

8.4. Tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia

Preguntas para responder:

- 8.4.1. ¿Qué entendemos por síntomas conductuales y psicológicos de la demencia?
- 8.4.2. ¿Por qué son importantes los SCPD en la demencia?
- 8.4.3. ¿Cómo se pueden cuantificar la intensidad y la frecuencia de los SCPD?
- 8.4.4. ¿En qué momento de la evolución de la demencia aparecen los SCPD?
- 8.4.5. ¿Existen SCPD que sean característicos de algunos tipos de demencia?
- 8.4.6. ¿Cuáles son las medidas no farmacológicas indicadas en cada SCPD?
- 8.4.7. ¿Cuáles son las recomendaciones generales sobre el tratamiento farmacológico de los SCPD?
- 8.4.8. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico óptimo para cada SCPD?
- 8.4.9. ¿Cuáles son los efectos adversos y contraindicaciones de los fármacos utilizados en el control de los SCPD?
- 8.4.10. ¿Cuál es la eficacia de combinar el tratamiento farmacológico y no farmacológico para tratar los síntomas conductuales y psicológicos en la demencia leve, moderada y grave?
- 8.4.11. ¿Cuáles son las recomendaciones más eficaces para evitar los SCPD en un paciente afecto de demencia?
- 8.4.12. ¿Cómo deben tratarse los SCPD de difícil control ambulatorio?
- 8.4.13. ¿Cuáles son las actitudes que debe reunir el cuidador para abordar al paciente con SCPD?

8.4.1. ¿Qué entendemos por síntomas conductuales y psicológicos de la demencia?

En 1996, la IPA (International Psychogeriatric Association) propuso emplear la expresión Síntomas Psicológicos y Conductuales de las Demencias para definir una serie de síntomas relacionados con la alteración de la percepción, el contenido del pensamiento, el ánimo y la conducta que pueden presentarse en las personas afectadas de demencia, y que constituyen parte de la expresión de la enfermedad.^{5,245}

Los SCPD son síntomas complejos, de etiología multifactorial (factores genéticos, neuroquímicos, neuropatológicos y biopsicosociales) influenciados por la personalidad previa y la interacción con el medio ambiente.²⁴⁵⁻²⁴⁷ Se debe considerar la existencia de otras causas que pueden generar la aparición de síntomas conductuales, como son: la presencia de dolor, descompensación de una cardiopatía, deshidratación, infecciones, el efecto de algunos fármacos o un ambiente inadecuado.⁵

Existe una alta variabilidad en su forma de presentación y fase de la demencia en la que aparecen los SCPD. Conocer los factores desencadenantes permite dirigir, implementar y desarrollar mejor las intervenciones.^{5,19}

Las personas con demencia pueden presentar tres tipos principales de SCPD:

- Trastornos del estado de ánimo (depresión, ansiedad y apatía).
- Agitación (agresividad, irritabilidad, inquietud, gritos y deambular errático).
- Síntomas psicóticos (alucinaciones visuales, auditivas y delirios).

Apatía

Es el síndrome más frecuente entre los SCPD.^{19,247-249} Puede aparecer en fases tempranas de la enfermedad y habitualmente empeora según evoluciona la EA y puede inducir un mayor deterioro en el enfermo que la padece.^{248,250} Suele generar un gran impacto en el paciente y su entorno, y un aumento del riesgo de claudicación familiar y de institucionalización. La apatía se relaciona con la afectación del córtex prefrontal medial, cíngular anterior y corteza prefrontal dorsolateral.

Estado de ánimo depresivo

Los pacientes con demencia y síntomas depresivos son más susceptibles de presentar más alteraciones conductuales, agitación y alteraciones de la sensoripercepción que los que no presentan depresión.^{19,250-252}

Ansiedad

La ansiedad es más frecuente en las fases iniciales de la EA que en la población geriátrica sin demencia. Puede generarse ante la constatación del déficit por parte del paciente y cuando se enfrenta a situaciones desconocidas.²⁵³

Agresividad

Existen varios grados de agresividad que van desde la irritabilidad, agresividad verbal y/o gestual, hasta la agitación psicomotriz con agresividad. Con frecuencia es el resultado de la presencia de ideas delirantes de tipo paranoide, estados alucinatorios amenazantes y cuadros depresivo-ansiosos.

Ideación delirante

Los delirios se desarrollan entre un 10 y un 73% de los pacientes afectos de demencia. En la EA es del 19,4%.^{248,249}

En las demencias y en la EA las ideas delirantes más habituales son:^{251,254}

- Delirio paranoide: es el más frecuente.
- Delirio autorreferencial.
- Delirio celotípico: más frecuente en demencias asociadas a enolismo.
- Delirio somático: (delirio nihilista o síndrome de Cotard).

Alucinaciones

Pueden implicar cualquier vía sensorial, pero en demencias suele ser la visual la más frecuente. Generalmente las alucinaciones son amenazantes, terroríficas y pueden provocar ansiedad, miedo, angustia, huida o agresión.

Alteraciones de la identificación

Son un tipo de ilusión asociada a un delirio secundario. En la EA, podemos observar:

- Errores de la propia identificación.
- Autorreferencialidad.
- Síndrome de Capgras o del sosias.
- Paramnesia reduplicativa. Es poco habitual en EA; es más frecuente en la demencia vascular y se asocia a lesiones simultáneas en el hemisferio derecho y el lóbulo frontal.

8.4.2. ¿Por qué son importantes los SCPD en la demencia?

