

Gerontopsiquiatría

PO-147-GE

DEMENCIA Y SEUDODEMENCIA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

P. Blanco

Hospital de Día Villaverde. Madrid.

Introducción: Las relaciones entre demencia, depresión y envejecimiento son muy estrechas. Se sabe desde hace tiempo que la depresión se acompaña de alteraciones cognoscitivas. En la melancolía clásica se aprecia que estos fallos cognoscitivos aparecían en primer plano y se pensaba que eran de una calidad distinta, de difícil precisión a las observadas en la demencia. En todo caso, la situación de envejecimiento del sistema nervioso central proporciona una plastia especial a las depresiones en los ancianos.

Objetivos: Describir criterios clínicos que sirvan como referencia a la hora de establecer el diagnóstico diferencial entre dos patologías frecuentes en el anciano y que pueden interferir de forma significativa en las actividades de la vida cotidiana suponiendo una carencia con respecto al nivel previo del sujeto. En ambas existe una afectación cognoscitiva, funcional y conductual.

Metodología: Revisión bibliográfica y consulta de literatura de psicogeriatría.

Resultados: La demencia es un trastorno cognoscitivo adquirido, debido a un proceso orgánico que afecta al cerebro por enfermedad médica directa, por efectos persistentes de una sustancia o por múltiples etiologías. Se trata de una alteración global que incluye pérdida de memoria y de otras funciones superiores, en comparación con su nivel previo, sin alterar la conciencia. Provoca una incapacidad funcional laboral que interfiere con las actividades sociales cotidianas. Por su parte, la pseudodemencia consiste en un cuadro clínico en el que se muestra un trastorno cognoscitivo que parece una demencia, pero provocado por un trastorno psiquiátrico funcional y no por una causa neurológica. Resulta reversible y sin un trastorno neuropatológico primario. Se trata de un síndrome, no de una enfermedad. Tanto la sintomatología como los resultados de las exploraciones neuropsicológicas son similares a los obtenidos en la demencia, pero la causa no es orgánica, pues no existe lesión neurológica que justifique el deterioro, que no es progresivo sino reversible e inespecífico desde el punto de vista etiológico. El término pseudodemencia es puramente descriptivo.

Conclusiones: Existen ciertos criterios clínicos que pueden orientarnos a la hora de establecer un diagnóstico diferencial. En la pseudodemencia podemos observar: humor depresivo, atención/concentración conservadas y respuesta a antidepresivos y/o TEC. En la demencia el humor es indiferente o irritable, hay empeoramiento nocturno, atención/concentración suelen estar alteradas, las alteraciones de la conducta son compatibles con la gravedad de la disfunción cognoscitiva y el tratamiento es paliativo, con neuroprotectores. Debido a la importancia de la demencia, tanto desde el punto de vista médico como socioeconómico por los cuidados médicos que precisa, el papel del psiquiatra resulta definitivo tanto al inicio, cuando puede plantear dificultades son sintomatología afectiva como a lo largo de la enfermedad, cuando existan manifestaciones psicopatológicas.

PO-241-GE

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA PSICOSIS DE TIPO ESQUIZOFRÉNICO DE APARICIÓN MUY TARDÍA

M.G. Esteve, J.M. Bertolín, S. Hernández Campos, E. Ferrer, C. López y A.I. Sanz
Hospital Arnau de Vilanova.

Introducción: La psicosis de tipo esquizofrénico de aparición muy tardía es un trastorno cuya situación nosológica no está bien definida en la actualidad. Si además se tiene en cuenta la gran comorbilidad de enfermedades orgánicas que presentan los pacientes en los que debuta las dificultades en el diagnóstico diferencial son más que evidentes.

Objetivos: Realizar el diagnóstico diferencial a partir del caso clínico de una paciente de 61 años, con pluripatología orgánica y sin antecedentes psiquiátricos, que presentó de forma súbita ideas delirantes y alucinaciones, y en la cual se observaron en la resonancia magnética cerebral múltiples hallazgos patológicos.

Metodología: Revisión bibliográfica en PubMed de las patologías con las que realizar el diagnóstico diferencial: demencia por cuerpos de Lewy, psicosis de tipo esquizofrénico de aparición muy tardía y trastorno psicótico debido a enfermedad médica.

