



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

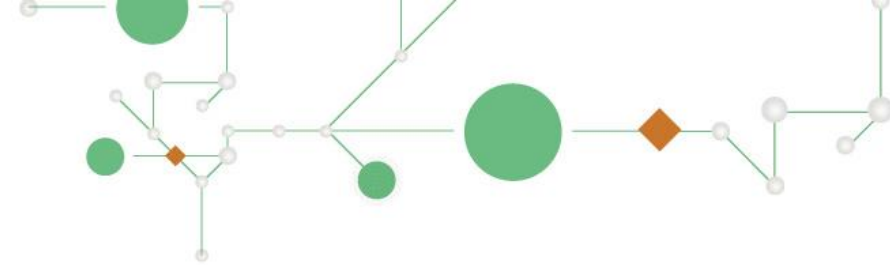
**Enfoque del paciente con delirium en el servicio de
hospitalización**

**Approach to the patient with delirium in the hospital
service**

**Perlas
Clínicas**

en Medicina





**Enfoque del paciente con delirium en el servicio de hospitalización
Approach to the patient with delirium in the hospital service**

Ana María Roldán Ospina

Residente de psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Cristina Zuleta Ariza

Residente de psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

DOI: <https://doi.org/10.59473/medudea.pc.2023.19>

Guía para el aprendizaje

¿Qué debes repasar antes de leer este capítulo?

- Entrevista clínica en el contexto de psiquiatría.
- Psicopatología del delirium.

Los objetivos de este capítulo serán:

- Reconocer los síntomas del delirium y realizar un diagnóstico adecuado.
- Comprender la importancia de buscarlo activamente en un servicio de hospitalización.
- Implementar medidas para la prevención del delirium.
- Realizar un adecuado enfoque diagnóstico y terapéutico inicial del paciente hospitalizado con delirium.

Palabras clave: Psiquiatría, Trastornos Mentales, Alucinaciones, Delirio.

Keywords: Psychiatry, Mental Disorders, Hallucinations, Delirium.

Cómo citar este artículo: Roldán AM, Zuleta C. Enfoque del paciente con delirium en el servicio de hospitalización. [Internet]. Medellín: Perlas Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; 2022 [acceso día de mes de año]. DOI: <https://doi.org/10.59473/medudea.pc.2023.19>





1. VIÑETA CLÍNICA

Paciente masculino de 72 años, natural y residente en Medellín, pensionado, trabajó como profesor universitario, independiente para su ABC básico y avanzado, tiene antecedente de hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipoacusia por lo cual usa audífonos. Ingresa el día de ayer al presentar caída por escalas, con posterior dolor en cadera izquierda y limitación funcional, después del abordaje inicial diagnostican fractura de cadera y es programado para reemplazo articular. Después de la cirugía, enfermería reporta que durante la noche el paciente presenta episodio de agitación psicomotora, desorientación, con retiro de dispositivos médicos, por lo cual deben inmovilizar.

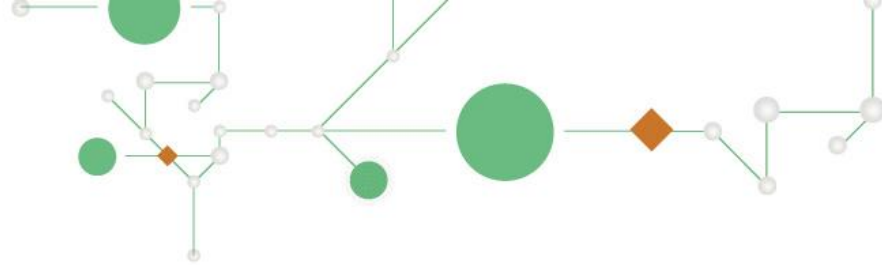
Al día siguiente, el personal de enfermería reporta que el paciente pasa gran cantidad del día dormido; con episodios de activación en los que se encuentra desorientado y es poco colaborador.

¿Qué es el delirium?

El delirium es un trastorno neuropsiquiátrico caracterizado por un estado de confusión que puede ocurrir en pacientes físicamente enfermos. Es una alteración aguda y fluctuante de la atención y la consciencia; puede cursar con una variedad de características clínicas que incluyen alteraciones en el pensamiento, lenguaje, percepción, regulación del estado emocional, ciclo sueño- vigilia y conducta (1).

