

LA DEMÈNCIA: UNA ENTITAT INFRADIAGNOSTICADA

La demència: una entitat infradiagnosticada

Ana Espino Ibáñez
Clara Arbós Barber
Ingrid Pérez Cabanillas

Resum

Actualment, la malaltia d'Alzheimer (MA) i altres demències existeixen com un continu que s'inicia en aquella fase en la qual el diagnòstic solament és possible amb l'ús dels biomarcadors, fins a una altra fase en la qual ja parlem d'estat de demència. Aquest curs insidiós comporta que avui en dia la demència sigui diagnosticada majoritàriament en aquest estat o, com a molt, en l'immediatament anterior, el deteriorament cognitiu lleu (DCL) (Alzheimer's Association, 2017; Dubois et al., 2014). No obstant això, i justament en un moment en què la recerca evoluciona cap al diagnòstic precoç i preclínic, i en el qual pensàvem que la informatització de les històries clíniques i el fàcil accés a la formació i informació millorarien la identificació d'alguns processos amb molta prevalença, la demència com a tal continua greument infradetectada en el dia a dia de l'activitat assistencial (Canto, Bonis, Bryant, Castell i Otero, 2016). Aquesta epidèmia silenciosa fa vint anys que es denuncia (Larson, 1998).

I mentre els biomarcadors fascinen els professionals i ben segur que en un futur seran més accessibles i ajudaran al diagnòstic de forma precisa i precoç (Sharma i Singh, 2016), ara com ara hem de recordar que la demència és un diagnòstic eminentment clínic i que en fase de demència escoltar el cuidador i observar el pacient, o fer ús dels principals tests de cribatge cognitiu, poden ser els millors elements per formular una sospita clínica des de l'atenció primària, al mateix temps que hem de saber que moltes demències no sempre s'inicien amb fallades de memòria i que els símptomes psiquiàtrics a determinades edats ens han de posar en guàrdia (Boise, Neal i Kaye, 2004; Ross et al., 1997). I tot això donant per fet que la idea que envelliment és igual a demència hauria de ser desterrada.

I per als metges que treballen en l'àmbit hospitalari veurem la necessitat que incorporin la valoració de l'estat mental dels pacients ingressats com un signe vital i que considerin que la síndrome confusional aguda és un signe d'alerta o un factor de risc per a l'evolució posterior a demència (Witlox et al., 2010).

Perquè l'objectiu final d'aquest capítol és visibilitzar que les dades epidemiològiques de la demència no quadren amb les dades clíniques, que la demència està infradiagnosticada ja des del primer nivell d'atenció, i que quan arriba al medi hospitalari, la síndrome confusional aguda és un bon signe d'alerta de demència que desgraciadament també costa ser identificat.

Resumen

Actualmente, la enfermedad de Alzheimer (MI) y otras demencias existen como un continuo que se inicia en aquella fase en la cual el diagnóstico solamente es posible con el uso de los biomarcadores, hasta otra fase en la cual ya hablamos de estado de demencia. Este

curso insidioso comporta que hoy en día la demencia sea diagnosticada mayoritariamente en este estado o, como mucho, en el inmediatamente anterior, el deterioro cognitivo leve (DCL) (Alzheimer's Association, 2017; Dubois et. al., 2014). Sin embargo, y justamente en un momento en que la investigación evoluciona hacia el diagnóstico precoz y preclínico, y en el cual pensábamos que la informatización de las historias clínicas y el fácil acceso a la formación e información mejorarían la identificación de algunos procesos con mucha prevalencia, la demencia como tal continúa gravemente infradetectada en el día a día de la actividad asistencial (Canto, Bonis, Bryant, Castillo y Otero, 2016). Esta epidemia silenciosa hace veinte años que se denuncia (Larson, 1998).

Y mientras los biomarcadores fascinan los profesionales y bien seguro que en un futuro serán más accesibles y ayudarán al diagnóstico de forma precisa y precoz (Sharma y Singh, 2016), por ahora tenemos que recordar que la demencia es un diagnóstico eminentemente clínico y que en fase de demencia escuchar al cuidador y observar al paciente, o hacer uso de los principales tests de cribado cognitivo, pueden ser los mejores elementos para formular una sospecha clínica desde la atención primaria, al mismo tiempo que tenemos que saber que muchas demencias no siempre se inician con fallos de memoria y que los síntomas psiquiátricos a determinadas edades nos tienen que poner en guardia (Boise, Neal y Kaye, 2004; Ross et. al., 1997). Y todo esto dando por hecho que la idea que envejecimiento es igual a demencia tendría que ser desterrada.

Y para los médicos que trabajan en el ámbito hospitalario veremos la necesidad que incorporen la valoración del estado mental de los pacientes ingresados como un signo vital y que consideren que el síndrome confusional agudo es un signo de alerta o un factor de riesgo para la evolución posterior a demencia (Witlox et. al., 2010). Porque el objetivo final de este capítulo es visibilizar que los datos epidemiológicos de la demencia no cuadran con los datos clínicos, que la demencia está infradiagnosticada ya desde el primer nivel de atención, y que cuando llega al medio hospitalario, el síndrome confusional agudo es un buen signo de alerta de demencia que desgraciadamente también cuesta ser identificado.

1. Prevalença i incidència de la demència

Les enquestes poblacionals per a la detecció de la demència són l'únic mètode capaç d'estimar la prevalença d'aquesta patologia. Aquests estudis poden demostrar, no obstant això, una variabilitat de les dades, de manera que és difícil fer extrapolacions: les dades dependran dels criteris diagnòstics o de l'eina de cribratge usada, de la localitat geogràfica, de l'entorn on es realitza l'estudi (rural o urbà) i de l'equip mèdic que fa el diagnòstic (psiquiatres, neuròlegs o geriatres), entre d'altres factors. Així, una metaanàlisi de 9 estudis espanyols sobre els diferents tipus de demència, amb notables diferències metodolò-

giques, mostrava una prevalença de demència en persones més grans de 70 anys entre el 3,2 i el 12,3%, major en dones i que augmenta amb l'edat (De Pedro-Cuesta et al., 2009).

En qualsevol cas, prenent les dades d'un dels estudis de referència, el realitzat al Prat de Llobregat (Gascón-Bayarri et al., 2007), es diu que el nombre de pacients amb demència i Alzheimer en la població > 70 anys és del 10% (7,7% per a la demència d'Alzheimer sola), la qual cosa no difereix molt de les dades europees o americans: als EUA i per a aquest mateix any de 2017 s'estima una prevalença del 10% de casos de MA en població més gran de 65 anys (Alzheimer's Association, 2017). Per a la població espanyola actual més gran de 70 anys —6.4 milions, segons l'INE— el nombre de casos amb demència ascendiria a 640.000 casos (encara que la CEFAFA maneja xifres molt superiors de fins a 1.200.000. Vegeu www.ceafa.es).

