



ORIGINAL/SECCIÓN CLÍNICA

Prevalencia de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes institucionalizados con diagnóstico de demencia y factores asociados: estudio transversal multicéntrico[☆]

Aida Robles Castiñeiras^a, Gabriel J. Díaz Grávalos^{b,*}, Santiago Reinoso Hermida^c, Ana López González^d, Carmen Vázquez Gil^e y Alejandro A. García Caballero^f

^a Centro de Salud Xinzo de Limia, SERGAS, Ourense, España

^b Centro de Salud Cea, SERGAS, Ourense, España

^c Centro de Salud O Carballiño, SERGAS, Ourense, España

^d Centro de Salud Mariñamansa, SERGAS, Ourense, España

^e Enfermería hospitalaria, Complejo Hospitalario de Ourense, SERGAS, Ourense, España

^f Departamento de Psiquiatría, Complejo Hospitalario de Ourense, SERGAS, Ourense, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de agosto de 2011

Aceptado el 21 de febrero de 2012

On-line el 10 de mayo de 2012

Palabras clave:

Demencia
Síntomas neuropsiquiátricos
Institucionalización
Centro residencial

R E S U M E N

Objetivo: El objetivo fue estimar la prevalencia y la gravedad de los síntomas neuropsiquiátricos en los pacientes con demencia ingresados en centros residenciales, evaluando su asociación con ciertos factores que podrían influir en su aparición.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal. Se incluyeron todos los ancianos diagnosticados de demencia degenerativa, vascular o mixta, en estadios 4 a 7 de la *Global Deterioration Scale* de Reisberg (GDS), y residentes en 6 centros residenciales de la provincia de Ourense (España). Se calculó un tamaño de muestra de 120 individuos. La evaluación de los síntomas se realizó utilizando el *Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home* (NPI-NH). La influencia de los factores considerados se analizó mediante el análisis de regresión lineal y logística.

Resultados: Fueron incluidos 212 casos con una media de edad de 85,7 (6,7) años. La prevalencia de síntomas neuropsiquiátricos fue 84,4%. El síntoma más común fue la apatía, seguido por la agitación y el delirio; los menos frecuentes fueron la euforia y las alucinaciones. El síntoma que producía más interrupción ocupacional fue la agitación. El análisis multivariante mostró que una mayor puntuación en el NPI-NH estaba asociada con mayor puntuación en la escala GDS y el uso de neurolépticos, inhibidores de la colinesterasa y memantina.

Conclusiones: En los pacientes con demencia institucionalizados los síntomas neuropsiquiátricos que presentan prevalencia elevada se asociaban con la gravedad de la demencia GDS, el uso de neurolépticos, inhibidores de la colinesterasa y memantina.

© 2011 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Prevalence of neuropsychiatric symptoms and associated factors in institutionalised dementia patients: A multicentre cross-sectional study

A B S T R A C T

Objective: The aim was to estimate the prevalence and severity of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia in nursing homes, assessing their association with certain factors that may influence their occurrence.

Material and methods: A cross-sectional study was carried out, and included all elderly patients diagnosed with degenerative, vascular, or mixed dementia, stage 4 to 7 on the *Global Deterioration Scale* of Reisberg (GDS), and residents in 6 nursing homes in the province of Ourense (Spain). A sample size of 120 individuals was determined to be necessary. The assessment of symptoms was performed using the *Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home* test. The influence of the determined factors was investigated using logistic and linear regression analysis, and subsequently corrected for possible confounding factors.

Keywords:

Dementia
Neuropsychiatric symptoms
Institutionalization
Nursing home

[☆] Este estudio fue presentado como comunicación en el 18th European Congress of Psychiatry (Múnich, marzo de 2010).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gabriel.diaz.gravalos@sergas.es (G.J. Díaz Grávalos).

Results: A total of 212 cases were included, with a mean age of 85.7 (SD = 6.7) years. The prevalence of neuropsychiatric symptoms was 84.4%. The most common symptom was apathy, followed by agitation and delirium, and the least frequent were euphoria and hallucinations. The symptom that produced most occupational disruption was agitation. Multivariate analysis showed that a higher score on the NPI-NH was associated with a higher score on the Global Deterioration Scale of Reisberg, the use of neuroleptics, cholinesterase inhibitors, and memantine.

Conclusions: In nursing home patients, prevalence of neuropsychiatric symptoms was high, and associated with the severity of dementia (GDS), the use of neuroleptics, cholinesterase inhibitors, and memantine.

