



**Nombre del alumno:**

**Cesar Enrique Utrilla Dominguez**

**Nombre del profesor: Dr. Suarez Martines  
Romeo**

**Resúmenes**

**Cardiología**

**Grado: 6°**

**Grupo: A**

# Fragilidad, Sarcopenia, inmovilidad

Fragilidad es un término que se empezó a utilizar en los años 70 para designar al grupo de ancianos que se encuentran justo en el borde del deterioro.

## Definición

Es empleado frecuentemente en el ámbito de la geriatría, pero su definición es amplia y una definición estandarizada aun no ha sido establecida.

## Fenotipo físico de Fragilidad (Fried 2001)

Pérdida de peso no intencionada, debilidad (medida a través de la fuerza prensora)

Caídas o baja resistencia a la fatiga (medido mediante la velocidad de marcha)

Grado de actividad física bajo.

## Presentación Clínica

Las manifestaciones de fragilidad que son ampliamente aceptadas en la literatura son una constelación de síntomas, pero los que frecuentemente se citan como componentes del síndrome son la sarcopenia, trastorno del equilibrio y la marcha, disfuncionamiento con la aparición de inmovilidad y osteoporosis.

## PATOGENIA:

Puede ser un precursor fisiológico y factor etiológico en la discapacidad, debido a sus características centrales de debilidad, disminución en la resistencia y entrecimiento.

El Anciano frágil se encuentra en riesgo de discapacidad y dependencia, pero también no los presenta.

Tabla 2. Síntomas de síndrome de fase frágil

Síntoma	Definición	Medida	Prevalencia	Grado
Caídas	Un solo episodio de caídas Episodio de varias caídas o episodios que ocurren en investigación	Recuerdo o diario	No puede ser pasado anónimo Inestabilidad Batajeo (72) Episodio personal o familiar	Alto de nivel
Caídas	Frecuencia comparable con (148) en términos de nivel de riesgo Investigación en investigación	Diario o cuestionario	No puede No puede ser pasado anónimo	Grave
Caídas	Frecuencia comparable con (148) Investigación similar para múltiples episodios y episodios Medida con cuestionario de 120	Recuerdo o Cuestionario Diario	No puede ser pasado Medida anónima Otro episodio de caídas o episodios familiares	Grave
Caídas o episodios de caídas	Medida comparable con (148) o similar en términos de nivel de riesgo Investigación en investigación	Recuerdo o Cuestionario	No puede ser pasado Tiempo comparable Ejemplo anónimo	Grave
Intervención	No episodios de caídas pasadas	Recuerdo o Cuestionario Recuerdo	Episodio de caídas Puede ser pasado	Alto de nivel

## VARIABLES predictorias de fragilidad

Las siguientes variables son por sí mismas predictorias de fragilidad; trastorno de la movilidad, caídas y alteraciones de la BVD, deterioro cognitivo, riesgo de caídas, alteraciones por presión, aspectos socio-demográficos y ambientales, presencia de patologías, trastorno del ánimo, deterioro visual y/o auditivo.

Valoración de la fragilidad es importante una detección acertada y precisa de la fragilidad, ya que el principal objetivo es la prevención del deterioro funcional y el desarrollo posterior de la dependencia.

### Test funcionales individuales:

La valoración de las actividades instrumentales.

### London

Podrían ser utilizadas como indicadores de riesgo de discapacidad y, por lo tanto, serían marcadores de fragilidad.

### Time up and go

Mide el tiempo que el paciente tarda en levantarse de una silla sin brazos y caminar 3 metros, regresar a la silla y sentarse.

### Tiempo:

Si el tiempo es  $\leq 10$  sec es normal

10-20 sec. marcador de fragilidad

20-30 sec. riesgo de caídas

> 30 sec. alto riesgo de caídas

### Escala de equilibrio y marcha de Tinetti:

Valora 9 ítems sobre el equilibrio y 6 ítems sobre la marcha. Puntuación total de 28.