Quan els estudis de prevalença de deteriorament cognitiu es fan en persones que acudeixen a la consulta d'atenció primària, les xifres arriben a percentatges de fins a un 18,5% de deteriorament en persones més grans de 65 anys. La prevalença es multiplica per vuit quan es passa del grup d'edat de 65 a 69 anys (5,2%) als més grans de 85 anys (45,3%). També es demostra un excés de prevalença de fins al 29% en dones enfront dels homes (Vega et al., 2016).

Tots els estudis de cribratges poblacional de demència de diferents països ressalten l'alt nombre de casos que estan infradetectats en la comunitat (Virués-Ortega et al., 2011) i posen de manifest que, malgrat que la demència representa un greu problema de salut pública, hi ha una gran discordança entre l'epidemiologia i la pràctica clínica, i que els professionals segueixen sense ser sensibles als signes d'afectació cognitiva, especialment en la demència lleu (Borson, Scanlan, Watanabe, Shin-Ping i Lessig 2006).

Per això, si el suport als cribratges poblacionals de demència resulta controvertit, especialment per les repercussions psicològiques i socioeconòmiques dels cribratges indiscriminats, tots conflueixen a defensar la importància dels recursos, el temps i la formació dels professionals, siguin d'atenció primària o hospitalària, a fi de millorar la identificació dels casos amb demències en pacients en risc de presentar-ne, i si és possible abans que sigui òbvia per a tots o hagi tingut greus repercussions familiars o laborals (Ashford et al., 2006; Sternberg, Wolfson i Baumgarten 2000).

2. L'infradiagnòstic en vida i la infranotificació en la mort

Una recent metaanàlisi que inclou 23 estudis internacionals realitzats en àmbits residencials i d'atenció primària situa la demència no detectada entorn del 61,7% (Lang et al., 2017). Ser home, molt ancià, viure sol, tenir un grau lleu de demència i escassos símptomes conductuals, és el fenotip en què la infradetecció és més alta (Savva i Arthur 2015).

A Espanya, la demència detectada en el primer nivell assistencial se situa en xifres de fins al 30%, amb una proporció també inversament associada amb la seva gravetat: no detectació en demència lleu: 95%, en moderada: 69% i en greu: 36% (Zunzunegui et al., 2003).

Una estimació del que pot estar passant a la nostra comunitat podria extreure's d'aquestes xifres: segons dades de prevalença de demència en atenció primària esmentats anteriorment (Vega et al., 2016), sobre un cens a les illes Balears de 166.592 persones > 65 anys (INE 2015), hi hauria d'haver uns 30.819 pacients. No obstant això, el 2015, les dades pròpies del Gabinet Tècnic de l'IbSalut-Sistemes d'Informació registraren solament 10.557 pacients (sense límit d'edat) amb un problema actiu de demència a l'e-siap (sistema d'informació d'atenció primària), segons els codis CIE-9 de les principals demències [290 (.0.1.2.3.4), 291 (.2.82), 294 (.0.1.8.), 331 (.0.1.2.7), 331 (.82.83.9), 333(.4) i 437(.0)]. Això apunta una proporció de demència no detectada a la nostra CAIB que supera el 65%.

El baix reconeixement d'aquesta entitat deriva de moltes raons: de vegades ni la pròpia família percep el deteriorament, la qual cosa encara agreuja més la situació, si el metge en confia perquè l'alerti dels símptomes cognitius, tot evitant-ne la cerca activa (Ross et al., 1997). També hi ha una manca de familiaritat amb els símptomes precoços de les demències (especialment en demències no-Alzheimer), i manca de formació específica en aquesta àrea. Per descomptat és molt limitant el temps reduït i frenètic de les visites i el baix ús dels tests de cribratge cognitiu (Borson et al., 2006).

Però també ocorre que, fins i tot detectant la demència, hi hagi resistència a seguir endavant amb el seu estudi diagnòstic o altres decisions: molts metges encara mantenen una escassa confiança en els avantatges del diagnòstic i les opcions terapèutiques d'una demència; de vegades, quan sospiten demència, la seva actitud pot tornar més passiva i limitar altres actuacions en els pacients (Boise et al., 2004; Canto et al., 2016; Savva i Arthur 2015; Zunzunegui et al., 2003).

Al contrari del que pot semblar, el diagnòstic precoç redueix l'ansietat en pacients i familiars i permet afrontar millor situacions i problemes que en fases més avançades seran més difícils de resoldre (decisions sobre tutela, patrimonials, document de voluntats anticipades, etc.). També facilita l'accés a ajudes sociosanitàries (lleis de dependència, ajudes al domicili, etc.) i allarga el temps d'autonomia i permanència al domicili. I per descomptat podria disminuir la demanda dels serveis més costosos que utilitzen aquests pacients, com són les urgències i els ingressos hospitalaris (Canto et al., 2016; Zunzunegui et al., 2003).

Per al facultatiu, tenir identificat un pacient li permet entendre certs comportaments, usar els tractaments adequats a cada fase i evitar efectes secundaris d'uns altres, i prevenir situacions de risc associades a la demència (el mal compliment terapèutic, les caigudes...),

així com un abordatge multidisciplinari de les cures (Boise et al., 2004; Canto et al., 2016; Russ et al., 2012).

En l'àmbit hospitalari, la identificació d'aquests pacients una vegada entren per urgències tampoc no és fàcil: l'alta especialització dels serveis o la tendència a veure solament el problema agut pot obstaculitzar una visió més panoràmica del pacient. També hi pot haver certa reticència sota la creença que un diagnòstic de demència pot complicar les altes hospitalàries (Sampson, Blanchard, Jones, Tookman i King, 2009; Russ et al., 2012). Sigui com sigui, els pacients amb demència tenen altes taxes de freqüentació a les urgències i altes taxes d'ingrés: ingressen 10 vegades més que els no dements de la mateixa edat. A més, l'ingrés d'un pacient amb demència comporta major risc de síndrome confusional aguda (SCA), major mortalitat, major estada hospitalària i major risc d'institucionalització (Flaherty et al., 2007; Inouye, 2006).

Per tant, als centres hospitalaris hi ha dos grans reptes: el primer és atendre correctament els pacients dements, especialment per prevenir el desenvolupament de la SCA o per identificar-la ràpidament quan apareix. El segon és diagnosticar demència durant un ingrés hospitalari en pacients que no tenen aquest diagnòstic previ. Habituar-se a historiar sobre les funcions cognitives i les activitats de la vida diària (AVD) d'un pacient durant el seu ingrés, formalment o informalment, pot ajudar a identificar canvis de l'estat cognitiu. I si apareix deliri, considerar-lo signe d'alerta d'una situació cognitiva precària.

