

PSIQUIATRIA

TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO
DE LA PSICOSIS
EN EL ADULTO MAYOR
(Revisión Bibliográfica)

Rolando Angulo Cruz *
Andrea Umaña Alvarez **
Eugenie Arguedas Gourzong ***

SUMMARY

The treatment of psychosis in older people is based on two groups of drugs: antipsychotic and neuroleptics. It is important to know both the characteristics of the drug as well as comorbidity, polypharmacy, social environment of the patient to an appropriate choice of the drug to avoid side effects and interactions.

Tratamiento de los trastornos psicóticos en el adulto mayor

Los trastornos psicóticos en el adulto mayor se tratan con neurolepticos o antipsicoticos tipicos o atipicos, especialmente para el manejo de los sintomas

positivos, a pesar de que en personas mayores el índice de SEP y DT, asociados al uso de AT, puede superar el 50%. El uso de estos medicamentos se ha relacionado con efectos secundarios que alteran el funcionamiento de estos pacientes en mayor grado que los síntomas positivos, negativos o la duración de la psicosis. Por lo que en esta población se recomienda reducir gradualmente las dosis de neurolepticos, en especial en pacientes crónicos y estables con trastornos mentales mayores como la esquizofrenia.⁶

Según los estudios revisados,

los AT no son tan eficaces para manejar los síntomas negativos, ni el deterioro cognoscitivo asociado a la esquizofrenia como los AA, por lo que el empleo de los AT se recomienda cada vez menos para esta población. Por otro lado, los AA se promocionan comercialmente como de buena acción terapéutica, mejor respuesta de los síntomas negativos, más seguros para su uso en ancianos y con menores efectos indeseables (como efectos secundarios, especialmente de tipo anticolinérgico y extrapiramidales, sedación y bloqueo-adrenérgico, así como disquinesia tardía).

* Médico especialista en psiquiatría, Hospital Raúl Blanco Cervantes.

** Médico especialista en geriatría, Hospital Raúl Blanco Cervantes.

*** Médico especialista en geriatría, Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega.

Abreviaturas: antipsicóticos atípicos (AA), antipsicóticos típicos (AT), Demencia del Tipo de Alzheimer (DAT), disquinesia tardía (DT), Estados Unidos (EU), Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP), síntomas extrapiramidales (SEP), Descriptores: psicosis, adulto mayor, antipsicóticos

Correspondencia: rolandoangulo@hotmail.com, andreuma2,4@yahoo.com, euarguedas@yahoo.com

Incluso algunos hablan de mejoría de las deficiencias cognitivas presentes en la demencia. Sin embargo, existe una limitada base de datos acerca de estudios controlados que muestren con certeza su eficacia y seguridad en la población de adultos mayores.⁶⁻⁹ Recientemente se han publicado datos que indican que existe al menos el mismo riesgo al usar AT al compararlo con los AA.¹¹

A continuación se resumen algunos de los antipsicóticos y su recomendación en adultos mayores con síntomas psicóticos. Entre los antipsicóticos típicos tenemos:

HALOPERIDOL

Es el antipsicótico de primera elección en el manejo del delirium, para tratar la agitación y los síntomas psicóticos, en dosis de 10 a 15 mg/día. Aún no existen estudios suficientes con los AA para desacreditarlo en este punto. El haloperidol genera más efectos secundarios en adultos mayores, razón por la cual en otras patologías deben prescribirse dosis bajas (de 0,5-5 mg /día). Se indica especialmente en los estados psicóticos con gran alteración de la conducta y sintomatología positiva exuberante, por su efecto sedante e incisivo sobre los síntomas positivos de la psicosis. Es preciso monitorear su administración y estar pendiente de la aparición de signos de

impregnación neuroléptica o síntomas extrapiramidales para disminuir la dosis o retirarlo inmediatamente.^{6,7}

Trifluoperazina

Se reporta mejoría de los síntomas psicóticos con este medicamento a dosis de 10 a 30 mg/día en adultos mayores, sin embargo los estudios datan de 1960 a 1971 y no se han hecho estudios posteriores.⁹

Clorpromazina

No se reporta en la literatura consultada casos controlados en adultos mayores, ni se menciona como opción terapéutica.

