

## Características del síndrome demencial en el servicio de urgencias de un hospital general

C. DE LAS CUEVAS CASTRESANA, M. HENRY BENTTEZ, J. L. GONZALEZ DE RIVERA

*Cátedra de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. Canarias.*

### RESUMEN

La muestra de nuestro estudio consta de 72 pacientes diagnosticados de Síndrome Demencial. Destaca el predominio femenino, registrando este sexo una mayor edad media, el nivel cultural es bajo. El motivo de asistencia urgente más frecuente consistió en la aparición de conductas inadecuadas (63,6%). La conducta terapéutica más común fue la instauración de tratamiento neuroléptico (55,6%) seguido de los nootropos o vasodilatadores (27,8%). Se hace imprescindible un diagnóstico diferencial preciso, así como un adecuado seguimiento de estos pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome Demencial. Servicio de Urgencias. Hospital General.

### INTRODUCCION

Cummings y Benson (1983) definen la demencia como un síndrome caracterizado por el deterioro de la función intelectual, adquirido y persistente, con compromiso al menos de tres de las siguientes áreas de la actividad mental: lenguaje, memoria, habilidades visoespaciales, emocional o personalidad y cognición (abstracción, cálculo, juicio, etc.).

Existe una gran cantidad de condiciones que muestran un deterioro global y progresivo de la actividad mental, cuya diferenciación es necesaria para una adecuada orientación diagnóstica y tratamiento. Es preciso realizar un diagnóstico diferencial preciso con la «demencia» secundaria a depresión o pseudodemencia en la que se presenta una falta de iniciativa o motivación, dificultad en la elaboración verbal con alteración en la capacidad de abstracción y un deterioro en la memoria (Wells, 1979 y Caine, 1981). Para llevar a cabo dicho diagnóstico diferencial es imprescindible una cuidadosa historia clínica y el examen detenido del paciente que incluya la evaluación de las funciones mentales superiores.

Se admite que un 5 % de la población de más de 65 años sufre demencia severa o moderada, siendo la incidencia de la demencia en este segmento de edad cercana al 1% al año. No obstante, la dificultad de conseguir un diagnóstico operativo de demencia leve utilizable para el muestreo epidemiológico en la comunidad ha impedido la obtención de un conocimiento más preciso de la incidencia y prevalencia de la misma (Bermejo Pareja, 1987).

### SUMMARY

We study a sample of 72 patients with the diagnosis of Dementia Syndrome. The female gender predominates, with a higher mean age in this sex. The main complaint was due to inadequate behaviour in (63,6%) of these patients. Neuroleptic medication was the most common (55,6%) followed by nootropics (27,8%). It is necessary a precise diagnosis and an appropriate follow-up of this condition.

**KEY WORDS:** Dementia Syndrome, Emergency room, General Hospital.

El paciente demenciado suele ser anciano, y éstos tienden a hacer menos uso de los centros de salud mental comunitarios que los pacientes jóvenes y también tienen menos posibilidades de ser atendidos por médicos particulares en razón de su menor solvencia económica. Asimismo, estos pacientes suelen tener también una acusada necesidad de tratamiento médico general (Satlin, 1987). Por estas razones los servicios de urgencias juegan un papel importante en la asistencia de este tipo de pacientes.

Las demencias comportan problemas asistenciales graves (Katzman, 1976), alto estrés familiar (Henderson y Kay, 1984) y situaciones especialmente tensas en los servicios de urgencias por la exigencia de ingreso inmediato que suelen tener los familiares de los pacientes (Seguí, 1989).

### MATERIAL Y METODO

La muestra de nuestro estudio la componen 72 pacientes diagnosticados de síndrome demencial por el psiquiatra de guardia del Hospital Universitario de Canarias durante el año 1988. Mediante el paquete estadístico Sigma analizamos las variables: edad, sexo, estado civil y nivel cultural del paciente, con quién vive y de quién acude acompañado, quién lo remite al Servicio de Urgencias y cual es el motivo de asistencia urgente, la existencia o no de antecedentes personales o de problemática social, el tratamiento impuesto y la derivación del paciente.

### RESULTADOS

Los pacientes componentes de la muestra constituyeron el 4,1% de la totalidad de las urgencias psiquiátricas asistidas en

*Correspondencia:* Carlos De las Cuevas Castresana. C/. Santiago Sabina, 5-3. 39007 Santa Cruz de Tenerife. Tel.: (922) 64 10 11 - 64 100.64 12 00 - 64 1300-641400.

el Hospital Universitario de Canarias durante el año 1988.

En cuanto al sexo, 41 fueron mujeres (56,9%) y 31 varones (43,1%).

