

Manejo de agitación en demencias

Management of agitation in dementia.

Dra. Daniela Urrutia Egaña ¹, Dr. Jorge González- Hernández ²

¹ Residente de Neurología. Departamento de Neurología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Contacto: daniurrutia@gmail.com.

² Docente de Neurología, Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Resumen

Las demencias son enfermedades neurodegenerativas de alta prevalencia y un elevado costo personal, familiar y económico. La aparición de síntomas neuropsiquiátricos es frecuente, los que son habitualmente un factor estresante tanto para el paciente como para sus cuidadores. El manejo adecuado de éstos síntomas previene la aparición de trastornos del ánimo y ansioso, institucionalización, uso de contención, entre otras consecuencias.

El enfrentamiento inicial de la agitación se enfoca a la identificación de factores precipitantes que pudieran ser corregidos como el dolor y enfermedades médicas concomitantes. La implementación de medidas no farmacológicas es simple y de bajo riesgo. En el caso de que éstas no sean suficientes se debería usar fármacos como antipsicóticos o inhibidores de la colinesterasa, siempre monitoreando la eficacia y los posibles efectos adversos.

Introducción

La demencia es un conjunto de enfermedades neurodegenerativas de alta prevalencia y de alto impacto personal, familiar y social. Durante el curso de la enfermedad, los pacientes llegan a ser más dependientes en las actividades de la vida diaria, lo cual puede resultar en institucionalización. (Wetzels, 2010)

En paralelo al deterioro cognitivo, los pacientes con demencia, también desarrollan síntomas conductuales y psicológicos, conocidos como síntomas neuropsiquiátricos. Estos ocurren en aproximadamente el 50% de los pacientes en el ambiente ambulatorio y en el 80% de los institucionalizados. Los síntomas neuropsiquiátricos incluyen agitación, sicosis, alteraciones del ánimo, agitación psicomotora y apatía. (Wetzels, 2010)

El objetivo de este artículo es revisar la literatura referente al manejo de agitación en pacientes con demencia.

Concepto de agitación y escala de evaluación

El curso de los síntomas neuropsiquiátricos en personas institucionalizadas en un estudio observacional de un año de seguimiento muestra una alta prevalencia donde la conducta motora aberrante (42%), la depresión (21%), la ansiedad (19%) y la euforia (5%) muestran un declinar con el tiempo; mientras que la sicosis se mantiene constante (prevalencia 24% para ilusiones y 12% para alucinaciones/delirio). La apatía se incrementa (28%), así como también lo hacen la agitación (32%), la irritabilidad (33%) y la desinhibición (23%). Todos estos síntomas muestran un curso fluctuante. (Wetzels, 2010) El conocer el curso de los síntomas neuropsiquiátricos permite tener una mejor estrategia de intervención para poder aminorar el impacto en el paciente, su familia y en el ambiente en el que está inserto.

La agitación ha sido identificada como un factor estresante para el paciente y su cuidador, el cual a menudo lleva a limitaciones físicas, uso de fármacos, institucionalización, disminución de la calidad de vida del paciente y sobrecarga del cuidador. (Kong 2005)

A pesar de que existe múltiple literatura sobre la agitación en pacientes con demencia, el concepto aún no está del todo claro y no hay un consenso al momento de hablar de él.

Cohen-Mansfield en 1986 lo define como actividad motora, verbal o vocal que no es explicada por sus necesidades o confusión por sí misma. Lindenmayer en el 2000 como una constelación inespecífica de conductas relativamente no relacionadas.

Casi todas las definiciones llegan al consenso que la conducta agitada es excesiva, inapropiada, repetitiva, inespecífica y observable. (Kong 2005) Además se sugiere que es una actividad sin un propósito claro, disruptiva, anormal, disfuncional y con un fuerte contenido emocional. En el concepto de agitación se incluyen tanto el componente físico como psicológico.

