

SINDROME CONFUSIONAL AGUDO en GERIATRIA.

INTRODUCCION.

El síndrome confusional agudo, llamado también delirio corresponde a una alteración en el estado mental que se caracteriza por ser aguda y reversible. El delirio es uno de los desórdenes cognitivos más importantes en el adulto mayor, tanto por su prevalencia como por su implicancia pronóstica.

El desarrollo de un síndrome confusional agudo no rara vez es el primer signo de compromiso de la función cerebral, además puede ser la forma clínica de presentación de una enfermedad física grave o aparecer como complicación seria de una enfermedad o de su tratamiento. La falta de diagnóstico y tratamiento oportuno pudiera resultar en daño cerebral permanente o muerte.

El delirio tiene también consecuencias importantes en los aspectos económico y social. Los enfermos con confusión requieren mayor atención del personal de salud, mayor y más cuidadoso manejo de enfermería, y generalmente tienen una estadía intrahospitalaria más prolongada. El enfermo agitado es de difícil manejo y está en riesgo de caídas y fracturas.

Por otro lado, aquellos pacientes que al momento del alta no han recuperado su estado mental previo, requieren mayor cuidado en su domicilio o incluso institucionalización, todo lo cual implica un mayor costo.

La prevalencia de delirio en los adultos mayores hospitalizados se ha estimado en 10-60%. Al momento del ingreso se diagnostica s.confusional agudo con una frecuencia de 11- 24%; otro 5- 35% de los adultos mayores desarrollará el problema durante su estadía en el hospital.

Un estudio reciente reportó que el 40% de los pacientes con demencia presentaba delirio a su ingreso al hospital, mientras que del total de enfermos con delirio, solo el 25% tenía demencia. El delirio, no rara vez es el primer indicador de una demencia subyacente, y a la inversa, la demencia es un factor de riesgo para el desarrollo de delirio.

En los enfermos de cirugía general se reporta una incidencia de delirio de 10- 15%; en los operados de corazón de 30%, y en aquellos con cirugía por fractura de cadera, mayor a 50%. Esta frecuencia es mucho menor en los adultos mayores en la comunidad.

Aunque es poco frecuente en gente joven, puede aparecer síndrome confusional agudo en relación a enfermedades graves, tales como tifoidea, neumonía o malaria.

En el anciano el umbral de confusión es mucho menor que en el joven, y en los enfermos con demencia este umbral es aún más bajo. Con frecuencia las personas mayores, especialmente aquellos con cierto grado de demencia, desarrollan delirio en relación a una patología aguda, muchas veces infecciosa (Bronconeumonía, Infección urinaria, etc). A veces, un estado confusional es la única manifestación de un infarto en el

anciano. El subdiagnóstico es frecuente lo que conlleva un gran riesgo, ya que se afectan principalmente los más viejos y más enfermos.

El delirio en el anciano es un síntoma, y por lo tanto, obliga a buscar la enfermedad de base desencadenante.

Se debe tener especial cuidado en el diagnóstico en aquellos ancianos con deterioro, pues es fácil caer en la simpleza de atribuir un mayor deterioro mental a sólo progresión de la enfermedad de base. Hay que sospechar delirio ante todo paciente que presenta un *rápido deterioro* en su estado mental. El retraso en el diagnóstico puede traer consecuencias incluso fatales.

CUADRO CLINICO.

Por definición, se trata de un proceso agudo, de comienzo en horas, días o hasta 3 meses. Característicamente presenta fluctuaciones a lo largo del día (muchas veces están tranquilos durante el día, pero al comenzar a oscurecer se agitan, fenómeno conocido como “sundowning”).

Es frecuente que se presente con un *pródromo* caracterizado por intranquilidad, hipersensibilidad a los estímulos visuales y auditivos, e inversión del ritmo sueño- vigilia (también insomnio y pesadillas).

Es muy importante hacer un diagnóstico precoz, porque con un tratamiento adecuado la mayoría de los pacientes logran recuperarse satisfactoriamente.

La edad avanzada y una mayor duración de la enfermedad ensombrecen el pronóstico, llegando a una mortalidad hasta de 30%

Factores predisponentes a delirio: Multifactorial.

*Envejecimiento (disminuye el umbral). Los más viejos tienen más riesgo.

*Disminución de visión y/o audición.