La edad media registrada fue de 70,37 años, con una desviación tipo de 11,48 años, en la muestra global, siendo significativamente mayor para las mujeres (73,2 años) que para los hombres (66,7 años) con una  $p = 0,024$ .

El 54,2% de los pacientes poseía estudios primarios, el 36,1% era analfabeto, y el 8,3 % poseía estudios a nivel de EGB o equivalente. Las mujeres registraron un nivel cultural inferior al de los hombres.

La situación laboral mas frecuente fue la jubilación que afectaba al 56,9% de los pacientes.

En cuanto al estado civil, el 47,2 % era casado, el 25 % viudo, el 19,4% soltero y el 8,3% separado.

El 79,2 % de los pacientes vivía con su familia, haciéndolo el 9,7% solo, y estando el 11,1 institucionalizado.

El 80,6% de los pacientes acudió acompañado de sus familiares, el 8,3 % acompañado de personal de otros centros asistenciales que no poseían psiquiatra de guardia, el 5,6 % acompañado de la Policía e igual porcentaje solo.

La iniciativa de acudir al Servicio de Urgencias partió en el 59,7 % de la familia del paciente, en el 25 % los pacientes fueron remitidos desde otros centros asistenciales, en el 11,1% del propio paciente y el 4,2 % de los agentes del Orden Público.

El motivo de asistencia urgente mas frecuente fue la aparición de conductas inadecuadas con un 63,6% de los casos, cursando el 15,3 % de ellos con agitación psicomotriz, el 9,7 % acudió por experimentar vivencias subjetivas de ansiedad o tristeza, el 6,9% debido a la aparición de un síndrome confusional, un 5,6 % por patología funcional y el 4,2 % a causa de la existencia de una importante problemática social. La distribución, en cuanto a los motivos de asistencia, fue similar en ambos sexos.

El 56,9% de los pacientes poseía antecedentes psiquiátricos personales habiéndose previamente efectuado el diagnóstico de demencia, hecho éste mas frecuente en los varones. El 12,5% de los pacientes poseía una problemática social relevante asociada a la urgencia.

En cuanto al tratamiento instaurado, el 55,6% de los pacientes recibió tratamiento neuroléptico, el 27,8 % nootropos o vasodilatadores, el 7 % antidepressivos, y el 3,2 % ansiolíticos.

El 54,2% de los pacientes fue derivado a otros servicios al constatar la existencia de una problemática médica concomitante. El 30,6 % fue dirigido a nuestras consultas, y tan solo el 2,8% de los pacientes motivó ingreso.

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

La actual definición de demencia como deterioro cognitivo global e irreversible no permite diferenciarla, en los estudios

diagnósticos de porte transversal como es el caso del nuestro, de otros estados de alteración cognitiva. En consecuencia, este cuadro esta sobrediagnosticado en la práctica clínica (Berrios, 1988).

Es preciso el empleo de instrumentos de medida para lograr precisión y fiabilidad en la valoración del complejo cortejo sintomático que supone el síndrome demencial (Butch y Adolfson, 1983), y que permitan tanto una detección precoz como un diagnóstico preciso (Ron, 1979).

El predominio registrado por las mujeres en nuestro estudio puede explicarse, en parte por ser dicho sexo el que mas frecuentemente acude a los Servicios de Urgencias Psiquiátricas (Gerson, 1980; Pérez Urdaniz, 1987 y De las Cuevas, 1989), y en parte porque es el que mas se afecta de demencia (Katzman, 1976; Schoenberg, 1986 y Henderson, 1984), mostrando una mayor prevalencia incluso después de corregir los datos por la mayor longevidad de las mujeres (Bermejo Pareja, 1987). Esta mayor longevidad del sexo femenino también explicaría la mayor edad media registrada por las mujeres en nuestro estudio.

La gran mayoría de los pacientes vivía con sus familiares, posiblemente representando una importante carga «sociofamiliar» para éstos, especialmente si padecen una problemática orgánica asociada (Seguí, 1989).

La mayoría de los pacientes acudió por iniciativa de sus familiares y acompañado de los mismos, quienes mostraban desbordamiento e incapacidad para su cuidado domestico, generando frecuentes situaciones conflictivas en el Servicios de Urgencias al no poder ser satisfecha su demanda de ingreso y ante la escasez de recursos de la red asistencial para este tipo de pacientes. Se procedió a suministrar el necesario consejo, orientación y apoyo hacia los familiares a fin de lograr una mejoría de la sintomatología que prevenga la institucionalización del paciente (Ferris, 1985).

