

Síntomas conductuales y psicológicos de la demencia: ¿cómo tratarlos?

Juan M. Téllez Lapeira^a, Alejandro Villena Ferrer^b, Jesús D. López-Torres Hidalgo^c,
Susana Morena Rayo^b, Carmen López García^d

^a Médico de Familia.
Centro de Salud Zona V-B
de Albacete
Miembro del Grupo de
Trabajo de Salud Mental de
la SemFyC

^b Médico de Familia.
Centro de Salud Zona V-B
de Albacete

^c Médico de Familia.
Gerencia de Atención
Primaria de Albacete

^d Médico Residente de
MFyC. Centro de Salud
Zona V-B de Albacete

Correspondencia:
Juan M. Téllez Lapeira
C/ Profesor Macedonio
Jiménez s/n
Centro de Salud Zona V-B
02003-Albacete
juantellez@inicia.es

Recibido el 26 de abril de
2005.

Aceptado para su
publicación el 30 de abril de
2005

RESUMEN

Las demencias causan un gran impacto en la vida de los afectados y de sus familias y provocan efectos sociosanitarios y económicos destacados.

Los síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia (SCPD) son motivo frecuente de consulta y provocan un importante deterioro en la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores. Los médicos de familia asumimos la responsabilidad de su atención y contamos con guías basadas en pruebas que pueden ayudarnos a mejorar nuestra capacidad de respuesta a estos problemas. Las medidas no farmacológicas de atención al enfermo y a sus cuidadores son la primera elección en el abordaje de los SCPD, aunque los datos que respaldan su uso son limitados en muchos casos. Los síntomas que mejor parecen responder a este tipo de intervenciones son el humor depresivo leve, la apatía, el vagabundeo, el caminar insistente y las preguntas y gestos repetidos.

El uso de fármacos está claramente indicado para los SCPD moderados a graves que interfieren en la calidad de vida del paciente o el cuidador. Los fármacos que han demostrado más efectividad son los neurolépticos, antidepresivos y benzodiacepinas. Sin embargo, su uso debe ser muy cauteloso, considerando la mayor susceptibilidad de estos pacientes a sus efectos adversos. Revisamos las recomendaciones de uso en cada uno de los SCPD y su nivel de evidencia.

La formación, el adiestramiento y la actuación integral y continua de los equipos de atención primaria, con la participación fundamental de los cuidadores, constituyen instrumentos de primer orden en el manejo de este tipo de pacientes.

ABSTRACT

Behavioral and psychological symptoms in dementia (BPSD): how to treat it?

Dementia causes a big shock in patients and family lifes and provokes important economic and health-social effects. Behavioral and psychological symptoms associated with dementia are frequently the origin of consultancy and are involved with an important worsening of quality life in patients and careers. Family doctors have the responsibility of health service and management based on tryals guides that help us in order to improve our answer capability. Firts step in the BPSD assistance observe not pharmaceutic actions, however evidence that supports its use are limited. The symptoms that offer a best answer to not pharmaceutical actions are slight depressive humour, apathy, aimlessness, continuous walking and repetitive questions and gestures.

Use of drugs has its target on middle and serious BPSD that modify life quality of patients or carers. Drugs that have demonstrated moore efectivity are neuroleptics, antidepressives and benzodiazepines. However, it use has to be with care, considering higher sensibility of these patients to its adverse effects. We have to check use recommendations in every BPSD and its evidence level.

Training and full and continuous actuation on first health level teams and the active work of carers have a particular importance in the management of these patients.

INTRODUCCIÓN

Los problemas de memoria afectan al 50 % de las personas mayores de 65 años, las demencias las padecen entre el 5 y el 10 %. En mayores de 80 años puede afectar al 20-40 % de la población. Las demencias causan un gran impacto en la vida de los afectados, de sus familias y con efectos sociosanitarios y económicos destacados.

El médico de familia debe estar capacitado para responder a las necesidades que se nos presentan desde su diagnóstico precoz hasta el plan de actuación individualizado para cada paciente y su cuidador. En este contexto el abordaje de las alteraciones conductuales asociadas representa un aspecto cualitativo prioritario de atención del médico de familia.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEMENCIA

El diagnóstico del síndrome de demencia es clínico. Es un síndrome orgánico caracterizado por disminución adquirida, gradual, progresiva, persistente de varias funciones cognitivas. Predominantemente existe afectación de la memoria, pero puede afectarse la orientación temporoespacial, lenguaje, pensamiento abstracto, capacidad de juicio, etc. No existe alteración del nivel de conciencia pero el cuadro es lo suficientemente intenso como para interferir de forma significativa en las actividades sociales u ocupacionales del individuo. Los criterios diagnósticos más utilizados son los de la clasificación DSM-IV-TR. Permiten diferenciar los tipos de demencias, pero manteniendo los criterios comunes diagnósticos (criterios A y B). La positividad de estos criterios de demencia tiene un valor predictivo positivo del 86 % que llega al 96 % para mayores de 65 años.

SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS EN LA DEMENCIA (SCPD)

Son un grupo de síntomas importantes por su elevada frecuencia, presente en el 70-90 % de los pacientes en algún momento de su evolución, y por el deterioro que provocan en la calidad de vida del paciente, de la familia y cuidadores. Su aparición no está ligada con la edad de comienzo, pudiendo aparecer de forma precoz en el curso de la demencia, aunque lo más frecuente es su presentación en estadios medios y avanzados. Representan la primera causa de estrés en los cuidadores y el principal motivo de ingreso hospitalario.

En la Conferencia de Consenso sobre los Trastornos Conductuales de las Demencias de 1996, convocada por la Asociación Psiquiátrica Internacional, se definen como «síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o

de la conducta que a menudo se presentan en pacientes con demencia».

Existe variabilidad importante en su aparición y evolución. Los síntomas afectivos tienen más probabilidad de manifestarse al comienzo de la enfermedad. Las conductas de agitación y clínica psicótica son más frecuentes en pacientes cuyas funciones cognitivas se hallan moderadamente deterioradas, aunque se hacen menos evidentes en las etapas avanzadas, probablemente debido al deterioro de la condición física y neurológica del paciente. Algunos síntomas son más persistentes que otros. Así, el vagabundeo y la agitación son los trastornos conductuales más duraderos en la enfermedad de Alzheimer. La diferente tipología de las demencias se asocia con algunos patrones más característicos de alteraciones conductuales, pero estas diferencias no se han demostrado con suficiente consistencia en los estudios realizados hasta ahora.

Sintomatología psicológica

- Ideas delirantes: su frecuencia oscila entre 10-70 %. El contenido más habitual es de tipo persecutorio o paranoide («alguien roba las cosas»). Constituye un factor de riesgo de agresividad.
- Alucinaciones: su presencia oscila entre el 12-40 %. Más frecuentes las visuales. En las demencias con cuerpos de Lewy pueden llegar al 80 %.
- Errores de identificación: son un trastorno de percepción. Oscilan entre el 6-12 %. Se relacionan con agresividad, especialmente a su pareja no reconocida.
- Ánimo depresivo: presenta una prevalencia del 40-50 % de los pacientes, con elevadas tasas de recurrencia. El diagnóstico de depresión puede ser difícil, especialmente en los estadios moderados y avanzados. Así mismo, en fases iniciales, en muchos casos, debe plantearse el diagnóstico diferencial entre depresión y demencia. Debe considerarse un trastorno depresivo cuando:
 - Existe un ánimo depresivo constante y pérdida de la capacidad de disfrutar.
 - Se expresan deseos de muerte manifiestos.
 - Existe una historia familiar o personal de depresión anterior al inicio de la demencia.
- Apatía: y los síntomas afines se desarrollan hasta en un 50 % en fases iniciales e intermedias. Debemos diferenciar apatía y depresión pues el abordaje farmacológico es distinto.
- Ansiedad: también con elevada frecuencia de presentación (40 % de los casos). Puede manifestarse asociada a otras alteraciones o independiente. Puede asociarse a fobias.
- Alteraciones del sueño: generalmente insomnio asociado a otras alteraciones como agitación, quejas,

etc. y de modo característico con cambio del ritmo vigilia-sueño. Son motivos frecuentes de consulta por parte de los cuidadores por su repercusión familiar. Pueden manifestarse también despertares nocturnos e hipersomnias.

Sintomatología conductual

- Vagabundeo: supone importante sobrecarga a los cuidadores. La frecuencia recogida en estudios es muy variable (del 3 al 53 %), sobre todo por la diferente definición de la alteración (caminar sin rumbo, actividad excesiva, caminar de noche, comprobar continuamente el paradero del cuidador...)
- Agitación: síntoma presente en el 50 %, sobre todo en estadios intermedios y finales. Utilizando escalas que permiten objetivar el tipo y grado de agitación (por ejemplo, la CMAI, Cohen-Mansfield et al, 1989) se han identificado diferentes subtipos que incluirían conductas de agitación no físicamente agresivas, físicamente agresivas, verbalmente no agresivas y verbalmente agresivas. Estos subtipos se relacionarían con la probabilidad de presentación.
 - La agresividad física y verbal tiene altas probabilidades de ocurrir en los pacientes con demencia que tienen muy limitadas las relaciones sociales.
 - La agresividad física es típica de pacientes con deterioro cognitivo grave, más frecuente en varones
 - La agresividad verbal se relaciona con depresión y problemas de salud.
 - Las conductas físicas no agresivas se observan en pacientes con niveles de deterioro funcional entre moderado y grave.
 - Las conductas verbales no agresivas son más probables en mujeres con demencia y depresión, mal estado de salud y dolores crónicos. Son formas de deterioro leve o moderado.
- Reacciones catastróficas: o de rabia, suponen una reacción emocional o física excesiva o brusca. En ocasiones se manifiesta con agitación o agresividad, estallidos de cólera, gritos, amenazas. Los factores de riesgo incluyen deterioro grave, edad avanzada y rasgos de personalidad pre-mórbida
- Desinhibición: presentan un comportamiento impulsivo e inapropiado, inestabilidad emocional, escasa capacidad de juicio e incapacidad para mantener una conducta social adecuada. Incluye la desinhibición sexual y otras conductas sociales alteradas pudiendo provocar accidentes, problemas económicos, actos de violencia...
- Negativismo: supone rechazo a hacer cosas, por ejemplo al cuidado personal. Esta conducta se produce de modo característico en fases tempranas de la demencia vascular, y más tardíamente en Enfermedad de Alzheimer.

