

Monografía sobre Valoración e Intervención en los Síndromes Geriátricos Y la Cronicidad Compleja: SINDROME CONFUSIONAL

Trabajo fin de grado

Curso de Adaptación al Grado de Enfermería

Autor: Clara Ibeas González

Profesor-Tutor: Cristina Castanedo Pfeiffer

Junio 2012

INDICE

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	1
2. INTRODUCCIÓN	3
3. CAPITULO 1: DEFINICION Y EPIDEMIOLOGIA.	5
1.1 DEFINICION:.....	5
1.2 EPIDEMIOLOGÍA:	6
4. CAPITULO 2: ETIOLOGIA Y DESARROLLO DEL CUADRO CONFUSIONAL:	6
2.1 ETIOLOGIA:	7
2.2 FACTORES DE RIESGO:.....	8
2.3 PRESENTACION CLINICA:	11
2.4 SUBTIPOS CLINICOS. (15)	13
5. CAPITULO 3: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO:.....	13
3.1 EXPLORACION FISICA, MENTAL Y COMPLEMENTARIA.....	13
3.2 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:.....	18
3.3 TRATAMIENTO CLINICO.....	20
6. CAPITULO 4. ABORDAJE INTEGRAL	22
4.1PREVENCION:	22
4.2 INTERVENCIONES ENFERMERAS:	24
4.3 COMPLICACIONES Y PRONÓSTICO:.....	27
7. CAPITULO 5: CONCLUSIONES:	29
8. BIBLIOGRAFIA:	31
9. ANEXOS:	34

RESUMEN

En la población geriátrica no es infrecuente que los pacientes ingresados en el medio hospitalario, bien en el momento mismo del ingreso, o bien a lo largo de su estancia, desarrollen un cuadro de delirium. (1) Son individuos especialmente sensibles a padecerlo con acontecimientos menores como el cambio de domicilio. (2)

Hay que saber distinguir el delirium del envejecimiento normal. Algunos profesionales pueden pensar erróneamente que es parte de la vejez. Hasta un 80% de los casos de SCA no son reconocidos por el personal sanitario, ni diagnosticado por el personal facultativo de los hospitales (3)

Debemos procurar que el paciente mantenga su independencia durante y después del proceso. Si bien, el SCA es una situación presumiblemente reversible, no siempre ocurre así y a menudo es el comienzo de problemas muy serios para el paciente y su entorno. Puede ser sin duda, en un porcentaje elevado, el precursor de una demencia (2)

En el anciano, el umbral de confusión es mucho más bajo que en el resto de la población. Debemos sospechar y estar alerta ante cualquier paciente que presente un deterioro de su estado mental. (4)

El delirium en el anciano es un síndrome y por tanto hay que reconocerlo y es obligado buscar la enfermedad de base desencadenante. En la mayor parte de los casos tratando la etiología mejoran los síntomas, sin tener que recurrir al tratamiento farmacológico que bien es sabido, puede aportar efectos indeseables al adulto mayor. (5)

La actuación tanto de enfermería, como del resto del equipo multidisciplinar y la familia, es fundamental en el cuidado de este tipo de pacientes. Si llevamos a cabo una serie de medidas preventivas, ambientales y de soporte como primera opción, podremos prevenir la aparición de esta patología. Así mismo, evitaremos la aplicación de sujeciones físicas y el tratamiento farmacológico sedativo, con las consecuencias derivadas de los mismos. (6)

PALABRAS CLAVE

Confusión, Prevención, Enfermería, Anciano

SUMMARY

It's common among elderly people to develop confusion delirium syndrome while in hospital, this can either start at admission time or during their stay. These individuals are prone to suffer from it after minor changes to their environment like for example being away from their homes.

It's important to differentiate between delirium and normal aging. Some professionals can mistakenly assume that this is part of the aging process. There are around 80% of cases of CSM that are not acknowledged by the health personnel or diagnosed by the medical personnel in hospitals.

We must ensure that patients are self-sufficient during and after this process. Even though CSM is presumably reversible, this is not always the case and sometimes it leads to a more serious problem for the patient and his environment. It can also be the precursor to dementia.

The elderly tend to get more confused than other age groups; therefore we must be vigilant and act promptly if the patient shows signs of mental decline.

Delirium is a syndrome among the elderly and it is imperative to identify any underlying illnesses that could be the cause. In most cases knowing the etiology improves the patient's symptoms and consequently there will be no need to administrate pills/medicines, as we know these can have adverse side effects on elderly people.

The role of the nursing staff, multidisciplinary team and family members is pinnacle to the patient care. This pathology can be avoided by implementing a number of preventive, environmental and supportive measures as a first step; consequently this will prevent physical interventions, sedative prescription treatments and its side effects.

KEY WORDS

Confusion, prevention, nursing and elder

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Confusional Agudo (SCA) también llamado Delirium es conocido y recogido en la literatura médica desde el siglo XVI. Es llamativo el aumento progresivo de este viejo síndrome en nuestro medio hospitalario. Hace unos 3000 años, Celsio ya lo denominó “deliria” (fuera de camino) y aludía a los síntomas que presentaban este tipo de pacientes. A lo largo de este tiempo, ha recibido muchas denominaciones hasta llegar al concepto actual de SCA o delirium que es la denominación que algunos autores utilizan para referirse a las presentaciones más graves del cuadro. (7,8)

Característicamente en el SCA no hay daño cerebral estructural, a pesar de los trastornos conductuales y cognitivos que se objetivan. El delirium obedece a un desorden generalizado del metabolismo cerebral y de los neurotransmisores, por tanto la “lesión” cerebral sería funcional. (9)

Desde hace unos años, se viene observando en nuestro medio hospitalario que los pacientes mayores presentan, independientemente de su situación y su enfermedad, de forma brusca e inesperada, lo que en la actualidad denominamos delirium. Es uno de los desórdenes cognitivos más importantes en el adulto mayor, tanto por su prevalencia como por su pronóstico (10)

El desarrollo de esta patología se asocia a importantes consecuencias desde el punto de vista económico y social, puesto que las personas afectadas requerirán cuidados especiales por parte del equipo de salud, tienen más riesgos de caídas y fracturas (con las complicaciones derivadas de éstas) y sus estancias hospitalarias tienden a ser más prolongadas. (10)

El paciente que lo sufre, se expone al riesgo de los efectos secundarios de los fármacos con los que se le trata en el periodo agudo del cuadro que presentan y a menudo, se ven afectados por situaciones de encamamiento que derivan de este síndrome. (2)

No debemos olvidar que los pacientes que al momento del alta no han recuperado su estado mental previo al ingreso, requerirán mayores cuidados en su domicilio e incluso son susceptibles de institucionalización, lo que sin duda, afectará a sus familias y además implica un mayor coste para el sistema sanitario. (9)

Nuestros **objetivos** son:

1. Informar acerca de la incidencia y prevalencia del SCA. Se trata de una entidad muy frecuente que genera elevados índices de morbi-mortalidad en nuestro medio hospitalario.
2. Identificar factores de riesgo capaces de desencadenar un cuadro de delirium, así como los factores del entorno que puedan incidir en la aparición del mismo.
3. Detectar qué tipo de comportamientos del anciano, son susceptibles de indicar un riesgo potencial de padecer un SCA durante su estancia hospitalaria. Incidir en la importancia del registro de enfermería.
4. Aplicar aquellas intervenciones enfermeras pueden ayudar a un manejo adecuado de este tipo de pacientes
5. Planificar, de manera estandarizada, una serie de medidas preventivas aplicadas a nuestra práctica profesional para evitar la aparición del cuadro de confusión aguda.