Decanoato de Flufenazina y Flupentixol

En cuanto a los antipsicóticos de depósito, se ha reportado una mayor adherencia y persistencia del tratamiento con dosis de 14.4 mg de flupentixol y hasta 9 mg de flufenazina en decanoato aplicados cada 2 semanas. Se recomienda en pacientes con dificultades en su adherencia a regímenes de tratamiento.⁹

Entre los antipsicóticos atípicos se enumeran:

Risperidona

La risperidona es uno de los agentes antipsicóticos atípicos más recientes, que combina el antagonismo hacia los receptores para la serotonina y la dopamina y es el AA mas estudiado en poblaciones de adultos mayores.⁷ Es útil contra los síntomas positivos y negativos asociados tanto a la esquizofrenia como a los otros

trastornos psicóticos, con menor propensión que los otros a causar efectos secundarios y SEP. En pacientes con esquizofrenia, se ha asociado a una mejoría significativa en la función cognoscitiva y en pacientes con demencia se ha visto que disminuye los síntomas psicóticos. La risperidona se ha asociado con mejoría en la calidad de vida en estos pacientes y sus cuidadores.⁵ Además, en el manejo de la demencia demostró ser mejor que el haloperidol en cuanto a eficacia en el control de los síntomas psicóticos, trastornos de comportamiento, así como de los efectos secundarios a largo plazo.⁷ Se recomienda usar una dosis de 0.5- 2 mg/día en adultos mayores que sufren de algún tipo de demencia o psicosis.^{5,7}

Quetiapina

En un estudio abierto y multicéntrico se encontró que la quetiapina (dosis media, 100 mg/día) era beneficiosa en los trastornos psicóticos en ancianos, ya fuera por una esquizofrenia o demencia. En ellos se obtuvo mejoría a un plazo de 52 semanas, con una dosis de 100 mg/día y no se asoció a aumento de peso. Sin embargo, tiene frecuentes efectos secundarios como hipotensión postural, somnolencia y agitación por lo que se recomienda iniciar con la dosis más baja posible, que es de 25 mg/día, con un promedio en adultos mayores de 25-100 mg/día.⁹

Ziprasidona

Este medicamento no ha sido bien estudiado en psicosis en adultos mayores.⁹

Aripiprazole

Es el más reciente de los AA, y se considera que su único mecanismo de acción es el ser agonista parcial de Dopamina en su receptor D2, por lo que se considera efectivo en el manejo de síntomas positivos y negativos. Además, se promueve como de pocos efectos secundarios (aumento de peso, sedación, SEP y trastornos a nivel cardiovascular). Sólo un estudio se ha realizado en adultos mayores, en donde se describen beneficios en los síntomas psicóticos, con pocos efectos adversos. Se recomienda cautela en su uso hasta que existan más estudios disponibles.⁷ La dosis promedio diaria es de 7,5-15 mg.³

Clozapina:

Se ha demostrado la superioridad de la clozapina para tratar tanto a los adultos mayores con esquizofrenia resistente, como con psicosis afectivas resistentes a tratamiento. Dada su toxicidad, por necesidad del monitoreo de células sanguíneas y por ser la agranulocitosis más frecuente en adultos mayores, se ha limitado su uso. Existen efectos secundarios frecuentes adicionales como sedación, letargo e hipotensión postural. Por estos riesgos la clozapina no se considera de primera elección

y se recomienda solo en caso de resistencia a tratamiento o severas disquinesias.⁷ La dosis terapéutica puede ser sustancialmente inferior a la recomendada en personas más jóvenes, con un promedio entre los 25-300 mg día.⁷

Olanzapina:

Un ensayo internacional de tipo doble ciego y 8 semanas de duración (N=176) que ha finalizado recientemente, realizado con pacientes de 70 años de edad como mínimo y con un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, comparó la risperidona (1-3 mg/día) con la olanzapina (5-20 mg/día). La mediana de dosis fue de 2 mg/día de risperidona y 10 mg/día de olanzapina. En ambos grupos se encontró una mejoría significativa de la psicopatología, sin diferencias dentro del grupo.⁹ En un estudio comparativo en adultos mayores varones con esquizofrenia, se observó que la risperidona era comparable con la olanzapina en cuanto a tolerabilidad y efectividad, pero el costo de la última era una tercera parte que el de la primera. La olanzapina, risperidona y quetiapina, se recomiendan como tratamiento concomitante a los eutimizantes en las psicosis afectivas. Los AT se han relacionado con depresiones postmanía más severas que los AA. En demencia se han realizado estudios con olanzapina que recomiendan dosis no mayor a

10 mg/día por el riesgo de caídas, por trastornos de la marcha y sedación.^{9,12}