- Otras alteraciones: intrusividad (expresiones de exigencia, impaciencia...), quejas, preguntas repetidas y otras.

¿CÓMO TRATAR LOS SCPD?

Como hemos visto, estas alteraciones asociadas a la demencia son motivo frecuente de consulta y con especial impacto en la calidad de vida del paciente y del entorno. En este contexto, el médico de familia es el responsable de prestar atención integral y continua al paciente y cuidadores. Sin embargo, en muchos casos nos encontramos con dudas y dificultades en el manejo de estas situaciones dada la complejidad del abordaje de este tipo de pacientes. Las Guías de Práctica Clínica Basadas en Pruebas constituyen herramientas necesarias y útiles para reducir incertidumbre y variabilidad en la atención, y mejorar la capacidad de resolución y la satisfacción de los pacientes y sus familias.

Revisión de Guías Basadas en Pruebas

Revisamos Guías que abordan específicamente las alteraciones psicológicas y conductuales asociadas a las demencias y sus tratamientos, basan sus recomendaciones en pruebas, están actualizadas en al menos los últimos cinco años y sustentadas por una organización de reconocido prestigio¹⁻⁶.

Utilizamos como sistema de graduación del nivel de las recomendaciones una clasificación sencilla y práctica, seguida por la American Psychiatric Association en su guía para el tratamiento de pacientes con demencias, junto con el tipo de evidencia que las sustentan (ver tabla 1).

Recomendaciones

Las medidas no farmacológicas de atención al enfermo y al cuidador principal son de primera elección en el tratamiento de la demencia ya que la pérdida progresiva de capacidades y los problemas de comportamiento que aparecen a medida que avanza la enfermedad, pueden hacer que la convivencia resulte muy difícil o casi imposible. En este punto resulta imprescindible recordar que la familia y los cuidadores representan un eslabón básico en cualquier estrategia de atención a estos pacientes. La información, la formación, el apoyo, el asesoramiento y el cuidado a los cuidadores son intervenciones prioritarias (I) que deben plantearse en su actuación los equipos de atención primaria. En la tabla 2 aparecen recogidas medidas generales y específicas, recomendadas para la prevención y el manejo de los problemas conductuales en demencia. Los síntomas que mejor responden a este

Nivel de Confianza

I	Recomendado con confianza clínica elevada
II	Recomendado con confianza clínica moderada
III	Puede recomendarse, individualizar la decisión
	Las recomendaciones sin nivel de confianza (I, II ó III), están basadas en opinión de expertos

Tipos de Evidencias en los que se basa el nivel de confianza señalado

A	Ensayos Clínicos Randomizados
B	Ensayos clínicos
C	Estudios de cohortes o longitudinales
D	Estudios casos-controles
E	Revisiones con datos analíticos secundarios
F	Revisiones y discusiones
G	Otros: opiniones expertos, libros, series de casos.

Tabla 1. Nivel de Confianza de las Recomendaciones según la American Psychiatric Association en su «Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life»¹

Recomendaciones generales

- El entorno ideal es el medio familiar, que se mantiene constante y no provoca estrés
- Estimular al paciente para que siga utilizando las capacidades que todavía le queden, no exigirle más de lo que puede hacer
- No hacer comentarios negativos. Culpar a la enfermedad no al enfermo
- Técnicas de distracción: enfocar la atención del paciente lejos de lo que le altera su conducta
- Usar la empatía y el humor para reducir tensión
- Mantener el respeto, evitar al «infantilización»
- Paso lento, evitar las prisas
- Comunicación clara, directa con mensajes cortos y simples. Importancia del contacto físico, con los ojos y los gestos
- Fragmentar las tareas en pequeñas acciones a seguir
- Si resistencia, descansar y repetir mas tarde
- Establecer una rutina en las actividades diarias

