



Christopher Manuel Liy Nazar

DR. RICARDO ACUÑA

GERIATRIA

-delirium-

6TO SEMESTRE DE MEDICINA HUMANA

BERRIZABALCHIAPAS, JUNIO DE 2020

Síndrome confusional agudo (Delirium)

Es un síndrome de etiología (s) 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. La incidencia del delirium aumenta de forma progresiva con la edad. En el paciente anciano, aparece con más frecuencia, debido a los cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento, así como a 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.

Causas

La fisiopatología del delirium en la mayoría de los casos son múltiples y pueden actuar simultáneamente, sin embargo, 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.

Mayor proporción de grasa corporal. Como efecto de la redistribución, acumulación y liberación impredecible de los fármacos liposolubles. 2

4. Deprivación sensorial. Propicia la percepción distorsionada del ambiente, que genera ansiedad y mayor alteración neurotransmisora (alucinaciones).

5. Deterioro cognoscitivo previo (conocido o no). Indica una limitada reserva cerebral, ya que ésta 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 del padecimiento, el mayor uso de psicotrópicos y la predisposición a la percepción distorsionada. Hasta 46% de los pacientes con delirium sufre depresión.

7. Comorbilidad. Cuantas más enfermedades coexistan, menor será el margen entre el equilibrio y el desastre fisiológico que altere la bioquímica cerebral.

8. Aislamiento social.

9. Estructura de personalidad rígida, con tendencias ansiosas, antecedentes de comportamientos agresivos e impulsivos.

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). Los cuadros de demencia predisponen al anciano a presentar este proceso.

2. Procesos sistémicos: encontramos con más frecuencia insuficiencia cardíaca, infarto agudo de miocardio, arritmias, procesos infecciosos, trastornos metabólicos, deshidratación, insuficiencia renal, impactación fecal y malnutrición. En los pacientes de edad avanzada, se han identificado cuatro factores de riesgo principales: infección urinaria, hipoalbuminemia, proteinuria

3

y leucocitosis; la existencia de uno o más de estos factores debe alertar al médico acerca de la alta probabilidad de cuadro confusional

3.

Las alteraciones metabólicas hidroelectrolíticas, la hipoxia y la hipoperfusión cerebral también son causas que pueden facilitar la aparición de un síndrome confusional agudo, que si no son diagnosticadas y tratadas, pueden quedar encubiertas en el seno del cuadro de agitación. Asimismo, enfermedades endocrinas, como la diabetes mal controlada o los trastornos tiroideos, y los antecedentes quirúrgicos, especialmente en los casos de fractura de cadera, son frecuentes desencadenantes de cuadros confusionales.

4. Fármacos: la principal causa de cuadro confusional son los efectos secundarios de los fármacos, especialmente aquellos que presentan actividad anticolinérgica. Los cuadros confusionales debidos a derivación farmacológica son frecuentes y se caracterizan por su comienzo brusco y aparecer típicamente a los 2-3 días de la retirada del fármaco

Se trata de un 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 la conciencia, así como del pensamiento y la percepción. Es frecuente que se presente con un pródromo caracterizado por intranquilidad, hipersensibilidad a los estímulos visuales y auditivos, e inversión del ritmo sueño- vigilia (también insomnio y pesadillas). 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 identificada por la incapacidad del paciente para repetir números o bien para reconocer letras. Además, es frecuente encontrar anomalías en la percepción con alteraciones en la interpretación de estímulos sensoriales, pudiendo aparecer desde ilusiones hasta alucinaciones, con mayor frecuencia visuales, e ideas paranoides pobremente 4

sistematizadas. También podremos observar alteraciones del lenguaje, que irán desde la presencia de parafrasias hasta un lenguaje ilógico e incoherente. En función del grado de actividad psicomotora, según Lipowsky, encontramos tres variantes clínicas diferentes: Tipo hiperactivo-hiperalerta, Se caracteriza por un estado de agitación psicomotriz, insomnio, alucinaciones, incoherencia, coprolalia, alteraciones de la marcha y en ocasiones agresividad. Tipo hipoactivo-hipoalerta, Denota una enfermedad causal de mayor gravedad o bien una prolongación de un delirium hiperactivo que se transforma en el tipo hipoactivo; se distingue por una disminución de la funcionalidad habitual del paciente, el cual pasa mucho tiempo en reposo, deja de comer y beber, ya no se relaciona con los demás y el estado de alerta se deprime de forma progresiva; cuando se presenta con hiponatremia la mortalidad se eleva. Tipo mixto. Es tal vez el más común, ya que los pacientes alternan con frecuencia ambos estados, 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. diagnóstico es fundamentalmente clínico mediante los criterios diagnósticos

