

## FARMACOTERAPIA DE LA DEMENCIA

### PHARMACOTHERAPY OF DEMENTIA

Melissa LIRD<sup>1</sup>, Noelia RUIZ DÍAZ<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Médicas residentes de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo – Paraguay.

**Cómo citar este artículo:** Lird M, Ruiz Díaz N. Tratamiento farmacológico de la demencia. Medicina Clínica y Social. 2017;1(3):217-221.

#### RESUMEN

La demencia es un síndrome, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento). Afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. La demencia es una enfermedad muy prevalente, que representa una carga dramática para los pacientes, para sus familias y la sociedad toda. El presente comentario hace un breve resumen sobre el tratamiento farmacológico de la demencia causada por la enfermedad de Alzheimer y otras etiologías.

**Palabras clave:** Demencia; Deterioro cognitivo; Tratamiento farmacológico.

#### ABSTRACT

Dementia is a syndrome, usually of a chronic or progressive nature, characterized by the deterioration of cognitive function (that is, the ability to process thought). It affects memory, thinking, orientation, comprehension, calculation, learning ability, language, and judgment. The conscience is not affected. Dementia is a very prevalent disease, which represents a dramatic burden for patients, their families and society as a whole. This comment makes a brief summary about the pharmacological treatment of dementia caused by Alzheimer's disease and other etiologies.

**Keywords:** Dementia; Cognitive impairment; Pharmacological treatment.

#### INTRODUCCIÓN

La demencia es un síndrome –generalmente de naturaleza crónica o progresiva– caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento). Afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. La demencia es una enfermedad muy prevalente, que representa una carga dramática para los pacientes, para sus familias y la sociedad toda. Alrededor del mundo existen entre 25 a 35 millones de personas afectadas, con 5 a 7 millones de nuevos casos diagnosticados cada año (1-5).

La enfermedad de Alzheimer es la principal causa de demencia, correspondiendo alrededor del 50% del total de los casos. Sus factores de riesgo son el sexo femenino, la predisposición

**Autora correspondiente:** Dra. Melissa Lird (melissalm@live.com).

**Manuscrito recibido:** 15 de octubre de 2017. **Manuscrito aceptado:** 30 de noviembre de 2017.

genética, antecedentes de traumatismo craneal y nivel educativo bajo. La prevalencia de la demencia tipo Alzheimer aumenta con la edad. En personas de 65 años, las tasas de prevalencia son del 0,6% en varones y 0,8% en mujeres. A los 90 años las tasas trepan al 21%. Entre un 40 y un 60% de todas estas cifras corresponden a casos moderados a graves. La segunda demencia más frecuente es la vascular, que está relacionada con las enfermedades vasculares cerebrales. Constituyen alrededor del 25% del total de las demencias. Son más frecuentes en personas de entre 60 y 70 años, y afectan más a hombres que mujeres. Aproximadamente en un 10 a un 15% de los pacientes coexisten la demencia vascular y la de tipo Alzheimer (4, 6, 7). Otras causas frecuentes de las demencias representan entre 1 y 5% de todos los casos (4).

El presente comentario hace un breve resumen sobre el tratamiento farmacológico de la demencia causada por la enfermedad de Alzheimer y otras etiologías. A no ser que se especifique lo contrario, la vía de administración de los fármacos presentados en este artículo es la oral.

## FARMACOLOGÍA DE LA DEMENCIA

Los fármacos actualmente disponibles para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias pueden proporcionar una mejoría sintomática limitada (1, 8). Los fármacos utilizados en la demencia son los inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepecilo, galantamina, rivastigmina) y la memantina (antagonista de los receptores NMDA) (4).

La [tabla 1](#) presenta las recomendaciones farmacológicas para el tratamiento del deterioro cognitivo de la demencia (1, 4, 5, 9). Ninguno de estos agentes ha demostrado ser eficaz para detener o revertir el proceso neurodegenerativo subyacente (1).

TABLA 1. RECOMENDACIONES FARMACOLÓGICAS PARA EL DETERIORO COGNITIVO				
Etapa	Línea	Fármaco	Dosis inicial	Dosis máxima
Demencia en etapa inicial o intermedia	1ª	Donepecilo	5 mg/día por 4 semanas, luego aumentar a 10 mg/día si es tolerado.	10 mg/día
	2ª	Galantamina XR	8 mg/día por 4 semanas, 16 mg/día por 4 semanas, luego aumentar a 24 mg/día si es tolerado (cápsulas de liberación prolongada).	24 mg/día
	2ª	Rivastigmina	1,5 mg dos veces al día por 2 semanas, 3 mg dos veces al día por 2 semanas, 4,5 mg dos veces al día por 2 semanas, luego aumentar a 6 mg dos veces al día si es tolerado.	6 mg dos veces al día

<b>Demencia en etapa intermedia que responde muy lentamente a inhibidores de la acetilcolinesterasa</b>	Agregar	Memantina	5 mg/día por 1 semana, luego 5 mg dos veces al día, luego 5 mg en la mañana y 10 mg en la noche por 1 semana, luego 10 mg dos veces al día si es tolerado.	10 mg dos veces al día
<b>Demencia en etapa tardía</b>	Los fármacos pueden representar más daño que beneficio para pacientes en esta etapa de demencia. Considerar suspender la medicación en pacientes confinados a la cama o cuando el beneficio de la misma ya no es aliviar en algo la carga del cuidador.			

En caso de que existan síntomas del estado de ánimo intensos, como un trastorno afectivo mayor, una distimia severa o labilidad emocional grave, se podría considerar terapia con antidepresivos, siendo de elección los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Los antidepresivos tricíclicos no deben ser utilizados debido a su potencia anticolinérgica.

