

PSIQUIATRÍA DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL

PSYCHIATRY OF THE ELDERLY POPULATION IN A GENERAL HOSPITAL

DR. RODRIGO ERAZO R.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA.
CLÍNICA LAS CONDES.
rerazo@clinicalascondes.cl

RESUMEN

El número de personas mayores de 65 años está aumentando más rápido que nunca a través de todo el mundo en las últimas dos décadas. Este hecho implica un gran impacto en todos los Niveles de Atención de Salud, debido en especial al incremento de las enfermedades crónicas y sus complicaciones. El presente artículo describe algunas particularidades de la asistencia psiquiátrica a los adultos mayores en el Hospital General. En él se revisa y discute algunas de las situaciones clínicas más frecuentes de la especialidad dentro de este grupo de pacientes; se hace un especial énfasis en la necesidad de desarrollar un equipo y trabajo multidisciplinarios y diseñar protocolos y normas de intervención.

Palabras clave: Psicogeriatría, delirium, depresión, diagnóstico diferencial.

SUMMARY

Worldwide, the number of people 65 or older is increasing faster than ever before in the last two decades. This fact has had a direct hit at all the levels of Health Care, mainly due to the increase of chronic diseases and its complications. This paper describes some aspects of the psychiatric assistance to older people in the General Hospital. Some of the most common psychiatric issues within this group of patients are considered and discussed. A particular emphasis on developing a multidisciplinary team and work and on designing intervention protocols, is also proposed.

Key words: psychogeriatrics, delirium, depression, differential diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La especialidad de Geriatría y la formación de especialistas en ese campo, ha tenido un desarrollo más lento que el de otras ramas de la Medicina. Nuestro país no parece constituir una excepción, al menos dentro de la realidad de Latino América. Y aquello, sin restar mérito a la iniciativa y al compromiso de un grupo de médicos y otros profesionales chilenos que vienen desarrollando en forma pionera esta especialidad desde hace varios años.

Los adultos mayores en Chile representan actualmente el 11,5% de la población total, registrando un aumento de 0,5% en los tres años previos a su medición, según los resultados de la IX Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEN 2003. Casi el 82% de las personas de 60 años y más se atiende en el sistema público de salud, mientras que sólo el 7,5% está afiliado a una isapre y el 4,1% declaró no tener ningún tipo de previsión, según esa encuesta. Este grupo etario, equivale a casi 1 millón 800 mil personas, y como características principales, el 56% de los adultos mayores del país son mujeres; el 61,2% de éstas tiene más de 76 años; el 52,3% es casado; el 38,1% son viudas y el 12,4% viven solas (1).

Si consideramos que entre las décadas del 20 al 40 del siglo pasado, la población adulta de 60 o más años en Chile no superaba el 3,5% del total de la población, en la del noventa, alcanzaba un 10%. Para fines del primer cuarto de este siglo, esta misma población se estima en un 16%.

Más allá del impacto social, económico y cultural que tiene esa proyección, desde la Salud Pública en general y desde nuestro quehacer específico como agentes de salud, es claro que no estamos preparados para dar respuesta a la ingente demanda de patologías crónicas que esto implicará (efecto que ya empezamos a experimentar), especialmente

en el campo de las enfermedades cardiovasculares, neuropsiquiátricas y oncológicas, entre muchas otras.

En Chile no existe la subespecialidad de *psicogeriatría* dentro de la formación en Psiquiatría. Y parecíamos a gran distancia de que ésta llegue a ser una realidad. De hecho, tampoco existe en nuestro medio la subespecialidad de *Psiquiatría en el Hospital General* (llamada también de *Psicosomática*, o de *Interconsulta y Enlace* [CL/P] en algunas realidades). Para los efectos de este artículo, entenderemos la atención psiquiátrica al adulto mayor como *psicogeriatría*, tanto si aquella se realiza en el ámbito del hospital general de alta complejidad, como si se efectúa en el nivel primario de salud.

Por lo que señalábamos más arriba, la construcción de una asistencia psiquiátrica que se aplique a resolver las necesidades médicas de los adultos mayores dentro del Hospital General (público o privado), es un proyecto que requiere definiciones técnicas, políticas y administrativas aún pendientes en nuestro medio. Sin desmedro de la importancia que aquello tiene en la producción de políticas públicas orientadas hacia tal objetivo, su desarrollo resulta imprescindible para el funcionamiento de los hospitales y servicios que procuren liderar la atención en salud en general, y en particular la de los adultos mayores, manteniendo la pretensión de cumplir con altos estándares de excelencia.

Nuestro aporte al número de esta Revista, estará centrado en un enfoque más bien pragmático; en particular, en lo que ha sido la experiencia en la atención psiquiátrica de los adultos mayores en el Hospital General en que trabajamos y una recopilación de la evidencia a partir de las publicaciones existentes que permitan complementar, de manera práctica y teórica, los vacíos existentes en esa área específica. El análisis de una psiquiatría que se ocupe de la atención global de los pacientes ancianos, más allá del hospital, es una tarea enorme, imposible de abordar en este artículo.

ANTECEDENTES

Tomando en cuenta lo anterior, el lugar de la Psicogeriatría como una rama de la Psiquiatría General, en oposición a entenderla como una especificidad de la Geriatría, pudiera resultar un ejercicio estéril. Lo que sí parece indiscutible es que la atención del paciente adulto mayor en el contexto hospitalario debiera estar en el terreno de la convergencia de diversas especialidades y profesiones de la salud, a través de una propuesta orgánica, con una estructura bien definida y con una clara asignación de funciones, protocolos y algoritmos de intervención. Es decir, a través de un Programa.

