

“Abordatge del pacient amb demència”

Sebastià Riu Subirana

Metge. SRETR Llars Mundet.

Diputació de Barcelona.

Grup de gent gran camfic i grupo demencias semFYC

Epidemiologia

- Prevalença en > 65 anys 5-10%
 - » Augmenta amb l'edat
 - » X per 2 cada 4 anys fins arribar al 30% a la dècada dels 80
- Estudis espanyols de prevalença
 - » Leganés: 12.1% en > 70 anys
 - » Girona: 14-16% en > 65 anys
 - » Tarragona: 14.9% en > de 65 anys
- Incidència
 - » Augmenta amb l'edat
 - » Entre el 7‰ (65-69 anys) i el 118 ‰ (85-89 anys)

Causes de demència

(en > 65 anys. Metanàl·lisis Clarfield, 2003 -39 estudis, 7.042 casos-)

1. EA	56.4%
2. DV	20.3%
3. D. Mixta	6.2%
4. Metabòlica	1.1%

En la D. per Cosos de Lewy 4-26%

CONCEPTO DE DETERIORO COGNITIVO

DISMINUCIÓN DEL RENDIMIENTO, de al menos una de las CAPACIDADES MENTALES (memoria, orientación, lenguaje, etc)...

CONCEPTO CLÍNICO SINDRÓMICO:

© DC no relacionados con la edad:

② SCA, Depresión, Ansiedad, Fármacos, Hipotiroidismo....

© DC relacionados con la edad:

② Olvido benigno senil, AMAE, DECAE, TCAE

© DC con criterios de DEMENCIA.

No todos los DC son demencia

Criteris diagnòstics de demència DSM-IV

- Tr. memòria:
 - » Registre, retenció, evocació, reconeixement
- A més alguna de les alteracions
 - » Afàsia
 - » Apràxia
 - » Agnòsia
 - » Tr. de la funció executiva
- Alteració de la vida familiar, social i professional
 - » Suposa el decliu respecte a un nivell previ de funcionament intel·lectual

(els dos primers apartats es demostren per una exploració psicopatològica, no apareixen en el curs d'un delirium i són confirmats per un informant qualificat)

Criterios para el diagnóstico de la demencia del Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y demencias (GENCD) de la Sociedad Española de Neurología (SEN)

I. Alteraciones de al menos dos de las siguientes áreas cognitivas:

- a. Atención / concentración
- b. Lenguaje
- c. Gnosias
- d. Memoria
- e. Praxias
- f. Funciones visuoespaciales
- g. Funciones ejecutivas
- h. Conducta

II. Estas alteraciones deben ser:

- a. Adquiridas, con deterioro de las capacidades previas del paciente comprobado a través de un informador fiable o mediante evaluaciones sucesivas
- b. Objetivadas en la exploración neuropsicológica
- c. Persistentes durante semanas o meses y constatadas en el paciente con un nivel de conciencia normal

III. Estas alteraciones son de intensidad suficiente como para interferir en las actividades habituales del sujeto, incluyendo las ocupacionales y sociales

IV. Las alteraciones cursan sin trastorno del nivel de conciencia hasta fases terminales, aunque pueden ocurrir perturbaciones transitorias intercurrentes

Sospita clínica de demència

SÍNTOMAS DE ALARMA DE LA ALZHEIMER ASSOCIATION

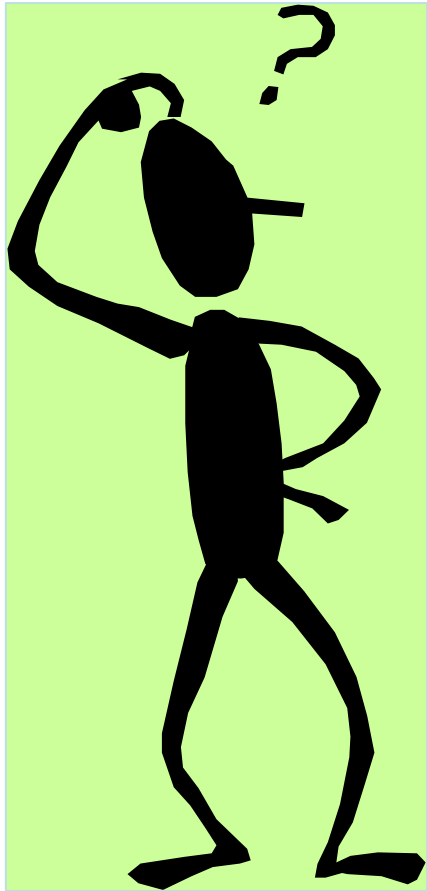
1. Pérdida de memoria que afecta a la capacidad laboral.
2. Dificultades en tareas familiares.
3. Problemas de lenguaje.
4. Desorientación en tiempo y lugar.
5. Pobreza de juicio.
6. Problemas de pensamiento abstracto.
7. Perder cosas. Colocarlas en lugares inapropiados.
8. Cambios de conducta.
9. Cambios de personalidad.
10. Pérdida de iniciativa.



Cas nº 1

- **Dona de 78 anys**
- **Evolució**
 - fa 3-4 anys inicia oblit progressiu,
 - s'ha perdut en alguna ocasió per tornar a casa seva
 - dificultat en trobar les paraules per expressar-se
 - no porta bé el control de la medicació des de fa mesos, ni tampoc el control dels diners
 - es sent desanimada, inquieta, irritable en ocasions
 - no vol sortir de casa, diu que a casa ja hi està bé.

¿Com es diagnostica una demència?



- sospita clínica
- anamnesi
- antecedents
- exploració física sobretot neurològica
- tests psicomètrics
- ¿deteriorament cognitiu?

Recomendaciones para el Diagnóstico

1. Cuando son allegados o la familia los que sospechan el deterioro (GR A)
2. Cuando las quejas sobre falta de memoria u otros déficit provienen del paciente (GR B)

