

TRABAJOS ORIGINALES

Necesidades de aprendizaje del especialista en Medicina General Integral sobre síndrome demencial

Needs of learning of specialist of Integral General Medicine on dementia syndrome

Víctor T. Pérez Martínez^I; Nidia Nolla Cao^{II}, Alina Alerm González^{III}

^IEspecialista de II Grado en Psiquiatría. Máster en Educación Médica y Longevidad Satisfactoria. Investigador Auxiliar. Policlínico Docente "Ana Betancourt". La Habana, Cuba.

^{II}Máster en Educación Médica. Profesor Auxiliar. Licenciada en Pedagogía. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{III}.Máster en Educación Médica. Especialista de II Grado en Inmunología. Profesor Consultante. Facultad de Medicina "Victoria de Girón." La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las necesidades de aprendizaje o capacitación son la resultante de un proceso de comparación entre un patrón de conocimientos o habilidades y la realidad. Siempre resulta de contrastar un desempeño ideal o propuesto con el real, bien sea para un individuo o un grupo determinado.

Objetivos: identificar las necesidades de aprendizaje que, sobre el síndrome demencial, tienen los médicos que laboran en los equipos de atención primaria de salud del municipio Playa.

Métodos: se realizó la identificación de necesidades de aprendizaje mediante un cuestionario escrito, que se aplicó de forma colectiva y anónima a 20 especialistas de Medicina General Integral seleccionados al azar y que laboran en tres policlínicos del extremo este del municipio Playa.

Resultados: se puntualizaron las deficiencias e insuficiencias de los conocimientos y habilidades profesionales sobre el síndrome demencial, fundamentalmente en lo referente al diagnóstico, y su terapéutica desactualizada.

Conclusiones: a pesar de que la demencia senil constituye una entidad mayor en el orden geriátrico, psiquiátrico, epidemiológico y socioeconómico, la gran mayoría

de los especialistas no la identifican debidamente, por lo que persiste como una entidad infradiagnosticada e infravalorada.

Palabras clave: Necesidades, aprendizaje, síndrome, demencial, cuestionario.

ABSTRACT

Introduction: needs of learning or training are the result of a comparison process between the knowledges or abilities and the reality. Always it comes of to verify an ideal performance or the proposed compared to the real one, for a subject or a determined group.

Objectives: to identify the needs of learning that on the dementia syndrome, have the physicians working in health primary care teams from Playa municipality.

Methods: authors identified the needs of learning by a written questionnaire, applied in a collective or anonymous way in 20 specialists of Integral General Medicine working in three polyclinics from eastern extreme of Playa municipality. It was a random selection.

Results: the deficiencies and insufficiencies of knowledges and professional abilities on dementia syndrome were specified, mainly with reference to the diagnosis and its obsolete therapeutics.

Conclusions: in spite of the fact that senile dementia is a major entity in the geriatric, psychiatric, epidemiological and socioeconomic order, most of specialist don't make a proper identification, persisting as an underdiagnosed and undervalue entity.

Key words: Needs, learning, syndrome, dementia, questionnaire.

INTRODUCCIÓN

Las necesidades de aprendizaje se definen como la desviación real entre el desempeño práctico del individuo y el que el Sistema de Salud tiene previsto en esa función o puesto de trabajo, siempre que esta diferencia obedezca a falta de conocimientos, preparación o entrenamiento. Las necesidades de aprendizaje por su forma de manifestarse se clasifican en manifiestas y encubiertas. Por el alcance de las mismas pueden ser organizacionales, ocupacionales, individuales, normativas, sentidas, expresas y comparadas La identificación de necesidades de aprendizaje constituye una trascendental herramienta de la Educación Permanente.¹

Las técnicas que se emplean para elaborar la identificación de las necesidades de aprendizaje (INA) son muy variadas en dependencia de la oportunidad, la complejidad y el perfil de la investigación,² entre ellas se encuentran la encuesta, la entrevista, la observación, discusiones de grupo y cuestionarios. Los procesos educacionales de la superación profesional se organizan a partir de las necesidades de aprendizaje identificadas.^{1,2}

