

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Ciencias Médicas "Finlay - Albarrán"

Comportamiento del *Delirium* en el anciano. Policlínico "Pedro Fonseca", La Lisa, 2012

Delirium behavior in the elder. Policlínico "Pedro Fonseca", La Lisa, 2012

Olga Sotolongo Arró,^I Sahily Pastora Domínguez Sotolongo^{II}

^I Especialista Segundo Grado en Medicina Interna. *Master* en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar. Policlínico Docente "Pedro Fonseca". E.mail: arro@infomed.sld.cu

^{II} Licenciada en Enfermería. Hospital Pediátrico Docente "Juan Manuel Márquez".

RESUMEN

Introducción: el Síndrome Confusional Agudo o *Delirium* es un síndrome cerebral orgánico de etiología multifactorial, caracterizado por alteraciones fluctuantes de la conciencia, atención, percepción, pensamiento, memoria, con incremento o reducción de la actividad psicomotora y un desorden en el ciclo sueño-vigilia.

Objetivo: caracterizar los ancianos con *delirium*, según grupo de edades, sexo y manifestaciones clínicas e identificar las principales causas que le dieron origen.

Material y Método: se realizó un estudio descriptivo de los pacientes con 60 años o más, quienes asistieron a la consulta de Medicina Interna presentando manifestaciones clínicas de *delirium*, desde enero hasta diciembre de 2012. La información fue obtenida de las hojas de cargo, así como de entrevistas realizadas a pacientes o familiares, en planillas previamente diseñadas. Universo de estudio 894 pacientes y la muestra 43. Se estudiaron las variables edad, sexo, sus manifestaciones clínicas, exámenes complementarios y las causas que provocaron el *delirium*. A partir de una hoja de cálculo Excel 2007, se establece la frecuencia por sexos de las variables estudiadas.

Resultados: existe un aumento del *delirium* asociado al factor edad, predominando el sexo femenino; los síntomas de mayor referencia estuvieron relacionados con la actividad motora, trastornos de la memoria, el lenguaje, alucinaciones y obnubilación.

Conclusión: el diagnóstico de esta entidad es clínico y se corrobora por complementarios.

Palabras clave: Síndrome Confusional Agudo o *Delirium*, gerontes, síndrome cerebral orgánico, trastornos cognitivos.

ABSTRACT

Introduction: the Acute confusion syndrome or *Delirium* is an organic cerebral syndrome with multi causal aetiology characterized fluctuating disorder of consciousness, attention, perception, thinking and memory, with increment or reduction of psychomotor activity and a cycle dream-wakefulness.

Objective: to characterize the elder with *delirium* according to age, gender and clinical manifestation as well as identify the main original causes.

Material and Methods: a descriptive trial including patient with 60 year old and elder attended to the Internal Medicine outpatient consult showing clinical manifestation of *Delirium* from January to December 2012. Information was obtained from the appointment list as well as the forms previously designed. The study's Universe was 894 patients and the sample included 43 patients. Variables studied were: age, sex, clinical manifestation, lab test and causes that provoking *Delirium*. From the Excel 2007 calculation sheet were determined the frequency by sex of the studied variables.

Results: there is an increasing number of *Delirium* associated to the age factor mainly represented by female, the main referred clinical symptom were related to the motor activity, memory disorder, language, hallucination and obnubilation.

Conclusion: the diagnosis of this entity is clinical and it is prove by complementary test.

Key words: Acute Confusion Syndrome, *Delirium*, elder, Organic cerebra syndrome, cognitive disorder.

INTRODUCCIÓN

El síndrome confusional o *delirium* es un cuadro frecuente y, en general, grave en pacientes ancianos hospitalizados o no, que se atienden en las áreas de atención primaria, y la nuestra no queda exenta. Tal como se define en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*, se caracteriza por una alteración del nivel de conciencia y trastornos cognitivos que se instauran en un período breve (en general, horas o días) y que tienden a fluctuar a lo largo del día.¹

Este cuadro clínico se debe a los efectos fisiológicos directos de:

- Enfermedad médica.
 - Intoxicación por algunas sustancias o la abstinencia de ellas.
-

- Consumo de algunos fármacos.
- Combinación de algunos de estos factores.

