

CUERPO EDITORIAL

DIRECTOR

- Dr. Esteban Sanchez Gaitan, Hospital San Vicente de Paúl, Heredia, Costa Rica.

CONSEJO EDITORIAL

- Dr. Cesar Vallejos Pasache, Hospital III Iquitos, Loreto, Perú.
- Dra. Anais López, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Ingrid Ballesteros Ordoñez, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Dra. Mariela Burga, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú.
- Dra. Patricia Santos Carlín, Ministerio de Salud (MINSA). Lima, Perú.
- Dr. Raydel Pérez Castillo, Centro Provincial de Medicina Deportiva Las Tunas, Cuba.

COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. Zulema Berrios Fuentes, Ministerio de Salud (MINSA), Lima, Perú.
- Dr. Gerardo Francisco Javier Rivera Silva, Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.
- Dr. Gilberto Malpartida Toribio, Hospital de la Solidaridad, Lima, Perú.
- Dra. Marcela Fernández Brenes, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica
- Dr. Hans Reyes Garay, Eastern Maine Medical Center, Maine, United States.
- Dr. Steven Acevedo Naranjo, Saint- Luc Hospital, Quebec, Canadá.
- Dr. Luis Osvaldo Farington Reyes, Hospital regional universitario Jose María Cabral y Baez, Republica Dominicana.
- Dra. Caridad María Tamayo Reus, Hospital Pediátrico Sur Antonio María Béquez César de Santiago de Cuba, Cuba.
- Dr. Luis Malpartida Toribio, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú.
- Dra. Allison Viviana Segura Cotrino, Médico Jurídico en Prestadora de Salud, Colombia.
- Mg. Luis Eduardo Traviezo Valles, Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado” (UCLA), Barquisimeto, Venezuela.
- Dr. Pablo Paúl Ulloa Ochoa, Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”, Guayaquil, Ecuador.

EQUÍPO TÉCNICO

- Msc. Meylin Yamile Fernández Reyes, Universidad de Valencia, España.
- Lic. Margarita Ampudia Matos, Hospital de Emergencias Grau, Lima, Perú.
- Ing. Jorge Malpartida Toribio, Telefónica del Perú, Lima, Perú.
- Srita. Maricielo Ampudia Gutiérrez, George Mason University, Virginia, Estados Unidos.

EDITORIAL ESCULAPIO

50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica
Teléfono: 8668002
E-mail: revistamedicasinergia@gmail.com



ENTIDAD EDITORA

SOMEA
SOCIEDAD DE MEDICOS DE AMERICA
Frente de la parada de buses Guácimo, Limón. Costa Rica
Teléfono: 8668002
Sociedaddemedicosdeamerica@hotmail.com
<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>



Delirium en el adulto mayor

Delirium in the elderly



¹Dra. Carolina Blanco Artola

Investigadora independiente, Cartago, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0002-2519-349X>

²Dra. Natasha Gómez Solórzano

Hospital Carlos Luis Valverde Vega, Alajuela, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0003-4379-3234>

³Dr. Andrés Arce Chaves

Investigador independiente, San José, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0001-9006-4208>

RECIBIDO

12/11/2019

CORREGIDO

30/11/2019

ACEPTADO

2/1/2020

RESUMEN

El delirium en el adulto mayor es una complicación común observada en pacientes adultos mayores. Se puede clasificar en tres tipos según el nivel de estado de alerta y actividad física del paciente, estos son hiperactivo, hipóxico y mixto. Todos los pacientes manifiestan principalmente una alteración del estado de conciencia y falta de atención. Para diagnosticarla se utilizan los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición. El manejo inicial se basa en tratamiento farmacológico y no farmacológico.

PALABRAS CLAVE: delirium; demencia; conciencia; cognición.

ABSTRACT

Delirium in the elderly is a common complication observed in elderly patients, it can be classified into three types according to the level of alertness and physical activity of the patient, these are hyperactive, hypoactive and mixed. All patients manifested primarily by altered state of consciousness and lack of attention. To diagnose it, the diagnostic criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders are used in its fifth edition. Initial management is based on pharmacological and non pharmacological treatment.