Però si la demència està infradiagnosticada en vida, també està infranotificada en mort. Els certificats de defunció de pacients amb demència acostumen a situar les complicacions en primer lloc. Això impedeix determinar el nombre de morts per Alzheimer o per altres demències, i fa més evident la falta de consciència de la importància de la demència com a causa de mort (Romero, Benito León, Louis i Bermejo-Pareja, 2014). Malgrat això i segons dades de l'INE, el 2013 van morir 16.305 persones per demència, i 12.775 per Alzheimer; això és la 5a i la 7a causa de mort més habituals a Espanya (INE, nota de premsa de 27 de febrer de 2015). Un estudi espanyol ha estat capaç no solament de valorar el grau de notificació del diagnòstic de demència en els certificats de defunció, sinó també de seguir prospectivament un grup de pacients, veure quants presentaven símptomes de demència i finalment de quants es feia constar aquest diagnòstic al moment de la defunció. Es tracta d'una branca de l'estudi NEDICES (Neurological Diseases in Central Spain Study) (Romero, Benito-León, Mitchell, Trincado i Bermejo-Pareja, 2014), en el qual es van seguir 4.197 pacients al llarg de 12,5 anys, uns 403 dels quals van morir amb diagnòstic de demència i solament en el 20,8% dels casos es va fer constar aquest diagnòstic en el seu certificat. Mentre això segueix així no prendrem plena consciència de la importància de la demència com a factor de risc de mortalitat ni es podran usar els certificats de demència com a font epidemiològica d'aquesta entitat.

3. El diagnòstic de demència en l'àmbit extrahospitalari

Encara que cada vegada es fa més èmfasi en el diagnòstic dels signes de deteriorament cognitiu en fase precoç o de DCL, és a dir, quan els dèficits cognitius no interfereixen en el funcionament al treball o a les activitats diàries (Mora-Simón et al., 2012), la majoria dels pacients arriba a les consultes del metge de família quan ja presenta fallades importants de memòria o es desorienta al carrer o està abandonant les tasques més complexes o té problemes conductuals. En aquests casos, l'afectació neurològica de base porta ja un llarg temps d'evolució. És llavors quan el metge hauria de realitzar una avaluació global del grau d'afectació cognitiva abans de fer la possible derivació al neuròleg (*Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. SNS, 2009).

S'usin o no escales, es disposi de poc o molt poc temps, cal recordar que el diagnòstic de la demència és fonamentalment clínic, i que la informació més rellevant l'obtindrem a través de l'anamnesi. L'anamnesi hauria d'incloure antecedents familiars de demència, malalties prèvies, factors de risc vascular i fàrmacs que pren. I respecte dels símptomes de disfunció cognitiva és important recollir-ne la forma d'inici i l'evolució, com afecten la capacitat per a les activitats de la vida diària, veure quins problemes socials ocasionen i si apareixen també símptomes psicològics o conductuals.

Encara que el pacient no refereixi queixes de memòria, altres signes ens haurien de provocar alarma. Són exemple els següents: quan el pacient s'explica malament o vagament en una consulta qualsevol, quan el seu aspecte està descurat, quan els veiem més envellits de l'esperable, quan perden pes de forma injustificada, falten a les cites mèdiques o no segueixen correctament els tractaments o tenen més efectes adversos amb els tractaments, quan estan maldestres i cauen amb freqüència o quan són grans freqüentadors d'urgències (Boise et al., 2004).

Després, seria recomanable poder realitzar proves de cribratge cognitiu. Aquestes proves són escales de fàcil i ràpida aplicació (5-10 minuts) i correcció i poden objectivar aquesta sospita de deteriorament cognitiu, però és necessari tenir en compte que un resultat normal no exclou el diagnòstic de sospita (Mora-Simón et al., 2012). Inlluïts pel patró més prevalent de demència, gran part dels tests avaluen més profundament aspectes relacionats amb la memòria i l'orientació temporal i espacial, i minimitzen l'exploració d'altres funcions superiors, com podrien ser el llenguatge i les funcions executives. Aquest capítol no pretén estendre's en els múltiples tests a l'ús per a la detecció de demència en l'àmbit de l'atenció primària, per la qual cosa solament s'esmentaran els més coneguts per posar de relleu que són fàcils de passar i la seva capacitat de detecció de deteriorament.

- Tests de rastreig generals. Tenen la finalitat de valorar l'estat cognitiu global del subjecte, tot explorant diverses funcions cognitives. Segons una revisió sistemàtica recent que inclou 149 estudis sobre detecció de demència, el Minimal State Examination (MMSE) segueix sent el més utilitzat i ofereix una sensibilitat (S) del 81% i una especificitat (E) del 89%. Són comparables altres test breus com el Mini-Cog (S 91%, E 86%) (Tsoi, Chan, Hirai, Wong i Kwok, 2015).
- Tests de rastreig específics. Se centren en l'exploració més concreta d'una funció, encara que en la seva realització se n'engeguin d'altres. Un dels més usats és el test del rellotge: el seu principal objectiu és l'avaluació de l'habilitat visuconstructiva, però també valora la capacitat de planificació, organització i fins i tot memòria del participant. Té una sensibilitat del 74% i una especificitat del 80%, modest pel seu ús aïllat en el diagnòstic de demència. El Mini-clock és l'aplicació conjunta del MMSE i el test del rellotge. En la població espanyola ha mostrat resultats positius per discriminar pacients sans i malalts d'Alzheimer (S 89%, E 95%) i sembla compensar algunes de les mancances que presenten en l'aplicació per separat d'aquests dos tests (Cacho et al., 2010) I per als que desitgin evitar la influència cultural del MMSE, el Mini-cog (test molt breu que consisteix en la repetició de tres paraules, el dibuix del rellotge i el record de les tres paraules) requereix una interpretació lingüística molt bàsica, pot usar-se amb qualsevol llenguatge, en qualsevol ètnia i nivell socioeconòmic, té una necessitat d'entrenament mínima, i alguns el defensen com una prova rutinària d'atenció primària, ja que és capaç de detectar demència des de fases lleus i moderades (Borson et al., 2006; Tsoi et al., 2015; Vega et al., 2016).
- Anamnesi a informador fiable, escales de valoració funcional i recollida de símptomes conductuals. Les proves de rastreig cognitiu han d'anar acompanyades de l'aplicació conjunta d'alguna prova de tipus funcional i de les activitats de la vida diària com l'índex de Barthel per a les activitats bàsiques (Baztán et al., 1993) o el de Lawton i Brody per a les instrumentals (Lawton i Brody, 1969), així com la informació aportada per algun familiar o informant proper (el test de l'informador o IQCODE) (Jorm, Scott, Cullen i Mackinnon, 1991).