¿Por qué es importante hablar de delirium?

El delirium es el síndrome neuropsiquiátrico más comúnmente observado en pacientes hospitalizados, con prevalencias variables según el escenario clínico y las características de los pacientes, por ejemplo, en salas de medicina general oscila entre el 10 y el 80 %, en el ámbito posoperatorio entre el 4,7 y el 74 % y en unidades de cuidados intensivos y cáncer avanzado llega hasta un 85 % (2). En el grupo poblacional de pacientes ancianos, la prevalencia es más alta, con tasas de incidencia en unidades de cuidados intensivos de 31,8 hasta 80 % (3).



En un estudio sobre la incidencia y características clínicas y epidemiológicas del delirium realizado en Medellín, Colombia, en pacientes hospitalizados en sala general, se encontraron tasas de delirium incidente de 6,9 %, con un promedio de edad de 64 años; y en el 86,2 % de estos pacientes se clasificó el delirium de etiología múltiple (4).

Además, es fundamental reconocerlo, ya que sus implicaciones pronósticas negativas se han vuelto ampliamente conocidas, por ejemplo, los signos de delirium pueden persistir durante 12 meses o más, sobre todo en aquellos con demencia subyacente; los pacientes con delirium tienen estancias hospitalarias más prolongadas, altas tasas de complicaciones, mayores tasas de mortalidad hospitalaria, peor recuperación funcional, mayores posibilidades de desarrollar demencia y de requerir institucionalización en un hogar de ancianos (1).

¿Cuáles son los factores de riesgo para presentar delirium?

Muchos factores contribuyen potencialmente al desarrollo de delirium (5); clásicamente se han dividido en factores predisponentes (aquellos que aumentan la vulnerabilidad para desarrollar delirium) y precipitantes o etiológicos (6), mientras otras clasificaciones hablan de factores de riesgo modificables y no modificables (7). Así, se sabe que a mayor presencia de factores predisponentes, menos eventos precipitantes o noxas más leves serán requeridos para causar delirium (8). Dentro de los factores más ampliamente estudiados se encuentran: 1) la edad: tener más de 65 años aumenta el riesgo de delirium, y por cada año después de los 50 años la posibilidad de delirium aumenta en un 10 % (9), 2) el deterioro cognitivo previo y 3) gravedad de la enfermedad médica subyacente (7). En la Tabla 1 se describen otros factores de riesgo.



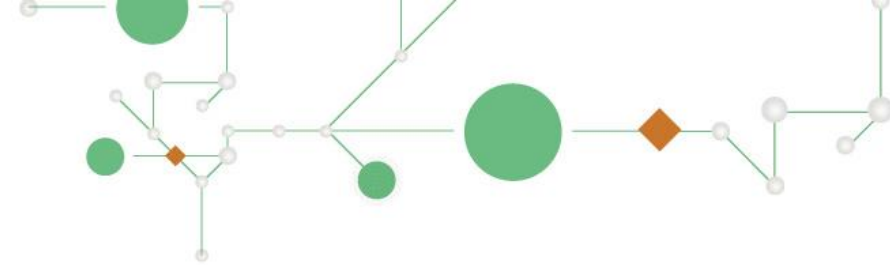


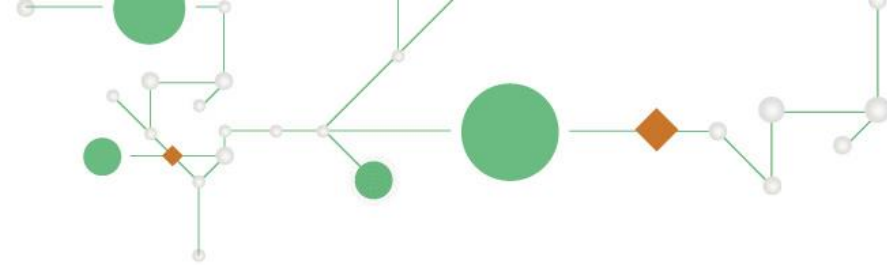
Tabla 1. Factores de riesgo para delirium (5,8,9)