Resultados: Se constata que tanto la psicosis esquizofrénica de aparición muy tardía (por compatibilidad con los antiguos criterios diagnósticos) como el trastorno psicótico debido a enfermedad médica (por los hallazgos en las exploraciones complementarias) podrían explicar parcialmente el origen del cuadro clínico.

Conclusiones: La seguridad diagnóstica en el paciente de nuestro caso clínico fue imposible. Aunque era compatible el diagnóstico de psicosis esquizofrénica de aparición muy tardía, por su exclusión en el actual DSM-IVTR no se pudo aplicar. Por otra parte, tampoco se pudo descartar una psicosis debida a enfermedad médica: en este aspecto sólo el tiempo dará la respuesta. El diagnóstico final al alta hospitalaria fue de trastorno psicótico no especificado.

PO-276-GE

TRAZODONA EN LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LAS DEMENCIAS

E. Pérez, J.C. García, R. Gandía, J.M. Bonete y J. Matarredona
Hospital General de Alicante.

Introducción: Trazodona es el primer miembro del grupo SARI. Combina la capacidad de bloqueo de la serotonina con su poder antagonista de los receptores 5-HT2A. Estudios publicados apoyan el uso de trazodona para el tratamiento de las alteraciones del comportamiento en pacientes con demencia tipo Alzheimer (Neugroschl, 2002). Trazodona también ha demostrado ser eficaz y bien tolerada a largo plazo en pacientes con demencia frontotemporal (Lebert, 2006).

Objetivos: El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de trazodona en los síntomas conductuales de la demencia (principalmente el sueño) y la sobrecarga del cuidador, en pacientes ancianos con demencia.

Metodología: Se han incluido con intención de tratar 49 pacientes mayores de 65 años y diagnosticados de demencia (DSM-IV). La asociación de trazodona al tratamiento habitual se llevó a cabo desde el día 0 en una dosis única nocturna variable (50-200 mg). Los días 0 y 42 se valoró la afectación cognitiva con el Mini-Mental State Examination (MMSE), y los días 0, 14 y 42 se administró el Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home Version (NPI-NH) para la valoración de los trastornos neuropsiquiátricos, y la subescala de valoración del sueño. En la última visita (día 42) se añadió la impresión clínica Global (ICG). La evaluación estadística se realizó mediante el paquete estadístico (SPSS 17®).

Resultados: Finalizaron el estudio 38 pacientes diagnosticados de demencia. Trazodona redujo significativamente la puntuación total

del NPI-NH ($p < 0,001$). En la subescala del sueño, la puntuación también disminuyó de manera estadísticamente significativa ($p < 0,001$). En relación a la carga del cuidador, todos los parámetros mejoraron ($p < 0,001$). El MMSE no varió, lo que indica que trazodona no muestra efectos sobre la función cognitiva. Los efectos adversos aparecieron en un 6,1% de los casos y fueron hipotensión (4,1%) y somnolencia (2%).

Conclusiones: Los resultados de este estudio indican que trazodona a dosis única nocturna asociada al tratamiento habitual de la demencia es un tratamiento seguro y efectivo para los síntomas conductuales de la demencia y supone una mejoría en la carga del cuidador.

PO-283-GE

DEMENCIA FRONTOTEMPORAL (DFT): A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Matos, R.M. Fernández, M. Mamajón y G.M. Galindo
Hospital Clínico Universitario.

Introducción: La demencia frontotemporal (DFT) es la tercera causa de demencia degenerativa (tras la EA y Demencia con Cuerpos de Lewy) y la segunda en menores 65 años. El debut suele situarse entre los 45 y 65 años y la distribución similar entre ambos sexos. Se ha constatado una historia familiar positiva entre un 30 y 45% de los casos.

Objetivos: Poder incluir esta patología como parte del diagnóstico diferencial de cuadros con sintomatología psiquiátrica. La variante frontal (DFT) es la más frecuente y conlleva un cambio insidioso en la personalidad adoptando un comportamiento inusual, o acentuándose de manera ostensible ciertos rasgos de su carácter. Las alteraciones son variables y dependen de las áreas prefrontales afectas.