### Puntuación

12-16 riesgo de caídas

17-21 alto riesgo de caídas

Figura 1. Problemas de la fragilidad

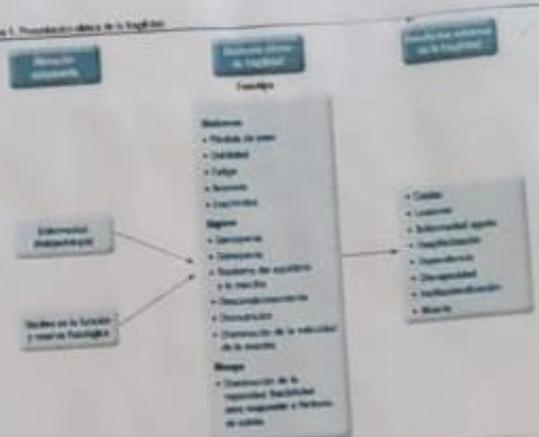
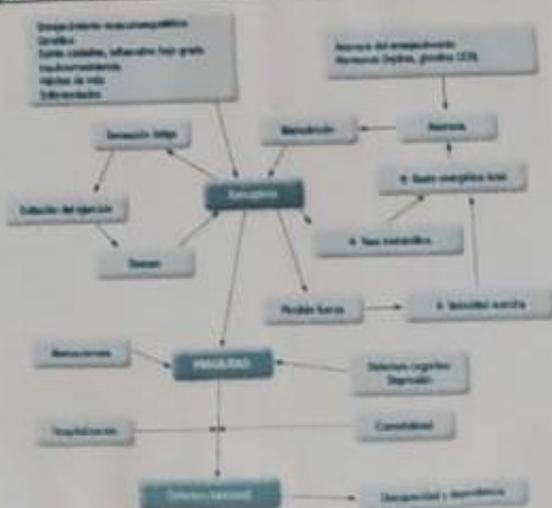


Figura 2. Escala de fragilidad. Método de Tinetti (Tinetti et al., 1988)



## Velocidad de marcha

Mide el tiempo en recorrer a ritmo normal una distancia preestablecida. Normalmente 5 M.

## Aparición de Síndromes geriatricos

Desorientación, caídas, delirium, depresión, polifarmacia, malnutrición y pérdida de visión o de audición.

## Sarcopenia

Pérdida de masa muscular relacionada con la edad.

Síndrome geriatrico que se caracteriza por la pérdida de masa y fuerza muscular esquelética progresiva y generalizada, que condiciona la discapacidad, empeoramiento de la calidad de vida e incluso la muerte.

## Fisiopatología

Diferentes factores se van uniendo con el desarrollo de la sarcopenia:

- Factores celulares o moleculares • Hormonales • Neurodegenerativos • Genéticos

## Factores de la sarcopenia

Tabla 3. Factores predisponentes intrínsecos y extrínsecos.

Intrínsecos
Exposición: sedentarismo, mala nutrición, osteoporosis, traumatismos, pérdida de peso, fracturas, polifarmacia.
Cardiovascular: insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, enfermedad coronaria periférica.
Pulmonar: EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva.
Neurológico: accidente vascular cerebral, enfermedad de Parkinson, neuropatía.
Déficit sensorial: vista y audición.
Muscular: síndrome metabólico agudo, diabetes, depresión.
Pluripatología médica: alteraciones hidroelectrolíticas, anemia, fractura de cadera, fractura de cadera.
Extrínsecos
Integridad: lesiones traumáticas, EIC, osteoporosis, fracturas, institucionalización para estos casos, por aplicación, apoyo por principios farmacológicos, métodos antropométricos.
Ambientales: hospitalización, institucionalización de modo de vida, barreras arquitectónicas.
Sociales: soledad y falta de apoyo social, falta de estímulos.

## Conocencia

La pérdida de masa y fuerza de masa progresiva tiene que conocerse, evitar pérdida de fuerza, discapacidad, discapacidad.

## Calogismo y estadío

## Pre-sarcopenia

Pérdida de masa muscular sin impacto en la fuerza o capacidad funcional.

## Sarcopenia

Pérdida de masa muscular asociada a disminución de fuerza muscular y/o funcional.