*Enfermedad mental o física crónica preexistente. (Parkinson, demencia, depresión, enf psiquiátricas, otros.

La demencia aumenta el riesgo en 2-3 veces.

* Reacciones adversas a drogas, relacionado a cambios orgánicos propios del envejecimiento. Uso de alcohol y benzodiazepinas. Susceptibilidad variable entre los diferentes individuos.

* Factores ambientales (cambio de ambiente, exceso de estímulos, falta de sueño, fatiga, otros

* Trauma o cirugía reciente, especialmente de cadera. .

* Insuficiencia renal o hepática. Alteraciones electrolíticas. Infecciones.

Estos factores parecen tener un efecto multiplicativo más que sumatorio.

Una característica importante del síndrome confusional agudo es su gran *variabilidad*, de hecho dos enfermos con los mismos factores predisponentes pueden presentar cuadros clínicos muy diferentes.

Características clínicas:

Se trata de un síndrome orgánico mental transitorio, con una alteración global de la función cognitiva, la cual característicamente presenta un deterioro significativo desde el nivel de funcionamiento previo.

Las características principales son: (Lipowsky,1990.)

- 1) Comienzo agudo, con fluctuaciones a lo largo del día y frecuente empeoramiento durante la noche (por lo que es importante interrogar a familiares y cuidadora).
- 2) Inversión del ritmo sueño- vigilia.
- 3) Desorientación en tiempo y espacio.
- 4) Oscurecimiento de la conciencia. Alteración de la atención: incapacidad de mantener la atención a un estímulo externo. Se distraen fácilmente, no siguen órdenes.
- 5) Deterioro de la memoria de corto plazo (fallan en test de repetir 3 palabras).
- 6) Alucinaciones principalmente visuales, o malinterpretaciones, que con frecuencia no recuerdan posteriormente. Se exacerban de noche y son vividas con miedo y angustia. Ideas delirantes de persecución (creen que les envenenan la comida, o que el personal de enfermería les quiere hacer dano).
- 7) Alteración del nivel de actividad: agitación, vagabundeo o intranquilidad que alterna con somnolencia y letargo; repiten actividades ocupacionales previas.
- 8) Alteraciones del lenguaje : vago, incoherente.
- 9) Pensamiento desorganizado, fragmentado, y distorsionado. Mezclan experiencias del pasado con el presente y distorsionan la realidad. Alternan periodos de lucidez.
- 10) Humor variable, con frecuencia hay miedo y ansiedad.

Frecuentemente, además se suman aquellas manifestaciones físicas propias de la enfermedad desencadenante (taquicardia, sudoración, etc).

No son raros los síndromes parciales, de hecho muchas veces no se dan todas estas características en un mismo enfermo, lo que hace más difícil el diagnóstico.

El subdiagnóstico de delirio es frecuente, aún 30-50%, esto mejora cuando el médico recolecta información de enfermeras, cuidadoras y familiares.

Subtipos clínicos de delirio:

1. Hiperalerta, hiperactivo. Agitado. (Fácil diagnóstico).
2. Hipoalerta, hipoactivo. Inhibido. Se puede confundir con demencia.
3. Mixto. Alterna 1 y 2 en el tiempo.

Una revisión reciente de los subtipos de delirio reveló que en un 19% de los casos este era hipoactivo, en el 15% era hiperactivo y en un 52% era mixto, el 14% no se clasificó por carecer de factores predominantes. No existe una relación directa entre la causa y el tipo clínico de delirio, pero la privación de alcohol y benzodiacepinas da más frecuentemente un delirio hiperactivo, y la encefalopatía hepática o renal se asocia más a delirio hipoactivo.

El *examen físico* debe incluir un examen mental (mini mental test, inversión de series) y la búsqueda de factores causales (globo vesical, abdomen agudo, fecaloma, etc).

Laboratorio: es útil realizar un chequeo metabólico básico (glicemia, Na*, hemograma, sedimento de orina, BUN) y agregar otros exámenes dependiendo del cuadro clínico (Rx Torax, Ca**, Mg**, Hemocultivos). GSA y P. Lumbar rara vez aportan nueva información. Las neuroimágenes generalmente no aportan al diagnóstico, ya que menos del 10% de las causas radican en el SNC. Solo se solicita TAC cerebral cuando se sospecha que la causa del delirio esta en el SNC, no como screening inicial.