Metodología: Presentamos el caso de un paciente varón de 70 años de profesión ganadero. Tratado con pravastatina por una dislipemia. Valorado por neurología en 2006 por probable cuadro de deterioro cognitivo y parkinsonismo tratado con levodopa y suspendido tras DAT-Scan no concluyente. Diagnosticado de trastorno bipolar desde su juventud. Ingresó en neurología en 2009 por una incapacidad para hablar con bradicinesia generalizada con rigidez difusa y fenómeno en "rueda dentada". En la RMN cerebral se halla una atrofia cortico-subcortical cerebral y fosa posterior. Posteriormente inició un cuadro delirante de perjuicio, con profundo deterioro cognitivo y motor. MMSE 11/30: déficit de memoria reciente, dificultad para mantener la atención en tareas sencillas y gran deterioro de praxias visuoespaciales. SPECT cerebral: defectos de actividad en la zona medial del lóbulo frontal que por su morfología y distribución pueden ser de origen vascular.

Resultados: Inicialmente se suspende la medicación psiquiátrica que el paciente recibía por su potencial para aumentar la inhibición y la ausencia de mejoría en un plazo suficiente. Se ajusta levodopa y se añaden 20 mg de metilfenidato, mejorando parcialmente el nivel de conciencia pero sin lograrse recuperar el lenguaje ni mejorar de la gran apatía. El paciente es capaz de caminar con ayuda. Se administran 5 sesiones de TEC sin conseguir mejoría apenas y sin recuperar el habla ni motilidad. Continúa presentando dificultades de deglución y vómitos alimenticios ocasionales. Recibe como diagnóstico principal el de demencia frontotemporal (probable) y como diagnósticos secundarios, enfermedad de pequeño vaso y parkinsonismo. Le damos el alta con el siguiente tratamiento: omeprazol, pravastatina, levodopa, sertralina y metilfenidato.

Conclusiones: La historia clínica y la observación del paciente desempeñan un papel mucho más importante que la exploración neurológica formal en esta patología. La prueba complementaria de mayor valor es la RMN cerebral (que demuestra atrofia). La hipoperfusión frontal en el SPECT puede tener otros orígenes. El diagnóstico de la DFT está basado en las manifestaciones clínicas. Los hallazgos en las exploraciones complementarias son útiles para confirmar el diagnóstico. La DFT debe incluirse en el diagnóstico diferencial du-

rante la evaluación de pacientes ancianos con alteraciones en el estado de ánimo.

PO-337-GE

EVOLUCIÓN DESFAVORABLE DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS EN LA EDAD AVANZADA Y SU POSIBLE RELACIÓN CON EL DETERIORO COGNITIVO

S. Barrio, I. Antizar Moro, A.M. García, M.T. Zaballa, M.J. Peña y J.C. Andueza
Hospital San Juan de Dios. Donostia.

Introducción: Varios estudios sugieren que los trastornos afectivos pueden ser un factor de riesgo de la aparición de un deterioro cognitivo, en la edad avanzada.

Objetivos: Observar dentro de una serie de pacientes ingresados en el Hospital San Juan de Dios de Donostia, la relación entre patología afectiva y deterioro cognitivo.

Metodología: Estudio retrospectivo descriptivo de paciente mayores de 55 años, en un periodo de 2006 a 2009, con diagnóstico de trastorno afectivo, y evolución desfavorable del cuadro afectivo y presencia de síntomas de deterioro cognitivo. Variables estudiadas: genero, edad, tipo de patología afectiva previa y evolución de la misma, inicia de clínica compatible con deterioro, pruebas diagnósticas realizadas y orientación al alta.

Resultados: De una serie de 136 paciente ingresados en el periodo 2006 a 2009, mayores de 55 años, el 40% son varones, y el 60% son mujeres. El rango de edad es 55-87. El 9,5% de los pacientes tenía más de 80 años, 30,8% entre 70 y 79, 30,1% entre 60 y 69 y 29,5% de 55 a 59. Encontramos un 22,8% de pacientes con deterioro cognitivo y diagnóstico previo de trastorno afectivo. Otros diagnósticos frecuentes: 21,3% esquizofrenia, 19,8% trastorno afectivo, 9,5% demencia, 9,5% trastorno por ideas delirantes, y 7,3% dependencia del alcohol.

