

PARTE II:

Confusión Mental o Delirium

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

6



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

- 1.** Describir las características clínicas del delirium y su diferenciación de la demencia.
- 2.** Describir el proceso de diagnóstico y exámenes paraclínicos necesarios.
- 3.** Iniciar el abordaje diagnóstico y terapéutico.
- 4.** Determinar el momento apropiado para la referencia al segundo nivel de atención.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El **DELIRIUM** es un *síndrome cerebral orgánico agudo*, caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, depresión del nivel de conciencia, trastornos de la atención e incremento o disminución de la actividad psicomotora. En todos los casos es consecuencia de una **enfermedad somática aguda**.

Hasta una tercera parte de los adultos mayores *hospitalizados*, presentan confusión mental al momento del ingreso o durante la hospitalización. Entre un 10 y 14% de los que se someten a *cirugía general* desarrollan delirium. Después de la *cirugía por fractura de cadera*, hasta la mitad de los pacientes mayores desarrollan un estado confusional agudo. Se desconoce cuál es su verdadera incidencia en el medio comunitario.

Como se observa, los términos: **delirium, confusión, confusión mental o estado confusional agudo** son tomados como *sinónimos* por la literatura.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El paciente se presenta con un estado de *desorientación* con fluctuaciones en su intensidad, generalmente con empeoramiento en la noche, tiende a tener una *conducta anormal* con hiperactividad, aunque en ocasiones ocurre lo contrario. Los *trastornos en la atención* son típicos.

Los *trastornos en el ciclo sueño-vigilia* pueden estar presentes, aunque en el paciente mayor no necesariamente tienen que estar relacionados a un síndrome confusional.

**La importancia clínica de la confusión mental aguda
la determina su alta incidencia y el ser el primer indicador
en la mayor parte de los casos, de una enfermedad orgánica aguda.**

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- FACTORES DE RIESGO

Aunque el delirium puede aparecer a cualquier edad, se ha demostrado que su frecuencia aumenta de forma ostensible *después de los 60 años*.

El *deterioro de las condiciones físicas y mentales previas* del paciente, ha demostrado ser un riesgo para desarrollar el síndrome ante *stress clínico o quirúrgico*. Al demostrar la existencia de un síndrome confusional agudo, se reconoce que existe un proceso patológico agudo que lo causa; por lo que trascendental para su manejo, la identificación del mismo.

2.2.- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE DE RIESGO:

VULNERABILIDAD O FACTORES PREDISPONENTES:

- Edad, cuanto más edad más riesgo.
- Existencia de demencia previa.
- Déficits sensoriales llimitantes y no corregidos.
- Deterioro funcional severo.

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PRECIPITANTES MÁS FRECUENTES:

- Fármacos, principal factor desencadenante modificable.
- Infecciones: en primer lugar, vías urinarias y respiratorias. Pueden ser banales.
- Deshidratación.
- Desnutrición.
- Dolor, en pacientes con limitación funcional importante.
- Impactación fecal.
- Intervenciones quirúrgicas, sobretodo ortopédicas (fractura de cadera) y cardíacas.

OTRAS CAUSAS MÉDICAS:

- Trastornos hidroelectrolíticos.
- Insuficiencia renal, hepática y/o respiratoria.
- Enfermedades endocrinas.
- Trastornos metabólicos.
- Hipotermia.
- Enfermedades cardiovasculares.
 - Arritmias.
 - Insuficiencia cardíaca.
 - Infarto cardíaco.
 - Tromboembolismo pulmonar.
 - Hipotensión arterial.
- Traumatismos y quemaduras.

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO:

- Hematoma subdural.
- Enfermedades cerebrovasculares.

- Encefalitis virales o paraneoplásicas.
- Epilepsia.

INTOXICACIÓN O SUPRESIÓN DE SUSTANCIAS O MEDICAMENTOS:

- Intoxicación con drogas.
- Supresión de alcohol y otras drogas.

POR CAUSAS MÚLTIPLES:

- Cuando aparece más de una de las anteriores causas.

