D. Huertas

Síndromes psiquiátricos diana en el anciano hospitalizado

Sección de Psiquiatría
Hospital Universitario
Guadalajara

Prestar atención al diagnóstico diferencial etiopatogénico en psiquiatría constituye uno de los pilares del éxito terapéutico. Una atribución causal errónea deja la noxa subyacente sin tratamiento y puede conducir a la prescripción de psicofármacos inadecuados o innecesarios. Esta premisa cobra especial relevancia en el grupo poblacional de edad avanzada por su mayor vulnerabilidad a los trastornos mentales secundarios. Sobre todo en el anciano severamente enfermo, la evaluación de la semiología psiquiátrica requiere una investigación sistemática y cuidadosa de las posibles causas identificables.

Con el objetivo de facilitar este análisis la presente revisión actualiza los factores etiológicos asociados a los trastornos psiquiátricos más comunes y característicos (síndromes psiquiátricos diana) en el anciano hospitalizado.

Palabras clave:
Etiología. Síndromes psiquiátricos diana. Población geriátrica.

Actas Esp Psiquiatr Monogr 2005;3:63-66

Target psychiatric syndromes in the hospitalised elderly

Paying attention to differential etiopathogenic diagnosis in psychiatry constitutes one of the bases of therapeutic success. A wrong causal attribution maintains the fundamental aggression without treatment and it may lead to prescription of unnecessary or inconvenient psychotropics. This general principle must be highlighted in the elderly because of their greater vulnerability to secondary mental disorders. Especially in the severely ill aged patient, psychiatric disturbances need a careful and systematic investigation of possible identifiable causes.

In order to facilitate this analysis, the present review brings up to date the ethiological factors associated to

the most frequent and characteristic psychiatric disorders (target psychiatric syndromes) in the hospitalised elderly.

Key words:
Etiology. Target psychiatric syndromes. Elderly.

INTRODUCCIÓN

La actividad clínica del psiquiatra que trabaja con ancianos se encuentra sistemáticamente con el reto del diagnóstico diferencial etiopatogénico de las alteraciones mentales observadas. La población geriátrica presenta elementos de confusión característicos que dificultan la atribución causal de sus alteraciones mentales como la pluripatología basal, la polifarmacia instaurada sucesivamente o el riesgo aumentado para padecer patologías de nuevo diagnóstico. Estos elementos interactivos ponen en juego numerosas fuentes potenciales de psicopatología, constituyendo el anciano hospitalizado un paradigma de este tipo de paciente.

Asignar de forma errónea el origen de los trastornos psiquiátricos conlleva serios efectos indeseables. Por un lado se abandona la noxa subyacente sin tratamiento. Por otro puede conducir a la introducción de psicofármacos inadecuados o innecesarios. Lo segundo puede tener consecuencias significativas en el paciente de edad avanzada, muy sensible a las disfunciones cardiovasculares y a los efectos adversos de los fármacos.

En general, los síndromes psiquiátricos pueden ser de origen primario (predisposición genética activada por estresores ambientales) o secundario (noxas identificadas en la literatura científica como causa potencial de psicopatología). En los pacientes geriátricos los síndromes psiquiátricos secundarios son más frecuentes que en los grupos de población de menor edad, por lo que el diagnóstico diferencial debe iniciarse por el despistaje de éstos, sobre todo cuando el cuadro clínico debuta por encima de los 65 años, ya que la mayoría de los trastornos psiquiátricos primarios suelen eclosionar mucho antes.

Correspondencia:
David Huertas
Sección de Psiquiatría
Hospital Universitario de Guadalajara
Donantes de Sangre, s/n
19002 Guadalajara
Correo electrónico: DavHuertas@inicia.es

SÍNDROMES PSIQUIÁTRICOS DIANA

En la práctica clínica el trabajo de diagnóstico diferencial lleva implícito una disposición mental de tipo analítico, tanto si se aplica para la investigación causal como para la atribución nosológica.

Con este fin se utiliza en la presente revisión el concepto de síndromes psiquiátricos diana (SPD) para designar las agrupaciones psicopatológicas más características y habituales en un sector poblacional determinado. En el grupo de pacientes geriátricos hospitalizados por enfermedad severa los SPD son el síndrome confusional agudo (delirium), el depresivo, el ansioso agudo, el psicótico agudo y el síndrome de insomnio.

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (DELIRIUM)

Esta alteración cognoscitiva de aparición brusca y curso fluctuante a lo largo del día constituye uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el anciano hospitalizado. Se caracteriza por cambios significativos en el nivel de conciencia¹ y alteraciones severas en la capacidad de atención². Este trastorno principal del nivel de arousal³ facilita la aparición de desorientación alopsíquica y/o autopsíquica, déficit globales de memoria, falsos reconocimientos de personas, lenguaje incoherente, disnomia o disartria, disgrafía, discalculia, alucinaciones (habitualmente de la esfera visual), contenidos paranoides del pensamiento, inversión del ritmo sueño-vigilia (fenómeno de *sundowning*) y trastornos de conducta con hiper/hipoactividad motora y agresividad.