© 2011 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La población en las zonas rurales del norte de España está disminuyendo y envejeciendo. De este modo, en las zonas rurales de Ourense (Galicia) las personas mayores de 64 años representan el 35,5% de la población¹. Debido, entre otros, a los cambios sociológicos y a la migración de las generaciones más jóvenes, la población institucionalizada se ha incrementado durante la última década². Desde el punto de vista clínico esto es especialmente cierto en los pacientes afectados de demencia y que presentan síntomas neuropsiquiátricos.

La demencia es un síndrome clínico frecuente en nuestra sociedad³ y su prevalencia se ha incrementado notablemente como resultado del envejecimiento de la población. Su presencia en los centros residenciales españoles se estima en un 61,7%⁴.

Los síntomas neuropsiquiátricos (SNP) asociados a la enfermedad son frecuentes⁵ y suponen un deterioro importante de la calidad de vida del paciente y de sus familiares y cuidadores⁶. Con frecuencia, la presencia de estos síntomas y la carga que generan en el cuidador son decisivos a la hora de determinar el ingreso del paciente en un centro asistido⁷.

Estos SNP suponen un incremento del ya de por sí elevado coste económico de la demencia⁸, conllevan con frecuencia un aumento del uso de medicación psicoactiva⁹ y, en el seno de los centros residenciales, distorsionan el ritmo normal de trabajo y generan un notable estrés añadido en el personal cuidador¹⁰.

Existen pocos estudios que analicen la presencia de posibles factores predictores de los SNP^{9–11}, aunque determinadas características como la edad o el sexo, el estadio evolutivo de la enfermedad, la presencia de comorbilidad o la medicación psicoactiva prescrita podrían influir en la prevalencia e intensidad de esta sintomatología.

El objetivo de este trabajo es estimar la prevalencia y gravedad de los SNP en pacientes diagnosticados de demencia residentes en centros asistidos, evaluando su asociación con determinados factores que podrían influir en su aparición.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal. Se seleccionaron 6 centros residenciales en la provincia de Ourense pertenecientes a una fundación socio-sanitaria sin ánimo de lucro. La selección de los centros se realizó atendiendo a un mero criterio de accesibilidad, por lo que puede considerarse un muestreo de conveniencia. Su tamaño oscilaba entre las 37 y las 182 camas.

Los síntomas neuropsiquiátricos fueron medidos utilizando la versión española del *Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home* (NPI-NH), instrumento diseñado para medir la sintomatología neuropsiquiátrica de los pacientes con diagnóstico de demencia ingresados en un centro asistido utilizando como informador al personal de enfermería o auxiliar que los atiende^{12,13}.

El NPI-NH consta de 12 dominios de sintomatología conductual: delirios, alucinaciones, agitación/agresión, depresión/disforia, ansiedad, exaltación/euforia, apatía/indiferencia, desinhibición,

irritabilidad/labilidad, conducta motora anómala, alteraciones del sueño y del apetito/alimentación. Se cuantifican dichos síntomas en una escala de Likert en función de la frecuencia (de 1 a 4) y gravedad (de 1 a 3) con la que se presentan (en caso de ausencia se puntúa como cero), así como la interrupción ocupacional que ocasionan en la rutina diaria de la residencia. Es posible calcular un valor separado para cada síntoma multiplicando los valores de frecuencia y gravedad, obteniendo valores que oscilan de 0 a 12, así como agrupar los resultados en un único valor que mide la sintomatología de forma global (puntuación de 0 a 120 o de 0 a 144 si se incluyen las alteraciones del sueño y del apetito/alimentación).

A la hora de analizar los resultados, y siguiendo la metodología utilizada habitualmente, se consideró clínicamente relevante una puntuación mayor de 3 en cada uno de los ítems^{14,15}, y mayor o igual a 3 en cuanto a la interrupción ocupacional¹⁶.

Dicho test fue aplicado por uno de los investigadores (ARC), entre los meses de abril y junio del 2009, a la totalidad del personal de enfermería o auxiliar de enfermería encargado del cuidado regular de los pacientes y seleccionado para colaborar en el estudio. Para ser utilizado como informador, el personal tenía que haber trabajado en el centro residencial un mínimo de 6 meses y haber sido instruido en la observación de los síntomas neuropsiquiátricos de forma previa a la inclusión, además de aceptar de forma voluntaria participar en el mismo. El período de observación de sintomatología psiquiátrica en los pacientes seleccionados fue de 2 semanas para intentar evitar cualquier efecto longitudinal. Durante el período de observación los informadores debían haber trabajado en los 3 turnos (mañana, tarde y noche), lo cual era compatible con los turnos rotatorios habituales del personal de los centros residenciales.

