

Delirium y disfunción cognitiva en el enfermo neurológico grave

Dr. Julio Alberto Cruz-Santana,* Dr. Raúl Carrillo-Esper**

* Unidad de Terapia Intensiva, Médica Sur.

** Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva. Fundación Clínica Médica Sur.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en
<http://www.medigraphic.com/rma>

El delirio es un síndrome caracterizado por la aparición aguda de la disfunción cerebral con un cambio o la variación en el estado mental de base, falta de atención, o bien, el pensamiento desorganizado o un nivel de alteración de la conciencia. Las características cardinales de delirio son:

- 1) Un nivel alterado de conciencia (es decir, una disminución de la claridad de la conciencia del medio ambiente), con una disminución de la capacidad para concentrarse, mantener o dirigir la atención,
- 2) Un cambio en la cognición (es decir, déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje), o el desarrollo de una perturbación perceptual (es decir, alucinaciones, delirios).

Otros síntomas comúnmente asociados con el delirio incluyen trastornos del sueño, la actividad anormal psicomotor y emocional, perturbaciones (es decir, el miedo, la ansiedad, la ira, la depresión, la apatía, euforia). Los pacientes con delirio pueden agitarse (hiperactivo delirio), la calma o letárgico (delirio hipoactivo), o puede fluctuar entre los dos subtipos. Delirio hiperactivo es más a menudo asociado con alucinaciones y delirios, mientras hipoactivo delirio a menudo se caracteriza por la confusión y sedación, y se diagnostica a menudo en pacientes de UCI.

El *delirium* en pacientes críticamente enfermos es ahora reconocido como un importante problema de salud pública, que afecta hasta un 80% de forma mecánica ventilado pacientes de la UCI de adultos, y con un costo de 4 a 16 mil millones de dólares anualmente tan sólo en los Estados Unidos.

En la última década, el estudio del delirio en pacientes de la UCI se ha expandido significativamente, pero la fisiopatología subyacente del delirio en pacientes en estado crítico permanece mal entendida. Impacto de delirio en los resultados del paciente en la UCI. *Delirium*, como una manifestación de la disfunción cerebral aguda, es una organización independiente e importante predictor de resultados clínicos negativos en pacientes de UCI, incluido el aumento de la mortalidad, la estancia hospitalaria, el costo de la atención, y deterioro cognitivo a largo plazo.

FACTORES DE RIESGO *DELIRIUM*

Cuatro factores de riesgo basales son positiva y significativamente asociados con el desarrollo de delirio en la UCI: preexistente demencia; historia de hipertensión y/o el alcoholismo; y una alta intensidad de la enfermedad al ingreso. Aunque la edad ha sido identificada como uno de los factores de riesgo más significativos para delirio fuera de la UCI, sólo dos estudios informaron que era significativa en pacientes de UCI, mientras que cuatro estudios informaron que era insignificante. Otro factor de riesgo independiente para el desarrollo de *delirium* en pacientes críticos es el coma. Ya sea debido a una condición neurológica primaria, estado de coma inducido por sedantes y coma multifactorial.

En cuanto a los medicamentos asociados con la presencia de delirio en pacientes de UCI como el uso de opioides y las benzodiacepinas los datos son contradictorios. En pacientes con asistencia respiratoria mecánica en situación de riesgo para el desarrollo de *delirium*, infusiones de dexmedetomidina para la sedación administrada puede estar asociada con una menor prevalencia de delirio en comparación con las benzodiacepinas.

PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DELIRIO EN LA UCI

El delirio puede ser un síndrome inducido por la enfermedad (por ejemplo, disfunción orgánica en la sepsis grave), por el cual la administración oportuna de la causa o causas es esencial para reducir la incidencia, la gravedad y la duración del delirio. Iatrogénica (por ejemplo, la exposición al uso de sedantes y medicamentos opiáceos) o ambiental (por ejemplo, restricciones físicas prolongadas o inmovilización). Los pacientes de la UCI deben ser evaluados para los factores de riesgos identificables y evitables, y las intervenciones terapéuticas deben ser evaluadas en términos de la probabilidad de que sea causar o exacerbar el delirio en pacientes individuales.

DETECCIÓN Y MONITOREO *DELIRIUM*

El *delirium* se asocia con una mayor mortalidad y días de estancia en la UCI y en el hospital y el desarrollo del deterioro cognitivo post-UCI. Este riesgo es independiente de la preexistente de comorbilidad, gravedad de la enfermedad, edad y otras variables. Dos estudios prospectivos de cohorte examinaron la relación entre el delirio en la UCI y posterior deterioro cognitivo, de ahí su importancia en la detección y tratamiento oportuno.

El personal de la UCI a menudo subestima la presencia de delirio en los pacientes, ya que con frecuencia se presenta como hipoactivo, el delirio puede detectarse tanto en pacientes de la UCI intubados y no intubados utilizando escala válida y herramientas confiables. En la mayoría de los estudios, la detección de delirio se mejoró cuando los médicos utilizaron una escala válida y fiable de evaluación de delirio. El método de evaluación de confusión para el UCI (CAM-ICU) y el *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (CILSS) son los más válidos. Las dos escalas demuestran buenas propiedades psicométricas (es decir, validez y fiabilidad), y están diseñadas explícitamente para su uso en la UCI, ambas demostraron alta sensibilidad y especificidad cuando se probó frente a los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría para el *delirium*⁽¹⁾.

PREVENCIÓN DE *DELIRIUM*

Estrategias de prevención del delirio pueden ser categorizadas como tratamiento no farmacológico (por ejemplo, la movilización precoz) y farmacológico. Se recomienda realizar la movilización precoz de los pacientes ingresados en la UCI de adultos siempre que sea posible para reducir la incidencia y la duración del delirio.

