

## ABORDATGE DE LES DESCOMPENSACIONS DEL PACIENT AMB DEMÈNCIA

### Manifestacions d'alerta

PILAR DE AZPIAZU ARTIGAS  
PSIQUIATRA. ÀREA DE PSICOGERIATRIA  
CASM BENITO MENNI SANT BOI DE  
LLOBREGAT



GERMANES HOSPITALÀRIES  
del Sagrat Cor de Jesús  
BENITO MENNI  
Completa assistencial en Salut Mental



---

---

---

---

---

---

---

---

### Reaccions catastròfiques

- És una manifestació d'alerta en la que el pacient es sent frustrat davant d'una exigència a la que no és capaç de resoldre i reacciona cridant o plorant.

---

---

---

---

---

---

---

---

### Síntomes d'angoixa

- Intranquil·litat, neguit
- Malestar general
- Insomni
- Síntomes físics: nus epigàstric, opressió toràcica, dolor abdominal, cefalees, etc.....
- Pèrdua o augment de la gana
- Ansietat anticipatòria
- Fobies

---

---

---

---

---

---

---

---

## Agitació

- Estat d'ansietat màxim caracteritzat per una resposta desorganitzada.
- Causes que desencadenen:
  - Delirium o ECA: causes orgàniques
  - Por davant de fenòmens al·lucinatoris o delirants
  - Por davant del dèficit cognitiu: agnosia, afasia, apraxia ...

---

---

---

---

---

---

---

---

## Agressivitat

Alteració de la conducta que consisteix en una o varies respostes violentes, sense motiu aparent pel cuidador.

**Físiques = agressions**  
**Verbals = insults**

És una resposta a la percepció d'amenaça

---

---

---

---

---

---

---

---

## Síntomes afectius

- Mania o hipomania: el pacient manifesta idees delirants de grandiositat, verborrea, hiperactivitat, insomni.....
- Clínica depressiva: tristesa, anhedonia, desesperança, idees de mort, ansietat. Queixes somàtiques, insomni. Amb símptomes psicòtics: idees delirants paranoides o somàtiques.

---

---

---

---

---

---

---

---

### DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN EN LA DEMENCIA LEVE O MODERADA

7

- Observar el aspecto del paciente.
- Preguntar o **escuchar** si dice estar triste.
- Ha perdido interés por el entorno
- Se queja de insomnio y anorexia.
- Se siente inútil o dice ser una carga.
- Ansiedad, irritabilidad.
- Refiere ideas de muerte.

---

---

---

---

---

---

---

---

### DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS

8

Síntomas que pueden ser comunes: Por ejemplo

- La labilidad emocional
- Reacción catastrófica
- Apatía
- Ansiedad
- .etc.

---

---

---

---

---

---

---

---

### DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN LA DEMENCIA AVANZADA

9

**DIFÍCIL!!!**

- **Cambios en la conducta.**
- **Aspecto triste**
- **Conductas de negativismo activo**
- **Ansiedad/intranquilidad**
- **Perdida de peso.**
- **Insomnio/somnolencia**

---

---

---

---

---

---

---

---

**CRITERIOS DE OLIN**

- **a) Al menos 3 de los siguientes.**
  - Humor deprimido clínicamente significativo
  - Afecto o placer positivo disminuido en respuesta al contacto social o a las actividades cotidianas
  - Aislamiento o retirada social
  - Disrupción del apetito
  - Disrupción del sueño
  - Cambios psicomotores
  - Irritabilidad
  - Fatiga o pérdida de energía
  - Sentimientos de inutilidad, desesperanza o culpa
  - Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

A. J. Geriatr Psychiatry 2002;10:125-8

---

---

---

---

---

---

---

---

**CRITERIOS DE OLIN**

- b) Se reúnen todos los criterios DTA
- c) Los síntomas causan un distress o disrupción clínicamente significativos en el funcionamiento.
- d) Los síntomas no ocurren exclusivamente en el curso de un delirium.
- e) No son debidos a efectos fisiológicos de una sustancia.
- f) Los síntomas no se deben a otros diagnósticos psiquiátricos del eje I

A. J. Geriatr Psychiatry 2002;10:125-8

---

---

---

---

---

---

---

---

**CRITERIOS DE OLIN**

**Especificar:**

- **Con psicosis de la DTA**
- **Con otros SCPD significativos**
- **Con historia previa de trastorno afectivo**

