

MEMORIA DE LA ROTACIÓN EXTERNA DE PSICOGERIATRÍA

CLÍNICA PSICOGERIÁTRICA JOSEFINA ARREGUI

ALSASUA (NAVARRA) - FEBRERO Y MARZO DE 2023

ALICIA MUÑOZ ROJO
MIR-3 GERIATRÍA
H. U. C. DE LA CRUZ ROJA SAN
JOSÉ Y SANTA ADELA

1. LA CLÍNICA

La Fundación-Clínica Josefina Arregui se trata de una entidad socio-sanitaria sin ánimo de lucro que tuvo su origen en 1993 a manos de su fundador, Felipe Lecea, conocedor de la enfermedad de Alzheimer que padeció su esposa, así como de los retos y necesidades de los familiares en el día a día del cuidado de personas con dicha patología. La clínica se encuentra en el Valle de la Sakana, en un entorno rural, silencioso, rodeado de montañas que pueden ser disfrutadas desde cada estancia de la clínica (habitaciones, salas de actividades, despachos...).

Se recoge en su página web lo siguiente:

“El dolor por el diagnóstico que recibió su mujer, Josefina Arregui, no impidió que Felipe, una persona especialmente activa y emprendedora, dejase un último legado marcado por el cariño. Apesadumbrado por una enfermedad que alejaba a su mujer de su mente, quiso rodearse de los mejores profesionales para crear una clínica en su lugar de nacimiento -Alsasua- que cuidase con la mayor sensibilidad a las personas que sufren todo tipo de demencias.

En esta historia personal no solo está el origen de la Fundación-Clínica Josefina Arregui, también se encuentran los valores que reflejan su razón de ser. Felipe quiso que Josefina viviese con la mayor dignidad durante sus últimos años de vida; un valor, el de la dignidad, que nos confiere a todos una razón de ser como personas e individuos a pesar de las circunstancias en las que nos encontremos. Asimismo, también quiso establecer un modelo de atención que cuidase de las personas a múltiples niveles para, sin olvidar la historia personal de cada individuo, buscar su bienestar y mantener su autonomía. En momentos especialmente sensibles para toda persona y sus familiares, la Clínica Josefina Arregui no busca atender un paciente sino cuidar de una persona que todavía puede mantener fortalezas que es preciso encontrar y a la que hay acompañar y cuidar con la mayor dignidad”.

Durante la rotación, lo que encontré en la clínica fueron exactamente esos valores de los que habla en el texto anterior. La persona como centro del cuidado y la preservación de su dignidad como objetivo primordial de la asistencia.

La clínica consta de un **equipo multidisciplinar** conformado por geriatría, neurología, enfermería, auxiliares de enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia, neuropsicología clínica y trabajo social, en estrecha relación, con un objetivo común: tratar las alteraciones psico-conductuales relacionadas con los distintos tipos de demencia en pacientes ancianos, así como aportar el apoyo necesario al paciente y su entorno para preservar en la medida de lo posible su autonomía y garantizar la máxima red de apoyo socio-económico al paciente y familiares de cara al alta.

En el **área de hospitalización**, hay 21 camas de ámbito público previstas para pacientes con demencia y alteraciones psico-conductuales que no pueden ser manejados de manera ambulatoria, ya sea en domicilio o en residencias de ancianos. Estos pacientes pueden ser derivados directamente a través de su médico de atención primaria o desde otros servicios de hospitalización de la comunidad, así como de las propias consultas externas de la clínica. La estancia media es de aproximadamente 1 mes, tiempo necesario para comprobar si los ajustes farmacológicos realizados son efectivos en al menos un plazo de 1 ó 2 semanas para garantizar el éxito al alta, si bien es sabido que el paciente anciano es un paciente complejo y en alguna ocasión se producen reingresos al cabo de unos meses por aparición de nuevas alteraciones psico-conductuales y/o fracaso del tratamiento previo.

La clínica también consta de un **centro de día** con 25 plazas disponibles, concertadas y privadas, donde acuden pacientes desde domicilio de manera ambulatoria para realización de estimulación cognitiva y desarrollo de actividades orientadas a preservar la autonomía funcional, con el fin de evitar la institucionalización precoz. Son pacientes, por tanto, con una buena red de apoyo, que se benefician del centro para poder seguir viviendo en sus domicilios, en su entorno, el mayor tiempo posible.

Por otro lado, la clínica consta de **consultas de neurogeriatría**, tanto públicas como privadas, donde se realiza seguimiento tanto de los pacientes dados de alta de la propia clínica como de pacientes derivados de atención primaria para valoración. En dichas consultas, de una duración aproximada de 30-60 minutos, se realiza un amplio informe de la historia clínica del paciente: antecedentes médicos y psiquiátricos, medicación habitual, situación basal mediante la VGI, evaluación de distintas escalas cognitivas y funcionales, una anamnesis detallada sobre la enfermedad actual y su desarrollo desde el origen de los primeros síntomas y el tratamiento habitual, así como los cambios que se han ido realizando hasta el momento actual. Se realizan los ajustes de medicación necesarios, con seguimiento posterior, e incluso posibilidad de contactar telefónicamente con el centro en cualquier momento para casos de urgencia por parte de los familiares, sin necesidad de cita previa. Y en estas mismas consultas se seleccionan a pacientes que precisen de ingreso hospitalario, realizándose el mismo en un margen aproximado de una semana; estos pacientes se benefician a su vez de ingresos, por lo general, más breves, al menos según mi experiencia en el centro, dado que son pacientes ya conocidos y desde el día uno de ingreso ya se realizan cambios farmacológicos bien orientados.

