

---

# Curso de actualización en Geriatria. Psicogeriatria

Ariadna Besga Basterra

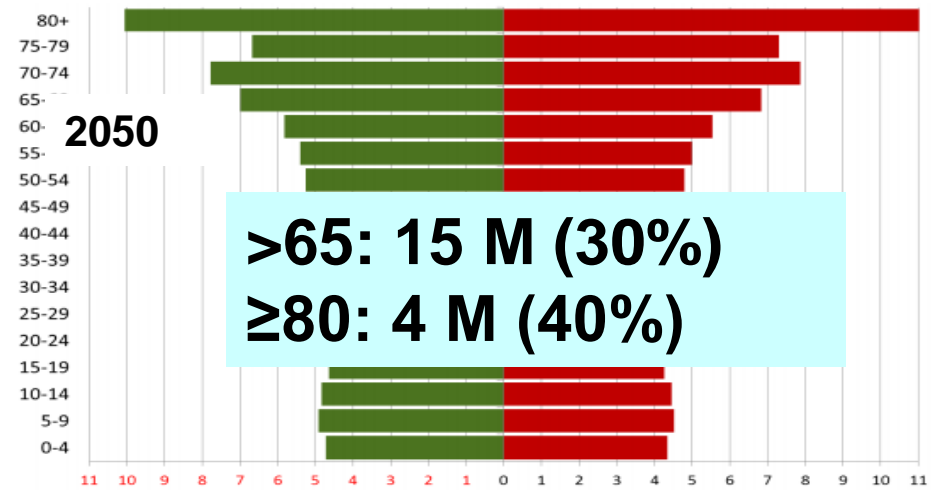
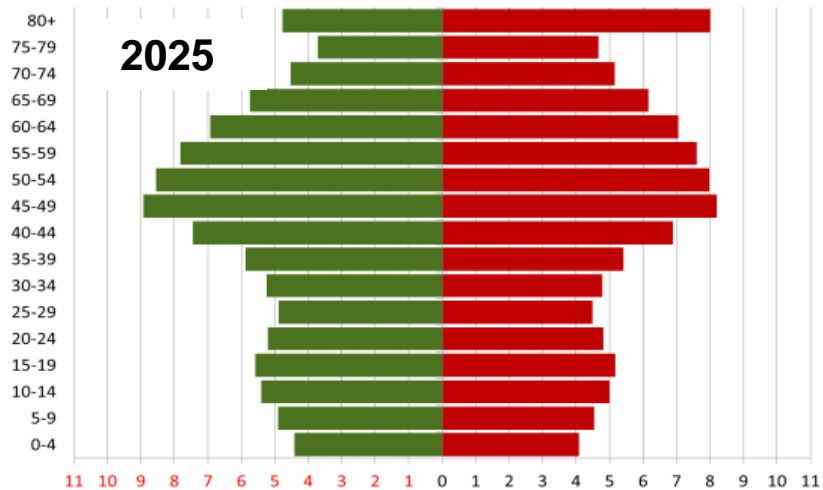
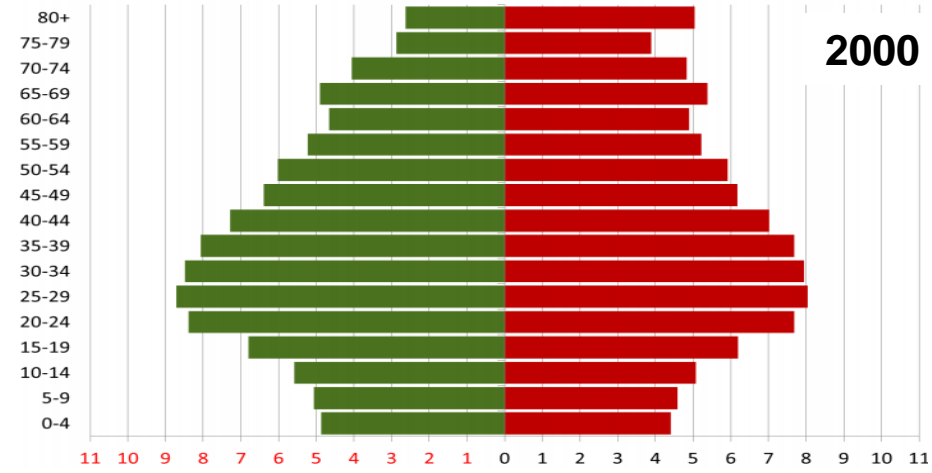
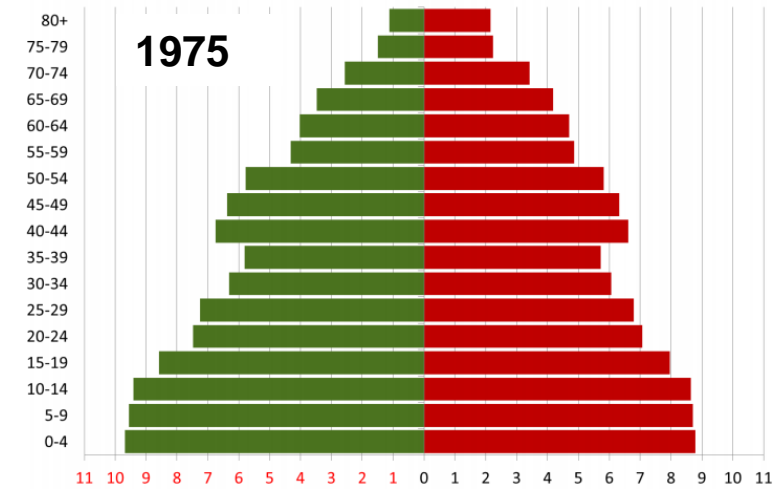
MD, PhD. Geriatria

Hospital Universitario Araba . BioaAraba

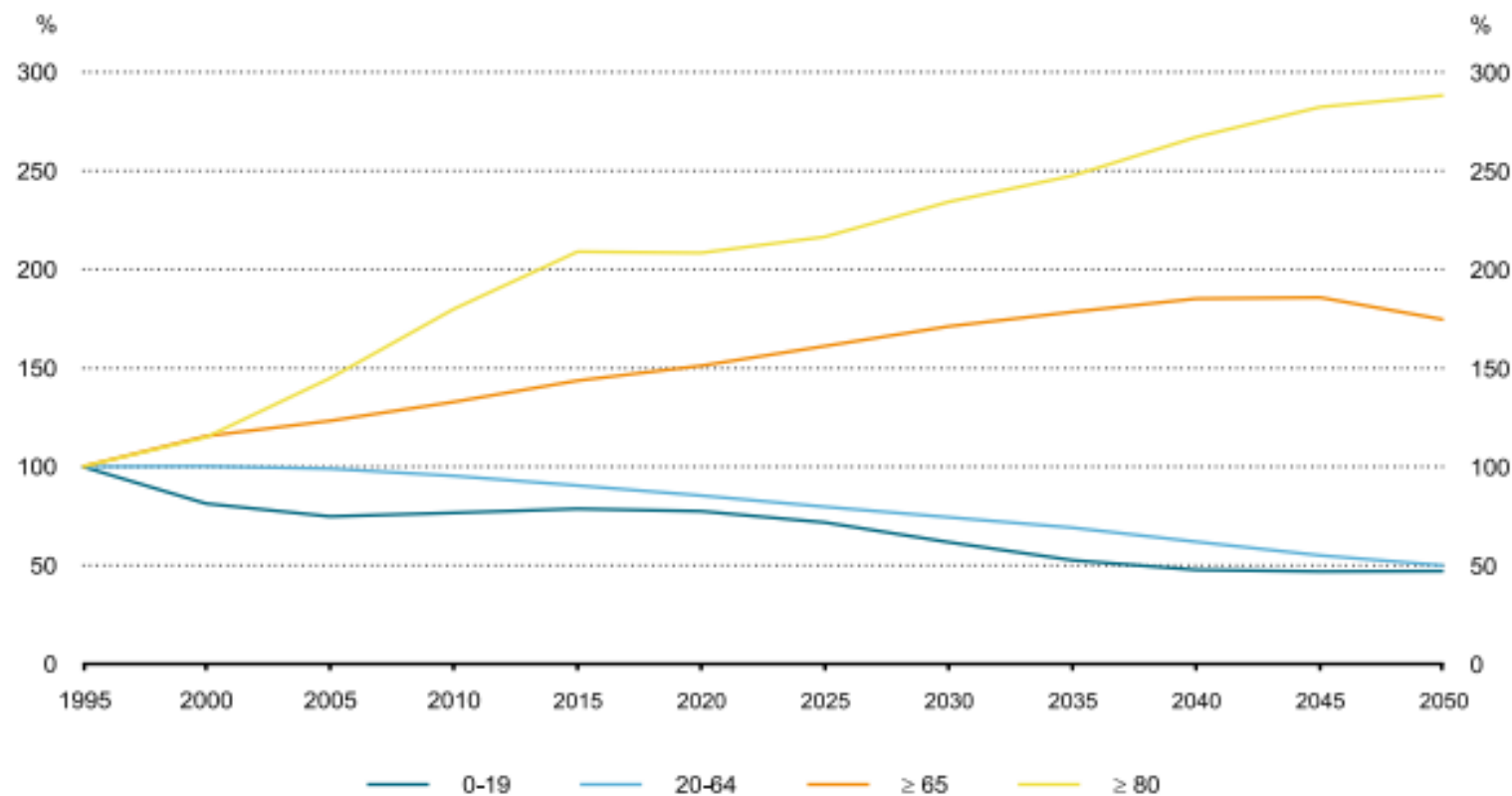
Universidad del País Vasco EHU-UPV

Fundación Felipe de Lecea CJA

# Envejecimiento Poblacional



# Envejecimiento del envejecimiento



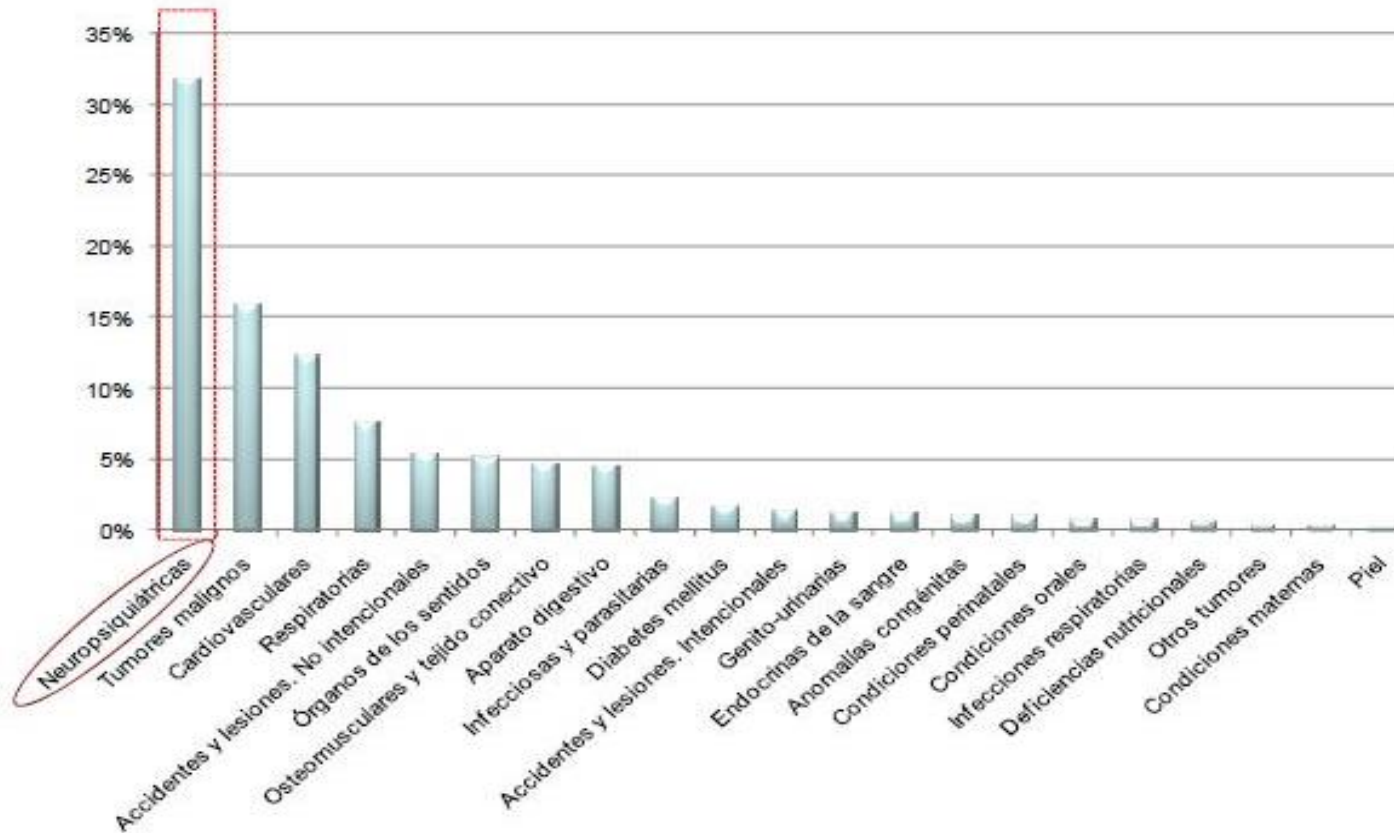
Evolución de la población de la C.A. de Euskadi según grupo de edad



- La salud mental y el bienestar emocional tienen **la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida.**
- Las enfermedades mentales son un **problema de salud pública de primer orden**, con una gran repercusión sobre la morbi-mortalidad, la calidad de vida y el uso de recursos del sistema sanitario
- Aproximadamente un **15% de los adultos de 60 años o mayores** sufren algún trastorno mental.
- La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.

