

SINDROME CONFUSIONAL AGUDO

40

INTRODUCCIÓN

El Delirium, también llamado Síndrome confusional agudo, Psicosis tóxica o Síndrome cerebral orgánico; es una *emergencia médica*, y aunque los signos y síntomas de presentación suelen interpretarse como **habituales** en el ancianos, pueden enmascarar patologías graves que de no mediar tratamientos adecuados presentarán una mayor morbimortalidad.

Es la complicación más frecuente en los ancianos internados, su incidencia alcanza al 60% y a pesar de éstas cifras, el delirium **no es reconocido por el médico tratante en las 2/3 partes de los casos**.

DEFINICIÓN

Es un síndrome clínico caracterizado por disturbios de la atención, memoria, orientación, percepción, actividad psicomotora y sueño que tiene como característica relevante ser de **comienzo agudo** y tener un **curso diario fluctuante**.

No se requiere de la reversibilidad de los síntomas para el diagnóstico.

El mecanismo por el cuál una toxina o enfermedad, puede desencadenar un compromiso cognitivo global, fluctuante a lo largo del día y que se perpetúa aún cuando la injuria que lo provocó haya desaparecido, requiere ser explicado. Varias son las teorías postuladas para interpretar éstos cambios, la más aceptada involucra al **sistema colinérgico**.

Este sistema es afectado por la edad y por las enfermedades degenerativas cerebrales. Las vías centrales colinérgicas están involucradas en la regulación de la atención, procesamiento de la memoria y sueño y son altamente sensible a los insultos tóxicos y metabólicos.

Esta teoría del déficit colinérgico relativo, podría explicar la aparición de delirium en los pacientes que usan fármacos con actividad anticolinérgica y la reversibilidad con el uso de inhibidores de la colinesterasa como la fisostigmina.

Un exceso de dopamina también fue implicado como causal de delirium, que explica la respuesta terapéutica a la utilizarse bloqueantes dopaminérgicos como el haloperidol.

La relación inversa entre la actividad colinérgica y dopaminérgica en el cerebro es consistente con el exceso de actividad dopaminérgica en el delirium.

El delirium se asoció también con elevación prolongada de las B endorfinas plasmáticas y con la interrupción del ritmo circadiano cortisol- B

endorfinas. A través de esta teoría distintos autores justifican la aparición del delirium postoperatorio.

CAMBIOS CLINICOS

Los puntos relevantes del diagnóstico son:

1) **Desorganización del pensamiento:** fragmentado e incoherente.

2) **Déficit de atención:** dificultad para focalizar y cambiar la atención de un objeto a otro. No puede ignorar estímulos irrelevantes, fácil distracción. Fluctuación a lo largo del día, intervalos de lucidez que confunden el diagnóstico.

3) **Disturbios en la percepción:** alucinaciones, ilusiones e interpretaciones erróneas.

4) **Disturbios emocionales:** labilidad, ansiedad, temor, irritabilidad, euforia, depresión.

5) **Compromiso de la memoria:** la amnesia anterógrada es característica, típicamente secundaria a problemas de atención.

6) **Desorientación:** en tiempo y espacio son comunes, en cambio la confusión de la identidad es rara.

7) **Anormalidad psicomotora:** una manera práctica de clasificar el delirium es de acuerdo a su actividad psicomotora

a) **Variante hiperactiva:** fácilmente reconocida, aún para el observador casual. El paciente presenta síntomas de hiperactividad simpática con agitación, psicosis, agresividad, labilidad emocional; con las consecuencias esperables, caídas traumatismos, pérdida de vías y catéteres.

b) **Variante hipoactiva:** es más común que la hiperactiva, pero menos diagnosticada. El paciente se presenta letárgico, con tendencia al sueño, difícil despertarlo.

8) **Ciclo sueño-vigilia:** los pacientes con delirium tienen inversión del ciclo sueño-vigilia, somnolientos durante el día e hiperalertas-hiperactivos durante la noche.

Estas alteraciones nocturnas suelen ser los primeros indicios del comienzo del delirium.

FACTORES PREDISPONENTES.

