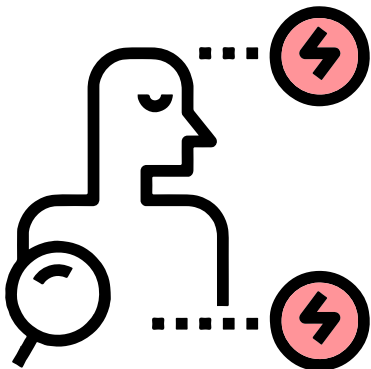




webinar

ENCUENTRO CON EXPERTOS



Síntomas de alerta sobre descompensación y cambios en la conducta



Ponente:

Dr. Alberto Freire Pérez

Coordinador del Grupo de Trabajo en Neurología de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia - SEMG

JUEVES 2 NOVIEMBRE DE 2023



Red de Agentes Activos en la
DETECCIÓN PRECOZ DEL
ALZHEIMER



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

Doctor Alberto Freire, Licenciado en Medicina General por la Universidad de Santiago de Compostela y Especialista en Medicina de Familia. Trabaja en el Centro de Salud de Acea de Ama en el Ayuntamiento de Curededo, contiguo al de La Coruña, y antes en Vimianzo, en plena Costa da Morte, con una población muy envejecida y aislada. Además, es coordinador del grupo de trabajo en neurología y miembro del grupo de trabajo en dolor y cuidados paliativos de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Ha impartido múltiples talleres de “Exploración neurológica, deterioro cognitivo leve y manejo de la enfermedad de Alzheimer en Atención Primaria”, en Congresos Nacionales e Internacionales. Participó en la elaboración del documento de consenso “Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor” y el curso on line de “Deterioro cognitivo leve” para médicos de España que debido a su aceptación fue exportado a médicos de hispanoamérica. Intenta divulgar el diagnóstico precoz de los deterioros cognitivos y el manejo del dolor crónico.

Muchísimas gracias a CEFA por la invitación. Es para para mí un honor y para mi sociedad que cuenten con nosotros y el estar presentes colaborando. Muchísimas gracias por la invitación y gracias a todos vosotros que estáis ahí en estos momentos conectados.

Cuando me propusieron esto de “Síntomas de alerta sobre la descompensación y cambios en la conducta”, lo primero que pensé es que van a ser unas vacaciones, porque todos los que van a estar conectados me van a facilitar y saben más de estos síntomas de descompensación de lo que voy a saber yo. Con lo cual casi me van a hacer la ponencia.

Pero después estuve pensando en cómo darle una vuelta y que fuera de interés para todos vosotros y decidí pues hacer lo que mejor sabemos hacer en la Sociedad Española de Medicina General y de Familia, que es sencillamente el agrupar, el juntar, dar organizada toda la información para que os sea útil ya desde mañana mismo.

Vamos a escapar de grandes charlas magistrales y como veis en todos nuestros congresos siempre tenemos un apartado para hablar del deterioro cognitivo leve y siempre procuramos dentro de esa colaboración y esa invitación que tenemos con CEFA dar a nuestros compañeros que normalmente son unos 3.000 médicos de toda España el presentarles y el potenciar y el difundir la página de www.problemasmemoria.com.

Lo primero de todo que os quiero transmitir es que **toda conducta va a tener una intención. Nos va a querer transmitir algo.** ¿Qué intención va a tener? Pues puede ser una intención para avisarnos de alguna causa médica, de alguna al-

teración del entorno, de alguna alteración en las tareas que tenemos con estos pacientes, o puede ser sencillamente que el paciente afecto de demencia quiera comunicarnos algo.

Dentro de las **causas médicas** podemos encontrar los **secundarismos de fármacos**. Tenemos fármacos para tratar ciertas patologías asociadas a las demencias, pero lamentablemente estos fármacos muchísimas veces producen secundarismos y estas alteraciones del comportamiento pueden ser debidas a los secundarismos de los fármacos. Puede ser también debido a **déficits sensoriales**, una manera que tiene el paciente de protestar o de transmitirnos que tiene defectos tanto de visión como de audición. Puede ser por enfermedades en sí mismo que veremos más adelante y más concreto.

