

XIX

CONGRESO  
GERIATRÍA Y  
GERONTOLOGÍA  
DE CHILE

Distintas  
maneras de  
envejecer



# *Síntomas Psiconductuales asociados a Demencia.*

*Dra. Carolina Paz M.  
Geriatra.*

*Hospital Hernán Henríquez Aravena  
Servicio Salud Araucanía Sur  
Presidente Vocalía Sur SGGCh.*



Hospital Doctor Hernán  
Henríquez Aravena

*No tengo conflictos de interés.*



# Hoja de Ruta

- Introducción
- Características clínicas
- Clasificación
- Evaluación
- Intervención no farmacológica y farmacológica
- Conclusiones.

# *Introducción*

Síndrome Demencial

Síntomas cognitivos

Sintomas no cognitivos

**Síntomas psicológicos y  
conductuales en demencia.**

**SPCD**

# *Introducción*

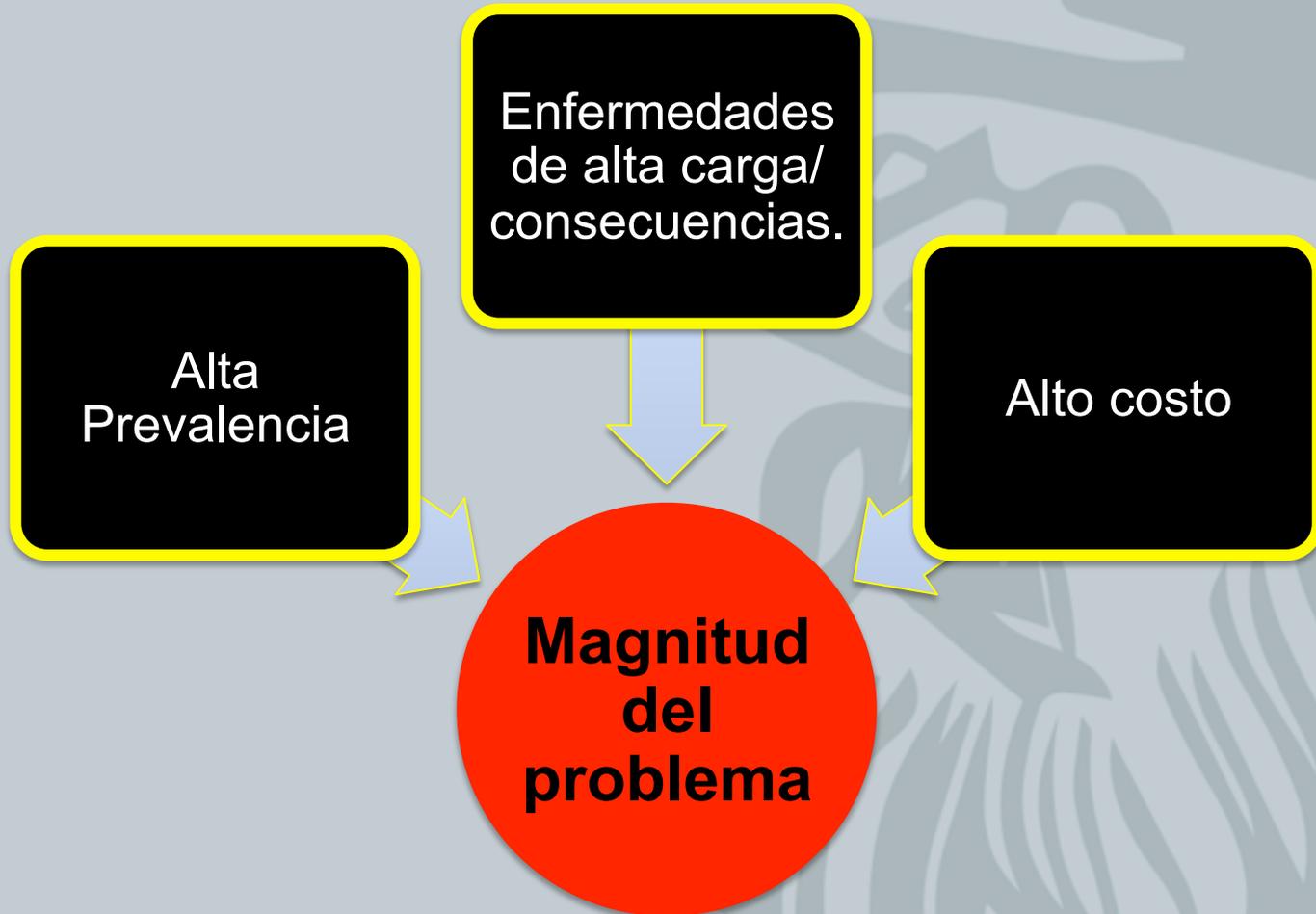
## **DEFINICIÓN**

Conjunto de alteraciones psicopatológicas asociados a una inadecuada actividad motora o verbal, no atribuidas al síndrome confusional

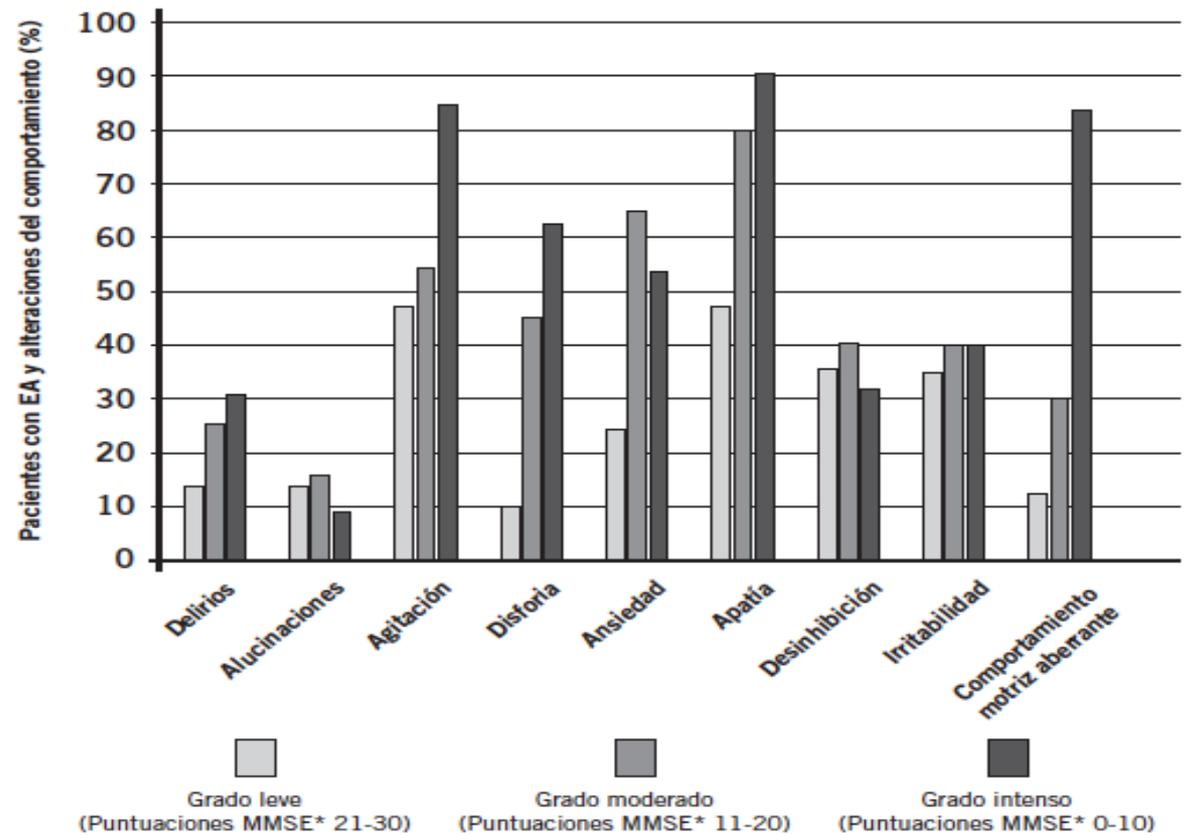
# *Introducción*

- No todos los subtipos de demencia presentan ni la misma frecuencia ni los mismos tipos de síntomas no cognitivos.
- Los síntomas no cognitivos tienden a ser fluctuantes y recurrentes.
- Tienden a ser más frecuentes a medida que la enfermedad progresa.
- Pueden mejorarse o retrasarse mediante algunas intervenciones.

