



# Medicina humana

*Geriatría*

*“Síndromes geriátricos” 6to*

*Semestre (cuarto parcial)*

**Doctor Ricardo Acuña Del Saz**

Alumna Citlali Guadalupe Pérez Morales

---

## Síndromes geriátricos

### Síndrome confusional agudo (Delirium)

#### Definición

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 psicomotora; de inicio brusco, evolución fluctuante y remisión variable, reflejando un desequilibrio homeostático y una baja reserva fisiológica cerebral.

#### Epidemiología

La incidencia del delirium aumenta de forma progresiva con la edad.

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 a su ingreso al hospital.

#### Causas

Se pueden dividir en factores **predisponentes** y **precipitantes**.

Entre los factores predisponentes se pueden mencionar los siguientes:

1. **Edad avanzada y fragilidad.** Decrece la reserva fisiológica cerebral y en general, se observan cambios en la farmacocinética y farmacodinamia relacionados con la edad y comorbilidad.
2. **Desnutrición con menor masa corporal.** Facilita que ocurra una sobredosis de fármacos, sobre todo en el caso de los liposolubles que son la mayor parte de los psicotrópicos.
3. **Mayor proporción de la grasa corporal.** Como efecto de una redistribución, acumulación y liberación impredecible de los fármacos liposolubles.
4. **Deprivación sensorial.** Propicia la percepción distorsionada del ambiente, que en genera ansiedad y mayor alteración neurotransmisora (alucinaciones).

5. **Deterioro cognoscitivo previo (conocido o no).** Indica una limitada reserva cerebral, ya que esta se halla disminuida de forma notable en la demencia; este tipo de pacientes tiende a manifestar delirium con mucha frecuencia, aun ante problemas nimios, como incomodidad, ausencia del cuidador habitual, estreñimiento, etcétera.
6. **Enfermedades relacionadas con el sistema nervioso (Alzheimer, Parkinson, esquizofrenia, etc.).** En consecuencia. Producen la alteración de los neurotransmisores sus vías (acetilcolina, dopamina, etc.). los pacientes con problemas psiquiátricos son en particular vulnerables por las alteraciones neuroquímicas intrínsecas de padecimiento, el mayor uso psicotrópico y predisposición a la percepción distorsionada.
7. **Comorbilidad.** Cuantas más enfermedades coexistan, menor será el margen entre el equilibrio y desastre fisiológico que altere la biología química cerebral.
8. **Aislamiento social.**
9. **Estructura de personalidad** rígida, con tendencias ansiosas, antecedentes de comportamiento agresivo e impulsivo.

Los principales factores precipitantes en el anciano son:

1. **Patología orgánica cerebral:** hematoma subdural crónico, tumores intracraneales y accidente cerebrovascular isquémico (con mayor frecuencia los localizados en el hemisferio dominante y en el área presilviana).
2. **Procesos sistémicos:** encontramos con frecuencia insuficiencia cardiaca, infarto agudo al miocardio, arritmias. Procesos infecciosos, trastornos metabólicos, deshidratación, insuficiencia renal, impactación fecal y malnutrición. en pacientes con edad avanzada se han identificado cuatro factores de riesgo principales: infección urinaria, hipoalbuminemia, proteinuria y leucocitosis.
3. **Las alteraciones metabólicas hidroelectrolíticas,** la hipoxia y hipoperfusión cerebral también son causas que pueden facilitar la aparición de un síndrome confusional agudo. Enfermedades endocrinas, como

diabetes mal controlada o los trastornos tiroideos, y los antecedentes quirúrgicos, especialmente en los casos de fractura de cadera.

4. **Fármacos:** la principal causa de cuadro confusional son los efectos secundarios de los fármacos especialmente aquellos que presentan actividad anticolinérgica.
5. **Factores ambientales:** cambios de ubicación y privaciones sensoriales pueden llegar a desencadenar confusión en el anciano. Entorno familiar perturbado, el aislamiento social, los trastornos del sueño, etc.

