



BOLETÍN DE INFORMACIÓN  
FARMACOTERAPÉUTICA  
DE NAVARRA

Volumen 10, nº 1 (marzo 2002)

[Búsquedas](#)[Sumario](#)[Inicio](#)[e-mail](#)

## Tratamiento psicofarmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias

Manuel Martín Carrasco - Psiquiatra. Clínica Psiquiátrica Padre Menni. Pamplona

José Luis Larrión Zugasti. Geriatra. Sº de Geriátría. Hospital de Navarra. Pamplona

[Introducción](#)[Clasificación](#)[Prevalencia](#)[Descripción clínica](#)[Abordaje terapéutico](#)[Conclusiones](#)[Anexo I. Escala de Cornell para la depresión en demencia](#)[Anexo II. Escala de Blandford. Trastornos del comportamiento alimentario](#)[Anexo III. Inventario Neuropsiquiátrico](#)[Anexo IV. Cuestionario de sobrecarga del cuidador \(Escala de Zarit\)](#)[Especialidades Farmacéuticas](#)[Bibliografía recomendada](#)

### INTRODUCCIÓN

El hecho de que la demencia se acompañe de alteraciones psicopatológicas y conductuales se conoce desde antiguo. Los gritos, alucinaciones y delirios aparecen ya en la primera descripción de Aloisio Alzheimer de la enfermedad homónima<sup>1</sup> y, con anterioridad, otros autores como Pinel y Esquirol se habían referido a ellos<sup>2</sup>. En 1992, la International Psychogeriatric Association (IPA), en una Conferencia de Consenso (Virginia, EEUU), propuso emplear el término "Síntomas Psicopatológicos y Conductuales de las Demencias" (SPCD) para referirse a los "síntomas de alteración de la percepción, del contenido en el pensamiento, el estado de ánimo o la conducta que a menudo se presentan en pacientes con demencia"<sup>3</sup>.

En su concepto actual, entendemos por SPCD una diversa gama de alteraciones psicopatológicas -como ansiedad, depresión, alucinaciones o delirios-, y una inadecuada actividad motora o verbal, no explicables en su totalidad por la satisfacción de necesidades o por confusión, que se asocian muy comúnmente a la demencia y que, en muchas ocasiones, son difíciles de tratar.

La detección, diagnóstico y correcto manejo de estos síntomas es sumamente importante, dado que ha quedado claramente establecido en la literatura<sup>4-6</sup> que:

- Contribuyen en gran medida a la sobrecarga de los cuidadores y al ingreso precoz en residencias de los pacientes con demencia.
- Aumentan los costos globales de la demencia. Aunque los costos intangibles del estrés en el paciente y en el cuidador son

difíciles de cuantificar, se sabe que el tratamiento de los SPCD es beneficioso tanto en términos económicos como en Años de Vida Ajustados en Calidad.

- Aumentan la incapacidad funcional. Si consideramos que la demencia es una patología altamente productora de discapacidad física, mental y social, es de notable interés eliminar aquellas fuentes adicionales de merma funcional. Los pacientes que presentan SPCD tienen peor rendimiento que los que no los presentan; a su vez, el tratamiento de estos síntomas mejora la capacidad 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.
- Subyacen en algunos casos de abuso y de malos tratos hacia los dementes.

índice 

## CLASIFICACIÓN

No existe un acuerdo unánime a la hora de clasificar estos SPCD, fruto del desconocimiento que existe acerca de muchas de sus características. Una clasificación que puede resultar útil es la de la IPA, que los ordena de acuerdo a su frecuencia relativa y a su potencial contribución al estrés del cuidador (Tabla 1).

**Tabla 1. Clasificación de los SPCD**

GRUPO I (Más frecuentes / más exasperantes)	GRUPO II (Moderadamente frecuentes / moderadamente exasperantes)	GRUPO III (Menos frecuentes / controlables)
<b>Psicológicos</b> Ideas delirantes Alucinaciones Depresión Insomnio Ansiedad	<b>Psicológicos</b> Identificaciones erróneas	
<b>Conductuales</b> Agresividad física Vagabundeo Inquietud	<b>Conductuales</b> Falta de motivación Agitación Desinhibición Gritos Conducta socioculturalmente inapropiada	<b>Conductuales</b> Llanto Lenguaje malsonante Preguntas repetitivas Seguir a otros

La investigación sobre la fisiopatología y el tratamiento de los SPCD es reciente y quedan muchos enigmas por descifrar, tanto a nivel teórico como práctico. Desde este primer punto de vista se ha planteado que los pacientes con SPCD, sobre todo aquellos con síntomas psicóticos, constituyen un grupo de mal pronóstico en cuanto a un deterioro cognitivo más acelerado. Si esto es debido a una mayor afectación de determinadas estructuras, como el sistema dopaminérgico mesolímbico<sup>7</sup>, o a una mayor afectación frontotemporal, que se implica en la secuenciación de las respuestas cognitivas, acarreamos un peor rendimiento en los test<sup>5</sup>, es algo que está por resolver. Pero, a nivel práctico, lo más importante es determinar si el peor rendimiento cognitivo de quienes presentan síntomas psicóticos es como resultado del tratamiento con neurolepticos. Sobre todo los neurolepticos clásicos parecen tener efectos desfavorables sobre la cognición y, en algún trabajo que incluía estudio necropsico, se mostró que el tratamiento neuroleptico era, junto con la ideación persecutoria, la variable que se asociaba con más rápido declive cognitivo. Por ello, y a pesar de no ser lo suficientemente firmes estas conclusiones, es preciso tenerlas presentes a la hora de prescribir este grupo farmacológico.

