

# *Delirium*

*Carlos Alberto Cano Gutiérrez\**

Definido como un desorden agudo de la atención y la cognición, es un común, serio y potencialmente prevenible origen de morbimortalidad para el paciente anciano hospitalizado. Adicionalmente se destacan los altos costos para los sistemas de salud, la mayor institucionalización después del alta, mayor necesidad de servicios de rehabilitación y de soporte en casa.

## **EPIDEMIOLOGÍA**

Estudios prospectivos han demostrado que entre el 14 y el 24% de los ancianos al momento de la hospitalización tiene *delirium*. Durante la hospitalización entre el 6 y el 54% de los pacientes puede desarrollarlo. En pacientes *post* quirúrgicos la incidencia es entre 10 y 52% (principalmente por cirugías de cadera y procedimientos de urgencia).

## **FACTORES DE RIESGO**

El *delirium* es un síndrome multifactorial el cual representa la interrelación entre un individuo vulnerable, los factores precipitantes y predisponentes y un estímulo nocivo. Por tanto, pacientes altamente vulnerables (ejemplo, individuos con deterioro cognoscitivo) desarrollan el *delirium* con factores precipitantes mínimos (ejemplo, dosis única de un medicamento). Por el contrario, individuos resistentes requieren una suma de varios estímulos para desarrollarlo.

### **Factores predisponentes**

Se definen como aquellos presentes previos a la admisión hospitalaria. La demencia ha sido identificada en la mayoría de los estudios como un factor de riesgo, teniendo el individuo de 2 a 5 veces mayor riesgo de desarrollar el *delirium*, más aún, de un tercio a la mitad de los pacientes con estados confusionales agudos tienen deterioro cognoscitivo de base. Otros factores predisponentes serían las enfermedades severas, la comorbilidad, las alteraciones funcionales, la edad avanzada, la insuficiencia renal crónica, la deshidratación, la desnutrición, las alteraciones sensoriales y factores individuales como el bajo nivel educativo. A pesar que las anteriores son las condiciones generalmente implicadas en la predisposición para desarrollar *delirium*, potencialmente cualquier patología podría producirlo.

## **Factores precipitantes**

Los que aparecen durante la hospitalización: son innumerables, pero los que han sido identificados en la mayoría de los estudios incluyen los medicamentos, el inmovilismo, sondas vesicales (aunque en los diferentes estudios se ha evidenciado que hasta el 30% de las mismas no están indicadas), restricciones físicas, iatrogenia (su riesgo aumenta al menos 3 a 5 veces, en los ancianos, si se compara con los jóvenes), enfermedades agudas, suspensión de estimulantes, factores ambientales (como la sola hospitalización), hipoxemia, alteraciones metabólicas y anestesia general y prolongada, entre otros.

## **Uso de drogas y *delirium***

Los medicamentos se constituyen en una de las principales causas del síndrome confusional agudo, así como la causa tratable más frecuente. Son responsables hasta del 40% de los cuadros de *delirium*. Cualquier droga puede producirlo (véase tabla 1), pero algunas se reconocen como causales directas en la mayoría de los estudios. El uso de sedantes e hipnóticos ha sido asociado con 3 a 11 veces mayor riesgo, al igual que los anticolinérgicos. El *delirium* también está relacionado con el número de medicamentos prescritos, aumentando la incidencia en forma proporcional a los mismos. Múltiples estudios han evidenciado que entre el 7 y el 50% de los medicamentos formulados a los ancianos, en forma ambulatoria, son innecesarios.

## **ETIOLOGÍA**

El origen exacto de este síndrome se desconoce. Se reconoce como una disfunción del metabolismo cerebral, la cual se manifiesta en el electroencefalograma como un enlentecimiento de las ondas cerebrales.

Se ha visto alteración en diferentes neurotransmisores, siendo la acetilcolina el principal, la cual se ha visto disminuida en algunas situaciones, como los estados posquirúrgicos. También se han implicado los altos niveles dopaminérgicos; el Haloperidol, el cual tiene efecto antidopaminérgico, es efectivo en el control de los síntomas. Por el contrario, la L-dopa (agonista dopaminérgico), produce *delirium*. Otros neurotransmisores involucrados son la serotonina, la histamina, el glutamato y el ácido gama aminobutírico. También se han implicado los niveles de triptófano, las citocinas y las endorfinas, entre otros.