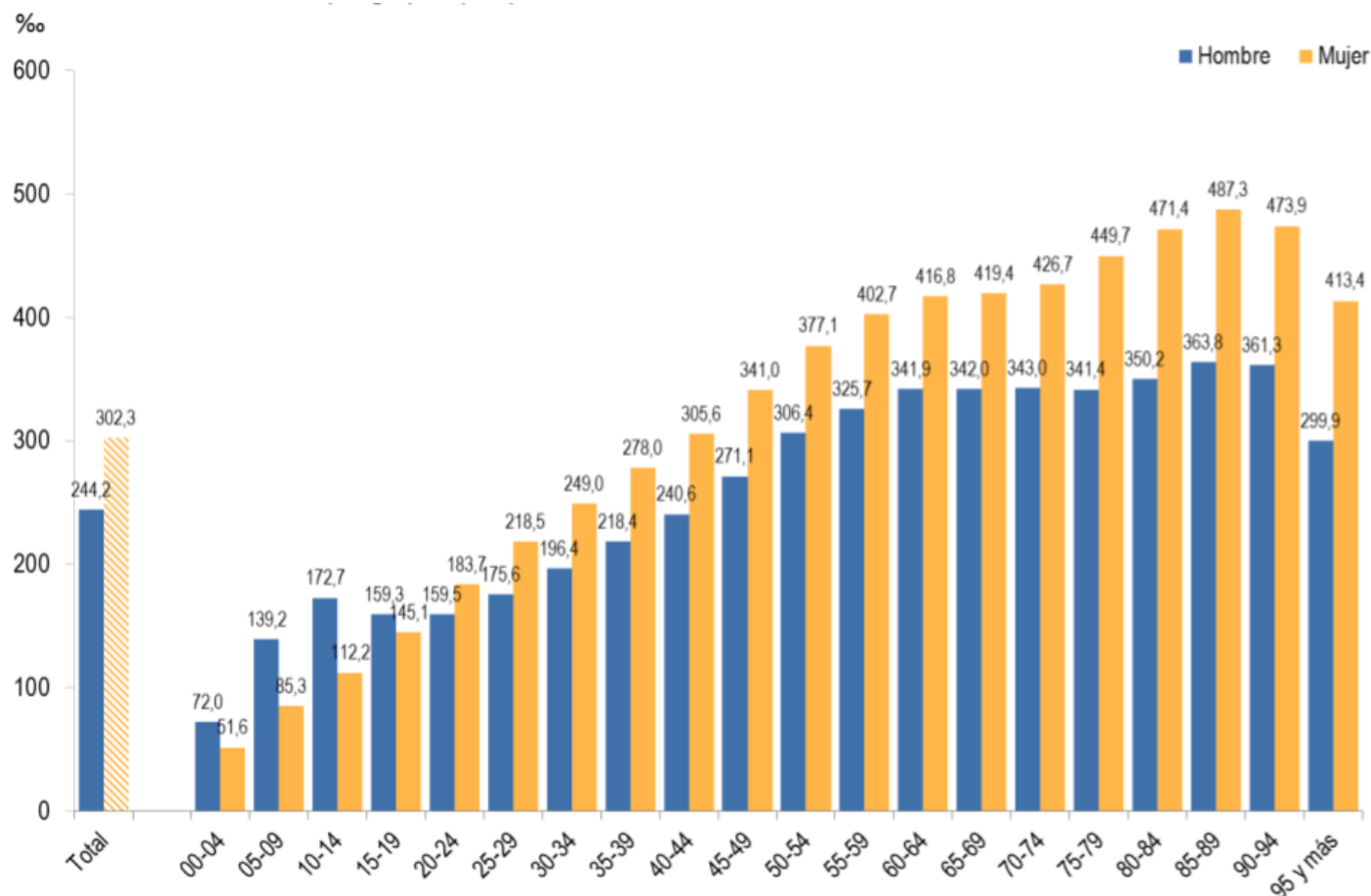
Para el año 2030, la OMS estima que **los problemas de salud mental serán la principal causa de discapacidad en el mundo.**

*Porcentaje sobre el total de AVAD en función de la causa*



Los trastornos  
neuropsiquiátricos  
representan el 6,6% de la  
discapacidad total (AVAD)  
en este grupo etario

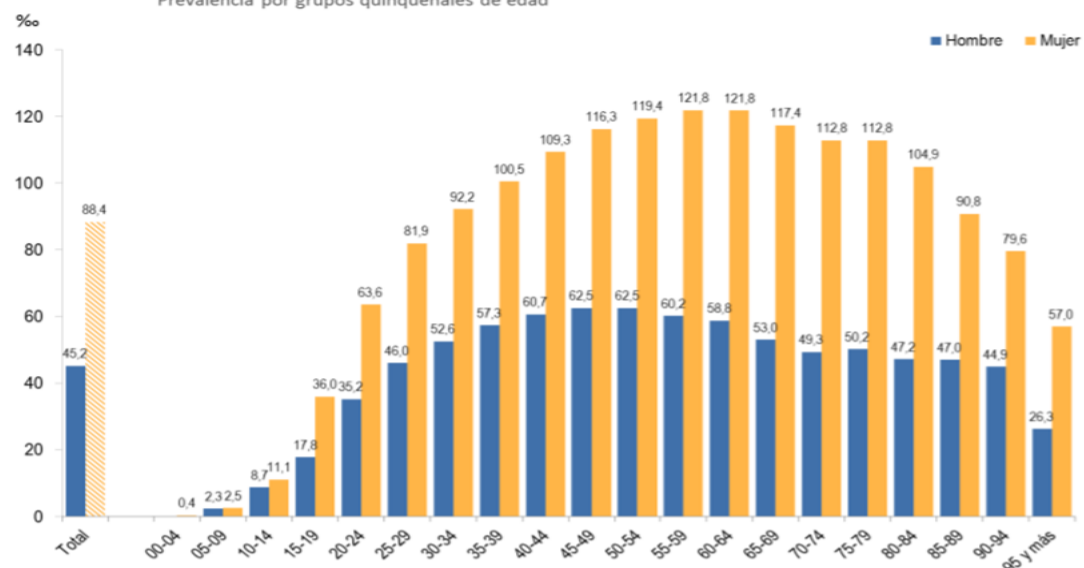
# Prevalencia de problemas de salud mental



### P74 - Trastornos de la ansiedad/estado de ansiedad

Prevalencia por grupos quinquenales de edad

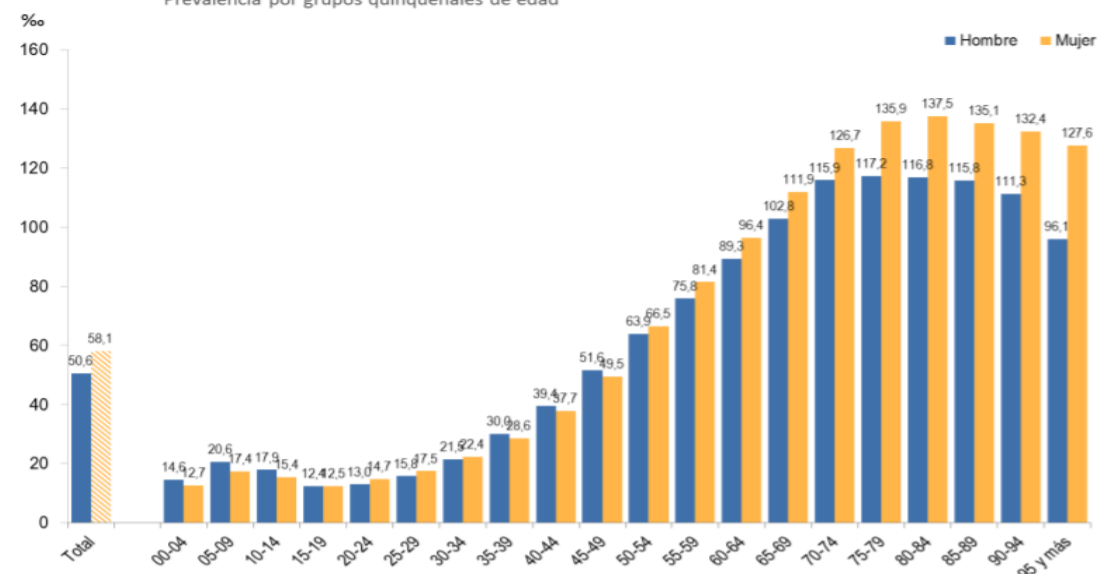
BDCAP, 2017



### P06 - Trastornos del sueño

Prevalencia por grupos quinquenales de edad

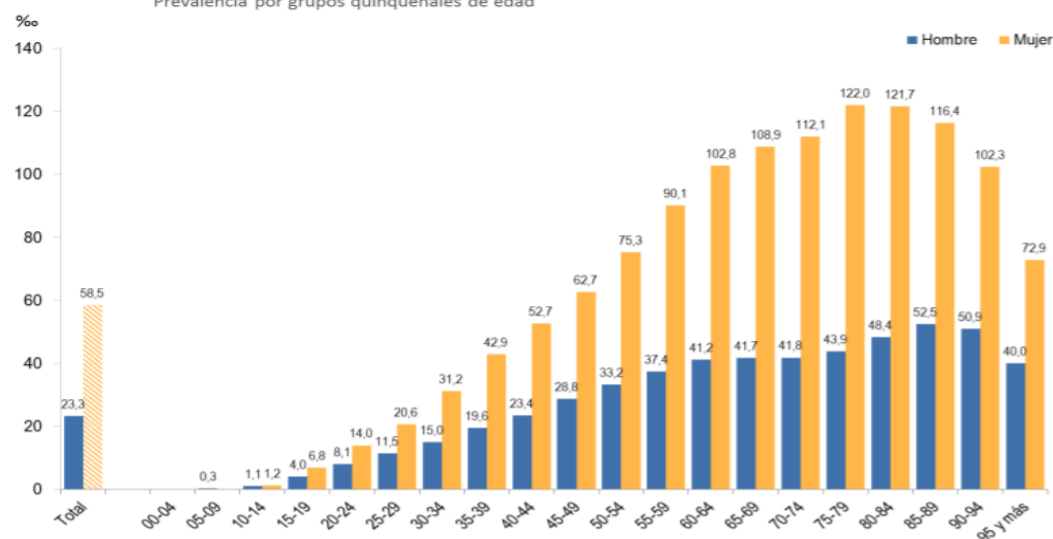
BDCAP, 2017



### P76 - Depresión/trastornos depresivos

Prevalencia por grupos quinquenales de edad

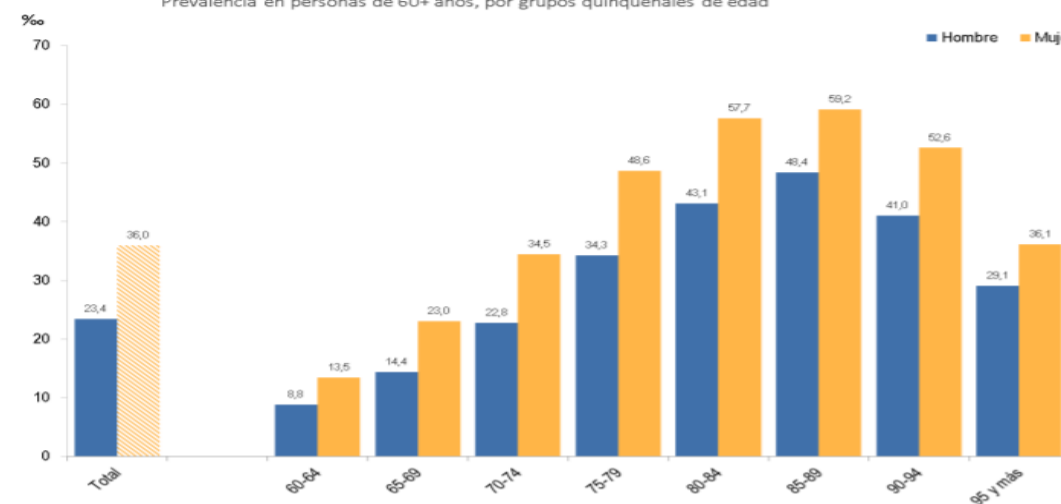
BDCAP, 2017



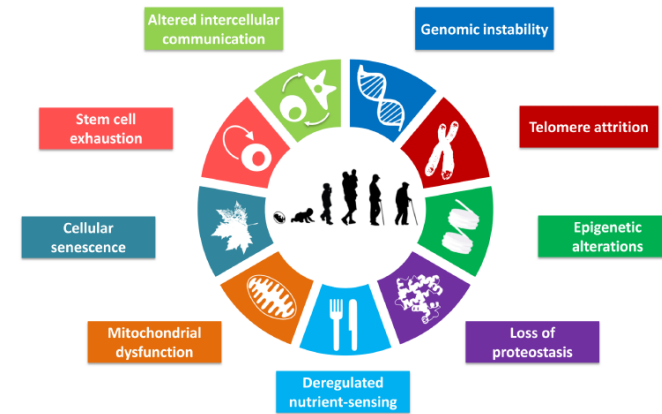
### P20 - Trastornos de la memoria

Prevalencia en personas de 60+ años, por grupos quinquenales de edad

BDCAP, 2017



# Envejecimiento.



- ❖ Los personas mayores no son todas iguales y existe una **gran diversidad de estados de salud y estados funcionales** que **impiden identificar una persona mayor “típica”**.
- ❖ Hay personas que envejecen en salud trabajando hasta los 90 años y, otras que, con la misma edad cronológica, se encuentran en una situación de dependencia.
- ❖ **Combatir actitudes nihilistas**, que atribuyen como **causa de las enfermedades mentales** de las personas mayores, **al propio proceso de envejecimiento**, considerándolas como una **consecuencia inevitable** de la edad y, por tanto, de mal pronóstico e irreversibles.

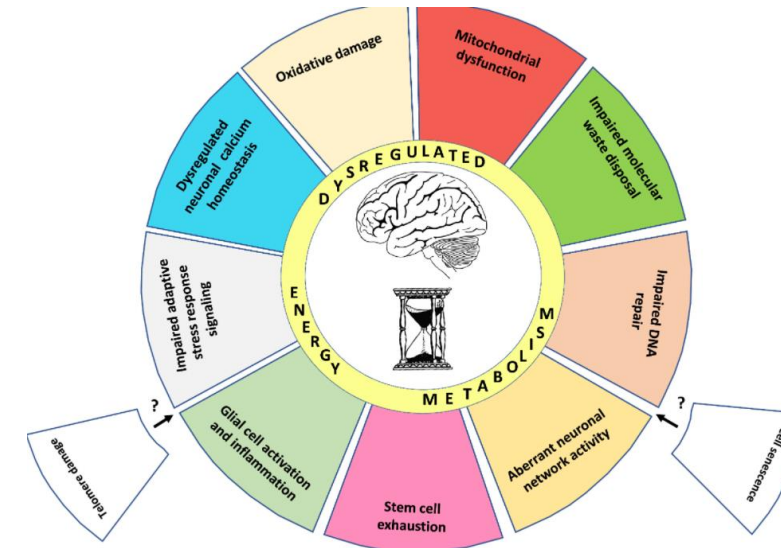


# Factores de la salud mental y del bienestar en la edad avanzada

- **Plano del individuo** (la autoestima, la capacidad de afrontar las cosas, la salud física, los estilos y experiencias de vida)
- **Plano interpersonal** (las interacciones y relaciones con la comunidad y con la familia)
- **Plano de la sociedad** (las políticas sociales, las estructuras y los recursos)
- **Plano cultural** (la equidad, la valía, la tolerancia y la diferencia).