# *Introducción*



## Alta Prevalencia



**Tabla 1**

*Presencia de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA), según la gravedad de la misma.*

*\*MMSE = Mini-Mental State Examination.*

- Se desconoce cifra exacta.
- En la comunidad: 61-88%
- Institucionalizados: 29-90/95%

## Enfermedades de alta carga/consecuencias.

- Stress del cuidador.
- Stress del paciente.
- Se asocian con un deterioro cognitivo más rápido y afectan la capacidad funcional del paciente.
- Mayor uso de psicofármacos/polifarmacia.
- Son causa frecuente de institucionalización.



Alto costo

# Problema clínico de gran magnitud.

El control de dichos trastornos constituye un objetivo terapéutico de enorme trascendencia.

# Características clínicas SPCD

- Son comunes. 92% de los pacientes tienen 1 síntoma, 81% 2 o más síntomas y 51% 4 o más síntomas (NPI). Cummings, 2004
- Su presencia afecta adversamente el pronóstico. La declinación cognitiva es más rápida en pacientes con EA y psicosis. Wilson, 2000
- El riesgo de psicopatología emergente se incrementa con la progresión de la enfermedad. Lyketsos, 2000
- Pueden aparecer en cualquier etapa evolutiva de la enfermedad. Debutan de forma múltiple y oscilante. Sourai R 2001

# Factores asociados

## FACTORS ASSOCIATED WITH BPSD

### NEURODEGENERATION ASSOCIATED WITH DEMENTIA

- Changes in ability of the person with dementia to interact with others and the environment
- Disruption in neurocircuitry

### INCREASED VULNERABILITY TO STRESSORS

### BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA (BPSD)

### PATIENT FACTORS

- Premorbid personality/psychiatric illness
- Acute medical problems (urinary tract infection, pneumonia, dehydration, constipation)
- Unmet needs – pain, sleep problems, fear, boredom, loss of control or purpose

### CARE GIVER FACTORS

- Stress, burden, depression
- Lack of education about dementia
- Communication issues
- Mismatch of expectations and dementia severity

### ENVIRONMENTAL FACTORS

- Overstimulation or understimulation
- Safety issues
- Lack of activity and structure
- Lack of established routines

Fig 1 | Conceptual model describing how interactions between the person with dementia, care giver, and environmental factors cause behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)

# Clasificación

## S. PSICOTICOS

Delirios.  
Alucinaciones.  
Trastornos de identificación.

## S. AFECTIVOS

Depresión.  
Manía.  
Ansiedad

## S. CONDUCTUALES.

- Apraxias en ABVD, mala relación con los cuidadores, Agitación.
- Comportamiento agresivo.
- Actividad motora aberrante.
- cambio en el entorno y disminución de estímulos sensoriales. Incluyen diversas áreas: social, alimenticia, sueño y sexual.

# Evaluación

Las escalas multidimensionales más fiables y más frecuentemente usadas son :

## ADAS -noncog (*Alzheimer's Disease Assesment Scale-Noncognitive portion*)

- Cubre una gran variedad de síntomas como la tendencia al llanto, la depresión, la pérdida de concentración, ideas delirantes, alucinaciones, vagabundeo, aumento de actividad motora, alteraciones de la alimentación.

## NPI (*Neuropsychiatric Inventory*)

- Evalúa las ideas delirantes, las alucinaciones, la agitación, la ansiedad, disforia, euforia, irritabilidad, la desinhibición, la apatía y la conducta motora aberrante.

