

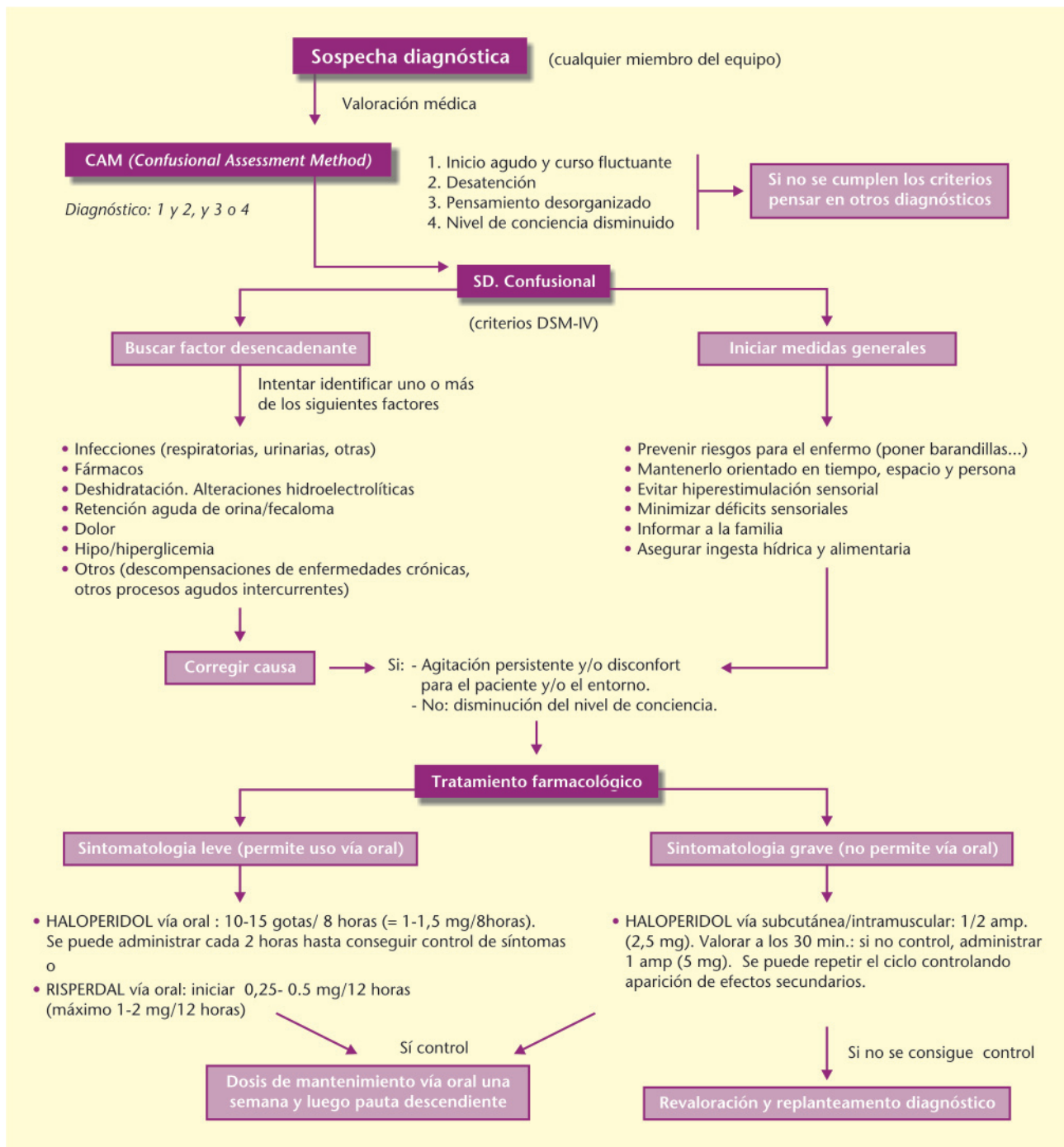
Síndrome confusional agudo en ancianos

actitud y manejo en el entorno sociosanitario

Lorena Bajo, Pilar González, Carmen Mansilla, Olga Vázquez, Antón M^a Cervera

Servicio de Geriátría del IMAS, Hospital de la Esperanza, Hospital del Mar, Centro Geriátrico Municipal. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS), Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona.