També s'haurien de valorar els símptomes conductuals i psicològics, ja que són les principals causes de sobrecàrrega i d'estrès en el cuidador. Seria suficient recollir-los en l'anamnesi o mitjançant escales com el Neuropsychiatric Inventory, les formes abreujades del qual i validades en espanyol es poden usar fàcilment en atenció primària (Boada, Cejudo, Tàrraga, López i Kaufer, 2002).

4. La síndrome confusional aguda

Una vegada la demència arriba a l'àmbit hospitalari es converteix en el factor de risc més important per desenvolupar una síndrome confusional aguda (SCA) (Inouye, 2006).

Per això hem de fer un alt en la SCA o *delirium* o deliri, ja que la seva presentació en els pacients hospitalitzats ha de ser un signe d'alerta per identificar aquells que ja estan dements o en risc d'evolució a demència.

La SCA és una entitat molt freqüent. Entre els pacients institucionalitzats afecta un 14-33%. Als hospitals d'aguts, 22% dels pacients grans sofreixen deliri al moment de l'ingrés, i fins a un 31% en desenvoluparan durant l'hospitalització. Totes aquestes taxes són majors en els casos ingressats per a cirurgia traumatològica o a les UCI (Flaherty et al., 2007).

La SCA es diagnostica en funció d'unes característiques clíniques (vegeu la taula 1).

Taula 1 | *Criteria per al diagnòstic de la síndrome confusional aguda o delirium (*)*

1. Alteració del nivell de consciència, amb una disminució de la capacitat de centrar, mantenir o dirigir l'atenció.
2. Aquesta alteració es presenta en un breu període, habitualment hores o dies, i tendeix a fluctuar durant el dia.
3. Canvis en les funcions cognitives prèvies del pacient, p. ex. dèficit de memòria, de llenguatge, de la capacitat d'orientació visuoespacial o de la percepció.
4. Els criteris 1 i 3 no s'expliquen millor per una altra alteració cognitiva preexistent.
5. S'ha de demostrar a través de la història clínica, l'exploració física i les proves complementàries l'existència d'una o més causes orgàniques que justifiquin aquest estat.

(*) Basats en els criteris DSM-V (American Psychiatric Association DSM-V, 2014)

Hi ha, a més, diverses presentacions clíniques: la hipoactiva, amb un 25% dels casos, i que cursa amb una disminució de l'activitat psicomotriu; la hiperactiva, amb un altre 25% dels casos, que cursa amb un augment de la psicomotricitat i agitació, i la de tipus mixt, amb un 33% dels casos, en la qual sol existir una fluctuació entre el tipus hiper i hipoactiu (Inouye, 2006).

Malgrat l'alta prevalença, la SCA no sempre és reconeguda: en 1/3 o 2/3 de tots els casos es passa per alt (especialment en la seva forma hipoactiva) o es considera que aquests estats de confusió són la norma, més que l'excepció, i s'atribueixen a l'envelliment o a un deteriorament cognitiu preexistent que és menyspreat (Inouye, 2006). Per descomptat això no contribueix a millorar les altes taxes de mortalitat d'aquests pacients.

Com no és freqüent que en les avaluacions inicials dels pacients s'inclouï la funció cognitiva, alguns autors defensen el fet que la valoració de l'estat mental hauria de ser inclosa en els signes vitals, com ja comença a ser inclòs el dolor. Seria suficient registrar el grau d'atenció i d'alerta. D'aquesta manera, en el moment de l'ingrés del pacient s'hauria

de registrar la tensió arterial, la freqüència cardíaca i respiratòria, la temperatura, el dolor i l'estat mental, les sis constants vitals (Flaherty et al., 2007).

Per a la prevenció del delirium és necessari avaluar als pacients «en risc» utilitzant els instruments adequats per detectar aquest problema el més aviat possible. D'altra banda, tant els metges com els professionals d'infermeria haurien de conèixer els símptomes prodròmics que indiquen l'aparició imminent d'aquest trastorn, ja que la prevenció requereix l'aplicació d'una estratègia multidisciplinària amb intervencions farmacològiques i no farmacològiques (Duran i Pageo, 2008; Kalisvaart i Vreeswijk, 2008).

Quant a les causes, es poden distingir els factors de risc o predisposants, i els factors precipitants. Entre els primers destaquen, per exemple, l'edat avançada, el deteriorament cognitiu ja conegut, el dèficit sensorial, els trastorns neurològics previs, l'existència d'una malaltia greu, depressió i antecedents de SCA prèvies. Com a factors precipitants, cal ressaltar les causes infeccioses (pulmonars i urinàries), la deshidratació, la hipòxia, la retenció urinària i la constipació, la immobilitat, la polifarmàcia i la intoxicació medicamentosa o la privació brusca de substàncies, els postoperatoris, les estades perllongades a urgències, les dificultats per dormir, els dèficits sensorials i la malnutrició (Young, Murthy, Westby, Akunne i O'Mahony, 2010).

Davant qualsevol factor de risc de deliri en un pacient ingressat, s'hauria de comprovar diàriament l'aparició de signes suggestius de deliri. El CAM (Confusion Assessment Method) fou dissenyat el 1990 per facilitar el diagnòstic de delirium en un hospital general, a partir dels criteris DSM-III-R (Inouye et al., 1990). Amb quatre preguntes «Ha observat un canvi agut en l'estat mental del pacient?», «El pacient es distreu amb facilitat o no pot seguir una conversa?», «Manifesta idees o converses incoherents o confon les persones?» i «Té alterat el nivell de consciència, està letàrgic o vigilant?», té una S 94-100%, i una E 90-95% per identificar SCA i la seva adaptació i validació al castellà ha demostrat igualment fiabilitat i fàcil maneig (González et al., 2004; Martínez-Velilla, Alonso, Ripa i Sánchez-Ostiz, 2011).

La SCA s'associa amb unes taxes de mortalitat que oscil·len entre el 25-33%, comparable amb la de l'infart de miocardi i la sèpsia. També produeix declinació funcional i cognitiva respecte de l'estat previ, un augment de les estades hospitalàries i una elevació del grau de dependència i d'institucionalització. Per als professionals, suposa una gran càrrega assistencial (Flaherty et al., 2007; Kalisvaart i Vreeswijk, 2008). Per això, la SCA hauria de ser considerada un indicador de com tracta un centre sanitari els pacients grans i fràgils i veure si s'hi donen situacions de iatrogènia, de sobremedicació, d'una infravaloració geriàtrica integral, de valoracions ràpides o d'actituds inadequades en el tracte als pacients grans. S'estima que fins a un 25% de casos de SCA podrien ser previnguts amb simples mesures com el descens de les medicacions psicoactives, el tractament de la deshidratació

i la mobilització precoç (Inouye, 2006; Kalisvaart i Vreeswijk, 2008). No obstant això, nombrosos estudis coincideixen en la falta de prevenció, de diagnòstic precoç i de tractament no farmacològic per a la SCA.

