pacientes, ni supone tampoco ningún beneficio directo e inmediato. No obstante, se espera que los resultados del trabajo sirvan para lograr una planificación de recursos más adecuada a las necesidades de los pacientes psicogerítricos y sus cuidadores.

La información de los pacientes ha sido tratada de forma anónima y confidencial, ya que cada paciente ha sido identificado con un número para este estudio en la base de datos. Sólo el investigador principal (tutora del trabajo) tiene acceso a la identidad del paciente, guardando la relación de los números de identificación en el estudio con el NHC.

- **Información a los participantes y consentimiento informado.**

Dado que el presente estudio utiliza exclusivamente datos de la actividad asistencial habitual, revisados de forma retrospectiva en la Historia Clínica de los pacientes, y tratados mediante una base de datos anónima, solicitamos al CEICA la excepción al Consentimiento Informado por escrito. Dicha solicitud fue aprobada por el CEICA en febrero 2016 para el Proyecto de Investigación de referencia (C.P.-C.I. PI16/0031).

El proyecto para el desarrollo de este trabajo ha sido aprobado por el CEICA en Abril 2017 (C.P.-C.I. PI17/0123).

Resultados.

De los 203 pacientes que formaban el total de la muestra, el 62% de los pacientes (126 pacientes) fueron mujeres, mientras que el 38% hombres (77 pacientes). La media de edad de los pacientes fue de 78 años.

Al calcular la **media de fármacos que tomaban** los pacientes de la muestra establecida, descubrimos que de los 150 pacientes de los que se pudo estudiar dicha variable, la media de fármacos que tomaban fue de 7'38 fármacos por paciente, siendo 1 el menor número de fármacos que tomaban y 16 el máximo de ellos.

Por otro lado, al comparar las **medias del IAE entre los pacientes que tomaban AP y los que no**, la media del IAE entre los que sí los tomaban era de 9'86, mientras que la de los pacientes que no tomaban AP era de 8'76, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p=0'038$). Asimismo, al centramos únicamente en los pacientes con trastorno mental orgánico, descubrimos que en estos pacientes que a su vez estaban institucionalizados la media del IAE era de 10'43, mientras que la de los pacientes con TMO que no estaban institucionalizados resultó ser de 8'46, con diferencias también estadísticamente significativas ($p=0'008$).

Al estudiar el **consumo de psicofármacos** de nuestra muestra, descubrimos que el 77'9% de los pacientes (159 pacientes) tomaban fármacos antidepresivos, el 46'6% de pacientes (95 pacientes) fármacos antipsicóticos, el 46'6% de pacientes (95 pacientes) tomaban benzodiacepinas, el 22'5% de pacientes (46 pacientes) tomaban fármacos antidemencia y 16'2% de los pacientes (33 pacientes) tomaban fármacos eutimizantes.

Por otro lado, al analizar el **diagnóstico principal** de los pacientes de nuestra muestra (**figura1**), los resultados fueron los siguientes: 53'4% de los pacientes (109 pacientes) fueron diagnosticados de trastorno mental orgánico (TMO), 3'9% de los pacientes (8 pacientes) fueron diagnosticados de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de drogas o sustancias psicotropas, 3'9% de los pacientes (8 pacientes) fueron diagnosticados de esquizofrenia, trastorno esquizotípico o de ideas delirantes, el 20'6% de los pacientes (42 pacientes) fueron diagnosticados como diagnóstico principal un trastorno afectivo, el 12'3% de los pacientes (25 pacientes) fueron diagnosticados de trastorno neurótico, el 1% de los pacientes (2 pacientes) se les diagnosticó de trastorno del comportamiento asociado a alguna disfunción fisiológica y/o factores somáticos, el 1 % de los pacientes (2 pacientes) diagnosticados de trastorno de la personalidad y comportamiento del adulto.

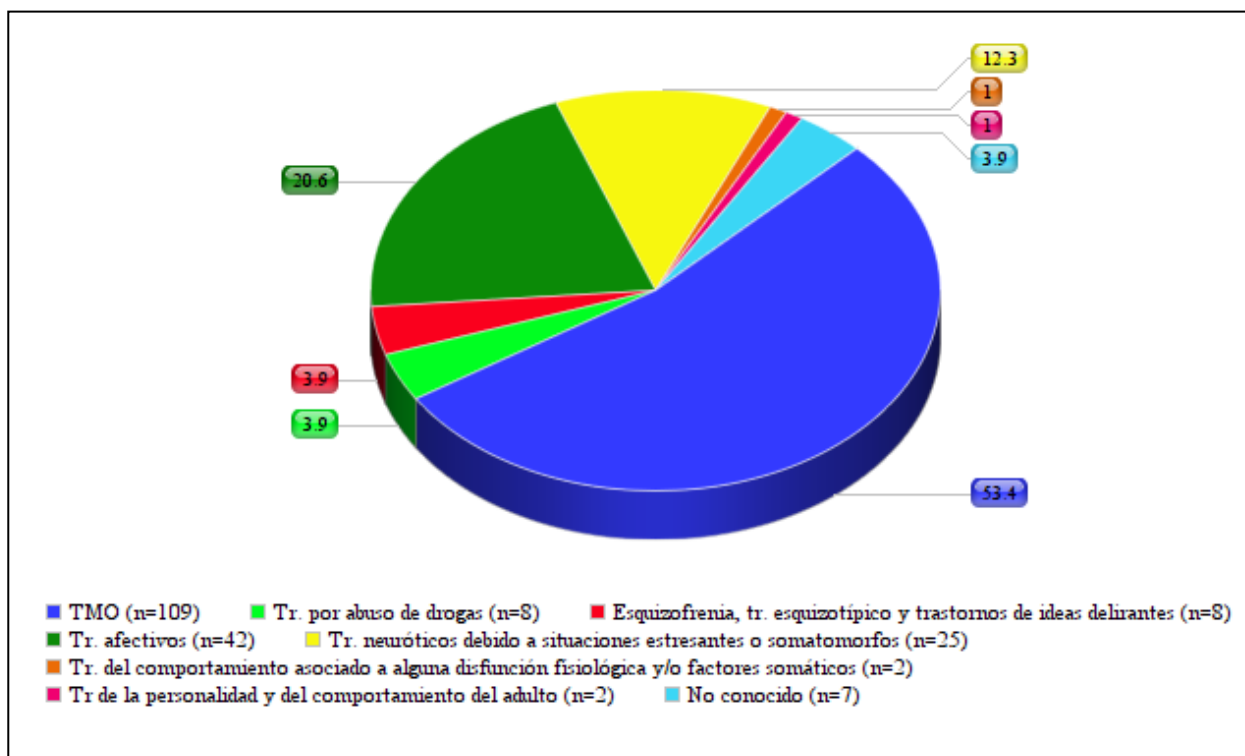


Figura 1. Representación de los diagnósticos principales de los pacientes de nuestro estudio.

