



# Fornadas XIII Alzheimer

22 y 23 de Abril de 2009

MINISTERIO DE TRABAJO  
Y ASUNTOS SOCIALES  
Por Solidaridad  
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL



ASOCIACIÓN  
DE FAMILIARES  
DE ALZHEIMER  
A.F.A. 3 CANTOS



Decisiones difíciles  
en etapas avanzadas  
de la E. de Alzheimer

Lourdes Rexach

Hospital Universitario  
Ramón y Cajal



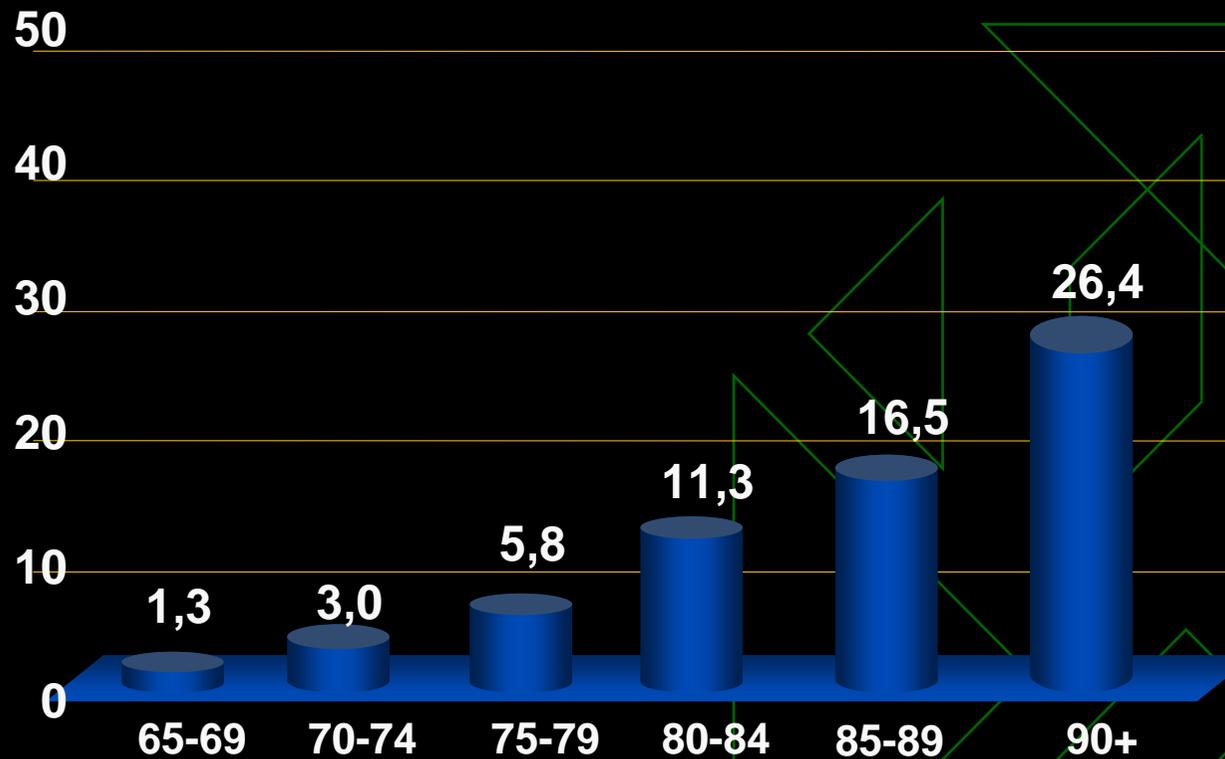
# Demencia

- ◆ Síndrome caracterizado por:
  - el declinar de funciones superiores en relación con el nivel de funcionamiento previo de los pacientes:
    - ◆ Memoria
    - ◆ Pensamiento abstracto y capacidad de razonar
  - y cambios:
    - ◆ de tipo psiquiátrico
    - ◆ de la personalidad
    - ◆ y del comportamiento

# Debe de tener las siguientes características

- ◆ Presentar un nivel de consciencia normal
- ◆ Ser adquirido y persistente en el tiempo
- ◆ Afectar a diferentes funciones
- ◆ Ser de suficiente intensidad para tener repercusión en el funcionamiento personal, laboral y social