Además, cuentan con **consultas de neuropsicología clínica**, tanto para pacientes ambulatorios como para pacientes hospitalizados, que aporta un estudio sobre los distintos perfiles de demencia, lo que ayuda a filiar bien a los pacientes, aportar a las familias información sobre el tipo concreto de demencia al que se enfrentan y su pronóstico a corto, medio y largo plazo (es sabido que el curso de la enfermedad difiere mucho, por ejemplo, entre una enfermedad de Alzheimer y una enfermedad por cuerpos de Lewy y, aunque al inicio de la enfermedad es difícil saber si nos encontramos ante una u otra, un buen estudio neuropsicológico aporta muchos datos que, en conjunto con una evaluación neurológica y otras pruebas complementarias como analíticas y pruebas de imagen, ayudan a predecir de mejor manera el posible desarrollo de la enfermedad).

Dentro de la hospitalización, cobra vital importancia el equipo de **terapia ocupacional y fisioterapia**. Cabe recordar que la enfermedad mental repercute en múltiples dominios de la persona, siendo importante el deterioro funcional que ocasiona en la mayoría de los pacientes.

Gran parte de los pacientes que ingresaban en la clínica presentaban deterioro funcional de distinto grado, que eran atendidos en terapia ocupacional y fisioterapia con el fin de devolver la autonomía previa. Eran además casos habituales los que presentaban un deterioro funcional secundario a fármacos de uso cotidiano para el manejo de síntomas psico-conductuales que presentan efectos secundarios como por ejemplo los extrapiramidalismos; estos casos me parecieron de lo más llamativos, dado que solían ser deterioros funcionales severos agudos o subagudos que, con cambios de medicación y un intenso trabajo de rehabilitación funcional, pasaban de ingresar en silla de ruedas a ser dados de alta caminando con andador.

La clínica cuenta además con **residentes MIR y EIR** de distintas especialidades (familia, geriatría y, en un futuro, quizá también psiquiatría), así como **estudiantes** tanto de medicina como de enfermería y auxiliares, que además de nutrirse de todo lo que la clínica tiene para aportarles a nivel docente y humano, me atrevería a decir que también nutren a la clínica de otros conocimientos y perspectivas, lo que considero que hace crecer cada día su labor asistencial.

2. LA HOSPITALIZACIÓN

Durante la rotación en la Clínica Josefina Arregui, mi actividad se desarrolló principalmente en el área de hospitalización, llevando los pacientes de mi adjunto asignado, el Dr. Javier González Gómez, neurólogo. La labor consistía en realizar en conjunto los nuevos ingresos mediante una reunión con el paciente y los familiares a su llegada, reevaluar a diario a los pacientes desde que se levantaban hasta después de la comida, así como ajustar su tratamiento y planificar los cuidados y asistencia al alta.

El aspecto más importante de la labor del médico en la clínica era, sin duda, la realización de una correcta **historia clínica**. Era el eje de la atención, dado que a partir de los datos recogidos en ella se activaban todos los recursos necesarios para la correcta atención del paciente; era en el momento del ingreso donde se iniciaba o ajustaba el tratamiento del paciente, se reunía a los familiares con la trabajadora social para evaluar la situación socio-económica del paciente (ley de dependencia, previsión de institucionalización al alta, aporte de ayudas en domicilio...), se comentaba el caso con terapia ocupacional y fisioterapia para evaluar de qué actividades personalizadas podría beneficiarse cada paciente, y con enfermería se evaluaban distintos aspectos del cuidado como tipo de dieta, evaluación de disfagia, uso de dentadura postiza, lentes o audífonos si aportaban, necesidad de cuidados de úlceras o de dispositivos que aportara el paciente como sondas vesicales o de colostomía, así como determinar el nivel de autonomía del paciente y si precisaba o no algún tipo de contención física (cinturones, barras en cama); todos estos aspectos eran reevaluados a lo largo del ingreso y solían ir cambiando con el objetivo de preservar la autonomía y dignidad de cada paciente.

