

Prevención cuaternaria en demencias: Excesos asistenciales en personas con demencia

Antonio A. Burgueño Torijano (1)

Resumen

Existe una normal preocupación por encontrar una cura para las enfermedades que provocan demencia, pero hay que admitir que existen un punto de no retorno a partir del cual ningún tratamiento sería efectivo para retornar a la persona a una situación previa. Así, aún encontrándose un tratamiento efectivo, deberemos seguir cuidando a personas con demencia irreversible, y deberemos hacerlo de una forma ética y humana, lo que nos obliga a hacernos el serio planteamiento de evitar hacerles más daño del que ya tienen. Especialmente, en entornos controlados esto debería ser un deber moral ineludible, y me refiero al ámbito institucional donde hay profesionales que pueden especializarse y donde las personas con demencia suelen ingresar para vivir allí. Para evitar hacerles más daño en otros ámbitos la cuestión es más difícil, y seguro que requeriría contar con un plan integral e integrador a nivel social, que garantizara correctas valoraciones y ayudas a los cuidadores no profesionales para un cuidado menos agresivo del que se hace ahora.

Palabras Clave: *Prevención cuaternaria, demencias, tratamiento, Medicina Preventiva*

Abstract

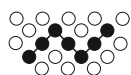
There is a normal concern for finding a cure for diseases that cause dementia, but one must admit that there a point of no return from which no treatment would be effective for the person to return to a previous situation. Thus, even finding an effective treatment, we continue to care for people with irreversible dementia, and we do it in an ethical and humane manner, forcing us to ask serious approach to avoid them more damage than they already have. Especially in controlled environments this should be an unavoidable moral duty, and I mean the institutional level where

**N°1 ISSUE
JUNIO 2015**

Recibido:
12/05/2015

Aceptado:
22/05/2015

(1) Médico especialista en Medicina Preventiva. Director del programa Desatar al Anciano y al enfermo de Alzheimer



Prevención cuaternaria en demencias: Excesos asistenciales en personas con demencia

professionals can specialize and where people with dementia often enter to live there. To prevent them more damage in other areas the question is more difficult, and certainly require to have a comprehensive and inclusive plan at the social level, to guarantee correct assessments and support for carers for a less aggressive care than it does now.

Key words: *Quaternary Prevention, dementia, treatment, Preventive Medicine*

¿Qué es la Prevención cuaternaria y qué es la Demencia?

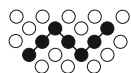
La prevención cuaternaria es el conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario. Conjunto de medidas adoptadas para identificar al paciente en riesgo de sobremedicalización, para protegerlo de nuevas incursiones médicas (Gérvas y Pérez Fernández, 2006; Gérvas, 2012).

La Prevención Cuaternaria es la última rama de la Medicina Preventiva incorporada a la investigación y desarrollo, sumándose a las otras vertientes más clásicas, cuyas definiciones pueden verse en el siguiente cuadro.

conciencia o sensación del paciente	Conocimiento científico médico evolución natural de la enfermedad	
	Ausente> Presente	
sensación de salud	I (Prevención) Primaria Medidas adoptadas para evitar o eliminar la causa de un problema de salud en un individuo o población antes de que se presente. Incluye la promoción de la salud y la protección específica (por ejemplo, la inmunización).	II (Prevención) Secundaria Medidas adoptadas para detectar un problema de salud en una etapa temprana, en un individuo o una población, lo que facilita la curación o la reducción o la prevención de su propagación o efectos a largo plazo (por ejemplo: métodos, cribados, detección de casos y diagnóstico precoz).
sensación de enfermedad	IV (Prevención) Cuaternaria Medidas adoptadas para identificar a un paciente en riesgo de medicalización excesiva, para protegerlo de intrusiones médicas adicionales, y sugerir intervenciones éticamente aceptables.	III (Prevención) Terciaria Medidas adoptadas para reducir los efectos de los problemas crónicos de salud de un individuo o población para reducir al mínimo el deterioro funcional debido a un problema de salud agudo o crónico (por ejemplo la prevención de complicaciones de la diabetes). Incluye la rehabilitación.

Un paciente en especial riesgo de excesos médicos es una persona con demencia, y explicaremos en este artículo cuales son los riesgos principales, pero antes explicaré algunos detalles de la demencia, y comentaré la dimensión que tiene este problema en nuestro contexto.

"Demencia" es un término usado para describir un síndrome que puede ser causado por una serie de enfermedades en las que hay disminución progresiva en múltiples áreas funcionales, incluida la disminución de la memoria, razonamiento, habilidades de comunicación y la capacidad para llevar a cabo las actividades diarias. Junto a esta disminución, las personas pueden desarrollar síntomas conductuales y psicológicos (SPCD), tales como agitación, agresividad, deambulación, gritos, preguntar repetidas, trastornos del sueño,



Antonio A. Burgueño Torijano

, depresión y psicosis. Estos síntomas causan problemas por sí mismos que complican la atención y pueden ocurrir en cualquier etapa de la enfermedad.

Las causas de estas enfermedades no se comprenden totalmente, pero resultan en cambios estructurales y químicos en el cerebro, llevando a la muerte del tejido cerebral. El término "Enfermedad de Alzheimer" se utiliza a veces como un atajo para cubrir todas las formas de demencia. Aquí, el término "demencia" se utiliza para cubrir todas las formas de demencia, ya que comparten más similitudes que diferencias en términos de síntomas y de manejo.

Todas las demencias comparten el mismo impacto devastador en las personas afectadas y en los familiares que les atienden. Las demencias afectan a todos en la sociedad independientemente de su sexo, etnia y clase. Pueden afectar a los adultos en edad de trabajar, y a personas mayores.

La demencia es uno de los trastornos más graves y desafiantes al que nos enfrentamos. Se calcula que hay más de 700.000 personas con demencia en España, y el número se duplicará en 30 años.

Factores determinantes de los excesos asistenciales en personas con demencia

Muchas pueden ser las razones por las cuales se cometen excesos en el terreno asistencial, pero las personas con demencia presentan sobre todo 2 características que les hace especialmente vulnerables, por un lado la incapacidad de autogobierno, y por otro los síntomas psicológicos, y especialmente los síntomas conductuales, que les puede convertir en personas difíciles de controlar.