Múltiples comorbilidades médicas.
Trastornos hidroelectrolíticos.
Lesión en sistema nervioso central (isquemia, hemorragia, tumor, infección).
Deficiencias nutricionales (desnutrición, hipoalbuminemia).
Intoxicación y abstinencia (abuso y abstinencia a sustancias, especialmente aquellas depresoras del sistema nervioso central).
Trauma grave.
Trastornos endocrinos.
Psiquiátricos (depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, abuso de alcohol).
Medicamentos deliriogénicos. Mayor riesgo aquellos con efecto anticolinérgico (narcóticos, GABA-érgicos, esteroides, benzodiazepinas, agonistas dopaminérgicos, antihistamínicos, simpaticomiméticos).
Infección.
Dolor.
Inmovilización / restricción física.
Discapacidad auditiva y visual.
Uso de catéter.

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas del delirium?

Las características clínicas del delirium incluyen una fase prodrómica, generalmente marcada por inquietud, ansiedad, irritabilidad; experimentar pesadillas, alucinaciones transitorias (a menudo hipnagógicas) y alteraciones del sueño, que generalmente se desarrollan durante un período de varias horas a días antes de que el paciente presente el síndrome como tal (7).



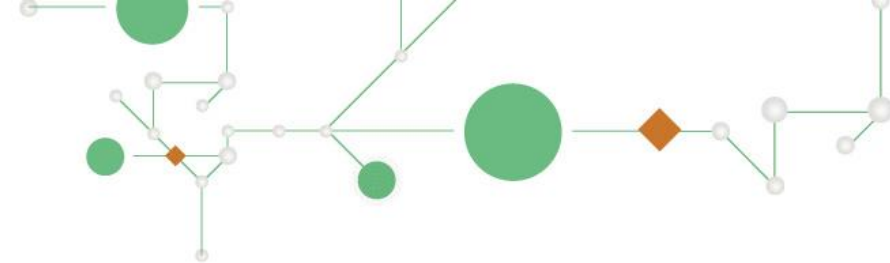


Se sugiere que hay cinco dominios centrales del delirium: 1) déficits cognitivos: caracterizados por distorsiones de la percepción, deterioro de la memoria, pensamiento abstracto y comprensión, disfunción ejecutiva y desorientación; 2) déficits de atención: dados por una capacidad reducida para dirigir, enfocar, mantener y cambiar la atención; 3) desregulación del ritmo circadiano: caracterizada por la fragmentación del ciclo sueño-vigilia y su inversión; 4) desregulación emocional: puede notarse perplejidad, miedo, ansiedad, irritabilidad o ira, algunos pacientes presentan una disminución más sostenida del estado de ánimo que se puede confundir fácilmente con una enfermedad depresiva; 5) desregulación psicomotora: que confiere las diversas presentaciones fenotípicas: hiperactivo, hipoactivo o mixto. Hasta el 40 % de los pacientes con delirium tienen características psicóticas. Los delirios son típicamente de carácter simple y persecutorio, y se relacionan con el entorno inmediato. Las alteraciones de la percepción incluyen ilusiones y alucinaciones, que suelen ser visuales o táctiles (1,2).

El delirium se clasifica clínicamente según los patrones predominantes de la actividad motora, como delirium hiperactivo o agitado, delirium hipoactivo y delirium mixto para pacientes quienes experimentan elementos de actividad motora aumentada y disminuida en periodos cortos de tiempo (6).

Este síndrome se desarrolla durante un período de tiempo relativamente corto que puede ser de horas a días; representa un cambio con respecto a la atención y la conciencia basales, y tiene una tendencia a fluctuar en gravedad. De manera similar, estos síntomas no pueden explicarse mejor por un trastorno psiquiátrico preexistente (p. ej. esquizofrenia o demencia) y se considera que es siempre es causado por un trastorno médico primario y/o su tratamiento, o mediado por sustancias psicoactivas (7).





¿Cómo diagnosticar el delirium?

Se requiere una vigilancia estrecha de los pacientes en riesgo, y un alto nivel de sospecha por parte del médico tratante, ya que a pesar de la alta prevalencia, el delirium sigue siendo un síndrome poco reconocido, con datos en la literatura entre el 55 a 80 % de casos no reconocidos ni documentados por el equipo clínico tratante (1,8).