Recomendaciones específicas

- Enfoque previo a las intervenciones específicas:
 - Identificar los SCPD objeto de la intervención
 - Identificar desencadenantes o los resultados de un síntoma específico
 - Fijar objetivos de abordaje realistas y planificar la intervención
 - Animar, adiestrar y apoyar a los cuidadores en los objetivos.
 - Utilización bidireccional intrafamiliar de recompensas por logros de objetivos
 - Evaluar los planes y modificar en su caso, adaptándolos a las nuevas situaciones
- Intervenciones específicas:
 - Las terapias recreativas, tratamientos orientados a la estimulación y la musicoterapia han mostrado ser eficaces en la reducción de la ansiedad y la agitación en otro tipo de enfermos, y se emplean en pacientes con demencia (II)
 - Las intervenciones psicológicas, incluida la psicoterapia conductual, familiar y grupal, pueden ser de utilidad, sobre todo en las primeras etapas de la enfermedad (III)
 - Las intervenciones y el apoyo de la red sociosanitaria (centros de día, asociaciones, programas psicosociales con grupos de educación, aprendizaje de habilidades (III), información y apoyo emocional (III), para pacientes y familiares, servicios de ayuda a domicilio...) parece que tienen cierta efectividad en mejoras de la calidad de vida del paciente y su entorno

Tabla 2. Recomendaciones para la prevención y el manejo de los problemas conductuales en demencia. () Nivel de confianza en la recomendación, según tabla 1.

Fármacos con potencial toxicidad cognitiva

Anticolinérgicos
 Antidepresivos
 Litio
 Neurolépticos
 Betabloqueantes
 Benzodiacepinas
 Metil dopa
 Clonidina
 Reserpina
 Metoclopramida
 Cimetidina
 Digoxina
 Antihistamínicos
 Antiparkinsonianos
 Corticoides
 Bismuto
 Indometacina

Tabla 3. Fármacos con potencial «toxicidad cognitiva».

tipo de intervenciones son el humor deprimido leve, apatía, vagabundeo, caminar insistente y preguntas y gestos repetidos.

Prescribiremos fármacos ante la ausencia de respuesta a la intervención no farmacológica. Esto sucede generalmente con SCPD moderados o graves que interfieren en la calidad de vida de pacientes y su entorno, y en situaciones de urgencia por procesos intercurrentes. En muchos casos, las intervenciones no farmacológicas van a favorecer la reducción de la dosis, duración y complejidad de los requerimientos fármaco terapéuticos.

Antes de iniciar un tratamiento psicofarmacológico es recomendable descartar una causa somática reversible: enfermedades agudas intercurrentes, sobre todo infecciosas, destacando por su frecuencia las infecciones urinarias y respiratorias, la exacerbación de enfermedades crónicas o los secundarismos medicamentosos (I).

Cuando es preciso el uso de fármacos debemos considerar las siguientes cuestiones:

- Uso de dosis iniciales bajas, menores a adultos y ancianos. Efectuar incrementos pequeños y espaciados en el tiempo
- Usar la dosis efectiva más baja
- Al cambiar un fármaco, dejar períodos intermedios entre los dos
- Valorar siempre el perfil de seguridad del fármaco. Individualizar el beneficio/ riesgo
- Evaluar periódicamente la necesidad de uso continuado de cualquier fármaco. Prever su finalización (I).
- Retirar y no iniciar la prescripción de fármacos que no sean imprescindibles, especialmente los de toxicidad cognitiva demostrada (ver tabla 3) que paradójicamente son algunos de los manejados en el tratamiento de los SCPD. Evitar la automedicación.

Los fármacos utilizados, en mayor o menor medida, en el tratamiento de los SCPD son los neurolépticos,

antidepresivos, ansiolíticos y antiepilépticos.

Revisamos a continuación su efectividad, seguridad y recomendaciones de uso en función de las alteraciones que presente el paciente demente.

Las dosis, presentaciones y comentarios de los fármacos más frecuentemente recomendados aparecen en la tabla 4.

1. Manejo de los síntomas psicóticos y de agitación

Consideramos la presencia de ideas delirantes y alucinaciones. Es frecuente que coexistan con cuadros de agitación, hostilidad e incluso agresividad y conducta violenta. Cuando esto sucede suelen responder a tratamientos similares.

Es fundamental valorar y garantizar la seguridad del paciente y de su entorno (I). La evaluación inicial debe descartar la presencia de factores causales o desencadenantes abordables: médicos, psiquiátricos o psicosociales (hambre, sed, inactividad, cansancio, soledad, miedo, sobremedicación, déficits sensoriales...) (I)

No utilizaremos tratamiento farmacológico salvo que estos síntomas provoquen angustia, riesgo de daño para el paciente o sus cuidadores (I). A este nivel pueden aplicarse algunas técnicas de psicoterapia conductual (II) y respuestas tranquilizadores y de distracción por parte de los cuidadores (II).

