

PREVALENCIA DE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES EN LOS PACIENTES REMITIDOS A UNA UNIDAD DE DEMENCIA

Elena Toribio Díaz (1), Jaume Morera-Guitart (2), Teresa Frutos Alegría (2), Alicia Sánchez Pérez (2), Eugenia Gracia (2), Mónica Gomis Juan (2), Mar Ferrer Navajas (2), Concepción Morales Espinosa (2)

- 1- Servicio de Neurología. Hospital Clínica Benidorm. Benidorm. Alicante
- 2- Centro de Diagnóstico Precoz de la Enfermedad de Alzheimer (CDP-ALZ). Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig. Alicante

Síntomas Psicológicos y Conductuales (SPCD):

"Síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o la conducta que a menudo presentan los pacientes con demencia"

Conferencia de consenso de la International Psychogeriatric Association (IPA) 1996

IPA

- Psicosis
- Depresión
- Ansiedad
- Euforia
- Transtornos de la alimentación.
- Ts. el sueño.
- Agitación
- Agresividad
- Alteraciones de la vocalización.
- Vagabundeo.
- Hiperactividad.
- Desinhibición sexual.
- Apatía.

Características de los SPCD

- Presentación inicial de la demencia.
- 60-88% de los pacientes con EA con uno o más SPCD.
- 47% de los pacientes con DCL.
- Fluctúan, recurren y se agrupan.
- Relación con el deterioro cognitivo.
- Frecuencia global y particular de cada SPCD variable:
 - Metodología.
 - Definiciones.
 - Criterios de inclusión y exclusión.
 - Población de referencia.

Importancia de los SPCD

- Calidad de vida del paciente y el cuidador.
- Fuente de estrés.
- Agotamiento y carga emocional del cuidador.
- Institucionalización.
- Deterioro cognitivo más rápido.
- Situaciones de abuso y maltrato.
- Abuso en el consumo de sustancias psicotrópicas.
- Importancia de un correcto diagnóstico y tratamiento precoz.

Objetivos

- Determinar la prevalencia de los SPCD en los pacientes atendidos en una Unidad de Demencias.
- Determinar la tipología de estos síntomas.
- Establecer la prevalencia según el grado de deterioro cognitivo.
- Valorar el empleo de psicofármacos.

Origen y clasificación de los pacientes

- Estudio prospectivo: junio 2004-marzo 2005.
- Pacientes remitidos desde:
 - Consulta de Neurología de área.
 - Médicos de familia.
- Tres grupos según la escala GDS modificada (Reisberg et al. 1982):
 - No deterioro cognitivo (No DC): 1-2
 - Deterioro cognitivo leve (DCL): 3a
 - Demencia (Dm): 3b-7

Criterios de los SPCD

- Presencia de los síntomas psicológicos y conductuales en todos los paciente
 - Listado de SPCD modificado de Absher y Cummings, 1994.
 - Agrupados en síntomas positivos, negativos, afectivos, irritabilidad, conductas difíciles y trastornos neurovegetativos.

Síntomas positivos

- Desinhibición
- Delirios
- Alucinaciones
- Hipomanía
- Furia

Síntomas negativos

- Desconexión
- Apatía
- Anhedonia

Síntomas afectivos

- Síntomas depresivos
- Ansiedad
- Labilidad emotiva

Irritabilidad

- Irritabilidad
- Reacciones de furia
- Reacciones catastróficas

Conductas difíciles

- Lentitud
- Paseo incesante/Vagabundeo
- Conductas repetitivas
- Seguir al cuidador
- Negativismo
- Agitación
- Agresividad
- Intrusividad

Trastornos neurovegetativos

- Trastorno del sueño
- Trastorno de la alimentación
- Trastorno de la función sexual.