Conclusiones: El 42,6% de los pacientes tenían diagnóstico de trastorno afectivo. De ellos, más de la mitad presentan una evolución desfavorable, con deterioro cognitivo, especialmente a partir de los 65 años. Este hallazgo coincide con lo apreciado en otros estudios similares.

PO-365-GE

DETERMINACIÓN DE LOS VALORES DE BDNF EN ORINA DE PACIENTES CON Y SIN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

B. Boné, G. Piñol, E. Castan, G. Torres, O. Sacristán y J. Pifarré
Hospital Santa María.

Introducción: Es conocida la reducción de los valores plasmáticos de BDNF en pacientes con depresión mayor. Existen pocos estudios sobre las variaciones de los niveles de BDNF sérico en pacientes con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Sin embargo, no existe ningún estudio que demuestre si existen diferencias en los valores de BDNF en orina, un método fácil de obtener y sin ningún riesgo, comparado con la población sana.

Objetivos: Comparar los valores de BDNF en orina en pacientes con y sin enfermedad de Alzheimer.

Metodología: Estudio casos controles en los que se compara la concentración de BDNF en orina en 20 pacientes con enfermedad de Alzheimer GDS 4-5 comparado con 20 controles sanos. La determinación de los valores de BDNF en orina se realizó mediante la técnica de ELISA (RayBio Human).

Resultados: Se muestran los datos demográficos de los pacientes. No encontramos diferencias significativas en cuanto a las características epidemiológicas de ambos grupos excepto a nivel de los tests neuropsicológicos de screening (MMSE, fluidez verbal semántica y test reloj). Los pacientes con enfermedad de Alzheimer presentan una concentración de 1,30 ng/ml (DE 1,04) comparado con 0,86 ng/ml (DE 0,76) ($p < 0,05$).

Conclusiones: La concentración de BDNF en orina se encuentra incrementada en pacientes con enfermedad de Alzheimer. Es preciso valorar si existe correlación entre los valores plasmáticos y los valores de orina y establecer puntos de corte que pudiesen discriminar los valores en individuos sanos, deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer para valorar una posible utilidad diagnóstica de dicha determinación.

PO-391-GE

PROGRAMA DE SOPORTE A LA PRIMARIA EN SALUD MENTAL EN PACIENTES MAYORES

A. Terrades

CSMA Montjuïc FSPC. Barcelona.

Introducción: Desde el año 2007 en Catalunya tiene lugar una nueva propuesta de abordaje en salud Mental (SM) que consiste en el desplazamiento de los profesionales de los Centros de Asistencia Mental de Adultos (CSMA) a las Áreas Básicas de Salud (ABS) de referencia con el objetivo de asesorar a los Médicos de Asistencia Primaria (MAP) y organizar la atención en función gravedad en SM. Fruto de este programa surge la observación de una población, la geriátrica, que es el objetivo de este trabajo.

Objetivos: Reflexionar entorno a los pacientes de 65 años en adelante susceptibles de abordaje en SM intentando evaluar qué volumen de población representa en el total de adultos, cuáles son las características específicas y la atención que reciben con la finalidad de mejorar la asistencia.

Metodología: Se recogen datos de los pacientes derivados por los MAP y atendidos en el 2009 en los 4 ambulatorios de referencia (Manso, les Hortes, La Marina y Carles Ribas) del CSMA de Montjuïc, ubicado en Barcelona, con una población aproximada de 90.000 habitantes. los datos recogidos son los siguientes: nº de pacientes a partir de 65 años, sexo, motivo de derivación, orientación diagnóstica y plan terapéutico realizado así como la patología orgánica que presentan, medicación que toman y visitas neurológicas.

Resultados: Este grupo de pacientes geriátricos constituye el 19,28% , casi 1/4 parte del total atendido en los ABS en este programa específico con claro predominio del sexo femenino en proporción 3:1, siendo los principales motivos de derivación la presencia de síntomas de ansiedad y depresivos, el diagnóstico diferencial con trastornos cognitivos y las dudas acerca del tratamiento farmacológico. Los principales diagnósticos realizados por los especialistas en SM son los trastornos de ansiedad, depresivos y adaptativos así como los duelos. Se evidencia una alta prevalencia de patología orgánica concomitante y polimedición. Por último, se constata la atención solicitada de valoración neurológica.