Como decíamos, en nuestro ámbito estas distinciones suelen funcionar de manera más bien aleatoria y de acuerdo a las propuestas que el profesional de salud, y en particular el médico, deseen subrayar. Si bien existe un gran interés en precisar el tema y definir los límites de estudio, lo cierto es que éste interés naufraga a la hora de las realidades clínicas a las que, de ordinario, estamos expuestos.

El siguiente caso puede servir de ilustración para ello:

CASO CLÍNICO

Sr. "B", paciente de sexo masculino, 72 años (abogado en proceso de jubilación, casado; dos hijos mayores, casados y fuera de casa). Vive con su esposa, una mujer de 67 años, sana. El Sr. "B" fue ingresado al Servicio de Urgencia de una clínica general, por un estado de confusión, agitación psicomotriz y angustia. El cuadro se había iniciado más o menos 12 horas atrás, de forma progresiva. Sus familiares trataron de sedarlo con lorazepam por vía sublingual (medicamento prescrito ocasionalmente al paciente), en dosis de 1 a 2 mg cada 2 horas, sin éxito (6 mg, en total). El paciente no tiene antecedentes de diabetes, hipertensión arterial, ni otras de importancia. Tiene, en cambio una historia de depresión monopolar mayor recurrente, con elementos ansiosos importantes dentro de los episodios. Al momento del ingreso el paciente se encontraba vigil, respondía a órdenes simples, movilizaba extremidades y no presentaba signos de localización neurológica. Su presión arterial era de 167/93, el pulso de 109 por segundo y su temperatura corporal axilar era de 37,6°. No tenía signos meníngeos, las pupilas eran isocóricas y había respuesta bilateral y simétrica al estímulo luminoso. Se mostraba desorientado, confuso, agitado e inquieto; señalaba que veía rostros "maléficos" en la habitación, y que "pequeños insectos le recorrían la piel", y que estos "subían por las paredes del cuarto".

Llegado al Servicio de Urgencia, y luego de ser examinado, con mucha dificultad a causa de su mismo estado, aumenta la agitación del paciente, se levanta de la camilla, se libera de la vía venosa instalada y blandiendo una lámpara clínica como un arma, ataca y hiere a un par de auxiliares y a una enfermera antes de ser contenido. Sostiene a gritos que es víctima de una "conspiración malévola", y que lo están intentando "aniquilar" por su defensa al acusado, en un caso de conocimiento público.

Más allá de los detalles, este es un paciente que nos propone varios problemas:

1. Se trata de un caso agudo, es decir, de presentación reciente o inmediata
2. Es un paciente adulto mayor, sin antecedentes de demencia o deterioro, al menos de manera evidente y siendo aquello muy poco probable por los datos.
3. Tiene antecedentes de tratamiento psiquiátrico anterior (depresión).
4. Presenta un cuadro confusional, con agitación y violencia, acompañado de las alteraciones de la sensopercepción propias de los cuadros deliriosos.
5. No presenta elementos neurológicos de focalización.
6. Se encuentra levemente hipertenso.
7. Recibe benzodiazepinas de acción corta, de manera regular y en mayor intensidad en las últimas horas.
8. Es una persona de "notoriedad" y en efecto, asiste profesionalmente (al menos como consultor), un complejo caso conocido a través de los medios.

¿Es psiquiátrico o es médico el cuadro de este paciente? ¿Es neurológico o psiquiátrico?

Parece obvio que debiéramos contar con un modelo que nos permitiera, a partir de los datos clínicos existentes, tomar decisiones terapéuticas útiles para un caso tan complejo como este.

Los cuadros de agitación y descontrol impulsivo son habituales en las solicitudes de emergencia a los psiquiatras de turno de un hospital general. Cuando se trata de un joven entre los 15 y los 25 ó 30 años, o incluso de un adulto a principios o a mediados los cuarenta años, se asumirá a menudo que tal descontrol proviene de un cuadro previo: de una descompensación psiquiátrica o de una situación de crisis vital. Por lo tanto, el *beeper* del psiquiatra (o su teléfono celular) sonará con insistencia, y su presencia será requerida de forma imperiosa por los médicos del Servicio de Urgencia respectivo.

Si la edad del paciente es mayor a los cincuenta y cinco o 60 años, y tiene un cuadro semejante, es probable que el *beeper* o celular que sonará con más intensidad sea el del neurólogo.

Puede haber buenos y justificados motivos para tomar decisiones como aquellas, que implican involucrar a un especialista específico en la resolución de un caso. Sin embargo, en el caso que comentamos, no es la agitación, ni la violencia, ni el descontrol del paciente los que debieran ser destacados: todo lo anterior, más una peculiar alteración de la conciencia, es lo que lo reafirman como un cuadro delirioso, o *delirium*¹. Y lo cierto es que el *delirium*, siempre es *un cuadro médico severo*, con un alto riesgo de mortalidad de no ser tratada su etiología, que es el tratamiento de elección (si es que la palabra cabe, ya que nos parece más bien de naturaleza imperiosa). Ya nos referiremos con mayor atención a ello, dado que lo que nos interesa ilustrar con este ejemplo es otra cosa.

Como la intensidad de la agitación y violencia del paciente parecían predominar sobre cualquier otra cosa, se exigió en este caso la intervención del psiquiatra de turno. También pesaba en esta decisión el hecho que el paciente tuviera un diagnóstico previo (psiquiátrico) de depresión y que hubiese estado en tratamiento de la especialidad. Además de algunas particularidades del comportamiento del sujeto, que resultan a menudo inquietantes para los profesionales no psiquiatras y para el personal de salud en general.