A su vez, al estudiar la distribución del **consumo farmacológico de los pacientes** de nuestra muestra **según las categorías diagnósticas principales**, éste quedaría representado de la siguiente manera (**figura 2**):

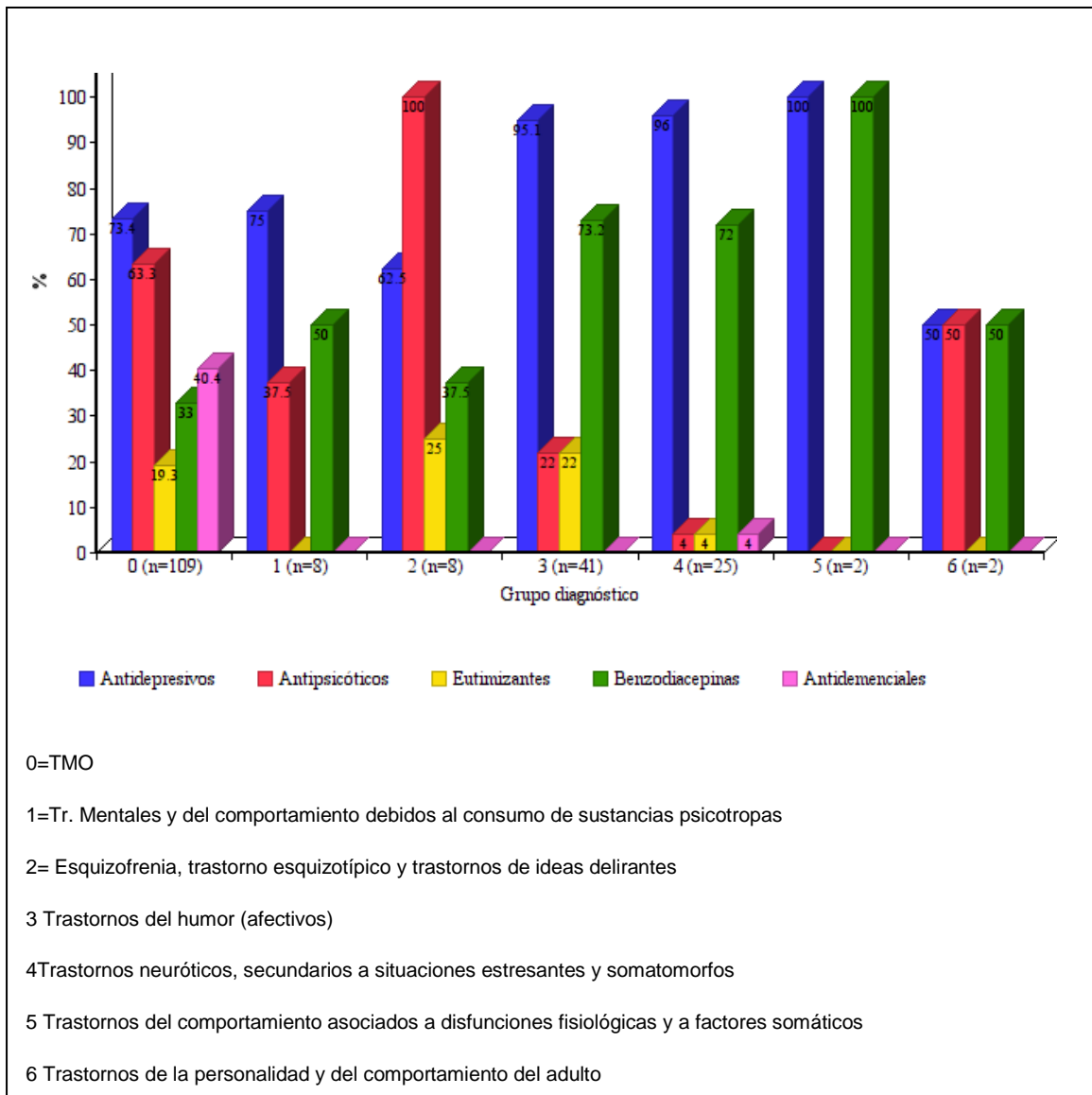


Figura 2. Distribución del consumo farmacológico de la muestra según el grupo diagnóstico.

Del mismo modo, **al comparar el consumo de antipsicóticos entre los pacientes con TMO** (dentro de las cuales se incluirían los pacientes con demencia o deterioro cognitivo leve como diagnósticos más frecuentes) **y el resto de pacientes (figura 3)**, nos encontramos con que el 63'3% de los casos con TMO (69 pacientes) estaban en tratamiento con antipsicóticos, frente al 27'4% de los pacientes que no tenían TMO (26 pacientes), con diferencias estadísticamente significativas ($p=0'000$).

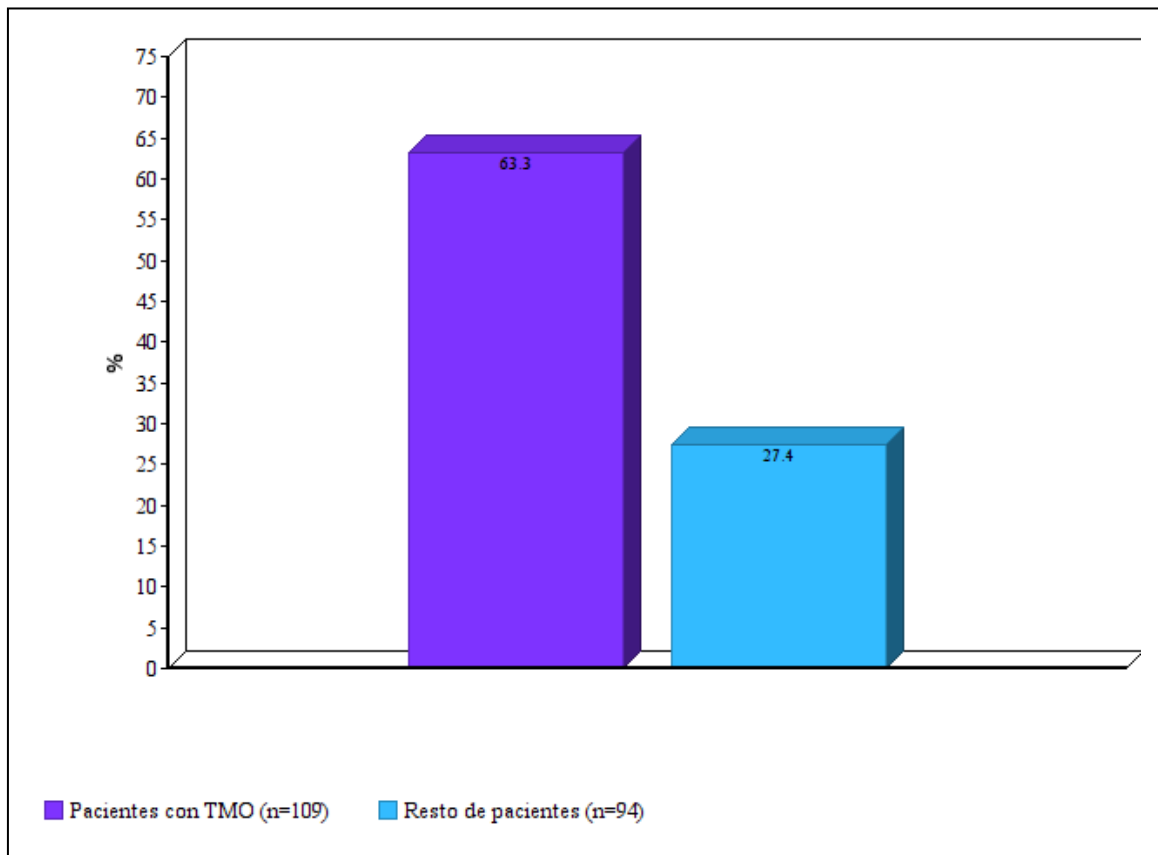


Figura 3. Consumo de AP entre los pacientes con Trastorno Mental Orgánico (TMO) y el resto de pacientes.

