

# **Parlem d'antipsicòtics. Riscos i beneficis del seu ús: focus en el seu perfil de seguretat .**

**Dr. Josep Gomà Sellart**  
**Metge de Família ABS Baix Berguedà**  
**Grup Salut Mental Camfic**

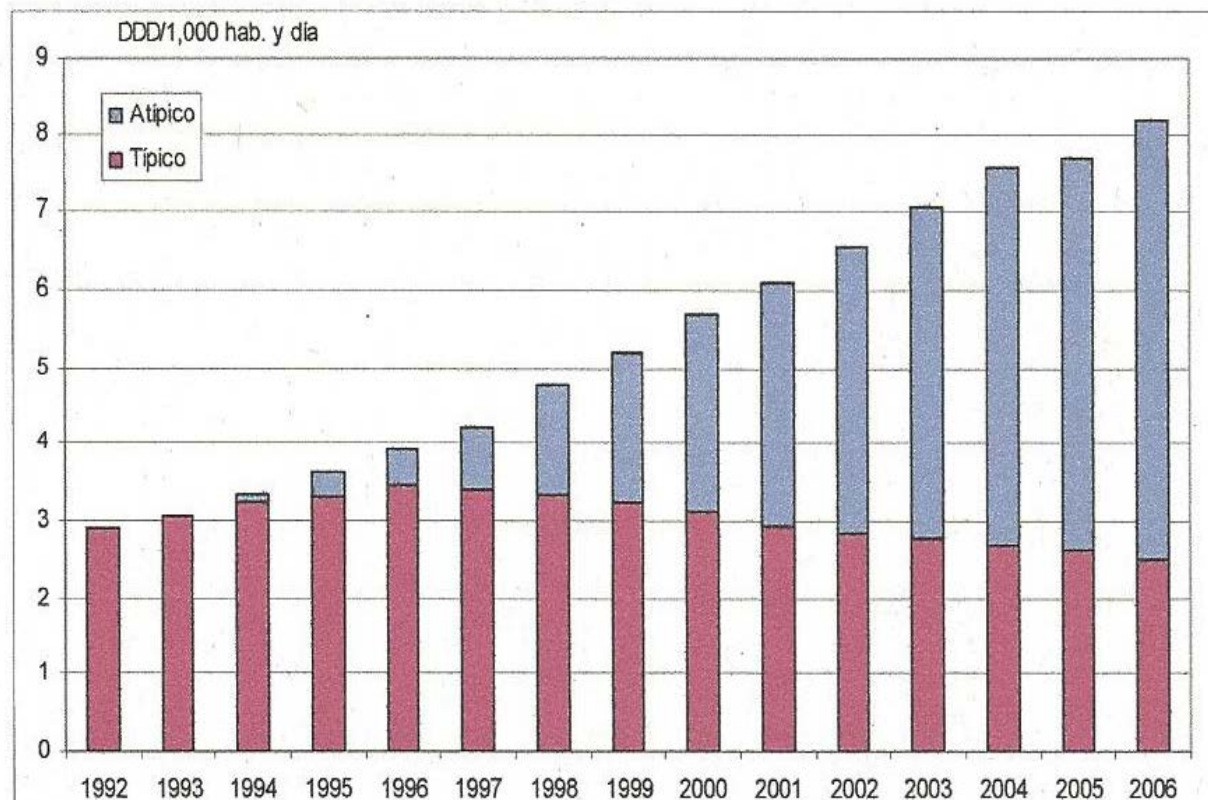
En els darrers anys el consum dels anomenats Anti-  
psicòtics ha crescut  
considerablement.

Des dels anys noranta  
se'n continuen comer-  
cialitzant de nous.

A Espanya ja n'hi ha 23  
de comercialitzats.

Les seves indicacions  
(autoritzades o no)  
també s'han ampliat

**Figura 1. Utilización de antipsicóticos en España. Datos expresados en DDD/1.000 hab. y día. Sistema Nacional de Salud**