Per tot l'exposat, incidim en la necessitat de prendre consciència que el deliri és una malaltia greu, que s'han de realitzar programes formatius al personal i s'han d'introduir alertes (*think delirium*) que en permetin la detecció precoç i totes les mesures preventives necessàries (Young et al., 2010).

5. La SCA com a signe d'alerta hospitalària: desemascarant una demència o un risc de desenvolupar-ne. Anàlisi de la casuística de SCA de 2015 a l'Hospital Son Llàtzer

Si a Espanya existeixen més de sis-cents mil pacients amb demència, i a la nostra CAIB haurien d'ascendir a més de trenta mil, cal esperar en conseqüència que aquests pacients siguin molt comuns als hospitals d'aguts. No obstant això, si aquest diagnòstic no s'ha realitzat en l'àmbit ambulatori, freqüentment tampoc no són identificats al seu ingrés hospitalari (Flaherty et al., 2007).

L'alta prevalença de pacients dements que arriben no diagnosticats als hospitals d'aguts es demostra en estudis com el realitzat en un hospital londinenc en el qual es va sotmetre a valoracions cognitives 617 pacients grans (> 70 anys) que ingressaven per diferents motius: un 42% (a expenses, sobretot, del grup > 80 anys) van ser detectats com a dements segons criteris DSM-IV (excloent aquells amb deliri agut, la qual cosa segur que va infraestimar les xifres), però solament la meitat tenien el diagnòstic previ de demència. En tots els dements la mortalitat va ser 3-5 vegades superior que en els que no presentaven deteriorament cognitiu, i les estades hospitalàries més perllongades (Sampson et al., 2009).

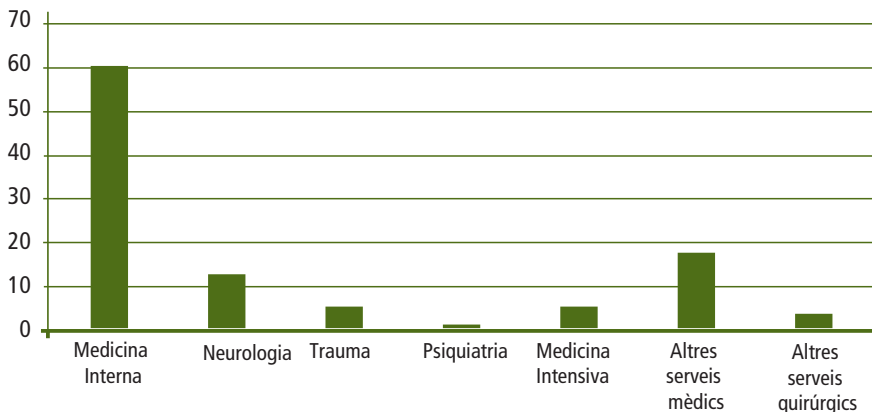
D'altra banda, el pacient amb demència té un risc elevat de presentar una síndrome confusional aguda: 2/3 dels deliris ocorren en casos amb demència prèvia. Alguns autors utilitzen el terme «deliri sobreimposat a demència preexistent» i assenyalen la SCA com una forma de desemascarar una demència o un DCL subjacent, si bé també reconeixen la dificultat de fer aquest diagnòstic en el context d'un deliri (Morandi et al., 2017). El pitjor és que després els pacients «no tornen a la seva situació prèvia», sinó que en els mesos posteriors el seu estat cognitiu tendeix a empitjorar, augmenta la seva dependència funcional, tenen més risc d'hospitalització, d'institucionalització i de mort, a més són més vulnerables a tots els insults relacionats amb malalties agudes, medicacions o canvis ambientals (Inouye, 2006; McCusker, Cole, Dendukuri, Belzile i Primeau, 2001).

A més, no sempre tenim en ment que la SCA pot ser en si mateixa un factor de risc per al desenvolupament posterior de demència, i fins fa pocs anys es mantenia la controvèrsia per la dificultat comentada que moltes demències estan infradetectades, unes altres poden començar amb deliris (demència amb cossos de Lewy) i també perquè els deliris es poden perllongar bastant temps (Inouye, 2006; Morandi et al., 2017). Diversos estudis de revisió ja havien analitzat la relació entre el delirium i el deteriorament cognitiu (Jackson, Gordon, Hart, Hopkins i Eli, 2004), però la primera metaanàlisi que va mostrar millor aquesta associació es va realitzar el 2010 (Witlox et al., 2010). En aquest estudi es va poder observar que patir una SCA pot augmentar fins a dotze vegades el risc de «contreure» una demència. Una incidència lleugerament inferior, però encara alta (vuit vegades el risc de demència abans de cinc anys) es va confirmar posteriorment en un estudi de cohorts de persones grans (n= 553, > 85 anys), tot i que curiosament l'evolució a demència no es relacionava amb l'aparició de marcadors anatomopatològics propis d'Alzheimer, cossos de Lewy o patologia vascular, ni tan sols amb el genotip APOE (Davis et al., 2012).

6. Anàlisi de la casuística de la SCA a l'Hospital Son Llàtzer el 2015

A continuació mostrem la casuística de les SCA registrades a l'Hospital Son Llàtzer el 2015. Per a l'anàlisi es va demanar al Servei de Documentació de l'hospital l'extracció dels casos amb diagnòstic de delirium (codis CIE-9: 293.0, 293.1 i 789.09) als informes d'alta d'aquell any. Sorprenentment només es varen obtenir 216 pacients (57% homes de 73,4±13,3 anys, 43% dones de 81,3±12,8 anys), tan sols el 1,24% de tots els ingressos hospitalaris d'un any. Aquest grup de pacients tenia una estada mitjana de 12,7±15,3 dies, i les unitats on ingressaven més freqüentment es mostren a la figura 1.