## Sarcopenia Severa

Pérdida de masa muscular, asociada tanto a disminución de fuerza muscular como a pérdida de capacidad funcional.

o form  
o clas

relacione con algunos síndromes geriátricos

• Caquexia • Fragilidad • obesidad sarcopénica

Métodos de valoración

- valoración de masa muscular:

se pueden utilizar:

• TC • RMN • DxA • D1A

- valoración de función muscular:

Instrumentos válidos hasta el momento son:

- Short Physical Performance Battery (SPPB)

- Test de los 6 minutos y medición de la velocidad de la marcha

Intervenciones posibles

Nutricionales:

Recomendaciones actuales acerca de la ingesta de proteínas son de:

Proteínas:  $0.8 \pm 1.1 \text{ g/kg/día}$  e  $1.2 - 1.5 \text{ g/kg/día}$

Ejercicio:

4 tipos de ejercicio recomendados en la población anciana:

- Ejercicios de resistencia, potencia muscular, aeróbico, equilibrio y flexibilidad o elasticidad.

Farmacológicos

Vitamina D:

Calcitriol dosis 800 UI/día

Hormonas Esteroides sexuales

Hormona del crecimiento

Imobilidad

Decrece de la capacidad para desempeñar actividades de la vida cotidiana por deterioro de las funciones motoras

Epidemiología

7 de 65 años

De los 75 años, algunos tienen dificultades para salir de casa

## Etiología:

Más frecuentes son:

- Falta de fuerza/debilidad = espaldas + dolor = alteraciones del equilibrio
- Problemas psicológicos

## Cambios fisiopatológicos asociados a la inmovilidad

- Aparato Cardiovascular
- Aparato digestivo
- Sistema músculo esquelético
- Sistema respiratorio
- Piel
- Sistema genito urinario
- Sistema Nervioso

## Prevención

### Primario

Potenciar aspectos de movilidad a través de ejercicio físico.

### Secundario

Estimular independencia de actividades básicas e instrumentales

### Terciario

Tratamiento de las complicaciones

- Rigidez = contracturas = atrofia muscular = osteoporosis por inmovilidad

### Tratamiento

La rehabilitación total no es posible

# INCONTINENCIA

## Incontinencia Primaria (IP)

No forma parte del envejecimiento normal, aunque cambios relacionados con la edad pueden contribuir a su aparición

OMS:

Pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y suficiente como para constituir un problema social e higiénico en quien la padece.

## Clasificación Clínica:

DRIP (goteo), delirium Retención o Retención de la micción, Infección, Inflamación, Ingestión fecal, Poluria, Polivuria o DIAPPEZO (Riños)

## IV de urgencia:

Pérdida involuntaria de orina inmediatamente después o simultáneamente con una sensación urgente de vaciar la vejiga que es difícil postergar

Causas o factores de riesgo:

- Trastornos Neurológicos
  - Esclerosis múltiple, AVC, enfermedad de Parkinson, EA, diabetes
- Secundaria a alteraciones del cráneo vesical
  - Infección, inflamación, neoplasias,quistes
- Secundaria a obstrucción
- Idiopática

## IV de esfuerzo o estrés (IVE)

Contractura vesical:

- Tumor, etc. levantar peso, realizar ejercicio físico

## IV Mixta

Hay un componente de incontinencia de urgencia y de esfuerzo.

## IV por rebosamiento o pasividad

Se produce en personas con procesos obstructivos en el tracto urinario superior o con alteración de la contractibilidad vesical que determinan una retención urinaria crónica.

## 2 tipos de causas:

## A) Orgánicos

Más frecuente es la hipertrofia benigna de próstata (HBP).

• Abomas pélvicas, tumores prostaticos, Prostatas muy hiperplásicas

## B) Neurológicos

Px con detrucción irreversible, como regresencia de lesión medular o pélvica siempre que se observe la inervación del cuello vesical y/o esfínter uretral externo.

Incontinencia funcional

• Incapacidad para acceder al baño, falta de notificación, anomalías de los vías urinarias.

Diagnósticos de la incontinencia urinaria.

Anamnesis:

- Historia Médica General

- A.H.F., historia ginecológica, cirugía pélvica, patologías neurológicas, patologías concomitantes.

Historia clínica dirigida:

• Frecuencia

Se considera normal de 4 a 7 micciones al día.

• Nicturia

2 o más es normal.

• Incontinencia

• Síntomas de vaciado normal

## Tratamiento

Se pueden clasificar en 5 categorías

• Modificaciones de los factores favorecedores y hábitos de vida

• Dieta • reducir el consumo de café • Control de la actividad

• Intemperie • Alcohol • Actividad física.

Rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico

Fortalecer los músculos que actúan de soporte a las estructuras pélvicas

facilitando los mecanismos de contención de la orina.