# Peculiaridades en el anciano

- Cambios orgánicos del envejecimiento
- **Más síntomas** que enfermedades (síndromes psicogerítricos)
- Presentaciones **atípicas**
- Prevalencia de T psíquicos **crónicos iniciados en edades anteriores**
- **Comorbilidad somática.** Presencia de enfermedades somáticas crónicas ligado al ↑ de la esperanza de vida
- Evaluación del estado cognitivo
- Limitaciones sensoriales. Dependencia



# Situaciones que aumentan el riesgo de desarrollar sintomatología psiquiátrica en el anciano

- ❑ Descompensación de IC
- ❑ Post- IAM
- ❑ Descompensación de EPOC (BD, GLC)
- ❑ Infecciones
- ❑ Enf endocrinas
- ❑ Dolor
- ❑ Déficits sensoriales
- ❑ Patologías que dificultan la movilidad y la deambulación
- ❑ Neoplasias
- ❑ Enfermedades del SNC (degenerativas y vasculares)
- ❑ Deterioro cognitivo

# Síndromes Geriátricos



## Psicogerítricos

- ❑ Un conjunto de cuadros clínicos plurietiológicos, caracterizados por su **elevada prevalencia** en la población de edad avanzada, que reflejan la **perdida de la reserva funcional y fisiológica** del individuo, con un **alto impacto** en la calidad de vida y autonomía.
  - ❑ Son potencialmente prevenibles
  - ❑ Con frecuencia infradiagnosticados
- **Confusión aguda**
  - **Pérdida de memoria**
  - Insomnio
  - Ansiedad
  - **Depresión**
  - Hipocondriasis
  - Susplicacia

# Depresión

- La DEPEA afecta al 10-15% de la población.
- En Europa, la prevalencia media es del 12,3% (14,1% entre las mujeres y 8,6% entre los hombres)
- Actitud nihilista → no forma parte del proceso normal de envejecimiento
- Constituye una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en este momento de la vida (↑ en hospital, residencias).
- Es la **primera causa de suicidio** a esta edad
- La recurrencia en estos pacientes es frecuente (50-90% en 3 años)
- La depresión **precede a diferentes enfermedades neurodegenerativas** (E de Alzheimer, Parkinson...)

# Diagnóstico

- El diagnóstico de las distintas formas de depresión en el anciano es esencialmente clínico.
- Precisa:
  - Anamnesis
  - Exploración física y psicopatológica
  - Análisis (hemograma, bioquímica, TSH, cortisol, vitaminas..)
  - Pruebas de neuroimagen (TAC, RM) cuando se sospecha lesión cerebral
  - **Escalas** para evaluación de la depresión en el anciano (Yesavage, GDS)

## Escala depresión geriátrica Yesavage abreviada (GDS)

1 ¿Esta básicamente satisfecho de su vida?	0	1
2 ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	1	0
3 ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4 ¿Se siente a menudo aburrido?	1	0
5 ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?	0	1
6 ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	1	0
7 ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8 ¿Se siente a menudo sin esperanza?	1	0
9 ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	1	0
10 ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	1	0
11 ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	0	1
12 ¿Piensa que no vale para nada tal y como está ahora?	1	0
13 ¿Piensa que su situación es desesperada?	1	0
14 ¿Se siente lleno de energía?	0	1
15 ¿Cree que la mayoría de la gente es mejor que usted?	1	0

Valoración:

0 - 5 puntos: NORMAL

6 -10 puntos: DEPRESION MODERADA

11-15 puntos: DEPRESION GRAVE

## Algoritmo para el cribado rápido para la depresión en ancianos (Lovestone y Howard,1996)

### **Items depresivos:**

1. Está satisfecho con su vida? NO
2. Siente que su vida esta vacía? SI
3. Teme que le vaya a pasar algo malo? SI
4. Se siente feliz la mayor parte del tiempo? NO

### **Items vulnerabilidad:**

1. Antecedentes de depresión SI
2. Aislamiento social SI
3. Enfermedades crónicas SI
4. Situación de duelo SI

# Clínica

- El anciano presenta **mayores niveles de ansiedad**, de sintomatología **hipocondriaca**, de ideación **suicida**, **mayor repercusión en la vida diaria** y una menor expresión de tristeza.
- Los **estados de fragilidad en la transición desde la autonomía a la dependencia** y la revelación del diagnóstico de demencia suponen factores de riesgo significativos para la depresión
- Las **enfermedades físicas** constituyen un factor de riesgo de suicidio más elevado en los hombres que en las mujeres.



- Mayor predominio de **quejas somáticas**. Dolor. Trastornos de sueño, pérdida de peso y apetito, fatiga y problemas de concentración y memoria
- Trastornos del **comportamiento**. Irritabilidad.
- Conductas regresivas.
- Tendencia al aislamiento social.
- Rechazo a comer, a beber o al uso de medicación
- Deterioro del autocuidado



### **Factores psicológicos**

Neuroticismo  
Alteración cognitiva  
Personalidad evitativa y dependiente  
Inseguridad  
Ant psiquiátricos (sbt depresión)  
Trastornos del sueño  
Revelación del diagnóstico de demencia

### **Factores biológicos**

Vascular cerebral  
Sexo femenino  
Hipoacusia, reducción de la agudeza visual  
Dolor  
Enfermedad médica crónica, estados de fragilidad  
Mala salud  
Discapacidad

### **Factores sociales**

Soledad  
Falta de apoyo  
Acontecimientos vitales: pérdidas,  
Bajo nivel educativo  
Viudedad, divorcio, soltería  
Pobreza

### **Factores psicológicos**

Proactividad y estilos positivos de afrontamiento  
Resiliencia  
Aumento del bienestar subjetivo  
Reducción de afectos negativos

### **Factores biológicos**

Dieta mediterránea  
Ejercicio físico regular

### **Factores sociales**

Pertenencia a un grupo  
Alto nivel de apoyo percibido  
Acontecimientos vitales positivos  
Religiosidad

# Diagnóstico



Tabla V Clasificación de Estados Depresivos CIE 10 y DSM5 mas relevantes

	CIE 10	DSM 5
Depresión mayor	Episodio Depresivo Leve (F32.0), Moderado (F 32.1 ó Grave (F32.2)  Trastorno Depresivo Recurrente Leve (F 33.0), Moderado ( F33.1 o grave F33.2)	Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Simple  Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Recurrente
Depresión menor o sub-umbral	Episodio Depresivo Leve (F32.0) ó Trastorno Depresivo Recurrente (F33.0) con < de 4 síntomas  Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo (F41.2)  Distimia (F34.1)  Trastorno Adaptativo Depresivo ( F43.2)  Otros Trastornos Afectivos (F48)	Trastorno Depresivo no Especificado     Trastorno Depresivo Persistente  Trastorno Adaptativo Depresivo  Otros

No incluyen criterios diagnósticos que se apliquen de forma específica al anciano

Es necesario la existencia de criterios diagnósticos específicos de los trastornos depresivos en el anciano.

- Desde un punto de vista clínico, hace referencia a un estado que esencialmente se identifica con la **tristeza, la falta de capacidad para disfrutar, el estado de ánimo bajo y la falta de energía**, que padece una persona en un momento de su vida y que se prolonga en el tiempo hasta **interferir en su vida ordinaria**.

# Formas clínicas

## ***Depresión Vascular***

- Asociación de **Factores cerebrovasculares** en algunas manifestaciones depresivas
- Afectación de localizaciones o circuitos implicados en las vías afectivas, o por alteraciones estructurales cerebrales
- Hiperintensidades de la sustancia blanca → empobrecimiento en la función ejecutiva, la atención y la velocidad motora; con la resistencia al tratamiento; con mayor riesgo de recaída
- Suele cursar con deterioro cognitivo, enlentecimiento psicomotor, menor ideación depresiva y menor conciencia de trastorno

## ***Distimia o Depresión Menor***

- Frecuentemente asociada a enfermedades médicas y los tratamientos

## ***Depresiones con Síntomas Psicóticos***

- suele cursar con enlentecimiento psicomotriz y delirios de culpa, ruina o hipocondría (en la mujer mas frecuentemente de persecución).

## Asociación ***Depresión y Demencia***

(Enf de Alzheimer, Enf de Cuerpos de Lewy, Demencia frontotemporal, Enfermedad de Parkinson y Otras) El diagnóstico de la depresión en estos

# Depresión y riesgo de demencia

- La depresión se asocia a 2 veces más riesgo de demencia
- Más de un 40% de los adultos mayores con depresión y DCL desarrollan demencia
- Un tratamiento eficaz de la depresión y un asesoramiento de los FR modificables podría reducir el riesgo de DCL a largo plazo

## Factores predictores de desarrollo de DCL o demencia

- Edad
- Sexo femenino
- Años de escolaridad
- Cognición basal
- Depresión activa en los últimos 2 años
- Severidad de la depresión



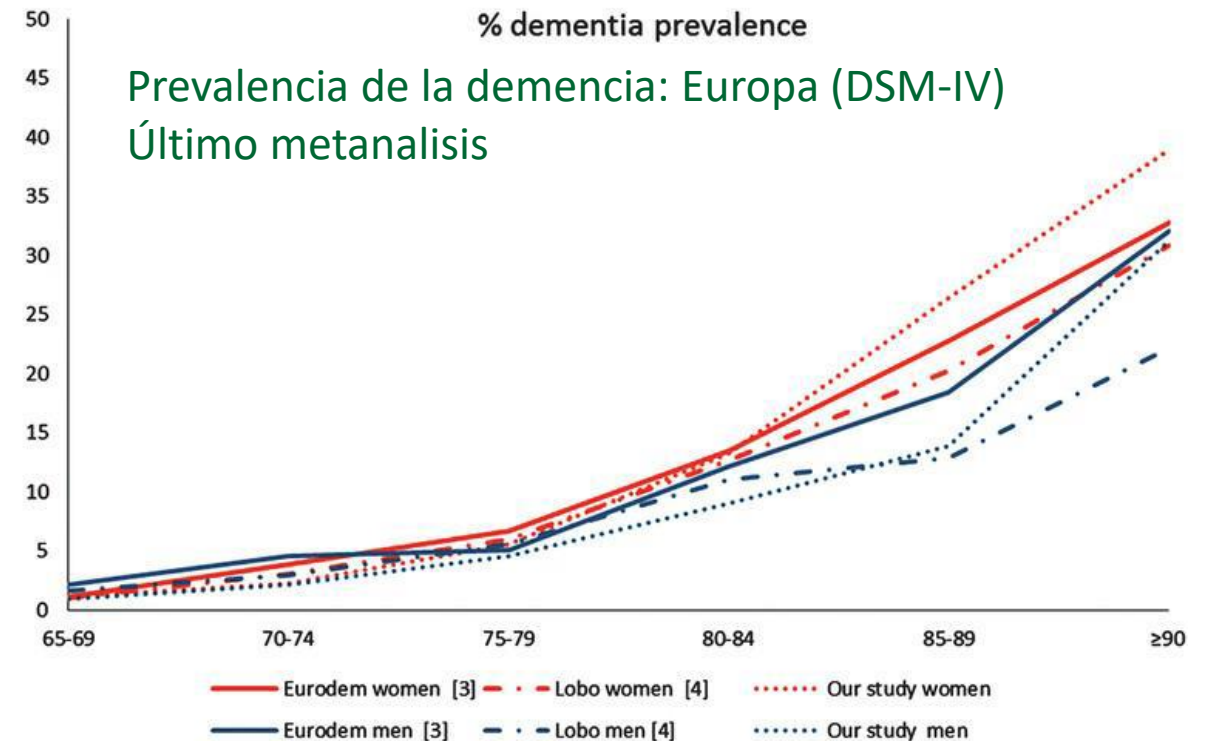
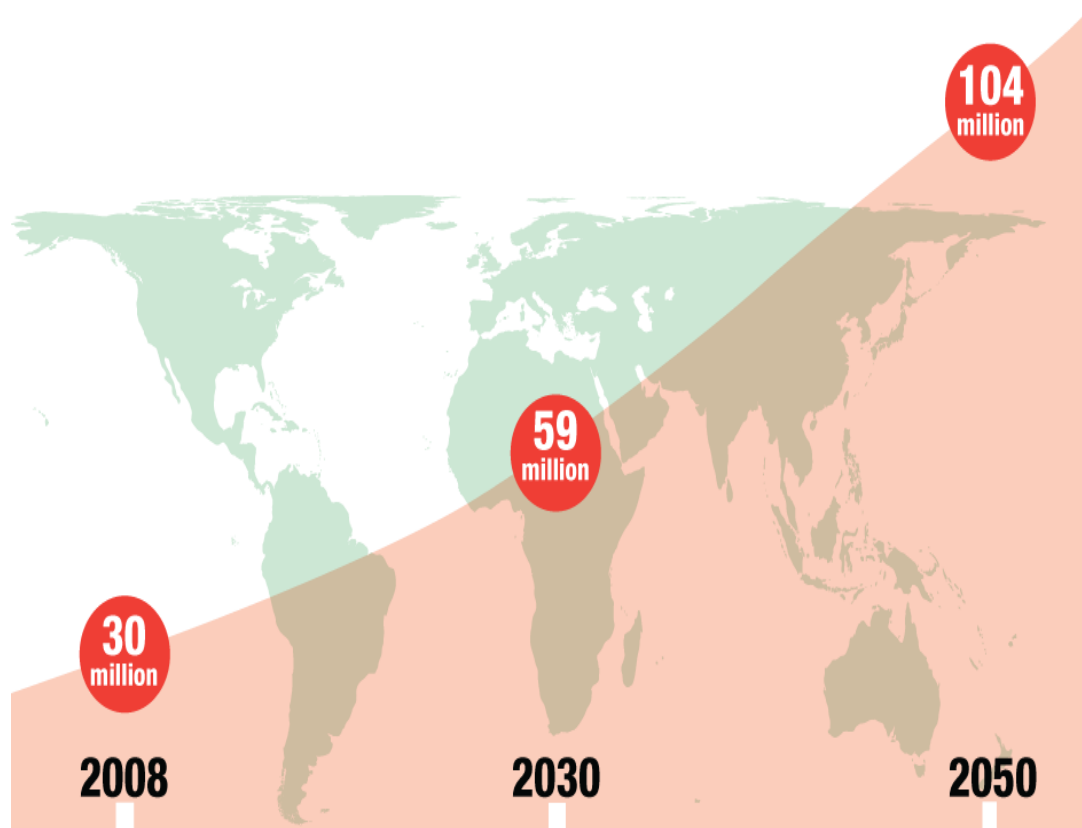
## Recomendaciones

- Los marcadores de riesgo claramente establecidos para la EA son la edad, el sexo y el haplotipo APOE.
- La hipertensión arterial en edad media de la vida, la hipercolesterolemia, la obesidad, el sedentarismo, el hábito tabáquico y la diabetes mellitus son factores de riesgo tanto para el desarrollo de demencia en general como para el desarrollo de demencia secundaria a la EA.
- El daño cerebral traumático aumenta el riesgo de desarrollar demencia por la EA, especialmente en sujetos de más de 65 años<sup>25</sup>.
- El diagnóstico de depresión de inicio precoz (antes de los 60 años) aumenta el riesgo tanto para el desarrollo de demencia en general como para el desarrollo de demencia secundaria a la EA.
- Se recomienda el tratamiento adecuado de los factores de riesgo modificables de la EA (hipertensión arterial en edad media de la vida, la hipercolesterolemia, la obesidad, el sedentarismo, el hábito tabáquico, la diabetes mellitus) como estrategia de prevención.

