

República Dominicana

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Facultad de Ciencias de la Salud

Hospital José María Cabral y Báez

Residencia de Geriatria

INCIDENCIA DE DELIRIUM EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS EN EL
SERVICIO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL LICENCIADO JOSÉ MARÍA
CABRAL Y BÁEZ DE SANTIAGO, ENERO – JUNIO, 2009.

Tesis de pos grado para optar por el título de especialista en:

MAGISTER EN GERIATRIA



Sustentante:

Dra. Asunción Abreu evangelista

Asesores:

Dra. Claridania Rodríguez

(Metodológico)

Dra. Rose Nina

(Clínico)

Los conceptos emitidos en el presente
anteproyecto de tesis de pos grado son de
la exclusiva responsabilidad de la
sustentante del mismo.

Distrito Nacional: 2015

CONTENIDO

Agradecimientos	
Dedicatoria	
Resumen	
I. Introducción.	1
I.1. Antecedentes.	3
I.2. Justificación.	5
II. Planteamiento del problema.	6
III. Objetivos.	7
III.1. Generales.	7
III.2. Específicos.	7
IV. Marco teórico.	9
IV.1. Tema.....	9
IV.1.1. Historia.....	9
IV.1.2. Definición.....	10
IV.1.3. Etiología.....	12
IV.1.3.1. Factores predisponentes.....	12
IV.1.3.2. Factores precipitantes.....	13
IV.1.4. Clasificación.....	15
IV.1. 5. Fisiopatología.....	16
IV.1.6. Epidemiología.....	21
IV.1.7. Diagnostico.....	23
IV.1.7.1. Clínico.....	23
IV1.7.2 Laboratorios.....	27
IV.1.7.3. Imágenes.....	28
IV.1.8. Diagnostico diferencial.....	35
IV.1.9. Tratamiento.....	37
IV.1.9.1. Medidas generales de apoyo.....	38
IV.1.9.2. Medidas farmacológicas y ambientales.....	38
IV.1.9.3. Tratamiento farmacológico.....	39
IV.1.10. Complicaciones.....	41

IV.1.11.Pronostico y Evolución.....	44
IV.1.12. Prevención.....	45
V. Hipótesis.....	47
VI. Operacionalización de las variables.....	49
VII. Material y método.....	50
VII.1. Tipo de estudio.	50
VII.2. Área de Estudio.	50
VII.3. Población.	50
VII.4. Muestra.	51
VII.5.1. Criterios de inclusión.	51
VII.5.2. Criterios de exclusión.	51
VII.6. Instrumento de recolección de datos.	51
VII.7. Procedimiento.	52
VII.8. Resultados.	53
VII.9. Análisis.....	63
VII.10. Conclusiones.	66
VIII. Referencias.	67
IX. Anexo.	70
IX.2. Instrumento de recolección de la información.	
IX.4. Carta de solicitud de estudio al hospital.	

AGRADECIMIENTO

Por medio de estas líneas quiero expresar mi más sincero agradecimiento por toda la colaboración que he recibido en el desarrollo del proyecto de investigación que ha permitido la elaboración de mi tesis de postgrado. Han sido muchos los que con su contribución han participado en su desarrollo, en especial a los pacientes por y para quienes se ha desarrollado este trabajo.

Agradecer al Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez por abrir sus puertas y facilitar el desarrollo profesional de los médicos.

Al personal de enfermería y demás miembros del equipo de apoyo que labora en el área de geriatría de dicho hospital.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios Todopoderoso quien produjo la inspiración a mi espíritu para la conclusión de esta tesis con la que completo el programa de geriatría. A mi familia quienes me han dado su apoyo y consejos. A mi esposo y mi hijo que son mi motivación para continuar. A mi compañera de estudio, a mis maestros y amigos, que sin su ayuda nunca hubiera podido hacer esta tesis. A todos ellos se los agradezco desde el fondo de mi alma. Para todos ellos hago esta dedicatoria.

Dra. Asunción Abreu Evangelista

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia de delirium en ancianos hospitalizados, conocer el tipo de delirium más frecuente y el grupo etáreo más afectado.

Material y método: se realizó un estudio prospectivo y descriptivo, basado en la incidencia de delirium en el servicio de geriatría en el periodo Enero-Junio de 2009. El estudio incluyó 66 pacientes ingresados durante ese período.

Resultados: se encontró que 39 por ciento tenía más de 85 años, 58 por ciento era de sexo femenino, 62 por ciento presentó delirium, siendo el subtipo hipoactivo el más frecuente con un 56.1 por ciento. En cuanto al estado civil la mayoría era viudo con un 61.1 por ciento y el principal motivo de ingreso fueron las enfermedades cerebrovasculares con un 56.1 por ciento. De acuerdo a la escala física de la Cruz Roja 56 por ciento tenía una dependencia severa.

Conclusión: la incidencia de delirium en nuestro medio es alta, sobre todo en pacientes de edad avanzada que están hospitalizados, presentan enfermedades graves y que además padecen de enfermedades crónicas. A menudo se infradiagnostica, y recibe menor atención de la debida por parte de los clínicos. Puesto que las medidas de control ambiental están libres de efectos adversos y han demostrado su eficacia, se deberían instaurar en todos los hospitales mediante protocolos estandarizados dirigidos al control de los factores predisponentes y desencadenantes que pueden provocar el cuadro clínico, especialmente en las poblaciones más susceptibles

Palabras clave: delirium, incidencia, ancianos.

ABSTRAC

Objetive: To determine the incidence of delirium in hospitalized elderly, know the most common type of delirium and the most affected age group.

Methods: A prospective, descriptive study, based on the incidence of delirium in the geriatric wing in the period January-June 2009. The study included 66 patients admitted during that period was performed. **Results:** We found that 39 percent had more than 85 years, 58 percent were female, 62 percent had delirium, hypoactive subtype being the most frequent with 56.1 percent. In terms of marital status was a widower most with 61.1 percent and the main reason for admission were cerebrovascular disease with 56.1 percent. According to the physical scale of the Red Cross 56 percent it had a severe dependence. **Conclusion:** The incidence of delirium in our country is high, especially in elderly patients who are hospitalized with severe diseases and also suffering from chronic diseases. It is often underdiagnosed, and receives less attention due by clinicians. Since environmental control measures are free of side effects and have proven their effectiveness, they should be set up in all hospitals using standardized protocols for the control of predisposing and precipitating factors that may cause the clinical picture, especially in the most susceptible populations

Keywords: delirium incidence elderly

I. INTORDUCCION

El delirium o síndrome confusional agudo (SCA) es un síndrome de causa orgánica, de inicio brusco y curso fluctuante, en ocasiones plurietiológico, que se caracteriza por una alteración del nivel de conciencia y de la atención, así como de diversas funciones cognitivas, como la memoria, orientación, pensamiento, lenguaje o percepción. Tiene un comienzo agudo y un curso fluctuante pudiendo durar varios días. Los pacientes con delirium tienen una alteración del nivel de atención, está disminuida su capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención, además de la alteración de la percepción que puede hacer que el paciente malinterprete la realidad, tenga ilusiones o alucinaciones, pudiendo esto condicionar su comportamiento y expresar miedo o agresividad ante estímulos externos.²

La gravedad del delirium en las personas mayores fue descrita en los aforismo de Hipócrates: «Las personas de más de 40 años de edad, afectadas por la locura no se recuperan con facilidad; el peligro es menor cuando la enfermedad es proporcionada por la constitución de la edad».¹

El delirium o síndrome confusional agudo (SCA) es uno de los trastornos cognitivos más importantes en el anciano, tanto por su prevalencia como por su pronóstico. Puede ser la forma clínica de presentación de patologías graves o aparecer en el curso de ellas, a veces asociado al tratamiento farmacológico utilizado. El desarrollo de un SCA o delirium tiene importancia desde el punto de vista económico y social, ya que los enfermos requieren cuidados especiales del personal sanitario, tienen mayor riesgo de caídas, estancias hospitalarias más prolongadas y mayor institucionalización.^{2,18}

De todo ello deriva la necesidad de un diagnóstico correcto y precoz por parte del médico.^{2,3}

Cuando se habla de la etiología del delirium, hay que diferenciar entre factores predisponentes y factores precipitantes. Los primeros, son los que hacen al

individuo más susceptible de presentar síndrome confusional, mientras que los factores precipitantes son los que lo causan directamente.³

Cuando el clínico busca las causas subyacente del delirium, debe tener pendiente la posibilidad de una presentación atípica de muchas enfermedades en el anciano, incluyendo infarto del miocardio, infección, fallo respiratorio, por que el delirium es a menudo la única manifestación de una seria enfermedad.³

Las estimaciones acerca de la prevalencia del delirium varían de forma considerable. En un estudio, en una ciudad de Estados Unidos de residentes de 55 años de edad, se calculo que la prevalencia de delirium era de 1 por ciento. Por contrario, en casi 200 personas de 70 años o mas que se vieron en el servicio de urgencia de un centro académico en un área urbana, se calculo que 24 por ciento tenia delirium.¹

El deterioro cognitivo no es solo un factor predisponente para el delirium, sino que también se ha demostrado que en sí mismo el síndrome confusional empeora la función cognitiva. Se ha reportado también una mayor tasa de mortalidad en pacientes que presentan delirium, hasta un 10 por ciento dentro del año de haberse presentado.

En los ancianos, los síntomas de delirium pueden presentarse de una manera más lenta, y presentar un curso más crónico que en pacientes más jóvenes. Hay síntomas que pueden durar hasta doce meses, aún en pacientes sin diagnóstico previo de demencia.³

El síndrome confusional, es en ocasiones subdiagnosticado, en algunos estudios se habla de hasta un 70 por ciento. El diagnóstico puede resultar más difícil por la superposición de los síntomas de delirium con los de demencia. Actualmente, se recomienda la búsqueda sistemática de delirium en pacientes internados o en la sala de emergencias utilizando escalas validadas.

La presente investigación pretende determinar cual es la incidencia de delirium en los pacientes ingresados en el área de geriatría del Hospital Regional Universitario José María Cabral Báez.

I.1. Antecedentes

Con el objetivo de determinar la incidencia y la prevalencia del delirium en pacientes ancianos hospitalizados, en 2005 se realizó un estudio en el Servicio de Geriatría del Hospital General de Zona 89, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, en el cual participaron 255 pacientes mayores de 60 años. La prevalencia del delirium fue de 38 por ciento y la incidencia de 11 por ciento. Se observó incremento significativo al analizar la prevalencia de delirium por grupo de edad: 20.3 por ciento en el grupo de 60 a 70 años; 31.1 por ciento en los pacientes de 71 a 80 años; 59 por ciento en los mayores de 81 años. De este grupo, 7.1 por ciento ingresó al hospital con delirium y 31.2 por ciento lo desarrolló durante la estancia hospitalaria.⁴

En el año 2008 en Canadá se realizó una revisión sistemática de diferentes bases de datos en busca de artículos relevantes que evaluaran el delirium persistente en ancianos hospitalizados a fin de evaluar la frecuencia y el pronóstico de este. Dieciocho reportes que involucraban 1322 pacientes con delirium cumplieron los criterios de inclusión. La proporción combinada con delirium persistente al egreso, 1, 3 y 6 meses fue de 47,7 por ciento, 32,8 por ciento, 25,6 por ciento y 21 por ciento respectivamente. La evolución de los pacientes con delirium persistente fue peor que la de los pacientes sin delirium.²

De enero de 1981 a abril de 2010 se realizó un meta análisis para evaluar la asociación entre delirium en ancianos y pobre resultado a largo plazo definido como mortalidad, institucionalización o demencia. El análisis primario mostro un incremento de la mortalidad comparado con el control después de un seguimiento

durante 22 meses, además se evidencio un aumento de la institucionalización y de la demencia.⁶

En el año 2010 se realizó un estudio en Buenos Aire, Argentina con el objetivo de describir la prevalencia de delirium o síndrome confusional agudo en ancianos hospitalizados, la evolución durante la internación y a los 18 meses. Se evaluaron 194 pacientes y 74 fueron excluidos. De los 120 casos incluidos, 52 (43.3%) presentaron delirium. La edad media fue de 82.6 años en el grupo de pacientes con síndrome confusional agudo y de 80.4 años en el grupo de pacientes sin delirium.

Al comparar estos dos grupos encontramos diferencias significativas en las características, siendo más frecuentes en el grupo con delirium la residencia previa en un centro de tercer nivel (17.3 por ciento contra 1.5 por ciento), la demencia (40.4 por ciento contra 8.8 por ciento), menor puntaje en la evaluación de las actividades de la vida diaria (5 contra 6), más días de internación (7 contra 5) y mayor mortalidad intrahospitalaria (21.2 por ciento contra 1.5 por ciento).

A los 18 meses de seguimiento después del alta, el desarrollo de delirium durante la internación se asoció a mayor grado de dependencia evidenciado por el peor puntaje en las actividades de la vida diaria y a menor sobrevivida actuarial 35.3 por ciento a los 569 días y 49 por ciento a los 644 días.⁸

El delirium subsindromico es determinante en pacientes ancianos hospitalizados con enfermedad aguda. En el año 2013 una cohorte evaluó 763 pacientes, de estos, 438 fueron incluidos, encontrando delirium subsindromico en 37 por ciento, estos eran pacientes mayores, con menor nivel educativo, mayor comorbilidad, menor nivel de hemoglobina y conteo de linfocitos y mayor nivel de creatinina.⁷

1.2. Justificación

El Delirium es un trastorno que afecta a individuos de cualquier edad y condición social, es particularmente frecuente en ancianos, sobre todo los que son frágiles o tienen demencia. Así mismo, es una condición clínica común en ancianos hospitalizados, poco reconocida y tratada, que conlleva una elevada morbilidad y mortalidad, es causa de discapacidad y dependencia, aumenta considerablemente el riesgo de institucionalización, además de elevar los costos de la atención médica con un alto impacto social y familiar. Sin embargo debido a su naturaleza es potencialmente prevenible y tratable, por lo que es necesario contar con información precisa, actual y efectiva para prevención, diagnóstico y tratamiento correcto y oportuno.

En virtud de lo expuesto, en el presente trabajo nos propusimos conocer la incidencia de delirium mediante aplicación del CAM, en ancianos hospitalizados, tomando en cuenta la ausencia de investigaciones sobre este tema en nuestro país y el impacto de esta patología en la morbi-mortalidad de este grupo de edad.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la población geriátrica hospitalizada, el delirium o estado confusional agudo es un trastorno frecuente, grave, no reconocido y potencialmente previsible por la diversa etiología resultante de la interacción entre la vulnerabilidad del paciente y factores predisponentes y precipitantes. Generalmente es reversible en semanas o meses, pero cuando no se proporciona el manejo y atención adecuados, en los ancianos constituye una de las complicaciones más frecuentes y costosas, en virtud del incremento asociado de morbilidad, estancia hospitalaria y deterioro progresivo de la función física y cognitiva.

Se estima que la prevalencia de delirium en pacientes ancianos hospitalizados por patología médica varía de 10 a 30 por ciento, con una incidencia de 4 a 12 por ciento. Sin embargo, cuando este tipo de población se somete a procedimientos quirúrgicos o ingresa a servicios de oncología o unidades de cuidados intensivos, la incidencia se incrementa entre 40 y 83 por ciento, con una mortalidad asociada que varía entre 22 y 76 por ciento.

Existe evidencia de que entre los pacientes hospitalizados puede pasar desapercibido, especialmente cuando la sintomatología dominante no está tanto presidida por agitación y alucinaciones cuanto por letargo y somnolencia.

Desafortunadamente, el envejecimiento es el factor de riesgo más consistente para desarrollar delirium, indicador de mal pronóstico y cuya incidencia aumenta en proporción al envejecimiento. No obstante, se ha demostrado que la progresión del delirium y sus complicaciones puede modificarse si el diagnóstico es oportuno y la intervención multifactorial terapéutica se instaura tempranamente.

Por lo expuesto, consideramos pertinente la realización de un estudio con el propósito de determinar: ¿Cuál es la incidencia de delirium mediante aplicación del CAM, en ancianos hospitalizados en el Servicio de Geriatria del Hospital José María Cabral Báez?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar la incidencia de delirium, en el Hospital Universitario Licenciado José María Cabral y Báez en el período Enero – Junio 2009

III.2. Específicos

2. Determinar los aspectos socio demográfico (edades, sexos, estado civil, procedencia) de los pacientes con delirium ingresados en el área de Geriatria durante el período Enero – Junio 2009.
3. Determinar el sexo más afectado por el delirium en los pacientes ingresados en el área de Geriatria del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en el período Enero – Junio 2009.
4. Determinar el grupo de edad más afectado por el delirium en los pacientes ingresados en el área de geriatría del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en el período Enero – Junio 2009.
5. Establecer el tipo de delirium más común en el área de Geriatria del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en el período Enero – Junio 2009.
6. Relacionar el tipo de delirium con los grupos de edad en los pacientes ingresados en el área de geriatría del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en el período Enero – Junio 2009.
7. Investigar los antecedentes mórbidos de los pacientes ingresados en el área de Geriatria durante el período Enero – Junio 2009.
8. Describir los grupos de fármacos más usados por estos pacientes; ingresados en el área de geriatría del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en el período. Enero – Junio 2009.
9. Conocer los diagnósticos más frecuentes al ingreso en el área de geriatría del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en el período Enero – Junio 2009.

