



<http://www.medicosdeelsalvador.com>

Este artículo médico salió de la página Web

[Médicos de El Salvador](#)

Fue escrito por:

[Dra. Ana Isabel Avalos](#)

Médico Psiquiatra

<http://www.medicosdeelsalvador.com/doctora/avalos>

Todos los derechos reservados.
Prohibida su reproducción.



DEMENCIAS. Y DELIRIUM

Maestría en Psicología Clínica.



Universidad Dr. José Matías Delgado.

Docente: Dra. Ana Isabel Avalos.

DEMENCIA.

- Síndrome adquirido de deterioro intelectual persistente que compromete la función de múltiples esferas de la actividad mental, como memoria, lenguaje, habilidades visuoespaciales, la emoción, la personalidad y la cognición.



CAUSAS DE LA DEMENCIA.

- TRASTORNOS DEGENERATIVOS:
 - CORTICALES: Alzheimer, Enfermedad de Pick.
 - SUBCORTICALES: Enfermedad de Parkinson, Corea de Huntington.
- DEMENCIAS VASCULARES: Oclusión múltiple de los vasos sanguíneos, arteriopatía cerebral autonómica.
- ENFERMEDADES TRAUMATICAS: Hematoma subdural, encefalopatía postraumática.
- DEMENCIAS NEOPLASICAS: Gliomas, metástasis, meningiomas.
- ENFERMEDADES HIDROCEFALICAS.
- ENFERMEDADES MIELINOCLASTICAS: Desmielinizantes, esclerosis múltiple.
- ENFERMEDADES INFECCIOSAS: Sífilis, meningitis crónica, SIDA, Enfermedad de Creutzfeldt Jacob.
- INTOXICACIONES: alcohol, abuso de sustancias.
- TRASTORNOS METABOLICOS: Insuficiencia cardiopulmonar, uremia, encefalopatía hepática, tiroideas, suprarrenales.



DEMENCIAS DEGENERATIVAS

- CLASIFICACION DIAGNOSTICA:

- Demencias Corticales:

- Demencias Subcorticales.

DEMENCIAS CORTICALES:

- Disfunción en el cortex cerebral: amnesia, afasia, apraxia, agnosia.



ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

- Disfunción de la sustancia gris y blanca de las estructuras profundas; ganglios basales, el tálamo, núcleos del tronco cerebral y proyecciones al lóbulo frontal.



DEMENCIAS SUBCORTICALES.

- Alteración de la activación, atención, motivación y tasa de información.
- Clínicamente: retraso psicomotor, dificultades de la evocación, pobre abstracción, formación de estrategias, alteraciones afectivas y de la personalidad.



EPIDEMIOLOGIA:

- Enfermedad de Alzheimer: demencia con mayor frecuencia; 50% de pacientes con deterioro cognitivo.
- Combinación de Enfermedad de Alzheimer y Demencia Vascolar (15 al 20%).
- Riesgo del 1% a los 60 años, se dobla a los 5 años.
- Factores de riesgo:
 - Edad avanzada.
 - Nivel educativo bajo.
 - Trauma craneal con pérdida de la conciencia.
 - Antecedentes de Depresión.
 - Edad materna tardía.
 - Exposición al aluminio.
 - Abuso de alcohol.
 - Terapia Electro convulsiva.
 - Abuso de Analgésicos.
 - Inactividad física.



CARACTERISTICAS CLINICAS

- ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:
- Deterioro insidioso y gradualmente progresivo de las capacidades mentales.
- Paciente con problemas de memoria: olvidos de pagos, se extravían .
- Respuesta exagerada con el alcohol, cualquier cambio en la rutina es mal tolerado.
- Enfermedades médicas ocasionan delirium.
- Deterioro de tres a cuatro puntos por año en el Minimental State (MME).
- Deficiencia en las tareas cotidianas, se abandona la higiene y aseo personal.
- Pierde rápidamente la introspección, rígido, inflexible, menos emprendedor, más irritable y menos espontáneo.
- Suelen desarrollarse creencias delirantes.



DEMENCIA VASCULAR

- Características clínicas:
- Lesión cerebral debida a enfermedad vascular.
- Múltiples deterioros cognoscitivos.
- Se asocia con mayor frecuencia a una enfermedad vascular isquémica.
- Inicio brusco, progresión gradual.
- Depresión.
- Historia de Hipertensión.
- Antecedentes de accidente cerebro vascular.
- Aterosclerosis asociada.
- Signos y síntomas neurológicos y focales.



EPIDEMIOLOGÍA DE DEMENCIA VASCULAR.

- Los hombres son los mas afectados.
- Segunda causa habitual de demencia.
- Factores ambientales (más importantes).
- Asociado con factores de riesgo de accidente cerebro vascular.
- Hipertensión.
- Enfermedad cardiaca.
- Consumo de tabaco.
- Consumo de alcohol.
- Hiperlipidemia.



CRITERIOS DSM IV PARA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

- A) La presencia de múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:
 - 1) Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida).
 - 2) Una o mas de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - a) Afasia (alteración del lenguaje).
 - b) Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar que la función motora esta intacta).
 - c) Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial esta intacta).
 - d) Alteración de la ejecución (por ejemplo planificación, organización, secuenciación y abstracción).
- B) Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
- C) El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.