Monografía sobre Síndrome Confusional

Hemos pretendido, en definitiva, llevar a cabo una puesta al día de los conocimientos de los que disponemos acerca del Delirium o SCA.

Consideramos que hay una gran incidencia de este síndrome en nuestros hospitales y que requiere toda nuestra atención y nuestra reflexión. Sólo si sabemos prevenirlo, detectarlo y tratarlo adecuadamente, seremos capaces de cuidar con calidad a los pacientes mayores que están a nuestro cargo.

METODOLOGIA.

La necesidad de realizar esta revisión monográfica, obedece a las siguientes causas:

1. Queremos transmitir que el delirium afecta a un número muy elevado de ancianos ingresados tanto en unidades médicas como quirúrgicas.
2. No es infrecuente que pase desapercibido para los profesionales sanitarios, tanto personal médico como de enfermería y a menudo, se confunde o se solapa con ciertas patologías, o simplemente se atribuye a síntomas o signos del envejecimiento normal.
3. El SCA obedece a una enfermedad de base y responde a una serie de factores desencadenantes que deben ser reconocidos y tratados
4. Aunque se trata de un cuadro reversible, a veces no es así y puede provocar secuelas importantes en la salud del anciano, y en la función cognitiva y capacidad funcional que éste presentaba previa al ingreso.
5. Tradicionalmente, el delirium es tratado con determinados fármacos e incluso medidas de contención física, con las consiguientes consecuencias para el estado de salud del anciano.
6. Existen una serie de medidas preventivas que, quizá, siendo aplicadas desde el primer momento en pacientes vulnerables como son los ancianos, puedan evitar el desarrollo de este tipo de síndrome o al menos reducir el impacto en el adulto mayor.

En el primer capítulo conoceremos la definición del síndrome y los datos de incidencia y prevalencia en el medio hospitalario.

En el capítulo dos, veremos la etiología, factores desencadenantes y predisponentes. Así mismo, se recoge información acerca de la presentación clínica del delirium, sus tipos y cómo afecta a las funciones cognitivas del paciente.

En el siguiente capítulo, el tercero, vamos a ver cuál es el diagnóstico diferencial con otras patologías, pruebas de exploración física y complementaria que lleva a cabo el personal facultativo y cuál es el tratamiento médico y etiológico que se aplica en la actualidad a éste tipo de pacientes.

En el último capítulo, vamos a analizar el abordaje integral e interdisciplinario que se puede llevar a cabo con los ancianos susceptibles de desarrollar un SCA durante su estancia en el medio hospitalario. Existen una serie de medidas ambientales y preventivas que podemos aplicar, tanto en el momento del ingreso, como en el momento en que detectemos cualquier signo incipiente que nos indique que el paciente pueda desarrollar un SCA.

Hemos revisado un total de treinta y ocho artículos, de los cuales treinta y uno han sido utilizados para la realización de la presente monografía. En su mayoría proceden de búsquedas bibliográficas de bases de datos en dialnet, pubmed, cuiden y google académico. El resto de las

consultas se han realizado de forma manual, a través de libros o capítulos de los mismos y manuales geriátricos. También han sido consultadas algunas revistas de enfermería y geriátricas que no estaban disponibles en bases de datos virtuales.

CAPITULO 1: DEFINICION Y EPIDEMIOLOGIA.

1.1 DEFINICION:

El SCA o Delirium, corresponde a un trastorno cognitivo-conductual de curso agudo (se instaura en las primeras horas o días del ingreso) y reversible que obedece a una etiología, a menudo multifactorial, en el contexto de una patología médica o quirúrgica subyacente. (5)

Habitualmente, presentan fluctuaciones a lo largo del día, se alternan periodos de tranquilidad normalmente diurnos con periodos de agitación y alucinaciones al oscurecer. (5)

No se trata sólo de un estado alterado de la conciencia y la atención, sino que además los pacientes presentan afectación en diversas funciones cognitivas, tales como la memoria, orientación, pensamiento, lenguaje o percepción (11)

Es frecuente la aparición de un pródromo, caracterizado por intranquilidad, hipersensibilidad a estímulos visuales y auditivos e inversión del ciclo vigilia-sueño. (3)

Al inicio, suelen presentar con un cuadro de desorientación temporo-espacial y un aumento o disminución de la actividad psicomotriz sobre todo nocturna que suelen alternarse con fases de somnolencia durante el día (4). Su incidencia aumenta con la edad siendo muy frecuente superados los 75-80 años (12)

En la práctica clínica, suele venir unido a otras enfermedades y problemas asociados a la vejez y muchas veces se comporta como un síntoma añadido en el transcurso de una serie de situaciones patológicas. No es infrecuente que entre los pacientes ingresados pase desapercibido, especialmente cuando los síntomas predominantes no se refieren a cuadro de agitación y alucinaciones sino a un estado letárgico o de somnolencia. En estos casos, es habitual confundirlo con un estado depresivo en el anciano. (12)

El umbral de la aparición del cuadro se ve muy disminuido en el paciente geriátrico y en individuos que presenten demencia es aún más bajo. Dos tercios de los casos de delirium ocurren en estos pacientes (5)

Hay que sospechar Delirium ante todo individuo que presente un rápido deterioro de su estado mental. Es necesario buscar la enfermedad de base que lo desencadena y llevar a cabo un diagnóstico adecuado, sin caer en el error de atribuirlo a un mayor deterioro de su enfermedad de base o incluso achacarlo a la edad.