Incapacidad

La incapacidad de autogobierno hace que "otros" tomen las decisiones por la persona, y que por ello se vean obligados a sentirse responsables de su vida. Normalmente son familiares, más o menos directos, los que asumen ese rol, normalmente ocupados en sus vidas personales y con poco tiempo para dedicar a la persona enferma, persona que, hay que admitirlo, suele tener la característica de superar la capacidad de compañía y ayuda que un ciudadano medio puede aportar.

Síntomas Psicológicos y Conductuales de las Demencias

Como decía, las conductas de las personas con demencia les puede volver difíciles de controlar, tanto que muchas veces no es posible cuidarles en el domicilio, lo que obliga a recurrir a centros de larga estancia, tipo residencias, donde les pueden acoger.

Si quien se hace cargo de una persona con demencia pide ayuda a un médico para controlarla, la ayuda será con gran probabilidad de índole medicamentosa. Según nuestros datos, en las residencias es también común que se recurra al uso de antipsicóticos para controlarles mejor, y también a otros fármacos psicotrópicos, y también es frecuente el uso de sujeciones físicas.

Excesos asistenciales en personas con demencia

Destacaremos los excesos con más impacto en la salud de la persona, en su integridad, y en su bienestar, pero selectivamente las que guardan más relación con el riesgo de utilizar sujeciones. En el siguiente cuadro se pueden ver los citados excesos.

INTERVENCIONES MÁS CUESTIONADAS EN PERSONAS CON DEMENCIA,
MAS CUESTIONADAS A MAYOR AVANCE DE LA ENFERMEDAD.
*(esta es una selección de intervenciones sobre la base de su mayor relación con el
uso de sujeciones, y por tanto las que más preocupan al Programa Desatar)*

- Hospitalización
- Alimentación por Sonda
- Polifarmacia (tratamiento de enfermedades crónicas concomitantes)
- Anticoagulación (riesgo de sangrado por caídas)
- Sujeciones físicas
- Tratamiento con antipsicóticos (sujeciones farmacológicas)

Hay que decir que en Personas con demencia los excesos suelen ser más de manejo y tratamientos. No suelen darse excesos en los procedimientos diagnósticos, sino más bien al contrario.

Hospitalización

Una de las decisiones que más dudas pueden causar es la de hospitalizar pacientes con demencia ante la presencia de un supuesto proceso agudo difícil de manejar. La decisión de hospitalizar debe ser individualizada y se debe tener en cuenta lo siguiente (Altimir Losada y otros, 2007; Lyketsos, 2012, Ehlenbach y otros, 2010 y Lyketsos y otros, 2000).

- La hospitalización conlleva riesgos importantes (Confusión, anorexia, incontinencia y mayor riesgo de caídas)
- El manejo de los pacientes conlleva intervenciones molestas (Medicación psicotropa, restricciones físicas, sonda nasogástrica, catéteres, riesgo de trombosis, neumonía aspirativa, infección urinaria).
- La hospitalización se asocia a declive funcional.

Alimentación por sonda

No existen evidencias científicas que apoyen el uso de nutrición enteral (por sonda nasogástrica o por gastrostomía o yeyunostomía) en pacientes con demencia.

Las encuestas de percepción que utiliza el Programa Desatar para conocer lo que piensan los profesionales sobre la justificación para utilizar sujeciones ponen de manifiesto que la razón menos discutida o matizada es la utilización para asegurarse de que una persona con demencia no se retira la sonda de alimentación.

Antonio A. Burgueño Torijano

Se suele dar por hecho que la alimentación por sonda se reserva para casos de disfagia severa en etapas muy avanzadas de la demencia, pero es muy cierto que nos encontramos a muchas personas alimentadas por sonda en fases no tan avanzadas y por muchos años, agregándose en algunos centros hasta un 10% de personas con sondas, en un contexto de variabilidad (a semejante casuística atendida) que nos permite también encontrar centros, y grandes poblaciones de personas con demencia, con una 0% de prevalencia de alimentación por sonda (datos extraídos de la base de datos de residencias españolas del Programa Desatar).

Si revisamos la literatura científica sobre la alimentación por sonda en personas con demencia nos encontramos referencias como las siguientes.

Existen estudios, ya clásicos, que señalan que la nutrición enteral (por sonda o por gastrostomía) incrementa el número de aspiraciones y la incidencia de neumonía aspirativa.

Pick et al. *J Am Geriatr Soc*, 1996.

Bourdel-Marchasson I et al. *Int J Qual Health Care*, 1997.

Langmore SE et al. *Dysphagia*, 1998.

“La nutrición enteral no previene la neumonía aspirativa”

La mortalidad de los pacientes con sonda o gastrostomía es muy alta.

Cowen ME et al. *J Gen Intern Med*, 1997

“La nutrición enteral no mejora la supervivencia”

En estudios de cohorte (no existen estudios caso-control aleatorios, como es lógico) se ha objetivado que la sonda nasogástrica o por gastrostomía no están asociadas con la cicatrización de úlceras por presión ya existentes.

o Berlowitz DR et al. *J Am Geriatr Soc*, 1997

Tampoco previenen la aparición de nuevas úlceras por presión.

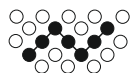
o Berlowitz DR et al. *Ann Intern Med*, 1996

“La nutrición enteral no mejora las úlceras por presión”

Hay que reseñar que los SPCD que afectan a la alimentación son frecuentes y que su presencia puede influir en la instauración de una sonda para la alimentación, sin que exista una disfagia grave, lo que obliga a admitir un fracaso en el manejo de las conductas mas desafiantes, y que se mete a la persona con demencia en modo de existencia con componentes de discomfort, pérdida de calidad de vida, y riesgo de ser sometido a sujeciones físicas y farmacológicas, las cuales aumentan el drama.

Polimedicación

Muchos pacientes con demencia que tienen otras enfermedades crónicas acompañantes (diabetes, hipertensión arterial, etc.), muy relacionadas con la edad. En las fases avanzadas de la demencia la pregunta es si hay que seguir controlando estas enfermedades tal como se realiza en personas más



Prevención cuaternaria en demencias: Excesos asistenciales en personas con demencia

jóvenes y sin demencia.