Ejercicios de los músculos del suelo pélvico (Kegel)

Realizado de 25 a 30 contracciones repetidas del suelo pélvico tres o cuatro veces al día

Entrenamiento del piso vaginal mediante conos o bolas vaginales

Colocadas en el interior de la vagina de dos dispositivos en forma de conos con peso gradualmente mayor

Precaución:

Tratamiento provisional mientras se espera la cirugía o bien, se prevea una continencia funcional px.

Tratamiento Farmacológico

Oxibutinina

2.5 mg/12 horas

Cloruro de trospio

20 mg/12 horas

Tolterodina

AUFURZODINA

5 mg/12

Doxozecodina

4-8 mg/24 horas

Terfecina

5-10 mg/24 hrs

Tropidocina

0.4 mg/24 hrs

Tabla 1. Características de los fármacos anticolinérgicos/antimuscarínicos. (Tomado de: Guías ONI)

Aminas terciarias	Dosis recomendada	Limitado su uso	Efectos adversos
Oxibutinina	2,5-5 mg/12-8 horas	Miastenia gravis	Xerostomía
Tolterodina	4 mg/ 24 horas	Glaucoma	Estreñimiento
Solifenacina	5-10 mg/ 24 horas	Obstrucción urinaria	Visión borrosa
Fesoterodina	4-8 mg/ 24 horas	Similares	Similares
Aminas cuaternarias: Cloruro de trospio	20 mg/12 horas	Similares	Similares

Incontinencia Fecal

Perdido del control de los movimientos fecales es otro de los síndromes geriatricos que conporta una repercusión en la calidad de vida del anciano y una

mayor carga en el cuidador.

Mecanismo de continencia fecal

Factores:

- Función mental, consistencia y volumen de las heces, tránsito del colon, distensibilidad rectal, función del esfínter anal, sensación ano-rectal, y reflejos ano-rectales.

Consistencias de heces

- Dolidos
- Blandos
- Líquidos
- Pastosos

## Etiología y factores de riesgo

Una pérdida de continencia puede resultar de la disfunción de los esfínteres anales, de una distorsibilidad rectal anormal, una distorsión de la innervación rectal o una combinación de alguna de ellas.

### Factores de riesgo

- Edad
- Incontinencia urinaria
- Insultos o deterioro cognitivo
- Impactación fecal
- Diarrea crónica

Tabla 2. Clasificación etiológica de

Incontinencia obstétrica	Le pr
Incontinencia muscular no obstétrica	Le es
Incontinencia neurológica	Le st
Incontinencia congénita	Aq
Incontinencia multifactorial: con o sin lesión del esfínter	C ei st

## Diagnóstico

Para establecer la severidad en la práctica clínica puede utilizarse la clasificación de Parks:

Grado 1: Continencia Normal

Grado 2: Dificultad en el control de gases y líquidos

Grado 3: incontinencia total para líquidos

Grado 4: incontinencia a heces sólidas.

### Historia Clínica

- Circunstancias y tiempo de evolución de la incontinencia fecal
- Tx hospital
- Características de los heces.

### Exploración Física:

Completa, especialmente desde el punto de vista neurológico y local. Se realiza un tacto rectal, valorando el tono del esfínter, aspecto y características de los heces, descartando impactación fecal y mazo palpables.

### Pruebas Complementarias:

- Radiografía de abdomen.
- Enema opaco (para detectar causas mecánicas) y RMN pélvica.
- Manometría.
- Inyección sigmoidoscopia y anoscopia.
- Defecografía.
- Electromiografía anal (EMG).

### Taxonomía

- A) Corregir la causa subyacente si es posible
- B) Tx conservador y medidas higiénico dietéticas

### Tx farmacológico:

Antidiarréicos: Codeína: 30mg (8h) / loperamida 4-8mg/día

Disensibilido de opioides: cabefino o morfina.

### Tx quirúrgico

# Sincope en el anciano

Más prevalente en ancianos debido a la mayor frecuencia de alteraciones asociadas a la edad en el control de la frecuencia cardíaca.

