

Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay"

ESTADO CONFUSIONAL AGUDO EN EL PACIENTE ANCIANO

Dr. Augusto César González Pérez¹ y Dr. Juan de Jesús Llibre Rodríguez²

RESUMEN

El estado confusional agudo o *delirium*, como también se le reconoce en la literatura médica mundial, es un importante síndrome en la medicina del anciano. Se caracteriza por un desorden global de la cognición y la atención, con disminución del nivel de conciencia, incremento o disminución de la actividad psicomotora y un trastorno del ciclo sueño-vigilia, inicio súbito y empeoramiento durante la noche, acompañado de trastornos de la percepción como ilusiones, alucinaciones visuales y auditivas. Su pronóstico es grave, constituye la carta de presentación del 11 al 24 % de los ancianos que ingresan al hospital y se desarrolla hasta en el 35 % de los ingresados. Más del 30 % de los pacientes que lo sufren fallece. Su tratamiento exige su reconocimiento, medidas farmacológicas y no farmacológicas, además del diagnóstico y tratamiento de la etiología.

DeCS: TRASTORNOS DE DELIRIO, DEMENCIA, AMNESICOS Y COGNITIVOS/diagnóstico; TRASTORNOS DE DELIRIO, DEMENCIA, AMNESICOS Y COGNITIVOS/etiología; ANCIANO/psicología.

El estado confusional agudo o *delirium* como se le reconoce en la literatura médica mundial, es una condición seria, común y casi siempre amenazante para la vida del paciente anciano. Es uno de los síndromes más antiguos conocidos en la medicina y que se ha denominado con más de 30 sinónimos, de los cuales hoy sólo se aceptan 2: *delirium* o estado confusional agudo.

Puede ser definido como un síndrome mental orgánico transitorio, caracterizado por un trastorno global de la cognición y

la atención, un nivel de conciencia reducido, incremento o reducción de la actividad psicomotora y un desorden en el ciclo sueño-vigilia.

Su presentación es aguda, generalmente en la noche y su duración relativamente breve (menos de 1 mes).¹

Los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual de Diagnóstico y Clasificación de Enfermedades Mentales (DSM-IV) se utilizan ampliamente para el reconocimiento del síndrome.²

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Medicina Interna.

² Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular.

Estos se clasifican en:

- A. Desorden de la conciencia con reducida habilidad para mantener la atención.
- B. Cambios en la esfera cognitiva (déficit de memoria, desorientación, trastornos del lenguaje).
- C. El trastorno se desarrolla en un corto período usualmente horas o días y tiende a fluctuar durante el día con incremento en la noche.
- D. Evidencia de una causa orgánica detectada por los antecedentes, el examen físico y los datos de laboratorio.

(Tomado de la Asociación Americana de Psiquiatría. Manual de diagnóstico y clasificación de enfermedades mentales. 4ta. Ed. Washington DC.: Sociedad Americana de Psiquiatría, 1994:129-33.).

EPIDEMIOLOGÍA

Diversos reportes reflejan que este síndrome es infrecuente en personas jóvenes o de mediana edad y cuando sucede generalmente se asocia con el uso del alcohol o drogas ilícitas.³ Su incidencia se incrementa progresivamente con cada década de la vida después de los 40 años.

Las estadísticas generalmente coinciden en que se encuentra presente del 11 al 24 % de los ancianos al ingreso en el hospital y se desarrolla hasta en el 35 % de los ancianos hospitalizados. En los intervenidos quirúrgicamente la prevalencia es del 61 %.⁴

Más del 30 % de los enfermos con estado confusional agudo fallece.^{4,5} Más del 50 % de estos pacientes tienen una demencia previa y hasta el 25 % puede desarrollarla posterior a la regresión del cuadro.⁵

En un estudio realizado en el Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”, sobre 401 pacientes ancianos ingresados en los servicios de medicina y terapia durante 2 meses, se demostró que el 15 % de ellos desarrolló un estado confusional agudo, el 40 % falleció, además, el 50 % tenía de base una demencia.

FISIOPATOLOGÍA

La conciencia se mantiene por la actividad del sistema activador reticular ascendente, situado en el tronco encefálico y en las regiones talámicas.