Por otro lado, al comparar los **pacientes que estaban institucionalizados de los que no**, descubrimos que el 23% de los pacientes (48 pacientes) estaban institucionalizados mientras que el 76% de los pacientes (155 pacientes) vivían en domicilio particular. De igual modo, al limitar el estudio en los 109 pacientes que presentaban trastorno mental orgánico, descubrimos que el 26'6% de ellos (29 pacientes) vivían en residencias o estaban institucionalizados, mientras que el 73'4% (80 pacientes) no lo estaban.

A su vez, dentro de los **pacientes con deterioro cognitivo que vivían en residencia**, 25 de ellos (86'2%) estaban en tratamiento con fármacos AP, mientras que los 4 restantes (13'8%) no tomaban antipsicóticos. De los pacientes con deterioro cognitivo que no vivían en residencia, 44 de ellos (55%) sí tomaban antipsicóticos, mientras que los 36 pacientes restantes (45%) no los tomaban (**figura 4**). De este modo, descubrimos que el consumo de fármacos antipsicóticos entre pacientes con deterioro cognitivo institucionalizados y no institucionalizados presentaba unas diferencias estadísticamente significativas ($p=0'003$).

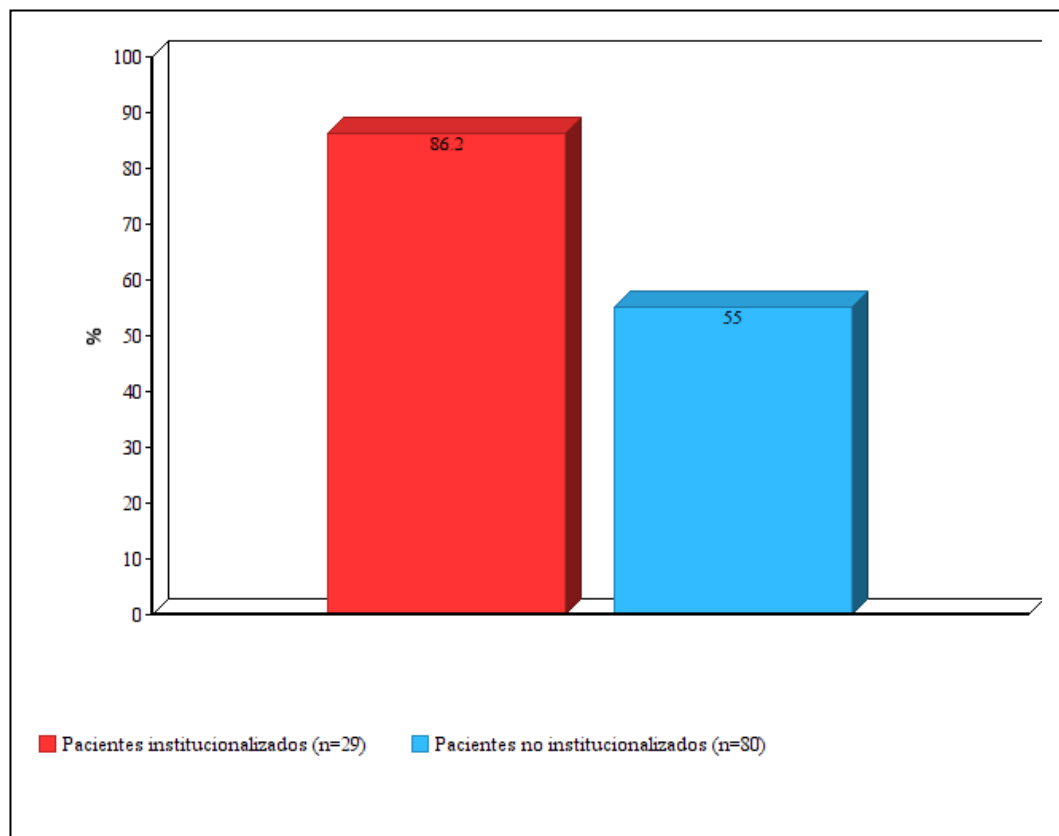


Figura 4. Pacientes con deterioro cognitivo que tomaban AP en función del lugar de residencia.

Al estudiar ahora el **uso de AP entre los pacientes con TMO que vivían en residencia de los que no según los motivos de consulta** vimos que no había diferencias significativas. No obstante, observamos que en aquellos pacientes cuyo motivo de consulta fueron “alucinaciones o delirios” y “trastornos de conducta”, el porcentaje de pacientes con trastorno mental orgánico que tomaban AP respecto a los que no los tomaban era significativamente mayor al resto de motivos de consulta (83'9% y 85'7% respectivamente). Al estudiar esta situación en función de si los pacientes estaban o no institucionalizados, los resultados obtenidos fueron similares (**figura 5**):

