



ORIGINALES

Artículo bilingüe inglés/español

Deprescripción de antipsicóticos en pacientes institucionalizados con demencia

Deprescribing antipsychotics in long term care patients with dementia

Patricia Bravo-José¹, Carmen Isabel Sáez-Lleó¹, Juan Francisco Peris-Marfí²

¹Servicio de Farmacia, Residencia de Personas Mayores dependientes Burriana, Castellón. España. ²Servicio de Farmacia, Residencia de Personas Mayores dependientes "La Cañada", Valencia. España.

Autor para correspondencia

Patricia Bravo José
C/ Albert Einstein, 1
Burriana (Castellón). España

Correo electrónico:
bravo_pat@gva.es

Recibido el 31 de enero de 2019;
aceptado el 21 de abril de 2019.
DOI: 10.7399/fh.11217

Cómo citar este trabajo

Bravo-José P, Sáez-Lleó CI, Peris-Marfí JF. Deprescripción de antipsicóticos en pacientes institucionalizados con demencia. Farm Hosp. 2019;43(4):140-5.

Resumen

Objetivo: Elaborar un protocolo de uso de fármacos antipsicóticos en pacientes institucionalizados que presenten alteraciones conductuales que incluya criterios de prescripción y deprescripción y valorar su aplicabilidad en el ámbito de los centros sociosanitarios.

Método: El protocolo de actuación se elaboró por consenso de un equipo interdisciplinar a partir de una búsqueda bibliográfica de las propuestas publicadas sobre el uso de antipsicóticos en estos pacientes. La valoración de su aplicabilidad en la deprescripción de antipsicóticos se realizó mediante un estudio prospectivo antes-después con un seguimiento de 6 meses tras la intervención en una residencia para personas mayores dependientes.

Resultados: Se elaboró un protocolo que incluye criterios de prescripción y deprescripción de antipsicóticos. La intervención se realizó sobre 35 pacientes, 21 (60%) de las cuales eran mujeres. La retirada del tratamiento antipsicótico fue completa en 28 pacientes (80%) y se redujo a la mínima dosis eficaz en 7 (20%). El tratamiento se reinició en 2 pacientes por agravamiento de los síntomas. Los resultados de la evaluación conductual previa y a los 6 meses indicaron que no se produjeron modificaciones significativas en dichas alteraciones ($12,91 \pm 12,80$ frente a $13,76 \pm 16,68$; $p=0,124$).

Conclusiones: El establecimiento de un protocolo que incluya criterios de prescripción y deprescripción, unido a la incorporación del farmacéutico en el equipo interdisciplinar, puede ser una herramienta eficaz para mejorar el uso de este tipo de medicamentos en los pacientes institucionalizados con demencia.

Abstract

Objective: To develop a clinical protocol for the use of antipsychotic drugs in dementia patients with behavioral disturbances that includes prescribing and deprescribing criteria and to assess its applicability in long-term care institutions.

Method: The protocol was developed from an interdisciplinary perspective based on a literature search of the published proposals on antipsychotic drug use in dementia patients. Its applicability to the antipsychotic deprescribing process was assessed in a single center in a prospective before-after study with a follow-up of 6 months after the intervention study.

Results: A protocol was developed that includes prescribing and deprescribing criteria. The intervention was performed in 35 patients (21 [60%] female). Antipsychotic treatment was completely withdrawn in 28 patients (80%) and was reduced to the minimum effective dose in 7 (20%). Treatment was resumed in 2 patients due to worsening symptoms. The pre- and 6-month post-test results showed that there were no significant changes in neuropsychiatric symptoms (12.91 ± 12.80 vs 13.76 ± 16.68 ; $P=0.124$).

Conclusions: The establishment of a protocol that includes prescribing and deprescribing criteria, in combination with the incorporation of a pharmacist in the multidisciplinary team, can be effective in improving the use of these drugs in elderly dementia patients in long-term care institutions.

PALABRAS CLAVE

Antipsicóticos; Deprescripción; Síntomas conductuales; Enfermedad de Alzheimer; Demencia; Centro sociosanitario.

KEYWORDS

Antipsychotic agents; Deprescribing; Behavioral symptoms; Alzheimer's disease; Dementia; Nursing homes.



Los artículos publicados en esta revista se distribuyen con la licencia
Articles published in this journal are licensed with a
Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>
La revista Farmacia no cobra tasas por el envío de trabajos,
ni tampoco por la publicación de sus artículos.