KEYWORDS: delirium; dementia; awareness; cognition.

¹Médico general, graduada de la Universidad Latina de Costa Rica (U.Latina).
cod.[MED16171](#).
cpa25@hotmail.com

²Médico general, graduada de la Universidad Latina de Costa Rica (U.Latina).
cod. [MED15565](#).
natashagomez21@gmail.com

³Médico general, graduado de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED).cod. [MED16040](#).
andresyesu92@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El delirium se define como una alteración aguda en la atención y la cognición que se desarrolla en un corto período de tiempo. Es la complicación más común que afecta a pacientes mayores de 65 años, puede ser una afección potencialmente mortal, pero a menudo se puede prevenir (1). Es un conjunto de síntomas clínicos asociados con alteración aguda de la conciencia. El delirium se puede clasificar en tres tipos según el nivel de estado de alerta y actividad física del paciente. Estos tipos son: hiperactivo, hipoactivo, y mixto (2).

La detección temprana y el manejo adecuado son los factores más importantes para la prevención y el tratamiento del delirium, se puede prevenir y tratar con una eliminación de sus causas subyacentes, la detección temprana a través de un examen inicial exhaustivo en pacientes con alto riesgo, además de síntomas previos (3). Se asocia con un mayor riesgo de muerte, una estadía prolongada en el hospital y demencia en los ancianos (4).

El objetivo es proporcionar una actualización del tema y una guía resumida para el médico en su práctica clínica.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica donde se utilizaron artículos de los últimos 5 años, seleccionados de bases de datos de Elsevier, The Journal of Nursing Research, Japan Journal of Nursing Science, BMJ Journals, además de otros artículos de revisión brindados por el BINASS. Se tomaron en cuenta artículos en español e inglés, enfocados

en las generalidades del tema además de artículos actualizados en los últimos años. Se utilizaron un total de 15 referencias bibliográficas.

EPIDEMOLOGÍA

El delirium se presente en mayor cantidad en personas mayores hospitalizadas. Los porcentajes varían según los autores, en el caso del ámbito hospitalario, utilizando los criterios diagnósticos del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) se ha encontrado delirium en hasta un 22% de pacientes adultos mayores al ingreso, y hasta un 31% durante la hospitalización. En el caso particular después de una fractura de cadera la incidencia varía del 28% al 61%.

Acerca de la prevalencia se estima que es de un 29% en el hospicio y de un 14% en la comunidad (5). Se ha asociado constantemente con malos resultados, incluida la mortalidad. Un estudio reciente mostró que el delirium se asoció con un deterioro persistente y clínicamente significativo de la recuperación funcional hasta 18 meses después de asociado el evento (1).

FISIOPATOLOGÍA

En vista de la compleja causalidad multifactorial del delirium, probablemente no se descubrirá una sola causa o mecanismo causante del mismo. La evidencia acumulada sugiere que múltiples factores biológicos resultan en la interrupción de las redes neuronales a gran escala en el cerebro, lo que lleva a una disfunción cognitiva aguda. Algunos de los principales mecanismos

postulados para contribuir al delirium incluyen neurotransmisores, inflamación, estresores fisiológicos, trastornos metabólicos, trastornos electrolíticos y factores genéticos (6). Aunque muchos neurotransmisores y biomarcadores diferentes están implicados en el delirio, uno de los mecanismos de delirium considerados con mayor frecuencia es la disfunción colinérgica. La acetilcolina juega un papel clave en la mediación de la conciencia y los procesos de atención, y por lo tanto puede contribuir al estado de confusión aguda, a menudo con alteraciones de la conciencia, observadas con el delirium (1).