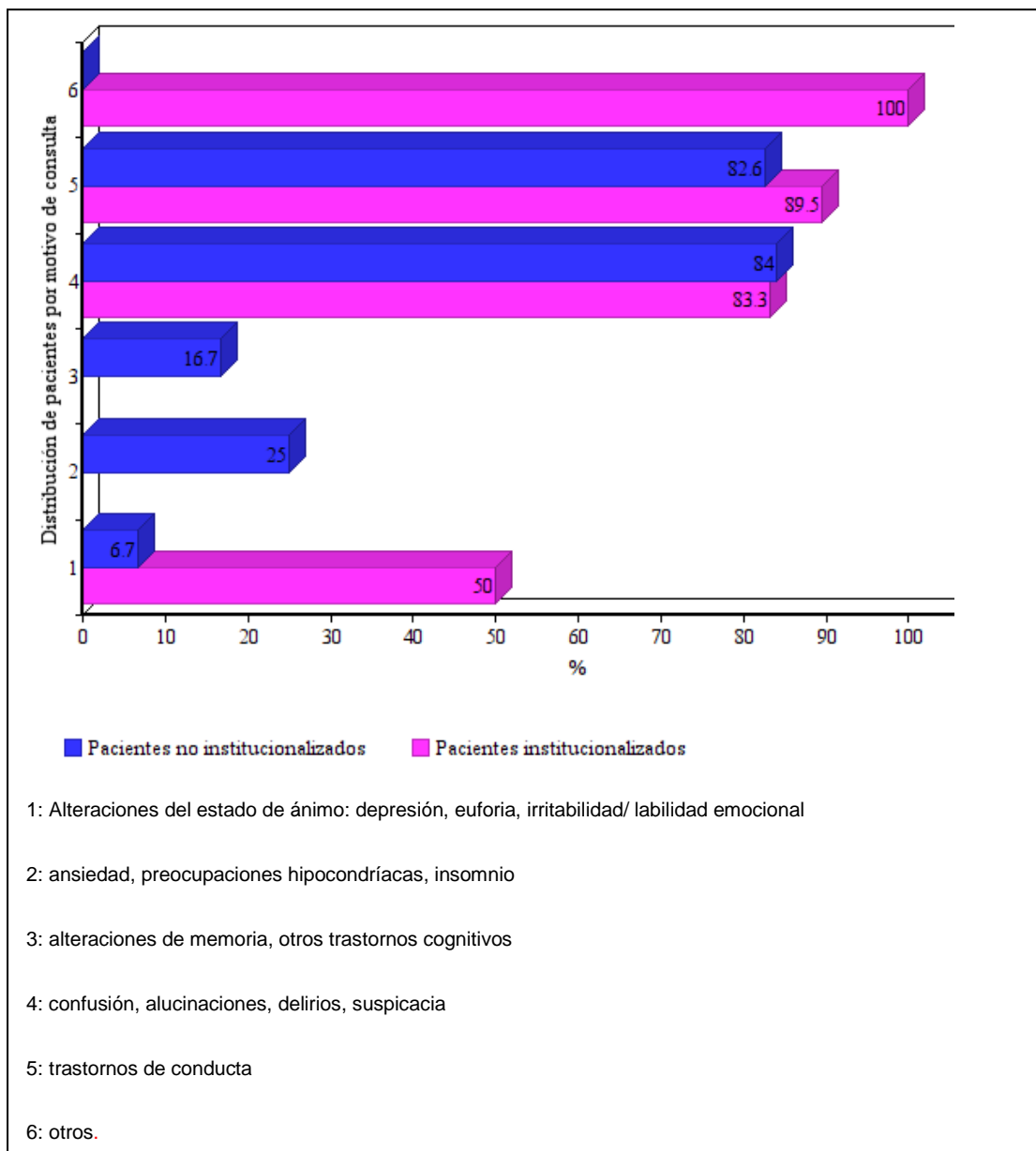


Figura 5. Pacientes con TMO en tratamiento con AP según motivo de consulta

También se observó que la mayoría de los **pacientes institucionalizados que presentaban trastorno mental orgánico** acudían a la consulta por trastornos de conducta (65'5%) y en segundo lugar por alucinaciones o delirios (20'7%). En los pacientes no institucionalizados, el motivo de consulta estaba más repartido, ya que el 31'3% de pacientes acudían por alucinaciones o delirios y hasta el 28'7% por trastornos de conducta (**figura 6**).

Al estudiar individualmente ambos motivos de consulta y analizar si acudían más a la consulta por alucinaciones y delirios los pacientes con TMO institucionalizados o los que no lo estaban, dichas diferencias no fueron halladas ($p=0'202$). Sin embargo, sí se pudo observar que los pacientes que estaban institucionalizados acudían más frecuentemente por trastorno de conducta (65'5%) que los que vivían en sus casas (28'7%), con diferencias estadísticamente significativas ($p=0'001$).

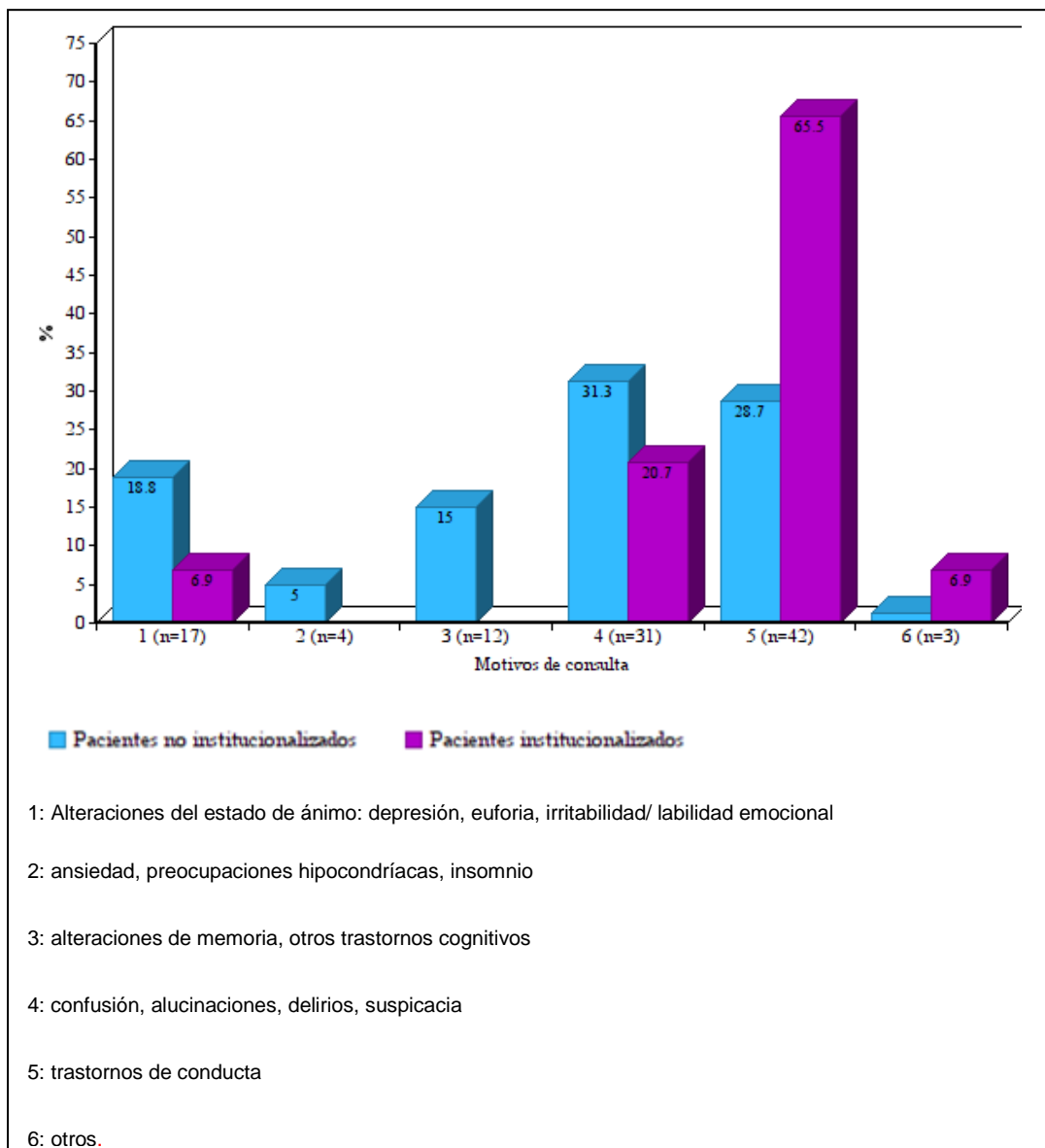


Figura 6. Distribución de los motivos de consulta de los pacientes de la muestra.

Discusión.

Tras observar los resultados obtenidos en este estudio, se podría resaltar, en primer lugar, el importante protagonismo que ocupan actualmente los psicofármacos en el manejo terapéutico de la población anciana.