# Depresión y demencia

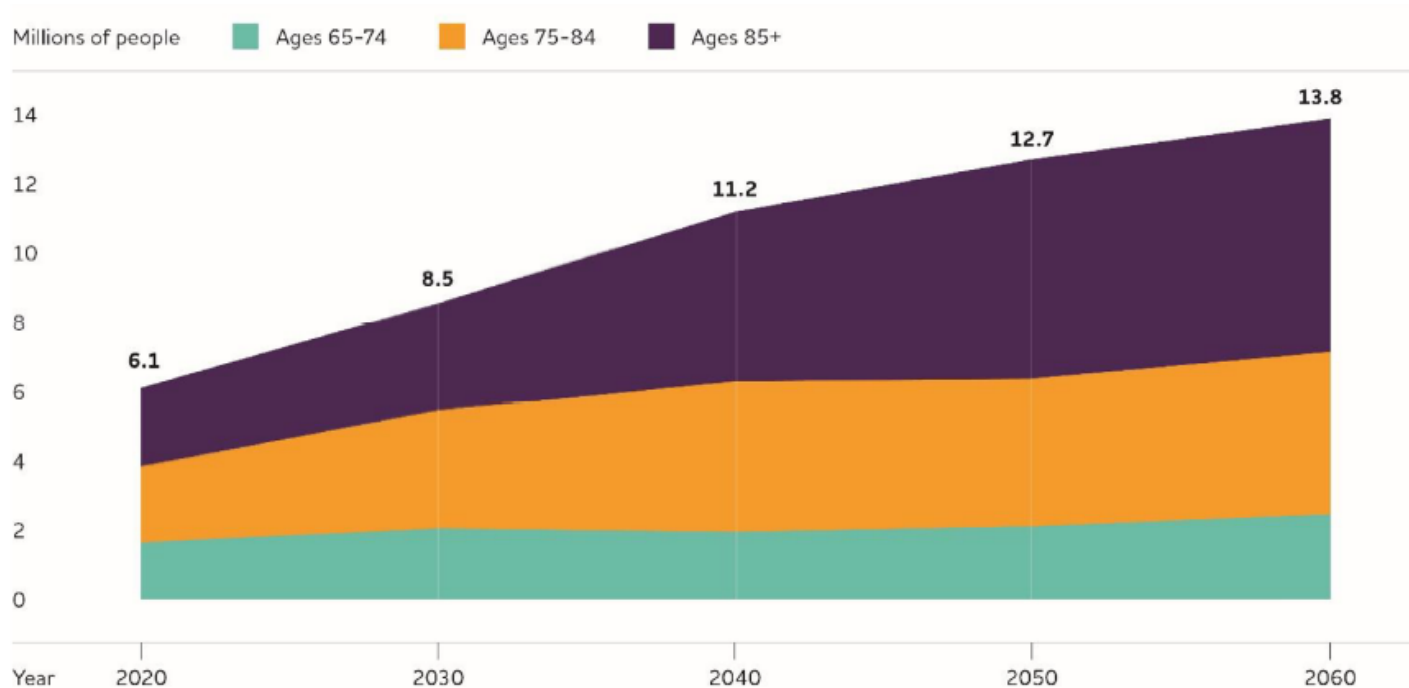
	<b>Depresión</b>	<b>Demencia</b>
<b>Alteración cognitiva</b>	Parcial, aguda, quejas frecuentes	Global, gradual, confabulación
<b>Síntomas afectivos</b>	Tristeza, culpa, anhedonia	Apatía, aplanamiento afectivo
<b>Variación circadiana</b>	Mejor al anochecer	Peor al anochecer
<b>Sueño</b>	Despertar precoz, insomnio o hipersomnia	Normal o alteraciones del ritmo
<b>Respuesta a antidepresivos</b>	Mejora	No hay respuesta o empeora
<b>Dominio cognitivo</b>	Disfunción ejecutiva	Memoria

# Incremento del nº de personas con demencia

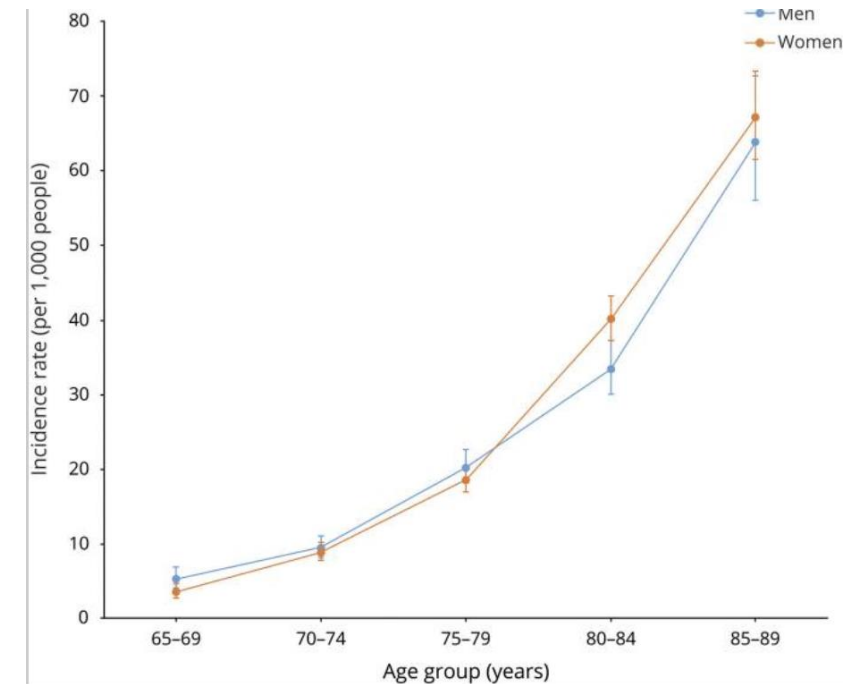


# Proyecciones

# Edad dependiente

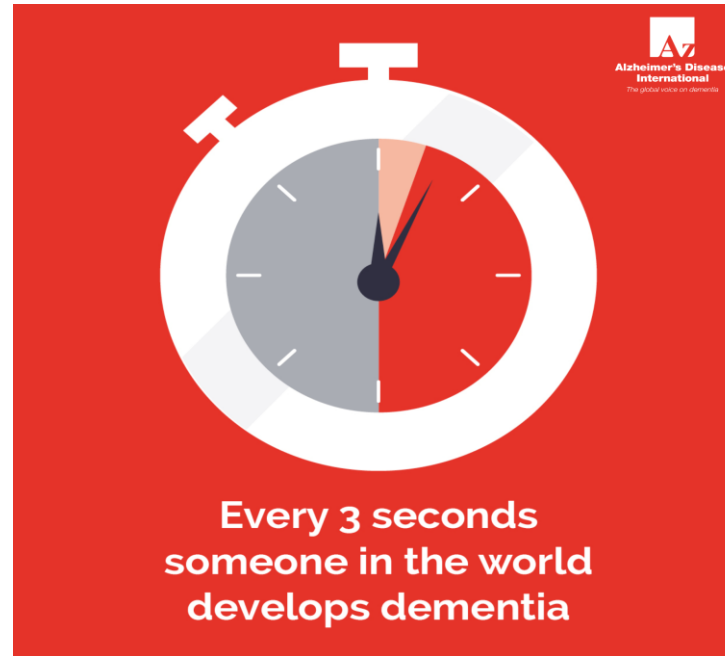
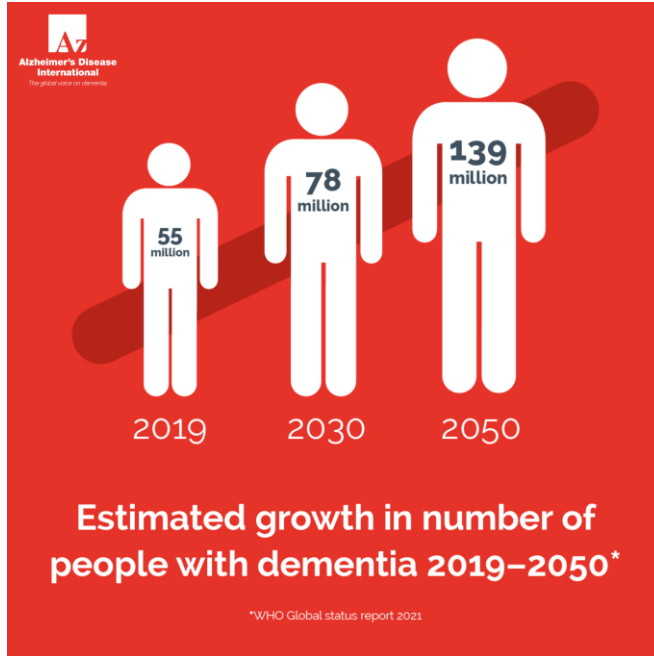


**FIGURE 5** Projected number of people age 65 and older (total and by age) in the U.S. population with Alzheimer's dementia, 2020 to 2060. Created from data from Rajan et al.<sup>A5,216</sup>



Wolters, F. J. et al Twenty-seven-year time trends in dementia incidence in Europe and the United States: The Alzheimer Cohorts Consortium. *Neurology*, 95(5), e519–e531.

# Impacto de la demencia

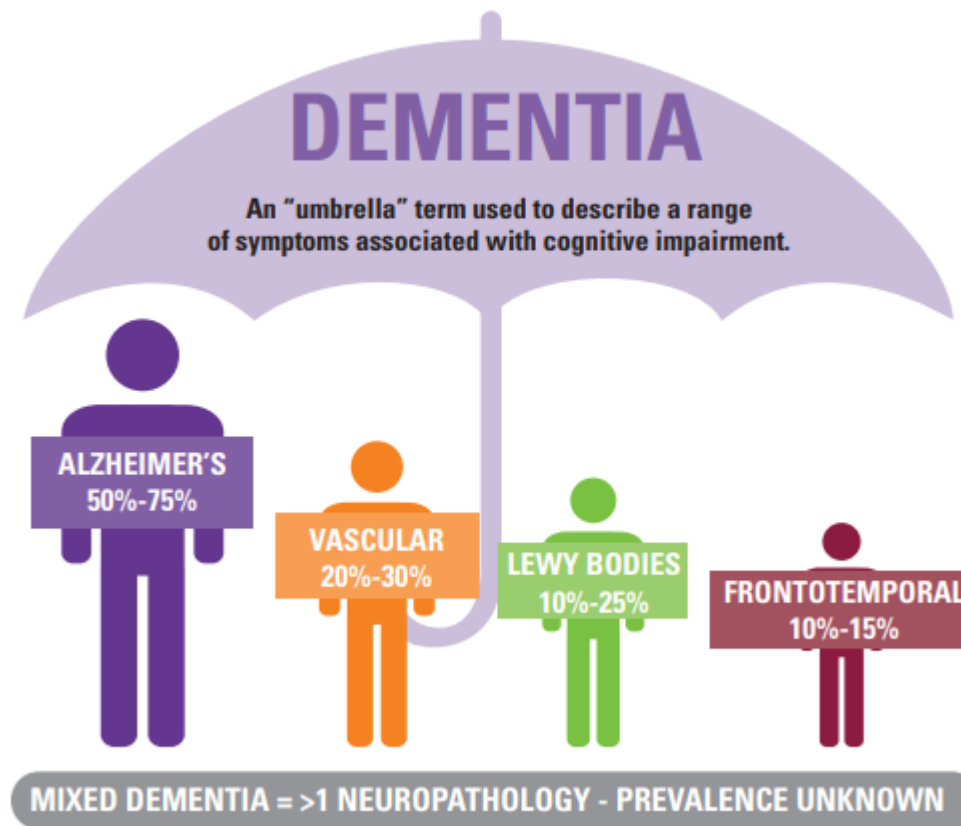


<https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/dementia-statistics/>



# Tipos de demencia

Figure 1. Common Forms of Dementia



---

De acuerdo con la definición de la OMS (World Health Organization, 2017. Global action plan on the public health response to dementia 2017- 2025),

“Demencia” es un término genérico para referirse a varias enfermedades, en su mayoría progresivas, que afectan a la memoria, a otras capacidades cognitivas y al comportamiento, y que interfieren notablemente en la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades cotidianas.

# Cambio de paradigma

A pesar de la **coexistencia de los síntomas psiquiátricos y cognitivos**, en la conceptualización de las demencia ha dominado el «paradigma cognitivo» -->

- el **déficit cognitivo** era el hecho **nuclear y diferencial** de las demencias
- la **sintomatología psiquiátrica**, un **satélite** de los síntomas cognitivos, más una complicación que una serie de manifestaciones consustanciales al proceso neurodegenerativo.



- La **sintomatología cognitiva** es más homogénea y estable, y puede ser explorada y categorizada de forma más mensurable y objetiva
- La **sintomatología psiquiátrica** es parte fundamental del proceso de neurodegeneración del cerebro →  
Síntomas **compatibles con la alteración de las estructuras** que alberga, implicadas no solo en las funciones cognitivas, sino también en la **regulación del humor** o del **sueño**, el **control de los impulsos** o de la **ingesta**, la **génesis de la ansiedad**, los sistemas motivacionales, las **percepciones** y la **búsqueda de sentido**.