Introducción

La demencia es una enfermedad neurodegenerativa que afecta a un elevado porcentaje de personas mayores. El número de pacientes con demencia en 2016 se cifró en 47 millones de personas en todo el mundo y se estima que en el año 2050 puede llegar a 131 millones¹. Durante el curso de la enfermedad, el 20-30% de estos pacientes presentan alteraciones conductuales^{2,3}. Si el paciente con demencia se encuentra institucionalizado, estos síntomas pueden aparecer hasta en un 80% de los mismos^{4,5} y se producen con más frecuencia a medida que progresa la enfermedad⁶.

Los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) comprenden un grupo de alteraciones que se pueden dividir en:

- Trastornos del estado de ánimo, como la aparición de depresión, ansiedad y apatía o indiferencia.
- Trastornos o síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones.
- Aparición de conductas motoras aberrantes como vagabundeo, deambulación errática o comportamiento inadecuado.
- Aparición de conductas inapropiadas como agitación, agresión, desinhibición o euforia.

Estos SPCD afectan considerablemente a los pacientes y son causa de estrés en el cuidador, aumentan el riesgo de institucionalización y disminuyen la calidad de vida^{7,8}.

Las principales guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas recomiendan el uso de terapias no farmacológicas como primera opción terapéutica ante la aparición de estos síntomas o en presencia de sintomatología leve⁹⁻¹¹. En el caso de que los síntomas no puedan ser controlados, existan delirios o alucinaciones o los síntomas sean tan graves que puedan afectar gravemente al cuidador o al mismo enfermo, las guías recomiendan la utilización de antipsicóticos para su control¹². Asimismo, estas mismas guías establecen el inicio del tratamiento a dosis bajas, titulándola estrechamente hasta llegar a la dosis necesaria para controlar los síntomas^{9,12}.

El uso de antipsicóticos para el tratamiento de los síntomas conductuales se ha asociado a la aparición de efectos adversos graves, el empeoramiento de los síntomas cognitivos¹³ y a un aumento de la mortalidad en este tipo de pacientes^{8,14,15}. En cuanto a su eficacia, los distintos estudios muestran una evidencia modesta en el control de algunos de los síntomas como la desorientación, el retraimiento, la incontinencia y la deambulación errática⁵. Por todo ello, las guías clínicas sugieren que el tratamiento antipsicótico debe disminuirse y/o retirarse pasados entre 3 y 6 meses desde el control de los síntomas^{8,9}.

A pesar de estas indicaciones, la utilización de antipsicóticos en los pacientes institucionalizados con demencia sigue siendo elevada y su frecuencia de uso oscila entre el 20-30%^{2,7,16-18}, siendo esta proporción más elevada si se trata de pacientes con demencia severa en la que la frecuencia de uso aumenta hasta el 45%¹⁷.

Diferentes estudios han abordado la deprescripción del tratamiento de antipsicóticos en este tipo de pacientes en diferentes situaciones clínicas^{14,19,21}. Otros estudios sugieren que las terapias no farmacológicas disminuyen el uso de antipsicóticos en pacientes institucionalizados con demencia²² y se han realizado diversos estudios clínicos que indican que la retirada del tratamiento antipsicótico no produce empeoramiento de los SPCD^{20,23}.

En línea con lo expuesto, se estableció como objetivo principal elaborar un protocolo de uso de fármacos antipsicóticos y valorar su aplicabilidad en la deprescripción de estos fármacos en pacientes institucionalizados con demencia.

Métodos

Para la elaboración del protocolo de utilización de antipsicóticos en pacientes ancianos con demencia se formó un equipo multidisciplinar compuesto por farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria pertenecientes a servicios de farmacia hospitalarios integrados en centros sociosanitarios, médicos de centros sociosanitarios, coordinadores de enfermería y psicólogos. El primer paso fue la realización de una búsqueda de la literatura disponible en MEDLINE en idiomas inglés y español (desde 1966 hasta febrero de 2013). La estrategia de búsqueda utilizada incluyó los siguientes términos: antipsicóticos, síntomas conductuales, demencia, enfermedad de Alzheimer, paciente anciano y síntomas neuropsiquiátricos. Tras la revisión y valoración de la evidencia disponible^{9,18,20,22,24}, se redactó

una propuesta de protocolo, que fue examinada por el equipo multidisciplinar formado en cuatro reuniones presenciales. Se consideró consensuado cuando se conseguía un acuerdo superior al 90% en cada uno de los puntos del protocolo.

Para la valoración de la aplicabilidad y eficacia del protocolo en la deprescripción de medicamentos antipsicóticos en pacientes con demencia, se diseñó un estudio prospectivo antes-después de un año de duración en una residencia para personas mayores dependientes de 120 usuarios ubicada en la Comunidad Valenciana.