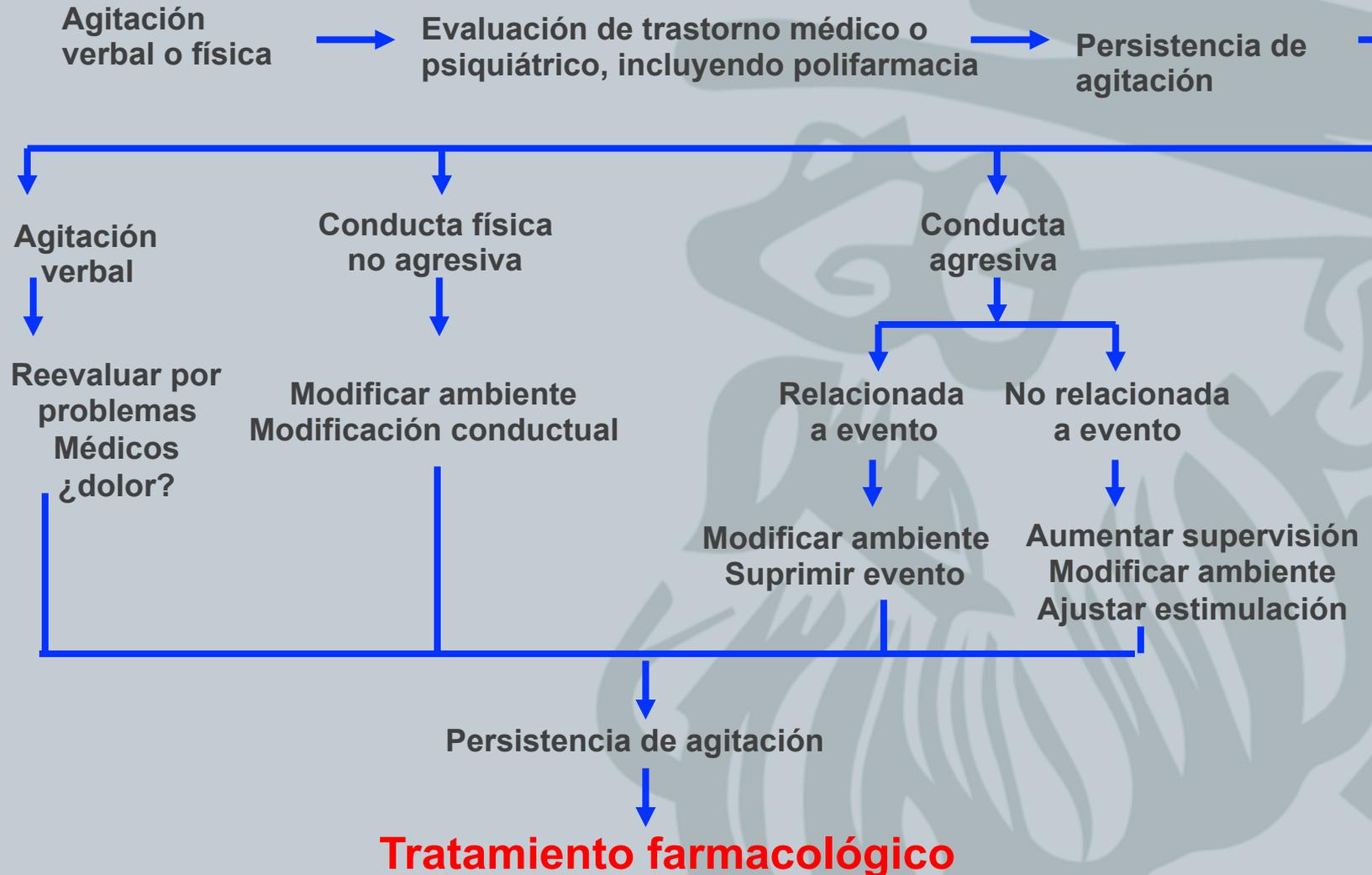
## BEHAVE-AD (*Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale*)

- Se enfoca a la ideación paranoica y delirante, las alucinaciones, alteraciones de actividad, la agresividad, trastornos del ritmo diurno, trastornos de afectividad, ansiedad y fobias.

# *Manejo no farmacológico: Recomendaciones generales*

- **Evitar privación sensorial**
- **Medio ambiente seguro y agradable**
- **Individualización del cuidado**
- **Mantener en los pacientes cierto grado de independencia y de control sobre situaciones cotidianas**
- **Inducir cambios en conductas negativas mediante persuasión** (tono de voz agradable, no gritar, no ordenar)
- **Actitud comprensiva y afectuosa de quienes rodean al paciente**
- **Caminar, ejercicio suave**
- **Musicoterapia**
  - Reducción en ansiedad e inquietud
  - Inducción de sueño
  - Disminución de agresividad

# Diagnóstico y tratamiento de la agitación en demencia



# Manejo no farmacológico: Resistencia al cuidado

- Causas posibles
  - Actividad demasiado compleja o agotadora
  - Apresuramiento del cuidador
  - Dolor a la movilización
  - Incapacidad para entender instrucciones
  - Temor
- Estrategia de manejo
  - Dividir en etapas
  - Disponer del tiempo necesario o postergar
  - Tratar dolor
  - Dar instrucciones simples, una a la vez
  - Dar seguridad, conversar para distraer.