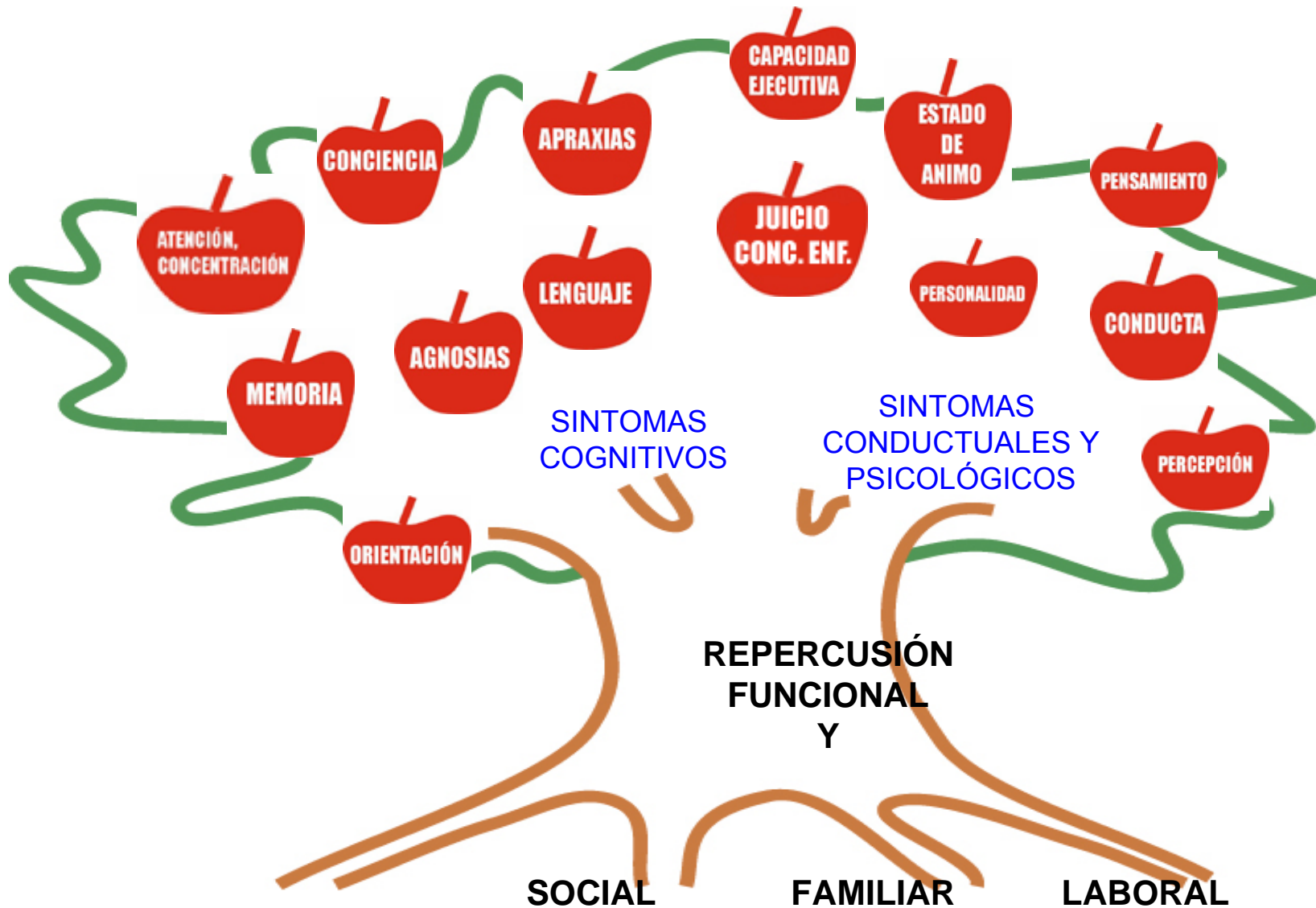
Anamnesis al paciente e informador

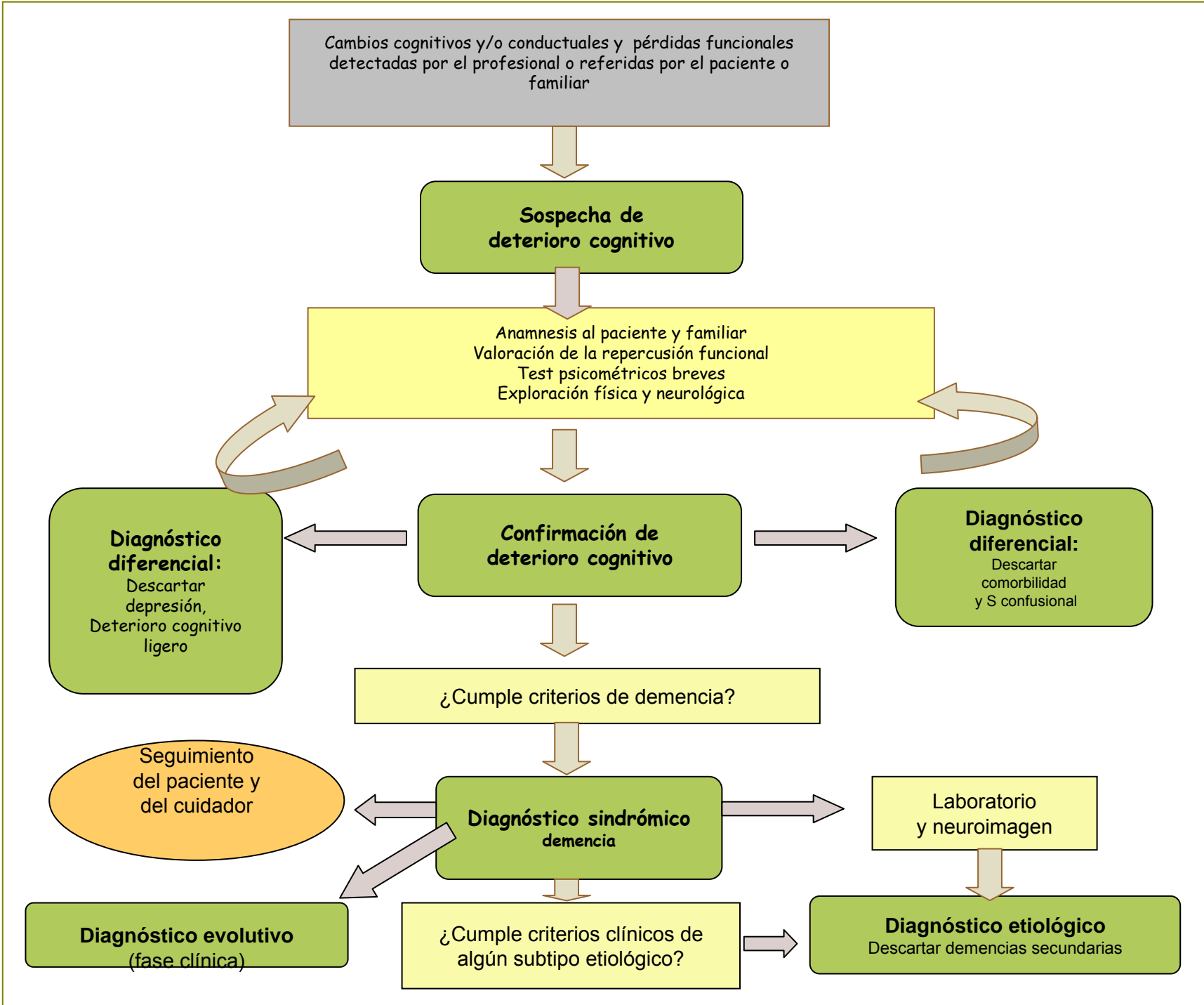
!!!Hacer primera evaluación rápida para descartar problemas que requieran atención inmediata!!!

SÍNTOMAS y SIGNOS GUÍA son:

- ✓ inicio agudo
- ✓ evolución rápida
- ✓ afectación del nivel de conciencia
- ✓ focalidad neurológica aguda

SINTOMAS DE LA DEMENCIA



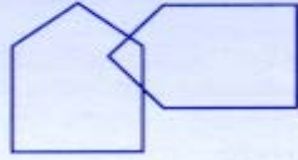


Diagnòstic sindròmic

¿De quins tests disposem a Atenció no especialitzada?

- **Tests d'avaluació psicomètrica**
 - MEC, Set test, TIN, Pfeiffer, Yesavage
- **Altres tests psicomètrics breus**
 - MMSE, Blessed, Rellotge, 7 minuts
- **Altres escales**
 - Barthel, Lawton i Brody, GDS de Reisberg

Tabla 3. Miniexamen cognoscitivo (versión de Lobo)*

	Puntos
<i>Orientación</i>	
"Dígame el día Fecha Mes Estación Año"	(5)
"Dígame el Hospital (o el lugar) Planta"	
Ciudad Prov Nación"	(5)
<i>Fijación</i>	
"Repita estas 3 palabras: Peseta-Caballo-Manzana" (Repetirlas hasta que las aprenda)"	(3)
<i>Concentración y cálculo</i>	
"Si tiene 30 pta, y me va dando de 3 en 3, ¿Cuántas le van quedando?""	(5)
"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda)	
"Ahora hacia atrás""	(3)
<i>Memoria</i>	
"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?""	(3)
<i>Lenguaje y construcción</i>	
Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj"	(2)
"Repita esta frase: En un trigal había cinco perros""	(1)
"Una manzana y una perra son frutas, ¿Verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?"	
"¿Qué son un perro y un gato?""	(2)
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa""	(3)
"Lea esto y haga lo que dice": CIERRE LOS OJOS"	(1)
"Escriba una frase""	(1)
"Copie este dibujo:""	(1)
	
Puntuación total"	(35)

*Un punto cada respuesta correcta

Resultats exploracions Cas 1

Tests psicomètrics

- MEC 17/35
- Set test 19/40
- TIN breu 70/85

SET-TEST. ISAACS.1973

Demandar al rnalalt que digui sense parar fins que se li digui prou una sèrie de noms de:

1. Colors 2. Animals 3. Fruites 4. Ciutats

(apuntar en el full els que diu i els que repeteix).

