



Medicina general

[Centro de ayuda](#) | [Contáctenos](#)

[Inicio](#)
[Secciones](#)
[Campus](#)
[Journal](#)
[Eventos](#)
[Foros](#)
[Servicios](#)
[Ingresar](#)


Artículos

[Alto riesgo](#) | 27 OCT 14

Riesgo de mortalidad en pacientes ancianos según el antipsicótico utilizado

La mayoría de los pacientes ancianos con demencia recibirá antipsicóticos. Estas drogas se asocian con aumento del riesgo de letalidad, pero este riesgo varía según el antipsicótico utilizado. El que mayor daño puede provocar en la población anciana es el haloperidol.

1

3



Autor: Dres. Huybrechts KF, Gerhard T, Schneeweiss S y colaboradores Fuente: SIIC BMJ. 2012 Feb 23;344:e977. doi: 10.1136/bmj.e977.

Acá estamos.

Introducción

A pesar de las advertencias acerca del uso de antipsicóticos (AP) en las personas mayores, hasta un tercio de esta población tiene indicado como tratamiento este grupo de drogas. La indicación de estos fármacos en residencias de ancianos antes se consideraba un marcador de falta de cuidado en estas instituciones.

Debido al mayor riesgo de eventos cerebrovasculares asociados con el uso de risperidona, olanzapina y aripiprazol, la Food and Drug Administration (FDA) elevó una advertencia en 2005 que notificó que los AP atípicos están asociados con un aumento de entre el 60% y el 70% de riesgo de mortalidad. En consecuencia, se añadieron etiquetas con advertencias en todos los AP atípicos. Luego, con otros estudios se comprobó también mayor riesgo con

Contenidos relacionados

Los editores le recomiendan continuar con las siguientes lecturas:

► [Fallas en el tratamiento de pacientes con demencia en la UTI](#)

► [Asenapina una alternativa terapéutica para pacientes esquizofrénicos o bipolares](#)

► [El aripiprazol como terapia adyuvante en pacientes que no responden a los antidepresivos](#)

► [La asenapina es bien tolerada por los pacientes ancianos](#)

► [La dosis de los antipsicóticos atípicos influye sobre el riesgo de diabetes mellitus](#)

► [Utilidad de los antipsicóticos atípicos para el tratamiento de los pacientes con enfermedad de Alzheimer](#)

► [Utilidad del Aripiprazol en pacientes con depresión](#)

Los más...

[Leídos](#)
[Comentados](#)
[Favoritos](#)

1. [Miastenia Gravis y problemas relacionados](#)

2. [¿Cómo interpretar los estudios del hierro?](#)

3. [Detectan los genes del Crohn y la colitis ulcerosa](#)

4. [Infarto agudo de miocardio](#)

5. [El cerebro y el estrés](#)

los AP típicos y, por lo tanto, las mismas advertencias se aplicaron en 2008 para estas drogas.

De todas maneras, estos fármacos se continúan empleando de forma significativa en los hogares de ancianos.

Como los autores consideraron relevante la comparación individual entre los AP –datos aún no administrados por la FDA–, evaluaron si el riesgo de mortalidad general y por causa específica fue el mismo para todos los fármacos de esta clase. También investigaron si, por el contrario, hay ventajas sobre el uso de alguna de estas drogas y, en consecuencia, si deberían ser prescritas preferentemente en esta población.

Métodos

La población fue seleccionada con datos de Medicare, Medicaid, el Minimum Data Set, el Online Survey Certification and Reporting (OSCAR) system, el National Death Index y la auditoría nacional sobre la calidad de los geriátricos. Se consideraron variables demográficas, consultas médicas previas, internaciones y motivos de éstas y los fármacos utilizados. También se investigaron los antecedentes clínicos de los pacientes, como enfermedad de Parkinson, diabetes y obesidad, entre otros.

Los autores utilizaron como población del estudio pacientes > 65 años que comenzaron el tratamiento con AP en un hogar de ancianos y que contaban con la cobertura de Medicaid desde los 6 meses anteriores al comienzo del tratamiento. No se consideraron los pacientes que habían comenzado con estas drogas durante los 6 meses anteriores. Tampoco se incluyeron los participantes con diagnóstico previo de cáncer, esquizofrenia o trastorno bipolar, ya que podrían haber recibido previamente AP.

Los AP considerados para la investigación fueron haloperidol, aripiprazol, olanzapina, quetiapina, risperidona y ziprasidona. Otros AP fueron excluidos debido al poco uso. A cada participante se le asignó una droga específica. Se consideró que el paciente había abandonado el tratamiento si éste no se administró por > 14 días.

Los autores establecieron la risperidona como droga de referencia, ya que es la más utilizada en esta población; así, convirtieron la dosis diaria de la droga control a la dosis equivalente de clorpromazina (en mg) y utilizaron una dosis media de 50 mg de esta droga como punto de corte. De esta manera, diferenciaron un grupo con mayor dosis y otro con menor dosis.

La información sobre las causas de muerte se obtuvo mediante el National Death Index. Los autores evaluaron todas las muertes entre los 180 días del ingreso al estudio. Establecieron como causas principales de muerte: las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y respiratorias.