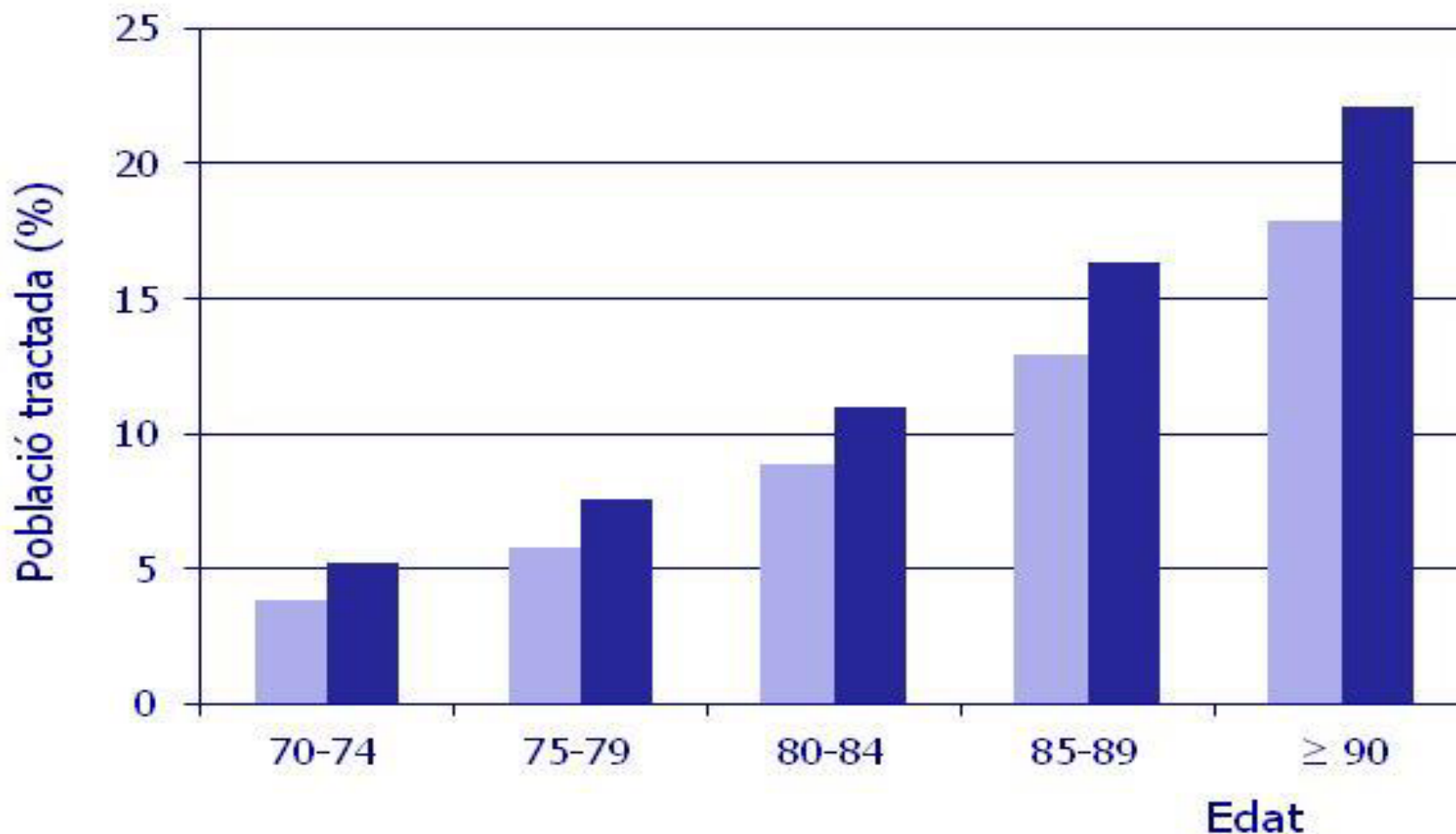


**UTILIZACIÓN DE ANTIPSICÓTICOS EN ESPAÑA (1992-2006)**

<https://www.aemps.gob.es/en/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antipsicoticos.pdf>

Sovint els metges experimentem una considerable pressió per prescriure aquests fàrmacs degut al neguit i distrés que ocasionen aquests malalts a la família o cuidadors, el que requereix parlar amb els cuidadors i escoltar les seves queixes , explicar els mínim beneficis d'aquests fàrmacs i els seus efectes secundaris.

Anne Corbett et al **Don't use antipsychotics routinely to treat agitation and aggression in people with dementia.** *BMJ* 2014;349:g6420 doi: 10.1136/bmj.g6420



Prevalença del consum d'antipsicòtics en gent gran, per edat i sexe (homes: blau clar; dones: blau fosc) (Catalunya, 2015).

## UTILITZAR NEUROLÈPTICS FORA INDICACIONS . “ *off label*””

**En l'àmbit del CatSalut, l'ús *off-label* queda regulat per la Instrucció 05/2010**

**S'estableixen tres possibles escenaris d'ús de fàrmacs *off-label*:**

- a) Utilització de fàrmacs amb prou evidència de qualitat quan els tractaments autoritzats no han demostrat eficàcia, estan contraindicats o han produït efectes adversos no tolerats, o no hi ha alternatives de tractament autoritzades.
- b) Utilització excepcional justificada per la situació clínica del pacient.
- c) En un context de recerca clínica reglada.

1) Pel que a la justificació de la necessitat del tractament, el metge o metgessa responsable del tractament ha d'elaborar un informe clínic raonat que justifiqui convenientment la necessitat de la utilització del medicament, que expliqui els motius pels quals no pot tractar-se de forma satisfactoria amb altres alternatives terapèutiques autoritzades i que inclogui les dades que recolzin la utilització del medicament, així com la pauta i durada prevista del tractament. Aquest informe s'incorporarà a la història clínica.

2) Pel que fa a l'obligació d'informar el o la pacient en termes comprensibles de la naturalesa del tractament, de la seva importància, implicacions i riscos, i obtenir el seu consentiment d'acord amb la Llei 41/2002, de 14 de novembre, es considera que:

Específicament, cal informar el o la pacient dels possibles beneficis i dels riscos potencials. La informació haurà d'incloure l'objectiu terapèutic, el tractament, els beneficis esperats, els riscos que en deriven, els possibles esdeveniments adversos, la no-existència de tractaments alternatius disponibles i el caràcter voluntari de l'acceptació del tractament. Així mateix, el consentiment informat del o la pacient o el del seu representant legal es formalitzarà per escrit.