10. Determinar la capacidad funcional y mental de los pacientes con delirium ingresados en el área de geriatría del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez en el período Enero – Junio 2009.

IV. MARCO TEORICO

IV.1.1. Aspectos históricos

El delirium fue descrito por Hipócrates hace 2.500 años. En su descripción utilizó los términos phrenitis y lethargus para describir los subtipos de delirium: hiperactivo e hipoactivo. El romano Aulus Cornelius Celso en el siglo I a.C. utilizó por primera vez el término delirium (de lira: «fuera del camino o del carril»; significado figurativo: «volverse loco».) para describir un estado mental secundario a diversas etiologías y que con frecuencia se asociaba a fiebre. Galeno en el siglo II d.C. intentó diferenciar dos subtipos: el primario o idiopático y el secundario o sintomático. Areteo de Capadocia, contemporáneo de Galeno, distinguió la demencia, que presentaba síntomas crónicos del delirium^{9,10}

Hasta el siglo XIX el término delirium se utilizó para indicar un trastorno del pensamiento. Posteriormente, en Inglaterra, se aplicó para referirse a un síndrome orgánico cerebral con alteración de la conciencia, mientras que en Francia délire se empleó para describir una alteración primaria de la percepción. Georget (1820) introdujo el término stupidité (estupor), sustituyendo al término demencia aguda de Esquirol. El término confusión fue introducido por Jourdan en 1813 para denominar una patología ocular, y posteriormente Delasiauve (1851) le dio el actual significado en psiquiatría.⁹

En la segunda mitad del siglo XX, Lipowski introduce el concepto de que los trastornos psíquicos tienen una correlación con disfunciones cerebrales que a su vez se relacionan con síndromes mentales de base orgánica. Así, describe el delirium como un trastorno pasajero que afecta al funcionamiento cognoscitivo global, al estado de la conciencia, a la atención y a la actividad psicomotora, perturbando el ciclo sueño-vigilia y pudiendo oscilar los síntomas en el transcurso de un mismo día.¹⁰ En 1980 escribió la primera monografía sobre el delirium.⁹

Una de las peculiaridades de este síndrome ha sido la gran diversidad de términos con que se ha denominado a través de la historia. En la actualidad se

conocen más de 30 sinónimos utilizados para nombrar a este padecimiento; términos como síndrome orgánico cerebral, estado confusional agudo, encefalopatía senil, síndrome cerebral agudo, falla cerebral aguda, etc., aumentando la confusión que rodea a este tema, y afectando el diagnóstico, el manejo, la adecuada comunicación y la educación sobre el mismo.^{10, 11}

IV.1.2. Definición

El delirium es un problema conocido y bien identificado. Existen más de veinte maneras diferentes de denominarlo. Al final, el término «delirium» es el más utilizado. Para una definición correcta hay que acudir a la Organización Mundial de la Salud, o al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). Según el DSM-IV se trata de una alteración del nivel de conciencia acompañada de trastornos cognitivos que se instaura en un periodo breve de tiempo (en general horas o días) y que tiende a ser fluctuante'.^{8,13} Es un síndrome de causa orgánica, en ocasiones plurietiológico, que se caracteriza por una alteración del nivel de conciencia y de la atención, así como de diversas funciones cognitivas, como la memoria, orientación, pensamiento, lenguaje o percepción que puede hacer que el paciente malinterprete la realidad, tenga ilusiones o alucinaciones, pudiendo esto condicionar su comportamiento y expresar miedo o agresividad ante estímulos externos.^{2, 3,4, 11,13}

El paciente suele comenzar con desorientación témporo-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.²

Existe evidencia de que entre los pacientes hospitalizados puede pasar desapercibido, especialmente cuando la sintomatología dominante no está tanto presidida por agitación y alucinaciones cuanto por letargo y somnolencia. En estos casos son piezas claves para su diagnóstico la detección de un inicio

agudo o de un curso fluctuante, la desatención, la evidencia de un pensamiento desorganizado o de alteración en la conciencia.¹³

El delirium o síndrome confusional agudo (SCA) representa uno de los grandes capítulos de la patología del anciano y puede encuadrarse con pleno derecho dentro de los llamados «grandes síndromes geriátricos». Lo es por muchas razones. En primer lugar, por ser una entidad cuya incidencia y prevalencia aumentan con la edad, siendo frecuentísima cuando se han superado los 75-80 años y prácticamente desconocida antes de los 60-65. También lo es por venir de la mano de otras enfermedades y problemas muy habituales en la vejez. Desde un punto de vista conceptual es correcto calificarlo como «síndrome», aunque en la práctica clínica diaria muchas veces se comporta más como un síntoma sobrevenido en el transcurso de una amplia gama de situaciones patológicas, lo que hace que sea también conocido como estado confusional agudo.

El estado de delirium es quizá uno de los síntomas de presentación más frecuente de enfermedad aguda en el paciente anciano, y puede ser la única manifestación clínica de un padecimiento grave. Es también una de las complicaciones más observadas en el posoperatorio o durante el curso de una hospitalización en general. A pesar de esto, es una afección subvaluada y no diagnosticada en gran número de casos. Se asocia a una mayor mortalidad a corto y largo plazo, a una mayor morbilidad, al incremento en el número de ellas de estancia hospitalaria y a un mayor riesgo de deterioro funcional o cognitivo, además de aumentar la probabilidad de institucionalización posterior al evento.¹¹

La necesidad de un correcto conocimiento y manejo de esta entidad radica en las considerables consecuencias cuantitativas y cualitativas que se derivan de su aparición. Es uno de los eventos adversos más habitualmente prevenibles en los ancianos durante la hospitalización.¹²

La importancia de este cuadro clínico se basa por un lado en su considerable morbilidad, y por otro lado en su elevada incidencia dentro de pacientes hospitalizados (en nuestro hospital cerca del 14 por ciento de las interconsultas de psiquiatría en 2005), siendo el porcentaje de diagnósticos y consecuentemente tratamientos correctos muy bajo.¹⁴

IV.1. 3. Etiología

El SCA es una patología potencialmente tratable, por lo que es de vital importancia identificar las causas que lo pueden producir. No obstante, con frecuencia, es debido a la contribución simultánea de más de una enfermedad médica, de más de una sustancia o de alguna combinación de enfermedad médica y sustancia.²

El delirium refleja una disfunción cerebral de causa compleja que involucra a factores predisponentes (paciente vulnerable) y factores desencadenantes. El modelo multifactorial intenta explicar la compleja relación entre todos los factores, distinguiendo los que pueden hacer más vulnerable a un paciente, de los que pueden precipitar el delirium. Así, un paciente con una gran vulnerabilidad de base puede sufrir un delirium con mínimos factores precipitantes.^{2, 4, 8,9}

IV.1.3.1 Factores predisponentes

Son los factores que en un paciente limitan su resistencia ante los factores precipitantes del delirium. Los más importantes son:

1. Mayores de 65 años. El proceso de envejecimiento fisiológico cerebral se caracteriza por cambios bioquímicos y morfológicos en las neuronas, disminución del flujo sanguíneo cerebral y del número de neurotransmisores y receptores.^{2,9}
2. Deterioro cognoscitivo y presencia de patología orgánica cerebral. La enfermedad vascular cerebral, la demencia, el VIH, cualquier lesión

estructural cerebral y la disminución de la reserva cognitiva disminuyen el umbral para desarrollar un delirium.^{2,9}

3. Cirugía. Factores predictivos de delirium en el postoperatorio más importantes son: personalidad previa, circulación extracorpórea y duración de ésta, cirugía torácica y de aorta, hipotensión durante la anestesia, utilización de fármacos anticolinérgicos y benzodiazepinas (BZD), complejidad del procedimiento quirúrgico, tipo de anestesia utilizada, grado de activación del complemento, complicaciones postoperatorias, incremento de los niveles de cortisol, situación nutricional (niveles de albúmina), fragilidad (reservas fisiológicas), antecedente de delirium y abuso de alcohol.^{2,9}
4. Estancia en la UCI. El exceso de sedación que se asocia a una prolongación de la ventilación mecánica y de la estancia en la UCI, con el consiguiente incremento de la prevalencia del delirium.⁹
5. Otros factores predisponentes son: enfermedades graves, sexo masculino, niños, antecedente de delirium, depresión y ansiedad, cambios ambientales (hospitalización), aislamiento, inmovilidad, privación de sueño, privación sensorial o sobreestimulación, deshidratación, desnutrición, hipoalbuminemia, hipotermia o hipertermia, polimedicación, psicofármacos, anticolinérgicos, pluripatología, fracturas, traumatismos, dolor, sonda vesical u otros procedimientos invasivos y gran altitud. La presencia de tres o más factores de riesgo puede aumentar en un 60% las probabilidades de presentar un delirium.^{2,9}

IV.1.3.2. Factores precipitantes:

En la práctica clínica los factores precipitantes más frecuentes que causan delirium son: fármacos, abuso y abstinencia de alcohol, ACV, cardiopatía isquémica, neumonía e infecciones urinarias. En los ancianos en un 70% la etiología es multifactorial.^{2, 9,10}

Los fármacos son la causa reversible más frecuente de delirium. La utilización de una escala que mide el riesgo anticolinérgico de los fármacos prescritos es un buen predictor de delirium en ancianos). Los fármacos que tienen mayor riesgo de causar un delirium son: BZD, difenhidramina, agonistas dopaminérgicos, meperidina, relajantes musculares, neurolépticos y escopolamina.^{2,9, 10}

A partir de los estudios existentes, se puede concluir que el grupo de pacientes con mayor riesgo de presentar *delirium* sería el constituido por pacientes mayores de 65 años, en general con algún grado de deterioro neuropsicológico previo y con patología médica añadida, que están expuestos a diversos factores de riesgo intrínsecos al proceso mórbido y a su tratamiento. Además, cuantos más factores de riesgo confluyan, más probable será la aparición del *delirium*. El abordaje y control de los factores de riesgo de *delirium* han sido objeto de investigación reciente: Inouye y Charpentier realizaron un estudio con una cohorte de 196 pacientes, con el fin de identificar los potenciales factores precipitantes de *delirium* en pacientes hospitalizados de más de 70 años. Lograron aislar cinco factores de riesgo para *delirium* (contención física, malnutrición, uso de más de tres fármacos, catéter vesical y evento yatrogénico), con los que establecieron niveles de riesgo de presentar *delirium*. Estos factores precipitantes y la vulnerabilidad basal fueron correlacionados con la presencia de *delirium*.¹⁰

Para que se produzca un delirium se precisan, por un lado las noxas o factores precipitantes (responsables últimos del cuadro) y por otro lado un individuo susceptible. No todas las personas tienen la misma facilidad para presentar este síndrome, las hay más o menos resistentes, esa resistencia viene determinada en parte por la reserva cognitiva, concepto que hace referencia a los recursos cerebrales disponibles. Dicha reserva cognitiva no es calculable, lo que si se puede hacer es determinar que procesos disminuyen dicha reserva facilitando el desencadenamiento de un síndrome confusional agudo (factores predisponentes).¹⁴

IV. 4. Clasificación

Subtipos Clínicos

Clásicamente el delirium se ha clasificado en relación a la actividad motora en tres subtipos: hiperactivo, hipoactivo y mixto ⁹. Sin embargo, todavía existe un desconocimiento del curso longitudinal y estabilidad en el tiempo de estos subtipos. ^{2, 9,12}

1. Hiperactivo o agitado: se caracteriza por un lenguaje rápido, agitación, irritabilidad, belicosidad, hipervigilancia y trastornos sensorio-perceptivos. Son ejemplos de este subtipo la abstinencia de alcohol o sedantes y la infección por el VIH humana. Las complicaciones están relacionadas con autolesiones y traumatismos. Frecuencia: 15-79 por ciento. ^{2,9}
2. Hipoactivo o tranquilo: puede pasar desapercibido o diagnosticarse erróneamente de depresión. Se produce con una frecuencia igual o mayor al anterior. Predomina en ancianos, el inicio tiende a ser subagudo y se relaciona con estados de baja perfusión. El paciente está tranquilo, retraído, apático, somnoliento, con un lenguaje y movimientos lentos; es una confusión tranquila y los trastornos cognoscitivos tienden a ser más graves ⁹.

Tradicionalmente se ha mantenido que la incidencia de síntomas psicóticos es menor que en el subtipo hiperactivo, sin embargo, Stagno et al. Encuentran síntomas psicóticos en más del 50 por ciento de estos pacientes. Puede ser difícil de distinguir de los efectos producidos por fármacos y su incidencia en la UCI es difícil de evaluar. Este subtipo es más frecuente en las causas metabólicas e insuficiencia de órganos (encefalopatía hepática). En general, este subtipo es más grave porque la enfermedad de base también lo suele ser, además se asocia a una prolongación de la estancia hospitalaria y a una mayor mortalidad sobre

todo si se asocia a demencia. Las complicaciones principales derivan de la inmovilidad, infecciones y trombosis. Frecuencia: 6-46 por ciento.⁹

3. Mixto: posee características de los dos subtipos y puede fluctuar entre ambos estados. Las encefalopatías de origen metabólico suelen presentar esta forma clínica. Frecuencia: 0- 55 por ciento⁹.

Delirium Subsindrómico (DSS)

Fue descrito por Lipowski y se caracteriza por la presencia de síntomas de delirium pero sin llegar a completar todos los criterios diagnósticos. La hipoprosexia es una característica constante y esencial del DSS⁹. El DSS puede preceder o seguir a un episodio de delirium, aunque todavía se desconoce si constituye una etapa en el espectro de severidad de la disfunción cerebral que varía entre la normalidad y el delirium.⁹

Hasta el momento no existen criterios diagnósticos reconocidos oficialmente para el DSS. Se estima una prevalencia del 33.3 por ciento en la UCI y del 21-76 por ciento de los ancianos hospitalizados.⁹ Se relaciona con un aumento significativo del deterioro cognitivo y funcional, prolongación de la estancia hospitalaria, mayor riesgo de ingreso en residencias e incremento de la mortalidad.⁹ Los pacientes recuperados de un DSS tienen mejor pronóstico a 6 y 12 meses que los pacientes en los que persiste⁹.