Temps: 1 minut per a cada sèrie. Canviar de sèrie quan n'hagi dit 10 sense repetir, encara que no
hagi passat el minut.

NOM:

DATA:

COLORS:

ANIMALS:

FRUITES:

CIUTATS:

ERRORS/BEPETICIONS:

TOTAL:

Normalitat: Adutts > ó = 29 Ancians > ó = 27

TEST DEL INFORMADOR (TIN)

(VERSION BREVE O CORTA)

Recuerde, por favor, cómo era su familiar hace 5 ó 10 años y compare cómo es él en este momento. Conteste si ha habido algún cambio a lo largo de este tiempo en la *capacidad* de su familiar para cada uno de los aspectos que le preguntamos.

Puntúe con los siguientes criterios: 1: ha mejorado mucho 2: ha mejorado un poco 3: casi sin cambios 4: ha empeorado un poco 5: ha empeorado mucho

PREGUNTA

1. Para recordar los nombres de personas más íntimas (parientes, amigos).
2. Recordar cosas que han sucedido recientemente, durante los 2 o 3 últimos meses (noticias, cosas suyas o de sus familiares).
3. Recordar de qué se habló en una conversación de unos días antes.
4. Olvidar qué ha dicho unos minutos antes, pararse en mitad de una frase y no saber que iba a decir, repetir lo que ha dicho un rato antes.
5. Recordar la fecha en que vive.
6. Conocer el lugar exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas.
7. Saber dónde va una cosa que se ha encontrado descolocada.
8. Aprender a utilizar un aparato nuevo (lavadora, tocadiscos, radio, etcétera).
9. Recordar las cosas que han sucedido recientemente.
10. Aprender cosas nuevas (en general).
11. Comprender el significado de palabras poco usuales (del periódico, T\~ conversación).
12. Entender artículos de los periódicos o revistas en las que está interesado.
13. Seguir una historia en un libro, la prensa, el cine, la radio o la TV
14. Tomar decisiones tanto en cuestiones cotidianas (qué ropa ponerse, qué comida preparar) como en asuntos de más trascendencia (dónde ir de vacaciones o invertir el dinero).
15. Control de los asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar los impuestos, trato con el banco).
16. Control de otros problemas de cálculo cotidianos (tiempo entre visitas de familiares, distancias entre lugares y cuánta comida comprar y preparar especialmente si hay invitados).
17. ¿Cree que su inteligencia (en general) ha cambiado durante los últimos 10 años?

Enfermedad de Alzheimer

Estadios Iniciales

- Desarrollo **insidioso**, síntomas sutiles.
- **Trastorno precoz de la memoria reciente** (incapacidad para adquirir nueva información y olvidos en detalles de hechos recientes).
- **Déficit de la función ejecutiva** (realización de tareas en la que son necesarios múltiples pasos como llevar cuentas o preparar comidas) que conlleva desadaptación sociolabral.
- Se añade afectación de otras áreas cognitivas: **desorientación temporoespacial, dificultad para encontrar palabras** y disminución del lenguaje espontáneo, alteraciones en el **calcula**.
- **Cambios en la personalidad** o aumento de la irritabilidad y **depresión**.

Valoración funcional

Primeros estadios de la demencia

- Afectación de actividades complejas, relacionadas con el trabajo y con funciones necesarias para vivir en comunidad. Problemas para llevar una agenda de trabajo, conducir, organizar, programar o planificar actividades

- Afectación de actividades relacionadas con la vida en comunidad (AVD Instrumentales):
 - Confusión y olvidos de la medicación, dificultades para manejar el dinero (banco, compra), utilizar transporte.
 - Problemas para hacer la comida o la compra, limpieza insuficiente o inadecuada de la casa y de la ropa.

Otros test

1. Test del rellotge
2. Test dels 7 minuts
3. Mini-cog
4. BAS
5. MIS
6. Eurotest
7. Prueba cognitiva de Leganés
8. Escala de Blessed
9. Neuropsychiatric Inventory

Diagnòstic diferencial



- Envelliment (AMAE, DECAE = MCI)
 - Índex de conversió a EA:
 - 48.7% amnèsica
 - 26.8% no amnèsica
- Neurology 2007 Jan 23;68(4):288-91
- Depressió
- Fàrmacs
- Sde. confusionària
- Trastorns nutricionals
- Síndromes focals

DIFERENCIAS	Normalidad	DCL	Demencia
Clínica			
- Quejas de alteración cognitiva referidas por el paciente o informador fiable	Infrecuente	Sí	Sí
- Interferencia con las actividades instrumentales o avanzadas de la vida diaria	No	No, o mínimamente	Sí
- Interferencia con las actividades básicas de la vida diaria	No	No	Depende de la intensidad de la demencia
Exploración neuropsicológica			
- Alteración objetivable de funciones cognitivas	No	Sí, de una o más	Sí, de dos o más
Evolución a demencia (>60 años)	1-2% anual	12-15% anual	-

Fàrmacs amb toxicitat cognitiva

(Ancelin ML et al. BMJ 2006 Feb1;332:455-9. Versus MCI reversible)

- espasmolítics
- anticolinèrgics
- oxibutinina
- metoclopramida
- ADTricíclics
- propanolol
- BZP
- antiHTA d'acció central
- digoxina
- antiH1 sedants
- antiparkinsonians
- corticoides
- NRL tipus tioridazina

DIAGNÒSTIC ETIOLÒGIC

Classificació de les demències

1. Demències degeneratives
2. Demències secundàries
3. Demències combinades o mixtes

Demències degeneratives

- ***Enfermedades en que la demencia es la manifestación principal***
 - Enfermedad de Alzheimer
 - Enfermedad por cuerpos de Lewy
 - Demencia frontotemporal
- ***Enfermedades en las que la demencia puede formar parte del cuadro clínico***
 - Enfermedad de Huntington
 - Degeneración corticobasal
 - Enfermedad de Parkinson
 - Parálisis supranuclear progresiva
 - Degeneraciones cerebrales focales con demencia
- ***Otras enfermedades degenerativas que excepcionalmente pueden presentarse como demencia en la edad adulta***
 - Leucodistrofias del adulto
 - Enfermedades por depósitos (gangliosidosis, ceroidlipofuscinosis, etc)
 - Enfermedades mitocondriales (Leigh, MELAS, MERRFS, etc.)
 - Otras

Demències secundàries

1.- Vasculares:

Isquèmiques (por infarto estratègic, multiinfarto, por enf. de petits vasos)
Isquèmico-hipòxiques
Hemorràgiques (Hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural crònic)

2.- **Procesos expansivos:** Tumores cerebrals primaris, tumors metastàsics, síndromes paraneoplàsics

3.- **Alteración dinámica del líquido cefalorraquídeo:** Hidrocefalia de pressió normal, altres hidrocefalies cròniques

4.- Infecciosas (bacterianas, víricas, fúngicas, parasitarias):

Meningoencefalitis, tuberculosa, neurolúes, criptococosis, complex de demència-SIDA, abscessos cerebrals, etc.

Demència por prions (Creutzfeldt-Jakob y variante)

5.- Endocrino-metabòlics:

Hipo-hipertiroidisme. Hipo-hiperparatiroidisme
Enfermedad de Addison, enfermedad de Cushing
Encefalopatía urémica, hepática, enfermedad de Wilson, etc.

6.- **Carenciales:** déficit de vitamina B12, àcid fòlic, niacina, etc.

