



Nombre del Alumno: **Rebeca María Henríquez Villafuerte**

Nombre del tema: **Súper nota con el tema: Demencia y Delirium**

Parcial: **1°**

Nombre de la Materia: **Geriatría**

Nombre del profesor: **Dr. Darinel Navarro Pineda**

Nombre de la Licenciatura: **Medicina Humana**

Semestre: **6°**

San Cristóbal de las Casas, Chis, 11 de Marzo de 2024.

DELIRIUM:

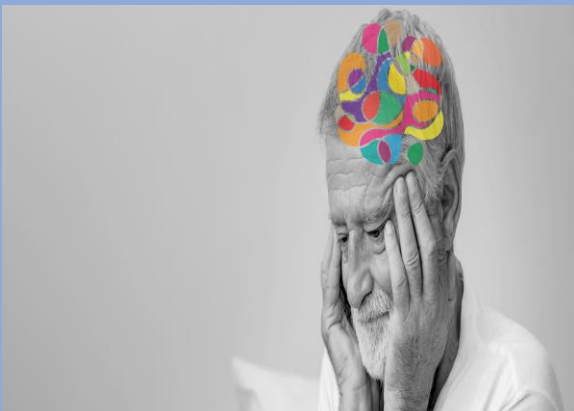
Estado mental en el que una persona está confundida y tiene una percepción reducida de su entorno. Es posible que la persona también esté ansiosa, agitada o que tenga menos energía que la usual y que se sienta cansada y deprimida.



El delirium es consecuencia de una alteración cerebral primaria o secundaria a una enfermedad sistémica (enfermedades metabólicas, infecciosas en especial infección de orina), neurológicas, intoxicación o abstinencia de agentes tóxicos o fármacos como el Lormetazepam. Existe una relación temporal próxima entre la enfermedad y el delirium.

ETIOLOGÍA:

Las tasas más altas de delirium se observan en pacientes sometidos a cardiotoromía (más del 90%). Alrededor del 20% de pacientes con quemaduras graves, y del 30% al 40% de pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida por VIH, presentan episodios de delirium mientras están hospitalizados. Asimismo, este trastorno se observa en el 80% de los pacientes en estado terminal. Las causas de delirium postoperatorio incluyen el estrés de la cirugía, el dolor postoperatorio, el insomnio, los analgésicos, los desequilibrios hidroelectrolíticos, las infecciones, la fiebre y la pérdida hemática.



FACTORES DE RIESGO:

Mayores de 60 años, hospitalización, comorbilidad orgánica, daño cerebral previo (demencia, ACV, tumores) e historia previa de delirium.

INCUBACIÓN:

Cursa con un inicio repentino (días u horas); es de curso fluctuante con empeoramiento vespertino; tiene una mejoría rápida cuando se identifica y elimina el factor causal.

Su duración es inferior a 6 meses. Habitualmente dura menos de un mes y puede evolucionar a demencia.



SÍNTOMAS:

- Alteraciones de la atención – concentración con desorientación.
- Afectación global de las funciones cognitivas.
- Alteración del nivel de conciencia.
- Fenómeno de sundowning: tranquilos durante el día, pero al comenzar la noche se agitan.
- Desorientación viviendo borrosamente la realidad objetiva.
- Intranquilidad.
- Hipersensibilidad a los estímulos visuales y auditivos.
- Inversión del ritmo sueño-vigilia.

FISIOPATOLOGÍA:

Esta entidad clínica es producida por la combinación de un estado neurológico predispuesto con algún tipo de vulnerabilidad y factores precipitantes, lo que produce una alteración de la función cerebral, con disfunción de estructuras corticales y subcorticales destinadas a la conciencia y atención.



TEORÍA DE LOS NEUROTRANSMISORES

Propone que en el delirium hay una alteración en las concentraciones de ciertos neurotransmisores relacionados con el tálamo, la corteza prefrontal y los ganglios basales.⁹ Los neurotransmisores mayormente involucrados son la dopamina y la acetilcolina.

