

# 44 Butlletí

## D'INFORMACIÓ FARMACOTERAPÈUTICA

### CONSORCI SANITARI DE BARCELONA

<http://www.csbcn.org/public/bif>

#### MONOGRAFIA

### ÚS DE NEUROLÈPTICS EN LA DEMÈNCIA

L'elevada freqüència de presentació d'elements de tipus psicòtic en el curs de les demències i, especialment, la greu repercussió d'aquests símptomes en els pacients i cuidadors justifiquen la necessitat de tractaments adients per a controlar-los.

Aquesta necessitat comporta que existeixin variades temptatives d'ús de fàrmacs, encara que no hagin estat introduïts en el mercat terapèutic amb aquesta indicació.

En aquest article revisarem les possibilitats d'emprar els neurolèptics en aquesta indicació, amb especial atenció a les dades que provenen de la recerca més clarament basada en la evidència.

Els neurolèptics<sup>1</sup> representen el tractament farmacològic més freqüentment emprat per al tractament dels trastorns conductuals associats a les demències. En les recomanacions de les guies clíniques consultades<sup>2,3,4,5</sup> aquests fets coincideixen amb l'experiència clínica diària en els nostres àmbits. Cal valorar que potser no es tracti d'opcions terapèutiques òptimes quant als seus resultats, seguretat, secundarismes, etc. Però, en tot cas, cal reconèixer en paraules de Nietzsche allò de que "bons o dolents no en tenim d'altres". Segurament el més important és disposar d'informació que ens permeti emprar-los de manera racional utilitzant sempre l'equació qualitat de resultats /risc en sentit favorable per al pacient. El percentatge de pacients que millora amb l'ús de neurolèptics en la indicació esmentada és d'un 61% (95% CI: 47%-75%)<sup>1</sup>. La resposta a placebo en els estudis d'eficàcia és d'un

34% (95% CI: 18%-50%). La magnitud d'aquesta resposta juntament amb l'elevada variabilitat fa necessari disposar de controls amb placebo en aquesta població.

Cal considerar que els anomenats "síntomes no cognitius", és a dir, de caire psicològic-conductual comporten una distorsió ambiental molt superior a les dels símptomes pròpiament cognitius que, curiosament, apareixen com a més característics i estudiats. La realitat clínica de cada dia comporta una pressió assistencial molt intensa per controlar la simptomatologia psicològic-conductual i els aspectes netament psiquiàtrics que aquesta comporta. Els familiars i cuidadors estan molt més disposats a tolerar que el pacient no recordi coses, fins i tot importants, que les seves idees de gelós o de robatori, per exemple. L'agitació nocturna, la síndrome del capvespre o les al·lucinacions, justifiquen la demanda d'una solució farmacològica ràpida.

Malgrat això no sempre el tractament de tipus farmacològic és el més adient –almenys no és l'únic– i caldrà adaptar-lo i revisar-lo sovint. Com més elevat sigui el grau de formació de familiars i cuidadors i com millor recolzament informatiu i personal disposin, més eficaç serà el resultat terapèutic.

Descriurem solament aquells neurolèptics més habitualment emprats i esmentats en pràcticament totes les guies clíniques i recomanacions terapèutiques<sup>2,3,4,5</sup>. A la taula 1 se'n ponderen també els efectes indesitjats més habituals.

**C S B** Consorci Sanitari de Barcelona

Ens públic de la Generalitat de Catalunya  
i l'Ajuntament de Barcelona



**CatSalut**  
Servei Català  
de la Salut

Generalitat de Catalunya  
Departament de Sanitat  
i Seguretat Social

#### Sumari

Ús de neurolèptics en la demència ..... 1

Ús de neurolèptics en ancians en altres trastorns  
psiquiàtrics ..... 4

**Taula 1. Efectes secundaris neurolèptics**

	Sedació	Hipotensió	Ex.piramidal	Anticol.
Clorpromazina	++++	++++	++	++++
Tioridacina	++++	++++	++	++++
Levomepromazina	++++	++++	++	++++
Haloperidol	+	+	++++	-
Risperidona	++	++	+	-
Olanzapina	+	+	+	+
Quetiapina	+	+	-	+
Ziprasidona	+	+	+	+

## Neurolèptics típics

El seu ús compta amb una experiència més dilatada, conseqüència de la seva data d'introducció en el mercat. La primera dada sorprenent resideix en l'escàs nombre de referències publicades i, entre elles, el mínim nombre amb una qualitat metodològica suficient.

