



Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Madrid  
 C./ General Díaz Porlier, 36 – local / 28001 – Madrid  
 Tfno.: 91 309 16 60  
 Fax: 91 309 18 92  
 E-mail: [mjmorala@afal.es](mailto:mjmorala@afal.es)  
 Web: [www.afal.es](http://www.afal.es)

## COMUNICADO DE PRENSA

**Madrid, 19 de enero de 2005.-** En relación con la decisión del Ministerio de Sanidad y Consumo de imponer el visado a las recetas de antipsicóticos, argumentando motivos de SEGURIDAD -supuestamente para evitar problemas vasculares en pacientes con riesgo, y que, recientemente, se ha decidido limitar a los mayores de 75 años- consultados nuestros asesores científicos, AFAL desea comunicar lo siguiente:

### Acerca de los antipsicóticos típicos:

#### MELERIL:

- Está demostrado que es cardiotoxico
- Acelera el deterioro cognitivo, por sus efectos anticolinérgicos
- Está retirado en muchos países
- La revisión de la Cochrane 2004 dice que no es eficaz en los pacientes con demencia y que su uso les puede exponer a excesivos efectos adversos.

#### HALOPERIDOL:

- Produce parkinsonismo y aplana al enfermo (riesgo de caídas, accidentes y aumento de sobrecarga en el cuidador).
- Aumenta el deterioro cognitivo. Se administra conjuntamente con AKINETON, fármaco anticolinérgico que acelera la evolución de la demencia.
- La revisión de Cochrane demuestra que no se debe utilizar de manera rutinaria en pacientes con demencia, por su falta de eficacia real en la mayoría de los síntomas y por su perfil de efectos secundarios.
- Se han publicado en 2004 varios estudios que muestran un aumento de la mortalidad en pacientes que toman Haloperidol.

En ambos casos:

- No existen estudios sobre contraindicaciones
- No son de primera elección en demencias
- Pueden aumentar el déficit cognitivo
- Incrementan la pérdida de autonomía personal

### **Acerca de los atípicos y la seguridad:**

RISPERIDONA

OLANZAPINA, otros.

**Argumento principal a favor del visado: *SEGURIDAD*.** Se basa en un estudio de Risperidona realizado en Australia con resultado de: un enfermo de cada seis, con accidente cerebral no grave.

#### **Pero nosotros decimos:**

- De 25 países, en 22 está aprobado. Los tres restantes (Reino Unido, Francia e Italia) lo están considerando, se está reevaluando, no lo han prohibido. Se está usando también en estos tres países.
- Hay otros 3 estudios que no coinciden con el estudio de Australia.
- En ningún caso se ha detectado aumento de la mortalidad del grupo tratado con Risperidona comparado con el grupo tratado con placebo.
- La Risperidona es de indicación aprobada y con eficacia y seguridad demostrada de manera sistemática.
- Para su uso privado no necesita visado alguno.
- Tras las medidas no farmacológicas, si estas no sirven, la Risperidona se considera el primero a usar, por ser el único que tiene aprobada la indicación.
- No está contraindicado, en las especificaciones (en el prospecto), para pacientes que ya han tenido accidente cerebrovascular, a pesar de que haberlo tenido es el principal factor de riesgo para otro accidente.
- Un enfermo alterado se puede dañar, necesita ser calmado.
- Un enfermo o su tutor legal podrían aceptar ese riesgo voluntariamente, atendiendo a la Ley Básica 41/2002 (capítulo II, artículo 4).

### **Acerca del colectivo Alzheimer y los antipsicóticos:**

- Hay 800.000 enfermos en España y este número crece a la vez que el envejecimiento poblacional.
- El 70 % de los enfermos está siendo cuidado por familiares.
- El Alzheimer produce un deterioro a tres bandas:
  - Cognitivo
  - Conductual
  - Funcional
- Los síntomas conductuales son los que originan, principalmente, la enorme sobrecarga del cuidador, que lo convierte en otro enfermo.
- De los tres grupos de síntomas, sólo los conductuales tienen un buen tratamiento, con los antipsicóticos atípicos.
- La demencia “machaca” al paciente y al cuidador. No es éticamente justificable el nihilismo terapéutico ni el tratamiento inadecuado. Hay que tratar estos síntomas y hay que hacerlo recurriendo a los fármacos adecuados.

#### **Es imposible de aceptar por AFAL:**

- La discriminación que supone para nuestro colectivo la exigencia del visado a los mayores de 75 años, máxime cuando estamos hablando de cuidadores muy mayores, cuya labor se complica enormemente con esta medida.

- El desprecio de la Administración hacia el sufrimiento del enfermo con síntomas psiquiátricos.
- La insensibilidad ante la sobrecarga del cuidador, prácticamente abandonado a su suerte por la Administración.

### **El argumento económico**

Por lo expuesto anteriormente, y en la seguridad de que el Ministerio y la Consejería se han informado como lo hemos hecho nosotros, no nos queda más remedio que incluir la sospecha de que, realmente, el motivo principal de esta decisión es el económico.

Los atípicos cuestan más. Pero ¿cuánto cuesta duplicar el nº de enfermos a partir de los de Alzheimer? ¿O no se tiene pensado atender las patologías generadas en el cuidador debidas a no querer liberarle de la sobrecarga de un enfermo con conducta alterada?

Nos consta que no menos de un 70 % de los cuidadores de enfermos con alteraciones de conducta no tratadas (agitación, agresividad, alucinaciones, delirios, etc.) se convierten a su vez en pacientes con depresión, ansiedad, estrés o/y patologías funcionales, que requieren también de tratamiento farmacológico, que también tiene un coste.

### **Por todo lo cual**

- Exigimos de la Administración la retirada de la obligatoriedad del visado para el colectivo de enfermos con demencia, en su mayoría mayores de 75 años.
- Exigimos que enmiende este intolerable alarde de gerontofobia.
- Porque AFAL, sencillamente, no lo consentirá.

**NOTA:** Para más información: **M<sup>a</sup> Jesús Morala del Campo** (Directora de Comunicación de AFAL). Tfno. móvil **609 280 288**