Dicho estudio valoró la eficacia de la reducción y/o suspensión del tratamiento antipsicótico en pacientes institucionalizados con demencia que cumplieren los criterios de deprescripción incluidos en el protocolo elaborado, y que se especifican en el bloque de resultados. El estudio incluía la reducción progresiva del tratamiento antipsicótico mediante las pautas estandarizadas de deprescripción incluidas en el protocolo. Tras la intervención, a los pacientes se les realizaba un seguimiento de la misma durante 6 meses, valorando la variación en los SPCD mediante el Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings adaptado al paciente institucionalizado (NPI-NH)²⁵ y la necesidad de reintroducir el tratamiento por reaparición de sintomatología conductual.

Los criterios de inclusión y exclusión utilizados fueron los siguientes:

Se incluyeron aquellos pacientes ancianos con demencia y tratados con uno o más antipsicóticos que cumplieren los criterios de deprescripción definidos en el protocolo.

No se incluyeron aquellos pacientes con demencia y tratados con antipsicóticos que presentaran delirios y/o alucinaciones en el momento de iniciar el estudio o que padecieran una patología psiquiátrica previa.

Las variables recogidas en la población de estudio fueron: edad, sexo, tipo de demencia, estado cognitivo mediante Miniexamen Cognoscitivo de Lobo²⁶, estado funcional mediante el índice de Barthel, y presencia e intensidad de SPCD mediante NPI-NH antes y a los 6 meses de la intervención. También se recogieron los datos del tipo de antipsicótico utilizado, dosis, duración del tratamiento e indicación para la cual estaban prescritos. En los pacientes en que fue necesario reintroducir el tratamiento antipsicótico se recogió el fármaco seleccionado, la dosis y el motivo de reinicio. Los datos se obtuvieron de la historia clínica sociosanitaria de cada uno de los usuarios, de la información recogida en la valoración geriátrica integral y de la historia farmacoterapéutica disponible en el servicio de farmacia.

Análisis estadístico

Para los estadísticos descriptivos se calcularon valores de media aritmética, desviación estándar y rango de valores máximo y mínimo para las variables cuantitativas. En el caso de las variables categóricas se recogió la frecuencia. Para el análisis de la efectividad de la intervención se realizó una prueba de la *t* de Student para datos apareados con los valores del cuestionario NPI-NH previos y posteriores a la intervención. Los resultados estadísticos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 15.0 (SPSS Inc, Chicago IL).

Resultados

En primer lugar, el equipo multidisciplinar anteriormente citado elaboró y consensuó un protocolo de utilización de fármacos antipsicóticos en pacientes mayores con demencia y trastornos de conducta asociados, que incorporaba tanto criterios de prescripción como de deprescripción. Tras la revisión de la bibliografía y de la evidencia disponible se redactó el protocolo y se estableció un algoritmo de decisión que incluye los siguientes puntos (Figura 1):

1. Descarte de causas orgánicas/ambientales que pudieran producir alteraciones conductuales.
2. Inicio de estrategias no farmacológicas establecidas por el psicólogo del centro.
3. En caso de no eficacia de las estrategias no farmacológicas, inicio de tratamiento antipsicótico indicando y evidenciando en qué casos el mismo no muestra eficacia.
4. Establecimiento como criterio principal de prescripción de un antipsicótico si el trastorno resulta especialmente peligroso para el usuario o el cuidador, y cuando la agitación está asociada a delirio y/o psicosis.

