

ARTÍCULOS ORIGINALES

Demencias geriátricas en las urgencias radiológicas.

Marín Sánchez, Juana y Ledesma Figueroba, Adoración.

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Correspondencia: enjuana@hotmail.com

Recibido: 14/01/2010

Aceptado: 23/03/2010

Resumen

Introducción

El envejecimiento poblacional aumenta la esperanza de vida, pero también se hace más frecuente enfermedades como las demencias que representan aproximadamente el 50% de las incapacidades observadas después de los 65 años. Es necesario definir conceptos como:

Deterioro cognitivo leve (DCL) como "pérdida reciente y ligera de memoria, más allá de la pérdida que cabría esperar considerando la edad y el nivel educativo del paciente". Enfermedad de Alzheimer como "una entidad clinicopatológica degenerativa del cerebro que afecta especialmente a las áreas asociativas corticales y parte del sistema límbico".

Objetivo

Conocer algunas características del enfermo geriátrico con demencia a su paso por las urgencias de radiología.

Material y método

Estudio descriptivo transversal. La población de estudio son los mayores de 65 años que acuden a urgencias radiológicas entre el 16 y el 31 de marzo del 2009.

Resultados

Se percibe una correlación entre la variable dependiente "deterioro cognitivo" y la variable independiente "edad" ($p=0,0003$). También se ha detectado otras asociaciones con el estado anímico del paciente ($p=0,0000$), con el motivo de consulta ($p=0,0047$), con la respuesta al estímulo verbal ($p=0,0000$), con el medio de desplazamiento hasta las urgencias radiológicas ($p=0,0260$).

Conclusiones

La patología cognitiva es más frecuente en ancianos mayores de 81 años tanto en Alzheimer como en DCL; siendo el motivo de consulta más frecuente, las caídas seguidas del dolor abdominal por ello, son enfermos que acuden mayoritariamente a la sala de radiología en camilla para hacerse radiografías "AP tórax directo" y "AP y axial de caderas". Llegan con cierta frecuencia dando gritos, quejándose o llorando y no suelen responder a preguntas o estímulos verbales.

Palabras clave:

Urgencias Radiológicas, enfermería radiológica, demencias.

Abstract

Introduction

The population aging increases the life expectancy, but also diseases becomes more frequent as the demencias that represent approximately 50 % of the disabilities observed after 65 years. It is necessary to define concepts as:

Cognitive slight deterioration (DCL) as "recent and light loss of memory, beyond the loss that would be necessary to wait considering the age and the educational level of the patient". Alzheimer's disease as "an entity clinicopatológica degenerative of the brain that affects specially to the associative areas corticales and part of the system límbico".

Aim

Know some characteristics of the geriatric patient with dementia to his step for the urgencies of radiology.

Material and method

Descriptive transverse Study. The population of study they are the major ones of 65 years that come to radiological urgencies between 16 and on March 31, 2009.

Results

A correlation is perceived between the dependent variable "cognitive deterioration" and the variable independent "age" ($p=0,0003$). Also other associations have been detected by the mental condition of the patient ($p=0,0000$), by the motive of consultation ($p=0,0047$), by the response to the verbal stimulus ($p=0,0000$), by the way of displacement up to the radiological urgencies ($p=0,0260$).

Conclusions

The cognitive pathology is more frequent in 81-year-old major elders both in Alzheimer and in DCL; being the motive of the most frequent consultation, the falls consecutive by the abdominal pain for it, they are sick that come for the most part to the room of radiology in stretcher X-ray photographs to be done "AP direct thorax" and "AP and axial of hips". They come with certain frequency giving shouts, complaining or crying and they are not in the habit of answering to questions or verbal stimuli.

Keywords:

Radiological Urgencies, radiological nursing, dementia.

Introducción

El siglo XX ha vivido una revolución de la longevidad que explica el envejecimiento.

Los cálculos estadísticos en esta primera década del siglo XXI, son reveladores. La población mayor de 65 años ha aumentado (desde 1999 al 2009) en algo más de 1.000.000 personas; mientras que, el número de mayores con más de 80 años lo ha hecho en casi 700.000 personas con lo que su ritmo de crecimiento en esta franja de edad es muy superior al del grupo a partir de 65 años. En sólo una década, la cantidad de mayores de 80 años se ha multiplicado por un 46% al pasar de 1,5 millones a 2,3 millones de personas^{1,2}. Las previsiones hablan de que en 2016 habrá 2,9 millones, lo que supone el 6,1% del total de la población; es decir, tres de cada diez personas mayores de 65 años, superarán, a su vez, los 80 años. Por tanto, la población española sufre lo que se conoce como "envejecimiento dentro del envejecimiento", es decir, el gran aumento que va a experimentar el colectivo de población mayor de 80 años³.