CRITERIOS DSM IV DE DEMENCIA VASCULAR.

- A) 1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente).
- 2) Una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - a) Afasia (alteración del lenguaje).
 - b) Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta).
 - c) Agnosia (Falla en el reconocimiento e identificación de objetos a pesar de que la función sensorial está intacta).
 - d) Alteración de la actividad constructiva (por ejemplo planificación, organización, secuenciación y abstracción).
- B) Los déficits cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
- C) Los signos y síntomas neurológicos (por ejemplo exageración de los reflejos tendinosos, profundos, respuesta de extensión plantar, anomalías en la marcha, debilidad de una extremidad) o las pruebas de laboratorios sugerentes de la presencia de una enfermedad cerebrovascular se estiman etiológicamente relacionadas con la alteración (por ejemplo infartos múltiples que implican al cortex y a la sustancia blanca acompañante).
- D) Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.



DEMENCIA VASCULAR DE INICIO AGUDO F01.0

I

- Se desarrolla por lo general de un modo rápido tras una serie de ictus debido a trombosis vasculares, embolias o hemorragias. En casos raros la causa puede ser un único infarto de gran tamaño.



DEMENCIA MULTIINFARTO, F02.

Tiene un inicio más gradual que la forma aguda, normalmente precedido de varios episodios isquémicos menores que producen un número creciente de infartos del parénquima cerebral.



DEMENCIA VASCULAR SUBCORTICAL F01.2

- En este pueden existir antecedentes de hipertensión arterial y de focos de destrucción isquémica en las zonas profundas de la sustancia blanca de los hemisferios cerebrales. Por lo general la corteza cerebral esta indemne. El cuadro clínico puede parecerse mucho a la enfermedad de Alzheimer.



DEMENCIA POR VIH FO2.4

- Déficit cognoscitivos en ausencia de una enfermedad concomitante u otros trastornos distintos del VIH.
- Fallos de memoria, enlentecimiento, déficit de concentración y dificultades para la lectura y resolución de problemas.
- Apatía, reducción de la espontaneidad y retraimiento social.
- En una minoría trastornos del humor, psicosis y convulsiones, temblor, dificultades para efectuar movimientos rápidos y repetitivos, falta de equilibrio, ataxia, hipertonia, hiperreflexia generalizada, signos de liberación frontal y afectación de movimientos oculares de seguimiento.



VALORACION DIAGNOSTICA.

1) SIGNOS Y SINTOMAS:

Pérdida de la memoria a corto plazo.

Disfunción cognoscitiva.

Pérdida del pensamiento abstracto.

Cambios de comportamiento o de la personalidad y alteración del criterio.



2) EXAMEN DEL ESTADO MENTAL EN DEMENCIA.

- A) Apariencia, comportamiento y lenguaje: signos de funcionamiento psicomotor mas lento. Notable perseveracion del habla, manierismos.
- B) Emociones: afecto restringido, làbil o inadecuado.
- C) Procesos de pensamiento y contenido: desorganizados y notable escasez de ideas espontáneas.
- D) Criterio, comprensión y control de impulsos: disminuidos progresivamente. Perdida progresiva de la autocrítica por negación: característica del funcionamiento cortical superior. En casos avanzados perdida del control de impulsos.



3) EXAMEN COGNOSCITIVO.

- En primeras etapas orientado hacia personas, sitios y fechas.
- Etapas intermedias o tardías desorientación respecto al sitio (pérdida de funciones cognitivas superiores).
- Perdida de memoria a largo plazo: nombrar presidentes en orden cronológico inverso (tomar en cuenta antecedentes culturales y educativos del paciente).



EXAMEN COGNOSCITIVO.

- Demencia: dificultad en pruebas cognoscitivas, se tarda mas de lo esperado y dice no tener NINGUNA DIFICULTAD. En cambio el deprimido puede preocuparse por su desempeño.
- Perdida de la capacidad para entender conceptos abstractos. Pensamiento concreto: comparar distintos artículos de una misma categoría o la interpretación de proverbios.
- Deficiencias del habla y lenguaje: repetir una oración o nombrar objetos comunes.



PRUEBA DE PERDIDA DE MEMORIA.

- Memoria a corto plazo perturbada: repetir los nombres de cuatro objetos. Si necesita escuchar una o mas veces la lista, la prueba es anormal. Esto es común en el Alzheimer.
- Se preguntara dicha lista en cinco minutos. Se le da un minuto para recuerde todos los artículos. Puede haber CONFABULACION.
- Se le puede ayudar mencionando las **categorías** correspondientes o se lee una lista de **artículos**.



PRUEBA DE LA CAPACIDAD DE CONCENTRACION.

- Realizar una tarea determinada: "reste siete de 100 y continúe restando siete del resultado". "Diga los meses del año de adelante a atrás". "Deletree la palabra mundo al revés".



PRUEBA DE MEMORIA Y HABILIDAD VISUOESPACIAL.