Hablando del entorno tenemos que tener mucho cuidado con los entornos en los cuales están estos pacientes procurando que no sean entornos grandes o que sean desordenados. Porque puede ser algo que altere o que el paciente nos quiera transmitir, que no se encuentra cómodo en ese tipo de entorno, puede ser también porque es un entorno desconocido y puede ser porque ese entorno tiene exceso de estimulación. El exceso de estimulación puede ser desde la decoración, exceso de iluminación y exceso de ruido.

También puede ser por una **ausencia de rutinas**. Veremos a lo largo de esta charla como es muy importante que todos estos pacientes tengan unas rutinas que sean repetitivas. En el caso de las tareas que puede dar lugar a un cambio de comportamiento, sencillamente que sea una tarea nueva, que sea desconocida para el paciente, que sea una tarea muy complicada. Hay que **buscar tareas repetitivas y simplificadas** o sencillamente que no sean demasiadas tareas a la vez.

Y dentro de la **comunicación** puede ser que el paciente pretenda comunicarnos algo, sentimientos de frustración, sentimientos de pérdida de habilidades... imaginarnos alguien que ha perdido la habilidad de conducir, pues una manera de transmitirnos ese sentimiento de pérdida puede ser con los cambios de comportamiento.

Cambios en la rutina diaria hablábamos de ello antes y volvemos a insistir. Importante la textura del suelo, pueden ser que sean suelos que generen muchísima estimulación, con muchos cuadraditos, con muchos dibujos y eso el paciente lo tome o lo sienta como una agresividad. Y volvemos con los déficits sensoriales, que el paciente tenga un defecto, que no vea bien o que no oiga bien, y que eso se transmita en los cambios de comportamiento. Pero también puede ser algo tan sencillo como hambre, sed, o higiene. Imaginarnos que es un paciente que tiene su ropa interior sucia o que sus absorbentes no están funcionando. Tanto el entorno, las tareas y posiblemente la comunicación, van a tener una posibilidad de modificación identificando las causas y haciendo lo que llamamos entornos amigables donde el paciente se encuentra cómodo.

El de las causas médicas como muchas veces se debe a los secundarismos de los fármacos, va a ser difícil y muchas veces acabamos en lo que los médicos llamamos una cascada terapéutica. Esto es que damos un fármaco para tratar algo, pero que ese fármaco da unos efectos secundarios y tenemos que dar otro fármaco para mitigar esos secundarismos del primer fármaco. Imaginarnos un fármaco que damos que produce temblor y tenemos que dar otro fármaco para aliviar el temblor y esto muchas veces es difícil de mitigar porque no podemos retirar el fármaco porque el paciente empeora.

Bueno vamos a volver al principio, a hablar de las enfermedades y dentro de las enfermedades vamos a hablar de las de los **síntomas conductuales y psicológicos de la demencia**, que se conocen por las siglas de **SCPD**. Estos síntomas a la larga lo que van a producir en el paciente es desorientación, desinhibición. La enfermedad de Alzheimer ataca unos centros donde están gravados nuestros comportamientos sociales, nuestras normas sociales, cómo comportarse en sociedad. Esa zona se ve afectada y destruida y se produce desinhibición por parte del paciente y a la larga lo que va a dar lugar es a una pérdida del control. Dentro de estos síntomas y conductas psicológicas de la demencia vamos a hablar de **tres grupos**: trastornos del estado de ánimo, como puede ser la depresión o la ansiedad; la agitación, irritabilidad, los gritos, el deambular errático que muchas veces es muy incómodo para los cuidadores; y los síntomas psicóticos, alucinaciones visuales y auditivas, los delirios, el paciente ve o se crea cosas o se inventa cosas. Más adelante veremos cómo podemos aplicar ciertas técnicas o podremos hablar de ciertas conductas que nos pueden ayudar a disminuir todos estos síntomas.