Correspondencia: Dra. Lorena Bajo. Servicio de Geriátría del IMAS. Hospital de la Esperanza Sant Josep de la Muntanya, 12 - 08024 Barcelona - E mail: 93989@imas.imim.es



Síndrome confusional agudo en ancianos

actitud y manejo en el entorno sociosanitario

El síndrome confusional o *delirium* constituye uno de los síndromes geriátricos más importantes, por su elevada incidencia y prevalencia en la gente mayor (entre un 14-24% en el momento de ingreso en un hospital y entre 6-56% durante la hospitalización)¹ y porque puede ser una forma frecuente de presentación de enfermedades agudas, sobre todo en pacientes ancianos. Es conocido que el *delirium* se relaciona con una mayor mortalidad y un mayor deterioro funcional y cognitivo, siendo causa de estancias hospitalarias más prolongadas y de un mayor consumo de recursos sociosanitarios tras el alta hospitalaria².

El *delirium* es un estado mental en donde existe dificultad para discriminar e interpretar adecuadamente los estímulos sensoriales. Se caracteriza por ser de instauración aguda (horas o días), de curso fluctuante, por acompañarse, en ocasiones, de disminución del nivel de conciencia, ser de causa orgánica y potencialmente reversible.

Dado que el ámbito asistencial donde la prevalencia e incidencia del *delirium* ha estado mayormente documentada ha sido en los hospitales de agudos, son muchos los trabajos publicados sobre el manejo del síndrome confusional en este entorno. El algoritmo que se presenta en este trabajo se centra en el diagnóstico y manejo en un entorno sociosanitario (unidad de convalecencia), donde también suele existir un gran número de pacientes vulnerables para desarrollar *delirium* (edad avanzada, presencia de deterioro cognitivo previo, pluripatología, déficits sensoriales y deterioro funcional)².

Destacar que con frecuencia, los episodios de *delirium* no se llegan a diagnosticar (sólo el 50% son detectados y documentados por enfermería y el 20% por médicos)³. Por ello es importante que todos los miembros del equipo asistencial sepan reconocer signos y síntomas de sospecha. Así, se debe pensar que un paciente puede estar desarrollando un síndrome confusional cuando se observa un cambio en su situación respecto a los días previos, sobre todo en lo referente al nivel de conciencia (somnia o estupor), atención, déficits de memoria, alteraciones del lenguaje, alteraciones de la percepción (alucinaciones o ideas delirantes), alteraciones de la conducta (agresividad, agitación) o del estado afectivo (irritabilidad, tristeza). Es característico que los síntomas empeoren cuando se inicia la oscuridad (síndrome del anochecer o del *Sundowning*). Tal como se muestra en el algoritmo, la presencia de uno cualquiera de estos síntomas, detectados por cualquier miembro del equipo, puede ser un signo de alarma para sospechar el inicio de un *delirium*.

El CAM (*Confusion Assessment Method*)⁴ es un instrumento de detección rápida para obtener una primera aproximación diagnóstica del *delirium* (sensibilidad y especificidad diagnóstica superior al 95%)³. Dicho instrumento se basa en los cuatro criterios clínicos que se muestran también en el algoritmo, siendo necesario para el diagnóstico, la presencia de los criterios 1 y 2, y uno cualquiera de los criterios 3 y 4. El diagnóstico sindrómico definitivo viene dado por los criterios

del DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)⁵ (anexo).

Una vez hecho el diagnóstico, se abren dos líneas de actuación paralelas, ambas imprescindibles para intentar mejorar al paciente y que requieren la actuación coordinada del personal médico y de enfermería de forma interdisciplinar.

