

Desórdenes conativos en la enfermedad de Alzheimer. Presentación de un caso

Conative disorders in Alzheimer's disease. Case report

Dra. Irelis González López,^I Est. Enrique Marcos Sierra Benítez,^{II} Est. Mairiannys Quianella León Pérez,^{III} Dra. Yamirka Mirabal Battamorde,^I MSc. María Victoria Vega Somonte,^I Dr. Félix Lázaro Perovani Cuesta^{III}

^I Hospital Docente Dr. Mario Muñoz. Matanzas, Cuba.

^{II} Filial Universitaria de Ciencias Médicas Dr. Eusebio Hernández Pérez. Matanzas, Cuba.

^{III} Policlínico Docente Dr. Francisco Figueroa Veliz. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente femenina de 76 años, estudiada por demencia tipo Alzheimer con trastornos en la esfera conativa y agresividad. El contexto personal y social del paciente, por las características de su enfermedad, especialmente trastornos de conducta, comportamiento agresivo, agitación, irritabilidad, hiperactividad, desinhibición sexual, deambulación errática y reacciones catastróficas, hacen interesante el conocimiento de esta patología, sus implicaciones y el abordaje terapéutico. Por lo expuesto anteriormente se decide realizar esta investigación con el objetivo de describir los desórdenes conativos en la enfermedad de Alzheimer.

Palabras clave: demencia tipo Alzheimer, desórdenes conativos.

BSTRACT

The case of a 76-years-old female patient, studied for Alzheimer-type dementia with disorders in the conative sphere and aggressiveness is presented. The patient's personal and social context makes it interesting knowing this pathology, its

implications and therapeutic approach due to the nature of the illness, especially the behavior disorder, aggressive behavior, agitation, irritability, hyperactivity, sexual disinhibition, erratic wandering and catastrophic reactions. For all the before said, it was decided to make this research with the aim of describing the conative disorders in Alzheimer's disease.

Key words: Alzheimer-type dementia, conative disorders.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se estima 30 millones de personas padeciendo la demencia tipo Alzheimer, expertos en el campo predijeron un notable incremento para el año 2020 aumentando esta cifra a 43 millones aproximadamente y un incremento de esta última a 81 millones para el 2080.⁽¹⁾

El Alzheimer es un síndrome orgánico cerebral crónico, caracterizado por el deterioro lento y progresivo de las funciones corticales superiores (memoria, razonamiento, lenguaje, cálculo, etc.) respecto a un nivel previo de funcionamiento y con severidad suficiente para limitar el normal desenvolvimiento del individuo en la familia y la sociedad.⁽¹⁾

Datos epidemiológicos nacionales reflejan que en la provincia de Matanzas 901 pacientes presentan la enfermedad de Alzheimer de estos 555 (femeninos) y 346 (masculinos) inferior en comparación con Ciudad Habana (2043 pacientes, 1349 femeninos y 694 masculinos).

En la enfermedad de Alzheimer (EA) los síntomas comportamentales o conductuales son especialmente importantes porque influyen de manera determinante en la calidad de vida del enfermo y de sus familiares cuidadores. Se observan en el 70%-90% de los demenciados, con más frecuencia en estadios avanzados de la enfermedad. Son uno de los principales motivos de institucionalización.⁽¹⁾

Los síntomas conativos se definen como síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o la conducta que a menudo se presentan en pacientes con demencia.⁽²⁾ Se identifican en la observación del enfermo, comprenden manifestaciones variadas como agresividad física, chillidos, inquietud, agitación, deambulación errática, hiperactividad, conductas culturalmente inapropiadas, desinhibición sexual, acoso, y lenguaje inapropiado.⁽³⁾ La frecuencia de estos síntomas en la EA se relaciona con la velocidad con que se produce el deterioro cognitivo, comprobado con una rápida bajada en la puntuación del Mini-Mental State Examination (MMSE).⁽⁴⁾ Éstos aparecen en las diversas fases de la enfermedad de una manera no lineal. A medida que avanza el proceso demencial pueden aumentar de manera lineal en períodos específicos de la enfermedad y posteriormente manifestarse con menor frecuencia. Algunos síntomas conductuales son más persistentes que otros. Así por ejemplo, la deambulación errática y la agitación suelen ser los síntomas más duraderos.⁽⁵⁾ Los trastornos conductuales contribuyen a una institucionalización

prematura, disminuyen la calidad de vida del enfermo y cuidadores, aumentando el estrés de estos últimos y disminuye el nivel de autonomía funcional de los enfermos.⁽⁶⁾