Y también dentro de las enfermedades vamos a tener afecciones médicas de por sí, sin que sean síntomas psicológicos o psiquiátricos. El paciente nos puede estar intentando transmitir que tiene dolor que tiene hambre, o que tiene sed, que está cansado o que tiene fatiga, estreñimiento, excitación... cuidado con el alcohol, cuidado con los excitantes, que veremos más adelante. Los dulces curiosamente son un tipo de excitante.

“ **Los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia se agrupan en: Trastornos del estado de ánimo, agitación y síntomas psicóticos.** ”

Las infecciones y los trastornos del sueño. Un apartado muy importante, las infecciones. Ahora en todo lo que es el ámbito médico, está muy de moda. En estos pacientes las **infecciones urinarias** son nuestro gran caballo de batalla, porque el paciente no es capaz de transmitirnos que tiene síntomas urinarios y al final acaban haciendo una septicemia de origen urinario. Entonces los médicos siempre tenemos que tener muy en cuenta con estos pacientes que no se comunican adecuadamente, las infecciones de orina, en el varón pero aún mucho más en la mujer, porque ya la mujer de por sí aunque no esté afectada de una enfermedad de Alzheimer muchísimas veces puede tener infecciones de orina sin que tenga síntomas.

Ahora hablaremos de algo que es muy frecuente, que es el **síndrome del ocaso** o el síndrome vespertino, también se llama como el síndrome de la cena o de la caída del sol. Tenemos un lenguaje en español muy rico y a mí no me gusta nada el anglicismo del sundown que parece que es como algo mucho más importante. A mí me gusta más el síndrome del ocaso.

Os sonará que es esa inquietud, esa agitación que ocurre en muchos de nuestros pacientes diagnosticados de demencias y que ocurre sobre todo a la caída del sol, a la hora de la cena. Hasta ahora se hablaba de que esta agitación podía deberse a que nuestro reloj biológico de mañana o día despierto, de noche dormir, está alterado por la propia enfermedad. También se habla de que la caída

de la luz genera sombras, genera opacidades, y eso el paciente lo interpreta como incomodidad, como molestia, como que hay gente y se agita. Hoy en día lo que se sabe curiosamente es que es por fatiga o por agotamiento. Os llamará muchísima la atención que muchas veces estos pacientes reaccionan mejor y se comportan o repiten sus funciones mejor durante la mañana que por las tardes.

Hoy se sabe que el cerebro de una persona con enfermedad de Alzheimer es como el día de la marmota, todos los días está recibiendo información y todos los días tiene que volver a intentar conectarse con el medio e interpretar los mensajes que le está dando el medio. Eso a lo largo del día le provoca fatiga y agotamiento y ¿cómo lo manifiesta? Pues con esa agitación al final del día cuando ya se encuentra agotado y al final lo que nos va a dar es una alteración del sueño.

Medidas generales que podemos intentar utilizar para mitigar este síndrome vespertino: intentar identificar aquellos desencadenantes que hacen que el paciente al final del día se agite; intentar repetir rutinas regulares, que hay una hora para despertarse, que hay una hora siempre la misma para comer y que hay una hora para acostarse; el tener la casa bien iluminada por la noche porque eso reduce la confusión.

Volvemos a lo que hablábamos antes y veremos más adelante, cómo los espejos y las sombras pueden suponer un estímulo que desencadene cambios de comportamiento del paciente porque no sabe interpretarlos.



Los espejos y las sombras pueden suponer un estímulo que desencadene cambios de comportamiento del paciente..”

Hay que identificar actividades relajantes para hacerlas antes de la hora de acostarse, tanto sea música relajante, el ver fotos que al paciente le recuerda su niñez o que le resultan agradables, ver una película favorita... Intentar dar paseos para reducir la inquietud.

Hablar con el médico por lo que hablábamos antes de secundarismos, hay fármacos que pueden producir inquietud o agitación, y sería mejor

dárselos por la mañana con la luz del día, que dárselo a última hora de la tarde. Aquellos que tienen problemas de sueño, indudablemente intentar limitar las siestas así como erradicar o por lo menos limitar el consumo de excitantes como puede ser el alcohol, la cafeína y la nicotina.