# Intervención no farmacológica

## Effective Nonpharmacological Treatments for BPSD<sup>a</sup>

Type of Intervention	Aim of Intervention	Individual/Group Setting	Level of Effectiveness
Psychoeducation	Change caregiver's behavior	Individual	Effective
Instruction for staff	Improve staff's communication skills and enhance staff's knowledge of dementia	Individual or group	Effective
Behavior therapy	Modify patient's behaviors	Individual or group	May be effective
Cognitive stimulation therapy	Stimulate cognition in patient	Individual or group	May be effective
Multisensory therapy	Expose patient to a soothing and stimulating environment	Individual or group	May be effective
Therapeutic activities	Increase patient's goal-directed activities	Individual or group	May be effective
Specialized dementia unit	Locked self-contained units provide a higher level of supervision to treat patients who are agitated and wandering	Group	Not consistently effective

# *Intervención farmacológica.*

- Antipsicóticos.
- Antidepresivos.
- Benzodiazepinas.
- Anticonvulsivantes.
- Antidemenciantes.



# *Antipsicóticos*

- La evidencia sugiere que la risperidona y la olanzapina son útiles para reducir la agresividad al compararse con quetiapina y placebo.
- Pero ambas se asocian con eventos adversos graves cerebrovasculares y síntomas extra-piramidales por lo que deben usarse en dosis bajas y bajo supervisión estricta.

# *Antidepresivos*

- Serotoninérgicos (15 estudios):
- Sertralina (6 estudios) mostró beneficio en 3 estudios.
- Citalopram fue efectivo en 5 estudios. Los antidepresivos fueron bien tolerados en 13 estudios
- Trazodona (3 estudios): fue efectiva y bien tolerada en 2 estudios

# *benzodiazepinas*

- No se demuestra beneficios al comparalas con placebo.
- Gran cantidad de efectos adversos.
- No se recomiendan excepto para uso puntual y acotado a crisis agudas.