IV.1.5. Fisiopatología

La fisiopatología del delirium no se conoce en profundidad por la heterogeneidad del síndrome tanto en sus manifestaciones clínicas como en sus mecanismos patogénicos, y por la dificultad de disponer de modelos experimentales fiables. Actualmente, el modelo con mayor capacidad de integrar los diversos factores de riesgo se apoya en el concepto de «reserva cerebral», definido como la capacidad del sistema nervioso central para responder de manera funcionalmente flexible a las agresiones.¹²

Entre los factores de riesgo que podríamos considerar predisponentes cabe destacar los siguientes:

1. Envejecimiento cerebral fisiológico

El proceso de envejecer genera cambios en el cerebro que favorecen la aparición de esta entidad. Cambian las características bioquímicas y morfológicas de las neuronas y disminuyen el flujo plasmático cerebral, el número de neurotransmisores y el de receptores en el cerebro. Todo ello predispone al anciano a padecer un cuadro confusional agudo. Por esta vía se interpreta su relativamente frecuente aparición en casos de una insuficiencia cardíaca de instauración brusca, en el postoperatorio de cualquier tipo de cirugía, cuando ocurre una agudización brusca de una enfermedad crónicamente establecida, en los ancianos con hipoglucemia, y, sobre todo en las situaciones que dan lugar a una deshidratación sea cual fuere la causa que la origine. Entre los neurotransmisores implicados la acetilcolina es el que se considera desde hace muchos años como probablemente el más importante.¹³

La afectación principal parece ser un déficit colinérgico central, responsable de las alteraciones cognitivas y perceptivas, asimismo como de los déficits mnésicos, alteraciones emocionales y disregulación del ciclo sueño-vigilia. Por todo ello hay que evitar el uso de fármacos anticolinérgicos (entre los que se encuentran amitriptilina, clorazepato, clorpromacina [largactil®], corticoides, codeína, diacepan, fenobarbital, levomepromacina [sinogan®],... entre otros). Inversamente a la acetilcolina la dopamina está hiperfuncionante, siendo responsable de la incapacidad de mantener la atención. La mayoría de neurolépticos bloquean receptores dopaminérgicos, algunos estimulando secundariamente la producción de acetilcolina, por lo que son útiles. La serotonina puede estar disminuida (sobre todo en el delirium alcohólico) o aumentada (como en la encefalopatía hepática), al igual que el GABA. El glutamato suele estar aumentado, siendo el responsable, cuando ocurre, de la persistencia del

déficit cognitivo tras el cuadro agudo, ya que puede provocar muerte neuronal (escitotoxicidad por glutamato). Por último también puede darse una hiperactividad de endorfinas, lo que explica el grado de anestesia que ocurre durante el cuadro, que justifica la alta frecuencia de autolesiones de los pacientes.¹⁴

2. Presencia de patología orgánica cerebral (demencia o deterioro cognitivo, depresión y ansiedad)

Predispone al anciano a presentar dicho trastorno. La pérdida marcada de neuronas, la disminución de la acetilcolintransferasa y de la acetilcolina, de la noradrenalina y de la serotonina, así como la disminución del flujo plasmático cerebral favorecen la aparición de este cuadro en los pacientes con demencia. Alrededor de dos tercios de los casos de *delirium* ocurren en estos pacientes. La demencia vascular parece relacionarse con una mayor vulnerabilidad al *delirium* que a la enfermedad de Alzheimer. De hecho, la demencia es un factor independiente de vulnerabilidad en pacientes médicos, quirúrgicos y de cuidados intensivos. La disfunción ejecutiva predice el *delirium* mejor que los fallos de memoria. La gravedad de la demencia es el factor más relacionado con la gravedad del *delirium*. Los accidentes cerebrovasculares, especialmente cuando se localizan en los lóbulos frontal y temporal, pueden también ocasionar un SCA.¹³

Situación funcional previa (dependencia funcional o síndrome de inmovilidad) El estado de salud físico y mental, medido mediante las escalas correspondientes, es otro de los factores predisponentes de *delirium* mejor conocidos. La situación funcional se ha confirmado como un factor predisponente de *delirium*.¹³

3. Cambios neuroquímicos y psicológicos

Las situaciones de estrés facilitan, igualmente, la posibilidad de *delirium* en un paciente anciano. Entre los factores ambientales estresantes se

incluyen un entorno familiar perturbado, el aislamiento social, la privación sensorial, los trastornos del sueño y cualquier estado de duelo.¹³

4. Hospitalización

La desubicación del anciano, incluida la hospitalización, es otro factor predisponente (a veces, desencadenante), sobre todo cuando se asocia a circunstancias como enfermedad aguda, patología crónica múltiple, aislamiento, necesidad de cuidados intensivos, cambios de habitación o restricciones físicas. Este último punto es, probablemente, uno de los factores predisponentes de *delirium* más importante. Todavía cabría añadir la frecuencia creciente con la que el SCA puede encontrarse en situaciones de terminalidad, circunstancia que obliga a un manejo de la entidad que tenga en cuenta aquella situación. Se han identificado, igualmente, factores precipitantes del SCA, entre ellos.¹³

5. Infecciones

El *delirium* es una forma frecuente de presentación atípica de la infección en ausencia de fiebre, leucocitosis o síntomas de localización, por lo que cuando aparece obliga a buscar sistemáticamente signos de infección en cualquier localización, incluida la sepsis generalizada. Las infecciones respiratorias y urinarias pueden precipitar un cuadro confusional agudo. En los pacientes de edad avanzada ingresados que sufren un SCA se han identificado cuatro factores de riesgo principales: infección urinaria, hipoalbuminemia, proteinuria y leucocitosis. La existencia de uno o más de estos factores debe alertar al médico acerca de la alta probabilidad de que el paciente presente un cuadro de confusión agudo. En el caso del paciente en situación de enfermedad avanzada, oncológica o médica, la hipoalbuminemia parece ser más importante que la propia demencia para predecir la posibilidad de aparición de *delirium*.¹³

6. Fármacos

Los efectos secundarios de los medicamentos son la principal causa del cuadro confusional agudo en el anciano, a través de la intoxicación directa del sistema nervioso central por su empleo inadecuado. La toma de tres o más fármacos se considera un factor de riesgo independiente. Las familias farmacológicas más peligrosas son algunos psicotropos, anticolinérgicos, sedantes, antiarrítmicos cardiacos, litio, analgésicos y anestésicos. Varios trabajos han demostrado el mayor riesgo de sufrir *delirium* en los pacientes con una actividad anticolinérgica elevada en suero debida al tratamiento farmacológico que reciben. Existen escalas eficaces para medir el riesgo de un fármaco anticolinérgico. Es muy importante recordar los efectos indeseados de los fármacos en los pacientes ancianos así como los estados de intoxicación y de abstinencia. Otros fármacos responsables frecuentes del *delirium* son los opiáceos y los antagonistas H2. La retirada de alcohol o de fármacos (sedantes/ hipnóticos) puede dar lugar a *delirium*. Los cuadros confusionales debidos a deprivación farmacológica son frecuentes, Se caracterizan por su comienzo brusco y por aparecer típicamente a los 2-3 días del ingreso del paciente.¹³

7. Alteraciones metabólicas y desnutrición

Las alteraciones hidroelectrolíticas producidas por varias enfermedades pueden precipitar un cuadro confusional. En el *delirium* postoperatorio, los bajos niveles de sodio desempeñan un papel muy importante. La deshidratación, la depleción de volumen y la desnutrición son factores etiológicos bien documentados. Un mal estado nutricional constituye un factor de riesgo independiente.¹³

8. Insuficiencia de cualquier órgano o sistema

El fracaso renal y hepático producen *delirium* por una vía metabólica. La insuficiencia respiratoria, a través de la hipoxemia y la hipercapnia, es otro factor desencadenante habitual.¹³

9. Enfermedades neurológicas agudas

Los ictus (hemisferio no dominante), las meningitis y las encefalitis actúan en el mismo sentido.¹³

10. Enfermedades endocrinas

La diabetes mal controlada y los trastornos tiroideos (hipo o hipertiroidismo) pueden precipitar un cuadro confusional agudo¹³.

11. Cirugía previa

Los pacientes ancianos sobre los que se ha realizado cirugía, especialmente en los casos de fractura de cadera, presentan mayor incidencia de *delirium* que la población adulta general en el postoperatorio.¹³

12. Intervenciones agresivas

Cualquier tipo de intervencionismo diagnóstico o terapéutico (endoscopias, alimentación parenteral, canalizaciones vasculares, etc.), así como las ya mencionadas restricciones físicas pueden precipitar un cuadro confusional. Se trata de procedimientos frecuentes y muchas veces evitable en ancianos hospitalizados.¹³

13. Dolor

El dolor de cualquier causa puede ser un factor precipitante que se debe tomar en consideración en todo paciente anciano. Importa por ello tener una adecuada política analgésica, especialmente en el postoperatorio. En la mayoría de los casos se pueden identificar varios de estos factores actuando al mismo tiempo. En diversos estudios la etiología multifactorial se ha mostrado como la causa más común, en especial en el grupo de pacientes de más edad.¹³

IV.1. 6. Epidemiología

El *delirium* es una de las manifestaciones clínicas más frecuentes que se observan en los individuos de edad avanzada.¹¹ La incidencia aumenta con la edad, aunque la información derivada de los diferentes estudios epidemiológicos varía según las características de la muestra analizada, del nivel asistencial

donde se ha llevado a cabo el estudio y de la sensibilidad de los métodos de detección empleados. En los servicios de urgencia hospitalaria el cuadro confusional está presente hasta en el 10-30% de los pacientes mayores en el momento de acudir a esa unidad.^{10,11, 13}

Su prevalencia en personas mayores de 65 años, una vez producido el ingreso hospitalario, puede variar entre el 14 y el 24 por ciento, mientras que la incidencia durante el periodo de hospitalización en este grupo de edad se encuentra entre el 6 y el 56 por ciento. Aparece en el 15-53 por ciento de los mayores durante el periodo postoperatorio, en el 70-87 por ciento de aquellos ingresados en la unidad de cuidados intensivos, en el 60 por ciento de los que residen en centros de recuperación funcional o residencias y en el 83 por ciento de quienes precisan cuidados paliativos.¹³

En el medio comunitario, la prevalencia del *delirium* es mucho menor (1-2%). Entre los mayores de 85 años que viven en la comunidad puede llegar, sin embargo, hasta el 14 por ciento.¹³

En un seguimiento realizado por Litaker *et al.* A 500 pacientes que iban a ser sometidos a una intervención quirúrgica electiva se detectó *delirium* en un 11,5 por ciento de los casos durante los cuatro días posteriores a su intervención. En otro estudio prospectivo, ciego y randomizado²² se investigó la prevalencia de *delirium* en pacientes mayores de 65 años con fractura de fémur procedentes de urgencias, y que separó en dos grupos aleatorios: uno fue objeto de una intervención protocolizada que consistía en visitas seriadas y recomendaciones diarias por un geriatra, y el otro que sirvió de control. En el primer grupo la prevalencia de *delirium* fue del 32 por ciento y en el segundo grupo (sin intervención) fue del 50 por ciento. Por otro lado, Uldall y Berghuis estudiaron retrospectivamente la frecuencia de delirium en 137 pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), detectando al menos un episodio de delirium en el 46 por ciento de los casos.¹⁰

Por tanto, tendrán mayor riesgo de presentar delirium los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas mayores (ej.: tras intervención quirúrgica en fémur y cadera, cirugía cardiovascular, transplante de órganos sólidos), los que sufren procesos infecciosos generalizados (ej.: VIH, sepsis), los pacientes con cualquier tipo de alteración o lesión en el sistema nervioso central (ej.: AVC, traumatismo craneal, enfermedad de Parkinson o toxicomanías), pacientes oncológicos, pacientes terminales, pacientes polimedicados y pacientes con alteraciones hidroelectrolíticas.¹⁰

IV.1. 7. Diagnostico

IV.1.7.1. Clínicas

La alteración global de las funciones cognitivas y de la atención, los trastornos del ciclo sueño-vigilia y la exaltación o reducción de la actividad psicomotora constituyen las manifestaciones cardinales de este síndrome. Se presenta en forma hiperactiva, hipoactiva o mixta hasta en el 50 por ciento de los pacientes ancianos , muchos de ellos con demencia subyacente y su aparición se asocia, por lo general, a un mal pronóstico global. ^{1,2,13,}

Los síntomas aparecen de forma brusca y tienen un curso fluctuante, siendo mucho más pronunciados durante la noche. La duración del cuadro se limita a horas o días si se investiga de forma exhaustiva la causa y posteriormente se corrige. La aparición de los síntomas es rápida aunque puede ir precedida de un estado prodrómico (ansiedad, inquietud, perplejidad, cansancio) y pasar posteriormente a una fase de estado caracterizada por: ^{2,13,}

1. Trastornos de la atención

La inatención es la base de este trastorno. El paciente se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes y es incapaz de atender a estímulos nuevos; hay que repetirle las preguntas muchas veces debido a la incapacidad para fijar la atención y resulta difícil o imposible mantener una conversación.

2. Pensamiento desorganizado

El anciano con *delirium* no es capaz de efectuar una síntesis y una diferenciación adecuada de los contenidos psíquicos. El pensamiento está desorganizado. Este trastorno se evidencia mediante un lenguaje incoherente e irrelevante.

3. Trastornos de la percepción

Es frecuente una reducción cuantitativa del número de percepciones por unidad de tiempo. También pueden observarse alteraciones cualitativas. Tanto las ilusiones (malinterpretaciones de estímulos sensoriales externos) como las alucinaciones (percepciones sin estímulo externo) son síntomas frecuentes en los pacientes con *delirium*.

4. Disminución del nivel de conciencia

El paciente con *delirium* puede presentar hipoactividad o hiperactividad. El nivel de conciencia puede fluctuar del estupor a la excitabilidad y viceversa.

5. Alteraciones del ciclo sueño-vigilia

En algunas ocasiones existe hipersomnias durante el día e insomnio durante la noche.

6. Desorientación

Se desorientan primero en el tiempo y posteriormente en el espacio. Es raro, sin embargo, que se afecte lo relativo a la propia persona.

7. Alteraciones de la memoria

Las alteraciones de la atención van a causar amnesia anterógrada. Los pacientes con *delirium* también pueden presentar trastornos de la memoria retrógrada.

8. Alteraciones de la actividad psicomotora

Puede estar aumentada o disminuida. Muchos paciente están intranquilos (rompen las sábanas de la cama, intentan ponerse de pie, cambian bruscamente de posición) y otros, en cambio, presentan un descenso de la actividad psicomotora.

Además de estas características, el SCA presenta una gran variabilidad de formas clínicas, según predominen los trastornos de las funciones cognitivas, de la atención, o de la actividad psicomotora.

1. Comienzo agudo o subagudo: las manifestaciones clínicas primordiales se desarrollan de forma aguda en la mayoría de los casos. Es importante considerar este hecho para realizar el diagnóstico diferencial con otros cuadros psiquiátricos.
2. Curso fluctuante: la fluctuación de lucidez de la conciencia es una característica distintiva de los estados confusionales. Por lo general, los pacientes se encuentran más lúcidos durante la mañana y tienden a la confusión durante la noche.^{2,13}

El SCA debe considerarse una urgencia médica, por lo que el diagnóstico precoz del cuadro, de su etiología y de los factores de riesgo permiten prevenir sus consecuencias y complicaciones. El diagnóstico debe basarse en una historia clínica y anamnesis adecuadas, exhaustivas, una exploración correcta y metódica y la solicitud de una serie de pruebas complementarias que nos serán útiles para llegar a la causa que ha desencadenado el delirium.²

Los criterios diagnósticos más utilizados en la actualidad son los de la DSM IV TR:

1. Alteración de la conciencia con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención adecuadamente.
2. Cambio de las funciones cognitivas no explicable por una demencia previa o en desarrollo:
Deterioro de la memoria (reciente, aprendizaje).
Desorientación (tiempo, espacio, persona).
Alteración del lenguaje y pensamiento desorganizado.
Alteraciones perceptivas (ilusiones, alucinaciones).
3. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
4. Demostración a través de la historia clínica, la exploración física y los exámenes complementarios de una etiología orgánica.

IV.1.7.1.1.Historia clínica:

Habitualmente interrogaremos a los familiares o personal sanitario próximos al paciente sobre la forma de comienzo, duración, circunstancias que lo precedieron, síntomas, tanto actuales como prodrómicos, situación intelectual previa del paciente, condiciones sociales y ambientales, antecedentes de enfermedades sistémicas, neurológicas o psiquiátricas previas, uso reciente de sustancias, exposición a tóxicos, hábitos nutricionales deficitarios, dolor mal controlado, disminución de peso, cirugía reciente, uso de fármacos con efecto anticolinérgico o serotoninérgico, hipotensión, cefalea o focalidad neurológica, hipertermia o hipotermia.^{2,13}

Exploración física:

1. Exploración física general: Tratar de identificar el factor o factores desencadenantes del SCA (signos de deshidratación como sequedad mucocutánea, alteraciones metabólicas, traumatismo, fiebre, infecciones, insuficiencia cardíaca, TEP, retención aguda de orina, impactación fecal). La exploración general deberá incluir una exploración neurológica minuciosa (signos meníngeos, crisis convulsivas, déficit neurológico, temblor, mioclonía).

2. Exploración de funciones mentales:

2.1. Atención:

2.1.1. Recitar meses del año o días de la semana en orden inverso.

2.1.2. Contar hacia atrás comenzando en 20.

2.1.3. Series de letras.

2.1.4. Deletrear la palabra mundo al revés.

2.1.5. Palabras que comiencen por una letra determinada.

2.1.6. Formación de categorías semánticas.

2.2. Orientación:

2.2.1. Fecha, país, provincia, ciudad, hospital...

Identificar personas por su nombre.

2.3. Memoria:

2.3.1. Fecha y lugar de nacimiento, por qué está ingresado, recordar palabras...

2.3.2. Pensamiento /abstracción: Diferencias entre palabras, similitudes, interpretación de proverbios, definición de palabras comunes, fluidez verbal.

2.4. Conciencia:

2.4.1. Alteración del contenido y del nivel de conciencia.

3. Exploración de funciones no intelectivas.

3.1. Conducta y comportamiento: La actividad psicomotora puede estar disminuida (más frecuente en ancianos) o lo más común, aumentada.

3.2. Estado afectivo: Euforia, agresividad, ansiedad, temor o rabia, depresión, perplejidad, apatía, indiferencia.

3.3. Ciclo sueño-vigilia: Insomnio es lo más común con empeoramiento de la confusión durante la noche e hipersomnias diurnas.