Como consecuencia directa a la vejez poblacional, la esperanza de vida crece y se extienden patologías cada vez más abundantes en este tipo de población como son las demencias, representan aproximadamente el 50% de las incapacidades observadas después de los 65 años⁴. La prevalencia de la demencia en España está en torno al 6% en mayores de 65 años (22% son hombres y 30% mujeres). A medida que aumenta la edad, también lo hace el número de afectados. Cuando se superan los 85 años, las cifras se sitúan entre los 20 y los 27 afectados por cada 100.000 habitantes. Alrededor de 380.000 personas sufren hoy en día Alzheimer en España. Si se cumplen las previsiones respecto al envejecimiento de la población, esta prevalencia aumentará de forma considerable: para el año 2030, el Instituto Nacional de Estadística calcula que habrá más de 9.900.000 mayores de 65, con lo que el número de pacientes con demencia podrá alcanzar los 594.460 y para 2050, las 983.272 personas. Algunas estimaciones vaticinan que la realidad superará incluso estas cifras⁵.

Llegado este momento, creemos importante definir algunos conceptos relacionados con dicha temática. La demencia es síndrome clínico que se caracteriza por una pérdida adquirida de habilidades cognitivas y emocionales de suficientes severidad para interferir con el funcionamiento social, ocupacional, o ambos⁶. Pero, en nuestro estudio se distingue entre Deterioro Cognitivo Leve y Enfermedad de Alzheimer. Deterioro Cognitivo Leve (DCL) es la "pérdida reciente y

ligera de memoria, más allá de la pérdida que cabría esperar considerando la edad y el nivel educativo del paciente"⁷. En los pacientes con DCL no hay demencia ni tampoco afectación significativa de otras funciones cognitivas. Se trata de un cuadro que difiere de la simple pérdida de memoria asociada a la edad, que no suele ser progresiva. Aunque con dudas, el DCL podría catalogarse como un estado de transición entre la función cognitiva normal para la edad y un estado de demencia leve⁸.

Enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad neurodegenerativa irreversible con un grave deterioro de la función cognitiva, conductual y motora (una disminución de las funciones intelectuales lo suficientemente grave) que interfiere con la capacidad para realizar actividades de la vida diaria.

Si unimos estos datos a un mayor conocimiento de la red de recursos médicos y sociales destinados a esta franja poblacional, obtenemos que la población anciana española demande mayor asistencia sanitaria en todos sus niveles estructurales (primer, segundo y tercer nivel). Por ello, crecen las cifras de pacientes mayores de 65 años que acuden al servicio de radiología convencional de urgencias.

De ahí, nuestra preocupación por averiguar la peculiaridad neurológica de un colectivo de pacientes considerados frágiles, que precisan de una atención integral que, como enfermeros, estamos en la obligación, de brindar.

Objetivo

Conocer algunas características del enfermo geriátrico con demencia a su paso por las urgencias de radiología.

Material y método

Método. Se plantea un estudio descriptivo transversal.

Variables. Como variable independiente se recogen:

- Datos sociodemográficos
 - sexo (hombre, mujer)
 - franjas de edad (68 a 70 años, de 71 a 80 años, de 81 a 89 años, más de 90 años)
- Datos clínicos
 - Estado general del enfermo (llantos y lloros, no quejas, quejas verbales incoherentes y repetitivas)
 - Estimulación verbal (el enfermo responde a estimulación verbal, no responde)
 - Nivel de higiene (buena, mala o regular)

-Motivo de la consulta médica (ansiedad, caída, colocación SNG, disnea, dolor abdominal, patología ósea-articular, patología cerebrovascular, mareo, desvanecimiento o pérdida de conciencia)

- Datos radiológicos

-Tipos de exploración radiológica (Abdomen simple, Ap y L cráneo, Ap y transtorácica de hombro, Ap y L columna dorsolumbar, Ap y axial de caderas, Ap y L columna cervical, Ap y L huesos-manos, muñecas, dedos, rodillas, pies, tobillos), Ap y oblicua parilla costal, Serie obstructiva, Tórax directo y Ap y L tórax).

