



FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

Carta de la salud

ISSN 1900-3560

Marzo 2022 #309

Delirium o estado confusional agudo

Hernán G. Rincón H¹, Alejandra Marín M², Cristhian Cordero³, Joseph Perea⁴, María I. Velasco⁵, Ángela Marulanda⁶.

Médico Institucional, psiquiatra de enlace, Profesor U. Icesi¹

Estudiante de pregrado en Medicina, Universidad Icesi²

Médico residente de postgrado en Psiquiatría, Universidad Icesi³

Médico general, Servicio de Urgencias⁴

Enfermera, Unidad de Cuidados Intensivos⁵

Medica internista, intensivista⁶

INTRODUCCIÓN

Se denomina delirium o estado confusional agudo a un cuadro clínico mental de confusión temporal y cambiante. Es más frecuente en personas mayores de 65 años (pero se puede presentar a cualquier edad) durante una hospitalización para un tratamiento médico o quirúrgico, en presencia de varias enfermedades simultáneas o cuando la persona está internada en la unidad de cuidado intensivo.

Los signos y síntomas característicos del delirium se presentan principalmente por una alteración en las

funciones cognitivas. Por ejemplo, la persona pierde la capacidad de hacer cuentas sencillas o su lenguaje se ve afectado. También puede disminuir el estado de alerta, que se manifiesta con somnolencia, y en otros casos la persona puede estar muy inquieta.

En resumen, este es uno de los diagnósticos neurocognitivos con manifestaciones psiquiátricas más frecuentes en el ámbito hospitalario. Es importante reconocerlo y diagnosticarlo, debido al impacto físico, emocional y en el sistema neurológico de quien lo padece.



Diversos estudios han demostrado que sufrir un episodio de delirium puede aumentar al doble la posibilidad de desarrollar patologías crónicas, como la demencia, e incluso la posibilidad de morir. Además, ha sido asociado a la disminución sostenida de la función física, y a un aumento del 30% en los costos médicos, en comparación con pacientes con episodios médicos similares, pero sin alteración psiquiátrica.

Descripción de un caso de delirium

A continuación, se plantea un caso hipotético con el objeto de ilustrar e informar mejor sobre esta patología.

Caso de Pedro

Pedro es un hombre de 79 años que estudió hasta quinto de primaria y trabajó en un ingenio azucarero hasta los 62 años. Durante los últimos 40 años consumió 10 cigarrillos diarios y una botella de aguardiente cada fin de semana. Aunque le diagnosticaron hipertensión arterial, diabetes e insuficiencia renal, no seguía de manera estricta las recomendaciones y el tratamiento. Desde hace 10 años, su salud se ha deteriorado. Su enfermedad renal generó que la presión arterial y la diabetes empeoraran y desde hace una semana está hospitalizado.

Hace cinco días presenta insomnio y sueño durante el día. Su hija Martina nota que se desorienta en el día, olvida la fecha, la hora y el lugar donde está. A veces no la reconoce a ella. Por momentos se ve ansioso, irritable y confunde a los enfermeros con extraños que le quieren hacer daño. En ocasiones afirma que se encuentra en el ingenio y que ve pájaros en la habitación del hospital, en otros momentos no se le entiende lo que dice.

Esto se alterna con momentos de lucidez y tranquilidad. Cuando está orientado duerme en las noches, reconoce a su hija, el lugar y el motivo de su hospitalización. Los médicos explican que estaba deshidratado, tenía alteración de los electrolitos, el nivel de glicemia y una infección en la orina. Además, afirman que presenta un delirium hiperactivo multifactorial (causado por múltiples factores).

Características del cuadro clínico

El delirium, también conocido como síndrome confusional agudo, es un trastorno de etiología compleja y multifactorial. Aparece durante el curso de una enfermedad orgánica subyacente. Puede presentarse a cualquier edad, pero se da con mayor frecuencia en adultos mayores de 65 años.

La principal característica de esta patología es la alteración de la atención (inatención), seguida de una alteración en el nivel de conciencia (que abarca desde un estado de gran somnolencia hasta uno de agitación severa); conducta y pensamientos desorganizados; déficits cognitivos como problemas de memoria, lenguaje, entre otros;

desorientación; alteraciones del sueño o alteraciones emocionales. Los síntomas aparecen usualmente de forma brusca y tienden a fluctuar a lo largo del día; generalmente se pueden manifestar con una duración que puede ser de pocos días, varias semanas o meses. Incluso puede persistir sin resolución.



Factores predisponentes y precipitantes

El delirium es potencialmente prevenible y tratable, por lo que se deben identificar las condiciones que pueden predisponer o precipitar su aparición. El primer factor de riesgo es la edad. En el siguiente listado se describen las condiciones que predisponen al desarrollo de delirium, clasificadas según la relación con el momento de la admisión a un centro hospitalario.