## Peculiaridades del síncope en los ancianos

Tabla 1. Peculiaridades del síncope en los ancianos.

coexistencia de más de una causa etiológica atribuible.
reciente polimedicación.
alta prevalencia de comorbilidades cardíacas y cerebrovasculares.
es frecuente la amnesia del episodio sincopal y la falta de testigos.
existen dificultades para diferenciar entre síncope y caídas.
tiene peor pronóstico debido a la mayor prevalencia de enfermedad cardíaca estructural o eléctrica subyacente.
Un 25% se presentan como caídas recurrentes de causa desconocida.
Los síntomas prodrómicos son menos habituales.

## Etiología

Los causas más comunes de síncope en la PE de edad avanzada son la reducción ortostática el síncope reflejo, más frecuente en varones de edad avanzada y los arritmias cardíacas.

## Clasificación de los síncope

Tabla 2. Clasificación de los tipos de síncope.

Reflejo o neuromediado	Vasovagal
	Hipersensibilidad o enfermedad del seno carotídeo Situacional
Ortoestático (20% casos)	Fallo autonómico primario
	Fallo autonómico secundario
	Por fármacos Por depleción de volumen
Cardíaco	Arritmico
	Estructural

## Síncope reflejo o neuromediado

Se refiere a un grupo heterogéneo de situaciones que se clasifican según los vías eferentes y aferentes implicadas.

### Vías eferentes:

Autónomas conducen los reflejos cardiovascular.

### Vías aferentes:

Transmiten los distintos tipos de estímulos desencadenantes.

## Síncope asociada

Hiperactividad simpática y estasis venosa

## Síncope situacional

-HSC

-Hipotensión ortostática

### Fallo autonómico Primario

- Atrofia multisistémica, enfermedad de Parkinson, demencia por cuerpo de Lewy

### Fallo autonómico secundario

- Diabetes, amiloidosis, uremia, lesión medular.

### Secundario a fármacos/toxicos

- Vasodilatadores, diuréticos, fencitinas, antidepressivos, alcohol

### Por depresión de volumen

- Hemorragia, diarrea, vómitos, etc...

### Síncope Cardíaca (cardiovascular)

- Arritmias - Enfermedad estructural

### Evaluación diagnóstica

Esto debe de realizar 3 preguntas

- ¿Es un episodio sincopal o no?
- ¿Se ha determinado el dx etiológico?
- ¿Es la primera ocurrencia de episodios cardiovasculares o no?

### Pruebas diagnósticas

Tabla 4. Masaje del seno carotídeo.

Objetivo	Diagnóstico de HSC.
Indicaciones	En el estudio de síncope de etiología desconocida tras la valoración inicial.
Metodología	Con monitorización continua de FC y de TA se presionan alternativamente ambas carótidas durante 10 s en decúbito supino y en bipedestación.
Tipos de respuestas	Si aparece asistolia $\geq 3$ s y/o disminuye TA $\geq 50$ mmHg.
Complicaciones	Principalmente neurológicas.
Contraindicaciones	AIT previo o un ACVA en los 3 meses previos, estenosis carotídea significativa o soplos carotídeos no evaluados con pruebas de imagen.

- Prueba de coherzo
- Cateterismo Cardíaco

Tabla 3. Cuadros incorrectamente diagnosticados como síncope.

Cuadros con pérdida de conciencia parcial o completa sin hipoperfusión cerebral:
Epilepsia, alteraciones metabólicas (hipoglucemia, hipoxia, hiperventilación con hipercapnia), intoxicaciones, TIA vertebrobasilar.
Cuadros sin pérdida de conciencia:
Cataplexia, drop attacks, caídas, TIA carotídeo, pseudosíncope psicógeno.

### Pruebas ortostáticas

- Bipedestación Activa!
- Mane braducate o tilt test

### Monitorización electrofisiológica (invasiva/no invasiva)

- Monitorización durante el sueño
- Holter 24-48 o 7 días
- Grabadoras de todo implantables (Holter, inso, + más)
- Estudio electrofisiológico
- Prueba de ATP = defecación
- Ecocardiografía

# Tratamiento.

Experiencia global del diagnóstico está basado en la estratificación del riesgo que nos sirve para evaluar el pronóstico del PC y nos guía en la toma de decisiones.