Alcanzan su máximo antes de llegar a las fases más avanzadas de la enfermedad. De acuerdo con Reisberg, cualquier síntoma conductual se puede manifestar en cualquier fase de la demencia, en todos los enfermos aparece un tipo u otro de síntoma conductual en determinado momento de la enfermedad.⁽⁷⁾ La deambulación errática supone una gran carga para los familiares, está formada por componentes diferentes como la hiperactividad y la dificultad para orientarse.⁽⁸⁾ Su prevalencia oscila entre un 3% y un 53%. La agitación es la actividad verbal, vocal o motora inadecuada que, a juicio de un observador, no parece un resultado directo de las necesidades o la confusión de la persona.⁽⁹⁾ Falsetti describe la agitación como una agrupación de síntomas que incluyen agresividad, combatividad, hiperactividad y desinhibición.⁽¹⁰⁾ Más del 90% de los mayores demenciados presentan este síntoma a lo largo de la enfermedad.⁽¹¹⁾ Las reacciones catastróficas se caracterizan por una respuesta emocional o física excesiva y brusca como cólera, agresividad verbal y física. Su incidencia está alrededor del 38% de los mayores demenciados.⁽¹²⁾ Los factores de riesgo son deterioro cognitivo grave, edad avanzada y rasgos de personalidad premórbida. Por lo expuesto anteriormente se decide realizar esta investigación con el objetivo de describir los desórdenes conativos en la enfermedad de Alzheimer.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 76 años, ama de casa, con gran fortaleza física, diagnosticado de demencia tipo Alzheimer hace 7 años. No hay antecedentes de hábitos tóxicos o consumo de fármacos, no existen procesos orgánicos como tumores cerebrales. La paciente vive con su esposo y acude a un Centro de día. Desde hace quince días presenta graves desórdenes conativos que no son controlados con los neurolépticos habituales. La convivencia se hace imposible a causa de su comportamiento agitado y muy agresivo, además de producirse una inversión sueño - vigilia.

La exploración física es normal, también los complementarios analíticos generales, incluyendo bioquímica, electrocardiograma (ECG) y radiografía de tórax. La exploración neurológica es también normal. Visitado en su domicilio, presenta aspecto embotado, nivel de atención y conciencia normales, desorientación temporo-espacial, grave alteración amnésica, síndrome afaso-apraxo-agnósico, discapacidad ejecutiva, incapaz de autorreconocimiento, incontinencia urinaria y fecal y cambios bruscos de humor, evidenciándose una severa labilidad afectiva, también acompañada de cambios conductuales, no asociados a deterioro motor, con la marcha preservada y tendencia al vagabundeo. Estadio de demencia grave con déficit cognitivo muy grave.

El paciente presenta graves problemas para conciliar el sueño, vagabundeo o deambulación constante, camina por todo el patio y el jardín, sin rumbo fijo, con varios intentos de escapadas al exterior de la casa. Por la noche se acentúa esta tendencia a la deambulación errática, creando problemas de convivencia, también presenta gran inquietud o agitación psicomotora, especialmente por la tarde. En cinco ocasiones, las conductas físicamente agresivas han necesitado intervención y contención física para la autoprotección del enfermo y de los familiares.

Las reacciones catastróficas o de rabia contenida con súbitos estallidos de cólera y agresividad verbal (gritos, lenguaje malsonante, parcialmente inteligible o ininteligible) y física (empujones, golpes, patadas, mordiscos, saltos) se relacionan con los intentos de escapada. El enfermo ha llegado a conductas disruptivas y agresivas, agarrando y empujando a los familiares con gran fuerza física. Estos trastornos conductuales aparecen con deterioro cognitivo moderadamente grave y enfermedad de Alzheimer moderada de inicio tardío.

En el estudio con tomografía axial computarizada (TAC) apreciamos una atrofia córtico-subcortical inespecífica con lesiones generalizadas.

DISCUSIÓN

Los síntomas descritos son molestos y gravosos para los familiares y dificultan mucho la convivencia. Los síntomas conductuales más frecuentes y más insoportables son la agresividad física, la deambulación errática y la inquietud. Los moderadamente frecuentes y moderadamente insoportables son la falta de motivación, la conducta culturalmente inapropiada, la desinhibición y los gritos.