Ante la ausencia de respuesta o situación de riesgo, especialmente en cuadros agudos y urgentes, iniciar tratamiento farmacológico (II), estando demostrada la necesidad de reevaluación de su indicación a lo largo del curso evolutivo, y reconsiderar su pertinencia según respuesta clínica e iatrogénica (I).

Fármacos indicados:

Antipsicóticos:

Son los fármacos más estudiados para el abordaje de los síntomas psicóticos asociados a demencia (I), y los mejor investigados para el tratamiento de la agitación (II).

Existen pruebas de que los neurolépticos mejoran modestamente los síntomas conductuales en general, y algunas evidencias no muy consistentes de que esta mejoría es mayor para los síntomas psicóticos (II). Los estudios han sido realizados con tamaños muestrales pequeños y con seguimiento no superior a 8-12 semanas

No existen pruebas que demuestren diferencia de efectividad entre los diversos neurolépticos. Sí las hay respecto a los efectos adversos (I).

Los neurolépticos clásicos sedativos (tipo clorpromacina / levopromacina) pueden dar excesiva sedación, empeoramiento del deterioro cognitivo, cuadros confusionales, hipotensión postural. Los de alta potencia (tipo haloperidol) también pueden provocar deterioro cognitivo y sobre todo clínica extrapiramidal.

En ambos casos, su uso en pacientes ancianos, mujeres y dementes, se asocia a aumento del riesgo de discinesias tardías severas y Síndrome Neuroléptico Maligno

- Los neurolépticos atípicos presentan eficacia similar a los clásicos pero, en principio, con menos efectos adversos. Sin embargo, el paso del tiempo desde su introducción, su uso frecuente y los resultados de varios ensayos clínicos recientes ponen de manifiesto un importante riesgo de daño cerebrovascular con alguno de ellos (I), que ha determinado limitar, y en algunos casos suspender, su uso en estos pacientes.

- Antipsicóticos recomendados:

- De elección Haloperidol ante síntomas psicóticos y agitación o agresividad severa, especialmente en presentaciones agudas y situaciones de urgencia (II). Existen estudios que señalan dosis elevadas, a partir de 2 mg, como las más efectivas. Sin embargo, estas dosis son las que más reacciones adversas provocan, sobre todo extrapiramidales (II). Limitaremos su administración a no más de 2-4 semanas, reevaluado su indicación según la evolución del cuadro (I).

- Hasta hace un año Risperidona era el tratamiento de elección (III) por presentar mejor perfil de efectos secundarios, sin embargo los resultados de varios ensayos clínicos señalaron el aumento de accidentes isquémicos cerebrovasculares en pacientes dementes mayores de 75 años. Su uso se ha restringido a episodios graves de agresividad o cuadros psicóticos severos que no responden a otras medidas y durante el menor tiempo posible (I).

- Respecto a otros neurolépticos atípicos, de momento no existe suficiente consistencia en las pruebas para generalizar su uso. De hecho Olanzapina que era recomendado en las guías, desde el 2004 está contraindicado su uso en ancianos con trastornos psicóticos y/o conductuales asociados a demencia por no demostrar efectividad y sí aumento de accidentes isquémicos cerebrales y de mortalidad en mayores de 75 años y con demencias tipo vascular y mixta (I).

- En este mismo sentido ha sido suspendida la comercialización de Tioridazina, neuroléptico clásico de segunda línea con importantes efectos secundarios cardíacos, arritmias y muerte súbita.

- En la demencia por Cuerpos de Lewy están contraindicados los neurolépticos por riesgo de parkinsonismo severo

- **Otros fármacos alternativos:**

- Benzodiacepinas:

- Cuando la agitación conlleva ansiedad, o se trata de episodios aislados e infrecuentes pueden responder al tratamiento con benzodiacepinas, aunque carecen de efectos antipsicóticos pueden ayudar a reducir la agitación asociada (II).

- Sus recomendaciones de uso pueden verse en el apartado de manejo de la ansiedad.

- Otros:

- Nos referimos a anticonvulsionantes como carbamacepina y valproato, antidepresivos como trazodona e Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina y Bupirona. No existen pruebas consistentes para generalizar su uso. En pacientes agitados no psicóticos con síntomas moderados-leves en los que los neurolépticos están contraindicados, por ejemplo en las Demencias por Cuerpos de Lewy, pueden emplearse (III). Existen pocos datos para recomendar el uso de litio o betabloqueantes.

2. Manejo de los síntomas depresivos

- Considerar en todos los casos la valoración del riesgo de suicidio asociado (I).