Cuando su alteración es por procesos neurológicos locales, tales como tumor cerebral o hematoma subdural, la disminución del nivel de conciencia se establece por compresión del tronco encefálico o el tálamo o por la producción de hidrocefalia. También puede originarlo la alteración difusa consecutiva a metástasis cerebrales o a infartos cerebrales múltiples; cuando la localización del proceso produce varios déficits separados de la función cognitiva con alteración del nivel de atención, lo habitual es que las lesiones existan en ambos hemisferios. Sin embargo, una lesión ubicada en el hemisferio no dominante, tal como un infarto parietal, puede generar un *delirium*, pues este hemisferio controla la atención.⁶

Los trastornos sistemáticos producen confusión a causa de la alteración difusa de la función neuronal, en unos casos por déficit de sustratos: oxígeno, glucosa, o déficit de otros factores necesarios como vitaminas y hormonas. La existencia de toxinas endógenas como las generadas en la insuficiencia hepática o renal, así como las creadas en las infecciones sistemáticas,

son otras de las posibilidades causales. El equilibrio ácido-base y los severos trastornos electrolíticos alteran la funcionalidad neuronal.⁷

Por último, los fármacos anticolinérgicos por la interrupción de la transmisión sináptica, constituyen un mecanismo común en el anciano, tal como la disminución de los neurotransmisores cerebrales y es la primera condición para que actúe el resto de los mecanismos.⁴

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Se produce un cambio en el estado mental y la conducta con empeoramiento fluctuante de los procesos cognoscitivos y alteraciones de la atención. Los trastornos perceptivos se manifiestan en forma de ilusiones, alucinaciones visuales o auditivas. Pueden ser notables los trastornos emocionales: irritabilidad, llanto fácil, depresión y euforia.^{8,9}

COMIENZO

De modo típico, se produce en el *delirium* como un proceso rápido durante algunas horas, hasta días, con síntomas variables e intermitentes, con fluctuaciones durante el día; éstos se incrementan durante la noche. Los comportamientos de somnolencia, hipervigilancia, despertar y agitación pueden ocurrir de minutos a horas en cada una de estas situaciones.

SUBTIPOS CLÍNICOS

La clasificación del *delirium*, de acuerdo con el nivel de actividad psicomotora,

es un método común y útil a la hora de categorizar el síndrome, aun cuando en un mismo paciente pueden verse las diferentes formas clínicas:¹⁰

- I) *Hiperactividad*: la hiperactividad (incremento de la actividad psicomotora) es la forma más comúnmente reconocida. Se asocia casi siempre con los efectos de drogas anticolinérgicas, intoxicación por drogas ilícitas, alcohol y los síndromes de supresión. Los pacientes se tornan combativos, con resistencia, no cooperan con los cuidados médicos y hasta se oponen agresivamente.
- II) *Hipoactiva*: la hipoactividad (disminución de la actividad psicomotora) es la forma más común en el anciano, pero es menos frecuentemente reconocida. Las condiciones metabólicas tales como las encefalopatías hepáticas o insuficiencia renal, que pueden iniciarse con cierta agitación, lo hacen más frecuentemente de esta forma; los enfermos se muestran letárgicos, confundidos, ensimismados y desorientados.
- III) *Mixta*: es una combinación de ambas formas clínicas; se plantea que es la más riesgosa y sin duda la más frecuente. En un estudio en pacientes se halló que el 19 % fue hipoactivo, el 15 % hiperactivo y el 52 % mixtos.⁹

EXAMEN FÍSICO

Debe ser exhaustivo, con especial énfasis en la búsqueda de signos de focalización neurológica, examen cardiorespiratorio y precisar signos de insuficiencia hepática o de intoxicación exógena.

