

Ficha

Farmacológica

Antipsicóticos

Sección coordinada por el Grupo de Trabajo de Farmacéuticos de Centros Sociosanitarios de Cataluña. Ficha farmacológica que trata de facilitar de una manera rápida y sencilla los datos necesarios en la prescripción de medicamentos en pacientes de más de 65 años.

Autores

- Margarita Aguas. *Centro Sociosanitario Palau. Grupo Alianza. Barcelona*
- Ana Ayestarán. *Hospital Comarcal de St. Celoni*
- Isabel Caro. *Centre Residencial per a Gent Gran. Diputació de Barcelona*
- Begoña Pascual. *Hospital Municipal de Badalona*

Correspondencia:
Margarita Aguas
Centro Sociosanitario Palau.
Grupo Alianza. Barcelona

Antipsicóticos

Grupo de medicamentos con un mecanismo de acción común que es el bloqueo de los receptores dopaminérgicos cerebrales D2.

Constituyen un grupo de fármacos muy heterogéneo con multitud de indicaciones terapéuticas y efectos secundarios.

Indicaciones:

Tratamiento de la esquizofrenia, psicosis agudas, crisis maníacas, psicosis paranoide, conducta agresiva, trastornos graves del sueño, hipo intratable, Corea de Huntington etc. Es importante

destacar que para cada cuadro patológico debe individualizarse el tratamiento dependiendo de los síntomas y de la aparición de efectos adversos.

Efectos adversos:

Son múltiples y dependerán del tipo de fármaco. En general: Efectos extrapiramidales, sedación, efectos anticolinérgicos, efectos cardiovasculares, aumento de peso, hipotensión ortostática, etc...

Pueden clasificarse en típicos y atípicos.

Antipsicóticos típicos

La eficacia terapéutica es muy similar en todos ellos aunque presentan importantes diferencias en el perfil de reacciones adversas.

Los de *baja potencia* (clorpromazina, levomepromazina, tioridazina, pipotiazina) suelen tener más efectos sedantes, anticolinérgicos y cardiovasculares.

Los de *alta potencia* (haloperidol, flufenazina, perfenazina, tietilperazina) suelen presentar mayor incidencia de reacciones extrapiramidales (disonías, acatisia, parkinsonismo y diskinesia tardía). La diskinesia tardía no revierte con la administración de anticolinérgicos.

Antipsicóticos atípicos

Tienen acción sobre los síntomas negativos de la esquizofrenia y acción en cuadros refractarios a los antipsicóticos típicos.

Incluyen: clozapina, olanzapina, risperidona, quetiapina, ziprasidona.

En general presentan una menor incidencia de efectos extrapiramidales, que suelen aparecer a dosis más altas de las terapéuticas. Olanzapina puede producir neutropenia o agranulocitosis. Clozapina, olanzapina y risperidona se han asociado a un incremento del riesgo de intolerancia a la glucosa.

Dosificación

Definición del grupo

En la Tabla anexa figuran las dosis indicadas en adultos. Se especifican dosis geriátricas en los casos en que constan en la

bibliografía consultada. En líneas generales, en la población geriátrica se recomiendan dosis iniciales bajas e ir ajustando las mismas según tolerancia, hasta llegar a dosis eficaces con los mínimos efectos adversos.