[http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors\\_professionals/normatives\\_instruccions/any\\_2010/instruccio\\_05\\_2010\\_7\\_octubre/instruccio\\_05\\_2010.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2010/instruccio_05_2010_7_octubre/instruccio_05_2010.pdf)

# **MECANISME D'ACCIÓ I DOSIS**

**Finestra terapèutica , es bloqueja entre el 50% al 70% dels receptors D2, variant molt entre una molècula o altra :**

**amisulprida, la clozapina y la quetiapina precisa d'un bloqueig entre el 50% al 60% dels receptors**

**Haloperidol un 65%**

**Per tant un bloqueig per sobre del límit no millora simptomatologia incrementa efectes secundaris.**

**Per una majoria de pacients la dosi mitja d'haloperidol es situa entre 3,3 i 4 mg /dia i pocs es beneficiarien de dosis fins a 10 mg/dia**

**el 80% dels efectes s'aconsegueixen en un termini de 4 setmanes**

**Es recomana una estratègia de cerca individual de les dosis adequades per a cada pacient a través d'assaig /error. Les guies solen donar dosis fixes de fàrmac que donen lloc a dosificar excessivament .**

## **5 coses que els metges i pacients s'haurien de preguntar**

- 1) No prescriure antipsicòtics als pacients, que ho tenen indicat, sense realitzar una avaluació inicial apropiada i un seguiment regular.**
- 2) No prescriure simultàniament dos o més medicacions antipsicòtiques**
- 3) No prescriure antipsicòtics com a primera elecció en els trastorns de conducta en les demències.**
- 4) No prescriure antipsicòtics per a tractar l'insomni .**
- 5) No donar antipsicòtics per a tractar trastorns de conducta i trastorns emocionals en infants i adolescents que no hi hagi indicació aprovada .**



Els neuroleptics només estan indicats en EZ i episodis maníacs del trastorn bipolar.

En pacients amb demència, l'únic autoritzat és la risperidona, però només per al tractament simptomàtic i puntual (fins a 6 setmanes) d'episodis greus d'agressivitat.

L'ús de neuroleptics en patologies no indicades no està avalat per cap estudi.

No hi ha proves de l'eficàcia de la quetiapina en el tractament de l'insomni en gent gran.

L'ús d'antipsicòtics només indicada Risperidona en demència amb agressió (perill per a el pacient i altres) entre 6 i 12 setmanes .

Helen C Kales. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. BMJ 2015;350.Doi.101136

Un metanàlisis diu que la Risperidona és superior a altres a dosi de 1 mg per agressió , NO per símptomes no agressius. A 2 mg no s'observen millors resultats , (aripiprazole , olanzapine , quetiapine , and risperidone. La quetiapina no beneficis en els tractament de trastorns de conducta en demència.

(Am. J Geriatr Psychiatry 2006;14:191-210)

En una perspectiva relacional, como el tracte amable i una ètica que respecti el principi d'autonomia, el dilema creat amb els antipsicòtics no tindria sentit, ja que les persones necessiten conèixer per decidir, i poder decidir és bàsic perquè el ser humà apreci la seva vida.

Per tan hem de informar, fer-ho amb la veritat i de manera comprensible. Si mentim o ocultem informació perquè els pacients segueixin prenent fàrmacs , tot i que aquests siguin excel·lents , s'estableix una relació que no considera al altre com a persona i es perverteix la relació d'ajut.

**Miguel A. Valverde . *Un dilema bioètico a propósito de los anti  
psicóticos Revista de Bioética y Derecho .Número 20, sept.2010.pag 4***

Option grid decision aids o decisions compartides

<https://health.ebsco.com/products/option-grid>

# ALGUNES PÍNDULES ÈTIQUES

- **Ètica del risc: En pacients que porten tractament perllongat amb bona evolució , ens trobem :**
  - ❑ Risc al retirar el fàrmac , inclús de manera gradual.
  - ❑ Risc de que al mantenir el fàrmac puguem ocasionar més dany cerebral.
- **Tot i aquesta disjuntiva , no estem exempts de l'obligació d'informar al pacient sobre els riscos i beneficis i establir una relació empàtica amb el pacient.**
- **Hi ha que avaluar la capacitat intel·lectual del pacient per prendre decisions , per tal de protegir el principi d'autonomia del pacient per garantir l'altre principi de beneficiència i no caure en el de maleficiència.**

# ALGUNES PÍNDULES ÈTIQUES

- **El consentiment informat (CI) , hauria d'estar més reglat donat els riscos d'aquests fàrmacs. Dos errors en els que els professionals podem caure :**
  1. Amagar informació al pacient com a mesura de protecció ( privilegi terapèutic) .
  2. No donar informació correcta o fer més èmfasi en altres aspectes ( decisions silents).
- **Ens haurem d'adaptar al estat emocional i intel·lectual del pacient**
- No oblidar el paper dels familiars o cuidadors , doncs serà difícil plantejar la retirada o reducció del fàrmac sense el seu recolzament.

El 2010 el laboratori va pagar una multa de 520 milions de dolars per promoure la prescripció fora de les pròpies indicacions. ( agressivitat, demència i trastorns del son) .

També hi ha dades d'articles escrits per metges pagats per promoure la prescripció fora de les seves indicacions.

[Office of Public Affairs. Pharmaceutical giant AstraZeneca to pay \\$520 million for off-label drug marketing \[media release\]. Washington DC: United States Department of Justice; 2010 Apr 27.](#)

No hi ha evidència de l'ús de quetiapina en : Ansietat, insomni, estrès postraumàtic, trastorns de la personalitat , símptomes conductuals de la demència o per consum de substàncies.

La quetiapina s'ha donat en l'insomni especialment en demències

,  
En una revisió de 2014 , només es van trobar 2 estudis a doble cec que entre els dos inclüïen només 31 pacients.