Existen datos que nos hacen pensar que el control de estas enfermedades debe ser menor que en población normal. La actuación médica debe ser conservadora y evitar efectos secundarios.

La mezcla de más de 4 fármacos diferentes al día con efecto sistémico se considera hoy día "polifarmacia". En función de los fármacos constituyentes de esas mezclas, y de la cantidad de ellos que se suman, los efectos sobre una persona mayor con demencia pueden ser más dañinos.

Nosotros tenemos datos de más de 1.000 residencias españolas, en las cuales se pone en evidencia que existe un promedio de un 40% de personas mayores que toman 9 ó más medicamentos diferentes al día, lo cual es una cantidad que lleva a esas mezclas a interacciones desconocidas e indescifrables para la ciencia médica.

Sí que es cierto que se conoce que ciertos fármacos que están presentes en esas mezclas, por sí mismos, o por interacciones, influyen en la aparición de problemas para las personas mayores, algunos relacionados con riesgo de uso de sujeciones físicas, como es el caso del mayor riesgo de caídas y mayor riesgo de fracturas (Woolcott y otros, 2009).

Personas con deterioro cognitivo severo tienen el doble de mortalidad que las personas sin deterioro cognitivo.

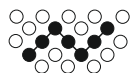
Anticoagulación

Cada vez está más consensuado que la Anticoagulación con fármacos es una medida que se ha de ponderar muy bien y de forma individualizada. La principal razón para anticoagular es la existencia de fibrilación auricular crónica, y otras razones por las que aumentan la probabilidad de que se formen trombos de sangre dentro del sistema cardiocirculatorio. A la hora de individualizar se realiza un score de riesgo trombótico y un score de riesgo hemorrágico, teniendo en cuenta factores que influyen en ese riesgo.

Si bien es cierto que, en general, parece conveniente anticoagular ante un riesgo trombótico evidente, en una persona con demencia el riesgo hemorrágico puede adquirir en muchos casos una dimensión mayor y por tanto la balanza no siempre se decanta por el lado de la anticoagulación. Puede ser el caso de personas con especial riesgo de caídas, y dentro de ellas, las que se pueden producir con impacto en ciertas zonas como la cabeza. Un TCE (traumatismo craneoencefálico) en una persona anticoagulada puede tener resultado de muerte, o graves daños neurológicos. Sabemos, por entrevistas del Programa Desatar con profesionales de residencias, que el miedo a consecuencias de sangrado por caídas es importante, y que de esos profesionales muchos prefieren aplicar sujeciones a las personas con demencia anticoaguladas y riesgo de caídas, antes que suspender la anticoagulación o modificarla.

Uso de sujeciones físicas

España ocupa el número uno del ranking mundial utilizando sujeciones físicas, entre los países que publican



Antonio A. Burgueño Torijano

datos (Ljunggren y otros, 1997; Burgueño, 2003; Burgueño Torijano e Iborra Marmolejo, 2008). El uso de sujeciones físicas en España obliga a valorar su alta prevalencia como un problema especialmente serio.

Todas las personas sometidas a sujeciones presentan algún grado de deterioro cognitivo que se puede encuadrar en un proceso de demencia.

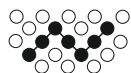
En España existe un patrón de uso diario en la mayoría de los casos, (Ljunggren y otros, 1997;L Burgueño, 2003; Burgueño Torijano e Iborra Marmolejo, 2008) un patrón del que cabe esperar serias consecuencias para la salud e integridad de la persona. La elevada prevalencia en España y ese patrón de uso diario nos hicieron ver el uso de sujeciones como un problema de salud pública de los que se deben abordar desde la prevención cuaternaria, esa vertiente de la medicina preventiva que se fija en ese conjunto creciente de bien intencionadas actividades sanitarias caracterizadas por su dudosa utilidad para el individuo y por la sospecha de posibles beneficios para quienes promueven y promocionan su uso, ya que la aplicación de medidas de sujeción parece responder en muchos casos a la conveniencia de terceros.

Uso por conveniencia

El uso por conveniencia es aquel uso que se traduce en un ahorro de trabajo o esfuerzo, o de recursos, del centro o sus trabajadores, y no en el mejor beneficio para la persona.

Cuando se analiza bien la afirmación de que, es necesario más personal para evitar el uso de sujeciones, una idea muy prevalente en la sociedad, se deduce que existe cierta tolerancia universal, ya que se deja ver que se admite ahorrar recursos humanos mediante esa práctica. Es algo que invita a una reflexión de toda la sociedad. Afortunadamente esa afirmación está basada en el falso mito de que no se pueden evitar las sujeciones sin incrementar la plantilla.

En los estudios realizados por el Programa Desatar español, hemos detectado que, la práctica totalidad de las sujeciones utilizadas son diarias, y que los patrones con los que se utilizan responden mayoritariamente a la conveniencia del centro o de su personal. Es curioso pero, precisamente cuando los profesionales tratan de utilizar las sujeciones por el menor tiempo posible es cuando se pone de manifiesto que el uso es por conveniencia directa de ellos, o por motivos organizativos, deficiencias del entorno o del mobiliario. Es el caso de las sujeciones que se utilizan solo por la noche, o las sujeciones que se utilizan solo por un breve periodo de tiempo todos los días a la misma hora, o las que se utilizan solo en un tipo de silla y no en otra, o las que se utilizan solo en unos lugares y no en otros, o que se repiten todos los días en las mismas circunstancias. Para que no sean interpretadas como de conveniencia, habría que explicar por qué se necesitan solo en la cama y no durante el día, o por qué se necesitan solo a unas horas y no a otras, y por qué todos los días se necesita a la misma hora, o por qué son necesarias solo en ciertos lugares y no en otros. Todas esas sujeciones pueden evitarse si se modifican horarios y organización del trabajo, si se adaptan camas y sillas, y si se cambian las normas del centro y el entorno (es lo que aprendemos de los centros libres de sujeciones que conocemos en el



Prevención cuaternaria en demencias: Excesos asistenciales en personas con demencia

Programa Desatar).

Hay que decir que se trata de una falsa conveniencia, pues solo resulta rentable a corto plazo, ya que las consecuencias de usar diariamente sujeciones terminarán dando más trabajo y complicaciones a la organización.

