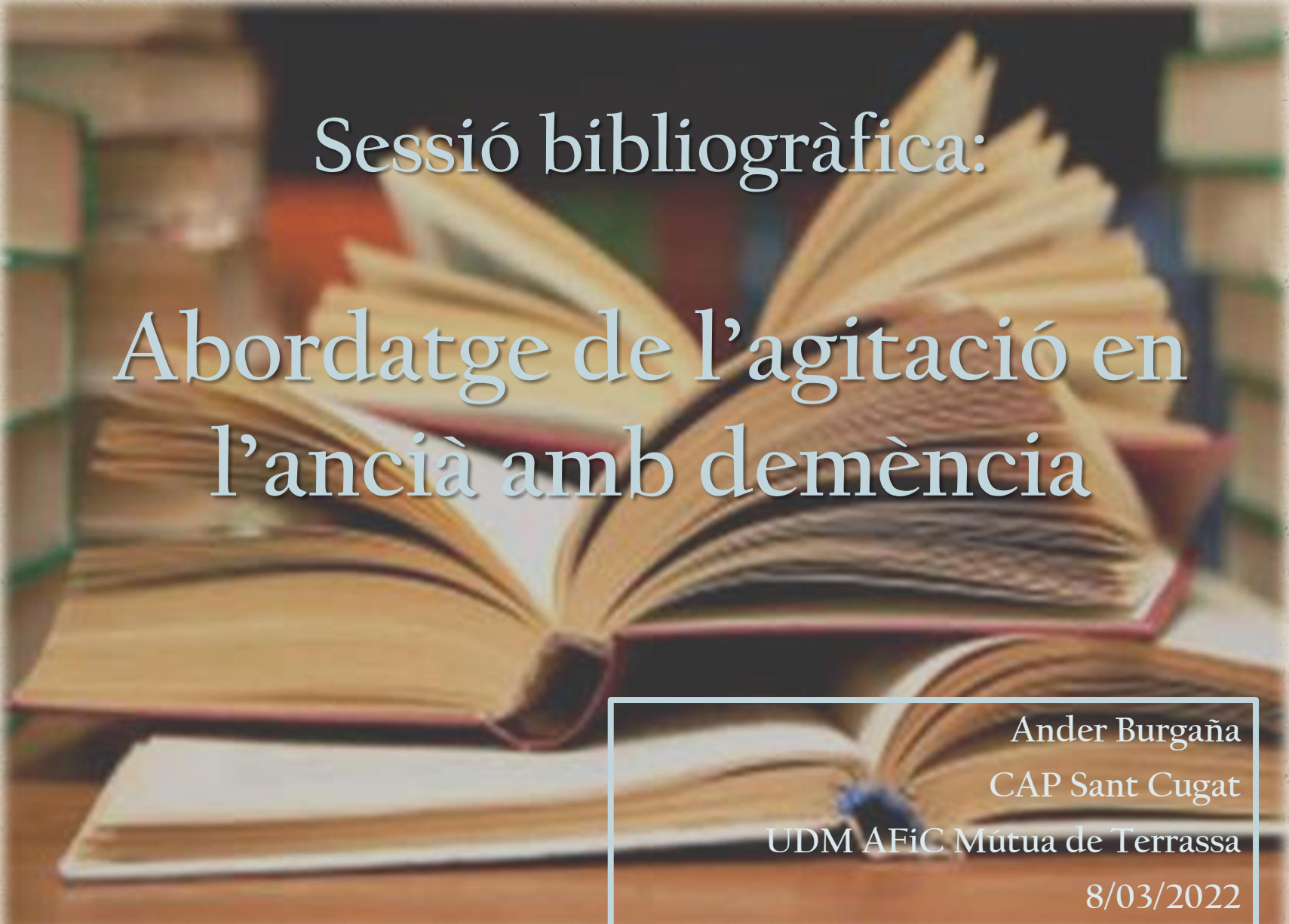
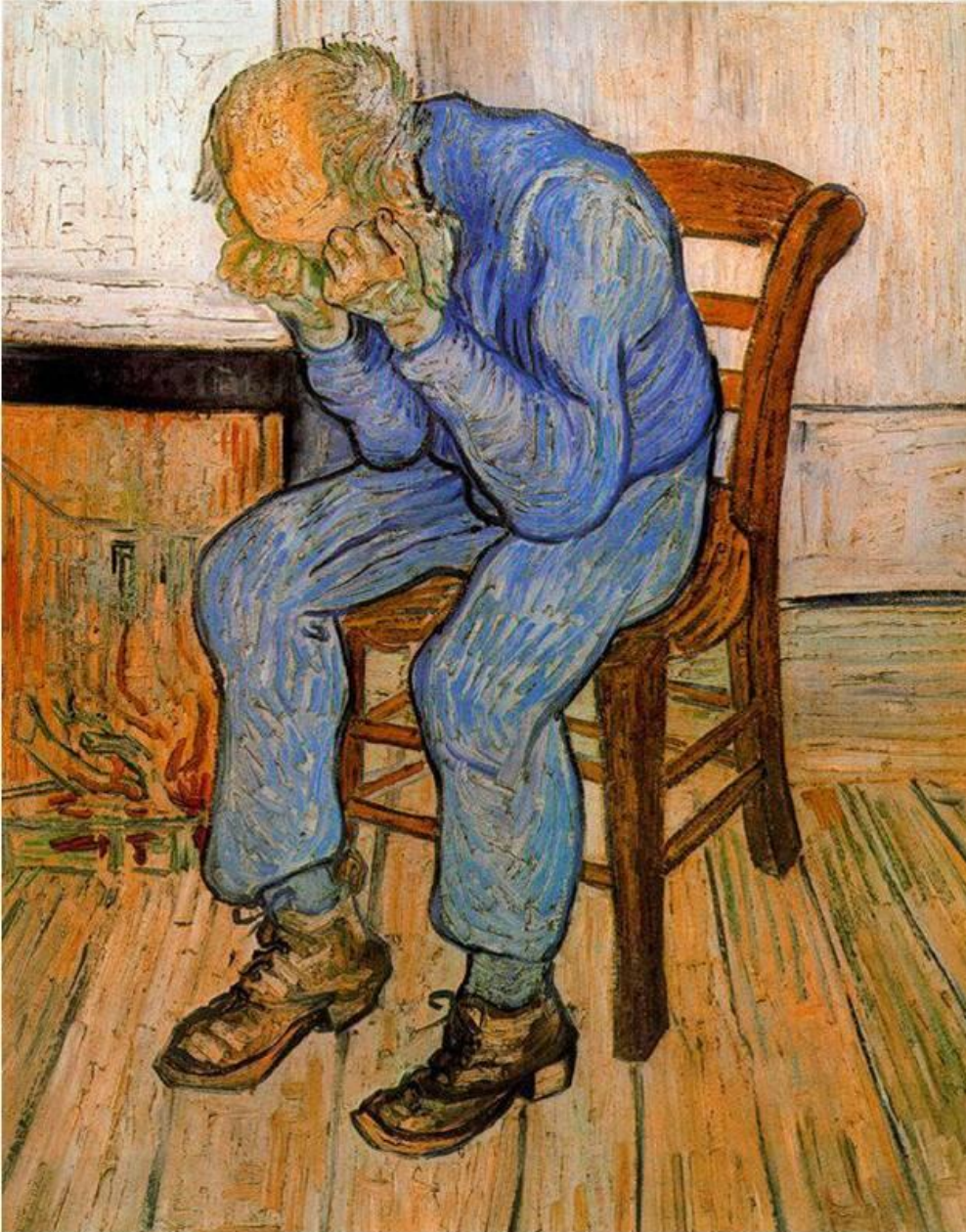