En la **Tabla 2** se describen los criterios diagnósticos propuestos por El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, 5ª edición (DSM-5 por su sigla en inglés) (10).

Tabla 2. Criterios diagnósticos DSM-5 para síndrome confusional (delirium)

A. Una alteración de la atención (p. ej. capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno).

B. La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.

C. Una alteración cognitiva adicional (p. ej. déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).

D. Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.

E. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen datos indicativos de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (p. ej. debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.





Se han propuesto diferentes herramientas clínicas para la tamización y diagnóstico de delirium, dentro de éstas, el método de evaluación de la confusión (CAM, por sus siglas en inglés) es el algoritmo más usado; se puede completar en menos de 5 minutos y tiene en cuenta cuatro criterios: inicio agudo y curso fluctuante, falta de atención, pensamiento desorganizado y alteración del nivel de conciencia, y se considera indicativa de delirium si los dos primeros criterios más uno del tercero o cuarto son positivos (4,11). La escala tiene una versión validada en español, con una sensibilidad del 90 % y especificidad del 100 % (12).

Otras escalas descritas, pero que toman más tiempo para su aplicación son: 1) *Delirium Rating Scale-Revised-98* (DRS-R98) que además evalúa la gravedad del delirium, 2) *Escala Cognoscitiva para el Delirium* (ECD), 3) *Memorial Delirium Assessment Scale* (MDAS), entre otras (13).

¿Cuál es el papel de las ayudas diagnósticas?

Los paraclínicos sanguíneos, las imágenes cerebrales y el electroencefalograma (EEG) no son sustitutos de la historia clínica y el examen físico y mental en el diagnóstico. El diagnóstico del delirium es puramente clínico, aunque las ayudas diagnósticas son indispensables para determinar la causa; estos estudios paraclínicos deben ser seleccionados cuidadosamente según los hallazgos encontrados en la historia clínica y examen físico.

Las imágenes cerebrales y el EEG no son paraclínicos de rutina a menos que hayan elementos clínicos para sospechar una alteración a este nivel, por ejemplo en pacientes quienes tienen antecedente de trauma craneano, focalización neurológica o historia sugestiva de actividad convulsiva (1).





¿Cómo prevenir el delirium?

La prevención del delirium se basa en múltiples recomendaciones basadas en intervenir los factores de riesgo modificables para la aparición del delirium:

Protocolos de orientación: Estas intervenciones mitigan la confusión que se genera al estar en un entorno desconocido; se recomienda tener en la habitación del paciente relojes, calendarios, ventanas con vistas al exterior y reorientar frecuentemente de manera verbal al paciente.

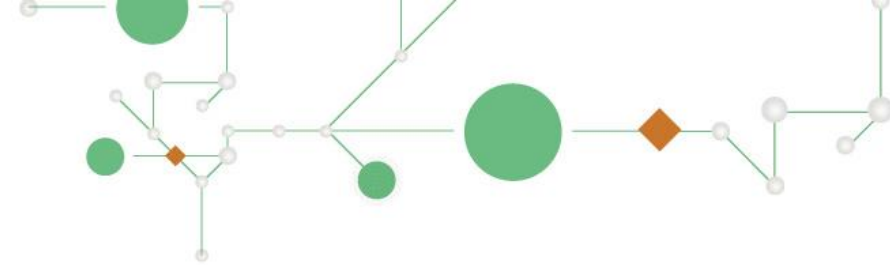
Estimulación cognitiva: se recomienda que los pacientes tengan actividades durante la hospitalización, la forma más sencilla es favorecer la compañía de familiares o amigos. Otros protocolos incluyen la participación de actividades atractivas para el paciente como leer, pintar, resolver rompecabezas, entre otros. Es importante tener en cuenta que la hiperestimulación debe evitarse, especialmente en horas de la noche.

Facilitar un sueño fisiológico: se debe favorecer el sueño nocturno y la vigilia diurna; los procedimientos de enfermería como la administración de medicamentos se deben evitar durante la noche, se debe disminuir el ruido y la iluminación en la sala en estas horas.