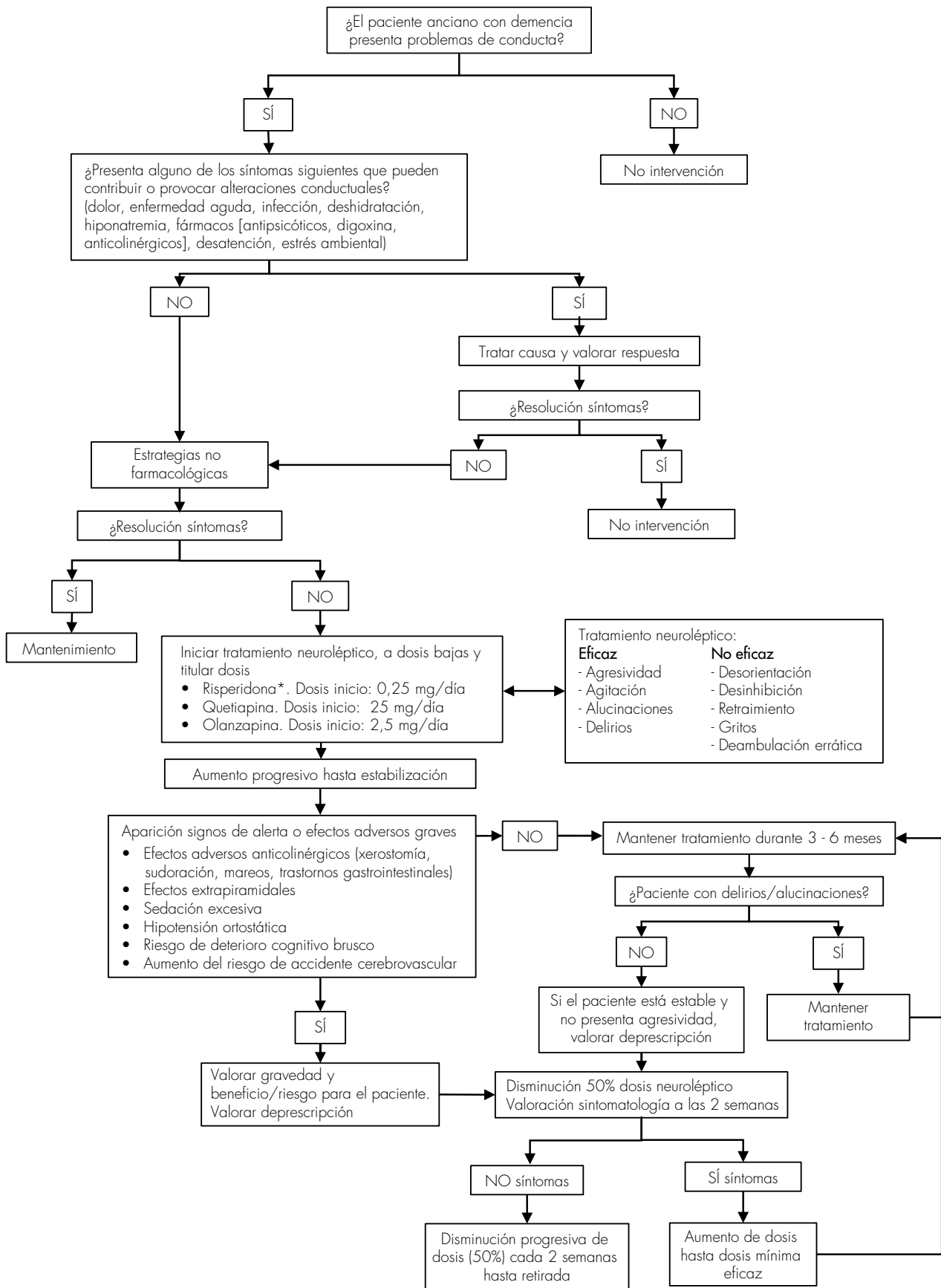


Figura 1. Algoritmo de utilización de antipsicóticos en pacientes institucionalizados con demencia. *Considerado fármaco de primera elección.

Desprescripción de antipsicóticos en pacientes institucionalizados con demencia

5. Establecimiento de criterios de selección de antipsicóticos, dosis iniciales, dosis máximas y periodos mínimos de tratamiento antes del aumento progresivo de dosis.
6. Indicación de criterios de alarma y efectos adversos que debe vigilar el equipo sanitario durante el tratamiento con antipsicóticos.
7. Valoración de la eficacia y seguridad del tratamiento tras su inicio, después de las diferentes modificaciones de dosis y una vez estabilizado el residente mediante la valoración de la historia clínica, registros de NPI-NH y registros de enfermería y auxiliares.
8. Establecimiento de revisiones periódicas una vez estabilizado el paciente para intentar reducir y/o retirar el tratamiento. Se estableció un periodo de 6 meses tras la estabilización de los síntomas para iniciar la deprescripción.
9. Establecimiento de criterios de selección de pacientes con tratamiento antipsicótico instaurado susceptibles de reducción/retirada de tratamiento. Los criterios incluidos fueron los siguientes:
 - Pacientes sin modificación del tratamiento antipsicótico durante más de un año.
 - Pacientes estables tras 6 meses de tratamiento.
 - Pacientes que presentaran efectos adversos graves al tratamiento antipsicótico.
 - Pacientes en tratamiento con un neuroléptico típico.
 - Pacientes con prescripción de más de un antipsicótico.
 - Pacientes con deterioro funcional avanzado y demencia avanzada (estadio 7 en la Global Deterioration Scale).
10. Establecimiento de pautas estandarizadas de reducción del tratamiento que se muestran en la figura 1.
11. Seguimiento de la reagudización de los síntomas y, si es necesario, aumentar la dosis o reiniciar el tratamiento antipsicótico.
12. Tras 6 meses, intentar de nuevo deprescripción del tratamiento.