# Diferencias entre los síntomas cognitivos y los síntomas psicológicos y conductuales

	Síntomas cognitivos	SPCD
Momento de aparición clínica significativa	En la fase de DCL, o trastorno neurocognitivo menor	Inicio variable
Síntomas característicos en las fases iniciales	Cada subtipo de demencia presenta síntomas cognitivos que lo diferencia del resto, pero con tendencia a la homogeneidad dentro de cada subtipo	No hay una clara especificidad por ningún subtipo concreto de demencia, (excepto: TCSR en las sinucleinopatías y las alucinaciones en la demencia con cuerpos de Lewy)
Relación entre los síntomas	Aparecen y progresan en estrecha relación con otros síntomas cognitivos	Clusters de síntomas que aparecen en combinación, El mismo síntoma puede aparecer en distintos clústeres
Curso de los síntomas	Progresión continua hasta la fase terminal	Pueden mantenerse, agravarse o desaparecer conforme progresa la demencia
Respuesta al tratamiento	No se eliminan. Puede mejorar o moderar su progresión	Puede eliminarlos o prevenirse su reaparición

---

# Definición

Conferencia de consenso de la International Psychogeriatric Association (IPA) 1996

*Síntomas Psicológicos y Conductuales (SPCD):*

“Síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o la conducta que a menudo presentan los pacientes con demencia ”

---

# Los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias

- Conjunto de **síntomas y signos no cognitivos** que pueden aparecer en personas con demencia

## Síntomas Psicológicos

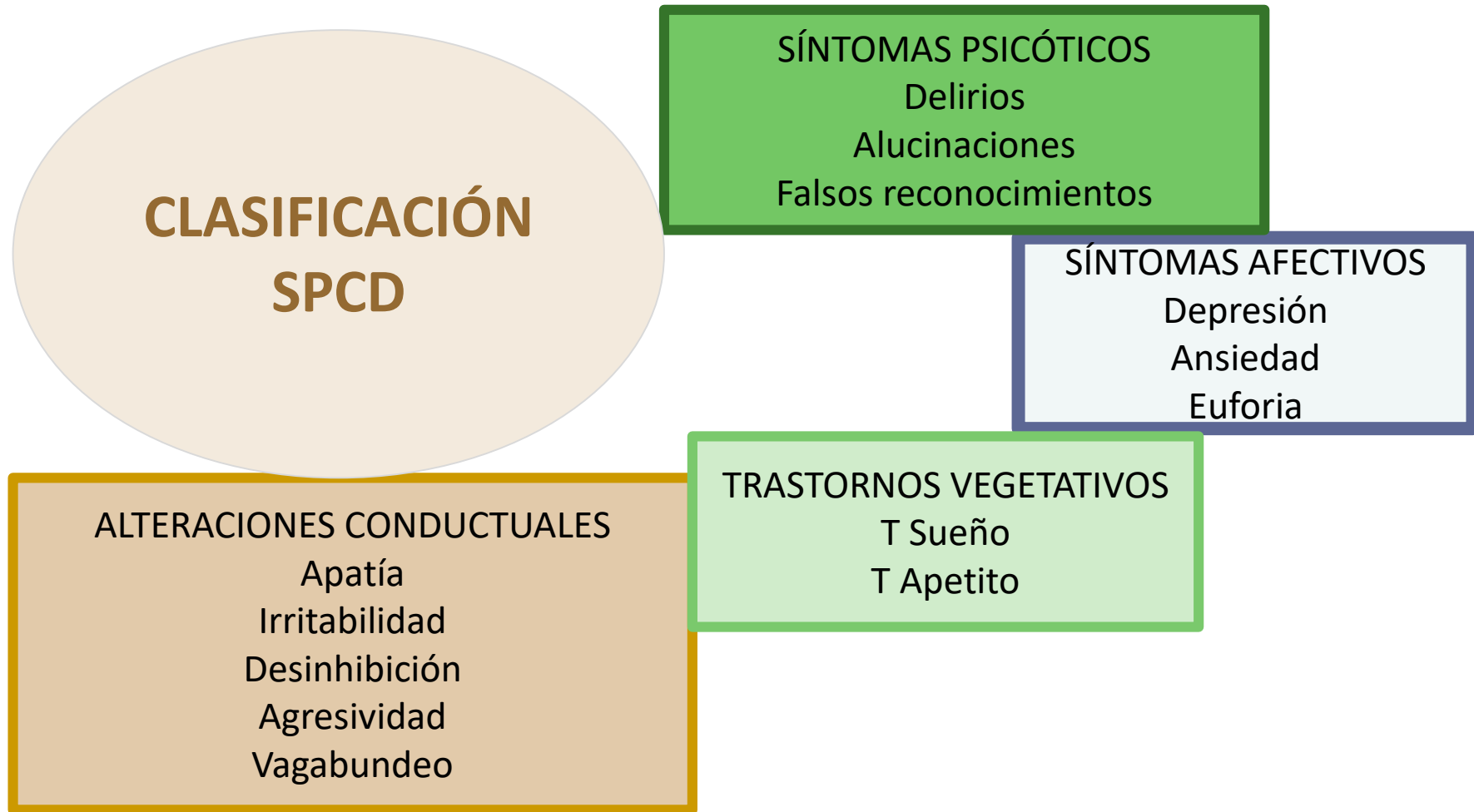
- Complejos y más elaborados
  - Delirios
  - Alucinaciones
  - Depresión
  - Apatía
  - Ansiedad
  - Falsos reconocimientos
  - Cambios de personalidad

## Síntomas Conductuales

- Análisis más sencillos
  - Deambulacion errática
  - Inquietud, agitación psicomotriz
  - Reacciones catastróficas
  - Quejas
  - Desinhibición
  - Intrusividad
  - Negativismo
  - T sexuales

# Repercusión

- El 80% de los pacientes con demencia presenta, en algún momento de su evolución, este tipo de síntomas.
- Afecta a la **calidad de vida** del paciente y el cuidador.
- **Fuente de estrés.** Agotamiento y carga emocional del cuidador.
- Ingreso precoz en **residencias**.
- **Deterioro cognitivo más rápido.**
- Aumentan los **costes** globales de la demencia.
- Aumentan la **incapacidad funcional**.
- **Inducen la utilización de fármacos**, a veces de manera inapropiada, que, a su vez, pueden contribuir al deterioro funcional, al producir efectos secundarios no deseables.



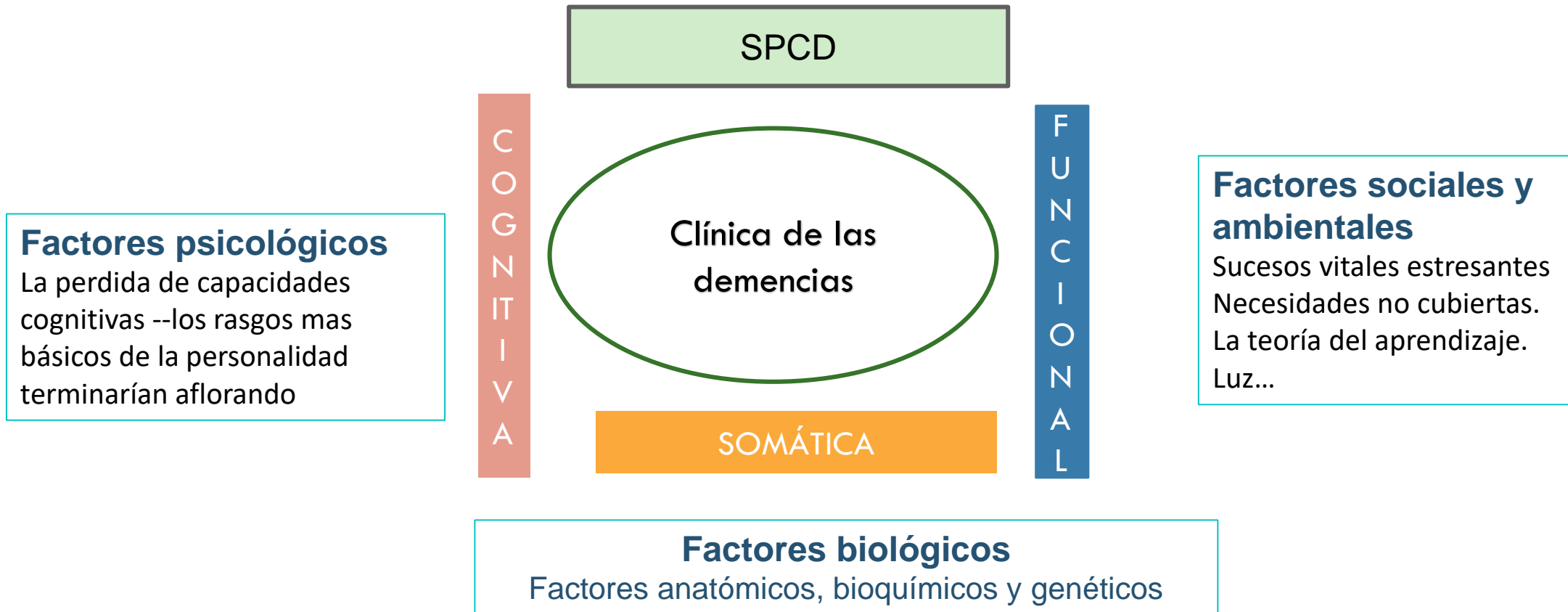


- **Más del 90%** de las personas con demencia experimentarán SPCD como parte de su enfermedad

	AD	MCI	FTD	PD	PSP	CBD	HD	DLB
Delirio	X			X			X	X
Alucinaciones	X			X				X
Depresión	X	X		X		X	X	X
Ansiedad	X			X				X
Apatía	X	X	X		X		X	
Irritabilidad	X		X				X	
Alteraciones del sueño	X			X				X
Desinhibición			X		X		X	X
Agitación	X						X	
Conducta motora aberrante	X		X				X	
Alteraciones alimentarios			X				X	

Cummings J. The Neuropsychiatric Inventory: Development and Applications. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2020;33(2):73-84.

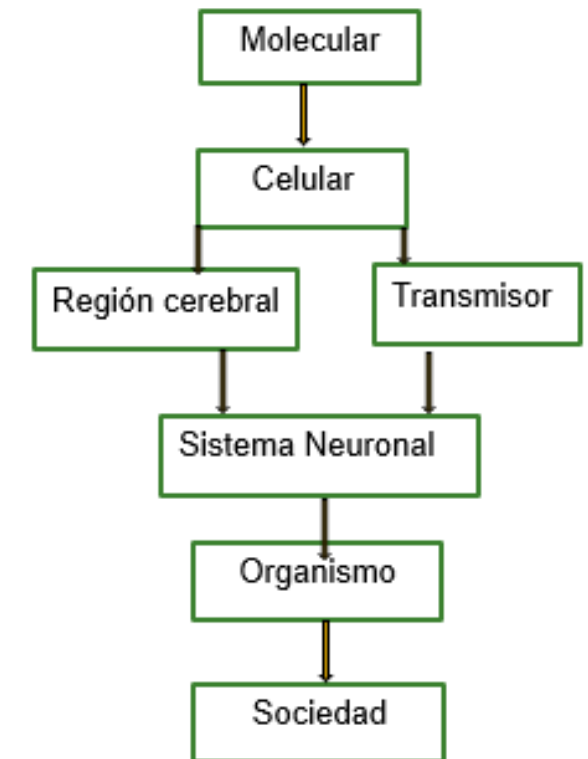
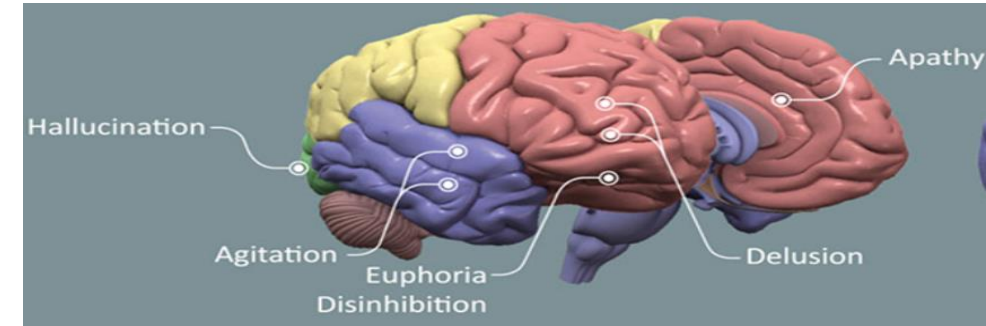
# Etiopatogenia. Modelo bio-psico-social



# Cambios neuropatológicos

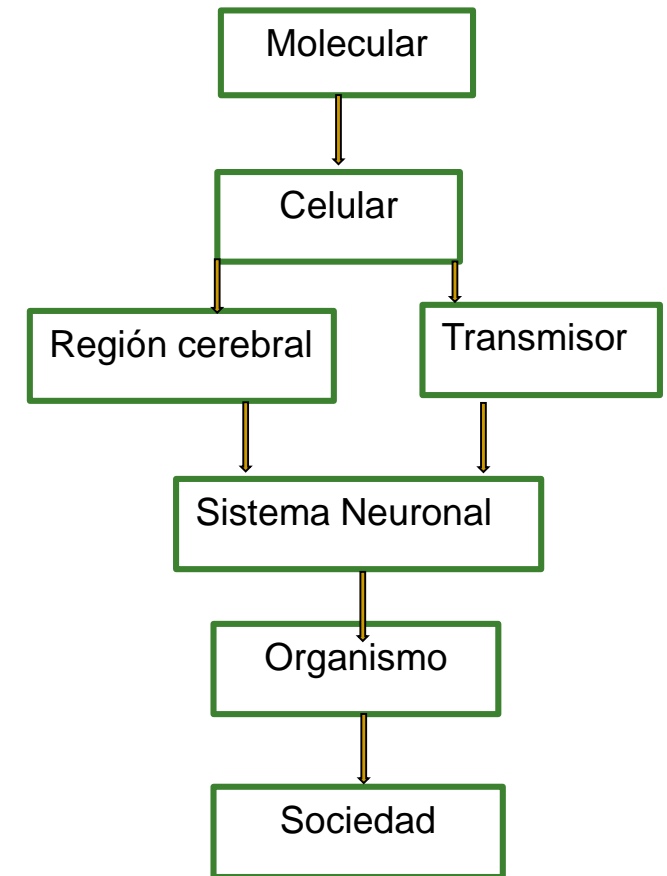
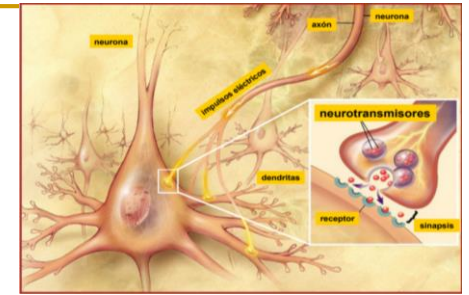
Se pueden establecer algunas asociaciones entre alteraciones neuropatológicas regionales y los SCPD

- **Síntomas psicóticos** → asocian con pérdida neuronal en la circunvolución parahipocámpica, la región CA1 del hipocampo, el núcleo dorsal del rafe y el locus ceruleus.
- **Alucinaciones** → mayor reducción en la circonvolución parahipocámpica.
- **Errores de identificación** → pérdida neuronal era más intensa en la región CA1 del hipocampo.
- **Ideas delirantes y alucinaciones** → mayor presencia de placas senil es en presubiculum , ovillos corticales, frontales y parietales y ovillos occipitales.
- **Agitación - desinhibición** → metabolismo cortical, frontal y temporal
- **Psicosis** → metabolismo frontal.
- **Ansiedad/ depresión** → metabolismo cortical parietal.

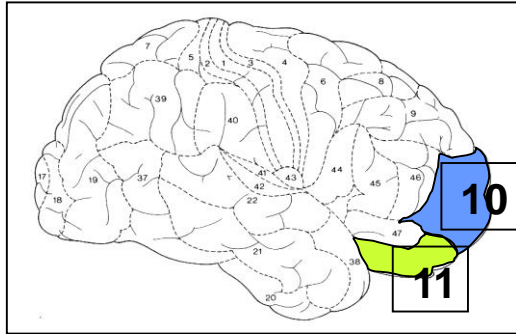


# Defectos neurotransmisión

- **Acetilcolinérgica** → Trastorno cognitivo, confusión y delirio, alteraciones mnésicas.
- **Dopaminérgica** →
  - Manía, delirio, alteraciones sensorio-perceptivas
  - Acinesia, bradicinesia, bradifenia, enlentecimiento psicomotor
- **Noradrenérgica** → Depresión mayor
- **Serotoninérgica** → Depresión, ansiedad, agitación, inquietud, agresividad, falta control de impulsos
- **Disminución Glutaminérgica** → Síntomas positivos.
- **El aumento de la concentración hipotalámica de diversos neuropéptidos** como la vasopresina, somatostatina, sustancia P, neuropéptido Y, factor liberador de corticotropina → agitación, inquietud y las alteraciones del sueño y de los ritmos circadianos.



