

IMPLICANCIAS DE PATOLOGÍAS CLÍNICAS EN LA ESFERA

PSIQUIÁTRICA:

**Prof. Dra. Alicia S. Abbonizio.
Clínica Médica y Geriátrica.
Directora Carrera de post grado de Geriátrica.
Universidad Católica Argentina.**

Muchas son las situaciones a las que nos enfrentamos los clínicos cuando atendemos al adulto mayor y que pueden ser interpretadas como alteraciones psiquiátricas y viceversa, el psiquiatra muchas veces se ve llamado a consulta y se encuentra en la disyuntiva si el paciente realmente tiene una patología psiquiátrica o se debe a alteraciones clínicas que han llevado al enfermo a presentar determinada sintomatología.

Hoy vamos a tratar de esclarecer algunas situaciones de las más frecuentes, tratando de poder realizar diagnósticos diferenciales que nos puedan ayudar en su manejo.

Por lejos estas situaciones las vemos más frecuentemente en los procesos infecciosos muy comunes en el anciano, como son las neumonías y las infecciones urinarias.

El cuadro clínico que generalmente se presenta es el Síndrome Confusional Agudo o Delirium y hay que tener en cuenta que el delirio en el anciano es un síntoma y por lo tanto obliga a buscar la enfermedad de base desencadenante.

Se debe tener especial cuidado en el diagnóstico en aquellos ancianos con deterioro, pues es fácil caer en la simpleza de atribuir un mayor deterioro mental o sólo la progresión de la enfermedad de base. Hay que sospechar delirio ante todo paciente que presenta un rápido deterioro de su estado mental. El retraso en el diagnóstico puede traer consecuencias incluso fatales.

En el anciano el umbral de confusión es mucho menor que en el joven y en los enfermos con demencia este umbral es aún más bajo.

Con frecuencia las personas mayores, especialmente aquellos más vulnerables y con cierto grado de demencia, desarrollan delirio como dijimos anteriormente ante una patología infecciosa. A veces, un estado confusional es la única manifestación de un infarto de miocardio en el anciano.

En general también vemos que la presentación del delirio en el anciano es multifactorial, por la sumatoria de co- morbilidades.

Definición:

El Síndrome Confusional Agudo, corresponde a una alteración en el estado mental que se caracteriza por ser aguda y reversible.

Es el cuadro clínico caracterizado por:

- Alteración del nivel de conciencia.
- Afectación global de las funciones cognitivas.
- Alteraciones de la atención- concentración con desorientación.
- Exaltación o inhibición psicomotriz que puede llevar al estupor o a la agitación.
- Alteraciones del ritmo vigilia- sueño.

El enfermo aparece adormecido, obnubilado, confuso, sin claridad perceptiva, lo cual hace que se desoriente viviendo borrosamente la realidad objetiva.

Entre el estado de alerta físico y mental normal y la supresión total de dicha actividad que define el estado de coma, hay una serie de estados intermedios: Somnolencia, Obnubilación, Estupor y Coma profundo.

No rara vez es el primer signo de compromiso de la función cerebral, sino que puede ser la forma clínica de presentación de enfermedades físicas graves o aparecer como complicación seria de una enfermedad o de su tratamiento. La falta de diagnóstico y tratamiento oportuno pueden resultar en daño cerebral permanente y la muerte.

Este cuadro también tiene consecuencias importantes en los aspectos económicos y sociales. Estos enfermos necesitan mayor atención del personal de salud, más cuidadoso manejo de enfermería y generalmente tienen una estadía intrahospitalaria más prolongada. El enfermo agitado es de difícil manejo y está en riesgo de caídas y fracturas.

Los que han sido dados de alta y no han recuperado su estado mental previo, requieren mayor cuidado en su domicilio o incluso institucionalización, todo lo cual implica un mayor costo.

Estadística:

La prevalencia de delirio en los adultos mayores hospitalizados se ha estimado en 10 a 60 %. En el momento del ingreso los presenta entre un 11 a 24 %. Otro grupo que oscila entre el 5 y 35 % desarrollará el cuadro durante su estadía en el hospital.