Me llamaba la atención que, en esa primera entrevista, se insistía en la recogida de datos como la **profesión** que tuvo el paciente, **aficiones, hábitos, nivel de estudios...** datos que ayudaban a conectar con el paciente, generar confianza con el personal y desarrollar actividades personalizadas que ayudaran a manejar las distintas patologías, consiguiendo un manejo conductual óptimo y evitando en la gran mayoría de los casos hacer uso de medicación de rescate. Por ejemplo, un tipo de paciente muy habitual era la mujer, por lo general ama de casa, con preocupaciones recurrentes sobre “qué hay de comida”, “esto está muy desordenado”, “hay que recoger”; en estos casos, durante la hospitalización, realizaban tareas domésticas en las

sesiones de terapia ocupacional como limpiar, doblar ropa, recoger las actividades de la sala de terapia..., que favorecían el bienestar del paciente y evitaba episodios de desorientación, agitación, etc. Con otros pacientes, en momentos de agitación, solían preguntarles sobre su profesión, algunos incluso creían que aún estaban en el trabajo, así como por sus hijos, su lugar de nacimiento, vacaciones, aficiones, consiguiendo un manejo verbal muy efectivo. He de destacar en este aspecto la profesionalidad de enfermeras y auxiliares que en el día a día lidiaban con este tipo de conflictos, expertas en el manejo conductual dado que llevaban años trabajando en la clínica, lo que garantizaba una asistencia óptima en los cuidados y favorecía ingresos más cortos, dado que los tratamientos farmacológicos podían ser ajustados con mayor efectividad.

También se recogían aspectos sobre la **personalidad previa**, algo que, según aprendí desde el primer día, era primordial, dado que el tratamiento posteriormente iría enfocado al manejo de los signos y síntomas que la familia refiriera como impropios en el paciente (asumidos entonces como resultado de su enfermedad), entendiendo siempre que los rasgos de la personalidad previa no eran modificables. Por ejemplo, era habitual la presencia de signos afectivos en los pacientes que ingresaban, pero en algunos casos la familia los reconocía como habituales de los pacientes, refiriendo que siempre habían sido “poco expresivos”, “poco habladores”, “con tendencia al pesimismo”... En estos casos se veía que a pesar de realizar modificaciones en el tratamiento llegaba un punto en el que la clínica no variaba, incluso los familiares referían encontrarles “mejor que nunca”, por lo que comprendí que era realmente importante conocer al paciente antes de la enfermedad, aunque fuera a través de una anamnesis a segundas personas.

Durante la hospitalización, se realizaba un seguimiento exhaustivo de los pacientes por parte del equipo de enfermería y auxiliares, que en cada turno realizan una amplia **recogida de datos sobre el día a día de los residentes**: situación psico-conductual detallada a lo largo del turno, ingestas, deposiciones, incidencias (caídas, aparición de heridas o úlceras, conflictos con otros residentes), diuresis, actividades en las que han participado, visitas de familiares, descanso nocturno... Todo ello era imprescindible a la hora de ajustar tratamientos, permitiendo conocer en qué momentos del día el paciente tendía a estar más agitado, o más somnoliento, o si la aparición de nuevos síntomas o exacerbación de los previos podría estar desencadenada por patología orgánica subyacente (siempre había que descartar primero la patología más frecuente en estos pacientes: deshidratación, dolor, retenciones agudas de orina, procesos metabólicos o infecciosos...).

3. EL DÍA A DÍA EN LA CLÍNICA

La jornada comenzaba a las 8:00 con el **pase de enfermería** (con médicos, auxiliares de enfermería, trabajadora social, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional), en el que se detallaban las incidencias de la tarde y la noche de cada paciente y, los lunes, las de todo el fin de semana; si algún paciente había presentado alguna incidencia, se aprovechaba que aún seguían en cama para explorarles antes de levantarles. Era el pase más importante del día, dado que el equipo médico solo estaba presente por las mañanas de diario (y de guardia localizada para urgencias el resto del tiempo), por lo que teníamos que ponernos al día de todas las incidencias. Era interesante escuchar las anécdotas de enfermería, que ayudaban a hacerse una idea más exacta de cómo habían pasado el día los internos.

Posteriormente revisábamos los **evolutivos** en el ordenador, por si se hubiera escapado algo en el pase, revisábamos las constantes y el tratamiento y organizábamos el día. Cada paciente requería atención en un aspecto distinto (recuperación funcional, revisión de estado de alerta, control de síntomas psico-conductuales, control de edemas, control de tensión arterial, glucemias...) por lo que era importante revisar todo a primera hora para ir solucionando problemas que iban apareciendo durante el mes de ingreso, debido principalmente a los efectos adversos de fármacos que se iban introduciendo en los tratamientos.

Solíamos ir a verlos en el **desayuno**, donde valorábamos los efectos de la medicación de la noche (había que comprobar que no produjeran excesiva somnolencia diurna), así como la autonomía en las ingestas. Era una primera imagen de cada paciente, que nos servía de comparación con el resto del día, pues solían presentar grandes diferencias con el paso de las horas.

Posteriormente iban todos los pacientes a la **sala de sillones**, donde se ponía normalmente canciones o la televisión, aunque la mayoría no solían estar pendientes; solían echarse alguna que otra siesta. En este rato, aprovechaban terapeuta ocupacional y fisioterapeuta para hacer las actividades individuales, llevando a la **sala de terapia** o al **gimnasio**, respectivamente, a los distintos pacientes, para realizar evaluaciones y realizar distintas actividades; actividades a las que solía ir yo en calidad de observadora y pude comprobar de primera mano la excelente labor que realizaban en ellas.