### Tioridazina

Probablement és el més referit i esmentat. La revisió Cochrane efectuada a través d'una metaanàlisi realitzada pel Cochrane Dementia Group<sup>6</sup> conclou que les dades en favor del seu ús en el tractament de la demència són extraordinàriament limitades. Aquest estudi inclou 51 treballs identificats dels que només en recull set a causa de les limitacions metodològiques de la resta, i d'aquests, només dos es van realitzar comparant el principi actiu amb placebo. L'estudi Cochrane<sup>6</sup> mostra que, en comparació amb placebo, la tioridazina redueix els símptomes d'ansietat (OR= 4,91: 95% CI 3,21-7,50) però en canvi no té efecte significatiu sobre el canvi clínic global (OR=1,58 :95% CI 0,42-5,96), i no disposa d'una relació favorable d'efectes secundaris (OR = 41: 95 % CI 0,09-1,86).

*El Comité on Safety of Medicines*<sup>7</sup> no recomana contemplar aquest tractament en els símptomes psicòtics en ancians a causa de la seva elevada acció anticolinèrgica i cardiotoxicitat. L'elevat potencial anticolinèrgic el fa especialment contraindicat en pacients en tractament amb anticolinesteràsics. Paral·lelament, la FDA<sup>8</sup> indica que el seu ús ha de reservar-se a pacients en què altres neurolèptics hagin demostrat ineficiència o intolerància. Malgrat aquestes dades, en la nostra experiència continua figurant com a un dels freqüentment esmentats en els informes que aporten pacients i familiars en ocasió de sol·licitud de consulta.

### Haloperidol

S'utilitza també amb elevada freqüència en el nostre ambient, tant a domicili com en pacients ingressats en residència geriàtrica.

S'han realitzat estudis comparatius amb placebo<sup>9</sup> d'eficàcia de dosis, de sis setmanes de duració, doble cec, amb una mostra de 60 pacients amb diagnòstic de malaltia d'Alzheimer i amb símptomes psicòtics i conducta agitada. La qualitat de la resposta fou mesurada a través d'una reducció del 25% o més de la puntuació en la BPRS i en els ítems de desorganització/psicosis de la *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*.

La resposta a dosis baixes de 0,50-0,75 mg (25%-35%) no van ser diferents al placebo (25%-30%). A dosis de 2-3 mg va mostrar eficàcia superior a placebo (55%-60%) si bé va mostrar efectes extrapiramidals moderats i severos.

A la pràctica observem que és molt freqüent l'ús de dosis bastant més elevades que els 3 mg utilitzats en l'estudi de Devanand, sense millors resultats. Evidentment, desconeixem els resultats favorables ja que aquests no són motius de sol·licitud de consulta; en canvi, sí som testimonis de nombroses consultes a causa d'efectes extrapiramidals que poden aparèixer pràcticament a qualsevol dosi en pacients amb demència. El seu ús pot estar especialment contraindicat en pacients amb sospita de malaltia de cossos de Levy per l'elevada sensibilitat d'aquests pacients.

### Levomepromacina

Encara que els estudis disponibles són molt inferiors en nombre i qualitat, cal esmentar l'ús freqüent de la levomepromacina amb finalitat hipnòtica nocturna a dosis entre 25 i 100 mg. Aquest neurolèptic posseeix tots els potencials efectes farmacològics adversos en pacients ancians i genera hipotensió ortostàtica, el que comporta un elevat risc de caiguda en el moment en que el pacient s'incorpora del llit – per orinar per exemple. El seu ús hauria de ser considerat amb extremada cura i solament després de fracàs d'altres opcions menys arriscades.

## Neurolèptics atípics

En la majoria de les guies es mostra preferència pels neurolèptics atípics enfront dels clàssics, no per la seva eficàcia sinó pel seu millor perfil d'efectes adversos. En tots ells s'insisteix en què els tractaments cal que siguin individualitzats i sempre revisables en curts espais de temps (cada mes per exemple) per evitar estar subministrant medicacions potencialment perilloses mes enllà del temps estrictament necessari.