Además, queda bastante reflejado cómo dentro de una misma categoría diagnóstica en muchas ocasiones se produce un consumo simultáneo de varios grupos farmacológicos distintos (por ejemplo, en el grupo de pacientes de la muestra con trastorno mental orgánico, el 73'4% tomaban antidepresivos, el 63'3% antipsicóticos, el 19'3% eutimizantes, el 33% benzodiacepinas y el 40'4% antidemenciales). Esto, unido a la fragilidad adicional que presenta el paciente anciano y el riesgo de interacciones farmacológicas que pueden llegar a producirse, tal y como reflejaban *Liperoti et al* entre otros ¹³, explicaría el especial cuidado en el manejo farmacológico del paciente anciano del que se advierte en este trabajo.

Así, analizando el alto consumo de los fármacos entre los pacientes que formaban parte de nuestra muestra (ya que hasta el 77'9% de nuestros pacientes tomaban antidepresivos y más del 46% consumían antipsicóticos y benzodiacepinas), podemos ver que este uso destacado de psicofármacos estaría en línea con el uso elevado que mostraban los artículos que habíamos examinado al iniciar la revisión bibliográfica ^{2, 4}.

Llama la atención que aunque sólo el 40'4% de los pacientes que presentaban trastorno mental orgánico estuvieran en tratamiento con fármacos antidemencia, dentro de este mismo grupo de pacientes el número de pacientes que tomaran fármacos antipsicóticos llegara a ser del 63'3%. Esto podría relacionarse por un lado con la escasa eficacia que a día de hoy se le atribuye a los fármacos destinados a tratar de corregir o detener la evolución de la demencia y otras entidades de fisiopatología similar. Por otro lado, esta alta relación que se observa entre los pacientes de nuestra muestra con trastorno mental orgánico y el consumo de AP que realizaban se ajustaría a lo observado en la evidencia analizada, debido a las indicaciones que ofrecen las guías clínicas en lo referente al uso de antipsicóticos en pacientes con deterioro cognitivo que presentaran síntomas psicóticos ([Anexo 2](#)).

A su vez, la aparición de síntomas neuropsiquiátricos (SNP) como agitación o agresividad (la cual puede verse justificada por estos trastornos orgánicos) es lo que en muchas ocasiones determina que a estos pacientes se les decida tratar con fármacos antipsicóticos (en nuestro caso, hasta el 38'5% del total de pacientes con TMO acudían a la consulta por trastornos de conducta, lo que condicionaría su tratamiento con AP). Del mismo modo, a medida que estos SNP se vuelven cada vez más frecuentes o más difíciles de controlar desde sus viviendas, un siguiente paso que a menudo se produce es la institucionalización (a veces precoz) de estos pacientes.

Esto último podría explicar las diferencias observadas entre los pacientes con deterioro cognitivo que tomaban AP y estaban institucionalizados (que correspondían al 86'2% del total de estos pacientes) de los que no (55% del total de pacientes con misma patología que vivían en su domicilio particular). Sin embargo, aunque podría ser que muchos de estos pacientes institucionalizados presentaran unos trastornos conductuales y SNP más graves que los que vivían en sus viviendas, vemos que esta diferencia de consumo de AP entre uno y otro grupo está en concordancia con la evidencia aportada por *Kuronen et al*⁶ o *Foebel et al*⁷, que advierten del uso (en muchas ocasiones desmedido) que se hace de los fármacos antipsicóticos, especialmente en pacientes institucionalizados.

Una buena medida para tratar de evitar esta situación podría ser la de intentar previamente algunas de las medidas no farmacológicas ya mencionadas ([Anexo 1](#)) y que, como hemos comentado, son la primera línea del tratamiento de estos pacientes (psicoeducación, abordaje psicológico de los pacientes, terapia centrada en el paciente...), si bien algunas situaciones de la práctica clínica actual hacen difícil su puesta en marcha (como por ejemplo la falta de personal y la escasez de recursos que se produce en muchas ocasiones a día de hoy).

Sería interesante en estos casos que se pudiera investigar más acerca de estas desigualdades de uso farmacológico tan dispares entre los pacientes institucionalizados y los que no lo están, ya que como hemos visto las diferencias entre las prescripciones de uno y otro grupo pueden residir no sólo en aspectos clínicos, sino también en otros sociales o ambientales⁸. Muy importante sería analizar aspectos como el estrés del cuidador o los controles periódicos de la medicación que reciben los pacientes en las residencias, ya que son factores que en ocasiones son responsables de este mayor uso de antipsicóticos en este grupo de ancianos. Si pensamos en algunas de las propuestas que han ido surgiendo a lo largo de los años (estrategias farmacológicas, algoritmos para la toma de decisiones...) podríamos

pensar que esta situación podría verse más controlada en estos pacientes de tomarse alguna de estas medidas.

Hubiera sido de esperar que al analizar a los pacientes de nuestra muestra existieran diferencias significativas en el uso de AP entre los pacientes que vivían en residencia de los que no según los distintos motivos de consulta, si bien en nuestro caso no se pudieron encontrar. Por otro lado, en la revisión realizada habíamos observado que dentro de los SNP que se asociaban a un mayor uso de AP, nos encontrábamos con síntomas como agitación, agresividad, alucinaciones, desinhibiciones o delirio. Dentro de los pacientes de nuestra muestra pudimos comprobar que del grupo de pacientes que habían acudido a la consulta por motivos de “alucinaciones o delirios” o por “trastornos de conducta”, el porcentaje de pacientes que recibían tratamiento con fármacos antipsicóticos era muy elevado (83'9% y 85'7% respectivamente). Como hemos comentado anteriormente, esto en función a la literatura revisada podría ser fácilmente explicable, ya que como hemos visto una de las principales indicaciones que se establece hoy día para la prescripción de los fármacos AP es el manejo agudo de síntomas psicóticos en estos pacientes y en menor medida trastornos de conducta. Esto a su vez podría ser otra de las causas que explicara la elevada prescripción de dichos fármacos, pero aunque a simple vista pudiera verse “justificada” por los síntomas que presenta el paciente, dichos síntomas pueden tener una aparición irregular y desaparecer con el tiempo, por lo que la administración continua de estos fármacos dejaría de estar indicada ³.

También los hallazgos obtenidos que mostraban que la mayoría de los pacientes que acudían a la consulta y que estaban institucionalizados lo hacían por trastornos de conducta (65'5%) y en un segundo lugar por alucinaciones o delirios (20'7%) podrían guardar relación con la bibliografía actual.

Como hemos visto, la aparición de SNP se asocia a un mayor riesgo de institucionalización en estos pacientes, al mismo tiempo que estos síntomas presentan una mayor incidencia entre los pacientes que están institucionalizados. Asimismo, la agitación severa, a pesar de considerarse una indicación para la administración de fármacos AP, a veces resulta empeorada e incluso inducida por dichos fármacos debido a los efectos anticolinérgicos y otros que presentan.

Es por esto que debemos ser muy cautos a la hora de decidir a qué paciente se va a tratar y a quién no con fármacos antipsicóticos y tener como referencia siempre las medidas no farmacológicas como primera opción de tratamiento. Si se determinara la verdadera razón de aparición de estos trastornos conductuales (que a veces puede

ser por causas potencialmente corregidas como aislamiento social, inhibición sensorial o desorientación) la prescripción de fármacos AP en muchos de los casos podría verse del mismo modo reducida considerablemente. Además, no hay que olvidar que la principal indicación de estos fármacos es la aparición de síntomas psicóticos y de una forma más limitada los trastornos de conducta.