Los criterios de inclusión de los pacientes considerados fueron los siguientes:

- Diagnóstico establecido de demencia degenerativa, vascular o mixta, que figurase como tal en la historia clínica. Dicho diagnóstico debía cumplir los criterios del DSM IV¹⁷.
- Su grado de deterioro cognitivo debía estar entre moderado y muy grave, tal como se define en los estadios 4 a 7 de la *Global Deterioration Scale* (GDS) de Reisberg¹⁸.
- Ser residente del centro asistido durante al menos 4 semanas.
- Consentimiento informado firmado por un familiar o persona responsable.

Los criterios de exclusión fueron:

- Demencias definidas como secundarias en la clasificación etiológica de la Sociedad Española de Neurología¹⁹, a excepción de las demencias vasculares que sí fueron incluidas.
- Ausencia de síndrome confusional agudo.
- Pacientes considerados terminales por los facultativos responsables de su asistencia.

La presencia de SNP no se consideró un requisito previo para ser incluido en el estudio.

Al mismo tiempo, a partir de las historias clínicas de cada Centro, se recogieron de cada paciente los siguientes datos: edad, sexo, tiempo de permanencia en el centro residencial (en meses), clasificación etiológica de la demencia y estadio GDS de Reisberg y uso de neurolépticos (NLP) y fármacos modificadores de la evolución de la demencia (FMED), incluyendo aquí los inhibidores de la colinesterasa (donepezilo, rivastigmina y galantamina) y la memantina, así como otros fármacos psicoactivos (antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos y antiepilépticos). La pertinencia del uso de los FMED se evaluó en función de las recomendaciones de la guía NICE (revisión 2011)²⁰ para la utilización de los citados fármacos en la demencia tipo Alzheimer. Así, se consideró que donepezilo, rivastigmina y galantamina estaban indicados en demencia leve y moderada (GDS 4 y 5 de los pacientes recogidos aquí), mientras que memantina estaba indicada en demencia moderada con fallo de los anteriores, así como en demencia grave (GDS 6 de los pacientes incluidos).

Se calculó un tamaño de muestra necesario de 120 individuos. Su cálculo se basó en el tamaño necesario para estimar la media del NPI-NH, tomando como base los resultados de un estudio reciente publicado en nuestro país (DE=20,1)²¹ y asumiendo $\alpha=0,05$ y una precisión del 5%. Las variables categóricas se representaron mediante estimación de proporciones. Las variables cuantitativas se representaron mediante media y desviación estándar (\times , DE). Se calcularon los intervalos de confianza (IC) del 95% cuando fue procedente.

En el análisis bivariable se utilizó según fue necesario, y en función del tipo de variable considerada y de su ajuste a la condición de normalidad, la prueba de χ^2 , comparación de medias mediante la prueba *t* de Student o en su defecto la *U* de Mann-Whitney y la correlación de Spearman.

El análisis de la asociación entre los resultados del NPI-NH y las variables consideradas se realizó por medio de 2 estrategias diferentes del análisis multivariante. Por una parte, se realizó una regresión lineal múltiple considerando como variable dependiente el valor total del NPI-NH. Por otra parte, se realizó una regresión logística considerando como variable dependiente la presencia o no de cada una de las dimensiones del NPI-NH. Se incluyó en ambos modelos edad, sexo, tiempo de institucionalización, grado de deterioro según la escala GDS (utilizada como variable cuantitativa en función de su equivalencia con el *Mini Mental State Examination*²²) y uso de fármacos, en concreto NLP y FMED. Para simplificar el modelo sin reducir su capacidad predictiva se utilizó en ambos casos un método de selección de variables por pasos hacia atrás.

Los datos fueron analizados con ayuda del programa SPSS versión 15.0 (SPSS Inc.), considerándose la significación estadística con un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Se incluyeron 212 casos, con una media de edad de 85,2 (6,7) años (IC del 95%: 84,3-86,1). Existía diagnóstico etiológico de demencia en 115 casos (54,3%), siendo el más frecuente el de probable demencia tipo Alzheimer (57 casos, 26,9%), seguido por la demencia vascular (40 casos, 18,9%) y la demencia mixta (15 casos, 7,1%). Se identificaron también 2 casos de probable demencia por cuerpos de Lewy y uno de probable demencia frontotemporal.

En 97 casos (45,7%) el diagnóstico de demencia era sintomático, sin especificación de probable etiología concreta. La **tabla 1** muestra la estadificación de los pacientes según la escala GDS de Reisberg.