Factores predisponentes

- Edad mayor a 65 años.
- Trastornos de la memoria o comportamiento (demencia).
- Nivel educativo bajo.
- Presencia concomitante de múltiples enfermedades.
- Estado general de fragilidad física.
- Discapacidad visual y auditiva.
- Trastornos mentales (depresión, ansiedad, otros trastornos).
- Historia de abuso de alcohol.
- Nutrición pobre.
- Uso crónico de medicamentos opioides o sedantes.
- Enfermedades neurológicas y deficiencias cognitivas.

Factores relacionados con la causa de consulta

- Intervenciones quirúrgicas.
- Deshidratación.
- Infecciones agudas.
- Infección concomitante en diferentes sistemas (sepsis).
- Alteraciones del hígado o riñón.

- **Síndrome de abstinencia (alcohol u otras sustancias).**
- **Convulsiones.**
- **Falla cardíaca.**
- **Requerimiento de soporte para respirar (ventilación asistida).**
- **Necesidad de múltiples medicamentos.**

El delirium puede superponerse a una demencia (actualmente conocida como trastorno neurocognitivo mayor) o evolucionar hacia ella. Dar manejo adecuado a las condiciones subyacentes es un pilar fundamental en la prevención y el tratamiento del delirium.

Diagnóstico

El delirium es un cuadro de tipo clínico, que constituye una prioridad dentro del ámbito hospitalario y debe ser identificado de manera rápida y eficaz, para su tratamiento oportuno.

Como se mencionó antes, el delirium característicamente inicia de manera aguda o súbita. Fluctúa en intensidad durante el transcurso del día e incluye diversas manifestaciones clínicas, que van desde alteraciones leves (desorientación en tiempo y lugar), hasta alteraciones que ponen en riesgo la vida del paciente.

Usualmente el examen mental del paciente evidencia dificultad para realizar tareas de la vida diaria: pérdida de la memoria, somnolencia o hiperactividad, agresividad con sus familiares, un discurso ilógico, incluso alucinaciones auditivas o visuales.

Es por ello que, dada su amplia sintomatología, para su correcto diagnóstico existen criterios que ayudan al equipo médico a detectarlo oportunamente. Los más conocidos y extendidos son los del Manual Estadístico Norteamericano de Enfermedades Mentales, que incluyen alteraciones en cinco aspectos:

- (1) Nivel de conciencia y atención.
- (2) Inicio súbito con cambios frecuentes de intensidad.
- (3) Alteraciones en memoria o expresión del lenguaje.
- (4) Los cambios no son producidos por otra enfermedad.
- (5) Hay una enfermedad somática (sensación corporal normal o que genera malestar y que, generalmente, no significa una enfermedad grave) que usualmente explica las alteraciones.

Una vez se sospecha clínicamente de un cuadro de delirium, puede aplicarse una escala, por ejemplo, el CAM o el CAM-UCI, con el fin de corroborar el diagnóstico e iniciar su manejo adecuado.

Experiencia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Los pacientes en condición crítica tienen alto riesgo de desarrollar delirium, por las alteraciones orgánicas que presentan, los medicamentos que requieren o por las condiciones propias de la unidad: monitores funcionando 24 horas, una frecuente realización de exámenes de

laboratorio, procedimientos invasivos y otros factores que pueden alterar los ciclos de sueño (ritmo circadiano).

Pese al reto impuesto por el aislamiento, en contexto de la pandemia por SARS-CoV-2, la Fundación Valle del Lili ha hecho lo posible por flexibilizar el ingreso de acompañantes, facilitar el acceso a dispositivos de uso del paciente (anteojos, audífonos, etc.) y monitorear la presencia de delirium frecuentemente, ya que está demostrado que la presencia de familiares y el contacto con la realidad a través de los dispositivos, favorece la orientación en tiempo y espacio y disminuye la agitación.

Tratamiento con base en cuidados no farmacológicos

Los cuidados de enfermería son fundamentales para los pacientes con delirium. Se debe plantear un plan de cuidados individualizado y multidisciplinario, en el cual médicos, enfermeras, terapeutas, fisioterapeutas y trabajadores sociales busquen proporcionar un entorno confortable y seguro, para así poder tratar las causas potencialmente reversibles y controlar los síntomas con intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.

El principal objetivo de las intervenciones no farmacológicas, con base en el cuidado de enfermería, es prevenir el delirium a través de una mejora en el confort del paciente con su entorno.

Las intervenciones a cargo del equipo médico con apoyo de la familia son:

- Reducir, cuando sea posible y el estado clínico lo permita, el tiempo y la necesidad de mantener al paciente conectado a equipos de infusión venosa, sueroterapia o sondajes, porque los pacientes con delirium tienen mala tolerancia a estos equipos y tienden a arrancárselos o a hacerse daño con ellos.
- Ubicar el paciente en un entorno iluminado donde pueda distinguir el día de la noche. La iluminación nocturna debe ser suave.
- Disminuir el ruido excesivo dentro de la habitación. Preferiblemente poner música relajante que reduzca la ansiedad.
- Favorecer la presencia de objetos rutinarios del paciente: fotos familiares o elementos a los que les tenga gran cariño, para ayudarlo a mantener la atención.
- Propiciar una correcta higiene del sueño. Acostar y levantar al paciente a una misma hora y evitar siestas prolongadas durante el día.
- Facilitar el contacto con el cuidador principal; es ideal que el paciente tenga un acompañante las 24 horas. Los profesionales de la salud que traten al paciente deben identificarse, hablar en tono familiar y llamar al paciente por su nombre, orientándolo y transmitiéndole calma y seguridad.