Sessió bibliogràfica:

Abordatge de l'agitació en l'ancià amb demència

Ander Burgaña
CAP Sant Cugat
UDM AFiC Mútua de Terrassa
8/03/2022



Terapéutica en APS

Abordaje de la agitación en el anciano con demencia

Isabel Cruz-Orduña^a, Luis Puente-Andúes^a, Miguel Tardío^b, Beatriz Rivera^a, Yolanda Fernández-Bullido^{a,c} y Javier Olazarán^{a,c,d,*}

^aUnidad de Trastornos de la Memoria. HM Hospitales. Madrid. España.

^bFundación Polibea. Tres Cantos. Madrid. España.

^cServicio de Neurología. HGU Gregorio Marañón. Madrid. España.

^dFundación María Wolff. Madrid. España.

*Correo electrónico: jolazaran@hmsospitales.com

Puntos para una lectura rápida

- La diversidad clínica y la complejidad etiológica de la agitación en el anciano con demencia hacen necesario un abordaje sistemático y global.
- Inicialmente, la anamnesis se orientará hacia la detección de posibles causas médicas o neurológicas distintas de la demencia, para lo cual deben conocerse los antecedentes médicos personales y familiares del paciente.
- Los distintos síntomas psicológicos y conductuales de la demencia pueden abordarse de manera específica mediante la modificación y adaptación al entorno.
- El tratamiento farmacológico de la agitación resulta, en general, menos eficaz y seguro que la adaptación del

entorno y que las terapias no farmacológicas, por lo que solo está justificado en caso de sintomatología intensa o en situaciones de peligro o riesgo inminente para el paciente o para quienes le rodean.

- Los criterios CHROME definen seis agrupaciones sintomáticas -síndromes neuropsiquiátricos-, que pueden estar en el origen de la agitación y que tienen indicación de tratamiento farmacológico.
- Asumiendo las limitaciones derivadas de la enfermedad, debe cultivarse la comunicación, la empatía y el agradecimiento, como bálsamos de prevención y tratamiento de la agitación.

Palabras clave: Agitación • Demencia • Diagnóstico • Síndrome confusional • Síntomas psicológicos y conductuales • Tratamiento.

Demencia: concepto, epidemiología y carga social

En una sociedad cada vez más envejecida, la demencia va camino de convertirse en la verdadera pandemia de nuestro tiempo¹. Rebautizada como "trastorno neurocognitivo mayor"², la demencia se define como una pérdida de capacidades cognitivas debida a enfermedad cerebral que aparece en la edad adulta y que impide la plena realización de las actividades habituales³.

En el momento del diagnóstico, la demencia no debe confundirse con un síndrome confusional (o *delirium*), que también puede aparecer, de forma añadida, en el paciente con demencia. De hecho, el síndrome confusional es especialmente frecuente en el anciano con deterioro cognitivo y presenta a veces una forma "inhibida", que cursa con retrai-

miento y apatía, y que puede ser muy difícil de distinguir de la evolución natural de la demencia⁴. Por contra, el *delirium* también puede manifestarse de forma "agitada", siendo entonces difícil de distinguir de las alteraciones psicológicas y conductuales de la demencia (tabla 1).