- **MEMORIA VISUOESPECIAL:**
Observe este dibujo por 30 segundos y despues dibuje lo que recuerde.
- **HABILIDAD VISUOESPACIAL:**
- Dibuje un reloj con todos los números y manecillas de modo que indique las 2 y cuarto.



DELIRIUM

- Síndrome Cerebral Orgánico que carece de una etiología específica, caracterizado por la presencia simultánea de trastornos de conciencia y atención, de la percepción, del pensamiento, de la memoria, de la psicomotilidad, de las emociones y del ciclo sueño vigilia.



INCIDENCIA DEL DELIRIO.

- Pacientes hospitalizados 10% y en los pacientes de UCI arriba de 30%.
- Pacientes con problemas clínicos graves.
- Sometidos a intervención quirúrgica.
- Edad avanzada.
- Enfermedades preexistentes del SNC:
- Demencia, pacientes con VIH.
Deficiencias sensoriales.



CAUSAS DEL DELIRIO.

- Supresión alcohólica.
- Medicamentos: anticolinérgicos, opiáceos, fármacos contra el dolor.
- Anormalidades de electrolitos.
- Infecciones del SNC: encefalitis y meningitis.
- Otras infecciones: vías urinarias, vías respiratorias.
- Accidentes cerebro vasculares.
- Estados postconvulsivos.
- Traumatismos craneales.
- Hiperirrigación cerebral secundaria a trastornos cardiopulmonares.
- Deficiencia de Tiamina, alcoholismo, cáncer, SIDA.



VALORACION DIAGNOSTICA.

- Se desarrolla con rapidez en pocos días.
 - Vinculado con alguna enfermedad clínica grave subyacente.
 - SIGNOS Y SINTOMAS:
 - Disminución del margen de atención.
 - Pensamientos desorganizados.
 - Alucinaciones, ilusiones, percepción errónea.
 - Perturbación de los ciclos sueño, vigilia.
 - Desorientación.
 - Disfunción cognoscitiva.
- Paso de la anormalidad a la normalidad en el estado mental en pocas horas o minutos.



EXAMEN DEL ESTADO MENTAL EN DELIRIO.

A) APARIENCIA , COMPORTAMIENTO Y LENGUAJE:

- Delirio con agitación:
- Apariencia distraída debido a problemas de atención.
- Delirio callado o hipoactivo: comportamiento normal con el personal del hospital (cansancio a veces).

B) EMOCIONES:

- Afecto restringido, inadecuado o lável.

C) PROCESOS DE PENSAMIENTO Y CONTENIDO:

- Circunstancialidad, tangencialidad.
- Asociaciones pobres, desorganizacion.
- Alucinaciones, ilusiones.
- Alucinaciones táctiles: supresión de alcohol o benzodicepinas.
- Paranoia.

D) CRITERIOS, COMPRESION Y CONTROL DE IMPULSOS:

- Notablemente disminuidos.

■)

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL EN DELIRIO.

- E) EXAMEN COGNOSCITIVO:
- En la mayoría de los casos de delirio:
- Disfunción cognoscitiva.
- Nivel de conciencia anormal, con desorientación en fecha, hora.
- Están comprometidos:
- Memoria a corto plazo.
- Concentración.
- Destrezas visuoespaciales.
- Pensamientos, abstracciones.



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Determinación de la causa del delirio:
- Evaluación médica completa (pruebas de laboratorio).
- Agitación, excitabilidad: es reconocido como anormal por la mayoría de observadores.
- Confusión y agitación (peligro para si mismo).
- Delirio Callado o Hipoactivo puede pasar desapercibido o confundirse con depresión.



ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL DELIRIO.

- 1) Instruir a la familia y amigos del paciente antes de la visita.
- 2) Recuperación de la autoestima y confianza.
- 3) Escuchar los temores de los pacientes, dudas, educarlos sobre la naturaleza del delirio.



DIFERENCIA ENTRE DELIRIO Y DEMENCIA

DELIRIO

Inicio rápido: horas o días.

Fluctúa a lo largo del día.

Examen del estado mental: atención disminuida, nivel de alerta disminuida, orientación afectada.

■ DEMENCIA

■ Inicio insidioso: meses o años.

■ Declinación gradual.

■ Atención y alerta normal.

■ Orientación normal excepto las variables únicas.



DIFERENCIAS ENTRE DELIRIO , DEMENCIA.

- DELIRIO
- Ciclo vigilia sueño:
■ afectado gravemente.

- Alucinaciones:
a menudo visuales (en
Particular ilusiones o táctiles)-
Perturbación del afecto, pensa-
miento y personalidad presente.
Funcionamiento cognoscitivo
(memoria, pensamiento
abstracto,
Criterio y concentración
perturbados).

EEG lentitud difusa.

- DEMENCIA.
- Variable.

A menudo ausentes en etapas tardías.

- Perturbación del afecto,
pensamiento y personalidad
presente.
- Funcionamiento
cognoscitivo
(memoria, pensamiento
abstracto, criterio o
concentración perturbados).
- EEG variable.





**GRACIAS POR SU
AMABLE ATENCION.**



HASTA PRONTO!



Chococat®

© 1996, 2007 SANRIO CO., LTD. www.sanrio.com