Existe el consenso de que el déficit cognitivo y la depresión son las afecciones que con más frecuencia transcurren sin diagnóstico en el adulto mayor,^{3,4} ello demuestra que la implicación real de la atención primaria de salud en la detección y manejo de los problemas cognitivos, en general, es escasa. Sin embargo, los profesionales del primer nivel de atención, que constituyen la puerta de entrada para la mayoría de estos enfermos, ocupan un lugar privilegiado para el manejo efectivo de la problemática de la demencia, pues conocen al paciente y su entorno social, laboral y familiar, pueden realizar un seguimiento longitudinal, mejorar el diagnóstico temprano y, también, utilizar, coordinar y racionalizar los recursos disponibles. La atención al enfermo en la comunidad, sin dudas, reporta beneficios al paciente, a la familia y al sistema de salud. Se entiende que la estancia en el domicilio mejora la calidad de vida del enfermo, respecto a la institucionalización, evita el gasto de recursos e incomodidades para el paciente y la familia, y reduce, de una manera sensible, los costos para los servicios públicos sociales y sanitarios.⁴

El especialista de Medicina General Integral (MGI), quien dirige el Equipo de Atención Primaria de Salud, debe ser capaz no solo de hacer un diagnóstico precoz y seguro de la demencia, sino que también debe prestar un adecuado asesoramiento y apoyo al paciente y su familia, aspectos que, en la práctica cotidiana, presentan insuficiencias en conocimientos y modos de actuación, dada las frecuentes irregularidades en la forma de enfrentarlo. La atención primaria debe garantizar una actuación mínima que confirme la sospecha de deterioro cognitivo, pero también es necesario, y muy aconsejable, que se avance en el diagnóstico diferencial y etiológico de la demencia. Por todo ello, es propósito de la presente investigación, identificar las necesidades de aprendizaje de los especialistas en MGI, del municipio Playa, sobre síndrome demencial, problema de salud frecuente, en la tercera edad.

MÉTODOS

Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo y de corte transversal, desplegado en la estrategia del Subprograma de Atención Comunitaria al Adulto Mayor, durante el año 2008. El universo o población de estudio estuvo constituido por 56 especialistas de Medicina General Integral que laboraban, como titulares o reservas, en los consultorios de médicos de familia tipo 1 de los tres policlínicos implicados en la investigación y que fueron escogidos utilizando el muestreo por conveniencia. Se confeccionó un listado con los especialistas ya referidos, a todos se les asignó un número consecutivo y se seleccionaron al azar los 20 médicos finalmente encuestados.

Caracterización de los especialistas de MGI seleccionados

De los 20 médicos de familia encuestados, el 65 % (n = 13) pertenece al sexo femenino y el 35 % (n = 7) al sexo masculino. La edad promedio de dichos galenos es de 38 años. El 100 % tiene más de 10 años de graduado, así como, al menos, una década de trabajo en la atención primaria de salud. Solo el 25 % (n = 5) refirió haberse desempeñado como Jefe (a) de Grupo Básico de Trabajo, en todos los casos con más de dos años de experiencia en dicho cargo. El 55 % (n = 11) refirió estar actualmente vinculado a la enseñanza tutelar. Solo el 20 % (n = 4) tiene categoría docente de Instructor y se desempeñan en sus respectivos policlínicos universitarios.

Métodos y procedimientos

Como método empírico se escogió el Cuestionario (anexo), diseñado por el autor y aplicado a la manera de un examen escrito, por personal calificado, con carácter anónimo, y previo consentimiento de los participantes. Su estructura consta de 10 interrogantes, las siete primeras se diseñaron como preguntas estructuradas tipo test objetivo con respuestas alternativas de selección múltiple y de igualamiento o pareación. Las tres últimas son de respuestas breves o restringidas. Todas las preguntas se diseñaron de forma organizada y sistematizada, para lograr la información necesaria.

Para el procesamiento de la información obtenida se utilizó la estadística descriptiva y los resultados se presentan en valores absolutos y relativos.

RESULTADOS

A pesar de que la demencia constituye uno de los grandes síndromes geriátricos, solo el 20 % (n = 4) la identificó acertadamente al seleccionar el inciso b. Aunque en su totalidad los médicos reconocieron la demencia como la enfermedad caracterizada por la pérdida adquirida, generalmente de manera tardía y global, de las capacidades intelectuales, ninguno seleccionó el inciso a, de la pregunta 1, que define el retraso mental u oligofrenia (entidad en la cual la pérdida de dichas capacidades es innata o tempranamente adquirida), 60 % (n = 12) de los encuestados, al escoger indebidamente el inciso c, la confundió con el delirium o síndrome confusional agudo, uno de los diagnósticos diferenciales más importantes del síndrome demencial. El 25 % (n = 4) señaló erróneamente el inciso d, el cual hacía alusión al deterioro cognitivo leve o con demencia dudosa.