Conclusiones: La observación del estudio pone de manifiesto que el acercamiento a los ABS ha producido una mejora en la atención de esta población aunque todavía limitada por las propias características del PSAP, las propias limitaciones de los pacientes en cuanto a movilidad, dependencia... así como la necesidad de coordinación transversal (MAP, especialistas diversos, especialistas en SM, servicios sociales...). Se plantea la posibilidad de utilizar las visitas domiciliarias si es necesario, terapia grupal y recomendación específica de abordaje de duelos.

PO-430-GE

NECESIDAD DE LA FIGURA DEL PSIQUIATRA EN LAS DEMENCIAS CON ALTERACIONES DE CONDUCTA. A PROPÓSITO DE UN CASO

P.I. González, L. Ros, A.C. García y H. Echevarría
Hospital Universitario La Fe.

Introducción: Las demencias suelen cursar como cuadros insidiosos difíciles de diagnosticar en estadios precoces. Sin embargo, alteraciones graves del comportamiento pueden aparecer de forma

brusca en la evolución, iniciando los familiares en ese momento un peregrinaje en busca de recursos sanitarios y asistenciales, que no suelen ser ofrecidos de una manera estandarizada, al no existir un consenso sólido sobre cuál es el facultativo que debe dirigir el tratamiento.

Objetivos: Poner de manifiesto las complicaciones derivadas de la latencia en el diagnóstico y el tratamiento de una paciente con cuadro de demencia.

Metodología: Mujer de 73 años en tratamiento por cuadro depresivo de seis años de duración que comienza a presentar episodios de confusión y agitación con agresividad. Durante la evolución se solapa clínica psicótica y afectiva derivadas del deterioro cognitivo. Se van exacerbando progresivamente los trastornos de conducta y se hace dependiente para las ABVD. Tras varios meses acudiendo a varios especialistas de forma ambulatoria y a servicios de urgencias, ingresa en sala de psiquiatría.

Resultados: La hospitalización de la paciente ayudó a establecer un diagnóstico adecuado y en consecuencia un tratamiento apropiado. La paciente recuperó la autonomía pudiendo reincorporarse a su vida anterior, con un seguimiento ambulatorio, que en caso de recaída podría encauzar de una forma ágil las medidas terapéuticas pertinentes.

Conclusiones: El caso expuesto es un ejemplo de lo que la implicación del psiquiatra en una patología cuyo diagnóstico clásicamente ha correspondido a la neurología puede evitar importantes complicaciones tanto para la propia evolución de la enfermedad como para la familia y el entorno social. Dado el progresivo desarrollo de la Psicogeriatría en nuestros días, parece necesario también un cambio de concienciación con respecto a este tipo de pacientes de nuestra especialidad.

PO-551-GE

DESDE EL TRASTORNO BIPOLAR HACIA LA DEMENCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A.C. García, H. Echevarría, S. García y H. Tobella
Hospital Universitario La Fe.

Introducción: En el anciano con trastorno bipolar deben considerarse los cuadros de deterioro cognitivo y demencia en el diagnóstico diferencial. Recientes investigaciones han demostrado que en el trastorno bipolar existe una reducción del volumen del núcleo caudado, mayor que en sujetos controles, mediante RMN. Cuando se ha podido evaluar la capacidad cognoscitiva en los períodos de eutimia en ancianos con trastorno bipolar, se ha puesto en evidencia que más del 50% presentaban déficits neuropsicológicos significativos en relación a población de la misma edad y escolaridad sin trastorno bipolar.

Objetivos: Poner de manifiesto, mediante la exposición de un caso clínico, los déficits neurológicos y neuropsicológicos aparecidos durante la evolución de un paciente anciano con trastorno bipolar.

Metodología: Hombre de 75 años, diagnosticado de trastorno bipolar desde hace 45, que durante los últimos meses ha comenzado a experimentar exacerbación de su carácter y oscilaciones del humor diferentes a las habituales. A esto se acompaña alteraciones mnésicas y menor tendencia a la preocupación, así como anomalías en la marcha, debilidad y dolor en extremidades. Antecedentes personales de DM tipo II y parkinsonismo secundario a litio. Antecedentes familiares de depresión y enfermedades vasculares.