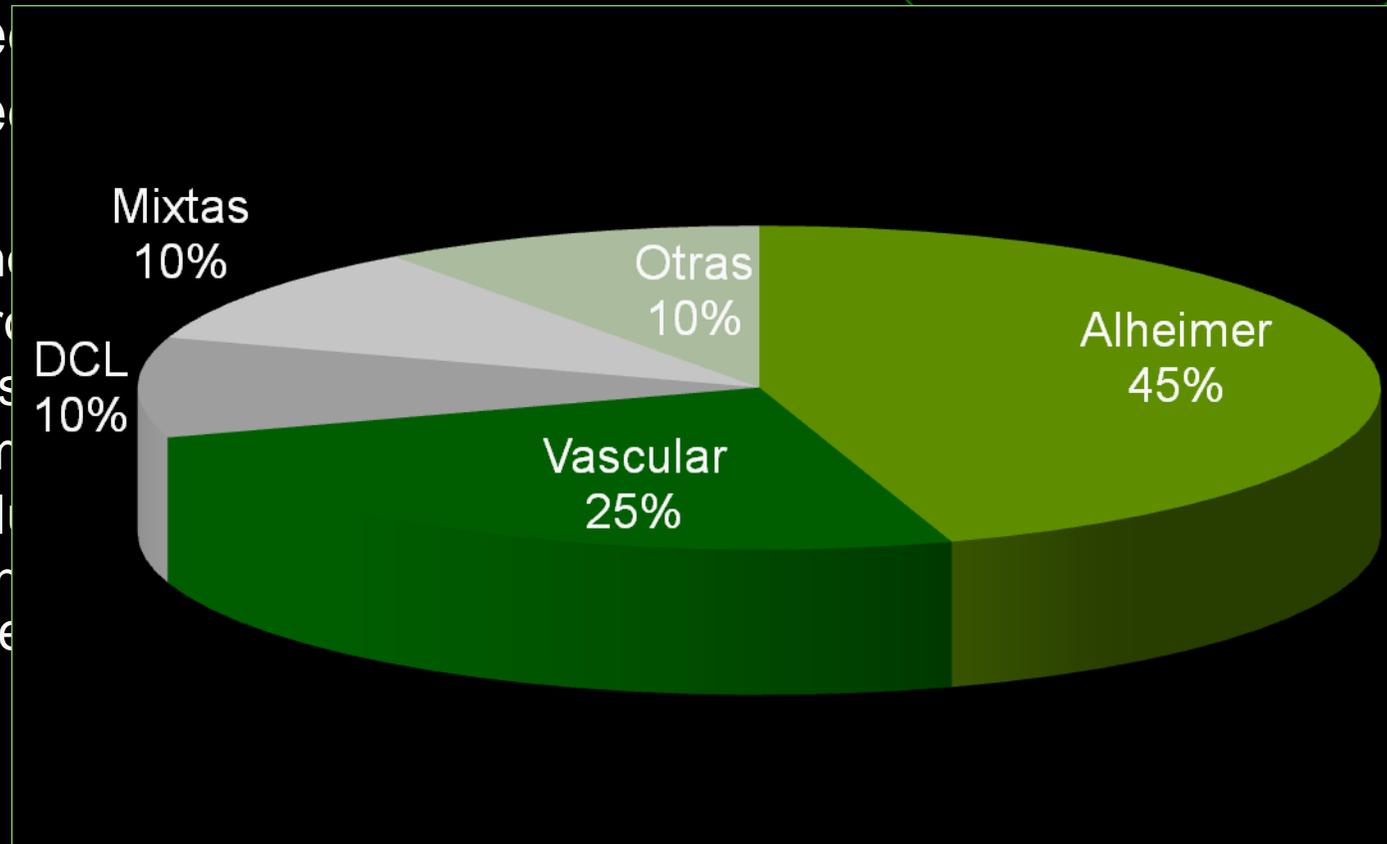
# Incidencia



*Adaptado de Lobo et al. 2000*

# DEMENCIA. Etiología

- ◆ Enfermedad de Alzheimer (60-70% del total)
- ◆ Demencia vascular
- ◆ Enferme
- ◆ Enferme
- ◆ Otras:
  - Etilismo
  - Hipotiro
  - Déficits
  - Enferm
  - Neurol
  - Demer
  - motone



# DEMENCIA. Etiología

- ◆ Aunque los síntomas iniciales de estas patologías son diferentes, las fases finales de todas ellas presentan similares problemas médicos y de comportamiento

# Las cuatro fases de la demencia



Tomado de: Volicer L, Hurley AC. Hospice Care for Patients with Progressive Dementia

# *Global Dementia Staging (GDS)*

- ◆ GDS 1- Sin alteración cognitiva
- ◆ GDS 2- Alteración muy leve
- ◆ GDS 3- Deterioro cognitivo leve
- ◆ GDS 4- Deterioro cognitivo moderado
- ◆ GDS 5- Det. cognitivo moderado-grave
- ◆ GDS 6- Det. cognitivo grave
- ◆ GDS 7- Det. cognitivo muy grave

# Demencia terminal

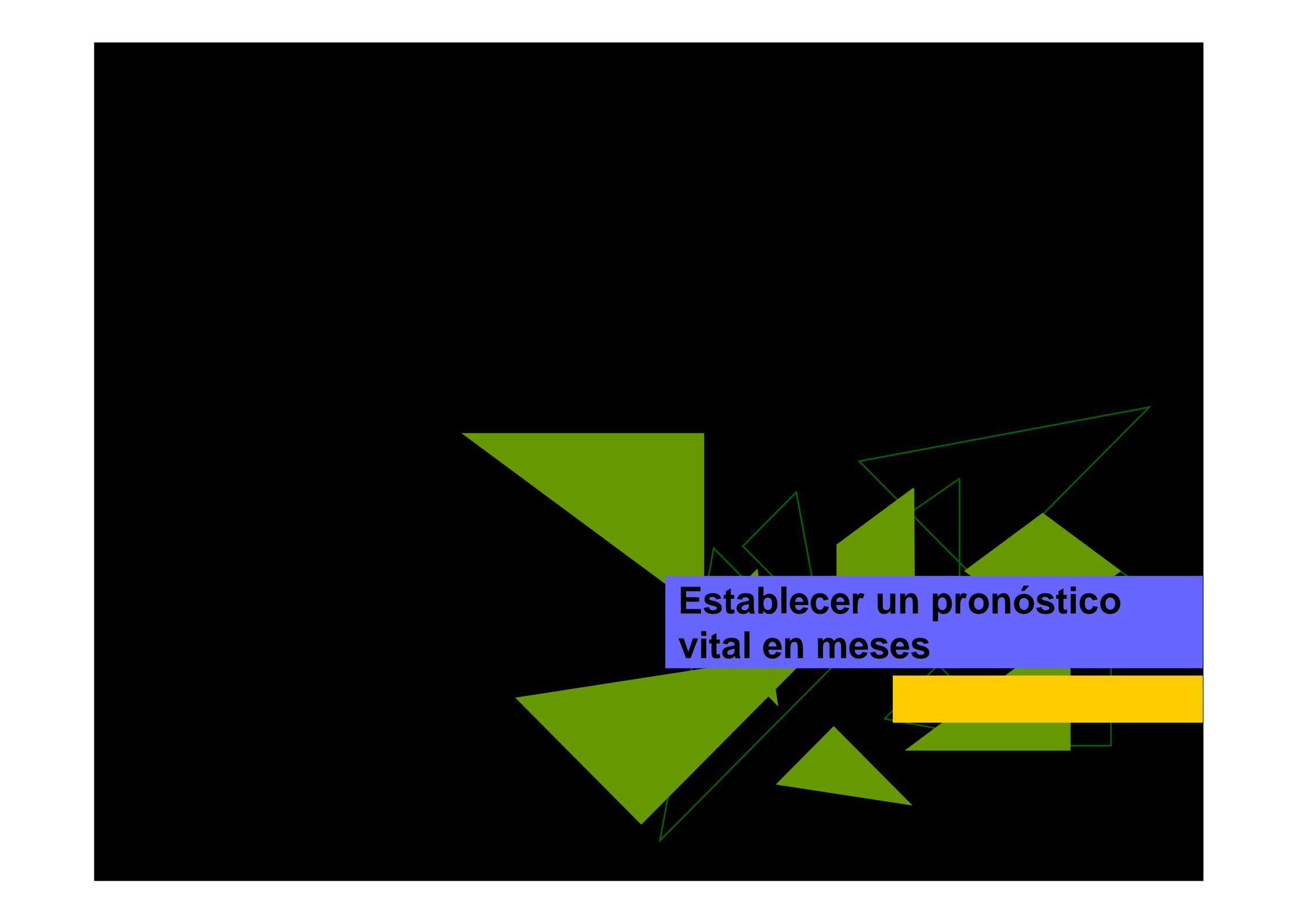
## Dificultades

- ◆ Para establecer un pronóstico vital en meses
- ◆ Dificultad para reconocer y valorar el dolor y otros síntomas
- ◆ Para expresar las preferencias respecto al tipo de cuidados:
  - RCP
  - Ingreso hospitalario
  - Tratamiento antibiótico
  - Alimentación mediante sonda
  - Tratamiento de los trastornos de conducta

# Diferencia en los cuidados al final de la vida con otras patologías

	Cáncer	Demencia	
<b>Test diagnósticos complejos</b>	Invasivos 41% No invasivos 49%	Invasivos 13% No invasivos 23%	p<0.002 P<0.02
<b>SNG</b>	9%	26%	P<0.02
<b>AB</b>	45%	65%	P<0.004
<b>RCP</b>	=	=	

Abroheim JC et al. Arch Intern Med. 1996; 156: 2094-2100



**Establecer un pronóstico vital en meses**

# Diagnóstico de enfermedad terminal (NOH)

## ◆ Situación Funcional:

- Incluso los pacientes con demencias que han alcanzado el nivel de gravedad que se recoge en esta guía podrían tener un pronóstico de dos años. El tiempo de supervivencia depende de variables tales como la incidencia de complicaciones y la magnitud de los cuidados.