1.2 EPIDEMIOLOGÍA:

Algunos estudios revelan que entre el 20 y el 40% de los pacientes ancianos ingresados presentan un SCA en algún momento de su hospitalización.(10) Curiosamente, existe menos información acerca de la incidencia del delirium en los servicios médicos que en los quirúrgicos. Los datos estimados en los primeros oscilan entre un 10-20%(8) En el contexto quirúrgico esta cifra varía entre un 10-50%, siendo mayor en cirugías cardíacas, un 30% y de cadera (superior a un 50%) (9)

Parece ser que afecta con mayor frecuencia a los hombres y que tienen más predisposición aquellas personas que han sufrido un SCA previo (10)

Existe una clara relación entre delirium y demencia, más del 50% de personas con demencia desarrollan un cuadro confusional agudo. Por otro lado, se ha demostrado, a través de diversos estudios que este cuadro, no rara vez, puede ser el primer indicador de una demencia no reconocida en el paciente en el momento del ingreso y a la inversa, la demencia es un factor de riesgo para el desarrollo de un Delirium. (13)

El cuadro confusional en el adulto mayor es un síntoma y por lo tanto es obligado buscar la enfermedad de base desencadenante. (13) Su desarrollo durante el ingreso parece aumentar en unos 7 días la estancia hospitalaria. Se ha estimado que la mortalidad al año de este tipo de pacientes se sitúa en torno al 38%. (10)

Dentro del SCA existe un subtipo, el hiperactivo que es más frecuente y fácil de diagnosticar. Ello implica que hay un tanto por ciento de síndromes confusionales agudos que pueden pasar desapercibidos para el equipo sanitario, siendo infra-diagnosticados. (10)

Parece ser que la incidencia además de aumentar con la edad, también se ve afectada por el nivel asistencial y las distintas unidades hospitalarias. (5)

En los servicios de urgencias el cuadro confusional se presenta en un 10-30% de los pacientes que acuden a esa unidad. La prevalencia, una vez producido el ingreso se sitúa entre un 14-24%. Aparece en un 15-33% de los ancianos durante el periodo postoperatorio, puede ser debido a los sedantes y analgésicos utilizados en el proceso. Cabe destacar que la incidencia en aquellos mayores ingresados en las unidades de cuidados intensivos, las cifras se sitúan entre el 70-87%. (5)

Señalar que la disparidad de los datos epidemiológicos que nos encontramos en el estudio del SCA, a través de los distintos artículos y revisiones consultadas, viene dada por las dificultades existentes para establecer un diagnóstico adecuado, en especial cuando cursan de forma larvada (delirium hipoactivo) que con relativa frecuencia no llegan a ser diagnosticados. (8)

Si tenemos en cuenta que los pacientes que acuden a nuestro medio hospitalario se van a ver inmersos en diferentes entornos (unidades asistenciales) con diferentes integrantes del equipo multidisciplinar y cambios de turno, y quizá con un menor “acceso” a sus familiares o personas de referencia, es absolutamente necesario un adecuado manejo de la situación por parte del equipo sanitario. Debemos estar especialmente alerta para que los pacientes mayores no se sientan desubicados, despersonalizados y desestabilizados.

Capítulo 2: ETIOLOGIA Y DESARROLLO DEL CUADRO CONFUSIONAL:

2.1 ETIOLOGIA:

El SCA no sólo tiene sus propios factores de riesgo factores predisponentes, cada vez más conocidos, sino que también requiere para su presentación de la existencia de una serie de factores desencadenantes (12). El delirium se produce por múltiples causas orgánicas que manifiestan un cuadro clínico común (10).

En el anciano hay que prestar especial atención al término “fragilidad”. Es un síndrome biológico que conlleva una disminución de reservas en varios sistemas por cambios asociados al envejecimiento normal, enfermedades crónicas, inactividad, déficit nutricional y que conlleva

pérdida de masa muscular y ósea y una respuesta reducida del sistema inflamatorio, inmune y endocrino. En este contexto, se explica la vulnerabilidad de este tipo de pacientes a padecer todo tipo de complicaciones en un medio hospitalario. (8)

El envejecimiento normal lleva consigo una serie de cambios estructurales y metabólicos cerebrales: Hay una alteración neuronal secundaria a una deprivación más o menos brusca del flujo sanguíneo en el SNC. (10) El anciano que ya de por sí ha experimentado pérdidas a este nivel, por su proceso de envejecimiento, va a acusar este déficit y puede por tanto desarrollar un cuadro de SCA. Si además presenta una insuficiencia cardíaca, se ve inmerso en un postoperatorio de algún tipo de cirugía o simplemente se agudiza cualquier enfermedad crónica que previamente padeciera, la probabilidad de desarrollar este cuadro se ve realmente aumentada. (12)

Así mismo, hay una disfunción de los distintos sistemas de neurotransmisores, siendo la acetilcolina el que más ve afectada su síntesis y liberación. (10)

Hay otro mecanismo que facilita la potencial aparición del delirium y es la intoxicación del SNC por un uso inadecuado de fármacos. No es infrecuente que esto ocurra incluso con niveles terapéuticos de una larga lista de medicamentos de uso frecuente en el anciano que ya de por sí, tiene disminuido el metabolismo farmacológico. Tanto es así que la toma de tres o más fármacos se consideran un riesgo independiente. Debemos tener especialmente cuidado con la administración de fármacos anticolinérgicos, sedantes y antiarrítmicos que pueden comprometer la situación del paciente. (12)

Son muchas las enfermedades y sustancias que combinadas pueden contribuir al desarrollo de un SCA. La asociación de varios factores tiene un efecto multiplicativo. (2)

2.2 FACTORES DE RIESGO:

La edad avanzada es un factor claramente relacionado con el delirium, al igual que los cambios asociados al proceso de envejecimiento normal. El anciano tiene menos reserva funcional, tolera peor las agresiones fisiológicas y las modificaciones de su entorno. Padecen por lo general más enfermedades crónicas que limitan su capacidad de respuesta y presentan menor resistencia a las infecciones. (8)

Factores de riesgo desencadenantes/ precipitantes: (7, 10, 12,14)

Enfermedades neurológicas

1. Demencia o deterioro cognitivo, multiplica 2-3 veces el riesgo de desarrollar un SCA
2. Depresión y ansiedad
3. Ictus y hematoma epidural.
4. Tumores y abscesos cerebrales
5. Traumatismos craneales

Enfermedades sistémicas

1. Alteraciones metabólicas: desequilibrio ácido-base, alteraciones iónicas, procesos de deshidratación (habituales en el paciente anciano)

2. Defectos nutricionales. Déficit de vitaminas o intoxicación por vitamina A y D, nivel disminuido de albúmina, bajos niveles de Na. El déficit de alguno de estos sustratos provoca una alteración difusa de la función neuronal.
3. Enfermedades endocrinas: Hipo/hipertiroidismo, Insuficiencia suprarrenal, descompensación diabética, hipoglucemia.
4. Enfermedades cardiovasculares: Enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, arritmias.
5. Enfermedades hematológicas: anemia grave, policitemia, coagulación intravascular.
6. Enfermedades infecciosas: Infección del tracto urinario (ITU), mononucleosis, viriasis respiratoria, fiebre reumática, endocarditis, legionella.
7. Enfermedades digestivas: hepatopatías, encefalopatía hepática, enfermedades pancreáticas. La existencia de toxinas endógenas, como las creadas por insuficiencia hepática, renal o algunos procesos infecciosos son posibles agentes causales para desarrollar un SCA.
8. Nefropatías: insuficiencia renal
9. Enfermedades pulmonares: Tromboembolismo pulmonar (TEP)

Inducido por sustancias

1. Intoxicaciones : Alcohol etílico y metílico, alucinógenos, ansiolíticos, antidepresivos, sedantes
2. Abstinencia Alcohol, hipnóticos, barbitúricos.
3. Fármacos: Anticolinérgicos, corticoides, antiarrítmicos, antidepresivos, antihistamínicos.

