

MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON DEMENCIA

Título: MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON DEMENCIA

Autor: Dra. Claudia Cabeza G., Residente Medicina Familiar UC

Editor: Dra. Loreto González V., Docente Departamento Medicina Familiar UC

Fecha: 20/07/2020

Resumen de Portada

La prevalencia de demencia sigue aumentando y es una causa importante de años de vida saludable perdidos (AVISA) en mayores de 65 años. El manejo del paciente y su familia es complejo y multidisciplinario y los síntomas conductuales suelen ser un desafío. En este artículo revisamos cómo abordar de forma integral esta patología poniendo énfasis en manejo de éste tipo de síntomas.

Palabras claves: Demencia, Síntomas conductuales, Manejo Integral, APS, Medicina Familiar

Introducción:

La Demencia es una patología con prevalencia en aumento, a nivel mundial hay cerca de 48 millones de personas viviendo con demencia y se espera que al 2050 sean 131 millones¹. En Chile la situación es similar y cerca de un 36% de personas sobre 80 años la presentan². Los factores de riesgo son: edad, sedentarismo, aislamiento social, síndrome metabólico, entre otros. Existen distintos tipos de demencia, de ellas la enfermedad de Alzheimer es la más común (60-70%), seguida de la demencia vascular, demencia por Cuerpos de Lewy y finalmente Fronto - Temporal.

Las demencias son actualmente la tercera causa de AVISA en mayores de 65 años³ y aumentan también la carga de enfermedad en los cuidadores. En Chile, aproximadamente la mitad de los cuidadores sufren patologías de salud mental y sobrecarga severa. Dentro de los síntomas más disruptivos están los conductuales y emocionales presentes en el 95% de los pacientes⁴.

Diagnóstico y estudio:

El screening en población general asintomática no está recomendado, debido a que no hay evidencia de su beneficio, y no existen intervenciones farmacológicas eficaces para disminuir progresión. Fármacos como memantina e inhibidores de acetilcolinesterasa tienen escaso efecto⁵.

En cuanto al diagnóstico en población sintomática, se realiza clínicamente cuando hay deterioro en uno o más de los dominios cognitivos, utilizando los criterios del DSM V de deterioro cognitivo mayor. En cuanto a los test a aplicar para objetivar deterioro, todos (incluso los breves) muestran buena y similar sensibilidad y especificidad con moderada – baja calidad de evidencia⁶:

Tabla 1: Sensibilidad y Especificidad de test screening de demencia

Test	Sensibilidad	Especificidad
Moca	0,91	0,81
Minimental (MMSE)	0,81	0,89
Mini cog	0,91	0,86
Test del reloj	0,83	0,85
Fluencia verbal	0,8	0,82
Memoria 4 palabras (MIS)	0,79	0,81

Chan J et al, Cognitive tests to detect dementia: a systematic review and meta-analysis, JAMA 2015

La Guía NICE⁷, recomienda en primera consulta en APS aplicar dos test breves que midan diferentes dominios cognitivos (uno memoria como el MIS y otro función visuoespacial/ ejecutiva como el Test del Reloj) ya que en los distintos tipos de demencia se afectan diferentes funciones: Por ejemplo en Alzheimer se ven afectadas en primer lugar las pruebas de memoria mientras que en Demencia por cuerpos de Lewy la función visuo-espacial o función ejecutiva. Test de mayor extensión pueden realizarse en diferido, para favorecer una adecuada anamnesis y relación con paciente.

Las causas reversibles de demencia son poco frecuentes (5% de pacientes con sospecha de demencia), sin embargo, hay que descartarlas ya que su tratamiento significa una mejoría importante en la calidad de vida. Los exámenes a solicitar son: Hemograma +VHS, TSH, Pruebas hepáticas, Niveles vitamina B12 -ácido fólico, Creatinina -Electrolitos plasmáticos, VIH- VDRL y Glicemia, entre otros⁸.

El TAC de rutina es aún controversial, hay diferencias en las guías clínicas al respecto. Podría ser prescindible en cuadros clásicos de Alzheimer, sin embargo, debe solicitarse si el cuadro clínico es de curso agudo, edad precoz, o presenta síntomas neurológicos, síntomas de otro subtipo de demencia o alteración de la marcha⁹.