Los síntomas conductuales menos frecuentes y más soportables son el llanto, el lenguaje malsonante, las preguntas repetitivas y el seguir a otra persona. Los problemas conductuales como la agitación son difíciles de tratar, ya que estos pacientes son muy sensibles a los efectos secundarios de los neurolépticos, especialmente discinesia tardía, sedación, confusión y caídas.⁽¹³⁾ Es necesario utilizar neurolépticos de última generación o atípicos, con escasos efectos de sedación, hipersalivación e hipotensión ortostática, que podrían producir confusión o caídas.⁽¹⁴⁾ Son importantes otras medidas no farmacológicas como facilitar el paseo en entornos libres de barreras arquitectónicas (patios, parques o jardines), terapias de orientación a la realidad, etc. Hemos tenido especial éxito con la musicoterapia y terapia artística (pintura en talleres personalizados del Centro de día).⁽¹⁵⁾

El paciente que estudiamos es muy sensible a la pintura en figuras de escayola y a la musicoterapia y baile, dos sesiones semanales. Hemos observado reducciones importantes de los trastornos conductuales en el mismo los días posteriores a la actividad. La musicoterapia reduce la inquietud, la ansiedad y la hostilidad, mejorando el sueño. Es importante no enfrentarse al enfermo cuando aparecen síntomas de agresividad. (cuadro 1)

Cuadro 1. Actuación en la agresividad

Actuación en la agresividad
<ul style="list-style-type: none">• No enfrentarse al enfermo, evitar las discusiones y no tratar de razonar.• Abordarlo despacio, con calma y por delante, explicándole lo que vamos a hacer en cada momento.• Usar con criterio el contacto físico.• Emplear posturas no amenazantes, estando al mismo nivel ocular que el enfermo, cuidar las expresiones faciales.• Hablarle con cariño, suave y sosegadamente, tratando de tranquilizarlo y mantener una distancia de seguridad, centrando su atención en algo distinto y placentero, estableciendo un entorno tranquilo.• Evitar provocarlo o llevarle la contraria, retirar los instrumentos u objetos potencialmente dañinos para el enfermo o familiares.• Evitar la restricción física siempre que sea posible.• Recabar ayuda de inmediato, por parte de los demás familiares, si se ven en peligro.

Los comportamientos disruptivos, crear un circuito y entorno adecuados para que se mueva y actúe sin peligro, luchar contra el insomnio impidiendo las siestas, reforzar siempre los comportamientos adecuados con una estimulación óptima y cariñosa que permita mejorar sin irritar, ante cualquier síntoma de deambulación errática se recomienda cumplir con las orientaciones del cuadro 2.⁽¹⁶⁾

Cuadro 2. Actuación ante la deambulación errática

Actuación ante la deambulación errática
<ul style="list-style-type: none">• Crear un circuito adecuado, sin barreras ni peligros, para que el enfermo deambule seguro.• Cerraduras de seguridad.• Iluminación suave y colores sosegantes en paredes (beige o melocotón).• Música ambiental adecuada.• Suprimir diseños abstractos, espejos, timbres de teléfono o intercomunicadores ruidosos.

La intervención no farmacológica es de primera elección en el tratamiento de los trastornos y síntomas conductuales de la enfermedad de Alzheimer. El uso de fármacos complementa estas medidas en los trastornos moderados o graves que interfieren la calidad de vida del paciente o cuidador.

Antes de usar un fármaco deberemos hacernos estas preguntas:

- ¿Justifica el síntoma un tratamiento farmacológico? ¿Por qué?
- ¿Es un síntoma que responde al tratamiento farmacológico?
- ¿Qué grupo de fármacos es el más adecuado para este síntoma?
- ¿Cuáles son los efectos adversos potenciales y predecibles del fármaco que vamos a utilizar?
- ¿Cuánto tiempo debemos mantener el tratamiento?

El entorno ideal del enfermo es el familiar, ya que se mantiene constante y no genera estrés. Las intervenciones conductuales comprenden:

- Identificar los síntomas objeto de intervención.
- Recabar información de los mismos a los cuidadores.
- Identificar los desencadenantes o los resultados de un síntoma específico.
- Fijar objetivos realistas y planes integrales sobre los mismos.
- Animar a los cuidadores en el logro de los objetivos.
- Evaluar y modificar continuamente los planes.