### Clozapina

Presenten una eficàcia similar als típics, però amb diferències en alguns efectes adversos. Si bé no té quasi

mai efectes extrapiramidals, és posseïdora d'importants efectes anticolinèrgics i hipotensió postural. Aquests efectes fan que la seva utilització en aquesta indicació sigui irrellevant en comparació amb la dels altres atípics.

### **Risperidona**

El més antic dels "nous antipsicòtics" disposa de dos estudis selectius amb aquesta indicació:

En un estudi<sup>10</sup> efectuat en un ampli grup de 625 malalts institucionalitzats a dosis d'1 mg i 2 mg, la reducció d'un 50% o més de la intensitat dels símptomes mesurats a través de les xifres de la BEHAVE-AD va ser d'un 45% en el grup tractat amb 1 mg i d'un 50% en el grup que rebia 2 mg. La resposta en el grup placebo fou d'un 33%.

En un assaig comparatiu<sup>11</sup> entre risperidona (0,5-4 mg/dia) i haloperidol (0,5-4 mg/dia), definint la resposta com una reducció del 30% o més en la mateixa escala BEHAVE-AD, els resultats van mostrar una resposta en el 72% del grup risperidona, 69% en el grup d'haloperidol i 61% en el grup placebo. Les elevades respostes placebo es podrien atribuir a l'ús de un criteri "benigne" de resposta com és la reducció d'un 30% o més.

La presència d'efectes extrapiramidals fou més elevada en el grup d'haloperidol. Aquestes dades van en favor de mostrar una eficàcia superior al placebo, semblant a la de l'haloperidol, i amb una incidència menor d'efectes extrapiramidals.

En la nostra experiència les dosis recomanables oscil·len entre 0,5 mg i 3 mg dia, amb bons resultats també amb dosis més petites (0,2 mg a 0,5 mg en alguns casos).

Entre els atípics probablement sigui el que proveeix major potencial de generar extrapiramidisme encara que menor que en el cas dels típics. Per aquest motiu cal evitar l'ús en pacients amb malaltia de Cossos de Levy.

### **Olanzapina**

Disposa d'un estudi<sup>12</sup> comparatiu amb placebo i amb dosi entre 5,10 i 15 mg/dia, amb una duració de sis setmanes, en una mostra de 206 pacients que reunien criteris de demència moderada a severa. La resposta en aquest treball es defineix com la millora d'un 50% o més en la suma de puntuacions entre agitació i al·lucinacions al NPI/NH. Els resultats mostren millores de 65,6% per a dosis de 5 mg, 57,1% per 10 mg i 43,1% per 15 mg, amb una resposta a placebo del 34,1%. No apareixen diferències significatives entre olanzapina i placebo en relació amb efectes extrapiramidals. Com en el cas anterior, es poden observar bons resultats utilitzant dosis inferiors (2,5 mg o inferiors en alguns casos). Les dosis elevades no són recomanables.

### **Quetiapina**

No disposa d'estudis controlats en aquesta indicació però hi ha un estudi<sup>13</sup> obert multicèntric de 52 setmanes de durada amb una mostra de 184 pacients. D'aquest grup, una submostra estava constituïda per 78 pacients amb malaltia d'Alzheimer. Els resultats van indicar que podia ser un medicament útil, especialment en pacients que presenten comportament hostil o agressiu.

En el cas particular de la demència associada a la malaltia de Parkinson amb símptomes psicòtics, els resultats en una submostra de l'estudi anterior<sup>13</sup>, formada per 40 malalts seguits durant un màxim d'un any amb una dosi mitjana de 75 mg/dia, mostra una notable millora en els símptomes psicòtics sense agreujament de la simptomatologia motora. Aquesta millora es va mantenint tot al llarg de l'estudi.

Les dosis recomanades són de 12,5 a 25 mg/dia<sup>13,14</sup> inicialment i amb dosis màximes de 75 a 125 mg/dia. Aquestes dades es corresponen bastant bé amb la nostra experiència personal.