¿Qué síntomas podemos notar en estos pacientes de cambio de conducta?

Vamos a recordar unos cuantos.

- El paciente se altera, muestra preocupación o se enfada fácilmente. Se encuentra deprimido o como falta de energía.
- Pueden aparecer sospechas y suspicacias, puede empezar a esconder cosas. Veremos más adelante que una de las estrategias que hay para esto es, si sabemos que siempre está buscando una cosa, por ejemplo, dinero, siempre tenerle cierta cantidad en el bolsillo para que no la eche de menos. O imaginarnos duplicar unas llaves si veis que hay un comportamiento obsesivo con cierto tipo de objetos.

- La celotipia, que es demoledora sobre todo para los cuidadores, y es que tienen ataques de celos, empiezan a imaginar cosas...
- El deambular errático. Intentar escaparse.
- Desinhibición sexual, afectación de los núcleos del cerebro donde están nuestras normas de conducta en sociedad.
- Agresividad. Malinterpretaciones, que eso también es muy importante y viene un poco por lo de las sospechas y la celotipia.
- Rechazo de la higiene tanto de aseo personal como el cambiarse de ropa.

“El paciente con demencia puede que no comprenda el lenguaje oral, pero sí mantiene el lenguaje visual y entiende e interpreta nuestro estado de ánimo.”

¿Qué medidas posibles podemos adoptar?

- Dentro de lo que hablábamos antes de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia que seguramente son los más difíciles de tratar y los que más agotamiento produce al cuidador, para la agitación podemos ya de entrada erradicar o quitar todo tipo de excitantes tanto la cafeína, nicotina, los dulces, el alcohol.
- Disminuir el ruido y el número de personas en el ambiente, porque eso puede generar cantidad de estímulos que resulten desagradables e irritativos para el paciente.
- Mantener un orden ambiental de lo que le rodea, algo que siempre sea estable, que haya rutinas fijas.
- Fotografías que sean agradables y que le produzcan placer y tranquilidad.
- Muy importante las caricias y quiero hacer hincapié en una cosa: el paciente con demencia puede que no comprenda el lenguaje oral, las órdenes, pero sí mantiene el lenguaje visual y entiende e interpreta nuestro estado de ánimo, nuestra cara, si nos irritamos, si estamos enfadados y por supuesto entiende todo lo que son los estímulos físicos.
- Muy importante mantener los estímulos físicos, mantener las caricias, para tranquilizar a estos pacientes.
- Por supuesto no intentar razonar.
- En el caso de los delirios y alucinaciones, no tomarlo como algo personal, evitar las discusiones. Cuando hay discusiones porque son repetitivos con ciertos objetos, que siempre quieren ver, duplicarlos y no discutir. El que siempre tengan dinero en el bolsillo para que estén tranquilos y no lo echen en falta, el que siempre tenga unas llaves si son muy obsesivos con esos objetos.

- Muy importante avisar a los cuidadores de que es la propia parte de la enfermedad, que no es algo que tenga lógica, ni razonamiento. Que no lo tomen como algo personal.
- Como decíamos al principio evitar las sombras, las pueden interpretar como que hay gente, como que es algo agresivo, por lo tanto, muy importante la iluminación.
- El contacto personal, el darles seguridad, el traerlos a nuestro lado que es con quien se identifican y decirles: tranquilo, estás conmigo, no te va a pasar nada. Eso les va a producir tranquilidad, el saber que tienen la seguridad de estar al lado de alguien que les va a proteger de lo que puede ser para entender, gente ajena o con cierta agresividad.
- Por este tipo de alucinaciones y la deambulación errática el que quieren escaparse y el que se muevan continuamente...podemos intentar hacer ejercicio para cansarlos, intentar realizar movimientos y actividades repetitivas para que el paciente las esté haciendo y se olvide de intentar moverse y escaparse.
- Utilizar dispositivos, los relojes con localizadores donde tú puedes simplemente marcar un ámbito o una zona que si el paciente se sale de ahí automáticamente el reloj nos avisa.
- Y muy importante y esto está colgado en la página de CEAFA, no a las sujeciones. Cuando tengamos que utilizar algún tipo de sujeción estas tienen que ser limitadas, justificadas y siempre preservando la dignidad del paciente. Hay una campaña importantísima y buenísima por parte de CEAFA y por la Red de Agentes Activos.