Otra causa de demencia secundaria es la depresión. Se puede realizar la “Pregunta única” si el paciente puede responder, guiarse por lo referido por familiar en caso de demencia avanzada o aplicar test de Cornell. Si se sospecha trastorno anímico se puede dar prueba terapéutica con ISRS por tres meses y reevaluar.

Manejo

El manejo de los pacientes tiene diferentes objetivos según etapas, por lo que el primer paso será identificar en cuál de ellas se encuentra, para esto, se puede utilizar la escala de deterioro global, GDS (Tabla 2)

Tabla 2: Objetivos de Manejo por etapa de demencia. Kintun 2018

Fases de la demencia GDS: Escala deterioro global	Tareas
Leve GDS 3-4	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo post diagnóstico a la persona y entorno familiar. - Ajustar nivel de autonomía en actividades - Revisión de aspectos legales y financieros. - Intervenciones dirigidas para maximización de capacidades remanentes.
Intermedia GDS 5-6	<ul style="list-style-type: none"> - Maximización de capacidades remanentes de la persona. - Prevención y manejo de síntomas neuropsiquiátricos. - Capacitación del entorno familiar para enfrentar desafíos de la vida diaria y síntomas neuropsiquiátricos.
Avanzada GDS 6-7	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de confort. - Evitar la privación ambiental - Prevención y manejo de síntomas neuropsiquiátricos. - Apoyo a entorno familiar en marco del buen morir, cuidados al final de la vida. - Detección de maltrato. - Intervención directa y educación sobre cuidados para la movilización, deglución, y otros

Además de los objetivos mencionados en la tabla 2, se sugiere abordar diferentes aspectos: **funcional** (riesgo de extravíos, estafas, caídas, etc.), **sociales** (no aislar, mantener contacto social), **cognitivo/ emocional** (pesquisar patología del ánimo, favorecer desarrollo cognitivo mediante actividades nuevas), y lo propiamente **biomédico** (evitar la poli farmacia, manejo de síntomas conductuales, prevención de síndromes geriátricos, manejo de demencia propiamente tal: Inhibidores acetilcolinoesterasa, memantina, etc.)

A lo largo de toda la evaluación, es necesario, además, incorporar y evaluar al cuidador, empleando escalas de sobrecarga y pesquizando precozmente patología de salud mental como trastorno depresivo o de ansiedad. Dentro de la evidencia disponible, la educación sobre la patología ayuda a la disminución de síntomas ansiosos.

Los síntomas más disruptivos para el paciente y su familia son los síntomas conductuales, por lo que se abordaran en la siguiente sección.

Manejo síntomas conductuales:

Los síntomas conductuales son variados, y de distintos tipos: agitación, apatía, agresividad, vagabundeo, síntomas depresivos, insomnio, desinhibición, etc. Existen múltiples opciones de manejo, y la elección de la terapia depende del síntoma predominante, gravedad y del perfil del paciente.

Lo primero siempre será evaluar si hay alguna causa aparente del síntoma, descartando delirium mediante los criterios de CAM, y viendo si hay alguna condición mejorable: frío, dolor, etc.

Si no hay causa aparente, la primera línea de tratamiento son las medidas no farmacológicas, salvo que exista riesgo para el propio paciente o para terceros o síntomas extremadamente disruptivos; En estos casos se recomienda el uso de fármacos.

1) Manejo no farmacológico

Las que tienen más evidencia son las intervenciones psicosociales, principalmente educación a cuidadores. 86% de intervenciones a cuidadores informales mostró beneficio y una revisión reciente con baja calidad de la evidencia mostró reducción de uso de antipsicóticos en residencias, no se logra estimador de efecto¹⁰.

¿Sobre que educar?: Sobre manejo de episodios de agitación o agresividad, las guías recomiendan no confrontar al paciente en ideas o discursos errados, no mostrar el error. Es preferible intentar cambiar el tema, ofrecer alimentos que les gusten, flexibilizar horarios de comida (no forzando comidas o ingesta de medicamentos). En caso de síntomas anímicos, contener con abrazos o muestras de afecto físicas, no aislar o dejar de supervisar, no retar o castigar. En caso de que el paciente mantenga deambulación: favorecer ambientes seguros minimizando riesgo de caídas, o salir a pasear.