La facilidad con la que los ancianos pueden desarrollar un delirium, refleja un estado límite en su reserva funcional cerebral, sobre todo a nivel de los sistemas de neurotransmisión, que se ven seriamente reducidos en el envejecimiento. Esto explica la hipersensibilidad que presentan a los fármacos por la capacidad con la que éstos interfieren en los sistemas de neurotransmisión cerebral.

Merece, por tanto la pena, tener en cuenta la existencia de otras medidas ya sean preventivas o ambientales para el manejo del SCA en nuestro medio de trabajo.

Cirugía previa.

Cabe mencionar que la cirugía cardíaca y las intervenciones de fracturas, sobre todo de cadera, desarrollan una mayor incidencia de delirium. Quizá pueda ser atribuible a las condiciones de inmovilidad o dependencia y al tipo de fármacos administrados en este proceso, tales como sedantes, analgésicos, antiarrítmicos.

Factores de riesgo predisponentes: (5, 12, 14,)

Factores constitucionales:

1. Edad avanzada, por encima de los 80 años (disminuye el umbral)

Monografía sobre Síndrome Confusional

2. Antecedentes de delirium previo
3. Situación funcional previa: Dependencia funcional o síndrome de inmovilidad.
4. Defectos sensoriales auditivos o visuales.

Factores psicosociales:

1. Depresión
2. Stress
3. Escaso estímulo o apoyo familiar-social, entorno familiar perturbado.
4. Institucionalización

Factores relacionados con la hospitalización

1. Reprivación sensorial y aislamiento , entendido como una reducción de estímulos sensoriales habituales (UCI)
2. Sobreestimulación sensorial, por aumento persistente de estímulos habituales tales como personas ajenas al paciente, trasiego de personal, ruidos no habituales.
3. Desubicación (cambios de habitación y entorno desconocido a veces interpretado como hostil)
4. Inmovilización y restricciones físicas
5. Intervenciones agresivas diagnósticas o terapéuticas (canalizaciones vasculares, sondajes) que son procedimientos frecuentes y muchas veces evitables en pacientes ancianos.
6. Dolor

Existe una gran variabilidad entre los distintos ancianos a desarrollar un SCA. Dependerá en gran medida de su reserva cognitiva de base, de los distintos factores de riesgo a los que se encuentre sometido y en definitiva de las condiciones ambientales en las que se vea inmerso durante su estancia en nuestro medio hospitalario

Vamos a listar, a modo de resumen, las causas más frecuentes de delirium en el anciano en comparación con otros tipos de pacientes.

GLOBAL	ANCIANOS	CIRUGIA
Infección 40%	Fármacos 20-40%	Ambiental 44%
Fármacos 17-43%	Infecciones 34%	Infecciones 31%
Electrolitos-deshidratación 11-40%	Ambiental 23%	Fármacos 30%
Ambiental 24%	Electrolitos 10-40%	Electrolitos 26%
Disfunción orgánica 14%		

Fuente: Iliana Micaela Montenegro. Delirium. Abordaje toxicológico.

Conociendo los factores desencadenantes ya citados y teniendo en cuenta que la percepción y susceptibilidad de cada individuo es variable, el personal sanitario debe mantenerse especialmente alerta ante cualquier signo que indique el riesgo potencial de el sujeto a estar desarrollando un SCA (24). El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado influyen llamativamente en la reversibilidad del cuadro.

2.3 PRESENTACION CLINICA:

En nuestro medio hospitalario, la atmósfera de sobrecarga, la privación sensorial, el ruido, la alteración sueño-vigilia pueden ser agentes favorecedores del estrés y la ansiedad en los adultos mayores ingresados. Son factores, en definitiva que pueden estar implicados en la aparición de un cuadro de delirium.

Entendemos el estrés como conjunto de reacciones físicas y psicológicas que se desencadenan en el organismo cuando se enfrenta a situaciones entendidas como nocivas para él. (9)

Una característica importante del SCA es la gran variabilidad que presenta. Pacientes con los mismos factores predisponentes pueden presentar cuadros muy distintos. (9)

Hay dos **características comunes** en su forma de manifestación: (5)

- A. Comienzo agudo- Los primeros indicios se desarrollan de forma aguda en la mayoría de los casos. Esto debemos de tenerlo en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico diferencial con algunos cuadros psiquiátricos.
- B. Curso fluctuante- La fluctuación del nivel de conciencia es una característica definitiva en los estados confusionales.

El SCA es una alteración transitoria del estado mental caracterizado por: (4,5 7,14)

1. Trastornos de la atención:

El paciente se muestra inatento. No dirige, ni mantiene la atención a estímulos de forma selectiva. Se distrae con cosas irrelevantes y no es capaz de atender a estímulos nuevos. La atención es vaga y resulta muy dificultoso mantener con él una conversación fluida. No sigue instrucciones y es incapaz de contestar preguntas sencillas. Las pruebas que requieren concentración mantenida y manejo o manipulación de material les son prácticamente imposibles de realizar.

2. Afectación en las funciones cognitivas

a. Memoria:

- Se muestra alterada, probablemente en relación con el trastorno de la atención que es fundamental para fijar, registrar y procesar la información.
- Se ve afectada la memoria reciente y la capacidad de aprendizaje. Por este motivo existe amnesia del episodio una vez resuelto el cuadro.
- La memoria remota suele permanecer intacta.

b. Orientación

- En principio existe una desorientación temporal. Posteriormente espacial y en algunas ocasiones personal.

c. Lenguaje:

- Es un reflejo del estado del pensamiento. Es, a menudo, lento, incoherente, impreciso y dubitativo. Sus conversaciones son perseverantes y repetitivas. La escritura también se ve alterada. Forman letras y palabras erróneas, en distintas direcciones y con defectos gramaticales.

d. Percepción:

- Hay una distorsión de la percepción sensorial. Habitualmente son visuales (alteración del tamaño de los objetos o de su forma, percepción de un objeto único como múltiple)
- Existe una reducción cuantitativa (número de percepciones por unidad de tiempo) y cualitativa de los estímulos. Tanto las ilusiones (interpretaciones erróneas de estímulos sensoriales) como las alucinaciones, (percepciones sin estímulos externos) son frecuentes en los pacientes con delirium.

e. Pensamiento desorganizado:

- El paciente no es capaz de llevar a cabo una síntesis y una diferenciación adecuada de los contenidos psíquicos. Su pensamiento es dominado por sus deseos, preocupaciones e incluso por ideas delirantes que suelen ser transitorias y de contenido persecutorio. Mezclan experiencias del pasado con el presente y distorsionan la realidad.