Tenían prescrito un fármaco psicoactivo el 85,4% de los individuos, con una media de 1,8 (1,7) fármacos por paciente (**tabla 1**). La **tabla 2** muestra la frecuencia de uso de los FMED en función del grado GDS de los pacientes. El 24% (34 casos) de los pacientes en estadios 6 y 7 de la escala GDS (demencia grave y muy grave) recibían inhibidores de la acetilcolina. En el caso de los pacientes en

Tabla 1

Características de los pacientes incluidos (N=212)

<i>Edad (años)</i>	
Media (DE)	85,2 (6,7)
Rango	68-99
<i>Sexo (mujeres), (%)</i>	
	155 (73,1%)
<i>Duración de la institucionalización (meses)</i>	
Media (DE)	53,5 (42,5)
Mediana	46,7
Rango	1-249
<i>Clasificación del deterioro según escala GDS</i>	
Estadio 4	31 (14,6%)
Estadio 5	35 (16,5%)
Estadio 6	75 (35,4%)
Estadio 7	71 (33,5%)
<i>Uso de medicación psicoactiva, (% de pacientes)</i>	
Neurolépticos	101 (47,6%)
Antidepresivos	75 (35,4%)
Ansiolíticos	66 (31,1%)
Hipnóticos	30 (14,2%)
Antiepilépticos	9 (4,2%)
FMED	52 (24,5%)

FMED: fármacos modificadores de la evolución de la demencia (incluye inhibidores de la colinesterasa y memantina); GDS: *Global Deterioration Scale de Reisberg*.

estadio 4 y 5 de la citada escala, el porcentaje de uso era del 16,7% (11 pacientes) ($\chi^2 = 0,2$; $p = 0,3$). Respecto a la memantina, era utilizada por 8 pacientes, de los que 6 estaban clasificados en estadios GDS 6 y 7.

La prevalencia de clínica neuropsiquiátrica, definida como la presencia de al menos un síntoma clínicamente significativo (con puntuación NPI-NH ≥ 4), es de 84,4% sin considerar las alteraciones del sueño y del apetito, y de 86,3% incluyéndolas.

La media de síntomas clínicamente significativos es de 2,2 (1,9) sin incluir alteraciones del sueño y del apetito, y de 2,6 (2,2) incluyéndolas.

La **tabla 3** muestra los resultados del NPI-NH. Presentaban interrupción ocupacional clínicamente significativa en al menos un síntoma (puntuación NPI-NH para ese síntoma ≥ 3) el 17,9% de los pacientes si no se incluyen las alteraciones del sueño y del apetito, y el 22,6% si se incluyen. La media del valor obtenido del NPI-NH con alteración del sueño y del apetito fue de 16,5 (12,7) puntos (IC del 95%: 14,8-18,3), oscilando entre cero y 62 puntos.

El análisis bivariable mostraba relación inversamente proporcional entre la duración de la institucionalización y el valor del NPI-NH (rho de Spearman: $-0,183$; $p = 0,001$). No se encontró relación entre la edad y la puntuación obtenida.

La regresión lineal mostró que una mayor puntuación en el NPI-NH estaba asociada con el uso de neurolépticos, FMED y un mayor grado de deterioro en la escala GDS de Reisberg. La institucionalización más prolongada se asociaba inversamente con el valor obtenido en el test (**tabla 4**). La **tabla 5** muestra los resultados del análisis de regresión logística para cada uno de los dominios del test.

Tabla 2

Frecuencia de uso de los FMED en función del grado de deterioro cognitivo medido por la escala GDS de Reisberg

Grado GDS	Número de casos	Número de pacientes que tienen prescrito algún FMED (%)
4	31	7 (22,6)
5	35	5 (14,3)
6	75	27 (36,0)
7	71	13 (18,3)

FMED: fármacos modificadores de la evolución de la demencia (incluye inhibidores de la colinesterasa y memantina); GDS: *Global Deterioration Scale de Reisberg*.

Tabla 3
Resultados del NPI-NH

Síntoma	Media (DE)	Puntuación clínicamente significativa (≥ 4) (%)	Media (DE) de interrupción ocupacional	Interrupción ocupacional clínicamente significativa (≥ 3) (%)
Delirios	1,85 (3,05)	25,9	0,64 (1,02)	6,6
Alucinaciones	0,41 (1,30)	5,1	0,17 (0,53)	1,4
Agitación	2,33 (2,94)	37,1	0,96 (1,19)	10,9
Depresión	1,59 (2,42)	25,5	0,49 (0,70)	0,5
Ansiedad	1,56 (2,14)	25,8	0,65 (0,87)	3,3
Euforia	0,44 (1,32)	7,1	0,19 (0,50)	0,5
Apatía	3,20 (3,71)	47,6	0,68 (0,78)	1,4
Desinhibición	0,55 (1,48)	8,5	0,24 (0,59)	0,9
Irritabilidad	1,38 (2,19)	23,6	0,65 (0,95)	4,7
Conducta motora anormal	0,87 (2,12)	14,6	0,38 (0,80)	2,9
Puntuación total ^a	14,02 (10,77)	84,4	5,05 (4,69)	17,9
Alteraciones del sueño	1,50 (2,65)	21,2	0,54 (0,89)	2,3
Alteraciones del apetito	1,03 (2,27)	15,1	0,49 (0,97)	4,7
Puntuación total con alteraciones del sueño y del apetito ^b	16,53 (12,71)	86,3	6,03 (5,50)	22,6