Los resultados obtenidos para la valoración de la aplicabilidad del protocolo en la deprescripción de antipsicóticos fueron los que se describen a continuación.

Se incluyeron 38 pacientes institucionalizados en una residencia para personas mayores dependientes de 120 usuarios que cumplían los criterios de deprescripción indicados. De los 38, sólo se intervino en 35 (29,1% del total de residentes), 3 pacientes se excluyeron porque presentaban delirios o alucinaciones en el momento de la intervención. Las características basales de los pacientes se muestran en la tabla 1. La media de edad de los pacientes sometidos a intervención fue de 82,31 ± 5,81 años y 21 (60%) eran mujeres. Presentaban un deterioro cognitivo de moderado a severo (9,74 ± 10,21) y un nivel de dependencia grave para las actividades de la vida diaria medido mediante el índice de Barthel (33,29 ± 28,62). Los participantes presentaban demencia tipo Alzheimer (16 pacientes; 45,7%), demencia vascular (5 pacientes; 12,3%) y demencia no especificada (14 pacientes; 40%). Las causas recogidas en

la historia clínica por la cual estaba prescrito el tratamiento neuroléptico eran las siguientes: presencia de agitación o agresión (24 pacientes), insomnio (5 pacientes), apatía y ansiedad (2 pacientes) y otra sintomatología conductual (4 pacientes).

Se consiguió retirar el tratamiento antipsicótico a un total de 28 pacientes (80%) y se redujo el tratamiento a la mínima dosis eficaz en los 7 pacientes restantes (20%). Los neurolépticos más utilizados fueron risperidona y quetiapina. La tabla 2 muestra los antipsicóticos sobre los que se realizó la intervención y la dosis media de tratamiento al inicio de la intervención.

Se realizó un periodo de seguimiento mínimo de 6 meses para comprobar la efectividad de la retirada del tratamiento, la necesidad de reiniciar su administración y una valoración de la sintomatología conductual mediante la realización de un nuevo NPI-NH y su comparación con los valores de NPI-NH previos a la intervención.

Durante el periodo de seguimiento fue necesario reiniciar el tratamiento antipsicótico únicamente en 2 pacientes por empeoramiento significativo de la sintomatología conductual, por lo que se les prescribió de nuevo un neuroléptico. El resto de los pacientes no sufrió alteraciones significativas de conducta. La valoración de esta sintomatología previa a la deprescripción y a los 6 meses de la intervención mediante el cuestionario NPI-NH no mostró diferencias estadísticamente significativas (12,91 ± 12,80 frente a 13,76 ± 16,68; $p=0,1245$) (Tabla 3).

Tabla 2. Tipo de antipsicótico sobre el que se realiza la intervención y dosis media

Antipsicótico prescrito	N.º de pacientes (%)	Dosis media (rango)
Risperidona	14 (40,0%)	1,2 mg/día (0,5-2,0 mg/día)
Quetiapina	10 (28,6%)	80,0 mg/día (50,0-200,0 mg/día)
Olanzapina	5 (14,3%)	5,5 mg/día (2,5-7,5 mg/día)
Haloperidol	4 (11,4%)	1,0 mg/día (0,5-2,0 mg/día)
Otros	2 (5,7%)	

Tabla 3. Comparación de sintomatología conductual previa y posterior a la intervención

NPI-NH previo	NPI-NH posterior	Prueba de t de Student datos apareados (grado de significación)
12,91 ± 12,80	13,76 ± 16,68	$p=0,1245$ (No significativo)

NPI-NH: Cuestionario Inventario Neuropsiquiátrico para paciente institucionalizado.

Tabla 1. Características basales de los pacientes con intervención y motivos por los que se incluyen en el protocolo de deprescripción

	Media ± DE n=35 pacientes	Frecuencia n=35 pacientes
Edad (años)	82,31 ± 5,81	
Sexo:		
Hombres		14 (40%)
Mujeres		21 (60%)
Estado cognitivo (MEC)	9,74 ± 10,21	
Actividades de la vida diaria (Índice de Barthel)	33,29 ± 28,62	
NPI-NH previo a la intervención	12,91 ± 12,80	
Motivo de deprescripción		Número de pacientes
Pacientes sin modificación de tratamiento > 1 año		16
Pacientes estables tras 6 meses de tratamiento		7
Aparición de efectos adversos graves asociados al tratamiento antipsicótico		6
Pacientes tratados con un neuroléptico típico		4
Pacientes tratados con más de un neuroléptico		2

DE: desviación estándar; MEC: Miniexamen cognoscitivo de Lobo; NPI-NH: Cuestionario Inventario Neuropsiquiátrico para paciente institucionalizado.