Por una parte, debe intentarse identificar cuál ha sido la causa desencadenante o precipitante. En el algoritmo se muestran las causas más frecuentes en el entorno sociosanitario. Debe considerarse que las exploraciones complementarias necesarias se pedirán a criterio médico según la sospecha clínica y la disponibilidad de las mismas. Todo ello debe ir seguido de las medidas terapéuticas específicas para resolver o minimizar el factor desencadenante.

Por otra parte, y de forma paralela, se llevarán a cabo las medidas generales y de entorno, realizadas sobre todo por parte del personal de enfermería que quedan esquematizadas en las seis directrices que se muestran también en el algoritmo.

Al tratarse de un modelo multifactorial, cuantos más factores predisponentes se detecten y se traten, y cuantas más medidas generales se apliquen, mayor será la probabilidad de mejorar el síndrome confusional.

Si una vez realizadas las medidas anteriores el paciente presenta agitación persistente o la situación clínica causa disconfort a él o al entorno (otros enfermos, familiares o personal sanitario), y siempre que el nivel de conciencia no esté deprimido, se planteará el inicio de tratamiento farmacológico considerando los riesgos potenciales y beneficios esperados⁶. El grupo farmacológico de elección son los neurolepticos, tanto para las formas hiperactivas como hipoactivas del *delirium*⁶. Para decidir la actitud terapéutica se propone diferenciar la agitación en dos categorías: leve y grave, entendiendo por grave aquella que puede causar riesgo para la integridad física y/o psicológica del paciente y/o su entorno, y que no permite el uso de la vía oral.

Aunque no hay consenso entre los expertos sobre cuál debe ser el neuroleptico de primera elección⁷, clásicamente se ha utilizado el haloperidol con buena respuesta, siendo su principal inconveniente la aparición de efectos secundarios. Los antipsicóticos atípicos (risperidona y olanzapina), han mostrado también ser eficaces con una menor tasa de efectos secundarios^{6,8,9} (aunque la mayoría de los estudios eran no controlados⁷).

En caso de agitación leve, en la que se puede utilizar la vía oral, se puede iniciar tratamiento con haloperidol (1-1,5 mg/ 8 horas o lo que es lo mismo 10-15 gotas/ 8 horas)^{6,10} o bien con risperidona (0,25-0,5 mg/12h horas)¹¹. Una vez controlado el cuadro se dejará dosis de mantenimiento 7-10 días y posteriormente pauta decreciente para evitar la acumulación del fármaco y aparición de efectos indeseables⁷.

En caso de agitación grave se utilizará haloperidol parenteral^{10,11} siendo la vía de elección en nuestro entorno la subcutánea. Se propone empezar con media ampolla (2,5 mg), revalorar a los 30 minutos y si persiste agitación y no hay efectos secundarios administrar una ampolla (5 mg); se puede repetir el ciclo hasta obtener una respuesta aceptable o hasta que aparezcan efectos secundarios⁶. Una vez controlados los síntomas se recomienda introducir la vía oral, seguir con pauta de mantenimiento 7-10 días⁷ y posteriormente pauta descendiente.

Actualmente no se recomienda la tioridazina porque aumenta el riesgo de prolongación del intervalo QT¹⁰. Las benzodiazepinas, están indicadas únicamente en caso de *delirium* secundario a abstinencia de alcohol o de benzodiazepinas o para disminuir dosis de neurolépticos en pacientes en los que se prevee aparición de efectos secundarios.

Si la agitación no se controla con todas las medidas anteriores, se recomienda, antes de sedar al paciente, revalorar el diagnóstico sobre todo en lo referente a la búsqueda de otros factores desencadenantes.

Con todas estas medidas se debe esperar la remisión del cuadro. Sin embargo, en ocasiones la remisión será parcial y no total, pudiendo quedar déficits cognitivos permanentes, sobre todo en pacientes especialmente vulnerables (pacientes frágiles, demencias previas incipientes...)