Se trata de un síndrome que incide muy negativamente en la calidad de vida y que, a pesar de su elevada incidencia, es difícil de diagnosticar y tratar.²

El aumento en la esperanza de vida logrado, aumenta la morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles y la predisposición del anciano a padecer infecciones del tracto respiratorio, urinario, tomar varios medicamentos, o abstenerse de ellos, instrumentaciones como sondas de Levine y vesicales, etc. Todos estos son factores que predisponen a presentar un síndrome confusional agudo.³⁻⁵

La prevalencia y la incidencia del *delirium* varían en función de la población estudiada. Posiblemente esté infradiagnosticado, no se recojan los casos leves, y supongan poco impacto en la carga asistencial. De hecho, el diagnóstico solo se incluye en 50% de los informes de alta. En pacientes ancianos hospitalizados oscila entre 10 y 40%.⁵⁻⁷

Es importante identificar las causas del *delirium* porque muchas de ellas son fácilmente detectables y, sin tratamiento, pueden provocar mortalidad y morbilidad significativas. El tratamiento y la resolución precoz de los síntomas se correlacionan con una evolución más favorable.⁸⁻¹⁰

Los principales factores de riesgo son la edad avanzada, el deterioro cognitivo previo, una enfermedad crónica grave, el deterioro funcional y la utilización de psicofármacos. Los fármacos con efectos anticolinérgicos son una de las causas más importantes de *delirium* en el anciano.¹¹⁻¹³

El diagnóstico es clínico. Todos los pacientes con cualquier signo de deterioro cognitivo deben someterse a un examen formal de su estado mental. En ocasiones, se diagnostica como demencia o enfermedad psiquiátrica (depresión) o es atribuido a la edad como parte normal del proceso de envejecimiento. La entrevista a los miembros de su familia, a los cuidadores y a los amigos puede determinar si el cambio del estado mental es reciente y difiere de cualquier demencia de partida.¹⁴⁻¹⁶

OBJETIVOS

- 1- Caracterizar los ancianos con *delirium*, según grupo de edades, sexo y manifestaciones clínicas.
- 2- Identificar las principales causas que le dieron origen al *delirium*.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo-descriptivo de corte transversal que incluye a 43 pacientes geriátricos con diagnóstico confirmado de Síndrome Confusional Agudo o *Delirium*.

El universo de estudio se conformó a partir de 894 pacientes, quienes asistieron a la consulta de Medicina Interna del Policlínico "Pedro Fonseca", municipio La Lisa, provincia La Habana, en el periodo comprendido desde el 3 de enero hasta el 31 de diciembre de 2012, la muestra la conformaron 43 pacientes, en quienes existía una alteración cognitiva con afecto en la atención, y una dolencia aguda sugestiva de infección o terapia medicamentosa recientemente indicada o instrumentación (sondas). A estos pacientes se les realizaron exámenes complementarios (hemograma completo, glicemia, parcial de orina, radiografía de tórax, electrocardiograma); se discutió cada caso con el colectivo del grupo básico de trabajo y se les puso tratamiento consecuente con el diagnóstico de *delirium*. Estos casos tuvieron seguimiento médico por la especialista de medicina interna (una de las autoras de este trabajo). Los datos obtenidos se fueron reflejando en la historia clínica ambulatoria. Los resultados se expresan en tablas.

Criterios de inclusión

Se incluyeron todos los pacientes con 60 años o más, en quienes se confirmó el diagnóstico de *Delirium*, que fue realizado a partir del examen físico y exámenes complementarios durante su asistencia a la consulta de Medicina Interna en las fechas antes señaladas.

Criterios de exclusión

Se excluyeron de la investigación los pacientes con diagnóstico de algún tipo de demencia.