En este caso, la llamada de urgencia y la acción del psiquiatra influyó de manera positiva en varios aspectos:

a. Evitar que el paciente fuera trasladado a una clínica psiquiátrica, como estaba presionando el personal del Servicio de Urgencia, con insistencia.

b. Contribuir a la contención del enfermo a través de las técnicas apropiadas (normadas en varios servicios clínicos) y sugerir un esquema de sedación progresivo, estado que permitió a su vez completar el examen clínico y de laboratorio del paciente.

c. Recabar información extra de la familia, lo que permitió descartar la dependencia de alcohol y la suspensión brusca del mismo.

Completar estas tareas permitió a los médicos de Urgencia detectar la presencia de un síndrome de condensación pulmonar basal derecho, un estado de deshidratación de cierta importancia y estimar el efecto de las benzodiazepinas como un probable efecto paradójico, combinación de factores que permiten explicar de sobra la presencia de un *delirium*. De hecho, el paciente estaba ya asintomático a las 48 horas, luego de la instauración de un esquema antibiótico, rehidratación y manejo con antipsicóticos atípicos. Es decir, se trataba de un paciente de la medicina que exhibía síntomas habitualmente reconocidos como “psiquiátricos” (o neuro-psiquiátricos, en algunas tradiciones).

En lo que sigue, trataremos algunas distinciones que ayuden a dilucidar los problemas entre sintomatología “orgánica” y “funcional” en los pacientes mayores. Si bien este es un dilema de toda la medicina, aumenta en esta fase del Ciclo Vital. Haremos un énfasis en la presentación de sintomatología psiquiátrica determinada por condiciones médicas (o al menos, estrechamente vinculada a ella), en los adultos mayores.

Siguiendo los criterios de Hall, en su extensa revisión sobre el tema (2), es preciso tener en cuenta los siguientes factores que pudieran conducir a error en la evaluación del paciente y que suelen hacer considerar como “funcionales” condiciones médicas subyacentes:

1. Síntomas múltiples que involucran varios órganos o sistemas. Debe tenerse en cuenta que mucha de la patología física en el paciente anciano es multiorgánica: hipotiroidismo, polimialgia reumática, p.ej.

2. Síntomas inusuales, difíciles de tipificar. Es necesario considerar que en el paciente mayor muchas enfermedades orgánicas se presentan con síntomas atípicos: hipertiroidismo con baja energía y con fatiga, en lugar de hiperactividad o agitación, p.ej.; de hecho, se le ha llamado “hipertiroidismo apático”.

3. Falta de respuesta al tratamiento, o respuestas atípicas. No hay que perder de vista que esto también ocurre con alguna frecuencia en la patología orgánica del paciente mayor. (Mayor resistencia a antibióticos, polifarmacia, etc.).

4. Historia de consultas múltiples a médicos diferentes. A menudo los tratamientos basados en diagnósticos imprecisos pueden conducir a una gran frustración a los pacientes mayores y a la búsqueda persistente de un médico que, al fin “encuentre lo que tiene”.

5. Falta de cumplimiento del tratamiento médico. La falta de este cumplimiento de los esquemas terapéuticos en los adultos mayores puede deberse, a veces, como una falta de confianza en las recomendaciones médicas, sobre todo cuando el diagnóstico ha sido poco claro y no se les ha explicado con claridad su condición. Dado que la mayoría de los pacientes mayores se encuentran en tratamiento por

¹El término *delirium* ha prevalecido en la nomenclatura internacional actual, aunque proviene de su empleo preferente en la tradición anglosajona; fue algo resistido por una parte de la comunidad psiquiátrica hispano-parlante, básicamente por la eventual confusión con la voz “*delirio*”, que denota una alteración del juicio de la realidad sin alteración de la conciencia y con ciertas particularidades muy precisas.

condiciones diversas y están en tratamiento con múltiples medicamentos, la falta de cumplimiento aumenta con el número de fármacos.

6. Despreocupación frente a síntomas de importancia. Muchos pacientes geriátricos se muestran estoicos, a veces frente al dolor o a otra sintomatología, y ello los hace aparecer como indiferentes.

Algunas características de los pacientes con síntomas psiquiátricos causados o estrechamente vinculados² a condiciones médicas generales

Aunque no existe una guía o patrón infalible, suele haber algunas claves que permitan sospechar una causa médica subyacente.

- a) Una de ellas es la relación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de un trastorno mental y una condición médica general.
- b) Saber, además, si es que el tratamiento de la condición médica reduce los síntomas psiquiátricos (ver Caso Clínico).
- c) Debe tomarse en cuenta la presencia atípica de síntomas de un trastorno mental primario (edad atípica de comienzo, o presencia exagerada de síntomas cognitivos, p. ej.).
- d) Resulta de ayuda el conocer la frecuente y bien establecida relación entre ciertos síntomas psiquiátricos y una condición médica general (depresión e hipertiroidismo, p. ej.).
- e) La ausencia de antecedentes psiquiátricos familiares, si bien no es excluyente, también es de utilidad.
- f) La presencia de alteración de conciencia (a veces difícil de evaluar, por ser fluctuante o mínima).
- g) Cambios bruscos de personalidad en un período más corto de tiempo del que se podría esperar.

Considerando el amplio espectro de situaciones psiquiátricas que se entrecruzan con algunas condiciones médicas, restringiremos nuestro trabajo a reseñar las más frecuentes.

DELIRIUM

El *delirium* es el más común de los trastornos mentales en personas mayores, y probablemente uno de los más severos. Las estadísticas de prevalencia son muy variadas en distintas series, sin embargo la mayoría de ellos señala que, de las personas mayores de 65 años que son hospitalizadas, el 10% están deliriosos al momento del ingreso y de un 10% a 15% más lo desarrollará durante su hospitalización (3, 4).

Dado la importancia de esta condición médica, dedicaremos un espacio significativo a la caracterización y manejo de ella y expondremos aquí las normativas para su manejo, creadas en Clínica Las Condes durante la puesta en marcha de una Unidad Psiquiátrica de corta estadía, a partir de 2006.

