Hermanas Hospitalarias

Abordaje de la agitación psicomotriz en el anciano con demencia

63 Congreso Nacional SEFH, Palma de Mallorca

Manuel Martín Carrasco
Clínica Psiquiátrica Padre Menni. Pamplona
Centro Hospitalario Benito Menni. Elizondo (Navarra)
mmartin@clinicapadremenni.org

"*Every man desires to live long; but no man would be old*."

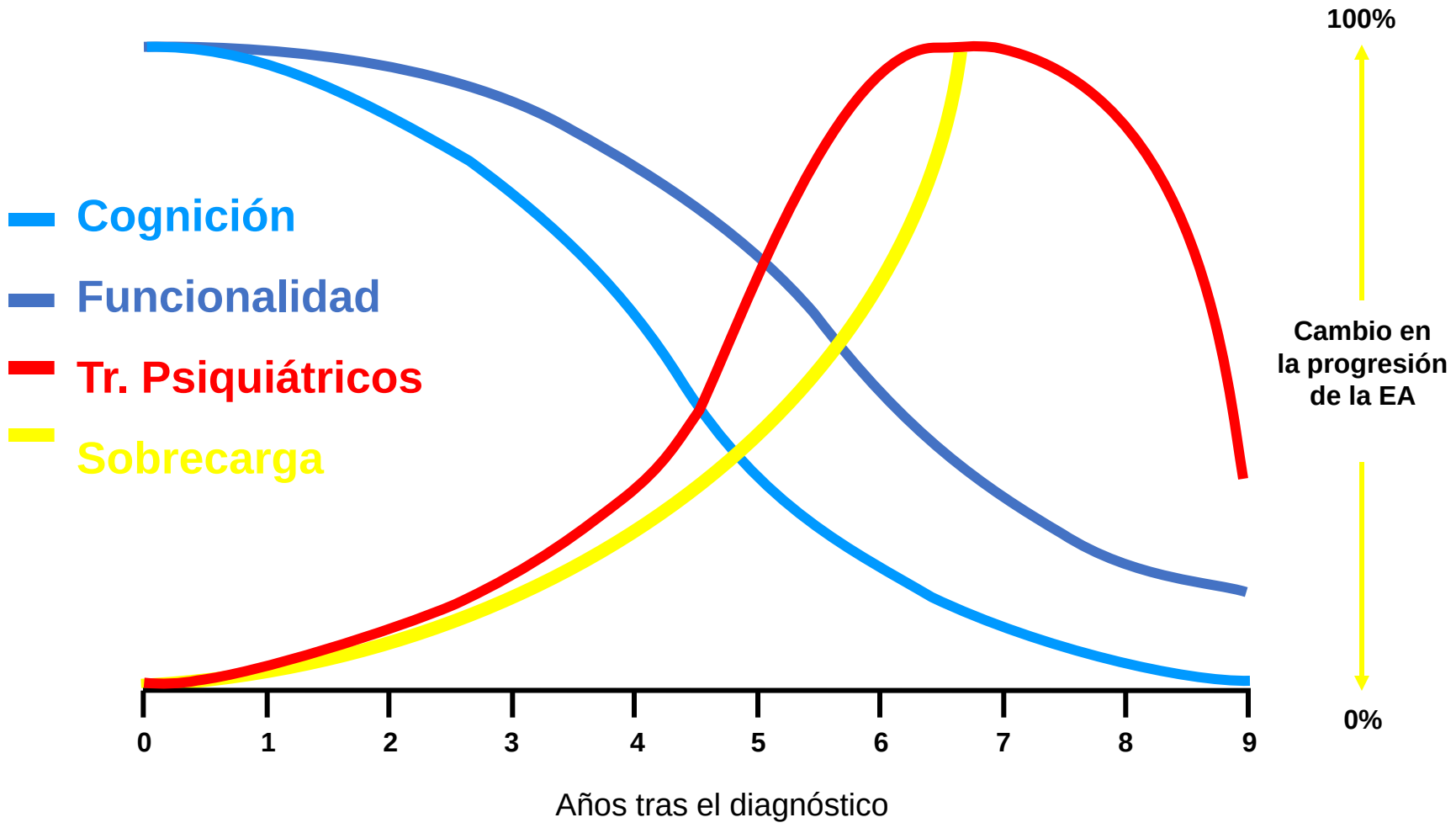
Jonathan Swift (escritor anglo-irlandés, 1667-1745)

Gulliver conoce los Struldbruggs en la nación de Luggnagg, en la isla Glubbdubdrib

Introducción

- La demencia o trastornos neurocognitivo mayor (DSM5) es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en las personas mayores.
- Afecta al 6-8% de las personas mayores de 65 años. En España se estima que hay 800.000 personas con demencia y el número se puede duplicar en los próximos 20 años.
- Además de las alteraciones cognitivas, los trastornos neuropsiquiátricos son muy prevalentes; el 90-95% de las personas afectadas los presenta en algún momento de su evolución
- Las formas más frecuentes de demencia en las personas mayores son:
  - Enfermedad de Alzheimer 65%
  - Demencia vascular 20%
  - Demencia por sinucleopatías (EP, DCLw) 5-10%
  - Otras 5%

Evolución clínica de la Enfermedad de Alzheimer
Cognición / Función / Tr. Psiquiátricos / Sobrecarga



Gauthier et al 1996

Escala de Deterioro Global (Global Deterioration Scale)

Las demencias más frecuentes del anciano son enfermedades neurodegenerativas, con una progresión indefectible.