**Anderson SL, Vande Griend JP. Quetiapine for insomnia: A review of the literature. Am J Health Syst Pharm 2014;71:394-402.**

**METANÀLISI : 92 estudis inclosos . 3,211.768 pacients amb malaltia mental severa. (MMS). ( edat mitja 50 anys i 49% homes) i 113.383.368 control ( edat mitjana 51 i 49%)**

## MMS

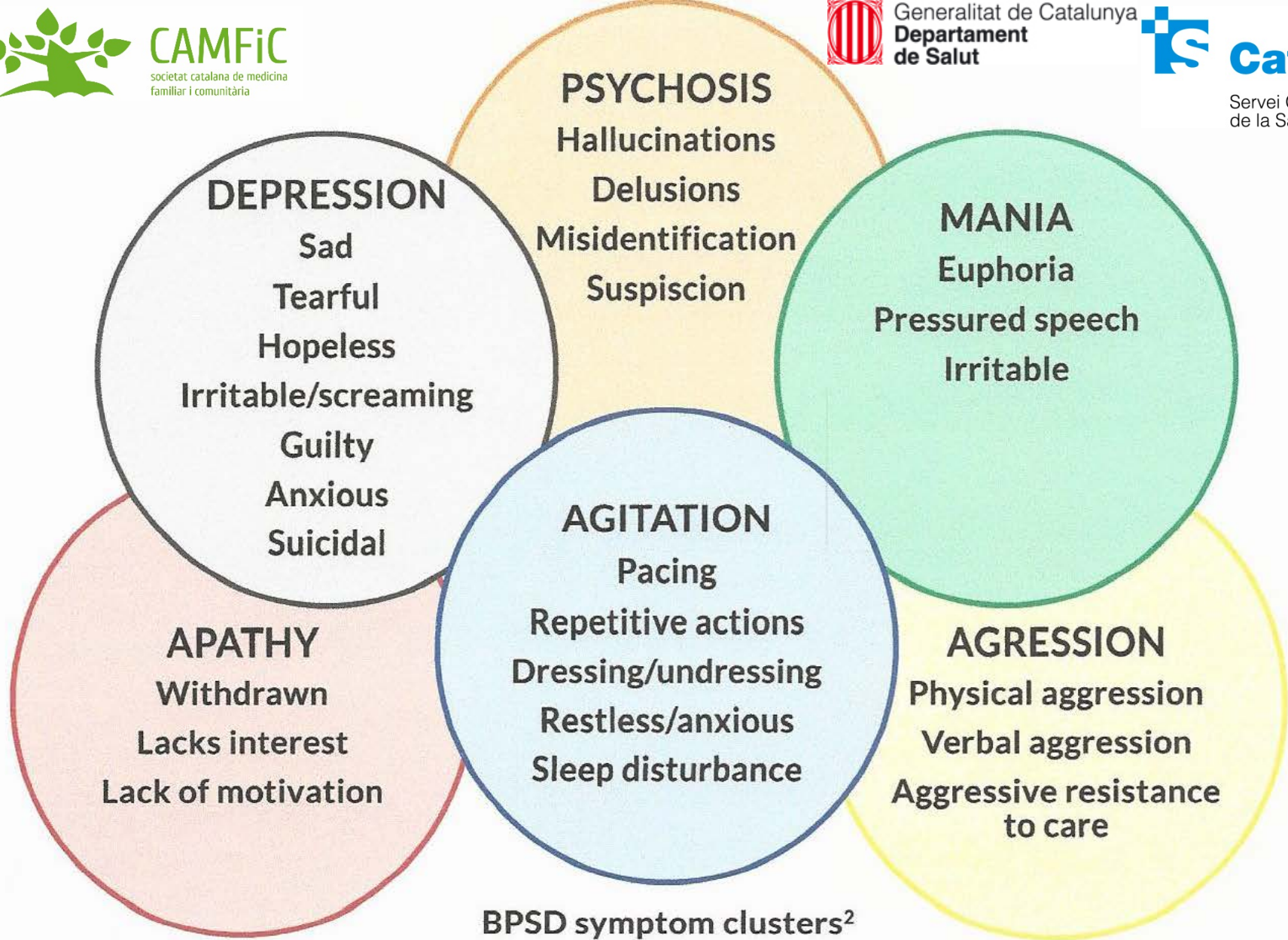
- ❑ 10% tenien al menys una comorbiditat CV
- ❑ 85% dels pacients tenien un alt risc de morir per malaltia CV .
- ❑ Les principal causes d'aquest increment de risc CV eren :  
ANTIPSICÒTICS, ELEVAT IMC i ELEVAT RISC CV .
- ❑ En prevenció secundària hi ha menys control que en la població general ,  
generant un increment de la mortalitat.
- ❑ Els Antipsicòtics estan associats a un alt risc de malaltia CV . Els antipsicòtics amb més alt risc cardio-metabòlic són : CLOZAPINA i OLANZAPINA Els antipsicòtics de més baix risc són : ARIPIPRAZOL, ZIPRASIDONA, AMISULPRIDE i els TÍPICS .

**Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. World Psychiatry 2017;16:163–180**

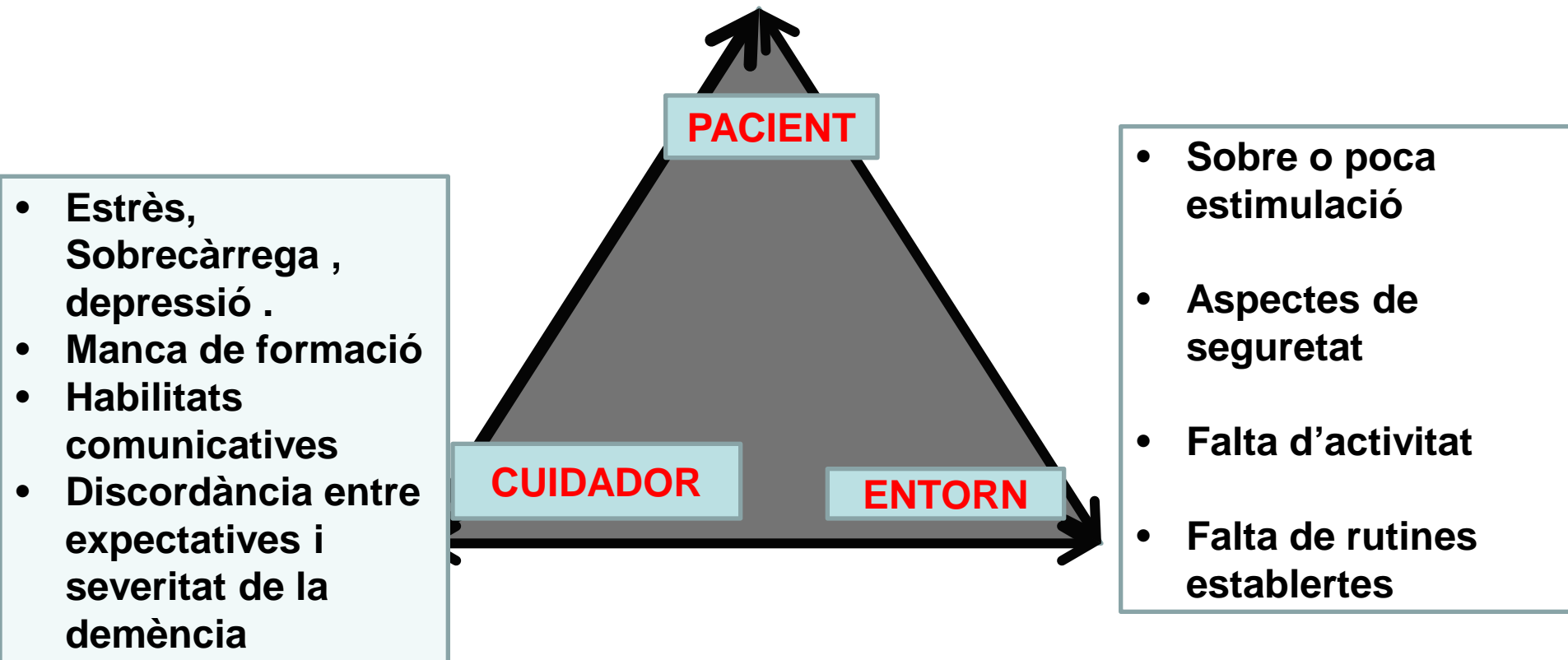
# TRASTORNS DE LA CONDUCTA EN DEMÈNCIES







- Personalitat i malaltia psiquiàtrica
- Problemes mèdics aguts (ITU, Neumònia, Estrenyiment, deshidratació)
- Necessitats no cobertes ( Dolor, insomni, pors, avorriment, ..)



**Factors MODIFICABLES associats als trastorns conductuals i psicològics en demències**

Helen C Kales. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia..BMJ 2015;350.Doi.101136

*En Joan és un avi diagnosticat d'Alzheimer amb un GDS de 5. El seu fill ve a la consulta per explicar-nos que el seu pare, des de fa un temps, unes 3-4 setmanes, no para de caminar pel pis i, en ocasions, es torna agressiu.*

## ***Què podem intuir d'aquesta primera informació?***

Es tracta d'un pacient diagnosticat de malaltia d'Alzheimer en un grau avançat que, des de fa uns dies, inicia un trastorn de conducta i camina sense parar.

### ***Què s'ha de fer?***

#### **Observació del pacient:**

- com camina, quines conductes té; i
- cal valorar l'agressivitat.
- És important interrogar el cuidador sobre les conductes del pacient: com menja, com dorm, si crida, els hàbits higiènics, etc.
- També farem una exploració física per descartar organicitat.

*En el domicili ens troben que en Joan no para de caminar i intenta obrir totes les portes, especialment la del carrer; si li impedim el pas, s'enfada i ens agafa ben fort amb les mans per apartar-nos.*

*Interroguem el seu fill, en Miquel, sobre aspectes com dormir, menjar, cridar, moviments repetits. Ens explica que al seu pare li costa dormir; quan se n'adona ja està caminant i, en ocasions, crida per la nit i fa sorolls que molesten els veïns. No sap què fer. Quan intentem acostar-nos a en Joan per intentar explorar-lo, ens torna a apartar i ens aixeca el braç.*

## **Podem intuir quin trastorn de conducta presenta en Joan?**

D'entrada, podem dir que en Joan és un pacient amb demència i **inquietud psicomotora**. “wandering” (Un dels trastorns de conducta més freqüents )

Els perills són el risc de caiguda i fractures

Aquest trastorn de conducta inclou:

- Caminar sense rumb concret.
- Temptativa d'abandonar el cuidador.
- Caminar durant la nit.
- Anar d'un lloc a l'altre.