Movilización temprana y minimización de la inmovilización física: se le debe ofrecer a los pacientes ayuda para salir de la cama y sentarse en una silla o caminar, estos protocolos deben ser estandarizados para la prevención de caídas en los pacientes con riesgo. Se debe evitar la inmovilización física en los pacientes de riesgo ya que es un factor independiente para el desarrollo de delirium. En caso de requerirlo se debe revisar frecuentemente la inmovilización para evitar eventos adversos.

Evitar el uso de medicamentos que puedan ser problemáticos: múltiples fármacos se han asociado con la precipitación del delirium, especialmente en población de alto riesgo. El riesgo es más alto con el uso de benzodiazepinas, opioides, hipnóticos y antihistamínicos; por lo que estos medicamentos deben evitarse.





Control del dolor: El dolor es un factor de riesgo importante para el desarrollo de delirium, se debe usar dentro de lo posible analgésicos no opioides para su control; se pueden considerar alternativas como los bloqueos regionales.

Disminuir o corregir los déficits sensoriales: Se debe brindar a los pacientes los dispositivos médicos que corrigen estos déficits, tales como el uso de gafas y de audífonos.

No hay evidencia suficiente que favorezca el uso de algún tipo de medicación preventiva para el desarrollo del delirium, se han estudiado múltiples fármacos (antipsicóticos, inhibidores de la colinesterasa, dexmedetomidina, melatonina, gabapentina) sin tener resultados consistentes (1,4,7,8).

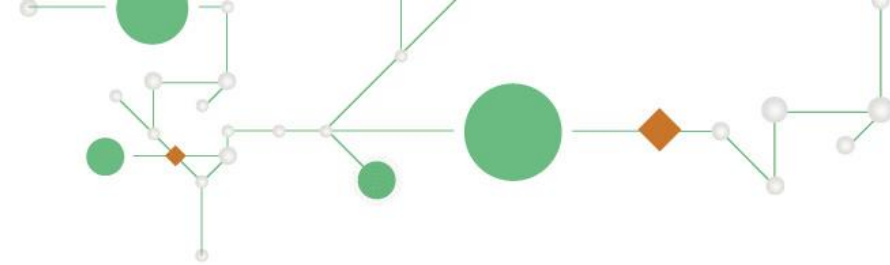
¿Cuál es el tratamiento no farmacológico?

Las medidas no farmacológicas hacen parte de la piedra angular para el tratamiento del delirium; la terapia primaria consiste en la identificación de la causa y su tratamiento, además de la reducción de factores contribuyentes durante la hospitalización; esto incluye los protocolos de prevención ya mencionados en el apartado anterior.

Los factores causales pueden ser múltiples, como el dolor no tratado, las infecciones, hipoxemia, anemia, etc.; es importante tener en cuenta que en pacientes ancianos es posible que no se logre identificar una sola causa del delirium por lo que se deben corregir todas las anomalías en la medida de lo posible y eso se logra con un manejo interdisciplinario.

La contención física es una medida que se debe usar como última opción terapéutica, ya que ha demostrado aumentar la agitación, el riesgo de úlceras por presión, la broncoaspiración, y prolonga el tiempo del delirium (8).





¿Cuál es el tratamiento farmacológico?

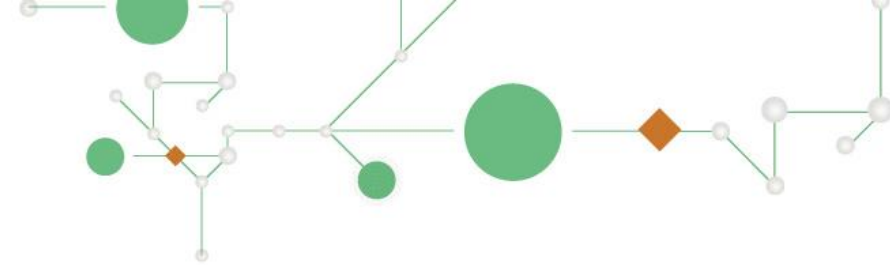
No existe un tratamiento único para tratar el delirium, pero es posible controlar sus síntomas y se ha descrito que el efecto sedante de la mayoría de medicamentos usados convierte un delirium de hiperactivo a hipoactivo, dando una falsa sensación de mejoría (14); además es importante saber que los pacientes pueden persistir con síntomas por días a semanas una vez se hayan controlado sus causas.