Fármacos psicotropos

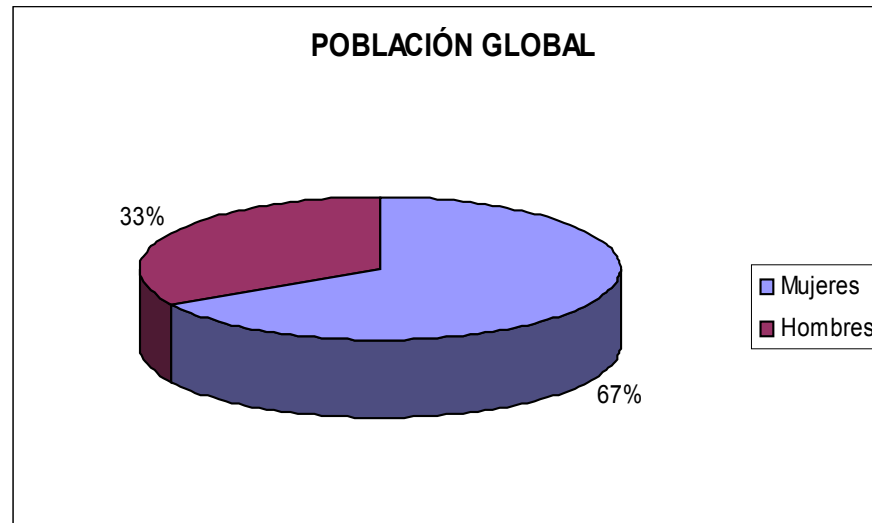
- Anticolinesterásicos (ACE-I)
- Inhibidores del receptor NMDA (NMDA-I)
- Antidepresivos típicos (AD-T)
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
- Neurolépticos típicos (NL-T)
- Neurolépticos atípicos (NL-AT)
- Sedantes benzodiazepínicos (BZD)

Análisis estadístico

- Para la asociación entre presencia de síntomas y grupos diagnósticos:
 - Test de Chi cuadrado.
- Para la fuerza de la asociación:
 - Coeficiente V de Cramer.
- Para el empleo de tratamientos:
 - Análisis simple de frecuencias.

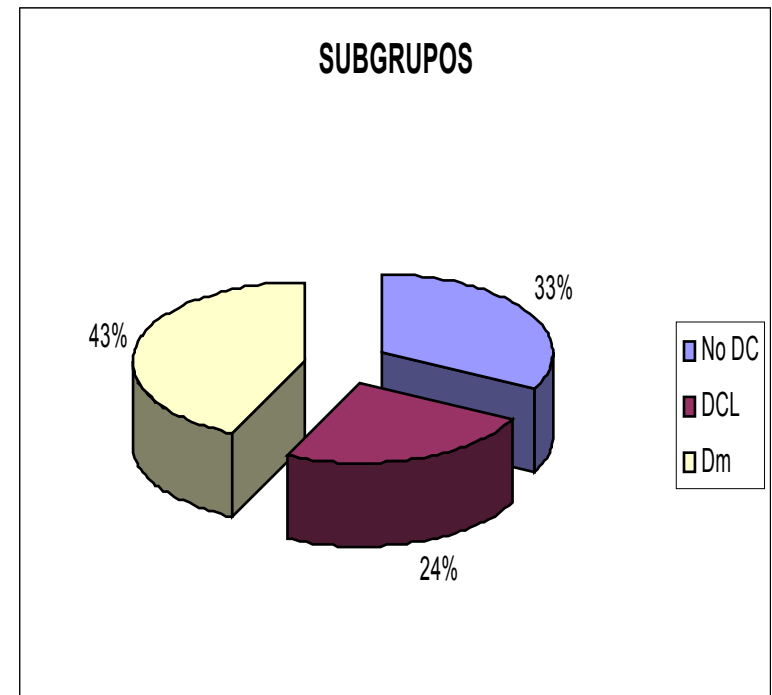
Aspectos demográficos

- Incluimos 264 pacientes con edad media de 74.6 años.
 - 176 mujeres (73.9)
 - 88 hombres (74.5)