*Després d'haver observat el Joan i haver preguntat al cuidador sobre els seus hàbits i les conductes, i després d'haver descartat organicitat, podem dir que en Joan camina, obre portes, es comporta de manera agressiva si ens hi atansem; per tant, podem dir que en Joan presenta un trastorn de conducta, amb conductes repetides i agressivitat que acompanya la seva demència.*

**Generalment, tant els professionals com els cuidadors s'enfronten a un dilema:**

Tenir cura que el pacient no es faci mal o es lesioni.

Preservar la llibertat individual del pacient per moure's lliurement.

## ***Què podem fer amb els pacients amb inquietud psicomotora?***

- **Fer-los companyia i, si és possible, fer teràpia ocupacional, tenint en compte que el malalt dement té la capacitat d'atenció alterada i roman poc temps en un mateix lloc.**
- **Fer passejades, caminar.**
- **Intentar distreure'l de la intenció que el porta a caminar amb una alternativa que el pugui divertir.**
- **Acompanyar el pacient en la recerca fins que la meta quedi difuminada: complicitat. Potser és l'estratègia millor, però ocupa molt temps.**
- **Crear un ambient segur, sense obstacles (catifes, cadires, etc.).**
- **Crear rutines, intentar donar els mateixos consells al mateix lloc.**
- **Intentar no aclaparar-los amb discussions, preguntes, etc.**
- **Personalitzar els espais amb fotografies o objectes familiars que orientin el pacient i l'estimulin.**

## ***Hem d'instaurar un tractament farmacològic?***

En aquest cas, seria adequat, ja que es tracta d'un trastorn de conducta amb agitació i agressivitat.

Abans d'utilitzar fàrmacs ens haurem de preguntar:

- Justifica el símptoma el tractament farmacològic?
- És un símptoma que respon al tractament farmacològic? Hi ha evidència que els antipsicòtics han demostrat l'eficàcia en pacients amb demència que presenten agitació i trastorns de conducta.
- Quin grup de fàrmacs és el més adequat?

***En aquests cas el pacient no dorm, camina sense parar i està agressiu; podem considerar que està agitat. El tractarem amb risperidona, a dosis baixes d'inici i incrementant-les cada 2 dies.***

**CAUSES AGITACIÓ EN DEMÈNCIA** El dolor pot ser una de les causes d'agitació en demència , un estudi en 332 pacients mostra una reducció del 17% de l'agitació si es tracta amb analgèsics,. Els analgèsics no són una directa alternativa als antipsicòtics , però juguen un important paper en la prevenció de l'agitació i en l'ús d'antipsicòtics.

- [Corbett A](#) et al . Assessment and treatment of pain in people with dementia. [Nat Rev Neurol](#). 2012 Apr 10;8(5):264-74. doi: 10.1038/nrneurol.2012.53
- Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ* 2011;343:d4065. (15 July.)
- Sultzer DL, Davis SM, Tariot PN, Dagerman KS, Lebowitz BD, Lyketsos CG, et al. Clinical symptom responses to atypical antipsychotic medications in Alzheimer's disease: phase 1 outcomes from the CATIE-ADeffectiveness trial. *Am J Psychiatry* 2008;165:844-54.
- [Polypharmacy: Guidance for Prescribing – AWMSG](#)  
<http://www.awmsg.org/docs/awmsg/medman/Polypharmacy%20-%20Guidance%20for%20Prescribing.pdf>



# PERQUÉ EL PACIENT PREN UN ANTIPSICÒTIC

- Síntomes Conductuals i Psicològics de les demències
- Tractament > 3 mesos ( resposta terapèutica o no)

- Insomni primari
- Insomni secundari per comorbiditat.

- INDICACIONS CORRECTES

## DEPRESCRIPCIÓ RECOMANADA

- Disminuir dosis lentament , un 25-50% dosi cada 1-2 setmanes ( amb col·laboració pacient o cuidador

**STOP**

**CONTINUAR**  
Fins a 12 setmanes o Consultar

**MONITORITZAR CADA 1-2 SETMANES :**  
Milloria símptomes  
Empitjorament : psicosi, agitació, deliri, hal·lucinacions

## SI RECAIGUDA INSOMNI:

- Suprimir substàncies que provoquin insomni (OH, Cafeïna..)
- Mesures higiene son , reducció estímuls...  
**Fàrmacs si és necessari**

- Considerar mesures no farmacològiques
- Reiniciar fàrmac a la dosi **més baixa possible** màxim 12 setmanes.
- Considerar canvi fàrmac

En les Residències molts avis són tractats amb APS sense tenir un trastorn mental greu, indicació real de l'ús APS, molts d'aquests avis tenen demència i aquests fàrmacs no estan indicats per aquesta patologia.

Sovint s'administren aquests fàrmacs sense el consentiment del pacient o cuidador o familiar , i en Residències on , generalment es va curt de personal, aquests fàrmacs s'utilitzen for a d'indicació i en ocasions sense una patologia mental greu.

## **National Partnership to Improve Dementia Care in Nursing Homes**

<https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/SurveyCertificationGenInfo/National-Partnership-to-Improve-Dementia-Care-in-Nursing-Homes.html>

## **Data show National Partnership to Improve Dementia Care achieves goals to reduce unnecessary antipsychotic medications in nursing homes**

<https://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Fact-sheets/2017-Fact-Sheet-items/2017-10-02.html>

Between the end of 2011 and the end of quarter one of 2017, the national prevalence of antipsychotic use in long-stay nursing home residents was reduced by 34.1 percent, decreasing from 23.9 percent to 15.7 percent nationwide. All 50 states and every CMS region showed improvement.