También la neuropsicóloga del centro iba realizando a lo largo de la mañana las **evaluaciones neuropsicológicas** a los pacientes a los que fuera posible (la gran mayoría, pero algunos con deterioro cognitivo avanzado no podían ser evaluados ya que no podían responder a los distintos tests). Se solía hacer una evaluación al ingreso y otra al alta en aquellos pacientes donde, tras el ajuste de tratamiento, se objetivaban cambios significativos; en caso contrario, solo se realizaba una evaluación, normalmente al ingreso, que servía tanto para el equipo médico para catalogar mejor el tipo de demencia y optimizar el tratamiento, así como para terapia ocupacional para saber en qué aspectos cognitivos (memoria, lenguaje, praxias...) había potencial mejoría con la terapia y enfocarse en ellos durante el ingreso.

A media mañana, se realizaba la **terapia grupal**, donde cada día se centraban en un tipo de actividades distintas: terapia física, terapia cognitiva y musicoterapia. La selección de los pacientes para estas actividades dependía de su grado de demencia, su capacidad de colaboración, pero por lo normal la mayoría solían acudir, aunque no siguieran con exactitud las actividades, porque también les aportaba beneficio. Algún día que, por circunstancias excepcionales, no hubo terapia grupal, o los fines de semana, se veía que había mucha más incidencia de delirium, tanto hiperactivo como hipoactivo, comprendiendo el valor que tienen tales actividades en su día a día.

Tras la terapia, iban yendo a la **comida**, donde volvíamos a verlos. Por lo general solían estar mucho más despiertos que en el desayuno, colaboraban mejor y era un momento para aprovechar y que nos contaran, los que podían, cómo se encontraban y qué tal les había dio la mañana, y una nueva oportunidad para evaluar la autonomía y la situación psico-conductual tras las actividades.

Durante la mañana, además, a veces teníamos **consulta** de pacientes derivados de atención primaria o bien revisiones de los pacientes que habían estado hospitalizados en la clínica, que acudían para revisión o por situaciones que desde primaria ya no eran manejables.

También un par de veces a la semana teníamos **ingresos y altas**, que solían ser a primera hora. En ambos casos nos reuníamos con los familiares, ya fuera para realizar la historia clínica al ingreso o para comentar el alta con ellos y explicar el tratamiento pautado. Ambas situaciones me parecían muy emocionantes porque cuando la familia venía a dejar a un paciente solían despedirse con sensación de desahogo pero a la vez de pena, muchos nos preguntaban si estaban haciendo lo correcto, expresaban sentimiento de culpa por sentir que los abandonaban; al alta en cambio solían ser siempre emociones contrarias, de alegría, sobre todo con los ancianos con deterioros cognitivos más leves, que celebraban el alta y la vuelta con sus familias... aunque más de uno al final quería quedarse, sobre todo los que al venir pusieron muchas pegas para ingresar. Estos momentos eran, para mí, los favoritos de la semana.

Los jueves se realizaba la **reunión multidisciplinar**. En estas reuniones todo el personal (médicos, un representante de enfermería, un representante de auxiliares, terapeutas ocupacionales, fisioterapeuta, neuropsicóloga y trabajadora social) comentaba los aspectos más importantes de cada paciente de manera que se ponía en común el plan de tratamiento y se tomaban decisiones de cara al alta. Tenía especial importancia en estas reuniones la trabajadora social, pues era quien se encargaba de conciliar con las familias las ayudas al alta y, cuando era preciso, la institucionalización, que solía ser en residencias privadas dado que la ley de dependencia se comenzaba a tramitar en el ingreso.

Por último, todos los días a las 15:00, tenía lugar un nuevo **pase de enfermería**, donde se comentaban los cambios en el tratamiento y las incidencias de la mañana.

Por lo general, los pacientes, como he dicho, solían estar ingresados aproximadamente un mes, por lo que en algunas ocasiones era necesario derivarlos al **hospital**, ya fuera para solicitar pruebas complementarias que no eran posible realizar en el centro (sobre todo de radioimagen) como para una evaluación por el equipo de urgencias. Fueron pocos casos los que vi, y por lo general no acababan ingresando porque el manejo se podía hacer en la propia clínica, donde había posibilidad de tratamiento parenteral. El problema de estos traslados es que suponían un viaje de ida y otro de vuelta de aproximadamente una hora cada uno, más la estancia en el hospital donde a veces no tenían ni a sus familiares cerca, lo cual era un gran factor estresante para estos pacientes; es por ello que desde la clínica se intentaba evitar en la medida de lo posible estas derivaciones y, por lo general, solían manejarlos in situ, lo que me descubrió que muchas veces puede ser suficiente con una analítica (que en la clínica demoraba 24 horas el resultado) y una buena exploración física y anamnesis para poner un tratamiento acertado, evitando generar un discomfort en los ancianos y un mayor consumo de recursos.