- Formas de humor deprimido leve pueden responder a intervenciones no farmacológicas: mejoras de las condiciones de vida del paciente o técnicas orientadas a la estimulación social y de relación (II).

- Los cuadros depresivos persistentes y severos deben ser tratados con fármacos. La evaluación de la efectividad de los antidepresivos en pacientes dementes es limitada, pero existen pruebas suficientes que apoyan su empleo (II).

- La elección del antidepresivo está basada en la respuesta a tratamientos previos, tolerancia y perfil de efectos adversos. Estos pueden ser útiles individualizando el tratamiento (sedación o desinhibición) (I).

- Los ISRS o mixtos, como la venlafaxina son probablemente los de primera elección, por menores efectos adversos, especialmente anticolinérgicos (II). Los antidepresivos tricíclicos con marcado efecto anticolinérgico deben ser evitados (amitriptilina e imipramina) (I). Sin embargo, en la demencia ligada a sintomatología parkinsoniana los ISRS pueden aumentar los fenómenos extrapiramidales.

- Inicio del tratamiento con dosis bajas (ver tabla 4). Valorar respuesta a las 4-8 semanas, con incrementos, según la clínica y su tolerancia, cada 7 días hasta conseguir mejoría o aparición de efectos secundarios no tolerados. En un primer episodio, se recomienda 9 meses de tratamiento, con reducción en 2-4 semanas para ser retirados. Individualizar tratamientos más prolongados.

- Ante la presencia de síntomas psicóticos asociados a la depresión añadir antipsicóticos.

– Manejo de la apatía y negativismo. Ese comportamiento suele ser mejor tolerado aunque frustrante para la familia. Para su abordaje se han usado el bupropion (en USA), bromocriptina y amantadina, pero sin evidencias claras que permitan generalizar su recomendación (III). Parecen más efectivas técnicas de terapia ocupacional, ergoterapia y estimulación orientada a la realidad.

3. Manejo de los trastornos del sueño

Los trastornos del sueño repercuten de modo destacado en la calidad de vida de estos pacientes y su entorno, destacando el insomnio y los cambios del ritmo vigilia-sueño.

- En el inicio de su manejo se recomienda poner en práctica medidas no farmacológicas de higiene adecuada del sueño (I).
- Si la respuesta no es suficiente está indicado usar fármacos.
- Si el paciente tiene prescrita medicación para otros síntomas, medicación con efecto sedativo-hipnótico, debe pautarse por la noche como inductor de sueño. Es el caso de antipsicóticos, ansiolíticos o algunos antidepresivos (II).
- En caso contrario, los agentes posiblemente más efectivos y recomendables son el antidepresivo Trazodona, especialmente en tratamientos a largo plazo; y el hipnótico Zolpidem a dosis bajas y para periodos cortos (II).
- No se recomienda el uso de benzodiazepinas por riesgo de sedación, insomnio de rebote, desinhibición paradójica, deterioro cognitivo o confusión (II).
- Otros fármacos: Clometiazol, es un derivado tiazólico de acción sedante, hipnótica y anticonvulsionante. Presenta un buen perfil de seguridad en ancianos y en demencia. Está indicado como alternativa cuando no es posible el uso de los anteriormente recomendados. Particularmente utilizado como hipnótico y sedante en la demencia por Cuerpos de Lewy (III).

4. Manejo de la ansiedad

Los síntomas de ansiedad con frecuencia se presentan asociados a otros trastornos. Las medidas iniciales irán encaminadas al control de la situación y del estado del paciente sin usar fármacos. Cuando no es suficiente se recomienda el uso de las benzodiazepinas. Están indicadas las benzodiazepinas que no tienen metabolitos activos ni se metabolizan en hígado como son el Oxacepam o Loracepam (III) (a dosis bajas y durante cortos periodos, unas semanas). Instaurar progresivamente y retirar lentamente.

Precaución en su uso por riesgo de reacción paradójica (10 % de casos en ancianos), sedación, empeoramiento cognitivo, confusión, aumento de caídas y depresión respiratoria (I).

Otros fármacos utilizados son el Clometiazol, sobre todo si existe insomnio, y trazodona, también en problemas de ansiedad e insomnio (II) y cuando se plantea la necesidad de tratamientos prolongados (III).