TABLA 1. *Diagnóstico diferencial del delirium, demencia y psicosis funcional aguda*

Características	<i>Delirium</i>	Demencia	Psicosis funcional
Inicio	Súbito	Insidioso	Súbito
Evolución en 24 h	Fluctuante	Estable	Estable
Conciencia	Reducida	Clara	Clara
Atención	Globalmente afectada	Normal, excepto en casos severos	Puede estar afectada
Cognición	Globalmente afectada	Globalmente deteriorada	Selectivamente deteriorada
Alucinaciones	Usualmente visuales o visual-auditiva	Casi siempre ausentes	Predominantemente auditivas
Ilusiones	Efímeras, no sistematizadas	Generalmente ausentes	Sistematizadas, sólidas
Orientación	Afectada (durante un tiempo)	A veces afectada	Puede estar afectada
Actividad psicomotora	Incrementada o reducida	A veces normal	Varía
Lenguaje	Incoherente, lento o rápido	Dificultades para encontrar palabras, preservación	Normal, rápido o lento
Movimientos involuntarios	Asterisis, convulsiones, ausentes	Ausentes a veces	Usualmente ausentes

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se establece con afecciones comunes que producen trastornos cognitivos como la demencia y la psicosis funcional aguda (tabla 1).¹ La afasia de Wernicke al principio de su valoración puede ser confundida con el síndrome confusional agudo, por su lenguaje sin sentido, respuestas absurdas a las órdenes dadas, comportamiento anormal y frecuentemente inicio agudo del cuadro. La atención y la percepción no verbal son normales en el afásico; las parafasias y neologismos, con escritura agráfica se hacen predominantes; en ocasiones pueden coincidir, pero no es lo habitual.¹¹

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

El enfrentamiento al *delirium* o estado confusional agudo lleva casi al unísono, con el diagnóstico positivo y diferencial, a realizar el diagnóstico etiológico. Múl-

tiples son las causas y *Lipowski ZJ* uno de los más entendidos en este tema¹ propuso las siguientes:

Enfermedad cerebral primaria:

- Enfermedad cerebrovascular isquémica aguda.
- Hemorragia subaracnoidea.
- Hemorragia intraparenquimatosa.
- Hematoma subdural, epidural.
- Trauma craneal; contusión.
- Neoplasia primaria o metastásica.
- Infecciones: meningitis, encefalitis, absceso cerebral, encefalopatías durante el SIDA.
- Tras una crisis epiléptica.

Enfermedades sistémicas:

- Infecciones: respiratorias (bronconeumonías), urosepsis, linfangitis, septicemias.

- Trastornos hidroelectrolíticos: deshidratación, alteraciones del sodio, potasio, calcio y magnesio.
- Trastornos del equilibrio ácido-base: acidosis, alcalosis.
- Trastornos metabólicos: hipoxia, hipoglicemia, hiperglicemia, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, déficit de vitaminas, disfunción tiroidea o paratiroidea, insuficiencia suprarrenal.
- Enfermedades cardiovasculares: infarto agudo del miocardio, insuficiencia cardíaca, arritmias graves, encefalopatía hipertensiva.
- Enfermedades pulmonares: enfermedad pulmonar obstructiva crónica descompensada, estado del mal asmático, tromboembolismo pulmonar.
- Anemia por pérdida aguda de sangre.

Intoxicaciones:

- Alcohol.
- Drogas ilícitas: cocaína, marihuana, crack, intoxicación atropínica por “flor de campana”.
- Medicamentos: anticolinérgicos, narcóticos, antiinflamatorios no esteroideos, digitálicos, anti-H2.

Síndrome de supresión o abstinencia:

- Alcohol: *Delirium tremens*.
- Drogas ilícitas.
- Algunos medicamentos: sedantes.

Miscelaneas: impacto fecal, retención urinaria, hipo e hipertermia, cambio del medio ambiente, cirugía, traumas sencillos, fracturas.

(Adaptado de *Lipowski ZJ*. *Delirium: Acute confusional states*. New York: Oxford University Press, 1990.)

Toda la sospecha que tenemos en el proceso del diagnóstico clínico y sus cau-

sas, supone también la utilización de medios diagnósticos (tabla 2).