Variabilidad de uso

La variabilidad de uso de sujeciones que se observa no se explica por las condiciones de los residentes de los centros que aportan datos. En la base de datos del Programa Desatar español tenemos desde centros con una prevalencia de sujeciones físicas de cero, hasta prevalencias superiores a un 67%, tratándose unos y otros de centros muy homogéneos en cuanto a la casuística atendida. Es fácil deducir que el determinante principal de las diferencias de uso observadas es la cultura de las organizaciones, y por tanto las diferentes actitudes que se observan en ellas.

Pienso que existen también factores del contexto (escenarios) que influyen de forma determinante en la actitud de las organizaciones y sus profesionales sobre esa práctica, y pensamos que, de todos ellos, los más importantes son los que generan una percepción de inseguridad legal en los trabajadores.

Tratamiento con Antipsicóticos y sujeciones farmacológicas

Lo mismo ocurre con los fármacos psicotrópicos, que utilizados en España con iguales o superiores cuotas que en los países que publican los peores datos (García Fernández y González Pérez, 1994; Romero, 1987; Medrano, 1995; Ramos, 1995-1997; Weyerer y otros, 1996; Ray y Federpiel, 1980; Garrard y otros, 1991; Zaleon y Guthrie, 1994; Harrington y otros, 1992; Phillips y otros, 2000), pueden ser considerados en algunas de las vertientes de prescripción como sujeciones químicas. Esos fármacos utilizados en personas mayores están fuertemente relacionados con riesgo de fractura de cadera por caída (Weyerer y otros, 1996), y con mayor incidencia de cuadros de postración, desorientación, estado confusional, y ciertos tipos de alteraciones conductuales, problemas todos ellos fuertemente relacionados con la aplicación de sujeciones físicas, lo que permite pensar que algunos psicotrópicos van de la mano de algunas sujeciones físicas, especialmente cuando son utilizados por mucho tiempo.

Desde el Programa Desatar se ha realizado un estudio cualitativo sobre el uso de estos medicamentos en residencias. Los patrones de uso de psicotrópicos fueron observados en las 38 intervenciones in situ, que se realizaron para ayudar a centros a eliminar sujeciones, y se obtuvieron sobre la base de la información que puede verse en el siguiente cuadro (Página sucesiva).

Antonio A. Burgueño Torijano

NUESTRO ESTUDIO CUALITATIVO (PROGRAMA DESATAR)

- No es posible encontrar la causa/motivación/indicación/objetivos - 76%
- *No valorable si el uso es Apropiado/ Adecuado (fármaco, dosis, plazos, etc.)*
- Problemas de Conducta + Depresión + Insomnio - 24%
- No es posible evaluar el impacto negativo de una forma objetiva (AVD, Función Cognitiva, Sujeciones físicas.....) - 100%
- Pautas: Elevada frecuencia de "SI PRECISA" (36%); Baja frecuencia de ajustes de dosis 18%)
- Uso crónico (superior a 6 meses, mismo fármaco y dosis) - 66%; Uso prolongado Superior a 3 meses, mismo fármaco y dosis) 22%
- Planteado fuera del contexto del "Plan de Cuidados" – 100% (típico de los tratamientos farmacológicos) (ESCASA IMPLICACIÓN INTERDISCIPLINARIA); sin pautas de seguimiento escritas (100%); No se encuentran pautas de TNF alternativas (100%)
- **ESCASA DOCUMENTACIÓN**

¿Qué son los antipsicóticos?

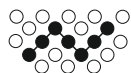
Los primeros medicamentos antipsicóticos se crearon como un tratamiento para la esquizofrenia en la década de 1950; en las siguientes tres décadas se probaron y desarrollaron un gran número de drogas diferentes y su uso en personas con enfermedades psíquicas se generalizó. Esta primera generación de antipsicóticos son conocidas ahora como antipsicóticos "típicos". Esto es para diferenciarlos de los antipsicóticos "atípicos", que estuvieron disponibles a partir de la década de 1990. Ejemplos de antipsicóticos típicos: clorpromazina, haloperidol y trifluoperazina. Ejemplos de antipsicóticos atípicos: risperidona, olanzapina y quetiapina. Las diferencias clínicas entre los dos grupos están en gran medida en su nivel de efectos secundarios.

Los antipsicóticos típicos se asocian a efectos adversos comunes y graves, incluyendo el exceso de sedación, hipotensión, movimientos involuntarios (discinesia tardía irreversible), síntomas de Parkinson (rigidez, temblores y problemas para caminar) y en raras ocasiones casos de cardiotoxicidad (daños al corazón), fiebre alta y colapso vascular (síndrome neuroléptico maligno).

Desde su introducción, el uso de los antipsicóticos atípicos es mucho más común que el de los típicos debido a su perfil en general más positivo de efectos secundarios, con una incidencia mucho más baja de efectos secundarios parkinsonianos y de discinesia que en el caso de los "típicos".

¿Porqué se usan los antipsicóticos en demencia?

El principal uso autorizado para los antipsicóticos es para el tratamiento de la esquizofrenia o el trastorno



Prevención cuaternaria en demencias: Excesos asistenciales en personas con demencia

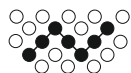
bipolar donde hay psicosis. La psicosis no es una condición en sí misma, es un síntoma de otras condiciones. La psicosis es un término que se utiliza para describir un estado mental en que alguien es incapaz de distinguir entre la realidad y la imaginación. La mayoría de las personas con psicosis con frecuencia experimentan alucinaciones - donde puede escuchar o ver cosas que no existen - y / o tener ideas delirantes – en las que creen en cosas que no son ciertas.

Ya se ha mencionado que las personas con demencia pueden desarrollar SPCD (Síntomas psicológicos y del comportamiento producidos por la Demencia) que causan problemas en sí mismos, lo que complica los cuidados, y que pueden darse en cualquier etapa de la enfermedad. Estos incluyen agitación, preguntas repetitivas, depresión, agresividad, deambulación y psicosis. Los SPCD son muy comunes, con unas estimaciones de prevalencia puntual (es decir, la proporción que tiene cualquiera de estos problemas en un momento determinado) de entre el 60% y el 80%, y un riesgo acumulado del 90% durante el transcurso de la enfermedad. Éstos también se agrupan, de modo que las personas con demencia a menudo se ven afectadas por múltiples y recurrentes problemas de comportamiento. Los SPCD pueden ser angustiantes y problemáticos para los cuidadores, así como para las persona con demencia: producen una gran contribución a la tensión del cuidador y a menudo son un factor precipitante para la institucionalización.

