

Problemática del paciente con demencia institucionalizado

Carlos Alberto Cano Gutiérrez

Médico Geriatra

Director

Centro de Atención al Adulto Mayor (CAAM)

Fundación Santa Fe de Bogotá

Profesor Área Clínica

Facultad de Medicina

Universidad de los Andes

Bogotá, Colombia

Introducción

El rápido proceso de envejecimiento poblacional al cual nos enfrentamos, nos lleva a tener más enfermedades dependientes de la edad. Tal es el caso de las demencias, las cuales suelen duplicarse en su prevalencia cada quinquenio luego de los 65 años. Una de las características principales de esta enfermedad es que suele afectar no sólo a la persona, sino a la familia y a la sociedad.

Son muchas las publicaciones que registran información relacionada con el tema, pero su gran dificultad en el entendimiento radica en la falta de contextualización para nuestro medio y en algunas oportunidades, la poca aplicabilidad debida a lo técnica de las mismas. Es por ello que he preferido hacer mi presentación basada en la experiencia de más de 20 años en continuo contacto con este tema.

En general solemos asociar las demencias con la pérdida de la memoria, pero quizás los síntomas más impactantes se relacionan con el comportamiento. Dentro de esta lista se destacan la ansiedad, la depresión, la abulia, la agresividad, el "vagavundeo" y la incontinencia, entre muchos otros. Pero son justamente estos aspectos los que llevan a los familiares a tomar la decisión de institucionalizarlos.

Cómo afrontar el ingreso a la institución.

Son muchas las vivencias que se tienen a la hora de tomar la decisión. Algunas de ellas son abandono, incompreensión, culpabilidad, tristeza,

incapacidad, etc. Otras se refieren a la opinión de terceros y en especial por el temor de ser juzgados por estas personas. Debemos recordar que esto es muy frecuente y en la mayoría de los casos se suele resolver muy fácil, en especial cuando se comprende que este paso es solo para mejorar la calidad de vida el ser querido y de la familia y nunca es un acto de "desamor".

Dependiendo del estadio de la enfermedad o del grado de compromiso de la misma, las conductas a seguir suelen variar, pero en todos los casos no se debe recurrir ni a la mentira y posiblemente tampoco a la explicación exhaustiva. Recuerde que el paciente no está capacitado para tomar decisiones y es por ello que justamente el familiar las debe tomar él. De igual manera, ellos suelen manejar dimensiones del entendimiento y de la lógica diferentes a las nuestras. El justificar bajo argumentos sólidos y contundentes para nosotros, suelen ser escasos e inoperantes para ellos.

Cuando la causa del ingreso se debe a trastornos en la conducta o en el comportamiento, debe hacérselo caer en cuenta a las personas responsables de la institución y es recomendable la asesoría de un médico capaz de manejar esta situación. Antes de ingresar se debe haber tomado una conducta responsable al respecto. De igual manera, asegúrese de que la institución a donde va a ingresar está acreditada para este tipo de pacientes y de problemas. Yo creo que en general y bajo muy contadas excepciones, no existen pacientes difíciles sino mal manejados y posiblemente mal ubicados.

Cuales son los problemas más frecuentes y cómo solucionarlos?

Problemas con el sueño. Este es una de las dificultades más frecuentes que se presentan en el paciente con demencia. Si el paciente está recién ingresando a la institución, se debe tener mucha paciencia y tratar de entender cual es el verdadero problema y las reales dimensiones del mismo, no pretenda que el mismo duerma más de lo necesario y posiblemente el horario de dormir se debe acomodar poco a poco al del promedio de la institución. De igual manera, en algunas circunstancias, no se puede lograr este objetivo y por ende podríamos ajustarlo a cada caso. Lo mismo ocurre a la hora de levantarlos, pues dependerá del ciclo de sueño de cada paciente. Bajo ningún motivo formule usted al paciente sino es médico, recuerde que está de por medio su vida. En la mayoría de los casos se recomienda aplicar la denominada "higiene del sueño", antes de optar por otras opciones (Tabla No. 1). En caso de requerir medicamentos,

debe seguir las recomendaciones de un médico experto o con experiencia en el tema.