RESULTADOS

La Tabla 1 presenta la distribución de la muestra estudiada acorde al sexo y el número de pacientes geriátricos estudiados. El 5 % del total resultó un Síndrome Confusional Agudo o *Delirium*. Los más frecuentes fueron los pacientes del sexo femenino, representando 74,4 % del total de pacientes con *delirium*.

Tabla 1. Distribución de la población inicial acorde al sexo y a la presencia del diagnóstico de delirium

Clasificación de los pacientes	Femeninos		Masculinos		Total de pacientes	%
	No	%	No	%		
Con <i>delirium</i>	32	74,4	11	25,5	43	5
Sin <i>delirium</i>	671	75	223	25	851	100

Fuente: Historias clínicas ambulatorias y entrevistas.

En la Tabla 2 se aprecia una mayor frecuencia en aquellos pacientes, quienes conforman el grupo de edad comprendido entre 80 y 89 años (44,1 %) y en el grupo de las féminas como ya se observó en la Tabla 1.

Tabla 2. Pacientes con *delirium* según edad y sexo.

Grupos de edades	F	%	M	%	Total	%
60 - 69	6	13,9	2	4,6	8	18,6
70 - 79	8	18,6	3	6,9	11	25,5
80 - 89	15	34,8	4	9,3	19	44,1
90 y más	3	6,9	2	4,6	5	11,6
total	32	74,4	11	25,5	43	100

Los principales síntomas referidos por los gerontes o sus familiares, en nuestro estudio, asociado a la condición de Síndrome Confusional Agudo o *Delirium*, aparecen representados en la Tabla 3, en la que se puede observar una mayor frecuencia de aumento o disminución de la actividad motora (88,3 %) y trastornos de memoria (86,0 %). Otros síntomas de gran relevancia lo constituyen las alteraciones del lenguaje (81,3 %) y la disminución de la conciencia, referidos por 81,3 % de los pacientes, así como las alucinaciones visuales y auditivas en 55,8 % de los casos.

Tabla 3. Principales síntomas de los pacientes con *delirium* según sexo

Síntomas	F	M	Total	%
Aumento o disminución de la actividad motora	29	9	38	88,3
Trastornos de memoria	30	7	37	86,0
Alteraciones del lenguaje	25	10	35	81,3
Alucinaciones visuales y/o auditivas	18	6	24	55,8
Disminución de la conciencia (obnubilación)	26	9	35	81,3

La positividad de los exámenes complementarios asociados al *delirium* en los pacientes estudiados está representada en la Tabla 4. El hemograma con diferencial con 30,2 % de los casos es el complementario de más positividad. También, se muestra la radiografía de tórax con 11,6 % y el parcial de orina con 18,6 % de positividad.

La etiología del Síndrome Confusional Agudo o *Delirium* está expuesta en la Tabla 5, siendo las infecciones respiratorias o urinarias las más frecuentes (30,2 %), así como los trastornos electrolíticos representados por la deshidratación con 20,9 % de los casos.

Tabla 4. Positividad de exámenes complementarios en pacientes con *delirium*

Exámenes complementarios con resultado positivo	F	M	Total	%
Hemograma con diferencial	10	3	13	30,2
Rx de Tórax	4	1	5	11,6
Parcial de orina	6	2	8	18,6

Tabla 5. Pacientes con *delirium* según etiología y sexo

Etiología	F	%	M	%	Total	%
Enfermedad cerebral primaria	3	6,9	1	2,3	4	9,3
Infección respiratoria o urinaria	10	23,2	3	6,9	13	30,2
Deshidratación	7	16,2	2	4,6	9	20,9
Trastornos metabólicos (hiper o hipoglicemia)	5	11,6	3	6,9	8	18,6
Intoxicaciones (medicamentos, alcohol, etc.)	4	9,3	1	2,3	5	11,6
Misceláneas (instrumentación por sondas, fecaloma, etc.)	3	6,9	1	2,3	4	9,3
Total	32	74,4	11	25,5	43	100

DISCUSIÓN

La muestra estudiada demostró mayor afectación en las féminas y en la octava década de la vida, coincidiendo con estudios realizados por Grover S, Ghormode D, Ghosh A, Avasthi A, Chakrabarti S, Mattoo SK, Malhotra S.J.¹⁷ y Kazmierski J, Banys A, Latek J, Bourke J, Jaszewski R,¹⁸ donde se observó un predominio de las féminas en la octava década de la vida.