Hay dudas sobre si la psicosis asociada a la demencia es exactamente la misma que la psicosis en otras enfermedades, pero una de las razones para la prescripción de los antipsicóticos en la demencia es el tratamiento de esa psicosis. Sin embargo, la psicosis es relativamente poco frecuente en la demencia en comparación con el nivel absoluto de prescripción que se observa, y está claro que estos medicamentos se prescriben para tratar SPCD en un sentido más general, comportamientos que incluyen agitación, agresividad, deambulación, gritos, repetición de preguntas y problemas de sueño.

Relativamente pronto, tras su introducción en la década de 1950, los antipsicóticos se convirtieron en el medicamento más utilizado para el tratamiento farmacológico de los SPCD. Hasta el cambio de siglo, el uso de fármacos como el haloperidol, tioridazina y promazina para el tratamiento de los SPCD era relativamente común. Sin embargo, las personas con demencia suelen ser mayores, más frágiles y tienen mayores niveles de enfermedad física (es decir, que tiene un trastorno mental y uno o más trastornos físicos al mismo tiempo) que los adultos en edad de trabajar para los que éstos fármacos fueron diseñados y testados. Esto significa que las personas con demencia son mucho más sensibles a los efectos secundarios de los antipsicóticos típicos como parkinsonismo, trastornos del movimiento y la prolongación del intervalo QT (interferencia en la circulación eléctrica del corazón) y que estos son más incapacitantes.

Una vez que los antipsicóticos atípicos están disponibles y la gente se acostumbra a su prescripción para la psicosis se cambia al uso de antipsicóticos atípicos. La consecuencia de esto es la situación actual, donde los



Antonio A. Burgueño Torijano

antipsicóticos atípicos son las drogas más comúnmente usadas para el tratamiento farmacológico de los SPCD.

Estos tratamientos (principalmente con risperidona, olanzapina, y quetiapina) no están autorizados en la mayoría de los países para los SPCD. En España el único medicamento con la autorización pertinente es la risperidona, que está indicada para el tratamiento "a corto plazo (hasta seis semanas) de la agresividad persistente en pacientes con demencia por enfermedad de Alzheimer de moderada a severa que no responden a tratamientos no farmacológicos y cuando hay un riesgo de daño a sí mismo o a los demás".

Parámetros para un juicio ético

El punto de vista ético rehúye por definición la autocomplacencia: todo es susceptible de ser mejorado. Ser benéficos no solo requiere integrar los valores y las expectativas del paciente y su familia en las decisiones clínicas. Es necesario separarnos de la tutela innecesaria de la industria, ser críticos con nuestro trabajo, y no ser maleficientes. Un concepto tan ligado a la prevención cuaternaria como la no maleficencia, no es solo un principio de la Bioética si cada profesional y cada especialidad en su área las llena de contenido. Cabe acogerse a la ética de la negativa como ejercicio de prevención cuaternaria evitando el consumismo médico y la medicalización innecesaria. En la misma línea, se deben potenciar cuestiones éticas clave como comunicar con empatía y respeto las incertidumbres, reconocer el error cuando lo hay, responder ante el daño cuando ya está hecho y reparar dentro del contexto clínico.

El crédito social que legitima la intervención médica puede resultar dañado si los médicos no evitan la actividad médica innecesaria, y sus consecuencias. La prevención cuaternaria debería primar sobre cualquier otra opción preventiva, diagnóstica y terapéutica, pues es la versión práctica del *primum non nocere*.

Una tarea que puede ayudar a juzgar las acciones que realizamos, y si se encuadran en buenas prácticas o dentro de parámetros éticos, es definir el objetivo general de nuestro quehacer.

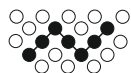
Objetivo General de los Cuidados Prolongados:

Lograr el mayor grado de autonomía, física, mental, y psicosocial, posible, en un contexto de bienestar y respeto de la persona objeto de atención.

De modo que nuestras decisiones, procedimientos, tratamientos, y actividad asistencial en general, no nos alejen de ese objetivo general, y en cambio nos lleve a beneficiar a terceros o a causar daño.

Efectos positivos y negativos de las sujeciones físicas en personas con demencia

No existe ninguna evidencia científica que respalde el uso de sujeciones físicas en personas con demencia.



Prevención cuaternaria en demencias: Excesos asistenciales en personas con demencia

Nosotros, en España, descartamos investigar sobre consecuencias negativas del uso de sujeciones, al considerarse que era inviable hacerlo con suficiente rigor científico y con más valor que lo que ya se había hecho en otros países. Esta es de ese tipo de prácticas sobre las que no se puede investigar con los convencionales requisitos de rigor científico, es decir de forma prospectiva, aleatorizada y con grupo control, dejando solo resquicio para estudios retrospectivos sobre bases de datos muy fiables y muy poderosas (Castle y Engberg, 2009; Engberg y otros, 2008) , o estudios observacionales, todos ellos abundantemente documentados (Ibe y otros, 2008; Mohr y otros, 2003; Kron y otros, 2003; Evans y otros, 2003; Evans y Fitzgerald, 2002; Gallinagh y otros, 2001; Capezuti y otros, 1996,1998; Tinetti y otros, 1992; Corey y otros, 1992; Tinetti, 1987, Dube, 1986).

Efectos negativos y positivos de los antipsicóticos

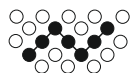
Todos los medicamentos tienen efectos secundarios (o efectos adversos), así como efectos deseados; su impacto depende de su naturaleza, su gravedad y la probabilidad de experimentarlos. Sin embargo, no todas las personas se ven afectadas por igual. En general, la adaptación de los jóvenes a los efectos secundarios es menos problemática que la de las personas mayores frágiles. Como se señaló anteriormente, las personas con demencia también pueden formar parte de un grupo de alto riesgo en cuanto a los efectos secundarios en función de la edad, la fragilidad, la comorbilidad física y las interacciones con otros medicamentos que estén tomando.