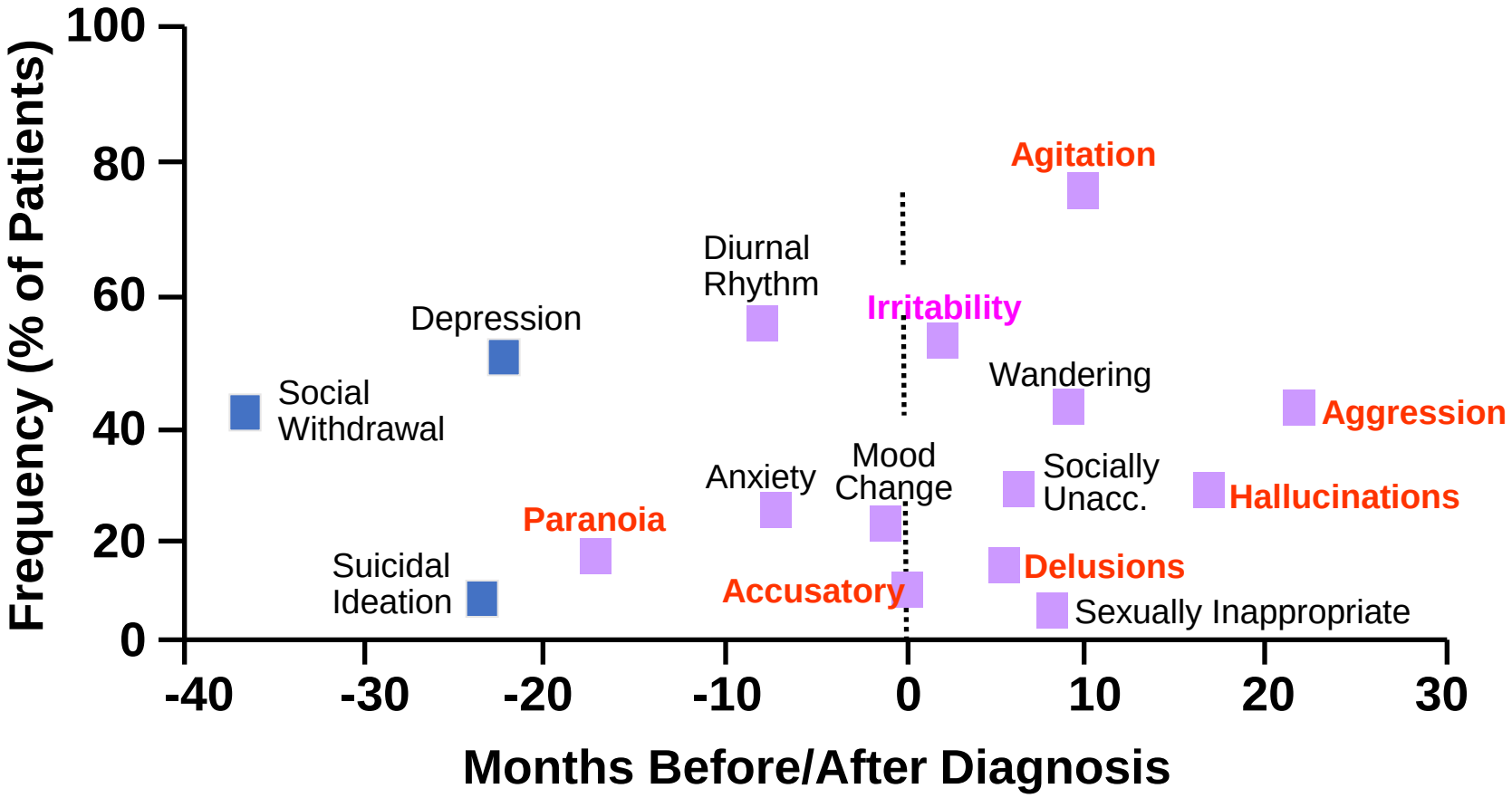
Estadio 1	Normal; no quejas de memoria ni deterioro cognitivo evidente, funcionalidad normal.
Estadio 2	Muy leve; quejas de memoria subjetivas, no evidentes en una entrevista, pero sí en pruebas avanzadas, limitación en actividades sofisticadas.
Estadio 3	Deterioro leve de la memoria, concentración y rendimiento en actividades.
Estadio 4	Deterioro moderado en la memoria, recuperación de conocimiento y tareas complejas.