Resultados: En el EEM se observa tendencia a la irritabilidad, empobrecimiento del pensamiento y lenguaje perseverante, así como alteraciones de la memoria reciente y una restricción progresiva de la afectividad y la reactividad emocional. La batería de pruebas neuropsicológicas revela desorientación temporal, hipoprosexia, alteraciones en la memoria de trabajo e inmediata, anomia moderada y escasa fluidez verbal. También presenta déficit en las praxias, gnosias, pensamiento abstracto y levemente en las funciones ejecutivas. La RMN pone de manifiesto una atrofia moderada cortico-sub-

cortical e involutiva y leucoaraiosis periventricular. En la SPECT cerebral se observa discreta asimetría del putamen y su contralateral.

Conclusiones: El diagnóstico del paciente apunta a la demencia mixta, en la que a una enfermedad de Alzheimer se añade una enfermedad cerebrovascular. A este respecto, existe un reconocimiento creciente del papel de los factores de riesgo vascular en la vida tardía del trastorno bipolar. Se ha encontrado un aumento de la comorbilidad vascular en una muestra de pacientes bipolares mayores. Por otro lado, se ha informado de que el deterioro en el trastorno bipolar se asocia con episodios mixtos y ciclos rápidos, que a menudo se corresponden con la presentación de la demencia.

PO-655-GE

¿SON LAS QUEJAS SUBJETIVAS DE MEMORIA RELEVANTES EN PERSONAS MAYORES CON Y SIN DETERIORO COGNITIVO LEVE?

I. Bombín, A. Cifuentes, E.M. Vega, M. Garolera, M. Pérez, N. Cerrulla, G. Cubero, A. Valdés, M.T. Bascarán y J. Bobes
Fundación Reintegra.

Introducción: Las quejas subjetivas de memoria (QSM) son frecuentes en personas mayores y conforman un criterio diagnóstico del deterioro cognitivo leve (DCL).

Objetivos: Valorar la fiabilidad de las QSM estableciendo su relación con el funcionamiento cognitivo evaluado de forma objetiva y determinar qué factores modulan su variabilidad.

Metodología: Se evaluaron 95 sujetos sanos y 123 sujetos con DCL con una media total de edad de 74,02 años, mediante una batería neuropsicológica que incluía medidas de atención, memoria verbal, funciones ejecutivas y memoria de trabajo, además de síntomas ansioso-depresivos (GDS), y discapacidad (WHODAS-II). Las QSM se recogieron mediante el Cuestionario de Memoria de la Vida Diaria (MFE).

Resultados: El grupo de DCL mostró un moderado mayor grado de QSM ($p > 0,05$). Sin embargo, mientras que en el grupo de DCL las QSM se asociaron con el funcionamiento mnésico (R-Pearson = -0,327), ejecutivo (R-Pearson = -0,234) y atencional (R-Pearson = -0,182); en los sujetos sanos no se dieron tales relaciones. En ambos grupos se produjo una asociación entre el GDS y QSM (DCL: R-Pearson = 0,292; Sanos: R-Pearson = 0,446), y entre mayor discapacidad y mayores QSM (DCL: R-Pearson = 0,426; Sanos: R-Pearson = 0,378). En los sujetos con DCL, las QSM se explicaban por una combinación de discapacidad autopercebida, funcionamiento mnésico y síntomas ansioso-depresivos ($R^2 = 0,467$); mientras que en los sujetos sanos sólo los síntomas ansioso-depresivos entraron en el modelo predictivo ($R^2 = 0,173$).

Conclusiones: Las QSM son un fenómeno relevante y fiable en personas con DCL y se asocian al grado de discapacidad, funcionamiento mnésico objetivo y sintomatología ansiosa-depresiva, mientras que en sujetos sanos, se asocia preferentemente a sintomatología ansiosa-depresiva.

PO-658-GE

PREDICTORES DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES CON Y SIN DETERIORO COGNITIVO LEVE

I. Bombín, E.M. Vega, A. Cifuentes, M. Pérez, M. Garolera, S. Santiago, G. Chico, A. Valdés, M.T. Bascarán y J. Bobes
Fundación Reintegra.

Introducción: La calidad de vida (CV) es una medida de resultado frecuentemente empleada en estudios de sujetos con deterioro cognitivo. Es por ello preciso conocer de antemano los determinantes de CV en poblaciones específicas.