La exploración complementaria más útil para apoyar el diagnóstico de delirium es el EEG. En general revela un lentecimiento generalizado y simétrico del trazado en el rango de ondas *theta* o *delta*^{4,5}. Sin embargo, en los estados de abstinencia a etanol o benzodiazepinas el trazado muestra ritmos rápidos-lentos alternantes de forma generalizada.

Por la marcada tendencia a confundir este síndrome con las demencias conviene señalar las diferencias clínicas entre ambos cuadros⁶. El comienzo del delirium es agudo o sub-agudo, mientras que las demencias se desarrollan de forma insidiosa (a lo largo de meses o años). El nivel de conciencia siempre se ve alterado en el delirium y no ocurre hasta los estadios finales en las demencias. Y tal vez lo más relevante, en el delirium la disfunción cognitiva es global y sólo parcial (selectiva) en las demencias.

Las causas posibles de delirium son numerosas⁷. En la mayoría de los casos el origen del cuadro radica en una disfunción cerebral global producida por noxas identificables. Debe subrayarse como factor ambiental precipitante de delirium la confusión que genera en el anciano un cambio brusco en sus coordenadas habituales, lo que precisamente ocurre con la hospitalización.

El cuadro etiopatogénico asociado al delirium incluye:

- Enfermedades sistémicas (ICC, insuficiencia respiratoria, hepática o renal, procesos infecciosos severos, politraumatismos, quemaduras de II/III grado, trastornos hidroelectrolíticos y anemia).
- Enfermedades neurológicas (ACVA, TCE, hemorragia subdural, LOE, neurolúes, estados ictales y postictales). En este apartado es relevante señalar a todas las formas de demencia como factor basal predisponente para padecer delirium de cualquier etiología.
- Trastornos metabólicos (hipotiroidismo, hipercalcemia, hipoglucemia, síndrome de Addison y síndrome de Cushing).
- Reacciones adversas de fármacos (levodopa, digitálicos, anticolinérgicos, corticoesteroides, cimetidina y benzodiazepinas).
- Otras causas (abstinencia de etanol o benzodiazepinas, golpe de calor y deficiencia de tiamina).

SÍNDROME DEPRESIVO

La alteración afectiva que denominamos de forma genérica como «depresión» se manifiesta en el anciano en forma de disforia-irritabilidad con mayor frecuencia que como tristeza^{8,9}.

Además, debido a que el sujeto de edad avanzada tiende a expresar sus emociones de forma analógica (con el cuerpo) más que verbalmente, el cambio de humor suele acompañarse de anorexia severa con notable pérdida ponderal y malnutrición, insomnio intenso, agitación más que inhibición, estreñimiento pertinaz y frecuentes somatizaciones.

La depresión geriátrica con frecuencia produce una característica pérdida de las capacidades cognoscitivas. Este elemento clínico ha sido denominado «seudodemencia depresiva» por numerosos autores¹⁰ o más recientemente «trastorno cognitivo inducido por depresión»¹¹.

También es propio de los cuadros depresivos geriátricos la aparición de contenidos delirantes de ruina, culpa, nihilismo¹² y elementos paranoides de robo o persecución. El síndrome depresivo en la edad avanzada requiere especial atención ya que se asocia con mayor intensidad que en las edades previas a un riesgo significativo de autolisis.

La población de edad avanzada es más vulnerable para desarrollar un síndrome depresivo de cualquier origen. Esto se debe a la existencia de dos factores predisponentes propiamente geriátricos. Por un lado, la progresiva depleción de neurotransmisores y del número y sensibilidad de los receptores neuronales que acontece con el envejecimiento. Por otro, las pérdidas objetales sucesivas de seres queridos, relaciones sociales, salud, función social y nivel económico.

Al analizar las causas potenciales de síndrome depresivo en el anciano hospitalizado debemos considerar¹³⁻¹⁵:

- Fármacos depresivógenos (propranolol, AINE, levodopa, bromocriptina, corticosteroides, carbamacepina, cimetidina, benzodiazepinas y neurolépticos clásicos).
- Enfermedades depresivógenas (enfermedades vasculares cerebrales, enfermedad de Parkinson, hidrocefalia de presión normal, carcinoma pancreático, gástrico o pulmonar, anemia, déficit de folato, B₁, B₆ y/o B₁₂, diabetes mellitus, hipotiroidismo, infección herpética, infección por virus *Influenza*, dolor crónico, IAM y los tratamientos radicales como trasplantes o radioquimioterapia).
- Abuso crónico de etanol.