Los estudios poblacionales muestran un aumento lento pero mantenido de la incidencia de la demencia a partir de los 70 años. Al tratarse en la mayoría de los casos de procesos fisiopatológicos crónicos que no incrementan la mortalidad a corto o medio plazo, la consecuencia epidemiológica es un aumento exponencial de la prevalencia de demencia a partir de los 65 años, que llega a afectar a un tercio de la población mayor de 85 años⁵.

La enfermedad de Alzheimer ocupa, con diferencia, el primer puesto entre las enfermedades o procesos que subyacen a la demencia. En 3 de cada 4 personas con demencia se observan *post mortem* los cambios histopatológicos del Alzheimer,

1. Demència i agitació

Trastorn neurodegeneratiu major

Pèrdua de capacitats cognitives deguda a malaltia cerebral que apareix en l'edat adulta i que impedeix la plena realització de les activitats habituals

Sd confusional, agitació, ...

1/3 >85 anys demencia, 3/4 són Alzheimer

Delirium ≠ Síntomes psicològics i conductuals de la demència (SPCD)

L'agitació és un dels SPCD més freqüents, prevalença de 45-99%,



Delirium ≠ Síntomas psicológicos i conductuales de la demència (SPCD)

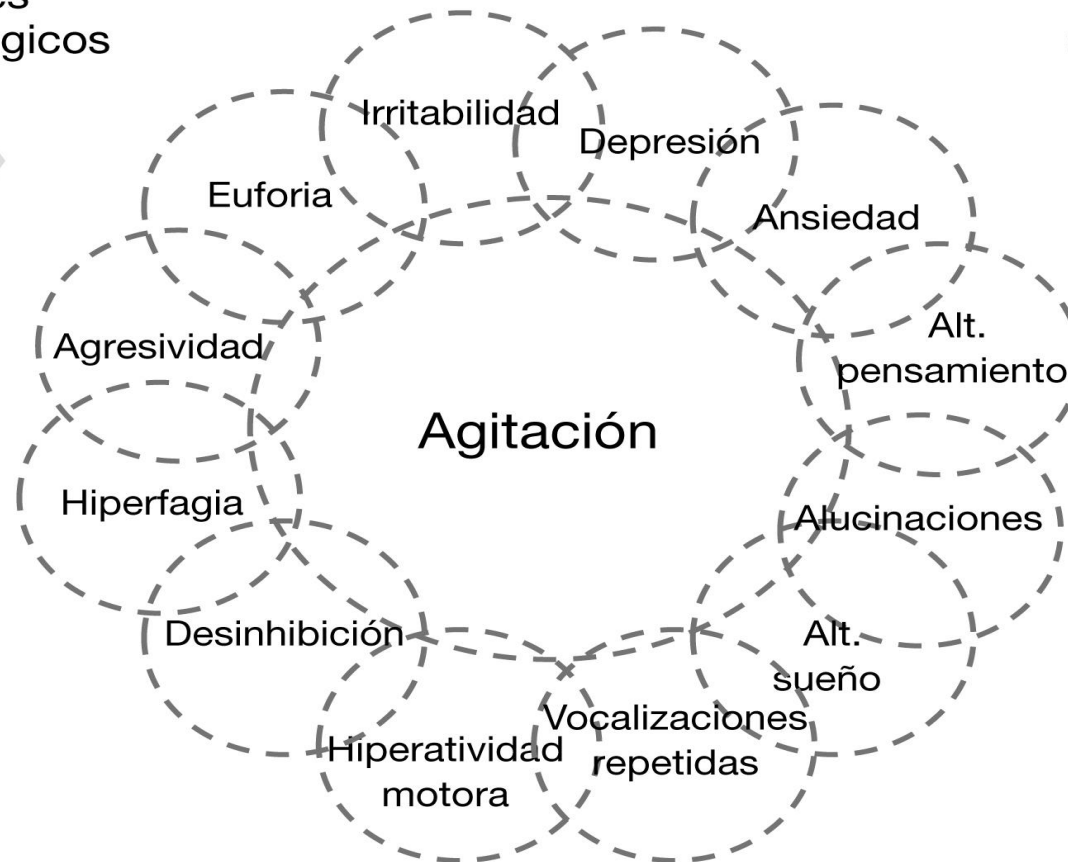
TABLA 1. Síndrome confusional frente a síntomas psicológicos y conductuales de la demencia

	Síndrome confusional	SPCD
Curso temporal	Agudo o subagudo (días o semanas)	Subagudo o crónico (semanas o meses)
Signos físicos	Fiebre, alteración respiratoria y del latido cardíaco, hiper- o hipotensión arterial, palidez o cianosis, sudación, temblor	Escasos
Atención	Cambios marcados y rápidos en el nivel de alerta; puede haber disminución del nivel de conciencia (señal de alarma); atención dispersa	Relativamente estable o con cambios lentos (p. ej., empeoramiento vespertino, o en relación con el ritmo sueño-vigilia)
Conducta	Impredecible	Conducta focalizada, en gran medida predecible o explicable por el entorno
Causa	Biológica (sistémica o cerebral)	Habitualmente combinada (base biológica más reacción psicológica o respuesta al entorno)
Manejo	Predominantemente biológico	Global (biopsicosocial)
SPCD: síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.		



Factores
psicológicos

Factores
sociales



Factores biológicos

Figura 1. Modelo de comprensión de la agitación como síntoma psicológico y conductual de la demencia.

Alt.: alteración.