Discusión

Este trabajo muestra que es posible la realización y aplicación de un protocolo consensuado de utilización de antipsicóticos en la demencia incorporando aspectos recogidos en la valoración geriátrica integral, de fácil obtención para los profesionales. Este protocolo sigue las recomendaciones de las principales guías de utilización de antipsicóticos en pacientes con demencia e intenta adaptarse al ámbito asistencial del paciente institucionalizado proporcionando herramientas útiles y basadas en la evidencia^{9,12}. Se trata de un protocolo interdisciplinar que permite la valoración del residente desde una vertiente multidimensional.

El presente estudio muestra que el establecimiento de unos criterios y pautas estandarizadas de deprescripción de estos medicamentos puede ser efectiva. Recientes estudios²⁷ objetivan, de forma similar a los resultados obtenidos en este trabajo, que la reducción o retirada de antipsicóticos en pacientes institucionalizados seleccionados es eficaz y no provoca cambios significativos en el comportamiento de dichos pacientes.

Una reciente publicación de la Cochrane Collaboration⁸, que aborda la retirada del tratamiento antipsicótico frente a la continuidad del mismo en pacientes con demencia²⁸, indica que la selección de los pacientes junto con criterios estandarizados de disminución progresiva de dosis pueden contribuir a la reducción de estos tratamientos en este tipo de pacientes. Dicha revisión indica que la deprescripción no tiene efecto o es de poca importancia en la función cognitiva, tiene un efecto poco relevante sobre los síntomas psicológicos y conductuales y no existe evidencia de que pueda producir una disminución de la mortalidad. En el estudio descrito en este artículo, los resultados muestran que no se produjeron modificaciones significativas en los SPCD, puesto que los valores del cuestionario de conducta NPI-NH no se modificaron de manera estadísticamente significativa y, porque tras el seguimiento de 6 meses, no fue necesario reiniciar o aumentar de nuevo la dosis en 33 de 35 pacientes (94%). En este estudio no se recogió la repercusión sobre la capacidad cognitiva, por lo que no puede valorarse si la retirada del tratamiento tuvo influencia en la misma.

Revisiones sistemáticas de intervenciones para reducir la prescripción inadecuada de antipsicóticos en pacientes institucionalizados muestran que dichas intervenciones pueden ser efectivas en el corto plazo. Aunque es cierto que estas actuaciones deberían confirmarse con estudios a largo plazo²⁹, entendemos que en personas mayores con alto grado de dependencia, como las incluidas en esta muestra, esta necesidad queda en un segundo plano y debe priorizarse la adecuación del tratamiento a la situación del paciente, optimizando su seguridad. Nuestro estudio de intervención muestra que, al menos en un periodo de seguimiento de 6 meses en cada paciente, no se producen cambios significativos en su comportamiento tras una reducción o retirada del tratamiento antipsicótico.

En este estudio no se incluyeron como pacientes susceptibles de intervención aquellos que presentaban delirios y/o alucinaciones. La recomendación sobre el manejo del tratamiento de estos pacientes es intentar reducirlo a los 6 meses y, si no es posible, mantener la mínima dosis eficaz de forma indefinida²⁴ debido a que presentan un riesgo de recaída mayor que los que no padecen esta sintomatología³⁰.

Bibliografía

1. Prince M, Comas-Herrera A, Knapp M, Guerchet M, Karagiannidou M. World Alzheimer Report 2016 Improving healthcare for people living with dementia. Coverage, Quality and costs now and in the future. *Alzheimer's Dis Int* [Internet]. 2016 [consultado 15/1/2019];1-140. Disponible en: <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2016>.
2. Briesacher BA, Limcangco MR, Simoni-Vastila L, Doshi JA, Levens SR, Shea DG, et al. The quality of antipsychotic drug prescribing in nursing homes. *Arch Intern Med*. 2005;165:1280-5.
3. Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, Dekosky S. Prevalence of Neuropsychiatric Symptoms in dementia and Mild cognitive impairment. Results From the Cardiovascular Health Study. *JAMA*. 2002;288(12):1475-83.
4. Jeste DV, Blazer D, Casey D, Meeks T, Salzman C, Schneider L, et al. ACNP White Paper: Update on Use of Antipsychotic Drugs in Elderly Persons with Dementia.