índice 

## PREVALENCIA

No existe ningún trabajo longitudinal que haya seguido toda la historia natural de las demencias, por lo que se desconoce la prevalencia exacta de los SPCD. Pero de los estudios transversales y de los escasos longitudinales se desprende que:

- El 80% de los dementes presenta, en algún momento de su evolución, este tipo de síntomas.
- Lo habitual es que se presenten de manera múltiple y diversa; es decir distintos síntomas entremezclados en distintos momentos de la evolución.
- La recurrencia es prácticamente la norma, aunque también la recuperación espontánea. Esto equivale a decir que su presentación es oscilante, con apariciones y remisiones, lo que es importante a la hora de valorar la eficacia de los tratamientos y la factibilidad de su retirada.
- La aparición de algunos síntomas predice la de otros; por ejemplo, la presencia de síntomas psicóticos se asocia a una tasa mayor de agresividad.

Tampoco se conoce con exactitud la frecuencia relativa de cada uno de los SPCD. Diversos estudios dan cifras muy variables en función de criterios definitorios, población utilizada, tipo y estadio de la demencia, ámbito de realización o método de recogida de datos. En la Tabla 2, se puede observar la variabilidad en la frecuencia de algunos síntomas.

**Tabla 2. Frecuencia relativa de los SPCD en la enfermedad de Alzheimer en población residente en la comunidad**

<i>Burns y cols (1990)<sup>9</sup></i>		<i>Lyketsos y cols (2000)<sup>10</sup></i>	
• Apatía	41%	• Delirios	22%
• Depresión	24%	• Alucinaciones	13%
• Agitación/Agresividad	20%	• Depresión	20%
• Alucinaciones	17%	• Ansiedad	8%
• Delirios	16%	• Apatía	29%
• Vagabundeo	19%	• Irritabilidad	20%
• Manía	3,5%	• Manía	0,5%
		• Agitación/Agresividad	22%
		• Desinhibición	8%
		• Conducta Aberrante	17%

índice 

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

**1.- Síntomas psicopatológicos:** Entre ellos destacan los delirios, las falsas interpretaciones, la depresión, las alucinaciones y la ansiedad.

**a. Ansiedad:**

Puede manifestarse por preocupaciones repetidas acerca de cuestiones hasta entonces irrelevantes, o por sucesos venideros no trascendentes. También aparecen temores (a la soledad, por ejemplo) o demandas incesantes de compañía.

**b. Falsas interpretaciones e identificaciones erróneas:**

Consisten en la confusión de personas, lugares o situaciones. Se especula que pueden ser debidas a alteraciones visoespaciales. Por ejemplo, los pacientes que las padecen no reconocen a sus allegados, su propia casa, o no se reconocen a sí mismos ante el espejo. También pueden identificar mal las imágenes de la televisión, suponiendo que los hechos que se representan están sucediendo en su entorno inmediato, o pensar que habitan en sus domicilios personas inexistentes. Estas falsas identificaciones pueden revestir carácter delirante, como en los síndromes de Capgras (una persona u objeto es sustituida por un doble) o de Fregoli (un impostor se ha disfrazado como su allegado para influir negativamente sobre el paciente). A su vez, estos delirios pueden desencadenar agitación y comportamientos agresivos.

c. Delirios:

Las ideas delirantes, trastornos del pensamiento consistentes en falsas creencias y que hay que diferenciar del Delirium (síndrome cerebral orgánico, también llamado Cuadro Confusional Agudo, del que en ocasiones forman parte) son, por lo general en los dementes, simples y mal elaboradas, lo que contrasta con los delirios que forman parte de otros trastornos psiquiátricos, y la norma es que se presenten varios tipos de estas ideas de manera simultánea. Frecuentemente aparecen convicciones delirantes de robo o de ruina. Con menos frecuencia se observan 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. Mucho más raros son los delirios de grandeza, los somáticos o los de control. Salvo en algunas ocasiones en que la ideación delirante puede interpretarse como una respuesta adaptativa a las pérdidas cognitivas, suponiendo una manera de conservar la capacidad de comprender la realidad (por ejemplo, el paciente olvida dónde ha guardado algún objeto valioso y cree que se lo han robado), los delirios suelen acompañarse de vociferación, conductas de vagabundeo e inquietud psicomotriz. Además, en algunos estudios longitudinales, son los mejores predictores de agresividad física<sup>11</sup>.

d. Alucinaciones:

Las más comunes son las visuales y, en segundo lugar, las auditivas. Otros tipos, como las táctiles u olfatorias, son muy raras y deben de plantear la posibilidad de encontrarnos ante una patología diferente a la demencia, o sobrepuesta a ella (por ejemplo, en caso de cuadro confusional agudo o delirium, alteraciones sensoriales, o efectos secundarios de fármacos). Es de hacer notar que 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. También hay que recalcar que 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.

e. Depresión:

Es frecuente que la depresión complique el síndrome demencial. En general, los síntomas son similares a los cuadros depresivos habituales en pacientes no demenciados. El problema es que existen síntomas compartidos entre ambas entidades; por ejemplo, la pérdida de apetito y/o de peso, las alteraciones del sueño, los pensamientos reiterativos, o incluso el propio deterioro cognitivo son típicos de la depresión, pero también de la demencia. Por otra parte, algunos síntomas negativos de la demencia, como la apatía, el embotamiento afectivo o la supresión emocional, pueden dar la falsa apariencia de depresión, aunque su presencia se correlaciona más con la severidad de la demencia que con la presencia de depresión. Por todo ello, algunos autores recomiendan dar más peso a la hora del diagnóstico de la depresión en la demencia a otras manifestaciones, tales como lloros, tristeza, pensamientos de desesperanza o de inutilidad, así como a la verbalización de ideas de infelicidad o de suicidio<sup>12</sup>.

Al margen de esto, la depresión es una de las principales causas de incapacidad añadida en la demencia, y causa un gran malestar y deterioro de la calidad de vida de los pacientes, por lo que su detección y tratamiento es obligado. Como ayuda para el diagnóstico, se puede utilizar la escala de Cornell<sup>13</sup> (Anexo I), especialmente diseñada para su utilización en dementes.

