



REVISIÓN

Prescripciones inconvenientes en el tratamiento del paciente con deterioro cognitivo

A. Robles Bayón^{a,*} y F. Gude Sampedro^b

^a Unidad de Neurología Cognitiva, Hospital La Rosaleda, Santiago de Compostela, España

^b Unidad de Epidemiología Clínica, Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela, España

Recibido el 4 de mayo de 2012; aceptado el 28 de mayo de 2012

Accesible en línea el 9 de octubre de 2012

PALABRAS CLAVE

Anticolinérgicos;
Anticolinesterasas;
Benzodiazepinas;
Memantina;
Opioides;
Polifarmacia

Resumen

Introducción: Algunos fármacos resultan inconvenientes en pacientes con deterioro cognitivo. Se analiza su uso en 500 pacientes y se revisa la bibliografía.

Desarrollo: Las benzodiazepinas producen dependencia y reducen la atención, memoria y agilidad motora. Pueden inducir desinhibición o agresividad, facilitan los episodios confusionales e incrementan los accidentes y la mortalidad en mayores de 60 años. En mayores de 65, la presión sistólica baja se asocia a deterioro cognitivo. Es recomendable mantenerla en 130-140 mmHg (145 en ≥ 80 años). La colesterolemia < 160 mg/dl se asocia a mayor morbimortalidad, agresividad y suicidio, y el colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (c-HDL) < 40 mg/dl empeora la memoria y aumenta el riesgo vascular y la mortalidad. La edad avanzada predispone para que los opioides produzcan alteración cognitiva y confusión. En demencias no Alzheimer y no asociadas a Parkinson, deterioro cognitivo ligero y enfermedades psiquiátricas, los efectos adversos de anticolinesterásicos y memantina probablemente superan al beneficio. La alteración cognitiva por anticolinérgicos de acción preferentemente periférica también es posible. Hay que conocer la demencia o psicosis por corticoides, y saber que la polifarmacia facilita el síndrome confusional. El 70,4% de 500 pacientes con disfunción cognitiva analizados recibía polifarmacia y el 42%, benzodiazepinas. Los que compartían ambas situaciones representaron el 74,3% de los casos en los que se sospechó iatrogenia.

Conclusiones: En personas con edad avanzada o deterioro cognitivo, es necesario evitar la polifarmacia innecesaria y tener presente que las benzodiazepinas, los opioides y los anticolinérgicos producen frecuentemente alteraciones cognitivas y conductuales. Además, deben evitarse la presión sistólica < 130 mmHg, el colesterol < 160 mg/dl y el colesterol HDL < 40 mg/dl.

© 2012 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alfredorobles@hospitalrosaleda.com (A. Robles Bayón).

KEYWORDS

Anticholinergics;
 Anticholinesterases;
 Benzodiazepines;
 Memantine;
 Opioids;
 Polypharmacy

Inappropriate treatments for patients with cognitive decline**Abstract**

Introduction: Some treatments are inappropriate for patients with cognitive decline. We analyse their use in 500 patients and present a literature review.

Development: Benzodiazepines produce dependence, and reduce attention, memory, and motor ability. They can cause disinhibition or aggressive behaviour, facilitate the appearance of delirium, and increase accident and mortality rates in people older than 60. In subjects over 65, low systolic blood pressure is associated with cognitive decline. Maintaining this figure between 130 and 140 mm Hg (145 in patients older than 80) is recommended. Hypocholesterolaemia < 160 mg/dl is associated with increased morbidity and mortality, aggressiveness, and suicide; HDL-cholesterol < 40 mg/dl is associated with memory loss and increased vascular and mortality risks. Old age is a predisposing factor for developing cognitive disorders or delirium when taking opioids. The risks of prescribing anticholinesterases and memantine to patients with non-Alzheimer dementia that is not associated with Parkinson disease, mild cognitive impairment, or psychiatric disorders probably outweigh the benefits. Anticholinergic drugs acting preferentially on the peripheral system can also induce cognitive side effects. Practitioners should be aware of steroid-induced dementia and steroid-induced psychosis, and know that risk of delirium increases with polypharmacy. Of 500 patients with cognitive impairment, 70.4% were on multiple medications and 42% were taking benzodiazepines. Both conditions were present in 74.3% of all suspected iatrogenic cases.

Conclusions: Polypharmacy should be avoided, if it is not essential, especially in elderly patients and those with cognitive impairment. Benzodiazepines, opioids and anticholinergics often elicit cognitive and behavioural disorders. Moreover, systolic blood pressure must be kept above 130 mm Hg, total cholesterol levels over 160 mg/dl, and HDL-cholesterol over 40 mg/dl in this population.

© 2012 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Existen pautas de tratamiento que resultan aparentemente lógicas y, aplicadas a una persona de edad avanzada, o con enfermedad vascular cerebral, o con deterioro cognitivo ligero o demencia, tienen efectos nocivos. En este artículo se revisan los inconvenientes de tratar a determinados pacientes con benzodiazepinas (BZD), analgésicos opioides (AOP) o fármacos anticolinérgicos (AC), y los riesgos de ser muy estrictos con el tratamiento hipolipemiante o hipotensor.

Desarrollo**¿Son las benzodiazepinas la mejor elección para tratar la ansiedad, la agitación o el insomnio?**

En muchas situaciones clínicas, las BZD y los hipnóticos análogos representan el paradigma terapéutico de primera elección para combatir la ansiedad, el insomnio y otros síntomas relacionados. Existen principios activos de esta categoría con acción breve, intermedia o prolongada, algunos con propiedades miorrelajantes o anticonvulsivantes destacadas, y con diversa potencia sedativa o hipnótica (tabla 1). A partir de este abanico de propiedades, con un poco de destreza se controlan los síntomas diana. El *feedback* a corto plazo del enfermo y de sus convivientes, generalmente expresa satisfacción, lo cual incrementa la

confianza del médico en esta prescripción. Eso contribuye a explicar por qué el consumo de BZD se ha incrementado paulatinamente. Atendiendo a una publicación de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios¹, en 1992 se consumieron 30,25 DDD/1.000 habitantes (DDD = dosis diaria definida, o dosis teóricamente óptima de mantenimiento para una indicación determinada), mientras que en 2006 la cifra alcanzó las 62,14 DDD/1.000 habitantes (aumento del 105%). Los hipnóticos análogos a las BZD (zaleplon, zolpidem, zopiclona) pasaron de 1,64 a 6,71 DDD/1.000 habitantes (aumento del 309%).

Es necesario conocer los inconvenientes que acarrea el uso indiscriminado de estos productos. Actúan sobre los receptores GABA_A, con acción inhibitoria sobre múltiples funciones cerebrales. Reducen la atención, algunos aspectos de la memoria, la velocidad de procesamiento mental y la agilidad motora^{2,3}. Desde los primeros días de tratamiento⁴ incrementan la incidencia de caídas y fracturas óseas⁴⁻⁶, tanto más cuanto mayor sea la edad, la dosis y la vida media del fármaco^{4,6}. Además, elevan la incidencia de accidentes (de tráfico, en el hogar, deportivos y laborales)^{3,7}. También pueden inducir efectos paradójicos, como conductas desinhibidas o agresivas⁸. Por otra parte, las BZD (y los hipnóticos análogos) producen un efecto amnésico anterógrado, agravan el deterioro mnésico en las personas que ya lo tienen⁹ y facilitan los episodios confusionales¹⁰. Diversos expertos concluyen que, en la población mayor de 60 años, los efectos adversos de los hipnóticos superan al beneficio que consiguen, además

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3075968>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3075968>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)