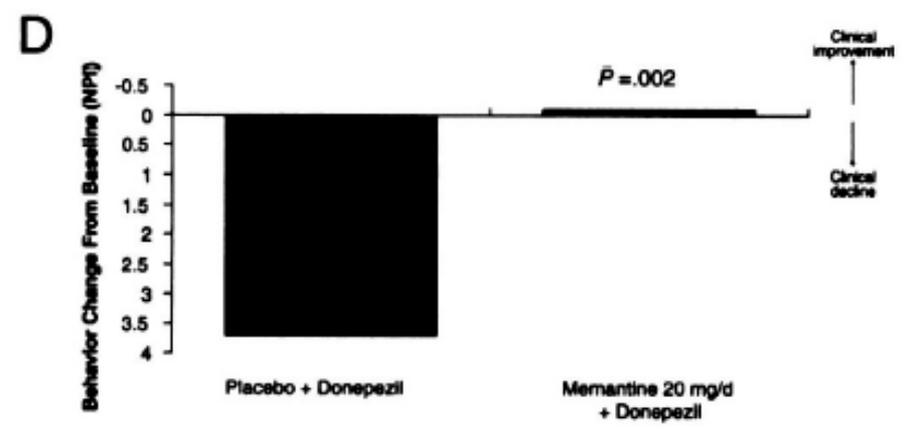
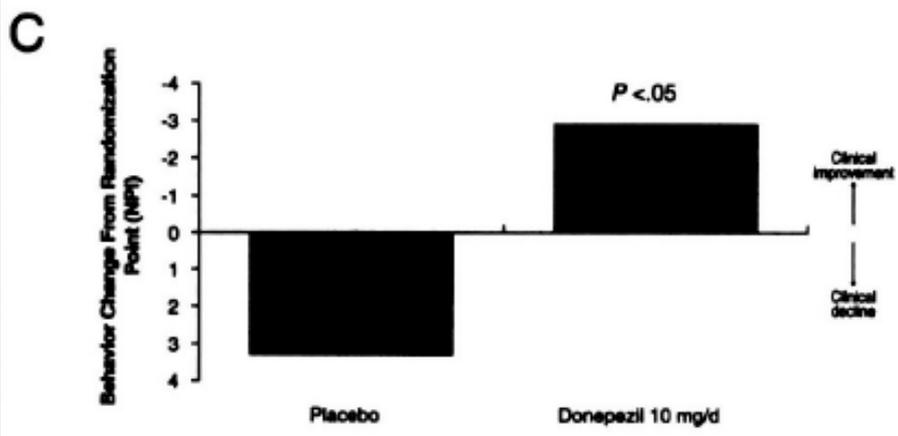
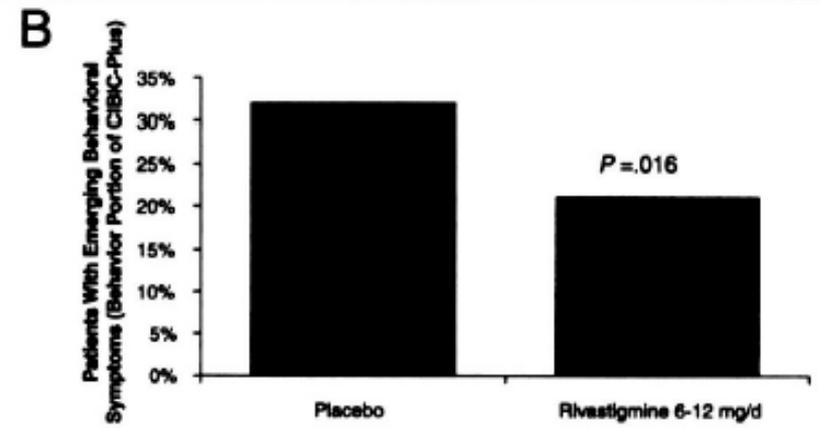
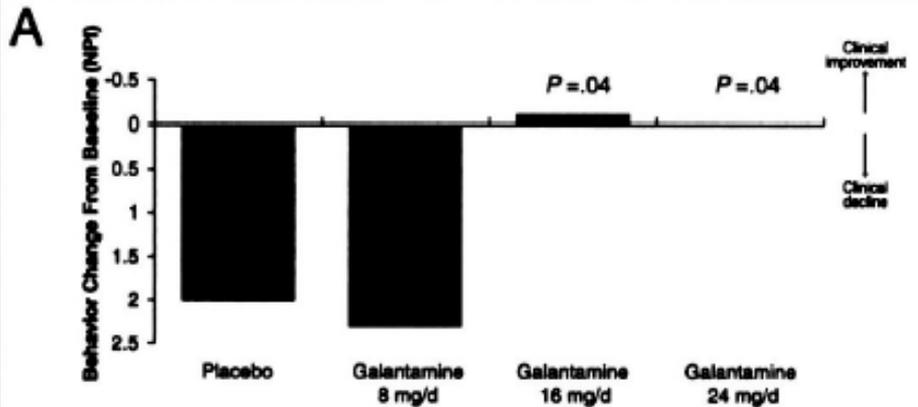
# *Anticonvulsivantes*

- 2 estudios con carbamazepina y 5 con valproato
- Un estudio mostró mejoría
- 5 no mostraron diferencias significativas
- Un estudio mostró empeoramiento
  
- La mayoría de los estudios mostró un número elevado de eventos adversos

Konovalov S, Muralee S, Tampi RR. Anticonvulsants for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a literature review. *Int Psychogeriatr*. 2008;20(2):293-308.

# Efectos de antidemenciantes en síntomas conductuales

Geldmacher, 2006



# *Conclusiones*

- Gran Magnitud del problema.
- Siempre manejo ambiental de primera línea.
- No hay una receta estandarizada. Se debe siempre individualizar cada paciente y cada situación.
- Descartar delirium.
- Nunca olvidar al cuidador.

XIX  
CONGRESO  
GERIATRÍA Y  
GERONTOLOGÍA  
DE CHILE  
Distintas  
maneras de  
envejecer



**Muchas gracias por su  
atención!!**  
*Síntomas  
Psiconductuales  
asociados a Demencia.*

*Dra. Carolina Paz M.  
Geriatra.*

*Hospital Hernán Henríquez Aravena  
Servicio Salud Araucanía Sur  
Presidente Vocalía Sur SGGCh.*