Por último, me gustaría destacar que, en el día a día, gracias a que la presión asistencial de la clínica difería mucho de la que he vivido en el medio hospitalario, siempre lográbamos dedicar una o dos horas a **docencia**, lo que me permitió realizar mis propios apuntes sobre demencia y psicofármacos, gracias a las sesiones que recibí tanto por parte del tutor como de la neuropsicóloga, Laura Moreno Eguinoa. Además, a medida que hacía los apuntes buscando en diferentes fuentes, iba preguntando dudas a los distintos especialistas de la clínica e iba aplicando los nuevos conocimientos a los pacientes que estaban ingresando, comprendiendo

poco a poco el por qué de la elección de un neuroléptico frente a otro y profundizando en el tratamiento específico de la demencia. Fue la primera rotación que me permitió dedicar parte del tiempo a realmente estudiar y profundizar en el conocimiento y siento que ha sido la rotación más productiva que he tenido hasta la fecha.

4. CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS

Como he comentado, durante la rotación pude realizar apuntes de todo lo que iba aprendiendo, y lo fui unificando todo en distintas tablas. Procedo a resumir brevemente los aspectos más importantes de tales apuntes:

- **Perfiles neuropsicológicos en demencia**, aplicables sobre todo el inicio de la enfermedad, dado que en estadios avanzados todas terminan afectando a la mayoría de las funciones cognitivas, que son: **memoria, lenguaje, praxias, gnosias, atención, ejecución y función visuoespacial**. Se distinguen:
 - **E. Alzheimer (EA)**: predominio de alteración mnésica.
 - Demencia frontotemporal variante frontal (DFT-F): predominio de alteración en ejecución.
 - **Demencia frontotemporal variante semántica (DFT-S)**: predominio de alteración en memoria, lenguaje y gnosias.
 - **Afasia progresiva no fluente (APNF)**: predominio de alteración en lenguaje.
 - **Demencia por cuerpos de Lewy (DCL)**: predominio de alteración en atención, ejecución y visuoespacial.
 - **E. Parkinson (EP)**: predominio de alteración en ejecución y visuoespacial.
 - **Demencia vascular (DV)**: afectación muy variable según la localización de las lesiones.

Cabe destacar que estos perfiles no son exclusivos, que cada paciente puede presentar cursos distintos dentro de un mismo tipo de demencia, pero que, por lo general, si encontramos a pacientes con un predominio de una alteración frente a otra, nos orientaría más a un tipo de demencia que a otro; para un diagnóstico certero, habría que ver la evolución a lo largo de los años y apoyarse de nuevas pruebas complementarias que van apareciendo de radioimagen, biomarcadores, medicina nuclear, etc.

- **Neurotransmisores** relacionados con la demencia y sus síntomas (síntesis, receptores, efecto neurológico, circuitos, patología neurológica, reguladores positivos, reguladores negativos, fármacos que modifican su síntesis o eliminación y efectos a nivel cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, endocrino, músculo-esquelético, genitourinario, ocular y tejido tegumentario). A continuación, lo más destacable de cada uno en relación con la aplicación en demencias y sus tratamientos:
 - **Acetilcolina/Muscarina**: interviene en circuitos de memoria, recompensa y extrapiramidales. Su déficit se asocia a DCL, EP y EA, además de PSP (parálisis supranuclear progresiva) y otras enfermedades neurológicas como la miastenia gravis. Los IACE (inhibidores de la acetilcolinesterasa) como la Rivastigmina y la Galantamina actúan elevando los niveles de este neurotransmisor en sangre.
 - **Dopamina**: su déficit produce temblores, rigidez, apatía, déficit de atención, anhedonia... mientras que su exceso produce manía, hipersexualidad y psicosis. Neurotransmisor, por tanto, primordial en lo que a síntomas psico-conductuales

asociados a la demencia se refiere. Su déficit se asocia a ECL, EP y PSP. Fármacos como el bupropion, el metilfenidato y la levodopa aumentan sus niveles en sangre.

- **Adrenalina/Noradrenalina:** relacionadas con la ansiedad. El déficit de noradrenalina se relaciona con la enfermedad de Alzheimer. Fármacos que aumenten la noradrenalina en sangre son los ISRN, la mirtazapina, el bupropion y el metilfenidato.

Cabe destacar que es primordial conocer y comprender bien el eje de síntesis de Adrenalina a partir de tirosina, pues ayuda a comprender efectos secundarios de fármacos, así como la relación de estos neurotransmisores con la enfermedad tiroidea. El eje de síntesis es el siguiente:

Tirosina → DOPA → Dopamina → Noradrenalina → Adrenalina.