### Cuadro clínico

Proceso agudo, de comienzo en horas, días o hasta 3 meses.

Característicamente presenta fluctuaciones a lo largo del día (generalmente al oscurecer se agitan, fenómeno conocido como “sundowning”), produciendo una alteración de conciencia, así como del pensamiento y la percepción.

Frecuentemente se presenta con un pródromo caracterizado por:

- Intranquilidad.
- Hipersensibilidad a los estímulos visuales y auditivos.
- Inversión del ritmo del sueño.

Los síntomas aparecen característicamente de forma brusca como

- Desorientación
- Exaltación
- Reducción de la actividad psicomotora
- Trastornos del ciclo del sueño- vigilia.

Constituyendo las manifestaciones principales.

La señal característica del delirium es la falta de atención, que se identifica por la incapacidad del paciente para repetir números o bien para reconocer letras.

Aparecen ilusiones hasta alucinaciones, con mayor frecuencia visuales.

También podremos observar alteraciones del lenguaje, paráfrasis hasta un lenguaje ilógico e incoherente.

El grado de actividad psicomotora, según Lipowsky, encontramos tres variantes clínicas diferentes.

- **Tipo hiperactivo-hiperalerta.** Se caracteriza por estado de agitación psicomotriz, insomnio, alucinaciones, incoherencia, coprolalia, alteraciones de la marcha y en ocasiones agresividad.
- **Tipo hipoactivo-hipoalerta.** Disminución de la funcionalidad habitual del paciente, el cual pasa por mucho tiempo de reposo, deja de comer y beber, ya no se relaciona con los demás y el estado de alerta se deprime de forma progresiva.
- **Tipo mixto.** Se agitan de forma notoria por la noche, al caer la penumbra, y luego parecen apáticos por la mañana, para sufrir otra vez episodios inesperados de agitación.

## Diagnostico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico mediante los criterios diagnósticos CIE 10:

- a) Alteraciones de la conciencia
- b) Alteraciones de la cognición
- c) Presentación en un corto periodo de tiempo y fluctúa a lo largo del día.
- d) Demostración a través de la historia clínica, exploración física y pruebas de laboratorio que la alteración de la enfermedad médica, intoxicación o abstinencia de sustancias.

Se aplicara la escala de CAM (Confusion Assessment Method) a todo paciente anciano con sospecha, con el objetivo de confirmar el diagnóstico de este síndrome.

1. Comienzo agudo y curso fluctuante ¿hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental en relación con el estado basal del paciente?, ¿este comportamiento fluctuó durante el día previo?

2. Atención alterada ¿tiene dificultad para focalizar atención (ejemplo: ¿Se distrae fácilmente o no puede mantener el curso de una conversación)?
3. Pensamiento desorganizado ¿es el lenguaje desorganizado o incoherente o la conversación es irrelevante o con ideas ilógicas?
4. Nivel de conciencia alterado ¿Cómo calificaría el nivel de conciencia del paciente? Alerta (normal), atento (hiperalerta), letárgico (somnoliento, fácil de despertar), estupuroso (difícil de despertar), comatoso (no se le puede despertar).

## Tratamiento

- **Tratamiento etiológico:** de los factores desencadenantes.
- **Tratamiento sintomático:** es importante un ambiente tranquilo y de apoyo, permitiendo la presencia de familiares o cuidadores fácilmente reconocibles, evitando el ruido en exceso, los cambios de habitación o del personal (que debe estar correctamente preparado para el manejo de estas situaciones).

Puede ser necesaria la utilización de antipsicóticos si existiese agitación acusada o alucinaciones. El haloperidol en dosis bajas, tanto por vía oral, intramuscular o subcutánea, suele ofrecer una buena respuesta en la actualidad, los antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina), con menos efectos secundarios.