3.4. Sistema neurovegetativo: Temblor, sudoración, taquicardia, HTA, midriasis, hipertermia, rubor facial, fiebre, incontinencia.^{2, 13}

IV.1.7.2. Laboratorios

No existe ningún laboratorio o gabinete que realice el diagnóstico de Delirium. Los estudios de laboratorio se deben utilizar como coadyuvantes en el diagnóstico de los factores precipitantes de Delirium en el paciente anciano hospitalizado.¹³

Virtualmente cualquier condición médica o quirúrgica puede desarrollar en el paciente anciano Delirium, por lo que los estudios de gabinete deben ser realizados de acuerdo a lo recolectado en la historia clínica y en la exploración física.¹³

Entre los estudios complementarios, las pruebas de laboratorio incluirán análisis de sangre completo, glucemia, electrolitos, creatinina, transaminasas, hormonas tiroideas, gases arteriales basales y hemocultivos u otros cultivos (orina) si existen datos a favor de una eventual sepsis. En algunas circunstancias puede ser útil establecer los niveles de medicamentos, así como cualquier otra prueba específica que sea sugerida por el interrogatorio.¹⁶

IV.1.7.3. Imágenes

Desde otra perspectiva el delirium ha sido estudiado mediante electroencefalografía, uno de los instrumentos clásicos en la evaluación de la neurofisiología cerebral. Durante varias décadas los investigadores han observado cambios en los pacientes con delirium. Estos cambios en la conducción eléctrica se caracterizan por un patrón de enlentecimiento generalizado, expresivo del daño metabólico cerebral, que es notablemente sensible pero poco específico.

En las formas moderadas de delirium puede haber disminución en la frecuencia de ritmos dominantes posteriores, sin ondas alfa, y en las formas más graves puede observarse una disminución de frecuencia de ondas teta y delta. El EEG tiende a normalizarse a medida que disminuye la sintomatología del delirium, y en el caso de que su aparición esté relacionada con el consumo de alcohol se observa actividad rápida de bajo voltaje y enlentecimiento durante la intoxicación etílica.

Igualmente el reciente desarrollo de técnicas en neuroimagen, especialmente la Tomografía Axial Computada, permite la mejor evaluación de etiologías relacionadas con alteraciones estructurales del encéfalo. Nuevas técnicas permitirán la valoración más detallada de las alteraciones funcionales relativas al *delirium*.

En síntesis, dentro del proceso diagnóstico cobra gran relevancia realizar una minuciosa evaluación del paciente que incluya una evaluación general con análisis del historial médico, un depurado examen físico, una analítica básica que se complementará en caso de necesidad con otras pruebas complementarias y una exploración del estado mental del paciente poniendo especial énfasis en la valoración cognoscitiva global.¹⁰

IV.1.7.3.1. Escalas de Detección

De los instrumentos diseñados específicamente tanto para evaluar la gravedad de la sintomatología del delirium como para realizar su diagnóstico, los que han logrado una mayor difusión y se ha extendido su uso en su lugar de origen y otros países son:²

1. *Delirium Rating Scale (DRS)*. Es un instrumento que fue diseñado para valorar la intensidad del *delirium* (Trzepacz *et al* 1994-98). Validado por Bulbena *et al.* 1996 en su última versión (anexo 3). Es una escala compuesta por diez ítem que se gradúan de 0-3. Los clínicos pueden utilizar información obtenida por la entrevista clínica, historial médico y la observación de las últimas 24 hrs. Los autores señalan que es una escala que tiene la capacidad de distinguir el *delirium* de otros trastornos psiquiátricos. La versión española presenta una buena concordancia interexaminadores y se correlaciona significativamente con otros instrumentos útiles para medir deterioro cognoscitivo y orientación. Se requieren conocimientos de psicopatología para poder utilizarla con fluidez.^{2,10}

Es útil para valorar la gravedad del *delirium* pero no para detectarlo. Es un instrumento de aplicación compleja para clínicos no especialistas y requiere bastante tiempo para su administración.

2. *Confusión Assessment Method (CAM)*. Es un instrumento diseñado en 1990 por Inouye *et al.* Para sus autores el objeto central de este instrumento fue facilitar el diagnóstico de delirium en el hospital general para profesionales no especialistas en psiquiatría. Es un instrumento diseñado a partir de los criterios operativos del DSM III-R y precisa de pocos minutos para su administración. Proporciona un algoritmo para establecer el diagnóstico en torno a la presencia de sus dos criterios fundamentales (inicio abrupto con fluctuación de síntomas y pérdida de la atención) y de uno de los dos criterios secundarios (pensamiento desorganizado y alteración del nivel de conciencia).¹⁰

Tabla IV. Confusion Assessment Method (CAM).

El diagnóstico de delirium por el CAM requiere la presencia de la 1 y la 2 más alguna de las otras dos (3 y/o 4).

1. Inicio agudo y curso fluctuante

Viene indicado por responder de forma afirmativa a las siguientes cuestiones:

- ¿Hay evidencia de un cambio del estado mental del paciente con respecto a su estado previo hace unos días?
- ¿Ha presentado cambios de conducta el día anterior, fluctuando la gravedad?

2. Inatención

Viene indicado por responder de forma afirmativa a la siguiente cuestión:

- ¿Presenta el paciente dificultades para fijar la atención? (p. ej., se distrae fácilmente, siendo difícil mantener una conversación; las preguntas deben repetirse, persevera en una respuesta previa, contesta una por otra o tiene dificultad para saber de qué estaba hablando)

3. Desorganización del pensamiento

Viene indicado por responder de forma afirmativa a la siguiente cuestión:

- ¿Presenta el paciente un discurso desorganizado e incoherente, con una conversación irrelevante, ideas poco claras o ilógicas, con cambios de tema de forma impredecible?

4. Alteración del nivel de conciencia

Viene indicado por responder de forma afirmativa a otra posibilidad diferente a un estado de 'alerta normal' en la siguiente cuestión:

- ¿Qué nivel de conciencia (como capacidad de ser influido por el entorno) presenta el paciente?

1. Alerta (normal)
2. Vigilante (hiperalerta)
3. Letárgico (inhibido, somnoliento)
4. Estuporoso (difícil despertarlo)
5. Comatoso (no se despierta)

3. Otras escalas

Escala de la Cruz Roja Las escalas de incapacidad de la Cruz Roja, física y mental, (EFCR y EMCR) se publicaron por primera vez en el año 1972, aunque llevaban utilizándose un año en el servicio de Geriátrica del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid donde se diseñaron como un instrumento para evaluar y clasificar a los ancianos residentes en su domicilio dentro del área del hospital y localizar a aquellos que precisaban asistencia geriátrica domiciliaria. Con el tiempo su empleo se ha generalizado en la valoración de pacientes en servicios.²¹

Es una escala simple y fácil de utilizar sin normas detalladas sobre su aplicación. El evaluador debe clasificar al paciente en el grado funcional que más se aproxime a su situación actual. Evalúa la incapacidad física según una escala de seis grados que oscilan entre el 0 (independencia) y el 5 (incapacidad funcional total). La información se obtiene preguntando directamente al paciente o a su cuidador. El tiempo de aplicación es inferior a un minuto. La asignación de un paciente a su grado es sencilla cuando coinciden las características de la descripción de una de las puntuaciones, pero no en los casos en las que no coinciden (sobre todo la deambulación y la incontinencia) lo que obliga al evaluador a dar mayor relevancia a alguna de ellas. Ha sido aplicada en muestras de ancianos de la comunidad, en programas de atención domiciliaria, a nivel hospitalario y en residencias y centros de día, permitiendo la valoración continuada y la transmisión de información entre los profesionales. Valora también la respuesta al tratamiento. El punto de corte 3 parece ser el que mejor permite la discriminación entre dependencia leve a moderada y la grave.²¹

Una puntuación por encima de 3 se ha asociado a aumento de mortalidad en pacientes geriátricos ingresados o domiciliarios.

Grados de incapacidad física:

Grado 0:

Se vale por sí mismo y anda con normalidad.

Grado 1:

Realiza suficientemente las actividades de la vida diaria.

Deambula con alguna dificultad.

Continencia normal.

Grado 2:

Cierta dificultad en las actividades de la vida diaria, que le obligan a valerse de ayuda.

Deambula con bastón u otro medio de apoyo.

Continencia normal o rara incontinencia.

Grado 3:

Grave dificultad en bastantes actividades de la vida diaria.

Deambula con dificultad, ayudado al menos por una persona.

Incontinencia ocasional.

Grado 4:

Necesita ayuda para casi cualquier actividad de la vida diaria.

Deambula con mucha dificultad, ayudado por al menos 2 personas.

Incontinencia habitual.

Grado 5:

Inmovilidad en cama o sillón.

Necesita cuidados de enfermería constantes.

Incontinencia total.

Grados de incapacidad mental

Grado 0:

Completamente normal.

Grado 1:

Presenta trastornos de la memoria, pero puede mantener una conversación normal.

Grado 2:

Ciertas alteraciones de la memoria, y a veces de la orientación.

La conversación razonada es posible pero imperfecta.

Trastornos del carácter.

Algunas dificultades en el autocuidado.

Incontinencia ocasional.

Grado 3:

Alteraciones graves de memoria y orientación.

Imposible mantener una conversación coherente.

Trastornos evidentes del comportamiento.

Graves dificultades para el autocuidado.

Incontinencia frecuente.

Grado 4:

Desorientación completa.

Claras alteraciones mentales, ya etiquetadas de demencia.

Incontinencia habitual.

Grado 5:

Demencia avanzada.

Vida vegetativa con o sin episodios de agitación.

Incontinencia total.

Una vez diagnosticado el cuadro clínico debemos realizar una serie de pruebas complementarias basadas en una minuciosa historia, anamnesis y exploración apropiadas para llegar a la causa que ha desencadenado el delirium, sin olvidar que en el anciano puede ser la forma de presentación atípica de numerosas enfermedades. Mas allá de las pruebas básicas, la neuroimagen ha contribuido al mejor conocimiento de la fisiopatología que subyace al delirium y en el anciano ha demostrado, entre otras cosas, atrofia en determinadas áreas cerebrales que reflejan una situación de vulnerabilidad cerebral a diferentes noxas. Debemos plantearnos siempre estas técnicas en caso de que sospechemos enfermedad aguda cerebral responsable del cuadro de delirium, o cuando falla la historia clínica y/o la exploración neurológica completa no es viable por falta de colaboración del paciente.¹²

Tabla V. Exploraciones complementarias en el estudio del delirium.

Exploraciones complementarias básicas

- Hemograma y coagulación completa
- Ionograma, glucemia, creatinina, transaminasas
- Gasometría arterial
- Sedimento de orina
- Electrocardiograma, radiografía de tórax y de abdomen

Exploraciones complementarias ocasionales

- Niveles de fármacos y drogas
- Análisis del líquido cefalorraquídeo
- Tomografía axial computarizada o resonancia magnética craneales
- Electroencefalograma

IV. 8. Diagnóstico diferencial

En relación con el diagnóstico diferencial de los pacientes con síntomas de delirium, aquel debe realizarse en relación con la presencia de deterioro cognoscitivo, incluyendo demencia. Estos trastornos se pueden presentar de forma conjunta, lo que hace más difícil su valoración. Los trastornos cognoscitivos como la pérdida de memoria son frecuentes tanto en el delirium como en la demencia; a pesar de esto el paciente con demencia suele estar alerta y no tiene trastorno alguno del nivel de conciencia o del estado de vigilancia típicos del delirium. La valoración de la forma de inicio de los síntomas y el tiempo de evolución del déficit cognoscitivo y el curso temporal, así como la reversibilidad de las alteraciones cognoscitivas, son útiles para distinguir entre el delirium y la demencia. También la fluctuación de la sintomatología de delirium constituye otra diferencia con respecto a la demencia. La información de la

historia clínica y de otros cuidadores, así como de los miembros de la familia, será útil para determinar la presencia de demencia antes de iniciar un delirium.^{2,10}

	Demencia	Depresión	Esquizofrenia	Delirium
Inicio	Insidioso	Subagudo	Subagudo	Agudo
Curso 24hrs	Estable	Estable	Estable	Fluctuante
Conciencia	Vigil	Vigil	Vigil	Alterado
Orientación	Alterada	Intacta	Intacta	Alterada
Memoria	Deterioro	Conservada	Conservada	Deterioro
Atención	Déficit parcial	Déficit parcial	Déficit parcial	Déficit grave
Delirios y alucinaciones	Baja frecuencia	Baja frecuencia	Frecuentes	Frecuentes

Relación entre el delirio y la demencia

El delirium y la demencia están muy relacionados pero la naturaleza de su interrelación ha sido objeto de pocos estudios. Aunque la relación de causa y efecto no ha sido establecida, la investigación de su intersección puede aportar datos importantes. La demencia es el principal factor de riesgo de delirium. Dos tercios de los casos de delirium ocurren en pacientes con demencia. Por lo tanto, dice la autora, la vulnerabilidad cerebral del paciente con demencia puede predisponerlo al desarrollo de delirium, como resultado de insultos relacionados con la enfermedad médica aguda, medicaciones o perturbaciones ambientales. En la actualidad, se sabe que el delirio persiste mucho más que lo que se creía, hasta meses o años. Se ha comprobado que el delirio y la demencia se asocian con menor metabolismo cerebral, deficiencia colinérgica e inflamación, coincidiendo con mecanismos clínicos, metabólicos y celulares. El delirio y la demencia podrían representar una coincidencia en un conjunto de trastornos cognitivos, más que dos entidades separadas.³

El delirium puede alterar el curso de una demencia subyacente, con empeoramiento grave de la trayectoria de la declinación cognitiva, provocando

una progresión más rápida del déficit funcional y el empeoramiento a largo plazo. Este fenómeno ha sido bien reconocido clínicamente en pacientes ancianos con demencia: los médicos y familiares notan que luego de un episodio de delirium los pacientes «nunca vuelven al estado anterior», corroborado también en estudios de seguimiento en los que los pacientes con delirio tienen peor evolución que los que sufren solo demencia, incluyendo el empeoramiento de la función cognitiva y mayores tasas de hospitalización, institucionalización y muerte.³

El desarrollo de delirium en ciertas personas puede ayudar a identificar a aquellas vulnerables a la declinación cognitiva por una predisposición genética o por la presencia de demencia precoz o deterioro cognitivo leve, pasible de no ser diagnosticado. Un mayor conocimiento de la patogénesis del delirium permitiría conocer los factores que lesionan directamente las neuronas y que, como consecuencia, dejan secuelas cognitivas permanentes. Nuevas perspectivas terapéuticas incluyen estrategias para aumentar la actividad de la acetilcolina en el cerebro, mediante agentes procolinérgicos y evitando los antagonistas selectivos de la dopamina que afectan a los receptores D1, D2, D3, y D4.³

IV.1.9. Tratamiento

El tratamiento inicial de esta entidad debe incluir: a) la identificación de una posible causa (y actuar sobre ella) con especial meticulosidad hacia los fármacos, sobre todo aquellos con efecto anticolinérgico; b) buscar el control de los síntomas; c) instaurar medidas de soporte, y d) intentar minimizar en lo posible las complicaciones. Con frecuencia se debe instaurar un tratamiento dicotómico, etiológico y sintomático, desde el principio⁴, pero actualmente no existe ningún consenso internacional que nos indique el tratamiento farmacológico sintomático idóneo.¹²

IV.1.9.1. Medidas generales de apoyo

Son esenciales para la adecuada atención de los pacientes. Su utilidad principal es estabilizar al paciente, identificar y tratar las causas subyacentes del *delirium*, mejorar el estado general del enfermo y vigilar la seguridad del mismo.

Incluyen:

1. Tratar de inmediato todos los problemas médicos urgentes que pongan en peligro la vida del enfermo, estén o no en relación con el *delirium* o sus causas potenciales.
2. Identificar la causa del *delirium* mediante una historia clínica minuciosa, un examen físico completo y el apoyo con pruebas diagnósticas según sean requeridas.

IV.1.9.2. Medidas no farmacológicas y ambientales

Su finalidad es apoyar y reorientar al paciente, además de reducir o eliminar los factores ambientales que puedan exacerbar un *delirium* y evitar al máximo que el paciente se haga daño a sí mismo o a otros. Son de gran utilidad, libres de efectos colaterales y sencillas de aplicar. Por desgracia, en un gran número de casos son sub utilizadas, iniciadas en forma tardía o aplicadas sólo en casos de agitación. Estas incluyen:^{2,10}

1. Usar claves ambientales que favorezcan la orientación (cambios de luz para simular día y noche, calendarios, relojes, luces nocturnas para reducir alteraciones perceptuales, colocar letreros en que se indique dónde se encuentra y cuál es el programa de actividades de cada día, etc.).
2. Hacer más familiar el ambiente, incorporando al mismo algunas pertenencias del paciente y objetos familiares.
3. Brindar un nivel óptimo de estimulación ambiental (no excesivo como para favorecer la confusión, pero no tan callado que no distraiga al paciente de sus percepciones y pensamientos desorganizados) con medidas simples como mantenerle en un cuarto sin otros pacientes, tener encendida una

radio o televisión de fondo y conservar la temperatura del cuarto relativamente constante.