2.3.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

- En el adulto joven, *el dolor, la fiebre o la taquicardia* indican la existencia de *enfermedad médica aguda*. En el paciente mayor, es común que estos síntomas estén ausentes y que sea el **delirium** la *primera, y en ocasiones, la única expresión clínica de enfermedad*; la cual muchas veces es una condición médica tratable, pero que amenaza la vida del paciente.
- Múltiples son los procesos que pueden provocarlo, por lo que en estos pacientes se debe realizar un *interrogatorio detallado*, con una *historia medicamentosa cronológica*, el *examen clínico general* y emplear *pruebas de laboratorio* apropiadas para diagnosticar infecciones, trastornos metabólicos y cardiorrespiratorios. No olvide las causas neurológicas; puede ser necesario realizar una tomografía computarizada o un estudio del líquido cefalorraquídeo, procedimientos que justifican la referencia a un segundo nivel de atención.
- Es posible obtener datos de interés en la búsqueda de la etiología, con una cuidadosa confección de la *historia clínica*. Debe realizarse la búsqueda de *signos que sugieran una causa médica general*, tales como: evidencias de infección, deshidratación o trastornos metabólicos de seriedad como es el caso de la hipoglucemia. Es infrecuente que un infarto agudo del miocardio o un tromboembolismo pulmonar tengan como debút este síndrome.
- La *revisión cuidadosa de la historia medicamentosa del paciente* puede alertarnos sobre la posibilidad de que ésta sea la causa del problema. Muchas drogas son capaces de producir el síndrome sin necesidad de grandes cantidades de medicamentos para que el cuadro se desarrolle. Es también muy frecuente que la supresión brusca del tratamiento con determinadas drogas pueda ser el factor desencadenante del delirium.
- Las *causas neurológicas* son también una etiología frecuente. Es muy útil la búsqueda de signos de focalización neurológica; cuando aparecen pueden ser

muy orientadores en el diagnóstico, aunque su ausencia no nos asegura la posibilidad de que la confusión sea debida a una de estas causas.

- En muchas ocasiones existe *más de una causa* que podría explicar el síndrome y en muchos casos es imposible determinar cuál es la que llevó al paciente a este estado; se dice entonces que la confusión ha tenido causa múltiple.
- Aunque el Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (*DSM-IV*) no reconoce los *factores psicológicos o sociales* como causa de delirium, muchos autores insisten en que estos son capaces de producirlo. Entre los factores que más se mencionan están: la privación sensorial, la inmovilización, la admisión en hospitales, el cambio de hogar y/o la depresión.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO

1. Cuidadosa historia clínica, tanto al paciente como a la familia.
2. Algoritmo diagnóstico: CAM (Confusion Assessment Method: Inouye et al.)
 - a Inicio brusco y curso fluctuante.
 - b Inatención.
 - c Pensamiento desorganizado.
 - d Alteración del nivel de conciencia.

Se requiere la presencia de a + b + c ó d.

Mientras no se demuestre lo contrario, todo cambio brusco con respecto al nivel previo del estado cognitivo, debe interpretarse como un delirium.

SEGÚN DSM-IV LOS CRITERIOS BÁSICOS PARA EL DIAGNÓSTICO SON:

- Trastornos de la conciencia (reducción de la claridad para reconocer el medio), con reducción de la habilidad para focalizar y sostener la atención.
- Cambios en la cognición (tales como disminución de memoria, desorientación y trastornos del lenguaje) o el desarrollo de trastornos de la percepción. Estos trastornos no deben ser atribuibles a un proceso demencial previo o en evolución.
- El trastorno se desarrolla en un corto período de tiempo (usualmente días u horas) y los síntomas fluctúan en el transcurso del día.
- Evidencias por la historia, el examen físico o los exámenes complementarios de que el trastorno es consecuencia fisiopatológica directa de una condición médica general, por intoxicación, uso de medicación o por más de una causa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SÍNDROME CONFUSIONAL

- La demencia puede ser confundida con el delirium, y de hecho, los dementes tienen mayor susceptibilidad para desarrollar una confusión aguda, especialmente los pacientes con demencia por cuerpos de Lewy difusos, en quienes el delirium es un rasgo típico y precoz.
- Por el grado de desorganización del pensamiento, las alucinaciones y el incremento de la actividad psicomotora, muchos pacientes con delirium pueden ser diagnosticados y tratados erróneamente como psicóticos. Esto es muy peligroso, ya que no permite identificar y tratar la condición médica relacionada con el trastorno.
- Las características que permiten diferenciar a la demencia de estos cuadros de síndrome confusional agudo se muestran en el cuadro 6.1.

CUADRO 6.1. COMPARACIÓN ENTRE EL DELIRIUM Y LA DEMENCIA¹

Delirium	Demencia
Comienzo repentino	Comienzo insidioso.
Momento preciso de comienzo	Momento impreciso de comienzo
Suele ser reversible	De progresión lenta
Duración breve (normalmente, de días a semanas)	Duración prolongada (años)
Fluctuaciones (por lo general, de minutos a horas)	Días buenos y días malos
Niveles anormales de conciencia	Nivel de conciencia normal
Se asocia típicamente con la administración de fármacos, o con enfermedad aguda	Típicamente, no hay asociación fármacos o enfermedad aguda
Casi siempre es peor por la noche (sundowning o síndrome del anochecer)	Suele empeorar por la noche
Desatención	No mantiene la atención
Desorientación variable	Desorientación temporal y espacial
Lenguaje típicamente lento, incoherente e inapropiado	Posible dificultad para encontrar la palabra correcta
Recuerdo deficiente, pero variable	Pérdida de la memoria, en especial para acontecimientos recientes

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

- Mantener un estricto balance hidroelectrolítico, una nutrición apropiada y es recomendable la administración de suplementos vitamínicos.
- Monitorizar el estado mental y las funciones vitales y garantizar un ambiente tranquilo, con rostros familiares al paciente, así como proveer objetos y en lo posible lugares comunes.