Asimismo, los investigadores obtuvieron información de las residencias de ancianos, como por ejemplo las características de los residentes, el nivel de ocupación y la disponibilidad de una unidad de cuidados especiales. Luego, compararon los datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes que comenzaron a tomar distintos AP y calcularon la tasa de mortalidad durante el seguimiento. Fueron retirados del estudio los participantes que tuvieron cambios en el tratamiento (por abandono, aumento o modificación de la droga) y los pacientes que permanecieron > 10 días internados en el hospital.

Resultados

Entre 2001 y 2005, 75 445 personas de edad avanzada que vivían en residencias comenzaron un tratamiento con AP. Los autores comprobaron que los pacientes en tratamiento con haloperidol tuvieron mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, menos probabilidad de presentar comorbilidades psiquiátricas y un aumento ligero del riesgo de

1. [¿Cómo interpretar los estudios del hierro?](#)

2. ["La terapia intensiva no es el último lugar para el paciente moribundo"](#)

3. [¿Qué es el delirium hipoactivo?](#)

4. [IntraMed cumple 20 años](#)

5. [Libros de médicos](#)

1. [¿Cómo responder a las campañas antivacunas?](#)

2. [¿Cómo interpretar los estudios del hierro?](#)

3. [¿Qué es el delirium hipoactivo?](#)

4. [XLII CURSO INTERNACIONAL DE MEDICINA INTERNA](#)

5. [Miastenia Gravis y problemas relacionados](#)



Foros

[Investigación Clínica](#)

[Libros y literatura](#)

[Medicina Legal](#)

[Enfermería](#)

[Salud Mental](#)

[Pediatría](#)

[Cardiología](#)

[+ Foros](#)

presentar otras comorbilidades. Estos datos se obtuvieron en comparación con la risperidona como droga control.

Los participantes que habían comenzado el tratamiento con risperidona presentaron, con una leve diferencia con otros AP, una menor asociación con depresión y con el uso de antidepresivos. Asimismo, los pacientes en tratamiento con risperidona requirieron un menor uso de inhibidores de la colinesterasa. Los participantes en tratamiento con quetiapina presentaron una mayor asociación con parkinsonismo y aquellos en tratamiento con olanzapina mostraron menor frecuencia de diabetes.

El 80% (n = 60 167) de los participantes fue excluido. Entre los motivos de exclusión, el más frecuente fue el abandono del tratamiento (57.2%, n = 34 388), en tanto que otros fueron la internación por > 10 días (17.4%, n = 10 464), el aumento de la dosis o el cambio de tratamiento (13.1%, n = 7 902) y por defunción (12.3%, n = 7 413).

Los autores determinaron que, en comparación con la risperidona, los pacientes tratados con haloperidol presentaron el doble de riesgo de mortalidad y que en los participantes en tratamiento con quetiapina el riesgo se redujo. Con aripiprazol, olanzapina y ziprasidona no se encontraron diferencias significativas de riesgo con la droga control.

En cuanto a las causas de mortalidad, aproximadamente la mitad (49%, n = 3 262) de las defunciones se debió a enfermedad cardiovascular, el 10% a enfermedad cerebrovascular y el 15% a enfermedades respiratorias. Los investigadores refieren una relación dosis-efecto para todos los AP, excepto para la quetiapina. Esta relación fue mayor para el haloperidol y la risperidona.

Discusión

Los autores refieren que el riesgo de mortalidad en residentes de hogares de ancianos varía según el AP administrado. En comparación con la risperidona, los pacientes que recibieron haloperidol presentaron mayor riesgo, y los tratados con quetiapina, uno menor durante los 180 días de control.

También corroboraron que hay una relación droga-respuesta en todos los casos, excepto con la quetiapina. Así, señalan que los resultados obtenidos con el uso de haloperidol, en cuanto a un mayor riesgo de letalidad, son compatibles con estudios previos. Admiten, también, la presencia de otras investigaciones con resultados diversos al presente estudio.

Los autores reconocen como fortaleza de su investigación, la gran población incluida, procedente de hogares de ancianos ubicados en los EE.UU., lo que les permitió evaluar el efecto individual de cada droga, las distintas dosis y la causa específica de muerte.

Según señalan los investigadores, la mayoría de los pacientes mayores con demencia recibirá un AP debido a la progresión de la enfermedad. Refieren que esto ocurre, en parte, por la falta de alternativas farmacológicas que resulten eficaces. Asimismo, en este estudio destacan los riesgos asociados con el uso de AP y subrayan la necesidad de encontrar nuevas formas de tratar los trastornos de conducta de los pacientes con demencia.

Destacan también que en el caso de ser necesario indicar un AP, se prescriba la menor dosis posible y se monitoree de cerca al paciente, especialmente apenas iniciado el tratamiento. Reiteran que el uso de haloperidol en esta población puede provocar un importante daño y por eso no debe ser utilizado. Asimismo, reconocen que la quetiapina puede ser algo más segura que otros AP atípicos, pero que esta afirmación debe ser demostrada en otros estudios.

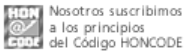


Comentarios

Usted debe estar registrado para expresar su opinión. Si ya es usuario de IntraMed o desea registrarse como nuevo usuario, ingrese [aquí](#)

Dra. Maria Ines Mogaburu  Hace más de un año

La síntesis acerca de la metodología de la investigación me resultó incompleta y confusa.



[Términos y condiciones de uso](#) | Todos los derechos reservados | Copyright 1997-2017