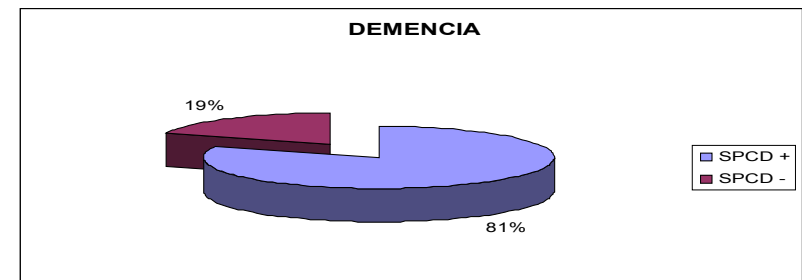
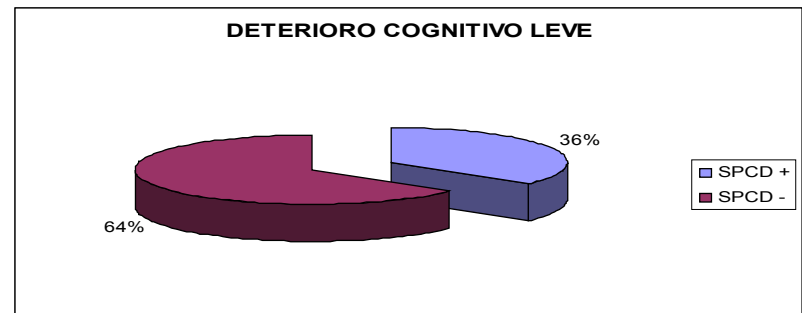
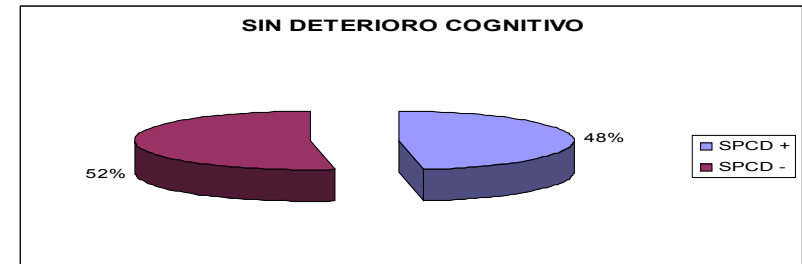
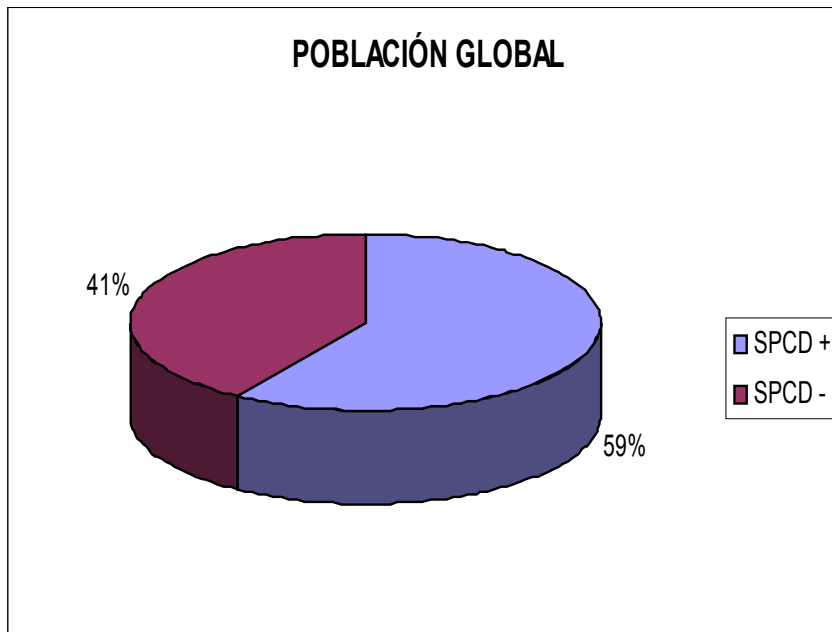