# Diagnóstico de enfermedad terminal (NOH)

## ◆ Situación Funcional:

- Estadio 7 o más avanzado de la Functional Assessment Staging Scale (FAST):
  - ◆ Incapaz de deambular sin ayuda.
  - ◆ Incapaz de vestirse sin ayuda.
  - ◆ Incapaz de asearse de forma adecuada.
  - ◆ Incontinencia urinaria y fecal.
  - ◆ Incapaz de hablar o comunicarse de forma inteligible.

## Escala FAST (Functional Assesment Staging)

Estadio FAST	Diagnóstico clínico	Características
1	Adulto normal	Ausencia de dificultades funcionales objetivas o subjetivas.
2	Adulto normal de edad	Quejas de olvidar donde dejó objetos. <b>Dificultades subjetivas en el trabajo.</b>
3	Deterioro cognitivo leve	Disminución de la capacidad laboral evidente según los compañeros. Dificultad en viajar a lugares nuevos. <b>Disminución de la capacidad organizativa.</b>
4	Enfermedad de Alzheimer leve	<b>Disminución de la capacidad en realizar tareas complejas</b> (p. ej. planificar una cena para invitados), manejar las finanzas personales (p. ej. olvido de pagar facturas), dificultad en las compras, etc.
5	Enfermedad de Alzheimer moderada	<b>Requiere asistencia en escoger la ropa</b> adecuada para el día, estación o la ocasión.
6	Enfermedad de Alzheimer moderada-grave	Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse. <b>Se especifican 5 estadios</b>
6a		<b>Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones</b> (p. ej. se puede poner ropa de calle sobre el pijama, zapatos en el pie equivocado o dificultades en abotonarse), de vez en cuando o más frecuentemente en las ultimas semanas.
6b		<b>Incapaz de bañarse correctamente</b> (p. ej. dificultad en ajustar la temperatura del agua), de vez en cuando o más frecuentemente en las ultimas semanas.
6c		<b>Incapacidad en el manejo de la mecánica del WC</b> (p.ej. olvida tirar de la cadena, no se limpia correctamente o no deposita adecuadamente el papel higiénico), de vez en cuando o más frecuentemente en las ultimas semanas.
6d		<b>Incontinencia urinaria</b> (de vez en cuando o más frecuentemente en las ultimas semanas).
6e		<b>Incontinencia fecal</b> (de vez en cuando o más frecuentemente en las ultimas semanas).

6b		<b>Incapaz de bañarse correctamente</b> (p. ej. dificultad en ajustar la temperatura del agua), de vez en cuando o más frecuentemente en las ultimas semanas.
6c		<b>Incapacidad en el manejo de la mecánica del WC</b> (p.ej. olvida tirar de la cadena, no se limpia correctamente o no deposita adecuadamente el papel higiénico), de vez en cuando o más frecuentemente en las ultimas semanas.
6d		<b>Incontinencia urinaria</b> (de vez en cuando o más frecuentemente en las ultimas semanas).
6e		<b>Incontinencia fecal</b> (de vez en cuando o más frecuentemente en las ultimas semanas).
7	Enfermedad de Alzheimer grave	<b>Pérdida del habla y de la capacidad motora. Se especifican seis subestadios:</b>
7a		Capacidad de hablar limitada aproximadamente a <b>media docena de palabras diferentes o menos</b> , en el curso de un día promedio o en el curso de una entrevista detenida.
7b		<b>Capacidad de hablar limitada a una sola palabra inteligible en un día promedio o en el curso de una entrevista detenida</b> (la persona puede repetir la palabra continuamente).
7c		<b>Pérdida de la habilidad para caminar (no puede andar sin ayuda personal)</b>
7d		Pérdida de la habilidad para estar sentado sin ayuda (p. ej. el individuo caerá si no hay apoyos [brazos] en la silla).
7e		Pérdida de la capacidad de <b>sonreír</b>
7f		Pérdida de la capacidad para mantener la <b>cabeza erecta</b> independientemente

# Diagnóstico de enfermedad terminal (NOH)

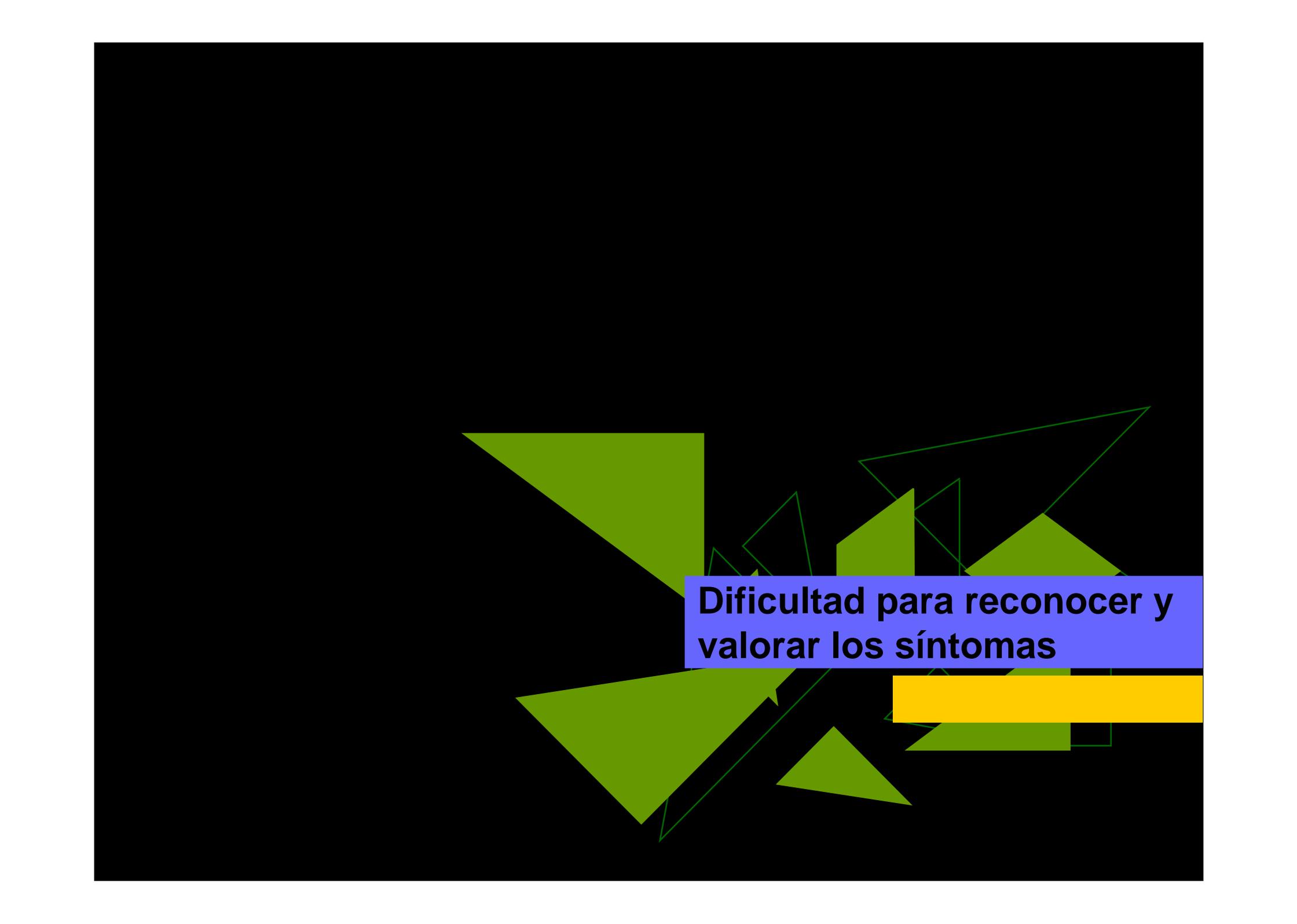
- ◆ Presencia de complicaciones médicas:
  - Presencia de comorbilidad de suficiente severidad como para requerir tratamiento médico, documentada en el último año.
    - ◆ Neumonía aspirativa
    - ◆ Pielonefritis u otras infecciones del tracto urinario superior.
    - ◆ Sepsis
    - ◆ Úlceras por presión, múltiples, en estadio 3-4
    - ◆ Fiebre recurrente tras los antibióticos.