5. Manejo de otros SCDP

– Reacciones catastróficas: generalmente son el re-

sultado de la acumulación de demasiadas demandas físicas o emocionales (exceso de preguntas, críticas, quejas o cansancio). Suelen ser útiles intervenciones no farmacológicas del cuidador. Mantener la calma con baja reactividad, habla afectiva y cariñosa, contacto físico, no razonar en esos momentos. El apoyo de fármacos se usará solo en situaciones extremas, con agitación o ansiedad que no cede (ver pautas de tratamiento en agitación y ansiedad)

- Desinhibición, especialmente sexual:
 - Puede obligar a ingreso institucional.
 - La sedación con neurolepticos no mejora el comportamiento posterior.
 - Medroxiprogesterona y hormonas similares pueden tener algún papel en el tratamiento de la desinhibición sexual en varones con demencia, con resultados limitados (III).
 - Ante conductas peligrosas se ha planteado la opción de la castración química con antiandrógenos y dosis elevadas de haloperidol.
- Vagabundeo: el caminar incesante resulta difícil de manejar. Existe riesgo de caídas o escapadas a la calle. Son recomendables medidas no farmacológicas, tales como establecer paseos regulares, facilitar espacio donde no puede tropezar o caer, control de la calle. Es importante diferenciar de la acatisia, secundarismo de los neurolepticos.
- Quejas y preguntas repetidas: se recomiendan intervenciones no farmacológicas. Conviene responderle en términos de actividades que le corresponde hacer, no discutir ni enfrentarse, hacer intervenir a otras personas para diversificar y distraer su atención. Aplicar técnicas conductuales con formación y apoyo a los cuidadores.

CONCLUSIONES GENERALES DE APLICABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

- Las intervenciones no farmacológicas son en general la primera elección en el tratamiento de los SCDP de intensidad leve, aunque los datos que respaldan su uso son limitados en muchos casos.
- El uso de fármacos está claramente indicado para los SCDP moderados a graves que interfieren en la calidad de vida del paciente o el cuidador.
- En pacientes ancianos con demencia las dosis a utilizar serán generalmente más bajas, no obstante conviene individualizarlas.
- Los fármacos neurolepticos son más eficaces para síntomas psicóticos y conductuales como la agresividad, pero con las limitaciones señaladas.
- A pesar de la frecuencia con que se presenta la depresión y de la eficacia demostrada de los antidepresivos, estos fármacos están infrutilizados.
- La formación, el adiestramiento y la actuación integral y continua de los equipos de atención primaria, con la participación fundamental de los cuidadores, constituyen instrumentos de primer orden en el manejo de este tipo de pacientes.

Fármaco	Presentación	Dosis inicial al día	Dosis máxima al día	Comentarios
Haloperidol	Gotas 2 mg/ ml 1 ml = 20 gotas 5 gotas = 0,5 mg. Comprimidos 0,5 y 10 mg Vial im/iv de 5mg/1ml	0,5 mg.	2-3mg repartidos en una o dos tomas	Estudios que lo consideran efectivo a partir de 2 mg con más riesgo de efectos adversos extrapiramidales. Se aconseja reducir el tiempo de administración a no más de 2-4 semanas. No indicado uso preventivo de biperideno (riesgo de síndrome anticolinérgico)
Risperidona	Comprimidos 1, 3 y 6 mg y dispersables de 0,5, 1 y 2 mg. Solución 1mg /1 ml	0,5 mg.	2-3 mg repartidos en en una o dos tomas	Precaución de uso. Demostrado aumento accidentes isquémicos cerebrales en mayores de 75 años. Indicado sólo en episodios psicóticos o de agresividad severos y a corto plazo (2-4 semanas)
Loracepam	Comprimidos de 1, 2 y 5 mg.	0,5 mg.	2 mg.	Precaución por efectos adversos de las benzodicepinas (ver texto)
Oxacepam	Comprimidos de 10 mg, Cápsulas de 10 mg y Grageas de 10 y 30 mg.	10 mg. 5 mg. nocturna	30 mg.	Precaución por efectos adversos de las benzodicepinas (ver texto)
Zolpidem	Comprimidos ranurados de 10 mg	5 mg. nocturna	10 mg. nocturna	Puede potenciar efecto y toxicidad de clorpromacina. Riesgo de caídas
Buspirona	Comprimidos de 5 y 10 mg.	5 mg. cada 12 horas	20 mg. cada 8 horas	Lento de acción, efectivo en 2-4 semanas En agitaciones leve-moderada
ISRS				Precaución con interacciones. Efectos adversos: sudoración, temblor, vértigos, nerviosismo, insomnio o somnolencia, alteraciones sexuales o gastrointestinales
Fluoxetina*	Comprimidos de 10 mg Solución 20 mg/ 5ml	10 mg	20 mg	Administrar por la mañana. Activador. Vida media muy larga. Anorexígeno.
Paroxetina*	Comprimidos de 20 mg	10 mg.	30 mg.	Más sedativo. Más efectos anticolinérgicos que otros ISRS
Sertralina*	Comprimidos 50 y 100 mg.	25-50 mg.	100 mg.	Bien tolerado. Menos interacciones
Citalopram*	Comprimidos de 20 y 30 mg.	10 mg	40 mg.	Bien tolerado. Náuseas y alteraciones del sueño
Fluvoxamina*	Comprimidos de 50 y 100 mg.	50 mg.	150 mg.	Precaución asociado con Alprazolam y Triazolam. Perfil sedativo
Mirtazapina	Comprimidos de 15 y 30 mg.	7,5 mg. nocturna	30 mg. nocturna	Induce sueño, apetito y ganancia de peso. Potente y bien tolerado
Venlafaxina	Comprimidos de 37,5, 50 y 75 mg. Comprimidos retard de 75 y 150 mg.	37,5 mg.	225 mg.	Potencia elevada. Inhibidor de la recaptación mixto (serotoninérgico y noradrenérgico), sin efectos anticolinérgicos. Cuidado en hipertensos descompensados
Trazodona	Comprimidos ranurados de 100 mg.	25-50 mg nocturna	200 mg nocturna	Precaución en pacientes con latidos ventriculares prematuros. Perfil sedativo intenso
Mianserina	Comprimidos 10 y 30 mg.	10-15 mg. nocturna	30-45 mg nocturna	Menos efectos anticolinérgicos y cardiovasculares. Perfil sedativo
Nortriptilina	Comprimidos 10 y 25 mg.	10 mg.	50 mg. repartidas en dos tomas	Bajo riesgo cardiotoxico. Hipotensión leve y efectos anticolinérgicos (precaución)
Clometiazol	Cápsulas de 192 mg.	192 mg. nocturna	576 mg. alguna dosis nocturna	Efectos adversos: hipotensión, gastrointestinales, aumento secreciones, rinorrea, irritación conjuntival