Por otro lado, la aparición de efectos anticolinérgicos y alteraciones en el comportamiento en pacientes que toman AP como efecto adverso no son los únicos de los que nos advierten las guías clínicas, pues la aparición de efectos cardiovasculares, aumento de parámetros metabólicos y el mayor riesgo de mortalidad asociada son también otros aspectos a tener en cuenta en estos fármacos ¹¹.

Es por esto que también se quiso comprobar dentro de los pacientes de nuestra muestra si existían diferencias significativas en esta mayor morbilidad asociada entre los pacientes que tomaban fármacos antipsicóticos y los que no, para lo cual decidimos utilizar el Índice Acumulativo de Enfermedad o IAE (Cumulative Illness Rating Scale) como parámetro a estudiar.

Los resultados obtenidos revelaron que en los pacientes que tomaban AP, su IAE aumentaba en más de un punto respecto a los que no (9'86 en los pacientes que tomaban AP respecto al 8'76 que no tomaban AP). De este modo, esta diferencia encontrada podría asociarse (entre otros aspectos) al mayor riesgo de morbilidad del que se advierte sobre la ingesta de fármacos antipsicóticos lo que reflejaría, de ser así, el especial cuidado que se debe tener en el manejo de dichos fármacos. No obstante, las características de nuestro estudio no nos permiten poder establecer una relación causal de esta asociación, si bien una buena forma de realizarla podría ser la de realizar un estudio que evaluara la morbilidad de los pacientes antes y después de instaurarse el tratamiento farmacológico, comparando así los resultados obtenidos con los de otros estudios realizados ¹¹.

Además, al calcular la media de fármacos que tomaban los pacientes de nuestra muestra, se observó que dicha cifra resultó ser de 7'38 fármacos por paciente. De este modo, en comparación con la bibliografía analizada que afirmaba que la media de fármacos que tomaban los pacientes ancianos era de 4'8 ¹², se observa que el consumo de fármacos por parte de los pacientes de nuestra muestra es significativamente mayor (lo cual podría justificar a su vez la mayor comorbilidad que presenta el paciente geriátrico con respecto a la población anciana sana). Muchos son los factores que influyen en esto (no sólo la patología asociada, sino también la

refractoriedad al tratamiento, la situación clínica del paciente, la evolución de la enfermedad de cada paciente...) y aunque resulta muy difícil determinar la causa exacta de dicho hallazgo, debemos destacar una vez más la vital importancia que tiene la revisión periódica de los tratamientos que siguen los pacientes para tratar de conseguir que este número sea el menor posible.

Los puntos fuertes de este estudio son en primer lugar la búsqueda sistemática y extensa de la que ha partido el presente trabajo, a través de varias bases de datos de gran trascendencia actual, así como la revisión de un gran número de revistas científicas de gran impacto, guías clínicas recientemente actualizadas y publicaciones de los últimos cinco años que incluían meta-análisis. Además, se trata de un estudio realizado a partir de una muestra psicogeriatrica representativa de un amplio sector de población obtenida de la práctica clínica diaria, siendo que la USM y las Consultas Externas de Psiquiatría de adultos del HCU de Zaragoza tiene una población de referencia de 132.704 habitantes y atiende aproximadamente a unos 1.145 pacientes nuevos cada año, lo cual justifica a su vez el enfoque clínico con el que se ha orientado dicho estudio. También la variedad de parámetros que se han podido obtener de los datos clínicos de los pacientes pueden definirse como fortalezas de nuestro trabajo, debido a que ha permitido un análisis más completo sobre las distintas características de nuestros pacientes.

Asimismo, esta revisión ofrece por un lado un análisis descriptivo de una muestra seleccionada de casos que permiten comparar el consumo de psicofármacos entre pacientes institucionalizados y no institucionalizados con diferencias significativas, así como una bibliografía unificada que puede resultar útil para futuras revisiones bibliográficas. Por otro lado, los resultados que se recogen de este estudio siguen en línea con la tendencia actual del elevado uso de AP descrito por otras revisiones publicadas y permiten aportar una mayor evidencia a las afirmaciones expuestas por las guías clínicas en cuanto al destacado papel que a día de hoy ocupan los fármacos antipsicóticos en la población anciana.

Las limitaciones del presente estudio serían, en primer lugar, que no se han podido registrar de todos los pacientes todas las variables que se pretendían analizar, si bien estos han sido un porcentaje muy reducido de casos. Además, el hecho de haber realizado un estudio transversal sobre la muestra hace que no podamos establecer una relación causal respecto a algunas variables, como el IAE, por lo que los valores obtenidos de este parámetro no se pueden asociar de forma directa al consumo de fármacos psiquiátricos. Asimismo, las desigualdades cuantitativas entre algunos

subgrupos de nuestro estudio al comparar algunas variables determinadas podrían incluirse también en este apartado.

En cuanto a los potenciales sesgos que se podrían incluir dentro de este estudio serían:

1) **Selección:** en la muestra obtenida no se incluyen a todos los pacientes mayores de 60-65 años que hayan sido remitidos a la USM de nuestro hospital, y existe la posibilidad de que haya pacientes con deterioro cognitivo o demencia que hayan sido evaluados por otro psiquiatra de la unidad, y por tanto no incluido en la muestra. Igualmente, evaluamos a los sujetos que han sido remitido por los médicos de atención primaria según su criterio, por lo que es probable que haya pacientes con deterioro cognitivo y/o en tratamiento con APs que no hayan sido remitidos a nuestra consulta (bien porque los lleven otros especialistas: neurología, geriatría... o bien porque el propio médico de familia ó el médico de la residencia se los prescriba).

2) **Información:** por el ámbito clínico de la muestra y la presión asistencial de la Unidad, las variables se recogen de forma individualizada y mínimamente protocolizada, por lo que cabe esperar algunos valores perdidos en algunas de ellas (test, escalas...). Además, no contemplamos comorbilidad psiquiátrica, ya que sólo se ha asignado un diagnóstico de forma jerárquica. Finalmente, respecto al motivo de consulta, se ha designado como tal lo que constaba en el volante de derivación, pero es posible que el paciente presentara además otros síntomas que pudieran justificar la prescripción de otros fármacos que no se correspondieran con el motivo de consulta establecido.

Una propuesta interesante que se podría hacer para los estudios posteriores podría ser la de analizar cómo se modifican algunos eventos que en este estudio se han evaluado (como la aparición de síntomas neuropsiquiátricos o la variación en la prescripción de fármacos psiquiátricos) en los pacientes que, tras haber estado viviendo en su propio domicilio pasan a estar institucionalizados, comparando los datos previos y posteriores a la institucionalización.

De este modo, sería interesante también poder realizar en el futuro estudios longitudinales que analicen la evolución de la morbilidad tras la instauración de psicofármacos y, más concretamente, fármacos antipsicóticos. Algunos autores, como *Martin et al*¹¹ ya nos advertían de la modificación de algunos aspectos metabólicos tras la instauración de un fármaco antipsicótico en el manejo del paciente, si bien las comorbilidades asociadas no se limitarían solo a estos aspectos, ya que pueden ser a

su vez causas de más síntomas psiquiátricos, como los síndromes confusionales o delirium ¹⁹.

