



¿Por qué toma un antipsicótico el paciente?

- Psicosis, agresión, agitación (síntomas psicológicos y conductuales de la demencia - SPCD) tratados durante ≥ 3 meses (síntomas controlados o sin respuesta a la terapia).

- Insomnio primario tratado durante cualquier período de tiempo, o insomnio secundario en el que se tratan las comorbilidades subyacentes

- Esquizofrenia
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno bipolar
- Delirio agudo
- Síndrome de Tourette
- Trastornos de tics
- Autismo
- Duración de la psicosis en la demencia de menos de 3 meses
- Discapacidad intelectual
- Retraso en el desarrollo
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Alcoholismo
- Abuso de la cocaína
- Psicosis de la enfermedad de Parkinson
- Coadyuvante para el tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor

Recomendar la Deprescripción

Recomendación fuerte (según la Revisión Sistemática y clasificación GRADE)

Reducir progresivamente y retirar el AP (lentamente en colaboración con el paciente y/o cuidador; p.ej. una reducción del 25%-50% de la dosis cada 1-2 semanas)

Retirar el AP

Recomendación de buena práctica

Continuar con un AP

o consultar con un psiquiatra si está considerando la deprescripción

Monitorizar cada 1-2 semanas mientras dure la reducción progresiva

Beneficios esperados:

- Puede mejorar el estado de alerta, la marcha, reducir las caídas o los síntomas extrapiramidales

Efectos adversos de la retirada del fármaco (una monitorización más estrecha para aquellos con síntomas iniciales más graves):

- Psicosis, agresión, agitación, delirios, alucinaciones

Si los SPCD reaparecen:

Considerar:

- Estrategias no farmacológicas (p.ej. musicoterapia, estrategias de manejo de la conducta)

Reanudar el fármaco AP:

- Reanudar el AP a la dosis más baja posible si reaparecen SPCD, con reintento de deprescripción en 3 meses
- Intentar al menos 2 veces su retirada

Fármacos alternativos:

- Considerar cambiar a risperidona, olanzapina o aripiprazol

En caso de reaparición del insomnio:

Considerar

- Minimizar el uso de sustancias que empeoren el insomnio (p.ej. cafeína, alcohol)
- Estrategias conductuales no farmacológicas (ver el reverso)

Fármacos alternativos

- Se han utilizado otros medicamentos para tratar el insomnio. La evaluación de su seguridad y eficacia está fuera del alcance de este algoritmo de deprescripción. Ver la guía de deprescripción de AP para más detalles.





Los antipsicóticos más recetados

Antipsicótico	Forma	Dosis
Clorpromazina	C L IM	25, 100 mg 40 mg/mL 5 mg/mL
Haloperidol	C L IM	10 mg 2 mg/mL 5 mg/mL
Loxapina	INH	9,1 mg
Aripiprazol	C CD CA L IM LP IM	5, 10, 15, 20, 30 mg 10, 15, 20, 30 mg 5, 10, 15 mg 1 mg/mL 7,5 mg/mL 300, 400 mg
Clozapina	C CD	25, 50, 100, 200 mg 25, 100, 200 mg
Olanzapina	C CA CD IM	2,5, 5, 7,5, 10, 15, 20 mg 5, 10, 15, 20 mg 10, 210, 300, 405 mg
Paliperidona	LP C LP, IM	3, 6, 9 mg 25, 50, 75, 100, 150, 175, 263, 350, 525, 700, 1000 mg
Quetiapina	C LP C	25, 50, 100, 150, 200, 300, 400 mg 50, 150, 200, 300, 400, 600 mg
Risperidona	C CD L LP IM	0,5, 1, 2, 3, 4, 6 mg 0,5, 1, 2 mg 1 mg/mL 25, 37,5, 50, 75, 100 mg
Paliperidona palmitato	LP IM	25, 50, 75, 100, 150, 175, 263, 350, 525, 700, 1000 mg
Levomepromazina maleato	C	25, 100 mg
Clotiapina	C	40 mg