- Otros datos

-Medio de desplazamiento de la sala de urgencias hasta radiología (andando, camilla o silla)

-Acompañamiento del enfermo al servicio de radiología (sólo o con familiar/cuidador)

Como variable dependiente, tenemos el deterioro cognitivo (Alzheimer y DCL).

Muestra. Como criterio de inclusión se ha seleccionado los mayores de 65 años que acuden a urgencias radiológicas entre el 16 y el 31 de marzo del 2009. Se realiza un muestreo aleatorio de un total de 3569 personas seleccionando a 87 personas siguiendo los criterios estadísticos de precisión deseada del 0,1%, prevalencia esperada del 0,00% y nivel de confianza del 95%.

Análisis de datos. A continuación se introducen en una base de datos en formato Access (Microsoft), para análisis estadístico con el programa EpiInfo 3.2.

Se realiza una descripción aislada de cada una de las variables objeto de estudio compatibles con él; se llevará a cabo un análisis bivalente que relacione la presencia de un deterioro cognitivo con las variables independientes ensayadas.

Resultados

La muestra quedó conformada por 87 pacientes con una edad mediana de 80 años (la franja de edad más representativa fue la de 81 a 89 años con 37.95), 61 mujeres (70%). Un 23,3% de la muestra padece algún tipo de demencia mientras que un 76,6% no; lo que significa que aproximadamente 1 de cada 3 la padece. Si desglosamos los datos, vemos que un 17,4% sufre Alzheimer y un 5,8% DCL.

Los principales motivos de consulta médica fueron las caídas (28.9%), seguido de dolor abdominal (18.4%), patologías ósea-articular (14.9%) y con el mismo porcentaje disnea (12.6%) y mareo, pérdida de conciencia y desvanecimiento (12.6%). El 60.9% no emite quejas verbales al llegar a la sala de radiología y el 87.4% sí responde ante estímulos verbales cuando se efectúan. En general, el nivel de higiene es "regular" (64.4%) y se

emplea mayormente (50.6%) camillas para el transporte de dichos pacientes hasta la sala de exploración. Un 93.1% de los pacientes de la muestra viene acompañado con familiar o cuidador y las exploraciones radiológicas más realizadas son tórax directo (21.8%), Ap y L tórax (16.1%), serie obstructiva (12.6%), AP y axial de caderas (11.5%) y finalmente con un 8 % Ap y L huesos pequeños (como manos, muñeca, rodillas, pies, tobillos).

En la tabla 1 se muestran las características del grupo de 87 pacientes mayores de 65 años, objeto de estudio.

Al comparar la frecuencia de la variable dependiente "deterioro cognitivo" con la variable grupo de edad se obtiene datos de Alzheimer en personas mayores de 90 años (46.7%) y 46.7% en edades comprendidas entre 81-89 años. En cuanto al DCL, el 60% de las personas entre 81-89 años lo padecen ($p=0,0003$). Al comparar la variable dependiente con el motivo de consulta se ha obtenido una correlación ($p=0,0047$) donde las personas con patologías de Alzheimer consultan por caídas (60%), por colocación de SNG (20%) y por dolor abdominal (13.2%); mientras que los pacientes con DCL consultan por caídas (40%) y dolor abdominal (20%). Al comparar la variable dependiente con el estado del enfermo también se aprecia una correlación ($p=0,0000$) ya que en el diagnóstico del Alzheimer, un 53.3% emiten quejas verbales incoherente y un 26.7% llantos y llores; en cuanto al DCL un 80% quejas verbales. El resto de enfermos sin patología cognitiva no se queja (72.7%). Al comparar la variable dependiente con la respuesta a estímulos verbales, se obtiene una correlación ($p=0,0000$) donde los pacientes con Alzheimer no contestan a estímulos verbales en un 7.3% mientras que los DCL sí lo hacen en un 100%. Y finalmente, se ha encontrado una significancia entre la variable dependiente y el medio de desplazamiento empleado para llegar a sala de radiología ($p=0,0260$), los pacientes con Alzheimer acuden en un 86.7% en camilla y el resto en silla (13.3%) mientras que los DCL 60 % en camilla y el resto 40% en silla.