Asimismo, se invita también a la elaboración de más estudios clínicos que permitan establecer de manera más segura la alternativa que pueden llegar a ofrecer otros fármacos en el manejo conductual de pacientes con deterioro cognitivo, sobre los que ya se han realizado diversos ensayos en fármacos como los inhibidores de la acetilcolinesterasa, la memantina, la sertralina o el citalopram. De igual modo, se ofrece también la posibilidad de realizar ensayos clínicos sobre algunos de los fármacos de los que ya se nos advierte del efecto potencial que pueden tener en estos pacientes, como la quinidina, los cannabinoides, el bexiprazol o el prazosin, para poder conocer mejor acerca del riesgo-beneficio que presentan o los rangos terapéuticos que ofrecen debido a la evidencia insuficiente que existe a día de hoy sobre dichos fármacos.

Es fundamental también que se preste especial atención en recordar la importancia que presenta el realizar una revisión periódica y sistemática de los fármacos en el paciente anciano, especialmente de los psicofármacos debido a la alta prevalencia que mantienen en la actualidad (especialmente en el anciano institucionalizado). Muchas son las advertencias que se han desarrollado acerca de los efectos secundarios que se producen a día de hoy en los pacientes expuestos a ellos y las interacciones farmacológicas que pueden producir, si bien muchos pacientes continúan actualmente perjudicándose de dichos efectos.

Por todas estas razones, podemos comprobar que la instauración de intervenciones y medidas diseñadas para la disminución de la prescripción de los fármacos AP resulta totalmente justificada. Aunque, como hemos observado, la mayoría de estas estrategias han resultado ineficaces ante los objetivos propuestos, esto no es razón para que no se sigan diseñando nuevas alternativas y protocolos que permitan dicho logro (más bien al contrario). Uno de los principales problemas que se evidencia en el fracaso de estas medidas es que muchas de ellas se plantean para unas situaciones y condiciones que no se ajustan con la práctica médica real, ya sea entre otras cosas, por la falta de tiempo, de recursos o de personal que existe a día de hoy en muchos centros sanitarios.

De las medidas y propuestas revisadas, se observa que todas ellas tienen en común la importancia que mantienen en involucrar de forma activa a cuidadores y familiares de los pacientes, con estrategias centradas en el paciente y la educación e insistencia de las medidas no farmacológicas como pilar del tratamiento de los pacientes con deterioro cognitivo que presenten síntomas psicóticos. Por ello, se aconseja que las futuras intervenciones que se decidan realizar y estén destinadas a esta misma finalidad tengan como base estos aspectos señalados y mejorar así esta situación.

A modo de reflexión, aunque el manejo de psicofármacos en el anciano resulta una tarea muy difícil de llevar a cabo, el riesgo que se desprende de dichos fármacos y las comorbilidades que a menudo presentan estos pacientes, hacen necesario este especial cuidado del que se ha advertido en esta revisión. No debemos olvidar que el objetivo principal de dicha prescripción es la de poder otorgar la mayor calidad de vida posible a estos pacientes, lo cual nos impulsa todavía más a seguir trabajando e investigando.

Conclusiones.

1. El uso de psicofármacos en la población anciana a día de hoy continúa siendo excesivo, especialmente los antipsicóticos. Esto supone un peligro por los riesgos a medio-largo plazo que se contemplan, por lo cual debe concienciarse a los facultativos sobre el especial cuidado que debe hacerse en el manejo de estos fármacos.
2. En nuestro estudio, de los 203 pacientes que formaban la muestra, se observó que el 46'6% de los pacientes tomaban fármacos antipsicóticos. La prevalencia de pacientes con trastorno mental orgánico (TMO) resultó ser del 53'4% y la de los pacientes institucionalizados que formaban parte de nuestro estudio fue del 23%.
3. El consumo de AP resultó ser significativamente mayor en los pacientes que tenían trastorno mental orgánico (63'3% de los pacientes) en comparación con el resto de pacientes que no presentaban TMO (27'4% de los pacientes), siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p=0'000$)
3. Se evidenció un mayor consumo de fármacos antipsicóticos entre los pacientes con deterioro cognitivo que estaban institucionalizados (86'2% de los casos) con respecto a los pacientes con deterioro cognitivo no institucionalizados (55% de los pacientes) con diferencias estadísticamente significativas ($p=0'003$).
4. Al estudiar el consumo de AP en función de los motivos de consulta, se observó que las causas más frecuentes relacionadas con el uso de fármacos antipsicóticos fueron las alucinaciones o delirios y los trastornos de conducta.
5. El principal motivo de consulta de los pacientes con TMO que estaban institucionalizados fue el de trastornos de conducta (65'5%). En los no institucionalizados, el principal motivo de consulta lo formaban las alucinaciones y delirios (31'3%) y los trastornos de conducta (28'7%).
6. No se hallaron diferencias significativas sobre si acudían más a la consulta por alucinaciones y delirios los pacientes con TMO institucionalizados o los que no lo estaban. No obstante, se comprobó que los pacientes con TMO institucionalizados acudían más por trastornos de conducta que los que no lo estaban ($p=0'001$).
7. Para el manejo de síntomas psicóticos se consideran de elección las medidas no farmacológicas, así como las estrategias centradas en el cuidado del paciente. El uso de AP se reserva para situaciones en las que dichas medidas hayan fracasado o ante una mayor severidad de los síntomas. Es necesaria la elaboración de futuros estudios que desarrollen nuevas estrategias que reduzcan el empleo de dichos fármacos, garantizando a su vez la máxima calidad de vida posible en los pacientes.

1. Gustafsson M, Isaksson U, Karlsson S, Sandman PO, Lövhelm H. Behavioral and psychological symptoms and psychotropic drugs among people with cognitive impairment in nursing homes in 2007 and 2013. *Eur J Clin Pharmacol*. 2016; 72: 987–994
2. Ćurković M, Dodig-Ćurković K, Erić AP, Kralik K, Pivac N. Psychotropic medications in older adults: a review. *Psychiatria Danubina*. 2016; 28 (1): 13-24
3. Tampi R, Tampi DJ, Balachandran S, Srinivasan S. Antipsychotic use in dementia: a systematic review of benefits and risks from metaanalyses. *Ther Adv Chronic Dis*. 2016; 7(5): 229–245
4. Gustafsson M, Karlsson S, Lövhelm H. Inappropriate long-term use of antipsychotic drugs is common among people with dementia living in specialized care units. *BMC Pharmacology and Toxicology*. 2013; 14:10
5. Chiu Y, Bero L, Hessol N, Lexchin J, Harrington C. A literature review of clinical outcomes associated with antipsychotic medication use in North American nursing home residents. *Health Policy*. 2015; 119: 802–813
6. Kuronen M, Kautiainen H, Karppi P, Hartikainen S, Koponen H. Antipsychotic drug use and associations with neuropsychiatric symptoms in persons with impaired cognition: a cross-sectional study. *Nordic Journal Of Psychiatry*. 2016; 70 (8).
7. Foebel et al. A retrospective, longitudinal study of factors associated with new antipsychotic medication use among recently admitted long-term care residents. *BMC Geriatrics*. 2015; 15:128
8. Van der Spek et al. PROPER I: frequency and appropriateness of psychotropic drugs use in nursing home patients and its associations: a study protocol. *BMC Psychiatry*. 2013; 13: 307
9. Jacquin-Piques A et al. Psychotropic Drug Prescription in Patients with Dementia: Nursing Home Residents Versus Patients Living at Home. *J Alzheimers Dis*. 2016; 49(3)
10. Maust D, Kim H, Seyfried L, Chiang C, Kavanagh J et al. Antipsychotics, Other Psychotropics, and the Risk of Death in Patients With Dementia Number Needed to Harm. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72 (5)