7.- Tòxics y medicamentosos:

Alcohòlica, intoxicació por metalls pesados u altres tòxics
Litio, metotrexato y altres medicaments

8.- **Traumàtics:** demència postraumàtica, demència pugilística

9.- **Enfermedades psiquiàtrics:** demència por depressió u altres enfermedades psiquiàtrics cròniques

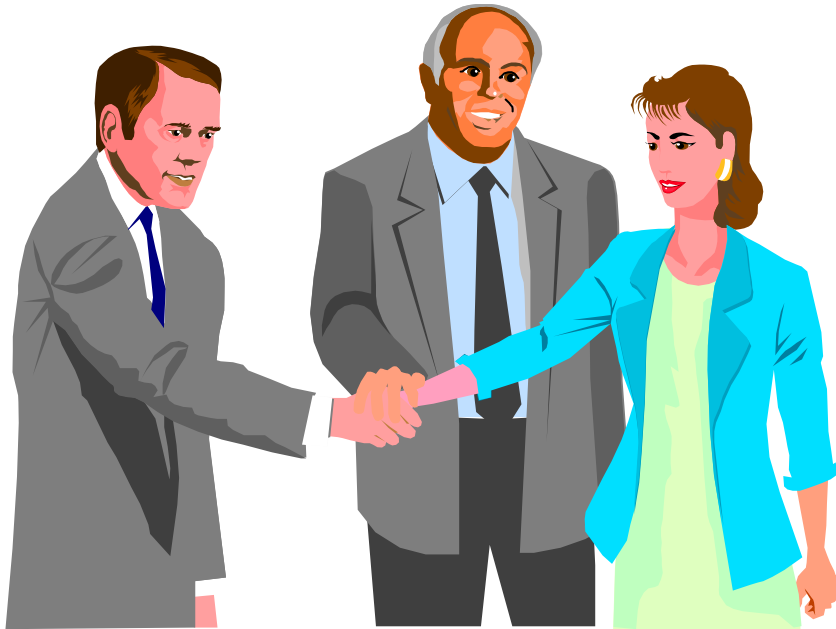
Exploracions complementàries

- **VSG i hemograma**
- **bioquímica:**
 - Glic, Ca, iono, col, alb, f. renal i f. hepàtic
- **h. tiroïdees**
- **vit. B12 i 'acid fòlic**
- **serologia:**
 - HIV i lúes
- perfil d'orina
- **Neuroimatge sempre menys:**
 - severes
 - h^a > 3 anys
 - inici progressiu
 - sense TCE previ
 - no signes ni símptomes de focalitat neurològica recent

Resultats exploracions Cas 1

- Analítics
 - Anodins
- Neuroimatge
 - Atròfia còrtico-subcortical difusa

Estadi evolutiu (GDS Reisberg)



- 1.- No deteriorament cognitiu (DC)
- 2.- DC molt lleu
- 3.- DC lleu (MCI)
- 4.- Demència lleu
- 5.- Demència moderada
- 6.- Demència moderada/greu
- 7.- Demència greu

Estadis GDS-FAST (Reisberg)

(Existeix una correlació funcional entre el FAST i la ↓ neurones de l'hipocamp i el % de canvis neurofibrilars)

1. **No dèficits**
2. **Queixes subjectives, AVD OK**
3. **Dificultat AAVD**
4. **Ajuda per AAVD**
5. **Ajuda elecció roba**
6. **Subtipus:**
 - 6a: ajuda per vestir
 - 6b: ajuda pel bany
 - 6c: ajuda ús WC
 - 6d: incontinença uri.
 - 6e: incontinença fec.
7. **Subtipus:**
 - 7a: < 7 paraules
 - 7b: no llenguatge
 - 7c: no deambulació
 - 7d: no sedestació
 - 7e: no somriure
 - 7f: no sosteniment cap

La enfermedad de Alzheimer golpea dos veces:
al afectar al *cerebro* del enfermo y
al *corazón* de la familia



Diagnòstic sòciofamiliar

- Identificar al cuidador principal
- Avaluar sobrecàrrega (emocional i/o física)
 - ✓ Relació directa*: tipus relació, grau de parentiu, dona
 - ✓ No condiciona*: deter. cognitiu ni dependència física
- Mantenir bona relació EAP/cuidador
- Complir funcions
 - ✓ avaluar, tractar, atendre, informar, assessorar, donar suport i ajuda

Actuaciones DEMENCIA LEVE

Valoración integral y Plan de cuidados

PACIENTE

- Comorbilidad
- Tratamiento Farmacológico Específico
- Tratamiento no Farmacológico

CUIDADOR

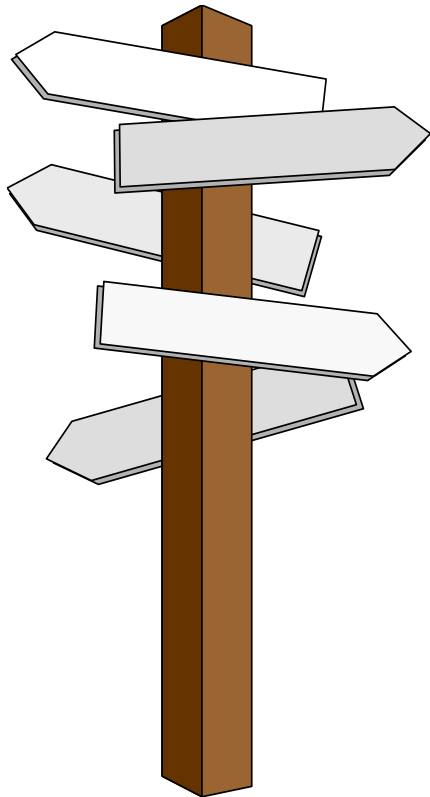
- Identificación
- Información: Enfermedad Recursos Aspectos legales Autocuidado
- Formación

ENTORNO

DOMICILIO:
Adaptación Cognitiva y medidas de seguridad

SOCIAL:
AFAS
Centros de día

Criteris de derivació



- dubte diagnòstic
- sospita D. tractable o Alzheimer
- D en < de 65 anys
- explorac. complem.
- inici tr. conducta o personalitat
- planteig estimulació
- serveis especialitzats

Tractament

Objectius del tractament



- milloria cognitiva
- control dels SCPD
- millorar/estabilitzar l'estat funcional
- ↓ progressió
- cura i educació cuidadors

Tractament no farmacològic

El primer tt^o passa per les
modificacions ambientals i
conductuals.

(Can Fam Physician 2006;52:191-99)

INDICACION DE LAS INTERVENCIONES SEGÚN EL ESTADIO

GDS 3

GDS 4

GDS 5

GDS 6

GDS 7

Actividad social				
Entrenamiento de memoria				
Reminiscencia				
	Orientación a la realidad		Validación	
	Terapia cognitiva			
Ejercicio físico				
	Actividades ocupacionales			
			Ayudas técnicas	
	Adaptación del entorno		Ayuda en ABVD	



Tractament farmacològic específic

¿cal plantejar-lo?

Abordatge farmacològic de la malaltia d'Alzheimer

- Etiopatogènic (p.e. Vacunes)
- Simptomàtic
 - anticolinesteràsics (donepezilo, rivastigmina, galantamina).
Raskind MA. Med Clin North Am May 2001
 - memantina
 - antipsicòtics
 - antidepressius
 - benzodiazepines
 - altres: antiepilèptics, metilfenidat,.....