En los enfermos con confusión de inicio insidioso en días a semanas es útil descartar hipo e hipertiroidismo, déficit de B12, intoxicación por metales pesados, e ingesta desconocida de medicamentos.

DIAGNOSTICO.

Tabla 1.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE DELIRIO (Basado en clasificacion DSM IV, modificado).

- A) Alteración de la conciencia (menor alerta al ambiente), con menor capacidad para enfocar, mantener o cambiar la atención.
- B) Cambio en lo cognitivo (déficit de memoria, desorientación, alt del lenguaje) o aparición de disturbios de la percepción no explicables por una demencia preexistente o en desarrollo.
- C) Desarrollo en un corto periodo (horas o días), y con fluctuaciones a lo largo del día.
- D) Evidencia por anamnesis, examen físico o laboratorio que el delirio es causado por:
 - a- una enfermedad médica general, o
 - b- intoxicación o efecto colateral de drogas, o
 - c- privación de sustancias, o
 - d- múltiples factores.

Recomendaciones prácticas para reconocer DELIRIO.

1. Realizar test cognitivo en la 1ª entrevista.
2. Interrogar informantes: familia, cuidadora.
3. Revisar ficha de enfermería buscando datos sobre: desorientación, comunicación inadecuada, comportamiento alterado, alucinaciones, etc.
4. Realizar tests de atención:

- serie 7
- invertir días de la semana
- escribir una frase.

5. Criterios de CAM (Confusion Assesment Method, de Inouye)

- Inatención.
- Comienzo agudo y curso fluctuante.
- Pensamiento desorganizado.
- Alteración del nivel de conciencia.

Deben estar **a y b** presentes **más c ó d**.

FISIOPATOLOGIA.

No se conoce con certeza el mecanismo por el cual se produce un síndrome confusional agudo en respuesta a ciertas toxas que sufre nuestro organismo.

Característicamente no hay daño cerebral estructural (6), a pesar de los evidentes trastornos conductuales y cognitivos. La lesión cerebral sería funcional.

En el EEG se observa enlentecimiento difuso de la actividad cortical (alfa), y aparición de actividad delta y theta proporcional al grado de deterioro cognitivo. Estos hallazgos no son específicos.

El delirio se considera una manifestación neuropsiquiátrica no específica de un trastorno generalizado del metabolismo cerebral y los neurotransmisores.

La vía final común sería un desequilibrio entre éstos, principalmente entre GABA, acetilcolina y dopamina.

La sobreestimulación de receptores GABA estaría implicado en el delirio asociado a encefalopatía hepática, y la subestimulación de éstos al delirio relacionado a privación de benzodiacepinas, alcohol y barbitúricos.

También hay evidencia que apoya la hipótesis que el delirio es mediado por un trastorno en el sistema colinérgico. La intoxicación por anticolinérgicos determina un cuadro clínico y EEG típico de delirio agudo, que es reversible con el uso de anticolinesterásicos. Además, los niveles plasmáticos de anticolinérgicos se correlacionan bien con la presencia de delirio en el postoperatorio.

Se sabe que mediadores de la inflamación como interleuquinas y linfoquinas pueden provocar los cambios electroencefalográficos relacionados al delirio, y producir un cuadro clínico similar. Las endorfinas también están implicadas, y podrían explicar el delirio asociado al uso de narcóticos.

CAUSAS PRINCIPALES.

En un estudio realizado por *Levkoff (3)*, detectó que el 80% de los pacientes con delirio de su estudio, presentaban alguno de los siguientes cuatro factores asociados:

- 1) infección urinaria (al ingreso o durante la hospitalización)
- 2) hipoalbuminemia al ingreso
- 3) leucocitosis
- 4) proteinuria.

Otro estudio, realizado por especialistas del Hospital John Hopkins, Baltimore, logró correlacionar en forma significativa los niveles plasmáticos de actividad anticolinérgica (muscarínica) con la aparición de delirio postoperatorio. Observaron un 34% de delirio en los enfermos post operados de cirugía cardíaca. De estos, 7 de 8 deliriosos tenían niveles plasmáticos de drogas anticolinérgicas >1,5 veces lo normal. Hubo personas con niveles altos de drogas y sin delirio también. Además de los anticolinérgicos típicos, se encontró relación con las fenotiacinas (CPZ), antihistamínicos (difenhidramina), hipnóticos (flurazepam y otros), y narcóticos (demerol), que bloquean receptores muscarínicos.

Otro estudio reciente sobre las causas médicas más frecuentes de delirio, destaca que las infecciones (ITU y BNM) y la insuficiencia cardíaca son responsables de la mayor parte de los casos. En la mayoría el delirio duró menos de 24hs, en un caso duró 7 días.

Principales causas de síndrome confusional agudo.

Neurológicas: Traumatismo cerebral, AVE, epilepsia. Hematoma subdural.
Absceso. Tumor. Hidrocéfalo normotensivo. HSA.

Enf. sistémicas: **infecciones** (ITU, BNM, bacteremia, meningitis, otros), alt.

metabólicas: hipoxia/ hipercarbia, uremia, hipo/hipertermia,

hipo/hiperglicemia, ICC, IAM, TEP, alt. acido- base, sindr post caída. Déficit de vitaminas B. PAN. Alt tiroideas.

Drogas: Efecto colateral de anticolinérgicos, hipnóticos, sedantes, tranquilizantes, antidepresivos, analgésicos, L dopa.

Sobredosis o privación de alcohol o benzodiazepinas.

Antihipertensivos, antiarrítmicos.

Alteraciones ambientales: cambio de ambiente (de casa, casa- hosp, etc).

DROGAS ASOCIADAS A DELIRIO.

Narcóticos	morfina meperidina
Sedantes	triazolam alprazolam
Bloqueadores H2	ranitidina famotidina nizatidina
Antiparkinsonianos	amantadina levodopa/ carbidopa bromocriptina benztropina (anticolinérgico)
Anticolinérgicos	amitriptilina difenhidramina tioridazina atropina escopolamina quinidina
Otros	digoxina, corticoides, propranolol, clonidina, metildopa, lidocaina, HIN, rifampicina, AINE, etc.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Es muy importante poder distinguir *delirio* de:

- demencia
- psicosis funcional aguda.

Psicosis funcional aguda (pseudodelirio): resultados inconsistentes en tests cognitivos, antecedente de enfermedad psiquiátrica previa, comportamiento maniaco o depresivo, ideas delirantes sistematizadas, sin fluctuación durante el día. EEG normal.

*TABLA DE DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.
(The New England Journal of Medicine, 1989; 40:578- 582).*

	DELIRIO	DEMENCIA	PSICOSIS AG FUNC.
comienzo	súbito	insidioso	súbito
curso en 24hs	fluctuante	estable	estable
conciencia	disminuida	normal	normal
atención	alterada global	normal	a veces alterada
cognitivo	alterado global	alterado	alterado (selectivo)
alucinaciones	visual (auditivo)	no	auditivas
delusiones	mal sistematizada	no	bien sistematizadas
orientación	alterada frec.	alterada frec.	+/- alterada
act psicomot.	++/--	normal	a veces alterada
lenguaje	incoherente	perseveraciones	normal
mov. involuntario	asterixis, temblor	no	no
enf física	presente	ausente	ausente

PRONOSTICO.

El delirio ocurre en personas con enfermedades graves, por lo que no debe extrañar que se asocie a una alta mortalidad. Estudios reportan una mortalidad 2 a 20 veces mayor que el grupo control. Además, la morbilidad a corto plazo es también mayor, hay mayor estadía intrahospitalaria, mayor frecuencia de complicaciones médicas y mayor riesgo de institucionalización.

En un estudio se observó que solo el 4% de los enfermos había recuperado su estado cognitivo basal al momento del alta, y a los 3 y 6 meses solo un 21% y un 18% había vuelto a su basal. Esto podría reflejar la progresión de una demencia antes subclínica.

El estudio de Francis sobre pronóstico post alta, encontró una mortalidad de 39% a dos años plazo en el grupo de enfermos que tuvo delirio vs 23% en el grupo control. Además, los enfermos deliriosos tuvieron una mayor pérdida de la independencia y mayor riesgo de disminución futura en el aspecto cognitivo.

TRATAMIENTO.

El tratamiento debe dividirse en tres aspectos principales: prevención, tratamiento de la enfermedad de base, y manejo sintomático del síndrome confusional agudo (general y farmacológico).