^a Sobre 120 puntos.^b Sobre 144 puntos.**Tabla 4**
Influencia de diferentes variables en los resultados globales del NPI-NH (12 dominios). Análisis de regresión lineal

Variable	Coefficiente beta	IC del 95%	Valor de p
Estadio GDS	1,8	0,2 a 3,4	0,03
Uso de neurolépticos	4,2	0,9 a 7,5	0,01
Uso de FMED	4,7	0,8 a 8,5	0,02
Duración de la institucionalización	-0,07	-0,1 a -0,03	< 0,001
Edad	-0,02	-0,3 a 0,2	0,90
Sexo	-0,4	-4,3 a 3,5	0,84

FMED: fármacos modificadores de la evolución de la demencia; GDS: *Global Deterioration Scale de Reisberg*.

Discusión

Como resultado de nuestra experiencia podríamos afirmar que los síntomas neuropsiquiátricos son muy comunes en los pacientes diagnosticados de demencia e ingresados en centros residenciales de nuestro entorno: más del 84% presentan al menos un síntoma clínicamente significativo y un porcentaje importante padecen varios síntomas, resultado coincidente con lo encontrado por otros autores^{9,15}.

Frente a los valores más bajos obtenidos en estudios realizados en la comunidad^{23,24}, la mayor prevalencia de SNP en el paciente institucionalizado es fácilmente explicada por ser, con frecuencia, la causa última que motiva su ingreso en un centro asistido⁷. La frecuencia encontrada de los diferentes SNP coincide ampliamente

con lo referido en la literatura. En concreto, los síntomas individuales más frecuentes son la apatía^{13,25,26} y la agitación^{13,15}. En este caso destaca la presencia de delirio entre los síntomas más frecuentes. Burns²⁷ encontró un 28% en los pacientes con enfermedad de Alzheimer, que se aproxima a la registrada aquí.

Por lo que se refiere a la interrupción ocupacional, los resultados obtenidos concuerdan con los publicados por otros autores^{16,28}, que también encuentran como síntomas que generan mayor estrés en los cuidadores profesionales la agitación, los delirios y la irritabilidad. Asimismo, sus resultados muestran como síntomas menos generadores de interrupción la euforia, la desinhibición, las alucinaciones y la apatía.

En diferentes publicaciones^{21,24,29} los SNP aumentan a medida que lo hace la gravedad de la demencia, coincidiendo con lo encontrado aquí. El descenso de la intensidad de los síntomas observado en el último estadio, GDS 7, se podría explicar por la dificultad para valorar la presencia de clínica neuropsiquiátrica en pacientes con demencia muy avanzada o bien en el hecho de que este estadio suele coincidir con un deterioro físico lo suficientemente grave como para limitar la expresividad de los síntomas³⁰.

En la mayoría de los estudios publicados^{9,15}, al igual que ocurre en esta muestra, los neurolépticos son los fármacos psicoactivos usados con mayor frecuencia, pero en general en dichos estudios se obtienen porcentajes inferiores al obtenido aquí, probablemente a causa del excesivo uso de medicación en pacientes ancianos institucionalizados que tiene lugar en España³¹.

También es de destacar el mayor uso de inhibidores de la colinesterasa, que en algunos estudios^{15,32} apenas supera el 3%

Tabla 5
Influencia de las variables consideradas en los resultados de los diferentes dominios del NPI-NH. Análisis de regresión logística