Diagnóstico y Manejo del Delirium en una Unidad Psiquiátrica Crítica en Clínica Las Condes³

1. Consideraciones diagnósticas⁴:

La característica esencial de un *delirium* consiste en ser una alteración cualitativa del estado de conciencia que se acompaña de un cambio

de las funciones cognitivas y que no puede ser explicado por la preexistencia o desarrollo de una demencia. La alteración se desarrolla a lo largo de un breve período de tiempo, habitualmente horas o días, y tiende a fluctuar a lo largo del día. A partir de la historia, del examen físico o de las pruebas de laboratorio, se demuestra que el *delirium* se debe a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, de la intoxicación por consumo o la abstinencia de sustancias, del consumo de medicamentos o de la exposición a tóxicos, o a una combinación de estos factores.

La alteración de la conciencia se manifiesta por una disminución de la capacidad de atención al entorno. El deterioro de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención, constituye el primer criterio (*Criterio A*). Las preguntas deben repetirse debido a que la atención del sujeto es vaga, éste puede perseverar en una respuesta a una pregunta previa en lugar de focalizar su atención de forma adecuada, y los estímulos irrelevantes le distraen con facilidad. Debido a estos problemas, mantener una conversación puede ser difícil (o imposible).

Hay otros cambios de las funciones cognitivas, tales como deterioro de la memoria, desorientación o alteraciones del lenguaje, o bien, alteraciones de la percepción que establecen el segundo criterio (*Criterio B*). El deterioro de la memoria se manifiesta con mayor frecuencia en la memoria reciente, lo que puede comprobarse mediante preguntas al sujeto sobre ciertos objetos no relacionados o la repetición de una frase corta tras unos minutos de distracción. En cuanto a la desorientación, el primer síntoma que suele aparecer en el *delirium* leve es la desorientación espacial (p.ej. pensar que está en su casa) siendo menos frecuente la desorientación autopsíquica. Las alteraciones del lenguaje o el habla se manifiestan en forma de disartria, deterioro de la capacidad para articular palabras, disnomia, deterioro de la capacidad para nombrar objetos, disgrafía, deterioro de la capacidad para escribir e incluso afasia. El lenguaje puede variar entre vago e irrelevante hasta caudaloso e incoherente, con frecuentes saltos imprevisibles de unos temas a otros.

Las alteraciones de la sensopercepción pueden englobar interpretaciones erróneas, ilusiones o alucinaciones. Las alucinaciones y falsas percepciones sensoriales suelen ser predominantemente visuales, aunque también pueden pertenecer a otras modalidades sensoriales, como auditivas, olfatorias y gustativas. Las percepciones erróneas pueden ser simples y uniformes o altamente complejas.

La alteración se desarrolla de acuerdo con un patrón circadiano y en un espacio de tiempo corto tendiendo a fluctuar a lo largo del día (empeorando a menudo hacia la noche), cumpliendo lo característico del tercer criterio (*Criterio C*).

La desorientación, la fluctuación, los altibajos de los síntomas mencionados, así como el inicio abrupto de tales perturbaciones son características específicas del *delirium*.

²Hemos procurado evitar aquí las designaciones absolutas de causa-efecto, en tanto en la mayoría de las situaciones no queda tan clara esta vinculación lineal. Y lo que prevalece, en cambio, es una asociación que tiene ciertas regularidades, pero que no alcanzan a tener la atribución de agentes causales.

³Si bien en la actualidad se ha modificado el formato de la Unidad descrita, estas normas de funcionamiento siguen vigentes.

⁴Por su extensión en el uso dentro de nuestro medio, se ha preferido el uso del sistema diagnóstico DSM-IV (5).

El diagnóstico clínico de *delirium* debe incluir:

- A. Examen mental y pruebas funcionales: memoria, concentración, razonamiento, praxis motora y constructiva.
- B. Historia farmacológica y correlación temporal de los medicamentos que esté tomando en tanto se manifiesta la conducta anormal.
- C. Exploración física, con un **examen neurológico**.
- D. Pruebas de laboratorio: hemograma, química sanguínea, electrolitos, albúmina, pruebas de función hepática, gases en sangre, examen general de orina, electrocardiograma, Rx.
- E. Pruebas de laboratorio basados en técnicas de neuroimagen, electroencefalograma, tomografía computada, punción lumbar.
- F. Pruebas complementarias, medición de Vitamina B12, niveles de folatos, pruebas tiroideas.

La etiología del *delirium* va a determinar su diagnóstico y tratamiento específico.

PRINCIPALES CAUSAS DE *DELIRIUM*

Neurológicas	TEC, AVE, epilepsia. Hematoma subdural. Abscesos. Tumores. Hidrocéfalo normotensivo. Hemorragia subaracnoidea.
Enfermedades sistémicas	Infecciones (ITU, neumonías, bacteriemia, meningitis, otros). Alteraciones metabólicas: hipoxia, hipercapnia, uremia, hipo e hipertermia, alteraciones hidro-electrolíticas. Insuficiencia cardíaca congestiva. Infarto del miocardio. Tromboembolismo pulmonar. Síndrome post-caída. Déficit de vitamina B12. Lupus. Alteraciones tiroideas.
Drogas	Efectos colaterales de anticolinérgicos, hipnóticos, sedantes, ansiolíticos, antidepresivos, analgésicos, L-Dopa, antihipertensivos, antiarrítmicos. Privación de alcohol o de sustancias.
Alteraciones ambientales	Cambios de ambiente (de casa, casa-hospital, etc.).