**2.- Alteraciones en la actividad.**a. Alteraciones del sueño:

Los sujetos con demencia tienen un sueño más fragmentado, con incremento de los periodos nocturnos de vigilia y con menos proporción de sueño REM. Asimismo, el ritmo vigilia/sueño está alterado. Por ello, son frecuentes el insomnio nocturno y las cabezadas o incluso somnolencia diurnas. En casos extremos se puede producir una inversión completa del ritmo vigilia/sueño, con insomnio nocturno y sueño prolongado durante el día. Se trata de una situación especialmente estresante para los cuidadores.

b. Vagabundeo:

Puede adoptar la forma de caminar incesante y sin propósito, de persecución del cuidador, de tendencia a las fugas, o bien de ejecución repetida o ineficaz de tareas sin ningún propósito.

c. Reacciones catastróficas:

Son reacciones emocionales intensas, acompañadas de reacción vegetativa, que pueden verse precipitadas por el fracaso en una tarea intrascendente o por otra circunstancia relativamente anodina. El cuadro clínico puede oscilar desde pequeños episodios de angustia o de intranquilidad, hasta la presentación de crisis de agitación y agresividad graves, llegando -raras veces- a producir grandes destrozos.

d. Alteraciones en la esfera sexual:

Por lo general, los pacientes con demencia presentan indiferencia ante la actividad sexual, lo que para algunos sería un síntoma deficitario más. En ocasiones, la aparición de esta disminución del interés por el sexo constituye un síntoma precoz de la demencia. Sin embargo, en ocasiones la alteración toma el signo opuesto, y se presenta de forma más llamativa como desinhibición sexual, que puede resultar difícil de tratar.

e. Alteraciones en el comportamiento alimentario:

Contribuyen en gran medida a la frecuente desnutrición observada en estos pacientes, así como a la exasperación de los cuidadores. Se puede distinguir entre reacciones frente a la alimentación (por ejemplo, alteraciones en la atención a la actividad de comer y comportamientos de oposición) y alteraciones asociadas a los actos de la alimentación (por ejemplo, comportamientos selectivos y apraxia bucal). Hay que tener en cuenta que cada tipo de alteración tiene un abordaje diferente. La escala de Blandford puede resultar útil para la evaluación clínica (Anexo II).

f. Agitación/Agresión:

Se acepta que es un síndrome heterogéneo en su fenomenología y en sus causas, y puede definirse como toda actividad motora, vocal o verbal, que resulta inapropiada y no se explica –al menos aparentemente- por la satisfacción de las necesidades de la persona o por un cuadro confusional agudo. Cohen-Mansfield divide estas alteraciones conductuales en agresivas y no agresivas que, a su vez, pueden serlo en el plano físico y verbal (Tabla 3)

Tabla 3. Subtipos de agitación

Conductas físicamente no agresivas	Conductas verbalmente no agresivas
• Inquietud general	• Negativismo
• Manierismos repetitivos	• No tiene gusto por nada
• Caminar constante	• Constantes peticiones de información
• Intento de conseguir otro sitio	• Jactancia verbal
• Manejo inapropiado de objetos	• Quejas o gemidos
• Ocultar objetos	• Interrupciones relevantes
• Vestirse o desvestirse de manera inapropiada	• Interrupciones irrelevantes
	• Frases reiterativas
Conductas físicamente agresivas	Conductas verbalmente agresivas
• Golpear	• Chillidos
• Empujones	• Lenguaje malsonante
• Rascarse	• Estallidos temperamentales
• Agarrar objetos	• Emisión de ruidos extraños
• Agarrar personas	
• Dar patadas y mordiscos	

(Modificado de Cohen-Mansfield<sup>14</sup>)

Hoy se considera que estos comportamientos agitados son la vía final de las respuestas ante unos estímulos físicos y ambientales en unos sujetos con capacidad de respuestas restringidas y rígidas. En este sentido, se estima que aproximadamente la mitad de los episodios de agresividad pueden explicarse como respuestas ambientales, es decir, desencadenados por circunstancias concretas, aunque también existen otros factores causales. Entre ellos encontramos:

- Físicos: dolor, determinadas posturas, hiperestimulación, pérdida sensorial.
- Ambientales: cambios de rutinas, cuidadores desconocidos, ambientes ruidosos.
- Factores psicosociales: aunque en fases avanzadas de la demencia se haya perdido la representación conceptual de la realidad, parece que se pueden mantener niveles más que aceptables de sensibilidad emocional, por lo que factores psicosociales pueden desencadenar conductas de agitación, como por ejemplo, las relaciones premórbidas entre demente y cuidador.
- Delirium: otro porcentaje de estos episodios son una manifestación de un Cuadro Confusional Agudo sobrepuesto, por lo que ante la aparición de estos síntomas es preciso plantearse esta posibilidad, sobre todo si se acompañan de deterioro en la capacidad funcional, de alteraciones en el nivel de conciencia o de alteraciones en la capacidad de atención/concentración.

- e. Síntomas psicóticos: alucinaciones y delirios.

Sin embargo, en otros casos se trata de agitación primaria, en la que la demencia es la responsable de la agitación. A esta conclusión se llega tras descartar razonablemente todo lo anterior.

De cualquier manera, es importante conocer la percepción que el cuidador tiene de este tipo de trastornos. Por ejemplo, las agitaciones que ocurren exclusivamente por la noche son raras; por ello, hay que comprobar si pueden ser secundarias a algún problema físico nocturno, estar en relación con fármacos administrados a esa hora o, simplemente, reflejar un menor umbral de tolerancia por parte del cuidador.