¹ Adaptado de: Manual Merck de Geriatria. 2a. Edición. Madrid: Ediciones Harcourt, S.A. 2001:353.

- Cuando los pacientes presentan inquietud o agitación hay tendencia a sujetarlos en el lecho. Esta conducta generalmente tiende a empeorar su estado y hacerlo menos tolerables, por lo que debe evitarse.
- El delirium frecuentemente empeora durante la noche, la oscuridad propicia su presentación, por lo que se recomienda mantener la habitación bien iluminada, incluso durante la noche.
- El insomnio, que molesta tanto al paciente como a sus cuidadores, puede tratarse con benzodiazepinas de acción corta o intermedia como el lorazepan, oxazepan o temazepan, mientras que la agitación puede responder al haloperidol.
- Cuando se requiera un tratamiento sintomático para los trastornos conductuales, será importante que se seleccionen siempre las drogas con menor efecto anticolinérgico.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

- La corrección precoz de los déficits sensoriales.
- Movilización precoz.
- Colocación en la habitación del hospital o del hogar, un reloj de pared y calendario.
- La corrección precoz de los desequilibrios metabólicos, el tratamiento oportuno de las infecciones y el cuidado en el empleo de las drogas, son esenciales medidas de prevención contra estados confusionales.
- Es importante, en el adulto mayor que se hospitaliza, mantener un ambiente tranquilo y de confianza. Debe recibir información del lugar y los horarios, y de ser posible, tener una ventana con acceso a la luz del día y la presencia de un familiar cercano.
- El enviar al paciente lo más rápido posible a su casa, es una medida muy importante que evita la confusión, así como las infecciones nosocomiales que son, con frecuencia, una de delirium.

3.3.- INTERVENCIONES EN PACIENTES CON DEMENCIA

En estos pacientes y ante la presencia de delirium, estará indicado un análisis de orina por la frecuencia de infecciones urinarias que pueden pasar desapercibidas, así como una revisión de todos los fármacos.

Principios del tratamiento farmacológico:

- No hay fármaco ideal y cualquier fármaco puede empeorar el delirium.
- Son deseables fármacos con:
Escaso efecto anticolinérgico.

Escaso efecto hipotensor.

Escaso efecto sobre el centro respiratorio.

- La elección vendrá dada por:
Facilidad de administración.
Efectos secundarios a evitar.
- De elección, un neuroléptico. Entre ellos, el Haloperidol.
- Necesario:
Monitorización diaria.
Reajustar dosis según respuesta.

3.4.- ATENCIÓN A LOS CUIDADORES

Los cuidadores de pacientes con delirium sufren extraordinariamente las interminables noches de angustia tratando de controlar a un paciente agitado, lo que repercute en su salud. Es importante que se realice rotación adecuada entre los cuidadores y que éstos no desatiendan sus propios problemas de salud. Es importante que conozcan, que si bien, generalmente el delirium es una condición reversible, puede tomar un mes o más la recuperación del enfermo.

3.4.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCIÓN

- Lo usual en presencia de delirium, es que el paciente deba ser *hospitalizado*, a menos que la causa del mismo sea clara y el tratamiento sea posible en su domicilio.
- La presencia de un delirium *hipoactivo*, suele asociarse con una enfermedad grave que requiere hospitalización.
- La *persistencia* del estado confusional, a pesar de la corrección de las anomalías que en apariencia le dan origen, obliga a su referencia para una más profunda evaluación.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- Es necesario *buscar sistemáticamente la causa* de la confusión mental aguda para destacar alteraciones tratables como: trastornos metabólicos, infecciones y causas de gasto cardíaco bajo.
- Los *medicamentos* son causa frecuente de delirium en los mayores.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

APA Guideline Practice for the Treatment of patients with Delirium. Am J Psy 1999; 156 (59): 1-20 suppl. www.psychguides.com.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth edition (DSM-IV), published by the American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994. <http://www.psychology.net/dsm.html>.

Beers, Mark H. y Robert Berkow. The Merck Manual of Geriatrics. Edición 2000 disponible en internet : www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/.

Breitbart W, Rosenfeld B, Roth A, et al. The Memorial Delirium Assessment Scale. J Pain Symptom Manage. 1997; 13 (3): 128-137.

Inouye SK et al. The Confusion Assessment Method. Annals int med. 1999; 113: 941-948.

Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier P, Leo-Summers L, Acampora D; Holford and Cooney LM. A Multicomponent Intervention to Prevent Delirium in Hospitalized Older Patients. NEJM 1999; 340(9): 669-76

Jahnigen DW. Delirium in the elderly hospitalized patient. Hosp Pract 1990; 25(8):135-157.

Kane, Robert L., J. Ouslander y I. B. Abrass, Geriatria Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997: 75-83.