TABLA 2. Causas más frecuentes de demencia en el anciano y su relación con la agitación^a

	Rasgos clínicos típicos	Agitación
Alzheimer	Inicialmente, fallos en la memoria reciente, dificultad para organizar y completar actividades y bloqueos léxicos En fases más avanzadas, apatía junto con identificaciones e interpretaciones erróneas (habla con los personajes de la televisión, cree que le han robado, etc.)	Poco frecuente al inicio (descartar depresión o ansiedad); más frecuente en fases avanzadas, en forma de agresividad hacia el cuidador o fenómeno de la puesta de sol
LATE	Similar al Alzheimer (predominan los fallos de memoria), con un curso clínico más lento	Poco estudiada, posiblemente infrecuente
ECV	Episodios ictales de agravamiento cognitivo que se pueden acompañar de focalidad neurológica (p. ej., desviación de comisura bucal y disartria) Deterioro funcional mayor del esperado con relación al deterioro cognitivo	Poco frecuente (si persiste, sospechar patología asociada)
ECL	Fluctuaciones (“bajones”) cognitivas impredecibles, alucinaciones visuales, parkinsonismo, trastorno de conducta del sueño REM	Frecuente desde el inicio, secundaria a alteración de percepción/pensamiento, ansiedad o depresión
DLFT	Dificultad para organizar y completar actividades, apatía, impulsividad, desinhibición, aplanamiento afectivo y cambios en la conducta alimentaria (variante frontal o conductual) Alteración del lenguaje (variante temporal o afasia primaria progresiva)	Muy frecuente en la variante frontal, en forma de conductas estereotipadas, deambulación, manipulación del entorno (síndrome de Diógenes, coprofilia, etc.)
HCA	Marcha lenta y torpe (“cansancio”), con bloqueos; incontinencia vesical	Puede cursar con depresión agitada

^aSe presentan las patologías cerebrales más frecuentemente asociadas a demencia, por orden de prevalencia.

DLFT: degeneración lobular frontotemporal; ECL: enfermedad con cuerpos de Lewy; ECV: enfermedad cerebrovascular; HCA: hidrocefalia crónica del adulto; LATE: encefalopatía TDP-43 de predominio límbico asociada a la edad; REM: movimientos oculares rápidos.