Distribución según el grado de deterioro cognitivo

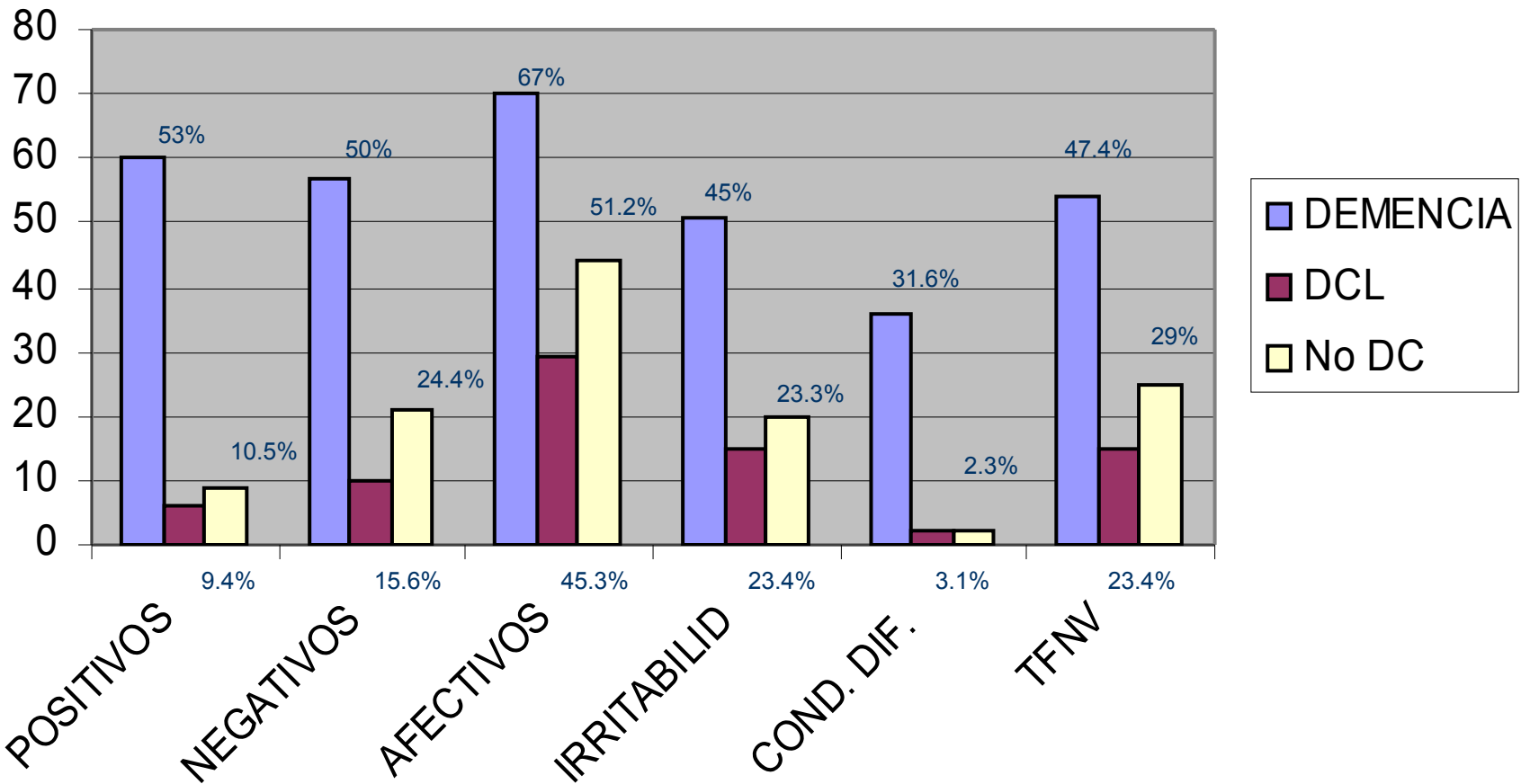
- Distribución en tres grupos:
 - 114 Demencia (Dm): 43%
 - 64 Deterioro cognitivo leve (DCL): 24%
 - 86 Sin deterioro cognitivo (No DC): 33%



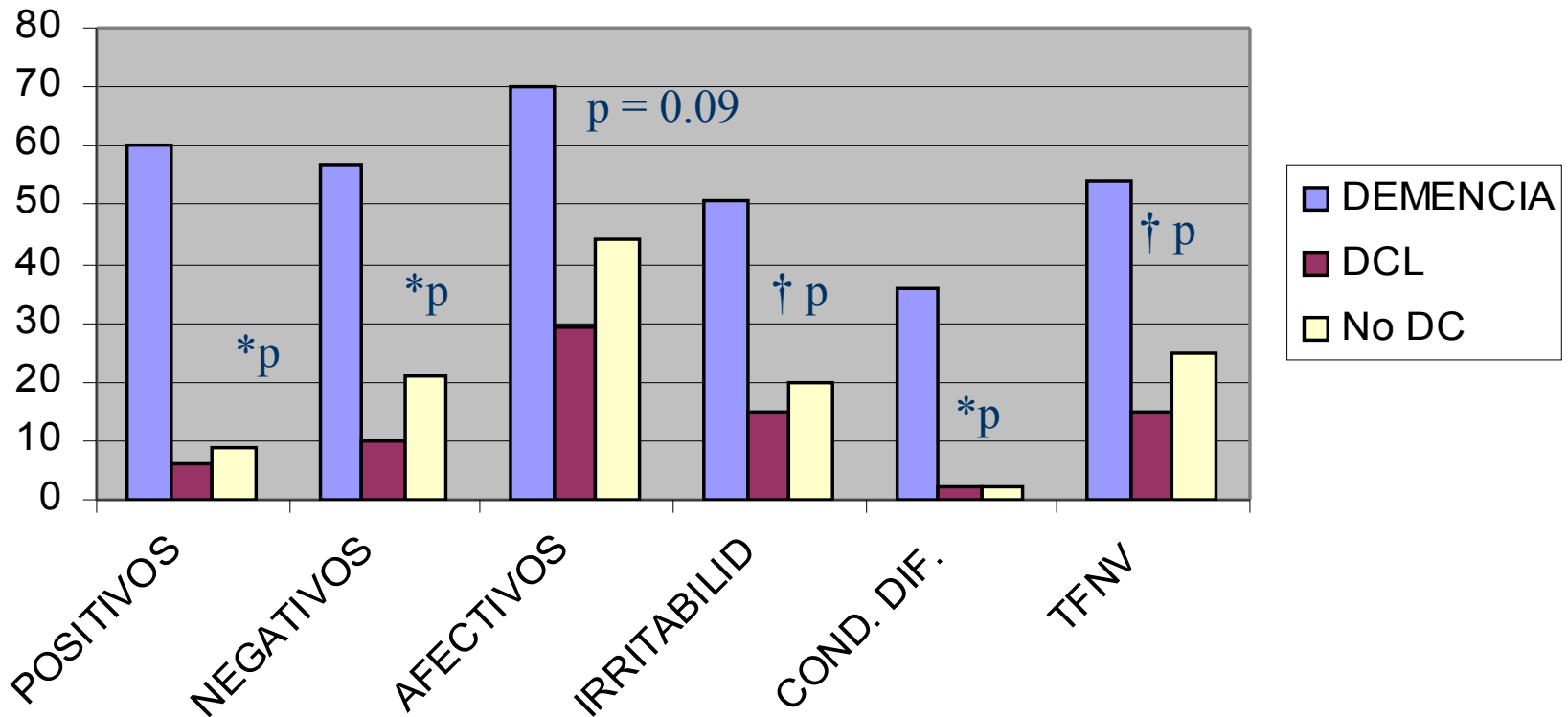
SPCD global según el grado de deterioro cognitivo