SÍNDROME ANSIOSO AGUDO

La ansiedad es una experiencia humana universal y en general no debe considerarse susceptible de tratamiento médico. Sin embargo, cuando la angustia alcanza proporciones incapacitantes (como en los ataques de pánico) o se prolonga en el tiempo un estado de hipervigilancia (como en el trastorno por ansiedad generalizada) debe intervenir clínicamente. En el anciano hospitalizado la persistencia de un estado patológico de ansiedad deteriora el sistema inmunitario¹⁶ y aumenta el riesgo de complicaciones cardiovasculares e intestinales¹⁷.

El síndrome ansioso agudo se caracteriza por la aparición brusca de miedo excesivo ante una amenaza concreta, o angustia (miedo sin objeto identificable), junto con tensión continua, reacciones de alarma excesiva e irritabilidad. Estas experiencias emocionales de ansiedad se acompañan frecuentemente de signos periféricos de hiperactividad vegetativa (sudoración, HTA, taquicardia, taquipnea), temblor distal y aumento de la actividad motora.

Las fuentes de síndrome ansioso secundario en el paciente geriátrico incluyen¹⁸:

- Enfermedades CV (IAM, taquicardia SV paroxística y prolapso mitral).
- Enfermedades endocrinológicas (insulinoma, hipoglucemia, hipertiroidismo, hipo/hipercalcemia, feocromocitoma, síndrome carcinoide y síndrome de Cushing).
- Enfermedades respiratorias (EPOC, neumonía, hipoxemia y embolismo pulmonar).
- Fármacos y drogas de abuso (cafeinismo, abstinencia de etanol o benzodiazepinas, intoxicación digitálica, toxicidad por anticolinérgicos, acatisia por neurolépticos y/o ISRS).
- Enfermedades neurológicas (infecciones del SNC, neoplasias, epilepsia temporal y síndrome posconvulsional).

SÍNDROME PSICÓTICO AGUDO

Se denomina estado psicótico a la pérdida de la capacidad de juzgar correctamente la realidad. La disfunción de los mecanismos cerebrales de interpretación de los pensamientos y las percepciones conduce al paciente a defender inferencias erróneas sobre la realidad externa. Así, el síndrome psicótico agudo se refiere a la aparición brusca de contenidos delirantes del pensamiento y/o trastornos de la sensopercepción (alucinaciones intero o exteroceptivas, alucinosis o ilusiones).

En los apartados relativos al síndrome confusional agudo y síndrome depresivo se indicó que los fenómenos delirantes y alucinatorios pueden formar parte de sus respectivos cortejos semiológicos. Por contraposición, en esta sección se analizan los factores etiológicos de los cuadros en los que la semiología psicótica aparece de forma predominante o exclusiva.

La hospitalización predispone al anciano a presentar fenómenos paranoides por el cambio situacional (aislamiento sociofamiliar) y la posible privación sensorial¹⁹. Además se han identificado numerosas condiciones específicas como causa potencial de síndrome psicótico agudo²⁰. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- Enfermedades neurológicas (enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, enfermedad de Alzheimer, demencias vasculares, epilepsia, esclerosis múltiple, encefalopatía postanóxica, encefalopatía postraumática, neoplasias, hidrocefalia y neurosífilis).
- Metabólicas (hipertiroidismo, enfermedad de Addison, enfermedad de Cushing, hipoglucemia, hiponatremia e hipercalcemia).
- Reacciones adversas de fármacos (anticolinérgicos, levodopa, bromocriptina, cimetidina, corticosteroides, digitálicos, metilfenidato y baclofeno).
- Otras (LES, arteritis de la temporal y sarcoidosis).

SÍNDROME DE INSOMNIO

El patrón de sueño sufre cambios fisiológicos en la edad avanzada. Se acorta el tiempo total de sueño, aumenta la fragmentación y se produce una reducción significativa del sueño profundo de fase IV²¹. Sin embargo, el anciano con frecuencia presenta un estado patológico de insomnio.

La ASDC norteamericana (*Association for Sleep Disorders Center*) define el insomnio como el sueño nocturno que presenta uno o más de los siguientes problemas: latencia de conciliación mayor de 30 min, más de dos despertares nocturnos, vigilia nocturna total mayor de 1 h y/o tiempo total de sueño nocturno menor de 6 h²².