Examinando la literatura, hay un claro consenso emergente sobre los efectos positivos y negativos de los fármacos antipsicóticos. Esta revisión se ha beneficiado de la posibilidad de acceder a los resultados actualizados, bien realizados y de las revisiones sistemáticas de la literatura científica y meta-análisis de los datos disponibles.

Los fármacos antipsicóticos muestran una eficacia mínima para el tratamiento de los SPCD. Existe alguna evidencia para apoyar la eficacia ligeramente mayor de la risperidona para el tratamiento de la agresividad, pero el número de pacientes que hay que tratar para lograr una mejoría clínicamente significativa en un paciente va de 5 a 11.

Lo cierto es que hay muy pocas pruebas de la eficacia de los fármacos antipsicóticos atípicos o típicos para el tratamiento de los síntomas de la psicosis en la demencia. Sin embargo, hay evidencia de ensayos aleatorios, controlados con placebo, de aumento de la mortalidad asociada al uso de fármacos antipsicóticos atípicos. La sugerencia de un mayor riesgo de mortalidad se apoya de una serie de grandes estudios de observación (diseño de cohorte retrospectiva) que coinciden en señalar un riesgo relativo similar. Estos estudios de observación indican que el riesgo de aumento de la mortalidad persiste durante al menos seis meses después de la prescripción inicial.

Ensayos aleatorios de los antipsicóticos atípicos controlados con placebo ofrece pruebas convincentes de un mayor riesgo de acontecimientos cerebrovasculares adversos, en las típicas 6-12 semanas de seguimiento. Hay



Antonio A. Burgueño Torijano

pruebas que sugieren que el aumento del riesgo de ACV se puede concentrar en las primeras semanas de uso, y que aquellos con antecedentes de accidentes cerebrovasculares están particularmente en riesgo.

"En 2003, la Food and Drug Administration (FDA) de EE.UU. y otras autoridades publicaron las advertencias y los cambios necesarios de información para la prescripción de risperidona. En 2004, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) emitió también avisó públicamente sobre un mayor riesgo de ACVs y mortalidad en pacientes ancianos con demencia que reciben olanzapina".

El estudio liderado por el profesor Banerjee sugiere que el tratamiento de 1.000 personas con SPCD con un fármaco antipsicótico atípico durante alrededor de 12 semanas se traduciría en:

*de 91 a 200 pacientes con trastornos de la conducta que muestra una mejoría clínica significativa en estos síntomas;

*10 muertes adicionales

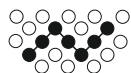
* 18 ACVs, alrededor de la mitad de los cuales pueden ser graves; no más caídas o fracturas, y de 58 a 94 pacientes adicionales con trastornos de la marcha.

Es importante reconocer que el equilibrio de los riesgos y beneficios puede alterarse notablemente con períodos más largos de tratamiento. Aunque es poco probable que los beneficios del tratamiento se acumulan con el tiempo, hay pruebas, al menos para la mortalidad, de que los eventos adversos se puedan acumular. La mortalidad puede aumentar con la duración del tratamiento con antipsicóticos. Vemos que, además de los efectos sobre la mortalidad, existen efectos mórbidos, y aquí cabe destacar una recientemente incorporada evidencia sobre sus efectos deletéreos sobre la función cognitiva, poniéndose en evidencia que el proceso de deterioro se acelera cuando se utilizan los antipsicóticos por tiempo prolongado (Vigen y otros, 2001).

Conclusiones

A la vista de la evidencia médica disponible hasta este momento, se puede afirmar, en relación con los pacientes con demencia avanzada que:

- Se debe evitar en la medida de lo posible la hospitalización.
- Se deben evitar las restricciones físicas.
- No existen estudios que demuestren la eficacia de la alimentación enteral en pacientes con demencia avanzada.
- El manejo de enfermedades crónicas concomitantes debe realizarse de forma conservadora. En Personas con demencia avanzada, el tratamiento de enfermedades crónicas debe ser restringido y dirigido a evitar efectos secundarios potencialmente serios (ej: caídas por hipotensión ortostática) o incomodidad en el paciente (ej: disnea o dolor torácico).
- Es esencial evitar el uso de fármacos psicotrópicos para el manejo de los SPCD, en la medida de lo



Prevención cuaternaria en demencias: Excesos asistenciales en personas con demencia

La variabilidad de uso entre centros se debe más a la cultura del centro que a las características de sus residentes.

Una intervención con conocidos efectos potenciales negativos sobre la persona debe generar una actitud preventiva. En el caso del uso de sujeciones físicas, nosotros llamamos a esa actitud preventiva “tolerancia cero”. Hoy día el Programa Desatar propone una tolerancia cero al uso de sujeciones, no considerarlas pues como una opción, lo que ha llevado a mas 50 centros a erradicarlas totalmente, y a sus profesionales a un desarrollo profesional que no era posible antes por culpa de las sujeciones. Los centros libres de sujeciones nos están enseñando que es posible la total erradicación de esa práctica, y que ello no conlleva menos seguridad para los residentes, ni aumento de personal.

Las Sujeciones nunca pueden cubrir una deficiencia, falta de capacidad profesional, o defectos organizativos o en el entorno.

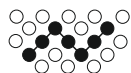
En general el uso prolongado de sujeciones responde a uso por conveniencia, y por ello es un deber moral de los profesionales erradicarlas de la práctica asistencial.

Es un deber moral aceptar cierto grado de riesgo como parte esencial de un buen cuidado, recuperando así esa cuota de tolerancia a la incertidumbre necesaria para ejercer la asistencia sin caer en excesos.

No existe un método científico para eliminar sujeciones, pues es cuestión de actitud, y tampoco existe base científica para seguir usándolas (no existen evidencias que apoyen las supuestas indicaciones que queremos ver). Desatar es, pues, un cambio de paradigma, de estar de acuerdo en utilizar sujeciones, a un nuevo paradigma de cuidado en el que nos ponemos de acuerdo en no considerarlas una opción. El argumento más contundente a favor de ese cambio de paradigma es que los centros libres de sujeciones son más seguros para sus residentes que los que siguen utilizando sujeciones. Ver para creer.