Tabla 4. Fármacos recomendados en el tratamiento de los SCPD

Bibliografía

1. American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life (reviewed 2004). *Am J Psychiatry* 1997; 154:1-39. URL: American Psychiatric Association (APA) Web site. Última actualización: diciembre 2004.
2. Sanford I, Asada T, Blake L. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Educational Pack. International Psychogeriatric Association (IPA) 1998, 2002. URL : <http://www.ipa-online.org/ipaonlinev3/ipaprograms/taskforces/bpsd/Default.asp>
3. Working group for the Faculty of Old Age, Psychiatry RCPsych, RCGP, BGS and Alzheimer's Society, following CSM restriction on risperidone and olanzapine. Guidance for the management of behavioural and psychiatric symptoms in dementia and the treatment of psychosis in people with history of stroke/TIA. 2004. URL: <http://www.rcgp.org.uk/corporate/position/drugs.asp>
4. Cummings JL, Frank JL, Cherry D, Kohatsy ND, Kemp B, Hewett L et al. Guidelines for managing Alzheimer's disease: part II. Treatment. *American Family Physician* 2002; 65 (11). URL: <http://www.aafp.org/afp/20020601/2263.html>
5. Cummings JL, Frank JL, Cherry D, Kohatsy ND, Kemp B, Hewett L et al. Guidelines for managing Alzheimer's disease: part II. Treatment, *American Family Physician* 2002; 65 (12) URL: <http://www.aafp.org/afp/20020615/2525.html>
6. Patterson C, Gauthier S, Bergman H, Cohen CA, Feightner JW, Feldman H et al. The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia: a physician's guide to using the recommendations. 15 June 1999, (Reviewed: Feb 2001), URL: <http://www.cmaj.ca/cgi/data/160/12/DC1/1>

Otras referencias bibliográficas de interés

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Interventions in the management of Behavioural and Psychological Aspects of Dementia. Edinburgh : SIGN, 1998. URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign22.pdf>
- Guidelines for the support and management of people with dementia. Ministry of Health. New Zealand, 1997.
- Finkel SE. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: Implications for research and treatment. *International Psychogeriatrics* 1996; 8, supl 3 (completo).
- Casabella B., Espinás J (coordinadores). Documento de Recomendaciones en Demencias. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 1999.
- Castro D, González S, Alberdi J, Louro A. Demencia tipo Alzheimer. Guías Clínicas Fisterra.com. URL: <http://www.fisterra.com/guias2/demencias.asp>
- Howard R, Ballard C, O'Brien J, Burns A. Guidelines for the management of agitation in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 714-7.
- Warner JP, Butler R, Prabhakaran P. Dementia. *Clin Evid* 2003; 9:1010-33.
- Lee PE, Freedman M. A R, Prabhakaran P. Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *BMJ* 2004; 329:75-8.
- Kirchner V, Kelly CA, Harvey RJ. A systematic review of the evidence for the safety and efficacy of thioridazine in dementia (Cochrane Review, latest version 14 Aug, 1998) In: *Cochrane Library*. Oxford: Update Software)
- Asociación Americana de Psiquiatría. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos En: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- IV-TR)*. 4ª ed. Barcelona: Masson SA; 2002. p. 155.
- Lonergan E, Luxenberg J, Colford J. Haloperidol for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (4): CD002852.