4. Ajustar el horario .nocturno de los medicamentos y toma de signos vitales para proporcionar el máximo número de horas de sueño ininterrumpido.
5. En la medida de lo posible, eliminar los objetos innecesarios del cuarto y asegurar la permanencia de un familiar las 24 h del día para reorientar, tranquilizar y evitar que el paciente se lastime.¹¹
6. Reducir las limitaciones sensoriales asegurándose de que el paciente conserve y utilice sus lentes, auxiliares auditivos y dentaduras.
7. Mantener el nivel de actividad; los pacientes ambulatorios son incitados a caminar acompañados, y los no ambulatorios a hacer ejercicios de movilidad, durante 15 min tres veces al día.
8. Comunicarse con el paciente de manera clara y concisa, reorientando al paciente, identificando con frecuencia al personal y a los familiares que participan en su cuidado y utilizando palabras sencillas; hay que evitar el uso de términos médicos, y no saturar al paciente con demasiada información a la vez.
9. Asegurar la continuidad del personal médico y paramédico para familiarizar al paciente con el equipo de atención.
10. Informar y tranquilizar al paciente y a sus familiares durante y después del *delirium* para reducir temores y ansiedad, enfatizando que es un estado transitorio, reversible y no consecuencia de una enfermedad mental.
11. Si es posible, motivar al paciente a participar en su autocuidado y tratamiento, además de evitar una reducción innecesaria en su funcionalidad e independencia.¹¹

IV.1.9.2. Tratamiento farmacológico:

Lo fundamental es tratar la causa de base, es decir, tratamiento etiológico, controlando simultáneamente los síntomas del SCA. 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.^{2,10,11}

Los fármacos más utilizados son los neurolepticos, también las benzodiazepinas, clorpromazina, levopromacina, que serán usados en casos concretos. El fármaco elegido debe darse a bajas dosis y durante el menor tiempo posible. 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.²

1. Neurolepticos típicos.

2. Haloperidol: Es el más usado en el tratamiento del delirium. Se considera de primera línea en la fase aguda del SCA. Actúa de forma rápida, sin apenas efectos secundarios por lo que es relativamente seguro a corto plazo. Tiene menor efecto anticolinérgico y menor poder sedativo e hipotensor que otros antipsicóticos. Existe en presentación oral (gotas y comprimidos) y parenteral. Se usará la vía oral siempre que se pueda. En pacientes muy agitados donde no se controlen los síntomas, se usará la vía parenteral, incluida la IV (intravenosa), en la que se tendrá que realizar monitorización cardiaca sobre todo en ancianos y cardiopatas, por la posibilidad de que aparezcan arritmias y prolongación del intervalo QT.

3. Neurolepticos atípico

Risperidona: Es el de elección dentro de este grupo por su rapidez de acción. No tiene efectos anticolinérgicos. Se usará cuando, tras el haloperidol, no se consigan controlar los síntomas o sea necesario prolongar el tratamiento en el tiempo. De elección en ancianos con deterioro cognitivo previo o reserva cognitiva baja, por su menor actividad anticolinérgica. Se utilizará una dosis de 0,25-0,5 mg cada cuatro horas. La dosis de la noche puede aumentarse, disminuyendo la del día.

Clozapina: El menos usado de su grupo por los efectos secundarios hematológicos (agranulocitosis), con necesidad de controles periódicos.

Olanzapina: Favorece el aumento de peso y aumenta el estado de ánimo. Escasa respuesta en ancianos, antecedentes de demencia o delirium hipoactivo. Se recomienda una dosis de 2,5-5 mg por la noche, pudiéndose aumentar hasta 20 mg.

Quetiapina: Se puede usar si los síntomas no se controlan con haloperidol. Dosis de 25 a 50 mg cada 4-12 h. No produce síntomas extrapiramidales, por lo que es de elección en SCA en pacientes con enfermedades extrapiramidales, por ejemplo, enfermedad de Parkinson. Ziprasidona: Tiene acción proadrenérgica por lo que puede no ser beneficiosos en algunos casos de delirium hiperactivo. Tiene presentación IM, lo que supone una ventaja frente a los fármacos de su grupo.

4. Benzodiazepinas:

De elección en el delirium causado por la abstinencia del alcohol o de hipnóticos sedantes. Los pacientes con delirium que pueden tolerar dosis más bajas de medicaciones antipsicóticas pueden beneficiarse de la combinación de una benzodiazepina y de un neuroléptico como coadyuvante de este o cuando se necesite una acción sedante o ansiolítica. Hay que tener en cuenta que en ancianos pueden producir mayor desorientación y agravar el delirium. Se usan de vida media corta, como Lorazepam y Midazolam. Este último sólo se debe dar durante un corto período de tiempo, ya que puede producir agitación paradójica. Se usará en dosis de 2,5-5 mg IM.

5. Otros: Clometiazol. Sólo por vía oral, actúa rápidamente. Se usa en el síndrome de abstinencia del alcohol. Analgésicos, opioides (morfina, meperidina y fentanilo), barbitúrico.^{10,11}

IV.1.10. Complicaciones

El delirium en pacientes hospitalizados se asocia a una evolución desfavorable, los pacientes que lo presentan tienen mayores complicaciones y

mortalidad intrahospitalaria, mayor deterioro funcional y prolongación de la estadía hospitalaria. Después de la misma, presentan mayor institucionalización en unidades de larga estadía y mayor riesgo de morir en los meses que siguen a esta. Lo anterior conduce a un importante aumento en los costos de atención de salud.²⁰

Es probable que el aumento de la mortalidad en ancianos con delirium sea explicado por deterioros funcionales y cognoscitivos previos. Pero aun en ancianos sanos y con funcionamiento previo adecuado, el delirium es un predictor independiente para declinación de la capacidad funcional a los dos años. Además es claro que el delirium al momento del ingreso hospitalario en pacientes con fractura de cadera también es un predictor de pobre recuperación funcional al año, y se vio cómo a los tres meses de haber sido dados de alta, el delirium permanecía como un determinante pronóstico independiente para declinación funcional, institucionalización y muerte. En ancianos hospitalizados, tanto el delirium como la demencia, especialmente esta última, están asociados con deterioro del estado cognoscitivo y funcional al año después de la admisión, independiente de la comorbilidad presente o la severidad de la enfermedad que llevó a la hospitalización. Adicionalmente, el delirium en ancianos con demencia aumenta considerablemente la posibilidad de ser ingresados a un hogar de ancianos.¹⁵

Se debe partir de la base de que los pacientes con delirium están más agudamente enfermos y tienen mayor cantidad de comorbilidades, demencia y discapacidad funcional que otros, lo cual podría estar relacionado con las consecuencias nocivas presentadas.¹⁵

Respecto a las comorbilidades, el delirium multiplica sus efectos sistémicos, especialmente las enfermedades crónicas en ancianos a través de varias vías: el delirium dispara una cascada de eventos adversos que aumentan el riesgo de declinación funcional como restricción física o química, desacondicionamiento, caídas, cateterización urinaria, broncoaspiración, úlceras por presión, pobre nutrición, deterioro sensorial y malnutrición. Otra vía es el deterioro cognoscitivo que conlleva el delirium y origina mayores dificultades en los regí- menes

terapéuticos recomendados. Además, el delirium se resuelve lentamente y sus efectos persistentes son evidentes al momento de dar de alta a los pacientes.¹⁵

Los efectos deletéreos, probablemente, están relacionados con la duración, la severidad y la causa subyacente del delirium, así como con la vulnerabilidad del huésped. Sin embargo aún no es claro si el delirium origina daño neurológico permanente, el cual a su vez origina el deterioro de capacidad funcional en estos pacientes.¹⁵

En cuanto a la persistencia del delirium más allá de 30 días, se sabe que contribuye de manera importante a consecuencias nocivas a largo plazo. Existe una fase transicional prolongada después del delirium en la cual se presentan anormalidades cognoscitivas, afectivas, conductuales y funcionales, y además son más frecuentes los episodios recurrentes de delirium. Algunos de sus síntomas, como la inatención, pueden persistir largo tiempo después de la resolución del delirium, situación que probablemente está relacionada con enfermedad física crónica, con síndrome de descondicionamiento o con una homeostasis neurofisiológica retrasada, y puede tener alguna relación con el deterioro cognoscitivo y funcional observado en los estudios de seguimiento. Se ha observado que alrededor del 70 por ciento de los casos se complica con demencia en el seguimiento y que menos del 50 por ciento tiene total recuperación de su funcionamiento cognoscitivo. Los déficits cognoscitivos pueden perdurar por más de seis meses y es poco frecuente un funcionamiento cognoscitivo completo al año del seguimiento.¹⁵

Se ha insistido en las Unidades de Geriátrica dentro de los hospitales generales cómo la mejor forma de prevenir deterioro funcional relacionado con delirium, pero dados los altos costos de funcionamiento que tienen las unidades y el atender solamente a un pequeño grupo de ancianos, últimamente han tomado más fuerza los grupos de atención geriátrica, con una enfermera especializada y un geriatra, que realizan un tamizaje para detectar condiciones frecuentes en ancianos como delirium, úlceras por presión, incontinencia, caídas, inmovilidad y trastornos del sueño, y hacen recomendaciones específicas en cuidado gerontológico, para prevenir las complicaciones que conlleva la hospitalización de

un anciano, especialmente el delirium. Aunque los reportes de una intervención de enfermería o multidisciplinaria dirigida a prevenir los factores que llevan a delirium no reduce la frecuencia de su aparición, sí tienen un efecto modesto en el estado funcional.¹⁵

Es fundamental la implementación de medidas que permitan al menos su detección precoz y que lleven a minimizar el impacto de las complicaciones funcionales que se presentan en ancianos, especialmente los frágiles y los discapacitados. Además, se debe llevar a cabo un seguimiento que permita intervenciones más allá de la hospitalización, especialmente de colaboración y apoyo a los cuidadores ante posibles recaídas o ante la persistencia del delirium, haciendo énfasis en la recuperación y mantenimiento de la capacidad funcional del anciano.¹⁵

IV.1.11.Pronóstico y Evolución

El pronóstico es muy variable dependiendo de la causa que haya determinado el SCA y de la situación general previa del paciente. Con todo, la existencia de esta entidad supone, muy frecuentemente, un elemento que ensombrece el pronóstico de la enfermedad de base que presenta el anciano y altera de manera importante su calidad de vida. Expresión de este peor pronóstico puede ser la mayor dificultad para la recuperación funcional tras un proceso agudo y también las estancias hospitalarias más prolongadas.^{13,14}

Si se corrige la causa primaria la evolución del SCA suele ser hacia la remisión «*ad integrum*» en un plazo que oscila entre días y varias semanas. En otras ocasiones, en especial en pacientes añosos con algún grado de deterioro cognitivo previo, la recuperación no es completa y el paciente sale del delirio con una merma de su situación basal previa evolucionando con posterioridad hacia una situación de demencia establecida.¹⁴

IV.1.12. Prevención del delirium

En torno a un 30-40 por ciento de los episodios de delirium pueden prevenirse mediante medidas no farmacológicas, que incluyan intervenciones de alta calidad dirigidas a los cuidados del anciano hospitalizado, relacionadas con protocolos y normas tendentes a identificar el riesgo y los síntomas precoces del síndrome, y con el diseño de un plan de cuidados y de estrategias preventivas. Estas medidas deben establecerse en todos los pacientes ancianos que ingresan y presentan factores predisponentes para desarrollar delirium, especialmente en los más vulnerables, e implica inexorablemente una adecuada capacitación y entrenamiento del personal sanitario al cuidado. Las medidas no farmacológicas nos evitan las consecuencias iatrogénicas potenciales de los fármacos que utilizaremos si fracasan estas, y tendrán tres áreas de actuación: el propio interesado, el ambiente que le rodea y, evidentemente, tanto los cuidadores sanitarios como los familiares.^{11, 12, 13}

Las diferentes revisiones han demostrado su eficacia incluso en términos económicos, cuando se realiza por un equipo especializado, pero es fundamental la adherencia a las medidas para que se confirme su efectividad. Se ha propuesto la aplicación de diferentes protocolos estandarizados siendo el más conocido el programa HELP (*Hospital Elder Life Program*), que utiliza estrategias evaluadas y que ha demostrado la mejora de la calidad del cuidado en el hospital. Este programa incluye las siguientes medidas: orientación, nutrición e hidratación apropiadas, ritmo sueño-vigilia, alteraciones sensoriales (visión y audición), y movilidad. Recientemente el programa ha dado acceso gratuito a toda la información para avanzar en la calidad de los cuidados a ancianos. A nivel quirúrgico otros equipos consultores geriátricos recomiendan valorar 10 dominios: oxígeno, líquidos y electrolitos, dolor, fármacos psicoactivos minimizados, función intestinal y vesical, nutrición, movilización precoz, prevención de complicaciones postoperatorias, estímulos medioambientales apropiados y tratamiento de síntomas del delirium. Un trabajo español de Vidan *et al* aplica una intervención multifactorial no farmacológica integrada en la práctica clínica habitual, y

consigue disminuir la aparición de delirium en los pacientes ancianos, mejorando la calidad de los cuidados y sin utilizar recursos adicionales, todo ello dentro en un sistema sanitario público.^{11, 12, 13}

Es básica la prevención no farmacológica, ofreciendo un ambiente adecuado, con ausencia de ruido y sin cambios injustificados de ubicación ni del personal que esté al cuidado del paciente, proponiendo la incorporación de objetos personales (fotos, etc.) y la necesidad de acompañamiento durante el ingreso hospitalario. Habrá que recordar el lugar y el día en que vivimos (colocar calendarios, relojes), mantener al máximo su capacidad de visión y audición y explicarle todo aquello que vayamos a hacer en cada momento.¹²

En cuanto a la posibilidad de desarrollar una prevención farmacológica del delirium, se han ensayado diferentes principios farmacológicos en base a la teoría del aumento de dopamina como causante del delirium y a que el bloqueo de los receptores D2 por fármacos neurolépticos se asocia a un aumento en la liberación de acetilcolina, aunque ninguno ha demostrado capacidad para disminuir la incidencia. Sí hay un trabajo realizado con haloperidol y otro con risperidona en los que parece existir cierto papel positivo en la prevención del delirium, pero no existe evidencia fehaciente de su beneficio y de momento no pueden aconsejarse de manera rutinaria.¹²

El delirium representa uno de los eventos adversos que pueden prevenirse durante la hospitalización de los ancianos y cumple con los criterios de Williamson como indicador de calidad de la atención médica; comúnmente, el delirio es iatrogénico y del todo relacionado con el proceso de la atención sanitaria. Los trabajos clínicos brindan mucha evidencia acerca de que el 30 al 40 por ciento de los casos pueden prevenirse. Muchos aspectos de la atención hospitalaria influyen en el desarrollo del delirium, incluyendo los efectos adversos de los medicamentos, las complicaciones de los procedimientos invasivos, la inmovilización, la malnutrición, la deshidratación, el uso de sondas vesicales y la deprivación del sueño. En la actualidad, el

delirium se incluye como marcador de calidad de la atención médica y de la seguridad del pacientes.³

V. HIPOTESIS

1. La incidencia de Delirium en el hospital Licenciado José María Cabral y Báez es alta.

VI. VARIABLES

1. Edad
2. Sexo
3. Procedencia
4. Estado civil
5. Diagnostico de ingreso
6. Antecedentes patológicos
7. Estado funcional y mental
8. Delirium
9. Grupo de fármacos

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del paciente hasta el momento de la llegada en el centro asistencial.	- Años cumplidos	Ordinal
Sexo	Género al que pertenece el paciente	Femenino Masculino	Nominal
Procedencia	Lugar de origen del paciente.	La que refiere el paciente	Nominal
Estado civil	Condición jurídica en la familia y la sociedad	Casado Soltero Viudo Unión libre	Ordinal
Diagnóstico de ingreso	Condición clínica que motivo el ingreso del paciente	Hipertensión arterial Diabetes mellitus Accidente cerebrovascular Fallo cardiaco Fallo renal Síndrome anémico Neumonía EPOC	Nominal
Estado funcional	Capacidad del paciente para realizar las actividades de la vida diaria	ECRM ECRF	Nominal
Medicamentos	Drogas utilizadas por el paciente previo a su ingreso	Antihipertensivos Hipoglicemiantes Analgésicos Antiagregante Muco lítico Sedantes Hipnóticos Antiparkinsoniano Antiarrítmicos	Nominal
Antecedentes patológicos	Situación que agrava y alarga el curso de la enfermedad y que no es propio de ella.	HTA ACV Cardiopatías Cáncer Parkinson Demencias EPOC	Nominal
Delirium		Hiperactivo Hipoactivo Mixto	

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. Tipo de estudio

1. Estudio prospectivo y descriptivo, basado en la incidencia de delirium en el servicio de Geriatria del Hospital Licenciado José María Cabral y Báez, Santiago, República Dominicana, en el periodo Enero – Junio 2009

VII.2. Área de estudio

La investigación tendrá lugar en el servicio de Geriatria del Hospital Lic. José María Cabral y Báez, Santiago, República Dominicana. Este hospital, está situado en la calle Sabana Larga esquina 7 de Febrero, y está delimitado, al Norte, por la calle 27 de Febrero; al Este, por la Sabana Larga; al Sur, por la Pedro Francisco Bono y al Oeste, la Sánchez



VII.3. Universo

1. El universo estará compuesto por todos los pacientes que acuden al servicio de Geriatria (Consulta externa, emergencia) del Hospital en el periodo Enero – Junio 2009

VII.4. Muestra

La muestra estará representada por los pacientes geriátricos ingresados al servicio de Geriatría.