Dominio NPI-NH	Estadio GDS OR (IC del 95%)	Uso de neurolépticos OR (IC del 95%)	Uso de FMED OR (IC del 95%)	Meses de institucionalización OR (IC del 95%)	Edad OR (IC del 95%)	Sexo varón OR (IC del 95%)
Delirios	0,8 (0,6-1,2)	1,8 (0,9-3,4)	1,8 (0,9-3,7)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (0,9-1,01)	1,1 (0,5-2,4)
Alucinaciones	1,1 (0,6-2,0)	3,5 (0,9-14,0)	0,8 (0,2-4,2)	1,0 (1,0-1,0)	1,1 (1,01-1,3)	0,9 (0,2-4,4)
Agitación	1,2 (0,9-1,5)	2,0 (1,1-3,7)	1,0 (0,5-2,0)	0,99 (0,98-0,99)	1,0 (0,97-1,07)	1,7 (0,9-3,3)
Depresión	1,0 (0,7-1,3)	1,5 (0,8-2,8)	2,4 (1,2-4,6)	1,0 (0,99-1,01)	1,0 (0,9-1,1)	0,8 (0,4-1,7)
Ansiedad	1,0 (0,7-1,4)	1,3 (0,7-2,6)	1,9 (0,9-3,8)	0,98 (0,97-0,99)	0,95 (0,91-0,99)	0,9 (0,4-2,0)
Euforia	0,8 (0,5-1,3)	1,4 (0,5-4,1)	1,3 (0,4-4,2)	1,0 (1,0-1,03)	0,9 (0,86-1,01)	0,3 (0,1-1,3)
Apatía	2,1 (1,5-2,8)	0,9 (0,5-1,6)	1,1 (0,6-2,2)	1,0 (1,0-1,01)	1,0 (0,9-1,1)	1,6 (0,8-3,2)
Desinhibición	1,4 (0,8-2,3)	1,5 (0,5-4,2)	0,9 (0,3-2,9)	1,0 (0,9-1,03)	0,9 (0,86-0,99)	0,2 (0,04-0,9)
Irritabilidad	1,3 (0,9-1,8)	2,2 (1,1-4,3)	1,1 (0,5-2,4)	0,98 (0,97-0,99)	1,0 (0,95-1,05)	1,5 (0,7-3,1)
Conducta motora anormal	2,0 (1,2-3,4)	2,2 (0,9-5,3)	6,0 (2,5-14,7)	0,97 (9,95-0,99)	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,4-2,7)
Alteraciones del sueño	1,2 (0,9-1,7)	1,8 (0,9-3,6)	2,5 (1,2-5,1)	0,98 (0,97-0,99)	1,0 (1,0-1,1)	0,9 (0,4-2,0)
Alteraciones del apetito	1,8 (1,1-2,7)	1,5 (0,7-3,3)	1,9 (0,8-4,3)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (0,9-1,1)	0,5 (0,2-1,5)

Todos los valores se expresan en *odds ratio* (OR) con su intervalo de confianza (IC) del 95%. En negrita, *odds ratio* significativos.FMED: fármacos modificadores de la evolución de la demencia; GDS: *Global Deterioration Scale de Reisberg*.

frente al 21% encontrado aquí. Se aproxima el estudio de López Mongil et al.⁴ con un 18,8%, aunque incluyen la memantina, lo que en este caso incrementaría el porcentaje a un 25,6%. También recientemente, Gutiérrez et al.³³ constatan el uso de FMED en más de un 45% de su muestra. El presente resultado es mayor también que el de estudios realizados en pacientes con diagnóstico de demencia residentes en la comunidad¹⁴. Es cierto, que los datos de la literatura se corresponden con estudios más antiguos y que existen datos más recientes que apoyan su eficacia en el control de SNP^{34,35}, lo que podría justificar, aunque solo parcialmente, el incremento respecto a publicaciones realizadas en fechas anteriores. De cualquier forma, se constata la utilización de inhibidores de la acetilcolina en estadios de la demencia donde no tienen indicación²⁰, reforzando la idea de que la utilización de estos fármacos es inadecuada en muchas ocasiones.

Al considerar el valor obtenido de forma global en el test se obtuvo asociación entre mayor puntuación y uso de NLP y FMED, así como con mayor grado en la escala GDS. Igualmente, estos fueron prácticamente los únicos factores que se asociaban a una variación significativa en diversos dominios del NPI-NH.

La relación entre mayor presencia de clínica neuropsiquiátrica y uso de neurolépticos está presente en otros estudios como Gruber et al.³⁶ o Pitkala et al.³², en concreto en este último artículo se asocian a un aumento de síntomas psicóticos, agresividad e insomnio.

Resultado llamativo la asociación de mayor presencia de SNP con el uso de FMED, ya que se contradice con las investigaciones al respecto y con las recomendaciones de algunas guías de práctica clínica³⁷. Estas asociaciones probablemente respondan al hecho de que los pacientes que presentan más sintomatología son los que reciben mayor número de intervenciones y, por tanto, reciben mayor cantidad de medicación. De todas formas, es importante valorar que el cambio total observado sobre la puntuación total posible del NPI-NH no supera el 3%, tanto en el caso de los NLP como de los FMED, por lo que el reflejo clínico de tales cambios sería en todo caso muy modesto.