Principio activo	Dosis				Vida Media (horas)	Administración				Observaciones
	Usual mg/frec (h)	Max mg/día	I. renal	I. hepática		Vía	Con alimentos	SNG	Recomendaciones	
FENOTIAZINAS										
Clorpromazina	25-50/8* 25-50/6-8	1000	No modificar	Disminuir dosis	30	oral im	sí	sí	Administrar gotas	En ancianos la dosis 1/3 o 1/2 de adultos. Dosis max. de mantenimiento en ancianos 300 mg *Aumentar gradualmente hasta dosis eficaz. Dosis max en esquizofrenia 1600 mg/día
Levomepromazina	Antipsicótico: 50-200 /24 en 2-3 tomas No psicótico: 25-75/24 en 2-3 tomas Antipsicótico: 75-125 /24 en varias tomas, im	250	Disminuir dosis	Disminuir dosis	15 a 78	oral im	sí	sí	Administrar gotas	Se aconseja administrar la mayor parte de la dosis por la noche El paciente debe permanecer tumbado entre 1/2-1 hora después de la primera dosis En geriatría empezar con dosis de 5-10 mg
Perfenazina	4-8 mg /8	64	No modificar	Disminuir dosis		oral	sí	sí	Disgregar en agua y administrar inmediatamente	En tratamientos crónicos se aconseja administrar la mayor parte de la dosis al acostarse En ancianos es aconsejable administrar la 1/2 de la dosis
Periciazina	Neurosis: 50-250/24 en 2-3 tomas Psicosis: adultos, 50-200/24 en 2-3 tomas ancianos, 15-30/24 en 2-3 tomas Trastornos carácter: adultos, 10-60 /24 en 2-3 tomas ancianos, 5-15/24 en 2-3 tomas	300		Disminuir dosis		oral	sí	sí	Administrar gotas	Se aconseja administrar la mayor parte de la dosis por la noche Los mareos determinan las dosis límites
Tiopropazina	30-40 /24 en 3-4 tomas	90	Disminuir dosis	Disminuir dosis	10	oral	sí		Triturar, disolver en agua y administrar inmediatamente	Iniciar con 5 mg/24h incrementado dosis de 5 mg casa 2-3 días hasta dosis mantenimiento. Se aconseja administrar la mayor parte de la dosis por la noche
Tioridazina	Esquizofrenia: Episodios agudos 100-600 /24 en 2-4 tomas Episodios crónicos 50-300 /24 en 2-4 tomas	800	Disminuir dosis comenzar con dosis bajas	Disminuir dosis comenzar con dosis bajas	10 a 36	oral	sí	sí	Administrar gotas o las grageas trituradas	Evitar la suspensión brusca de tratamientos prolongados con dosis altas. Las formas retard deben tomarse enteras sin masticar ni triturar. Puede prolongar el intervalo QT Debe ser evitada su utilización en el anciano debido a gran número de efectos adversos
Trifluoperazina	Ansiedad de 1 a 2 /12 Esquizofrenia de 2 a 5 /12	40*	Disminuir dosis	Disminuir dosis	24	oral	sí	sí	Triturar, disolver en agua y administrar inmediatamente	*Se ha utilizado dosis de hasta 100 mg/día
BUTIROFENONAS										
Haloperidol	Psicosis aguda o delirium: 0,5-50 /24 iv Agitación: 2-5/ 4-8 im Psicosis moderada: 0,5-2 /8-12 Psicosis severa: 3-5/8-12 Síndrome de Tourette: 6-15/24	100	Disminuir dosis	Disminuir dosis	21	IM ó IV oral	Indiferente	sí	Administrar gotas	

(Continúa)