El *delirium* puede aparecer a cualquier edad, pero es más frecuente en los ancianos (15 % - 50 %). También, es frecuente en las personas que viven en una residencia de ancianos. Cuando aparece a una edad más joven, suele deberse al uso de productos químicos o a un trastorno sistémico potencialmente mortal.^{5, 19-24}

Los principales síntomas de los pacientes, encontrados en nuestro trabajo, fueron: aumento o disminución de la actividad motora, trastornos de memoria y alteraciones del lenguaje, este resultado coincide con algunos encontrados en la literatura internacional, en una población estudiada por Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, Gordon S. y Casarett DJ, Inouye SK.²⁵⁻²⁷

Nuestro estudio mostró que la presencia de *delirium* se relacionaba con exámenes complementarios positivos, según la causa de este, y que el hemograma fue el que más alto porcentaje ocupó, como expresión de alguna sepsis en estos pacientes. Esto coincide con los resultados de otras investigaciones como la de Wand AP. y Dubois MJ.²⁸⁻²⁹

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 sistémica.

En nuestro estudio, el *delirium* predominó en pacientes con infecciones respiratorias y urinarias, así como en deshidratados por distintas causas, lo que concuerda con lo encontrado en la mayor parte de la bibliografía consultada.^{30,31}

Los síntomas de este cuadro agudo en el adulto mayor pueden confundirse con una demencia. En un estudio realizado en el Hospital Central "Carlos J. Finlay", sobre 401 pacientes ancianos ingresados en los servicios de medicina y terapia durante dos meses, se demostró que 15 % de ellos desarrolló un estado confusional agudo, 40 % falleció, además 50 % tenía de base una demencia. Es por ello, lo importante que resulta hacer un diagnóstico temprano en la atención primaria de salud, y tratar de disminuir la morbilidad oculta que se pueda presentar.

El *delirium* en los adultos mayores estudiados, 5 % del universo en cuestión, demuestra que esta enfermedad significa un problema de salud en nuestra comunidad.

CONCLUSIONES

El diagnóstico del síndrome confusional agudo o *delirium* se realiza a través de la clínica y exámenes complementarios, siendo una enfermedad, que en nuestro medio, está asociada fundamentalmente a infecciones respiratorias o urinarias, deshidratación y trastornos metabólicos, por lo que es necesaria su identificación temprana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jovel A, Felthous A, Bhattacharyya A. J Forensic Sci. Delirium Due to intoxication from the Novel Synthetic Tryptamine 5-Me-O-DALT. 2013; 4001-4029.
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ta ed.). Madrid: Masson; 1995.
3. Álvarez Sintés, R. Temas de Medicina General Integral. Principales afecciones del individuo en los contextos familiar y social. 2001; cap. 31, p. 895-936, v. II.