1. Els potencials efectes d'aquests fàrmacs han de ser explicats, amb la família i pacient.
2. El tractament s'ha d'iniciar a baixes dosis i ha de ser valorat quina dosi mínima efectiva és ben tolerada.
3. Segons els efectes secundaris s'ha de valorar la possibilitat de retirar-lo
4. Si no hi ha resposta a les 4 setmanes amb dosis adequades , s'haurà de retirar.
5. En els pacients que el fàrmac és efectiu , s'haurà de parlar amb pacient i/o familiars si s'ha de retirar, un bon moment és a les 12 setmanes de millora i dosi adequades . Vigilant les recaigudes
6. L'haloperidol **NO** s'hauria de prescriure com a primer agent.
7. Els tractaments depot , tampoc estan indicats.

**Reus *et al.* 2016 A recent American Psychiatric Association (APA) practice guideline on the use of antipsychotics to treat agitation or psychosis in individuals with dementia. Am J Psychiatry 173:5, May 2016**

<http://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890426807>]

D'acord amb els resultats d'aquest estudi en ancians institucionalitzats, se suggereix

**1.- que el major risc de mortalitat que comporta l'ús d'antipsicòtics varia segons el fàrmac prescrit, sent màxim amb l'ús d'haloperidol, mínim amb la quetiapina i intermedi amb risperidona, olanzapina, aripiprazol i risperidona.**

**2.- Risperidona continua essent el fàrmac d'elecció en els pacients amb alteracions de conducta associades a la demència**

**3.- Respecte a la dels pacients en tractament amb risperidona (l'antipsicòtic més utilitzat en aquesta població), la mortalitat amb haloperidol va ser el doble, mentre que amb quetiapina es va reduir un 20%.**

**4.- Els efectes adversos més importants són: extrapiramidalismes, discinèsia tardana, hipotensió ortostàtica, convulsions, síndrome neurolèptica maligna, neutropènia greu, augment de pes, diabetis, hiperlipèmia i prolongació del QT.**

**5.- A més, el risc seria major a mesura que s'augmenta la dosi, excepte en el cas de la quetiapina.**

**6.- Els investigadors conclouen que és important utilitzar aquests fàrmacs amb cautela, prescrivint la menor dosi possible i monitoritzen acuradament als pacients, sobretot a l'inici del tractament.**

**7.- S'hauria d'evitar-se l'ús d'haloperidol en aquesta població vulnerable.**

Differential risk of death in older residents in nursing homes prescribed specific antipsychotic drugs: population based cohort study. Huybrechts KF, Gerhard T, Crystal S i cols. BMJ 2012; 344: e977

## **EFICÀCIA ANTIPSICÒTICS :**

Els antipsicòtics no són curatius.

Pobre resposta funcional, cronicitat, recaigudes , incapacitat.

Molt efectius sobre símptomes positius , no sobre negatius.

## **HÀBITS EN L'ÚS ANTIPSICÒTICS**

Ús “ off label” especialment en nens i adolescents i gent gran .

Ús a llarg termini .

Sobredosificació

Prescripció d'un segon antipsicòtic amb la idea de buscar una resposta ràpida

## **ÚS A LLARG TERMINI**

Ja evidència que durant els primers dos anys l'ús d'antipsicòtics millora les recaigudes i els símptomes positius. A partir del segon any les coses canvien , disminuint la diferència entre placebo i antipsicòtics en quan a recaigudes.

## **ANTIPSICÒTICS I SIMPTOMATOLOGIA NEGATIVA**

La millora del funcionament cognitiu és mínim , al contrari l'empitjoren .

Tot i els esforços de la indústria , de que els de segona generació són superiors als de primera en quan milloren els símptomes negatius , no hi ha cap estudi seriós que ho avaluï.

## FACTORS PREDICTIUS DE LA RECUPERACIÓ

La simptomatologia negativa i el funcionament cognitiu es consideren claus per a la recuperació.

La recuperació dels símptomes positius no és un factor predictiu de la recuperació . Si que ho era la recuperació de la simptomatologia negativa.

## SUÏCIDI I ANTIPSICÒTICS

Les tasses de suïcidi en EZ ronda el 5% , especialment en la primera setmana de l'alta o durant l'ingrés.

<https://www.youtube.com/watch?v=Xi00BAdgxpw>

<https://drive.google.com/file/d/0B4APT-aL303XaWxlaFJMejhYTHM/view>

**Uso de antipsicóticos en la psicosis. Alcance, limitaciones y alternativas. Una revisión bibliográfica.**

**Jose A. Inchauspe Arostegua y Miguel A Valverde Eizaguirreb( 2017)**

<https://www.youtube.com/watch?v=ivc1X4QDISk>

## **Publicat el 20 maig 2017**

Compareixença de representants de la Federació Veus davant la Comissió de Salut per a explicar el projecte "Contenció mecànica 0" i les iniciatives i experiències internacionals per a la transformació de la xarxa de salut mental. ( Sr. Edgar Vinyals Rojas)