La tolerancia del cuidador tiene una gran importancia a la hora de determinar la gravedad clínica del cuadro, y por ende, la necesidad de tratar. Por ejemplo, se ha puesto de relieve en trabajos sobre malos tratos a dementes, en los que los perpetradores afirmaban que los realizaban como respuesta a comportamientos agresivos del demente hacia ellos, que al cuantificar estos comportamientos, no eran mayores que los que presentaba un grupo control. Debido a esto, las escalas de medición de las alteraciones comportamentales suelen incluir apartados que valoran esta cuestión; por ejemplo, el Inventario de Agitación de Cohen-Mansfield (Anexo III), en el que existen ítems para cuantificar la severidad que el cuidador otorga al comportamiento del demente.

índice 

## ABORDAJE TERAPÉUTICO

### 1. Aspectos Generales

Antes de iniciar el tratamiento propiamente dicho, es preciso:

- a. **Identificar el tipo de trastorno.** Una fórmula adecuada para ello puede ser la utilización de escalas conductuales que, como se ha mencionado, nos van a proporcionar información de la percepción subjetiva del cuidador.
- b. **Excluir causas concretas**, somáticas o psíquicas, especialmente:
  - *Dolor.* Un demente con artrosis, impactación fecal, disuria o retención urinaria, por ejemplo, puede manifestar su disconfort mediante agitación.
  - *Deshidratación.*
  - *Depresión mayor.*
  - *Síntomas psicóticos.*
  - *Infecciones.* Los efectos de la demencia sobre el sistema inmune los hace más proclives a las infecciones. Hay que recordar que la ausencia de fiebre no excluye en modo alguno la posibilidad de un cuadro infeccioso.
  - *Descompensaciones de enfermedades crónicas.* Los dementes tienen una elevada carga de comorbilidad, sobre todo las demencias vasculares. No pocas disneas nocturnas son tomadas por agitación.
  - *Yatrogenia.* Los fármacos con frecuencia son causa de SPCD. Al margen de los efectos extrapiramidales de los neurolepticos (la akatisia o el parkinsonismo inducido por fármacos pueden ser interpretados como confusión o inquietud motora), en no pocas ocasiones sus efectos adversos, o su supresión, se manifiestan en forma de cuadro confusional (Tabla 4).
  - *Cuadro Confusional Agudo.* Los dementes están especialmente predispuestos a presentarlo. En principio, es conveniente asumir el inicio de cualquier SPCD como si fuera un Cuadro Confusional, sobre todo si se acompaña de fiebre, declive funcional rápido, disminución del nivel de conciencia o alteraciones en la atención. Esta última se conserva aceptablemente hasta estadios avanzados de la demencia en la enfermedad de Alzheimer, si no hay otra causa de confusión sobreañadida.
- c. **Excluir faltas de continuidad en la atención**, como cambios en las rutinas, en el entorno o en los cuidadores.
- d. **Valorar la gravedad de los síntomas.** Podemos preguntarnos si son molestos los síntomas, y en caso afirmativo, para quién y en qué contexto. Debe efectuarse una valoración de riesgos, tanto para el paciente como para el cuidador, así como de la sobrecarga de este último; en este sentido, puede ser útil la escala de sobrecarga de Zarit (Anexo IV)<sup>15</sup>. Por ejemplo, las visitas repetidas al médico por parte del cuidador con quejas somáticas pueden ser indicativo de sobrecarga. De la misma manera, la demanda excesiva o inadecuada de medicación para el paciente, especialmente de fármacos sedantes, también pueden denotar la presencia de sobrecarga.

- e. **Establecer objetivos razonables y consensuados con la familia.** El establecimiento de estos objetivos está en función del estadio de la demencia. En estadios leves o moderados es básico el mantenimiento de las capacidades físicas, cognitivas y afectivas, por lo que la prescripción de fármacos que pueden interferir con ellas debe ser cautelosa y con estrecha vigilancia ante la aparición de posibles reacciones adversas. En estadios avanzados, el confort del paciente y de sus cuidadores es lo primordial, importando menos la sedación o las mermas en la movilidad. Una escala útil en la categorización del estadio es la "Global Deterioration Scale" (GDS) de Reisberg<sup>16</sup>.

**Tabla 4. Fármacos, cuadro confusional y posibles mecanismos de producción.**

FÁRMACO	POSIBLE MECANISMO DE CUADRO CONFUSIONAL
Anticolinérgicos -atropina, buscapina, escopolamina, trihexifenidilo	Anticolinérgico; retención urinaria
Antagonistas H <sub>1</sub> y H <sub>2</sub>	Anticolinérgico; mixto
Analgésicos: - narcóticos, AINE	Mixto; idiosincrásico; alteraciones hidroelectrolíticas con AINEs
Esteroides	Mixto
Antibióticos	Desconocido; gabérgico en fluorquinolonas y penicilinas
Cardiológico: -digoxina, quinidina, disopiramida, lidocaína, flecainamida	Mixto
Diuréticos	Desconocido; retención urinaria; alteraciones hidroelectrolíticas
Alfabloqueantes	Retención urinaria
Antiparkinsonianos: -L-dopa, amantadina, selegilina, bromocriptina	Mixto
Oxibutinina	Anticolinérgico; retención urinaria
Hipnóticos y sedantes: -benzodiazepinas, barbitúricos	Desconocido; reacciones paradójicas; por supresión
Antipsicóticos: -clásicos, de nueva generación	Mixto; retención urinaria
Antidepresivos: tri y tetracíclicos, ISRS, otros	Mixto y retención urinaria (sobre todo con tricíclicos); síndrome serotoninérgico e hiponatremia en relación con ISRS
Anticonvulsivantes: - fenitoina, valproico	Desconocido; acumulación de amonio

*Mixto*: anticolinérgico más otro potencial mecanismo

*Desconocido*: no se ha implicado específicamente ningún sistema de neurotransmisores.

Fuente: elaboración propia.