4. Aldemir M, Ozen S, Kara IH, Sir A, Bac B. Predisposing factors for delirium in the surgical intensive care unit. *Crit Care*. 2001; 5:265-270.
5. El Manual Merck. 11na edición. 2007; sec. 15, 16, cap. 213, p. 1990-2006, t. VII.
6. Arunotayanun W, Dalley JW, Huang XP, Setola V, Treble R, Iversen L, Roth BL, Gibbons S. An analysis of the synthetic AMT and 5-MeO-DALT: emerging Novel Psychoactive Drugs. 2013; 3411-18.
7. Johnson MH. Assessing confused patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2001 ; 71 :7-12.
8. Shimizu E, Watanabe H, Kojima T, Hagiwara H, Fujisaki M, Miyatake R, Hashimoto K, Iyo M. *Prog Neuro psycho pharmacol Biol Psychiatry*. 2007 Jan 30; 31(1):288-91.
9. Llibre, J. *Diagnost and statiscal manual of mental disorders*. 4ta edición. Washington, DC: American psychiatric association; 1994, p. 129-133.
10. Zaal IJ, Slooter AJ. Light levels of sedation and DSM-5 criteria for delirium. *Intensive Care Med*. 2013; 2435-85.
11. Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalised older patients. *N Engl J Med*. 1999; 340: 669-76.
12. Turck CJ, Frazee E, Kram B, Daley MJ, Day SA, Horner D, Lesch C, Mercer JM, Plewa AM, Herout P; Critical Care Pharmacotherapy Literature Update Group. Major publications in the critical care pharmacotherapy literature. 2012; .2146-65.
13. Winawer N. Postoperative *delirium*. *Med Clin North Am*. 2001; 85: 1229-39.
14. Strote J. Excited delirium as a potentially dangerous diagnosis. *Emerg Med. J*. 2013; 1136-56.
15. Joshua R, Shua-Haim MD. Delirium in the elderly. *Clin Geriatr*. Washington: 1997; 317-323.
16. Lu YY, Hsueh JH, Wei IH, Huang CC. Delirium Caused by a Drug-Drug Interaction Between Bupropion and Risperidone. 2013; 2434-67.
17. Grover S, Ghormode D, Ghosh A, Avasthi A, Chakrabarti S, Mattoo SK, Malhotra S.J. *Postgrad Med*. Risk factors for delirium and inpatient mortality with delirium. 2013; 59(4):263-70.
18. Kazmierski J, Banys A, Latek J, Bourke J, Jaszewski R. Raised IL-2 and TNF- α concentrations are associated with postoperative delirium in patients undergoing coronary-artery bypass graft surgery. 2013; 17:1-11.
19. Tune LE. Anticholinergic effects of medication in elderly patients. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 11-4.
20. Cachón-Pérez JM, Álvarez-López C, Palacios-Ceña D. Non-pharmacological steps for the treatment of acute confusional syndrome in the intensive care unit. *Enferm Intensiva*. 2013; 1130-99.

21. Bostwick JM. The many faces of confusion. Timing and collateral history often hold the key to diagnosis. *Post grad Med.* 2000; 108: 60-2, 65-6, 71-2.
22. Marcantonio E, Flacker J, Michaels M, Resnick N. Delirium is independently associated with poor functional recovery after hip fracture. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 618 - 24.
23. Casay D, Defazio JV. Delirium. Quick recognition, careful evaluation, and appropriate treatment. *Postgrad Med* 1996;100 (1): 24 – 8.
24. Lipowski ZI. Delirium: acute confusional states. New York: oxford University Press, 1990.
25. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, Gordon S. Delirium in mechanically ventilated patients. Validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit. *JAMA* 2001;286: 2703-10.
26. Jia Y, Jin G, Guo S, Gu B, Jin Z, Gao X, Li Z. *Langenbecks Arch Surg.* Fast-track surgery decreases the incidence of postoperative delirium and other complications in elderly patients with colorectal carcinoma. 2013; 33: 31-40.
27. Casarett DJ, Inouye SK. Diagnosis and management of delirium near the end of life. *Ann Intern Med* 2001; 135: 32-40.
28. Thomas P. The diagnostic approach to the patient presenting with cognitive impairment. *Geriatry SOC* 1995; 7 (4): 33-6.
29. Dubois MJ, Bergeron N, Dumont M, Dial S. Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors. *Intensive Care Med.* 2001; 27: 1297-304.
30. Soler PA, Gascón J. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1999.
31. Chan D, Brennan NJ. Delirium: making the diagnosis, improving the prognosis. *Geriatrics* 1999; 54: 28-42.

Recibido: 21 de diciembre de 2013

Aprobado: 20 de abril de 2014