Escala de Deterioro Global (Global Deterioration Scale)

Las fases 4,5 y 6 son las que se asocian a los trastornos neuropsiquiátricos más graves y a la agitación.

Estadio 5	Deterioro moderado o grave en memoria reciente y tardía, desorientación frecuente en tiempo y lugar, deterioro en AVDs que requiere asistencia.
Stage 6	Deterioro grave que imposibilita realizar AVDs sin asistencia.
Stage 7	Deterioro muy grave en cognición, lenguaje, habilidades motoras, con déficit funcional muy grave que progresa a un estado vegetativo.

Peak Frequency of Behavioral Symptoms as AD Progresses



Jost BC, Grossberg GT. J Am Geriatr Soc. 1996; 44:1078-1081

Caso Clínico (1)

- MD es una mujer viuda de 75 años, maestra retirada, con un diagnóstico de enfermedad de Alzheimer que fue traída a consulta de psiquiatría de forma urgente por sus tres hijas en Enero de 2010 ante el empeoramiento de sus ideas delirantes.
- Dos años antes había presentado un deterioro de la memoria que fue diagnosticado de enfermedad de Alzheimer probable.
- Tres meses antes de la valoración, comenzó a presentar ideas paranoides acerca de que los hombres querían hacerle daño, y de uno en particular que le habría frotado con una loción tóxica en la espalda.
- En las 2-3 semanas anteriores, las ideas se habían intensificado, y el malestar que le producían a ella y a sus hijas había aumentado.
- Creía que había hombres fuera de la casa molestándola con luces toda la noche. Se parapetaba en su habitación para dormir con sillas y otros objetos, y llevaba siempre encima un gran cuchillo “para protegerse”. Insultaba por la ventana a los viandantes.
- También aparecía un estado de ánimo ligeramente depresivo, anergia, insomnio, somnolencia diurna, irritabilidad, inquietud y ansiedad. No síntomas de manía.

Síntomas neuropsiquiátricos de las demencias

- Dos tipos de Síntomas Psicológicos y Conductuales de las Demencias (SPCDs):
  - Síntomas conductuales (Observables):
    - Agresividad, vociferación, inquietud, deambulación incontrolada, conductas inapropiadas socialmente, desinhibición sexual, lenguaje soez, almacenamiento desordenado, seguimiento, etc.
  - Síntomas psicológicos (Entrevista):
    - Depresión, ansiedad, síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones, etc.).

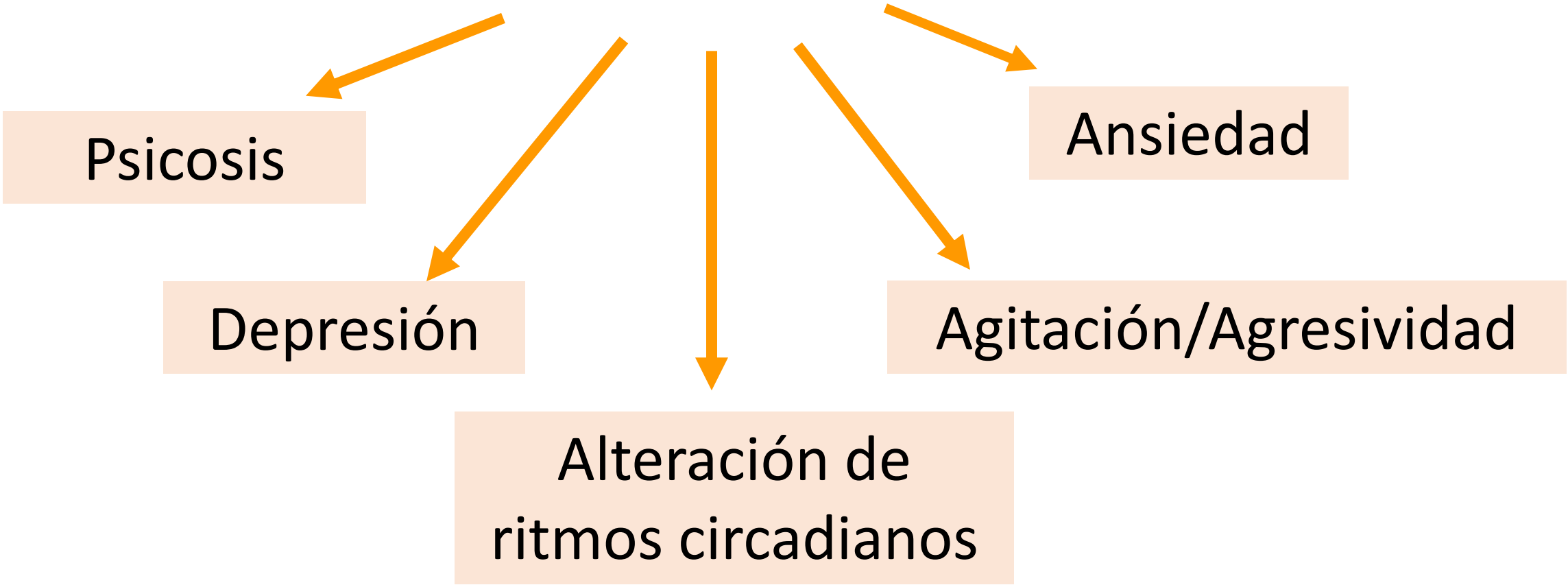
Síntomas neuropsiquiátricos de las demencias