A. J. Geriatr Psychiatry 2002;10:125-8

---

---

---

---

---

---

---

---

## Insomni

- És una queixa molt freqüent
- Causa de distrés ambiental
- Obliga a fer una bona anamnesi:
  - Patró de l'insomni
  - Hores totals de son
  - Associat a clínica psiquiàtrica
  - Canvi del ritme nictemeral
  - Patologia física que el desencadena: Dolor

---

---

---

---

---

---

---

---

## Negativisme

- El pacient es sent contrariat davant d'una ordre.
  - Nega a prendre la medicació
  - Nega a menjar
  - Dutxar-se

---

---

---

---

---

---

---

---

## Apatia

- ***Pérdida del interés espontáneo para realizar cualquier tipo de tarea. Si le ordenamos al paciente que haga algo lo hace pero tenemos la sensación de que le da igual***

---

---

---

---

---

---

---

---

## Deshinibición

- El paciente presenta una conducta inadecuada a las normas sociales y que antes de estar enfermo no había presentado nunca.

La desinhibición puede ser verbal o conductual.

---

---

---

---

---

---

---

---

## EL DIAGNÓSTICO SE REALIZA A TRAVÉS DE:



---

---

---

---

---

---

---

---

## Dificultades en el tratamiento de los S.P.C

¿Como nos llega la información de lo que le ocurre al paciente?

1. A través de familiares que no siempre están bien informados ni formados en cuidar pacientes
2. A través de cuidadores profesionales que no siempre están bien formados en demencia
3. De la observación directa de la conducta del paciente.

---

---

---

---

---

---

---

---

### ¿Qué genera el trastorno conductual?

- S. Delirantes
- Alucinaciones
- S. Depresivos
- S. Ansiosos
- Desorientación
- Misidentificación
- Dolor
- Ambiente tenso
- Cuidador irritado

No podemos plantearnos el mismo tratamiento

---

---

---

---

---

---

---

---

### Síntomas No Cognitivos Secundarios a los cognitivos

- Identificación errónea: Esta no es mi casa, llévame a mi casa



---

---

---

---

---

---

---

---

### EVALUACIÓN DE TRASTORNO CONDUCTUAL EN LA DEMENCIA

- Siempre interdisciplinar: Geriatra, psiquiatra, neurólogo, psicólogo, enfermera, trabajadora social.
- Siempre individualizado.
- Información detallada que nos puede llegar: Familia, cuidadores profesionales, medico atención primaria, asistente social

Detección del síntoma



---

---

---

---

---

---

---

---

### Análisis del síntoma

Síntoma	Situación	desencadena nte	tiempo	Como se controla
1.- Agresividad	Comida	Quiere comer mucho	30 min.	Al sacar la mesa
2.-Insomnio	Al acostarse	Cuando salgo de la habitación se levanta	1-2 horas	Al ponerme yo en la cama

---

---

---

---

---

---

---

---

### Soporte al equipo

- Los cuidadores profesionales también sufren sobrecarga.
- El estrés mantenido aumenta el riesgo de trastornos psiquiátricos.
- Prevención de la sobrecarga:
  - Comentar los casos difíciles en las reuniones interdisciplinarias.
  - Decidir conjuntamente los planes de cuidados
  - No es una debilidad, debe comunicarse.

---

---

---

---

---

---

---

---

### GRUPOS PSICOEDUCATIVOS

Son un espacio terapéutico, dirigido a las familias, liderado por un profesional especializado, donde se forma y se informa sobre el proceso de una enfermedad ofreciendo: los recursos necesarios para afrontar la enfermedad y el intercambio de experiencias con otras familias.