## **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Los hallazgos cardinales del *delirium* incluyen su aparición aguda y la inatención. Para definir el momento exacto del inicio es necesario recurrir a la información dada por el cuidador del paciente. Otra de las características es la fluctuación que presenta el cuadro a lo largo del día. El individuo fácilmente se distrae ante los diferentes estímulos externos, y es muy difícil que sostenga una conversación y obedezca órdenes. Aunado a lo anterior puede presentarse desorganización del pensamiento, alteraciones de la sensorización y

alteración del estado de conciencia (generalmente letárgico). Aunque no son síntomas principales, también presentan desorientación, déficit cognoscitivo, agitación o retardo psicomotriz, delirios, labilidad emocional e inversión del ciclo sueño-vigilia.

Clínicamente el *delirium* puede dividirse en hipoactivo, hiperactivo y mixto. El primero se caracteriza por letargia y actividad psicomotora reducida. Esta forma generalmente no es reconocida, por lo que tiene peor pronóstico. La forma hiperactiva, en la cual el paciente está agitado e hipervigilante, pocas veces pasa desapercibido y la última categoría, se caracteriza por ser una mezcla de las anteriores.

## DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN

A pesar que el diagnóstico es eminentemente clínico, existen algunos criterios, los cuales están reunidos en el *Manual de diagnóstico y estadísticas de enfermedades mentales* (DSM-IV) o en el *Confusion Assessment Method* (CAM), los cuales se resumen en las tablas 2 y 3. Es fundamental identificar los factores que contribuyen a presentarlo, lo cual a veces no es fácil debido a la presentación atípica de las enfermedades en los ancianos. De hecho, el *delirium* puede ser la única manifestación de entidades que ponen en peligro la vida del individuo como la neumonía, la sepsis de origen urológico o el infarto del miocardio.

El primer paso en la evaluación debe ser establecer su presencia a través de la evaluación cognoscitiva y determinar cualquier cambio de la misma en el paciente. Debido a que las alteraciones a este nivel pueden pasar desapercibidas durante una conversación rutinaria, pruebas cognoscitivas cortas, tales como el Minimental de Folstein, pueden ser útiles. La atención puede ser fácilmente evaluable pidiéndole que repita una lista de números hacia atrás o los meses del año al revés.

La piedra angular de la evaluación radica en la historia clínica y el examen físico. El enfoque debe dirigirse a establecer el comportamiento previo del paciente y cualquier cambio en el mismo, así como a obtener la lista de los posibles factores precipitantes. En este aspecto debe hacerse énfasis en los medicamentos consumidos, debe retirarse el mayor número posible o disminuirse la dosis al máximo.

Un punto difícil dentro de la evaluación es hacer el diagnóstico diferencial con una demencia, un estado confusional de largo tiempo de evolución o de un *delirium* sobreimpuesto a una demencia. Esta última tiene una aparición insidiosa y no tiene fluctuaciones, ni alteraciones del nivel de conciencia. La desorientación y las alteraciones de la memoria pueden faltar en los pacientes con *delirium*. Igualmente debe hacerse diagnóstico diferencial con cuadros depresivos, maníacos y algunas veces esquizofrénicos.

En las pruebas de laboratorio no hay aproximación única, y las mismas deben ser definidas según los hallazgos al interrogatorio y al examen físico, sin embargo una buena evaluación, a más del examen físico, podría incluir inicialmente: parcial de orina, cuadro hemático, electrolíticos, glicemia, pruebas de función renal y radiografía de tórax. El resto de los exámenes se solicitarán según la clínica.

La necesidad para estudio de líquido cefalorraquídeo, imágenes cerebrales y EEG es controvertida. Se afirma que menos del 10% de los pacientes lo necesitan (aquellos con alguna sospecha de procesos infecciones de SNC o signos neurológicos focales).

## **TRATAMIENTO**

### **Medidas no farmacológicas**

Deben ser utilizadas en todos los pacientes e incluyen la presencia de acompañante permanente, idealmente miembros de la familia, trasferirlo a una habitación privada, estrategias de reorientación (calendarios y relojes), instrucciones y explicaciones simples y contacto visual frecuente. Las gafas y los audífonos, si el paciente los usa, debe tenerlos puestos permanentemente. Evitar las restricciones físicas y permitir que recobre la autonomía lo más pronto posible. Es necesario minimizar los cambios del cuarto y del personal. Un ambiente calmado con pocos estímulos luminosos y sonoros es lo ideal. En lo posible, no interrumpir el sueño nocturno con medicamentos o tomas de signos vitales. Masajes, música y algunas técnicas de relajación pueden hacer parte del manejo del paciente.

Aunado a lo anterior debe disminuirse al máximo el número de drogas usadas, reevaluar las indicaciones y de las restantes dejar las dosis mínimas necesarias.