Aunque en su totalidad los médicos reconocieron que la reducción de la capacidad cognoscitiva es esencial para el diagnóstico de la demencia, se constató que 55 % (n = 11) restringió incorrectamente la sintomatología de las demencias, explorada en la pregunta 2, al deterioro de funciones corticales superiores como la memoria, la atención, el razonamiento y el juicio, al señalar únicamente los incisos b, d, k. En el estudio, solo 15 % (n = 3) seleccionó correctamente los incisos c, g, que hacen alusión a diversas alteraciones neurológicas (afasia, apraxia, agnosia, disfunción ejecutiva) presentes en el cuadro clínico de las demencias y que deben acompañar al deterioro relevante de la memoria. El 100 % (n = 20) dejó de señalar el inciso j, por lo que excluyó indebidamente a los trastornos o síntomas no cognitivos, los cuales reducen la calidad de vida del paciente, produciendo mayor morbilidad y mortalidad en los enfermos que los propios síntomas cognitivos, por lo que se incrementan los costos directos e indirectos de las demencias. El 60 % (n = 12) señaló erróneamente entre las manifestaciones clínicas la afectación del nivel de conciencia o grado de alerta al seleccionar el inciso f.

A pesar de que la totalidad de los médicos reconocieron debidamente que el deterioro cognitivo es más un concepto clínico (sindrómico) que psicométrico, (ninguno marcó el inciso b), resultó significativo, en la respuesta a la pregunta 3, la diversidad de criterios asumidos por los encuestados, sin que se demostrara un franco predominio de algún ítem o rubro. La proporción en que los especialistas se afiliaron a los restantes tres incisos (a, c, d) fue muy similar. Siete médicos (35 %) marcaron el inciso a, que propone la utilización de los criterios de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Siete (35 %) marcaron el inciso d, que propone el uso de los criterios sugeridos por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos, de la Comunicación y de Accidentes Vasculares Cerebrales (NINCDS), y por la Asociación para la Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Conexos (ADRDA). Los restantes seis especialistas (30 %) marcaron el inciso c, que

propone el empleo de los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, lo que denota falta de consenso de los médicos a la hora de decidir los criterios que deben regir el diagnóstico de la demencia.

En cuanto al diagnóstico definitivo, o de certeza, de la demencia, 45 % (n = 9) señaló erróneamente el inciso d, que hace referencia a las pruebas de alcance especializado (RMN y SPECT) como procedimiento apropiado para establecer este diagnóstico. El 55 % (n = 11) seleccionó acertadamente el estudio anatomopatológico (inciso c), es decir, la evidencia histopatológica obtenida por biopsia o necropsia, coincidiendo con los criterios sugeridos por el NINCDS, y por ADRDA para la demencia definida.

La pregunta 5 explora los conocimientos de los médicos de familia sobre la evaluación neuropsicológica del paciente con deterioro cognitivo sospechado, la cual comprende la aplicación, con juicio clínico, de una rigurosa batería de exámenes psicométricos abreviados. Se comprobó que ninguno de los médicos encuestados (n = 20) fue capaz de enlazar de manera correcta el total de instrumentos (n = 6) propuestos en los respectivos ítems de la columna A con las características apuntadas en la columna B. El 70 % (n = 14) enlazó acertadamente solo dos ítems (c, g), que corresponden a las herramientas o tests que evalúan la capacidad funcional del paciente (Índice de Katz y Escala de Lawton-Brody), ello traduce el 66, 6 % de enlaces fallidos. El 30 % (n = 6) no enlazó debidamente ningún ítems, lo que significa 100 % de enlaces fallidos. Otro notorio resultado fue el hecho de que el total de encuestados (100 %) no supo nombrar de manera acertada, al menos, una herramienta que le fuese útil, en su trabajo cotidiano, para evaluar la sobrecarga psicológica o estrés del cuidador principal. El 55 % (n = 11) nombró erróneamente el test de vulnerabilidad al estrés, y el restante 45 % (n = 9) no respondió el inciso (5.1), es decir, no hizo alusión a ningún instrumento.