IM = intramuscular, L = líquido, C = comprimido, CD = comp. bucodispersable, CA = cápsula, LP = liberación prolongada, INH = inhalación

Efectos secundarios de los antipsicóticos

- Los AP están asociados con un mayor riesgo de:
 - Alteraciones metabólicas, aumento de peso, sequedad de boca, mareos
 - Somnolencia, adormecimiento, lesiones o caídas, fracturas de cadera, EPS, marcha anormal, infecciones del tracto urinario, efectos adversos cardiovasculares, muerte
- Factores de riesgo: dosis más altas, edad avanzada, enfermedad de Parkinson, demencia con Cuerpos de Lewy

Involucrar a pacientes y cuidadores

Los pacientes y cuidadores deberían comprender:

- La razón de la deprescripción (el riesgo de efectos secundarios con un uso continuado de AP)
- Pueden producirse síntomas de abstinencia, incluida la reaparición de SPCD
- Forman parte del plan de reducción progresiva, y pueden controlar el ritmo y la duración de la reducción

Reducir las dosis progresivamente

- No hay pruebas de que un enfoque de reducción progresiva sea mejor que otro
- Considerar:
 - Reducir al 75%, 50%, 25% de la dosis original semanal o quincenalmente hasta su completa retirada; o
- Considerar una reducción progresiva más lenta con un seguimiento frecuente en aquellos con SPCD más graves.
- No siempre es necesario reducir progresivamente la dosis si está tomando dosis bajas para el insomnio.

Gestión del sueño

Cuidados primarios:

- Acostarse sólo cuando se tenga sueño
- No usar la cama o el dormitorio para nada más que dormir (o relaciones íntimas)
- Si no logra conciliar el sueño en unos 20-30 minutos después de ir/volver a la cama, levántese y salga de la habitación
- Usar un despertador para despertarse a la misma hora cada mañana
- Evitar tomar siestas durante el día
- Evitar consumir cafeína después del mediodía
- Evitar hacer ejercicio, fumar, beber alcohol o comer en exceso al menos 2 horas antes de acostarse

Cuidados institucionales:

- Abrir las cortinas durante el día para recibir exposición a luz natural
- Reducir el volumen de las alarmas al mínimo
- Aumentar la actividad diurna e intentar evitar dormir durante el día.
- Reducir el número de siestas (no más de 30 minutos y ninguna siesta después de las 2 de la tarde)
- Ofrecer bebidas calientes descafeinadas y leche caliente por la noche
- Limitar comer, tomar cafeína y fumar antes de la hora de dormir
- Ir al baño antes de acostarse
- Mantener horarios regulares para acostarse y levantarse
- Evitar despertarse durante la noche para cuidados directos
- Probar un masaje suave de espalda o masajes generales suaves

Gestión de los SPCD

- Considerar intervenciones como por ejemplo: la relajación, el contacto social, terapias sensoriales (musicoterapia o aromaterapia), actividades estructuradas y la terapia conductual
- Tratar los factores físicos y de la enfermedad: p.ej. dolor, infección, estreñimiento, depresión
- Considerar el entorno: p.ej. luz, ruidos
- Revisar los medicamentos que podrían estar empeorando los síntomas

© Utilizar libremente, con crédito a los autores. No para uso comercial. No modifique ni traduzca sin permiso.



Este trabajo tiene una licencia internacional Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Contacte deprescribing@deprescribing.org o visite deprescribing.org para más información.

Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L, et al. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician 2018;64:17-27 (Eng), e1-e12 (Fr).

Marzo 2024: Algoritmo traducido al español por Meryl Wyn Jones, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca de acuerdo con las Políticas de Traducción/Modificación del Equipo de Investigación de Deprescribing.org. Material original disponible en: <https://tinyurl.com/yag638uz>. ¹Se han modificado del original productos y dosis de Antipsicóticos, según disponibilidad en España.