2. Criterios de tratamiento (o derivación) de *delirium*

a) La ubicación de una Unidad Psiquiátrica dentro de un hospital de alta complejidad determinará que, ante cualquier diagnóstico etiológico de un *delirium* secundario a una causa médica que implique riesgo vital, se deberá considerar el traslado inmediato del enfermo a la unidad de pacientes críticos que corresponda: UTI, Unidad Crítica Intermedia, Unidad Coronaria, Unidad Cerebro-Vascular.

b) Corresponderá el tratamiento de un *delirium* dentro de la Unidad a pacientes ya compensados de su enfermedad médica de base, en quienes se considere que las características de nuestro Servicio se presenten mejor a su manejo dentro del mismo (agitación, intensa productividad alucinatoria-delirante, perturbación conductual severa).

c) Se considerará prioritario el manejo dentro de la Unidad de un *delirium* producido por privación de alcohol o de sustancias, o por el abuso de las mismas.

d) El manejo psiquiátrico de cualquier paciente con *delirium* dentro de la Unidad deberá contar con el apoyo del médico residente de otra unidad de pacientes críticos de la Clínica, especialmente en los horarios en que no haya residente de planta dentro del Servicio.

e) El manejo psiquiátrico de un paciente con *delirium* trasladado de otra dependencia de la Clínica (que cumpla con el criterio b), y que cuente con médico tratante, deberá considerarse de manera obligatoria la supervisión y contacto permanente con ese médico.

3. Causas de *delirium* que requieren de tratamiento médico inmediato

- Hipoglucemia o sospecha de hipoglucemia en una condición de etiología desconocida.
- Hipoxia o anoxia: neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva o restrictiva, enfermedad cardíaca, hipotensión, anemia grave o intoxicación por CO.
- Hipertermia (temperatura > 40,5° C).
- Hipertensión grave (260/150 mm/Hg.) con papiledema.
- Privación de alcohol o sedantes.
- *Delirium* anticolinérgico.

4. Tratamiento farmacológico sintomático

Principios generales del tratamiento

- Todos los fármacos tienen efectos adversos; no existe el fármaco ideal.

- Los fármacos se usan durante el episodio de *delirium* sin discriminar la causa, con el propósito de revertir los síntomas psicóticos, tratar la ansiedad y la agitación, etc., cuando las medidas generales (reorientación, tranquilización, etc.) han sido insuficientes, o bien está amenazada la seguridad del paciente y de sus cuidadores, o existen interferencias en el tratamiento médico.
- No hay datos que apoyen el uso de los fármacos sintomáticos de manera profiláctica.
- El fármaco escogido debe administrarse a la dosis más baja y el menor tiempo posible, retirándolo cuando la causa médica ha sido corregida y el *delirium* ha sido controlado.
- La elección del medicamento dependerá fundamentalmente del estado del paciente, las vías potenciales de administración y el perfil de los efectos secundarios.
- Se deberá utilizar la vía oral y las dosis más bajas, siempre que sea posible.

La excesiva sedación del paciente favorece la confusión posterior y complicaciones que empeoran el pronóstico, como infecciones por aspiración, hipoxemia durante el sueño (apneas del sueño) o decúbitos por inmovilidad. Además, la sedación del paciente con daño cerebral, bien sea traumático o isquémico, puede interferir con los procesos de neuro-rehabilitación.

FÁRMACOS UTILIZADOS CON MAYOR FRECUENCIA

Neurolépticos

Con la excepción del *delirium* por privación de sedantes- hipnóticos, incluido el alcohol o la intoxicación por fármacos anticolinérgicos, son los fármacos de elección

a. Neurolépticos clásicos

Haloperidol: Neuroléptico de primera línea por su perfil, rapidez de acción y con relativamente pocos efectos secundarios en la fase aguda del *delirium*.

Vía de administración. Disponible por vía oral (V.O.) y parenteral (I.M. e I.V.). La potencia por vía I.M. e I.V. es el doble que la oral. Esta última tiene una acción rápida pero breve; la vía I.M. dispone de una acción más prolongada.

Selección de la vía:

- Pacientes con alteraciones moderadas y con absorción intestinal normal: vía oral.
- Pacientes más agitados que requieren de un rápido control sintomático: vía I.M.
- Estos mismos pacientes, si hay contraindicación (p.ej. por tratamiento anticoagulante), deben recibir el fármaco por vía I.V.
- Importante considerar la posibilidad (frecuente) de no poder utilizar la vía oral.

Efectos secundarios (ES) :

Tiene mínimos efectos secundarios hemodinámicos y de la función respiratoria; los ES más frecuentes son los síntomas extrapiramidales (SEP), que son menores cuando se administra por vía I.V.; los más graves son los cardiovasculares (alargamiento del QTc) y el síndrome neuroléptico maligno.

Otros neurolépticos clásicos, como son las fenotiazinas (tioridazina, clorpromazina, levomepromazina), tienen más efectos cardiovasculares (hipotensión) y anticolinérgicos (lo que puede agravar el *delirium*), por lo que su uso debe restringirse a conseguir efectos muy específicos. La propericiazina ha sido bastante utilizada en pacientes mayores, con un buen perfil de tolerancia dado la posibilidad de titular las dosis de manera muy precisa, gracias a la presentación en gotas de su preparado original (Neuleptil®, gotas al 1 y al 4 %). La levomepromazina en dosis bajas, suele tener un buen efecto hipnótico, en casos de refractariedad a otros fármacos. Un grupo de fármacos similares a las fenotiazinas, los tioxantenos, pudieran ser de utilidad ocasionalmente (flupentixol y zuclopentixol), con resguardos semejantes a los demás antipsicóticos clásicos. Es preciso recordar que la clorpromazina, el primero de los antipsicóticos puestos en el mercado, hace más de medio siglo, ha sido uno de los más usados también en los servicios de urgencia en nuestro medio. Entre otras razones, por su disponibilidad en una presentación de uso I.M. Su alto potencial sedante otorga ventajas notables por sobre otros psicofármacos, incluidas las benzodiazepinas. Sin embargo debe tenerse en consideración su gran efecto hipotensivo, la disminución del umbral convulsivante y sus efectos anticolinérgicos. Todos ellos pueden ser potencialmente riesgosos en el paciente adulto mayor.