La pregunta 6 que hace referencia al manejo no farmacológico del paciente que sufre demencia, fue respondida por el 80 % (n = 16) acertadamente, seleccionando todos los ítems comprendidos, debidamente, en dicho protocolo (b, c, d, f, g), por lo que este resultado resultó alentador en la investigación. El restante 20 % (n = 4) respondió incorrectamente, pues en la selección marcó los incisos a, e, aspectos que no están comprendidos en dicho protocolo.

En cuanto a la pregunta 7, que hace referencia a las contraindicaciones absolutas de los fármacos inhibidores de la enzima acetilcolinesterasa (tacrina, donepezilo, fisostigmina, rivastigmina, galantamina) que, actualmente, constituyen una estrategia para el tratamiento del deterioro cognitivo de la enfermedad de Alzheimer, se constató que 100 % (n = 20) domina la totalidad de dichas contraindicaciones, pues seleccionó acertadamente solo los ítems (b, d, e, g, h, i).

En cuanto a la pregunta 8, referente a otras alternativas de tratamiento para el deterioro cognoscitivo de la principal de las demencias, se constató que solo 55 % (n = 11) de los galenos encuestados fue capaz de mencionar, acertadamente, más de dos alternativas farmacológicas entre las que se destacaron, en orden de frecuencia: los antiinflamatorios [prednisona y AINE] (80 %); los estrógenos (65%) como el estradiol; y los fármacos antagonistas del calcio [anticálcicos] como el nimodipine (30 %). La alternativa de tratamiento, citada, únicamente y, de forma errónea, por 45 % (n = 9) de los encuestados fueron los neurolépticos, entre ellos la tioridazina y el haloperidol (en menor frecuencia). Fue significativo el hecho de que ningún médico citara fármacos como los Nootrópicos y neuroprotectores (como el piracetam y la citicolina) y los antioxidantes (como la vitamina E y la selegilina), estos últimos usados en correspondencia con una de las teorías que con mayor

fuerza se invoca en la patogenia de las demencias (la teoría del estrés oxidativo y la formación de radicales libres); al igual que otros fármacos de uso más reciente como el factor de crecimiento neuronal (FCN), entre otras alternativas farmacológicas. También es notorio que solo 10 % (n = 2) citó a la psicoterapia como una alternativa o modalidad de tratamiento en este tipo de paciente.

Entre los resultados fue significativo el hecho de que la totalidad de los galenos encuestados, en su respuesta a la pregunta 9, no omitieron ninguna de las tres esferas u órdenes (biológico, psicológico y socio familiar) hacia los cuales el profesional de la salud debe encaminar su estrategia de trabajo frente al paciente con demencia establecida, con el propósito de mejorar su calidad de vida, y entre los aspectos prioritarios mencionados acertadamente, y en orden de frecuencia resultaron:

1. La prevención de problemas intercurrentes los cuales pueden acelerar el proceso demencial como las infecciones y los traumatismos sufridos durante las caídas (100 %).
2. Favorecer la conservación de las capacidades remanentes del paciente (85 %).
3. Estimulación de las relaciones sociales (70 %).
4. Prevención de las crisis familiares que son vivenciadas, frecuentemente, cuando en el seno de la familia existe al menos un discapacitado (50%).

Es significativo destacar el carácter preventivo de la mitad de los aspectos mencionados, lo que se corresponde con la razón de ser del médico de la familia.

Por último, las dificultades o limitaciones que los médicos mencionaron, en orden de frecuencia, en el ejercicio de su profesión, para trabajar con los pacientes con declinación cognitiva patológica se resumieron de la siguiente forma:

- Mal funcionamiento del trabajo en equipo, con una pobre implicación del personal de enfermería y trabajador(a) social, fundamentalmente (80%).
- Limitación de los recursos: con gabinetes gerontológicos y equipos de salud mental incompletos, inestabilidad de los integrantes de los Equipos Básicos de Salud, recursos socio sanitarios escasos, pobre accesibilidad a la tomografía computarizada y otras pruebas especializadas (70%).
- Pobre capacitación del personal sanitario o de salud en el manejo de las demencias (60%).
- Posibilidades de dedicación escasas por falta de tiempo e interés del personal implicado (50 %).
- Irregularidades o inconsistencias en el proceso de evaluación periódica de la atención brindada a los pacientes con demencia y a sus cuidadores (30 %).
- Irregularidades o inconsistencias en el protocolo de actuación con los diferentes servicios sanitarios: atención primaria, atención especializada y hospitalaria (25 %).