Principio activo	Dosis				Vida Media (horas).	Administración				Observaciones
	Usual mg/frec (h)	Max mg/día	I. renal	I. hepática		Vía	Con alimentos	SNG	Recomendaciones	
TIOXANTENOS										
Zuclopentixol	Adultos: 20-50 /24 Ancianos: 10-20/24 *	150	No modificar	Disminuir dosis	20	oral	sí	sí	Administrar gotas	En ancianos iniciar con 2-6 mg/24 h hasta un máximo de 10-20 mg/24 h
DIFENILBUTILPIPERIDINAS										
Pimozida	Síndrome de Tourette: 1-2 /24 Psicosis paranoide: 4 /24 Resto indicaciones psiquiátricas 4 - 12 /24	10 16 20	No modificar	Disminuir dosis	55	oral	sí	sí	Triturar, disolver en agua y administrar inmediatamente	Se aconseja administrar la mayor parte de la dosis por la noche El tratamiento con pimozida debe iniciarse con la mitad de la dosis estándar en los ancianos. Se inicia con 1 mg/día incrementando según la respuesta de 2 a 4 mg a intervalos de 1 semana
DIAZEPINAS, OXAZEPINAS Y TIAZEPINAS										
Clozapina	Adultos: 300- 450 /24 Ancianos: 12,5 /24	900	Disminuir dosis	Disminuir dosis	8	oral	Indiferente	sí	Triturar, disolver en agua y administrar inmediatamente	Incrementar la dosis en 25-50mg en 2-3 semanas. *en ancianos aumentar más lentamente Administrar la mayor parte de la dosis por la noche Puede producir miocarditis y miocardiopatía.
Loxapina	Adultos: 60-100 /24 Ancianos: 10-25 12h	250 50	Disminuir dosis	Disminuir dosis	4	oral	sí	sí	Administrar gotas	Administrar la mayor parte de la dosis por la noche
Olanzapina	Dosis inicial: Adultos 10 /24 Ancianos 5 /24 Dosis usual: 5-20 /24 Ancianos 2,5-5 * im	20	Disminuir dosis iniciar con dosis de 5 mg/día	Disminuir dosis iniciar con dosis de 5 mg/día	30	oral	Indiferente	sí	Los comprimidos bucodispersables se disuelven en agua	Se ha observado un incremento en la mortalidad y en aparición de accidente cerebrovascular en pacientes de edad avanzada con psicosis y/o trastornos del comportamiento por demencia tratados con olanzapina *Se puede administrar una segunda dosis de 2,5-5 mg 2 h después de la primera Requiere escalada de dosis: inicio con 25mg/12h En ancianos pueden requerirse dosis menores
Quetiapina	300-400/24	750	No modificar	Disminuir dosis	7	oral	Indiferente			
BENZAMIDAS										
Amisulprida	Esquizofrenia: 50-800 /24 en 1-2 tomas	1200	Disminuir a la mitad en CI entre 30-60	No modificar	12	oral	Indiferente			Administrar con precaución en ancianos por riesgo de hipotensión o sedación
Sulpirida	Antipsicótico: 600-800 /24 im Neurosis y vértigo: 50-100 /8 Antipsicótico: 100-200 /6	1200	Disminuir dosis	No modificar	6 a 8	im oral	no	sí	Administrar gotas	Los alimentos reducen la absorción un 30%
Tiaprida	100-200 /24 im ó iv 50-100 /8	800	Disminuir dosis	No modificar	2,2-5,8	im ó iv oral	sí	sí	Administrar gotas	Los alimentos aumentan la absorción un 29%
OTROS ANTIPSICÓTICOS										
Clotiapina	Psicosis: 40-160/24 en varias tomas Insomnio: 20-60 /24 *	360	Disminuir dosis	Disminuir dosis	3 a 11	oral	Indiferente	sí	Triturar, disolver en agua y administrar inmediatamente	* administrar a la noche
Risperidona	Esquizofrenia: Ancianos 0,5 /12 Trastornos psicóticos y conductuales en demencia: 0,25 /12h Trastorno bipolar: Adulto 2-6 /24	16	Max: 2mg/día	Max: 2mg/día	3	oral	Indiferente	sí	Administrar gotas	El tratamiento con risperidona se asocia a un aumento del riesgo de episodios cerebrales esquémicos en pacientes con demencia
Ziprasidona	Ancianos: 40 /12 Agitación aguda: 10-20 im	160 40	No modificar	Disminuir dosis	6	oral im	sí			Puede prolongar el intervalo QT No se recomienda en mayores de 65 años

(Continúa)

