

BASES DE LA MEDICINA CLÍNICA

Unidad:
GERIATRÍA

Tema:
SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (DELIRIUM)

Dr. Patricio Fuentes Guglielmetti



INTRODUCCIÓN

El Delirium, descrito desde la era hipocrática y cuyo significado derivado del latín es “fuera del camino”, es un síndrome de confusión mental, caracterizado por una transitoria disfunción cognitiva global, habitualmente reversible y expresado a través de una constelación de manifestaciones neuropsiquiátricas, donde predomina el defecto atencional. Desafortunadamente, el concepto delirium aún no ha sido completamente incorporado en el léxico médico, persistiendo todavía términos como estado confusional agudo, encefalopatía tóxico-metabólica o psicosis exógena. Esta condición se puede deber a múltiples causas y debe ser considerada una emergencia médica ya que se asocia con significativa morbilidad y mortalidad. Especialmente en personas mayores, el delirium puede derivar en hospitalización prolongada, aumento de complicaciones médicas, incremento de los costos y discapacidad prolongada.

EPIDEMIOLOGÍA

Tiene una prevalencia de 14 a 24% y una incidencia que fluctúa entre 6 a 56% entre los ingresos de un hospital general. Las más altas tasas de ocurrencia son evidentes en el hospital, especialmente en unidades de postoperatorios y cuidado intensivo, como así también en casas de reposo. Ocurre en un 15 a 53% de los postoperatorios en adultos mayores y en un 70 a 87% de aquellos que permanecen en UCI. Se ha observado una tasa de mortalidad, en pacientes hospitalizados con delirium, en un rango que va de 22 a 76% (tan alta como en infarto miocárdico o sepsis).

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

El mecanismo del delirium aún no es completamente comprendido. Las principales hipótesis involucran a múltiples anomalías en neurotransmisores y a un deterioro reversible del metabolismo oxidativo cerebral.

Se considera a la acetilcolina un neurotransmisor crítico en la patogenia del delirium, porque se sabe que medicamentos anticolinérgicos producen estados confusionales, que pacientes con enfermedad de Alzheimer son particularmente susceptibles y que en el delirium post-quirúrgico se produce un incremento en la actividad anticolinérgica sérica. Con respecto a los medicamentos, es interesante

tener presente que numerosos fármacos de uso común tienen significativos efectos anticolinérgicos, los que agrupados por su riesgo en un Anticholinergic Risk Scale permiten su utilización con especial precaución en personas mayores.

Otros neurotransmisores invocados como participantes en la fisiopatología del delirium son la serotonina, dopamina y GABA. Específicamente, una alteración de la relación triptófano- fenilalanina puede resultar en exceso o déficit de serotonina y conducir a delirium.

Asimismo, se ha postulado como otro posible mecanismo el inflamatorio, al detectarse liberación de citoquinas como IL-1 e IL-6 en delirium asociados a sepsis, trauma y cáncer.

Finalmente, cualquiera sea la hipótesis propuesta se estima que existirían susceptibilidades genéticas individuales sobre las cuales interactuarían uno o más de estos agentes y mecanismos.

CUADRO CLÍNICO

El delirium se ha clasificado en tres subtipos clínicos: (1) *hipoactivo*, que es el más frecuente, caracterizado por enlentecimiento psicomotor, letargia, sedación y disminuida conciencia del medio ambiente; puede confundirse con depresión o con sobreefecto de psicofármacos, (2) *hiperactivo* caracterizado por inquietud, agitación, hipervigilancia, alucinaciones e ideas delirantes y (3) *mixto* en que se alternan períodos de hipoactividad y somnolencia con hiperactividad y agitación.

Anamnesis

El diagnóstico de delirium es clínico y como ningún test de laboratorio puede diagnosticarlo, obtener una historia completa es esencial. Es decir, este diagnóstico clínico está basado en la observación al lado de la cama y obviamente, como el paciente estará confuso resultará indispensable obtener esta historia desde un informante confiable, que puede ser un familiar o su cuidador. Es indispensable clarificar el momento de inicio del cuadro, sus manifestaciones clínicas, como alucinaciones o trastornos del sueño, la eventual fluctuación y los posibles factores gatillantes.

Examen físico

Será necesario un examen físico completo y cuidadoso, con control obligatorio de signos vitales. A menudo el delirium es multifactorial y casi cualquier enfermedad médica, intoxicación o medicación puede provocarlo, de modo que no siempre será posible identificar con precisión la etiología.

En el examen neurológico pueden detectarse, además de lo mental, algunas anormalidades que podrían también ser fluctuantes. Es frecuente la disartria, el temblor y en encefalopatía hepática o urémica, puede observarse asterixis.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Por definición, el delirium tiene una evolución autolimitada cediendo la sintomatología después de algunos días o semanas, aunque esta reversibilidad es relativa en algunos casos individuales y etiologías específicas donde la clínica puede ser preocupantemente persistente.