Aunque ningún estudio ha establecido la eficacia o la seguridad de cualquier agente antipsicótico en la gestión

del delirio en pacientes de la UCI, la administración de medicamentos antipsicóticos está avalada por diversas directrices internacionales especialistas, y más críticos de atención utilizan estos medicamentos para tratar a pacientes delirantes. No hay ensayos recientes que comprueben la seguridad y eficacia de haloperidol para el tratamiento del delirio en pacientes de UCI de adultos. Los datos sobre el uso de otros antipsicóticos en esta población de pacientes son igualmente escasos. Una reciente revisión Cochrane sobre el uso de antipsicóticos para el tratamiento del *delirium* no aborda la cuestión del uso de antipsicóticos en pacientes de la UCI.

Actualmente, no se sugiere el uso de haloperidol o antipsicóticos atípicos para prevenir el *delirium* en pacientes de la UCI, un reciente ensayo de calidad moderada demostró que la profilaxis con haloperidol en dosis bajas puede reducir la prevalencia de delirio en baja agudeza a ancianos pacientes postoperatorios que ingresan en la UCI⁽³⁾.

Otro estudio sugirió que una sola dosis de risperidona sublingual administrada inmediatamente después de la operación paracardiaca los pacientes de cirugía redujo la incidencia de delirio⁽⁴⁾.

En un estudio prospectivo, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo (n = 36) en la UCI, pacientes con delirio que recibieron quetiapina tuvieron una reducción en la duración del delirio⁽⁵⁾. Los pacientes con delirio que estaban siendo tratados con haloperidol fueron aleatorizados para recibir adicionalmente ya sea quetiapina 50 mg o placebo cada 12 horas. La dosis de quetiapina se aumentó en 50 mg si es más de una dosis de haloperidol se le dio en las 24 horas anteriores. A todos los pacientes se les permitió recibir haloperidol IV 1-10 mg cada dos horas según sea necesario. El uso de haloperidol no fue significativamente diferente entre los grupos⁽⁷⁾.

Dos ensayos controlados aleatorios que comparaban la sedación con benzodiazepinas vs. dexmedetomidina informó una reducción diaria significativa (~ 20%) en la prevalencia del delirio en los pacientes que recibieron dexmedetomidina⁽⁶⁾. Éstos llevaron a esta recomendación para el uso de la dexmedetomidina en lugar de las benzodiazepinas. Un éxito es implementar la estrategia basada en la evidencia, protocolo PAD integrado⁽⁹⁾. Utilizando un equipo interdisciplinario basado en la evidencia «mejores prácticas» a la cabecera del paciente, la variación de la práctica límite.

Los protocolos de interrupción sedante diario, monitoreo del delirio y la prevención, pueden ser la mejor estrategia, no obstante, delirio sólo puede ser evaluado en pacientes que son lo suficientemente capaces de interactuar y comunicarse con los médicos^(8,9).

Estas directrices son los principios que deben: 1) monitorizarse constantemente con herramientas de evaluación válidos y fiables; 2) recibir un tratamiento adecuado y preventivo para

el dolor; 3) recibir sedación sólo si es necesario y titularse para permitir la capacidad de respuesta.

CONCLUSIONES

El *delirium* es una de las complicaciones frecuentes en los pacientes graves y se considera un factor de riesgo

independiente; por ello es decisiva la identificación temprana por parte del personal de salud. Con base en la evidencia científica existen diferentes métodos de valoración rápida y sencilla como el CAM-ICU, la evaluación cotidiana y tratamiento oportuno son acciones que se reflejarán en la evolución y pronóstico de los enfermos.

REFERENCIAS

1. Gusmao-Flores D, Figueira-Salluh JI, Chalhoub RA, et al. The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Crit Care*. 2012;16:R115.
2. Riker RR, Shehabi Y, Bokesch PM, Ceraso D, Wisemandle W, Koura F, et al. Dexmedetomidine vs midazolam for sedation of critically ill patients: a randomized trial. *JAMA*. 2009;301:489-499.
3. Wang W, Li HL, Wang DX, et al. Haloperidol prophylaxis decreases delirium incidence in elderly patients after non cardiac surgery: a randomized controlled trial. *Crit Care Med*. 2011;40:731-739.
4. Prakanrattana U, Prapaitrakool S. Efficacy of risperidone for prevention of postoperative delirium in cardiac surgery. *Anaesth Intensive Care*. 2007;35:714-719.
5. Awissi DK, Bégin C, Moisan J, et al. I-SAVE study: impact of sedation, analgesia, and delirium protocols evaluated in the intensive care unit: an economic evaluation. *Ann Pharmacother*. 2012;46:21-22.
6. Shehabi Y, Grant P, Wolfenden H, et al. Prevalence of delirium with dexmedetomidine compared with morphine based therapy after cardiac surgery: a randomized controlled trial (dexmedetomidine compared to morphine-DEXCOM study). *Anesthesiology*. 2009;111:1075-1084.
7. Devlin JW, Roberts RJ, Fong JJ, et al. Efficacy and safety of quetiapine in critically ill patients with delirium: a prospective, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. *Crit Care Med*. 2010;38:419-427.
8. Banerjee A, Girard TD, Pandharipande P. The complex interplay between delirium, sedation, and early mobility during critical illness: applications in the trauma unit. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2011;24:195-201.
9. Rivoecchi R, Smithburger P, et al. Delirium: an evidence-based systematic review. *Critical Care Nurse*. 2015;35:39-51.
10. Barr J, Fraser-Puntillo K, Wesley E, Gélinas C, Dasta J, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit. *Crit Care Med*. 2013;41:263-306.