El tratamiento dentro de las normas generales.

Hay que expresar empatía, hay que tener afecto y por supuesto no solo por el paciente, sino por nosotros. Tenemos que mantener el humor porque nosotros también tenemos que protegernos. La empatía, el afecto y el humor vamos a transmitirlo mediante el lenguaje no verbal, que va a dar tranquilidad a nuestros pacientes.

No a las sujeciones. Cuando tengamos que utilizar algún tipo de sujeción estas tienen que ser limitadas, justificadas y siempre preservando la dignidad del paciente.

Ser tolerante y comprensivo. Y eso es respetando los gustos y las costumbres del enfermo. Puede que no sean las nuestras, puede que nos cueste trabajo comprenderlas, pero debemos de respetarlas. Debemos de ser tolerantes.

Paciencia, pero no paciencia para nosotros, paciencia para el paciente. Esto es no apurarlo, no por intentar ir más rápido hacerle las cosas, vestirlos o comer. No porque tengamos prisa lo hagamos nosotros. Paciencia para que lo haga él y así mantener esas actividades repetitivas.

Y muy importante: imaginación para el cuidador. Para tener capacidad de cambio, para ser flexible, para adaptarnos... porque si nosotros fracasamos vas a fracasar también el cuidado del paciente. Con lo cual tenemos que tener mucha imaginación para intentar integrar todas estas cosas que se nos ocurran y todas estas normas generales. Porque lamentablemente no tenemos una varita mágica, ojalá, por eso hay que tener la imaginación para intentar integrar todos estos cambios para el mejor cuidado de nuestros pacientes.

Preguntas y comentarios

Es cierto lo de la rutina diaria. Mi padre tiene Alzheimer y lo cuidamos en su casa entre los cinco hijos y con cada uno su conducta varía. Ahora va a la asociación tres días a la semana y él mismo tras adaptarse te pide ir allí porque tiene asignado una serie de tareas y encuentra siempre las mismas personas, lo cual para él significa una rutina estable, con lo cual podemos decir que efectivamente lo que son las rutinas y las actividades y ver a la misma gente entiendo que da una tranquilidad.

Como veis, lo que está comentando esta persona resume todo lo que llevamos hablado de la importancia de las rutinas en el paciente. Las rutinas, los ambientes amables, el no hacer grandes cambios en el día a día...todo esto lo que favorece es a mantener al paciente tranquilo.

Y hay algo que me olvidaba de decir y que lo tenía en mente: la labor que hacen las asociaciones de pacientes es importantísima. Nosotros como médicos podemos intentar con fármacos ayudar o paliar, pero desde luego quien mejor sabe del comportamiento y cómo hacer rutinas y cómo hacer un plan de trabajo y de cuidados para estos pacientes, son las asociaciones que nunca me cansaré de decir la importancia que tienen.

Relacionado con el sueño, muchos cuidadores no les dejan ir a dormir pronto para que no se despierten temprano ¿cree que esto es contraproducente? Si necesita dormirse a las 20 horas ¿no será lo más adecuado que se pueda ir a dormir?