- **Serotonina:** relacionada con la inhibición sexual, la temperatura corporal, el dolor, el placer, el humor y el sueño (fase lenta). Su déficit se relaciona con la EA. Fármacos que aumentan sus niveles en sangre son los ISRS, ISRN, la mirtazapina y el sumatriptán. Se metaboliza en melatonina, lo cual explica su relación con el sueño y es de utilidad para comprender las alteraciones secundarias a fármacos.
- **GABA:** principal neurotransmisor inhibitor del encéfalo, hipnótico. Actúan a este nivel los FAE (fármacos anti-epilépticos), las benzodiazepinas y el clometiazol (distraneurine); este último, de gran utilidad en ancianos con alteración del sueño REM.
- **Glutamato/Aspartato:** se relaciona con la excitabilidad del sistema nervioso central, regula el ciclo vigilia/sueño, inhibe el apetito y se relaciona con la degeneración neuronal y la neurotoxicidad. Sus receptores son los NMDA, diana de un fármaco clave en la EA que es la Memantina, la cual actúa inhibiendo dicho receptor.
- **Histamina:** principal excitador del sistema nervioso central, aumentada en la EA. Sus receptores son diana de muchos antipsicóticos de segunda generación, lo cual es importante conocer para comprender algunos de sus efectos secundarios.

- **Clasificación de antipsicóticos** (características farmacológicas y metabólicas y efectos secundarios).

- **De primera generación (antipsicóticos típicos):** el **Haloperidol** y el **Flumazenilo** presentan, sobre todo en el anciano, alto riesgo de parkinsonismo, acatisia, distonía, discinesia tardía e hiperprolactinemia, motivo por el cual su uso en esta franja de edad se limita a situaciones donde otras medidas han fracasado y siempre a la mínima dosis eficaz, siendo no recomendado su uso de manera pautada. Por otro lado, la **Clorpromazina** presenta elevado riesgo de alargamiento de QT, así como efectos anticolinérgicos, hipotensión arterial, discinesia tardía y sedación, por lo que su uso también es muy limitado en ancianos.
- **De segunda generación (antipsicóticos atípicos):**
 - **Aripiprazol:** es el que menos efectos secundarios presenta de todos los antipsicóticos, con un leve aumento del riesgo de acatisia y, aunque en primera instancia parece que sus efectos antipsicóticos eran limitados, cada vez hay más estudios que demuestran su efectividad en el paciente ancianos, sobre todo valorando su baja tasa de efectos secundarios.

Además, lo encontramos tanto en solución como en comprimidos y también para inyección intramuscular y administración depot.

- **Clozapina:** muy limitado su uso por una elevada tasa de efectos secundarios, entre los que destaca la aganulocitosis, efectos anticolinérgicos, aumento de peso, alteraciones de glucemia y tensión arterial...
 - **Olanzapina:** muy empleado como sedante, igualmente disponible en distintas presentaciones (comprimido, solución, intramuscular y depot), lo que facilita su uso tanto en el momento agudo como a largo plazo, aunque también presenta como efectos secundarios el aumento de peso y alteraciones en el perfil glucémico y lipídico, si bien es cierto que en muchos ancianos con demencias avanzadas el riesgo/beneficio va a favor del uso de este fármaco.
 - **Quetiapina:** fármaco ampliamente empleado en ancianos, con efecto sedante, con menor tasa de efectos secundarios aunque, como los previos, aumenta el riesgo, de manera más moderada, de efectos anticolinérgicos, prolongación del QT, alteraciones metabólicas... Cabe destacar que hay que tener precaución en pacientes con insuficiencia renal y hepática.
 - **Risperidona:** otro fármaco muy útil en ancianos para el manejo de síntomas psico-conductuales asociados a demencia ya que, aunque no está exento de los efectos secundarios que presentan el resto de antipsicóticos, su riesgo es, al igual que la quetiapina, menor. Además, presenta menor riesgo de sedación.
- Clasificación de antidepresivos (características farmacológicas y metabólicas y efectos secundarios).
- **ISRS: Escitalopram, Citalopram, Sertralina, Fluoxetina, Paroxetina, Fluvoxamina.** De primera elección en demencia para el manejo de síndrome ansioso-depresivo, síndrome impulsivo (sobre todo para casos de hipersexualidad), síndrome pseudobulbar y agitación (sobre todo los de perfil más sedante como la paroxetina). También es de primera elección en post-ictus. Precaución con el citalopram en cardiópatas, pues prolonga el QT. Han de ser retirados en trastornos del sueño REM y en el síndrome maniforme.
 - **ISRN (duales): Venlafaxina, Desvenlafaxina y Duloxetina.** Dentro de sus efectos secundarios destacan los síntomas gastrointestinales. Precaución en síndrome ansioso-depresivo e impulsividad, por sus efectos noradrenérgicos podrían empeorarlos. Han de ser retirados en trastornos del sueño REM y en el síndrome maniforme.
 - **Atípicos: Mirtazapina y Bupropion.** Se emplean igualmente en el síndrome ansioso-depresivo y síndrome pseudobulbar, siendo la mirtazapina de elección para pacientes con trastorno del sueño e hiporexia, dado que tiene efectos sedantes y aumenta el apetito. Han de ser retirados en trastornos del sueño REM y en el síndrome maniforme.
 - **Moduladores de la serotonina: Trazodona.** La trazodona, según la dosis, presenta efecto hipnótico o antidepresivo. Como efectos secundarios, destaca la hipotensión ortostática y los síntomas gastrointestinales, que aumentan cuanto mayor sea la dosis administrada.