Cuevas - Azpiazu 2004

---

---

---

---

---

---

---

---

### Tratamiento Psicoeducativo

- LA TERAPIA PSICOEDUCATIVA FAMILIAR SE BASA EN:
  - LA COMPRENSIÓN BIO-PSICO-SOCIAL DE LA ENFERMEDAD
  - CONOCIENDO:
    - LAS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DEL ESTRÉS.
    - EL TRATAMIENTO INTEGRAL
    - EL ENTORNO FAMILIAR
    - ASPECTOS SOCIALES Y LEGALES

---

---

---

---

---

---

---

---

### ¿Que fármacos se utilizan?

#### Específicos

- Anticolinesterásicos
- Memantina

#### Sintomáticos

- Antidepresivos
- Benzodiacepinas
- Antipsicóticos
- Antiepilépticos

#### Profilácticos:

- |               |                 |
|---------------|-----------------|
| Antioxidantes | Antiagregantes  |
| Hipotensores  | Antilipemiantes |
| Otros         |                 |

---

---

---

---

---

---

---

---

### Criterios de elección del Antipsicótico

- Considerar seriamente acción anticolinérgica.
- Considerar seriamente acción extrapiramidal.
- Correctores extrapiramidales proscritos
- Forma galénica disponible a dosis bajas/unidad.
- Si resistencia , valorar presentaciones en solución o comp. de disolución inmediata.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Antipsicóticos en ancianos ¿Típicos o Atípicos?

“En todas las especialidades hay fármacos con problemas de uso. Tendremos que seguir utilizándolos en tanto no estén disponibles opciones mejores”

J. Pujol y P. de Azpiazu; Med. Clin. (Barc.) 2005; 126(11): 415-7

---

---

---

---

---

---

---

---

## Antipsicóticos atípicos Quetiapina

### Ventajas:

- Nulos efectos extrapiramidales
- Ensayos clínicos en enfermedad de Parkinson y de C. de Levy.
- Mínima acción anticolinérgica
- Mínimo riesgo distonía tardía
- No acatisia
- Mínima acción sobre peso
- Acción antipsicótica ++

### Inconvenientes:

- Visado inspección después de los 75 a.
- Presentación 25 mg
- Coste elevado
- Poco incisivo a dosis bajas.

---

---

---

---

---

---

---

---

## Antipsicóticos atípicos Risperidona

### Ventajas:

- Efectos extrapiramidales poco intensos +/-
- Acción antipsicótica +++
- No requiere controles hematológicos
- Acción sedativa dosis/dependiente
- Formas galénicas: comprimidos, solución
- Escaso efecto anticolinérgico.

### Inconvenientes:

- Visado inspección después de los 75 a.
- Efectos extrapiramidales
- Discinesia tardía descrita
- Ocasionalmente aumento peso
- Escasa experiencia a muy largo plazo
- Disponible en inyectable forma retard

---

---

---

---

---

---

---

---

### Antipsicóticos atípicos Aripiprazol

#### Ventajas

- No efectos extrapiramidales
- Ensayos clínicos en enfermedad de Parkinson
- Mínima acción anticolinérgica
- Menor riesgo distonía tardía
- Mínima acción sobre peso
- Acción antipsicótica +++

#### Inconvenientes

- Visado inspección después de los 75 a.
- Coste mas elevado
- No sedación

---

---

---

---

---

---

---

---

### Razones para seguir utilizando atípicos

- Menores efectos secundarios a corto y largo plazo.
- Mejor tolerancia/ manejabilidad
- Escasa acción anticolinérgica
- Pequeño riesgo de AVC demostrado
- Inferior cardiotoxicidad
- Eficacia **tan baja o tan alta** como Haloperidol

---

---

---

---

---

---

---

---

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- ANTIDEPRESIVOS:
  - I.R.S.: Fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram.
  - SSRIs venlafaxina, mirtazapina, duloxetina
  - Atípicos: Trazodona (cuidado efectos anticolinérgicos)
  - T.E.C.: En situaciones de gravedad

---

---

---

---

---

---

---

---

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- **ESTABILIZADORES:**
  - Carbamacepina, topiramato, gabapentina, oxycarbamacepina, pregabalina, lamotrigina, ac. Valproico, etc.
- **ANSIOLÍTICOS:**
  - **BZD:** siempre de vida intermedia o corta
  - no BZD buspirona, zopiclona, zolpidem
  - Clometiazol

---

---

---

---

---

---

---

---

## Tratamiento de las Manifestaciones de alerta

- Valorar cada síntoma de forma individualizada.
- Tener en cuenta el contexto
- El tratamiento conductual requiere personal muy formado.
- La formación de la familia reduce los trastornos de la conducta.
- Los fármacos son necesarios, pero no el único tratamiento.

NO EXISTE UN ÚNICO TRATAMIENTO

---

---

---

---

---

---

---

---

## Muchas Gracias



---

---

---

---

---

---

---

---