# Diagnóstico de enfermedad terminal (NOH)

- Dificultad para su alimentación:
  - ◆ Dificultad para deglutir la comida
  - ◆ Rechazo de la comida (el paciente se niega a comer)

# Diagnóstico de enfermedad terminal (NOH)

- ◆ Los pacientes con alimentación enteral por sonda deben presentar un estado nutricional deteriorado que se manifiesta por:
  - Una pérdida de peso progresiva, no intencionada, superior al 10% durante los 6 meses previos.
  - Una albúmina sérica menor a 2.5 mg/dl podría ser un indicador pronóstico útil pero no debe ser usado por sí mismo.
  - Combinación de colesterol sérico por debajo de 156 mg/dl y hematocrito menor de 41 mg/dl.



**Dificultad para reconocer y valorar los síntomas**

# Síntomas

## SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES

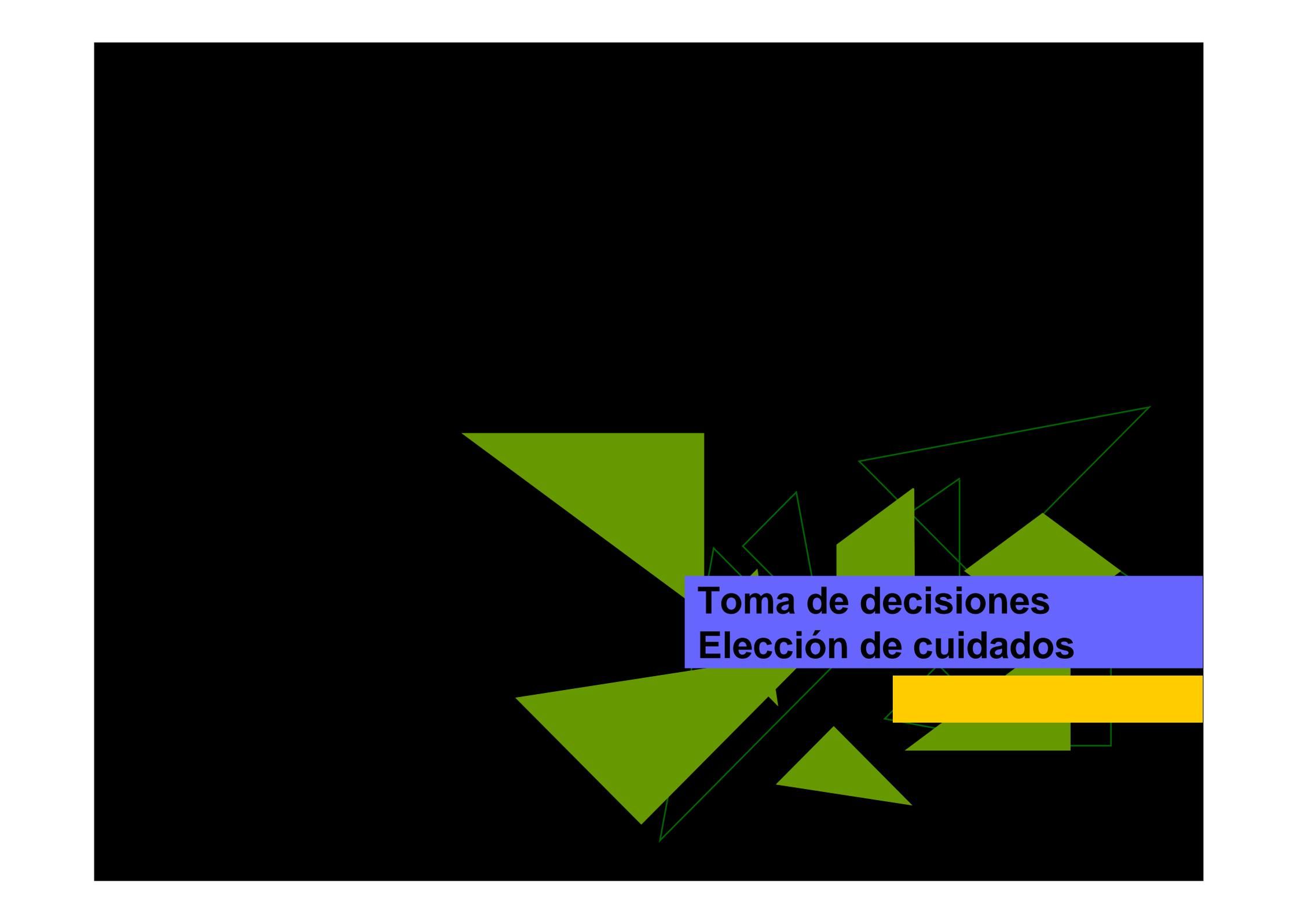
- ◆ Disnea (70%)
- ◆ Dolor (59%)
- ◆ Fiebre (42%)
- ◆ Alteraciones en la conducta
- ◆ Depresión
- ◆ UPP

## RECONOCER SU EXISTENCIA:

- ◆ Expresiones faciales
- ◆ Gritos
- ◆ Intranquilidad y aumento de los movimientos
- ◆ Agitación psicomotriz