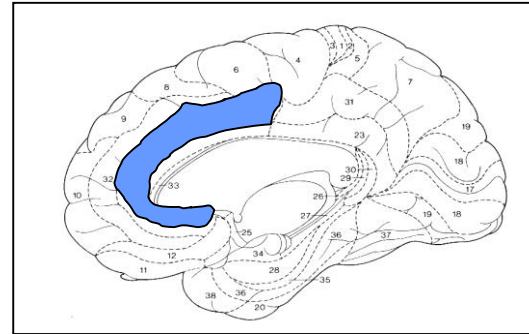
## Circuito orbitofrontal



**Pérdida de juicio y tacto social**  
**Jocosidad**  
**Alteración de la conducta sexual**  
**Crisis de ira**  
**Inatención / distraibilidad**  
**Incremento de actividad motora**

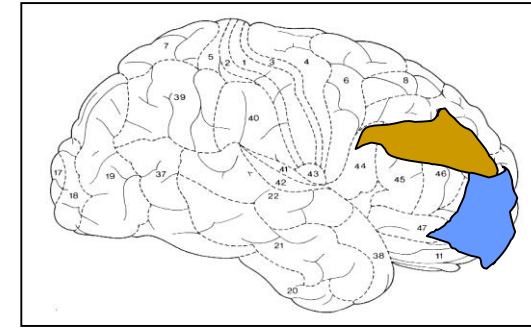
**Desinhibición**  
**Conducta impulsiva**  
**Cond. imitación-utilización**  
**Labilidad emocional**  
**Pérdida del insight**  
**Cond. sociales inadecuadas**

## Circuito cingular



**Acinesia**  
**Mutismo**  
**Mutismo acinético**  
**Aprosodia**  
**Falta de espontaneidad**  
**Apatía**

## Circuito dorsolateral



**Dificultad en la focalización y de la atención**  
**Limitación en la generación de hipótesis**  
**Mantener o cambiar una tarea**  
**Reducción de fluencia verbal / diseños**  
**Alteración de búsqueda en la memoria**  
**Organización de la estrategia de aprendizaje/copia**

**Apatía**  
**Indiferencia**  
**Atención lábil**  
**Perseveración**  
**Impersistencia**

# SPCD – Delirium

	SÍNDROME CONFUSIONAL	SPCD
<b>Inicio y curso</b>	<b>Agudo o subagudo</b> , curso fluctuante, sin remisión espontánea	<b>Progresivo</b> , generalmente de larga evolución (meses), puede ser esporádico e intermitente
<b>Atención</b>	<b>Dispersa</b> , hiperalerta o con pérdida de respuestas, cambiante	<b>Relativamente estable</b> , con posibles patrones horarios (por ejemplo, agitación vespertina)
<b>Conducta</b>	Imprededible	Relativamente predecible
<b>Signos físicos</b>	<b>Taquicardia, temblor, sudoración, cambios de color y temperatura</b>	<b>Ausentes</b>
<b>Causa y manejo</b>	Modelo médico, manejo urgente	Modelo biopsicosocial

# Apatía

- **Reducción cuantitativa de la actividad dirigida a metas** en comparación con el nivel previo de funcionamiento, estableciendo **tres dimensiones** en la apatía (**conductual/cognitiva, emocional y en la interacción social**), debiendo existir una disfunción identificable en al menos **dos de las tres** dimensiones al menos durante **4 semanas** (Nuevos criterios 2018)
- Uno de los síntomas más frecuentes
- Difícil caracterización
- La apatía puede tener origen yatrogénico por psicofármacos, y puede desaparecer si se elimina el agente causal.
- Su control mejora la calidad de vida

# Apatía. Diagnóstico diferencial

- El síndrome apático es diferente de la depresión

## **SÍNTOMAS DEPRESIVOS**

- Anhedonia
- Tristeza
- Ideación suicida
- Autocrítica
- Pesimismo
- Sentido de culpabilidad
- Desesperanza

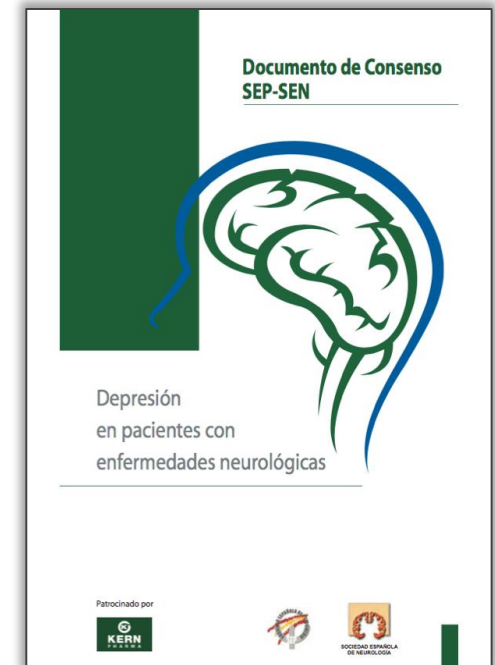
## **SÍNTOMAS APÁTICOS**

- Pérdida de motivación
- Falta de iniciativa
- Descenso de sociabilidad
- Indiferencia emocional



# Depresión y demencia

- La depresión **precede** a diferentes enfermedades neurodegenerativas (E de Alzheimer, Parkinson...)
- La depresión es un **síntoma muy común** en la demencia
- Afecta aproximadamente al 50% de los pacientes en algún momento de la enfermedad, variable según los criterios utilizados
- Los pacientes **con antecedentes depresivos** tienen más frecuencia de depresión tras el comienzo del déficit cognitivo
- Más frecuente en estadios leves o moderados
- La comorbilidad de **depresión y EA**
  - **Disminuyen la calidad** de vida y se asocian a un mayor deterioro de las AVD
  - Aumentan la mortalidad, sobrecarga al cuidador y costes de atención



# Criterios depresión en demencia DTA

## A. Al menos 3 de los siguientes:

1. Humor deprimido clínicamente significativo\*
2. Afecto o placer positivo disminuido en respuesta al contacto social o a las actividades cotidianas
3. Aislamiento o retirada social
4. Disrupción en apetito
5. Disrupción en sueño
6. Cambios psicomotores\*\*
7. Irritabilidad
8. Fatiga o pérdida de energía
9. Sentimientos de inutilidad, desesperanza o culpa
10. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

\* Síntomas presentes al menos 2 semanas, que afectan al funcionamiento del paciente, y, al menos, uno es: 1. Humor depresivo o 2. Afecto o placer positivo disminuido.

\*\* No se incluirán síntomas relacionados claramente con otra enfermedad médica o que sean claramente síntomas no afectivos de la demencia (por ejemplo, pérdida de peso por dificultades en la ingesta).

---

## B. Se reúnen todos los criterios para el diagnóstico de DTA

---

## C. Los síntomas causan un distrés o una disrupción clínicamente significativa en el funcionamiento

---

## D. Los síntomas no ocurren exclusivamente en el curso de un *delirium*

---

## E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia

---

## F. Los síntomas no se deben a otros diagnósticos psiquiátricos mayores en el eje I

---

# Agitación y agresividad

- **Síndrome heterogéneo** en su fenomenología y en sus causas.
- Agitación consiste en un estado de **exaltación** motora (inquietud, gesticulación, deambulación etc..) compuesto de movimientos automáticos e intencionales pero que en general carecen de objetivo
- Se acompaña de tensión interna, que puede manifestarse verbalmente o llegar a la agresión
- Las conductas incluidas bajo la denominación de agitación abarcan comportamientos tan diversos como pegar, deambular, dar una patada, quejarse o gritar.
- Se producen hasta en **el 67%** de pacientes con EA
- Máxima frecuencia en estadios **moderadamente avanzados** (GDS 6)
- Más frecuente en institucionalizados
- Con frecuencia se asocia a **psicosis**

# Subtipos agitación

Cohen-Mansfield divide estas alteraciones conductuales en agresivas y no agresivas que, a su vez, pueden serlo en el plano físico y verbal.

<b><i>Conductas físicamente no agresivas</i></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Inquietud general</li><li>• Gesticulación repentina</li><li>• Caminar constante</li><li>• Ocular o Manejo inapropiado de objetos</li><li>• (des) Vestirse de forma inapropiada</li></ul>	<b><i>Conductas verbalmente no agresivas</i></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Negativismo</li><li>• Constantes peticiones de información</li><li>• Jactancia verbal</li><li>• Quejas o gemidos</li><li>• Interrupciones</li><li>• Frases reiterativas</li></ul>
<b><i>Conductas físicamente agresivas</i></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Golpear, empujar</li><li>• Rascarse</li><li>• Agarrar objetos o personas</li><li>• Patear o morder</li></ul>	<b><i>Conductas verbalmente agresivas</i></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Chillidos</li><li>• Lenguaje malsonante, palabrotas</li><li>• Estallidos temperamentales</li><li>• Emisión de ruidos extraños</li></ul>

Cohen-Mansfield, J., & Billig, N. (1986). Agitated behaviors in the elderly. I. A conceptual review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34(10), 711–721.

# Agitación y agresividad

- Diagnostico diferencial con el Sdr confusional agudo y las crisis parciales complejas
- **Siempre descartar causas identificables o potencialmente reversibles que hayan podido provocar el estado el estado de agitación:**
  - Dolor, infecciones, retención urinaria, estreñimiento, efectos secundarios F
  - Cambio de domicilio o entorno
  - Situaciones “problema”: vestido, baño, comida, paseo
- **Consecuencias**
  - Generan mayor carga en el cuidador,
  - Daño físico para el paciente, cuidador, entorno
  - Factor de riesgo para sufrir caídas
  - Influye negativamente en la progresión de la demencia
  - Precisan tratamiento farmacológico
  - Puede desembocar en institucionalización

---

# Deshinbición

## **Comportamiento impulsivo e inapropiado**

Distraibilidad

Inestabilidad emocional

Escasa capacidad de juicio

Desajuste en el comportamiento social

## **Se asocia a otros SCPD**

Euforia

Deshinibición sexual

Agitación y agresión

Impulsividad

Conducta motora anómala

¿Actúa de manera impulsiva, sin que parezca considerar las consecuencias?

¿Habla con perfectos desconocidos como si los conociera?

¿Dice cosas a la gente que expresan falta de sensibilidad o hieren sus sentimientos?

¿Dice cosas vulgares o hace comentarios sexuales que por lo general no hubiera hecho?

¿Habla abiertamente sobre asuntos muy personales o privados que no se tratan en público?

¿Se toma libertades, toca o abraza a los demás de un modo que no corresponde con su carácter?

¿Muestra algún otro signo de pérdida de control de sus impulsos?

---

# Psicosis

- **Alteración del juicio de la realidad**, con incapacidad de distinguir la realidad de la fantasía lo que lleva a crear una realidad nueva.
- Engloba síntomas que pueden asociarse a enfermedades psiquiátricas, neurológicas o secundarias a problemas médicos o fármacos
- Tres síntomas claves:
  1. **Ideas delirantes**
  2. **Identificaciones erróneas delirantes**
  3. **Alucinaciones**

# Delirios

- 73-80% en el curso de la enfermedad. La frecuencia aumenta al progresar la demencia
- **Simples y mal elaboradas**, (contrasta con los delirios de otros T psiquiátricos)
- Suele conllevar **repercusión emocional** Se mantiene en contra de toda evidencia
- Frecuentemente: **convicciones delirantes de robo o de ruina**.
- Con menos frecuencia: **delirios de referencia** -en los que el paciente tiene la falsa creencia de que hablan de él, generalmente a raíz de una identificación errónea (por ejemplo, al ver la televisión)- **y de abandono**.
- Más raros: delirios de grandeza, los somáticos o los de control.
- **Predictores de agresividad física**.
- **Suelen acompañarse de vociferación, conductas de vagabundeo e inquietud psicomotriz**.



# Alucinaciones

- Las más comunes son **las visuales** y, en segundo lugar, las auditivas
- Suelen aparecer cuando la demencia es **moderada**
- Curso **fluctuante**
- La más frecuente es ver en el domicilio a personas que no están presentes. A veces relación con defectos de la percepción visual o del reconocimiento visual.
- Otros tipos, como las táctiles u olfatorias, son muy raras
- Las alucinaciones pueden tener calidades diferentes, siendo algunas de ellas **placenteras** y otras **terroríficas**, lo que es importante a la hora de plantearse la necesidad de tratamiento.
- La frecuencia y tipo de alucinaciones es **diferente según el tipo de demencia**: son más frecuentes en la Demencia por Cuerpos de Lewy, seguida de la Vascular y en la Enfermedad de Alzheimer.
- **Se tratan solo si la repercusión es manifiesta**

# Otros

## **TRASTORNOS DEL SUEÑO**

- Muy prevalente
- Síntoma precoz: desestructuración del ritmo vigilia-sueño - > insomnio
- Hipersomnolencia
- TCSREM

## **TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN**

- Hiperoralidad y conducta alimentaria inadecuada (dulces e hipercalóricos)

## **ANSIEDAD E IRRITABILIDAD**

## **CONDUCTA MOTORA ANÓMALA**

- Acatisia / agitación
- Actividad motora frenética semipropositiva

## **MANÍA Y EUFORIA**

- Poco frecuentes

## **TRASTORNOS DE LA ESFERA SEXUAL**

- Hipersexualidad
- Asociado a desinhibición

# Diagnostico de SPCD

- Entrevista y exploración al **paciente**
- Entrevista a los cuidadores **familiares o profesionales**
- Profundizar en la evaluación de los SPCD con preguntas sobre **acciones concretas** (p. ej., si el paciente pega o araña).
- Valorar el **curso temporal** de los síntomas. Por ej, contexto en el que se producen, si mejoran o empeoran con el tiempo, cambios en cuanto a su frecuencia y su gravedad.
- Evaluar de los SPCD **más frecuentes**. Es posible que el motivo de consulta solo sea por los más disruptivos.
- **Explorar los síntomas que no se suelen manifestar con conductas disruptivas**, porque pueden pasar desapercibido, por ejemplo, un cuadro depresivo o un síndrome apático.

