

Carta al Editor

Demencia en urgencias

Dementia in the ER service

Carlos Enrique Villamar^{1a}, Mejía, Amelia Rossi^{1b}

1. Médico especialista en geriatría

a. Unidad de Convalecencia del Centro Sociosanitario Hestia Durans i Reynals, Barcelona. B. Servicio urgencias, Hospital Broggi e Hospital General de l' Hospitalet, Barcelona.

Citar como: Villamar CE, Mejía, Rossi A. Demencia en urgencias. Rev méd Trujillo 2018;13(2):65-66

Señor editor:

En relación a la necesidad de actualización en la formación del médico con las competencias genéricas y específicas que le hagan cumplir con las demandas de salud de la población, referido en la editorial del último número del año 2017 ¹. Destaco la importancia del cambio de paradigmas que tiene el abordaje de la demencia en la unidades de urgencias.

La demencia es un síndrome adquirido caracterizado por deterioro persistente de las funciones cognitivas, del estado mental y de la conducta, que interfiere en las actividades de la vida diaria, la actividad laboral o social.²

Los grandes retos que tiene planteada este síndrome son, principalmente, el diagnóstico precoz y las medidas terapéuticas eficaces para evitar su aparición o frenar su desarrollo. Este empeño concita los esfuerzos de todas las disciplinas, tanto en la investigación como en la clínica.³

En los últimos años se ha podido comprobar que muchos de los pacientes catalogados como alteración de memoria "leve" o "compatible con la edad" evolucionan a demencia y por tanto el concepto de benignidad aplicado a tales trastornos es erróneo.⁴

De otro lado, a pesar de los diferentes ritmos evolutivos de las demencias, no es infrecuente que transcurran 6–8 años, o incluso períodos más largos, desde la fase 7 en la escala GDS-FAST, o fase terminal, hasta el fallecimiento del paciente.⁵

Las complicaciones conductuales en pacientes con demencia son motivo de consulta frecuente en las unidades de urgencias. Donde a menudo estos pacientes no son correctamente identificados. Aunque en urgencias por su dinámica es difícil hacer un diagnóstico preciso de demencia, se podría intentar realizar un inicial diagnóstico sindrómico y diferencial para poder individualizar a los pacientes que precisan estudio y/o tratamiento.

Para el control evolutivo de las distintas fases de la demencia se han usado diferentes instrumentos, la mayoría derivados del estudio evolutivo de la enfermedad de Alzheimer, aunque en la práctica clínica se usan también por otros tipos de demencias. Entre los instrumentos de estadificación global de uso clínico se encuentra el GDS (GLOBAL DETERIORATION SCALE de Barry Reisberg).⁴

Con respecto a los desencadenantes, existe una evidencia creciente acerca del efecto deletéreo sobre las funciones cognitivas del consumo de sustancias o medicamentos. Los agentes con acción anticolinérgica son probablemente los más importantes a este respecto. Se estima que hasta un 60% de los ancianos podrían consumir tales fármacos.⁶

Ello podría dificultar el diagnóstico de demencia, bien por el falso diagnóstico de deterioro cognitivo en cuadros de origen farmacógeno, bien por la atribución errónea al fármaco de un deterioro cognitivo en realidad neurodegenerativo

Respecto al abordaje farmacológico, los neurolepticos son los fármacos de 1ª línea en el tratamiento de la agitación, agresividad y síntomas psicóticos, aunque con una eficacia leve-moderada y no exenta de efectos adversos. De éstos existe consenso en colocar la risperidona como fármaco de primera línea. Así mismo, si los síntomas psicológicos y/o conductuales dificultan el alta es necesario valorar interconsulta a las unidades especializadas. Así como, de no estar presentes dichos síntomas que impidan la gestión en domicilio, se deberá procurar derivación para estudio ambulatorio en los dispositivos disponibles en cada zona.

Por lo tanto, los médicos que trabajan en las unidades de urgencias deben recibir formación

adecuada para valorar correctamente la presencia de deterioro cognitivo y si éste corresponde a un cuadro confusional agudo, demencia, depresión, trastorno psicóticos o a una combicación de los previos , para un mejor manejo y pronóstico de los mismos.

En conclusión, debería cambiar el modelo de atención tradicional a los ancianos en los servicios de urgencias, que suele ser el modelo episódico y orientado a la enfermedad.

Referencias bibliográficas:

1. Huamán-Saavedra JJ. Capacitación docente y educacion médica. Rev méd Trujillo 2017;12(4):146-7
2. Viñuela Fernández F, Olazarán Rodríguez J. Criterios para el diagnóstico del síndrome de demencia. En: Molinuevo JL, Peña-Casanova J, editores. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones. Barcelona: Prous Science, SAU. Thomson Reuters. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología N° 8; 2009. p. 1-8.
3. E. Giacobini, R.E. Becker, One hundred years after the discovery of Alzheimer's disease. A turning point for therapy? J Alzheimers Dis, 12 (2007), pp. 37-52
4. Knopman DS, Boeve BF, Petersen RC. Essentials of the proper diagnoses of mild cognitive impairment, dementia, and major subtypes of dementia. Mayo Clin Proc 2003;78:1290-1308.
5. Reisberg B. Dementia: A systematic approach to identifying reversible causes Geriatrics, 41 (1986), pp. 30-46
6. Ancelin ML, Artero S, Portet F, Dupuy AM, Touchon J, Ritchie K. Non-degenerative mild cognitive impairment in elderly people and use of anticholinergic drugs: longitudinal cohort study. BMJ 2006; 332: 455-9.