El delirio no rara vez es el indicador de una demencia subyacente y a la inversa, la demencia es un factor de riesgo para el desarrollo del delirio.

En los enfermos de cirugía general se reporta una incidencia de delirio de 10 a 15 %, en los operados de corazón de 30 % y en los que han tenido cirugía por fractura de cadera, más del 50 %.

Etiología:

El SCA puede ser originado por una larga serie de factores que actúan a varios niveles, pudiendo ser factores predisponentes o factores desencadenantes.

Los **factores predisponentes** son:

Edad avanzada.

Deterioro cognitivo previo.

Antecedentes de SCA o de daño cerebral.

Abuso crónico de alcohol o drogas.

Factores psicosociales (depresión, estrés, falta de apoyo familiar).

Factores relacionados con la hospitalización, que son muy importantes, tales como la inmovilización (postquirúrgica, postraumática), privación del sueño, falta de adaptación al entorno hospitalario, privación sensorial, estancia en UTI, aislamiento por enfermedad infectocontagiosa, sobreestimulación sensorial (conversaciones inusuales de personas ajenas al paciente, ruidos no habituales).

Los **factores desencadenantes** que constituirán la causa orgánica son:

Enfermedad cerebral primaria.

Enfermedad sistémica que afecta secundariamente a las funciones cerebrales.

Intoxicación con sustancias exógenas.

Privación brusca en caso de abuso de sustancias tóxicas.

Causas Neurológicas:

Lesiones focales:

Ictus
Hematoma subepidural/epidural.
Tumor cerebral
Hemorragia subaracnoidea
Absceso cerebral

Lesiones difusas:

Traumatismo craneal
Hidrocefalia.
Epilepsia.
Meningoencefalitis.

Causas Sistémicas:

Trastornos metabólicos

Hipoxia
Enfermedad de Wilson
Hiper-capnia
Hipoglucemia
Uremia
Porfiria
Deshidratación
Hepatopatía
Acidosis/ alcalosis.
Hiper- hiponatremia.
Hiper- hipokalemia
Hiper- hipocalcemia.
Hipoalbuminemia

Endocrinopatías:

Hiper- hipotiroidismo.
Hiper-hipoparatiroidismo.
Panhipopituitarismo.

Infecciones:

Sepsis.
Infección urinaria
Neumonía.
Fiebre reumática.
Endocarditis infecciosa.
Brucelosis.
Paludismo.
Meningitis
Neumonía

Agentes externos:

Hipotermia.
Golpe de calor.
Electrocución.

Hiperglucemia.
Insulinoma.
Síndrome de Cushing.
Enfermedad de Addison.

Enfermedades cardiopulmonares:

Infarto agudo de miocardio.
Insuficiencia cardíaca.
Arritmias.
Tromboembolismo pulmonar.

Tóxicos:

Alcohol	Litio	Ciclosporina
Antiarrítmicos	Cimetidina	Narcóticos.
Anticolinérgicos	Corticoides	Neurolépticos
Anticonvulsivantes	Cocaína	Opiáceos
Antidepresivos	Digoxina	Tóxicos industriales
Antineoplásicos	Heroína	Inhibidores H2.
Agonistas dopaminérgicos	Inhalantes	Beta bloqueantes
Barbitúricos	Interferón	AINE- Rifampicina
Benzodiacepinas	Levodopa	Amantadina

Fisiopatología:

No se conoce con certeza el mecanismo por el cual se produce en respuesta a ciertas noxas que sufre nuestro organismo.

Característicamente no hay daño cerebral estructural a pesar de los evidentes trastornos conductuales y cognitivos. La lesión cerebral sería funcional.

En el EEG se observa enlentecimiento difuso de la actividad cortical alfa y aparición de actividad delta y theta proporcional al grado de deterioro cognitivo. Estos hallazgos no son específicos.

Se considera un desorden generalizado del metabolismo cerebral y los neurotransmisores.

La vía final sería un desequilibrio entre éstos, principalmente entre GABA, acetilcolina y dopamina.

La sobreestimulación de receptores GABA estaría implicado en el delirio asociado a encefalopatía hepática y la subestimulación de éstos al delirio relacionado a privación de benzodiacepinas, alcohol y barbitúricos.