## Instrumentos de evaluación de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias

### ■ Instrumentos generales

- ❑ ***Neuropsychiatric Inventory*** (NPI): existe una versión para el ámbito residencial (NPI-NH) y una versión actualizada más extensa que recoge el punto de vista del clínico (NPI-C).
- ❑ *Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination* (CAMDEX)
- ❑ Escala de Blessed
- ❑ *Alzheimer's Disease Assessment Scale*, subescala no cognitiva (ADAS no-COG)
- ❑ *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS)
- ❑ Behave-AD
- ❑ Protocolo CERAD (*Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease*)

### ■ Instrumentos por síntomas específicos

- ❑ *Cohen-Mansfield Agitation Inventory* (CMAI): agitación
- ❑ *The Rating Scale for Aggressive Behaviours in the Elderly* (RAGE): agresividad
- ❑ *Cornell Scale for Depression in Dementia* (CSSD): depresión en demencia
- ❑ APADEM-NH: apatía en demencia, ámbito residencial
- ❑ Inventario de apatía
- ❑ *Frontal Behavioural Inventory* (FBI): demencias frontales

### Describir y medir

- Que comportamiento?. Cuando? Que? Como? Severidad?
- T depresivo? Alteración emocional? Insomnio?
- Seguridad? En que contexto?
- Factores desencadenantes?
- Dinámica familiar?

### Analizar

- Puede explicar los SPCD?
- Que puede obtener del paciente?
- Factores etiopatogénicos?
- Comorbilidad?

### Tratamiento

- Abordar factores modificables.
- Explicar a los cuidadores los factores no modificables.
- Soporte al cuidador
- Confort al paciente
- Intervenciones no farmacológicas
- Tto del dolor
- Tto farmacológico

### Evaluar

- Eficacia
- Calidad del sueño. Calidad de vida
- Stress del cuidador
- Consecuencias. Efectos

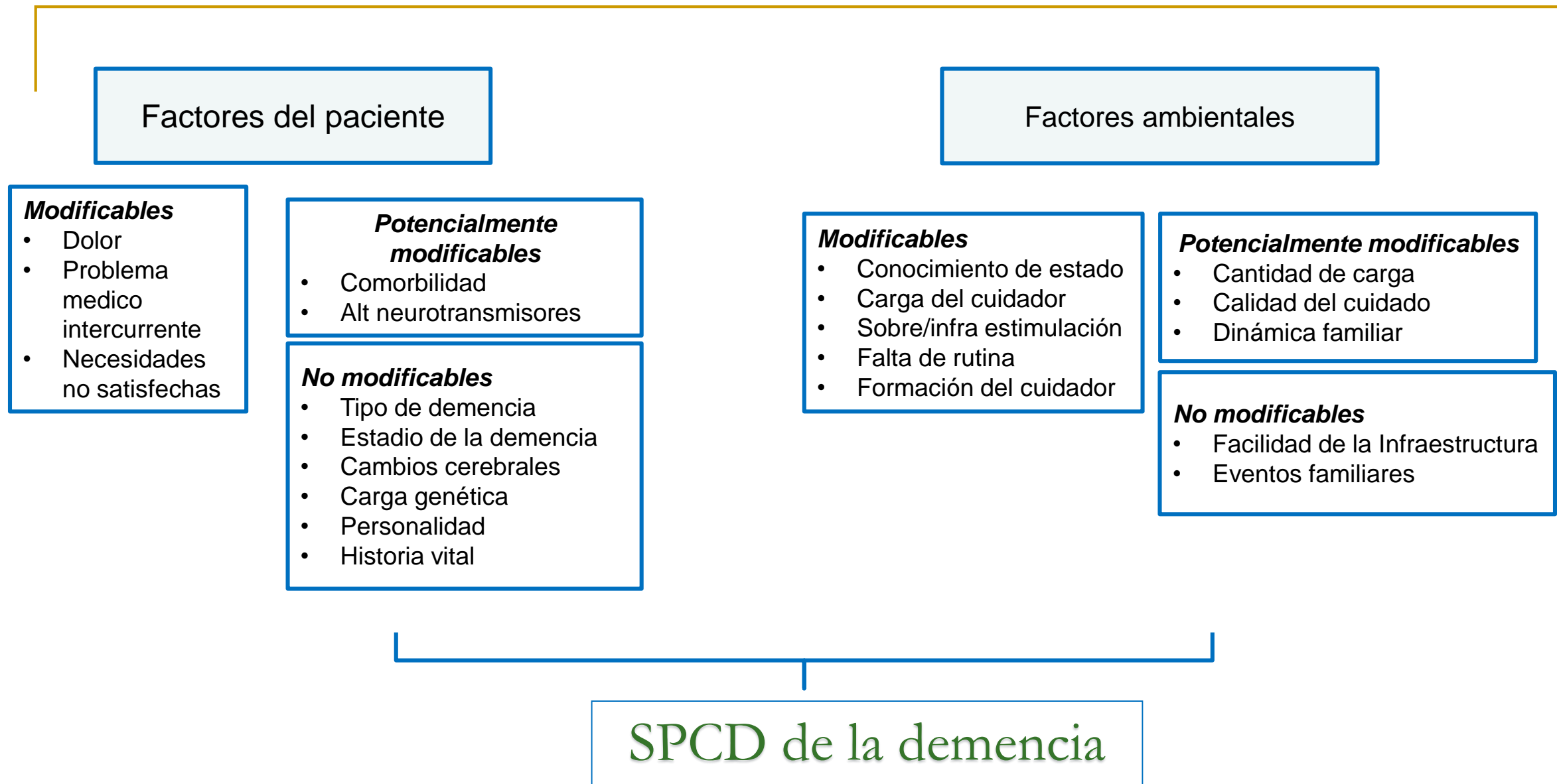
Tible, O. P., Riese, F., Savaskan, E., & von Gunten, A. (2017). **Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia.**

*Therapeutic advances in neurological disorders*, 10(8), 297–309.

<https://doi.org/10.1177/1756285617712979>

# Tratamiento de los SPCD

- Se debe avanzar desde su **tratamiento sintomático hasta tratamientos etiológicos** de sus diferentes causas para incrementar la efectividad terapéutica.
- Dados los riesgos inherentes al tratamiento farmacológico, se debe procurar aplicar, en primer lugar, **terapias no farmacológicas**, de forma que los **fármacos serán una segunda opción** ante el fracaso de aquellas.
- SPCD aparecen como **resultado de una interacción compleja** de factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que actúan sobre un organismo biológicamente predispuesto

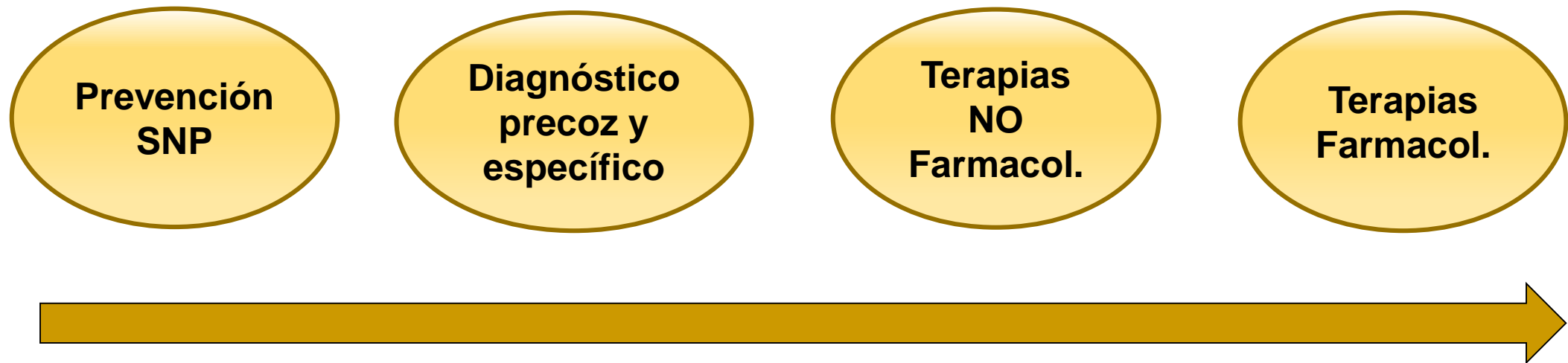


# Tratamiento de los SPCD

- Tener en cuenta:
  - ❑ **No hay algoritmos** terapéuticos de acuerdos **unánimes**
  - ❑ Los sujetos con demencia son más **susceptibles a los efectos adversos** centrales.
  - ❑ Si se tiene en cuenta que la **tasa global de respuesta de los SPCD**, excluida la depresión, **es modesta** (no llega al 50%), la utilización de psicofármacos debe de reservarse para situaciones graves, empleando siempre las intervenciones no farmacológicas para los casos leves o moderados, y como coadyuvantes en los graves.
  - ❑ Es muy frecuente la **polifarmacia**, lo que aumenta la posibilidad de interacciones.
  - ❑ **Los síntomas son fluctuante** → Esto implica que se debe de intentar retirar el fármaco a las 4-6 semanas de su utilización, para volver a reintroducirlo en el momento de la recidiva.



# ¿Cómo nos enfrentamos a ellos?



# Tratamiento no farmacológico

**Tabla III.** Terapias no farmacológicas (TNF) que mejoran los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) o el bienestar del cuidador <sup>a</sup>.

	Aspectos esenciales	Formato	Pacientes	Beneficios (área y tamaño de efecto)
Estimulación cognitiva grupal	Implicación en actividades verbales (orientación, recuerdo, asociaciones, etc.) y de otro tipo con el fin de promover el funcionamiento cognitivo y social	30-60 min, 3-5/semana, 4-11 semanas	GDS 5-6, con SPCD, en residencia u hospital de larga estancia	SPCD: 0,61 (0,09-1,12)
		30-45 min, 2-3/semana, 8-10 semanas	GDS 4-6, en residencia o centro de día	Bienestar psicológico del cuidador: 0,9 (0,01-1,79)
Estimulación cognitiva grupal enriquecida	Estimulación cognitiva más alguna otra técnica (reminiscencia, relajación, apoyo, etc.)	90 min, 1-2/semana, 10-52 semanas	GDS 3-5, no institucionalizados	SPCD: 0,6 (0,18-1,03)
Intervención conductual	Análisis y modificación de los antecedentes y consecuencias de la conducta (evitar desencadenantes, refuerzo positivo, etc.)	Sesiones individuales o grupales con el cuidador familiar o profesional, a veces junto al paciente, 30 min-medio día, 1/semana-1/mes	GDS 4-6, que presentan SPCD, no institucionalizados	SPCD: 0,57 (0,21-0,92)
Entrenamiento del cuidador profesional en el manejo general de la persona con demencia	Educación de auxiliares y resto de personal directamente implicado en los cuidados acerca de la demencia, experiencias de las personas con demencia, habilidades de comunicación y manejo conductual	Talleres grupales seguidos de sesiones individuales, 30 min-medio día, 3/mes, 8 semanas-3 meses	GDS 4-7 con SPCD en residencia o vivienda tutelada	SPCD: 0,22 (0,02-0,43)
Educación del cuidador (afrontamiento, sesiones individuales)	Valoración individualizada, información, solución de problemas, reestructuración cognitiva y apoyo emocional, para aliviar el estrés del cuidador	Sesiones habitualmente en el domicilio, 45-90 min, a veces con seguimiento telefónico 1/semana-1/3 mes, 6 semanas-24 meses	GDS 4-6, no institucionalizados	Estado de ánimo del cuidador: 0,27 (0,03-0,51)

GDS: escala de deterioro global [31]. <sup>a</sup> Con grado B de recomendación; modificada a partir de [30].

# Tratamiento Farmacológico

- Descripción del síntoma
- Buscar posibles causas subyacentes:
  - Enfermedad de base
  - Personalidad premórbida
  - Problemas médicos intercurrentes
  - Situaciones ambientales
- Definir el grado de severidad el síntoma y el grado de sobrecarga que provoca en el ambiente

- Antidepresivos
- Benzodiazepinas
- Neurolépticos
- Antiepilépticos
- IACE y memantina
- Otros fármacos

## PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

1. Valorar inicio tratamiento con IACE /memantina

2. Valorar riesgo / beneficio y REEVALUAR

3. Tratamiento personalizado: comorbilidad, efectos adversos y tratamientos concomitantes

# IACE y Memantina

- Útiles en tratamiento y retraso de aparición de SPCD
- Ensayar tratamiento con IACE en EA leve-moderada
- Su uso podría disminuir la necesidad de antipsicóticos
- **IACE**
  - Mejora apatía, ansiedad, alucinaciones e hiperactividad motora
- **Memantina**
  - Mejoría de agitación y agresividad

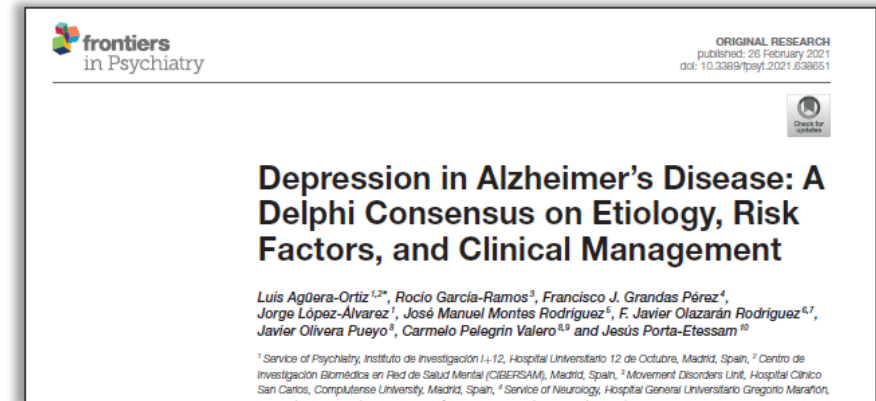
# Antidepresivos

- Depresión, ansiedad, impulsividad o actividad sexual inapropiada
- Pueden ayudar a controlar **otros SPCD**: irritabilidad, ansiedad, insomnio
- Evitar fármacos con actividad anticolinérgica



**HAY CONSENSO EN:**  
... afirmar que:

- Los fármacos antidepresivos son eficaces para el tratamiento de la depresión en la demencia.
- Las terapias psicológicas son eficaces en el tratamiento de la depresión en la demencia.



Existe unanimidad en considerar que los antidepresivos de referencia en Enfermedad de Alzheimer son los que mejoran la función cognitiva en la depresión geriátrica, destacando duloxetina, tianeptina y vortioxetina por su perfil de eficacia y seguridad

## RECOMENDACIONES EN LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN BASE A LA SEGURIDAD DEL ANTIDEPRESIVO PARA SITUACIONES DE COMORBILIDADES MÉDICAS.