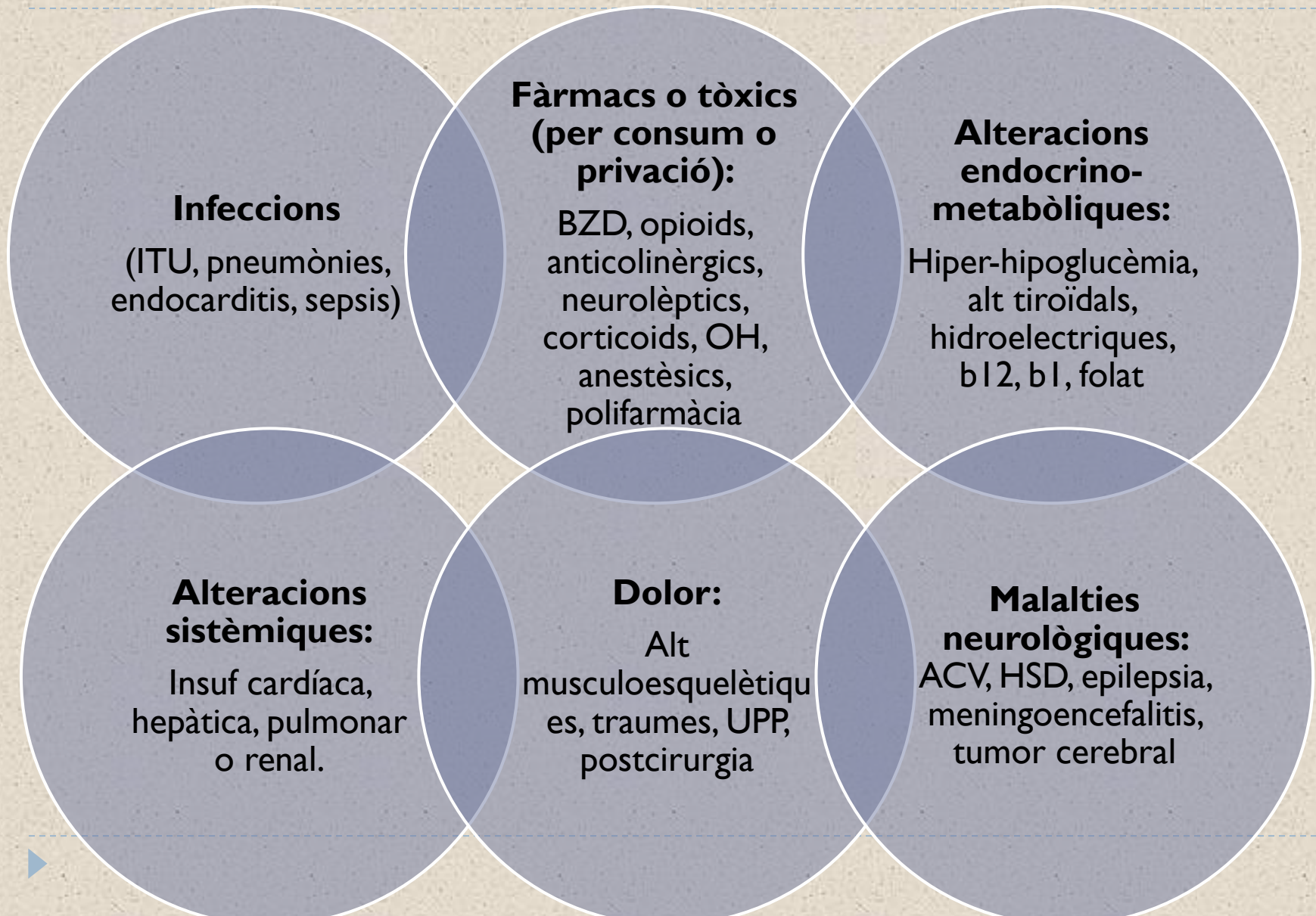


Abordatge sistemàtic de l'agitació

- ▶ Detecció (preguntar al cuidador)
- ▶ Tipificació (anamnesi i observació)
 - ▶ Inici, temps d'evolució, patró horari i desencadenants.
 - ▶ Possibles causes (neurol, orgàniques), dx ≠
 - ▶ Sd confusional (signes físic-alter constants,.. Fluctuacions atenció i patró conducta poc o gens predictable.
 - ▶ SPCD: definir símptoma/es primaris que expliquen l'agitació, factors desencadenants, agravants i atenuants) i comprendre el símptoma amb perspectiva global (depen de la patologia cerebral de base, severitat, perfil de deteriorament cognitiu, determinants socials i la "forma de enmalaltir").
 - ▶ Anteced psiquiàtrics (previs, abandonament medicació, demències lleus + alteració percepció i/o el pensament o conducta expansiva, hiperactiva,...).



Causes de Sd confusional



Pautes generals pel maneig dels SPCD

Pautes generals

Definir el síntoma o conducta problema

Describir el curso e identificar los desencadenantes y consecuencias del síntoma o conducta

Interpretar el síntoma en el contexto de la enfermedad (perfil y grado de deterioro cognitivo) y de la perspectiva e historia personal

Eliminar o modificar los desencadenantes lo más pronto posible para evitar que el síntoma vuelva a aparecer

Respetar los gustos premórbidos del paciente y promover la autonomía y la privacidad en lo posible, evitando que sienta menuada su dignidad

Ante la confusión del paciente, darle explicaciones sencillas, utilizando también la mirada y los gestos; ofrecerle ayuda y repetir la información cuantas veces sea necesario

Validar su experiencia emocional y psicológica, procurando no darle demasiada importancia (puede ayudar un humor respetuoso)

En muchas ocasiones, será fundamental cambiar el foco de atención para que el paciente se centre en pensamientos, emociones o actividades más agradables para él

En todo momento o situación, transmitir seguridad, tranquilidad y afecto, procurando que el paciente se sienta valorado y útil

Ejemplo

Emilio tiene 87 años y Alzheimer moderado-grave (GDS 6-). Opone resistencia en la ducha y reacciona con agresividad (grita y golpea) hacia su cuidadora

Ocurre desde hace unos meses, coincidiendo con la enfermedad coronaria de su esposa, que era quien le ayudaba en el aseo

Emilio padece un Alzheimer avanzado, por lo que probablemente no recuerda, no entiende, o no reconoce a su nueva cuidadora y posiblemente interprete su presencia como una amenaza. Emilio era una persona cariñosa, pero pudorosa y algo reservada

La cuidadora dejará de ir a casa de Emilio durante una semana. La esposa pedirá ayuda a su nieta y ambas irán explicando a Emilio, en la medida en que este se muestre tranquilo y receptivo, que una persona de confianza, llamada Rosa, vendrá pronto a ayudarles, debido a la enfermedad de su esposa

Cuando la cuidadora se reincorpore, estará varias semanas familiarizándose con Emilio y ganándose su confianza. Saldrán juntos a caminar al aire libre, especialmente al parque, a ver jugar a los niños (algo que a Emilio le encantaba). La cuidadora le preguntará siempre qué ropa se quiere poner, mostrándole las prendas y dándole a elegir entre dos opciones. Le recordará que tiene que ir a orinar y que puede llamarle si necesita ayuda. Pasado un tiempo, le ofrecerá la posibilidad de ayudarlo con el "aseo general" (Emilio tenía la costumbre de hacerlo una vez por semana), debido a que su esposa está débil. Si Emilio no acepta claramente la ayuda de la cuidadora, se desistirá de inmediato y durante al menos un mes la cuidadora no volverá a ofrecerle su ayuda para el aseo (se recurrirá durante ese tiempo a la ayuda de un familiar)

Tractament de l'agitació en la demència

- ▶ Adaptació de l'entorn
- ▶ Tractament no farmacològic
- ▶ Tractament farmacològic
 - ▶ Fase aguda
 - ▶ Fase manteniment
- ▶ Assessorament i recolçament al cuidador