El interés científico por los SPCD es reciente. El propio comportamiento fluctuante de los síntomas, unido a la falta de estudios de seguimiento a grandes grupos de pacientes y al déficit de ensayos controlados y cruzados hacen difícil establecer pautas claras de tratamiento y perfilar normas en cuanto a la elección de los fármacos. Muchas de las líneas de actuación no son sino extrapolación de

los resultados de trabajos realizados en otras patologías neuro-psiquiátricas. Incluso los meta-análisis son de poca utilidad, debido al escaso número de estudios bien diseñados existente, que impide poder obtener conclusiones válidas y fiables. Por ello, no existen algoritmos terapéuticos de acuerdo unánime. El máximo consenso consiste en que es premisa básica que el tratamiento debe de ser individualizado y que es costo-beneficioso<sup>6</sup>. Por otra parte, como **normas generales de prescripción** es preciso tener en cuenta:

- a. Los sujetos con demencia son más susceptibles a los efectos adversos centrales. Por ejemplo, a la hora de emplear neurolépticos, hay que recordar que la sedación, los efectos extrapiramidales, el ortostatismo, y los efectos anticolinérgicos se ven con más frecuencia y con dosis más bajas que en los ancianos no dementes. 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.
- b. Es muy frecuente la polifarmacia, lo que aumenta la posibilidad de interacciones.
- c. Los síntomas son fluctuantes. 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.

## 2. Fármacos empleados

La tabla 5 recoge las indicaciones preferentes del tratamiento farmacológico específico de los síntomas psiquiátricos de las demencias. Por otra parte, debemos recordar que el tratamiento con fármacos anticolinesterásicos –donepezilo, rivastigmina, galantamina-, indicados en la enfermedad de Alzheimer<sup>17</sup>, reduce de manera significativa la tasa de presentación de estos síntomas.

**Tabla 5. Indicaciones del tratamiento farmacológico de los diversos SPCD**

<b>Tratamiento farmacológico preferente</b>		
<b>SÍNTOMAS</b>	<b>FÁRMACOS</b>	<b>EFICACIA</b>
Delirios	Neurolépticos	Alta
Alucinaciones	Neurolépticos	Alta
Falsos reconocimientos	Neurolépticos	<b>Dudosa</b>
Depresión	Antidepresivos	Alta
Cambio de personalidad	No farmacológico	<b>Dudosa</b>
Vagabundeó	Neurolépticos	Baja
Insomnio	Neurolépticos Clometiazol Trazodone Benzodiazepinas	Media
Conductas inapropiadas	Neurolépticos	Baja
Agitación/Agresividad	Neurolépticos Anticonvulsivantes Betabloqueantes	Media
Conductas sexuales inadecuadas	Neurolépticos Antidepresivos ISRS Hormonas sexuales	Media

Los fármacos más empleados son los **neurolépticos**, sustancias que actúan en el SNC consiguiendo la disminución o supresión de la sintomatología psicótica. Actúan sobre los síntomas psicóticos, como las alucinaciones o delirios, con independencia de la enfermedad que los cause (por ejemplo, esquizofrenia, demencia). Hasta hace poco tiempo se disponía únicamente de los neurolépticos *convencionales* o *típicos*, cuya acción farmacológica se basaba en el bloqueo de los receptores dopaminérgicos. En general, los



neurolépticos se manejan para combatir los síntomas psicóticos, el insomnio extremo y los trastornos del comportamiento.

Un reciente análisis de la eficacia y seguridad de los neurolépticos convencionales en los SPCD ha mostrado que<sup>18</sup>:

- a. En conjunto, su eficacia global es modesta: 61% de mejoras con neurolépticos por un 34% con placebo.
- b. No hay diferencias sustanciales entre los diferentes neurolépticos en cuanto a eficacia.
- c. Comparando diferentes neurolépticos, su tasa de eficacia es paralela a la de efectos secundarios.

De este grupo, los fármacos más empleados son el haloperidol (Haloperidol®), la tioridazina (Meleril®), el tiapride (Tiaprizal®) y la levomepromazina (Sinogan®). Estos neurolépticos convencionales tienen la misma efectividad a dosis equipotentes. Sin embargo, su perfil de efectos adversos es sustancialmente diferente. De estos efectos adversos, los más relevantes son la hipotensión, la sedación, los de tipo anticolinérgico y los extrapiramidales. Los anticolinérgicos pueden ser de especial relevancia en quienes ya basalmente tienen un déficit colinérgico (como sucede en la enfermedad de Alzheimer) y los extrapiramidales limitan su utilización en algunos tipos de demencias, como la demencia con cuerpos de Lewy difusos. Además, la sedación coloca a los sujetos en especial riesgo de deterioro funcional y de caídas. En base a esto, y a que el haloperidol es el que más experiencia clínica aporta, se considera que este es el fármaco de elección, junto con la tiapride. Este último, con un perfil de efectos adversos similar a la tioridazina, cuenta con la ventaja de ser el de menor potencia antipsicótica, pero con también menor acción sedante, extrapiramidal y anticolinérgica. La tioridazina, ampliamente utilizada en el tratamiento de los SPCD, ha sido recientemente sometida a revisión. Las conclusiones no son favorables: no hay ningún dato que apoye su utilización, dado que no se ha observado ninguna mejora en los síntomas comportamentales, con una tasa de efectos secundarios igual o superior al placebo u otros neurolépticos<sup>19</sup>. Por último, la levomepromazina, que tiene potentes efectos sedantes, además de asociarse con frecuencia a ortostatismo importante y amnesia, no está indicado como tratamiento de los SPCD, a menos que la sedación sea el único efecto deseable.

El empleo de estos fármacos debe hacerse siguiendo el principio de la mínima dosis eficaz, y empleando en primer lugar fármacos menos potentes y mejor tolerados, como la tiapride, para seguir luego con agentes más potentes, como el haloperidol. El axioma de "comenzar bajo y subir despacio" alcanza su máxima expresión con estos grupos farmacológicos. En la tabla 6 se indican las dosis de inicio y las dosis máximas recomendadas con estos fármacos. Lo habitual es incrementar la dosis de inicio, en caso de necesidad, en un 50% o doblando, hasta alcanzar dosis máximas, siempre que sus efectos secundarios no hayan limitado previamente su utilización.