Tt⁰ farmacològic específic

NO COMBINATS

- **IACE**
 - MMSE > 10
 - GDS 3 – 6

- **Memantina**
 - MMSE 3 – 10
 - GDS 5 – 7a

COMBINATS

- MMSE 10 – 20
- GDS 4 - 6

Accions dels fàrmacs anticolinesteràsics

- A nivell cognitiu, modest però significatiu
- A nivell de l'humor
- A nivell conductual

Metaanàlisi: IACE en el tractament dels SCPD

Els IACE tenen un efecte beneficiós modest en els resultats neuropsiquiàtrics i funcionals en pacients amb malaltia d'Alzheimer

Nhi-Ha Trinh, Hoblyn J; Mohanty S and Yaffe K. Efficacy of Cholinesterase inhibitors in the Treatment of Neuropsychiatric Symptoms and Functional Impairment in Alzheimer's disease. A Meta-analysis. JAMA. 2003;289:210-216

**Howard RJ, Juszcak E, Ballard CG, Bentham P, Brown RG, Bullock R et al.
Donepezil for the treatment of agitation in Alzheimer's Disease.**

N Engl J Med 2007;357:1382-92

**El donepezilo no ha demostrado ninguna
utilidad en la agitación de enfermos con
demencia.**

Anticolinesteràssics - I

Característica	Donepezilo (1997)	Rivastigmina (1999)	Galantamina (2000)
Vida $\frac{1}{2}$	70h	1 – 2h (= 10h)	7 – 8 h
Metabolisme	hepàtic	perifèric	Hepàtic
Dosi inici	5mg / nit	1.5 mg / 12h	4 mg / 12h
Manteniment	5 – 10 mg/24h	6 – 12 mg / 12h	8 - 12 mg / 12h
Efectes secundaris	3 – 9%	2.8 – 6.7%	5%
Abandons	1 – 3%	?	?

Anticolinesteràssics - II

Característica	Donepezilo	Rivastigmina	Galantamina
Precaucions	MPOC.Asma I. Hepàtica	Úlcus. RAO. Malaltia del si	MPOC.RAO. Úlcus. ↓ FC
Contraindic.	Úlcus. RAO. Malaltia del si	Insufic. Hepàtica greu	I. Renal o hepàtica greu
Interaccions	Fluoxetina, fenitoïna, alcohol, β-bloq.	No (> efectes secundaris G-I)	Fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina, clorpromazina, tioridazina, eritromicina, cronotrops -
Menjars	Indiferent	Amb menjars	Amb menjars

Anticolinesteràssics - III

Característica	Donepezilo	Rivastigmina	Galantamina
Fracassos primaris	22–25% (12s) 32-39% (24s)	No citats	No citats
Controls analítics	No	No	No
Augment dosi	4 - 6 setmanes (ara formulacions flas)	Cada 2 - 4 setmanes (ara pegat transdèrmic i sol·lució 2mg/ml))	Cada 4 setmanes (alliberació perllongada en 8,16 i 24 mg)

Memantina

- **Antagonista competitiu NMDA (N-Metyl-D-Aspartat), receptor del glutamat**
 - Nivells elevats de glutamat comporten el dany i la mort celular
- **Dosis creixents** (inici 5 mg per dia i ↑ fins 10mg/12h)
- **Milloria clínica global, funcional, cognitiva, i ↓ dependència**

Cas clínic nº 2

- Home de 89 anys
- ATCD.
 - » M. Alzheimer probable (ttº memantina) de 5 anys d'evolució
 - » ACxFA
 - » Tr. de conducta des de fa uns mesos del tipus agressivitat verbal i física, hostilitat, agitació psicomotriu, no cooperació, canvis del ritme son/vigília.
- Ttº actual:
 - » Tromalyt 300 mg a les 9h
 - » Ebixa solució 20 gotes cada 12 hores
 - » Omeprazol 20 mg per la nit
 - » Alprazolam 0.25 mg al matí i al migdia
 - » Deprax 100mg ½ a la nit

Enfermedad de Alzheimer

Fases medias

- **Pérdida de memoria severa**, quedando solo la memoria a largo plazo.
- **Desorientación**, incapacidad de reconocer a familiares próximos, lenguaje empobrecido y con **dificultad para comprender** ciertas ordenes.
- Requiere **asistencia para su cuidado** personal.
- Son frecuentes los **problemas de conducta** como suspicacias, ideación delirante, agresividad, alteraciones del sueño, etc.
- Comienza a **perder el control de los esfínteres**.

Actuaciones **DEMENCIA MODERADA**

Valoración integral y Plan de cuidados

PACIENTE

-Necesidades de ABVD.
Tratamiento no Farmacológico
-Tratamiento Farmacológico Específico y SCPD
-Comorbilidad

CUIDADOR

-Información:
enfermedad, recursos, autocuidado
-Formación:
Manejo SCPD
Necesidad básicas ABVD
-Valoración sobrecarga
-Soporte emocional
Grupo de autoayuda
AFA

ENTORNO


DOMICILIO:
Adaptado
Cognitiva y medidas de seguridad
SOCIAL:
Centros de día
Ayuda domicilio

Tt⁰ símptomes conductuals i psicològics de la demència

(SCPD)

Caracterització i prevalença dels SCPD

(Rev Neurol 2007;45(11):683-8)

- Estudi: 1.025  EA, DCL o D en la EP. NPI. Transversal i retrospectiu
- Resultats:
 - Prevalença global 66.7%
 - 1/3 no tenia dg en el moment de l'estudi
 - > freq: apatia, depressió, ansietat i labilitat emocional
 - < freq: eufòria i desinhibició.
 - A > gravetat demència > freqüència i intensitat de tots els ítems del NPI (deliris, al·lucinacions, agitació, depressió, apatia, desinhibició, labilitat, conducta motora anòmla) menys ansietat i eufòria.
 - % similar en els diferents tipus de D.
 - » EA i D.EP: sbt símptomes afectius i de l'estat d'ànim (apatia, depressió). En la EP sbt els símptomes psicòtics
 - » DCL. + freq. i + greus que en EA i EP. Sbt: al·lucinacions i deliris (diferència significativa), depressió i desinhibició.

Classificació sindròmica dels SCPD

(IPA)

- Síndrome depressiva
- Síndrome delirant
 - 10-70%. Sobretot tipus paranoide o robatori. Premonitoris d'agressivitat
- Síndrome al·lucinatòria
 - 12-49%. Sobretot visuals i en DCL.
- Síndrome conductual

Simptomatologia específica conductual

- Deambulació erràtica
- Agitació
- Reaccions catastròfiques
- Queixes
- Desinhibició
- Negativisme
- Intrussivitat

Tractament no farmacològic

El primer tt^o passa per les modificacions
ambientals i conductuals.

(Can Fam Physician 2006;52:191-99)

Problemes dels malalts amb demència

1. Entorn?
2. Tr. del son
3. Comunicació
4. Depressió
5. Agitació/agressivitat
6. Vagabunderia
7. Conductes repetitives
8. Cercar coses, amagar objectes
9. Desinhibició

Intervencions sobre l'entorn

- **Mantener una rutina y horario**
 - a la hora de comer, bañarse, pasear etc.
- **Adaptación cognitiva del domicilio**
 - señalización de las habitaciones, del contenido de armarios, colocar la ropa según la estación del año, retirar espejos si el paciente se asusta
- **Adaptación sensorial del medio físico**
 - con colores y decoración suaves, evitando: una decoración recargada, exceso de muebles y complementos inútiles, exceso de ruido, y mantener la temperatura lo más constante posible

Comunicació

- frases curtes
- preguntes dicotòmiques
- donar temps per elaborar resposta
- qualsevol resposta és bona
- ¿recordes..? ¿saps ..? ¿fa quan de temps..?
- ¿vols menjar? ¡anem a menjar!
- ordres senzilles

Trastornos del son

És necessari descartar i tractar causes d'insomni

- Enfermedades médicas (dolor, disnea, nicturia, etc), problemas en un contexto psiquiátrico (ansiedad, depresión, agitación, psicosis, *delirium*, etc), alteraciones primarias del sueño (síndrome de apnea del sueño, síndrome piernas inquietas, etc)
- Tratamientos farmacológicos (asegurarse de que toma los fármacos con efecto diurético por la mañana)
- Causas ambientales: ruido, temperatura inadecuada, preocupaciones
- Bebidas estimulantes y alcohol

Recomanacions perquè el pacient dormi millor

- Preparar la habitación para dormir

Procurar que sea cómoda y agradable en temperatura, ruido, que no haya colores o imágenes estridentes

Utilizarla sólo para dormir, no para ver la televisión o escuchar la radio en la cama

- Establecer rutinas y horarios

Mantener una hora fija de acostarse y levantarse, intentando que no duerma durante el día

Realizar una actividad física regular

- Antes de acostarse

Realizar actividades relajantes (escuchar música, darse un baño, etc.)