CIE 1 O:

- a) Alteración de la conciencia (ejemplo: disminución del estado de alerta) con disminución de la atención.
- b) Alteraciones en la cognición (alteraciones en la memoria reciente, desorientación, alteración del lenguaje) o alteración perceptiva (alucinaciones e ilusiones)
- c) Presentación en un corto período de tiempo (horas o días) y fluctúa a lo largo del día.
- d) Demostración a través de la historia clínica, exploración física y pruebas de laboratorio que la alteración se debe a una enfermedad (es) médicas, intoxicación o abstinencia de sustancias.

Se realizará una cuidadosa historia clínica, dado que se trata de una manifestación inespecífica, se procederá a una amplia búsqueda causal para descartar las situaciones desencadenantes y exploración física (taquicardia, trastornos de la regulación autónoma, temblor, mioclonía, etc). 5

Depresión

La depresión 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

La prevalencia de depresión en las personas mayores de 60 años es significativamente mayor que en grupos de edad más jóvenes. 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 ánimo deprimido. El 15% de los ancianos padece síntomas depresivos que no cumplen los criterios de depresión mayor o distimia.

Causas

Algunas enfermedades se asocian a la aparición de depresión: la enfermedad de Parkinson (donde se observa depresión entre el 40-90% de los pacientes, sobre todo en mujeres), los accidentes cerebrovasculares del hemisferio izquierdo (principalmente del territorio frontotemporal) y otras lesiones en sustancia blanca, estructuras subcorticales y lóbulo frontal. El cáncer se asocia también con frecuencia a síntomas depresivos (leucemia, linfoma, carcinoma pancreático). Otros trastornos que se asocian con frecuencia a depresión son el síndrome de Cushing, el hipo e hipertiroidismo, el hiperparatiroidismo, enfermedades reumatológicas (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 de miocardio. La depresión puede ser un efecto secundario de muchos fármacos, con síntomas que aparecerán entre días y semanas tras el inicio del consumo del fármaco. Dentro de este grupo, se incluyen numerosos antihipertensivos: betabloqueantes (especialmente el propranolol), metildopa, reserpina y guanetidina; los corticoides; los antiparkinsonianos (especialmente la levodopa), aunque la propia enfermedad de Parkinson podrá ser la causante de depresión; otros fármacos frecuentemente asociados son la digoxina, las hormonas sexuales y la quimioterapia. El abuso de 6

algunos fármacos (psicoestimulantes, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos) o tóxicos (alcohol) pueden ser también causa de depresión. La depresión debido a un duelo o pérdida reciente no debe ser considerado una alteración psiquiátrica, ya que forma parte del de la penúltima fase del modelo de Elisabeth Kübler-Ross (Figura H). Podremos considerar como normal la aparición de determinados síntomas: sensación de falta de aire, suspiros frecuentes, recuerdo persistente de la persona fallecida, hiporexia, opresión en la garganta, etc. 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 la 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, todo ello acompañado de una franca alteración de las actividades sociales de la persona. Generalmente, estos trastornos suelen aparecer en personas con trastornos de personalidad premórbida y requieren, como tratamiento de elección, una intervención psicoterapéutica.

Causas

Las manifestaciones de la depresión subclínica incluyen dolencias médicas nuevas o exacerbaciones a nivel gastrointestinal, músculo-articular, cardiopulmonares, limitaciones físicas, deterioro funcional, disminución del interés en actividades, fatiga, inatención, cambios del comportamiento y preocupación por la mala salud. Las mujeres ancianas depresivas manifiestan mayores síntomas de ansiedad e hipocondriacos (somáticos). Los hombres ancianos presentan cambios de la motivación, placer y de personalidad. Otra presentación característica en los

ancianos es la aparición de alteraciones cognitivas (deterioro cognitivo debido a depresión) que obliga a descartar una demencia. Esta forma de presentación se tiene que diferenciar de la aparición de síntomas depresivos en personas con demencia, hecho frecuente en los estadios iniciales de ésta. mn 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, esta última es de utilidad en aquellos ancianos que no pueden responder a un cuestionario autoadministrado (como la de yesavage), especialmente en pacientes con deterioro cognitivo. En la 7

esca la de Yesavage de 30 reactivos, se determina depresión cuando tiene un punta je mayor o igual a 11, aunque la especificidad logra ser del 100% cuando el puntaje es mayor a 14.