También hay evidencias que el delirio es mediado por un trastorno en el sistema colinérgico. La intoxicación por anticolinérgicos determina un cuadro clínico y EEG típico de delirio agudo, que es reversible con el uso de anticolinesterásicos.

Se sabe que mediadores de la inflamación como interleuquinas y linfoquinas pueden provocar los cambios EEG relacionados al delirio y producir un cuadro clínico similar.

Las Endorfinas también están implicadas y podrían explicar el delirio asociado al uso de narcóticos.

Diagnóstico:

Es esencial hacer el diagnóstico etiológico con rapidez. A veces no se identifica el factor causal o el origen es multifactorial, como dijimos anteriormente.

Anamnesis:

La historia clínica del paciente se recoge en general a través de los familiares o de las personas que han estado en contacto con él. Interesa la situación basal (autónomo, dependiente, etc.), patologías previas, hábitos tóxicos, trastornos psiquiátricos, traumatismo craneal reciente, cronología del proceso, medicaciones habituales.

El SCA no siempre se presenta en los pacientes ancianos con el cuadro típico de agitación, alucinaciones y trastornos psicomotores, puede presentarse como un cuadro de letargia e hipoactividad, en cuyo caso es conveniente si está tomando medicación psiquiátrica, sea suspendida transitoriamente para observar evolución.

Exploración física:

Debe incluir las constantes habituales. Minuciosa exploración sistémica y neurológica, que puede orientarnos hacia una patología sistémica concreta (hepatopatía, cardiopatía, alteración endócrina, meningismo, señales de venopunción, etc.).

Un temblor prominente aparece en el síndrome de privación (alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas) y algunos tóxicos (antidepresivos tricíclicos, teofilina). Mioclonías y asterixis sugieren encefalopatía metabólica (hepática, urémica, hipercápnica).

La exploración neurológica irá enfocada a descartar signos de focalidad, síndrome meníngeo, hipertensión endocraneal, mioclonías focales.

También se debe evaluar el estado mental, explorando los siguientes puntos:

- **Conciencia:** es el estado en el cual uno se da cuenta de sí mismo y del entorno. La conciencia tiene dos componentes, el contenido y el grado de alerta. El contenido se altera siempre en el SCA. El grado de alerta varía desde la somnolencia a la hiperactividad, pudiendo fluctuar a lo largo de la evolución del cuadro.
- **Atención:** es la capacidad de concentrarse en una tarea u objeto. En el SCA está siempre alterada. Para explorarla se le puede pedir al paciente que repita dígitos, uno por segundo (normal hasta 5). Otro método es hacer que el paciente cuente los meses del año hacia delante y atrás (una persona normal puede nombrar los meses del año hacia atrás en 20 segundos). Si no puede lograrlo, se le pide lo mismo con los días de la semana.

- Orientación: está alterada en el SCA. Por orden se afecta la esfera temporal, espacial y personal.
- Memoria: Siempre se altera en el SCA. Se afecta principalmente la memoria reciente. Se puede explorar haciendo que el paciente recuerde algunos acontecimientos históricos, año, mes, día (memoria remota) o bien diciéndole 3 palabras y pidiéndole que las repita pasados 3 minutos (memoria reciente).
- Pensamiento: Se alteran la organización y el contenido del pensamiento. Así el paciente presenta perseveración, repetición y fuga de ideas constantemente.
- Percepción: Se altera dependiendo del nivel de conciencia. Pueden existir alucinaciones o ilusiones, generalmente visuales.
- Alteraciones de funciones no intelectivas: se alteran el estado afectivo (ansiedad, depresión, euforia, apatía), conducta o comportamiento (hipo o hiperactividad) y el sistema neurovegetativo (diaforesis, taquicardia, hipertermia).

Diagnóstico diferencial:

Hay que hacerlo principalmente con la demencia y otras enfermedades psiquiátricas como la depresión, ansiedad, trastornos disociativos, manía aguda y la esquizofrenia..