VII.5. Criterios de inclusión

Los criterios para incluir los pacientes en este estudio serán:

11. Pacientes que sean hospitalizados en el servicio de Geriatría del Hospital, en el periodo Enero – Junio 2009
1. Mayores de 65 años
2. Ambos sexos

VII.6. Criterios de exclusión

Los criterios para excluir los pacientes en este estudio será:

1. No localización del expediente clínico.
2. Menores de 65 años.
3. Hospitalizados por otros servicios.

VII.7. Instrumento de recolección de datos

Para obtención de los datos, se aplicara un cuestionario que constara con los datos generales, antecedentes patológicos, comorbilidades, diagnostico de ingreso, factores asociados a la aparición de delirium, fecha de ingreso y egreso y estado funcional de cada paciente.

La valoración funcional y mental se establecerá con la escala de la cruz roja

VII.8. Procedimiento para la recolección de la información

1. El formulario de recolección de datos aplicado en este estudio se llenará a partir de la entrevista a los pacientes y cuidador ingresado en el servicio de Geriatria del Hospital Regional Universitario Licenciado José María Cabral y Báez en el periodo Enero – Junio 2009. Para determinar la población de estudio se revisaran los expedientes de los pacientes que sean ingresados en dicho servicio en este periodo. Estos formularios serán llenados por los sustentantes de esta investigación.

VII.9. Tabulación y análisis

La tabulación de los datos se hará por medios de programas computarizados, Epi-info y la producción de cuadros y gráficos se procesó por frecuencia y porcentaje haciendo uso de Microsoft Word y Excell.

VII.10. Criterios éticos

Se utilizarán los datos de los expedientes correspondientes a los pacientes, garantizando la confidencialidad y manejo seguro de los mismos.

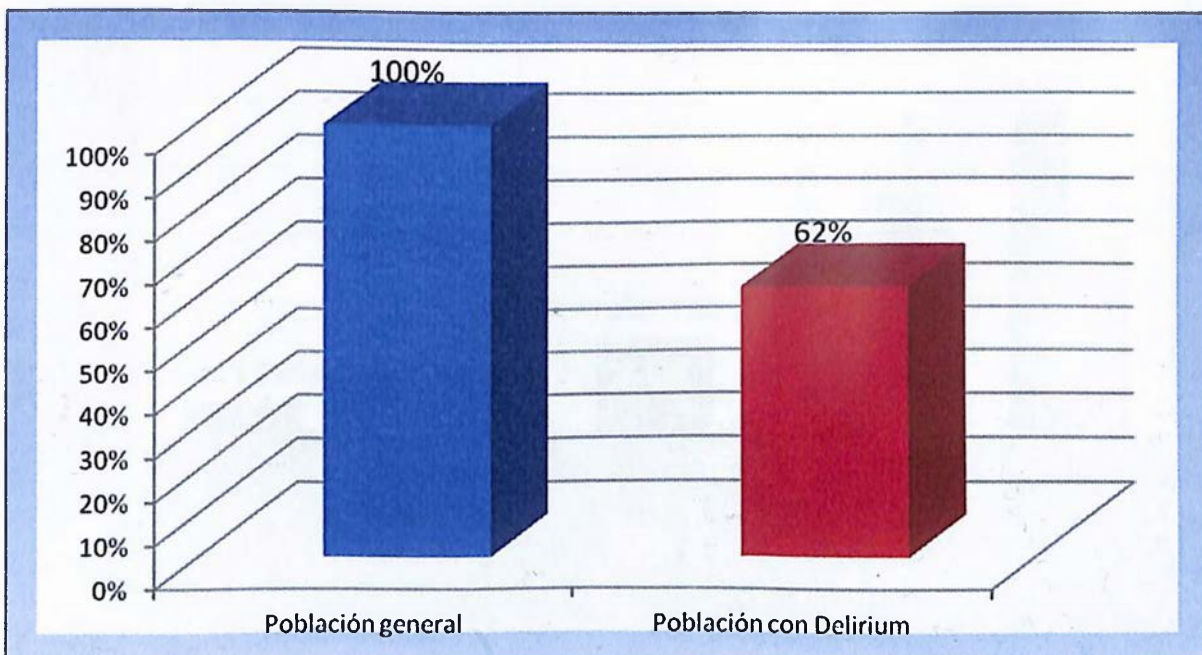
VII.8. RESULTADOS

La tabla 1. Presenta la incidencia de delirium con relación a la población general. Se observa que de 66 pacientes ingresados 41 presentaron delirium, lo cual representa un 62 por ciento. (Ver tabla 1)

Tabla 1. Distribución de los pacientes estudiados. Hospital José María Cabral y Báez, 2009.

Población general	66	100%
Población con Delirium	41	62%

Gráfico 1. Distribución de los pacientes estudiados. Hospital José María Cabral y Báez, 2009.



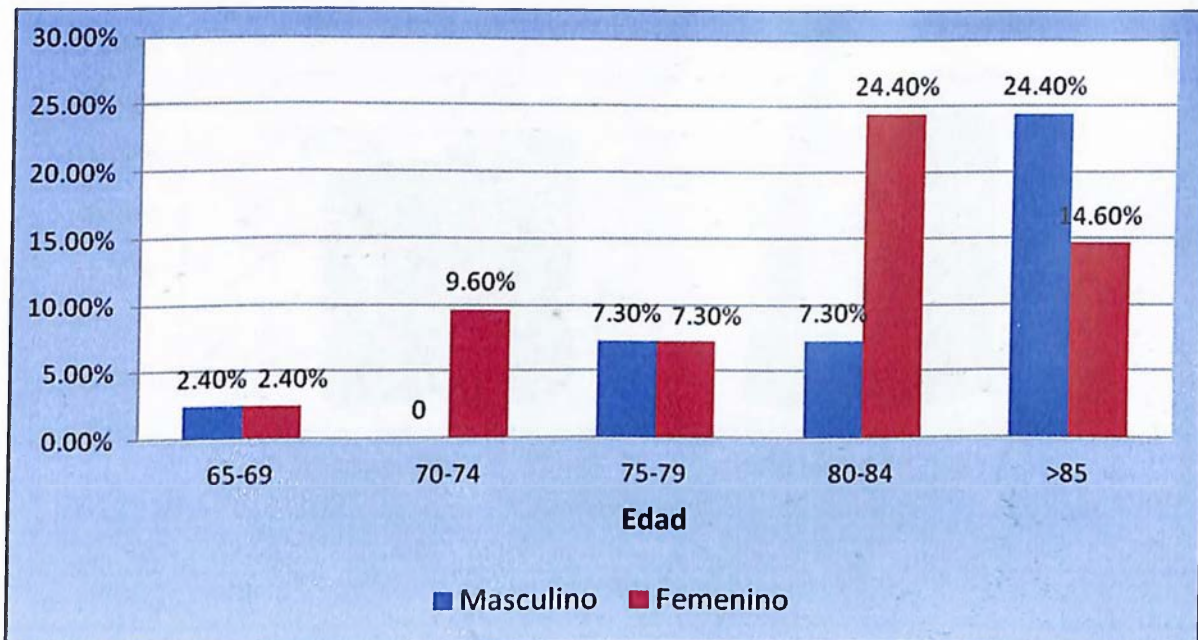
Fuente: Tabla 1.

En la tabla 2, se observa la relación entre la edad y el sexo de los pacientes. Encontramos que el 58.5 por ciento corresponde al sexo femenino. (Ver tabla 2)

Tabla 2: Distribución de los pacientes según edad y sexo. Hospital José María Cabral y Báez. 2009

Edad	Masculino	Femenino	Total
65-69	1 (2.4%)	1(2.4%)	2 (4.8%)
70-74	0	4(9.6%)	4(9.6%)
75-79	3(7.3%)	3(7.3%)	6(14.6%)
80-84	3(7.3%)	10(24.4%)	13(31.7%)
>85	10(24.4%)	6(14.6%)	16(39%)
Total	17(41.4%)	24(58.5%)	41(99.9%)

Gráfico 2: Distribución de los pacientes según edad y sexo. Hospital José María Cabral y Báez. 2009



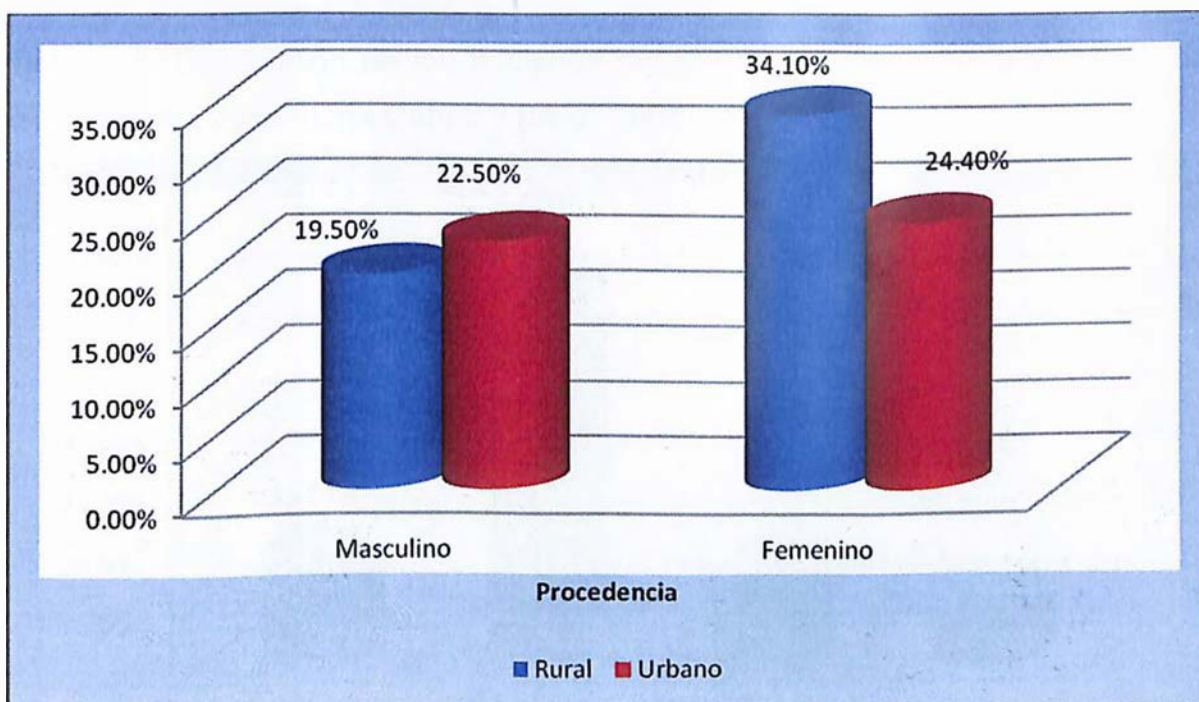
Fuente: Tabla 2.

En relación a la procedencia de los pacientes con delirium se observa que 53.6 por ciento era proveniente de la zona rural (Ver tabla 3).

Tabla 3: Distribución de los ancianos hospitalizados de acuerdo a la procedencia. Hospital José maría Cabral y Báez 2009.

Procedencia	Masculino	Femenino	Total
Rural	8(19.5%)	14(34.1%)	22(53.6%)
Urbano	9(22.5%)	10(24.4%)	19(46.3%)

Gráfico 3: Distribución de los ancianos hospitalizados de acuerdo a la procedencia. Hospital José maría Cabral y Báez 2009.



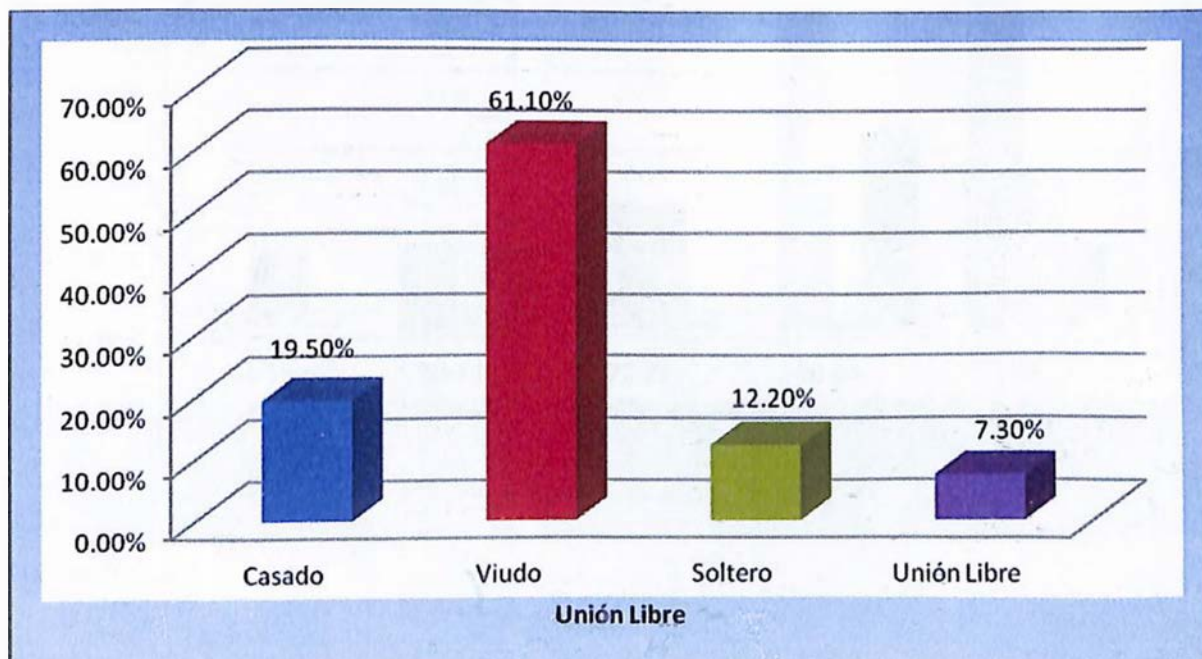
Fuente: Tabla 3

La tabla 4 muestra la distribución de los pacientes de acuerdo a su estado civil. Se evidencia que 61 por ciento de los pacientes eran viudos. (Ver tabla 4)

Tabla 4: Distribución de los ancianos hospitalizados de acuerdo a su estado civil. Hospital José maría Cabral y Báez. 2009

Estado Civil	No	%
Casado	8	(19.5%)
Viudo	25	(61.1%)
Soltero	5	(12.2%)
Unión Libre	3	(7.3%)

Gráfico 4: Distribución de los ancianos hospitalizados de acuerdo a su estado civil. Hospital José maría Cabral y Báez. 2009



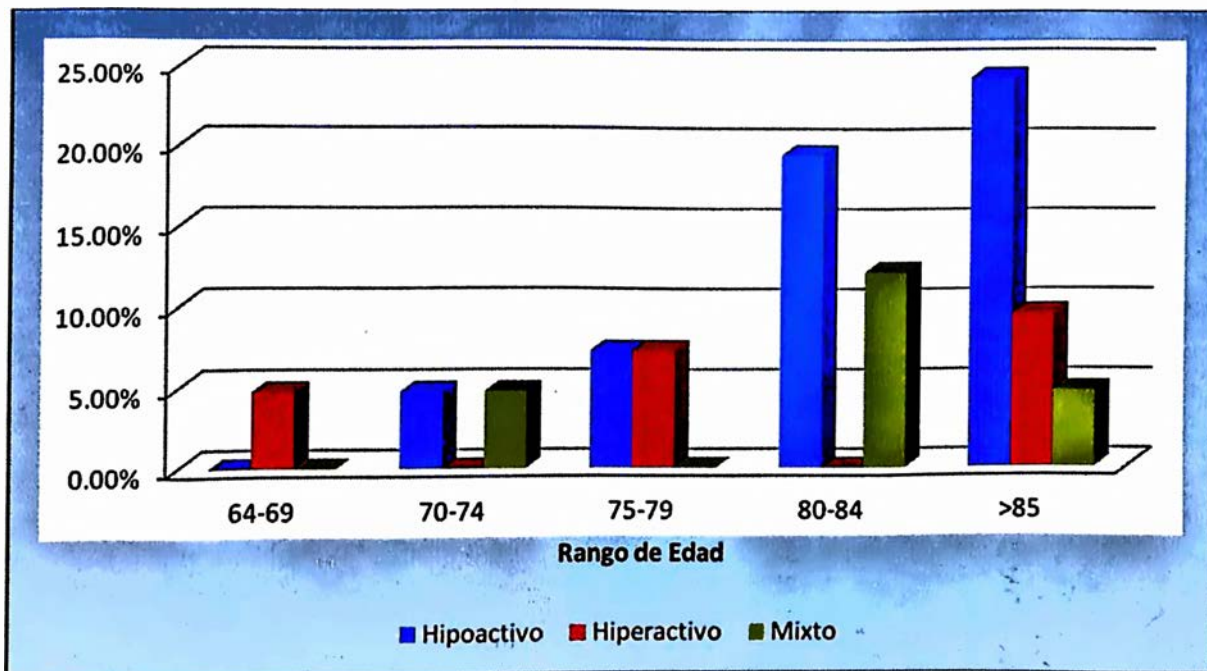
Fuente: Tabla 4

En cuanto al tipo de delirium relacionado con la edad se evidencio el predominio del tipo mixto con un 56.1 por ciento, además este fue mas frecuente en los mayores de 85 años con un 24.4 por ciento. (Ver tabla 5)

Tabla 5. Distribución de los pacientes de acuerdo al tipo de delirium. Hospital José María Cabral y Báez, 2009.