1. Inouye SK. Delirium in hospitalized older patients. *Clin Geriatr Med* 1998;14:745-64.
2. Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, Leo-summers L, Acampora D, Holford TR, *et al.* A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalised older patients. *N Engl J Med* 1999;340:669-76.
3. Marcantonio ER. *Delirium*. En: American Geriatrics Society, Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine. 5ª edición, (edición española). Barcelona: Medical Trends, S.L., 2003;91-9.
4. Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi C, Balkin S. Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990;113: 941-8.
5. American Psychiatric Association of Washington. DSM IV: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Edición Española). Barcelona: Ed: Masson S.A., 1995.
6. Meagher DJ. Delirium: optimising management. *BMJ* 2001;322:144-9.
7. Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP; Expert Consensus Panel for Using Antipsychotics Drugs in Older Patients. *J Clin Psychiatry* 2004;65(suppl 2):5-99.
8. Lindsay DeVane C, Mintzer J. Risperidone in the Management of Psychiatric and Neurodegenerative Disease in the Elderly: An Update. *Psychopharmacology Bulletin* 2003;37:116-32.
9. Mittal D, Jimerson NA, Neely EP, Johnson WD, Kennedy RE, Yorres RA, Nasrallah HA. Risperidone in the treatment of delirium: results from a prospective open-label trial. *Clin Psychiatry* 2004;65:662-7.
10. Neil W, Curran S, Wattis J. Antipsychotic prescribing in older people. *Age Ageing* 2003;32:475-83.
11. Schwartz TL, Masand PS. The Role of Atypical Antipsychotics in the Treatment of Delirium. *Psychosomatics* 2002;43:171-4.

caso clínico

Paciente varón de 81 años que ingresa en una unidad de convalecencia tras intervención quirúrgica por fractura de fémur.

Antecedentes patológicos

HTA de larga evolución en tratamiento con IECAS; síndrome prostático por hipertrofia benigna de próstata en tratamiento con tamsulosina 4mg/día; insuficiencia cardíaca: disnea habitual a grandes esfuerzos, no descompensaciones, sigue tratamiento con furosemida 1 comp/día; cataratas bilaterales pendientes de intervenir; estreñimiento habitual.

Situación previa

- Funcional: independiente para actividades básicas de la vida diaria (Barthel: 100). Dependencia parcial para instrumentales (Lawton 2/5).
- Cognitivo: la familia refiere déficits de memoria y algún episodio de desorientación.

Acudió a urgencias de un hospital de agudos tras caída casual y fractura de fémur que se intervino. En el postoperatorio presentó como complicaciones: desorienta-

ción temporoespacial y descompensación de la insuficiencia cardíaca que requirió sondaje para control de diuresis, que se retiró el mismo día del traslado a la unidad de convalecencia, seis días después de la caída. Tratamiento al alta: enoxaparina 40 mg/24 horas; enalapril 10 mg/ 24 horas; furosemida 1 comp/ 8 horas; paracetamol 1 gr/ 8 horas; tramadol 50 mg/ 12 horas; lorazepam 1 comp/24 horas; omeprazol 1 comp/ 24 horas.

Ingresa en la unidad de convalecencia para recuperación de capacidad funcional, iniciando el programa rehabilitador con buena colaboración. A las 48 horas del ingreso presenta rechazo de la comida, dificultad para el descanso nocturno con somnolencia diurna, y escasa colaboración en el programa de fisioterapia con ideas delirantes de perjuicio. La anamnesis es dificultosa.

Exploración física

Afebril. TA 100/60. FC 86. Sequedad de mucosas. No alteraciones cardiorrespiratorias; herida quirúrgica correcta sin signos de infección; abdomen doloroso en hipogastro donde se palpa un globo vesical. En el tacto rectal se detectan fecalomas. Se realiza sondaje vesical, se recogen 600 cc de orina de aspecto turbio y se solicita urinocultivo. No focalidad neurológica.