Las terapias recreativas y la musicoterapia son intervenciones muy eficaces para reducir la ansiedad y agitación.

La psicoterapia individual, de grupo o de familia es de utilidad en las primeras etapas de la demencia. No debemos empezar tratamiento farmacológico alguno hasta que tengamos la certeza de que los síntomas no tienen una causa física, no tienen relación con el uso de otra medicación y no han respondido o no son susceptibles de ser tratados mediante intervenciones no farmacológicas. Desde el punto de vista farmacológico, los antipsicóticos atípicos han demostrado su eficacia,⁽¹⁷⁾ en los síntomas psicóticos de la demencia, en la agitación y en las alteraciones conductuales, aunque igual de eficaces que los convencionales, tienen menos efectos colaterales. Los estudios realizados para comparar a los distintos fármacos antipsicóticos no aportan diferencias de eficacia. Si la elección la realizamos basándonos en el perfil de efectos adversos, los antipsicóticos atípicos, risperidona, clozapina y olanzapina en el orden indicado, tienen un mejor perfil que el resto de los fármacos del grupo por producir menos efectos secundarios, discinesia tardía, síntomas extrapiramidales, disminución del umbral convulsionante y en especial un menor efecto parkinsonizante. También están indicados en los trastornos del sueño a dosis bajas. Los neurolépticos o antipsicóticos atípicos indicados en las ideas delirantes, alucinaciones, hostilidad, agresividad, agitación, conducta violenta y alteraciones del sueño-vigilia se han ensayado en grandes estudios multicéntricos, especialmente la risperidona.⁽¹⁸⁾ Podemos ver las dosis farmacológicas en la cuadro 3.

Cuadro 3. Dosis farmacológicas

Dosis farmacológicas			
Fármaco	Horario	Inicio (mg)	Rango de dosis (mg)
Risperidona	Una vez al día	0,5	0,5-3
Clozapina	Dos veces al día	6,25	10-50
Olanzapina	Una vez al día	5	2,5-5

Se debe comenzar con dosis bajas y subirlas lentamente, cada dos días. También debemos descartar la existencia de historia de hipersensibilidad a los neurolépticos y el diagnóstico de demencia por cuerpos de Lewy.

Aunque estos neurolépticos se toleran mejor que los clásicos (haloperidol, tioridazina y tiotixeno) vigilarémos estrechamente la aparición de efectos adversos, minimizándolos mediante la titulación lenta y la utilización de dosis bajas. Si en seis semanas no ha cedido la gravedad del síntoma, se utilizará otro fármaco.

La risperidona (antagonista dopamina-serotonina) se asocia con la aparición de efectos adversos extrapiramidales, hipotensión postural y sedación a dosis altas. La clozapina (antagonista multirreceptor) es la que mayores efectos adversos tiene y sólo está indicada en síntomas conductuales muy graves, no controlados con otros neurolépticos (se aconseja en la discinesia tardía). Además de efectos anticolinérgicos y de hipotensión ortostática, se le asocia riesgo de agranulocitosis (requiere monitorización semanal de recuento leucocitario). La ziprasina (antagonista dopamina-serotonina) es muy similar a la risperidona con un rango de dosis de 130-140 mg, sus mayores efectos secundarios son sedación, cefalea, agitación, mareo e hipotensión ortostática. El seroquel (antagonista multirreceptor) tiene un perfil positivo frente a los efectos secundarios extrapiramidales.⁽¹⁹⁾