Limitaciones

Se trata de un estudio de intervención, y no comparativo frente a un grupo control, lo que no permite establecer una relación causal. El número de pacientes es bajo y se ha realizado en un único centro, por lo que, aunque los resultados son satisfactorios y están en línea con otros estudios³¹, los resultados obtenidos pueden no ser extrapolables a todo el colectivo de pacientes institucionalizados con demencia. No obstante, los resultados obtenidos indican la necesidad de abordar el tratamiento de estos síntomas y la revisión periódica de los mismos para mejorar su uso en los pacientes ancianos con demencia.

Conclusiones

Los resultados de este estudio demuestran que es posible consensuar y aplicar, desde una perspectiva interdisciplinar, un protocolo de utilización de antipsicóticos que incluye su deprescripción en pacientes institucionalizados con demencia. El establecimiento de criterios de deprescripción, de pautas estandarizadas de retirada y de seguimiento de los pacientes contribuye a la consecución de los objetivos marcados.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

Sin conflicto de intereses.

Presentación en Congresos

VI Congreso de Atención Sanitaria al Paciente Crónico, organizado por la Sociedad Española de Medicina Interna y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Sevilla: 27, 28 y 29 de marzo de 2014.

Aportación a la literatura científica

Los antipsicóticos se utilizan en la práctica clínica para el control y manejo de los síntomas psicológicos y conductuales que pueden aparecer a lo largo del transcurso de la demencia. Las tasas de utilización de antipsicóticos son elevadas en este colectivo de pacientes. En muchos casos, una vez controlados los síntomas conductuales, el tratamiento con estos fármacos se mantiene durante largos periodos de tiempo, pese a que las principales guías clínicas de tratamiento de la enfermedad recomiendan su disminución progresiva y su retirada siempre que sea posible.

El presente trabajo pretende dar a conocer cómo el establecimiento de un protocolo de prescripción y deprescripción de antipsicóticos en la práctica clínica, incluyendo una guía de cuándo deprescribir y un seguimiento de la intervención por parte de un equipo multidisciplinar en el que participa un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria, es efectivo para disminuir y retirar el tratamiento y, de esta forma, minimizar el riesgo de efectos adversos.

- Neuropsychopharmacology [Internet]. 2008 [consultado 20/1/2019];33(5):957-70. Disponible en: <http://www.nature.com/articles/1301492>
5. Seitz DP, Gill SS, Herrmann N, Brisbin S, Rapoport MJ, Rines J, et al. Pharmacological treatments for neuropsychiatric symptoms of dementia in long-term care: A systematic review. *Int Psychogeriatrics*. 2013;25(2):185-203.
6. Brodaty H, Draper B, Saab D, Low LF, Richards V, Paton H, et al. Psychosis, depression and behavioural disturbances in Sydney nursing home residents: Prevalence and predictors. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16(5):504-12.
7. Foebel AD, Liperoti R, Onder G, Finne-Soveri H, Henrard JC, Lukas A, et al. Use of Antipsychotic Drugs Among Residents With Dementia in European Long-Term Care Facilities: Results From the SHELTER Study. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(12):911-7.
8. Masopust J, Protopopová D, Vališ M, Pavelek Z, Klimová B. Treatment of behavioral and psychological symptoms of dementias with psychopharmaceuticals: a review.