CARACTERÍSTICAS	SCA	DEMENCIA	PSICOSIS
Comienzo	Agudo	Insidioso	Agudo
Evolución	Fluctuante	Estable	Estable
Duración	Transitorio	Persistente	Variable
Nivel de conciencia	Disminuido	Normal	Normal
Ciclo vigilia-sueño	Alterado	Normal	Alterado
Atención	Alterada	Normal	Puede alterarse
Orientación	Alterada	Alterada	Variable s/ tipo
Lenguaje	Incoherente	Afasia frecuente	Normal, lento, rápido.
Ilusiones	Transitorias, poco sistematizadas	Infrecuentes	Persistentes y sistematizadas
Alucinaciones	Visuales	Infrecuentes	Auditivas frecuentemente
Movimientos involuntarios	Frecuentes	Infrecuentes	No
Enfermedad orgánica	Si	No	No

Pruebas complementarias:

Estudio inicial: Hemograma, VES, glucemia capilar inmediata, bioquímica sanguínea (Glucosa, iones, calcio, creatinina, Orina completa, Urocultivo. Rx. de tórax y ECG.

Pruebas dirigidas: Cultivos microbiológicos, tóxicos en sangre y orina, punción lumbar. Heptograma, Troponina, gases en sangre, estado ácido base, TSH.
Neuroimágenes: TAC con o sin contraste- RMN.
EEG.

Tratamiento:

1. Medidas generales:

Asegurar que la vía aérea esté permeable. Aspirar secreciones bronquiales.

Ventilación apropiada administrando oxígeno. Si no hay respiración espontánea, se valorará la posibilidad de intubación endotraqueal.

Estabilizar hemodinámicamente al paciente mediante canalización por Vía EV, control de T^a corporal, medición de TA, FC, FR, glucemia capilar.

Valorar la indicación de monitoreo electrocardiográfico y oximétrico.

Valorar la indicación de SNG y vesical.

2. Tratamiento farmacológico:

Se valorará la utilización de los siguientes fármacos.

- Tiamina por vía IM a dosis de 100 mgr. como profilaxis de la Encefalopatía de Wernicke.
- Naloxona por vía EV en bolo. Es útil en pacientes con disminución del nivel de conciencia con miosis y depresión respiratoria o evidencia de consumo de opiáceos.
- Glucosa hipertónica por vía EV en caso de hipoglucemias confirmadas por glucemia capilar.
- Flumazenil (Anexate) por vía EV a dosis de 0,3 mg en bolo. Es antagonista gabaérgico. Se continúa con bolos hasta un máximo de 7 dosis, luego se coloca un goteo continuo de la droga en 250 cc. de Glucosa al 5 %.
- Si existe agitación, el fármaco de elección es el Haloperidol por vía EV a dosis de 0,5 a 5 mgr.

- Si no hay respuesta, se administra una perfusión continua de Clometiazol (Distraneurine).

3. **Tratamiento etiológico:** según la causa que se sospeche.

4. Medidas ambientales:

Puede ser útil todo aquello que le sea familiar al paciente, así como que le facilite la comodidad en el lugar de estancia hospitalaria, permanencia familiar, mantener encendida la luz, aportar objetos propios o familiares, limitar el número de visitas.

Bibliografía:

1. Síndrome confusional agudo. María Amparo Palma Suarez y col.
2. L. Jiménez Murillo, F.J Montero Pérez. Guía diagnóstica y Protocolos de actualización 2º edición.
3. C. Gastó Ferre, J. Vallejo Ruiloba. Manual de diagnóstico diferencial y Tratamiento en Psiquiatría.
4. M. Moya Mir. Normas de actuación en urgencias. Edición 2009.
5. M.S Acedo Gutiérrez et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica 12 de Octubre. 4º edición.
6. José María Agudo García et al. Medicina Interna Farrera- Rozman. 13 ed.
7. Harrison. Principios de Medicina Interna 14º ed.
8. Jesús Medina Asensia. Manual de Urgencias Médico. 2º ed.
9. M.S. Moya Mir. Guía de Actuación en Urgencias. Ed. Mcgraw-Hill- Interamericana.
10. J.C García Moncó. Manual del Médico de Guardia. 4º ed.
11. Manual DSM-IV. ASmerican Psychatric Assocition.
12. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoia. Adolfo Rubinstein.