SPCD: tipología según grado de deterioro cognitivo (I)

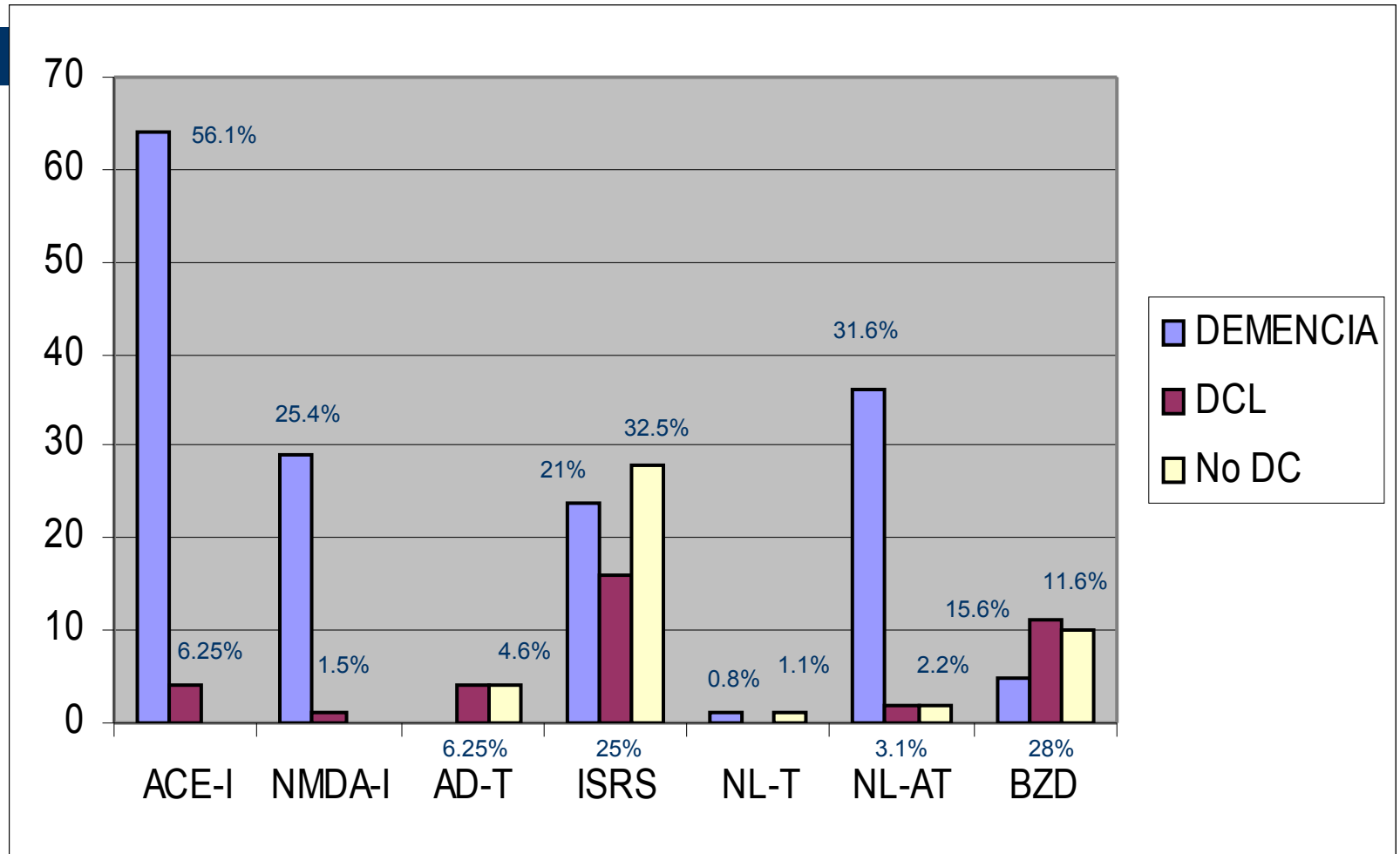


SPCD: tipología según grado de deterioro cognitivo (II)