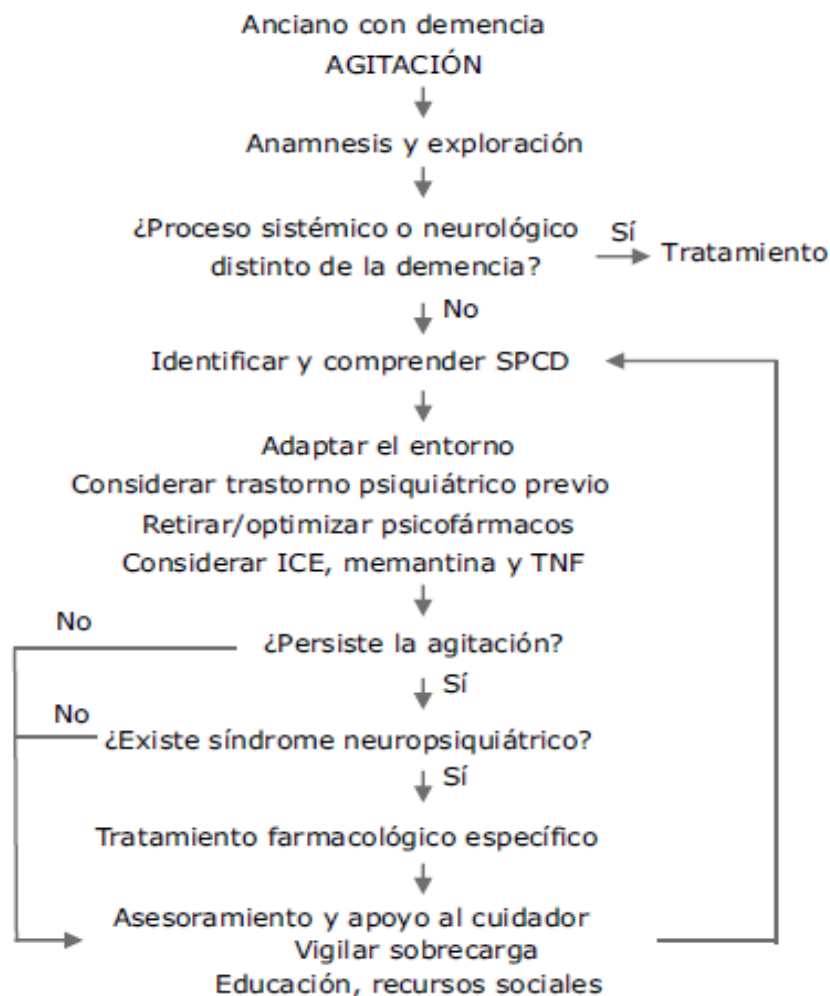


Figura 2. Abordaje de la agitación en el anciano con demencia.

ICE: inhibidores de la colinesterasa; SPCD: síntomas psicológicos y conductuales de la demencia; TNF: terapias no farmacológicas.

Modificació de l'entorn

Simptomes	Definició	Maneig específic
Alteració del pensament	“Li roben allò que no troba”, “les persones de la televisió són a la casa” o “el cuidador és un estrany”), “idees de robatori, abandó, perjudici, etc.”	No contradir, ni discutir, tampoc seguir el corrent. Canviar focus d'atenció o orientar-li amb tranquil·litat en l'entorn conegut i familiar. Continuar converses coherents i reforçar-les. No aser-se acusat
Il·lusions i al·lucinacions	Percepcions distorsionades (i) o falses (a) visual, auditiu, olfatori, gustatiu, somàtic o una altra experiència sensorial insòlita	Millorar dèficit auditius i visuals. Mai negar-li l'al·lucinació (per al pacient és real). No deixar-la sola; distreure-la, tranquil·litzar-la, apropoarse a poc a poc identificant-te.
Agressivitat	Conducta física o verbal que pot causar mal físic o moral; oposició o resistència a rebre l'ajuda.	Apropar-se de front, progressivament, buscant el contacte visual; actitud empàtica i comprensiva amb rostre tranquil i amable. Avisar, negociar i premiar la col·laboració. Eliminar objectes perillosos.
Depressió	Tristesa, anhedonia, sentiment de ser una càrrega o falta d'esperança, no justificats, que provoquen malestar significatiu o pèrdua de funcionalitat.	Espais oberts, agradables i ben il·luminats. Oferir conversa, interacció social i activitats agradables (passejos, jocs, etc.), sentir-se útil. Recordar fets passats plaents o reeixits.
Eufòria	Humor anormalment elevat o inapropiat	No imitar ni reforçar al pacient, no trivialitzar; intentar col·locar-li en el lloc dels altres; corregir o oferir afecte de manera tranquil·la i respectuosa
Ansietat	Temor o sentiment de pèrdua de control excessiu o injustificat, expressat de manera verbal, gestual o motora (p. ex., pegar-se al cuidador)	Reduir estímuls, evitar inesperats, anticipar, escoltar i explicar. Distractors (p. ex., objectes tous, música suau), infusions relaxants, massatges, respiració. Donar seguretat, contacte físic. En demència lleu: reestructuració cognitiva (p. ex., aprendre a confiar en el cuidador), tècniques de relaxació (ioga, etc.)

Modificació de l'entorn (II)

Simptomes	Definició	Maneig específic
Deshinibició	Falta de tacte social en el llenguatge, l'expressió corporal o altres conductes	Reaccionar amb calma, no castigar, corregir-li en clau de respecte als altres. Adaptar la roba. Ensenyar als altres a conviure. Limitar la contenció física o farmacològica immediata a les situacions de clar risc o pèrdua de dignitat d'algun dels infants.
Irritabilitat	Mal humor, canvis d'humor ràpids no justificats imprevistos	Evitar la sobreestimulació, tranquil·litzar, canviar d'activitat (p. ex. canviar de cuidadors).
Hiperactivitat motora	Excessiva activitat motora, inquietud, dificultat per a estar quiet	Entorn ric en estímuls i activitats, canvis freqüents d'entorn, activitats costat i activitat (p. ex. canviar de cuidadors).
Vocalitzacions repetides	Repetició de sons, frases, paraules, etc.	Entorn ric en estímuls i activitats, canvis freqüents d'entorn, activitats costat i activitat (p. ex. canviar de cuidadors).
Alteracions del son	Insomni, somni lleuger o fragmentat, moviments, vocalitzacions	Mesures d'higiene de la son, canvis freqüents d'entorn, activitats costat i activitat (p. ex. canviar de cuidadors).
Hiperfagia	Impuls elevat per a la ingesta	Evitar l'exposició als aliments o substàncies que puguin ingerir-se