El concepto de agitación también se ha extendido para incluir agresión, intranquilidad, resistencia al cuidado, conducta abusiva y conducta asociado con trastorno del sueño. (Kong 2005)

Se han desarrollado múltiples escalas de evaluación los síntomas neuropsiquiátricos en demencia, con muchos elementos en común. Uno de los más utilizados en la escala de Cohen- Masfield Agitation Inventory (CMAI) que evalúa la frecuencia de los siguientes síntomas en las últimas 2 semanas (Tabla 1), con puntos de 1 a 7. (1= nunca, 2= < 1 vez/sem, 3= 1 ó 2 veces/sem, 4= varias veces a la semana, 5= 1 ó 2 veces al día, 6= varias veces al día, 7= varias veces por hora. (Sink 2005)

Tabla 1: Síntomas a evaluar según la escala de Cohen – Masfield Agitation Inventory (CAMI)

Vestimenta inadecuada o desnudarse	Escupir (incluido comida)
Maldecir o tener agresividad verbal	Demanda continua e injustificada de atención o ayuda
Frases o preguntas repetitivas	Pegar, incluso a si mismo
Dar patadas	Agarrar a las personas
Dar empujones	Lanzar objetos
Hacer ruidos raros (risa o llanto extraño)	Gritar
Morder	Arañar
Tratar de irse a otro sitio	Caída intencionada
Estar quejándose	Negativismo
Comer o beber cosas no comestibles	Hacer daño a sí mismo o los demás
Manejo inadecuado de cosas	Esconder cosas
Acumular cosas	Destruir cosas o romper sus propias pertenencias
Repetir movimientos estereotipados	Realizar insinuaciones sexuales de tipo verbal.
Realizar insinuaciones sexuales del tipo físico	Inquietud general

Consecuencia de la agitación

Las consecuencias para el paciente incluyen estrés, frustración, alta incidencia de caídas, anorexia, pérdida de peso, deshidratación, contenciones físicas y uso de fármacos, restricción de las actividades diarias y la vida social, institucionalización y disminución de la calidad de vida. (Kong 2005)

Las consecuencias para los cuidadores pueden incluir el discomfort, frustración, dificultades en el funcionamiento familiar, aumento de la sobrecarga, disminución de la calidad de vida y riesgo de enfermedades psiquiátricas, (Kong 2005) además del impacto económico y social.

Evaluación inicial de la agitación y manejo no farmacológico

Es importante poder identificar factores precipitantes de la agitación (Kong 2005, Salzman 2008), los que se pueden agrupar en:

1. Factores del paciente: grado de demencia, alteración del sueño, alteraciones sensoriales, depresión, ansiedad, alteración funcional, dificultad en la comunicación, dolor, enfermedades médicas, aburrimiento y sentimiento de soledad.
2. Factores en la relación interpersonal: tacto y lenguaje del cuidador, interacciones verbales y estresores sociales.

3. Factores ambientales: ruido ambiental, invasión al espacio personal, baja temperatura en la noche, nivel de preparación de los cuidadores, cambio del ambiente o su cuidador y otros estresores ambientales.

4. Limitaciones: contenciones físicas, uso de medicamentos antipsicóticos.

Identificar cualquier factor que contribuya a la agitación y que pueda ser modificado, es prioritario antes del uso de medidas farmacológicas.

Las manifestaciones verbales de la agitación, puede estar asociado con el dolor, el sentimiento de soledad o depresión. La agitación física puede estar asociada al aburrimiento y la necesidad de realizar una actividad o recibir una estimulación. Las conductas agresivas puede estar relacionadas con evitar el discomfort, necesidad de comunicación o la demanda de un espacio personal. (Salzman 2008)

Las intervenciones no farmacológicas incluyen la corrección de factores precipitantes, herramientas de estabilización de la función cognitiva, ejercicios de autoafirmación como terapias de reminiscencia, sociabilización estructurada como terapia con mascotas y visualización de videos familiares. La eficacia de estas intervenciones ha sido demostrada en diversos estudios. (Salzman 2008)

Una de las terapias utilizadas y que es de fácil implementación es la musicoterapia individualizada, la cual se realiza en base a los gustos personales del paciente o la música que ha sido importante a lo largo de su vida y si él o ella no puede expresarlo, en base al conocimiento de los familiares más cercanos. Ésta se debe realizar a un volumen adecuado que no altere al paciente ni a sus cuidadores, en el mismo ambiente donde pasa la mayor parte del día, previo al peak de agitación que se ha observado en los días previos y cada intervención debe durar aproximadamente 30 minutos. Se ha observado que hay una disminución de la frecuencia de la agitación y actividad disruptiva, disminución del uso de medicamentos psicotrópicos y disminución de la contención física en forma significativa, además disminuye el estrés de los cuidadores. (Gerdner 2010)