Reglas de higiene del ciclo vigilia - sueño en el anciano

(Tomado de Escobar Franklin en: "Fundamentos de Geriatría", 2006)

- Tenga horarios regulares para acostarse y levantarse. Siempre a la misma hora durante todos los días de la semana. Siga un horario de las 23-24 a las 6 horas.
- Use la cama para dormir y sostener relaciones sexuales nada más.
- No mire la televisión, escuche la radio, coma o discuta en la cama.
- Evite dormir durante el día, no haga siestas si sufre de insomnio
- Si no sufre de insomnio, evite las siestas mayores de 20 minutos durante el día y límitelas a una diaria al mediodía.
- Mantenga buenos hábitos alimenticios, no coma alimentos proteicos o grasas en la noche, procure horarios regulares para las comidas.
- Procure tener condiciones de sueño óptimas, habitación oscura, sin ruido y con temperatura entre 18 y 22 grados centígrados y humedad aceptable.
- Practique ejercicio en las mañanas o temprano en las tardes por lo menos 30 a 45 minutos tres veces por semana.
- Nunca haga ejercicio después de las 4 de la tarde
- Acostumbre tener un ritual de sueño y repetirlo todas las noches
- Evite sustancias como alcohol, cafeína, chocolate, te, nicotina y bebidas oscuras
- Evite el consumo auto formulado de somníferos.
- Permanezca en la cama máximo 6 a 8 horas si sufre de insomnio.
- Tome una ducha con agua caliente en las mañanas y agua tibia antes de acostarse.
- Evite la rumiación de los problemas de la vida al momento de acostarse.
- Realice actividades aburridas en la noche como leer el directorio telefónico.

Tabla No. 1

Vagabundeo. Se le da este nombre a la conducta que tiene el paciente de caminar sin sentido y en forma casi permanente. Debemos tener en cuenta que si que ésta es de reciente aparición, se debe buscar su relación con un problema médico también reciente, como podría ser una infección o impactación fecal, pues casi siempre suele ser la forma de manifestar una incomodidad. En otros casos la persona lo realiza como una manera de disminuir la ansiedad. Una vez estudiadas y descartadas las causas más

comunes, se debe buscar un tratamiento integral. Si el paciente no corre riesgos, se podría dejar hacerlo, evitando barreras arquitectónicas para prevenir posibles caídas. La intervención con medicamentos ansiolíticos puede ser poco efectiva y aumenta los riesgos de efectos secundarios, siendo el mayor de ellos las caídas.

Delirium y trastornos de la conducta. Se denomina delirium a la alteración súbita del estado de la conciencia. Es decir, estar muy dormido o muy despierto e incluso agitado. Es por ello que existen tres: el hipo activo, el hiperactivo y el mixto. En la mayoría de los casos se acompaña de alucinaciones o alteraciones de la percepción. En todos los casos se considera una urgencia médica y como tal deber ser valorado por el equipo médico. En un altísimo porcentaje es la manifestación de una enfermedad aguda y casi siempre es una infección, ya sea de orina o respiratoria, entre otras. El tratamiento específico o farmacológico se debe individualizar y corresponde exclusivamente al médico. En la tabla número 2, se hacen algunas recomendaciones.

Recomendaciones para el tratamiento del delirium
(Tomado de Medina Mauricio en: "Fundamentos de Geriatria", 2006)

Medidas no Farmacológicas		Medidas Farmacológicas
Iluminación adecuada del cuarto	Reorientación en cuanto a el día y la hora	Uso de neurolépticos y benzodiazepinas si están indicados
Ambiente cómodo y seguro	Presencia de objetos familiares del paciente en el cuarto	Considerar antipsicóticos atípicos.
Presencia de un acompañante o familiar	Uso de lentes y audífonos recetados	Revalorar las necesidades de estas intervenciones diariamente.
Reducción del ruido y disminución del exceso de estímulos	Movilización temprana del paciente	Vigilar los efectos adversos de los psicofármacos
Uso rutinario del calendario y el reloj de pared	Facilitar la evacuación fecal y urinaria	Valorar el estado de hidratación de manera regular.
	Evitar restricciones físicas en lo posible	

Tabla No. 2

Incontinencia. En muchas oportunidades el inicio de una incontinencia se relaciona con una infección aguda de las vías urinarias o con una apraxia, es decir, la pérdida de la la coordinación o la identificación del baño. Trate de buscar siempre el origen de la misma, pues será de gran ayuda e la hora de buscar un tratamiento. Cuando hay infección, el personal asistencial

suele referir cambios en las características de la orina o en el olor. Recuerde, más del 90% de los parciales de orina en las personas que viven en hogares geriátricos suelen tener bacteriuria y sólo se deben tratar cuando hay síntomas relacionados con la infección.

Aunque son muchas más las alteraciones que presentan las personas con demencia, con lo referido estamos refiriendo los problemas más frecuentes. El paciente con demencia requiere de un enfoque diferente al resto de las personas de la institución, pues su capacidad de comunicarse está limitada. La calidad de vida del mismo dependerá de un cuidador capacitado y de una solución integral a sus dificultades.