Tipo de Delirium	Rango de Edad					Total
	64-69	70-74	75-79	80-84	>85	
Hipoactivo		2(4.8%)	3(7.3%)	8(19.5%)	10(24.4%)	23(56.1%)
Hiperactivo	2(4.8%)		3(7.3%)		4(9.6%)	9(22.1%)
Mixto		2(4.8%)		5(12.2%)	2(4.8%)	9(22.1%)

Gráfico 5. Distribución de los pacientes de acuerdo al tipo de delirium. Hospital José María Cabral y Báez, 2009.



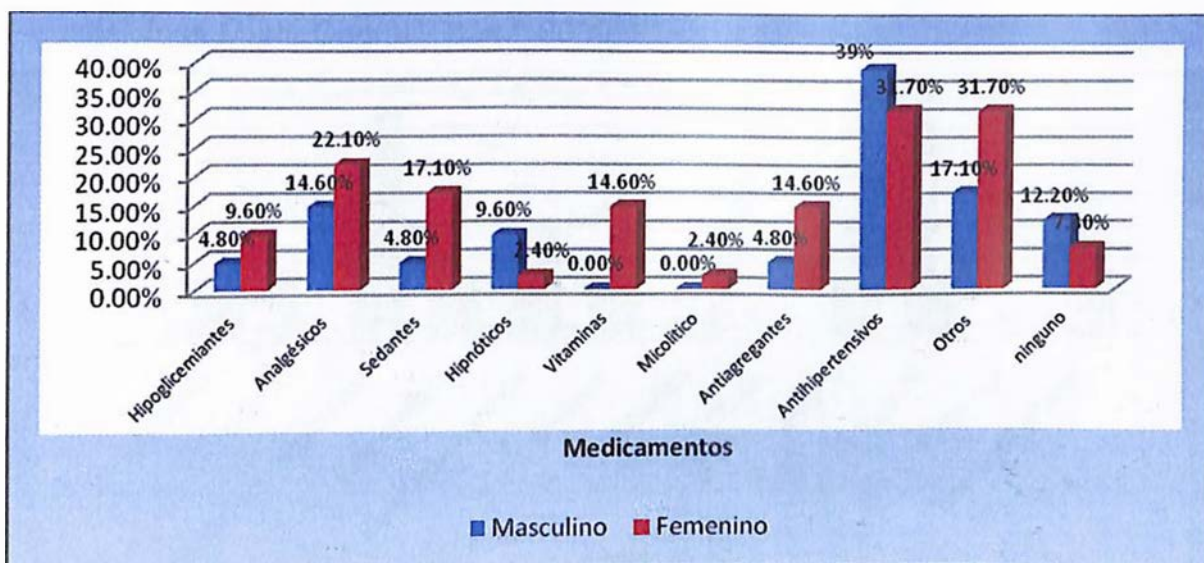
Fuente: Tabla 5

La tabla 6 muestra los grupos de fármacos más utilizados, siendo los antihipertensivos utilizado por 29 por ciento de los pacientes. (Ver tabla 6)

Tabla 6. Distribución de los grupos de fármacos más utilizados. Hospital José María Cabral y Báez, 2009.

Medicamentos	Masculino	Femenino	Total
Hipoglicemiantes	2(4.8%)	4(9.6%)	6(14.6%)
Analgésicos	6(14.6%)	9(22.1%)	15(36.5)
Sedantes	2(4.8%)	7(17.1%)	9(22.1%)
Hipnóticos	4(9.6%)	1(2.4%)	5(12.2%)
Vitaminas		6(14.6%)	6(14.6%)
Micolítico		1(2.4%)	1(2,4\$)
Antiagregantes	2(4.8%)	6(14.6%)	8(19.5%)
Antihipertensivos	16(39%)	13(31.7%)	29(70.7%)
Otros	7(17.1%)	13(31.7%)	20(48.7%)
ninguno	5(12.2%)	3(7.3%)	8(19.5%)

Gráfico 6. Distribución de los grupos de fármacos más utilizados. Hospital José María Cabral y Báez, 2009.



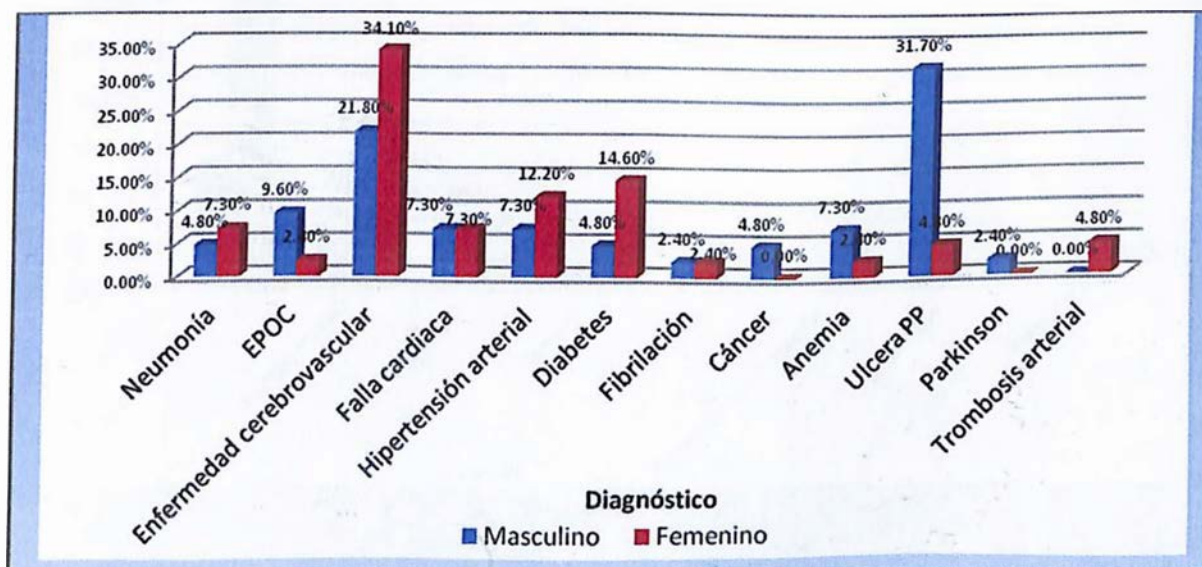
Fuente: Tabla 6

En cuanto a los diagnósticos de ingreso, la tabla 7 muestra que lo mas frecuente fue la enfermedad cerebrovascular en el 56.1 por ciento de los casos. (Ver tabla 7).

Tabla 7. Distribución de los paciente de acuerdo al diagnostico de ingreso.
Hospital José María Cabral y Báez, 2009.

Diagnostico/	Masculino	Femenino	Total
Neumonía	2(4.8%)	3(7.3%)	5(12.2%)
EPOC	4(9.6%)	1(2.4%)	5(12.2%)
Enfermedad cerebrovascular	9(21.8%)	14(34.1%)	23(56.1%)
Falla cardiaca	3(7.3%)	3(7.3%)	6(14.6%)
Hipertensión arterial	3(7.3%)	5(12.2%)	8(19.5%)
Diabetes	2(4.8%)	6(14.6%)	8(19.5%)
Fibrilación	1(2.4%)	1(2.4%)	2(4.8%)
Cáncer	2(4.8%)		2(4.8%)
Anemia	3(7.3%)	1(2.4%)	4(9.6%)
Ulcera PP	13(31.7%)	2(4.8%)	
Parkinson	1(2.4%)		1(2.4%)
Trombosis arterial		2(4.8%)	2(4.8%)

Gráfico 7. Distribución de los paciente de acuerdo al diagnostico de ingreso.
Hospital José María Cabral y Báez, 2009.



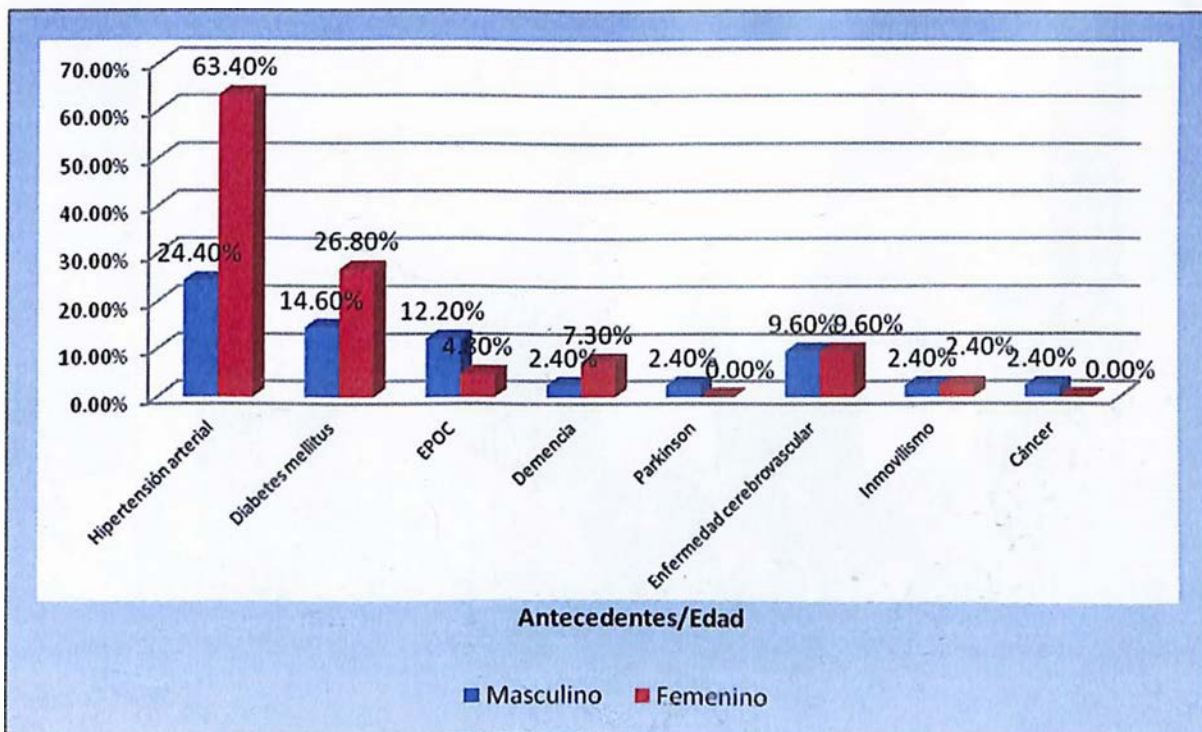
Fuente: Tabla 7

La tabla 8 muestra los antecedentes mórbidos más frecuente. Se evidencia el predominio de la hipertensión arterial con un 87.8 por ciento. (Ver tabla 8)

Tabla 8. Distribución de los antecedentes mórbidos más frecuentes. Hospital José María Cabral y Báez, 2009.

Antecedentes/Edad	Masculino	femenino	Total
Hipertensión arterial	10(24.4%)	26(63.4%)	36(87.8%)
Diabetes mellitus	6(14.6%)	11(26.8%)	17(41.5%)
EPOC	5(12.2%)	2(4.8%)	7(16.9%)
Demencia	1(2.4%)	3(7.3%)	4(9.6%)
Parkinson	1(2.4%)		2(4.8%)
Enfermedad cerebrovascular	4(9.6%)	4(9.6%)	8(19.5%)
Inmovilismo	1(2.4%)	1(2.4%)	2(4.8%)
Cáncer	1(2.4%)		1(2.4%)

Gráfico 8. Distribución de los antecedentes mórbidos más frecuentes. Hospital José María Cabral y Báez, 2009.



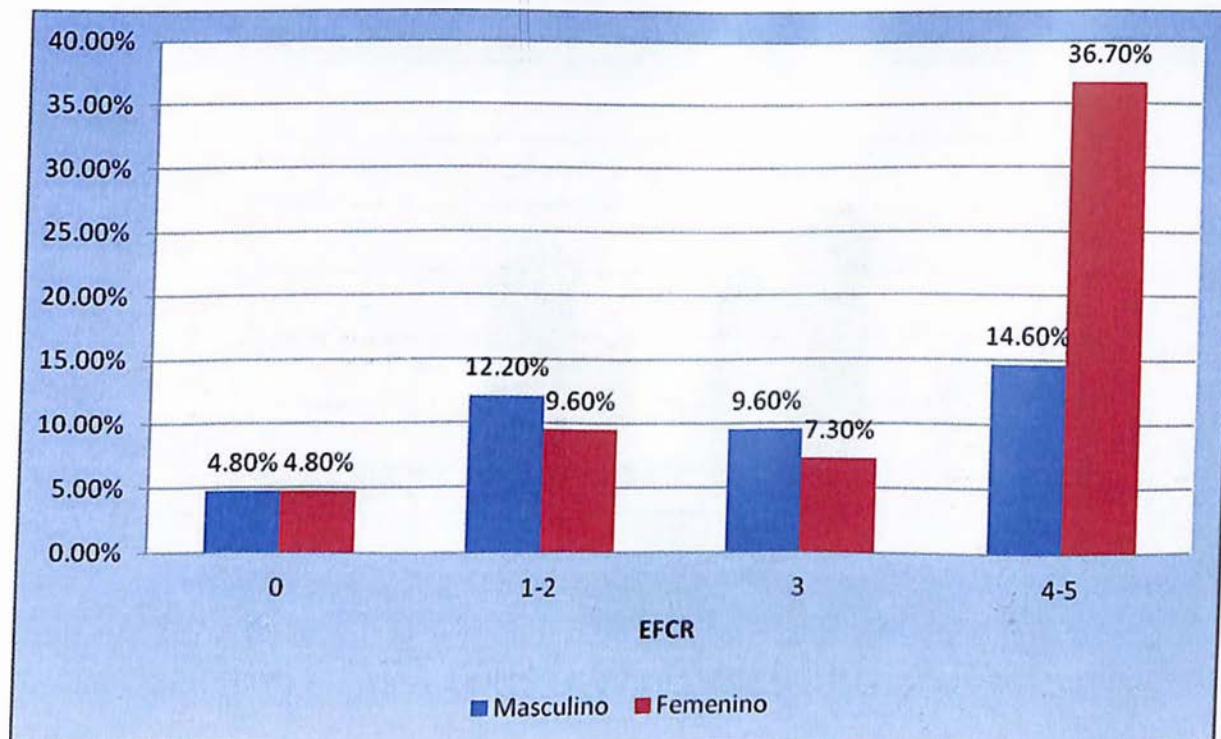
Fuente: Tabla 8

La tabla 9 muestra la valoración funcional de los pacientes mediante la escala física de cruz roja en la cual se observa que 51 por ciento tenía una dependencia severa.(Ver tabla 9)

Tabla 9. Distribución de la valoración funcional de acuerdo a la Escala Física de la Cruz Roja. Hospital José María Cabral y Báez, 2009.

EFCR	Masculino	Femenino	Total
0	2(4.8%)	2(4.8%)	4(9.6%)
1-2	5(12.2%)	4(9.6%)	9(21.8%)
3	4(9.6%)	3(7.3%)	7(16.9%)
4-5	6(14.6%)	15(36.7%)	21(51.2%)

Gráfico 9. Distribución de la valoración funcional de acuerdo a la Escala Física de la Cruz Roja. Hospital José María Cabral y Báez, 2009.