La presencia simulada es otra medida no farmacológica para el manejo de la agitación, la cual consiste en poner un video o una grabación de audio a la persona con demencia en el cual aparezcan familiares o amigos, recuerdos de experiencias positivas o de momentos importantes de la vida del paciente. Una revisión de la eficacia de esta terapia mostró que es estadísticamente significativa la reducción de la agitación. Lamentablemente no hay una estandarización en la aplicación de este método, por lo que es difícil comparar los resultados de diversos estudios. (Zetteler 2008)

Un metanálisis de la Cochrane sobre las unidades especializadas en casas de reposo para el cuidado de pacientes con Alzheimer, no mostró beneficios con la evidencia disponible. Por lo que es probablemente más importante implementar una mejor práctica en las instituciones de cuidado que implementar una unidad específica. Cabe destacar que en las unidades especializadas se reportó menor contención física y menor depresión en forma estadísticamente significativa. A favor de las instituciones estándar se observó un menor uso de medicamentos psicotrópicos en comparación a las unidades especializadas. (Lai 2009)

Una revisión sistemática sobre las intervenciones no farmacológicas en el manejo de la agitación, donde se evaluaron intervenciones sensoriales, actividades de contacto social, modificación ambiental, entrenamiento de los cuidadores, terapias conductuales y combinación de terapias, demostró que sólo las terapias sensoriales que incluyen aromaterapia, baños termales, música relajante y masajes mostraron una reducción significativa de la agitación. La interpretación de estos resultados se debe hacer con precaución dada la gran heterogeneidad de los estudios y la inconsistente definición de agitación. (Kong 2009)

Un estudio que comparó la efectividad de medidas no farmacológicas en el manejo de la agitación con haloperidol, trazodona y placebo, no encontró diferencia en los resultados, pero sí menos efectos adversos para las medidas no farmacológicas (Salzman 2008).

Manejo farmacológico de la agitación.

Cuando las medidas no farmacológicas no son suficientes en el control de la agitación, se hace necesario el uso de fármacos. Diferentes estrategias se han utilizado con este fin, entre ellos: antipsicóticos típicos y atípicos, antidepresivos, benzodiazepinas, estabilizadores del ánimo, inhibidores de la colinesterasa, memantina.

1. Antipsicóticos.

Los antipsicóticos típicos incluyen haloperidol, clorpromazina, trifluoperazina y acetofenazina. En una revisión sistemática no mostró diferencias entre ellos y un beneficio estadísticamente significativo pero de bajo impacto (18% de respuesta sobre placebo) en el manejo de agitación. Uno de los más usados en nuestro medio es el haloperidol, el cual mostró un beneficio en la agresividad, pero no en la agitación, con mejoría en la impresión clínica global. Dentro de los efectos adversos se puede mencionar: síntomas extrapiramidales y somnolencia (OR 2.5, IC 1.5-5.2); la dosis más usada es 1.2 a 3.5 mg/día (Sink 2005).

Sobre los antipsicóticos atípicos se ha estudiado la clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona y aripiprazol. Sólo la olanzapina en dosis de 5 a 10 mg vo y 2.5 a 5 mg im y la risperidona en dosis de 1-2 mg mostraron beneficio en el tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos. La dosis de 1 mg de risperidona no mostró diferencias en su efecto versus 2 mg, pero si menor incidencia de efectos adversos (síntomas extrapiramidales, caídas y somnolencia). (Sink 2005).

No hay diferencias en la eficacia entre risperidona y haloperidol. (Sink 2005)

Un grave efecto adverso reportado al uso de los antipsicóticos atípicos es la mayor incidencia de accidentes vasculares (incidencia de 3.3% versus 1.1% en placebo), debido a lo cual la FDA puso una advertencia a su uso. Sin embargo en todos los pacientes en los que presentaron estos eventos también presentaban factores de riesgo cardiovascular y una alta incidencia de fibrilación auricular. (Sink 2005)

Se debe tener especial precaución con el uso de antipsicóticos en demencia por cuerpos de Lewy dado que tienen hipersensibilidad a estos fármacos.

2.- Antidepresivos

Se ha estudiado diversos antidepresivos. Sólo el citalopram y la sertralina han demostrado un efecto estadísticamente significativo, pero probablemente sin mayor impacto clínico (cambio de 10 puntos de una escala de 168 puntos en el “neurobehavioral rating scale”). Sólo la agitación y la labilidad demostraron una mejoría significativa (Sink 2005, Seitz 2011).