Evitar estímulos

Evitar comidas copiosas y excitantes

No beber mucho dos horas antes de acostarse

Hacerle ir a orinar

- Si se levanta por la noche debemos tomar medidas de seguridad (cerrar puertas y ventanas, dejar una luz piloto encendida durante la noche).

Depressió

Estimular al paciente y facilitar que realice actividades de ocio,

salidas, relaciones sociales, ejercicio físico y tareas placenteras que le mantengan activo (pequeñas labores domésticas, cuidado de plantas o animales), con responsabilidad sobre las mismas.

Crear un entorno animado y luminoso

Eliminar fuentes de conflicto y frustración,

evitando siempre aquellas actividades que no son capaces de llevar a cabo.

Mejorar la autoestima mediante refuerzos positivos

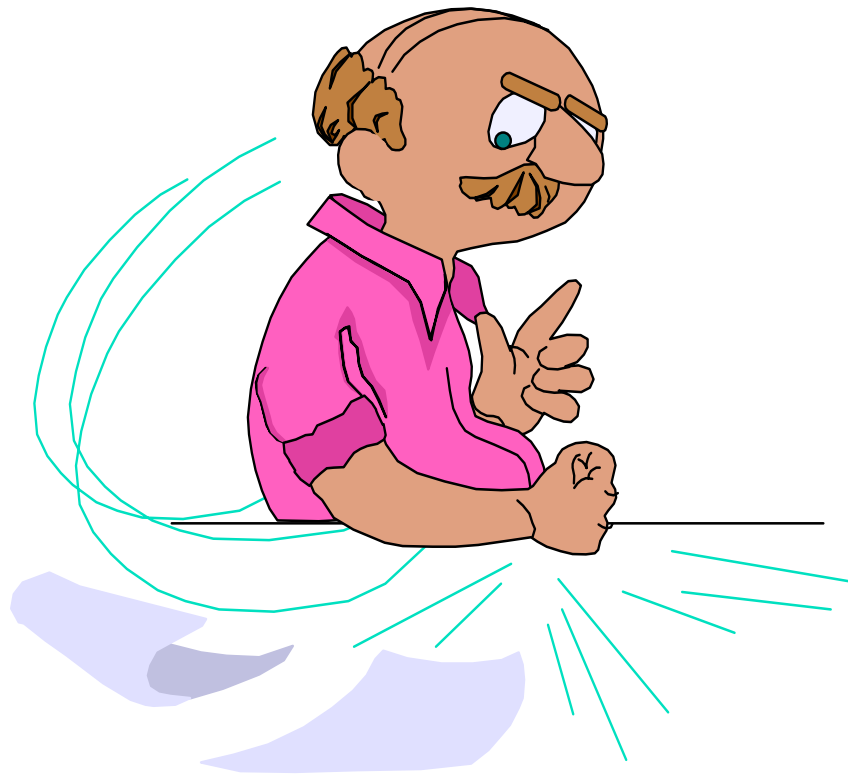
Valorar la conveniencia de tratamiento farmacológico

Ante una depresión grave que no responde al tratamiento advertir a la familia sobre el **riesgo de suicidio.**

Es importante resaltar que pacientes deprimidos a menudo tienen cuidadores deprimidos,

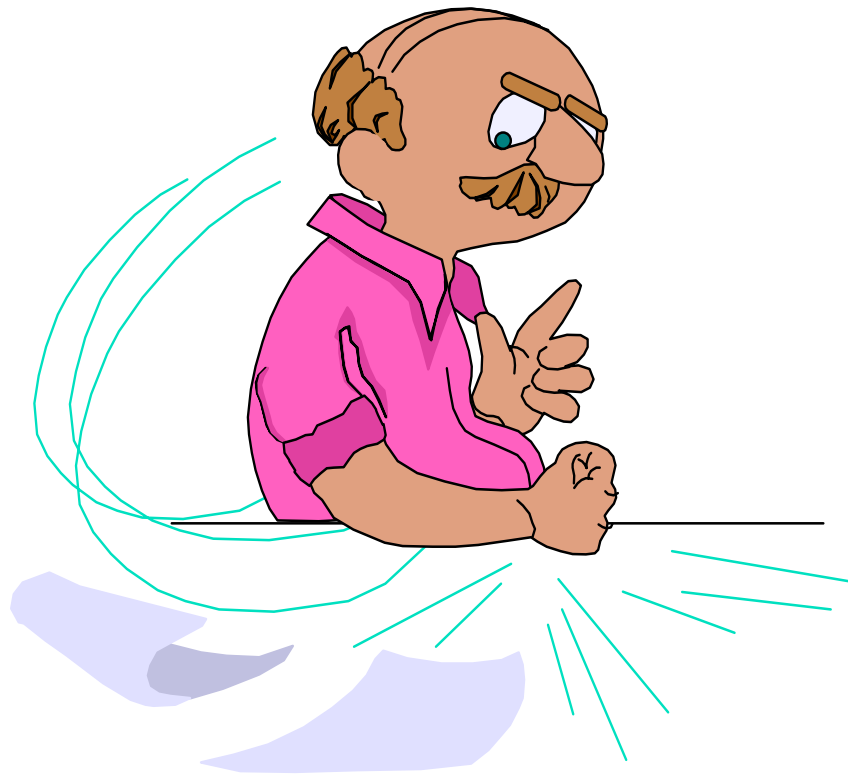
por lo que siempre debemos valorar y tratar si es necesario el estado de ánimo del cuidador. Mejorar el estado de ánimo de los cuidadores posiblemente tiene un resultado positivo en los problemas del comportamiento.

Recomanacions si agitació i/o agressivitat - I



- Evitar desencadenants.
Anticipar-se
- Evitar estimulants
- Medi òptim
- Estimulació idònia
- Distracció
- Aprofundiment i seguir el fil

Recomanacions si agitació i/o agressivitat - II



- Calma, calma i calma
- Llenguatge corporal
(gestualitat, to de veu, mirada,.....)
- ¿Apropament físic?
- Recursos comunitaris

Recomanacions en la vagabunderia



- Investigar possibles causes
- Facilitar orientació
- Mesures de seguretat
- Prevenir accidents i fugues
- Identificació
- ¿Restriccions físiques?

Conductes repetitives

- Responder brevemente.
- Si preguntan por un familiar muerto: tranquilizarle de que el cuidador le atiende, le quiere.
- A veces “le podemos engañar”: ahora viene.
- Dejarle que continúe hasta que se calme.
- No enfadarse, no perder la calma, ni el sentido del humor.
- No intentar razonar con él.
- Proponer u ofrecer una actividad que le guste o que le distraiga
- Proporcionar un refuerzo positivo cuando haya un comportamiento adecuado

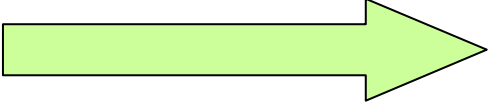
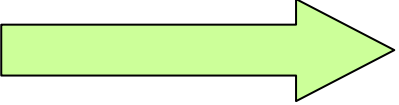
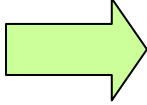
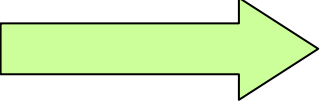
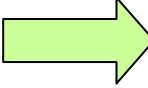
Cercar cosas, amagar objectes

- No reaccionar con irritabilidad. No acusarle.
- No repetirle ¿te acuerdas dónde lo has dejado?.
- No dejar a mano cosas importantes: llaves, tarjetas de crédito, dinero etc.
- No tirar la basura sin revisarla.