Gràfic 1 | Unitats d'hospitalització dels pacients amb SCA

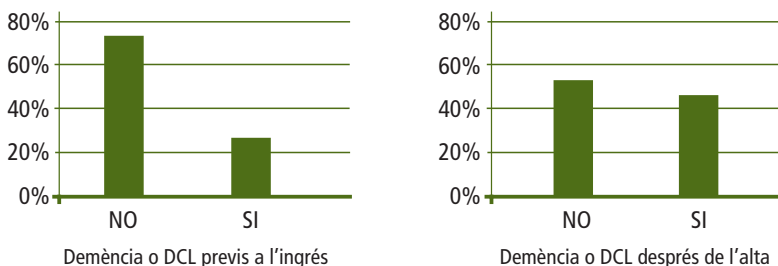


Un 40,1% d'aquests pacients havien vingut ≥ 3 vegades/any a urgències i un 39% tenien ≥ 2 ingressos hospitalaris en un any. Entre els factors precipitants de SCA figuraven les causes infeccioses, en un 47%, els problemes cardiorespiratoris, en un 11%, i en un 9,3% es va identificar l'acció d'un fàrmac psicoactiu. Entre els factors de risc s'identificaren: en un 26,4% l'existència de malalties greus, en un 16,7% hi havia altres malalties neurològiques, un 12,5% abús d'alcohol, un 11,1% deliris previs, un 6,9% estaven desnodrits i un 6,9% tenien greus distòcies socials.

Les complicacions varen ocórrer en el 23,6% dels casos, i les infeccions i la iatrogènia farmacològica intrahospitalària varen ser les més freqüents.

A la figura 2 es mostra el percentatge de pacients que tenien demència o DCL abans de l'ingrés per símptomes de confusió (26,4%, n= 56) i com aquest percentatge va canviar a l'alta (46,9%, n=97), i s'identificà deteriorament cognitiu (prèviament no detectat) en 47 pacients més.

Gràfic 2 | *Proporció de pacients amb demència o DCL abans i després de l'ingrés hospitalari per SCA*



A la taula 2 es mostren algunes de les característiques dels dos grups de pacients amb SCA, segons si tenien diagnòstic o no de deteriorament cognitiu (previ o fet en el moment de l'alta). El grup amb deteriorament cognitiu tenia una edat més alta i va requerir més derivació als hospitals socio-sanitaris.

Pensem que el baix nombre de casos de SCA codificats al nostre hospital (amb un volum total de 17.438 ingressos el 2015) no es correspon amb la realitat, sinó amb una infradetecció de la SCA i infraregistre d'aquesta complicació en els informes d'alta. Dels identificats ressaltem la importància de la SCA com a signe desemmascarant de demències no diagnosticades prèviament, i ús més gran dels recursos socio-sanitaris dels pacients amb deteriorament cognitiu.

Taula 2 | *Algunes característiques dels pacients amb SCA en funció del diagnòstic de deteriorament cognitiu a l'alta*

	Amb diagnòstic de deteriorament cognitiu	Sense diagnòstic de deteriorament cognitiu
N	97	56
Edat (anys)	80,9±8,9	72,8±16,8
Destí a l'alta:		
• Domicili	64,9%	73,6%
• Sociosanitari	26,8%	12,7%
• Residència	4,1%	2,7%
• Exitus	4,1%	9,1%
Freqüentació a urgències (núm. episodis/any)	2,8±2,2	2,7±1,8
Dies d'estada hospitalària	12,2±18,8	13,0±11,9

I això abunda novament en la importància de la valoració de l'estat mental en tots els pacients ingressats especialment en els serveis mèdics, a manera de signe vital, tant per detectar demències prèvies com per alertar del risc de SCA. I en la necessitat de canviar la sensibilitat i formació dels professionals: ni l'estat mental previ es registra en molts casos quan els pacients ingressen, ni la presència de delirium queda ben documentat en els informes d'alta.

7. La demència amagada darrere els signes psiquiàtrics i els patrons no amnèsics

De forma breu esmentarem quines entitats o variants clíniques dificulten encara més el reconeixement de la demència. Aquí es troben, sobretot, les variants de la malaltia d'Alzheimer mateixa, les demències no-Alzheimer i la depressió.

La MA és clàssicament coneguda per les fallades prominents de memòria. Però una proporció de pacients pot cursar amb defectes més evidents en altres àrees com el llenguatge, o bé amb simptomatologia frontal o amb síndromes d'atròfia cortical posterior. Aquests patrons no amnèsics poden afectar fins al 40% de les demències d'Alzheimer i fan més difícil el reconeixement inicial d'aquesta malaltia, i fins i tot la validesa de moltes proves de cribratge que posen un gran pes en els tests de memòria.

Aquests pacients acostumen a ser una mica més joves que el patró clàssic amnèsic, el seu curs és més ràpid i són confosos amb malalts psiquiàtrics (Scheltens et al., 2017). L'aprenentatge és que la MA té formes molt heterogènies, no amnèsiques, que en dificulten la identificació (Dubois et al., 2014).

La demència més psiquiàtrica és la demència frontotemporal, la segona causa més freqüent de demència en menors de 65 anys. En la seva variant conductual, aquesta demència passa per tots els circuits psiquiàtrics abans de ser diagnosticada: per personalitat antisocial, per depressió o hipomania, per impulsivitat (abús de tòxics o alcohol), pels seus trets obsessiu-compulsius, etc. Com la seva memòria està llargament preservada en molts casos (el que no significa que no tinguin altres dèficits cognitius), les proves habituals de cribratge tampoc no la detecten, la qual cosa, juntament al desconeixement dels aspectes no cognitius de la demències, es conjura per retardar molt el seu diagnòstic (Finger, 2016).

I finalment, però no menys freqüent, tenim el repte de la depressió en l'ancià. En moltes ocasions es tracta d'un primer episodi depressiu que pot afectar fins al 12% de les persones més grans de 65 anys (Copeland et al., 1999). La depressió geriàtrica té algunes característiques diferencials: són més freqüents les idees delirants, les al·lucinacions, l'agitació psicomotriu i l'ansietat. Aquestes característiques, unides al fet que la síndrome depressiva en si mateixa pot bloquejar les funcions cognitives, sovint compliquen molt el diagnòstic diferencial amb la demència.

D'altra banda, saber si la depressió és un factor de risc per demència o un símptoma prodròmic del procés degeneratiu és encara una qüestió controvertida. Per a alguns autors la depressió, especialment la tardana, pot ser la primera manifestació de demència: fins al 30-50% de pacients amb demència d'Alzheimer en fase prodròmica o lleu tenen signes depressius (Leyhe et al., 2017). Un estudi recent sustenta també aquesta hipòtesi i demostra que només els símptomes depressius que apareixen en gent gran, però no en etapes mitjanes de la vida, estan associats a un risc elevat de demència que apareix al llarg de la dècada posterior a l'aparició de la depressió, tot relacionant els dos processos amb una causa comuna (Singh-Manoux et al., 2017).

