

DELIRIUM . DEMENCIA.

AUTORES :

María González Rando. Médico Urgencias Clínica Parque San Antonio Málaga

Andrés Bufoñ Galiana Médico Adjunto Urgencias Hospital Clínico Universitario Virgen
Victoria .Málaga

INDICE

I. DIAGNOSTICO:

1. -Sindrómico
2. -Etiológico
3. -Diferencial.

II. MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA DEMENCIA:

III. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN URGENCIAS

IV. TRATAMIENTO

Se define como un Síndrome adquirido, producido por patología orgánica ,que en pacientes sin alteraciones del nivel de consciencia , produce deterioro persistente de varias funciones mentales superiores que provocan su invalidación funcional en el ámbito social y laboral. (Grupo de estudio de Demencias 1988.Sociedad Española de Neurología). (1)

En la valoración del paciente , que acude a Urgencias, con una Demencia, se realizará un diagnóstico sindrómico (Anamnesis, Exploración), un diagnóstico etiológico y un diagnóstico diferencial.

I. DIAGNOSTICO:

- Sindrómico
- Etiológico
- Diferencial.

I.1 Sindrómico:

Anamnesis:

- Valorar memoria ,lenguaje, juicio, orientación temporo espacial,...
- Vida diaria: salir sólo a la calle, efectuar compras ,control esfinteriano, aseo, vestirse,.....

- Antecedentes familiares

- Evolución:

*Formas Agudas: lesiones vasculares, neuroinfecciones, drogas, trastornos metabólicos.

**Formas subagudas: Procesos expansivos, hidrocefalias, Enfermedad de Jacob-Creutzfeldt.

I.2 Etiológico:

A/ Exploración

Se hará una exploración sistémica por órganos y aparatos, así como una exploración neurológica buscando signos focales, movimientos anormales, afectación extrapiramidal, trastornos de la marcha.

Se emplean una serie de escalas de evaluación , adaptadas al nivel sociocultural del paciente ,para valorar las funciones cognitivas:

1- Mini Mental State (MMS) : Se valoran las funciones cognitivas.

Capacidad de orientación en el tiempo y en el espacio, Memoria inmediata y reciente, atención, cálculo ,forma de expresión del lenguaje. Es de fácil manejo y de una resolución rápida . Siendo su tiempo no superior a 10 minutos. Como inconvenientes encontramos , que los resultados están condicionados a nivel cultural de los pacientes; apreciándose falsos positivos (39%) cuando la edad de escolarización era inferior a 9 años . (2)

2- Escala de Blessed (1968) : Consta de dos partes :

2-1 IMTC (Information Memory Concentracion test) :Valora funciones cognitivas :memoria, orientación y atención.

2-2 Escala de demencia: Capacidad para actividades de la vida diaria (AVD) ,cambios en hábitos, personalidad y conducta.

I.3 Diagnóstico diferencial :

A/ Con el Delirium :

	DEMENCIA	DELIRIUM
Inicio	lento	agudo
Duración	Meses-años	Días-semanas
Atención	conservada	alterada
Nivel de conciencia	normal	alterado
Reversibiidad	Infrecuente	frecuente

(Tomado de Síndrome Confusional Agudo (Delirium)Demencia. Juan Ruiz Morales capitulo 27.Manual de Urgencias Médicas.2ª edición.1996.)

B/ Pseudodemencia depresiva : Un tratamiento antidepresivo es eficaz en los casos limites, en aquellos pacientes psicóticos, empeorando al paciente con demencia.

C/ Proceso neurológico focal: Existiendo un deterioro cognitivo monofocal y es menos discapacitante.

D/ Trastorno benigno de memoria senil: donde apreciamos que existe una alteración de la memoria reciente.

La frecuencia relativa de Demencia de etiología desconocida se incrementa con la edad y es de casi e 50 % en nonagenarios. En las conclusiones de este estudio ,un porcentaje significativo de pacientes demenciados mayores de 80 años, no cumplen criterios patológicos de Enfermedad de Alzheimer ó Demencia con cuerpos de Lewy. La esclerosis del hipocampo y la leucoencefalopatía son comunes en estos pacientes, pero raro en los sujetos sin demencia (3)

La Diabetes aumenta el riesgo de Deterioro cognitivo : Se debería conocer el potencial de deterioro cognitivo en los pacientes con Diabetes, valorando la importancia de realización de un screening a estos pacientes del deterioro cognitivo. (Fuente: Archives of Internal Medicine 2000).