- **Determinan la gravedad clínica del trastorno.**
- Se asocian a:
  - Evolución más rápida y tórpida: deterioro cognitivo y funcional.
  - Aumento de las medicaciones empleadas
  - Aumento de la mortalidad: caídas, efectos adversos de la medicación, accidentes, sedación, etc.
  - Deterioro de la calidad de vida y bienestar del paciente
  - Sobrecarga del cuidador, tanto familiar como profesional.
  - Institucionalización.

Diagnóstico y Evaluación de los SPCDs

- La fenomenología es la base del diagnóstico
  - Entrevista
  - Observación directa
  - Reporte de familiares o cuidadores
  - Escalas
- Necesidad de descripciones precisas, NO de Interpretaciones
- Pensar en enfermedades somáticas (delirium)
- Pensar en la pérdida sensorial

Agrupaciones sintomáticas de SPCDs



Clusters en los SPCD

‘Activación Psicomotora’

Caminar incesante
y/o sin sentido
Seguir a otros
Inquietud
Acciones Repetitivas
Trastorno circadiano

‘Agresividad’

Resistencia
Agresiva
Agresividad
Física o Verbal

‘Apatía’

Ausente
Sin intereses
Amotivación

‘Depresión’

Tristeza
Llanto
Desesperanza
Culpa
Ansiedad

‘Psicosis’

Alucinaciones
Delirios
Identificaciones
falsas

Adaptado de McShane R, Int Psychogeriat 2003

Agitación. Concepto

- Algunos pacientes tienen síntomas que no encajan en los complejos sintomáticos bien definidos (Ej. psicosis, depresión o ansiedad).
- Estos síntomas se incluyen en la categoría general de “Agitación”
- Puede definirse como una actividad verbal, vocal o motora inapropiada que no resulta directamente, según un observador externo, de las necesidades o confusión de la persona.

Koss, Weiner, et al. 1997 Cohen-Mansfield & Billig, 1986

Agitación. Concepto (IPA, 2015)

1. Ocurre en pacientes con deterioro cognitivo o demencia.
2. Manifiesta conductas consistentes con la presencia de malestar emocional.
3. Presencia de actividad motora excesiva, agresividad verbal o agresividad física.
4. Las conductas tienen repercusión funcional negativa y no se atribuyen exclusivamente otro trastorno (psiquiátrico, somático o derivado del uso de sustancias)

Cummings J, Mintzer J, Brodaty H, et al. Agitation in cognitive disorders: International psychogeriatric association provisional consensus clinical and research definition. Int Psychogeriatr 2015;27(1):7-17

Síntomas de Agitación - Motores

No agresivos

- Inquietud general
- Manierismos repetitivos
- Caminar sin descanso
- Ocultar objetos
- Manipulación inadecuada
- Seguimiento continuo
- Escapar del medio ambiente protegido.
- Vestirse/Desnudar Inapropiadamente

Agresivos

- Golpear
- Empujar
- Arañar
- Agarrar
- Patear
- Morder
- Escupir

Cohen-Mansfield, 1989

Síntomas de Agitación - Verbales

No agresivos

- Negativismo
- Canturrear
- Frases repetitivas
- Constantes interrupciones
- Solicitud constante de atención

Agresivos

- Gritar
- Maldecir
- Insultar
- Estallidos de rabia
- Comentarios socialmente inapropiados

Cohen-Mansfield, 1989

Agresividad

- 12% de los pacientes muestran episodios agresivos - 5% con agresividad verbal, 7% con agresividad física – durante las 4 semanas precedentes.
- La agresividad física se asocia significativamente con la presencia de delirios y de irritabilidad.

Chemerinski E et.al. , 1998

La Agitación puede presentarse:

- Asociada a síndromes psiquiátricos
  - Ansiedad, depresión, psicosis
- Asociada a disconfort, malestar psíquico o físico, enfermedad somática
  - Reactiva
- Asociada a desinhibición
  - Espontánea, primaria.