La entrevista psicopatológica deberá incluir: la duración del actual episodio, la existencia de episodios previos y su respuesta a tratamiento, la existencia de una historia familiar de depresión, la presencia de ideas o antecedentes de intentos de suicidio (como es la ausencia en la ingesta de sus medicamentos habituales o la hiporexia), una historia de abuso de alcohol, el consumo de fármacos, las principales enfermedades crónicas, la situación funcional, las pérdidas recientes de familiares y la opinión de la familia o personas más cercanas como son los cuidadores primarios.

Tratamiento

La elección del tratamiento depende de múltiples factores: gravedad de los síntomas, enfermedad primaria, comorbilidad asociada, perfil de efectos secundarios y situación sociofamiliar. Dada la recurrencia de la depresión en el anciano, la duración del tratamiento antidepresivo no debe ser inferior a 6 meses, siendo frecuentemente necesario mantener el tratamiento incluso durante años o de forma indefinida. Los objetivos del tratamiento son:

Adquirir remisión completa de los síntomas

Prevenir la recaída

Evitar la recurrencia

Mejorar la funcionalidad

Mejorar la calidad de vida

Disminuir los costos de los servicios de salud

Antidepresivos tricíclicos. Son fármacos eficaces y con larga experiencia. Inhiben recaptura de serotonina y norepinefrina, además de que interactúan con receptores de histamina, adrenorreceptores alfa2, acetilcolina, muscarínicos

1. Los efectos anticolinérgicos o también llamados de preatropina like (cuadros confusionales, empeoramiento del glaucoma, retención urinaria), sedación, 8

arritmias cardíacas (Bloqueos AV) e hipotensión ortostática hacen que su uso en los ancianos resulte poco atractivo. Está indicado en la depresión grave con rasgos 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 cuaternaria).

2. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Son los antidepresivos de elección en los ancianos, dado el menor número de efectos secundarios. Pertenecen a esta familia: fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram y escitalopram. Pueden producir signos extrapiramidales, por lo que no son de elección en pacientes con Parkinson (principalmente paroxetina). Los medicamentos más recomendados tratan la sertralina, citalopram y escitalopram debido a su respuesta antidepresiva lineal, sin interactuar con el citocromo P450, siendo de primera elección en ancianos con polifarmacia o insuficiencia hepática. escitalopram y citalopram mejoran la función cognitiva y las alteraciones de la conducta asociados a demencia como la labilidad emocional, irritabilidad, ansiedad y agitación, siendo bien tolerado por los ancianos.

3. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (duales), como la venlafaxina, con un perfil farmacodinámico muy similar al de los ISRS, tienen la ventaja de actuar de manera selectiva sobre los dos sistemas de neurotransmisores de la etiopatogenia de la depresión. Su principal efecto secundario es la hipertensión arterial sistémica (dosis dependiente), xerostomía, náuseas, cefalea, diaforesis, y tiene pocos efectos sobre citocromo P450.

4. Antidepresivos atípicos (trazodona, mirtazapina). Posee una acción similar a los antidepresivos tricíclicos, pero con menos efectos secundarios. Inhiben la recaptura de serotonina y noradrenérgico específico. La mirtazapina es segura a dosis altas (contrarresta los efectos no deseados), con un metabolismo no importante por citocromo P450, baja afinidad por receptores dopa y colinérgicos y alta afinidad por receptores H₁ periféricos y centrales, motivo por el cual produce una mayor sedación, apetito y peso, muy eficaces para tratar la depresión en los ancianos que presentan de forma concomitante demencia, ansiedad, anorexia, insomnio o

disforia. 5. Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO). No se consideran fármacos de primera elección en los ancianos debido a sus posibles interacciones con otros fármacos y alimentos, porque pueden producir crisis hipertensivas. El Moclobemide es un inhibidor selectivo y reversible de la isoenzima A de la MAO, aumentando la respuesta presora de la tiramina y otras sustancias simpaticomiméticas, con una eficacia similar a los ATC como los ISRS, con una eliminación renal y hepática, indicado en depresión refractaria o atípica. La fenelcina es útil en ancianos con síntomas atípicos como ansiedad, fobias, hipocondría y depresión con sintomatología cognitiva asociada.

6. Litio. Es un fármaco útil en el tratamiento de la manía, aunque puede utilizarse también en la profilaxis de la depresión unipolar y bipolar. La toxicidad por litio es más frecuente en ancianos y puede ocurrir con concentraciones plasmáticas dentro del intervalo de normalidad. Los efectos tóxicos incluyen hiperreflexia, temblor, convulsiones y coma, que puede llevar a la muerte.