II. MANIFESTACIONES CLINICAS:

Inicio insidioso ,conciencia clara, manteniéndose una atención normal.

Existe alteración global del estado cognitivo con ausencia de alucinaciones y delirios.

La actividad psicomotora está normal y existe alteración de la orientación.

Se aprecia una dificultad para encontrar las palabras ,no apreciando movimientos involuntarios. Apreciándose ausencia de enfermedad física ó Intoxicación por Fármacos, sobre todo en Enfermedad de Alzheimer.

III. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- Hemograma ,Bioquímica. Coagulación, sedimento urinario, gasometría arterial, calcio.
- Radiografía de tórax.
- TAC Craneal.
- ECG
- Punción lumbar
- EEG (en aquellos procesos en que exista sospecha de Epilepsia, Encefalopatía hepática, Encefalitis vírica, Tóxicos.)
- Otras determinaciones no Urgentes: RNM craneal, Biopsia cerebral, Vitamina B12 sérica, Serología luética , VIH.

IV. TRATAMIENTO

Neoplasias intracraneales, hidrocefalias, hematoma subdural crónico, Déficit de Vitamina B12, Pelagra, Hipotiroidismo, Enfermedad de Wilso, degeneración hepatocerebral crónica adquirida, fármacos, disolventes, Borrelia, Sífilis. En este apartado, es donde el tratamiento es factible , ya que se facilita su reversibilidad.

Al contrario, que ocurre en la mayor parte de las Demencias, que el tratamiento es sintomático.(agresividad, agitación, insomnio) .

Demencias asociadas a enfermedades degenerativas:

Enfermedad de Pick, Corea de Huntington, parálisis supranuclear progresiva.

Se ha comprobado que una gran proporción de los ancianos con Deterioro cognitivo leve acaban desarrollando una demencia en el espacio de meses ó años (4 , 5)

Dos etiologías, por un lado la Demencia degenerativa, Enfermedad de Alzheimer y por otro la Demencia vascular engloban la mayor parte de las demencias.

Enfermedad de Alzheimer (Demencia degenerativa)	50-80 % de todas las demencias
Demencia vascular	5-10% de todas las demencias
Demencia mixtas (E. de Alzheimer + vascular)	10% de todas las demencias

BIBLIOGRAFIA

1. Patología Neurológica. en Guía de Atención de Salud en el Anciano Capítulo IV Conserjería de Salud. Junta de Andalucía . Primera edición 1992 –424.
2. Conductores ancianos, demencia senil y accidentes de tráfico. Flores Lozano, JA Editorial Prous Science. 1997 –11
3. Crystal HA, Dickson D, Davies P, Masur D, Grober E, Lipton R B. The relative frequency of “ dementia of unknown etiology” increases with age and is nearly 50% in nonagenarians. Arch Neurol 2000;57:713-719.
4. Flicker C, Ferris SH, Reisberg B. Mild cognitive impairment in the elderly :predictors of dementia Neurology 1991;41 (7):1006-9
5. Petersen RC, Smith G, Waring SC, Ivnik ,RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment : clinical characterization and outcome .Arch Neurol 1999; 56 (3) :303-308.
6. Neurogeriatria . Alberca, R Ochoa JJ Demencias Editado por Uriach 1992. 143-202
7. Modern Geriatrics. Volumen 12 Número 8 Novedades en Medicina Geriátrica Resúmenes. Octubre 2000. 283 –290.
8. Síndrome Confusional Agudo (Delirium). Demencia. Ruiz Morales, Juan en “ Manual de Urgencias Médicas” Editor Medina Asensio, Jesús Ediciones Diaz Santos. 2ª Edición 1997 233-240.
9. Trastornos mentales /demencia (delirium) Allan Martin, F. En “ Manual de Práctica Médica” Rakel, RE Vol 2 Editirial McGraw-Hill-Interamericana 1997. 1168-1170.