TABLA 2. *Exámenes complementarios acorde con las condiciones patológicas*

Examen complementario	Condiciones patológicas
Hemograma con diferencial	Anemia severa
Leucocitosis (infección)	
Glicemia	Hipoglicemia, hiperglicemia
Creatinina	Insuficiencia renal
Ionograma	Hiper o hipocaliemia, trastornos del sodio
Orina	Urosepsis
Gasometría	Trastornos de los gases (hipoxia, hipercapnia, acidosis)
Electrocardiograma	Infarto agudo del miocardio Arritmias graves
Radiografía del tórax	Bronconeumonía Insuficiencia cardíaca
Exámenes toxicológicos	Intoxicación exógena
TAC o RMN	Afección cerebral primaria
Punción lumbar subaracnoidea	Encefalitis, meningoencefalitis, hemorragia

Adaptado de Bros MH, Tatum NO. *Delirium in the elderly patient*. *Am Physician* 1994;50:1325-32.

El número de causas capaz de ocasionarlo es extenso. Lo primero que debe hacerse es identificar, si se trata de un trastorno primario del sistema nervioso central, o si es producto de una enfermedad sistemática.

Muchas veces el profesional se tiene que valer de datos epidemiológicos, como la frecuencia en que se presentan fenómenos como las intoxicaciones exógenas, enfermedades infecto-contagiosas, y la prescripción de fármacos a los pacientes.

Los pacientes con antecedentes de insuficiencia respiratoria crónica, o insuficiencia cardíaca, son susceptibles a la aparición del síndrome relacionado con la hipoxia.

Los trastornos metabólicos que se ven más frecuentes en la práctica médica están relacionados con la glucosa; el *delirium* es una frecuente forma de presentación de la hipoglicemia, por lo que el antecedente de diabetes mellitus y el uso de hipoglucemiantes (en ocasiones accidental), debe ser descartado. La detención de estigmas periféricos de insuficiencia hepática es orientadora a la hora de definir la causa.

Los trastornos hidroelectrolíticos suelen acompañar a la sepsis respiratoria en los ancianos, y ser estos y no la sepsis la causa del estado confusional agudo.

Es necesario conocer que el 50 % de los pacientes suele tener un trastorno cognitivo previo, por lo que el interrogatorio a familiares allegados, o cuidadores es vital para identificar el origen.

Un grupo de causas que aparecen como misceláneas pueden ser identificados oportunamente como: el impacto fecal, la retención urinaria y un fenómeno tan sutil como el cambio brusco del medio habitual del anciano.

Tratamiento

El tratamiento¹² incluye 2 líneas fundamentales: el tratamiento no farmacológico y el farmacológico.

Tratamiento no farmacológico

A) Intervención física:

1. Medidas generales.
2. Vigilar la hidratación del paciente.
3. Nutrición parenteral en caso de déficit vitamínico o de hipoalbuminemia.¹³
4. Suplemento de oxígeno en caso de hipoxia secundaria a neumonías o neoplasia pulmonar.

La restricción física sólo se indicará cuando peligre la vida del paciente, se muestren muy agresivos con familiares y equipo médico e impidan el manejo terapéutico. Se aplicará y utilizarán vendas elásticas y nunca será una medida aislada.¹⁴

B) Intervención ambiental:

1. Habitación iluminada, clara durante el día y con luz en la noche.
2. El paciente no debe estar aislado, lejos de la estación de enfermería, sino a la vista.
3. No se deberá ubicar en la misma habitación de un paciente delirante.
4. Mantener un acompañante permanente.
5. Dosificación de estímulos ambientales para el control de los cuadros alucinatorios: alucinaciones visuales: utilizar estímulos visuales; auditivos: emplear sonidos como la música suave.
6. Atención y visita del equipo médico con frecuencia y sin apuro.

C) Intervención cognitiva: la terapia que requiere participación activa del paciente es inapropiada. Se puede emplear la reorientación verbal en tiempo, espacio, con diversas técnicas como colocar calendarios, repetir al paciente la fecha, la hora y el lugar en que se está.

D) Intervención psicológica: se basa fundamentalmente en el apoyo del equipo médico y familiares cercanos, con los que el paciente tiene mayor afinidad.

E) Intervención educacional: dirigida al equipo de asistencia, enfermeras y familiares que atienden a pacientes geriátricos.

Tratamiento farmacológico

Es a lo que se le denomina restricción química y se hace con el objetivo de con-

trolar los síntomas que impliquen peligro para la vida del enfermo. Se emplean fundamentalmente drogas antipsicóticas y las benzodiacepinas.