TEORÍA INFLAMATORIA

El estado de estrés producido por dolor o algún daño tisular en el paciente, es capaz de condicionar la liberación de moléculas inflamatorias, como las interleucinas (II). Estas moléculas son capaces de alterar la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, propiciando con ello una disfunción en la síntesis y liberación de los neurotransmisores ya mencionados.



TEORÍA DE LA DEPRIVACIÓN DE OXÍGENO

Cualquier evento capaz de condicionar una hipoperfusión cerebral producirá una disminución del metabolismo aerobio, un incremento del gasto energético celular y generación de especies reactivas de oxígeno, capaces de provocar un daño de carácter oxidativo a nivel neural.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es puramente clínico, se realiza una exhaustiva historia clínica y exploración física, para así descartar las diferentes etiologías que pudiesen causar delirium.¹⁸ Los criterios diagnósticos más utilizados para esta patología son los del dsm-v y los propuestos por la décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades elaborado por la organización mundial de la salud.



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Como auxiliar al tratamiento no farmacológico, se puede hacer uso de medicamentos para mejorar la estancia del paciente y tratar de reducir la sintomatología, siendo los antipsicóticos el tratamiento de elección. El fármaco de primera línea es el haloperidol, sin embargo, pueden emplearse de igual forma la quetiapina, la risperidona y la olanzapina.

DEMENCIA:

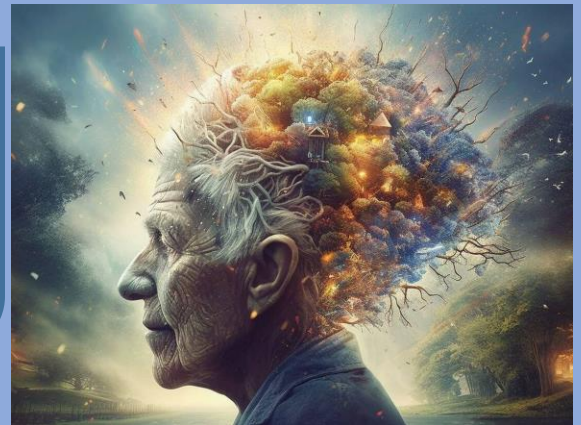
Es un término general para un deterioro grave de la capacidad mental que interfiere con la vida cotidiana. La pérdida de memoria es un ejemplo. El Alzheimer es el tipo más común de demencia.



ETIOLOGÍA:

La demencia también ocurre en pacientes con enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, parálisis supranuclear progresiva, enfermedad de Jakob-Creutzfeldt, síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker, otros trastornos por priones, neurosífilis, traumatismo craneoencefálico grave (p. ej., encefalopatía traumática crónica) o ciertos tumores encefálicos localizados en áreas corticales o subcorticales relacionadas con la función cognitiva.

Los pacientes pueden tener > 1 tipo (demencia mixta). La demencia mixta más común es la enfermedad de Alzheimer mezclada con deterioro cognitivo y demencia vasculares.



SIGNOS Y SÍNTOMAS:

La demencia deteriora globalmente la cognición. El inicio es gradual, aunque los miembros de la familia pueden notar bruscamente los déficits (p. ej., cuando la función se deteriora). Muchas veces, la pérdida de memoria a corto plazo es el primer signo. Al principio, los primeros síntomas pueden ser indistinguibles de aquellos del deterioro de la memoria asociado a la edad o el deterioro cognitivo leve pero luego la progresión se torna evidente.

SÍNTOMAS TEMPRANOS DE DEMENCIA (LEVE):

La memoria reciente se deteriora; se vuelve difícil el aprendizaje y la retención de nueva información. Aparecen problemas de lenguaje (en especial con el hallazgo de palabras), oscilaciones del estado de ánimo y cambios de la personalidad. Los pacientes pueden tener una dificultad progresiva con las actividades independientes de la vida cotidiana (p. ej., llevar el balance de su chequera, recordar un camino o dónde pusieron las cosas).