**Important la formació del cuidador.
Entorn familiar ric en estímuls i activitats gratificants, cobrint necessitats bàsiques, fomentant l'autonomia i cuidi l'autoestima i el descans, és l'eina més poderosa per a evitar l'error, la frustració, els problemes afectius i, per tant, l'agitació.**

Teràpies No farmacològiques

- ▶ Molts tipus, molt heterogenis, poc reproduïbles per flexibles, poca evidència.
- ▶ En AACCC de qualitat acceptable, millora en l'agitació en programes d'estimulació multisensorial, musicoteràpia o massatges, si bé els efectes van ser habitualment transitoris.
- ▶ Resultats més sòlids i homogenis en estudis en cuidador: programes d'educació o assessorament basats en l'adaptació de l'entorn, el maneig dels problemes de conducta i, en el cas del cuidador familiar, la reestructuració cognitiva (maneig de sentiments de culpa, etc.) prevenen i redueixen els SPCD del pacient i alleugen la càrrega i el malestar psicològic del cuidador.

Tractament farmacològic a la fase aguda

	Fàrmaco	Vía de administració: posologia ^a	Indicacions	Comentaris
Benzodiacepinas	Loracepam	• Oral: 0,5-3 mg, 2-3/día	Ansiedad	Riesgo intermedio de depresión respiratoria; posibilidad de reacción paradójica (aumento de la agitación); eliminación renal, metabolismo hepático; la retirada debe ser siempre lenta
	Diacepam	• Oral: 1-5 mg, 2-4/día • i.v. o i.m. ^a : 2,5-10 mg, 2-4/día	Ansiedad, privación alcohólica, crisis epilépticas	Riesgo elevado de depresión respiratoria; posibilidad de reacción paradójica; metabolismo hepático; la retirada debe ser siempre lenta
	Midazolam	• Oral: 2,5-7,5 mg • i.v. o i.m. ^b : 2,5-5 mg (dosis única)	Sedación ultrarrápida	Riesgo intermedio de depresión respiratoria; posibilidad de reacción paradójica; metabolismo hepático
Neurolépticos	Quetiapina	• Oral: 25-50 mg, 3/día (comprimidos de liberación inmediata) o 50-200 mg, 1-2/día (comprimidos de liberación retardada)	Psicosis, trastorno bipolar	Mucha precaución en cardiopatía y riesgo vascular (aumento de glucemia, lípidos e intervalo QT); metabolismo hepático (CYP3A4); riesgo bajo de parkinsonismo (de primera elección en enfermedad de Parkinson o demencia con cuerpos de Lewy)
	Risperidona	• Oral: 0,5-1 mg, 2/día	Psicosis, trastorno bipolar (episodios maníacos), agresividad	Precaución en cardiopatía y riesgo vascular; metabolismo hepático; riesgo de parkinsonismo dependiente de la dosis
	Ciprasidona	• Oral: 20-40 mg, 1-2/día • i.m.: 5-10 mg, máximo 20 mg/día	Psicosis, trastorno bipolar (episodios maníacos o mixtos)	Precaución en cardiopatía y riesgo vascular (aumento de glucemia, lípidos e intervalo QT); metabolismo hepático; riesgo intermedio de parkinsonismo
	Aripiprazol	• Oral: 5-10 mg, 1/día • i.m.: 3,75-9,75 mg, máximo 19,5 mg/día	Psicosis, trastorno bipolar (episodios maníacos)	Metabolismo hepático (CYP2D6 y CYP3A4); riesgo intermedio de parkinsonismo; bajo riesgo metabólico o de aumento del intervalo QT
	Olanzapina	• Oral: 2,5-10 mg, 1/día • i.m.: 2,5 mg, máximo 10 mg/día	Psicosis, ansiedad	Efecto sedante; metabolismo hepático (CYP1A2); alto riesgo metabólico; riesgo cardíaco intermedio
	Haloperidol	• Oral: 0,25-2,5 mg, 1-2/día • i.m.: 2,5 mg, máximo 10 mg/día	Psicosis, trastorno bipolar (episodios maníacos), agresividad	Efecto potente; riesgo metabólico y cardíaco bajo; alto riesgo de parkinsonismo (evitar tratamientos prolongados)

Tractament farmacològic específic

- ▶ Abans d'iniciar ttm específic cal revisar:
 - ▶ Fàrmacs crònics
 - ▶ Valorar retirada fàrmacs innecessaris
 - ▶ Optimitzar ttm de la demència: Rivastigmina millora l'alteració del pensament i de la percepció, i Memantina millora l'agressivitat.
- ▶ Errors:
 - ▶ En DLFT els inhibidors de la colinesterasa empitjoren l'agressivitat.
 - ▶ Donepezilo a la nit pot empitjorar l'insomni.
- ▶ Ttm de forma racional i segura.
- ▶ No confondre indicació amb necessitat, cal valorar benefici-risc.
- ▶ Revisió periòdica!!!