El tratamiento farmacológico está indicado especialmente cuando ya las medidas no farmacológicas hayan sido empleadas y cuando haya predominio de la agitación psicomotora; los antipsicóticos son los medicamentos de primera línea para el control de los síntomas.

Se recomienda su uso en la dosis más baja efectiva por un periodo de tiempo corto. Se sugiere por seguridad y experiencia el haloperidol (0,5-1 mg inicial) por vía oral, con ajuste posterior de la dosis según la persistencia de los síntomas y se contraindica la vía intravenosa por el mayor riesgo de causar efectos cardiovasculares. No hay estudios que muestren diferencias significativas entre el haloperidol y otros antipsicóticos; otros fármacos comúnmente usados son la olanzapina (dosis inicial 2,5 mg), quetiapina (dosis inicial 12,5 mg), risperidona (dosis inicial 0,25 mg). Es importante tener en cuenta el perfil de efectos de cada uno de estos medicamentos, al ser la olanzapina y quetiapina más sedantes que el haloperidol, y este último generar más efectos adversos extrapiramidales que los antipsicóticos atípicos. Todos los antipsicóticos aumentan el riesgo de eventos cardiovasculares por prolongación del intervalo QT, por lo que en pacientes con riesgo cardiovascular elevado y con dosis altas de estos medicamentos se debe vigilar estrechamente (5,8).

También, se ha estudiado el uso de dexmedetomidina en pacientes críticamente enfermos como terapia de rescate, en casos donde no hay respuesta al haloperidol, y parece tener un mejor perfil de efectividad, seguridad y costo-beneficio.





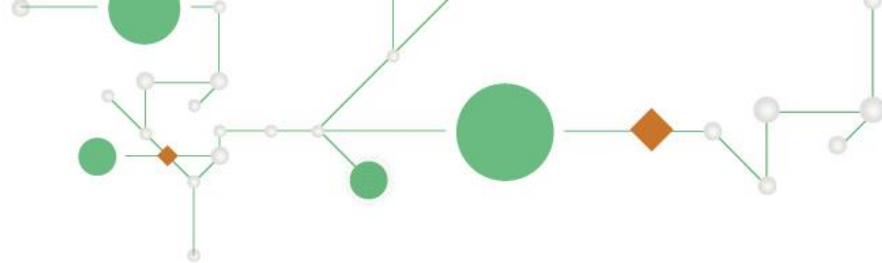
Otros fármacos como la melatonina, ramelteón (agonista del receptor de melatonina) y la clonidina (agonista del receptor adrenérgico α_2) no se recomienda por falta de evidencia consistente que respalde su uso (15).

Las benzodiacepinas: no están indicadas para el tratamiento del delirium, como se mencionó anteriormente este grupo de medicamentos aumentan el riesgo de desarrollar delirium y deben evitarse. Únicamente está indicado su uso cuando el delirium aparece en el contexto de abstinencia alcohólica (delirium tremens) y en este escenario es la primera línea de tratamiento. Los inhibidores de la colinesterasa no tienen un papel en el tratamiento del delirium (5).

2. MENSAJES INDISPENSABLES

- El delirium es un trastorno neuropsiquiátrico común en el entorno hospitalario y su diagnóstico puede ser difícil, su aparición se asocia a un empobrecimiento del pronóstico general del paciente por lo que es importante tener una sospecha clínica baja ante pacientes con alto riesgo para desarrollarlo.
- El delirium se asocia a peores desenlaces intrahospitalarios como aumento de la mortalidad, días de hospitalización y permanencia en unidades de alta dependencia.
- El diagnóstico del delirium es clínico, la determinación de su causa se basa en la historia clínica y estudios complementarios.
- La prevención del delirium se basa en la implementación de medidas no farmacológicas y la intervención de los factores de riesgo modificables, ya que son estrategias fáciles de implementar y costo-efectivas.
- El tratamiento del delirium consiste en medidas no farmacológicas y farmacológicas; la piedra angular del tratamiento es la corrección de la causa de base.