La duda de que un tratamiento puede ser de dudosa utilidad por parte del paciente o sus familiares responde, en mi experiencia, a dificultades en la comunicación que pudieron determinar expectativas previas desmesuradas o bien a la presencia de ignorancia, confusión o desconfianza sobre la actuación del equipo.

La mejora en la comunicación podría impedir que el paciente o su familia soliciten tratamiento inoperante, así como también entenderían más fácilmente cuando un determinado tratamiento reviste dicha característica.



Antonio A. Burgueño Torijano

A corto plazo lo que más puede beneficiar a las personas con demencia, más que tratar su enfermedad, es no hacerles daño, no añadir problemas a los que ya tiene. Aquí es donde toma relevancia la prevención cuaternaria enfocada a la atención que reciben.

Buenas prácticas en el uso de sujeciones físicas en personas con demencia

Nuestra experiencia en el Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer nos ha permitido observar que existen dos estándares de cuidados al respecto del uso de sujeciones, uno en que aplicar sujeciones en ciertos casos y circunstancias es algo normal, y se convierte en una práctica que puede ver diariamente, y el otro estándar, opuesto totalmente, es el de no utilizar sujeciones, con una actitud de tolerancia cero.

Hace unos años en España se mostraba indiscutible el argumento de que no es posible cuidar a personas con demencia sin utilizar sujeciones, pero hoy día ese argumento ya no tiene aquella consistencia, pues los centros libres de sujeciones que proliferan lo han hecho resquebrajarse con una tozuda realidad, que se puede ver en muchos lugares de nuestra geografía. Todos los centros libres de sujeciones han sido comprobados por el Programa Desatar, y su condición se ha hecho pública. Existe un proceso de acreditación para reconocer que trabajar sin sujeciones es un mérito especial.

Cuidar sin sujeciones es de algún modo un regreso a un modelo en el que se acepta una cuota de incertidumbre sobre la vida de las personas que están asistencialmente a nuestro cargo, frente a un modelo opuesto, en que se utilizan normalmente sujeciones, en busca de una "certeza" de que a la persona a nuestro cargo no le van a suceder accidentes, lo cual se traduce una tranquilidad para "todos" a la que es difícil renunciar, aunque las evidencias nos pongan delante que aplicar sujeciones se traduce con toda seguridad en pérdidas para las personas, funcionales y en su calidad de vida, sin olvidar aspectos de derechos humanos y dignidad.

Buenas prácticas en el uso de los antipsicóticos en las personas con demencia

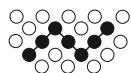
Se pueden resumir de la siguiente manera:

Los antipsicóticos no deben ser un tratamiento de primera línea, salvo en circunstancias de extremo riesgo y daño.

La primera línea de manejo debe ser una evaluación detallada para identificar una causa tratable de la SPCD (por ejemplo delirio, dolor, depresión), lo que debe incluir tomar el historial de ese problema, incluyendo el comportamiento descrito por el cuidador/equipo, discutiendo el comportamiento actual y pasado con el cuidador / equipo.

Todas las causas tratables deben ser tratadas con el correcto tratamiento específico (por ejemplo, antibióticos para la infección o los antidepresivos para la depresión).

El análisis debe realizarse para saber si el comportamiento (por ejemplo, la inversión del ciclo sueño-vigilia, con la que la persona con demencia está despierto en la noche) es un problema principalmente para la persona con



Prevención cuaternaria en demencias: Excesos asistenciales en personas con demencia

demencia, o para sus cuidadores (sean cuidadores contratados pagados o familiares).

Hay una alta tasa de recuperación espontánea (o efecto placebo) en los ensayos, así que una “espera vigilante” puede ser útil en el caso de problemas menos graves ya que hasta la mitad de los casos puede ser autolimitados.

Se pueden utilizar enfoques complementarios.

Cuando la intervención es necesaria, los enfoques psicológicos, tales como la interacción social estructurada deben ser utilizados en primera instancia.

Cuando la medicación se considere, la persona a la que se le esté dando debería estar lo más involucrada posible en la toma de decisión, aunque muchos carecen de capacidad de consentimiento. En todos los casos los familiares, en especial al cuidador principal de la familia, y otros cuidadores o representantes deben participar en las discusiones sobre el uso de la medicación. Se les debe dar información sobre los posibles efectos positivos y negativos de la medicación e invitarles a contribuir plenamente en la discusión. En última instancia la decisión sobre si se debe prescribir la medicación o no será decisión por un "interés superior".

Cuando la conducta es grave y complicada y la medicación está indicada, es preferible un antipsicótico atípico, que uno típico.

El medicamento debe usarse en la dosis efectiva más baja posible, por el menor tiempo posible, preferiblemente durante menos de 12 semanas.

Una vez iniciada, la continuación de la droga debe ser revisada regularmente (por lo menos una vez al mes), y en la revisión la reducción o interrupción de la medicación debe ser considerada activamente.

TOLERANCIA A LOS PSICOTRÓPICOS

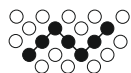
Solamente si existe importante sufrimiento o peligro inmediato estaría justificado un tratamiento inicial con fármacos (National Institute for Health and Clinical Excellence).

Para la obtención de beneficios cognitivos y funcionales, el instituto estatal británico NICE recomienda la estimulación cognitiva por delante de los fármacos.

Por su parte, la Academia Americana de Neurología enfatiza la necesidad de programas de formación para los cuidadores profesionales dirigidos a evitar el uso de fármacos antipsicóticos (Doody et al., 2001).

Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology

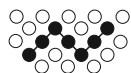
Respecto de las **TNF**, el número de pacientes que es necesario tratar para conseguir una mejoría en uno de ellos (NNT) es similar al de los fármacos, mientras que los efectos secundarios de los fármacos (“number needed to harm”, NNH) son claramente superiores (APA Work Group 2007; Waldemar et al., 2007; Hogan et al., 2008; Sociedad Española de Neurología 2009).