Prevención: en todo enfermo geriátrico, especialmente en aquellos con factores de riesgo para el desarrollo de delirio, se debe minimizar o evitar el uso de drogas anticolinérgicas, sedantes y narcóticos, mantener una buena hidratación y oxigenación y tratar precozmente cualquier complicación médica. Es útil también contar con un manejo de enfermería cuidadoso y continuo, y con un ambiente físico tranquilo y con elementos de orientación (reloj, calendario, etc). La compañía de familiares es muy importante.

Tratamiento específico: El tratamiento etiológico es el pilar del manejo del síndrome confusional agudo. Se recomienda tratar enérgicamente la enfermedad de base. Muchas veces el delirio no evoluciona en forma paralela a la patología desencadenante, sino demora más en resolverse.

En lo posible se debe eliminar las drogas que pudieran producir delirio. Descartar privación de benzodiazepinas o alcohol.

Tratamiento de soporte:

En relación al manejo sintomático, la mayoría de las veces las *medidas no farmacológicas* son suficientes.

El tratamiento de soporte incluye asegurar una adecuada alimentación e hidratación y aporte de vitaminas.

Se debe optimizar el cuidado intensivo de enfermería. Ayuda mucho para la orientación contar con un ambiente adecuado, lo más tranquilo posible, amigable, sin estímulos excesivos, ojalá con música suave e iluminación adecuada. Es bueno que tengan objetos conocidos en su pieza (fotos de familiares, adornos, etc).

No es favorable juntar en la misma sala a dos enfermos con delirio, pues se van a potenciar uno y otro. Se recomienda también corregir problemas de visión y audición, con lentes y audífonos adecuados.

Evitar la contención física, pues solo se logra aumentar la agresividad. Es preferible el uso de cuidadoras o "sitters", que acompañen, tranquilizen y reorienten al paciente.

Además, se debe complementar el manejo con apoyo psicosocial y de terapia ocupacional, y orientación por la trabajadora social.

Se debe preparar el ambiente para el alta, y decidir con cautela si se requerirá institucionalización.

Si el enfermo está severamente agitado se puede utilizar *medidas farmacológicas* como *haldol* en la menor dosis posible.

La idea es usar esta droga por el menor tiempo posible, y suspenderla una vez tratada la enfermedad orgánica descompensante.

Se recomienda comenzar con dosis de 0,5mg im y repetir cada 1/2 hora doblando la dosis anterior, hasta lograr controlar la agitación (el comienzo de acción de la droga es 10-30 min post administración im). Al día siguiente se dará v.oral la mitad del total de la dosis de impregnación, y se mantendrá hasta que pase el delirio. Se debe recordar siempre el

riesgo de efectos colaterales de los neurolépticos, principalmente parkinsonismo, temblor, acatisia y síndrome neuroléptico maligno.

Otra alternativa de tratamiento es el uso de benzodiazepinas, que tienen mayor rapidez en el comienzo de acción (5min), pero producen más sedación. Son el tratamiento de elección en caso de privación de sedantes y alcohol. Se recomienda el uso de BZD de vida media corta. El lorazepam se usa en dosis de 0,5- 1mg iv. Los narcóticos son útiles para el tratamiento del delirio secundario a dolor.

En caso de sospecha de delirio por toxicidad por anticolinérgicos, se usa fisostigmina 1-2mg iv, su efecto terapéutico es limitado pero sirve para hacer el diagnóstico.

Para evaluar la progresión del enfermo es útil hacer una evaluación mental seriada (mini mental test u otro, diariamente).

CONCLUSIÓN.

El delirio corresponde a un complejo síndrome con manifestaciones pleomórficas determinadas por enfermedades médicas agudas, drogas, y enfermedades cerebrales crónicas subyacentes.

Los pacientes mayores que desarrollan un síndrome confusional agudo generalmente tienen una alteración funcional de base, y están en riesgo de sufrir un mayor deterioro en su independencia después de salir del hospital.

Las alteraciones conductuales propias del delirio pueden ser manejadas farmacológicamente lográndose un buen control a corto plazo, pero no sabemos si ello va a mejorar el pronóstico a largo plazo. Este va a depender primariamente de la presencia o ausencia de una patología cerebral de base.