b. Antipsicóticos atípicos⁵

Risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, clozapina

Existe una creciente experiencia en la utilización de estos fármacos en el manejo habitual del *delirium* en servicios de urgencia psiquiátrica, teniendo en cuenta que la mayor experiencia de uso en ellos es en el campo de las psicosis clásicas. Dentro del grupo, la risperidona suele parecer una buena elección, considerando su rapidez de acción por vía oral, menor presencia de efectos anticolinérgicos y una baja incidencia de efectos secundarios en las dosis recomendadas, junto a buen efecto antipsicótico. Lo mismo ocurre con la olanzapina, particularmente por su efecto sedante y por la posibilidad de usar diferentes presentacio-

⁵La designación de los antipsicóticos como "clásicos" o "atípicos" es la más correcta. La designación de neurolépticos atípicos carece de sentido, en tanto el efecto de los antipsicóticos de última generación no corresponde a un efecto propiamente "neuroléptico", en el sentido farmacológico del término.

nes, en particular la presentación oral dispersable. También existe en forma inyectable, por vía I.M.

Es preciso considerar que la frecuencia de efectos extrapiramidales de estos fármacos es mucho menor que con haloperidol, lo que los constituye en medicamentos de elección en caso de un tratamiento que se prolonga, o bien en pacientes muy sensibles a los SEP (particularmente en pacientes adultos mayores). La ziprasidona también cuenta en la actualidad con una fórmula I.M., sin embargo la comunicación de una mayor tendencia a la prolongación del QTc y la posibilidad de aparición de un síndrome de Torsade de Pointes, obliga a una especial cautela en el tratamiento de pacientes más lábiles desde el punto de vista orgánico. Esta restricción se encuentra todavía en estudio, debiendo considerarse la potencial utilidad del fármaco, en especial por su escasa producción de sedación en un paciente que requiere ser mantenido alerta.

El uso de clozapina debiera estar restringido a los pacientes mayores portadores de esquizofrenia refractaria o a algunos pacientes portadores de enfermedad bipolar que sólo han respondido a este fármaco. Es interesante su utilización en pacientes con disquinesias tardías como fármaco específico para la reversión de ciertos cuadros de este espectro, incluido aquellos determinados por el uso previo de antipsicóticos clásicos; sin embargo, debe ser tomado en cuenta su efecto potencial en la producción de agranulocitosis. En los pacientes adultos mayores, puede haber un aumento de esta incidencia.

Dosis recomendadas:

- Risperidona: 2-6 mg/24 horas (Risperdal ®) [A dosis mayores (4-8 mg), la risperidona tiende a comportarse como un antipsicótico clásico]
- Olanzapina: 5-30 mg/24 horas vía oral. Vía I.M.: 5-10 mg, según respuesta. Dosis máxima vía I.M.: 30 mg/24 horas. Considerar la presentación oral dispersable en pacientes que lo requieran (Zyprexa Zydis ®)
- Quetiapina: 50-300 mg/24 horas (Seroquel ®)
- Ziprasidona: 20-160 mg/24 horas V.O. Vía I.M.: hasta 80mg/24 horas. Zeldox ® (Precaución: Monitoreo cardíaco en todos los pacientes).

Procurar no usar ziprasidona si el paciente está tomando amiodarona, bretilio, clorpromazina, cisaprida, droperidol, eritromicina, mefloquina, moxifloxacino, pimozida, procainamida, quinidina., sotalol, o tioridazina, entre otras.

Benzodiazepinas

Son los fármacos de elección en los casos de privación de alcohol y de sedantes-hipnóticos.

En el *delirium* en general, en ocasiones pueden ser útiles como coadyuvantes de los neurolépticos, cuando sea recomendable usar dosis bajas de estos o se busque una acción ansiolítica o sedante asociada.

Lorazepam: Algunas guías lo consideran el fármaco de elección, en especial por su posible uso por vía parenteral y sublingual, además de su vida media corta. En nuestra experiencia, el uso de genéricos de la droga original, ha sido muy deficiente, por lo que a veces es preferible recurrir a otra benzodiazepina si no existe el fármaco original (Amparax ®).

Nota: en los pacientes adultos mayores, las benzodiazepinas pueden tener ocasionalmente efectos paradójales, aumentando la agitación o la desorientación. Si hay antecedentes de aquello en el paciente, es preferible evitarlos. Y estar alertas a este posible efecto.

Dosis recomendadas:

Diazepam:

- Vía oral: 10-60 mg/24 horas.
- Vía I.V.: 5-20 mg/24 horas (aunque no se recomienda el uso I.M., es posible su uso en el paciente en que no sea posible el empleo I.V.). El uso de diazepam es recomendable en pacientes con antecedentes de convulsiones previas, o cuando se requiera de miorelajación en forma especial.

Debido a su larga vida media y a la presencia de metabolitos activos con vidas medias también muy largas (desmetildiazepam), su uso es recomendable con cautela en los pacientes adultos mayores.