El empleo de benzodiazepinas no está recomendado.

## Depresión

### Definición

Es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el anciano, pese a que a menudo no es reconocida, causando importantes repercusiones clínicas y funcionales.

### Epidemiología

El 1,4% de las mujeres y el 0,4% de los hombres que viven en la comunidad presentan una depresión mayor, aproximadamente el 25 de la población anciana

sufre un trastorno distímico y el 4% presenta un trastorno de adaptación con el estado de ánimo deprimido.

El 15% de los ancianos padece de síntomas depresivos que no cumplen los criterios de depresión mayor o distimia y tienen lo que se denomina “Depresión subclínica”, pudiendo en muchos casos ser tratados del mismo modo que un episodio depresivo.

## **Etiología**

- Enfermedad de Parkinson (se observa depresión entre el 40-90% de los pacientes sobre todo las mujeres).
- Accidente cerebrovascular del hemisferio izquierdo (principalmente del territorio frontotemporal).

Otras lesiones en sustancia blanca, estructuras subcorticales y lóbulo frontal.

El cáncer se asocia también con frecuencia a síntomas depresivos (leucemia, linfoma, carcinoma pancreático).

También se asocian al síndrome de Cushing, el hipo e hipertiroidismo, el hiperparatiroidismo, enfermedad reumatológica (lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la insuficiencia renal crónica, el déficit de vitamina B12 y ácido fólico, la infección por VIH, las hepatitis y el infarto agudo al miocardio.

Puede ser efecto secundario de muchos fármacos, antohipertensivos: betabloqueantes (especialmente propanolol), metildopa, reserpina y guanetidina; los corticoides; los antiparkinsonianos (especialmente la levodopa), otros fármacos asociados son la digoxina, las hormonas sexuales y la quimioterapia. El abuso de algunos fármacos (psicoestimulantes, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos) o tóxicos (alcohol) pueden ser también causa de depresión.

## **Clínica**

En general el paciente anciano tiene más probabilidad que los adultos más jóvenes de expresar síntomas de tipo somático y físico.

Las manifestaciones psíquicas de la alteración del humor:

- Tristeza.
- Quejas de insatisfacción.
- Ideas de culpa.
- Fracaso.

Las manifestaciones de la depresión subclínica incluyen dolencias medicas nuevas o exacerbaciones a nivel gastrointestinal, musculo- articular, cardiopulmonares, limitaciones físicas, deterioro funcional, disminución del interés en actividades, fatiga, inatención, cambios del comportamiento y preocupación por la mala salud.

Otra características en los ancianos es la aparición de alteraciones cognitivas (deterioro cognitivo debido a depresión).

- Las mujeres ancianas depresivas manifiestan mayores síntomas de ansiedad e hipocondriacos (somáticos).
- Los hombres ancianos presentan cambios de la motivación, placer y de personalidad.

## **Diagnostico**

El diagnóstico de la depresión es fundamentalmente clínico según los criterios del DSM-5 o CIE 10, aunque la existencia de síntomas atípicos hace necesario el apoyo de escalas validadas y desarrolladas en los ancianos, como la escala de depresion de Yesavage, la de Beck y la de Hamilton, la ultima es de utilidad en aquellos ancianos que no pueden responder a un cuestionario autoadministrado (como la de Yesavage). En la escala de Yesavage de 30 reactivos, se determina depresión cuando tiene un puntaje mayor o igual; a 11, aunque la especificidad logra ser del 100% cuando el puntaje es mayor a 14.

## **Tratamiento**

Dada la recurrencia de la depresión en el anciano, la duración del tratamiento antidepressivo no debe ser inferior a 6 meses, siendo frecuentemente necesario mantener el tratamiento incluso durante años o de forma indefinida.



Entre los diversos abordajes terapéuticos, destacan los siguientes:

- Antidepresivos tricíclicos
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Son los antidepresivos de elección en los ancianos, dado al menor número de efectos secundarios.