2) Manejo farmacológico

1. **Antipsicóticos:** Su uso ha sido cuestionado desde el 2005, cuando FDA emitió un *warning* en pacientes con demencia debido a **aumento de mortalidad** con un **RR 1,7** y aumento de **riesgo cardiovascular** (ACV principalmente) con un **OR de 3,64**¹¹.

En cuanto a su efectividad, revisiones muestran que podrían tener efecto en cuanto a agitación y agresividad. Risperidona es la que tiene más estudios: en dosis de 0,5, 1 y 2 mg al día disminuyó significativamente síntomas neuropsicológicos y conductuales en general (SMD -0.29, 95% CI -0.51 to -0.06, P = 0.01), resultado no dosis dependiente. También tuvo mejoría significativa en agresividad y psicosis. Tuvo efectos adversos significativos con un RR 2.29, 95% CI 1.27 to 4.12, P = 0.006) para dosis mayores a 1 mg que llevaron a discontinuación¹².

Dado el riesgo asociado a su uso, se recomienda usar la mínima dosis posible, reevaluar de forma frecuente, y suspender en caso de que síntomas hayan disminuido. Una revisión Cochrane muestra que los antipsicóticos podrían suspenderse con éxito en personas mayores que los han usado más de tres meses y la interrupción puede tener poco o ningún efecto importante sobre los síntomas conductuales y psicológicos¹³.

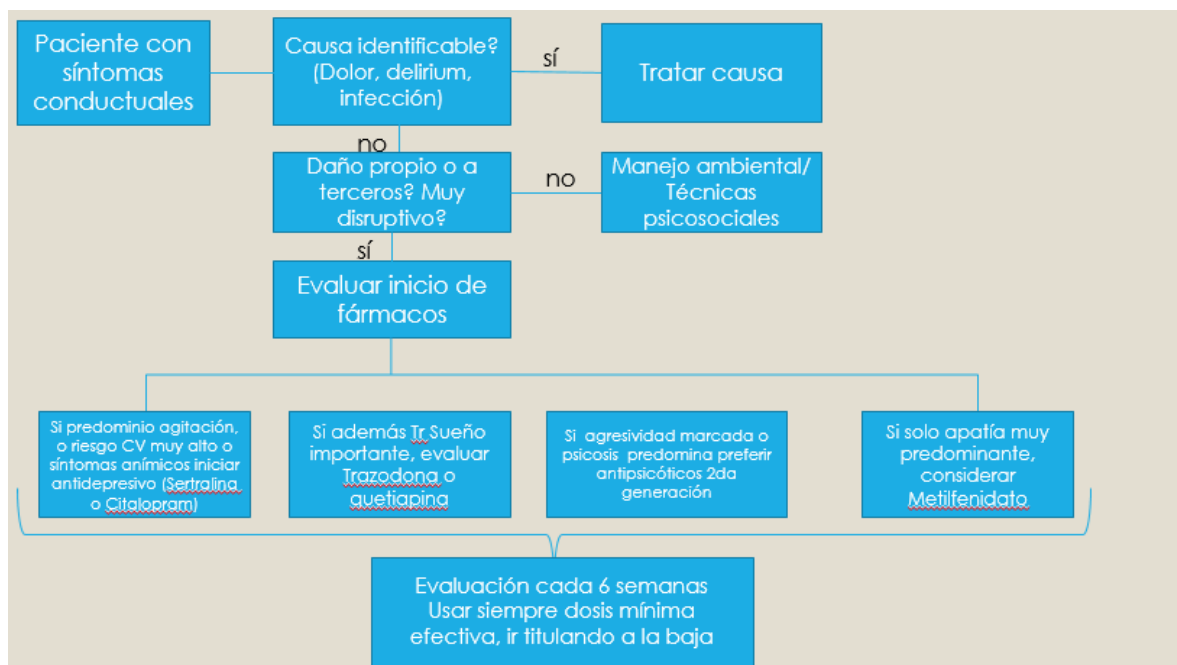
2. **Antidepresivos y Trazodona:** Podrían ser **efectivos principalmente para agitación** (Reducción 0,8 en escala CMAI) vs placebo¹⁴. No mostraron diferencia de efectos adversos versus placebo, Sertralina y Citalopram fueron los que mostraron menos efectos adversos. Son una opción segura para manejo de agitación en pacientes, sobre todo aquellos con alto

riesgo cardiovascular. Podría no existir diferencia significativa entre antidepresivos y antipsicóticos en efectividad para el manejo de agitación
 En cuanto a la **trazodona**, se recomienda su uso para **manejo de insomnio persistente o disruptivo en dosis de 50-100 mg**, con buena calidad de evidencia.