En conclusión, se puede afirmar que la risperidona es el neuroléptico que mejor perfil farmacológico tiene para su uso en la Atención Primaria de Salud. Existen en la actualidad un gran número de personas padeciendo la demencia tipo Alzheimer, expertos en el campo predijeron un notable incremento para los próximos años, por los síntomas que presenta esta enfermedad es difícil tratar con estos pacientes, razón por la cual debemos estar preparados respecto a este tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Agüera Ortos L. Demencia. Una aproximación práctica. Madrid: Masson; 2012.
- 2- Asociación Psicogeriátrica Internacional. Conferencia de consenso sobre los trastornos conductuales de las demencias. *International Psychogeriatrics*. 2009;8(Supl.3): 390-7.
- 3- Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Front Neurol*. 2012; 3: 73. Citado en Pub; PMID: 22586419.
- 4- Wilson R, Gilley D, Bennett D. Hallucinations, delusions, and cognitive decline in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000;69(2): 172-7. Citado en PubMed; PMID: 10896689.
- 5- Devanand DP, Jacobs DM, Tang MX. The course of psychopathology in mild to moderate Alzheimer's disease. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(3):257-63. Citado en Pub Med; PMID: 9075466.
- 6- Gitlin LN, Kales HC, Lyketsos CG. Managing Behavioral Symptoms in Dementia Using Nonpharmacologic Approaches: An Overview. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2012; 308(19):2020-9. Citado en Pub Med ;PMCID: 3711645.
- 7- Fong Estrada JA, Collejo Y, Poll Reyes M. Evaluación psicológica en adultos mayores con factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer. *MEDISAN [Internet]*. 2013 [citado 1 Mar 2016]; 17: 9118-23. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001200012&nrm=iso

- 8- Pérez Perdomo M, Cartaya Poey M, Olano Montes de Oca BL. Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. Rev Cubana de Enfermería [Internet]. 2012 [citado 1 Mar 2016]; 28: 509-20. Disponible en: http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000400007&nrm=iso
- 10- Wint D, Tavee J. Alzheimer's Disease. Cleveland Clinic [Internet]. 2014 [citado 1 Mar 2016]; 2. Disponible en: <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/neurology/alzheimers-disease/>
- 11- Cohen-Mansfield J. Conceptualization of agitation: results based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory and the Agitation Behavior Mapping Instrument. Int Psychogeriatr. 1996; 3: 309-15. Citado en Pub Med; PMID: 9154580.
- 12- Haupt M. Emotional lability, intrusiveness, and catastrophic reactions. Int Psychogeriatr. 1996; 3: 409-14. Citado en Pub Med; PMID: 9154598.
- 13- Albert Cabrera MJ, Martínez Pérez R, Gutiérrez Ravelo A. Patogenia y tratamientos actuales de la enfermedad de Alzheimer. Rev Cubana de Farmacia [Internet]. 2014 [citado 1 Mar 2016]; 48: 508-18. Disponible en: http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152014000300016&nrm=iso
- 14- Mathur VA, Khan SA, Keaser ML, Hubbard CS. Altered pain processing in patients with cognitive impairment. Neuroimage Clin. 2015; 7: 347-58. Citado en Pub Med; PMID: 25610798.
- 15- El alzhéimer en Cuba [Internet]. La Habana: Alzhéimer; 2012 [citado 1 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.alzheimer.sld.cu/el-alzheimer-en-cuba>
- 16- Sotolongo Arró O, Rodríguez Blanco L. Prevalencia del síndrome demencial y la enfermedad de Alzheimer en pacientes del policlínico "Pedro Fonseca". Revista Cubana de MGI [Internet]. 2012 [citado 1 Mar 2016]; 28(4): 694-702. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400012&nrm=iso
- 17- En Cuba el Alzheimer se asocia a factores de riesgo modificables [Internet]. Camaguey: Radio Cadena Agramonte; 2014 [citado 1 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.cadenagramonte.cu/articulos/ver/45969:en-cuba-el-alzheimer-se-asocia-a-factores-de-riesgo-modificables>
- 18- Llibre Rodríguez J, Gutiérrez Herrera RF. Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. Rev Cubana Salud Públ [Internet]. 2014 [citado 1 Mar 2016]; 40: 378-87. Disponible en: http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000300008&nrm=iso
- 19- Gallardo Vargas R, Barón Hernández D, Cruz Menor E. Fundamentación de un diseño metodológico para la evaluación del cuidado informal en enfermos de

Alzheimer. Rev Ciencias Méd Pinar del Río [Internet]. 2012 [citado 1 Mar 2016]; 16: 195-209. Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000300017&nrm=iso

Recibido: 1/3/16
Aprobado: 8/2/18

Irelis González López. Hospital Docente Territorial Dr. Mario Muñoz. Colón, Matanzas.
Correo electrónico: irelisgl.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

González López I, Sierra Benítez EM, Quianella León Pérez M, Mirabal Battamorde Y, Vega Somonte MV, Perovani Cuesta FL. Desórdenes conativos en la enfermedad de Alzheimer. Presentación de un caso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2018 Ene-Feb [citado: fecha de acceso]; 40(1). Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1828/3712>