	RECOMENDADO	OPCIÓN RAZONABLE		A EVITAR
20. Deterioro cognitivo, demencia, Enfermedad de Alzheimer		Desvenlafaxina Venlafaxina Duloxetina Sertralina Citalopram/ Escitalopram	Bupropion Agomelatina Vortioxetina Mirtazapina	Nortriptilina
1. Cardiopatía isquémica/ infarto	Sertralina Agomelatina	Desvenlafaxina Venlafaxina Fluvoxamina	Vortioxetina Mirtazapina	Citalopram/Escitalopram Reboxetina Nortriptilina
2. Arritmias	Sertralina Agomelatina	Desvenlafaxina Fluoxetina Fluvoxamina	Vortioxetina Mirtazapina	Citalopram/Escitalopram Bupropion Reboxetina Nortriptilina
3. Hipertensión arterial	Sertralina Agomelatina	Citalopram/ Escitalopram Fluoxetina Fluvoxamina	Paroxetina Vortioxetina Mirtazapina	Venlafaxina
4. Paciente anticoagulado		Desvenlafaxina Venlafaxina Duloxetina Sertralina Citalopram/ Escitalopram	Mirtazapina Bupropion Agomelatina Vortioxetina	
5. Diabetes		Desvenlafaxina Venlafaxina Duloxetina Fluoxetina Sertralina	Citalopram/ Escitalopram Agomelatina Vortioxetina Bupropion Reboxetina	
6. Dislipemia		Fluoxetina Sertralina Citalopram/ Escitalopram	Duloxetina Bupropion Vortioxetina Agomelatina	

# Antidepresivos

VORTIOXETINA (Brintellix®)  
TIANEPTINA SÓDICA (Zinosal®)

ACCIÓN	FÁRMACO	DOSIS mg/día	Nº TOMAS	COMENTARIOS
ISRS	Fluoxetina	20	1, por la mañana	Parkinsonismo, pérdida de apetito, perfil estimulante (no de primera línea)
	Fluvoxamina	50-150	2	Perfil sedante, útil en conductas reiterativas
	Sertralina	50-100	1, por la mañana	Poco anorexígeno, pocas interacciones, útil en depresión asociada a ECV
	Paroxetina	20	1, por la mañana	Parkinsonismo, ligero efecto anticolinérgico, perfil sedante
	Citalopram	10-20	1, por la mañana	Pocas interacciones, atención en arritmias, útil en depresión asociada a ECV
	Escitalopram	5-10	1, por la mañana	Similar al Citalopram

# Antidepresivos

ACCIÓN	FÁRMACO	DOSIS mg/día	Nº TOMAS	COMENTARIOS
IRS	<b>Trazodona</b>	50-300	1-3, comenzar noche	Perfil <b>sedante intenso</b> , útil en <b>ansiedad e insomnio</b> aun sin depresión
ISRSN	<b>Venlafaxina</b>	75-150	1, mañana	Sin efecto anticolinérgico, <b>eficacia y seguridad bien establecida en depresión geriátrica</b>
	<b>Duloxetina</b>	60-90	1,2	Sin efecto anticolinérgico, perfil favorable sobre la cognición
NASSA	<b>Mirtazapina</b>	15-30	1, noche	Útil en <b>insomnio y ansiedad</b> ; aumenta el apetito y el peso
DANA	<b>Bupropion</b>	150-300	1, mañana	Perfil estimulante, útil en <b>apatía y parkinsonismo</b>
Melatoninérgico	<b>Agomelatina</b>	25-50	1, noche	Restablece los ritmos circadianos, seguridad aún no bien establecida en la demencia



# Benzodiazepinas

- Indicadas en agitación no psicótica, ansiedad e insomnio puntual
- **Evitar uso a largo plazo**
- **¡¡Efectos secundarios!!** Sedación, ataxia, descoordinación, confusión, disartria, caídas
- Mecanismo paradójico / efecto techo
- De elección: BZD vida media corta (lorazepam, lormetazepam) no más de 2-3mg/día

	Fármaco	Dosis (mg/día) <sup>a</sup>	N.º de tomas diarias	Efectos adversos/comentarios
Benzodiazepinas				
Acción muy corta	Midazolam	3,75-15	1-3	Especialmente útil si se precisa una sedación rápida y breve
Acción corta	Loracepam	0,5-2	1-3	Tomar por períodos de 1-2 semanas (peligro de adicción)
	Lormetazepam	0,5-2	1-3	Tomar por períodos de 1-2 semanas (peligro de adicción)
Acción intermedia	Clonacepam	0,5-2	1, por la noche	Indicado en el trastorno de conducta del sueño REM
	Alprazolam	0,25-1,5	1-2	Riesgo de caídas, mejora el temblor (peligro de adicción)
Acción larga	Cloracepato	5-10	1	Sólo en dosis únicas, no continuadas
	Diacepam	5	1	Sólo en dosis únicas, no continuadas

## INSOMNIO PRIMARIO O SECUNDARIO

### INSOMNIO PRIMARIO

CON TRASTORNO  
PSIQUIÁTRICO  
DE BASE

SIN TRASTORNO  
PSIQUIÁTRICO  
DE BASE

### INSOMNIO SECUNDARIO

TRATAR CAUSA:  
-MÉDICA  
-AMBIENTAL

BZD Vm CORTA

ANTIDEPRESIVO  
SEDATIVO

ANTIPSICÓTICO  
SEDATIVO

ZOLPIDEM 5-10 mgr

CLORMETIAZOL

TRAZODONA 25-100 mgr

# Antiepilépticos

FÁRMACO	DOSIS mg/día	Nº TOMAS	COMENTARIOS
Gabapentina	300-900	1-3, empezar noche	Bien tolerado, eficaz en la <b>ansiedad e insomnio</b> , buen perfil de interacciones
Pregabalina	25-150	1-2, empezar noche	Eficaz en la <b>ansiedad e insomnio</b> , buen perfil de interacciones
Carbamacepina	200-400	2-3, empezar noche	Eficaz en hostilidad y agresividad
Ac. Valproico	500-1000	1-3 empezar noche	Eficaz en agitación y agresividad, tolerabilidad no siempre buena, puede empeorar la demencia
Topiramato	50-150	2	Eficaz en la hipertimia y en la agresividad, disminuye el apetito y el peso

---

***Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. 2012 Revista de Neurología. Javier Olazarán-Rodríguez, Luis F. Agüera-Ortiz, Rubén Muñiz-Schwochert***

## INDICACIÓN TERAPÉUTICA DE ANTIPSICÓTICOS EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS CON DEMENCIA

*(Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, nº 128/06)*

1. Queda restringida al tratamiento sintomático de **cuadros de agresividad grave o síntomas psicóticos severos que no respondan a medidas farmacológicas, en los que se han descartado otras etiologías**
2. La duración debe ser **lo más corta posible**, siendo imprescindible valorar en cada visita la necesidad de continuar el tratamiento
3. La necesidad de tratamiento debe ser valorada por médicos experimentados en el diagnóstico, evaluación y manejo de estos pacientes
4. Se deberá vigilar aún más estrechamente a los pacientes con **antecedentes de enfermedad cerebrovascular**



Dementia and  
Geriatric Cognitive  
Disorders

#### Research Article

Dement Geriatr Cogn Disord  
DOI: 10.1159/000510866

Received: April 10, 2020  
Accepted: August 11, 2020  
Published online: November 11, 2020

### Use of Antipsychotics in Patients with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Results of a Spanish Delphi Consensus

Sagrario Manzano-Palomo<sup>a</sup> Luis F. Agüera-Ortiz<sup>b</sup> Alexandre García-Caballero<sup>c</sup>  
José Martínez-Raga<sup>d</sup> Tomás Ojea-Ortega<sup>e</sup> Raquel Sánchez-Valle<sup>f</sup>  
Manuel Antón-Jiménez<sup>g</sup> José A. Monge-Argilés<sup>h</sup> Isabel Ramos-García<sup>i</sup>

- Estudio cualitativo, multicéntrico y no aleatorizado. 162 participantes
- Período del estudio Marzo-Junio 2019
- Panel multidisciplinar: 4 neurólogos, 4 psiquiatras y 1 geriatra

Cuestionario: 3 aspectos principales

1. **Detección de SPCD en pacientes con demencia**
2. Seguimiento y control
3. Indicación de antipsicóticos en diferentes perfiles de pacientes con demencia

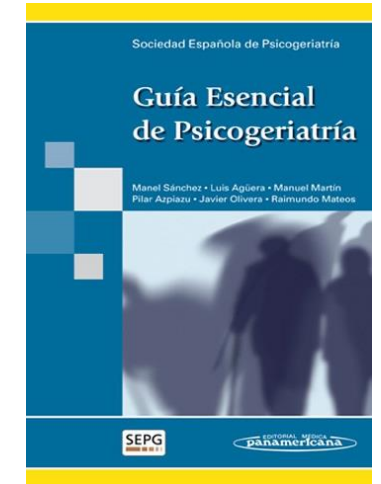


## Recomendaciones de uso en diferentes perfiles y co-morbilidades

- Prescribir **IACEs/memantina** antes de comenzar con antipsicóticos
  - Recomendado en **casos severos y persistentes**
  - ❑ **Demencia y trastornos del movimiento:** Clozapina (88.4%), quetiapina (87.6%), y aripiprazol (76.8%)
  - ❑ **Demencia e insuficiencia renal:** quetiapina (90.9%) y aripiprazol (85.8%).
  - ❑ **Demencia y hepatopatía:** aripiprazol (85.1%).
  - ❑ **Demencia y arritmias:** aripiprazol (86.5%) y quetiapina (76.8%).
- 
- ❖ Los antipsicóticos atípicos proporcionan más beneficios que los típicos
  - ❖ Menor riesgo de efectos **extrapiramidales** (parkinsonismo o discinesias tardías)

# Elección de antipsicótico, enfermedad coexistente

ENFERMEDAD	F. PREFERENTE	F. POSIBLE
<i>Det cognitivo/demencia</i>	Risperidona	Quetiapina, Paliperidona, Aripiprazol
<i>Diabetes Mellitus</i>	Aripiprazol, ziprasidona	Quetiapina, Paliperidona
<i>Retinopatía</i>	Ninguna	Quetiapina
<i>Neuropatía diabética</i>	Risperidona	Risperidona
<i>ICC</i>	Ninguno	Quetiapina, Risperidona Olanzapina, Aripiprazol
<i>Apnea del sueño</i>	Ninguno	Quetiapina, Risperidona
<i>Prostatismo</i>	Ninguno	Quetiapina, Risperidona
<i>Glaucoma ángulo estrecho</i>	Ninguna	Risperidona, Quetiapina
<i>Estreñimiento</i>	Risperidona	Quetiapina



# Neurolépticos

- Tratamiento de alucinaciones, delirios. Efecto tranquilizante y sedante
- Efectos secundarios (extrapiramidales, caídas, somnolencia)
- Efectos colinérgicos empeoran cognición y memoria
- Riesgo vascular y metabólico: aumento riesgo ictus en EA

	Fármaco	Dosis (mg/día) <sup>a</sup>	N.º de tomas diarias	Efectos adversos/comentarios
Neurolépticos				
Típicos	❌ Haloperidol	0,5-6	1-3	Eficaz en agresividad <b>para situaciones agudas (tratamiento a corto plazo)</b>
	❌ Zuclopentixol	5-15	1-2, comenzar por la noche	Eficaz en agitación, agresividad y conductas disruptivas; tratamiento a corto-medio plazo
Atípicos	Risperidona	0,5-2	1-3	<u>Especialmente eficaz en síntomas psicóticos, no sedante, indicación de SPCD en ficha técnica, efecto extrapiramidal ligero a medio plazo</u>
	Olanzapina	2,5-10	1, por la noche	Eficaz en agresividad y ansiedad; perfil sedante, ganancia de peso, escasos efectos extrapiramidales
	Quetiapina	50-400	1-3, comenzar por la noche	<u>Perfil sedante, precisa titulación lenta, buena tolerancia, sin efectos extrapiramidales</u>
	Aripiprazol	2,5-15	1, por la mañana	<u>Eficacia en agresividad, buen balance eficacia-tolerabilidad</u>



# Dosificación: en la práctica

## QUETIAPINA

- Quetiapina 25 mg 1 comp antes de dormir, inductor.
- Quetiapina prolong 50 mg 1 comp antes de dormir, tratamiento de la “psicosis de media noche”.
- Dosis máxima de quetiapina recomendada /dia (200-250 mg).
- Dar siempre al paciente sentado o en la cama: ojo hipotensión ortostática!!.
- Mas sedante que antipsicótico.

## ARIPIPRAZOL

- Aripiprazol comp, flas, amp im, solucion.
- Magnifico antipsicótico.
- Dosis máximas recomendadas dia 15-20 mg/dia
- Ampollas. Inicio en agitación extrema media amp cada 8 horas i.m. Maximo 1 amp cada 8 h i.m (situaciones excepcionales).
- En domicilio, emplear 2.5 mg/ml repartido en 3 tomas o agrupado según cronograma de SPCD.

## OLANZAPINA

- Olanzapina comp, amp im. (iv off-label: 5-10 mg).
- Magnifico antipsicótico. Mas efectos adversos.
- Dosis máximas recomendadas dia 15 mg/dia
- Ampollas 10 mg. Inicio en agitación extrema media amp cada 8 horas i.m. Situaciones especiales.
- En domicilio, emplear 5 mg, medio comp repartido en 3 tomas o agrupado según cronograma de SPCD. Escalar a 1 comp cada 8 h de 5 mg.

### **CLOZAPINA**

- Inicio 12.5 mg (0.25 ml suspensión) cada 24 h (noche).
- Escalar hasta 50 mg (1 ml) cada 24 h si es necesario (noche).
- Nunca superar 100 mg al día.
- Monitorización analítica tediosa.
- Analítica semanal, las primeras 18 semanas de tratamiento y posteriormente mensual hasta el fin del tratamiento.

### **PALIPERIDONA (INVEGA)**

- 3 mg/día; 6 mg; 9 mg. Oral.
- Dosis empleada habitual 3 mg. Muy sedante.

### **RISPERIDONA**

- Risperidona comp, flas, solución, amp iv.
- Único que tiene indicación en demencias.
- Magnífico antipsicótico. Mas efectos adversos.
- Dosis máximas recomendadas día 2 mg/día
- Inicio en agitación extrema 0.5 mg cada 8-6 horas i.v.
- En domicilio, emplear 0.5 mg, repartido en 3 tomas o agrupado según cronograma de SPCD.
- Muy parkinsonizante.

# Recomendaciones uso Psicofármacos en Anciano con demencia.

- El tratamiento farmacológico ha de evitarse siempre que no sea absolutamente necesario.
- Iniciar con dosis bajas y aumentarlas lentamente monitorizando la tolerabilidad
- No tratar efectos secundarios con otros fármacos, es mejor cambiar el fármaco que los origina.
- Mantener pauta medicamentosa tan simple como sea posible, idealmente en una toma diaria.
- A veces, la polimedicación psicofarmacológica puede empeorar los SPCD por inducción de efectos yatrogénicos (como en el delirium)

*Consenso Español sobre Demencias. SEPG. 2015.*

# Conclusión

- Síntomas altamente prevalentes
- Generan sufrimiento en el paciente y cuidador, agravan el deterioro cognitivo y funcional
- Importancia de las medidas de prevención
- Identificar síntoma primario o el más desestabilizador para un mejor abordaje terapéutico
- Importancia de las terapias no farmacológicas, ambientales y organizativas
- Abordaje multidisciplinar dirigido a mejorar la calidad de vida del paciente y cuidador