El haloperidol, una butirofenona con una marcada acción antipsicótica que actúa específicamente sobre la existencia psicomotora.

Se presenta en comprimidos orales de 1,5 mg y de 5 mg en ampulas de 5 mg para uso intramuscular e intravenosa. La dosis recomendada difiere de acuerdo con la edad; en los adultos jóvenes se utilizan 2 mg oral o parenteral en la agitación ligera, 5 mg en la moderada y hasta 10 mg en la severa.

En los ancianos las dosis son de 0,5 mg en la ligera, 1 mg en la moderada y 2 mg en la severa. Las dosis pueden repetirse cada 30 ó 60 min, hasta lograr el control; se observarán las reacciones secundarias como los trastornos extrapiramidales y la taquicardia ventricular multifocal.¹⁵

El otro medicamento que se debe emplear es una benzodiacepina como el lorazepam que se emplea en dosis de 0,5 a 2 mg; se repite cada 30 ó 60 min. Se indica en los síndromes de supresión por alcohol, incluso en la encefalopatía hepática o como coadyuvante de la terapia con haloperidol, en casos refractarios.¹⁶

SUMMARY

The acute confusional state or delirium as it is known in world medical literature is an important syndrome in the medicine of the elderly. This state is characterized by a global disorder in cognition and attention, low consciousness level, increased or decreased psychomotor activity and disorders of dream-wakefulness cycle, sudden onset and worsening of this state during the night, accompanied by perception disorders like delusions, visual and hearing hallucinations. The prognosis is severe since 11-24% of the elderly admitted to the hospital is presented with this syndrome, which may develop in 35% of in-patients. Over 30% of patients suffering from delirium die. The therapy includes examination, pharmacological and non-pharmacological measures in addition to diagnosis and treatment of the etiology.

Subject headings: DELIRIUM, DEMENTIA, AMNESTIC, COGNITIVE DISORDERS/diagnosis; DELIRIUM, DEMENTIA, AMNESTIC, COGNITIVE DISORDERS/etiology; AGED/psychology.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lipowski ZI. Delirium: acute confusional states. New York: oxford University Press, 1990.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC.: American Psychiatric Association, 1994:129-33.
3. Joshua R, Shua-Haim MD. Delirium in the elderly. Clin Geriatr 1997;20:317-23.
4. Thomas P. The diagnostic approach to the patient presenting with cognitive impairment. Geriatrics SOC 1995;7(4):33-6.
5. Francis J, Kappor WN. Prognosis after hospital discharge of older medical patients with delirium. J Am Geriatr Soc 1992;40(6):601-6.
6. Trzapacz PT. Delirium. Advances in diagnosis, pathophysiology, and treatment. Psychiatr Clin North Am 1996;19(3):12-6.
7. Beresin EV. Delirium in the elderly. J Geriatr Neurol 1988;1:127-43.
8. Hodkinson HM. Common symptoms of diseases in the elderly. Oxford:Blackwell, 1976:23-30.
9. Delirium. Clinical feature and course. Geriatr Med 1996;15:22-67.
10. Casay D, Defazio JV. Delirium. Quick recognition, careful evaluation, and appropriate treatment. Postgrad Med 1996;100(1):24-8.
11. Merck Sh. Estado confusional agudo. J Am Physician 1997;30(8):1-10.
12. Jacobson S. Behavioral and pharmacologic treatment of delirium. Am Physician 1997;30(8):1-10.

13. Dickson LR. Hypoalbuminemia in delirium. *Psychosomatics* 1991;32:317-23.
14. Aaekerlund LD, Rosenberg J. Postoperative delirium: treatment with supplementary oxygen. *Br J Anaesth* 1994;72:286-90.
15. Di Salvo TG, O'Gara PT. Torsades de point causadas by high dose intravenous haloperidol in cardiac patients. *Clin Cardiol* 1995;18:285-90.
16. Adams F. Emergency intravenous sedation of the delirious, medically ill patient. *J Clin Psychiatr* 1988;49(Suppl):22-7.

Recibido: 6 de abril de 2001. Aprobado: 21 de mayo de 2001.

Dr. *Augusto César González Pérez*. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Calle 114 y avenida 31, Marianao, Ciudad de La Habana, Cuba.