La introducción de neurolépticos de segunda generación o *atípicos*, que actúan sobre vías dopaminérgicas y serotoninérgicas, y que presentan menos efectos adversos –por ejemplo, de tipo anticolinérgico o extrapiramidales–, ha supuesto un avance importante en la terapéutica de los síntomas psicóticos de las demencias. Entre estas sustancias se encuentran la risperidona, la olanzapina y la quetiapina. Si bien la experiencia clínica se puede considerar modesta, y los estudios comparativos y de eficacia en el tratamiento de los SPCD no son muy abundantes, existe una tendencia en alza hacia su utilización, basada fundamentalmente en su mejor perfil de efectos adversos, en su eficacia comprobada como antipsicóticos y en algunos trabajos de perfil clínico. Una ventaja adicional es su probada eficacia ante los síntomas negativos. Pero su mejor tolerabilidad es la razón fundamental por la que muchos expertos los colocan a nivel de los neurolépticos clásicos, o por encima de ellos en el manejo de estos problemas conductuales<sup>6,20</sup>, más estudiado y esta tendencia va en aumento. De este grupo, el fármaco para esta indicación es la risperidona. Y aunque su perfil de efectos adversos es más favorable que el haloperidol, no se puede considerar un fármaco inocuo, con efectos indeseables en forma de ortostatismo, caídas, sedación o extrapiramidales. Estos dos últimos son dosis-dependientes, presentándose con más frecuencia si estas son superiores a 1 mg. En dos amplios estudios, la risperidona se mostró superior al placebo en controlar los SPCD, especialmente las conductas agresivas y los síntomas psicóticos, con una buena tolerabilidad y un aceptable perfil de efectos adversos<sup>21</sup>. La dosificación habitual de este fármaco se indica en la tabla 6. No existe, de momento, la vía parenteral.

La olanzapina, el siguiente neuroléptico atípico en cuanto a utilización en el tratamiento de los SPCD, tiene acciones anticolinérgicas relativamente potentes, por lo que se debe tener precaución en fases leves o moderadas de la enfermedad de Alzheimer o de la demencia con cuerpos de Lewy difusos. Dada su escasez de efectos extrapiramidales, está especialmente indicada en la enfermedad de Parkinson asociada a demencia o en dementes con SPCD en los que otros fármacos han producido sintomatología extrapiramidal.

**Tabla 6. Dosis recomendadas de antipsicóticos.**

Fármaco	Dosis de inicio	Dosis máxima
Tiapride	20-30 mg/8 horas	200 mg/día
Haloperidol	0,5–1 mg/8-12 horas	15 mg/día
Risperidona	0,5-1 mg/día (en una, dos ó tres dosis)	3 mg/día
Olanzapina	2,5 mg/día	10 mg/día (en tres dosis)

Otro grupo de fármacos que se utilizan en el tratamiento de los SPCD son los **antidepresivos**. A la hora de emplear este grupo farmacológico conviene recordar que son especialmente indeseables las sustancias con acción anticolinérgica potente, como la amitriptilina. En general, todos los fármacos antidepresivos tricíclicos –imipramina, clorimipramina, maprotilina– poseen este tipo de acción junto con otras reacciones adversas potencialmente peligrosas (ej. acción quinidínica, bloqueo alfa-adrenérgico, etc.), por lo que no deben emplearse en sujetos con demencia. En su lugar conviene emplear fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina

(ISRS), de los que los más estudiados en demencia, y que cuentan con la ventaja adicional de ser los de primera elección en ancianos dada su tolerabilidad y sus menores interacciones farmacológicas, son la sertralina (Besitran®, Aremis®, Sealdin®) y el citalopram (Seropram®, Prisdal®). Al margen de sus efectos antidepresivos, parece que son eficaces en el tratamiento de otros SPCD, como la ansiedad, el miedo o la irritabilidad, por lo que están consideradas como fármacos seguros, relativamente efectivos y de buena tolerabilidad<sup>6</sup>. En estos pacientes, las dosis no se diferencian a las usadas en sujetos deprimidos no demenciados.

Dado el compromiso terapéutico que suponen los SPCD, la ausencia de pautas claras de manejo terapéutico y la precariedad relativa de resultados globales en su tratamiento, se está ampliando el abanico de opciones farmacológicas. Pero su soporte está basado en casos anecdóticos o en pequeñas series no controladas, por lo que su utilización queda restringida, de momento, a casos puntuales no respondedores a las pautas habituales. Entre estos, se encuentran los betabloqueantes (propranolol, pindolol), los anticonvulsivantes (carbamazepina, valproico, gabapentina) algunos ansiolíticos, como la buspirona, y la trazodona (Deprax®). Este último es el que más amparo documental conlleva. Sus propiedades antidepresivas e hipnóticas y sus escasos efectos anticolinérgicos lo hacen atractivo. En algunos pequeños ensayos, ha mostrado una eficacia similar al haloperidol, con menos efectos secundarios<sup>21</sup>, aunque la sedación excesiva o el ortostatismo pueden limitar su utilización. Para algunos autores, es de elección en tratamientos a largo plazo<sup>6</sup>. Una posible pauta de tratamiento consiste en comenzar con 25-50 mg por la noche (comprimidos de 50 y 100 mg) e ir incrementando la dosis hasta un máximo de 150-200 mg).

La Tabla 7 refleja posibles opciones en el tratamiento de los comportamientos agitados, en función de su severidad.