Discusión del caso clínico

Se trata de un paciente vulnerable (edad avanzada, probable deterioro cognitivo previo, pluripatología, déficit sensorial y polifarmacia) que de forma aguda presenta cambio de su estado mental respecto a los días previos que es detectado por el personal de enfermería (alteración del patrón del sueño, rechazo de la comida e ideas delirantes).

Siguiendo el algoritmo presentado el paciente fue valorado por el médico de planta que aplicó el CAM, cumpliéndose los 2 criterios mayores (cambio agudo en el estado mental e inatención) y uno de los menores (pensamiento desorganizado).

Después de esta prueba de cribaje que confirmaba con alta probabilidad la presencia de *delirium*, se realizó una valoración exhaustiva en busca de los posibles factores desencadenantes (condición además exigida en el DSM-IV para el diagnóstico) (anexo).

En el entorno sociosanitario donde no siempre hay disponibilidad de exploraciones complementarias complejas, es muy importante hacer hincapié en la anamnesis y en la exploración física, y es del todo imprescindible el trabajo en equipo tanto en la búsqueda del factor desencadenante como en la aplicación de las medidas generales y de entorno. Como ya ha sido comentado, a menudo el factor desencadenante no es único, sino que pueden ser múltiples por lo que se aconseja revisar de forma sistemática todos los factores desencadenantes más frecuentes (ver algoritmo). En este caso se detectó deshidratación (probable ingesta escasa y dosis elevadas de diurético en este momento), retención aguda de orina (en el contexto de infección urinaria en un paciente con síndrome prostático que había sido portador de sonda urinaria) y presencia de fecalomas (en paciente con estreñimiento habitual, encamamiento y tratamiento con opioides).

Así pues, se intentaron corregir todos estos factores, se revisó el tratamiento del paciente (se disminuyó dosis de diuréticos, se modificó pauta analgésica eliminando tramadol y añadiendo un antiinflamatorio convencional, y se pautó tratamiento antibiótico y laxante) y se aplicaron todas las medidas generales de entorno, incidiendo especialmente en forzar la ingesta hídrica, facilitar la evacuación y el descanso nocturno.

A pesar de la aplicación simultánea de todas estas medidas, persistían las ideas de perjuicio que causaban disconfort al paciente. Por ello se inició tratamiento con neuroléptico por vía oral (ya que no había inconveniente para utilizar esta vía) con haloperidol 10 gotas/8 horas sin observarse aparición de efectos secundarios. Tras la mejoría de los síntomas se retiró progresivamente el tratamiento farmacológico transcurrida una semana.

En conclusión, dada la dificultad de detección del *delirium* en muchas ocasiones y su etiología multicausal, el manejo de este síndrome en el entorno sociosanitario requiere, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, del trabajo en equipo y de una actuación conjunta interdisciplinar.

Criterios diagnósticos DSM-IV de *delirium* por enfermedad médica general

American Psychiatric Association of Washington. *DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Edición Española). Barcelona: Ed: Masson S.A., 1995).

1. Alteración de la conciencia (percepción defectuosa del entorno), con menor capacidad para enfocar, sostener o desviar la atención.
2. Deterioro cognitivo (como déficit de memoria, desorientación, anomalías del habla) o desarrollo de un trastorno perceptivo que no puede explicarse mejor por demencia preexistente, establecida o en progresión.
3. El trastorno se desarrolla durante un corto período de tiempo (generalmente horas o días) y tiende a fluctuar en el transcurso del día.
4. La anamnesis, exploración física o hallazgos de laboratorio aportan pruebas de que el trastorno está causado por las consecuencias fisiológicas directas de una enfermedad médica general.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Dr. Ramon Miralles y a la Sra. Cuca Esperanza del Servicio de Geriátrica del IMAS (Hospital de la Esperanza, Centro Geriátrico Municipal, Hospital del Mar), Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS), sus conocimientos y aportaciones.