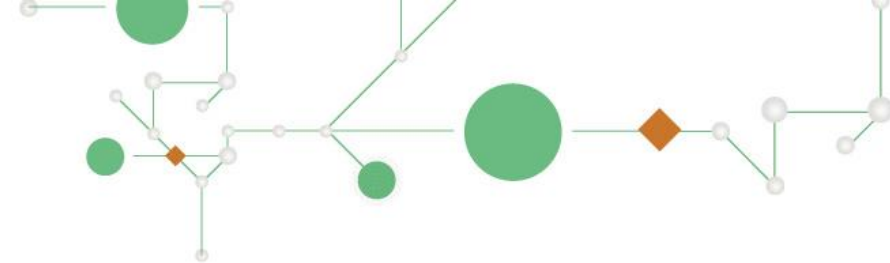
3. VIÑETA CLÍNICA (DESENLACE)

El médico de sala, en conjunto con psiquiatría, evalúan al paciente y realizan el diagnóstico de delirium mixto de etiología multifactorial (por su edad, comorbilidades, hospitalización, intervención quirúrgica), se explica a la familia y al personal de enfermería las medidas no farmacológicas como permitir el uso de audífonos, reorientar frecuentemente, evitar siestas durante el día, facilitar sueño durante la noche con disminución del ruido y favorecimiento de la oscuridad. Se decide además iniciar haloperidol a dosis de 10 gotas cada 12 horas (equivalente a 1 mg/día). Se continúa vigilancia estrecha para evaluar si requiere ajuste de dosis.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Levenson JL. Textbook of psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry. En: Levenson JL, editor. The american psychiatric association publishing. 3ª ed. 2019. p. 147–150.
2. Maldonado JR. Delirium: Neurobiology, characteristics, and management. In: Psychiatric care of the medical patient. 2015. p. 823–907.
3. Ryan DJ, O'Regan NA, Caoimh RÓ, Clare J, O'Connor M, Leonard M, et al. Delirium in an adult acute hospital population: predictors, prevalence and detection. BMJ Open [Internet]. 2013 Jan 7;3(1):e001772. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/23299110/>
4. Restrepo Bernal D, Cardeño Castro CA, Páramo Duque L, Ospina Ospina S, Calle Bernal JJ. Delirium: incidencia y características clínicas y epidemiológicas en un hospital universitario. Rev Colomb Psiquiatr. 2009;38(3):471–87.
5. Maldonado JR. Acute Brain Failure: Pathophysiology, Diagnosis, Management, and Sequelae of Delirium. Crit Care Clin [Internet]. 2017 Jul;33(3):461-519. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/28601132/>
6. Leentjens AF, Meagher DJ. Delirium In: Psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry. 2019. p. 146–85.





7. Fogel BS, Greenberg DB. Psychiatric care of the medical patient. 3^a ed. Oxford: Oxford; 2017. p. 823–824.
8. Mattison MLP. Delirium. Ann Intern Med [Internet]. 2020 Oct 6;173(7):ITC49-ITC64 Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/33017552/>
9. Bryczkowski SB, Lopreiato MC, Yonclas PP, Sacca JJ, Mosenthal AC. Risk factors for delirium in older trauma patients admitted to the surgical intensive care unit. J Trauma Acute Care Surg [Internet]. 2014 Dec;77(6):944-51. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/25248058/>
10. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual Psychiatric, Mental Disorder Edition “DSM-5”. Washinton DC: American DC., Publishing. Washinton. 2013.
11. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med [Internet]. 1990 Dec 15;113(12):941-8. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/2240918/>
12. González M, de Pablo J, Fuente E, Valdés M, Peri JM, Nomdedeu M, et al. Instrument for detection of delirium in general hospitals: adaptation of the confusion assessment method. Psychosomatics [Internet]. 2004 Sep-Oct;45(5):426-31. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/15345788/>
13. Velásquez Gaviria LM. Instrumentos para el diagnóstico de delirium en hispanohablantes: artículo de revisión. Med UPB. 2016;35(2):100–10.
14. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, Morandi A, Thompson JL, Pun BT, et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. N Engl J Med [Internet]. 2013 Oct 3;369(14):1306-16. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/24088092/>
15. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLulich AMJ, et al. Delirium. Nat Rev Dis Primers [Internet]. 2020 Nov 12;6(1):90. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/33184265/>