Los SCPD son importantes por:

- Frecuencia de aparición: el 92% de los pacientes presentaba al menos un SCPD al ser evaluados mediante la escala NPI.^{246,247}
- La presencia de estos síntomas puede facilitar el diagnóstico diferencial de los distintos tipos de demencia; en algunas demencias constituye parte de los criterios diagnósticos.
- Determinados SCPD permiten una aproximación predictiva de la alteración cognitiva.⁵
- La presencia de los mismos debe tenerse en cuenta en la estructuración del plan asistencial.²⁵⁵
- La persistencia o agudización de algunos SCPD como la agitación, la agresión o las alucinaciones suelen ser motivo de asistencia urgente.
- La aparición de SCPD aumenta el estrés y la carga del cuidador, predispone a su depresión y suele ser el motivo más frecuente de claudicación familiar e institucionalización precoz.^{153,256}
- Los SCPD emergentes pueden indicar la existencia de enfermedades concomitantes, por lo que deben ser sistemáticamente detectados, evaluados y tratados.^{5,153}

Resumen de la evidencia

No existe evidencia científica que nos permita formular recomendaciones con base en la misma, pero de todo lo expuesto se pueden elaborar como puntos de buena práctica una serie de recomendaciones.

Recomendaciones

✓	Se recomienda evaluar de forma sistemática la presencia de SCPD por ser un componente fundamental del cuadro clínico (elevada frecuencia de aparición, difícil manejo, impacto sobre la calidad de vida) y por ser motivo frecuente de asistencia urgente, claudicación familiar e institucionalización.
---	--

8.4.3. ¿Cómo se pueden cuantificar la intensidad y la frecuencia de los SCPD?

Existen distintos instrumentos o escalas para cuantificar la intensidad y frecuencia de los SCPD:

Escalas generales de evaluación que incluyen SCPD:

- Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination (CAMDEX).
- Geriatric Mental State (GMS-AGECAT)-
- Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS):

Escalas específicas de evaluación de varios SCPD:

- Neurobehavioral Rating Scale (NRS).
- Behaviour pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD).
- Neuropsychiatric Inventory (NPI): es el instrumento más utilizado para la evaluación de síntomas conductuales y psicológicos en pacientes con demencia. Evalúa la frecuencia y la severidad de cada uno de los síntomas y trastornos de conducta. Se compone de 12 ítems para valorar la frecuencia (en una escala de 0 a 4) y la gravedad (en una escala de 1 a 3) de los síntomas: delirios, alucinaciones, agitación, depresión/disforia, ansiedad, euforia/júbilo, apatía/indiferencia, desinhibición, irritabilidad/labilidad, conducta motora sin finalidad. También es posible obtener subescalas de depresión y agitación/agresividad. Está disponible en versión española^{227,247,254,257-260} y versiones abreviadas (NPI-Q) o Neuropsychiatry Inventory-Nursing Home (NPI-NH).^{261,262}
- Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI): se considera el instrumento estándar para la evaluación de la agitación. Comprende 29 ítems que evalúan la presencia de comportamientos anómalos, organizados alrededor de 4 componentes de la conducta: agitación, agresión, alteraciones motoras no agresivas y recolección de objetos.
- Hamilton Anxiety Depression (HAD): es un instrumento de evaluación que cuantifica la ansiedad y la depresión.²⁶³⁻²⁶⁵

Escalas que valoran un único SCPD:

- Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD): es una escala que permite la realización del diagnóstico de depresión mayor según criterios DSM-IV. Es el instrumento más utilizado para esta indicación.
- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.
- Rating of Aggressive Behaviour in the Elderly (RAGE).

Resumen de la evidencia

Para evaluar los SCPD existen escalas de evaluación generales que incluyen SCPD: el CAMDEX (Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination), la Geriatric Mental State (GMS-AGECAT) y la escala ADAS-Noncog. 4

Las escalas específicas de evaluación de varios SCPD: Neurobehavioral Rating Scale (NRS), Behaviour Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE- AD). La Neuropsychiatric Inventory (NPI)²⁴⁷ es el instrumento más utilizado; evalúa la frecuencia y la severidad de 12 ítems: delirios, alucinaciones, agitación, depresión/disforia, ansiedad, euforia/júbilo, apatía/indiferencia, desinhibición, irritabilidad/labilidad, conducta motora sin finalidad, alteración del sueño, trastorno alimentario. Existe una versión abreviada (NPI-Q) o Neuropsychiatry Inventory-Nursing Home (NPI-NH).^{261,262} La Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI): es el instrumento estándar para la evaluación de la agitación, con 29 ítems y cuatro componentes de conducta: agitación, agresión, alteraciones motoras no agresivas y recolección de objetos.^{252,266} La Hamilton Anxiety Depression (HAD) es un instrumento de evaluación que cuantifica la ansiedad y la depresión.²⁶³⁻²⁶⁵ 4

La Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) es el instrumento estándar para la evaluación de la agitación, con 29 ítems y cuatro componentes de conducta: agitación, agresión, alteraciones motoras no agresivas y recolección de objetos.^{252,266} 4

La Hamilton Anxiety Depression (HAD) es un instrumento de evaluación que cuantifica la ansiedad y la depresión.²⁶³⁻²⁶⁵ 4

Para la evaluación de la depresión en la demencia el instrumento más utilizado es la Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD), que consta de 19 ítems y una puntuación máxima de 38. Se basa en una entrevista realizada al paciente y cuidador.²⁶⁷⁻²⁶⁹ También es útil la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, con dos versiones de 30 y 15 ítems.²⁷⁰⁻²⁷² 4

La Rating of Aggressive Behaviour in the Elderly (RAGE) es una escala para evaluar la agresividad, con 23 ítems que se valoran en una escala de 4 puntos según su frecuencia.^{273,274} 4

Recomendaciones

✓	Se recomienda utilizar instrumentos diseñados específicamente para valorar los SCPD en la demencia de forma independiente de las alteraciones cognitivas y funcionales.
✓	Se recomienda el NPI (Neuropsychiatric Inventory), como instrumento para la evaluación de la intensidad y frecuencia de los SCPD, la escala CSDD (Cornell Scale for Depression in Dementia) para la evaluación de sintomatología depresiva y el CMAI (Cohen Mansfield Agitation Inventory) para evaluar la agitación.