- Neuropsychiatr Dis Treat [Internet]. 2018 [consultado 12/6/2018];14:1211-20. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29785112>
9. Azermai M, Petrovic M, Elseviers MM, Bourgeois J, Van Bortel LM, Vander Stichele RH. Systematic appraisal of dementia guidelines for the management of behavioural and psychological symptoms. *Ageing Res Rev* [Internet]. 2012 [consultado 23/12/2018];11(1):78-86. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21856452>
 10. Ngo J, Holroyd-Leduc JM. Systematic review of recent dementia practice guidelines. *Age Ageing*. 2015;44(1):25-33.
 11. Moore A, Patterson C, Lee I, Vedel I, Bergman H. Fourth Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia: Recommendations for family physicians. *Can Fam Physician* [Internet]. 2014 [consultado 12/1/2019];60:433-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4020644/>
 12. Reus VI, Fochtman IJ, Eyley AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, Jibson MD, et al. The American Psychiatric Association practice guideline on the use of antipsychotics to treat agitation or psychosis in patients with dementia. *Am J Psychiatry*. 2016;173(5):543-6.
 13. Vigen CL, Mack WJ, Keefe RS, Sano M, Sultzer DL, Stroup TS, et al. Cognitive effects of atypical antipsychotic medications in patients with Alzheimer's disease: outcomes from CATIE-AD. *Am J Psychiatry*. 2011;168(8):831-9.
 14. Ballard C, Hanney ML, Theodoulou M, Douglas S, McShane R, Kossakowski K, et al. The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* [Internet]. 2009 [consultado 20/6/2018];8(2):151-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19138567>
 15. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of Death With Atypical Antipsychotic Drug Treatment for Dementia. Meta-analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. *J Am Med Assoc*. 2005;294(15):1934-43.
 16. Chen Y. Unexplained Variation Across US Nursing Homes in Antipsychotic Prescribing Rates. *Arch Intern Med* [Internet]. 2010 [consultado 18/12/2018];170(11):89-95. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2897009/>
 17. Kirkham J, Sherman C, Velkers C, Maxwell C, Gill S, Rochon P, et al. Antipsychotic Use in Dementia: Is There a Problem and Are There Solutions? *Can J Psychiatry*. 2017;62(3):170-81.
 18. Larrayadieu A, van Kan GA, Piau A, Martin MS, Nourhashemi F, Rolland Y, et al. Associated factors with antipsychotic use in assisted living facilities: A cross-sectional study of 4367 residents. *Age Ageing*. 2011;40(3):368-75.
 19. Westbury J, Jackson S, Gee P, Peterson G. An effective approach to decrease antipsychotic and benzodiazepine use in nursing homes: The RedUSE project. *Int Psychogeriatrics*. 2010;22(1):26-36.
 20. Ballard C, Lana MM, Theodoulou M, Douglas S, McShane R, Jacoby R, et al. A randomised, blinded, placebo-controlled trial in dementia patients continuing or stopping neuroleptics (The DART-AD Trial). *PLoS Med*. 2008;5(4):e76.
 21. Ruhs S, Straand J, Nygaard H, Bjorvatn B, Pallesen S. Effect of Antipsychotic Withdrawal on Behavior and Sleep / Wake Activity in Nursing Home Residents with Dementia: A Randomized, Placebo-Controlled; Double-Blinded Study. The Bergen District Nursing Home Study. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52:1737-43.
 22. Fossey J. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ* [Internet]. 2006 [consultado 1/2/2019];332(7544):756-61. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.38782.575868.7C>
 23. Pan YJ, Wu CS, Gau SS, Chan HY, Banerjee S. Antipsychotic Discontinuation in Patients with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Published Randomized Controlled Studies. *Dement Geriatr Cogn Disord* [Internet]. 2014 [consultado 16/2/2019];37(3-4):125-40. Disponible en: <http://www.karger.com?doi=10.1159/000355418>
 24. Alexopoulos G, Streim J, Carpenter D, Docherty J. Using Antipsychotic Agents in Older Patients. *J Clinical Psychiatry*. 2004;65(Suppl 2):1-106.
 25. Wood S, Cummings JL, Hsu MA, Barclay T, Wheatley MV, Yarema KT, et al. The use of the neuropsychiatric inventory in nursing home residents: Characterization and measurement. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2000 [consultado 23/12/2018];8(1):75-83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00019442-200002000-00010>
 26. Lobo A, Ezquerro J, Gómez F, Sala JM, Seva A. El "Mini-Examen Cognoscitivo": un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*. 1979;3:189-202.
 27. Brodaty H, Aerts L, Harrison F, Jessop T, Cations M, Chenoweth L, et al. Antipsychotic Deprescription for Older Adults in Long-term Care: The HALT Study. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2018 [consultado 12/3/2019];19(7):592-600. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.05.002>
 28. Van Leeuwen E, Petrovic M, van Driel M, De Sutter A, Vander Stichele R, Declercq T. Withdrawal versus continuation of long-term antipsychotic drug use for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;3(3):CD007726.
 29. Thompson Coon J, Abbott R, Rogers M, Whear R, Pearson S, Lang I, 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* [Internet]. 2014 [consultado 22/3/2019];15(10):706-18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2014.06.012>
 30. Patel AN, Lee S, Andrews HF, Pelton GH, Schultz SK, Sultzer DL, et al. Prediction of Relapse Following Discontinuation of Antipsychotic Treatment in Alzheimer's disease: The Role of hallucinations. *Am J Psychiatry*. 2017;174(4):362-9.
 31. Watson-Wolfe K, Galik E, Klinedinst J, Brandt N. Application of the antipsychotic use in dementia assessment audit tool to facilitate appropriate antipsychotic use in long term care residents with dementia. *Geriatr Nurs (Minneap)*. 2014; 35(1):71-6.