Tractament farmacològic específic

- ▶ Metodologia CHROME (acrònim de CHemical Restraints avOidance Methodology)
 - ▶ Selecció de pacients.
 - ▶ 6 agrupacions simptomàtiques (síndromes neuropsiquiàtrics).
 - ▶ Triar un únic síndrome que pugui explicar l'agitació.
 - ▶ Triar fàrmac amb millor indicació, seguretat segons comorbiditats.
 - ▶ En general iniciar meitat de dosi.
 - ▶ Monitoritzar evolució (1-3 dies BZD o neuroleptics i 3-4 setmanes ATD) i seguretat.
 - ▶ Retirada: 1-2 setmanes si BZD i en 2-3 mesos si neuroleptics. Si ATD almenys un any.
 - ▶ Si recaiguda durant retirada tornar a dosi prèvia
-



TABLA 7. Síndromes neuropsiquiátricos y fármacos indicados^a

Definición		Fármacos de primera elección	Fármacos de segunda elección
Síndrome depresivo	Alteración del estado de ánimo que se manifiesta como tristeza, anhedonia, sentimiento de ser una carga o falta de esperanza, que ocurre de manera persistente (la mayor parte del tiempo durante las últimas 2 semanas), supone un cambio con respecto al estado previo y provoca un malestar significativo o una pérdida de funcionalidad	ISRS (escitalopram, citalopram, sertralina), antidepresivos duales (venlafaxina, duloxetine), otros antidepresivos (mirtazapina, vortioxetina, bupropión)	
Síndrome ansioso	Temor o sentimiento de pérdida de control excesivo o injustificado, expresado como miedo o aprensión sobre el presente o el futuro o como quejas somáticas (dolor de cabeza, molestias gástricas, ganas de orinar, sequedad de boca, etc.) que ocurre de manera persistente (la mayor parte del tiempo durante las últimas 2 semanas) y que provoca un malestar significativo o una pérdida de funcionalidad	ISRS (escitalopram, citalopram, sertralina), antidepresivos duales (venlafaxina, duloxetine), otros antidepresivos (mirtazapina, trazodona)	Benzodiacepinas de vida media corta/intermedia (loracepam, lormetacepam); gabapentina, pregabalina; neurolépticos atípicos (quetiapina, olanzapina) ^b
Síndrome psicótico	Creencias, narraciones (ideas de robo, abandono, perjuicio, infidelidad, etc.) o percepciones (de tipo visual, auditivo, u otro) falsas, que ocurren de forma persistente (la mayoría de los días durante los últimos 7 días) y que provocan un malestar o riesgo significativo o una pérdida de funcionalidad	Neurolépticos atípicos (quetiapina, risperidona, aripiprazol, ciprasidona)	Clozapina
Síndrome impulsivo	Falta de previsión o de tacto social en el lenguaje, la expresión corporal u otras conductas que ocurre de forma persistente (la mayoría de los días en las últimas 2 semanas) y que provoca un malestar o riesgo significativo, una pérdida de funcionalidad o una pérdida de dignidad o consideración social	Antidepresivos serotoninérgicos con perfil sedante (sertralina, citalopram, escitalopram, trazodona)	Antiepilépticos (valproato, gabapentina, pregabalina, carbamacepina, oxcarbamacepina, zonisamida), neurolépticos atípicos
Síndrome maniforme	Alteración del estado de ánimo, que se manifiesta como exaltación del ánimo, sentimiento de mayor energía, hiperactividad, irritabilidad, enfado, disminución de la necesidad de descansar e impulsividad que ocurre de manera persistente (la mayor parte del tiempo durante al menos una semana) y que provoca un riesgo significativo o una pérdida de funcionalidad	Antiepilépticos (valproato, carbamacepina, oxcarbamacepina, topiramato), neurolépticos atípicos (quetiapina)	Litio
Alteración del sueño	Pérdida del ciclo sueño-vigilia fisiológico (hipersomnia, insomnio, inversión del ciclo, sueño fragmentado, etc.), que aparece de forma persistente (más de la mitad de los días en las últimas 2 semanas) y que produce un malestar significativo, un riesgo, o una pérdida de funcionalidad	Benzodiacepinas de vida media corta (loracepam, lormetazepam) o análogos (zolpidem, zopiclona); otros (clometiazol, trazodona, mirtazapina, gabapentina, pregabalina, melatonina), productos naturales (valeriana, passiflora)	Neurolépticos atípicos (quetiapina, olanzapina)

^aPara poder establecer el diagnóstico, los síntomas no pueden ser explicados en su totalidad por un trastorno médico asociado (infección, dolor, etc.), por una determinada medicación (incluidos los propios psicofármacos), por un entorno estresante, por necesidades básicas no cubiertas (necesidades fisiológicas, falta de estímulos, etc.), por cambios en el entorno, por un acontecimiento vital (p. ej., fallecimiento de un ser querido), o por el deterioro cognitivo.

^bÚltima opción.

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Adaptado de Olazarán-Rodríguez et al.³⁶.

Idees claus

- ▶ Requereix un abordatge sistemàtic i global.
- ▶ Inicialment, detecció de altres causes $\neq$ demència (AP i AF).
- ▶ Els SPCD inicialment poden millorar amb modificació i adaptació a l'entorn.
- ▶ Ttm fàrmacol només està justificat en cas de simptomatologia intensa o en situacions de perill pel pacient o família.
- ▶ Criteris CHROME: sis síndromes neuropsiquiàtrics, que poden estar en l'origen de l'agitació i que tenen indicació de tractament farmacològic.
- ▶ Importància d'assumir limitacions de la malaltia i treballar la comunicació, l'empatia i l'agraïment, com a bàlsams de prevenció i tractament de la agitació