Objetivos: Identificar qué variables predicen en mayor medida la CV de personas mayores con y sin deterioro cognitivo leve (DCL).

Metodología: Se evaluaron 95 sujetos sanos y 123 sujetos con DCL con una media total de edad de 74,02 años, mediante una batería neuropsicológica que incluía medidas de atención, memoria verbal, funciones ejecutivas y memoria de trabajo, además de síntomas ansioso-depresivos (GDS), y discapacidad (WHODAS-II). La CV fue evaluada a través del Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q).

Resultados: Ambos grupos presentaron similares niveles de CV (t-Student $p = 0,843$) y en ambos grupos se identificó una asociación entre mayor CV y mejor funcionamiento atencional (DCL: R-Pearson = 0,283; Sanos: R-Pearson = 0,364) y ejecutivo (DCL: R-Pearson = 0,247; Sanos: R-Pearson = 0,321), no así mnésico, ni de memoria de trabajo. Curiosamente, la CV se relacionó con la sintomatología ansiosa-depresiva sólo en el grupo de sujetos sanos (DCL: R-Pearson $p = 0,069$; Sanos: R-Pearson = -0,514). El mejor predictor de CV fue el grado de discapacidad, que explicó el 49,6% de la varianza de CV en sujetos sanos, y el 23,2% en sujetos con DCL.

Conclusiones: En personas mayores con y sin deterioro cognitivo, el grado de discapacidad autopercebida es la mejor variable predictiva de CV, si bien el estado de ánimo juega un importante papel modulador de esta relación.

PO-720-GE

PERFIL DEL PACIENTE PSICOGERIÁTRICO EN LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS DEL HOSPITAL DE MATARÓ

P. Vinuesa Gómez, M. Serra Buil, M. Mola Gibert, C. Torres Rivas y J. Cañete Crespillo
Hospital de Mataró.

Introducción: Las urgencias psicogeriatricas están aumentando en los últimos años, dado el envejecimiento de la población. Este tipo de urgencias a menudo son complejas por la elevada comorbilidad médica, la insuficiente información externa, la plurifarmacia y con frecuencia requieren un ingreso en una unidad psiquiátrica. En este estudio se realiza un análisis descriptivo del paciente mayor de 65 años que acude al servicio de urgencias de un Hospital general comarcal.

Objetivos: Estudio retrospectivo de 128 pacientes psicogeriatricos valorados en un servicio de urgencias psiquiátricas en un periodo de 6 meses, entre mayo y diciembre de 2009. Se recogieron variables socio-demográficas, clínicas y terapéuticas así como de asistencia y actuación en urgencias a través de la revisión de los informes clínicos de urgencias y en algún caso de las historias clínicas.

Metodología: El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS.

Resultados: Se realizaron un total de 168 visitas que correspondieron a 128 pacientes psicogeriatricos, la reincidencia de las visitas fue del 23,9%. La edad media se situó en torno a los 74 años, con un predominio del sexo femenino en una proporción de 4 a 1 sobre los varones. Encontramos la misma proporción de viudez y de casados siendo de 42,2%. La mayoría procedían del domicilio 68,8% o de un recurso residencial en un 12,5%. En un 63% convivían con la familia y en un 59% no se valoró necesidad de cuidador. Respecto a los antecedentes psiquiátricos los diagnósticos más frecuentes por esferas diagnósticas fueron los trastornos afectivos representando el 50,8% y el trastorno psicótico en un 11,7%. Según la clasificación DSM-IV-TR los diagnósticos más frecuentes fueron el trastorno depresivo mayor/trastorno depresivo mayor recurrente en un 18,8%, el trastorno distímico en un 11,7% y el trastorno adaptativo en un 9,4% de la muestra. Respecto a la comorbilidad con el eje II (rasgos desadaptativos/trastorno) se evidenció una elevada comorbilidad (22,7%) siendo la personalidad cluster B la más identificada en urgencias (18%).

Conclusiones: Hemos podido definir el perfil del paciente psicogeriatrico que acude a urgencias, no existe ninguna variable de diagnóstico que se relacione con la necesidad de un ingreso psiquiátrico. El estudio nos acerca al perfil psicofarmacológico.