3. Metilfenidato: Ha mostrado eficacia con moderada calidad de la evidencia para manejo de **Apatía**, estado de interés reducido, falta de iniciativa y actividad reducida, común de la enfermedad de Alzheimer¹⁵.

3) Otras terapias: La con más estudios es la **Musicoterapia:** Un metanálisis Cochrane (16 estudios, 11 sesiones grupales y 5 individuales) evaluó efectos de MT sobre la reducción de BPSD y la mejora social: Evidencia moderada en la reducción de los síntomas depresivos y apatía. Limitado efecto sobre la calidad de vida, agitación, agresión y cognición. No se recomienda acupuntura o aromaterapia en personas mayores con demencia

Imagen 1 : Algoritmo manejo síntomas conductuales



Conclusiones:

La demencia es una patología con prevalencia al alza y gran carga de enfermedad. Su manejo debe incluir, tanto para el paciente como para su cuidador, aspectos emocionales, funcionales y cognitivos. Los síntomas más disruptivos son los conductuales, la primera línea siempre será el manejo no farmacológico, salvo que exista riesgo inminente para familiares o el propio paciente por agresividad o agitación severa, en este caso se podrían usar antipsicóticos en la mínima dosis posible e ir titulándolo cada 6 semanas por riesgo efectos adversos. Debemos recordar que los antipsicóticos no son la única alternativa, se pueden usar antidepresivos en caso de agitación o trazodona en caso de insomnio. El tratamiento debe ser individualizado y ajustado al contexto y realidad de cada paciente y su familia.

Bibliografía:

1. Arvanitakis Z, Shah RC, Bennett DA. Diagnosis and Management of Dementia: Review. JAMA. 2019;322(16):1589–1599.
2. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Demencias, 2017. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>
3. Encuesta nacional de calidad de vida del adulto mayor, 2016
4. Arvanitakis Z, Shah RC, Bennett DA. Diagnosis and Management of Dementia: Review. JAMA. 2019;322(16):1589–1599
5. US Preventive Services Task Force. Screening for cognitive impairment in older adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement [published February 25, 2020]. JAMA
6. Chan J et al, Cognitive tests to detect dementia: a systematic review and meta-analysis, JAMA 2015
7. Guía NICE 2018: Dementia, Assessment, management and support for people living with dementia and their carers
8. Íbidem.
9. Guía NICE 2018: Dementia, Assessment, management and support for people living with dementia and their carers
10. Richter T, Meyer G, Möhler R, Köpke S. Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. No.: CD008634.
11. FDA Issues Public Health Advisory for Antipsychotic Drugs used for Treatment of Behavioral Disorders in Elderly Patients. 2005
12. Ballard CG, Waite J, Birks J. Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD003476.
13. Van Leeuwen E, Petrovic M, van Driel ML, De Sutter AIM, Vander Stichele R, Declercq T, Christiaens T. Withdrawal versus continuation of long-term antipsychotic drug use for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 3. Art. No.: CD00772
14. Seitz DP, Adunuri N, Gill SS, Gruneir A, Herrmann N, Rochon P. Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 2. Art. No.: CD008191
15. Ruthirakuhan MT, Herrmann N, Abraham EH, Chan S, KL Lanctôt, Pharmacological interventions for apathy in Alzheimer's disease.. Cochrane Database Syst Rev. 2018
16. Van der Steen JT, van Soest-Poortvliet MC, van der Wouden JC et al. Music-based therapeutic interventions for people with dementia. Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group. Cochrane Database of Systemic Reviews 2017, Issue 6. Art. No.: CD003477. DOI: 10.1002/14651858.CD003477.pub3.