Desinhibició sexual

- Desnudarse puede estar ocasionado porque la ropa le es incómoda, y el tocarse la zona genital puede ser debido a que tiene un infección urinaria, picor o incomodidad.
- A veces se previene mostrando cariño, acariciando, abrazando, etc.
- Si se masturba en público no regañarle, llevarle a un lugar más reservado, que puede ser su habitación, si estamos en el domicilio.
- Si se desnuda, tomarlo con naturalidad, ofrecerle una bata, invitarle a ir a su habitación.
- Si trata de tocar, abrazar o acariciar a un extraño, explicarle a esa persona que su familiar le confunde con otro y que su actitud es debida a la enfermedad.
- En ningún caso hay que amenazar, ridiculizar o hacer recriminaciones emocionales al paciente.

Intervencions conductuals específiques - I

- ☆ depressió  estimular
- ☆ agitació  calmar i distreure
- ☆ deambulació erràtica  seguretat/fugues
- ☆ reiteració  “conservar la calma”
- ☆ comportament sexual inapropiat  privat

Intervencions conductuals específiques - II

- ☆ reaccions catastròfiques → abandonar momentàniament
- ☆ queixes → calmar i distreure
- ☆ negativisme → habilitats comunicacionals
- ☆ intrussivitat → cercar espais propis
- ☆ deliris, al·lucinacions → F, no oposar

INDICACION DE LAS INTERVENCIONES SEGÚN EL ESTADIO

GDS 3

GDS 4

GDS 5

GDS 6

GDS 7

Actividad social				
Entrenamiento de memoria				
Reminiscencia				
	Orientación a la realidad		Validación	
	Terapia cognitiva			
	Ejercicio físico			
	Actividades ocupacionales			
			Ayudas técnicas	
	Adaptación del entorno		Ayuda en ABVD	

Abordatge farmacològic de la malaltia d'Alzheimer

- Etiopatogènic (p.e. Vacunes)
- Simptomàtic
 - anticolinesteràsics (donepezilo, rivastigmina, galantamina).
Raskind MA. Med Clin North Am May 2001
 - memantina
 - antipsicòtics
 - antidepressius
 - benzodiazepines
 - altres: antiepilèptics, metilfenidat,.....

Elecció del fàrmac

1. Selecció adequada del fàrmac

- ✓ Fàrmacocinètica, fàrmacodinàmia
- ✓ Albuminèmia
- ✓ Metabolisme renal i hepàtic
- ✓ Cervell més sensible

2. Única substància x diversos símptomes

3. Programar retirada (IPA)

- ✓ Depressió: 6-12 mesos. Indefinit?
- ✓ Trastorns conductuals: 12 setmanes
- ✓ No millora en 4 setmanes: canvi

Durada del tractament

(JL Cummings. Am Fam Physician 2002)

- **Agitació moderada**

- NRL i BZP 1 – 6 mesos
- Altres 2 – 8 mesos

- **Agitació severa**

- BZP 1 – 6 mesos
- Altres 2 – 8 mesos

Conductes que responen pobrement als fàmacs

(Can Fam Physician 2006;52:191-99)

1. Vagareig
2. Anar i venir continu
3. Entrar a habitacions indiscriminadament
4. Intents d'anar-se'n
5. Vocalitzacions disruptives
6. Deposicions/miccions en llocs inadequats

Indicacions dels antipsicòtics

- Agitació
- Agressivitat i conductes violentes
- Hostilitat
- Idees delirants i al.lucinacions

Antipsicòtics

- **Risperidona**

- 0.25 – 2 mg / dia
- < SEP
- << anticolinèrgic
- No hipotensor
- Cura si epilèpsia o m. de Parkinson o AVC
- Cura en I. Renal o I. Hepàtica
- Adequat en vocalitzacions persistents
- ↑ risc AVC?

- **Quetiapina**

- inici 25 mg / 12-24 hores
- ↓ aclarament 40% vells i 30% hepatòpates

- **Ziprasidona**

- < SEP i > nàusees i vòmits que haloperidol
- Inici 20 mg / 12-24 hores

- **Aripiprazol**

- Inici 5 mg / 24 hores

Efectes secundaris antipsicòtics

	Sedació	↓ TA	SEP	AC
Clopromazina	++++	++++	++	++++
Tioridacina	++++	++++	++	++++
Levopromazina	++++	++++	++	++++
Haloperidol	+	+	++++	-
Risperidona	++	++	+	-
Olanzapina	+	+	+	+
Quetiapina	+++	+	-	+
Ziprasidona	+	+	+	+

Problemes relacionats amb els antipsicòtics

1. Mortalitat
2. AVC
3. Trastorns metabòlics


Mortalitat

(New Eng J Med 2005 Dec;353(22):2335-42)

- AC significatiu \uparrow mortalitat vs AA
 - en tots els intervals estudiats:
 - » < 40 dies RR 1.56 (IC 95% 1.27-1.49)
 - » 40-79 dies RR 1.37 (IC 95% 1.19-1.59)
 - » 80-180 dies RR 1.27 (IC 95% 1.14-1.41)
 - » \leq 180 dies RR 1.37 (IC 95% 1.27-1.49)
 - en tots els subgrups definits per presència o absència de demència
 - i per estadao no en residència de vells
- $>$ \uparrow en inici tt^o i amb dosis + elevades


Antipsicòtics atípics i AVC

[BMJ,doi;10.1136/bmj.38330.470486.8F(24/01/05)]

- Estudi de cohort retrospectiu (Quebec)
- 32.710  > 65 anys amb demència
 - » 17.845 amb atípics
 - » 14.865 amb típics
- El risc de AVC és = amb típics que en atípics

Antipsicòtics atípics i AVC


[JAGS, 2005;53:1446-8.]

- 5 centres catalans
 - » Hospitals: bellvitge, sant pau, mútua de terrassa
 - » Sòciosanitaris: barceloneta, mundet, badalona
- Estudi restrospectiu
- Mostra 320  > 64 anys (67% dones)
- Resultats:
 - » 48% EA, 22% DV, 3% DCL
 - » Temps mig de seguiment 31,1 mesos
 - » 60% havien pres NRL (88% risperidona)
 - » Temps mig de ttº 10,1 mesos
 - » NO més AVC (3 vs 3, p=1) ni TIA (1 vs 3, p=0,34)

Trastorns metabòlics

(JAGS 2004;52:S272-7)

- Clozapina i olanzapina
 - » Risc DM menys clar
 - » > ↑ pes
 - » ↑ col total
 - » ↑ LDL-col
 - » ↑ TG
 - » ↓ HDL-col

 - Risperidona i quetiapina
 - » Efectes lipídics intermitjos
 - » R no indueix ↑ de pés en  > 65 anys
- J Clin Psychofarmacol 2004 Aug;42(4):429-36

Qüestions administratives

- 2004. EMEA
 - » Visat d'inspecció previ a la seva dispensació
- 1/02/2005
 - » Visat en els > 75 anys
- AA en els SCPD es situaria en un balanç risc/benefici favorable
 - » Només per la risperidona
 - » Només en episodis de SCPD greus que no responguin a les mesures no F i en els que s'han descartat altres patologies.

28 de Noviembre de 2008 la EMEA i la AEMPS

Les dades disponibles fins ara no
demonstren diferències entre els AC i els
AA en relació als trastorns del ritme o als
trastorns isquèmics cerebrals.

SCPD. Revisió sistemàtica 2006

(JAGS Feb 2006;54:354-61)

1. Evidència que AA + efectius comparats amb placebo
2. Efectes adversos = placebo a curt termini (> si risperidona 2 mg)
3. Risperidona = eficàcia que haloperidol però < SEP
4. CATIE. Clinical Antipsychotic Trials of Intervention effectiveness
 - EA: 3 AA, 1 ISRS i placebo. NIMH.