Lorazepam (Amparax ®):

- Vía oral: 2-8 mg/24 horas
- Vía I.V.: 2-6 mg/24 horas, en bolo. Vía I.M.: 2-8 mg/24 horas

Intervenciones ambientales

Apoyo y orientación

- Informar sobre estadía y sobre la enfermedad de forma clara, concisa y regular.
- Recordar verbalmente datos del día, hora, relación con familiares, etc.
- Mantener regularidad de los cuidadores.
- Involucrar a los miembros de la familia en el cuidado.
- Evitar el uso de una *jerga* técnica.
- Mantener la luminosidad del cuarto por las noches (40-60 W).
- Controlar el ruido excesivo.
- Mantener una temperatura estable.

Compensar algún déficit sensorial presente. Mantener la competencia funcional.

- Permitir (cuando sea posible) el uso de lentes ópticos, audífonos o prótesis dentales.
- Valorar la presencia de un intérprete, toda vez que se requiera.
- Proporcionar papel y lápiz en caso de que el paciente no pueda hablar (pizarra y plumón).

- Mantener una movilidad adecuada: protocolos de movilización activa y pasiva.

El anterior es un documento aún perfeccionable, sin embargo se encuentra en la línea de proporcionar guías de procedimientos en un área en que ciertos cuidados o procedimientos se dan a menudo por sobreentendidos.

Aparte del *delirium*, otra condición particularmente frecuente en el paciente adulto mayor hospitalizado por causas médicas, es la depresión, por lo que nos detendremos en algunos alcances sobre esta condición.

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO

a. Características generales de la depresión en el anciano:

La enfermedad depresiva en el anciano se presenta con características diferentes a la de otras edades de la vida, entre las que podemos destacar:

- Está menos presente la tristeza y son más frecuentes los síntomas somáticos.
- La tristeza puede manifestarse en forma de apatía y retraimiento.
- Suele ser llamativa la pérdida de peso, el insomnio, la aparición de ideas delirantes o cuadros psicóticos (delirios nihilísticos, a la manera del *Síndrome de Cotard*).
- Los adultos mayores con frecuencia padecen enfermedades en las que la depresión puede ser un síntoma, la respuesta subjetiva a ésta o a su tratamiento, como suele suceder en la enfermedad de Parkinson, enfermedades del tiroides, cuadros cerebro vasculares, cáncer, etc.
- Los ancianos suelen usar varios medicamentos para tratar sus enfermedades, sin embargo éstos pueden inducir síntomas depresivos, como por ejemplo los corticoides, antiparkinsonianos, algunos antihipertensivos, etc.
- Es muy frecuente la aparición de la ideación suicida.

Insistiremos aquí, en especial, en los cuadros que requieren un diagnóstico diferencial de la depresión y haremos algún alcance luego a aspectos terapéuticos.

Diagnósticos Diferenciales:

1. Demencias: (sobre todo en sus inicios): se caracterizan por un deterioro cognitivo donde se afectan la atención, la memoria, la percepción y la inteligencia. La demencias suelen tener un inicio insidioso, son de curso progresivo e irreversible; por lo general hay antecedentes familiares de demencia, los pacientes pueden presentar desorientación y extraviarse en lugares conocidos. La afectación en la memoria reciente es muy frecuente, y a menudo pueden aparecer alteraciones del lenguaje como disartria o afasia, aumento de la ingestión de alimentos, humor inestable (irritabilidad o apatía). Es factible que pueden tener alucinaciones e ideas delirantes y es frecuente la somnolencia diurna.

2. *Delirium*: (ya tratado con extensión).

3. Síndrome de Demencia Depresiva o Pseudo demencia. Se diferencia por: inicio más rápido que una demencia orgánica, corta duración, humor depresivo predominante, respuesta displicente ante los contratiempos, déficit cognitivo presente pero poco demostrable a través de la objetivación; deterioro fluctuante, alteraciones de los ritmos biológicos de sueño y el apetito, así como cefalea y otros síntomas somáticos. Es clave en la distinción diagnóstica una buena respuesta a los antidepresivos.

4. Depresiones enmascaradas, o larvadas: los pacientes tienden a negar sus síntomas depresivos y a expresar en primer lugar los somáticos, tales como: dolores generalizados o difusos, mareos, vértigos, anorexia, náuseas, vómitos, constipación, diarreas, dolor precordial, palpitaciones, disnea, asma. En general, tienen una buena respuesta a los antidepresivos.

5. Trastorno Hipocondríaco: en él, los pacientes están convencidos de tener una enfermedad para lo cual acuden a menudo a consulta médica, se realizan exámenes que son negativos, pero aun así van de médico en médico en busca de confirmar sus sospechas. En general los tratamientos psiquiátricos tienen escasa respuesta, incluidos los antidepresivos.

6. Trastornos de Adaptación: ocurren generalmente ante acontecimientos vitales como enfermedades o pérdidas; se manifiestan con sentimientos de desamparo, pesimismo y existe a menudo una ansiedad manifiesta. Si bien no excluye la presencia de síntomas de la esfera depresiva, son cuadros de mejor pronóstico y suelen ser autolimitados.

Los cuadros médicos que pueden estar asociados a un trastorno anímico son muy numerosos, y entrar en esta revisión a una revisión exhaustiva de cada uno de ellos resultaría imposible. Por ello, agruparemos algunos de los más frecuentes en la Tabla 1.

Del mismo modo, los fármacos de uso general más asociados a depresión, se encuentran agrupados en la Tabla 2.

La depresión se manifiesta frecuentemente en las enfermedades sistémicas, en especial cuando se encuentra involucrado el Sistema Nervioso Central. Cassem (7, 8), reportaba una prevalencia de depresión mayor asociada de un 11% en la Enfermedad de Alzheimer, de un 55% en la epilepsia, un 51% en el Parkinson, de un 83% en la Enfermedad de Cushing y de un 27% en el AVE.