La trazodona no tendría un rol en el manejo de la agitación. (Seitz 2011)

3.- Estabilizadores del ánimo

No hay beneficio con el uso de ácido valproico. Tampoco hay suficiente evidencia que demuestre beneficio con la carbamazepina.

No hay estudios sobre la utilidad del litio en estos pacientes. (Sink 2005)

4.- Inhibidores de la colinesterasa

Estos fármacos demostraron un pequeño, pero significativo beneficio en la escala NPI (neuropsychiatric inventory) con cambio en promedio de 1.7 puntos de un total de 120 puntos (Sink 2005).

El donepezilo ha demostrado utilidad en la agitación/agresión, con un promedio de cambio de 5.6 puntos en el NPI. Solo la dosis de 16 mg de galantamina demostró ser mejor que el placebo (cambio de 2.2 puntos en el NPI). No se observa diferencia comparado con placebo en el uso prolongado en un seguimiento a 4 años (Sink 2005).

Los inhibidores de la colinesterasa tienen especial utilidad en la demencia por cuerpos de Lewy.

5.- Memantina.

Fue aprobado para el uso en demencia de Alzheimer moderada a severa. En la escala NPI mostró mejoría de 0.1 puntos versus un deterioro de 3.7 en el grupo placebo (Sink 2005). La memantina no parece ser beneficioso en los síntomas neuropsiquiátricos, pero si tener un beneficio en los dominios cognitivos y conductuales. (Sink 2005)

En suma, no hay terapias farmacológicas particularmente efectivas en el manejo de los síntomas neuropsiquiátricos en demencia.

Conclusión

Las complicaciones neuropsiquiátricas son un tópico frecuente entre las enfermedades neurodegenerativas, mostrando una alta prevalencia a medida que la enfermedad avanza. Lamentablemente no hay un criterio uniforme para definir agitación en estos pacientes.

Las medidas no farmacológicas cumplen un rol fundamental en el manejo de la agitación y deben ser consideradas como el primer escalón de enfrentamientos. No existiendo una recomendación estándar en su aplicación.

Una segunda línea de tratamiento son los fármacos y entre ellos se destaca los antipsicóticos atípicos, dentro de los cuales se prefiere la risperidona y la olanzapina. Se debe tener precaución en el uso de estos fármacos dado los efectos adversos asociados y el bajo impacto de utilidad demostrado.

Se requiere más estudios, con un diseño de alta calidad que se enfoque al manejo de éstos síntomas en los pacientes con demencia.

Bibliografía.

Gerdner L. Individualized music for elders with dementia. *Journal of gerontological nursing* 2010, 36:6, 7-15.

Kong E, Evans L, Guevara J. Nonpharmacological intervention for agitation in dementia: A systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*. 2009, 13:4, 512-520.

Kong E. Agitation in dementia: concept clarification. *Journal of advanced nursing* 2005, 52:5, 526-536

Lai K, Yeung J, Mok V, Chi I. Special care units for dementia individuals with behavioural problems (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Oct 7;(4):CD006470.

Salzman C, Jester D, Meyer R, Cohen-Mansfield J, Cummings J, Grossberg G, Jarvik L, Kraemer H, Lebowitz B, Maslow K, Pollock, Raskind M, Schultz S, Wang P, Zito J, Zubenko G. Elderly patients with dementia-related symptoms of severe agitation and aggression: consensus statement on treatment options, clinical trial methodology, and policy. *J Clin Psychiatry* 2008, 69:6, 889-898

Seitz D, Adunuri N, Gill S, Gruneir A, Herrmann N, Rochon P. Antidepressants for agitation an psychosis endementia (Review). *Cochrane Database Syst Rev*.2011(2) CD00819.

Sink K, holden K, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia. *JAMA* 2005, 293:5, 596-608

Wetzels R, Zuidema S, Jansen I, Verhey F. Course of neuropsychiatric syntoms in resident with dementia in long-term care institutions: a systematic review. *International Psychogeriatrics* 2010, 22:7, 1040-1053.

Zetteler J. Effectiveness of stimulated presence therapy for individuals with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health* 2008, 12:6, 779-785.