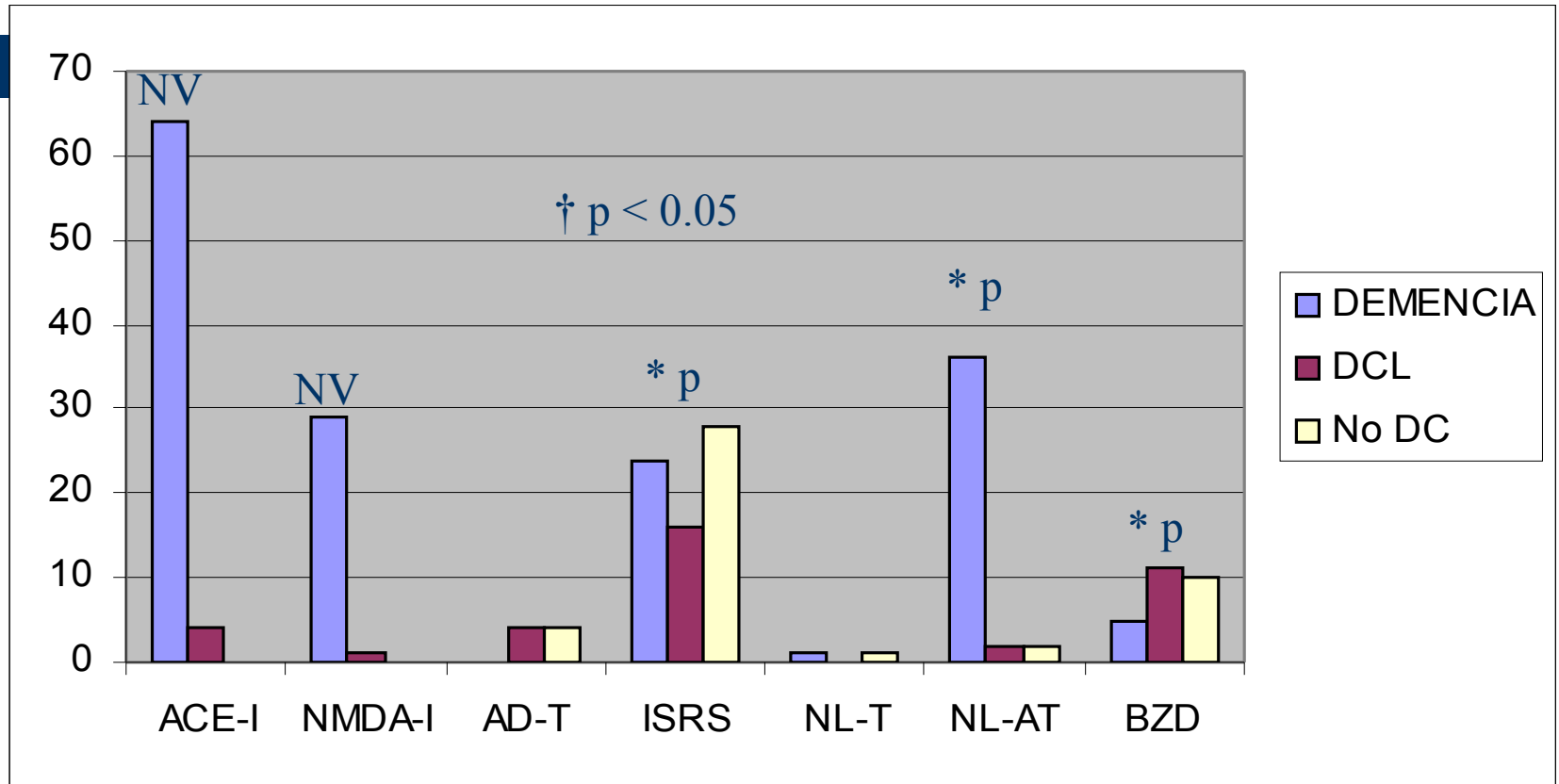


* $p < 0.001$ † $p < 0.05$

Tratamientos según grado de deterioro cognitivo (I)