DISCUSIÓN

Pocos temas en la literatura médica han sufrido cambios etiológicos, patológicos, de pronóstico y conceptuales tan importantes como el síndrome demencial en las últimas décadas.⁵ Sin embargo, esto no justifica que el 80 % (n= 16) de los especialistas no identifique correctamente esta recurrente problemática de salud en la edad geriátrica. Los caracteres básicos de la demencia permiten diferenciarla de otras entidades nosológicas⁵ como la depresión, la esquizofrenia, el retraso mental, la alteración de la memoria asociada a la edad, el deterioro cognitivo asociado a la edad y el estado confusional agudo o delirium, y tienen que ser de obligatorio conocimiento de los médicos de familia. Como pudo constatar, 12 médicos la confundieron con el delirium, entidad que también es frecuente en el adulto mayor, su pronóstico es grave con 20 % de mortalidad en el primer mes.⁶ El delirium o estado confusional agudo y la demencia son las causas más frecuentes de deterioro cognitivo, aunque los trastornos afectivos, como la depresión, a menudo pueden perturbar la cognición.^{3,7} El delirium y la demencia son dos procesos independientes pero, a veces, difíciles de diferenciar pues en ambos existe una alteración cognitiva, lo que puede explicar que, la gran mayoría, haya errado seleccionando, precisamente, el inciso c. Según la literatura consultada^{6,7} el 50 % de los pacientes con delirium suelen tener un trastorno cognitivo previo, por lo que a pesar de ser dos entidades diferentes, demencia y delirium pueden coexistir. Así, el delirium puede instaurarse en un sujeto previamente demenciado, manifestándose por un brusco agravamiento del déficit cognitivo y por cambios en el comportamiento.

El paciente que sufre demencia habitualmente exhibe claridad de conciencia, es decir no muestra un estado de hiperalerta, letargo, estupor o coma.⁶ Para establecer el diagnóstico de demencia es preciso que el deterioro relevante de la memoria se acompañe de, al menos, una de las siguientes alteraciones: afasia, apraxia, agnosia y disfunción ejecutiva.⁶ De hecho, en la fase inicial de la enfermedad de Alzheimer, que representa entre el 50 y el 75 % de todas las demencias,⁸ a la dificultad en almacenar nueva información —aprendizaje (memoria reciente)—, con preservación relativa de la memoria remota, se le adiciona la instauración progresiva del síndrome afásico-aprático-agnóstico (que traduce un deterioro del lenguaje, de la habilidad motora y del reconocimiento perceptivo). Inicialmente se afecta el "almacén" léxico-semántico con preservación relativa de la sintaxis y la gestualidad, la entonación, entre otros. Se afecta también, primariamente, la función ejecutiva (síndrome disejecutivo). Acompañan, además, al deterioro de la memoria la afectación de las habilidades visuales-espaciales y las constructivas. Las manifestaciones no cognitivas (psicológicas y conductuales) aparecen desde los estadios tempranos y pueden preceder al diagnóstico en un período de tres años, por lo que resultan útiles en el diagnóstico precoz de las demencias; presentan una elevada prevalencia, pues 64 % de los pacientes con enfermedad de Alzheimer, en su evaluación inicial, exhiben un síntoma o más no cognitivos o conductuales y su incidencia aumenta con la progresión de la enfermedad.⁹ Solo el 15 % (n = 3) señaló debidamente, como síntomas de la demencia, a los parkinsonismos, los cuales se asocian al cuadro clínico de cualquier demencia que muestre un patrón topográfico subcortical, como es el caso de la demencia por enfermedad de Cuerpos de Lewy. La presencia de parkinsonismo y mioclonías o espasmos musculares también ensombrece el pronóstico de todo cuadro demencial.⁶