8. Conclusió

En una època de viratge necessari cap a l'atenció a l'envelliment i la cronicitat, que conviu amb una medicina cada vegada més capaç, tecnificada i sofisticada, una entitat amb tanta prevalença i de diagnòstic eminentment clínic com la demència segueix passant en molts casos desapercebuda als diferents àmbits assistencials. No l'hem d'acceptar com la normalitat de l'etapa senil, de la mateixa forma que la síndrome confusional aguda tampoc és normal en el pacient hospitalitzat, sinó un bon signe d'alerta de deteriorament cognitiu, que també està infradetectat i infraregistrat, cosa que posa en risc el tractament òptim dels pacients amb demència als hospitals d'aguts.

Perquè si ja és frustrant no actuar ni prevenir el que es pugui prevenir d'aquesta malaltia, és encara pitjor arribar tard a la fase de conseqüències irreparables: famílies esgotades,

iatrogènies farmacològiques, ingressos hospitalaris evitables, actuacions mèdiques no indicades, falta de visió del molt que es pot fer per aquesta malaltia i finalment falta de planificació de recursos socio-sanitaris ajustats a la seva necessitat.

Referències bibliogràfiques

Alzheimer's Association (2017). 2017 Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimer's and Dementia*, 13, 325-373.

American Psychiatric Association. DSM-V. (2014). Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, 5a ed. Arlington VA: Editorial Médica Panamericana.

Ashford, J. W., Borson, S., O'Hara, R., Dash, P., Frank, L., ... i Buschke, H. (2006). Should older adults be screened for dementia?. *Alzheimer's and Dementia*, 2, 76-85.

Baztán, J. J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G. i Manzarbeitia, J. (1993). Índice de Barthel. Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 28, 32-40.

Boada, M., Cejudo, J. C., Tàrraga, L., López, O. L. i Kaufer, D. (2002). Neuropsychiatric inventory questionnaire (NPI-Q): Spanish validation of an abridged form of the Neuropsychiatric Inventory (NPI). *Neurologia*, 17(6), 317-322.

Boise, L., Neal, M. B. i Kaye, J. (2004). Dementia assessment in primary care: results from a study in three managed care systems. *Journal of Gerontology*, 59A(6), 621-62.

Borson, S., Scanlan, J., Watanabe, J., Shin-Ping, T. i Lessig, M. (2006). Improving identification of cognitive impairment in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 349-355.

Cacho, J., Benito-León, J., García-García, R., Fernández-Calvo, B., Vicente-Villardón, J. L. i Mitchell, A. (2010). Does the Combination of the MMSE and Clock Drawing Test (Mini-Clock) Improve the Detection of Mild Alzheimer's Disease and Mild Cognitive Impairment?. *The Journal of Alzheimer's Disease*, 22, 889-896.

Canto, M., Bonis, J., Bryant, V., Castell, V. i Otero, A. (2016) Calidad del registro del diagnóstico de demencia en atención primaria. La situación en España en el período 2002-2011. *Atención Primaria*, 48(1), 33-41.

Copeland, J. R., Beekman, A. T., Dewey, M. E., Hooijer, C., Jordan A., Lawlor B.A., ... i Wilson, K. C. (1999). Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 312-321.

Davis, D., Muniz, G., Keage, H., Rahkonen, T., Oinas, M., Matthews, C., ... i Brayne, C.

(2012). Delirium is a strong risk factor for dementia in the oldest-old: a population-based cohort study. *Brain*, 135, 2809-2816.

De Pedro-Cuesta, P., Virués-Ortega, J., Vega, S., Seijo, M., Saz, P., Rodríguez, F., ... i Del Barrio, J. L. (2009). Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: A reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. *BioMed Central Neurology*, 9, 55.

Dubois, B., Feldman, H., Jacova, C., Hampel, H., Molinuevo, J. L., Blennow, J., ... i Cummings, J. L. (2014). Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria. *The Lancet Neurology*, 13, 614-29.

Durán, J. C. i Pageo, M. M. (2008). Tratamiento no farmacológico del delirium. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43 (Supl. 3), 25-32.

Finger, E. (2016). Frontotemporal dementias. *Continuum* (Minneapolis, Minn.), 22(2), 464-489.

Flaherty, J. H., Rudolph J., Shay, K., Kamholz, B., Boockvar, K. S., Shaughnessy M. ... i Edes T. (2007). Delirium is a Serious and Under-recognized Problem: Why Assessment of Mental Status Should be the Sixth Vital Sign. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(5), 273-5.

Gascón-Bayarri, J., Reñé, R., Del Barrio, J. L., De Pedro-Cuesta, J., Ramón, J. M., Manubens, J. M., ... i Rubio, F. (2007). Prevalence of dementia subtypes in El Prat de Llobregat, Catalonia, Spain: The PRATICON Study. *A Neuroepidemiology*, 28, 224-234.

González, M., De Pablo, J., Fuente, E., Valdés, E., Peri, J. M., Nomdedeu, M. i Matrai, S. (2004). Instrument for Detection of Delirium in General Hospitals: Adaptation of the Confusion Assessment Method. *Psychosomatics*, 45, 426-431.

Inouye, S. K. (2006). Delirium in Older Persons. *The New England Journal of Medicine*, 354, 1157-65.

Inouye, S. K., Van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegal, A. P. i Horwitz, R. I. (1990). Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. New Method for Detection of Delirium. *A Annals of Internal Medicine*, 113, 941-948.

Jackson, J. C., Gordon, S. M., Hart, R. P, Hopkins, R. O. i Ely, W. (2004). The Association Between Delirium and Cognitive Decline: Review of the Empirical Literature. *A Neuropsychology Review*, 14(2), 87-98.

Jorm, A. F., Scott, R., Cullen, J. S. i Mackinnon, A. J. (1991). Performance of the informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE) as a screening test for dementia. *Psychological Medicine*, 21, 785-790.

Kalisvaart, K. i Vreeswijk, R. (2008). Prevention of delirium in the elderly. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43 (Supl. 3), 19-24.

Lang, L., Clifford, A., Wei, L., Zhang, D., Leung, D. ... i Chen, R. (2017). Prevalence and determinants of undetected dementia in the community: a systematic literature review and a meta-analysis. *British Medical Journal Open*, 7(2), e011146. doi: org/10.1136/bmjopen-2016-011146

Larson, E. (1998). Recognition of Dementia: Discovering the Silent Epidemic. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, 1576-1577.

Lawton, M. P. i Broody, E. M. (1969). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist*, 9, 179-186.

Leyhe, T., Reynolds, C., Melcher, T., Linnemann, C., Klöppel, S., Blennow, K., ... i Hampel, H. (2017). A common challenge in older adults: Classification, overlap, and therapy of depression and dementia. *Alzheimers and Dementia*, 13(1), 59-71.

