

## CAPÍTULO 1

# Delirium

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

### DEFINICIÓN

**E**l 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, taquialia. 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.
- Cocaína.
- Inhalantes.
- Opioides.
- Sedativos-Hipnóticos.

Medicamentos:

- Anestésicos.
- Analgésicos.
- Agentes antiasmáticos.
- Anticonvulsiantes.
- 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 postoperatorio.
- 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: benzodiazepinas (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. Benzodiazepinas: 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. Martín 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.