Cohen-Mansfield, 1989

Desencadenantes de Agitación

- Dolor
- Uso/abuso de sustancias
  - Abstinencia, interacciones.
- Delirium
- Ansiedad, Depresión, Psicosis
- Malestar somático
  - Estreñimiento, meteorismo, etc.
- Ambientales
  - Entorno empobrecido, hiperestimulante o demandante.
    - Ruido, iluminación, etc
  - Cambios en el entorno
    - Rutinas, domicilio, cuidador.

Zaraa, 2003

Reacciones catastróficas

- Respuesta emocional o motora excesiva, desproporcionada ante desencadenantes mínimos
- Puede presentarse en el 40% de los pacientes con demencia en fase GDS 4-5
- La evaluación neuropsicológica la desencadena con facilidad (16%)
- Los desencadenantes pueden ser multiples, incluyendo otros SPCDs como identificaciones falsas, alucinaciones o delirios.

Keys To Evaluation Of Agitation In Dementia

Identify the problem behavior **(WHAT)**
Timing / frequency of the behavior **(WHEN)**
Surroundings / environment **(WHERE)**

Others involved? **(WITH WHOM)**
Very troubling / dangerous?
Evaluation: physical, mental & cognitive status
Recommendations/Treatment

Gray KF. Clin Geriatr Med. 2004(Feb);20(1):69-82

Caso Clínico (2)

- **Historia psiquiátrica**
  - Leve a moderada depresión durante 30 años.
  - En tto ATD por su médico de cabecera los últimos 8 años.
  - No psicosis, hospitalizaciones, o intentos de suicidio.
  - Diagnóstico de EA por Neurología en 2008
- **Abuso de sustancias**
  - No
- **Historia Medica**
  - IAM y stent en Julio 2005
  - Dislipidemia, HTA
  - Propensión a caídas
  - Meningioma asintomático
- **Medicamentos**
  - citalopram 20 mg/d
  - rivastigmina 13,3 mg/d
  - memantina 20 mg/d
  - clopidogrel 75 mg/d
  - famotidina 20 mg/d
  - metoprolol 20 mg/d
  - lisinopril 20 mg/d
  - pravastatina 80 mg/d
  - vitaminas
- **Historia Familiar**
  - depresión (1 hija, madre)
  - No demencias o psicosis

Caso Clínico (2) cont.

- **Historia Social**
  - Vive sola en su casa
  - Viuda desde 2000
  - 5 hijos, contacto diario
  - Maestra retirada
  - Hija TS
- **Evaluación funcional**
  - Independiente en AVDs básicas
  - Cocina poco
  - No conduce ni usa transportes
  - No maneja dinero
  - Mal cumplimiento de tto
- **Examen físico**
  - T 36,5º FC 49 TA 171/64
  - Rigidez en EE; marcha torpe
  - Temblor leve derecho

- **Exploración psicopatológica**
  - Buena presentación
  - Buen nivel de conciencia, hiperalerta
  - No puede recitar los días de la semana al revés
  - Orientada en año, mes y ciudad
  - Recuerdo 0/3 ítems a los 2 minutos
  - Recuerda el presidente actual, pero no el anterior
  - Repetición verbal intacta, pero denominación, fluencia verbal afectadas.
  - Delirio paranoide
  - Alucinaciones visuales, auditivas, y posiblemente táctiles.
  - Ánimo triste, irritable, suspicaz, deseos de muerte, no autolisis.

Caso Clínico (2) cont.

- **Analítica**
  - Analítica de sangre y orina anodina
- **Pruebas Neuropsicológicas**
  - deficits en memoria, concentración, atención, calculo, lenguaje, caapcidad visuoespacial
  - MEC: 18/30

- **RMN** (2008)
  - Masa de 1,5-cm cerca del área cribriforme consistente con meningioma
  - Atrofia difusa global
  - TAC sin cambios en 2004
- **SPECT** (2008)
  - hipoperfusion bilateral en lóbulos temporales mediales
  - Ligera hipoperfusion en lóbulos parietales

Cuestiones

- ¿Qué opináis del diagnóstico?
- ¿Qué os parecen los tratamientos que está tomando?
- ¿Alguna sugerencia de nuevas exploraciones?
- ¿Alguna idea acerca de la actitud terapéutica?
- ¿Es un caso idóneo para el ingreso? ¿En qué recurso?

Fases en la evaluación y tratamiento de la Agitación

1. ¿Hay Agitación? ¿Cuáles son los síntomas? ¿Quién se ve afectado por ellos?
   - Examinar al paciente asegurando la comunicación.
   - Preguntar a los cuidadores (adecuados).
   - Determinar los síntomas diana.

2. Valorar causas y riesgos
   - ¿Hay causas tratables?
   - ¿Hay riesgos significativos para el paciente u otros?

Livingstone, G et al Lancet 2017; 390: 2673–734

Fases en la evaluación y tratamiento de la Agitación

¿Hay causas tratables?