Los factores de riesgo independientes para presentar delirium son

- Compromiso visual
- Enfermedad severa
- Compromiso cognitivo
- Deshidratación

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PRECIPITANTES



Inoushe SK y Charpentier PA en 1996 publican un modelo predictivo basado en la presencia de 5 factores precipitantes independientes, todos ellos “modificables y pasibles de intervención”

- Restricción física
- Malnutrición
- Uso de más de tres nuevos medicamentos
- Presencia de sonda vesical
- Cualquier evento iatrogénico

Cuantificación del riesgo. Tasa de delirium

Bajo riesgo (0 factores)	3-4 %
Riesgo intermedio(1-2)	20 %
Alto riesgo(3-4 factores)	35-59%

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA y MANEJO DEL PACIENTE CON DELIRIUM

Son muchas las barreras que dificultan el diagnóstico del delirium, las cuales podrían resumirse en:

- La falta de apreciación por el médico como una emergencia médica.
- Los antecedentes del paciente son tomados en forma indirecta a familiares o acompañantes.
- Mínimo conocimiento del estado cognitivo previo del paciente en el momento de la evaluación
- No existe un instrumento diagnóstico universalmente aceptado (gold standard).
- Fluctuación diaria de la patología.

Por su alta prevalencia cualquier deterioro cognitivo en un anciano hospitalizado debe interpretarse como delirium hasta demostrar lo contrario.

1. Diagnóstico

El **Confusion Assessment Method (CAM)** es un instrumento confiable, fácilmente aplicable que permite reconocer el delirium con una sensibilidad entre el 94 y 100 % y una especificidad entre el 94 y 100 %.

Criterios diagnósticos

- Inicio agudo y curso fluctuante
 - Desatención
 - Pensamiento desorganizado
 - Nivel de conciencia alterado
- DELIRIUM: presencia de A + B + C o D**

2. Identificación de las causas

El delirium es **multifactorial**.

D E L I R I U M como regla mnemotécnica

Demencia - **D**rogas
Electrolitos
Lungs, liver, Heart, kidney, brain.
Infección
Rx
Injuria, dolor, stress.
Unfamiliar environment
Metabolic

3. Antecedentes

- Demencia. Trauma.
- Episodios previos de delirium
- Listado de medicamentos, inicio y suspensión (en especial benzodiazepinas)
- Siempre descartar infección**

4. Examen físico: tendiente a buscar las causas enunciadas. No olvidar descartar bolo fecal y globo vesical.

5. Estudios complementarios (criterio clínico): hemograma, función renal, ionograma, glucemia, calcemia, gases arteriales. Punción lumbar ante sospecha de infección sin foco

ECG, Rx torax.

TAC cerebral: el delirium es una **manifestación infrecuente** de un evento neurológico primario. Se justifica cuando existe foco neurológico, historia de trauma o delirium sin causa.

EEG: en el delirium muestra un enlentecimiento difuso del trazado principalmente ritmo alfa. Ayudaría a diferenciar delirium de desorden convulsivo oculto o desorden psiquiátrico funcional.

3. Tratamiento

Conjuntamente con el tratamiento de la/s causas desencadenantes del delirium deben implementarse medidas de control de síntomas.

Medidas no farmacológicas

Ambiente:

Habitación con ventanas
 Adecuadamente iluminada y tranquila.
 Las medicaciones no deben interrumpir el sueño

Orientación:

Uso de relojes, calendarios, lentes, audífonos.

Familiaridad:

Colocar objetos familiares al alcance visual.
 Requerir a la familia que acompañe al paciente.
 Ellos son la base de una correcta orientación.

Comunicación:

Las instrucciones deben ser claras, lentas, simples y repetidas.
 Utilizar el contacto cara a cara.
 Llamar reiteradamente al paciente por su nombre.
 Presentarse en cada oportunidad “Yo soy su médico, el doctor”

Actividad:



Evitar la restricción física.
Movilización temprana.

- Repetir dosis cada 30 minutos hasta conseguir la sedación
- Mantener en las 24 hs. el 50 % de la dosis total en dosis divididas
- Suspender en los días siguientes.