Se ha observado una menor incidencia de aumento de la prolactina en adultos mayores con el uso de olanzapina y en un estudio clínico se comprobó que el cambio de risperidona a olanzapina era capaz de disminuir estos niveles previamente elevados de esta hormona.⁸

El cambio de tratamiento de un AT a olanzapina o risperidona en adultos mayores se ha asociado a una mejoría en los síntomas de la esquizofrenia y de índole motora, siendo más fácil hacer el cambio de tratamiento con la olanzapina.¹⁰

Existen ensayos clínicos en pacientes ancianos con trastornos psicóticos y/o de conducta asociados a demencia, en que la olanzapina no demostró eficacia, además de que se ha reportado un incremento de la mortalidad al compararla con placebo, por un incremento del riesgo de accidente cerebrovascular de casi tres veces. El aumento de mortalidad no se asoció con la duración del tratamiento ni con la dosis de olanzapina administrada.¹² Por lo que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios¹, de acuerdo con la Agencia Europea de Medicamentos, consideró en el 2004 que no debe autorizarse para el tratamiento de psicosis o trastornos de conducta asociados

a demencia.

La dosis media recomendada en adultos mayores es de 5-10 mg/día. En general, los ancianos precisan menores dosis debido probablemente a cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos asociados con la edad.²

En pacientes con depresiones psicóticas el uso de AC se ha asociado a un mayor número de SEP, DT y caídas que los AA; en ocasiones el resultado no supera a la terapia electroconvulsiva que podría darse como primera elección.⁴ Por todo ello, la elección del fármaco y el ajuste de dosis deberán adaptarse al máximo a las características de cada paciente, intentando alcanzar la mínima dosis eficaz y durante el periodo menor de tiempo posible. Su eficacia en los trastornos psicóticos del anciano ha sido contrastada en diversos trabajos, aunque en general, de forma insuficiente, dada la carencia de estudios específicos.¹²

Resumen:

El tratamiento de las psicosis en adultos mayores se basa en dos grupos de fármacos antipsicóticos y neurolépticos. Es importante conocer tanto las características del fármaco así como la comorbilidad, polifarmacia, entorno social del paciente para la elección adecuada del fármaco con el fin de evitar interacciones y efectos adversos.

Bibliografía:

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios: Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios. Nuevos datos de seguridad sobre los antipsicóticos olanzapina y risperidona en el tratamiento de pacientes ancianos con psicosis o trastornos de conducta asociados a demencia. Nota informativa del 9 de marzo de 2004. Disponible en: <http://www.agemed.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/olanzapina.htm>.
2. Agüera, L. Martín, M. Cervilla, J: *Psiquiatría Geriátrica*. Masson España 2002, 199-573.
3. Alarcón R: Psicosis de inicio tardío y su relación con las demencias. *Avances en psiquiatría biológica* 2005, 106-116.
4. Asociación Americana de Psiquiatría. *Psiquiatría Geriátrica: Psychiatric Self Assessment & Review. PSA-R* American Psychiatric Association. Edición Española

2000, 45-63.

5. Bullock R, Libretto S: Risperidone in the treatment of psychoses in the elderly: a case report series. *European Psychiatry* 2002, 96-103.
6. Grossberg G, Manepalli J: The older patient with psychotic symptoms. *Psychiatry Service*, 2002, 77-113.
7. Karim S, Byrne E: Treatment of psychosis in elderly people. *Advances in Psychiatric Treatment* 2005, 286-296.
8. Kinon BJ, Stauffer VL, McGuire HC, Kaiser CJ, Dickson RA, Kennedy JS: The effects of antipsychotic drug treatment on prolactin concentration in the elderly. *J Am Med Dir Assoc*. 2003, 4: 189-94.
9. Marriott R, Neil W, Waddingham S. Antipsicóticos para ancianos con esquizofrenia. *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2006. Número 3.
10. Ritchie CW, Chiu E, Harrigan S, Hall K, Hassett A, Macfarlane S, et al: The impact upon extra-pyramidal side effects, clinical symptoms and quality of life of a switch from conventional to atypical antipsychotics (risperidone or olanzapine) in the elderly patients with schizophrenia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003, 18: 432-40.
11. Schneeweiss S, Setoguchi S, Brookhart A, Dormuth C, Wang PS: Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. *Canadian Medical Association Journal* 2007, 176: 627-32.
12. Shink K, Holden K, Yaffe K: Pharmacological Treatment of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. *Journal of the American Medical Association* 2005, 293: 596-608.