Cummings (1987) destaca la importancia de la aparición de conductas inadecuadas como motivo de asistencia urgente. En nuestro estudio dicho motivo fue la causa mas frecuente de asistencia. En otras ocasiones son enviados a causa de sintomatología afectiva (Reding, 1985), la cual constituyó el segundo motivo de asistencia urgente en nuestro estudio. Siendo en estos casos de trascendental importancia el diagnóstico diferencial con la pseudodemencia o demencia secundaria a depresión por la reversibilidad de la sintomatología con la instauración de tratamiento.

El tratamiento mas frecuentemente establecido consistió en la instauración de neurolépticos. En este sentido debemos valorar cuidadosamente los posibles beneficios del tratamiento psicofarmacológico a instaurar, intentando revertir la sintomatología y mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de la de su familia (Wragg, 1988 y Margolin, 1986).

En cuanto al destino de los pacientes ingresamos un bajo porcentaje de pacientes en un intento de evitar la institucionalización, solicitando la colaboración de asistentes sociales expertos en recursos de la comunidad. Coincidimos con Satlin (1987) al considerar que un aspecto importante en estos pacientes consiste en adaptar las necesidades del paciente al nivel adecuado de cuidados de seguimiento.

## BIBLIOGRAFIA

- Bermejo Pareja F.: Epidemiología de la demencia. Revisión del tema y datos de España. *Revista Clínica Española*. 1987. 181(1): 13-21.
- Berrios GE.: Síntomas psicóticos de la demencia: aspectos históricos y clínicos. en Guimón (ed.). *Diagnóstico en Psiquiatría*. Salvat. Barcelona. 1988.
- Butch G. y Adolfson R.: *The comprehensive psychopathological*

- rating scale in patients with dementia of the Alzheimer type and multiinfarct dementia. *Acta Psrrhiatr. Scand.* 1983; 68: 263-270.
4. Caine ED.: Pseudodementia. *Arch. Gen. Psychiatr.* 1981; 38: 1.359-1.364.
  5. Cummings JL. y Benson DF: «Dementia» A clinical approach. London: Butterworths. 1983.
  6. Cummings IL. Miller B, Hill MA, y col.: Neuropsychiatry aspects of multiinfarct dementia and of the Alzheimer type. *Arch. Neurol.*, 1987; 44: 389-393.
  7. De las Cuevas C. Henry M, Rodríguez F, y col.: Epidemiología descriptiva de las urgencias psiquiátricas del Hospital Universitario de Canarias durante 1988. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiat.* (en prensa).
  8. Ferris SH, Steinberg G, Shulman E, y col.: Institutionalization of Alzheimer patients reducing precipitating factors through family counseling. *Archives of the Foundation of Thanatology*, 1985; 12: 7.
  9. Gerson E, Y Bassuk E.: Psychiatric emergencies. An overview. *Am. J. Psychiatry*, 1980; 139: 1-11.
  10. Hennemson AS, y Huppert FA.: The problem of mild dementia. *Psychol. Med.*, 1984; 14: 5-11.
  11. Henderson AS. y Kay DW.: The epidemiology of the mental disorders in the aged. en Kay (ed.) *Handbook Studies Psychiatry and Old Age*. Elsevier. Amsterdam. 1984.
  12. Katzman R.: The prevalence and malignancy of the Alzheimer disease: a major killer. *Arch. Neurol.* 1976; 33: 217-218.
  13. Margolin RA. y Ban TA.: Neuroimaging and psychopharmacology in the diagnostic and treatment of dementia. *Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 1986; 10: 493-500.
  14. Pérez Urdániz A; Prieto N. y Prieto P.: Urgencias psiquiátricas del año 1985 en Salamanca. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiat.* 1987; 15: 45-47.
  15. Reding M. Haycox J. y Blass J.: Depression in patients referred to a dementia clinic. *Br. J. Psychiatry*. 1985; 147: 76-79.
  16. Ron MA. Toone BK, Garralde MI. y col.: Diagnostic Accuracy in pre-senile dementia. *Br. J. Psychiatry*. 1979; 134: 161-168.
  17. Satlin A.: «Urgencias Psiquiátricas» en Hyman (ed.) *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. Salvat. Barcelona. 1987.
  18. Schoenberg BS. Anderson DW, y Haerer AF.: Severe dementia. Prevalence and clinical features in a biracial U.S. population. *Arch. Neurol.*, 1985; 42: 740-743.
  19. Seguí J, Abarca E, Fluvá X, y col.: Urgencias psiquiátricas en la ancianidad. *Rev. Psiquiátrica Fac. Med. Barna.*, 1989; 16; 4: 181-186.
  20. Wells CE.: Pseudodementia. *Am J. Psychiatry*, 1979; 136: 895-900.
  21. Wragg RE, y Jeste DV.: Neuroleptics and alternative treatments management of behavioural symptoms and psychosis in Alzheimer disease and related conditions. *Clin. North. Am.*, 1988; 11: 195-213.