



GERIATRIA

4TA UNIDAD

*síndrome confusional agudo,
depresión*

&

demencia

KAREN YURENNI MARTINEZ SANCHEZ

DR. ACUÑA DE SAZ RICARDO

S.C.A. (DELIRIUM). Es un síndrome de etiología intrínseca y/o extrínseca, con alteraciones en el nivel de conciencia, dificultad para mantener la atención, y trastornos perceptivos de orientación, lenguaje, ciclo sueño/vigilia y de la actividad psicomotoras, de inicio brusco, evolución fluctuante y remisión variable, reflejando un desequilibrio homeostático y una baja reserva fisiológica cerebral. La incidencia del delirium aumenta de forma progresiva con la edad. En el paciente anciano aparece con mas frecuencia, debido a los cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento, así como la mayor frecuencia de enfermedades y al mayor uso de fármacos predisponentes. La prevalencia en los ancianos hospitalizados se ha estimado hasta en un 60%, principalmente después de un procedimiento quirúrgico. El 40% de los pacientes con demencia presentaba delirium a su ingreso al hospital. Los síntomas aparecen característicamente de forma brusca como desorientación, exaltación o reducción de la actividad psicomotora y trastornos del ciclo sueño-vigilia, constituyendo las manifestaciones principales. La señal característica del delirium es la falta de atención, que será identificado por a incapacidad del paciente para repetir números o bien para reconocer letras. Las principales causas precipitantes en los ancianos son los medicamentos, las infecciones y la deshidratación. En el **diagnostico diferencial** es la demencia, la depresión, los estados psicóticos y la ansiedad. Los antipsicóticos atípicos, principalmente la risperidona, es **el tratamiento de elección** en delirium hiperactivo del anciano.

Depresión. El 1,4% de las mujeres y el 0,4% de los hombres que viven en la comunidad presentan una depresión mayor, aproximadamente el 2% de la población anciana sufre un trastorno distímico y el 4% presenta un trastorno de adaptación con estado de animo depresivo. El 15% de los ancianos padece síntomas depresivos que no cumplen los criterios mayor o distimia y tienen lo que se denomina “depresión subclínica”, pudiendo en muchos casos ser tratados del mismo modo que un episodio depresivo. Una de las principales causas de depresión en los ancianos son las pérdidas o duelos no resueltos. Una de las formas de presentación característica es como un aparente cuadro de deterioro cognitivo. Un interrogatorio dirigido sobre los diferentes síntomas y su evolución permitirá orientar al clínico en el diagnóstico. El riesgo de presentar el síndrome demencial es muy

alto en los pacientes con antecedentes de depresión y síntomas cognitivos. En algunos casos aparece lo que conocemos como duelo patológico y complicado, que se caracteriza por una duración prolongada mayor a 1 año debido a falta de aceptación, negación de los sentimientos o la situación de pérdida, manifestaciones somáticas que se asemejan a los síntomas de la enfermedad que padeció el fallecido, estos trastornos suelen aparecer en personas con trastornos de personalidad premórbida y requieren como tratamiento de elección, una intervención psicoterapéutica. **Etapas del duelo:** 1)negación, 2)ira, 3)pacto, 4)depresión y 5)aceptación. Las mujeres ancianas depresivas manifiestan mayores síntomas de ansiedad e hipocondriacos (somáticos), los hombres ancianos presentan cambios de la motivación, placer y de personalidad. el diagnóstico es fundamentalmente clínico según los criterios del DSM-5 o CE-10, aunque la existencia de síntomas atípicos hace necesario el apoyo de escalas validadas y desarrolladas en los ancianos, como la escala de depresión de Yesavage, la de Beck y la de Hamilton (para ancianos que no pueden responder a un cuestionario autoadministrado, especialmente en pacientes con deterioro cognitivo. En la escala de Yesavage de 30 reactivos, se termina depresión cuando tiene un puntaje mayor a 11, aunque la especificidad logra ser del 100% cuando el puntaje es mayor a 14. **El tratamiento, antidepressivos tricíclicos** (está indicado en depresión grave con riesgos catatónicos, síntomas de melancolía, marcada hiporexia, síntomas de ansiedad, insomnio y manifestaciones psicóticas), los fármacos con menos efectos secundarios son la nortriptilina (amina secundaria) y la maprotilina (amina cutemaria), **ISRS** (son los antidepressivos de elección en los ancianos, debido al menor número de afectos secundarios, fluoxetina, paroxetina, sentralina, citalopram y escitalopram), **psicoterapia** y **terapia electroconvulsiva**.

Demencia. Síndrome adquirido, producido por una patología orgánica capaz de producir un deterioro persistente de las funciones mentales superiores que conlleva a una incapacidad funcional, La prevalencia de la demencia aumenta con la edad, duplicándose cada 5 años, sin que se hayan observado diferencias significativas entre sexos. Diversos estudios epidemiológicos se aprecia un aumento exponencial de la disfunción cognitiva clínicamente significativa conforme avanza la edad (5-8%

para la población entre 60-74 años, 13 a 16% para el grupo de 75-84 años y 30 a 35% para edades superiores a los 85 años). **Cuatro tipos de demencia (vascular, Alzheimer, cuerpos difusos de Lewy y frontotemporal)** causan el 90% de los casos, siendo las restantes debido al trauma cerebral, Parkinson, VIH, medicamentos o adicciones, metabólicas, etc. **Enfermedad de Alzheimer**, representa la forma más frecuente de demencia en países occidentales (69%), en Latinoamérica lo ocupa la demencia vascular. Sus fases son, 1. Demencia leve o estadio 1, dura entre 1-3 años, destaca la amnesia para hechos recientes, así como la incapacidad de asimilar nueva información. 2. Demencia moderada, duración de 2 a 10 años, se acentúan los síntomas anteriores con apraxia marcada para las actividades instrumentales de la vida diaria, desorientación temporoespacial, vagabundeo, etc. 3. Demencia severa o grave, todas las funciones corticales se deterioran hasta desaparecer. **demencia vascular**. Segunda causa más frecuente de demencia a nivel mundial (20-30%), clasificación de la DV: →de inicio agudo: se desarrolla rápidamente tras una serie de eventos cerebrales debidos a trombosis vasculares, embolias o hemorragias. →demencia multiinfarto: con inicio más gradual que la forma aguda, normalmente procedido de varios episodios isquémicos menores que producen un número creciente de infartos del parénquima cerebral. →DV subcortical: generalmente la corteza cerebral está indemne, lo cual contrasta con el cuadro clínico, que puede parecerse mucho al de una demencia de Alzheimer (cuando se presenta una desmielinización difusa de la sustancia blanca puede utilizarse el término de encefalopatía de Binswanger). →DV mixta, cortical y subcortical, →otra demencia vascular y →demencia vascular sin especificación. **Demencia por cuerpos de Lewy**. Aparece entre la séptima u octava década de la vida. Se caracteriza por la presencia de un deterioro cognitivo de carácter fluctuante, alucinaciones recurrentes que podrían ser visuales (93%) y auditivos (50%), problemas de rigidez, bradicinesia y temblor. **Demencia frontotemporal**. Predominan los síntomas conductuales. TX. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram o escitalopram), en fases avanzadas los antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina, haloperidol).

Bibliografía: ENARM. (2018). manual CTO de medicina y cirugía 4ta edición.

GERIATRIA. México : grupo CTO.