- Dolor, delirium, disconfort (aburrimiento, hambre, etc.), discapacidad, déficit sensorial, depresión, psicosis…
- Aplicar el tratamiento adecuado, teniendo en cuenta que no es raro que confluyan varias causas.

¿Hay riesgos significativos?

- Recomendar e implementar estrategias de seguridad, contando con los cuidadores.
- Apoyar a los cuidadores.
- Medidas de urgencia:
  - Aislamiento, contención mecánica, medicación, ingreso.
  - Durante un periodo limitado.

Livingstone, G et al Lancet 2017; 390: 2673–734

Fases en la evaluación y tratamiento de la Agitación

3. Utilizar estrategias no farmacológicas
   - Crear un entorno que proporciones los apoyos necesarios
   - Emplear terapias con evidencia que tranquilizan, confortan y distraen
     - Actividades, modificación de conducta, validación emocional, estimulación sensorial
   - Psicoeducación y apoyo a los cuidadores

4. Si persisten los síntomas o hay riesgo importante, emplear la medicación
   - Emplear la dosis mínima eficaz, controlar efectos adversos, efectuar pruebas de retirada.

Estrategias de manejo para la Agitación

- No discuta con la persona. Háblele con calma. Atienda sus preocupaciones y frustraciones. Muéstrele que entiende porqué está enfadada o temerosa.
- Una vez conseguida la empatía, redirija la atención hacia algo que le guste:
    - Objeto (peluche, fotografía, etc.)
    - Actividad: comida, caricia suave, paseo, música, lectura, ver TV, etc.
- Restrinja su capacidad de autonomía y de control de su vida lo menos posible.