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo predisponentes que se citan con mayor frecuencia incluyen: edad mayor de 65 años, deterioro funcional, afecciones neuropsiquiátricas preexistentes y la presencia de múltiples comorbilidades médicas (7). La demencia es el factor de riesgo más significativo, cuanto más avanzada la demencia mayor es el riesgo, además de demencia, fragilidad, dependencia de drogas y alcohol, polifarmacia, multimorbilidad, sexo masculino y depresión (8). El delirium se caracteriza por cambios en el estado mental basal, de ahí la importancia de hablar con un cuidador o familiar informado para establecer la función cognitiva, física y la capacidad independiente del paciente para realizar actividades de vida diaria (8).

FACTORES PRECIPITANTES

El delirium se desencadena cuando el paciente está expuesto a múltiples

factores precipitantes, tales como: infección, medicamentos, dolor y deshidratación (9).

Además, se conocen otros factores relevantes como lo son las infecciones del tracto urinario, neumonía, fractura de hueso, anemia, desordenes hidroelectrolíticos e insuficiencia hepática (10). Los medicamentos más comúnmente asociados con el delirium son: antihistamínicos (difenhidramina), antiespasmódicos (oxibutinina), antieméticos, drogas antiparkinsonianas, antipsicóticos, benzodiacepinas, anticonvulsivantes, narcóticos para el dolor (meperidina), digoxina, β -Bloqueadores, corticosteroides, agentes antiinflamatorios no esteroideos y algunos antibióticos (11).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El delirium es un trastorno agudo de la atención y la conciencia que se observa con relativa frecuencia en las personas mayores, es decir, aquellos de 65 años o más. La alteración generalmente se desarrolla durante un corto período de tiempo (horas a algunos días) y tiende a fluctuar en severidad durante el transcurso de un día, también puede ocurrir una alteración adicional en la cognición (por ejemplo, déficit de memoria, desorientación, lenguaje, capacidad visoespacial o percepción), además de alteraciones en el comportamiento psicomotor, la emoción y el ciclo sueño-vigilia (9).

Los pacientes suelen comenzar con desorientación temporo-espacial, aumento o disminución de la actividad psicomotriz y con trastorno del ciclo vigilia-sueño. Fases de agitación psicomotriz y desorientación suelen

alternar con fases de somnolencia diurna. Por tanto, el delirium suele desarrollarse durante la noche y en lugares con escaso estímulo ambiental y desconocido para el paciente. Por todo ello, el delirium debe ser entendido como una enfermedad médica potencialmente tratable y, lo que es más importante, prevenible (12).

Es un diagnóstico clínico y requiere el cumplimiento de cinco criterios de acuerdo con el DSM-5, el quinto criterio requiere que se encuentre una causa y esto exige una evaluación médica completa (7).

Criterios diagnósticos del DSM-5

- A. Una alteración de la atención (p.ej., capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno).
- B. La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.
- C. Una alteración cognitiva adicional (p.ej., déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).
- D. Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.
- E. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen datos indicando que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una

intoxicación o una abstinencia por una sustancia (p.ej., debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El cuadro clínico del delirium se caracteriza por una alteración de la conciencia, acompañado de cambios cognitivos y conductuales globales. Cuatro características centrales definen el delirio en la actualidad: una alteración de la conciencia, de la cognición, curso limitado y una causa externa. Hay una fluctuación diurna en el estado de confusión marcado por alteración de la conciencia, atención y otras funciones cognitivas tales como el comportamiento psicomotor, la emoción, así como el ciclo de sueño-vigilia. El delirium a menudo dura unas pocas horas o días; sin embargo, si no se detecta y trata adecuadamente, puede persistir durante semanas o meses (9).

A pesar de las precauciones, el delirium es inevitable por lo cual se debe de estar familiarizado con las características típicas y las presentaciones variadas de esta afección. Una historia clínica y un examen físico detallado permite la adecuada detección y tratamiento de las causas subyacentes (9).

Según Lipowski existen tres tipos clínicos de presentación (12):

- 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. Es el más fácil de diagnosticar por los síntomas tan floridos.

- 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. Se desarrolla en un 20-25%. Son los más difíciles de identificar, pues sus síntomas no son tan evidentes.
- Mixto: Supone el 35-50% de los síndromes confusionales. Alternan la hiper e hipoactividad en el tiempo.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

El objetivo del tratamiento no farmacológico es proporcionar un entorno optimizado y seguro, tratar las causas reversibles, controlar los síntomas con intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, comunicarse con los pacientes y sus familiares (13).