8.4.4. ¿En qué momento de la evolución de la demencia aparecen los SCPD?

Los SCPD pueden aparecer en cualquier fase de la enfermedad. En ocasiones es la aparición de los SCPD la que alerta a la familia y la induce a consultar al equipo de AP.²⁷⁵ Ante el hallazgo de uno de estos síntomas, es necesario explorar la existencia de otros SCPD que pueden pasar desapercibidos al ser de intensidad leve.²⁷⁶

En fases iniciales de la demencia, pueden aparecer SCPD (apatía, depresión, ansiedad) que nos pueden ayudar a diferenciar entre EA, DV, DLFT, DLB y PDD.

En la DLFT y en la DLB hay determinados SCPD que, por su prevalencia, forman parte de sus criterios diagnósticos.^{6,33} En los diferentes tipos de demencia suele haber múltiples SCPD, a diferencia de las enfermedades psiquiátricas idiopáticas en que aparecen exclusivamente psicosis o depresión.

Conforme progresa la demencia aumenta la prevalencia e intensidad de los SCPD.²⁷⁷ En la fase de demencia leve a moderada, paralelamente al deterioro de las AIVD aparecen trastornos del sueño y conductas de desinhibición alimentaria y sexual.

Resumen de la evidencia

Los SCPD pueden aparecer en cualquier fase de la evolución de la demencia y pueden ser la primera manifestación.

2++

Un estudio epidemiológico puerta a puerta, en el que se incluyeron 108 personas con demencia, mostró que el 76,9% presentaban como mínimo un SCPD. En la EA, el 73,50%; en el grupo DLB/PDD, el 80%; en la DV, el 78,60%, y en la DLFT, el 100%.^{278,279}

2++

En la DLFT y en la DLB hay algunos SCPD que forman parte de los criterios diagnósticos de ambas enfermedades. En la DLFT y DLB los delirios y alucinaciones suelen aparecer en estadios más iniciales.^{6,33}

2++

A medida que la demencia progresa, la prevalencia de SCPD se incrementa, aparecen nuevos SCPD o los ya existentes aumentan de intensidad.²⁷⁷ En la fase de demencia de leve a moderada, paralelamente al deterioro de las AIVD pueden aparecer trastornos del sueño y conductas de desinhibición con cambios en la conducta alimentaria y sexual. La presencia de SCPD se correlaciona de forma significativa con las puntuaciones en las escalas funcionales ($p = 0,039$) en la demencia moderada-grave.²⁷⁷ En fases más avanzadas pueden aparecer en la EA delirios, alucinaciones y agitación.^{5,19,280}

2++

La apatía es el SCPD más frecuente, desde el inicio, de la demencia: 51,3-64,6% en EA leve; 78,4% en EA de moderada a grave; 42,9% en la DV; en el 100% de la DLFT, y en más del 50% de la DLB y la PDD.^{277-279,281}

2++

La depresión aparece en el 41,4% de las personas con EA leve, el 44,1% en EA de moderada a grave.²⁷⁷ En otro estudio de los mismos autores aparece depresión en el 49,6% de las personas con EA y en 42,9% de la DV.^{278,279} En otras series el porcentaje de depresión varió entre el 19,5%²⁸² y el 49,6%.²⁸¹

2++

La ansiedad se presenta en la demencia en el 35,2% de los casos.^{278,279} En la EA varía entre el 16,3 y el 32,10%.^{278,279,282} En DV se presenta en el 42,9%^{278,279} y en la DLFT en el 100% de los casos.^{278,279}

2++

Otros SCPD frecuentes en la demencia son la irritabilidad, la agitación, las alteraciones del sueño y los trastornos de la conducta alimentaria. ²⁸¹ Irritabilidad en el 30% de las personas con EA; agitación en el 50% de las personas asociadas a la enfermedad de Parkinson (DLB-PDD). ^{278,279}	2++
La actividad motora aberrante aparece en fases moderadas y avanzadas de la demencia. En el 24,3% de las personas con EA; es inhabitual en la DV, y aparece en la totalidad de los casos de DLFT. ^{25,278,279,283}	2++
Las alteraciones del ciclo vigilia/sueño aparecen en el 30,4% de las personas con demencia. ^{278,279,284} Un estudio de cohorte utilizando el cuestionario “Mayo Sleep Questionnaire” y el NPI mostró que el 71% de las personas con EA presentaban alguna alteración del sueño. ²⁸⁴	2++
En la DV los trastornos del sueño aparecen en el 3,6% de los afectados. En la DLB y la PDD son más intensos y aparecen en el 50% de los casos. ^{278,279,284,285}	2++
Los trastornos de sueño más frecuentes en la demencia leve son: insomnio (29,9%), calambres nocturnos (24,1%), somnolencia diurna (22,6%), síndrome de piernas inquietas (20,7%) y alteraciones de conducta del sueño REM (18,5%). ^{284,285}	2++
En la DLB los trastornos de conducta del sueño REM pueden preceder en muchos años el inicio de la demencia. En el PDD son más frecuentes las crisis repentinas de sueño. ²⁸⁵	2++
Un seguimiento de 13 personas con DLFT, comparado con población normal y con personas con EA, mostró en la DLFT un sueño poco eficiente, con aumento de actividad nocturna y cansancio matinal, alteraciones precoces que permiten diferenciarlo de la EA. ²⁸⁶	3
Los trastornos del sueño se incrementan con la gravedad de la demencia; favorecen la institucionalización. ²⁸⁵	2++
Los trastornos alimentarios se observaron en el 37,8% de los pacientes con EA; el 14,3% en DV, y en el 50% de personas con DLB/PDD. ^{278,279}	2++

El delirio es excepcional en población sana (0,4%), raro en el 3,4% de personas con DCL, frecuente en fases iniciales de la DLFT y puede aparecer en fases moderadas a graves de la EA.^{5,19,280} 2+

Recomendaciones

B	Es recomendable tener presente que los SCPD pueden aparecer en cualquier momento de la evolución de la demencia, sea cual sea su etiología, y pueden ser la primera manifestación.
B	Si en una persona con demencia en fase precoz aparecen delirios y alucinaciones debe sospecharse que se trate de una DLFT o una DLB. Si existen alteraciones de conducta del sueño REM la primera sospecha será de DLB.