Totalmente de acuerdo el tratamiento de este síndrome del ocaso, de la agitación que ocurre última hora del día es muy complicado. Lo que hablé son normas generales, en el papel es muy bonito pero la realidad es que por mucho que se retrase el que se acueste el paciente, no se va a dormir antes o va a dormir mejor. Todo eso que hacemos para cansarlo lo podemos hacer antes de las 8 de la tarde. Porque vamos a esperar hasta las 2 de la madrugada a que se agote si tenemos una serie de herramientas, de comportamientos y de tareas que se los podemos hacer al paciente por la tarde para intentar que duerma a la hora razonable. Es muy importante y no solo para los pacientes con demencia, sino en la gente mayor en general, que hay muchos cuidadores que se empeñan en que la gente duerma las horas que ellos quieren que duerma. Con los años a todos se nos cambia la estructura del sueño, eso de que necesitamos dormir menos es mentira. Cambia la manera de dormir o cambia la estructura de dormir. Tenemos que adaptarnos a eso y lo que no se puede pretender es que como yo me levanto a las 6 de la mañana para ir a trabajar y me acuesto a las 10, quiero que el abuelo se duerma a las 10 y que duerma hasta las 6 de la mañana porque a mí me viene bien. Hay que tener en cuenta que en una persona mayor hay estos cambios en la estructura del sueño

y también hay que tener en cuenta que en los pacientes con demencia va a surgir este síndrome. Todo lo que ayude a que descanse mejor es de agradecer, pero no creo que la solución sea que se acuesten más tarde. Esas técnicas que decía de antes de acostarse el repasar con él fotos para tranquilizarlo, escuchar música relajante... la buena iluminación es muy importante y ya veis que, insistí mucho en espejos sombras, iluminación, porque todo eso puede hacer que el paciente con demencia lo interprete como que hay gente extraña y le puede generar ansiedad.

Mi padre va a un centro de día y allí funciona muy bien. El problema surge en casa con mi madre que es la cuidadora principal. Hay una relación amor-odio, hay una total dependencia de ella, pero choca constantemente con ella y últimamente se irrita con mucha facilidad, ¿qué se puede hacer?

La pregunta del millón. Si hay un comportamiento de mucha agresividad tal vez haya que hablar con el médico para intentar administrar algo que no lo agite cuando está con ella y después intentar las actividades conjuntas con ella que le produzcan tranquilidad. Ver fotos como decía antes, ver películas. Todos los enfermos crónicos y que son dependientes, a la larga van a mostrar actividades agresivas hacia digamos el ser más querido, el que pasa más horas con él, eso es inevitable. Se pueden probar las técnicas que hemos comentado, pero no quiere decir que vayan a dar resultado. Lamentablemente no se puede garantizar, pero sí son cosas a probar, a intentar convertir a la pareja en algo que le tranquilice más que le irrite o más que él lo vea como algo que lo irrite, porque parece que al decir "lo irrite" parece que lo está haciendo a propósito no en que el paciente lo vea como algo como lo irrite. Ahora, es difícil, indudablemente es muy difícil.

La gestión de las conductas por familiares es más fácil de llevar a cabo que por el personal asistencial en las residencias de mayores. Mi humilde experiencia, los equipos médicos en residencias promueven la medicación sobre la educación del personal. Mi madre tiene Demencia con Cuerpos de Lewy. ¿Qué recomendaciones para trabajar con el personal en residencias?

A ver se supone que el personal de la residencia que es gente que está capacitada o quiero suponer que está capacitada para tratar este tipo de demencias. Es verdad que la enfermedad que acaba usted de denunciar no es que tenga mucha experiencia, tuve muy pocos pacientes. Si cualquier demencia es devastadora, esta multiplíquelo por 10, porque una de las características de la enfermedad, de la demencia de los cuerpos de Lewy, son las alucinaciones y los delirios. Es de muy difícil tratamiento. Incluso hay muchas veces que los fármacos que podemos utilizar para evitar la agresividad de los pacientes, tienen muy mal resultado. Insisto, se supone que estas instituciones lo mejor es hablar con ellos porque quiero creer que están capacitados para manejar estas situaciones.



**CONFEDERACIÓN
ESPAÑOLA DE
ALZHEIMER**

C/ Pedro Alcatarena nº 3 Bajo. 31014 Pamplona (Navarra)

T: 948 17 45 17 | E: ceafa@ceafa.es

[f facebook.com/CEAFA](https://www.facebook.com/CEAFA) [t twitter.com/AlzheimerCEAFA](https://twitter.com/AlzheimerCEAFA)

www.ceafa.es