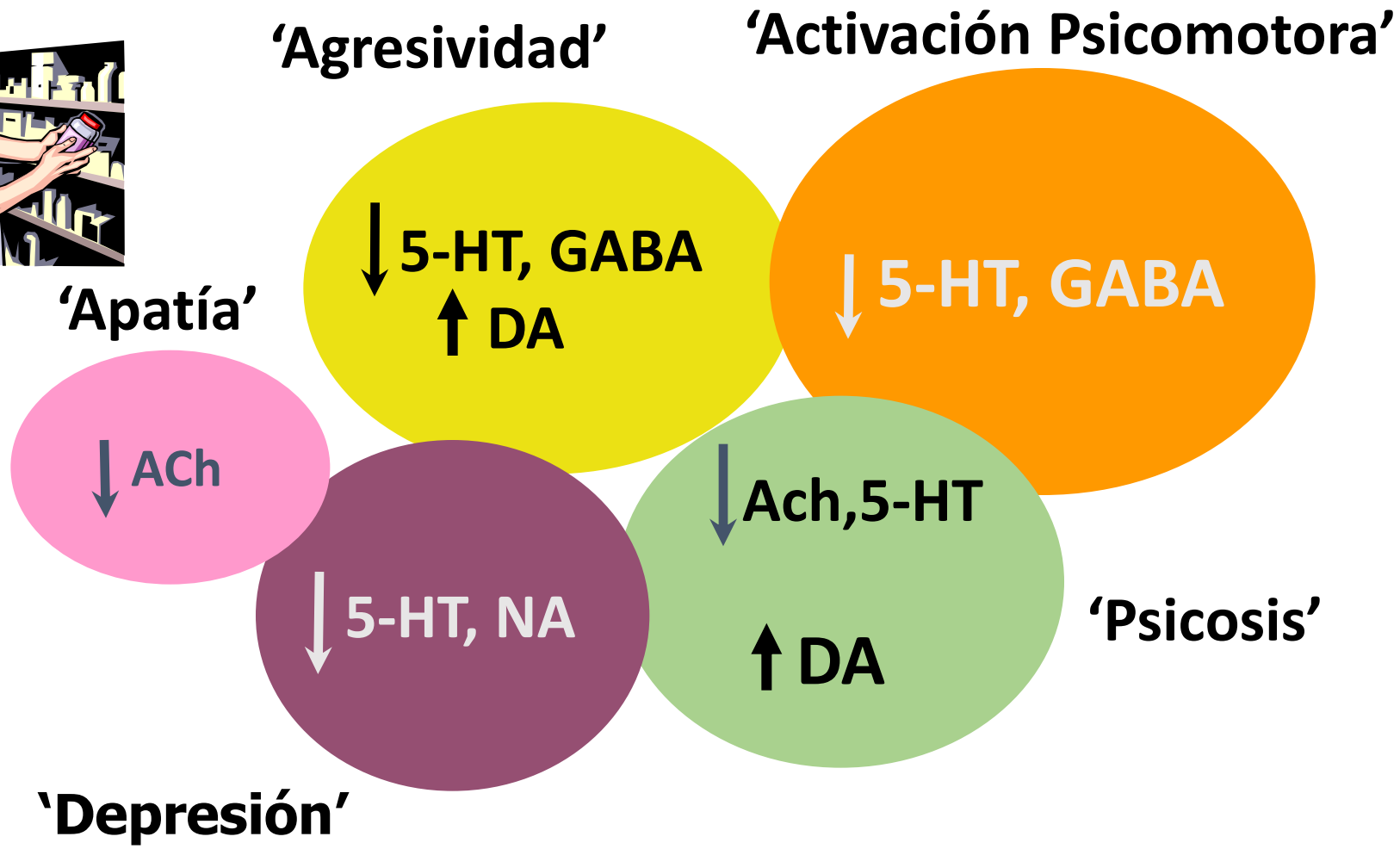
Estrategias de manejo para la Agitación

- Trate de establecer un programa del día regular, con tiempos determinados para las AVDs – baño, vestido, comida, etc. -, actividades estimulantes, y espacios de reposo.
- Mantenga el entorno habitual o al menos los objetos conocidos y fotografías, para que la persona se sienta lo más segura posible.
- Dieta con dosis limitada de azúcar, cafeína, comida basura, etc.
- Tome las medidas de seguridad necesarias sin dilación.
    - En caso de agresividad, no olvide protegerse. Pida ayuda en primer lugar. Si es necesario, manténgase a distancia hasta que cese la conducta o tenga ayuda.
- Busque ayuda si piensa que su estado emocional está afectando su capacidad de manejo.

4. Farmacoterapia. Principios Generales

1. Tratamiento basal del síndrome demencial optimizado.
2. Identificar síndromes - o síntomas - diana.
3. Considerar efectos secundarios, interacciones, contraindicaciones.
   - Carga anticolinérgica
4. Prudencia con firmeza.
   - ***"start low, go slow, but go"***
5. Monitorizar la eficacia y los efectos adversos.
6. Usar la mínima dosis efectiva.
7. Si efectiva, continuar durante semanas o meses, pero con un calendario de reevaluación y discontinuación.
8. Descartar si inefectividad.
9. En ocasiones son necesarias varias pruebas.
10. La medicación no funciona siempre…

Neurotransmisores implicados



Medicaciones para Clusters específicos

‘Agresividad’

‘Activación Psicomotora’

‘Apatía’

‘Depresión’

‘Psicosis’

<u>Antipsicóticos</u>
Anticomiciales
Antidepresivos

<u>Antipsicóticos</u>
Anticomiciales
Benzodiazepinas
Antidepresivos

IAChEs
Antidepresivos

Antidepresivos
IAChEs

<u>Antipsicóticos</u>
IAChEs

Tratamiento farmacológico de los SCPD

Agresión o ira
- **Leve** → Valproato, ISRSs, Gabapentina Trazodone, Buspirona
- **Intensa** → Valproato, Risperidona

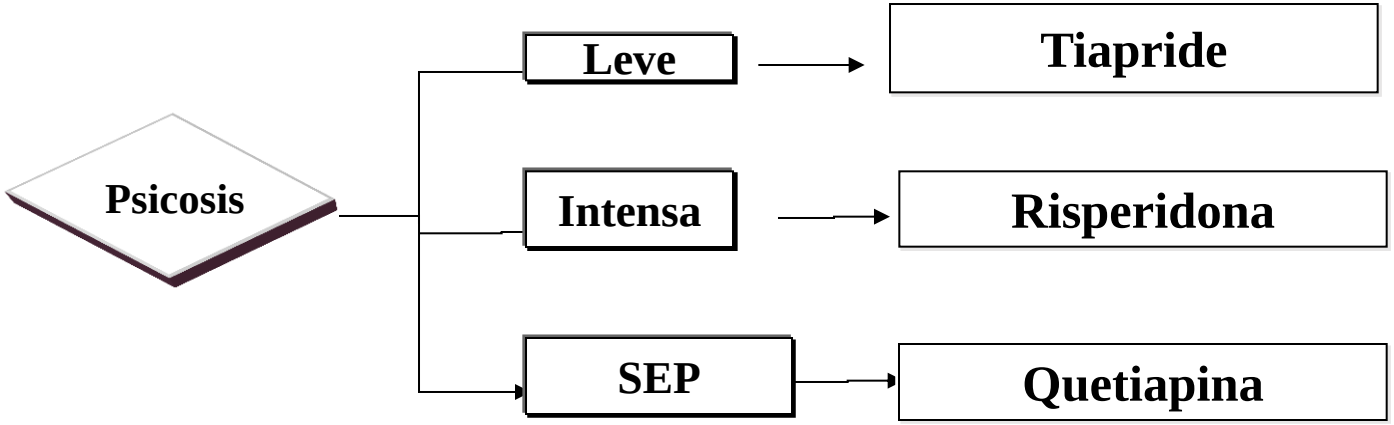
Depresión
- **+ Psicosis** → ISRSs + Aripiprazol
- **-Psicosis** → ISRSs

Ansiedad → ISRSs, BZDs, Pregabalina

Insomnio → Trazodone, BZDs Distraneurine

Agitación → Trazodone, Valproato, Tiapride, Risperidona

Tratamiento farmacológico de los SCPD



Caso Clínico (2) cont.