## Demencia

### Definición

La demencia se define como un síndrome adquirido, producido por una patología orgánica capaz de producir un deterioro persistente de las funciones mentales superiores que conlleva a una incapacidad funcional, tanto en el ámbito social como en el laboral, en personas que no padecen alteraciones del nivel de conciencia.

### Epidemiología

La prevalencia de las demencias aumenta con la edad, duplicándose cada 5 años, sin que se hayan observado diferencias significativas entre sexos. Personas mayores de 60 años se aprecia un aumento exponencial de la disfunción cognitiva clínicamente significativa conforme avanza la edad (5 a 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
- Frontotemporal

Causan el 90% de los casos, siendo las restantes debido a trauma cerebral, Parkinson, VIH, priones, medicamentos o adicciones, metabólicas, etcétera.

### Deterioro cognitivo y envejecimiento exitoso

El envejecimiento exitoso suele ir acompañado de una serie de modificaciones en el funcionamiento cognitivo del viejo:

1. La memoria a corto plazo declina levemente, pero no se modifican la memoria inmediata ni remota.
2. En el lenguaje disminuye la denominación y la fluencia verbal, conservándose la sintaxis y el léxico.
3. La habilidad visuoespacial, la construcción y percepción se encuentra disminuidas.
4. Se mantiene la atención.
5. La velocidad de procesamiento, tiempo de reacción/elección se disminuye.

Ante la sospecha de una demencia, los principales objetivos deben ser el diagnosticar la presencia de deterioro cognitivo mediante un prueba o test validado y estandarizado para los ancianos, delimitar el patrón de capacidades alteradas y preservadas, determinar la fase evolutiva, establecer un pronóstico y orientar una adecuada terapéutica.

### Valoración integral del deterioro cognitivo

La historia clínica gerontogeriatrica. La historia hará énfasis en los aspectos personales, familiares, laborales y sociales de las actividades mentales superiores. También se valorará la presencia de comorbilidades, historia farmacológica hábitos tóxicos, tipo de alimentación y uso de complementos multivitamínicos, el comienzo del cuadro clínico, contexto de su aparición, interferencias con las actividades de la vida diaria y los antecedentes familiares.

Grupo	Fármaco
Benzodiacepinas	Alprazolam, loracepam, diacepam
AINES	Aspirina, ibuprofeno, indometacina, naproxeno
Antidepresivos	Amitriptilina, fluoxetina, imipramina, desipramina
Anticonvulsivos	Fenitoina, Ac. valproico, carbamacepina
Antihipertensivos	Beta-bloqueantes, verapamil, metildopa, nifedipino
Antagonistas receptores H2	Ranitidina, cimetidina
Antibióticos	Metronidazol, cefalexina, cefalotina
Anticolinérgicos	Trihexifenidilo, benzotropina, atropina
Antiarrítmicos	Quinina, tocinida
Antiparkinsonianos	Levodopa, pergolide, bromocriptina
Relajantes musculares	Baclofen, metocarbamol
Otros	Antihistamínicos, digoxina, corticoesteroides, narcóticos

## **Exploración física**

Debe incluir una exploración física general, destacando las alteraciones a nivel cardiovascular, endocrino, hepático, etcétera. La exploración neurológica debe buscar signos de focalidad, trastornos en la oculomotricidad, alteración en la marcha, movimientos involuntarios, signos extrapiramidales y la presencia de reflejos de liberación frontal.

## **Valoración funcional**

Se valorará la capacidad de realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (índice de Katz, Barthel y de Lawton-Brody), serán también de utilidad el Functional Activities Questionnaire (FAQ) y el Clinical Dementia Rating (CDR) en la valoración global de la demencia.

## **Bibliografía**

ENARM-México. (2017). Síndromes geriátricos. Manual CTO de medicina y cirugía, 4.a edición, Pp. 10-39.