Tratamientos según grado de deterioro cognitivo (II)



- $p < 0.001$
- NV: No valorado

Pacientes con demencia

- TIPO SPCD
 - Síntomas afectivos (67%)
 - Síntomas positivos (53%)
 - Síntomas negativos (50%)
 - Conductas difíciles (32%)
- FÁRMACOS MÁS UTILIZADOS
 - Acetilcolinesterásicos (56.1%)
 - Neurolépticos atípicos (31.6%)
 - Inhibidores del receptor NMDA (25.4%)

Pacientes con deterioro cognitivo leve

- TIPO SPCD
 - Síntomas afectivos (45%)
 - Trastornos neurovegetativos/Irritabilidad (23.4%)
 - Síntomas negativos (15.6%)
- FARMACOS MÁS UTILIZADOS
 - Benzodiazepinas (28%)
 - Inhibidores de la recaptación de serotonina (25%)
 - Antidepresivos típicos/ACE-I (6.25%)

Pacientes sin deterioro cognitivo

- TIPO DE SPCD
 - Síntomas afectivos (51%)
 - Trastornos neurovegetativos (29%)
 - Negativos (24.4%)
- FÁRMACOS MÁS UTILIZADOS
 - Inhibidores de la recaptación de serotonina (32.5%)
 - Sedantes benzodiazepínicos (11.6%)
 - Antidepresivos típicos (4.6%)

Conclusiones I: Prevalencia y Tipología en población atendida

- Los SPCD presentan una elevada prevalencia (59%) en los pacientes remitidos a una unidad de demencias:
 - Los grupos de síntomas más frecuentes son:
 - Afectivos (54%)
 - Trastornos de la función neurovegetativa (36%)
 - Negativos(36%)
 - El menos frecuente es el de conductas difíciles (24%).

Conclusiones II:

Prevalencia y Tipología de los SPCD según grado de deterioro

- Son muy frecuentes en el grupo de pacientes con demencia (81%):
 - Afectivos/Positivos/Negativos/conductas difíciles
- No deterioro cognitivo leve 48%:
 - Afectivos/Neurovegetativos/Negativos
- El grupo con menor prevalencia es el de pacientes con deterioro cognitivo leve (36%):
 - Menor frecuencia en todos los síntomas (excepto irritabilidad y conductas difíciles).

Conclusiones III:

Prevalencia y Tipología de los SPCD según grado de deterioro

- Los síntomas afectivos no presentan asociación con el grado de deterioro cognitivo.
- El resto de grupos de síntomas si presentan asociación con el grado de deterioro.
- En el caso de los síntomas positivos, negativos y conductas difíciles la asociación es más fuerte.

Conclusiones IV

Utilización de Psicofármacos

- Los fármacos más empleados son los anticolinesterásicos (25.4%)
- En relación a los psicofármacos:
 - Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (23.9%)
 - Neurolepticos atípicos (15.2%)
- Memantina (9.8%)

Reflexión I: Unidad de demencias

- Demencia patología muy prevalente.
- Síntomas psicológicos y conductuales muy frecuentes.
- Empleo muy frecuente de psicofármacos.
- ESTUDIO EN UNA UNIDAD DE DEMENCIA:
 - Neurólogos especializados