- Tras el tratamiento establecido, la paciente mejoró notablemente, de manera que a los 6 meses se retiraron los antipsicóticos.
- Pasados cuatro meses, debuta bruscamente con ideas delirantes de tipo ocupacional, alucinaciones visuales (zoopsias), inquietud psicomotriz de predominio vespertino, insomnio, disminución del nivel de conciencia, trastorno de la atención y fluctuaciones circadianas marcadas del cuadro clínico.
- La familia llama por teléfono y comenta que ha vuelto a darle el antipsicótico, pero tras 24 horas sigue igual y pregunta qué actitud tomar.

Cuestiones

- ¿Qué opináis del diagnóstico?
- ¿Qué os parecen los tratamientos que está tomando?
- ¿Alguna sugerencia de nuevas exploraciones?
- ¿Alguna idea acerca de la actitud terapéutica?
- ¿Es un caso idóneo para el ingreso? ¿En qué recurso?

Delirium o Síndrome Confusional Agudo

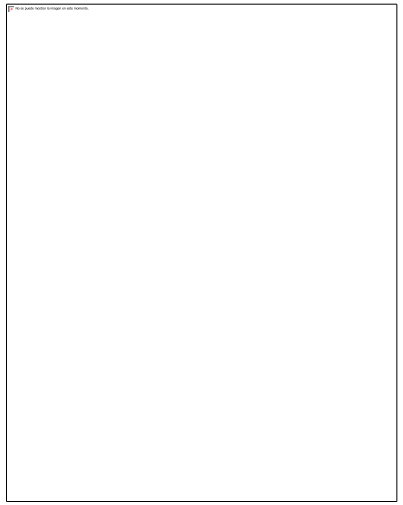
- 15-20% pacientes hospitalizados de más de 65 años.
- Hasta el 75% de los pacientes terminales con cáncer.
- Complicación más frecuente de las demencias

Delirium, un cuadro clínico complejo

- Desorganización de pensamiento.
- Desorientación.
- Psicosis:
  - delirios, alucinaciones, falsos reconocimientos.
- Nivel de conciencia alterado
- Atención alterada
  - Mantener, cambiar.
- Trastornos motores
  - Formas agitadas e hipo activas.
- Alteraciones emocionales
  - Labilidad, llanto, ansiedad, temor, apatía, irritabilidad.
- Trastornos del comportamiento
  - Agresividad, fugas, suicidio…

Delirium vs. Demencia

- Rápido
- Fluctuante
- Reversible
- Conciencia afectada
- Memoria ± afectada
- Urgencia



- Progresivo
- Permanente
- Irreversible
- Conciencia intacta
- Memoria alterada
- No urgencia

Delirium - Causas

- Fármacos
  - Hipnóticos, esteroides, opiáceos, quimioterapia, antibióticos, neurolépticos, etc.
- Fallo orgánico
  - Hepático, renal, cardiopulmonar, etc.
- Cambios Metabólicos
  - Tiroides, suprarrenales, balance hidroelectrolítico.
- Infección
  - Pulmonar, urinaria, sepsis
- Desnutrición

Tratamiento del Delirium

1. Respeto y consideración al paciente
   - Intento de preservar una comprensión y respuesta al entorno.
2. Tratamiento etiológico
3. Entorno tranquilo, seguro, reorientador, no restrictivo – Ej. cuidador permanente –.
4. Farmacológico
   - Haloperidol, risperidona, olanzapina.

Caso Clínico (2) cont.

- Tras el tratamiento establecido, la paciente mejoró notablemente, de manera que al mes retiraron los antipsicóticos.
- Seis meses más tarde, la familia comenta que la paciente ha empeorado de nuevo. Han reaparecido las ideas delirantes, ahora referidas que “alguien le roba las cosas”. Está más inquieta y duerme peor. Hace intentos continuos de escaparse de casa, y una vez en un descuido se marchó y estuvieron buscándola varias horas.
- Recientemente ha tenido varios cambios de cuidadora, por diversas circunstancias. Sus hijos están desbordados por la situación y están considerando un ingreso en una residencia.

Cuestiones

- ¿Qué opináis del diagnóstico?
- ¿Qué os parecen los tratamientos que está tomando?
- ¿Alguna sugerencia de nuevas exploraciones?
- ¿Alguna idea acerca de la actitud terapéutica?
- ¿Es un caso idóneo para el ingreso? ¿En qué recurso?

Muchas gracias por vuestra atención

mmartin@clinicapadremenni.org

Hermanas Hospitalarias
PROVINCIA DE ESPAÑA