## Escala de valoración del dolor en demencia avanzada

Ítem	0	1	2	Score
Respiración independiente de la vocalización	Normal	Respiración trabajosa ocasional. Periodos cortos de hiperventilación	Respiración trabajosa y ruidosa. Largos periodos de hipoventilación. Respiración de Cheyne-Stokes	
Vocalización negativa	Ninguna	Gemidos o quejidos ocasionales. Discurso deteriorado con cualidades negativas o desaprobación	Gritos repetido y agitados Gemidos o quejidos en voz alta. Gritos	
Expresión facial	Sonriente o inexpresivo	Triste. Asustado. Ceño fruncido	Muecas faciales	
Lenguaje corporal	Relajado	Tenso. Camina nervioso de aquí para allá. Se agita nerviosamente.	Rígido. Puños cerrados. Rodillas flexionadas. Se escabulle o aparta. Pega	
Consolabilidad	No es necesario consolarle	Es posible distraerle o calmarle mediante la voz o el contacto.	No es posible consolarle, distraerle, o calmarle	
<b>Total</b>				



**Toma de decisiones  
Elección de cuidados**



# Toma de decisiones

- ◆ Necesidad y conveniencia del ingreso
- ◆ Infecciones:
  - Grado de agresividad en el tratamiento
- ◆ Dificultades para su alimentación y/o hidratación
  - Disfagia
  - Negativa a la ingesta
- ◆ ¿Cómo tratar los trastornos de conducta?

# Toma de decisiones

## Nos basaremos en:

- ◆ **Enfermedad fundamental y grado de evolución de la misma**
- ◆ **Crisis actual**
- ◆ **Opinión del enfermo**
- ◆ Opinión de la familia
- ◆ Frecuencia de complicaciones
- ◆ Grado de control sintomático y bienestar
- ◆ Actitud del paciente ante los cuidados
- ◆ Opinión del personal sanitario le cuida
- ◆ Evitar juicios subjetivos sobre la calidad de vida

# Toma de decisiones

- ◆ Necesidad y conveniencia del ingreso
- ◆ Infecciones:
  - Grado de agresividad en el tratamiento
- ◆ Dificultades para su alimentación y/o hidratación
  - Disfagia
  - Negativa a la ingesta
- ◆ ¿Cómo tratar los trastornos de conducta?

# Problemas característicos

- ◆ Necesidad y conveniencia del ingreso
- ◆ Infecciones:
  - Grado de agresividad en el tratamiento
- ◆ Dificultades para su alimentación y/o hidratación
  - Disfagia
  - Negativa a la ingesta
- ◆ ¿Cómo tratar los trastornos de conducta?

# Ingreso ¿Donde?

## **Programas de cuidados paliativos convencionales**

- ◆ Escasa proporción de pacientes con demencia incluidos
- ◆ Una minoría considera a la demencia en sus criterios de ingreso

## **Programas específicos para pacientes con demencia**

- Volicer y cols
- Jacob Perlow Hospice
- ◆ Mejora en el grado de confort de los pacientes
- ◆ Disminución de la necesidad de ingresos en hospitales de agudos

# Ingreso ¿Donde?

## **Unidades de hospitalización de agudos**

- ◆ El % de ingresos es cada vez mayor
- ◆ Menos medicación analgésica, hipnótica y antidepresiva
- ◆ Mayor frecuencia de sondaje nasogástrico

## **Domicilio**

- ◆ Formación de los profesionales de AP
- ◆ Coordinación con otros niveles asistenciales

## **Residencias y unidades de larga estancia**

- ◆ Formación específica de los profesionales
- ◆ Coordinación con otros niveles asistenciales

# Ingreso ¿Donde?

## INGRESO HOSPITALARIO:

- ◆ Nivel de cobertura:
  - cuidadores
  - sanitaria
- ◆ Situación del cuidador principal
- ◆ Posibilidad de control sintomático
- ◆ Consecuencias del traslado

# Toma de decisiones

- ◆ Necesidad y conveniencia del ingreso
- ◆ Infecciones:
  - Grado de agresividad en el tratamiento
- ◆ Dificultades para su alimentación y/o hidratación
  - Disfagia
  - Negativa a la ingesta
- ◆ ¿Cómo tratar los trastornos de conducta?

# Problemas característicos

- ◆ Necesidad y conveniencia del ingreso
- ◆ Infecciones:
  - Grado de agresividad en el tratamiento
- ◆ Dificultades para su alimentación y/o hidratación
  - Disfagia
  - Negativa a la ingesta
- ◆ ¿Cómo tratar los trastornos de conducta?

# Infecciones

- ◆ **Neumonía: causa de muerte en**
  - ◆ 54-59 % de paciente con EA
  - ◆ 69% de pacientes con demencia vascular
- ◆ **Infecciones urinarias**
- ◆ **Utilización de Antibióticos:**
  - Vía: oral, iv, im
  - Eficacia en las inf. recurrentes:
    - ◆ No prolonga la supervivencia
    - ◆ No son necesarios para mantener el confort
    - ◆ No están exentos de efectos secundarios

## Patterns of Antimicrobial Use Among Nursing Home Residents With Advanced Dementia

Erika D'Agata, MD, MPH; Susan L. Mitchell, MD, MPH

**Background:** Nursing home residents with advanced dementia are at high risk of infections and antimicrobial exposure near the end of life. Detailed studies quantifying antimicrobial prescribing practices among these residents have not been performed.

**Methods:** A cohort of 214 residents with advanced dementia from 21 Boston-area nursing homes were followed up prospectively for 18 months or until death. We analyzed antimicrobial use, including type, indication, and quantity, by days of therapy per 1000 resident-days.

**Results:** During an average of 322 days of follow-up, 142 residents (66.4%) with advanced dementia received at least 1 course of antimicrobial therapy (mean [SD] number of courses per resident, 4.0 [3.7]). The mean (SD) number of days of therapy per 1000 resident-days for the entire cohort was 53.0 (4.3). Quinolones and third-generation cephalosporins were the most commonly prescribed antimicrobials, accounting for 38.3% and 15.2%, respec-

tively, of 540 prescribed antimicrobial therapy courses. A respiratory tract infection was the most common indication (46.7% of all antimicrobial therapy courses). Among 99 decedents, 42 (42.4%) received antimicrobials during the 2 weeks before death, of which 30 of 72 courses (41.7%) were administered via the parenteral route. The number of decedents receiving antimicrobials ( $P < .001$ ), the number of antimicrobials prescribed ( $P = .01$ ), and the days of therapy per 1000 resident-days ( $P < .001$ ) increased significantly as subjects approached death.

**Conclusions:** Persons with advanced dementia are frequently exposed to antimicrobials, especially during the 2 weeks before death. The implications of this practice from the perspective of the individual treatment burden near the end of life and its contribution to the emergence of antimicrobial resistance in the nursing home setting need further evaluation.