Ningún test psicométrico diagnostica por sí solo una demencia.¹⁰ Sin embargo, la demostración del deterioro cognoscitivo, una vez establecida su sospecha, a través de los diferentes tests psicométricos es muy necesaria, pues complementa la exploración del estado mental y funcional del paciente y apoya, o hace dudoso, el diagnóstico,⁶ por lo que resulta alarmante que la totalidad de los médicos

encuestados en esta investigación, desconozcan las indicaciones, la utilidad y las características generales de los tests más utilizados internacionalmente en la evaluación neuropsicológica del paciente con sospecha de deterioro cognitivo, ello traduce que la exploración del estado mental de los pacientes, en el municipio Playa, no se realiza con la calidad requerida. Resulta también preocupante el hecho de que ninguno haya nombrado, de manera correcta, al menos una herramienta que, en su trabajo cotidiano, le fuese útil para determinar la sobrecarga o estrés que genera el cuidado del paciente demente en el seno familiar, aspecto fundamental en la evaluación familiar.

La literatura médica consultada⁶ asegura que los criterios más adecuados para hacer el diagnóstico de la demencia son los reflejados en el DSM-IV [Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Sociedad Psiquiátrica Americana] por considerarse que tienen un nivel de exigencia intermedio. Además, la positividad de los criterios de demencia del DSM-IV tiene un valor predictivo positivo de 86 % (96 % para mayores de 65 años y 82 % en edades inferiores).

El pilar básico del tratamiento de la demencia lo constituye las medidas no farmacológicas de atención al enfermo y al cuidador crucial, así como a su familia, las que se aplicarán gradualmente en función de sus necesidades y de la fase evolutiva en el momento del diagnóstico. De relevante importancia resultan la identificación del cuidador, la entrevista que se le realiza a este y a la familia y las visitas domiciliarias periódicas.

A pesar de que más de la mitad de los especialistas respondió acertadamente a la interrogante No. 8, mencionando, incluso, más de dos alternativas farmacológicas, sus respuestas carecieron de actualización pues no se hizo alusión a alternativas todavía más recientes y ampliamente difundidas en el mundo como el Ginkgo-biloba, la dihidroergocristina, agentes lazaroides, entre otras.

La psicoterapia o tratamiento psicoterapéutico es otra de las alternativas disponibles, y fue considerada solo por el 10 % de los encuestados. Las modalidades de psicoterapia, potencialmente útiles para su empleo en pacientes que sufren demencia, incluyen psicoterapia convencional y terapias cognitivas, de realidad, de grupo, familiar, reminiscencia, directa y de apoyo. El método terapéutico se escogerá en correspondencia con el nivel intelectual, los conocimientos del psicoterapeuta y los problemas específicos que se han de tratar.¹⁰

Más de la mitad de los encuestados consideró que la labor desplegada, hasta el presente, con estos pacientes y sus cuidadores se ha realizado en grupos de trabajo, y no en equipos de trabajo, ya que los integrantes de gran parte de los equipos básicos de salud, y en ocasiones los que integran los EMAG y ESM, no muestran una relación de interdependencia, por lo que los objetivos personales y los del propio equipo, no han contado con el respaldo mutuo. La falta de integración de los miembros que conforman los diferentes gabinetes de salud, junto a la escasa participación en las decisiones que afectan al colectivo, en la búsqueda constante de alternativas efectivas y duraderas, para solucionar las diversas problemáticas que exhiben estos enfermos, revela, sin dudas, la principal limitación para el trabajo cotidiano con el anciano que sufre de declinación cognitiva patológica.

A pesar de que la demencia senil constituye una entidad mayor en los órdenes geriátrico, psiquiátrico, epidemiológico y socioeconómico, la gran mayoría de los especialistas no la identificaron debidamente, persistiendo como una entidad infradiagnosticada e infravalorada.

Se recomienda elaborar una propuesta de intervención educativa, a manera de curso de superación sobre el abordaje del síndrome demencial, en el primer nivel de atención, como herramienta para suplir, modestamente, el déficit en los conocimientos y habilidades de los médicos que integran los equipos básicos de salud, del municipio Playa.

Anexo

Cuestionario: dirigido a los especialistas de MGI que laboran en los equipos de atención primaria de salud, y están involucrados prioritariamente en el Subprograma de Atención Comunitaria al Adulto mayor, ofreciendo asistencia y cuidados a los ancianos que sufren síndrome demencial.