## **Contenció mecànica Valle Hebrón**

[http://www.vhebron.net/documents/9904922/13933305/B\\_08\\_02\\_contencions\\_12-1-15.pdf/71eb055a-0a77-424f-ad38-68aab52935ef](http://www.vhebron.net/documents/9904922/13933305/B_08_02_contencions_12-1-15.pdf/71eb055a-0a77-424f-ad38-68aab52935ef)

## **CONTENCIONS Quaderns de Bona Praxi nº 32 Any 2013**

### **Discontinuación del Uso de Drogas Psiquiátricas: Una Guía Basada en la Reducción del Daño**

<http://willhall.net/files/GuiaReducciondelDanoDiscontinuaciondeDrogasPsiquiatricas2EdParalmpimir.pdf>

**MIGUEL A. VALVERDE *Un dilema bioético a propósito de los anti psicóticos* Revista de Bioética y Derecho. NÚMERO 20 - SEPTIEMBRE 2010.**

[http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/RByD20\\_ArtValverde.pdf](http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/RByD20_ArtValverde.pdf)



**Practicando la Medicina Basada en la Evidencia: 51 estudios sobre fármacos antipsicóticos.**

<http://blogsalmementaltenerife.blogspot.com.es/2013/06/practicando-la-medicina-basada-en-la.html>

<http://open-dialogue.net> ( Lapònia . Finlàndia)

“La expropiación de la salud”, de Juan Gervas y Mercedes Pérez-Fernández, Libros del Lince, Barcelona, 2015

<http://linceediciones.com/es/libro/la-expropiacion-la-salud/>

José Antonio Inchauspe Aróstegui y Miguel Ángel Valverde Eizaguirre Clozapina y psicoterapia placebo para la esquizofrenia resistente. Norte de salud mental, 2017, vol. XV, nº 57: 24-34

**Miguel A. Valverde . *Un dilema bioético a propósito de los antipsicóticos* Revista de Bioética y Derecho **ÚMERO 20 - SEPTIEMBRE 2010 PÁGINA 4****

A Call for Caution on Antipsychotic Drugs . <https://www.nytimes.com/2012/09/25/health/a-call-for-caution-in-the-use-of-antipsychotic-drugs.html> By RICHARD A. FRIEDMAN, M.D. SEPT. 24, 2012

**Treating Disruptive Behaviour in People with Dementia: Antipsychotic drugs are usually not the best choice. Choosing Wisely Canada.**

<https://choosingwiselycanada.org/>

<https://choosingwiselycanada.org/antipsychotic-for-disruptive-behaviour-dementia/>

**Rajesh R. Tampi, Deena J. Tampi, Silpa Balachandran and Shilpa Srinivasan. Antipsychotic use in dementia: a systematic review of benefits and risks from metaanalyses. *Ther Adv Chronic Dis* 2016, Vol. 7(5) 229–245 .DOI: 10.1177/ 2040622316658463**

Lauren B. Gerlach, DOa,\* , Helen C. Kales, MD Managing Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia *Psychiatr Clin N Am* 41 (2018) 127–139 <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.10.010>

Jo Thompson Coon, Rebecca Abbott, Morwenna Rogers, Interventions to Reduce Inappropriate Prescribing of **Antipsychotic** Medications in People With **Dementia** Resident in Care Homes: A Systematic Review

[Journal of the American Medical Directors Association](http://www.jamda.com), Volume 15, Issue 10, October 2014,

Essencial juny 2017

[http://essencialsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/essencial/fitxes\\_cercador/2017/antipsicotics\\_esquizofrenia/essencial\\_antipsicotics\\_esquizofrenia\\_aguas2017.pdf](http://essencialsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/essencial/fitxes_cercador/2017/antipsicotics_esquizofrenia/essencial_antipsicotics_esquizofrenia_aguas2017.pdf)

## **Antipsicòtics en el tractament de l'esquizofrènia**

### **RISCOS DE L'ÚS D'ANTIPSIKÒTICS EN GENT GRAN (JUNY 2016)**

[http://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/7\\_Gestio\\_del\\_coneixement/documents/Antipsicotics-Informe-final\\_20160202\\_revNorm.pdf](http://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/7_Gestio_del_coneixement/documents/Antipsicotics-Informe-final_20160202_revNorm.pdf)

Hauck TS, Lay C, Wing LLF, Kurdyak P, Tu K. ADHD Treatment in Primary Care: Demographic Factors, Medication Trends, and Treatment Predictors *Can J Psychiatry*. Publicado en versión electrónica el 18 de enero de 2017. [Artículo](#)

Moncrieff J (2015) Antipsychotic Maintenance Treatment: Time to Rethink? *PLoS Med* 12(8): e1001861. doi:10.1371/journal.pmed.1001861

**BUTLLETI GROC** . Gener-Març.2017 . No utilitzar antipsicòtics fora psiquiatria.

<https://www.icf.uab.cat/assets/pdf/productes/bg/es/bg301.17e.pdf>

**BUTLLETI GROC** . Juliol-Setembre 2016. Antipsicòtics: mala ciencia, pseudoinnovació, prescripció desbordada ,iatrogenia.

<https://www.icf.uab.cat/assets/pdf/productes/bg/es/bg293-4.16e.pdf>

***“ La Salut Mental depèn en certa mesura de la justícia social i els trastorns mentals han de tractar-se en la mesura del possible en Atenció Primària “***

*Gro Harlem Bruntland, .Directora general de la Organización Mundial la Salud (2000).*



**MOLTES GRÀCIES**