**Tabla 7. Tratamiento farmacológico de la Agitación en el Síndrome Demencial**

	AGITACIÓN MODERADA		AGITACIÓN SEVERA	
Opciones	<i>Agudo</i>	<i>Largo plazo</i>	<i>Agudo</i>	<i>Largo plazo</i>
De elección	Trazodona	Risperidona Olanzapina Trazodona ISRS	Antipsicóticos convencionales Risperidona	Risperidona Olanzapina Antipsicóticos convencionales
Otras opciones	(Con modesto soporte documental) Benzodiacepinas Antipsicóticos convencionales Risperidona	(Con modesto soporte documental) Carbamazepina Buspirona Valproico	Olanzapina Trazodona	Carbamazepina Trazodona ISRS

Fuente: Modificado de Hemels<sup>6</sup>

\*Con modesto soporte documental

índice 

## CONCLUSIONES

- Los SPCD son muy frecuentes y tienen consecuencias altamente indeseables en términos de costo y de gasto, tanto personales como familiares y sociales. En este sentido, su detección y tratamiento es obligado. La literatura no es lo suficientemente contundente en cuanto a pautas de manejo. No obstante, e independientemente de los fármacos utilizados, el tratamiento de estos síntomas desde una perspectiva económica parece ser costo-beneficioso.
- Antes de iniciar un tratamiento farmacológico, es imprescindible identificar correctamente el tipo de trastorno y asegurarse de que no existe una causa subyacente.
- El sistema "ensayo-error" y "prueba de no tratamiento", es válido y sugestivo. Por ello, parece prudente utilizar diversas opciones alternativas o, incluso, probar la supresión de psicofármacos.
- Los síntomas son fluctuantes. 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.

- Pocas pautas son superiores a otras. Una recomendación útil puede ser familiarizarse con varias opciones, conociendo a fondo sus efectos adversos, indicaciones y limitaciones.

[índice](#) 

## **ANEXO I.**

### **ESCALA DE CORNELL PARA LA DEPRESIÓN EN DEMENCIA**

#### **Alteraciones del humor**

1. Ansiedad
2. Tristeza
3. Incapacidad para disfrutar con sucesos agradables
4. Irritabilidad

#### **Trastornos de conducta**

1. Agitación
2. Enlentecimiento
3. Quejas físicas múltiples
4. Pérdida de intereses

#### **Signos físicos**

1. Apetito
2. Pérdida de peso
3. Pérdida de energía

#### **Ritmos circadianos**

1. Variación diurna del ánimo
2. Dificultad para conciliar el sueño
3. Despertares nocturnos frecuentes durante el sueño
4. Despertar antes de lo habitual

#### **Alteraciones del pensamiento**

1. Riesgo de Suicidio
2. Baja autoestima
3. Pesimismo
4. Delirios congruentes con el estado de ánimo

Puntuación:

Puntos de Corte:

A: Imposible de puntuar

0-8:

No Depresión

0: Ausente o no aparece

9-11:

Depresión Leve

1: Ligero o intermitente                      12 o más:                      Depresión Moderada o Grave  
 2: Grave o frecuente

[índice](#) 

## **ANEXO II.**

### **ESCALA DE BLANDFORD. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO.**

#### **Dispraxia-Transtorno de la atención ( necesita ser incitado, engatusado y/o guiado)**

1. Hay que engatusarlo para que coma
2. Mezcla y juega con la comida antes de comérsela
3. Habla continuamente durante la comida y no come
4. Abandona la mesa durante la comida
5. Come cosas no comestibles
6. Utiliza las manos en lugar de los cubiertos

#### **Comportamientos de oposición**

1. Pone las manos delante de la boca
2. Rechaza la comida o a quien se la dá
3. Agarra, golpea o muerde a quien intenta darle de comer
4. Vuelve la cabeza a la comida
5. Escupe o tira la comida
6. Intenta hacer desaparecer la comida ( la tira al WC...)

#### **Componentes selectivos (exigen cambio de régimen)**

1. Solo come la comida troceada
2. Solo come purés
3. Acepta esencialmente líquidos
4. Solo acepta líquidos
5. Solo come lo que le gusta

#### **Apraxia bucal de la alimentación**

1. No abre la boca espontáneamente cuando se le presenta la comida
2. Solo abre la boca si se le guía
3. Aprieta los labios, impidiendo la entrada de la comida
4. Cierra la boca, aprieta los dientes y los labios
5. Acepta la comida y después la escupe

- 6. Acepta la comida, pero no la traga
- 7. La comida le resbala dela boca
- 8. Realiza continuos movimientos con la boca y la lengua que impiden la deglución

**Disfagia faringoesofágica**

- 1. Atragantamientos, sofoco, ahogo
- 2. Tos
- 3. Voz ronca

[índice](#) 

**ANEXO III.**

**INVENTARIO NEUROPSIQUIÁTRICO**

Médico:.....	Fecha: -- / -- / -- (dd/mm/aa)	Centro: .....
Iniciales paciente: _ _ _	Edad: _____ años	Escolarización: _____ años

**TEST N.P.I**

**INVENTARIO NEUROPSIQUIÁTRICO DE CUMMINGS (NPI)**

<i>Caso</i>	<i>N/D</i>	<i>Nunca</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Gravedad</i>	<i>F x G</i>	<i>Estrés</i>
Ideas delirantes	X	1	1 2 3 4	1 2 3	___	1 2 3 4 5
Alucinaciones	X	1	1 2 3 4	1 2 3	___	1 2 3 4 5
Agitación	X	1	1 2 3 4	1 2 3	___	1 2 3 4 5
Depresión/Disforia	X	1	1 2 3 4	1 2 3	___	1 2 3 4 5
Ansiedad	X	1	1 2 3 4	1 2 3	___	1 2 3 4 5
Euforia/Júbilo	X	1	1 2 3 4	1 2 3	___	1 2 3 4 5
Apatía/Indiferencia	X	1	1 2 3 4	1 2 3	___	1 2 3 4 5
Desinhibición	X	1	1 2 3 4	1 2 3	___	1 2 3 4 5
Irritabilidad/Inestabilidad	X	1	1 2 3 4	1 2 3	___	1 2 3 4 5
Conducta mótriz anómala	X	1	1 2 3 4	1 2 3	___	1 2 3 4 5

\* Ref: Cummings, J.L., Mega, M., Gray, K., RosenbergThompson, S., Carusi, D.A., Gornbein, J. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assesment of psychopathology in dementia. Neurology, Vol. 44: 2308-2314, 1994.