8.4.5. ¿Existen SCPD que sean característicos de algunos tipos de demencia?

Ningún SCPD es específico de ninguna de las demencias, sin embargo su frecuencia, combinación, evolución espontánea y la respuesta al tratamiento pueden ser características significativas para su diagnóstico.²⁴⁶

Resumen de la evidencia

Enfermedad de Alzheimer (EA)

En el 88% de las personas con EA atendidas en unidades de demencia se observan uno o más SCPD.²⁵⁰ En estudios la prevalencia fue menor (60%). En el 20% de los casos existía un único síntoma; en el 28% predominaban síntomas afectivos, y en el 13% predominaban síntomas psicóticos.²⁵ 2++

La apatía es el SCPD más común en la EA; aumenta con la progresión de la enfermedad correlacionándose con el agravamiento del déficit cognitivo y la pérdida funcional. Se correlaciona con disfunción ejecutiva y alteraciones en el lóbulo frontal.²⁸¹ 2++

La depresión ocurre en el 38-49,6% de las personas con EA y puede provocar un deterioro cognitivo muy similar el de la fase inicial de la EA; el diagnóstico diferencial puede ser difícil.^{250,277-279,281} 2++

La ansiedad aparece en el 32-71% de personas con EA.^{278,279,282} 2++

La psicosis en la EA incluye delirios y alucinaciones, paralelamente a agitación, agresividad y apatía. Las alucinaciones visuales son más frecuentes si existen alteraciones en la agudeza visual.²⁸⁷ 2++

En la EA leve los SCPD más frecuentes son: apatía, irritabilidad, depresión y ansiedad. En la EA moderada pueden aparecer delirios de perjuicio, celotipia, ilusiones, alucinaciones (visuales, auditivas u olfativas), puede haber agitación y conductas motoras aberrantes.^{25,278,279,283} 2++

Los trastornos del ciclo vigilia-sueño en fases iniciales pueden diferenciar la EA de la DLB y de la DLFT (**pregunta 10.4.4**).²⁸⁴⁻²⁸⁶ 2++

Degeneración lobular frontotemporal (DLFT)

Los SCPD (compulsiones, conducta social alterada, labilidad emocional, pérdida de empatía, anosognosia y desinhibición) están presentes desde las primeras fases de la DLFT.²⁸⁸ 2++

En la DLFT la apatía se observó en la totalidad de los casos, así como la ansiedad, la irritabilidad y la actividad motora aberrante.^{278,279} 2++

Los SCPD en la DLFT se caracterizan por apatía, pérdida de emociones y de *insight*, desinhibición, negligencia, bulimia y preferencia por alimentos dulces, vagabundeo, estereotipias, pérdida de sensibilidad al dolor, ecolalia y mutismo. Este conjunto sindrómico de SCPD permite diferenciarlo de la EA. Es más difícil su diferenciación con la DV.²⁸⁹ 2++

En la DLFT hay diferencias en función del hemisferio afectado. Si se afecta el lado derecho aparecen conductas antisociales y agresividad; si se afecta el lado izquierdo aparecen cambios en la personalidad y cambio de valores.²⁸⁷ 2++

Demencia con cuerpos de Lewy (LBD) y asociada a la enfermedad de Parkinson (PDD)

En la DLB y la PDD el perfil de SCPD se caracteriza por delirios y alucinaciones. En la DLB los delirios se observaron en el 57% de los casos y las alucinaciones en el 76%. En la PDD, delirios en el 29%, y alucinaciones en el 54%. Las alucinaciones se asocian a una demencia más grave, una mayor depresión y una menor agudeza visual.²⁸⁷ 2++

La DLB y la PDD se caracterizan por un deterioro cognitivo progresivo, fluctuaciones motoras y no motoras, alucinaciones visuales recurrentes y parkinsonismo. Los trastornos de conducta de la fase REM son muy característicos de la DLB y pueden preceder en años a los signos motores o cognitivos.²⁸⁸ 2++

Demencia vascular (DV)

En la DV los SCPD más característicos son: apatía, depresión y delirios.^{25,278,288,290} 2++

Recomendaciones

B	Los SCPD deben detectarse lo antes posible, en fases de demencia leve, o a lo largo de su evolución posterior; deben ser cuantificados y agrupados en síndromes que nos puedan facilitar el diagnóstico diferencial entre las diferentes demencias.
B	Se recomienda conocer y reconocer los SCPD que aparecen en la EA, la DV, la DLFT, la DLB y la PDD.

8.4.6. ¿Cuáles son las medidas no farmacológicas indicadas en cada SCPD?

El tratamiento no farmacológico de los SCPD no ha sido evaluado mediante ECA extensos y de calidad metodológica. Tampoco existen estudios bien diseñados que evalúen la eficacia combinada del tratamiento farmacológico y no farmacológico.²⁹¹

Se dispone de estudios con escasa muestra y diseño variable, principalmente de casos y controles, que incluyen diferentes tipos de demencia en

diferentes fases, y sin especificar la respuesta sobre las alteraciones conductuales ni concretar el efecto terapéutico sobre un SCPD específico.^{41,167,292,293}

Las GPC recomiendan el empleo de estrategias no farmacológicas como primera línea terapéutica de los SCPD cuando estos no son muy graves e iniciar el tratamiento farmacológico solo cuando dichas estrategias han fracasado.^{41,167}

El tratamiento no farmacológico incluye intervenciones conductuales, terapia de reminiscencia, estimulación cognitiva y terapias de estimulación sensorial (musicoterapia, aromaterapia, masaje, fototerapia).²⁹⁴