Martínez-Velilla, N., Alonso, C., Ripa, C. i Sánchez-Ostiz, R. (2012). Síndrome confusional agudo postoperatorio en el paciente anciano. *Cirugía Española*, 90(2), 75-84.

McCusker, J., Cole, M., Dendujuri, N., Belzile, E. i Primeau, F. (2001). Delirium in older medical inpatients and subsequent cognitive and functional status: a prospective study. *Canadian Medical Association Journal*, 165(5), 575-583.

Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad (ed.). (2009). *Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud: AIAQS, núm. 2009/07.

Mora-Simón, S., García, R., Perea, M. V., Ladera, V., Unzueta, J., Patino, M. C. i Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. *Revista de Neurología*, 54(5), 303-310.

Morandi, A., Davis, S., Bellelli, G., Arora, R. C., Caplan, G. A., Kampholz, B., ... i Rudolph, J. L. (2017). The Diagnosis of Delirium Superimposed on Dementia: An Emerging Challenge. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(1), 12-18.

Romero, J. P., Benito-León, J., Louis, E. i Bermejo-Pareja, F. (2014). Under Reporting of Dementia Deaths on Death Certificates: Systematic Review of Population-based Cohort Studies. A *The Journal of Alzheimer's Disease*, 41, 213-221.

Romero, J. P., Benito-León, J., Mitchell, A., Trincado, R. i Bermejo-Pareja, F. (2014). Under Reporting of Dementia Deaths on Death Certificates using Data from A Population-Based Study (NEDICES). *The Journal of Alzheimer's Disease*, 39, 741-74.

Ross, G., Abbot, R., Petrovich, H., Masaki, K., Murdaugh, C., Trockman, C., Curb, D. i White, L. (1997). Frequency and characteristics of silent dementia among elderly Japanese-American men. The Honolulu-Asia aging study. *Journal of the American Medical Association*, 277(10), 800-805.

Russ, T., Shenkin, S., Reynish, E., Ryan, T., Anderson, D. i McLullich, A. (2012). Dementia in acute hospital inpatients: the role of the geriatrician. *Age and Ageing*, 41, 282-284.

Sampson, E. L., Blanchard, M., Jones, L., Tookman, A. i King, M. (2009). Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 61-66.

Savva, G. i Arthur, A. (2015). Who has undiagnosed dementia? A cross-sectional analysis of participants of the Aging, Demographics and Memory Study. *Age and ageing*, 44, 642-647.

Scheltens, N., Tijms, B., Koene, T., Barkhof, F., Teunissen, C., Wolfsgruber, S., ... i Van der Flie, W. M. (2017). Cognitive subtypes of probable Alzheimer's disease robustly identified in four cohorts. *Alzheimer's and Dementia*, S1552-5260. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2017.03.002>

Sharman, N. i Singh, A. (2016). Exploring Biomarkers for Alzheimer's Disease. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(7), KE01-6. doi: 10.7860/JCDR/2016/18828.8166

Singh-Manoux, A., Dugravot, A., Fournier, A., Abell, J., Ebmeier, K., Kivimäki, M. i Sabia, S. (2017). Trajectories of Depressive Symptoms Before Diagnosis of Dementia A 28-Year Follow-up Study. *Journal of the American Medical Association - Psychiatry*, 74(7), 712-71.

Sternberg, S. A., Wolfson, C., Baumgarten, M. (2000). Undetected Dementia in Community-Dwelling Older People: The Canadian Study of Health and Aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 1430-1434.

Tsoi, K. F., Chan, J. Y., Hirai, H. W., Wong, S. Y. i Kwok, T. C. (2015). Cognitive Tests to Detect Dementia. A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association - Internal Medicine*, 175(9), 1450-8.

Vega, T., Miralles, M., Mangas, J., Castrillejo, D., Rivas, A., Gil, M., ... i Fragua, M. (2016). Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Neurología*, S0213-4853. doi: 10.1016/j.nrl.2016.10.002.

Virués-Ortega, J., de Pedro-Cuesta, J., Vega, S., Seijo-Martínez, M., Saz, P., Rodríguez, F., ... i del Barrio, J. L. (2011) Prevalence and European comparison of dementia in a 75-year-old composite population in Spain. On behalf of the Spanish Epidemiological Studies on Ageing Group. *Acta Neurologica Scandinavica*, 123, 316-324.

Witlox, J., Eurelings, L., Jongue, J., Kalisvaart, K., Eikelenboom, P. i Van Gool, W. (2010). Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization, and Dementia. A Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 304(4), 443-451.

Young, J., Murthy, L., Westby, M., Akunne, A. i O'Mahony, R., en nom del Grup de Desenvolupament de la Guia (2010). Diagnosis, prevention, and management of delirium: summary of NICE guidance. *The British Medical Journal*, 34, c3704. doi: 10.1136/bmj.c3704.

Zunzunegui, P., del Ser, T., Rodríguez Laso, A., García Yébenes, M. J., Domingo, J. i Otero Puime, A. (2003). Demencia no detectada y utilización de los servicios sanitarios: implicaciones para la atención primaria. *Atención Primaria*, 31(9), 581-6.

Autores

ANA ESPINO IBÁÑEZ

Barcelona (1963). És metge especialista en Neurologia (1992) i Doctor en Medicina per la Universitat de Barcelona (1995). Realitza la seva tasca assistencial a l'Hospital Son Llàtzer, on és Cap de Servei de Neurologia (2002-ss). La seva àrea d'especial dedicació és la patologia neurodegenerativa, on té la Capacitació en patologia cognitiva-conductual per la Societat Espanyola de Neurologia (2007) i el Màster en Trastorns del Moviment per la Universitat de Múrcia (2013).

CLARA ARBÓS BARBER

Palma de Mallorca (1988). Llicenciada en Medicina (UB, Hospital Clínic). Ha realitzat la residència en Neurologia (via MIR) a l' Hospital Son Llàtzer des de 2013 fins 2017. Com a resident ha adquirit experiència en tots els camps de la Neurologia, però ha mostrat un especial interès en l'atenció a la demència, fent una rotació externa a la Unitat de Memòria i Diagnòstic precoç de la Demència de l'Hospital la Princesa (Madrid) des de Gener a Març de 2017.

INGRID PÉREZ CABANILLAS

Sant Cugat del Vallès (1981). Llicenciada en Medicina per la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Metgessa especialista en neurologia. Màster en Psicobiologia i Neurociència cognitiva per la Universitat Autònoma de Barcelona. Màster en Trastorns del Moviment per la Universitat de Múrcia. Actualment treballa com a neuròloga a l'Hospital Son Llàtzer de Palma amb especial dedicació en les malalties neurodegeneratives i del trastorn del moviment.