Las causas específicas de insomnio en el anciano hospitalizado son:

- Apnea obstructiva del sueño.
  - Síndrome de piernas inquietas y/o mioclonus nocturno.
- Nicturia.
  - Dolor crónico (poliartrosis, poliartritis, espondilitis, fibromialgia).
  - Secundario a condiciones médicas generales (enfermedad de Alzheimer, demencias vasculares, enfermedad de Parkinson, hipertiroidismo, ortopnea, EPOC).
- Secundario a trastornos psiquiátricos (síndrome depresivo y delirium).
- Inducido por fármacos (xantinas, teofilinas, corticoides y tratamiento prolongado con hipnóticos).

CONCLUSIONES

Aun hoy día muchos clínicos mantienen una firme tendencia hacia la atribución de las alteraciones mentales a causas externas. Esta posición conceptual se basa en el rechazo a la aplicación del modelo médico general de evaluación diagnóstica a los trastornos psiquiátricos, ignorando con ello la evidencia disponible en la literatura científica al respecto.

Conociendo la alta prevalencia de trastornos mentales secundarios en la población geriátrica resulta ineludible en el marco de la práctica clínica de calidad iniciar la investigación diagnóstica de los síndromes psiquiátricos revisados en el presente artículo por las causas específicas identificables antes de atribuir su explicación a un problema idiopático o ambiental.

Confío plenamente en una pronta evolución dentro de la medicina hacia el abandono del reduccionismo aplicado a los trastornos mentales, sustituyéndolo por un abordaje equivalente al utilizado para las demás enfermedades humanas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weitbrecht HJ. Los tipos de reacción aguda exógena (Bonhoeffer). En: Weitbrecht HJ, editor. Manual de psiquiatría. Madrid: Gredos, 1978; p. 274-5.
2. Chedru F, Geschwind N. Disorders of higher cortical functions in acute confusional states. *Cortex* 1972;10:395-411.
3. Cummings JL. Acute confusional states. En: Cummings JL, editor. *Clinical neuropsychiatry*. Orlando: Grune and Stratton, 1985; p. 68-74.
4. Obrecht R, Okhomina FOA, Scott DF. Value of EEG in acute confusional states. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1979;42:75-7.
5. Pro JD, Wells CE. The use of electroencephalogram in the diagnosis of delirium. *Dis Nerv Syst* 1977;38:804-8.
6. Lipowski ZJ. Differentiating delirium from dementia in the elderly. *Clin Gerontol* 1982;1:3-10.
7. Raskind MA. Organic Mental Disorders. En: Busse EW, Blazer DG, editores. *Geriatric Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press, 1989; p. 352-6.
8. Blazer D. Depression in the elderly. *N Engl J Med* 1989;320:164-5.
9. Musetti L, Perugi G, Soriani A. Depression before and after age 65: a reexamination. *Br J Psychiatry* 1989;155:330-6.
10. Wells ChE. Pseudodementia. *Am J Psychiatry* 1979;136:895-900.
11. Downhill JE, Robinson RG. Longitudinal assessment of depression and cognitive impairment following stroke. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:425-31.
12. Huertas D, Molina JD, Chamorro L, Toral J. Delirio de negaciones de Cotard: síndrome versus trastorno. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1997;25:333-40.
13. De la Serna I. Trastornos afectivos. En: De la Serna I, editor. *Manual de psicogeriatría clínica*. Barcelona: Masson, 2000; p. 118-20.
14. Blumenthal MD. Depressive illness in old age. Getting behind the mask. *Geriatrics* 1980;34:34-43.
15. Alexopoulos GS. Affective disorders. En: Sadavoy J, Lazarus LW, Jarvik LF, Grossberg GT, editores. *Comprehensive review of geriatric psychiatry II*. Washington: American Psychiatric Press, 1996; p. 563-92.
16. Licinio J, Seibyl JP, Altemus M, Charney DS, Krystal JH. Elevated CSF levels of interleukin-2 in neuroleptic-free schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1993;150:1408.
17. Selye H. *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill, 1956.
18. Jenike MA. Anxiety. En: Jenike MA, editor. *Handbook of geriatric psychopharmacology*. Littleton: PSG Publishing Company, 1985; p. 97-112.
19. Blazer D. Psiquiatría geriátrica. En: Hales EH, Yudofsky SC, Talbott JA, editores. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Masson, 1996; p. 1481.
20. Jeste DV, Harris MJ, Paulsen JS. Psychoses. En: Sadavoy J, Lazarus LW, Jarvik LF, Grossberg GT, editores. *Comprehensive review of geriatric psychiatry II*. Washington: American Psychiatric Press, 1996; p. 593-614.
21. Prinz PN, Vitiello MV, Borson S. Sleep Disorders. En: Kaplan HI, Sadock BJ, editores. *Comprehensive textbook of psychiatry VI*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995; p. 2576-83.
22. Chamorro L, Huertas D, Martín M. Aspectos psicopatológicos de la persona mayor. Depresión, delirium y trastornos del sueño. *Medicine* 1995;6:3929-38.