Asimismo, en caso de que existan síntomas psicóticos acusados (delirios, alucinaciones) o el paciente se muestre agresivo o agitado, algunos antipsicóticos atípicos pueden ser utilizados.

La [tabla 2](#) presenta las recomendaciones farmacológicas para el tratamiento de síntomas afectivos, psicóticos, y de agresión-agitación de la demencia (1, 5).

<b>Clase farmacológica y síntomas diana</b>	<b>Fármaco</b>	<b>Dosis inicial</b>	<b>Dosis máxima</b>
<b>ISRS (para síntomas afectivos)</b>	Escitalopram	2,5 mg/día por 7 días, luego 5 mg/día por 7 días.	10 mg/día
	Sertralina	25 mg/día por 7 días, luego 50 mg/día por 7 días	100 mg/día
	Fluoxetina	5 mg/día por 7 días, luego 10 mg/día por 7 días	30 mg/día
	Citalopram	5 mg/día por 7 días, luego 10 mg/día por 7 días	30 mg/día
<b>Antipsicóticos atípicos (para delirios, alucinaciones y agresión-agitación)</b>	Risperidona	Iniciar con 0,25-0,5 mg/día	2 mg/día
	Olanzapina	Iniciar con 2,5-5 mg/día	10 mg/día

	Aripiprazol	Iniciar con 5 mg/día	15 mg/día
	Quetiapina	Iniciar con 12,5 mg/día	300 mg/día

Es de destacar que tanto el escitalopram como el citalopram pueden incrementar el intervalo Q-T. Se debe tener precaución al prescribir estos fármacos en pacientes con síndrome de QT largo congénito, bradicardia, hipopotasemia o hipomagnesemia, infarto agudo de miocardio reciente e insuficiencia cardíaca descompensada. Por su parte, El insomnio en pacientes con demencia puede ser manejado con trazodona (iniciar con 25-50 mg/día; dosis máxima 200 mg/día) y mirtazapina (iniciar con 7,5 mg/día; dosis máxima 30 mg/día) (1).

El beneficio potencial de los antipsicóticos atípicos debe sopesarse con el aumento significativo en el riesgo de eventos cerebrovasculares y mortalidad en los pacientes (1). Además, pacientes tratados con antipsicóticos atípicos pueden empeorar más en las puntuaciones cognitivas que los tratados con placebo (9)

## CONCLUSIÓN

Antes de iniciar el tratamiento, se requiere de un diagnóstico diferencial significativo para identificar causas potencialmente reversibles del síndrome demencial y para determinar el tratamiento correcto para tipos específicos de demencia (10). En los pacientes con demencia, la medicación puede ser útil para disminuir el ritmo de declinación de la función cognitiva en algunos pacientes.

Como comentarios finales, se insiste en que la medicación puede utilizarse desde el momento del diagnóstico, toda vez que (5):

1. Se desarrollen objetivos funcionales y/o de comportamiento con el paciente, el cuidador y la familia para evaluar si la medicación provee o no beneficios. Los objetivos funcionales pueden incluir que el paciente maneje el horario de la medicación y aumente su interacción social; mientras que los objetivos funcionales del cuidador y la familia pueden incluir la mejora en la calidad de vida y la facilitación del cuidado del paciente;
2. Se suspenda toda medicación anticolinérgica antes de iniciar tratamiento con inhibidores de la acetilcolinesterasa; y,
3. Se elabore un plan para controlar la seguridad y la efectividad de la medicación, con especial atención al cumplimiento de los objetivos funcionales y a la presencia o no de efectos adversos.

El impacto de la demencia se produce directamente sobre el paciente, pero también tiene una gran repercusión sobre el entorno social al que afecta en aspectos relevantes como lo afectivo, emocional, de organización, de cambio de roles, así como en los aspectos económicos. En este sentido, la demencia es un problema que debe ser abordado como una verdadera enfermedad de la familia y, en suma, como una enfermedad de la sociedad (9).

## CONFLICTOS DE INTERÉS Y FUENTE DE FINANCIACIÓN

Las autoras declaran no poseer conflictos de interés. Fuente de financiación: ninguna.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torales J, Arce A, Zacarías M, Giralá N, Moreno M, Szwako A, et al. La Guía TAZ de Psicofarmacología Clínica. 1ª ed. Asunción: EFACIM; 2014.
2. Cummings JL. Alzheimer's Disease. *N Engl J Med* 2004;351(1):56-67. <https://doi.org/10.1056/NEJMra040223>
3. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet* 2005;366(9503):2112–2117. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67889-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67889-0)
4. Torales Benítez J, Adorno Quevedo V, Parodi CA. Trastornos cognitivos y orgánicos: delirium y demencia. En: Arce Ramírez A, Torales Benítez J, editores. *El Libro Azul de la Psiquiatría*. 1ª ed. Asunción: EFACIM; 2012. p. 79-96.
5. Group Health. *Dementia and Cognitive Impairment Diagnosis and Treatment*. Seattle: Group Health; 2012. [URL](#).
6. Sadock BJ, Sadock VA, editores. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 10th Edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
7. Vallejo J. *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. 8ª ed. Barcelona: Masson; 2015.
8. Torales J, Arce A. Principios de Psicofarmacología: una introducción. *Medicina Clínica y Social*. 2017;1(1):54-99. [URL](#).
9. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07.
10. Jessen F. Therapy for patients with dementia: Treatment strategies in the elderly. *Internist (Berl)*. 2014;55(7):769-774. <https://doi.org/10.1007/s00108-014-3465-2>