Características	Valor en frecuencia y porcentajes
Sexo (frecuencia H/M)	26/61
Edad (mediana en años)	80
Deterioro cognitivo	
Alzheimer	15 (17,4%)
DCL	5 (5,8%)
No deterioro	66 (76,7%)
Motivo de consulta médica (las 5 más frecuentes)	
Caída	25 (28.9%)
Dolor abdominal	16 (18.4%)
Patología ósea-articular	13 (14.9%)
Disnea	11 (12.6%)
Pérdida de conciencia, mareo, desvanecimiento.	11 (12.6%)
Estado del enfermo	
Llantos, llores	4 (4.6%)
No quejas verbales	53 (60.9%)
Quejas verbales incoherentes y repetitivas	30 (34.5%)
Estimulación verbal	
Sí contesta a estimulación verbal	76 (87.4%)
No contesta a estimulación verbal	11 (12.6%)
Nivel de higiene	
Buena	26 (29.9%)
Mala	5 (5.7%)
Regular	56 (64.4%)
Medio de desplazamiento hasta llegar a radiología	
Andando	8 (9.2%)
Camilla	44 (50.6%)
Silla	35 (40.2%)
Acompañamiento	
Familiar/cuidador	81 (93.1%)
Sólo	6 (6.9%)
Tipo de exploración radiológica (las 5 más frecuentes)	
Tórax directo	19 (21.8%)
AP y L tórax	14 (16.1%)
Serie Obstruktiva	11 (12.6%)
Ap y axial de caderas	10 (11.5%)
Huesos (muñeca, manos, rodillas, pies, tobillos)	7 (8%)

Tabla 1. Características de los pacientes mayores de 65 años (n=87)

Discusión

Los resultados de nuestro estudio nos permiten presentar evidencias sobre el objetivo planteado inicialmente.

Por un lado, la patología cognitiva es más frecuente en ancianos mayores de 81 años tanto en Alzheimer como en DCL, destacando a los mayores de 90 años en enfermos de Alzheimer. El motivo de consulta más frecuente de estos son las caídas seguido del dolor abdominal y de la colocación de la SNG por ello, son enfermos que acuden mayoritariamente a la sala de radiología en camilla para hacerse radiografías "AP tórax directo" y "AP y axial de caderas". Llegan con mucha frecuencia dando gritos, quejándose o llorando y no suelen responder a preguntas o estímulos verbales.

Para finalizar y a modo de conclusión, las personas mayores que visitan la sala de radiología convencional de urgencias presentan unas características muy peculiares del resto de pacientes, haciéndoles más vulnerables. Se identifican como enfermos frágiles que, evidentemente, precisan una adecuada asistencia sanitaria desde el primer momento de su llegada al centro de urgencias. Y, por tanto, queda ampliamente justificada, la presencia del personal de enfermería en estas salas de rayos X.

Bibliografía

- 1.- Instituto Nacional de Estadística. Explotación estadística del Padrón (1999). Resultados definitivos referidos a la población nacional. Disponible en <http://www.ine.es>. Consultado el 18 Septiembre de 2009.
- 2.- Instituto Nacional de Estadística. Avance explotación a 1 enero 2009. Resultados provisionales referidos a la población nacional. Disponible en <http://www.ine.es>. Consultado el 18 Septiembre de 2009.
- 3.- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco de la Dependencia. Capítulo I. Bases demográficas: estimación, características y perfiles de las personas en situación de dependencia. Madrid. 2004: 19-91.
- 4.- Zarit S.H, Reever K.E y Bach-Peterson J. Relatives of impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist. 1980;20:649-55.
- 5.- Vejez y Vida. Saber cómo envejecer es la obra maestra de la sabiduría. Estadísticas de la vejez y el envejecimiento. Demencia en España. Disponible en <http://www.vejezyvida.com/demencia-en-espana/> Consultado el 22 septiembre de 2009.
- 6.- Cummings J. Y Benson F. Dementia: A clinical Approach. Plenum. USA. 1992.
- 7.- Petersen R.C., Doody R., Kurz A., Mohs R.C., Morris J.C., Rabins P.V., Ritchie K., Rosser M., Thal L., Winblad B. Current concepts in mild cognitive impairment. Arch Neurol. 2001; 58: 1985-1992.
- 8.- Gallego Sandín S., Novabos J y García G. A. Tratamiento del deterioro cognitivo leve. En: Fronteras en la enfermedad del Alzheimer de García G. A y Gandía L. Serie Científica Farmaindustria. Universidad Autónoma de Madrid. 2003. cap.14: 255-267.