Resumen de la evidencia

Algunas estrategias para prevenir y tratar los SCPD son emplear un tono adecuado de voz, mantener el contacto visual, pautas rutinarias de ejercicio, comida y baño, evitar el deambular errático, mantener al paciente orientado temporalmente, evitar la hiperestimulación, crear un entorno seguro y bien iluminado, sin espejos, con notas identificativas en puertas, actividades de distracción y reorientación y música del agrado del paciente. ^{41,167,295}	4
La implicación activa del cuidador es fundamental para la eficacia de los programas de intervención no farmacológica en pacientes con demencia. ²⁹⁶	2++
Las actividades de recreo y placenteras pueden mejorar la depresión en la EA leve, moderada ¹⁶⁷ y avanzada. ²⁹⁵	2+
La terapia de orientación a la realidad tiene escasa eficacia sobre la apatía y la depresión en la demencia. ²⁹⁷	1-
La higiene del sueño y otras medidas como ingerir leche caliente, bañarse con agua tibia y unas luces tenues nocturnas mejoran las alteraciones del sueño. ²⁹⁴	1+/1-
Los masajes terapéuticos pueden ser eficaces sobre la ansiedad y agitación en los pacientes con demencia. ²⁴¹	1+
La musicoterapia puede ser beneficiosa sobre el control emocional de personas con demencia. ²⁴³	1-
La estimulación multisensorial integrada (snoezelen) no es eficaz sobre la conducta, el humor o la interacción social en pacientes con demencia. ²⁴⁴	1+

No hay ECA de calidad sobre intervenciones no farmacológicas para la prevención y el tratamiento del deambular en el ámbito doméstico, por lo que no se ha podido establecer ninguna recomendación al respecto.²⁹⁸

1-

Recomendaciones

✓	Se recomienda iniciar el tratamiento con medidas estratégicas no farmacológicas para el manejo de los SCPD.
C	Es de especial relevancia que los cuidadores reciban información y formación que los capacite para prevenir la aparición de los SCPD y actuar como coterapeutas cuando ya están presentes.
C	Las terapias orientadas a la estimulación con actividades de recreo y las actividades placenteras se han mostrado eficaces contra la depresión.
✓	El manejo no farmacológico del sueño consiste fundamentalmente en establecer pautas y una buena higiene del sueño.
C	Existe evidencia limitada de que los masajes terapéuticos puedan ser eficaces en la agitación.
D	Se recomienda el empleo de técnicas de identificación electrónica en aquellos pacientes con demencia que presentan deambular errático.

8.4.7. ¿Cuáles son las recomendaciones generales sobre el tratamiento farmacológico de los SCPD?

Para un manejo farmacológico adecuado de los SCPD es fundamental identificar bien el síntoma que hay que tratar, evaluar sus posibles causas, identificar los posibles factores precipitantes, los que los alivian o suprimen y las consecuencias que el síntoma conlleva para el paciente y su entorno.

Resumen de la evidencia

Según las GPC y teniendo en cuenta los efectos adversos de los fármacos se considera razonable empezar por el manejo no farmacológico de los SCPD y emplear los fármacos en síntomas graves o rebeldes. ^{41,167}	4
Los IACE han mostrado mayor eficacia que el placebo sobre SCPD, evaluada generalmente mediante el cambio en la puntuación NPI. ^{171,176,183} La memantina ha mostrado una discreta eficacia sobre la agitación. ^{186,187}	1++
La rivastigmina ha mostrado una moderada mejoría sobre la puntuación NPI en pacientes con DLB y PDD. ^{198,203}	1+
Los estudios sobre tratamiento de los SCPD con psicofármacos específicos en pacientes con demencia son escasos y generalmente de baja calidad.	1-

Recomendaciones

D	Se debe identificar el síntoma diana que hay que tratar y sus posibles causas o desencadenantes.
D	La recomendación general respecto al tratamiento farmacológico de los SCPD es comenzar con IACE y/o memantina y, si la respuesta no resulta suficiente, añadir un psicofármaco.
✓	Tener en cuenta la especial sensibilidad de estos pacientes a los efectos adversos, especialmente el riesgo de efectos anticolinérgicos, hipotensión ortostática, caídas, efectos extrapiramidales, empeoramiento de la función cognitiva, confusión y delirium. Comenzar con dosis bajas y alcanzar las dosis mínimas eficaces de forma lenta. Utilización preferente de la vía oral.
✓	Revisar la dosis y la propia necesidad del tratamiento a intervalos regulares, generalmente cada 3 meses.
IACE y/o memantina	
B	Se recomienda el uso de los IACE y/o memantina como tratamiento de la demencia no solo para los síntomas cognitivos sino también para los no cognitivos.

B	Se recomienda el uso de rivastigmina para el tratamiento de los SCPD en los pacientes con DLB o PDD.
Psicofármacos	
D	Se recomienda el uso de psicofármacos para el tratamiento de los SCPD, aunque la evidencia sobre su eficacia en pacientes con demencia es generalmente baja y el riesgo de efectos adversos es elevado.

8.4.8. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico óptimo para cada SCPD?

Para el tratamiento farmacológico de los SCPD disponemos del tratamiento de base con IACE y/o memantina. Si este tratamiento no es suficiente, se ha de recurrir a los psicofármacos. Ambos tratamientos no son incompatibles y suelen prescribirse juntos en caso de necesidad. Dado que la EA, la DLB y la PDD tienen un tratamiento específico con IACE y/o memantina, es esperable que estos fármacos mejoren los SCPD como apoyan los ECA (**pregunta 8.2.3**).