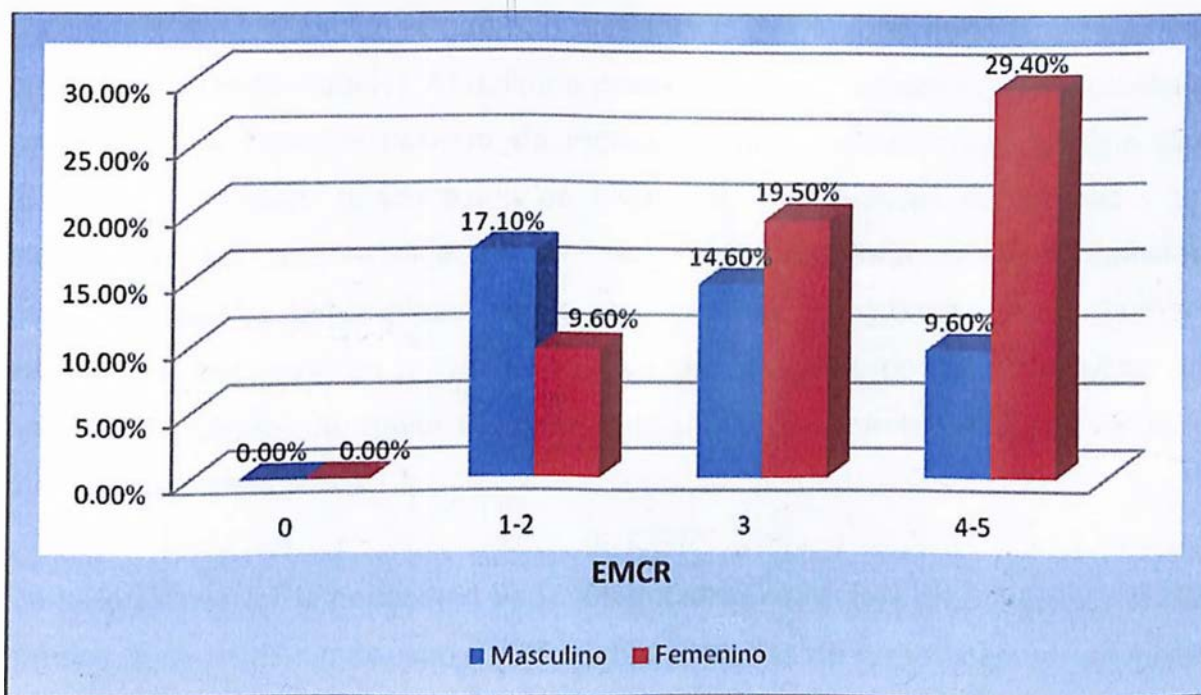
Fuente: Tabla 9

En la tabla 10 se muestra la valoración de la escala mental de la cruz roja, evidenciándose que 39 por ciento presenta clara alteraciones mentales. (Ver tabla 10)

Tabla 10. Distribución de acuerdo a la Escala Mental de la Cruz Roja. Hospital José María Cabral y Báez, 2009

EMCR	Masculino	femenino	Total
0	0	0	0
1-2	7(17.1%)	4(9.6%)	11(26.7%)
3	6(14.6%)	8(19.5%)	14(36.6%)
4-5	4(9.6%)	12(29.4%)	16(39%)

Gráfico 10. Distribución de acuerdo a la Escala Mental de la Cruz Roja. Hospital José María Cabral y Báez, 2009



Fuente: Tabla 10

VII.9. Análisis

El delirium es un trastorno de alta prevalencia en los hospitales generales, donde a menudo se infradiagnóstica y, en nuestra experiencia, recibe menor atención de la debida por parte de los clínicos. Genera elevados costes sanitarios como consecuencia directa de la prolongación de las estancias hospitalarias y de las complicaciones médicas a que da lugar. El delirium es especialmente frecuente en pacientes hospitalizados de edad avanzada, que reciben tratamientos complejos o presentan más de una patología, de manera que es aconsejable una conducta de constante alerta por parte de todo el equipo sanitario para su detección precoz y su correcto tratamiento. En consecuencia, el estudio de los pacientes de riesgo debería ir acompañado de procedimientos de detección precoz del delirium que hagan posible un correcto tratamiento, un adecuado seguimiento y el control de sus posibles consecuencias.¹⁰

Aunque en principio el cuadro de delirium se consideraba reversible, sólo un bajo porcentaje de los ancianos que han presentado delirium es dado de alta con el cuadro totalmente resuelto. El delirium puede asociarse a unas complicaciones a corto plazo, durante el período de ingreso hospitalario: caídas, incontinencia, úlceras por presión, desconexión de catéteres, dehiscencias de suturas y un incremento de la mortalidad y la estancia hospitalaria. También existen consecuencias a largo plazo, como un aumento del porcentaje de nuevas institucionalizaciones; un mayor porcentaje de pacientes con el diagnóstico de novo de demencia; un mayor deterioro funcional y, finalmente, un aumento de la mortalidad a largo plazo.¹²

De todo ello deriva la necesidad de un diagnóstico correcto y precoz por parte del médico, y, lo que es más, serían necesarias medidas de prevención en forma de protocolos dirigidos no sólo al personal médico, sino enfermería, auxiliares, cuidadores.²

En este trabajo hacemos un enfoque sobre la incidencia del delirium en pacientes ancianos hospitalizados.

De los pacientes estudiado 62 por ciento presento delirium, estos datos coinciden con lo descrito en la literatura que reporta una incidencia entre 6 y 56 por ciento en pacientes hospitalizados mayores de 65 años.^{12,16}

En cuanto al sexo hubo un predominio las femeninas con 58.5 por ciento, lo cual coincide con lo encontrado por Chaves y colaboradores quienes encontraron un 61 por ciento.⁴

La frecuencia de delirium aumenta con la edad. El anciano es muy vulnerable a la aparición de delirium por cambios en su metabolismo cerebral producidos por el proceso de envejecimiento, que lo colocan en una situación de gran fragilidad y que se asocian a diferentes estados patológicos. En este estudio encontramos que el grupo más afectado fue el de los mayores de 85 con un 39 por ciento, esto difiere de lo encontrado por Vásquez y colaboradores quienes reportaron que el grupo más afectado es el de 80 años.⁸

En este estudio se encontró que la mayoría de los pacientes procedía de la zona rural con un 53.6 por ciento.

La viudez puede ser uno de los estados más inesperados de la vida de un ser. Se trata de una nueva realidad a la cual se debe enfrentar la persona que perdió al ser querido. La viudez en la tercera edad no se vuelve menos dolorosa por estar al final de la vida, en tal sentido esto repercute de manera significativa en el estado cognitivo de los acianos y por tanto son más susceptibles a presentar delirium. En este estudio se observó que 61 por ciento de los pacientes estudiados pertenecía al grupo de los viudos.

El tipo de *delirium* más frecuentemente encontrado fue el hipoactivo el cual se presento en el 56 por ciento de los pacientes. Esto es relevante, ya que hay datos que sugieren que ellos tendrían un pronóstico peor que los hiperactivos, sin haber claridad si esta diferencia es por el origen o el manejo de la patología, ya que por tratarse de pacientes «tranquilos» no se pesquisa ni se trata este síndrome a

tiempo.¹⁸ Esto difiere de lo encontrado por Cánovas y colaboradores quienes encontraron que el tipo más frecuente fue mixto con fases de hiperactividad e hipoactividad.¹⁷

En cuanto a los grupos de fármacos se encontró que los más usados fueron los antihipertensivos lo cual se explica por la alta prevalencia de la hipertensión.

La patología que motivo el ingreso en la mayoría de los casos fue la enfermedad cerebrovascular con un 56 por ciento de los casos, esto difiere de lo encontrado por Carrasco y colaboradores quienes encontraron que las patologías infecciosas y metabólicas fueron la principal causa de ingreso.¹⁸

Las patologías crónicas que se surgieron como predictores significativos de delirium fueron: hipertensión, diabetes, enfermedad pulmonar y enfermedad cerebrovascular previa. Se evidenció el predominio de la hipertensión arterial con un 87.8 por ciento.

Por función se entiende la capacidad de ejecutar las acciones que componen nuestro quehacer diario de manera autónoma, es decir, de la manera deseada a nivel individual y social. El deterioro funcional es predictor de mala evolución clínica y de mortalidad en pacientes mayores, independientemente de su diagnóstico.²¹ en este estudio se encontró que la mayoría de los pacientes presentó una valoración de 4 a 5 para una dependencia total.

En cuanto a la valoración mental se encontró que 39 por ciento de los pacientes presentó el máximo grado de deterioro para una escala de 4 a 5.

VII.10. Conclusión

El *delirium* es un trastorno de alta incidencia en los hospitales generales, donde a menudo se infradiagnóstica, y recibe menor atención de la debida por parte de los clínicos. Es un síndrome que genera alta mortalidad y morbilidad en los pacientes que lo sufren, y que genera elevados costes sanitarios, como consecuencia directa de la prolongación de las estancias hospitalarias y de las complicaciones médicas a que da lugar. El *delirium* es especialmente frecuente en pacientes hospitalizados de edad avanzada, que reciben tratamientos complejos o que presentan más de una patología, de manera que es aconsejable una conducta de constante alerta por parte de todo el equipo sanitario para su detección precoz y su correcto tratamiento. Puesto que las medidas de control ambiental están libres de efectos adversos y han demostrado su eficacia, se deberían instaurar en todos los hospitales mediante protocolos estandarizados dirigidos al control de los factores predisponentes y desencadenantes que pueden provocar el cuadro clínico, especialmente en las poblaciones más susceptibles. Esta labor preventiva también debería ir acompañada de procedimientos de detección precoz, tratamiento y seguimiento del trastorno para controlar sus posibles consecuencias en la evolución del paciente.

REFERENCIAS BIBIOGRFICA

1. Bliss M, Hanlon J, Gosney M, Malone-Lee J, Fink H, Morgan K, et al. Problemas asociados a la medicina geriátrica, En: Brocklehurst J Geriatria. Madrid (España): Elsevier inc; 2005: vol. II, p.1289- 1407.
2. Antón –Jiménez M, Giner- Santeodoro A, Villalba- Lancho E. Tratado de geriatría para residentes, 13ava ed., Madrid (España) International Marketing & Communication, S.A. (IM&C), 2004: 189- 199.
3. Inouye Sharon K. *Delirium in Older Persons*. N Engl J Med 2006; 354:1157-65
4. Chávez-Delgado M E, et al. Delirium en ancianos hospitalizados. Detección mediante evaluación del estado. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (4): 321-328. <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im074c.pdf>
5. Martin G. Cole, *Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis* Oxford Journals Medicine. Age and Ageing 38, (1):19-26 <http://ageing.oxfordjournals.org/content/38/1/19.long>
6. Witlox J, et al. Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization, and Dementia A Meta-analysis JAMA; 2010; 304 (4) 443
7. Zuliani G, Bonetti F, Magon S, Prandini S, Sioulis F, D'Amato M, Zampi E, Gasperini B, Cherubini A. *Subsyndromal Delirium and Its Determinants in Elderly Patients Hospitalized for Acute Medical Illness*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23676249>

8. Vázquez F, et al. Delirium en ancianos hospitalizados. Seguimiento de 18 meses *Medicina (B. Aires)* 2010; 70 (1)
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S002576802010000100003
&script=sci_ar_text](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S002576802010000100003&script=sci_ar_text)
9. Domínguez Belloso FJ. Delirium (I): Aspectos histórico-conceptuales, nosología, epidemiología, etiopatogenia y clínica *Psiquiatría*. 2012; 16 (1).
<http://hdl.handle.net/10401/5257>.
10. González T. M. Delirium Adaptación de un instrumento de detección y evaluación del pronóstico vital asociado. *Neurociències Bienni Barcelona* 2001-2003. http://www.tesisenxarxa.net/tesis_ub/available/tdx-0121104-095908//tesis.pdf
11. Villalpando B JM. Delirium. *Geriatría. El Manual Moderno*; México: 2006. 371-390.
12. Formiga Pérez, F. El delirium en pacientes ancianos durante un ingreso hospitalario. Sección de Geriatría. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de *Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat*. Barcelona. España, 2010. www.jano.es
13. Prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en ancianos hospitalizado. México. Secretaría de Salud 2011.
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
14. Ruiz, MI, et al. Síndrome Confusional Agudo (DELIRIUM) "Guía práctica de diagnóstico y tratamiento". Servicio de salud el Principado de Asturias. <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/websdepartam/pqe/GUIA%20SINDROME%20CONFUSIONAL%20AGUDO.pdf>

15. Gómez M., J F. Declinación Funcional En El Anciano Con Delirium. Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr. Vol. 20(4) 2006
16. M. Lázaro-Del Nogal, et al. Síndrome confusional (delirium) en el anciano. España. Viguera. psicogeriatría, 2009; 1 (4): 209-22.
17. Cánovas Pareja, C. et al. Delirium en ancianos hospitalizados. España Vol. 130. Núm. 17. 10 Mayo 2008
<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-delirium-ancianos-hospitalizados-13120700>
18. Carrasco, M. et al. Subdiagnóstico de *delirium* en adultos mayores hospitalizados. Rev. méd. Chile v.133 n.12 Santiago dic. 2005
19. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X08711752?via=sd&cc=y>
20. http://www.experienciamedicahp.com.ar/v26n3/trabajo_original.htm
21. <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>

IX. ANEXOS

IX.1. Instrumento de recolección de la información

incidencia de delirium en ancianos hospitalizados en el hospital licenciado José María Cabral y Báez de Santiago, Enero-Junio, 2009

I. Aspectos sociodemográficos

Nombre: _____

Expediente hospital: _____ Record Geriatría: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Procedencia: _____

Estado civil: _____ Días de ingreso: _____ cuidador: _____

II. Diagnóstico de Ingreso:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

III. Antecedentes:

HTA _____ DM _____ Demencias _____ Enf. de Parkinson _____

EPOC _____ ACV _____ Cardiopatías _____ Cáncer _____

IV. Valoración funcional

ECRM _____ ECRF _____ Barthel _____ Nutricional _____

V. Medicamentos utilizados (marcar con una x lo positivo)

Antihipertensivos _____ Diuréticos _____ Analgésicos _____

Insulina _____ Sedante _____ Hinopticos _____ Hipoglucemiantes _____

Antibióticos _____ Antieméticos _____ Antiarrítmicos _____ Anticonvulsivos _____ Antiagregantes _____ Vitaminas _____ Antiparkinsoniano _____ Mucolítico _____

Ninguno _____ Otro _____

VI. Manifestaciones del delirium

1. Comienzo agudo o evolución fluctuante SI_____ NO_____

¿Hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental sobre el estado basal?

¿Ha fluctuado el comportamiento (anormal) en las últimas 24 horas.

Si la respuesta es NO, no seguir el cuestionario

2. Falta de atención SI_____ NO_____

¿Tuvo el paciente dificultad para fijar la atención, se distrae con facilidad o tiene dificultad para seguir una conversación.

Si la respuesta es NO, no seguir el cuestionario

3. Pensamiento desorganizado SI_____ NO_____

¿Hay evidencia de pensamiento desorganizado o incoherente por respuestas incorrectas a 2 o más de las 4 preguntas. y/o incapacidad para obedecer órdenes?

4. Nivel de conciencia alterado SI_____ NO_____

esta alterado el nivel de conciencia del paciente? (vigilante, letárgico, confusión, estupor)

NOTA: para el diagnostico de delirium son necesarios los dos primeros criterios y por lo menos uno de los dos ultimo.

VII. Subtipo de delirium (en relación a la actividad psicomotriz)

1. Hiperactivo:el enfermo presenta hiperactividad, agitación, agresividad, confusión, alucinaciones e ideación delirante y signos de hiperactividad del sistema nervioso simpatico.

2. Hipoactivo: el enfermo presenta hipoactividad, enentecimiento psicomotor, bradipsiquia, lenguaje lento, inexpresividad facial, letargia, actitud apática, inhibición.


3. Mixto:alternan la hiper e hipoactividad en el tiempo

IX.2. Evaluación

Sustentantes

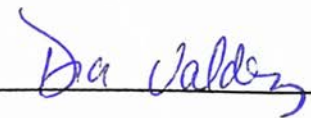

Dra. Asunción Abreu Evangelista


Asesores


Dra. Claridania Rodríguez
(Asesor Metodológico)


Dra. Rose Nina
(Asesor Clínico)

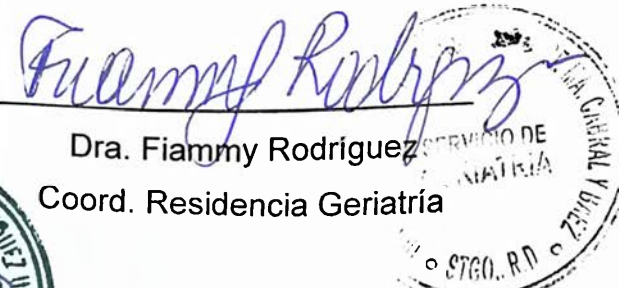
Jurados





Autoridades


Dr. Ernesto Rodríguez
Jefe de enseñanza


Dra. Fiammy Rodríguez
Coord. Residencia Geriatria


Dr. José Javier Asilís Saiter
Decano Facultad Ciencias de la Salud (UNPHU)

Fecha de Presentación 7/5/2015

Calificación 9.6