\* Ref: Lozano Gallego, M., Cruz, MM., Hernández, M., Gudayol, M., López, O.L., López-Pousa, S., Vilalta, J. Validación Española del "Neuropsychiatric Inventory". XLVIII reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología.

Diagnóstico:

MEC:

Edad:

Sexo:

Duración de la enfermedad:

CONDUCTA-DA:

Delirios:

Alucinaciones:

Alteraciones de la actividad:

Agresividad:

Alteraciones del ritmo diurno:

Ansiedad y fobias:

Evaluación Global

índice **ANEXO IV:****CUESTIONARIO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR**

(Escala de Zarit)

INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan una lista de frases que reflejan como se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona. Después de leer cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera, escogiendo entre NUNCA (N), CASI NUNCA (CN), A VECES (AV), FRECUENTEMENTE (F) y CASI SIEMPRE (CS). No existen respuestas correctas o incorrectas.

**CON QUE FRECUENCIA (rodee con un círculo la opción elegida)**

1. ¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?

N CN AV F CS

2. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?

N CN AV F CS

3. ¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (Ej: con su familia o en el trabajo)

N CN AV F CS

4. ¿Se siente avergonzada(o) por el comportamiento de su familiar/paciente?

N CN AV F CS

5. ¿Se siente irritada(o) cuando está cerca de su familiar/paciente?

N CN AV F CS

6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?

**N CN AV F CS**

7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?

**N CN AV F CS**

8. ¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?

**N CN AV F CS**

9. ¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?

**N CN AV F CS**

10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?

**N CN AV F CS**

11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?

**N CN AV F CS**

12. ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente?

**N CN AV F CS**

13. SOLAMENTE SI EL ENTREVISTADO VIVE CON EL PACIENTE).

¿Se siente incómoda(o) para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente?

**N CN AV F CS**

14. ¿Cree que su familiar/paciente espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?

**N CN AV F CS**

15. ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente, además de sus otros gastos?

**N CN AV F CS**

16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho más tiempo?

**N CN AV F CS**

17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?

**N CN AV F CS**

18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?

**N CN AV F CS**

19. ¿Se siente insegura(o) acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?

**N CN AV F CS**

20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?

**N CN AV F CS**

21. ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?

**N CN AV F CS**

22. En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?

### N C N A V F C S

Puntuación: Cada Item se puntúa de 1 (Nunca) a 5 (Casi Siempre). La puntuación mínima es por lo tanto 22, y la máxima, 110. Se han establecido los siguientes puntos de corte en población navarra:

No Sobrecarga: 22-46

Sobrecarga Leve: 47-55

Sobrecarga Intensa: 56-110

[índice](#) 

### ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS

P. Activo	Especialidad Farmacéutica	PVP (euros)
Haloperidol	Haloperidol Esteve 0,5 mg 50 comprimidos	1,25
	Haloperidol Esteve 10 mg 30 comprimidos	3,40
	Haloperidol Prodes 10 mg 30 comprimidos	3,49
	Haloperidol Esteve 2 mg/ml gotas de 15 ml	1,51
	Haloperidol Prodes 2 mg/ml gotas de 15 ml	1,51
	Haloperidol Prodes 2 mg/ml gotas de 30 ml	2,69
	Haloperidol Prodes 2 mg/ml gotas de 30 ml	2,76
	Haloperidol decanoato 100 mg/ml 1 ampolla	7,16
	Haloperidol decanoato 50 mg/ml 1 ampolla	4,23
	Haloperidol Esteve 5 mg 5 ampollas	2,76
Levomepromazina	Sinogan 25 mg 20 comprimidos	1,68
	Sinogan 100 mg 20 comprimidos	2,31
	Sinogan 40 mg/ml gotas de 10 ml	1,88
	Sinogan 25 mg 10 ampollas	2,32
Tiapride	Tiaprizal 100 mg 24 comprimidos	3,27
	Tiaprizal 12 mg/ml gotas de 60 ml	1,71
	Tiaprizal 100 mg 12 ampollas	2,31
Tioridazina	Meleril 30 mg/ml gotas de 10 ml	1,45
	Meleril Retard 200 mg 30 comprimidos	4,69
	Meleril 10 mg 60 grageas	1,69
	Meleril 50 mg 50 grageas	3,24
	Meleril 100 mg 25 grageas	3,22



Olanzapina	Zyprexa 2,5 mg 28 comprimidos	5,52
	Zyprexa 5 mg 28 comprimidos	74,9
	Zyprexa 7,5 mg 56 comprimidos	187,97
	Zyprexa 10 mg 28 comprimidos	140,23
	Zyprexa 10 mg 56 comprimidos	235,24
	Zyprexa velotab 5mg 28 comprimidos bucodispers	76,78
	Zyprexa velotab 10mg 28 comprimidos bucodispers	143,91
Quetiapina	Seroquel 25 mg 6 comprimidos	4,99
	Seroquel 100 mg 60 comprimidos	95,87
	Seroquel 200 mg 60 comprimidos	138,54
Risperidona	Risperdal 1 mg 20 comprimidos	17,55
	Risperdal 1 mg 60 comprimidos	50,77
	Risperdal 3 mg 20 comprimidos	50,65
	Risperdal 3 mg 60 comprimidos	140,36
	Risperdal 6 mg 30 comprimidos	140,36
	Risperdal 6 mg 60 comprimidos	234
	Risperdal 1 mg/ml soluc 30 ml	25,91
	Risperdal 1 mg/ml soluc 100 ml	84,71

[Subir](#)
[Búsquedas](#)
[Sumario](#)
[Inicio](#)
[e-mail](#)