Resumen de la evidencia

IACE o memantina

El tratamiento específico con IACE o memantina puede mejorar de forma inespecífica algunos de los SCPD en pacientes con demencia en que estén indicados.^{171,176,183,186,299} 1++

Antipsicóticos

La eficacia de los antipsicóticos es similar entre ellos en estudios comparativos de baja potencia y corta duración.^{41,299,300} 1-

Para el tratamiento del delirio en la EA, se ha observado mejoría con risperidona y donepezilo.^{249,299,301} 1+

Ni la rivastigmina ni la galantamina mostraron mejoría del delirio en la EA.²⁹⁹ 1-

La rivastigmina puede mejorar los síntomas psicóticos en la DLB.²⁰³ 1+

Los antipsicóticos atípicos (aripiprazol, olanzapina, quetiapina y risperidona) han mostrado un pequeño beneficio respecto al placebo en el tratamiento de síntomas psicóticos en pacientes con EA y DV.^{19,41} 1+

Antidepresivos

La sertralina y el citalopram han mostrado eficacia respecto al placebo en el tratamiento de la depresión en pacientes con demencia leve y moderada en estudios pequeños.⁴¹ La fluoxetina no mostró eficacia.¹⁰³ 1++

La eficacia es similar entre los antidepresivos en estudios comparativos, pero los ISRS son mejor tolerados y los tricíclicos empeoran la función cognitiva.^{41,103} 1++

Psicoestimulantes

Apatía

Los psicoestimulantes (*d*-anfetamina, metilfenidato), amantadina, bromocriptina y bupropion pueden ser útiles para la apatía severa en la demencia.⁴¹ 3

Ansiedad

La olanzapina 5-10 mg/día reduce la ansiedad (-0,84 puntos en la escala NPI-NH) en pacientes con EA.³⁰¹ 1+

Deambulación errática

La risperidona 1 mg mostró mayor eficacia que el placebo sobre el vagabundeo en pacientes con demencia.¹⁰³ 1-

Problemas de sueño

Para el insomnio pueden ser útiles: trazodona, zolpidem o zaleplon o benzodiazepinas de vida media corta, a corto plazo.⁴¹ 4-

La melatonina no es eficaz para prolongar el sueño nocturno o disminuir la actividad nocturna en la EA.⁴¹ 1+

Agitación y agresividad

El haloperidol 0,25-6 mg/día mejora la agresividad en pacientes con demencia pero no otros aspectos de la agitación, impresión clínica global de cambio, carga de los cuidadores y AVD.³⁰² 1++-

La risperidona 1 mg/día y la olanzapina 5-10 mg/día mejoran la agresividad en pacientes con EA. ³⁰¹	1++
La olanzapina y la quetiapina no han mostrado beneficio en la agitación en pacientes con EA. ⁴¹	1+
En pacientes ingresados con demencia y agitación, el olanzapina y el lorazepam intramuscular han mostrado una tasa de respuesta a las 2 horas doble al placebo. ⁴¹	1+
Algunos ISRS, como el citalopram o la trazodona, han mostrado mejoría de la agitación en la DLFT. La paroxetina no mostró mejoría y empeoró la cognición. ⁴¹	1+
La trazodona no mostró mejoría de la agitación en pacientes con EA sin depresión asociada. ⁴¹	1-
El donepezilo 10 mg/día durante 12-52 semanas mostró beneficios sobre agitación y agresividad respecto al placebo en pacientes con EA. ¹⁹	1+
La carbamazepina ha mostrado un beneficio modesto para la agitación en pacientes con demencia. ⁴¹	1+
El valproato no ha mostrado eficacia para la agitación en pacientes con demencia. ⁴¹	1+
No hay evidencia consistente de que los antipsicóticos mejoren conductas indeseadas que no sean la agresividad, y suele ser a expensas de sedación, aumento de peso, signos extrapiramidales y caídas. ⁵	1++

Conductas sexuales inapropiadas

Para el tratamiento de conductas sexuales inapropiadas en la demencia hay datos de posible eficacia de antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo, agentes hormonales, cimetidina y pindolol. ³⁰³	3
---	---

Labilidad emocional y comportamientos compulsivos

La labilidad emocional y los comportamientos compulsivos en la DLFT han mejorado con ISRS en algunos casos. ⁵	1-
--	----

Recomendaciones

IACE o memantina	
B	En los pacientes en que esté indicado el uso de IACE o memantina, se recomienda el uso de estos fármacos para tratamiento farmacológico inicial de los SPCD.
✓	En caso de que los IACE y/o memantina no sean eficaces sobre los SCPD se emplearán los psicofármacos más adecuados a cada tipo de síntoma considerando sus efectos adversos.
Antipsicóticos	
A	En pacientes con EA y síntomas psicóticos puede usarse risperidona.
B	En pacientes con EA y síntomas psicóticos puede usarse donepezilo. En el tratamiento de los síntomas psicóticos en la DLB puede usarse rivastigmina.
D	En pacientes con EA o DV y síntomas psicóticos pueden usarse antipsicóticos atípicos.
Antidepresivos	
B	En pacientes con demencia y depresión pueden usarse antidepresivos, preferiblemente sertralina y citalopram. A pesar de que su eficacia es similar, no se recomiendan los tricíclicos por sus efectos adversos.
Psicoestimulantes	
Apatía	
D	Pueden usarse psicoestimulantes, amantadina, bromocriptina o bupropion en pacientes con demencia y apatía severa.
Ansiedad	
-	No hay suficiente evidencia para hacer recomendaciones sobre el tratamiento de la ansiedad en la demencia.
Deambulaci3n errática	
D	La risperidona puede ser eficaz en la deambulaci3n errática en la EA.

Problemas de sueño	
D	Pueden usarse benzodiazepinas, trazodona o hipnóticos para el tratamiento de las alteraciones del sueño en la demencia. No se recomienda la melatonina.
Agitación y agresividad	
B	Se recomienda el uso de neurolépticos para el tratamiento de la agitación y la agresividad. La evidencia es mayor para la risperidona que para otros fármacos.
D	En caso de intolerancia a antipsicóticos se puede usar donepezilo (si está indicado), ISRS o carbamazepina para tratar la agitación y la agresividad.
Conductas sexuales inapropiadas	
D	Pueden usarse antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo, agentes hormonales, cimetidina o pindolol para el tratamiento de las conductas sexuales inapropiadas.