Probablement es tracti de l'únic antipsicòtic indicat en el cas de la malaltia de Cossos de Levy, sempre que els símptomes psiquiàtrics d'aquesta no millorin amb l'ús d'anticolinesteràsics<sup>15</sup>.

### **Amisulpirida i ziprasidona**

Encara que no sembla posseir efectes anticolinèrgics no es disposa d'estudis específics en poblacions amb demència.

## **Recomanacions a través de guies clíniques**

### **Aspectes econòmics**

El cost dels neurolèptics atípics és superior al dels clàssics. A efectes informatius hem elaborat una taula de costos (taula 2) utilitzant dosis geriàtriques. A l'hora de decidir un tractament és prioritat el benestar del malalt i els seus cuidadors però l'aspecte econòmic ha de tenir-se en compte assegurant que la durada del tractament és estrictament l'adequada.

L'altre aspecte a valorar és la possibilitat de generar altres patologies a través dels efectes indesitjats, el que disminueix la qualitat de vida i pot generar una despesa afegida. Aquests són discinèsies, parkinsonisme, caigudes per hipotensió ortostàtica, deteriorament o empitjorament cognitiu per acció anticolinèrgica, etc.

**Taula 2. Costos en el tractament de neurolèptics**

	Euros	Dosis
Haloperidol	0,05	2 mg/dia
Tioridazina	0,06	40 mg/dia
Risperidona	0,59	1 mg/dia
Quetiapina	0,66	50 mg/dia
Olanzapina	1,41	5 mg/dia

## Conclusions

Els neurolèptics posseeixen una eficàcia moderada sobre els símptomes psiquiàtrics i conductuals en les demències. El criteri d'elecció es basa fonamentalment en el perfil d'efectes secundaris. La durada del tractament i les dosis deuen revisar-se sovint, evitant un plantejament de tractament continuat.

### J. Pujol Domenech

Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia

## Bibliografia

- Lancôt K.I., Best T.S. et al. Efficacy and safety of neuroleptics in behavioral disorders associated with dementia. *Jour Clin. Psychiatry* 1998. 59:550-5561.
- Consenso Español sobre demencias. Sociedad Española de Psiquiatria. Drug Farma. Madrid 2000.
- Geriatric Psychiatry Self-Assessment Program. American Association for Geriatric Psychiatry. Versión Española Trad. Y Rev. Angels Peiro. Grafiques 92. Barcelona 2002.
- Guía clínica para el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias del anciano. Am Psyc Ass. Version Española. Versión Española. Revisión J. Pujol. Psiquiatria Editores S.L.. Ars Medica.

Barcelona 2001 (1ª Edición – American Psychiatric Press. Inc. Washington y London 1997.

- Comité de Consenso de Catalunya en Terapèutica de los Trastornos Mentales .RTM-II. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. 1999 Ed. Masson S.A. Barcelona.
- Kirchner V., Kelly CA., et al. Thioridazine for dementia. (Cochrane Review). In: Cochrane, issue 1. Update Software. Oxford. 1999
- Breckenridge A. Tioridazine: Restricted indications and new warning on cardiotoxicity. Committee on Safety of Medicines U.K. 11-12-2000. CEM /CMO/2000/18
- F.D.A. Letter from Novartis Pharmaceutical Corporation July 7/ 2000
- Devanant D.P. Marder K. et al. A randomized placebo –controllet dose comparicions trial of haloperidol for psychosis and disruptive behaviours in Alzheimer disease. *Am. Jour. Psychiatry* 1998, 155; 1512-1520.
- Katz I.R., Jeste D.V. et al. Fort he Risperidone Estudi Group. Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia: A randomized double-blind trial. *Jour. Clin. Psychiatry* 1999. 60; 107-115.
- Deyn D.E., Rabheru D., et al. A randomized trial of risperidona, placebo, and haloperidol for behavioral symptoms of dementia. *Neurology* 1999;53:946-955.
- Street JS. Clerk VS. et al Olanzapine treatment of psychotic and behavioal symptoms in patiens with Alzheimer disease in nursing care facilities. *Arch.Gen. Psychiatry* 2000. 57: 968-976.
- Tariot P.N., Saleem Ismail M. .Quetiapina fumarate: A five years revision. *Jour Clin. Psychiatry* 2002;63(suppl 13)
- Jeste DV, Eastham JH, et al. Management of late life psychosis. *J Clin Psychiatry* 1996;57:39-45.
- Nhi-Ha T, Hoblyn J. et al Efficacy of Cholinesterase inhibitors in the treatment of Neurosychiatric Symptoms and Functional Impairment in Alzheimer Disease. A Meta Analysis. *JAMA*, January 8, 2003 Vol. 289, nº 2.