*Arch Intern Med.* 2008;168(4):357-362

# Tratamiento antibiótico

- ◆ Objetivo del tratamiento antibiótico:
  - Prolongación de la vida
  - Control de síntomas

# Tratamiento antibiótico ¿Prolongación de la vida?

- ◆ Pocos estudios y solo observacionales
- ◆ No se han hecho estudios randomizados
- ◆ Los estudios:
  - ◆ No han conseguido demostrar que los AB consigan algún resultado en esta frágil población
  - ◆ Apoyan que los AB no prolongan de manera significativa la vida de pacientes con demencia para los que una infección suele ser su evento terminal

D'Agata E, Mitchell SL. Arch Intern Med 2008; 168 (4): 357-362

# Tratamiento antibiótico ¿Control de síntomas?

- ◆ Es difícil conocer en qué medida una infección origina sufrimiento a un paciente
- ◆ Algunos estudios demuestran que la neumonía es una experiencia incómoda y sugieren que los AB podrían mejorar los síntomas

Van der Steen JT, et al. J Am Geriatr Soc 2002; 50(10): 1681-1688

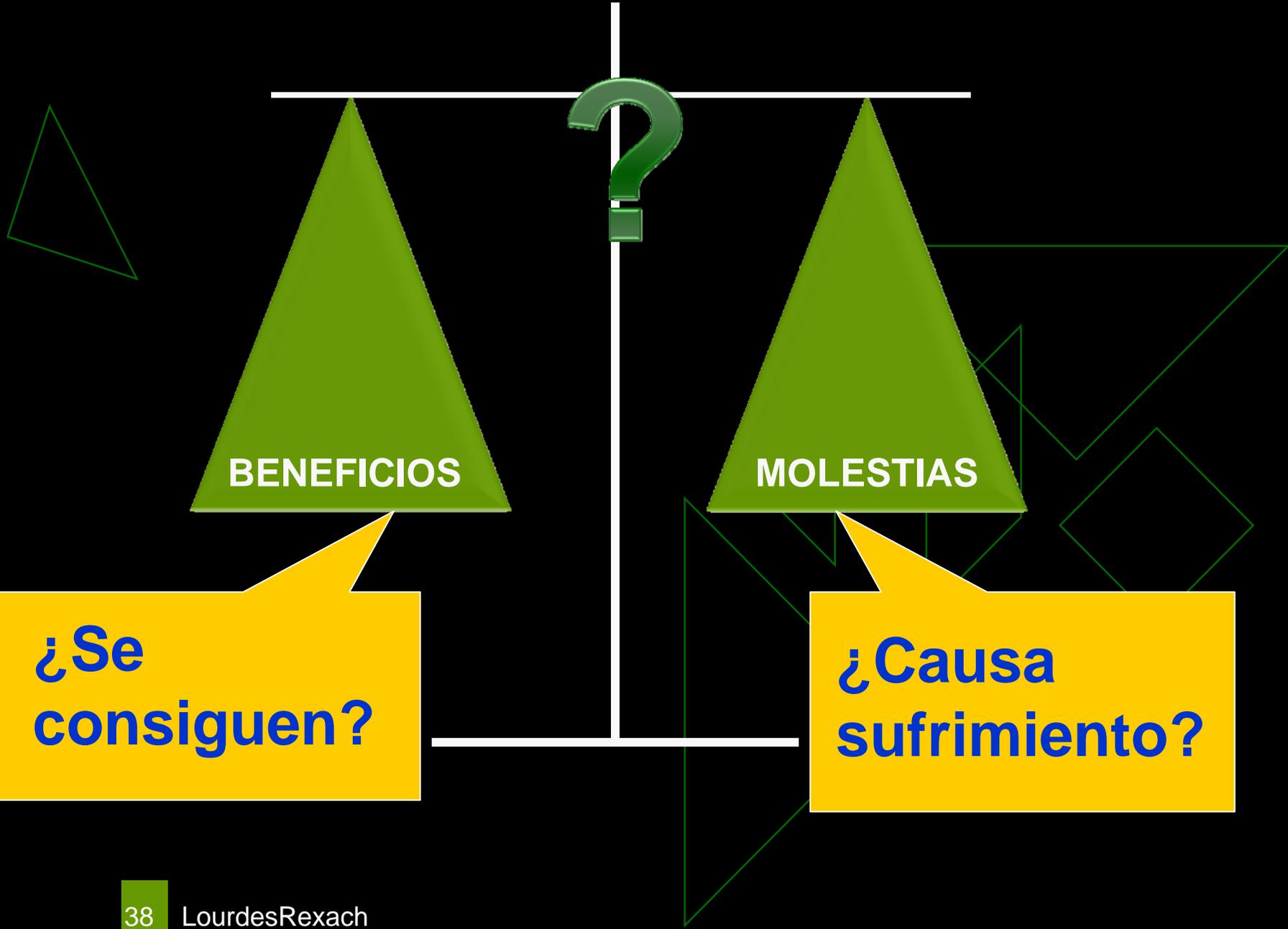
- ◆ Sin embargo continúa sin estar claro si son los AB los que consiguen un control sintomático dado que este se puede conseguir con cuidados paliativos de calidad (ej: paracetamol y oxigenoterapia)

D'Agata E, Mitchell SL. Arch Intern Med 2008; 168 (4): 357-362

# Tratamiento antibiótico

## Riesgos y molestias

- ◆ Cambios en la farmacocinética
- ◆ Polifarmacia
- ◆ Error de dosis
- ◆ Incremento de infección por *Clostridium difficile*
- ◆ La administración i.v. puede resultar muy incómoda



# Toma de decisiones

- ◆ Necesidad y conveniencia del ingreso
- ◆ Infecciones:
  - Grado de agresividad en el tratamiento
- ◆ Dificultades para su alimentación y/o hidratación
  - Disfagia
  - Negativa a la ingesta
- ◆ ¿Cómo tratar los trastornos de conducta?

# Problemas característicos

- ◆ Necesidad y conveniencia del ingreso
- ◆ Infecciones:
  - Grado de agresividad en el tratamiento
- ◆ Dificultades para su alimentación y/o hidratación
  - Disfagia
  - Negativa a la ingesta
- ◆ ¿Cómo tratar los trastornos de conducta?

# Dificultades para la alimentación

- ◆ Suele aparecer en pacientes
  - Encamados
  - Dependientes para todas las AVD
- ◆ Se resisten o son indiferentes a la comida
- ◆ Son incapaces de manejar adecuadamente el bolo de comida (fase oral de la disfagia)
- ◆ Aspiran cuando tragan (fase faríngea de la disfagia)

# Dificultades para la alimentación

- ◆ Apraxia
- ◆ Rechazo a la comida: valorar:
  - Depresión
  - Que no le guste la comida
  - Incapacidad para percibir hambre
- ◆ Dificultad para tragar que provoca atragantamientos
- ◆ Puede ser un marcador de terminalidad

# Presentación del problema

- ◆ ¿Qué se debe hacer cuando debido a lo avanzado de la demencia el paciente se atraganta, aspira....?
  - ¿SNG?
  - ¿PEG?
  - ¿Nada?
- ◆ ¿"Podemos dejar que se desnutra hasta morir"?