Estimado colega:

El presente cuestionario tiene como objetivo identificar sus necesidades de aprendizaje para la atención integral del anciano que sufre de síndrome demencial. Rogamos conteste las preguntas con sinceridad. Preservamos su identidad y respetaremos su decisión de no cooperar con la investigación, si así lo desea.

Datos generales:

Edad: _____ Sexo: _____ Profesión: _____

Años de graduado: _____ Especialización: _____

Años de experiencia laboral en la atención primaria de salud: _____

¿Se ha desempeñado alguna vez como jefe(a) de grupo básico de trabajo?

Sí ____ No ____ Tiempo de experiencia en dicho cargo _____

Vinculado actualmente a la enseñanza tutelar: Sí ____ No ____

Tiempo de experiencia como tutor (a) _____

Categoría docente: Sí ____ No ____ Profesor: _____

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones caracteriza al síndrome demencial? Marca con una X la respuesta correcta.

a. _____ Síndrome cerebral orgánico caracterizado por la pérdida innata o muy tempranamente adquirida de las capacidades intelectuales.

b. _____ Síndrome cerebral, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en el que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores. Se acompaña de deterioro en el control emocional y en el comportamiento social o de la motivación. El deterioro apreciable debe ser suficiente como para interferir en el funcionamiento social y ocupacional del enfermo.

c. _____ Síndrome cerebral orgánico caracterizado por la presencia simultánea de trastornos de la conciencia y la atención, desorientación constante, deterioro de la

memoria, pensamiento abstracto, entre otras funciones corticales superiores. En su curso presentan fluctuaciones diurnas de los síntomas.

d. ____ Síndrome orgánico caracterizado por un trastorno pronunciado de memoria y una o más de las siguientes áreas cognitivas afectadas, discretamente: atención, aprendizaje, concentración, pensamiento, lenguaje, entre otras. Condiciona problemas sólo para las tareas complejas, previamente bien desarrolladas, pero el déficit no afectará la vida de relación del individuo.

2. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de la demencia? (selección múltiple, escoja y marque con una X).

- a. ____ disociación ideoafectiva.
- b. ____ deterioro de la memoria.
- c. ____ disfunción ejecutiva.
- d. ____ deterioro del razonamiento y el juicio.
- e. ____ pensamiento concreto.
- f. ____ alteración del nivel de conciencia.
- g. ____ afasia, apraxia, agnosia.
- h. ____ parkinsonismos.
- i. ____ hipertimia, hiperbulia, hiperkinesia.
- j. ____ alteraciones no cognitivas (ansiedad, fobia, síndrome de Kluver-Bucy, desorden neurovegetativo).
- k. ____ distractibilidad.

3. Marca con una X la respuesta correcta. El diagnóstico sindrómico de demencia debe basarse en:

- a. ____ Una historia clínica de deterioro cognitivo y su confirmación por un informante fidedigno + la demostración del deterioro cognitivo con test psicométrico + evaluación psicopatológica + los criterios de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).
- b. ____ La aplicación de tests cognitivos breves.
- c. ____ Una historia clínica de deterioro cognitivo y su confirmación por un informante fidedigno + la demostración del deterioro cognitivo con test psicométricos + evaluación psicopatológica + los criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV).
- d. ____ Una historia clínica de deterioro cognitivo y su confirmación por un informante fidedigno + la demostración del deterioro cognitivo con test psicométricos + evaluación psicopatológica + los criterios sugeridos por el Instituto

Nacional de Trastornos Neurológicos, de la Comunicación y de Accidentes Vasculares Cerebrales (NINCDS), y por la Asociación para la Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Conexos (ADRDA).

4. Marca con una X la respuesta correcta. El diagnóstico de certeza de la demencia se realiza:

- a. _____ Tras la integración de los datos obtenidos en la entrevista clínica (anamnesis) + la exploración física (general y neurológica) + los tests psicométricos.
- b. _____ Tras la integración de la evaluación clínica + la neuropsicológica + la evaluación familiar + las pruebas complementarias.
- c. _____ El estudio anatomopatológico del tejido cerebral.
- d. _____ Pruebas analíticas y de imagen especializadas (RMN y SPECT).