MEDIDAS FARMACOLOGICAS

Reservado para pacientes con **agitación severa** que causan dificultad para terapias médicas esenciales o de seguridad para sí y para terceros.

- Haloperidol 0.5-1.0 mg IM o IV (IV acción más corta)

En el delirium por privación de benzodiazepinas la indicación es el Lorazepam en dosis inicial de 1-2 mg IM.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed. Washington , American Psychiatric Association, 1994
2. Salvioli G., Mussi C., Ascari S. Il delirium nell'aziano. Giorn. Geront. Vol 46,423, 1998
3. Lipowski, M.D. Delirium in the elderly patient N. Engl. J. Med., 320, 578, 1989.
4. Chan D., Brennan N., Delirium: Making the diagnosis, improving the pronostic. Geriatrics 1999, Vol 54 No 3.
5. Tueth M., Cheong J., Delirium: Diagnosis and treatment in the older patient. Geriatrics 1993, vol48, No 3.
6. Schor J., Levkoff S., Lipsitz L. Risk Factors for Delirium in Hospital Elderly. JAMA, 267, 827, 1992.
7. Inouye S., Charpentier P., Precipitating Factors for Delirium in Hospitalized Elderly Persons JAMA 275,852,1996.
8. Inouye S. The Dilemma of Delirium: Clinical and Research Controversies Regarding Diagnosis and Evaluation of Delirium. Am. J. Med., 97, 278, 1994.
9. Robertsson B. Karlsson E. Confusional State Evaluation (CSE): an instrument for measuring severity of delirium in the elderly. Br. J Psychiatry, 565, 1997.;;;;
10. Inouye S., Van Dick C., Alessi C., Clarifying Confusión: The Confusión Assessment Method Ann. Intern. Med., 113,941, 1990.
11. Inouye S., Tinetti M., A Predictive Model for Delirium in Hospitalized Elderly. Medical Patients Based on Admission Characteristics. Ann. Intern Med 119,474, 1993.
12. Tune L., Carr S., Anticholinergic Effects of Drugs Commonly Prescribed for teh Elderly. Am. J. Psychiatry 149:10, 1393, 1992.
13. Inouye S., Peduzzi P., Importance of Functional Measures in Predicting Mortality Among Older Hospitalized Patients. JAMA, 279, 1187, 1998.
14. O'Keeffe S., Chonchubhair N., Postoperative delirium in the elderly. Br. J. Anaesth., 73, 673, 1994.
15. Marcantonio E., Goldman L. The asociation of Intraoperative Factors with the Development of Postoperative Delirium. Am. J. Med., 105, 381, 1998.
16. Marcantonio E., Juarez G., The Relationship of Postoperative Delirium with Psychoactive Medication. JAMA., 272, 1518, 1994.
17. Weinrich S., Sarna L., Delirium in the Older Persons with Cancer. CANCER suppl. 74, 2080, 1994.
18. Inouye S. ,Schlesinger M., Delirium: A Symtom of How Hospital Care is Failing Older Persons and a Window to Improve Quality of Hospital Care. Am. J. Med. 106,566, 1999.
19. Landefeld S., Palmer R., A randomized trial of care in hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. N. Engl. J Med. 332, 1339, 1995
20. Practic Guideline for the Treatment of Patients with Delirium. America Psychiatric Association Am. J. Psychiatry 156:5, suppl, 1999.
21. Cole M., Primeau F., Systematic intervention for elderly inpatients with delirium:a randomized Trial. Can Med Assoc J. 151(7), 965. 1994.
22. Kennedy G., Psychiatric emergencies: Rapid response and life- savin therapies. Geritrics, 54, 38, 1999.
23. Anderson S., Treatment of elderly with delirium. Can Med Assoc J. 152, (3) 323, 1995.
24. Naylor M., Brooten D., Comprehensive Discharge Planning for the Hospitalized Elderly Ann Intern Med. 120, 999, 1994.
25. Zubenko G., Benoit H. Mortality of Elderly Patients with Psichiatric Disorders. Am J Psychiatry 154, 1360, 1997.
26. Wallace J, Acute Delirium in the Elderly Patient. Primary Care Case Teview. Decembre 2001