3. Alteración del nivel de conciencia:

Dentro de la conciencia consideraremos dos componentes el contenido (entendido como la capacidad de integrar estímulos que relacionan al individuo consigo mismo y con su entorno) y el grado de alerta. En el cuadro confusional ambos se ven seriamente alterados.

Puede presentar hipo actividad o hiperactividad. Su nivel de conciencia puede ser normal o estar alterado. Puede fluctuar a lo largo del día del estupor y la somnolencia a la excitabilidad e hiperactividad.

4. alteraciones del ciclo sueño-vigilia:

En general existe insomnio, con empeoramiento del grado de confusión por la noche e hipersomnia diurna. La noche es vivida con miedo y angustia.

5. Estado afectivo:

Varía de la euforia, agresividad, temor, ansiedad hasta la depresión, apatía, perplejidad e indiferencia. Es común que el paciente alterne de un estado a otro.

2.4 SUBTIPOS CLINICOS. (15)

Existen tres tipos de presentación clínica del SCA:

1. Hiperactivo:

- a. Se caracteriza por presentar cuadro de hiperactividad, agitación, agresividad, alucinaciones e ideas delirantes
- b. Se da en un 15-25% de los casos
- c. Suele asociarse a cuadros de abstinencia y efectos de algunos fármacos
- d. Es el más fácil de detectar por la evidencia de los síntomas

2. Hipoactivo:

- a. Especialmente frecuente en los más ancianos
- b. Cursa con hipo actividad, enlentecimiento psicomotor, bradipsiquia, lenguaje lento, facies inexpresiva, letargia y apatía.
- c. Se desarrolla en un 20-25% de los casos
- d. Se suele asociar con alteraciones metabólicas.
- e. Es el más difícil de identificar, pues sus síntomas no son tan evidentes y podría pasar desapercibido. Debe hacerse un diagnóstico diferencial con la demencia y la depresión.

3. Mixto: Hiper e hipoactivo:

- a. Alternan periodos de hiper e hipo actividad en el tiempo.
- b. Supone el 35-50% de los Síndromes Confusionales.

CAPITULO 3: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO:

3.1 Exploración física, mental y complementaria.

El diagnóstico de un delirium es básicamente clínico y a menudo representa un síntoma de complicación de la enfermedad de base, más que un problema o un diagnóstico en sí mismo. Es frecuente que sus manifestaciones clínicas obedezcan a una variación circadiana agravándose al oscurecer, en la tarde o noche. Las personas que habitualmente tratan al paciente no suelen ser testigos de las alteraciones conductuales y mentales del mismo y éstas suelen ser manejadas y presenciadas por el personal que cuida del paciente, es decir familiares, cuidadores y personal de enfermería. (16)

Ante todo cuadro confusional, el primer paso que llevaremos a cabo será el diagnóstico del cuadro sintomático, objetivar que el paciente está realmente confuso. A veces es evidente, pero otras muchas hay que realizar un examen mental para detectarlo. (5)

Criterios diagnósticos del Delirio (basado en la clasificación DSM IV, modificado) (15)

- a. Alteración de la conciencia, (menor estado de alerta al entorno) y menor capacidad para enfocar, mantener o cambiar la atención.

- b.** Cambios cognitivos, déficit de memoria, desorientación, alteraciones en el lenguaje o en la percepción, no explicables por una demencia previa o en proceso.
- c.** Desarrollo en un corto periodo de tiempo, esto es, días u horas, y con fluctuaciones a lo largo del día.
- d.** Evidencia, por examen físico, anamnesis o pruebas de laboratorio que el delirio es causa de:
 - Enfermedad o patología médica
 - Intoxicación o efecto colateral de drogas
 - Privación de sustancias
 - Múltiples factores

Para reconocer un delirio llevaremos a cabo las siguientes **prácticas** (9)

- 1.** La realización de un test cognitivo en la primera entrevista.
- 2.** Interrogaremos a los informantes: Familiares, cuidadores y personas que nos puedan aportar datos acerca del paciente. Es conveniente realizar un test de Barthell (ver anexo tabla 2) al ingreso para recabar información acerca del estado funcional previo del individuo. En las unidades geriátricas realizan una “valoración geriátrica integral” donde de forma más o menos protocolizada hacen un estudio físico, mental y social del paciente.(8)
- 3.** Revisaremos las anotaciones de enfermería en busca de datos relativos a comportamiento y actitudes alteradas, cuadros de desorientación, alucinaciones y episodios de agitación. Esto nos aportará datos en cuanto a la frecuencia con que se presenta, intensidad y periodos del día en que se desarrollan.

Se realizará un **test corto de atención** que recoja una serie de pruebas:

- a.** Invertir las días de la semana
 - b.** Serie de 7. Le pediremos al paciente que cuente de siete en siete en sentido inverso
 - c.** Le propondremos que nos escriba una frase
- 1.** Criterios de CAM (Confusión Assesment Method, de Inouye)(7,5)
 - a.** Inatención
Valorar si el paciente se distrae fácilmente, si es incapaz de mantener una conversación, si persevera en sus respuestas una y otra vez, si hay que repetirle las preguntas.
 - b.** Comienzo agudo y fluctuante
Hay evidencia de un cambio de estado mental del paciente respecto a días previos.
 - c.** Pensamiento desorganizado
El individuo presenta un discurso incoherente, una conversación irrelevante, con ideas poco claras e ilógicas.

d. Alteración del nivel de conciencia.

Es afirmativo si el individuo presenta un estado diferente al estado de alerta normal, es decir somnoliento, inhibido o un estado de hiperalerta.

El diagnóstico de delirium requiere la presencia de los dos primeros puntos, a y b y uno cualquiera de los otros dos, c ó d.