Psicoestimulantes. Indicado en paciente muy enfermo o con depresión refractaria. Activan sistema mesolímbico y mesocortical (placer). Se pueden usar uso solos o combinados con

antidepresivos: anfetaminas, dextroanfetaminas, metilfenidato (MFD). Los efectos clínicos son mejoría de la energía, estado de alerta, atención y motivación, dándose por periodos prolongados sin tolerancia o abuso, en ancianos con depresión, cáncer y evento vascular cerebral. Existen contraindicaciones relativas como las arritmias, hipertensión, delirium, hipersensibilidad, psicosis, tics, uso concomitante con IMAO.

8 Terapia electroconvulsiva. Indicada en los pacientes que no responden a tratamiento médico y en los que la situación clínica no permite la utilización de antidepresivos. Es un método bien tolerado, seguro y efectivo, incluso en edades avanzadas de la vida. Con la nueva metodología y su forma de administración unilateral, las complicaciones son escasas. Psicoterapia. Útil en los pacientes con depresión subclínica, 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 10

en el ámbito social como en el laboral, en personas que no padecen alteraciones del nivel de conciencia. La definición más ampliamente utilizada en la actualidad es la que establece la Asociación Americana de Psiquiatría en su manual diagnóstico y terapéutico

La demencia se define como un síndrome adquirido, producido por una minuye. 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. La definición más ampliamente utilizada en la actualidad es la que establece la Asociación Americana de Psiquiatría en su manual diagnóstico y terapéutico 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 del 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. Hasta en un 15% de los diagnósticos presuntivos de demencia en los ancianos que se envían a estudios de laboratorio e imagen no padecen en realidad un trastorno demencial progresivo, sino otras condiciones potencialmente tratables y con un pronóstico marcadamente diferente al de la demencia.

Exploración física

Debe incluir una exploración física general, destacando las alteraciones a nivel cardiovascular, endocrino, hepático, etcétera. La exploración neurológica debe 11

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

Exploración neurológica

Escalas cognitivas breves, cortas y fáciles de aplicar, permiten valorar la situación mental de forma inicial. Entre estos encontramos el Mini Mental State Exam (MMSE) de Folstein, Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC), test del reloj de Schulman, escala de demencia De Blessed, Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer, el Cognitive Capacity Screening Examination (CCSE), prueba de detección rápida de Borson (MINICOG), Memory Impairment Screen

(MIS), prueba de escrutinio GPCOG de Brodaty, test del informador (TIN) y la evaluación neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).

Escalas neuropsicológicas intermedias, realizan una valoración general del estado mental y se dividen en varios apartados cognitivos y no cognitivos. Entre estos, encontramos Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS-COG), Mattis Dementia Rating Scale (MDRS), Cambridge Index of Mental Disorders in the Elderly (CAMDEX-R), con su subapartado de evaluación cognitiva (CAMCOG), Clinical Dementia Rating (CDR), el Test de Barcelona y Hierarchic Dementia Scale (HDSR).

Escalas amplias, que permiten definir la estructura cognitiva de

Pruebas complementarias

Es importante para establecer un diagnóstico etiológico y poder descartar causas potencialmente tratables de demencia. Los estudios básicos que deben realizarse son: biometría hemática, velocidad de sedimentación globular, perfil bioquímico 12

completo (glucosa en ayuno, electrolitos séricos, perfil lipídico, renal y hepático), pruebas de función tiroidea.

Exploración neuropsicológica vitamina B12 y ácido fólico, examen general de orina, serología de VDRL, VIH, radiografía de tórax (tele de tórax) y electrocardiograma de 12 derivaciones

Las más ampliamente utilizadas son la tomografía computarizada, la resonancia magnética, la tomografía computarizada de emisión de fotón único (SPECT) o la tomografía de emisión de positrones (PET). Clásicamente se han utilizado para descartar causas secundarias de demencia (procesos ocupantes de espacio, hematoma subdural, hidrocefalia y signos de lesión vascular,

entre otros), sin embargo, en la actualidad, la presencia de determinados signos permite apoyar el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer o de otros tipos de demencia.

BIBLIOGRAFIA:

Nadim T. S.C. Navarro P. D MANUAL CTO DE MEDICINA Y CIRUGIA "GERIATRIA" 3RA EDICION
CTO EDITORIAL, S.L. 2017. Madrid