No se han encontrado estudios que analicen la relación entre la duración de la estancia en el centro asistido y la presencia de sintomatología neuropsiquiátrica. La relación inversa encontrada en el presente estudio puede deberse a la progresiva adaptación del paciente al entorno y al control de dicha clínica por las intervenciones tanto farmacológicas como de otro tipo llevadas a cabo en la residencia. Además, los pacientes que llevan más tiempo institucionalizados son aquellos que, en general, se encuentran en estadios GDS más avanzados, en los que, generalmente, se produce una reducción de los síntomas clínicos. En cualquier caso, la variación sobre el resultado, aunque significativa, es muy poco importante.

A la hora de valorar el estudio es importante considerar que la utilización de un punto de corte alto a la hora de definir un síntoma clínicamente significativo, como se ha hecho aquí, permite obtener unos resultados más robustos, aun a costa de disminuir la prevalencia de los síntomas. Igualmente, las prevalencias obtenidas en el presente estudio pueden estar subestimadas como consecuencia del uso de medicación psicoactiva para el control de la clínica que nos ocupa.

El hecho de que las residencias incluidas no fueran seleccionadas aleatoriamente puede influir en los resultados obtenidos. Sin embargo, el haber considerado varios centros, de diferente tamaño, que aunque pertenecientes a la misma Fundación presentan peculiaridades que los diferencian en su organización y asistencia sanitaria, permite confiar en su representatividad respecto a otros centros asistidos y residentes de características similares a los aquí considerados.

Es necesario considerar, además, a la hora de valorar los resultados que diversas variables como la comorbilidad, tamaño de la residencia, número de fármacos, entre otras, y que podrían tener

un papel como modificadoras de los resultados obtenidos, no han sido consideradas en este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística Cifras oficiales de población: Padrón municipal [consultado 23 Feb 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es>
2. García Caballero A. R, Área Carracedo R. Psicopatología do retorno. Vigo: Galaxia; 2007.
3. Espinás Boquet A. Guía de Actuación en Atención Primaria. Barcelona: SemFYC; 2002.
4. López Mongil R, López Trigo JA, Castrodeza Sanz FJ, Tamames Gómez S, León Colombo T. Grupo de trabajo de Atención sanitaria en residencias de ancianos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Prevalencia en pacientes institucionalizados: estudio Resydem. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44:5-11.
5. Abizanda P, López Jiménez E, Romero L, Sánchez Jurado PM, León M, Martín-Sebastiá E, et al. Síntomas psicológicos y conductuales en deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44:238-43.
6. Garre-Olmo J, Hernández-Ferrándiz M, Lozano-Gallego M, Vilalta-Franch J, Turón-Estrada A, Camps-Rovira G, et al. Carga y calidad de vida en cuidadores con demencia tipo Alzheimer. Rev Neurol. 2000;31:522-7.
7. Yaffe K, Fox P, Newcomer R, Sands L, Lindquist K, Dane K, et al. Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. JAMA. 2002;287:2090-7.
8. Murman DL, Chen Q, Powell MC, Kuo SB, Bradley CJ, Colenda CC. The incremental direct costs associated with behavioral symptoms in AD. Neurology. 2002;59:1721-9.
9. Margallo-Lana M, Swann A, O'Brien J, Fairbairn A, Reichelt K, Potkins D, et al. Prevalence and pharmacological management of behavioral and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments. Int J Geriatr Psychiatry. 2001;16:39-44.
10. Zuidema S, Koopmans R, Verhey F. Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients. J Geriatr Psychiatry Neurol. 2007;20:41-9.
11. Brodaty H, Draper B, Saab D, Low LF, Richards V, Paton H, et al. Psychosis, depression and behavioral disturbances in Sydney nursing home residents: prevalence and predictors. Int J Geriatr Psychiatry. 2001;16:504-12.
12. Boada M, Tárraga L, Modinos G, López OL, Cummings JL. Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home version (NPI-NH): validación española. Neurología. 2005;20:665-73.
13. Wood S, Cummings JL, Hsu MA, Barclay T, Veen Wheatley M, Yarema KT, et al. The use of the Neuropsychiatric Inventory in nursing home residents. Characterization and measurement. Am J Geriatr Psychiatry. 2000;8:75-83.
14. Aalten P, De Vugt ME, Jaspers N, Jolles J, Verhey FRJ. The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part I: findings from the two-year longitudinal Maasbed study. Int J Geriatr Psychiatry. 2005;20:523-30.
15. Zuidema SU, Derksen E, Verhey FRJ, Koopmans R. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. Int J Geriatr Psychiatry. 2007;22:632-8.
16. Dechamps A, Jutand MA, Onifade C, Richard-Harston S, Bourdel-Marchasson I. Co-occurrence of neuropsychiatric syndromes in demented and psychotic institutionalized elderly. Int J Geriatr Psychiatry. 2008;23:1182-90.
17. APA. (American Psychiatric Association) Pincus HA, First MB, Frances A. DSM-IV-TR. En: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV-Texto revisado. Barcelona: Elsevier-Masson; 2001.
18. Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry. 1982;139:1136-9.
19. López-Pousa S, Garre-Olmo J. Demencia. Concepto. Clasificación. Epidemiología. Aspectos socioeconómicos. Medicine. 2007;9:4921-7.
20. National Institute for Health and Clinical Excellence Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of the Alzheimer's disease. NICE technology appraisal guidance 217. March, 2011 [consultado 20 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13419/53619/53619.pdf>
21. De Toledo M, Bermejo-Pareja F, Vega-Quiroga S, Muñoz-García D. Alteraciones del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. Datos de un estudio poblacional. Rev Neurol. 2004;38:901-5.
22. Eisdorfer C, Cohen D, Paveza GJ, Ashford JW, Luchins DJ, Gorelick PB, et al. An empirical evaluation of the Global Deterioration Scale for staging Alzheimer's disease. Am J Psychiatry. 1992;149:190-4.
23. Lyketson CG, Steinberg M, Tschanz JT, Norton MC, Steffens DC, Breitner JC. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. Am J Psychiatry. 2000;157:708-14.
24. López-Pousa S, Vilalta-Franch J, Garre-Olmo J, Pons S, Cucurella MG. Caracterización y prevalencia de los síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia. Rev Neurol. 2007;45:683-8.
25. García-Alberca M, Pablo Lara J, González-Barón S, Barbancho MA, Porta D, Berthier M. Prevalencia y comorbilidad de síntomas neuropsiquiátricos en la enfermedad de Alzheimer. Actas Esp Psiquiatr. 2008;36:265-70.