Antonio A. Burgueño Torijano

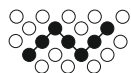
REFERENCIAS

- Gérvas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanitaria*.2006;20 Supl. 3:66-71
- Gérvas J. Prevención cuaternaria en ancianos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 2012;47(6): 266-269
- Gérvas J. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF* 2012;8(6):312-317
- [Altimir Losada, S.; Santaeugenia González, S.; Urrutia de Diego, A.](#) Deterioro funcional durante la hospitalización de agudos en los enfermos con Alzheimer y otras demencias *Alzheimer : Realidades e investigación en demencias* 2007 ; 36 : 16-20
- Lyketsos CG. [Prevention of unnecessary hospitalization for patients with dementia: the role of ambulatory care](#). *JAMA*. 2012 Jan 11;307(2):197-8.
- Ehlenbach WJ, Hough CL, Crane PK, Haneuse SJ, Carson SS, Curtis JR, Larson EB. [Association between acute care and critical illness hospitalization and cognitive function in older adults](#). *JAMA*. 2010 Feb 24;303(8):763-70.
- Lyketsos CG, Sheppard JM, Rabins PV. [Dementia in elderly persons in a general hospital](#). *Am J Psychiatry*. 2000 May;157(5):704-7.
- John C. Woolcott, MA; Kathryn J. Richardson, MS. Meta-analysis of the Impact of 9 Medication Classes on Falls in Elderly Persons. *Arch Intern Med*. 2009;169(21):1952-1960
- Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing*. 1997 Sep;26 Suppl 2:43-7.
- Burgueño, AA. (2003) Análisis del uso de restricciones físicas y químicas en personas mayores institucionalizadas. *Agathos: Revista de Atención Sociosanitaria y Bienestar* (1); 14-25.
- Burgueño Torijano AA.; Iborra Marmolejo I. (2008) Prevalencia comunicada de sujeciones físicas.: *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, Año 8 (1); 4-11
- García Fernández, JJ; Gonzalez Perez, C. Consumo de fármacos psicotrópicos en los ancianos. *Rev. San. Hig. Pub* 1994; 68:303-310



Prevención cuaternaria en demencias: Excesos asistenciales en personas con demencia

- Romero, M. (y cols). *Consumo de Medicamentos en la tercera edad*. Rev Esp Ger y Ger (1987); 22 (2): 73-75.
- Medrano, J. *Neurolépticos en la demencia en residencias de ancianos*. Rev Esp Ger y Ger. (1995); 30 (6): 389-394.
- Ramos, P. *Perfil de prescripción y gasto farmacéutico en centros residenciales*. Tesis del Master de Administración Sanitaria. Escuela Nacional de Sanidad (1995-1997).
- Weyerer S, el-Barrawy R, König S, Zimmer A [Epidemiology of psychotropic drug utilization in homes for the aged] (ABSTRACT). Gesundheitswesen. 1996 Apr;58(4):201-6.
- Ray, WA, Federpiel, CF. *A study of antipsychotic drug use in nursing homes: Epidemiologic evidence suggesting misuse*. American Journal of Public Health (1980); 70: 485-491.
- Garrard; J, Makris, L, Dunham; T. *Evaluation of neuroleptic drug use by nursing home elderly under proposed Medicare and Medicaid regulations*. Journal of the American Medical Association. (1991); 265: 463-467.
- Zaleon, C, Guthrie, S. *Antipsychotic drug use in older adults*. Am J Hosp Pharm (1994); 51: 2917-2943.
- Harrington C, Tompkins C, Curtis M, Grant L. Psychotropic drug use in long-term care facilities: a review of the literature. *Gerontologist*. 1992;32:822-33.
- Phillips CD, Spry KM, Sloane PD, Hawes C. *Use of Physical Restraints and Psychotropic Medications in Alzheimer Special Care Units in Nursing Homes*. Am J Public Health 2000; 90: 92-96.
- Castle NG, Engberg J. (2009). The Health Consequences of Using Physical Restraints in Nursing Homes. *Med Care*, 47(11), 1164-1173.
- Engberg J, Castle NG, McCaffrey D. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *Gerontologist*. Aug 2008;48(4):442-452
- Ibe, T., Ishizaki, T., Oku, H., Ota, K., Takabatake, Y., Iseda, A., Ueda, A. (2008). Predictors of pressure ulcer and physical restraint prevalence in Japanese acute care units. *Japan Journal of Nursing Science*, 5(2), 91-98.



Antonio A. Burgueño Torijano

W. K. Mohr, T. A. Petti, and B. D. Mohr, "Adverse effects associated with physical restraint," Canadian Journal of Psychiatry, vol. 48, no. 5, pp. 330-337, 2003.

M. Kron, S. Loy, E. Sturm, Th. Nikolaus, and C. Becker Risk Indicators for Falls in Institutionalized Frail Elderly. Am J Epidemiol 2003;158:645-653

Evans D, Wood J, Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. J Adv Nurs. 2003;41:274-282.

D. Evans and M. Fitzgerald, "The experience of physical restraint: a systematic review of qualitative research," Contemporary Nurse, vol. 13, no. 2-3, pp. 126-135, 2002.

Gallinagh, R., Nevin, R., McAleese, L., & Campbell, L. (2001). Perceptions of older people who have experienced physical restraint. *British Journal of Nursing*, 10(13), 852-859.

Capezuti E, Strumpf NE, Evans LK, Grisso JA, Maislin G. The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1998 Jan;53(1):M47-52.

Capezuti E, Evans L, Strumpf N. Physical restraint use and falls in nursing home residents. Journal of the American Geriatrics Society 1996;44:627-33.

Tinetti, ME. Liu, WL. Ginter, SF. Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. Ann Intern Med (1992); 116: 369-374.

Corey T, Weakly-Jones B, Nicols G, Theuer H. Unnatural deaths in nursing home patients. J Forensic Sci. 1992;37:222-227.

Tinetti ME. Factors associated with serious injury during falls by ambulatory nursing home residents. Journal of the American Geriatrics Society 1987;35:644-8.

Dube A, Mitchell E. Accidental strangulation from vest restraints. JAMA. 1986;256:2725-2726.

Vigen, CLP, Mack WJ, Keefe RSE. Cognitive effects of atypical antipsychotic medications in patients with Alzheimer's disease: outcomes from CATIE-AD. Volume 168, Issue 8, 831-9