Intervención ambiental: habitación iluminada, el paciente no debe estar aislado, mantener un acompañante permanente, no deberá estar en la misma habitación que un paciente delirante, ayuda para mantener la orientación un reloj y un calendario, proporcionarle información sobre su estancia, motivo de ingreso, proporcionarle las gafas o el audífono si los usaba, intentar la movilización precoz del paciente, un adecuado ritmo sueño-vigilia , e incorporar a los familiares en los cuidados del enfermo (12).

Si es necesario, utilizar alfombrillas equipadas con alarmas de presión que alertan a las enfermeras si un paciente sale de la habitación o lejos de la cama, además de retirar los objetos peligrosos, camas altas y cables eléctricos (13).

Se deberá evitar el uso de sedantes e hipnóticos, como benzodiacepinas, salvo para el tratamiento de la abstinencia del alcohol o fármacos (12).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico del delirium, en los ancianos, cuando sea necesario, necesita monitoreo y consideración cuidadosa entre los beneficios potenciales y los posibles efectos secundarios que pueden conducir al deterioro mental del adulto mayor (14).

Lo fundamental es tratar la causa de base, controlando simultáneamente los síntomas del síndrome confusional agudo (12). 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 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 delirium (5). El haloperidol debe utilizarse con extrema precaución debido al riesgo existente de sedación excesiva en los pacientes de edad avanzada, esto porque la vida media del medicamento puede ser más larga (14).

Las benzodiazepinas se usan comúnmente para tratar el delirium en adultos más jóvenes, las pautas recomiendan que estos medicamentos

se eviten como monoterapia a menos que se trate de un delirium debido a la abstinencia de alcohol o benzodiacepinas. En los adultos mayores, las benzodiazepinas pueden precipitar o empeorar el delirium y pueden causar efectos secundarios graves, como sedación excesiva, desinhibición, ataxia y confusión (11).

No se trata de sedar a paciente, sino de aminorar los síntomas, estando el paciente lo más despierto posible. La sedación excesiva puede dar complicaciones, como microaspiraciones, apneas o inmovilidad (12).

Los anticolinérgicos no se recomiendan en los ancianos, ya que pueden causar confusión u otros efectos de visión borrosa, estreñimiento y retención urinaria (14).

PREVENCIÓN

El delirium es considerado una emergencia médica, dado a esto todos los pacientes mayores de 65 años deben ser evaluados como parte de la rutina inicial (15).

El personal médico juega un papel clave y tiene la responsabilidad principal de la detección y el tratamiento del delirium (14), además del reconocimiento de los factores de riesgo y los repetidos exámenes clínicos, que son a menudo las claves para un adecuado manejo (16). Por lo tanto, es esencial que las enfermeras que pasan más tiempo que los médicos en el cuidado de los pacientes desempeñen un papel clave en

el reconocimiento del delirium, debido al contacto frecuente y continuo con los pacientes, ya que pueden observar mejor las fluctuaciones en la atención, el nivel de conciencia y la función cognitiva (14).

CONCLUSIÓN

El delirium es una de las complicaciones más comunes observada en los pacientes adultos mayores, puede ser detectada mediante una evaluación inicial rigurosa y un buen manejo multidisciplinario por parte del personal médico. Actualmente para el manejo del delirium se cuenta con 2 tipos de tratamiento, el no farmacológico se encarga de todas aquellas medidas de control para proporcionar un entorno óptimo y seguro además el promover un adecuado ciclo de sueño y vigilia es fundamental para el paciente; como tratamiento farmacológico se utiliza el haloperidol como primera línea de tratamiento, con el cual es necesario un monitoreo y consideración cuidadosa entre los beneficios potenciales y los posibles efectos secundarios que pueden conducir al deterioro mental del adulto mayor, además es importante evitar que los pacientes se hagan daño y proteger la integridad física del personal. Las benzodiacepinas son efectivas para el delirium que se asocia con convulsiones o abstinencia por alcohol, por lo tanto, se recomienda tener alta sospecha y utilizar los criterios mencionados para un adecuado manejo del adulto mayor y así mejorar la calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Hsieh TT, Inouye SK, Oh ES. Delirium in the Elderly. *Psychiatric Clinics of North America*. 2018 03;41(1):1-17. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.10.001>