El Cam (al igual que el Mini-Mental) es un test para evaluar la función mental que es fácil de superar, tiene una sensibilidad del 94-100% y una especificidad del 90-95%. (5) Existe una versión adaptada al castellano. (Ver anexo tabla 3)

El minimental, (ver anexo tabla 4) ha sido utilizado para medir la evolución del delirium y la demencia. Aunque ha demostrado que puede diferenciar el SCA de otras entidades como la depresión o la psicosis, no logra hacerlo con la demencia. Existen una serie de limitaciones, tales como que mide la praxia constructiva, que es difícil que esté conservada en un sujeto con delirium, que precisa que esté intacta la función del habla, y que a veces se puede ver modificado por el nivel de escolaridad del individuo.(17)

A tales efectos y para superar estas deficiencias Harts y Cols desarrollaron la escala cognoscitiva para el delirium (ECS) que puede aplicarse en pacientes con el habla afectada y que mide las principales dimensiones alteradas por el SCA, es decir atención, memoria, comprensión y vigilancia (17)

Existe una escala- Escala RASS (Richmond agitation sedation scale) que valora el grado de agitación-sedación del paciente (ver anexo tabla 5). Es ampliamente utilizada en las UCI y abarca una serie de ítems, desde muy agitado, violento, hasta no despertable, o paciente en sedación profunda que nos permite discernir si nos encontramos ante un delirium hiperactivo si es positiva o un delirium hipoactivo si es negativa. En ambos casos hay que buscar y tratar la etiología, aplicar medidas ambientales para corregirlo y revisar medicación, sobre todo en caso de que sea negativa, por encontrarnos ante un paciente excesivamente sedado. (18)

Así mismo se debe llevar a cabo una exploración de las funciones no intelectivas (19) donde se valore:

- Conducta y comportamiento: Hiper o hipo actividad.
- Estado anímico: Euforia, ansiedad, apatía, temor, depresión
- Ciclo vigilia-sueño: Hipersomnia diurna, insomnio nocturno
- Sistema neurovegetativo: Temblor, taquicardia, hipertermia, midriasis, diaforesis...

EXPLORACION FISICA.

Generalmente el delirium es el resultado de la interacción entre la vulnerabilidad del paciente y la presencia de factores predisponentes que actúan de forma acumulativa. (15)

En la investigación del delirium hay que intentar conocer los factores desencadenantes. El diagnóstico etiológico es vital a la hora de buscar una resolución rápida del proceso. (4)

En este punto la historia clínica es fundamental. Hay que anotar de forma exhaustiva todos los datos, cómo comienzan y en qué forma se desarrollan. Todo lo aportado por el paciente y sus cuidadores proporciona valiosa información acerca de las causas del proceso. (5)

Hay que saber si nos encontramos ante una persona previamente sana o, si por el contrario, es portador de alguna enfermedad neurológica que se ha complicado con una enfermedad médica o quirúrgica. Hay que conocer enfermedades previas, ingesta habitual de fármacos, si existen hábitos alcohólicos o si ha habido un Traumatismo cráneo-encefálico (TCE) previo. Indagar sobre síntomas previos al SCA, tales como vómitos, diarreas, infecciones... (5)

El examen físico ha de ser meticuloso, en busca de hallazgos tales como taquicardia, hiper o hipotensión, diaforesis, temblor o mioclonías. Hay que realizarlo por partes, según la colaboración del paciente, buscando su cooperación y evitando, en la manera de lo posible, que se fatigue. (5)

Hay que tratar de buscar factores desencadenantes del delirium, tales como signos de deshidratación, sequedad muco-cutánea, alteraciones metabólicas, traumatismos, fiebre, infecciones. (4)

Con los hallazgos derivados de la historia clínica y el examen físico determinaremos las pruebas complementarias necesarias para completar el estudio diagnóstico del paciente. Hay que establecer prioridades en las exploraciones que se llevarán a cabo para buscar la etiología que permita establecer un tratamiento lo más eficaz posible. (4)

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Ante todo paciente con un cuadro confuso agudo se debe llevar a cabo: (12)

1. Estudio inicial
2. Pruebas dirigidas. Basándonos en los datos obtenidos en la exploración y la historia clínica.

Estudio inicial: Se debe realizar

1. **Hemograma:** En busca de anemia, trombopenia y leucocitosis, pues parece ser que cuadro infecciosos o sepsis pueden ser agentes causantes de cuadros de delirio. Es frecuente la presentación atípica de infección, en ausencia de fiebre en los pacientes ancianos.(5,10)
2. **Bioquímica completa:** Electrolitos, glucosa, calcio, urea, albúmina, transaminasas, bilirrubina, cpk. Puede orientar acerca de alteraciones metabólicas capaces producir un desequilibrio que predisponga al desarrollo de un SCA. Déficit de vit B12 y ácido fólico, ferropenia y alteraciones en las hormonas tiroideas pueden precipitar un cuadro de confusión. (5,14)

3. **Gasometría arterial** : Hallazgos de hiperventilación por alcalosis respiratoria/ acidosis metabólica o de hipo ventilación por acidosis respiratoria/ alcalosis metabólica pueden ayudar a establecer una relación con la etiología del SCA.(14)
4. **Sedimento en orina:** Para asegurarse de que no hay ITU y que no nos encontramos ante una retención aguda de orina que pudiera causar inquietud y alteración del comportamiento en el paciente. (10)
5. **Electrocardiograma:** Hay que descartar un probable Infarto agudo de miocardio (IAM), arritmias, hiperpotasemia...(10)
6. **Radiografía de tórax y abdomen:** Para objetivar si existen masas, neumonía, TEP o cualquier cuadro abdominal agudo que se deba tratar.(10)

Pruebas dirigidas, según hallazgos previos (4, 5, 9,10, 14)

1. **Pruebas microbiológicas**, si hay indicios de cuadros infecciosos
2. **Tóxicos en sangre y orina**, si se sospecha una posible existencia de los mismos tales como intoxicación por litio, digoxina...
3. **Hormonas tiroideas y vit B12**, si el deterioro es subagudo.
4. **Punción lumbar y TAC**, si no se tiene clara la etiología o para descartar un proceso infeccioso en el SNC. También, en el caso del TAC, para detectar lesiones tumorales y traumatismo craneoencefálico (casi todas las causas del SCA son extracraneales) sólo un 10% lo serían. Es por ello que el TAC no es una prueba de primera elección, pues primero hay que descartar o tratar otras causas más frecuente (20)
5. **Electroencefalograma:** Es especialmente útil, cuando el diagnóstico etiológico no está claro en un primer momento o persiste el cuadro. Puede detectar causas intracraneales, diagnosticar pacientes con trastornos del comportamiento y servir como diagnóstico diferencial con la demencia, depresión y la epilepsia. En el caso del delirio hay una desestructuración de los ritmos normales. Las ondas del EEG presentarán un trazado lento de la actividad de fondo, lo que implica una disfunción neuronal. Se puede por tanto llevar un seguimiento y evolución del SCA (14)

3.2 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

El SCA puede parecerse por sus síntomas a otros cuadros, por lo que hay que diferenciarlo de otras alteraciones neurológicas y psiquiátricas. (10,14)

Es importante realizar un diagnóstico diferencial con la demencia, psicosis funcionales, trastornos de ansiedad , depresión, amnesia global transitoria y en definitiva, otros trastornos, que pueden enmascararlo, retrasando el abordaje por parte del equipo sanitario y en definitiva, la resolución del episodio. (5). En el caso de la demencia, es especialmente difícil cuando el delirio se superpone la enfermedad de Alzheimer o a la demencia multiinfarto. (5)