26. Aalten P, De Vugt ME, Lousberg R, Korten E, Jaspers N, Senden B, et al. Behavioral problems in dementia: A factor analysis of the Neuropsychiatric Inventory. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2003;15:99–105.
27. Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. I: disorders of thought content. *Br J Psychiatry*. 1990;157:72–6.
28. Wood SA, Cummings JL, Barclay T, Hsu MA, Allahyar M, Schenelle JF. Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms on distress in professional caregivers. *Aging Ment Health*. 1999;3:241–5.
29. Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. IV: disorders of behavior. *Br J Psychiatry*. 1990;157:86–94.
30. Martín Carrasco M. Síntomas psiquiátricos de las demencias. *Informaciones psiquiátricas*, Tercer trimestre. 2007;189:265–92 [consultado 11 Mar 2010]. Disponible en: <http://www.revistahospitalarias.org/info.2007/03.189.05.htm>
31. Fidalgo FM, Molina T, Millán F, Orozco P, Benavente I, Casado M, et al. Prescripción farmacéutica en residencias de ancianos. Comparación con ancianos ambulatorios (2.ª parte). *MEDIFAM*. 2001;11:73–82.
32. Pitkälä KH, Laurila JV, Strandberg TE, Tilvis RS. Behavioral symptoms and the administration of psychotropic drugs to aged patients with dementia in nursing homes and in acute geriatric wards. *Int Psychogeriatrics*. 2004;16:61–74.
33. Gutiérrez Rodríguez J, Jiménez Muela F, Alonso Collada A, Sanz de Santa María Benedit L. Prevalencia y manejo terapéutico de la demencia en centros residenciales para la tercera edad del Principado de Asturias. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:31–3.
34. Nhi-Ha Trinh, Hoblyn J, Mohanty S. Efficacy of cholinesterase inhibitors in the treatment of neuropsychiatric symptoms and functional impairment in Alzheimer disease: A meta-analysis. *JAMA*. 2003;289:210–6.
35. Tariot PN, Solomon PR, Morris JC, Kershaw P, Lilienfeld S, Ding C, and the Galantamine USA-10 Study Group. A 5-month, randomized, placebo-controlled trial of galantamine in AD. *Neurology*. 2000;54:2269–76.
36. Gruber-Baldini AL, Boustani M, Sloane PD, Zimmerman S. Behavioral symptoms in residential care/assisted living facilities: prevalence, risk factors and medication management. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52:1610–7.
37. Hort J, O'Brien JT, Gainotti G, Pirttilä T, Popescu BO, Rektorova I, et al. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. *Eur J Neurol*. 2010;17:1236–48.