Estudi CATIE – AD

(Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness-Alzheimer's Disease)

[NEJM 2006 Oct;355(15):1525-38]

	Olanzapina	Quetiapina	Risperidona	Placebo
AVC	2%	1%	1%	1%
MORTALITAT	1%	3%	1%	2%
SEP	12%	2%	12%	1%
SEDACIÓ	24%	22%	15%	5%
AGITACIÓ	7%	12%	6%	10%
CAIGUDES	17%	7%	12%	15%

Estudi CATIE – AD

(Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness-Alzheimer's Disease)

[Am J Psychiatry 2008 Jul;165(7):787-9]

- Millories en diferents escales dels SCPD a les 36 setmanes:
 1. NPI total: O i R
 2. Impressió clínica global de canvi: R
 3. Hostilitat: O i R
 4. Psicosis: R
- NO ≠ significatives entre antipsicòtics i placebo a les 12 setmanes en cognició, funcionalitat, necessitats d'atenció o qualitat de vida (excepte una pitjor funcionalitat amb O comparada amb placebo)

Indicacions dels antidepressius

- Simptomatologia depressiva
- Alteracions de la son
- Ansietat
- Agitació

Antidepressius

- **ISRS**

- citalopram, escitalopram, sertralina, fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina

- **Altres:**

- venlafaxina
- mirtazapina
- trazodona
- Altres (duloxetina?,...)

Benzodiazepines i anàlegs

- **Indicacions**

- insomni, ansietat

- **Fàrmacs d'elecció**

- **critèris de selecció en ancians:** v 1/2 intermitja, conjugació hepàtica i no metabolits actius

- **Particularitats:** ↓ memòria, sedació, confusió, caigudes, abstinència

- **Fàrmacs i dosis habituals:** lorazepan, brotizolan, alprazolam

Miscelània

- **Anticomicals**

- carbamazepina

- oxcarbazepina

- valproato

- gabapentina

- **Metilfenidat**

- **Clometiazol**

- **Zolpidem**

- **Zaleplon**

Context terapèutic

- depressió, ansietat, irritabilitat → ISRS
- hiperactivitat, inquietud → trazodona
- psicosis → NRL atípic
- agitació aguda, severa → NRL
- sundowning → NRL atípic, melatonina
- desinhibició, agressió → NRL atípic,
anticonvulsivants

Diagnòstic sòciofamiliar

- Identificar al cuidador principal
- Avaluar sobrecàrrega (emocional i/o física)
 - ✓ Relació directa*: tipus relació, grau de parentiu, dona
 - ✓ No condiciona*: deter. cognitiu ni dependència física
- Mantenir bona relació EAP/cuidador
- Complir funcions
 - ✓ avaluar, tractar, atendre, informar, assessorar, donar suport i ajuda

Escales de valoració sòcio-familiar

- Genograma
- Escala sòciofamiliar de Gijón
 - » Situació familiar
 - » Vivenda
 - » Contactes i relacions socials
 - » Suports de la xarxa social
 - » Situació econòmica
- Sobrecàrrega del cuidador o escala de Zaritt
 - » Puntuació màxima 88
 - » <47 no sobrecàrrega; 47-55 lleu; >55 intensa

Escala de Zaritt

(Puntuación: Nunca =0, rara vez =1, a veces = 2,
con frecuencia = 3, casi siempre = 4)

1. ¿Siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?
2. ¿Siente usted que a causa del tiempo que gasta con su familiar ya no tiene tiempo para usted mismo?
3. ¿Se siente estresada/o al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender a otras responsabilidades? (por ejemplo, con su familia o en el trabajo)
4. ¿Se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?
5. ¿Se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de la familia de forma negativa?
7. ¿Siente temor por el futuro que espera a su familiar?
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?
9. ¿Se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?
12. ¿Cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?
13. (sólo si el entrevistado vive con el paciente) ¿Se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide como si fuera la única persona con la que pudiera contar?
15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para poder cuidar de su familiar además de sus gastos?
16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?
18. ¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otra persona?
19. ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que está haciendo por su familiar?
21. ¿Cree que podría cuidar usted a su familiar mejor de lo que lo hace?
22. En general se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar.

Síntomes disruptius claus en la demència

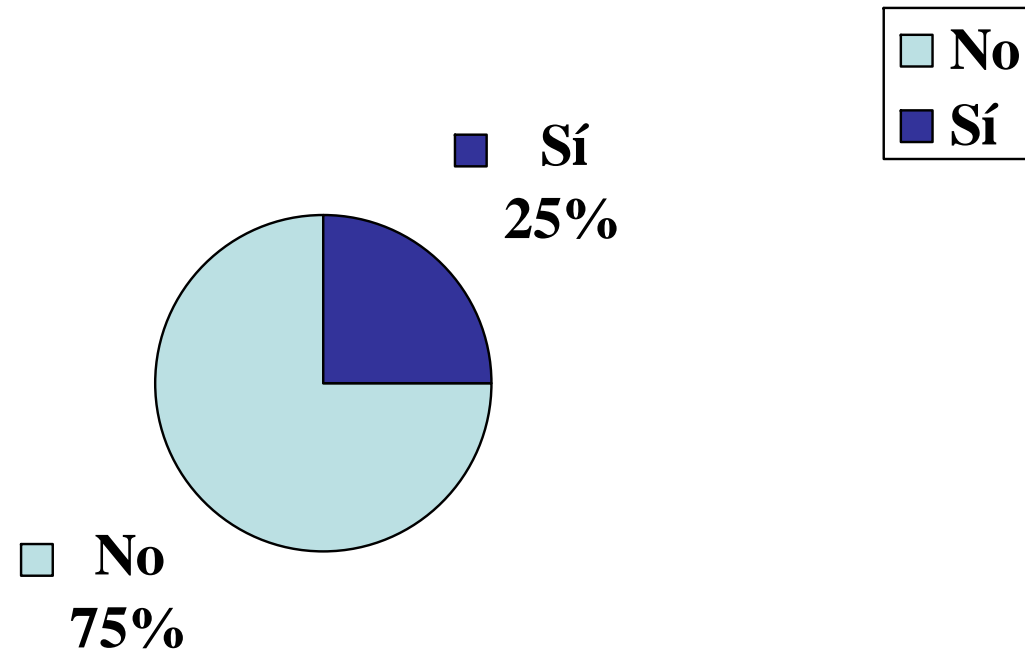
(Can Fam Phycian 2006;52:191-99)

1. Agitació
 - Anar i venir, vagareig, inquietud, incapacitat de mantenir-se assentat per menjar
2. Agressió verbal o física
 - Pot afectar als cuidadors
3. Resistència física i no compliment amb la cura
4. Vocalitzacions anormals
5. Al·lucinacions, deliris, símptomes depressius (apatia i desinterès) i conductes sexuals (comentaris, masturbar-se, “tocar” cuidador)
6. Trastorns del son (canvi ritme son/vigília, llevar-se per vestir-se).

**Evaluación e intervención interdisciplinar con cuidadores familiares de personas con demencia. Programa Cuidar cuidándose.
Correo Médico 10-16/11/2007**

- 170 familiars.
- Psicòlegs i T.O.
- Perfil del cuidador:
 - » Dona (84%)
 - » Filla (57%)
 - » 58 anys
 - » 54 mesos al càrrec del malalt
 - » > 12 hores diàries (84 hores / setmana)
 - » Son: 6 hores
- 60% depressió; 84% no atenció psicoeducativa
- Recursos (desconeixença):
 - » 5% C. de Dia
 - » 52% estades temporals
 - » 75% estades nocturnes
 - » 16% teleassistència
 - » 61% programes de psicoestimulació
 - » 42% progames psicoeducatius

Tractament farmacològic aconsellat a la cuidadora principal



(Unitat de Psicogeriatría. 2003)

Signes d'alarma en els membres de la família

- aparició de malalties o símptomes
- desajustaments emocionals
- presentació de problemes:
 - familiars, de parella, sexuals,.....

Llibre sobre demències a AP