- **Tricíclicos: Amitriptilina, Clomipramina, Nortriptilina.** De segunda elección por sus mayores tasas de efectos secundarios, entre las que destacan los efectos anticolinérgicos y la prolongación del QT. Cabe destacar que los dos primeros presentan además elevado riesgo de disfunción sexual, a valorar en casos de hipersexualidad.
- Tratamientos específicos para los distintos tipos de demencia:
 - **E. Alzheimer:** los **IACE** están indicados en cualquier momento de la enfermedad, dado que presentan eficacia moderada en cognición y alteraciones de conducta, salvo si se presentan efectos secundarios (síndrome colinérgico, síncope, bradiarritmias...), en tal caso se debería probar con otro IACE antes de valorar la retirada. La **Memantina** está indicada a partir de EA moderada, salvo aparición de efectos secundarios (agitación, mareos, náuseas, trastornos del sueño...), por su beneficio en la cognición, aunque no presenta beneficio en la agitación. Precaución en pacientes cardiopatas, hipertensos o epilépticos.
 - **Demencia frontotemporal:** por lo general, **IACE y Memantina** no están recomendados por su ineficacia.
 - **Demencia por cuerpos de Lewy:** la **Rivastigmina** presenta evidencia de beneficio en la cognición (más en atención) y en las alucinaciones visuales, por lo que sería el IACE indicado en estos pacientes; se debe suspender si aparición de disautonomía. No se ha demostrado eficacia de la Memantina en estos casos. Cabe destacar que estos pacientes presentan una elevada hipersensibilidad a fármacos, por lo que es primordial retirar los prescindibles.
 - **Demencia vascular:** la **Galantamina** es el IACE con más evidencia en la demencia vascular y es de elección en demencias mixtas. Tampoco se ha demostrado evidencia de la Memantina en estos pacientes.
- Deprescripción:
 - **IACE y Memantina:** si en ningún momento han presentado beneficio, se ha producido una progresión rápida a pesar del tratamiento o aparecen efectos secundarios relevantes, han de ser suspendidos. La retirada se realiza gradualmente con bajadas de dosis del 50% cada 4 semanas.
 - **Antidepresivos:** mantener al menos 6-12 meses. La retirada se realiza gradualmente con bajadas de dosis del 25-50% cada 3 meses. Se han de mantener de manera indefinida si han existido uno o más episodios ansiosos o depresivos en el mismo paciente que requirieron tratamiento farmacológico o si aparece una recaída tras la retirada del fármaco.
 - **Antipsicóticos:** se han de mantener siempre el menor tiempo posible (si hay respuesta, 4 meses; si no la hay, 4 semanas), valorando siempre riesgo/beneficio. No se deben retirar si existe un cuadro psicótico de base no asociado a demencia.

5. CASOS ESPECIALES

Durante los dos meses que estuve rotando en la Clínica Josefina Arregui, los casos más frecuentes fueron de demencias tipo Alzheimer, Parkinson y frontotemporales con alteraciones psicoconductuales asociadas, donde predominaban la agitación, el opositorismo a los cuidados o, por el contrario, la excesiva somnolencia diurna con alteración del ciclo vigilia/sueño. La

mayoría de los casos respondían al tratamiento, en algunos llevaba más tiempo dar con la dosis apropiada, otros desde el ingreso comenzaban a mostrar mejoría. Sin embargo, hubo algunos casos que me gustaría destacar tanto por la dificultad en su manejo como por las peculiaridades que mostraban con respecto al resto y que se salían, de alguna manera, de lo habitual.

- **Trastornos del sueño.**

Sin duda, unos de los trastornos que más difícil me pareció tratar durante la rotación. Además, suponían uno de los mayores problemas para la vuelta a domicilio porque por lo general las familias no podían permitirse un cuidador exclusivo para las noches y un cuidador 24 horas era inviable dado que las alteraciones del paciente requerían de una atención continua. Se trataba de pacientes que se agitaban predominantemente por la noche, incluso muchos luego por el día no presentaban ningún tipo de alteración conductual. Dentro de estos pacientes el principal reto era discernir entre un trastorno del sueño REM (TSREM) (presentaban agitación estando dormidos) de otros trastornos (donde el paciente presentaba agitación estando alerta, el problema era la dificultad para conciliar el sueño y/o mantenerlo); el tratamiento para estos grupos difería, siendo para el TSREM de elección la melatonina y estando contraindicados los antidepresivos como la Mirtazapina o la Trazodona que son, en cambio, de elección en el resto de pacientes ancianos, donde las benzodiazepinas están contraindicadas para el insomnio en esta franja de edad.

Lo que aprendí de la rotación es que es importante primero distinguir estos dos grupos de pacientes en un primer lugar, para enfocar el tratamiento hacia una u otra patología y, también, que son pacientes que, a pesar de responder al tratamiento, la vuelta a domicilio tras el alta no suele estar indicada salvo que tengan un cuidador exclusivo para las noches, dado que la mejoría con el tratamiento solía limitarse a conseguir el descanso durante unas horas pero era muy difícil conseguir un descanso ininterrumpido de 8 horas sin presentar efectos secundarios de la medicación dosis-dependiente, principalmente excesiva somnolencia diurna. Por tanto, en estos pacientes suele estar indicada la institucionalización más precoz, a pesar de que durante el día sí pudieran convivir en el domicilio.