Demencia:

Existe un deterioro cognitivo gradual, en meses, y sigue un curso irreversible y progresivo. Además es estable a lo largo del día, sin periodos de exacerbación nocturna, ni fluctuaciones. El nivel de conciencia está intacto, la atención no está tan afectada como en el SCA, la desorientación aparece en fases más tardías. No hay afectación psicomotora y no hay alteración

en el patrón sueño, ni éste se ve superficial, ni fragmentado como en el delirium. El EEG es normal hasta estadios avanzados de la enfermedad. (4, 10,14)

Hay que tener especial cuidado con los pacientes sugestivos de padecer un cuadro de demencia, puesto que es habitual la existencia de un SCA intercurrente por enfermedad o asociado con la administración de determinadas sustancias en el caso de éstos pacientes. Tampoco se debe establecer un diagnóstico de demencia en función de un estudio realizado en el contexto de un delirium. (14)

En la demencia se ocasiona un daño global en la capacidad intelectual del individuo, pero hay que estar alerta ante deterioros bruscos, agudos o subagudos de la conducta física o la función cognitiva de estos pacientes, porque son tratables y hay que distinguirlo del curso natural de su demencia, de forma que no se vea enmascarado un cuadro de confusión aguda, atribuyéndolo a su enfermedad de base. (5)

Psicosis funcional aguda (seudo-delirio):

Suele presentarse en personas con una enfermedad psiquiátrica previa. Responden a un comportamiento maniaco-depresivo, presentando ideas delirantes de forma sistematizada. No existen fluctuaciones durante el día. El EEG es normal. También es de inicio súbito, al igual que en el cuadro Confusional y el nivel de conciencia aparece normalizado. Se da en un contexto de enfermedad física ausente. El lenguaje no se ve alterado. En algunas ocasiones pueden existir alteraciones psicomotoras y alteraciones en la atención, aunque esto no ocurre siempre. Pueden presentar alucinaciones auditivas, que también se pueden presentar el delirio, pero no tanto visuales, que son las predominantes en el SCA. (4,9)

Si existe episodio maníaco el paciente se muestra hiperactivo, distraído y puede presentar alucinaciones. Sin embargo, en este caso el estado de ánimo está alterado, siendo persistentemente elevado, exagerado expansivo e incluso irritable. Su autoestima está exagerada, presenta verborrea y fuga de ideas. No siente la necesidad de dormir en ningún momento del día. (14)

La **depresión** cursa con un estado de ánimo triste, el paciente se muestra apático e hipoactivo. Presenta fatiga y anorexia sin fluctuaciones. La conciencia y la atención son normales, el lenguaje quizá en ocasiones, algo insidioso. (10)

Existen otras patologías, quizá menos frecuentes, con las que también conviene realizar un diagnóstico diferencial:

Afasia de wernicke:

Es una alteración de predominio sensitivo en la que se ve afectada, principalmente la comprensión y la repetición del lenguaje. Se inicia de forma brusca, se trata de un déficit crónico y que no se manifiesta con fluctuaciones. Suele ir acompañado de otros defectos neurológicos, tanto motores como sensitivos. Su lenguaje suele ser abundante y bien articulado. No son capaces de obedecer órdenes sencillas. Las esferas en las que el lenguaje no interviene son normales, así como su nivel de conciencia y su atención. (14)

Amnesia global transitoria:

Su inicio es brusco y se auto limita en 24 horas normalmente. Hay afectación selectiva de la memoria antero grada, y es muy característico la emisión de preguntas repetitivas y la perplejidad del paciente. El nivel de conciencia y el resto de funciones cognitivas están intactas. (14)

Trastorno de ansiedad y angustia:

Consiste en la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso, que se inicia de forma brusca y que conlleva otros síntomas como palpitaciones, sudoración, temblor, opresión torácica y sensación de disnea, mareos y miedo a una muerte inminente. Su duración es corta y no existe amnesia del episodio. (14)

Trastornos disociativos:

La disociación es una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la memoria, la identidad y la percepción del entorno. Aquí están presentes cuadros de amnesia disociativa (incapacidad para recordar información personal importante) trastorno de identidad disociativo (más de una identidad en el propio individuo o estados de personalidad que controlan su propio comportamiento) y despersonalización (el paciente se ve como un observador externo de sus procesos mentales o de su cuerpo) Suele ser un cuadro también agudo, de curso corto y terminación brusca. Hay desorientación en persona y amnesia para hechos personales pasados, aunque conserva la memoria para datos de información general. El EEG es normal. (14)

3.3 TRATAMIENTO CLINICO

En nuestro medio hospitalario es muy habitual el uso de diferentes fármacos para controlar los síntomas del delirium.

Como ya hemos visto el delirium es uno de los síndromes geriátricos más frecuente en el anciano hospitalizado, bien sea por patología médica o quirúrgica. Con frecuencia, presenta un cuadro prodrómico que precede en horas o días al delirium establecido como tal. Esto es, una actitud más demandante, déficit de concentración, ansiedad e irritabilidad. Si en este momento tomamos las medidas necesarias con celeridad y eficacia, la situación no desembocará necesariamente en un delirium establecido. (21)

Existe un tema relativamente novedoso, la **prevención farmacológica**, que representa todo un reto para los clínicos que pretenden encontrar un tratamiento profiláctico para el delirium, tal y como fueron, en su día, las heparinas de bajo peso molecular, para prevenir las trombosis profundas. (21)

Hay dos referencias, basadas en dos estudios, en 2004 y 2005, acerca de la utilización de fármacos anticolinérgicos (recordemos que en la fisiopatología del delirium existe un déficit colinérgico y que si se interviene incrementando los valores de acetilcolina, se puede actuar a modo de prevención). Ambos han sido desestimados por débil diseño y escaso número de pacientes reclutados, aunque parece ser es una vía correcta para seguir investigando. (21)

Por otro lado, se ha publicado otro estudio en 2005, en el que pacientes tratados a dosis bajas de haloperidol, si bien no se consiguió reducir la incidencia, sí que se redujo la severidad y duración del cuadro de delirium, reduciendo la estancia hospitalaria, abaratando costes de la misma y con buena tolerancia por parte de los pacientes.(21)

El tratamiento farmacológico tiene dos vertientes diferenciadas: (14)

1. Tratar por un lado los factores etiológicos o desencadenantes.
2. Controlar los síntomas del delirium.

Lo más habitual es que ambos tratamientos se apliquen de forma conjunta.

TRATAMIENTO ETIOLOGICO.