Principio activo	Dosis			Vida Media (horas).	Administración			Observaciones
	Usual mg/frec (h)	Max mg/día	I. renal		I. hepática	Vía	Con alimentos	
ANTIPIPSICÓTICOS DEPOT								
Flufenazina	Ancianos: 6,25-12,5/ 4 semanas	100/ 4 semanas			7 a 10 días	im		Se relizará un ajuste de dosis dependiendo de la respuesta del paciente
Haloperidol	50- 100 / 4 semanas					im		
Pipotiazina	100 / 4 semanas	200 semanas				im		Iniciar con 25 mg e ir aumentando progresivamente En pacientes psicóticos dmax 600 mg/ 28 días. En tratamiento crónicos realizar recuentos sanguíneos y revisiones oftálmicas
Risperidona	25 / 2 semanas		*	*		im		*Solo a pacientes que toleren dosis orales de al menos 2 mg/día
Zuclopentixol acetato	50-150 / 2 semanas	200 mg / 2 semanas	No modificar	Disminuir dosis a la mitad		im		Para tratamiento en fase aguda. Concentración máxima 24-48 h 25 mg/día (OR) equivalen a 200 mg/2 semanas (acetato im)
Zuclopentixol decanoato	200-400 / 1-4 semanas	400 mg/ semana	No modificar	Disminuir dosis		im		Tratamiento crónico. Concentración plasmática máxima en 3-7 días. 25 mg/día (OR) equivalen a 400 mg/4 semanas (decanoato im)
ASOCIACIONES								
Clorpromazina + Heptaminol + Trihexifenidilo	Antipsicótico: 25-300 mg de clorpromazina	1000			Disminuir dosis	oral		En ancianos con demencia dar dosis muy bajas sobre todo en aquellos con alteración del cuerpo de Lewy Incrementar dosis muy progresivamente. Muy sedante La última dosis no debe darse después de la 16 h. Con Dmax no alargar el tratamiento más de 7 días Después de IMAO dejar 14 días de lavado.
Flupentixol + Melitraceno	1500 /30		Precaución		Disminuir dosis	oral		Después de IMAO dejar 14 días de lavado. Contraindicado en glaucoma, adenoma de prostata.
Perfenacina + Amitriptilina	16/40	24/150	Precaución		Contraindicado	oral		Contraindicado en glaucoma, depresión medular, hipertrofia prostática, postinfarto miocardio, taquicardia paroxística
Sulpirida + Diazepam	Antipsicótico: Dosis inicial: 50-200/24 de sulpirida Dosis usual: 200-400 mg de sulpirida	800* 2400**	CICr 30-60 ml/min: disminuir dosis a 2/3 CICr 10-30 ml/min: disminuir dosis a 1/2 CICr < 10 ml/min: disminuir dosis a 1/3		Contraindicado	oral	no	La suspensión brusca del tratamiento de más de dos meses provoca síntomas de abstinencia. * En pacientes con síntomas negativos ** En pacientes con síntomas positivos
Sulpiride + Diazepam + Piridoxina	Antipsicótico: 200-400 mg de sulpirida	800* 2400**	CICr 30-60 ml/min: disminuir dosis a 2/3 CICr 10-30 ml/min: disminuir dosis a 1/2 CICr < 10 ml/min: disminuir dosis a 1/3		Contraindicado	oral	no	La suspensión brusca del tratamiento de más de dos meses provoca síntomas de abstinencia. * En pacientes con síntomas negativos ** En pacientes con síntomas positivos

Bibliografía

1. Micromedex®. Healthcare Series. Drugdex Drug Evaluations
2. Catálogo de especialidades farmacéuticas 2004. Consejo General de Colegios oficiales de Farmacéuticos
3. Ús de neurolèptics en la demència. Butlletí d'informació farmacoterapèutica. Desembre 2003. Consorci Sanitari de Barcelona.
4. Martindale 1 edición castellana (2003)
5. Efectos adversos metabólicos y cardiovasculares de los antipsicóticos atípicos. Alerta de farmacovigilancia 2004 (32). Centro Andaluz de Farmacovigilancia.