## MONOGRAFIA

# ÚS DE NEUROLÈPTICS EN ANCIANS EN ALTRES TRASTORNS PSIQUIÀTRICS

Existeixen dues bases d'arguments a favor de delimitar les indicacions per a un ús correcte dels neurolèptics en ancians. El primer resideix en la manca d'estudis específicament dissenyats per aquesta població, i l'altre al fet que, malgrat l'esmentada mancança, alguns estudis assenyalin que s'utilitzen amb una freqüència superior a la prevalença de les patologies per les que estan indicats<sup>1</sup>.

D'altra banda cal assenyalar que són medicaments amb considerables efectes secundaris que cal avaluar amb cura a l'hora de decidir la prescripció. Al mateix temps, en aquesta població, la presència de polipatologia i polimediació són fets habituals i això comporta la necessitat de tenir en compte una sèrie de paràmetres que són molt més complexes que en el cas de la població adulta per a la que han estat estudiats.

## Indicacions

A banda de la seva utilització en els ancians amb demència, hi ha trastorns psiquiàtrics en els que també són utilitzats i es poden resumir en<sup>2,3,4</sup>:

- Trastorns psiquiàtrics en ancians sense criteris de demència:
  - Esquizofrènics envellits
  - Esquizofrènia de començament tardà o molt tardà.
  - Trastorns delirants d'idees persistents (F.22.0):
    - Deliri de parasitació
    - Deliri de gelós
    - Deliri de grandesa
    - Deliri d'enamorament (Erotomania de Clerambault)
  - Trastorns paranoies diversos (perjudici, robatori, pleitista, etc.)

- Trastorns de l'estat d'ànim amb símptomes psicòtics (malenconia delirant amb símptomes psicòtics congruents o no amb l'estat d'ànim):
  - Mania/hipomania
  - Delírium
  - Trastorns de personalitat que han envellit (trastorn límit de personalitat p.ex.).

També, encara que amb caire més anecdòtic, són utilitzats com a coadjuvants en alguns procediments anestèsics i com a antiemètics a dosis baixes.

Les concentracions de neurotransmissors en ancians són menors pel que cal esperar una resposta superior dels receptors de l'SNC<sup>1</sup>. D'altra banda, les reaccions a medicaments a causa de sensibilitat personal són comuns a joves i ancians, encara que en aquests apareixen amb freqüència més elevada. Aquest fet té dos tipus d'explicacions: l'absorció, la distribució i el metabolisme/eliminació són menors en els ancians, i les dades de farmacogenètica van a favor de la progressiva importància d'alguns elements genètics que adquireixen major penetrància amb l'edat.

## Efectes indesitjats

Els podem classificar en :

- Acció sobre el nivell de consciència en forma de presència d'efecte sedatiu més elevat. Aquest fet pot representar una eina de doble tall sempre que no sigui desitjable un efecte sedatiu.
- Acció sobre el sistema extrapiramidal: encara que variable d'un subjecte a un altre, poden presentar-se de forma precoç com tremolor, rigidesa, akatàsia i acinèsia, al poc temps de començar l'administració (dies o setmanes) o de forma tardana sota l'aspecte de discinèsies. Cal no menysprear aquests fets, ja que en ancians cal evitar l'ús de correctors extrapiramidals de tipus anticolinèrgic. La retirada del fàrmac, no assegura la remissió d'aquests símptomes.
- Acció sobre funcions cognitives: molt variable en funció del neuroleptic utilitzat i és el resultat d'una relació estreta entre efectes anticolinèrgics i funció cognitiva. Com més elevat sigui el potencial anticolinèrgic menys raonable és la indicació en ancians: com més "clàssic" i més "sedatiu" sigui un neuroleptic probablement més acció anticolinèrgica i per tant més probabilitats d'acció col·lateral sobre funció cognitiva.
- Efectes sobre control de la psicomotricitat: Es tracta d'un tema complex ja que en part ve condicionat tant pels efectes extrapiramidals com pels efectes sedatius. Això pot facilitar les pèrdues d'estabilitat que són

pròpies de les edats avançades amb les presumibles conseqüències de les caigudes.