8.4.9. ¿Cuáles son los efectos adversos y contraindicaciones de los fármacos utilizados en el control de los SCPD?

El arsenal terapéutico para tratar los SCPD debe utilizarse con precaución. Respetando las contraindicaciones, utilizando las dosis mínimas efectivas y aumentándolas de forma lenta y progresiva monitorizando siempre el beneficio y detectando de forma precoz la aparición de efectos adversos.

De los IACE (ver pregunta 8.2.5.).

Resumen de la evidencia

Antipsicóticos

Los antipsicóticos pueden producir aumento de mortalidad, ictus, sedación, confusión, somnolencia, parkinsonismo, distonía, discinesia tardía, acatisia, síndrome neuroleptico maligno, hiperlipidemia, hiperglucemia, aumento de peso, hipotensión postural, arritmias, alteraciones en el EEG, efectos anticolinérgicos y empeoramiento de la cognición.^{5,41,304}

1+

El haloperidol produce síntomas extrapiramidales, somnolencia y fatiga con mayor frecuencia en pacientes con demencia que en controles. ³⁰²	1++
Los antipsicóticos atípicos (aripiprazol, olanzapina, quetiapina o risperidona) producen mayor somnolencia (OR = 2,84) e infecciones urinarias (OR = 1,28) en pacientes con demencia que en controles. ³⁰⁵	1++
La risperidona y la olanzapina producen más síntomas extrapiramidales (OR = 1,51), trastornos del movimiento (OR = 3,42) y edema periférico (OR = 1,99) en pacientes con demencia que en controles, pero no más lesiones, caídas o síncope. ³⁰⁵	1++
Los pacientes con demencia tratados con aripiprazol, olanzapina, quetiapina o risperidona empeoraron más en las puntuaciones cognitivas que los tratados con placebo en los ECA. ³⁰⁵	1++
La risperidona duplica el riesgo de síntomas extrapiramidales frente al placebo en pacientes con demencia. ^{249,301,304}	1++
La somnolencia es más frecuente y los trastornos del movimiento son más frecuentes con risperidona u olanzapina que con placebo. ^{218,249,304}	1+
Las tasas de abandono entre los pacientes con demencia tratados con haloperidol o antipsicóticos atípicos fueron similares a los controles. ^{302,305}	1++
La clozapina se asocia con agranulocitosis que puede ser mortal. ⁴¹	1+
El uso de antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina) se ha asociado con un ligero aumento de riesgo de ictus y de mortalidad en pacientes con demencia. En cambio, los estudios observacionales no apoyan que haya diferencias entre atípicos, típicos y placebo. ^{103,112,227,305-308}	1++/2+
El 50% de los pacientes con DLB pueden tener marcada sensibilidad a antipsicóticos, con reacciones extrapiramidales, confusión, temblor, inestabilidad autonómica, caídas y aumento de la mortalidad. ^{5,19,112,304}	2++

Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas pueden producir sedación, empeoramiento de la cognición, confusión, delirium, empeoramiento de la memoria, desinhibición paradójica, aumento del riesgo de caídas, empeoramiento de los trastornos respiratorios, tolerancia y dependencia. 1+

Las benzodiazepinas de larga duración como el diazepam producen más alteraciones cognitivas en ancianos.¹⁰³ 1+

Antidepresivos

Los anticolinérgicos pueden empeorar la confusión y la psicosis en pacientes con demencia. Los ISRS producen menos confusión que los tricíclicos.⁵ 1+

Los anticolinérgicos están contraindicados en pacientes con enfermedades cardiovasculares, prostatismo o enfermedades de vejiga urinaria.⁴¹ 1+

Los ISRS pueden producir efectos adversos gastrointestinales, pérdida de peso, alteraciones del sueño o hiponatremia, y se han asociado a caídas y fracturas.²²⁷ 1+

La amitriptilina se ha asociado a alteraciones cognitivas. Otros tricíclicos, la mirtazapina y la mianserina, tienen menos impacto sobre la función cognitiva. Los ISRS no se han asociado a alteraciones cognitivas.^{5,41,103,227} 1+

Antiepilépticos

Los anticomociales pueden producir alteraciones cognitivas. El fenobarbital produce más alteraciones que la carbamazepina, fenitoína o el valproico.¹⁰³ 1+

Recomendaciones

A	Los antipsicóticos deben utilizarse con precaución en pacientes con demencia por el riesgo de reacciones adversas, considerando siempre los riesgos de tratar frente a los riesgos de no tratar.
B	Los antipsicóticos están contraindicados en la DLB por el elevado riesgo de efectos adversos.

C	Se recomienda que los tratamientos con benzodiazepinas sean de corta duración por los efectos adversos.
---	---

8.4.10. ¿Cuál es la eficacia de combinar el tratamiento farmacológico y no farmacológico para tratar los síntomas conductuales y psicológicos en la demencia leve, moderada y grave?

Existe escasa evidencia sobre la eficacia del tratamiento combinado (farmacológico y no farmacológico) para el manejo de los diferentes síntomas conductuales y psicológicos de la demencia en sus diferentes fases.

Resumen de la evidencia

Un ECA con 152 pacientes con EA leve o moderada para evaluar la eficacia de estimulación cognitiva e IACE, frente a IACE en monoterapia, no mostró diferencias significativas.¹⁹ 1+

Una RS de ECA recomienda asociar medidas no farmacológicas a las farmacológicas en el tratamiento de los SCPD.¹⁰³ 1-

Recomendaciones

✓	Se recomienda asociar medidas no farmacológicas a las farmacológicas en el tratamiento de los diferentes síntomas conductuales y psicológicos de la demencia.
---	---

8.4.11. ¿Cuáles son las recomendaciones más eficaces para evitar los SCPD en un paciente afecto de demencia?