El delirium es un factor independiente de mal pronóstico general.

El delirium hipoactivo, relacionado a etiologías irreversibles y mayor deterioro cognitivo está a menudo asociado con mayores índices de mortalidad.

DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El delirium es un cuadro inicio agudo, que comienza habitualmente en horas, cuyos síntomas tienden a aumentar y disminuir en severidad incluso en el mismo día y que se caracteriza por dificultad para enfocar, sostener y cambiar la atención, pensamiento desorganizado, alteración del nivel de conciencia y del ciclo sueño-vigilia, trastornos perceptuales y psicomotores.

El más aceptado criterio es el DSM IV- TR que ha establecido los siguientes requisitos para su diagnóstico:

- Alteración de conciencia, con reducida capacidad para focalizar, sostener o cambiar la atención

- Cambio en cognición (ej: déficit de memoria, desorientación, trastorno de lenguaje) no explicable por demencia
- Trastorno desarrollado en horas a días y con tendencia a fluctuar durante el transcurso del día
- Evidencia de la historia, del examen físico o de los exámenes de laboratorio que indica que el trastorno es causado por una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica o de una sustancia tóxica o medicación

Para establecer el defecto atencional, a veces basta con observar al lado de la cama el comportamiento distraído y titubeante del paciente, aunque siempre será aconsejable una exploración mental más profunda y sistematizada.

Pruebas simples que permiten objetivar el nivel de atención, son las restas seriadas, la inversión de series automáticas o el uso de instrumentos específicos como el CAM (Confusion Assesment Method) que incluye preguntas sobre la forma de inicio y el curso temporal, la inatención, el pensamiento desorganizado y la alteración del nivel de conciencia.

Como la aplicación del CAM requiere que el paciente converse, se ha diseñado el CAM-ICU para pacientes ventilados en unidades de pacientes críticos.

Usualmente el cuadro se gatilla cuando interactúan factores predisponentes y factores gatillantes. Entre los primeros, destacan el deterioro cognitivo y sensorial, la pérdida de funcionalidad, comorbilidades médicas crónicas y el uso de ciertos medicamentos. Entre los factores desencadenantes, con frecuencia el delirium aparece asociado a infecciones, procedimientos quirúrgicos e incluso a privación de sueño y modificaciones medioambientales.

Demencia y delirium están muy interrelacionados. Entonces, el primer **diagnóstico diferencial** se plantea con una *demencia* de cualquier etiología y donde el paciente está presentando inquietud y síntomas psicóticos. Esto puede ocurrir en cualquier momento de la evolución natural de un paciente con demencia, como manifestación psiquiátrica o conductual que suele ser repetitiva, intermitente y gatillada muchas veces por inadecuado manejo ambiental.

Particularmente importante como desafío clínico es la demencia por cuerpos de Lewy, donde las alucinaciones y trastornos del sueño son componentes esenciales del diagnóstico.

Aunque la demencia es un principal factor de riesgo para delirium, no necesariamente un episodio de agitación psicomotora o alucinaciones corresponde a la condición de delirium.

Otro diagnóstico diferencial importante es el de delirium hipoactivo y *depresión*, considerando que, a veces, en depresiones severas en personas mayores también pueden presentarse manifestaciones psicóticas.

Finalmente, el delirium podría confundirse con manifestaciones productivas episódicas, como ideas delirantes o alucinaciones, que forman parte habitual de variadas *patologías psiquiátricas*, como en esquizofrenia o síndrome de Charles Bonnet.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Abordaje general

El delirium representa uno de los más comunes eventos adversos prevenibles durante la hospitalización de personas mayores y el paciente con delirium hospitalizado es particularmente vulnerable a complicaciones. En estos pacientes frágiles, la instauración de simples medidas preventivas como la orientación en realidad a través de calendarios, higiene del sueño, movilización, hidratación y uso de lentes o audífonos cuando corresponde, permite disminuir significativamente la incidencia de delirium, en especial cuando estas personas deben hospitalizarse o someterse a algún procedimiento médico.

Terapia farmacológica

Lo primero que debe señalarse es que ningún medicamento ha sido aprobado por la FDA para el tratamiento específico del delirium, aunque suelen utilizarse diversas combinaciones de psicofármacos.

Para establecer una estrategia terapéutica ordenada se requiere:

1. Detectar y tratar rápidamente la o las causas subyacentes (infección urinaria, trombosis venosa, impactación fecal, etc.)
2. Decidir agentes psicotrópicos o sedantes sólo si los síntomas de delirium son amenazantes para la seguridad del propio paciente o del personal asistente o si estos síntomas impiden o interrumpen terapia esencial.