## Estudis disponibles

Si el cas de les indicacions dels neuroleptics en les demències se sustenta en un mínim d'assaigs controlats – tal com s'assenyala en altre lloc d'aquest Butlletí–, en el cas d'altres patologies sense criteris de demència les mancances són encara més notables. Malgrat aquest tipus de mancances en tots els llibres i recomanacions de grups d'experts<sup>5,6,7,8</sup> els neuroleptics figuren com a primera prioritat terapèutica en aquestes indicacions. Per tant la terapèutica s'ha basat en l'extrapolació de les dades disponibles en adults, en el benentès que entre els criteris d'exclusió dels estudis solia figurar el d'edat superior als 65 anys. Una raó que explica la manca d'estudis controlats resideix en el fet de que la incidència i prevalença d'aquests quadres no és molt elevada encara que la seva simptomatologia resulti terriblement distorsionadora tant pel que fa al patiment del pacient com dels seus familiars.

## Neuroleptics típics

Malgrat la manca d'estudis, els més utilitzats són la tioridazina, la levomepromazina i l'haloperidol, sovint a dosis baixes, encara que aquests siguin els de més risc d'inducció d'efectes indesitjables.

Existeix unanimitat sobre la recomanació d'utilitzar dosis de l'ordre de 25 al 50% menors que les habituals en adults i també sobre la necessitat de revisió de les mateixes en funció de la seva eficàcia i tolerància<sup>3,4,5,7</sup>. També existeix opinió unànime sobre que l'eficàcia és paral·lela a la dels atípics i en canvi el risc de secundarismes és notablement més elevat, pel que s'aconsellen com a segona opció en cas de fracàs dels atípics<sup>9</sup>.

Com que els efectes secundaris poden ser d'aparició tardana, molt especialment les temudes discinèsies, cal avaluar cuidadosament aquest risc també en els pacients que venien fent un tractament continuat amb un "clàssic" a qualsevol dosi. La reversibilitat de les discinèsies és mínima, fins i tot, en cas de suspensió de tractament.

## Neuroleptics típics de presentació retard

Cal considerar el seu ús com a excepcional en ancians perquè la impossibilitat d'una retirada ràpida en cas necessari és aquí d'una transcendència més elevada. Així i tot, en pacients amb gran resistència a prendre la medicació i especialment en aquells que tenen un entorn de difícil col·laboració es poden emprar en dosis inicials de

25% de l'habitual en adults, tenint cura d'ajustar els períodes d'administració a la tolerància i intentant sempre passar a la via oral.

## Neurolèptics atípics

Com que l'elecció del fàrmac en aquestes edats es basa fonamentalment en raons de tolerància i prevenció de risc, la major part de recomanacions de guies clíniques i grups d'experts els situen com a medicaments d'elecció<sup>5,6,7,8,10,11</sup>.

No es disposa d'estudis controlats específics en patologies psicòtiques en ancians, si bé alguns d'ells han inclòs en els assaigs generals un bon nombre de pacients majors de 65 anys<sup>12</sup>. El cost és més elevat, però les possibilitats d'inducció d'efectes adversos a curt i llarg termini també són inferiors.

## Utilització en altres patologies no psicòtiques

Les dades a favor de l'ús en patologies com l'angoixa, els trastorns del son o en la depressió són molt minses pel que fa al suport científic de les dades disponibles. L'única indicació que cal tenir en compte és la melangia amb continguts delirants, congruents o no amb l'estat d'ànim, i sempre en associació amb el tractament antidepressiu adient.

## Conclusions

Els neurolèptics representen una opció més adient per al tractament dels trastorns psicòtics en els vells.

Els criteris d'elecció es basen molt més en tolerància-efectes secundaris que en altres paràmetres. En aquest aspecte els neurolèptics atípics mostren avantatges.

Les dosis habituals són notablement més baixes que les recomanades en adults.

No existeix motiu per considerar l'administració com a indefinida. La duració del tractament ve determinada per la necessitat del mateix i per la tolerància.

La seva utilitat al marge dels quadres psicòtics no està demostrada. No existeix raó per utilitzar-los en patologies banals.

**P. de Azpiazu Artigas**

Fundació Hospital Asil de Granollers

## Bibliografia

- 1 Quizilbasch N, Schneider LS, Chui H, Tariot P, Brodaty H, Kayeand J. Evidence-based Dementia Practice Blackwell Science. Oxford 2003.
- 2 Agüera Ortiz L. Los ancianos con esquizofrenia precoz. Psiquiatria Geriátrica Ed Masson. Barcelona. 2002: 413-424.
- 3 Pujol J, De Azpiazu P, Psiquiatria Geriátrica. Ed. Masson. Barcelona 2002:427-449.
- 4 Agüera L. Tratamiento farmacológico de la psicosis en el anciano. Psiquiatria Geriátrica. Ed. Masson. 1a ed. Barcelona 2002: 451-467.
- 5 Consenso Español sobre demencias. Sociedad Española de Psiquiatria. Ed Drug Farma. Madrid 2000.
- 6 Geriatric Psychiatry Self-Assessment Program. American Association for Geriatric Psychiatry. Versió Espanyola. Ed Gràfiques 92. Barcelona 2002
- 7 Guia clínica para el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias del anciano. Am Psyc Ass. Version Española. Psiquiatria Editores S.L. ARS Medica 1a ed. Barcelona 2001.
- 8 Comité de Consenso de Catalunya en terapèutica de los trastornos mentales, RTM II. Recomendaciones en psiquiatria geriátrica Ed Masson 2a ed Barcelona 1999: 283-291
- 9 Breckenridge A. Tioridazine: Restricted indications and new warning on cardiotoxicity. Committee on Safety of Medicines U.K. 11-12-2000. CEM /CMO/2000/18
- 10 Bullock R, Saharan A. Atypical Antipsychotics: Experience and use in older people. J Clin Psychiatry 2002;57:7
- 11 Jeste DV, Eastham JH, et al. Management of late life psychosis. J Clin Psychiatry 1996;57:39-45.
- 12 Tariot P, Saleem Ismail M. Use of quetiapine in elderly patients. J Clin Psychiatry 2002; 63 (Supl 13)

## Aquest Butlletí és membre de la International Society of Drug Bulletins (ISDB)

### Direcció

Josep Mañach i Serra

### Consell de Redacció

Carne Alerany i Pardo  
Estrella Barceló i Colomer  
Manuel Borrell i Muñoz  
Julio González Algas  
Àlex Guarga i Rojas  
Antoni Sisó i Almirall  
Corinne Zara i Yahni

### Edició

Consorci Sanitari de Barcelona

### Coordinació editorial

Corinne Zara i Yahni

### Secretaria

Anna M. García i Puig

### Assessorament lingüístic i compaginació

Marià Jiménez i Albaladejo

### Assessors

Comissió farmacoterapèutica del CSB: Josep M. Cots, Magí Farré, Santi Grau, Alfred Moreno, Josep M. Quatrecases, Joan Vallès i Corinne Zara.

### Impressió-muntatge

Agpograf - a b c DISSENY

### © Generalitat de Catalunya

Departament de Sanitat i Seguretat Social  
Servei Català de la Salut

Tiratge: 3.000 exemplars  
Dipòsit legal: B-32.908/91  
ISSN: 1138-6347



El Butlletí d'informació farmacoterapèutica s'adreça als sanitaris de Barcelona per tal d'informar-los i promoure la utilització racional dels medicaments.

El Consell de Redacció no participa necessàriament de les opinions manifestades en els articles publicats, la responsabilitat dels quals correspon exclusivament als seus autors.

Per a més informació podeu adreçar-vos al Consell de Redacció del butlletí (Consorci Sanitari de Barcelona, edifici Mestral, Parc Sanitari Pere Virgili, Esteve Terradas, 30, 08023 Barcelona).