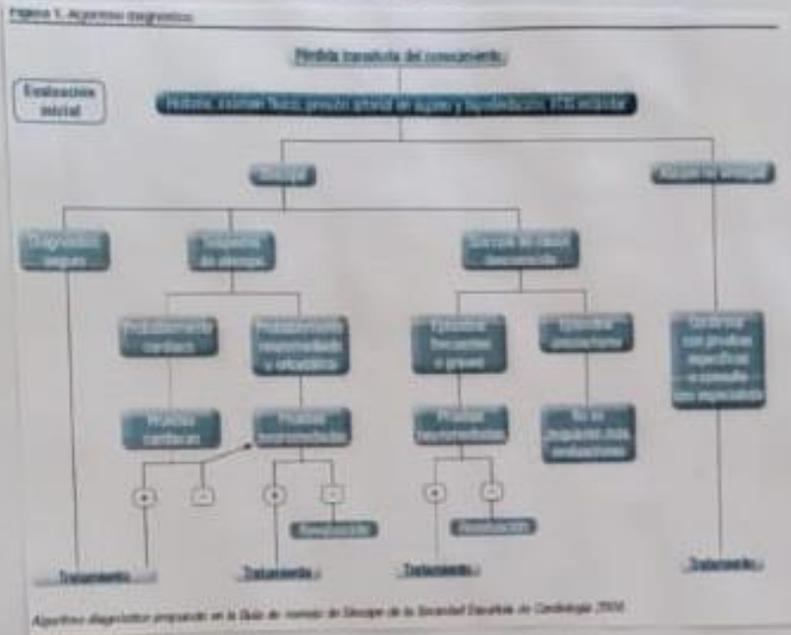


Tabla 5. Mesa Isocósmica o Tilt Test

Objetivo	Reproducir un reflejo neurovestibular
Etiología	Pruebas de imagen - Insuficiencia vestibular - Nistagmosis súbitos
Indicaciones	- En el estudio de síncopes recurrentes en ausencia de cardiopatía estructural. - Confirmar el diagnóstico de síncopa refleja. - Diagnosticar el fenotipo entre síncopa refleja y síncopa ortostática. - Puede estar indicado en el estudio de caídas de repetición de causa desconocida.
Tipos de respuestas (según el tipo de componente predominante) Cardioinhibitoria Vasodilatadora Mista	Una respuesta cardioinhibitoria positiva, predice con alta probabilidad un síncopa espontáneo sintomático y una respuesta vasodilatadora positiva, más o menos negativa no excluyen la aparición de síncope durante un síncopa reflejo.
Contraindicaciones y consideraciones	Es una prueba segura. Pueden presentarse algunos efectos secundarios menores (mareos, náuseas, ...)

# Farmacología e iatrogenia

Cerca del 80% de los ancianos presenta alguna enfermedad crónica como: hipertensión, diabetes, artrosis, insuficiencia cardíaca, etc...

El número medio de fármacos que toman los ancianos que viven en la comunidad oscila entre 2 y 4 por persona y día, mientras que en el medio residencial es de 3,5, y en el hospital de 4,8.

## Alteraciones farmacocinéticas

### Absorción

La mayoría de los fármacos se absorben a través de difusión pasiva y es mínimamente afectado por el envejecimiento, por los procesos que si se pueden ver trastorados es el transporte activo y por ende la biodisponibilidad.

### Distribución

La grasa corporal se incrementa progresivamente, también disminuye la masa magra, agua corporal total, volumen del líquido intracelular, gasto cardíaco, el flujo sanguíneo cerebral y cardíaco.

Las enfermedades concurrentes pueden generar alteraciones en las concentraciones sericas de proteínas de unión a fármacos como la disminución de la albumina que se une a fármacos acídicos.

(naproxeno, fenitoína, tobutamida, y warfarina)

### Metabolismo

Con la edad hay un descenso del flujo sanguíneo y la masa hepática.

Hay 2 tipo de reacciones

#### Fase I

Reacciones oxidativas mediadas por las enzimas metabolizadoras del citocromo P450 y sus 500 enzimas más:

- CYP2A6 - CYP2C9 - CYP2C19 - CYP2D6 - CYP3A4

#### Fase II

Reacciones conjugadas con un grupo acético o un azúcar para mejorar su polaridad, hidrosolubilidad y excreción renal.

excelente



La VGI se aplica a todos los pacientes en los distintos niveles asistenciales. Se puede llevar a cabo por un equipo interdisciplinario (geriatras, enfermeros, trabajadores sociales...) que diseñará un plan individualizado de actuaciones, recomendaciones y cuidados para la <sup>excelente</sup> corrección de los problemas detectados y la obtención de los objetivos.