En la actualidad, tienden a ser más comúnmente empleados los antipsicóticos atípicos, aunque el haloperidol, por su eficacia, bajo costo y versatilidad de sus presentaciones sigue siendo una alternativa muy razonable. Como con todos los antipsicóticos, hay que tener precaución con sus potenciales efectos cardiovasculares y anticolinérgicos, optando siempre por la menor dosis (1-5 mg/día) y tiempo de uso posible.

Risperidona, quetiapina y olanzapina constituyen alternativas, dado que provocarían menos efectos extrapiramidales, aunque son de mayor costo y también potencialmente riesgosos por asociarse a eventos cardiovasculares serios. Nuevamente, su indicación debe estar justificada y su dosis y tiempo la menor posible.

Hay que admitir que un porcentaje significativo de pacientes agitados por delirium no podrá ser controlado adecuadamente con fármacos. Para el manejo de los trastornos del sueño, la trazodona a dosis moderadas, es una alternativa posible. Los benzodiacepínicos sólo están reservados para los delirium relacionados con alcohol o drogas y en general, no están recomendados en adultos mayores.

Terapia no farmacológica

Lo ideal es que el paciente permanezca en una sala especialmente adaptada para el manejo de delirium y asistido por personal entrenado, para prevenir complicaciones como caídas o auto y heteroagresión.

Deben brindarse simultáneamente todas las medidas de apoyo de enfermería y confort e instaurarse las medidas generales preventivas anteriormente mencionadas, teniendo especial precaución en evitar el uso de restricciones físicas que pueden lesionar y agitar más al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Tobar E, Romero C, Galleguillos T. Confusion assessment method for diagnosing delirium in ICU patients (CAM-ICU): Cultural adaptation and validation of the Spanish version. Med Intensiva 2010; 34: 4-13
- Morandi A, Pandharipande P, Trabucchi M et al. Understanding international differences in terminology for delirium and other types of acute brain dysfunction in critically ill patients. Intensive Care Med 2008; 34: 1907- 15
- Breitbart W, Alici Y. Agitation and delirium at the end of life. JAMA 2008; 300(24): 2898-2910
- Ely W, Gautam S, Margolin R et al. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. Intensive Care Med 2001; 27: 1892- 1900
- Inouye S, Bogardus S, Charpentier P et al. A clinical trial of a multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. N Engl J Med 1999; 340: 669-676
- Meagher DJ. Delirium: Optimising management. Br Med J 2001; 322: 144-149

CASO CLINICO

Un hombre de 82 años es llevado al Servicio de Urgencia, por presentar en las últimas 48 horas confusión mental, lenguaje incoherente, alucinaciones visuales, incontinencia urinaria y náuseas.

Tiene antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 e hipercolesterolemia. Según su esposa, se había mantenido funcionalmente autovalente.

Ella le había estado administrando una preparación de paracetamol y tramadol por molestias artrósicas en rodillas. El examen físico y neurológico segmentario no revela hallazgos significativos.

Los signos vitales y exámenes de laboratorio de urgencia están dentro de límites normales.

En la exploración mental, el paciente está muy inquieto, disártrico y desorientado. No logra explicar coherentemente lo que le sucede y es incapaz de invertir la secuencia de días de la semana.

Preguntas de múltiple elección (escoja la mejor alternativa)

1. La comorbilidad crónica del paciente del caso clínico invita a considerar que:

- a) No tiene relación directa con el cuadro clínico expuesto
- b) La autovalencia funcional descarta el deterioro cognitivo
- c) El paciente seguramente ya tiene significativa disminución de la visión
- d) El paciente puede estar cursando una encefalopatía hipertensiva
- e) Factores de riesgo vascular se asocian a deterioro cognitivo

2. Probablemente la mejor interpretación del cuadro clínico presentado es que:

- a) El paciente sólo está sobredosado por tramadol
- b) El paciente tiene una infección urinaria
- c) El paciente está cursando con un accidente cerebrovascular
- d) El paciente tiene un delirium asociado a fármacos
- e) El paciente tiene una disfunción hepática aguda

Fundamentos de las respuestas

1. Respuesta correcta: E

Los factores de riesgo vascular se asocian a deterioro cognitivo, una condición claramente predisponente para delirium. En el concepto de deterioro cognitivo leve se acepta una discreta alteración de la funcionalidad, la que se apreciaría más afectada en el caso de pérdida visual. El examen clínico descrito es menos compatible con encefalopatía hipertensiva.

2. Respuesta correcta: D

El paciente tiene con mayor probabilidad un delirium asociado a tramadol, agente opiode reconocidamente inductor del síndrome. La sobredosación no explicaría la agitación psicomotora. El examen físico y neurológico y el laboratorio normal descartan razonablemente la encefalopatía hepática, el accidente cerebrovascular y la infección urinaria, respectivamente.