



Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco

Licenciatura en Enfermería

Instituto Nacional de Rehabilitación
“Luis Guillermo Ibarra Ibarra”

“MANUAL DE CUIDADOS DE DELIRIUM EN EL ADULTO MAYOR”

Elaboro:

PSSE: MARÍA FERNANDA GARCÍA TAMAYO

Asesores:

M EN C LUIS FERNANDO RIVERO RODRÍGUEZ

DR. EN C MARTÍN PANTOJA HERRERA

Contenido

PROPÓSITO	3
ALCANCE	3
¿SABES QUE SON LOS TRASTORNOS COGNITIVOS?	4
¿CONOCES QUE ES EL DELIRIUM?	5
¿QUÉ TAN COMÚN ES EL DELIRIUM?	6
¿CUÁLES ES EL PRONÓSTICO?.....	7
¿CUÁLES SON LOS SUBTIPOS DE DELIRIUM?.....	7
¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR DELIRIUM?	8
¿CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES DEL DELIRIUM?	11
¿SABES QUE SUCEDE EN TU CUERPO PARA QUE DESARROLLES DELIRIUM?	12
INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL DELIRIUM	14
HERRAMIENTAS ESPECÍFICAS PARA EL TAMIZAJE DEL DELIRIUM	26
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30

PROPÓSITO:

Describir conceptos claves sobre el delirium en el adulto mayor y establecer cuidados e intervenciones para tratar a pacientes con este padecimiento.

ALCANCE:

Aplica a todo el personal de enfermería involucrado en la atención de pacientes con delirium.

¿SABES QUE SON LOS TRASTORNOS COGNITIVOS?

Normalmente, la salud mental y la cognición de una persona mayor permanecen relativamente estables. En aquellas funciones que cambian, normalmente el cambio no es lo bastante importante como para producir un deterioro significativo en la vida diaria o en las habilidades sociales. Los cambios graves y la pérdida repentina de la función cognitiva suelen ser síntomas de una enfermedad física o mental. Varios cambios cognitivos generales que se consideran cambios normales asociados al envejecimiento son:



-La velocidad para procesar la información se reduce al envejecer, resultando en una tasa más lenta de aprendizaje y una mayor necesidad de que se repita la información.

-La capacidad para dividir la atención entre dos tareas muestra un declive asociado con la edad.

-La capacidad para cambiar la atención rápidamente desde una fuente auditiva a otra muestra una reducción asociada con la edad (la capacidad de cambio de una fuente visual a otra cambia significativamente con la edad).

-La capacidad para filtrar y descartar la información relevante parece decaer con la edad.

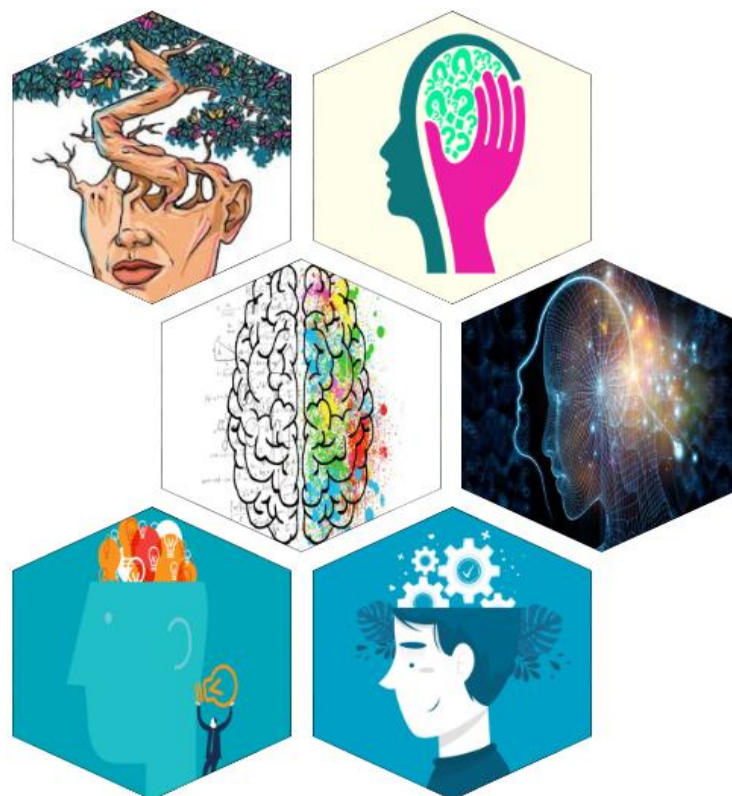
-La memoria a corto plazo o primaria permanece relativamente estable, la memoria a largo plazo o secundaria muestra unos cambios asociados a la edad más considerables.

-La mayoría de los aspectos del lenguaje se conservan bien, el vocabulario mejora con la edad. Sin embargo, la capacidad para encontrar las palabras, la capacidad para asignar nombres y la generación rápida de listas de palabras decaen con la edad.

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas.¹

¿CONOCES QUE ES EL DELIRIUM?

Corresponde a un trastorno de la función cerebral de inicio agudo, que pueden desarrollar los pacientes hospitalizados, en especial los adultos mayores. Se caracteriza por una alteración en el nivel de conciencia de curso fluctuante, y por alteraciones de grado variable en varios dominios del funcionamiento cerebral, tales como la organización del pensamiento, la relación con el entorno y, característicamente, un déficit en la atención.



Ocasionalmente se manifiesta como agitación motora y síntomas mentales positivos (ilusiones, alucinaciones), pero lo más frecuente son las formas hipoactivas y la variante mixta.²

¿QUÉ TAN COMÚN ES EL DELIRIUM?



El delirium es más común en personas mayores en hospitales y centros de atención a largo plazo. Los porcentajes varían según los autores, en el caso del ámbito hospitalario, utilizando los criterios diagnósticos del DSM se ha encontrado delirio en hasta un 22% de pacientes adultos mayores al ingreso (prevalencia) ², y hasta un 31% durante la hospitalización (incidencia). En un contexto quirúrgico esta cifra varía de un 10 a 50%, siendo mayor en cirugías cardíacas (30%) y de cadera (mayor a 50%). Asimismo, este trastorno se observa en el 25% de pacientes oncológicos y en el 80% de los pacientes terminales. Entre los pacientes hospitalizados mayores de 65 años, las cifras oscilan entre el 10% y 40%.

En relación al impacto que ocasiona la aparición de delirium durante una hospitalización, este se ha asociado a una serie de desenlaces adversos a corto y largo plazo, lo que junto a su elevada incidencia dan cuenta de la relevancia de esta condición. Durante la estadía hospitalaria el delirium se asocia a un mayor riesgo de complicaciones, mayor estadía hospitalaria, mayores costos y a un incremento en la necesidad de institucionalización al egreso hospitalario. A largo plazo, se asocia a deterioro en la funcionalidad, calidad de vida, incremento en los costos a nivel familiar y sanitario, así como a un incremento en la mortalidad.³

¿CUÁLES ES EL PRONÓSTICO?

Las consecuencias a corto y largo plazo del delirium en los adultos mayores tanto en el servicio de urgencias o en hospitalización incluyen la estancia hospitalaria prolongada, la institucionalización, el deterioro cognoscitivo acelerado, el deterioro funcional e incluso mayor riesgo de muerte.

La mortalidad se incrementa un 11% por cada 48 horas que persiste el delirium en pacientes hospitalizados. Mientras que en pacientes en UCI la mortalidad incrementa un 10% por cada día que permanezcan en la misma.

Los pacientes hospitalizados que desarrollan delirium tienen 2 veces más probabilidades de ser institucionalizados a los 14 meses y unas 12 veces más probabilidades de desarrollar demencia a los 3 a 5 años después del evento comparados con los que no cursaron con delirium.

El delirium que se presenta durante los 3 primeros días de hospitalización se asocia a un mayor ingreso en UCI no previsto a su ingreso en urgencias y a una mayor mortalidad hospitalaria.⁴



¿CUÁLES SON LOS SUBTIPOS DE DELIRIUM?

1. Hipoactivo (Hipoalerta o letárgico).
2. Hiperactivo (Hiperalerta o agitado).
3. Mixto (Alternancia en las características de ambos).

El delirium hipoactivo se caracteriza por una disminución del nivel de actividad, enlentecimiento del lenguaje, letargia, apatía, bradipsiquia o inhibición.

Se calcula que un 20-25%⁵ del total de delirium son de este subtipo, aunque suele estar infradiagnosticado al pasar desapercibido a familiares y sanitarios o confundirse con una demencia. Es el tipo de delirium que se desarrolla en las alteraciones metabólicas. Se cree que se debe a un aumento de la inhibición por parte del sistema gabaérgico.

El subtipo hiperactivo, por el contrario, muestra un aumento del nivel de actividad, presentando en muchos casos agitación, agresividad, confusión, alucinaciones o ideación delirante. Puede llegar a representar un 15-20%. Este subtipo rara vez queda sin diagnóstico, debido a su sintomatología florida. Existe una disminución de la actividad inhibitoria del sistema GABA y un aumento de la neurotransmisión noradrenérgica.

El más frecuente es el subtipo mixto, que supone el 35- 50%⁵ de todos estos casos y alterna episodios hipoactivos con hiperactivos. El último grupo, los casos inclasificables, son la minoría y suelen denominarse «tranquilos», ya que no muestran alteraciones motoras (ni hiperactivos ni hipoactivos).

El tipo de delirium más frecuente en el anciano es el hipoactivo, se presenta sobretodo en pacientes muy enfermos y con baja reserva homeostática, es el tipo que menos se identifica y por lo tanto el de peor pronóstico.⁵



¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR DELIRIUM?

El delirium generalmente es un síndrome multifactorial. Así, en el paciente hospitalizado se da la concurrencia de factores predisponentes y factores precipitantes.

FACTORES PREDISPONENTES:

Características demográficas:

-Edad 65 años o más.

-Varón.

Fármacos:

-Tratamiento con múltiples psicótropos.

-Poli medicación.

-Abuso de alcohol.

Estado cognitivo:

-Demencia.

-Deterioro cognitivo.

Historia previa de delirium

Trastornos del ánimo:

-Depresión.

-Ansiedad.

Comorbilidades:

-Enfermedades graves.

-Pluripatología.

-Enfermedad crónica renal o hepática.

-Accidente cerebro vascular previo.

-Enfermedades neurológicas.

-Trastorno metabólico.

-Fractura o trauma.

-Enfermedad terminal.

-VIH positivo.

Estado funcional:

-Déficit funcional, dependencia.

-Síndrome de inmovilidad.

-Historia de caídas.

Deprivación sensorial:

-Déficit visual y/o auditivo.

Trastorno de la ingesta:

-Deshidratación.

-Desnutrición.

FACTORES DESENCADENANTES:

Fármacos:

-Benzodiacepinas, anticolinérgicos, anticonvulsionante, antagonistas H2, analgésicos, poli medicación, deprivación de drogas, fármacos o alcohol.

Enfermedades neurológicas primarias:

-Accidente cerebro vascular.

-Hemorragia intracraneal.

-Meningitis o encefalitis.

Patología intercurrente:

-Infecciones.

-Alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico.

-Enfermedades agudas severas.

-Fiebre.

-Hipoxia.

-Dolor.

-Desnutrición.

-Alteraciones metabólicas.

-Cirugía.

Ambientales:

- Ingreso en UCI.
- Restricciones físicas.
- Sonda vesical.
- Múltiples procedimientos.
- Estrés emocional.

Trastornos del sueño.⁶



¿CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES DEL DELIRIUM?

El cuadro clínico depende del subtipo de delirium, sin embargo la manifestación central del delirium es una alteración en la atención, que ocurre de manera aguda.

En el delirium se han identificado 6 características principales:

1. Alteración en la atención (habilidad reducida para direccionarla, centrarla, sostenerla o cambiarla), se desarrolla en un período de tiempo corto (horas a días) y representa un cambio con respecto al estado basal del paciente, además tiende a haber fluctuaciones de dicha alteración en el transcurso del día.
2. Se añade una alteración en alguna función cognoscitiva (déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje, alteraciones en la percepción, etc.), las alteraciones descritas no son explicadas por otro desorden neurocognoscitivo pre-

existente o en evolución, y tampoco ocurre secundario a un daño severo en el nivel de consciencia (ej. coma).

5. Alteraciones en el comportamiento psicomotor como hipoactividad, hiperactividad y alteraciones en el tiempo y arquitectura del sueño se pueden presentar.

6. Se han descrito cambios emocionales (miedo, depresión, euforia, perplejidad).⁷

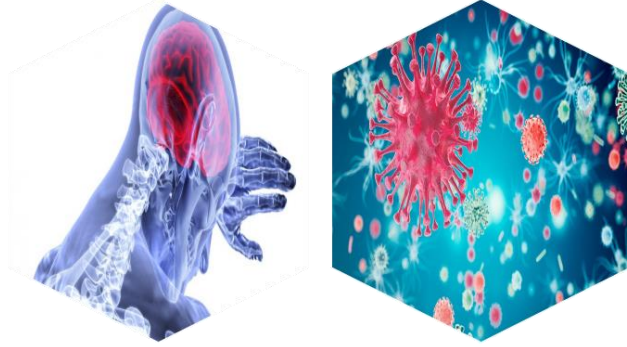


¿SABES QUE SUCEDE EN TU CUERPO PARA QUE DESARROLLES DELIRIUM?

La fisiopatología del delirium se debe a múltiples mecanismos. Las principales son la hipótesis del estrés oxidativo, la hipótesis de los neurotransmisores y la hipótesis inflamatoria.

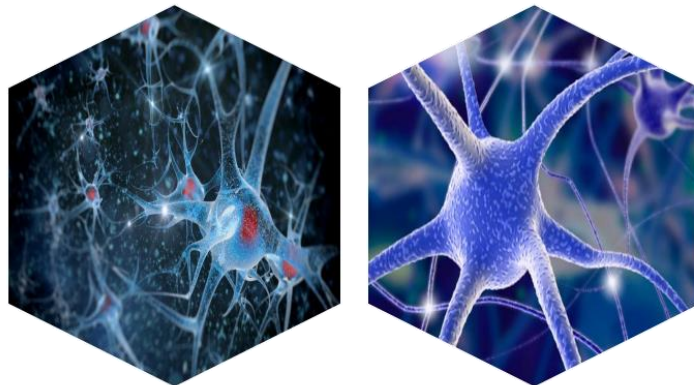
HIPÓTESIS DEL ESTRÉS OXIDATIVO

La hipótesis del estrés oxidativo propone que diversos procesos fisiopatológicos, tales como daño tisular, hipoxia, enfermedad severa e infecciones, pueden aumentar debido a un aumento del consumo de oxígeno y/o por una privación del mismo, asociados a un incremento del gasto energético y reducción del metabolismo oxidativo cerebral, lo que genera disfunción cerebral y alteraciones cognitivas y conductuales del delirium.



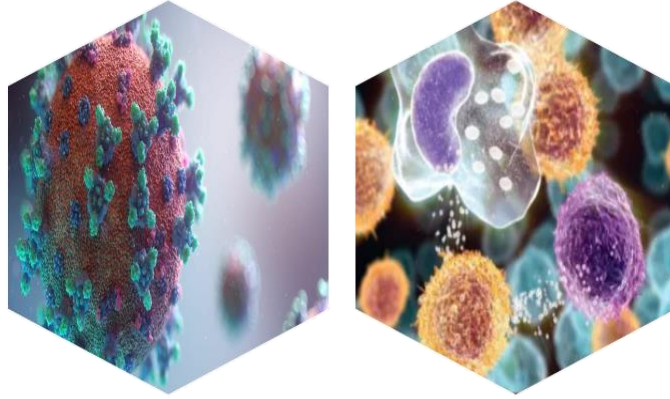
HIPÓTESIS DE LOS NEUROTRANSMISORES

El déficit de la función colinérgica y un exceso de la actividad dopaminérgica, ya sea en términos absolutos o en el equilibrio relativo entre ambas, son las alteraciones neuroquímicas más frecuentes e importantes involucradas en la patogenia del delirium; no obstante, neurotransmisores como la serotonina, histamina, GABA o glutamato, se encuentran frecuentemente implicados. Estas alteraciones bioquímicas también explican la efectividad de determinados fármacos utilizados en el tratamiento o el efecto adverso de otras sustancias que, indicadas en determinados procesos, podrían desencadenar un episodio de delirium.



HIPÓTESIS INFLAMATORIA

Una respuesta inflamatoria sistémica genera un aumento en la producción de citoquinas, las cuales pueden activar las células gliales y así generar una reacción inflamatoria en el cerebro. Asimismo, las interleucinas producidas en respuesta al dolor, pérdida sanguínea o daño tisular generarían un aumento de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, que desencadenaría alteraciones en la síntesis y liberación de neurotransmisores. La presencia, entonces, de mediadores y citoquinas proinflamatorias a nivel cerebral producirían una disfunción neuronal y sináptica, con la subsecuente aparición de síntomas neuroconductuales y cognitivos de delirium.⁸



INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL DELIRIUM

-La evaluación cognoscitiva se debe realizar a todos los adultos mayores en el primer nivel de atención rutinariamente por lo menos una vez al año en busca de deterioro cognoscitivo.

El envejecimiento humano se caracteriza por ser un proceso fisiológico universal, progresivo y heterogéneo que provoca una declinación en todos los sistemas, funciones y órganos. Dentro de este proceso, se encuentra la merma paulatina en las habilidades cognitivas del adulto mayor, el sistema nervioso central también envejece, produciendo una disminución del volumen cerebral y de su peso, reduciéndose tanto la materia gris, debido a la muerte neuronal, como la materia blanca, a raíz del deterioro paulatino que ocurre en la vaina de mielina. Los cambios que ocurren a nivel cortical no ocurren de la misma forma en todo el cerebro, siendo el córtex prefrontal el más afectado, lo anteriormente descrito origina un enlentecimiento en la velocidad de procesamiento de la información, lo que podría causar una merma en el resto de las habilidades cognitivas.⁹



- La evaluación clínica en el primer nivel de atención debe ser práctica, requiere ser dirigida, eficiente y se debe de interpretar en el contexto de las enfermedades concomitantes y otros factores contribuyentes.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, los estudios de laboratorio, radiológicos, electroencefalográficos, u otros, no determinan el diagnóstico si bien pueden ayudar a identificar las causas, la evaluación incluye: historia

clínica cuidadosa resaltando la forma de comienzo, el curso (generalmente fluctuante), las enfermedades de base, el estado cognitivo previo, etc. Con frecuencia los datos tendrán que ser recogidos de la familia, revisión del tratamiento farmacológico: medicamentos que toma o ha tomado recientemente, abandono de drogas, modificaciones en las dosis, etc., examen físico general, incluida la exploración neurológica, examen del estado mental, realizando un énfasis especial en el nivel de conciencia, capacidad para fijar y mantener la atención, la presencia de agitación, alteraciones perceptivas como ilusiones o alucinaciones, pensamiento desorganizado, desorientación, etc. Y pruebas complementarias.¹⁰



-Se recomienda que en las primeras 24 horas de la hospitalización: valorar a los pacientes con factores de riesgos predisponentes y precipitantes para el desarrollo de delirium, detectar la presencia de delirium, tratar todas las posibles causas subyacentes o combinaciones de causas del delirium.

El primer factor predisponente es la propia hospitalización. Otros factores son la edad, el déficit cognitivo, los fármacos, los déficits sensoriales, la comorbilidad y la deshidratación.

En cuanto a los factores precipitantes o desencadenantes, los más frecuentes son las infecciones (ITU, neumonía) y los fármacos (administración o privación de fármacos psicótrópos y la administración de fármacos anticolinérgicos). También los trastornos hidroelectrolíticos, el dolor, la iatrogenia derivada de la propia hospitalización y las restricciones físicas.¹¹



-Se debe realizar una correcta valoración física general.

Tratar de identificar el factor o factores desencadenantes del delirium (signos de deshidratación como sequedad mucocutánea, alteraciones metabólicas, traumatismo, fiebre, infecciones, insuficiencia cardíaca, retención aguda de orina, impactación fecal). La exploración general deberá incluir una exploración neurológica minuciosa (signos meníngeos, crisis convulsivas, déficit neurológico, temblor).



-Valorar al paciente ante la presencia de delirium al ingreso y cada 24 horas, esto se va a realizar con la ayuda del DSM-5 criterio diagnóstico de delirium.

Para hacer el diagnóstico de delirium o síndrome confusional se requieren al menos 3 de los siguientes criterios:

- A. Una alteración de la atención (p. ej., capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y de la conciencia (orientación reducida al entorno).
- B. La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.
- C. Una alteración cognoscitiva adicional (p. ej., déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).
- D. Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognoscitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.
- E. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (p. ej., debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.¹²



-Cualquier fármaco utilizado durante la hospitalización o aquéllos que se usaban previamente, pueden ser causantes de delirium y se recomienda reevaluar su uso.

El déficit de la función colinérgica y un exceso de la actividad dopaminérgica, ya sea en términos absolutos o en el equilibrio relativo entre ambos, son las alteraciones neuroquímicas más frecuentes e importantes involucradas en la patogenia del delirium; no obstante, neurotransmisores como la serotonina, histamina, GABA o glutamato, se encuentran frecuentemente implicados. Estas alteraciones bioquímicas también explican la efectividad de determinados fármacos utilizados en el tratamiento o el efecto adverso de otras sustancias que, indicadas en determinados procesos, podrían desencadenar un episodio de delirium. Los fármacos con acción anticolinérgica pueden provocar síntomas de delirium, y algunas toxinas con acción anticolinérgica pueden desencadenar un delirium. Además de los fármacos que se sabe alteran la función del receptor de la acetilcolina como la atropina, muchos otros tienen actividad anticolinérgica. Entre éstos se incluyen la furosemida, digoxina, teofilina, warfarina, nifedipino, cimetidina, ranitidina y prednisolona. Tanto excesos como defectos de histamina se relacionan con el desarrollo de delirio. Fármacos bloqueadores de receptores histaminérgicos tienen capacidad para inducir delirium y disfunción cognitiva.¹³



-Los estudios de laboratorio iniciales que se deben de solicitar son: biometría hemática completa, electrolitos séricos, química sanguínea completa, pruebas de función hepática, análisis general de orina y electrocardiograma. Además, considerar una radiografía de tórax.

Al ser el delirium una condición multifactorial, se deben de utilizar los auxiliares diagnósticos necesarios para realizar la búsqueda de factores precipitantes modificables que expliquen su presencia y corroborarse como causa del delirium.¹⁴



-Se recomienda el uso y manejo de sondas y catéteres cuando sea absolutamente necesario, así como: se recomienda evitar el uso de sondas urinarias, nasogástricas, etc., no colocar sondas a menos que exista indicación absoluta, retirar las ya colocadas cuando no exista alguna indicación precisa para su uso.



-Ante la presencia de dolor se debe evaluar y manejar: Se debe evaluar en todos los pacientes en que se sospeche y si se detecta debe tratarse.

El estrés físico derivado del dolor, la pérdida sanguínea, el daño tisular, estimula la secreción de interleucinas a nivel periférico y central, las cuales producen modificaciones en la permeabilidad de la barrera hematoencefálica. Esto conlleva una alteración en la síntesis y liberación de neurotransmisores que desencadenan delirium.¹⁵



- Mantener un estado de hidratación adecuada: se recomienda estimular la ingesta de líquidos por vía oral en la medida de lo posible, en el delirium hipoactivo, se recomienda utilizar una vía intravenosa para los requerimientos basales.



- Evaluar la alimentación y el estado de desnutrición: detectar a los pacientes con desnutrición e iniciar manejo intrahospitalario, identificar ayuno prolongado y evitarlo en lo posible, permitir a los pacientes el uso de sus prótesis dentales dentro del hospital para su alimentación



-Intervenciones en órganos de los sentidos recomendadas: valorar la presencia de déficits visuales o auditivos, resolver cualquier causa reversible (ej. tapón de cerumen

impactado), permitir el uso de auxiliares auditivos y anteojos durante la hospitalización, sobre todo cuando ya los utilizaba con anterioridad.



-Dentro del manejo no farmacológico se recomienda una aproximación usando un acrónimo “TADA” que significa: Tolerar, Anticiparse y No agitarse (“Don’t agitate”).

Tolerar conductas que podrían ser contrarias a la rutina (por ejemplo, que el paciente se levante de la camilla o intente quitarse las vías venosas), esto permite al paciente cierto grado de control y evita mayor agitación, por ejemplo si el paciente no está hipoxémico no requiere oxigenoterapia, o quizás se puede medir los signos vitales en forma intermitente, o pasar la hidratación en bolos y no dejar puestos los elementos que lo sujeten en forma permanente. Así mismo, el anticiparse se refiere al intentar responder a lo que el paciente necesita, quizás si se pone de pie es porque quiere orinar o porque le duele la posición decúbito o porque tiene disnea y se le puede ofrecer ayuda. Responder siempre con calma y que el personal no se agite más que el paciente. El contar con familiares que ayuden a calmarlo reduce la necesidad de contención física que se sabe aumenta la agitación. La reorientación se recomienda sólo si al paciente le ayuda a calmarse.¹⁶



- Se debe mantener una comunicación efectiva con el adulto mayor hospitalizado y reorientarlo en forma continua en tiempo, persona y espacio.



-Mejorar la calidad del sueño con estrategias como el disminuir el ruido ambiental y reducir la iluminación durante la noche, han demostrado minimizar la incidencia de delirium.

Según un estudio realizado por anestesiólogos en una unidad de cuidados intensivos en el Reino Unido. Este estudio, con 171 pacientes, se dividió en dos partes: antes y después del cambio de la práctica (intervención), siendo los propios pacientes controles de sí mismos. Se efectuó screening pre y post intervención para presencia y duración de delirium. La intervención consistió en aumentar las horas de sueño, a través de reducir la intensidad sonora e iluminación nocturna y disminuir el número de despertares por actividades de cuidado o controles nocturnos. Se obtuvo una significativa reducción en la incidencia de delirium (previo a la intervención: 55 casos de delirium/167 pacientes (33%) vs posterior a la intervención: 24 casos /171 pacientes (14%), $p < 0,001$). Además se apreció una menor duración de los episodios de delirium (previo a la intervención: 3,4 días de delirium (DS: 1,4 días) vs posterior a la intervención: 1,2 días de delirium (DS: 0,9 días), $p = 0,021$).¹⁷



-Se recomienda involucrar en las acciones de prevención y manejo a los familiares, amigos y cuidadores de los pacientes, por lo que se debe: informar a los familiares que el delirium es común y usualmente temporal, describir cómo es la experiencia del delirium, instruirlos para que vigilen cualquier cambio agudo o fluctuación del comportamiento y avisen de inmediato al médico y/o enfermera, la información debe ser otorgada en un lenguaje accesible de acuerdo con el nivel socio-cultural y cognitivo del paciente y sus familiares.



- Realizar actividades que sean cognitivamente estimulantes (ej. favorecer las reminiscencias, leer el periódico, discutir las noticias o eventos del día, resolver crucigramas, sopa de letras etc.)

La estimulación cognitiva comprende un conjunto de intervenciones que actuando a través de la percepción sensorial y de las funciones intelectuales, tratan de atenuar el impacto personal y social de la enfermedad; engloba acciones dirigidas a mantener o mejorar las capacidades cognoscitivas propiamente dichas, las capacidades funcionales, la conducta y el afecto. Cada vez son más numerosas las evidencias que sugieren que la estimulación cognitiva puede modificar el sustrato biológico del deterioro cognitivo a través de sinapsis o bien a través de la regeneración neuronal.¹⁸



- Evitar el traslado del adulto mayor entre salas o habitaciones a menos que sea absolutamente necesario.



- Las sujeciones mecánicas y restricciones físicas deben evitarse para el manejo del paciente con delirium hiperactivo porque pueden incrementar el riesgo de lesiones y de agitación.

Estudios al respecto señalan que las principales razones que alegan los profesionales para utilizar la restricción física son la prevención de las caídas, el control de las alteraciones conductuales y evitar la manipulación de los dispositivos sanitarios por parte de los usuarios. A pesar de la frecuencia con la que se utilizan las contenciones, habría que recordar que no existe evidencia de que consigan eliminar los problemas con los que se justifica su aplicación. Es más, se ha demostrado que un uso prolongado genera tanto complicaciones físicas y psicológicas como otros importantes efectos adversos.¹⁹



-Proveer de iluminación adecuada: colocar al paciente próximo a las ventanas, de ser posible, mantener las cortinas o persianas abiertas durante el día y luz tenue durante la noche.



- Para mantener o mejorar la orientación en tiempo se recomienda disponer de un reloj de 24 horas y un calendario fácilmente visible para los pacientes en riesgo y con delirium.



-Uso de musicoterapia y masoterapia para manejo de agitación y prevención de delirium.

En residencias de adultos mayores se ha demostrado que la música es útil para reducir el comportamiento agresivo, disminuyendo la agitación en conjunto con la aplicación de masajes⁵⁴. En un estudio se intervino con musicoterapia a un grupo de pacientes que se encontraba en su período postoperatorio, evidenciándose una mejoría en su discomfort postquirúrgico, aumentando su sentido de comodidad y presentando mayor control de su entorno durante la hospitalización.²⁰



El tratamiento farmacológico del delirium sólo debe emplearse si las intervenciones no farmacológicas han fracasado o no es posible realizarlas y su indicación debe evaluarse diariamente en cada caso.

El tratamiento farmacológico del delirium sólo debe emplearse si las intervenciones no farmacológicas han fracasado o no es posible realizarlas y su indicación debe evaluarse diariamente en cada caso, debe reservarse para pacientes en las siguientes circunstancias: agitación o agresividad que amenacen o pongan en riesgo la integridad física del paciente, otros pacientes o del equipo de salud, agitación severa que ponga en peligro la aplicación o mantenimiento de terapias esenciales (p ej. asistencia mecánica ventilatoria invasiva/no invasiva, marcapasos, balón de contrapulsación aórtico, etc.).²¹



Las Guías de Práctica Clínica recomiendan utilizar haloperidol en el adulto mayor hospitalizado con delirium a dosis de 0.5-1 mg V.O. cada 8-12 horas, 0.5-1mg I.V. o I.M.

Efectos adversos: sequedad de mucosas, estreñimiento, retención urinaria hipotensión ortostática, síntomas extrapiramidales, discinesia tardía, prolongación del intervalo QT.

Interacciones: puede disminuir el umbral convulsivo en pacientes que reciben antiepilépticos, con antimuscarínicos aumentan los efectos adversos, con litio puede producir encefalopatía, con antiparkinsonianos disminuyen los efectos terapéuticos.

Contraindicaciones: hipersensibilidad al fármaco, la solución inyectable no se debe administrar por vía endovenosa debido a que produce trastornos cardiovasculares graves como muerte súbita, prolongación del QT. Precauciones: En epilepsia, parkinson, insuficiencia hepática y renal, enfermedades cardiovasculares, depresión del SNC.²²



HERRAMIENTAS ESPECÍFICAS PARA EL TAMIZAJE DEL DELIRIUM

Instrumento	Descripción	Utilidad	Profesionales
Escala de sedación y agitación de Richmond (RASS)	Clasificación en una de 10 categorías según observación cualitativa	Nivel de conciencia, sedación, agitación	No especializado
<i>Minimal State Examination (MMSE)</i>	Orientación témporoespacial, memoria diferida, atención, cálculo, lenguaje, capacidad visuoespacial. Calificadas en escala de intervalo. Toma unos 15 minutos	Deterioro cognitivo inespecífico. La evaluación de la orientación en tiempo y persona puede predecir delirium	Personal con entrenamiento
<i>Montreal Cognitive Assessment (MoCA)</i>	Atención y concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, pensamiento conceptual, cálculo y orientación calificadas cuantitativamente. Toma unos 15 minutos	Deterioro cognitivo inespecífico, útil en deterioro cognitivo leve	Especializado*, personal entrenado
<i>Confusion Assessment Method (CAM), CAM-ICU y pCAM-ICU</i>	Cuatro ítems, verificados con ayuda de pruebas psicométricas (CAM-ICU y pCAM-ICU). Aplicación en 5 minutos	Tamizaje para delirium	No especializado, enfermería, médico tratante
<i>Nursing Delirium Screening Scale</i>	Cinco ítems calificados de manera cualitativa. Aplicación en un minuto.	Tamizaje y seguimiento de pacientes por enfermería	No especializado, enfermería
Escala Cognoscitiva para el Delirium (ECD)	Tareas de orientación, fijación, memoria, comprensión y vigilancia calificadas cuantitativamente	Evaluación cognitiva específica para delirium	Especializado
<i>Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)</i>	10 ítems calificados de manera cualitativa. Aplicación en 15 minutos	Seguimiento de la gravedad	Especializado o con entrenamiento
DRS-R98	16 ítems para diagnóstico, y 13 de ellos para severidad	Diagnóstico, caracterización pormenorizada, seguimiento	Especializado, personal entrenado
<i>Delirium Motor Subtyping Scale (DMSS) Y DMSS - 4</i>	Categorización del subtipo motor de acuerdo con observación clínica	Clasificación de delirium por subtipo motor	¿Posiblemente no especializado (DMSS - 4)?

Fuente: Gaviria L. Instrumentos para el diagnóstico de delirium en hispanohablantes: artículo de revisión. Medicina U.P.B. Julio-diciembre 2016.

Escala de sedación y agitación de Richmond (RASS)

La escala de la agitación y sedación Richmond (o "RASS" Inglés "Richmond Agitation-Sedation Scale") es una escala utilizada, por la medicina, para evaluar el grado de sedación y agitación de un paciente con necesidad de cuidados críticos o está bajo agitación psicomotora. Consiste en un método de evaluación de la agitación o la sedación de los pacientes que utilizan tres pasos claramente definidos que determinan una puntuación que oscila -5 a +4.

Minimal State Examination

El Mini-Mental State Examination (MMSE) es la prueba de tamizaje cognitivo, más ampliamente usada para la evaluación de pacientes con problemas de memoria. Sin embargo, tiene varias limitaciones: no evalúa abstracción ni funciones ejecutivas, tiene un fuerte sesgo por variables socioeducativas, con variaciones de alrededor de 7 puntos en población sana con distinta escolaridad, es poco sensible en estadios iniciales del deterioro cognitivo y está sujeto a derechos de autor, desventajas que son largamente superadas por nuevas pruebas de tamizaje cognitivo.

Montreal Cognitive Assessment test

Evalúa funciones ejecutivas, atención, abstracción, memoria, lenguaje, capacidades visuoespaciales, cálculo y orientación. Es de fácil administración, con una duración aproximada de 10 min. El puntaje máximo es de 30 puntos, con un punto de corte para DCL y demencias < 26 en países desarrollados. Su mayor inconveniente es poseer un alto sesgo educacional, por lo que en la versión original se recomienda la adición de un punto si la escolaridad es inferior a 12 años. Sin embargo, en poblaciones con muy baja escolaridad, la adición de un punto puede ser insuficiente.

Confusion Assessment Method (CAM)

Esta herramienta incluye pruebas específicas para evaluar la atención y guía al evaluador para que la administre de forma estandarizada, lo que influye positivamente en su fiabilidad y especificidad para el diagnóstico. Su aplicación toma de tres a cinco minutos. La sensibilidad y especificidad de este método indican que, además de ser un excelente instrumento de cribado en pacientes en ventilación mecánica, la CAM-ICU sirve para el diagnóstico certero de delirium en pacientes críticamente enfermos.

TABLA 4	
Confusion Assessment Method (CAM) ¹⁵	
1) Inicio agudo y curso fluctuante	
Viene indicado por responder de forma afirmativa a las siguientes cuestiones:	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay evidencia de un cambio del estado mental del paciente con respecto a su estado previo hace unos días? • ¿Ha presentado cambios de conducta el día anterior, fluctuando la gravedad? 	
2) Inatención	
Viene indicado por responder de forma afirmativa a la siguiente cuestión:	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Presenta el paciente dificultades para fijar la atención? (p. ej., se distrae fácilmente, siendo difícil mantener una conversación; las preguntas deben repetirse, persevera en una respuesta previa, contesta una por otra o tiene dificultad para saber de qué estaba hablando) 	
3) Desorganización del pensamiento	
Viene indicado por responder de forma afirmativa a la siguiente cuestión:	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Presenta el paciente un discurso desorganizado e incoherente, con una conversación irrelevante, ideas poco claras o ilógicas, con cambios de tema de forma impredecible? 	
4) Alteración del nivel de conciencia	
Viene indicado por responder de forma afirmativa a otra posibilidad diferente a un estado de «alerta normal» en la siguiente cuestión:	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué nivel de conciencia (como capacidad de ser influido por el entorno) presenta el paciente? <ol style="list-style-type: none"> 1. Alerta (normal) 2. Vigilante (hiperalerta) 3. Letárgico (inhibido, somnoliento) 4. Estuporoso (difícil despertarlo) 5. Comatoso (no se despierta) 	
El diagnóstico de delirium por el CAM requiere la presencia de la 1 y la 2 más alguna de las otras dos (3, 4 o ambas)	

Fuente: Ramón J, Gallardo M. Delirium o síndrome confusional agudo. AMF. Octubre 2015.

Escala Cognoscitiva para el Delirium (ECD)

Diseñada por Hart et al. (1996) se puede aplicar en pacientes con imposibilidad de hablar, lo que puede ocurrir con frecuencia. Su diseño fue pensado para enfocarse solamente en el aspecto cognitivo, cuya aplicación dura entre 10 y 15 minutos. Consta de cinco sub-pruebas con dos versiones equivalentes (forma A y forma B), que permiten hacer valoraciones sucesivas en el mismo paciente y que permiten evaluar: orientación, fijación, memoria, atención, comprensión y vigilancia. La herramienta

está compuesta de estímulos visuales que se refuerzan con la voz y los gestos del examinador con el propósito de establecer una comunicación no verbal con el paciente a través de movimientos de la cabeza o señalando con sus dedos. Cada una de las cinco áreas se califica entre 0 y 6 puntos y la calificación máxima es 30. Una puntuación igual o menor a 18 tiene una sensibilidad de 100% y una especificidad del 95% para alteraciones cognitivas por causa de delirium en el estudio original y fue validada en población mexicana y demostró validez y confiabilidad en español. No es una escala para el diagnóstico de delirium sino para la evaluación de varios aspectos cognitivos relevantes. En los estudios de validación se hace una diferencia del delirium y la demencia, la depresión y la esquizofrenia (entidades que también presentan alteraciones cognitivas y que son de gran importancia en el diagnóstico diferencial).

Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)

Diseñada por Breitbart et al. (1997), se puede aplicar varias veces en un día y toma 15 minutos. Evalúa tanto el grado de alerta como varias características cognitivas (orientación, memoria a corto plazo, span de dígitos y atención), también el curso del pensamiento, la actividad motora (en un solo ítem para todas las alteraciones), el ciclo sueño vigilia y la psicosis (síntoma accesorio). Está compuesta por dos factores, uno neurocomportamental, en el que se incluyen las alteraciones del ritmo circadiano, y otro neurocognitivo, que llegan a concordar desde el punto de vista teórico con la fenomenología del delirium descrita por el grupo de trabajo de Trzepacz, aunque fue pensada para evaluar la gravedad del síndrome (se correlaciona muy bien con la Delirium Rating Scale o DRS), también tiene utilidad diagnóstica (en el estudio de validación original diferenció el delirium de otros trastornos neurocognitivos o de pacientes sin alteración del estado mental).

Delirium Rating Scale-Revised 98 (DRS-R98)

Dominio cognitivo
Atención
Orientación
Memoria a corto plazo
Memoria a largo plazo
Capacidad visuoespacial
Dominio del pensamiento de orden superior
Lenguaje
Alteración del curso del pensamiento
Dominio circadiano
Agitación psicomotora
Retardo psicomotor
Alteración del ritmo circadiano
Síntomas accesorios (psicosis y afecto)
Delirios
Alteraciones de la percepción y alucinaciones
Labilidad afectiva
Características clínicas (evolutivas y etiológicas)
Inicio temporal de los síntomas
Fluctuación de la gravedad de los síntomas
Enfermedad médica

Fuente: Gaviria L. Instrumentos para el diagnóstico de delirium en hispanohablantes: artículo de revisión. Medicina U.P.B. Julio-diciembre 2016.

La DRS-R98, de Trzepacz et al sirve para diagnosticar y evaluar la gravedad del delirium, de acuerdo con las características que lo definen, independientemente de otros sistemas diagnósticos como el DSM o el CIE.²³

TABLA 3

Criterios diagnósticos para el delirium

DSM-V ^a	CIE-10 ⁸
A. Alteración de la atención (por ejemplo para cambiar o focalizar la atención) y de la conciencia	A. Obnubilación de la conciencia, es decir, claridad reducida de conocimiento del entorno, con una capacidad disminuida para focalizar, sostener o cambiar la atención
B. La alteración se desarrolla en un corto espacio de tiempo (entre horas o pocos días) y presenta una importante fluctuación a lo largo de días	B. Trastorno de la cognición que se manifiesta por ambos: <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la memoria inmediata y reciente, con la remota relativamente intacta • Desorientación en tiempo, lugar o persona
C. Una añadida alteración cognitiva (empeoramiento de la memoria, de la orientación, del lenguaje, de la percepción, etc.)	C. Al menos una de las siguientes alteraciones psicomotrices: <ul style="list-style-type: none"> • Cambios rápidos e impredecibles de hipoactividad a hiperactividad • Incremento del tiempo de reacción • Incremento o disminución del flujo del discurso • Acentuación de las reacciones de sobresalto
D. La alteración de los criterios A y C no pueden ser explicados por otro trastorno neurocognitivo previamente establecido o en desarrollo y que no ocurre en el contexto de una situación de disminución de la vigilia como puede ser un coma	D. Alteraciones en el ciclo sueño-vigilia, manifiesto por al menos uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Insomnio, que en casos graves puede implicar una pérdida completa del sueño, con o sin somnolencia diurna, o inversión del ciclo sueño-vigilia • Empeoramiento nocturno de los síntomas • Sueños desagradables o pesadillas, que pueden continuarse como alucinaciones o ilusiones tras despertarse
E. Debe haber evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en las pruebas de laboratorio de que las alteraciones psicológicas son consecuencia directa de otra condición médica, exposición a tóxicos o a su retirada reciente o que posea un carácter multifactorial	E. Los síntomas tienen un inicio rápido y muestran fluctuaciones en el transcurso del día
	F. Hay pruebas objetivas en la historia clínica, exploración física y neurológica o resultados de laboratorio de una enfermedad cerebral o sistémica subyacente (otras que las relacionan con sustancias psicoactivas) que pueden considerarse de forma razonable que sean las responsables de las manifestaciones clínicas de los criterios A y D.

Fuente: Ramón J, Gallardo M. Delirium o síndrome confusional agudo. AMF. Octubre 2015.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Delgado P. Disfunción cognitiva posoperatoria en el anciano. Servicio de Anestesiología Universidad de Gratz. Viena. Austria. 2013.
- 2 Tobar E, Abedrapo M, Godoy J, Romero C. Delirium postoperatorio. Una ventana hacia una mejoría de la calidad y seguridad en la atención de pacientes quirúrgicos. Scielo. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 64 - Nº 3, Junio 2012.
- 3 Tobar E, Álvarez E. Delirium en el adulto mayor hospitalizado. Elsevier. Revista Médica Clínica las Condes. 2020.
- 4, 7, 21 Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Guía de práctica clínica GPC. Catalogo maestro de guías de prácticas clínicas IMSS. 2012.
- 5 Vega E, Nazar C, Rattalino M, Carrasco M. Delirium postoperatorio: una consecuencia del envejecimiento poblacional. Scielo. Rev Med Chile. 2014.
- 6, 11, 15 Ganuza Z. El Delirium. Una revisión orientada a la práctica clínica. Scielo. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol.32 no.114 Madrid abr/jun. 2012.
- 8 Torales J, Barrios I, Armoa L. Delirium: una actualización para internistas y psiquiatras. Rev. Virtual Soc. Parag. Med. Int. Setiembre. 2017.
- 9 Guevara E. La importancia de conocer “lo esperado para la edad” en la evaluación cognitiva del adulto mayor. Scielo. Rev. méd. Chile vol.144 no.12 Santiago dic. 2016.
- 10 Sotolongo O. Comportamiento del Delirium en el anciano. Policlínico "Pedro Fonseca", La Lisa, 2012. Rev haban cienc méd vol.13 no.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. 2014.
- 12 Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- 13 Tobar E, Abedrapo M, Godoy J, Romero C. Delirium postoperatorio. Una ventana hacia una mejoría de la calidad y seguridad en la atención de pacientes quirúrgicos. Scielo. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 64 - Nº 3, junio 2012.
- 14 Prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor hospitalizado. Guía de práctica clínica GPC. Evidencias y recomendaciones. Actualización 2016.
- 16 Carrasco M, Zalaquett M. Delirium: una epidemia desde el servicio de urgencias a la unidad de paciente crítico. Science Direct. Volumen 28, Marzo–Abril 2017.
- 17 Patel J, Baldwin J, Bunting P. El efecto de un paquete multidisciplinario de intervenciones multicomponentes sobre el sueño y el delirio en pacientes de cuidados intensivos médicos y quirúrgicos. Anestesia. 2014.
- 18 Leandro G. Impacto de la terapia de estimulación cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo leve en la Clínica de Memoria del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, febrero 2017-agosto 2018. Vol. 25. Enero-Junio 2012.

19 Fariña E. ¿Puede eliminarse la restricción física en los centros de personas mayores? Scielo. Gerokomos vol.28 no.3 Barcelona sep. 2017.

20 Remington R. Música relajante y masaje de manos con ancianos agitados. Nursing Research. 2002.

22 Vademecum Internacional. Autor y editorial: VIDAL VADEMECUM Internacional. Edición: 14ª Páginas: 1296.

23 Gaviria L. Instrumentos para el diagnóstico de delirium en hispanohablantes: artículo de revisión. Medicina U.P.B. Julio-diciembre 2016.