Es conocida la combinación entre el uso de algunos fármacos de uso general en medicina y la ocurrencia de síntomas depresivos. Establecer si existe una relación causal entre la utilización de alguno de ellos y el desencadenamiento de una depresión, exige una cuidadosa evaluación en conjunto con el médico tratante. Señalaremos algunos de los más citados en la literatura.

TABLA 1. ALGUNAS CONDICIONES MÉDICAS GENERALES ASOCIADAS CON DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Trastornos metabólicos y endocrinos	Enfermedad oncológica
Hipo- e hipertiroidismo	Leucemia
Enfermedad de Cushing	Tumores pancreáticos
Enfermedad de Addison'	Tumores pulmonares
Hipo- e hiperparatiroidismo	Insuficiencia Orgánica Mayor
Hipo- e hiperkalemia	Insuficiencia cardíaca congestiva
Hipo- e hipernatremia	EPOC
Hipo- e hipercalcemia	Insuficiencia renal
Hipo- e hiperglicemia	Insuficiencia hepática
Trastornos Neurológicos	Otras
Enfermedad de Parkinson	Infarto del miocardio
AVE	LES
Demencias	Demencias
Hematoma Subdural	Infecciones (SNC y sistémicas)
Hidrocéfalo normotensivo	Deficiencias de Vitaminas (B12 , tiamina, ácido fólico)
ELA	
Esclerosis múltiple	
Crisis convulsivas	
Traumatismo de cráneo	

Adaptado de: *Psychiatric Presentations of Medical Illness* (6).

TABLA 2. ALGUNOS MEDICAMENTOS ASOCIADOS CON DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR (6)

Antihipertensivos	Otros
Propranolol	Digoxina
Metildopa	Antiarrítmicos
Clonidina	Medicamentos Antiparkinson
Hidralazina	Indometacina
Guanetidina	Corticoides
Reserpina	Cimetidina
Depresores del SNC	Estrógenos
Alcohol	Algunas drogas quimio-terapéuticas
Opiáceos	
Barbitúricos	
Benzodiazepinas	
Hipnóticos	

Adaptado de: *Psychiatric Presentations of Medical Illness* (6).

Respecto del tratamiento farmacológico de la depresión en el adulto mayor, es necesario hacer algunas precisiones. Las investigaciones más recientes de la farmacología basada en la evidencia en los pacientes geriátricos, señala de manera bastante sorprendente que tanto la eficacia como la tolerabilidad de los antiguos agentes antidepresivos (en particular los tricíclicos) resultan similares comparadas con los nuevos fármacos, en particular los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) y de los inhibidores selectivos de recaptura de noradrenalina (ISRN). Aquello aparece avalado en algunos de los más recientes y exigentes estudios en cuanto a sus criterios de inclusión y exclusión (9, 10).

Desde nuestra experiencia, creemos que la consideración de el uso de fármacos antidepresivos en el paciente mayor portador de enfermedad crónica y además hospitalizado, debe ser cuidadosa en extremo, en especial por los efectos secundarios de los agentes tricíclicos, particularmente aquellos con una potente acción anticolinérgica; lo mismo ocurre con la potencialidad de inducir hipotensión ortostática, con un alto riesgo de caídas y fracturas. Y que, ciertamente es preferible la elección de algunos fármacos con menor potencial de producción de tales efectos secundarios.

Hecha esta advertencia, es necesario tener en cuenta también que hay pacientes adultos mayores que sólo responden a los tricíclicos, por lo que su utilización deberá ser evaluada también en conjunto con el clínico general o el especialista. Esto mismo es válido para la utilización de terapia electroconvulsiva, la que en algunas ocasiones puede tener incluso menos efectos secundarios que los propios fármacos.

CONCLUSIONES

Existe una elevada frecuencia de trastornos psiquiátricos entre los adultos mayores, muchos de ellos provocados por causas orgánicas. El principal cuadro psiquiátrico a tener en cuenta en el adulto mayor es el *delirium*, a menudo desencadenado por causas orgánicas simples y muy frecuentes dentro de este rango de edad. La depresión es también un cuadro de presentación frecuente y también deben ser tenidas en cuenta algunas condiciones médicas generales como desencadenantes.

Debido a la elevada comorbilidad con cuadros médicos crónicos (hipertensión, diabetes, enfermedades reumatológicas, cáncer, etc.), es necesario tener en cuenta el uso permanente de numerosos fármacos, por el riesgo de interacciones farmacológicas riesgosas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Resultados de la IX Encuesta de Caracterización Socio-económica Nacional (CASEN 2003) Santiago de Chile, diciembre de 2005. MIDEPLAN (www.mideplan.cl).
2. Hall RCW (ed): Psychiatric Presentations of Medical Illness. New York, SP Medical and Scientific Books, 1980.
3. Blazer D: Geriatric psychiatry. In Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA (eds): American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry, ed 2. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994, pp 1405-1422.
4. Lipowski ZJ: Delirium in the elderly patient. N Engl J Med 320:578-582, 1989.
5. López-Ibor JJ, Valdés M (dir.) (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson.
6. Marsh CM. Psychiatric presentations of medical illness. Clin North Am 20:192-206, 1997.
7. Cassem EH: Depressive disorders in the medically ill. Psychosomatics 36:S2-S10, 1995.
8. Cassem EH: Depression and anxiety secondary to medical illness. Psychiatr Clin North Am 13:597-612, 1990.
9. Wilson K, Mottram P, Sivanranthran A, et al. Antidepressants versus placebo for depressed elderly. Cochrane Database Syst Rev (3): CD000561.
10. Williams, J. W Jr (2006). Maintenance treatment with paroxetine, but not psychotherapy, prevented recurrent major depression in older people. Evid. Based Med. 11: 111-111.

EL AUTOR DECLARA NO TENER CONFLICTOS DE INTERÉS CON LOS LABORATORIOS.