- Garantizar el acceso de dispositivos de ayuda auditiva (audífonos), visual (gafas, lentes), ayudas para la motricidad (caminador, silla de ruedas) o una caja de dientes, necesarios para poder vincular al paciente con el entorno y las actividades diarias.
- Priorizar la nutrición e hidratación del paciente, disminuir horas de ayuno, calmar su sed, darle alimentos que consuma rutinariamente.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico del delirium se debe realizar en situaciones precisas: cuando ha fracasado el tratamiento no farmacológico o existe agitación psicomotriz, alucinaciones o insomnio, poniendo en riesgo la integridad del paciente o de quienes lo rodean. Siempre se debe acompañar la estrategia farmacológica de la no-farmacológica, para garantizar mayor efectividad. Los medicamentos con mejores resultados y que son más utilizados, principalmente en el delirium hiperactivo, son los llamados neurolepticos, que a menudo son utilizados en otras enfermedades mentales. Sin embargo, en el manejo del delirium se usan dosis más bajas de las usuales, para ayudar a disminuir los síntomas de inquietud, controlando la hiperactividad del sistema nervioso.

Algunos medicamentos utilizados como sedación en las unidades de cuidado intensivo también pueden ayudar en el manejo del delirium. A criterio de los médicos tratantes pueden utilizarse o dejarse de utilizar algunos medicamentos para evitar que afecten al paciente. Finalmente, es importante recordar dirigir el tratamiento mediante la valoración individualizada de las necesidades y síntomas específicos de cada paciente.

Rehabilitación

La rehabilitación inicia desde el momento que se identifica y diagnostica el delirium. Es fundamental el manejo interdisciplinario, en lo posible disminuyendo la restricción física o aplicándola de manera intermitente y con apoyo de la familia, para evitar que el paciente pueda hacerse daño y promoviendo la pronta recuperación de la movilidad, siguiendo el concepto médico.

Pronóstico

Esta patología tiene un gran impacto en la salud, especialmente en personas mayores y en entornos críticos como la UCI. Los resultados pueden variar desde mayor probabilidad de hospitalización con estancia prolongada, debido al deterioro funcional y cognitivo, hasta una mortalidad elevada (aproximadamente el doble que en los pacientes sin delirium), más común en quienes presentan patologías subyacentes graves o demencia concomitante.

En muchos casos, de acuerdo a la edad y condición general del paciente, el delirium es potencialmente reversible. Sin embargo, en otros casos la disfunción cognitiva y otras alteraciones emocionales pueden prolongarse por meses e incluso hacerse permanentes. En algunos estudios se ha evidenciado deterioro hasta 5 años después del alta.

Cuándo consultar

Es fundamental que los participantes de la red de apoyo del paciente logren identificar los signos de alarma para consultar al servicio de urgencias: agitación psicomotriz o agresividad, alucinaciones, alteraciones graves del sueño, alteraciones motoras y del comportamiento (rigidez, movimientos acelerados o extraños, ausencia del habla), ideas delirantes y cambios bruscos del estado de ánimo.

En caso de identificar otras manifestaciones clave como desorientación, confusión, alteración de la atención, somnolencia o ansiedad, deben alertar al familiar de la conveniencia de acudir a una consulta externa.

Reconocimiento

Este documento utilizó como referencia la Guía de manejo del delirium de la Fundación Valle del Lili, la cual fue desarrollada por un grupo académico de la Fundación Valle del Lili y la Universidad Icesi.

Referencias:

- Barbateskovic M, et. al. BMJ open. 2019
- Davis D, et. al. Age Ageing. 2019
- Devlin JW, et. al. Critical care medicine. 2018
- Maldonado JR. Critical care clinics. 2017

COMITÉ EDITORIAL

- Dra. Marcela Granados • Dr. Jorge M. Madriñán
- Dr. Luis A. Escobar • Dra. Diana A. Prieto
- Dra. Zamira Montoya • Dr. César A. Arango
- Dr. Fernando Sanabria • Dr. Ludwig Luis Antonio Albornoz
- Dra. Mónica A. Villegas • Enfermera, Julia A. Leal
- Nutricionista, Jeannina Escalante Flórez
- Coordinadora de Comunicaciones, María Isabel Sánchez
- Comunicadora, Susana Serrano • Abogado, Camilo A. García

Dirección: Cr. 98 # 18-49

Tel: (602) 331 9090 - Santiago de Cali

E-mail: cartadelasalud@fvl.org.co

Citas: centraldecitas@fvl.org.co

Versión digital disponible en
www.valledelili.org/cartadelasalud

Diagramación: Daniela Gutiérrez Calderón



fvlcali



fvltv



@FVLCall



@fundacionvalledelili



Fundacion Valle del Lili



Fundacion Valle del Lili



El País



FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad