

## PSIQUIATRÍA

## DELIRIUM EN EL ADULTO MAYOR

Daniel Quesada Astorga\*

## SUMMARY

**Delirium is defined as an acute, fluctuating syndrome of altered attention, awareness, and cognition. It is common in older persons in the hospital and long-term care facilities and may indicate a life-threatening condition. Certain medications, sensory impairments, cognitive impairment, and various medical conditions are a few of the risk factors associated with delirium. Preventive interventions such as frequent reorientation, early and recurrent mobilization, pain management, adequate nutrition and hydration, and ensuring proper sleep**

**patterns have all been shown to reduce the incidence of delirium, regardless of the care environment.**

## INTRODUCCIÓN

El Delirium o síndrome confusional agudo (SCA) es un síndrome agudo y fluctuante, con alteraciones de la atención, conciencia y cognición, precipitado ya sea por una enfermedad subyacente o un evento en personas vulnerables. Es uno de los trastornos cognitivos más importantes en el anciano, tanto por su prevalencia como por su pronóstico. Puede ser la

forma clínica de presentación de patologías graves o aparecer en el curso de ellas, a veces asociado al tratamiento farmacológico utilizado. El desarrollo de delirium tiene importancia desde el punto de vista económico y social, ya que los enfermos requieren cuidados especiales del personal sanitario, tienen mayor riesgo de caídas, estancias hospitalarias más prolongadas y mayor institucionalización. De todo ello deriva la necesidad de un diagnóstico correcto y precoz por parte del médico y personal de salud a cargo.<sup>7,8,11</sup>

\* Médico General

## INCIDENCIA Y PREVALENCIA

El delirium es más común en personas mayores en hospitales y centros de atención a largo plazo. Los porcentajes varían según los autores, en el caso del ámbito hospitalario, utilizando los criterios diagnósticos del DSM se ha encontrado delirio en hasta un 22% de pacientes adultos mayores al ingreso (prevalencia) 2, y hasta un 31% durante la hospitalización (incidencia). En el caso particular después de una fractura de cadera la incidencia varía del 28% al 61% y durante la hospitalización en pacientes médicos la incidencia va de un 3% a un 29%. Acerca de la prevalencia se estima que es de un 29% en el hospicio y de un 14% en la comunidad.<sup>2,4,11</sup>

## FACTORES DE RIESGO

1. **Factores Predisponentes-** Los factores predisponentes para el delirio incluyen deterioro cognitivo preexistente o demencia, edad avanzada, dentro de las comorbilidades se incluye alcoholismo, dolor crónico, historia de enfermedad de base pulmonar, hepática, cardíaca o cerebral, enfermedad terminal. También otros factores que predisponen

son el deterioro funcional, el sexo masculino, la depresión, deshidratación, desnutrición y sensoriales (deficiencias de visión o audición).

2. **Factores Precipitantes-** Los eventos agudos como lo son la deshidratación, fracturas, hipoxia, infecciones, isquemia (cerebral, cardíaca), medicamentos y trastornos metabólicos. También se debe tomar en cuenta situaciones como la inmovilización, uso de catéteres en la vejiga, desnutrición, eventos iatrogénicos, intoxicación por alcohol, drogas o su retirada además de influencias ambientales y psicosociales.<sup>5,6</sup>
3. **Delirium inducido por medicamentos-** En el 40% o más de los casos de delirio, el uso de uno o más medicamentos específicos contribuye a su desarrollo. Si bien los medicamentos a menudo incitan al delirio, son también la causa remediable más común de delirio. Dentro de los que poseen mayor riesgo de inducir delirium se encuentran medicamentos con actividad anticolinérgica (como antihistamínicos, relajantes musculares, antipsicóticos), benzodiazepinas, agonistas dopaminérgicos, ansiolíticos, narcóticos.<sup>5,6</sup>

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

1. **Hiperactivo:** Se caracteriza por hiperactividad, agitación, agresividad, confusión, alucinaciones e ideación delirante. Se da en un 15-25%. Suele asociarse a abstinencia o intoxicación por tóxicos y al efecto anticolinérgico de algunos fármacos.<sup>7</sup>
2. **Hipoactivo:** Se da con más frecuencia en ancianos y se caracteriza por hipoactividad, enlentecimiento psicomotor, bradipsiquia, lenguaje lento, inexpresividad facial, letargia, actitud apática, inhibición. Se debe hacer diagnóstico diferencial con la demencia y la depresión. Es el tipo de delirium que se desarrolla en las alteraciones metabólicas.
3. **Mixto:** Supone el 35-50% de los síndromes confusionales. Alternan la hiper e hipoactividad en el tiempo.<sup>7</sup>

Las características clave del delirium son su inicio agudo y falta de atención. Para determinar la agudeza del cuadro se requiere de un conocimiento preciso del nivel de funcionamiento cognitivo anterior de los pacientes. Otra característica clave es el curso fluctuante del delirium, con síntomas que tienden a aparecer y desaparecer o aumentar y disminuir en severidad durante un período de 24 horas.<sup>4,10</sup>

**DIAGNÓSTICO**

Ante todo cuadro confusional agudo, el primer paso es el diagnóstico sindrómico, reconocer que el paciente está realmente confuso. En formas menores puede ser necesario realizar un cuidadoso examen de la función mental para detectarlo. Es necesaria una historia clínica detallada del paciente o referida por familiares y un examen físico y neurológico completo, con el fin de documentar que la confusión está presente e identificar sus síntomas clínicos. Se dispone de una serie de herramientas de apoyo para el diagnóstico, como los criterios diagnósticos propuestos por la Asociación Americana de Psiquiatría, o través de métodos psicométricos, como por ejemplo, el Mini-Mental State Examination (MMSE) o el Confusion Assessment Method (CAM) (Tabla I), el cual tiene

Tabla II. Exploraciones complementarias en el estudio del delirium.

<p>Exploraciones complementarias básicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemograma y coagulación completa</li> <li>• Glucemia, creatinina, transaminasas</li> <li>• Gasometría arterial</li> <li>• Sedimento de orina</li> <li>• Electrocardiograma, radiografía de tórax y de abdomen</li> </ul> <p>Exploraciones complementarias ocasionales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveles de fármacos y drogas</li> <li>• Análisis del líquido cefalorraquídeo</li> <li>• Tomografía axial computarizada, resonancia magnética craneales, Electroencefalograma</li> </ul>
--

una sensibilidad del 94-100% y una especificidad del 90-95%.<sup>9</sup>

enfermedad actual, y hallazgos físicos.<sup>9,10</sup>

**LABORATORIO Y GABINETE**

Todas las personas de edad avanzada que presenten un cuadro de delirium, requieren una serie de análisis básicos incluyen un hemograma completo, medición de electrolitos, pruebas de función renal y hepática, análisis de orina y un electrocardiograma. La evaluación debe ser individualizada en la base a la preocupación principal del paciente, la historia clínica, la

**TRATAMIENTO**

**Medidas generales:** Asegurar la vía aérea, mantenimiento de las constantes vitales, canalizar una vía venosa, suspender fármacos sospechosos de causar el síndrome confusional, proporcionar un aporte nutritivo, mantener un adecuado equilibrio hidroelectrolítico y evitar lesiones (barras laterales). La restricción física sólo se indicará en caso de que peligro la vida del paciente o suponga un riesgo para familiares, personal sanitario o que impida el manejo terapéutico<sup>7</sup>

**Tratamiento farmacológico:** Lo fundamental es tratar la causa de base, controlando simultáneamente los síntomas del síndrome confusional. El tratamiento farmacológico debe reservarse para los pacientes que son una amenaza para su propia seguridad y la de los demás. No existe un fármaco ideal para el manejo del delirium. Se elegirá el fármaco adecuado según el perfil

Tabla I. Confusion Assessment Method (CAM).

El diagnóstico de delirium requiere la presencia de la 1 y la 2 más alguna de las otras dos (3 y/o 4).

**1. Inicio agudo y curso fluctuante**

¿Hay evidencia de un cambio del estado mental del paciente con respecto a su estado previo hace unos días?

¿Ha presentado cambios de conducta el día anterior, fluctuando la gravedad?

**2. Inatención**

¿Presenta el paciente dificultades para fijar la atención?

**3. Desorganización del pensamiento**

¿Presenta el paciente un discurso desorganizado e incoherente, con una conversación irrelevante, ideas poco claras o ilógicas, con cambios de tema de forma impredecible?

**4. Alteración del nivel de conciencia**

¿Qué nivel de conciencia (como capacidad de ser influido por el entorno) presenta el paciente?

1. Alerta 2. Vigilante 3. Letárgico 4. Estuporoso 5. Comatoso

Fármaco	Dosis	Efectos adversos	Comentarios
Antipsicóticos Haloperidol	0.5- 1 mg de 2 a 4 veces al día vía oral, o cada 30-60 min vía intramuscular.( Dosis máxima 20 mg en 24 horas.)	Efectos extra piramidales, prolongación intervalo QT, torsades de pointes, síndrome metabólico con el uso prolongado.	Agente de elección. Evitar la vía IV, debido a corto intervalo de acción, si se utiliza realizar monitorización cardiaca.
Antipsicóticos Atípicos Olanzapina  Quetiapina:  Risperidona:	2.5 mg diarios, vía oral. (Máximo 20mg en 24 horas).  25 mg dos veces por día. 0.5 mg dos veces por día.	Efectos extra piramidales, prolongación intervalo QT, torsades de pointes.	Favorece el aumento peso uso crónico
Benzodiacepinas: Lorazepam	0.5 a 1 mg cada 4 horas vía oral.	Puede producir agitación paradójica, depresión respiratoria.	Puede producir mayor desorientación y agravar el delirium.

de efectos secundarios, el estado del paciente y la vía elegida de administración. Por convención, el haloperidol ha sido el agente de elección para el tratamiento del delirio.<sup>3,7,8</sup>

## PREVENCIÓN

La medida quizás más importante en el tratamiento del síndrome confusional agudo es prevenir la aparición del cuadro. El tratamiento preventivo reduce el número y duración de los episodios de delirium en pacientes ancianos ingresados en un hospital, hasta en el 50%. La evaluación y prevención se deben realizar al momento del ingreso al hospital y durante toda la estancia.<sup>7,8</sup>

## RESUMEN

El delirium se define como una enfermedad aguda, compuesta

por un síndrome de alteración fluctuante de la atención, la conciencia y la cognición. Es común en los adultos mayores en centros hospitalarios y asilos de ancianos; además puede indicar una condición que amenace la vida. Ciertos medicamentos, deficiencias sensoriales, deterioro cognitivo, y varias condiciones médicas son algunos de los factores de riesgo asociados con el delirio. Las intervenciones preventivas como la reorientación frecuente, la movilización precoz, el tratamiento del dolor, la nutrición adecuada, la hidratación, y garantizar patrones de sueño adecuados han demostrado reducir la incidencia de delirio, sin importar el entorno de la atención.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual

of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013. Web. [access date: 1 June 2013]. [dsm.psychiatryonline.org](http://dsm.psychiatryonline.org)

- Bernal D, Castro C, Duque L, Ospina S, Bernal J. Delirium: incidencia y características clínicas y epidemiológicas en un hospital universitario. *Rev Colomb Psiquiat* 2009; 38(3): 472-487.
- Duaso E, Formiga F, Rodríguez D. Tratamiento farmacológico del delirium. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008 Dic; 43 ( 3):33-37.
- Flaherty, J, Delirium. *Principles and Practice of Geriatric Medicine*. Pathy, J. Sinclair, A.J., Morley, J.E.(eds.) Wiley, West Sussex, England. 4th Edition 2006, pp 1047-1057.
- Holmes, J, Delirium. *ABC of Geriatric Medicine*. Cooper, N. Forrest, K. Mulley, G. (eds.) Blackwell Publishing Ltd., Oxford, UK. 1st Edition 2009, pp 11-15.
- Inouye, S, Fearing, M, Marcantonio, E, Delirium. *Hazard's Geriatric Medicine and Gerontology*. Halter, J, Ouslander, J, Tinetti, M, Studenski, S, High, K, Asthana, S. (eds.) McGraw-

- Hill Companies Inc., New York, United States. 6th Edition 2009, pp 647- 657.
7. Jiménez, M, Santeodoro, A, Lancho, E. Delirium o Síndrome Confusional Agudo. Tratado de Geriátría para Residentes. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Madrid, España. 2006, pp. 189- 198.
  8. Kalish V, Gillham J, Unwin B. Delirium in Older Persons: Evaluation and Management. *Am Fam Physician* 2014 Aug; 90(3): 150-157.
  9. Lázaro M, Ribera J. Síndrome confusional (delirium) en el anciano. *Psicogeriatría* 2009; 1 (4): 209-221.
  10. Soriano, R. Depression, Dementia, and Delirium. *Fundamentals of Geriatric Medicine A Case-Based Approach*. Springer, New York, United States. 5th Edition 2007, pp 236- 243.
  11. Vazquez FJ, Benchimol J, Giunta D, Cafferata C, Freixas A, Vallone M et al. Delirium en Ancianos Hospitalizados Seguimiento de 18 Meses. *Medicina* 2010; 70(1): 8-14.