# Dificultades para la alimentación

## **NUTRICIÓN ARTIFICIAL : ¿PARA QUÉ?**

- ◆ Prevenir neumonía aspirativa
- ◆ Prevenir malnutrición y sus secuelas incluida la muerte por inanición
- ◆ Aumentar la supervivencia
- ◆ Prevenir o tratar las UPP
- ◆ Reducir las infecciones
- ◆ Mejorar el estado funcional
- ◆ Proporcionar confort (evitar hambre y sed)

# Dificultades para la alimentación: Mitos

Se cree que la  
alimentación enteral:

- ◆ Previene la neumonía aspirativa

Evidencia:

- ◆ Una SNG puede reducir la presión del esfínter esofágico inferior
- ◆ No previene la aspiración de las secreciones orales
- ◆ No previene el reflujo del contenido gástrico

# Dificultades para la alimentación: Mitos

## Se cree que la alimentación enteral:

- ◆ Previene la malnutrición y sus secuelas incluida la muerte por inanición

- Pérdida de peso
- Albúmina baja
- Linfocitos bajos
- Pliegue del triceps
- IMC bajo

## Evidencia:

- ◆ Existe mucha incertidumbre sobre su consecución

Li I. Am Fam Physician 2002

◆ La relación entre aporte nutricional, marcadores del estado nutricional y los resultados con significación clínica siguen siendo inciertos:

- Para los pacientes con un estado catabólico el aporte de nutrición adicional podría no ofrecer ningún beneficio
- Para otros podría ofrecer un beneficio aunque este podría ser contrarrestado por los efectos adversos de la alimentación por sonda
- La pregunta de relevancia clínica es si la alimentación por sonda mejora los resultados de aquellos procesos que se consideran que son consecuencia de la malnutrición

# Dificultades para la alimentación: Mitos

Se cree que la alimentación enteral:

◆ Aumenta la supervivencia

➤ Supervivencia:

- a 2 meses: 68%
- a 6 meses: 48%
- a 1 año: 37%

Evidencia:

1. Alimentados por boca supervivencia importante
2. La colocación de una sonda puede causar la muerte
3. La mortalidad en los pacientes portadores de sonda es elevada
4. La supervivencia de los pacientes con sonda no aumenta

# Dificultades para la alimentación: Mitos

Se cree que la alimentación enteral:

- ◆ Previene o mejora la evolución de las UPP

- Restricciones físicas
- Aumento de la diuresis
- Aumento de las heces

Evidencia:

- ◆ No mejora la evolución de las UPP ni previene aparición de nuevas

- ◆ Puede incrementar el riesgo de la formación de úlceras por presión

Thomas DR. Nutrition 2001

# Dificultades para la alimentación: Mitos

Se cree que la  
alimentación enteral:

- ◆ Reduce la aparición de infecciones:
  - Neumonía aspirativa
  - Infección de UPP

Evidencia:

- ◆ No evidencia de que se reduzca:
  - ITU
  - Viriasis
  - Inf gastrointestinales
  - Inf oculares
- ◆ SNG favorece inf:
  - Senos y vía aérea
- ◆ PEG: Inf de :
  - Gastroenteritis
  - Celulitis y abscesos (3-8%)

# Dificultades para la alimentación: Mitos

Se cree que la alimentación enteral:

- ◆ Mejorar el estado funcional

Evidencia:

- ◆ No existe evidencia que lo demuestre

# Dificultades para la alimentación: Mitos

Se cree que la alimentación enteral:

- ◆ Proporcionar confort (evitar hambre y sed)
- ◆ Mejora la calidad de vida

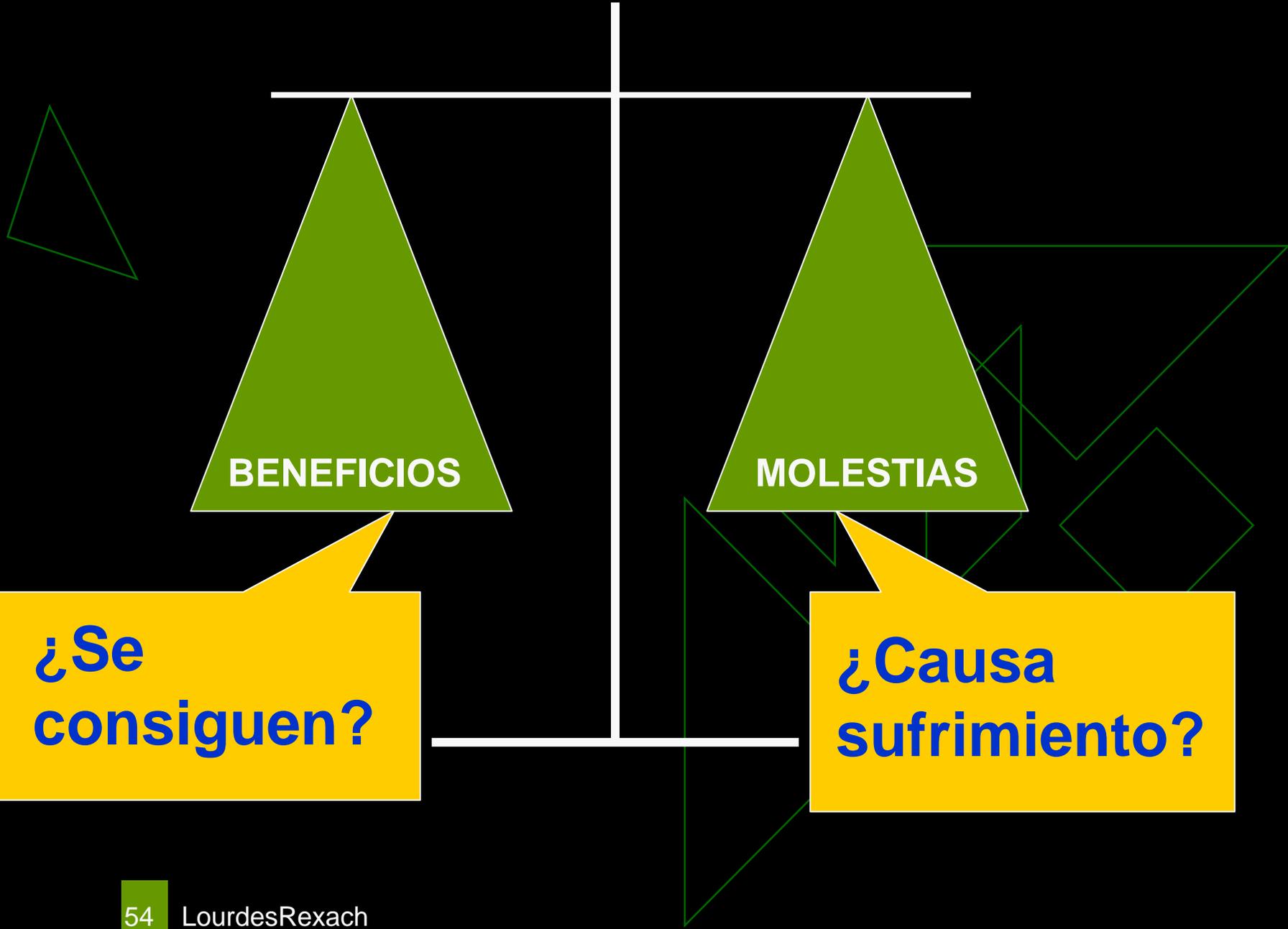
Evidencia:

- ◆ Puede aumentar el sufrimiento y el disconfort

# Dificultades para la alimentación: Mitos

## ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL: Problemas

- ◆ Molestias: restricciones mecánicas o médicas
- ◆ Complicaciones
  - Neumonía aspirativa: 0-66.6%
  - Oclusión del tubo: 2-34.7%
  - Extravasación: 13-20%
  - Infección local: 4.3-16%
  - SNG: reemplazamiento
- ◆ Pérdida del sentido del gusto y de la relación a través de la alimentación



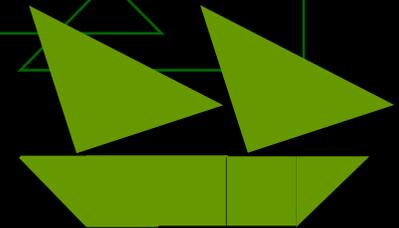
# Evidencia

- ◆ No existe evidencia de que la nutrición artificial beneficie al paciente con demencia avanzada
- ◆ La SNG tiene riesgo de complicaciones médicas
- ◆ La SNG compromete la calidad de vida

Pese a todo ello se sigue poniendo **¿por qué?**

# Problemas detectados

- ◆ La mayoría de las SNG se ponen en pacientes con demencia
- ◆ No están recogidos los deseos del paciente
- ◆ No se evalúa la capacidad del paciente para decidir
- ◆ No se identifican causas reversibles de dificultad para deglutir
- ◆ El médico no refleja en la historia por qué se pone



# Problemas detectados

- ◆ ¿Realmente se ofrece una elección a la familia del paciente?
- ◆ ¿qué información se ofrece para ayudar en esa elección?

# Alternativas

- ◆ Revisar la medicación
- ◆ Estrategias de alimentación

# ¿Qué se puede hacer para evitar el uso indiscriminado de SNG?

- ◆ El médico debe saber valorar coste /beneficio de la nutrición artificial
- ◆ Conocer los deseos del paciente si los hubiera manifestado y de su familia
- ◆ Consultar a los comités de ética

# Toma de decisiones

- ◆ Necesidad y conveniencia del ingreso
- ◆ Infecciones:
  - Grado de agresividad en el tratamiento
- ◆ Dificultades para su alimentación y/o hidratación
  - Disfagia
  - Negativa a la ingesta
- ◆ ¿Cómo tratar los trastornos de conducta?

# Problemas característicos

- ◆ Necesidad y conveniencia del ingreso
- ◆ Infecciones:
  - Grado de agresividad en el tratamiento
- ◆ Dificultades para su alimentación y/o hidratación
  - Disfagia
  - Negativa a la ingesta
- ◆ ¿Cómo tratar los trastornos de conducta?

# Síntomas conductuales

- ◆ Agresiones físicas
- ◆ Alucinaciones
- ◆ Vagabundeo
- ◆ Agitación
- ◆ Trastornos del sueño
- ◆ Ansiedad

# Tratamiento

- ◆ Sujeciones mecánicas
- ◆ Neurolépticos antipsicóticos
- ◆ Antiepresivos

No han sido aprobados  
para este uso

Un metaanálisis realizado en 1990 ya demostraba que el uso de estos fármacos tenía sólo un modesto efecto y que ningún neuroléptico era mejor que otro

Sneider L et al. J Am Geriatr Soc. 1990

# Tratamiento

- ◆ Estudios más recientes han mostrado un efecto significativo de los neurolepticos atípicos en reducir los trastornos de conducta:
  - Lane HY, ChangYC, Su MH, et al. Shifting from haloperidol to risperidone for behavioral disturbances in dementia: safety, response predictors, and mood effects. *J Clin Psychopharmacol.* 2002; 22:4-10
  - Davidson M, Harvey PD, Vervarke J et al. A long-term, multicenter, open-label study of risperidona in elderly patients with psychosis. *Int J Geriatr Psychiatry.* 200; 15:506-514
- ◆ Algunos estudios han mostrados que los inhibidores de la colinesterasa también reducen síntomas conductuales y psicológicos
- ◆ Intervenciones no farmacológicas

# Síntomas conductuales

- ◆ Con frecuencia los síntomas conductuales reflejan dolor y sufrimiento:
  - Se debe valorar la presencia de disconfor

## Escala de valoración del dolor en demencia avanzada

Ítem	0	1	2	Score
Respiración independiente de la vocalización	Normal	Respiración trabajosa ocasional. Periodos cortos de hiperventilación	Respiración trabajosa y ruidosa. Largos periodos de hipoventilación. Respiración de Cheyne-Stokes	
Vocalización negativa	Ninguna	Gemidos o quejidos ocasionales. Discurso deteriorado con cualidades negativas o desaprobación	Gritos repetido y agitados Gemidos o quejidos en voz alta. Gritos	
Expresión facial	Sonriente o inexpresivo	Triste. Asustado. Ceño fruncido	Muecas faciales	
Lenguaje corporal	Relajado	Tenso. Camina nervioso de aquí para allá. Se agita nerviosamente.	Rígido. Puños cerrados. Rodillas flexionadas. Se escabulle o aparta. Pega	
Consolabilidad	No es necesario consolarle	Es posible distraerle o calmarle mediante la voz o el contacto.	No es posible consolarle, distraerle, o calmarle	
<b>Total</b>				

# Resumen

- ◆ Es difícil conseguir evidencia
- ◆ Es difícil conocer los deseos del paciente
- ◆ Es difícil diagnosticar la fase terminal
- ◆ Podría no estar indicado el uso de antibióticos
- ◆ ¿Qué aporta la nutrición artificial y qué consecuencias tiene? Conocer sus alternativas

# Resumen

- ◆ Valorar los trastornos de conducta como algo que nos alerte sobre posible disconfor o síntomas
- ◆ Es difícil realizar una adecuada valoración de los síntomas
- ◆ Requiere una complicada toma de decisiones

Debemos hacer esfuerzos por conocer mejor esta enfermedad y conseguir más evidencia que nos ayude a tomar decisiones

Se debe informar al paciente y a la familia de la evolución para elaborar planes de cuidados con vistas al futuro