2. Lin W, Chan Y, Wang J. Factors Associated With the Development of Delirium in Elderly Patients in Intensive Care Units. *Journal of Nursing Research.* 2015 04:1. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000082>
3. Jeong E, Chang SO. Exploring nurses' recognition of delirium in the elderly by using Q-methodology. *Japan Journal of Nursing Science.* 2017 Dec 20;15(4):298-308. <https://doi.org/10.1111/jjns.12199>
4. Sri-on J, Vaniskulbadee A, Niruntarai S, Tirrell G, Liu S. 221 The Prevalence, Risk Factors and Short-Term Outcomes of Delirium in Thai Elderly Emergency Department Patients. *Annals of Emergency Medicine.* 2014 Oct;64(4):S79-S80. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.07.248>
5. Quesada A. Delirium en el Adulto Mayor. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXII.* 2015; (614) 3 – 7.
6. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS, Kimchi EY, Cleinman AA. Delirium in elderly people – Authors'reply. *The Lancet.* 2014 06;383(9934):2045. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60994-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60994-6)
7. Schenning KJ, Deiner SG. Postoperative Delirium in the Geriatric Patient. *Anesthesiology Clinics.* 2015 09;33(3):505-516. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2015.05.007>
8. To Todd OM, Teale EA. Delirium: a guide for the general physician. *Clinical Medicine.* 2016 Dec;16(Suppl 6):s98-s103. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.16-6-s98>
9. Popp J, Kukreja D, Günther U. Delirium in the elderly: Current problems with increasing geriatric age. *Indian Journal of Medical Research.* 2015;142(6):655. <https://doi.org/10.4103/0971-5916.174546>
10. Piotrowicz K, Klich-Rączka A, Pac A, Zdzienicka A, Grodzicki T. The diurnal profile of melatonin during delirium in elderly patients—preliminary results. *Experimental Gerontology.* 2015 Dec;72:45-49. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2015.09.007>
11. Rosen T, Connors S, Clark S, Halpern A, Stern ME, DeWald J, Lachs MS, Flomenbaum N. Assessment and Management of Delirium in Older Adults in the Emergency Department. *Advanced Emergency Nursing Journal.* 2015;37(3):183-196. <https://doi.org/10.1097/tme.0000000000000066>
12. Jiménez MA, Santeodoro AG, Lancho EV. Delírium o Síndrome Confusional Agudo [Internet]. Información y actualidad de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2018 [cited 2019Nov13]. Available from: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatrica/PDF/S35-05_18_II.pdf.
13. Hosker CMG, Bennett MI. Delirium and agitation at the end of life. *BMJ.* 2016 06 09;i3085. <https://doi.org/10.1136/bmj.i3085>
14. Florou C, Theofilopoulos D, Tziaferi S, Chania M. Post-Operative Delirium in Elderly People Diagnostic and Management Issues of Post-Operative Delirium in Elderly People. *Advances in Experimental Medicine and Biology GeNeDis.* 2016. 2017;301-12. https://doi.org/10.1007/978-3-319-57379-3_27
15. Paulo M, Scruth EA, Jacoby SR. Dementia and Delirium in the Elderly Hospitalized Patient. *Clinical Nurse Specialist.* 2017;31(2):66-69. <https://doi.org/10.1097/nur.0000000000000271>
16. Cudennec T, Goëau-Brissonnière O, Coscas R, Capdevila C, Moulias S, Coggia M, Teillet L. Delirium in Elderly Vascular Surgery Patients. *Annals of Vascular Surgery.* 2014 04;28(3):781-786. <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2013.08.013>