Detectar y tratar las enfermedades concomitantes procurando unas condiciones óptimas medioambientales, que no sean generadoras de la aparición de SCPD.²⁹⁸

Existe una agrupación de intervenciones específicas en áreas:

- Actividades estructuradas: la inclusión de actividad física, paseos y actividades recreativas disminuyen la aparición de conductas de agitación.^{309,309}
- Terapia conductual: mediante técnicas de reforzamiento de las conductas relajadas y el control de estímulos.²⁹¹
- Modificaciones medioambientales: consistentes en reducir la estimulación innecesaria, manteniendo seguridad, autonomía e independencia. Un entorno natural y una terapia de la luz pueden disminuir la frecuencia de aparición de las conductas agitadas.
- Contacto social: consiste en crear estrategias para mejorar la frecuencia y calidad de las interacciones sociales entre las personas afectadas de demencia.
- Estimulación sensorial y relajación: el masaje manual, el contacto terapéutico y las actividades de estimulación sensorial aisladas o bien combinadas pueden inducir relajación y disminuir la prevalencia de síntomas conductuales y agitación.^{241,243,244}

Resumen de la evidencia

En la etiopatogenia de los SCPD influyen múltiples factores (genética, tipo de demencia, enfermedades concomitantes, entorno medioambiental, estilos de vida).³¹⁰ Podemos actuar sobre la comorbilidad y sobre el entorno,²⁹⁸ y realizar intervenciones específicas estructuradas;^{309,309} terapia conductual;²⁹¹ modificaciones medioambientales; contacto social; estimulación sensorial y relajación.^{241,243,244} 4

Una revisión sistemática de la evidencia científica (RSEC)^{19,311} de 7 ECA, que evaluaban masaje y toque terapéutico, mostró que pueden ser útiles para reducir la ansiedad, la conducta agitada y la depresión. 1-

Recomendaciones

✓	Se recomienda una evaluación cuidadosa ante la aparición de SCPD, para descartar patología concomitante y procurar un entorno medioambiental óptimo.
✓	Pueden utilizarse la estimulación sensorial, la terapia conductual, las actividades estructuradas y el contacto social para disminuir la incidencia de SCPD, aunque no se dispone de evidencia científica que lo avale.

8.4.12. ¿Cómo deben tratarse los SCPD de difícil control ambulatorio?

Cualquier persona con demencia puede presentar, en algún momento de la evolución de la enfermedad, SCPD que no ceden fácilmente con maniobras de contención verbal, no farmacológicas, ni con psicofármacos (**pregunta 8.4.8**).

Estos síntomas provocan situaciones críticas de difícil control ambulatorio y precisan muchas veces de la acción coordinada del EAP y del EAED. Si no se controlan adecuadamente deben derivarse, para ingreso, a los servicios de urgencias del hospital o a las unidades específicas.³¹²

Resumen de la evidencia

En las situaciones en que las crisis no ceden ambulatoriamente es necesario el ingreso en el hospital para poder diagnosticar mejor las posibles comorbilidades, optimizar el tratamiento farmacológico, y garantizar la seguridad del paciente y de su entorno.^{19,313}

4

Recomendaciones

D	Si las crisis de conducta no responden a las medidas farmacológicas habituales en el domicilio/residencia se aconseja el ingreso en el hospital o bien en unidades específicas para realizar el diagnóstico de los síntomas y la etiología, tratar las comorbilidades, optimizar el tratamiento del SCPD, y garantizar la seguridad del paciente y de su entorno.
---	---

8.4.13. ¿Cuáles son las actitudes que debe reunir el cuidador para abordar al paciente con SCPD?

No existe evidencia científica respecto a las cualidades que debe reunir el cuidador para tratar al paciente con SCPD.^{5,310} Las fuentes de información disponibles en la actualidad son fundamentalmente manuales y monografías dirigidas al cuidador del paciente con demencia.

Para elaborar recomendaciones que puedan ayudar al cuidador en el manejo de los SCPD, es importante valorar también los siguientes aspectos:

- La relación previa del cuidador con el paciente: tipo de relación y calidad de la misma.
- Nivel de implicación del cuidador en el cuidado del paciente: cuidados directos, soporte emocional y organización de cuidados.
- Grado de voluntariedad en la relación de cuidados.
- Estrés que se ha generado durante la relación entre el paciente y el cuidador.
- Grado de conocimiento y comprensión de la enfermedad por parte del cuidador.
- Grado de sobrecarga y ayuda que recibe de otros familiares o de otras fuentes de soporte (asociaciones de familiares, ayuda institucional, etc.).
- Expectativas del cuidador sobre la intervención del médico y del personal sanitario en general.
- Ideas del cuidador sobre el futuro del paciente: institucionalización, probabilidad de fallecimiento inminente y negación de los déficits.

Ante la aparición de SCPD la actitud que debería tener el cuidador es:

- Aceptar el carácter progresivo de la enfermedad y la ausencia en la actualidad de tratamiento “curativo”.
- Comprender que muchos de los SCPD no tienen un tratamiento específico y que podemos utilizar medidas terapéuticas de limitada eficacia.
- Tener una actitud paciente y tolerante.
- Tener presente que las actitudes, creencias y comportamientos anómalos que presenta el paciente son síntomas de la propia enfermedad, al igual que lo son el déficit de memoria u otros déficits cognitivos.
- Comprender que la resolución de los SCPD no depende de la explicación de los mismos al paciente ni de su fuerza de voluntad para resolverlos.
- Observar el contexto en el que aparecen los SCPD, factores predisponentes, desencadenantes y maniobras o intervenciones que los disminuyen o suprimen.
- Solicitar la ayuda de otros miembros de la familia, instituciones y asociaciones para no desempeñar la tarea de cuidador en solitario.
- Solicitar ayuda profesional si aparecen síntomas y signos de sobrecarga o claudicación en la tarea de cuidar.^{5,310}