Capítulo 1

Delirium

Ana Millán C, MD
Jefe, Sección de Psiquiatría
Fundación Santa Fe de Bogotá

DEFINICIÓN

El delirium es un síndrome que incluye alteraciones de la conciencia, alteraciones de la cognición (pensamiento, percepción y memoria), dificultades de la orientación y cambios en la actividad motora y en el ciclo sueño-vigilia.

CUADRO CLÍNICO

Las alteraciones en la percepción incluyen ilusiones, alucinaciones que pueden ser visuales, auditivas, gustativas o táctiles. Puede haber ideas delirantes con contenido persecutorio, así como desorganización y fragmentación del pensamiento. En la memoria se presenta alteración del registro, de la retención y del recuerdo, y pueden existir confabulaciones. Hay dificultades para enfocar, mantener y cambiar la atención.

En la parte motora se encuentran dos tipos de delirium, el hiperactivo y el hipoactivo. El primer tipo cursa con aumento de la actividad motora, alucinaciones, irritabilidad, inquietud, delirios, taquilalia. El delirium hipoactivo cursa con disminución de la actividad motora, somnolencia, apatía, letargo, confusión y bradilalia.

En cuanto al sueño, insomnio mixto (de conciliación y reconciliación), el paciente duerme a intervalos cortos y puede llegar a invertir el ciclo circadiano.

CAUSAS

POR ENFERMEDAD MÉDICA GENERAL

Establecer si existe una enfermedad médica de base y si el delirium se relaciona, para lo cual se requiere una adecuada evaluación.

Trastornos del Sistema Nervioso Central:
- Trauma craneoencefálico.
- Convulsiones.
- Estado post-ictal.
- Enfermedad vascular.
- Enfermedad degenerativa.

Enfermedad Metabólica:
- Falla renal.
- Falla hepática.
- Anemia.
- Hipoxia.
- Hipoglucemia.
- Deficiencia de tiamina.
- Diabetes.
- Desequilibrio hidroelectrolítico.

Enfermedades Cardiopulmonares:
- Infarto de miocardio.
- Falla cardiaca congestiva.

- Arritmia cardiaca.
- Shock.
- Falla respiratoria.

Enfermedades sistémicas:
- Intoxicación o abstinencia por sustancias.
- Infección.
- Neoplasias.
- Post - operatorios.

USO O ABSTINENCIA A SUSTANCIAS

Las sustancias incluyen los agentes con y sin propiedades psicoactivas.

Drogas de abuso:
- Alcohol.
- Anfetaminas.
- Cannabis.
- Cocaina.
- Inhalantes.
- Opioides.
- Sedativos-Hipnóticos.

Medicamentos:
- Anestésicos.
- Analgésicos.
- Agentes antiasmáticos.
- Anticonvulsionantes.
- Antihistamínicos.
- Hipotensores y medicaciones- cardiovasculares.
- Antimicrobianos.
- Antiparkinsonianos.
- Corticosteroides.
- Medicamentos gastrointestinales.
- Relajantes musculares.
- Inmunosupresores.
- Litio.

Toxinas
- Anticolinesterasa.
- Insecticidas organofosforados.
- Monóxido de carbono.
- Dióxido de Carbono.

MÚLTIPLES ETIOLOGÍAS

Especialmente en ancianos y en enfermos críticos, el delirium puede tener múltiples etiologías; el 56% de los pacientes ancianos con delirium tiene una única y probable causa; el restante 44% tiene un promedio de 2,8 etiologías por paciente. Los pacientes ancianos tienen mayor predisposición para presentar delirium, es así como puede ocurrir en 15- 50% de los individuos mayores de 65 años.

ETIOLOGÍAS NO ESPECIFICADAS

Ocasionalmente no aparece una causa clara. Puede haber casos en que se desconozca la ingesta de alguna sustancia o bien que haya una causa muy rara como una coagulación intravascular diseminada (CID).

EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON DELIRIUM

Estado Físico:
- Historia.
- Examen físico y neurológico.
- Revisar signos vitales y record anestésico si es postoperativo.
- Revisar los registros médicos.
- Revisar medicaciones y correlacionar- con cambios de conducta.

Estado mental:
- Entrevista.
- Test cognoscitivos.

Pruebas de laboratorio:
- Química: glicemia, electrolitos, BUN, creatinina, albúmina, función hepática.
- Hemograma.
- Electrocardiograma.
- Radiografía de tórax.
- Gases arteriales.
- Uroanálisis.

PRUEBAS ADICIONALES
(A CONSIDERACIÓN MÉDICA)

- Urocultivo.
- VDRL, metales pesados en sangre,niveles de Vitamina B12, ácido fólico, ANAS, porfirinas en orina, amonemia, VIH.
- Hemocultivos.
- Niveles de medicamentos en sangre (digoxina, teofilina, fenobarbital).
- Punción lumbar.
- TAC cerebral o RNM cerebral.
- Electroencefalograma.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO DE LA CAUSA

1. Hipoglicemia: glucosa al 50% 50 ml IV.
2. Hipoxia o anoxia: oxígeno inmediato.
3. Hipertensión severa: manejo de emergencia hipertensiva.
4. Abstinencia de alcohol: benzodiacepinas (diazepam, alprazolam, lorazepam), tiamina, glucosa, magnesio, vitaminas (ácido fólico y complejo B).
5. Desequilibrio hidro-electrolítico: manejo específico.

MANEJO FARMACOLÓGICO

1. Haloperidol 2-5 mg IV cada 30 minutos hasta remoción de síntomas. Dosis máxima: 30 mg/día. Monitorización por ECG.
2. Otros antipsicóticos: olanzapina, risperidona, quetiapina.
3. Benzodiacepinas: lorazepam 1-6 mg/día.

MANEJO MEDIO AMBIENTAL

1. Garantizar la seguridad del paciente: permanecerá acompañado las 24 horas del día, de ser necesario inmovilizar, vigilar riesgo de caída y autoagresión.
2. Evitar estímulos medio ambientales fuertes, colocar música suave.
3. Orientación: colocar a la vista del paciente un calendario y un reloj que le sean familiares e instruir a la familia sobre orientarlo continuamente (decirle donde está y la fecha).
4. Permitirle fotos de familiares y objetos conocidos en la habitación.
5. En el día permitir luz natural (ventana con cortinas abiertas) y en la noche una luz muy suave para reducir la ansiedad.
6. Instruir a enfermería sobre este manejo.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. 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.
2. American Psychiatric Association Guidelines for the management of delirium. Am J Psychiatry 1999;156:1S-20S.
3. Bostwick JM. The many faces of confusion. Timing and collateral history often hold the key to diagnosis. Postgrad Med 2000;108:60-2, 65-6, 71-2.
4. Britton A, Russell R. Multidisciplinary team interventions for delirium in patients with chronic cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev 2001;CD000395.
5. Cano C. Delirium. Universitas Médicas 2002; 43:82-832.
6. Casarett DJ, Inouye SK. Diagnosis and management of delirium near the end of life. Ann Intern Med 2001; 135:32-40.
7. Elie M, Rousseau F, Cole M, et al. Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. CMAJ 2000; 163:977-981.
8. Han L, McCusker J, Cole M, et al. Use of medications with anticholinergic effect predicts clinical severity of delirium symptoms in older medical inpatients. Arch Intern Med. 2001; 161:1099-1105.
9. Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, et al. Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. Arch Intern Med. 2001 Nov 12; 161:2467-2473.

10. Inouye SK, Schlesinger MJ, Lydon TJ. Delirium: a symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. Am J Med 1999; 106:565-573.
11. Lawlor PG, Fainsinger RL, Bruera ED. Delirium at the end of life: critical issues in clinical practice and research. JAMA 2000; 284:2427-2429.
12. Martin E, Calvo E, García J. Delirium: diagnóstico y tratamiento. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional 1999; 47:163-70,
13. McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Belzile E. Delirium predicts 12-month mortality. Arch Intern Med 2002; 162:457-463.
14. Meagher DJ. Delirium: optimising management. BMJ 2001; 322:144-149.
15. Tabet N, Howard R.Optimising management of delirium. Patients with delirium should be treated with care. BMJ 2001; 322:1602-1603.
16. Tullmann DF. Assessment of delirium: another step forward. Crit Care Med 2001; 29:1481-143.