5. La evaluación neuropsicológica del paciente con sospecha de deterioro cognitivo comprende una rigurosa batería de estudios que debe ser indicada con juicio clínico y de acuerdo con el estadio o severidad de la demencia. Enlaza la columna A con la B, según corresponda.

Columna A	Columna B
a- Test de Folstein.	_____ Test utilizado específicamente en la enfermedad de Alzheimer.
b- Escala de Deterioro Global (GDS)	_____ Test cuantitativo que diferencia clínicamente la demencia en la enfermedad de Alzheimer de la demencia vascular.
c- Índice de Katz.	_____ Explora la suficiencia en el desempeño de las actividades instrumentales del diario vivir.
d- Escala de Clasificación Clínica de demencias(CDR).	_____ Test cuantitativo utilizado en la fase de exploración básica.
e- Escala Isquémica de Hachinski.	_____ Explora la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana.
f- Escala geriátrica de Yesavage.	_____ Test utilizado durante la fase de exploración general y específica.
g- Escala de Lawton-Brody.	
h- Escala de Hamilton.	

5.1. ¿Conoce, al menos, un instrumento que en su trabajo cotidiano le sea útil para evaluar la sobrecarga psicológica del cuidador crucial? Menciónelo.

Nombre de la herramienta:

6. El protocolo de manejo no farmacológico del paciente que sufre demencia comprende (selección múltiple):

- a. La atención de los trastornos cognitivos.
- b. La formación de cuidadores.
- c. La actuación frente a los problemas de comportamiento.
- d. La atención a la familia.
- e. El ingreso hospitalario.
- f. Coordinación de los recursos disponibles.
- g. El plan de actuación individualizado para cada paciente.
- h. La consulta especializada.

7. Es conocido que, hasta el momento, no existe tratamiento efectivo concluyente para el deterioro cognitivo de la enfermedad de Alzheimer, la cual representa del 50 al 75 % de todas las demencias. Los fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa constituyen una estrategia, actualmente, disponible. Marca con una X las contraindicaciones absolutas de dichos medicamentos:

- a. Asma bronquial.
- b. Hepatopatías.
- c. Bloqueos auriculoventriculares.
- d. Complejo demencia/ Sida.
- e. Eventos cerebrovasculares.
- f. Colon irritable.
- g. Ulcus gatrointestinal activo.
- h. Embarazo.
- i. Tumor cerebral.

8. ¿Conoce, al menos, otras dos alternativas de tratamiento para el trastorno cognoscitivo de la principal de las demencias? Menciónelas

9. Mencione, al menos, tres aspectos prioritarios hacia los que usted encaminaría su estrategia de trabajo frente a un paciente con demencia establecida, con el propósito de mejorar su calidad de vida?

10. Mencione, al menos, tres limitaciones o dificultades encontradas, en el ejercicio de su profesión, para trabajar con pacientes con síndrome demencial.

Gracias por su colaboración.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Sintés R. Educación Permanente [Editorial]. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998;6(4):2.
2. Díaz F, Hernández G. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. México: Editorial Mc Graw Hill;1998.
3. González JL, Gómez N. Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años del Policlínico Rampa. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006;22(3):1.
4. Sánchez IY. El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008;24(2):1.
5. Martínez Querol C. Estudio clínico epidemiológico del síndrome demencial. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005;21(3-4):3.
6. Pérez Martínez V. Demencias: su enfoque diagnóstico. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006;22(4):3.
7. Gómez N, Bonnin B, Gómez M, Yáñez B, González A. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. Rev Cubana Med. 2003;42(1):12-7.
8. Marcheco B, López AM, Otero M, Llibre JJ. Enfermedad de Alzheimer. Manual para el Médico de la Familia. La Habana: Editorial Abril; 2006.
9. Llibre JJ. Demencias y enfermedad de Alzheimer en la población cubana. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica; 2008.
10. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de las demencias. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2007;45(3):179-90.

Recibido: 7 de mayo de 2009.
Aprobado: 20 de mayo de 2009.

Víctor T. Pérez Martínez. Calle H No. 360 apto 14 e/ 15 y 17. Plaza. La Habana, Cuba.

E-mail: victorperez@infomed.sld.cu

Auspicia: Colectivo de profesores y Comité Científico del Policlínico Docente "Ana Betancourt". Municipio Playa. La Habana, Cuba.