- **Psicosis de inicio tardío.**

Tuvimos un caso peculiar, de una paciente con alucinaciones visuales (zoopsias), que tras varios ingresos en Geriátrica previos, así como varias visitas a Urgencias llevada por su hija, fue catalogada de demencia frontotemporal variante conductual, sin haberse realizado un estudio previo, e iniciando tratamientos como ISRS y ansiolíticos que no estaban siendo efectivos, motivo por el cual ingresó en la clínica Josefina Arregui bajo orden judicial para estudio y ajuste de tratamiento. Dada la experiencia de la clínica en demencias y trastornos psico-conductuales asociados y gracias a una historia clínica amplia y desarrollada, desde el ingreso orientaron el caso como un cuadro psicótico en relación con cuadro afectivo crónico ansioso-depresivo a raíz de varios duelos patológicos que había sufrido la paciente, centrando el tratamiento desde el principio en fármacos antipsicóticos, que fueron efectivos casi de manera inmediata. Una vez resuelto el cuadro psicótico, el estudio neuropsicológico no mostró alteraciones significativas en ninguna esfera cognitiva, por lo que se descartó el diagnóstico de demencia y se mantuvo el tratamiento antipsicótico, planificando al alta revisiones periódicas en consultas externas. Tuve la suerte de poder ver a la paciente en una de esas revisiones y mantenía una vida normal, en su domicilio, había aceptado el

tratamiento (aunque persistía anosognosia de enfermedad) y permitía ayuda parcial por parte de su hija y una cuidadora, algo que previo al tratamiento fue imposible y fue lo que motivó un ingreso involuntario. Aprendí de este caso la importancia de una buena historia clínica y conocí una nueva patología hasta entonces para mí desconocida, la psicosis de inicio muy tardío, y su diagnóstico diferencial con la demencia. Fue un caso para mí tan especial que lo presento en formato póster-defensa en el próximo congreso de la SEGG.

- Delirios de abandono.

Muchos de los pacientes que ingresaban con deterioro cognitivo leve o moderado, presentaban ideas de abandono por parte de los familiares, así como de ser una carga, e incluso deseos de muerte por este motivo. Lo que me llamó la atención durante la rotación es que algo que se solía asumir como un delirio de abandono no solía quedarse ahí. Si bien es cierto que ningún paciente presentaba una situación real de abandono y descuido en domicilio por parte de los familiares, la percepción subjetiva de abandono era real, pues era el resultado final de una situación de soledad, a veces elegida y a veces no, que con el paso de los años los ancianos comenzaban a sentir como abandono, pues comenzaban a ser conscientes de sus déficits en las labores cotidianas del día a día y no encontraban la ayuda suficiente para resolverlos, y además las limitaciones para quedar con amigos, salir de casa, llamar por teléfono, etc. les hacía encontrarse cada vez más horas a lo largo del día sin compañía. En cambio, estas situaciones solían ser percibidas por la mayoría de familiares como poco importantes, sobre todo en casos en los que los ancianos durante la edad adulta no habían sido personas muy sociables, por lo que los familiares, que solían ir de visita todas las semanas e incluso a diario, no percibían que sus ancianos se sintieran solos y abandonados. Creo que es importante hacer ver esta diferencia a la población, pues no tiene por qué darse una situación de déficits cognitivos y/o físicos significativa para precisar valorar tener un cuidador en domicilio, para poner en valor por encima de tales déficits el problema de la soledad en el anciano. Se intentaban ofrecer desde la clínica distintas opciones en centros de día, coordinar con asociaciones de voluntarios visitas a domicilio, paseos, etc.

6. LO QUE ME LLEVO DE LA ROTACIÓN

La rotación en la Clínica psicogeriátrica Josefina Arregui ha sido una de las mejores experiencias de mi residencia. He descubierto nuevas formas de trabajar, que se alejan de lo que he conocido en los hospitales de Madrid, así como una salida profesional que se acerca a lo que me gustaría dedicarme en un futuro. Sin duda una de las mejores cosas que me llevo de la clínica es la humanidad por encima de la enfermedad, algo que siempre me ha motivado en el día a día y que, por desgracia, en los tiempos que corren de prisas y presión asistencial es todo un reto conseguir. Destacar también el excelente manejo conductual que se realiza en la clínica tanto por enfermería como médicos, auxiliares y demás personal asistencial. Es un equipo, además, que trabaja con unos mismos valores y objetivos, un equipo cohesionado, que me hizo ver que distintas formas de trabajar son posibles y mucho más gratificantes.

Me llevo un muy buen recuerdo de la rotación y muchas lecciones aprendidas que aplicaré allá donde ejerza mi labor en el futuro, pues considero que deberían existir más centros así en el resto de España.