Estructura e instrumentos de la VGI

Es para facilitar la recogida de información, utilizar o transformar entre profesionales y homogenizar criterios. La VGI se ayuda de instrumentos o escalas estandarizadas que permiten cuantificar de forma objetiva, válida, reproducible y fiable los datos relativos a los diferentes aspectos evaluados.

Evaluación funcional

Los ABVD miden los niveles elementales de funciones. Tratan de actividades más básicas y por tanto son las últimas en alterarse de forma ordenada e inversa a su adquisición en la infancia.

**Índice Katz**

Evalúa la dependencia o independencia de 6 ABVD

Baño vestido, uso del retrete, transferencia, continencia y alimentación.

Se clasifica en 7 grados desde la independencia total (grado A) hasta la dependencia total (grado G)

# DEMENCIA

## ¿Qué es?

Es un síndrome adquirido caracterizado por deterioro persistente de funciones cognitivas, del estado mental y de la conducta social no causado por un delirium y que interfiera en las actividades de la vida diaria, la actividad laboral o social.

## Diagnostico a realizar

- Historia Clínica
- Exploración neurológica
- Evaluar la repercusión en los niveles de funcionalidad del individuo.
- Evaluación neuropsicológica

muy bien



## Evaluación del deterioro cognitivo

- Pérdida de memoria
- Deterioro funcional
- Depresión
- Cuadros confusionales durante ingreso hospitalario

## Valoración Clínica

### Funciones cognitivas a explorar

#### Memoria

- Trastorno
- Episódica
- Demencia

# Depresión y ansiedad Cesar Enrique Utrillo Domínguez

muy bien

Depresión

¿Qué es?

Constituye uno de los trastornos más frecuentes e incapacitantes altera en gran medida la calidad de vida del que la padece se asocia a unos elevados costes sociales y de salud.



Manifestaciones y clasificación

Atípico (masculino o ausente)

Es muy frecuente que los ps de más edad tiendan a tener un comienzo en fases somáticas: insomnio del sueño, agitación, pensamientos de muerte, falta de concentración y retardo.

Síntomas común **anhedonia** (pérdida del interés de sus actividades favoritas)

- Pérdida de ilusión.

Otros síntomas característicos

- irritabilidad
- disminución en el apetito/peso
- alteración del sueño
- apatamiento afectivo
- inseguridad
- lentitud en el pensamiento
- sobrevaloración

La clasificación de la depresión se toma en cuenta del DSM-IV se divide en:

depresión mayor / depresión menor

De diagnóstico

Diagnóstico de la depresión en el anciano

Investigación

Entrevista clínica

- Distinguir - Medicamentos (digi, inf, beta, etc, etc, etc, etc, etc, etc, etc, etc, etc, etc)
- Inicio y evolución
- Desencadenantes
- Antecedentes personales y familiares.

# Síndrome Confusional Agudo

26/02/2024  
(César Enrique Ullibon)

Conocido también como delirium, es un síndrome clínico transitorio y reversible caracterizado por una alteración en la atención, nivel de conciencia y disfunción cognitiva, de inicio agudo y curso fluctuante.

Aunque clásicamente se ha definido como un síndrome transitorio y reversible, sus síntomas pueden cronificarse o generar secuelas permanentes.

excelente



- Magnitud del problema

El delirium tiene importantes consecuencias tanto sanitarias como económicas

- aumento de la morbimortalidad
- Elevada función dopaminérgica cerebral
- Otros neurotransmisores alterados
- Deterioro funcional y cognitivo
- Incremento de los costos de atención sanitaria y social.

Fisiopatología

se desconoce cuál es lo que lo causa, siendo considerada más una lesión funcional que estructural.

Disrupción a nivel de neurotransmisores cerebrales

- Deficit colinérgico

Con la edad se produce disminución de la liberación de acetilcolina y disfunción de receptores muscarínicos.

- Proceso de inflamación:

Los procesos infecciosos, traumáticos o químicos provocan un aumento en la producción de algunas citoquinas, y se han observado mayores niveles de IL-6 e IL-8 en los pacientes ingresados que desarrollan delirium.