SÍNTOMAS DE DEMENCIA INTERMEDIA (MODERADO):

Los pacientes se vuelven incapaces de aprender y recordar nueva información. La memoria de los eventos remotos se reduce pero no se pierde totalmente. Los pacientes pueden requerir ayuda para las actividades básicas de la vida cotidiana (p. ej., bañarse, comer, vestirse, higienizarse).

SÍNTOMAS DE DEMENCIA TARDÍA (GRAVE):

Los pacientes no pueden caminar, alimentarse solos ni realizar ninguna otra actividad de la vida diaria; pueden volverse incontinentes. Se pierde por completo la memoria reciente y remota. Los pacientes pueden ser incapaces de tragar. Corren el riesgo de desnutrición, neumonía (especialmente debida a aspiración) y úlceras por decúbito. Como dependen completamente de los otros para su cuidado, a menudo es necesaria la colocación en un centro de cuidados prolongados. Finalmente, los pacientes quedan mudos.

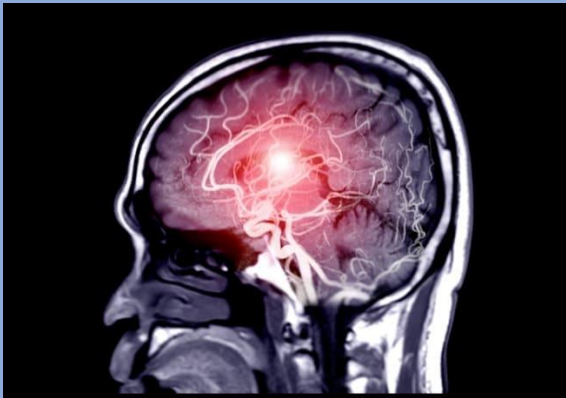


DIAGNÓSTICO:

- Diferenciación entre el delirio y la demencia, por anamnesis y examen neurológico (que incluye el estado mental)
- Identificación de causas clínicamente tratables y estudios de laboratorio y por la imagen
- A veces, pruebas neuropsicológicas formales

DIAGNÓSTICO:

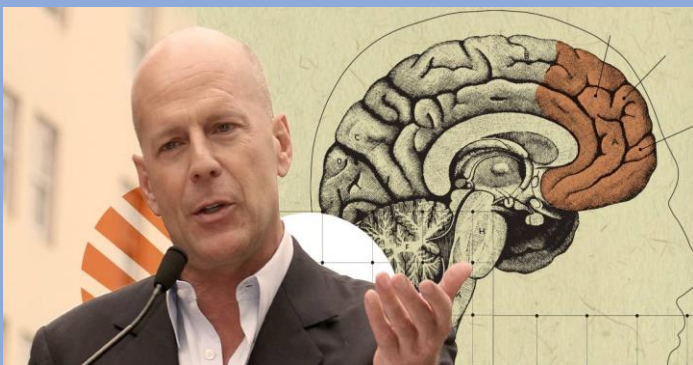
- **Deterioro de la memoria asociado con la edad:** el deterioro de la memoria no afecta el funcionamiento diario. Si las personas afectadas reciben suficiente tiempo para aprender nueva información, es bueno su rendimiento intelectual.
- **Deterioro cognitivo leve:** la memoria u otras funciones cognitivas se deterioran, pero el deterioro no es lo suficientemente grave como para interferir con las actividades diarias.



- **Síntomas cognitivos relacionados con la depresión:** este trastorno cognitivo se resuelve con el tratamiento de la depresión. Los pacientes ancianos deprimidos pueden experimentar declinación cognitiva, pero al contrario de los pacientes con demencia, suelen exagerar su pérdida de memoria y pocas veces olvidan acontecimientos actuales importantes o asuntos personales.

TRATAMIENTO:

- Medidas para garantizar la seguridad
- Provisión de estimulación apropiada, actividades e indicios para la orientación
- Eliminación de los fármacos con efectos sedantes o anticolinérgicos



- Posiblemente, inhibidores de la colinesterasa y memantina
- Asistencia para los cuidadores
- Disposiciones para los cuidados del final de la vida

BIBLIOGRAFÍA:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2021/af214h.pdf>

<https://www.alz.org/alzheimer-demencia/que-es-la-demencia>