### **Medidas farmacológicas**

Lo primero es tratar la causa de base y simultáneamente pueden controlarse los síntomas. Las drogas usadas para tal fin se reservan para pacientes con *delirium* severo. No existe una droga ideal para el manejo del *delirium*, pero cualquiera sea la escogida debe darse a bajas dosis y por el menor tiempo posible. La elección del medicamento se basa en el estado del paciente, la ruta elegida de administración y el perfil de los efectos secundarios. Los neurolepticos son los medicamentos preferidos, siendo el haloperidol el más utilizado. Tiene como ventajas el producir menos hipotensión ortostática, múltiples presentaciones lo cual favorece la administración, pero con gran incidencia de extrapiramidalismo. La dosis recomendada es de 0.5 a 1 mg por cualquier vía (idealmente oral), si no se obtiene el efecto deseado puede repetirse la dosis a los 30 minutos. La meta debe ser un paciente manejable pero despierto. La mayoría de los ancianos se controla con un máximo de 2 a 3 mg. El mantenimiento debe hacerse con la mitad de la dosis, repartida en 24 horas y por el menor número de días posible.

En pacientes que no respondan al Haloperidol o que tengan contraindicaciones para su uso pueden usarse neurolepticos atípicos (clozapina, olanzapina, risperidona, etc.).

Las benzodiacepinas no son consideradas de primera línea de tratamiento debido a que producen marcada sedación y exacerbación del estado confusional. Sin embargo, ellas siguen siendo el manejo de elección en síndromes de supresión de alcohol y sedantes.

## **PRONÓSTICO**

El *delirium* está claramente asociado con pobre pronóstico al momento del alta hospitalaria y en el seguimiento a largo plazo, incluyendo incremento de la mortalidad (10 a 65%), prolongación de la hospitalización, mayor institucionalización y declinamiento funcional y cognoscitivo.

Aunque el síndrome confusional agudo ha sido considerado como una entidad reversible y transitoria, la duración y la persistencia de los síntomas proveen información que el cuadro es más duradero de lo que antes se creía. Cuando la duración del mismo es mayor a 30 días se relaciona con peor pronóstico.

Algunos estudios muestran que a 6 meses sólo el 20% de los pacientes tiene el cuadro totalmente resuelto. Adicionalmente, el *delirium* tiene peor pronóstico en aquellos pacientes con déficit cognoscitivo de base. Los efectos deletéreos a largo plazo están relacionados con la duración de los síntomas, la severidad de los mismos y la causa de base.

## **CONCLUSIONES**

El *delirium* es un problema común para los pacientes ancianos hospitalizados. Además se incrementará en la medida que la población continúe envejeciendo. Generalmente es de etiología multifactorial y compleja. El tratamiento adecuado incluye el abordaje simultáneo de los factores precipitantes y predisponentes. La aproximación no farmacológica debe usarse en todos los individuos y los medicamentos deben dejarse para aquellos pacientes que tienen riesgo de autolesionarse o dañar a otros.

\* *Director Instituto de Envejecimiento. Jefe Unidad de Geriátría. Departamento de Medicina Interna. Pontificia Universidad Javeriana.*

**Tabla 1**  
**Principales drogas asociadas con el *delirium***

---

Sedantes e hipnóticos	Benzodiacepinas, barbitúricos.
Narcóticos	Principalmente la meperidina.
Anticolinérgicos	Antihistamínicos, antiparkinsonianos, antiespasmódicos, antidepresivos tricíclicos, neurolépticos.
Cardíacos	Antiarrítmicos, antihipertensivos, digitálicos.
Gastrointestinales	Antagonistas H <sub>2</sub> , metoclopramida.
Misceláneos	Anticonvulsivantes, antibióticos, esteroides, levodopa, litium, AINES, xantinas.
Drogas no prescritas	Antigripales, cafeína, antidiarreicos.

---

**Tabla 2**  
**Criterios diagnósticos para *delirium* (DSM-IV)**

---

Cambios de conciencia.  
Cambios cognoscitivos.  
Inicio rápido / fluctuaciones durante el día.  
Evidencia de una condición médica como causal.

---

**Tabla 3**  
**Criterios diagnósticos para *delirium* (CAM)**

- 
1. Comienzo agudo, curso fluctuante.
  2. Dificultad en enfocar la atención.
  3. Pensamiento desorganizado.
  4. Nivel de conciencia alterado.
- 

El diagnóstico se hace con los dos primeros puntos y uno de los restantes.

---

## LECTURAS RECOMENDADAS

1. Reyes C., *El anciano con delirium: diagnóstico, evaluación y manejo*. Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr. 2001;15(2):245-251.
2. Sharon K., *Inouye Delirium in hospitalized older patients Clinics in Geriatric Medicine*. 1998;14(4):745-764.
3. Marulanda F., Restrepo J.P., Chacón A. Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr. 2000;14(4):165-176.
4. Tune L. *Delirium Principles of Geriatric medicine and Gerontology* 1998;1229-1237.