• NEURÓLOGO GENERAL

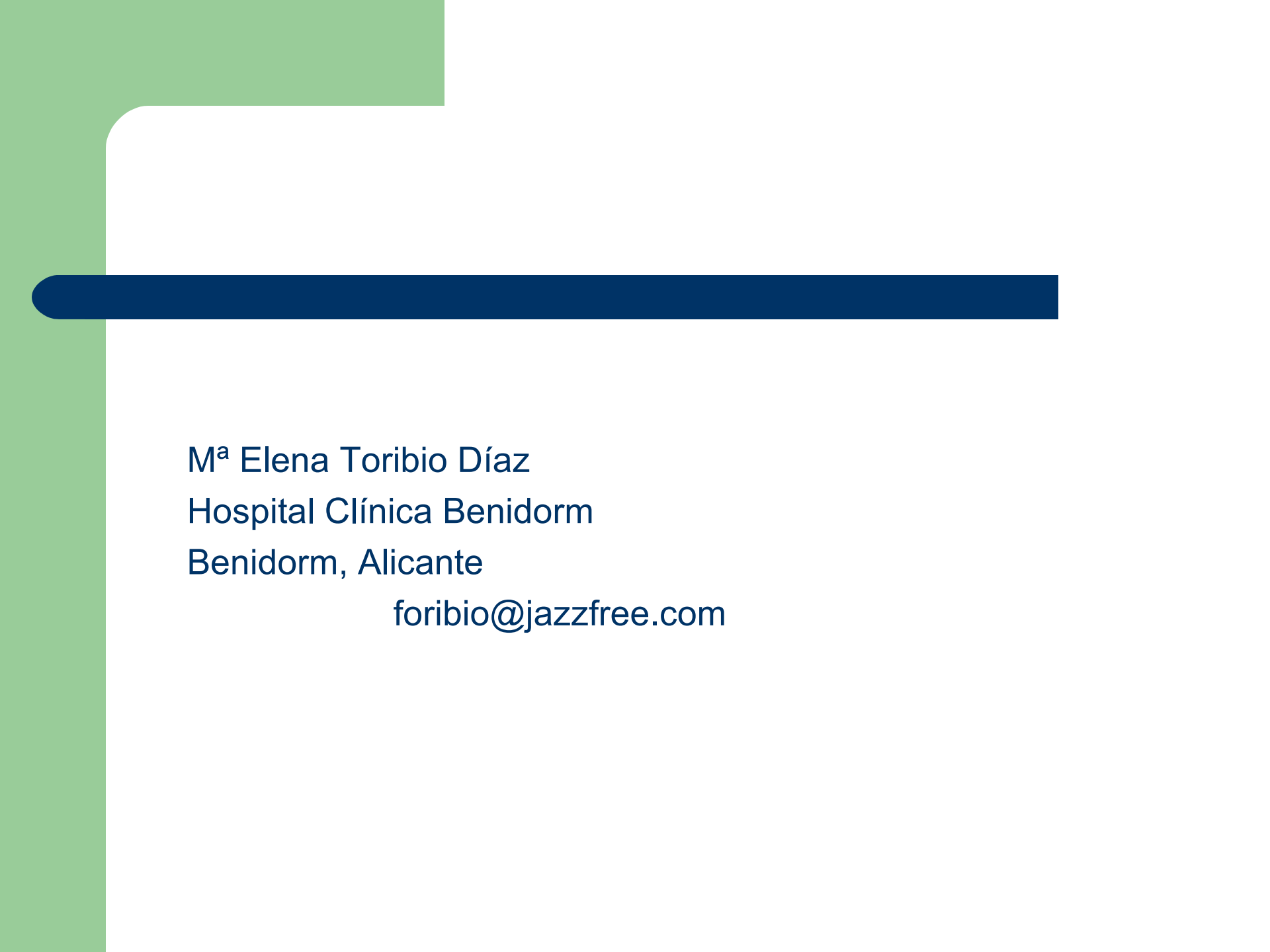
- Entrenamiento en este tipo de síntomas
 - Mejora de la Sensibilidad Diagnóstica
- Conocimiento de los fármacos psicotropos
 - Correcto tratamiento

Reflexión II: Conductas difíciles

- Menor prevalencia.
- No útil farmacopea habitual (Neurolépticos atípicos; Benzodiazepinas, etc).
- Tratamiento no farmacológico
 - Pautas al cuidador
 - Terapia psicoconductual
 - Disminuir el estrés

Reflexión III: pacientes sin deterioro cognitivo

- Estudios con demencia y deterioro cognitivo.
- Pacientes sin deterioro:
 - Porcentaje importante de la población atendida (33%) en una unidad de demencia.
 - Alta prevalencia de SPCD de tipo afectivo (48%).
 - Consumo elevado de fármacos psicotropos.
- No DC Vs DCL:
 - Patrón similar al DCL pero sin alteración de memoria.
 - Mayor presencia de síntomas de forma global.
 - Menor frecuencia en el DCL tan sólo en irritabilidad y conductas difíciles.

The slide features a light green background on the left side with a white rounded rectangle. A dark blue horizontal bar with rounded ends spans across the top of the white area.

M^a Elena Toribio Díaz
Hospital Clínica Benidorm
Benidorm, Alicante

foribio@jazzfree.com