11. Martín L, Barbadillo L , Galdeano A, Mondragón, Alonso M et al. Tras 6 meses de tratamiento antipsicótico: ¿mejoría de la salud mental a costa de la salud física? *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 2013; 6(1): 26-32
12. Cortajarena García M, Ron Martin S, Miranda Vicario E, Ruiz de Vergara Eguino A, Azpiazu Gomez P and Lopez Aldana J. (2016). Antidepresivos en la tercera edad. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 42(7), pp.458-463.
13. Liperoti R et al. Antipsychotic Drug Interactions and Mortality Among Nursing Home Residents With Cognitive Impairment. *J Clin Psychiatry*. 2017; 78(1)
14. Thompson J, Abbott R, Rogers M, Whear R, Pearson S et al. Interventions to reduce inappropriate prescribing of antipsychotic medications in people with dementia resident in care homes: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc*. 2014; 15(10):706-18.
15. Szczepura A, Wild D, Khan AJ, et al. Antipsychotic prescribing in care homes before and after launch of a national dementia strategy: an observational study in English institutions over a 4-year period. *BMJ Open*. 2016; 6
16. Cioltan et al. Variation in use of antipsychotic medications in nursing homes in the United States: A systematic review. *BMC Geriatrics*. 2017; 17:32
17. Richter C, Berg A, Fleischer S, Köpke S, Balzer K, et al. Effect of person-centred care on antipsychotic drug use in nursing homes (EPCentCare): study protocol for a cluster-randomised controlled trial. *Implementation Science*. 2015; 10:82
18. Smeets C, Smalbrugge M, Gerritsen ML, Nelissen-Vrancken M, Wetzels RB, et al. Improving psychotropic drug prescription in nursing home patients with dementia: design of a cluster randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2013; 13:280
19. Lavan AH, Gallagher P. Predicting risk of adverse drug reactions in older adults. *Therapeutic Advances in Drug Safety*. 2016;7(1):11-22.
20. Fistera.com, Atención Primaria en la Red (sede web). Tratamiento farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (actualizada en febrero de 2016). Disponible en <http://www.fistera.com>
21. UpToDate. Press D, Alexander D. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia. Jan 18, 2017. Disponible en <http://www.uptodate.com/>
22. Sociedad Española de Psiquiatría: <http://www.sepsiq.org>

ANEXO 1. Clasificación de los síntomas psicológicos y conductuales en el paciente con demencia.

Trastornos conductuales	Alteraciones de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperactividad motora (deambulación errática y/o otra actividad motora no explicada por necesidades básicas y/u otro SPCD), actividad inapropiada. • Agitación, inquietud. • Vocalizaciones repetidas (sonido o expresión vocal), molesta, no relacionada con cambios en el paciente o entorno. Repetición actos, quejas y preguntas. • Abulia cognitiva (reducción del contenido del pensamiento y la iniciativa espontánea). • Negación al baño, vestido, etc.
	Agresividad	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta física o verbal que puede causar daño físico o moral; resistencia a la ayuda necesaria.
	Trastornos del apetito	<ul style="list-style-type: none"> • Negación a comer, apetito elevado, comidas "raras", hiperoralidad.
	Trastornos del sueño/vigilia	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del ciclo fisiológico de sueño/vigilia, insomnio, sueño fragmentado.
	Conducta social inapropiada/desinhibición	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de tacto social en el lenguaje, la expresión corporal u otras conductas, alteración comportamiento sexual.
Trastornos psicológicos	Alteraciones afectivas	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (temor o sentimiento de pérdida de control). • Irritabilidad (impaciencia, intolerancia, cambios de humor, etc.). • Síntomas depresivos (tristeza, anhedonia, falta de esperanza, sentimiento de ser una carga, etc.), depresión mayor. • Labilidad emocional. • Hipertimia (afectividad excesiva, verborrea, desproporción entre los sentimientos de alegría y el entorno o situación). • Euforia: humor anormalmente elevado o inapropiado.
	Alteración del pensamiento, delirios y trastornos de identificación	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias erróneas o falsas interpretaciones (le han robado lo que no encuentra) o identificaciones (el cuidador es un extraño, las personas de la televisión están en la casa, no reconoce la vivienda). • Delirios de robo, de abandono o perjuicio, delirios paranoides, desconfianza, la pareja es infiel. • Fabulaciones falsas de su pasado.
	Ilusiones y alucinaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Percepciones distorsionadas (ilusiones) o falsas (alucinaciones) de tipo visual, auditivo, olfatorias, táctiles, etc.).
	Apatía	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de interés, motivación, emoción o preocupación.

ANEXO 2. Manejo de los síntomas psicológicos y conductuales en la demencia.

Síntoma	Tratamiento farmacológico	Manejo no farmacológico (MNF) ¹
Delirios y trastornos de identificación, alucinaciones	Neurolépticos: risperidona, aripiprazol, quetiapina. ICE: rivastigmina (en demencia con cuerpos de Lewy).	Adaptación del entorno, evitar desencadenantes, distraer a otros temas.
Depresión	Antidepresivos (en depresión grave). Neurolépticos (ante ideas delirantes asociadas o depresión rebelde): quetiapina, olanzapina o risperidona.	Psicoterapia (en depresión leve y fases leves de demencia), música, animales, ejercicio físico.
Irritabilidad, ansiedad	Benzodiacepinas: lorazepam, (periodos cortos). Antidepresivos (trazodona, mirtazapina, sertralina, citalopram). Neurolépticos (dosis bajas).	Buscar causa. Sólo utilizar fármacos en trastorno grave que no mejora con MNF. Evitar estrés, situaciones nuevas, ofrecer seguridad.
Trastornos del sueño/vigilia	Antidepresivos: trazodona, mirtazapina. Benzodiacepinas: lorazepam, lormetazepam (periodos cortos). Neurolépticos: quetiapina (dosis baja).	Buscar causa. Sólo utilizar fármacos en trastorno grave que no mejora con MNF. Evitar/reducir sueño diurno. Luz nocturna suave en la habitación, evitando ruido. Actividad durante el día.
Impulsividad	Aumento apetito: trazodona (degeneración frontotemporal). Hipersexualidad: ISRS, cimetidina, tratamiento hormonal.	Limitar la exposición a comida, si hay aumento de apetito. Vigilar desencadenantes de conducta sexual inapropiada, corregir con tacto, ayudar al cuidador a entender el síntoma.
Agresividad/agitación	Memantina (prevención, enfermedad de Alzheimer moderada-severa). ICE: (si está indicado y hay intolerancia a neurolépticos). Neurolépticos: risperidona, quetiapina (síntomas graves). ISRS (opción): sertralina, citalopram. Antiepilépticos (opción alternativa): carbamazepina.	Buscar siempre síntoma diana que lo explique y actuar en consecuencia. Educación del cuidador. Vigilar desencadenantes, respetar gustos, dignidad, autonomía personal.