Es el pilar fundamental en el manejo del SCA. Hay que tratar enérgicamente la enfermedad de base. (14) Muchas veces, el delirium no evoluciona de forma paralela a la patología que lo desencadenó y tarda mucho más en resolverse. (13) Hay que revisar los fármacos que el paciente tiene prescritos, sobre todo, los de reciente introducción. Evitar, en lo posible anticolinérgicos, benzodiacepinas, antihistamínicos y mórficos, y eliminar cualquier medicación que pudiera contribuir en el desarrollo de un cuadro de delirium. (21). Es conveniente retirar toda aquella medicación que no sea imprescindible.

Por supuesto, se debe corregir todo factor desencadenante, alteración hidroelectrolítica, fiebre, proceso infeccioso e hipoxia, entre otros. (21) Dada la fluctuación de la sintomatología, es necesario un seguimiento diario del paciente y un registro adecuado de los datos clínicos. (14) Muchas veces los episodios de delirium no se llegan a diagnosticar. Solo el 50% son detectados y documentados por enfermería y el 20% por el personal facultativo. (22)

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

La utilización de fármacos para controlar el SCA debe evaluar siempre la relación riesgo/beneficio. Hay que evitar caer en el círculo vicioso Fármaco-Delirium-Más fármacos. (14)

Los neurolépticos parecen ser el grupo de fármacos de elección para tratar las formas hiper e hipo activas del delirium. Podemos clasificarlos en:

1. Neurolépticos típicos: El más utilizado es el haloperidol
2. Neurolépticos atípicos: Olanzapina y risperidona.

Haloperidol: Ofrece una respuesta rápida. Sus efectos anticolinérgicos, hipotensores y sedativos son menores que con otros fármacos, pero presenta algunos efectos secundarios, tales como arritmias en ancianos con patología cardíaca y efectos extrapiramidales, tales como parkinsonismo, discinesia o distonía. (18) Se inicia la pauta a dosis baja y una vez controlado el cuadro, se continúa con una dosis decreciente de mantenimiento, durante unos 7 días, para evitar la acumulación del fármaco y la aparición de efectos indeseables. Tiene la ventaja de la presentación parenteral para aquellos pacientes en los que no sea posible, por su agitación, la administración vía oral. (22)

Risperidona y olanzapina: Presentan la misma efectividad en el control de síntomas conductuales y parece ser presentan menos efectos secundarios, sobre todo extrapiramidales, y menor morbilidad. (21) No disponemos de una presentación parenteral de estos fármacos, lo que supone una desventaja en los pacientes muy agitados, aunque sí existe una presentación buco dispensable (flash) en el caso de la risperidona. (21)

Quetiapina: No produce síntomas extrapiramidales, por lo que es uno de los fármacos de elección para pacientes con patologías como el parkinson. (21)

Hay otra serie de medicamentos, como las benzodiazepinas, clormetiazol, tioridazina, levopromazina que están desaconsejadas por su gran acción sedante.

El fármaco elegido, se debe administrar a dosis bajas y durante el menor tiempo posible. Recordemos que el objetivo no es alcanzar una sedación, sino tratar los síntomas y por tanto procurar que el paciente esté despierto durante el día y descansa durante la noche. De esta forma no alteramos su ritmo, ni su rutina diaria. (19)

CAPITULO 4. ABORDAJE INTEGRAL

4.1 PREVENCIÓN:

Es fundamental que el personal enfermero sea capaz de prevenir el cuadro confusional en los pacientes que se encuentran a su cargo. A veces esto no será posible, pero sí detectar cualquier cambio conductual, para evitar la progresión del episodio y la utilización, por sistema, de fármacos, previniendo así sus posibles complicaciones. (1)

El tratamiento preventivo reduce hasta en un 50% el número y duración de episodios de delirium en pacientes ancianos ingresados en un hospital. Las medidas preventivas constituyen la terapia más eficaz, puesto que una vez instaurado el cuadro el tratamiento es menos efectivo y las consecuencias son mayores. (9)

El personal de enfermería debe plantearse tres objetivos ante todo paciente sugestivo de padecer un delirium que ingrese en una unidad hospitalaria:

OBJETIVOS:

1. Procurar que el individuo permanezca orientado, mientras dure su estancia en el medio hospitalario
2. Evitar que el paciente perciba el entorno como algo hostil y estresante, mientras se encuentre inmerso en el mismo.
3. Reforzar la independencia del individuo y la confianza en sí mismo y sus capacidades, durante el proceso de su patología/ enfermedad.

MEDIDAS: (4, 6,11, 22,28)

- Presentación del personal sanitario, aportándole de este modo confianza y seguridad y estableciendo desde el primer día una relación de confianza basada en la comunicación.
- Nos dirigiremos al paciente por su propio nombre, con respeto y afabilidad.
- Nos informaremos de sus hábitos, costumbres y patrón de sueño para facilitarle al máximo su descanso. Procurarle un sueño regular y reparador. Evitar la siesta.
- Debemos informar a los familiares del riesgo potencial de delirium ante la desubicación de su entorno habitual y pedirles su estrecha colaboración.
- Intentaremos que el paciente interaccione con su entorno, integrándole y explicándole las rutinas y protocolos del hospital. También haremos partícipe a su

familia. Informarle sobre su estancia y motivo de ingreso. Esto aumenta la sensación de control del paciente de su propia situación.

- Insistir al individuo para que lleve a cabo todos aquellos cuidados que sea capaz de realizar de forma independiente. De esta forma mantenemos su competencia funcional.
- Reorganización horaria de las técnicas de enfermería, respetando horarios de sueño y evitando la superficialización y fragmentación del mismo. Explicarle de forma sencilla todas aquellas técnicas enfermeras que vamos a aplicarle y el por qué de las mismas.
- Corregir déficit sensorial de visión y audición con lentes o audífonos, si los usa
- Estaremos especialmente atentos en aquellos pacientes con pobre funcionalidad o demencia previa instaurada, ya que son más proclives a desarrollar un cuadro de delirium
- El equipo multidisciplinar debe proporcionar al paciente la información que demande. Así resolveremos el miedo, ansiedad y preocupación que el individuo pueda sentir por ver amenazada su salud
- Evitaremos, en lo posible, los cambios de unidad, de habitación y de personal.
- Trabajaremos desde el primer día en fomentar lo antes posible el retorno a su domicilio

MEDIDAS AMBIENTALES (3, 11, 23)

- Limitación de estímulos sensoriales como luz excesiva y ruidos. Mantener una iluminación tenue durante la noche, pues las sombras pueden acentuar su confusión.
- Proporcionarle un ambiente físico tranquilo y amigable.
- Evitar que comparta habitación con otro paciente con delirio, para no potenciar efectos indeseables
- Procurar que tenga fotografías y recuerdos personales para reforzar la orientación en su propia persona y para procurar que esté conectado con la realidad. Es muy positivo para que mantenga un cierto contacto con el exterior.
- Poner a su alcance objetos personales, timbre y luz.
- Disponer de calendarios y relojes en las habitaciones y pasillos con el fin de orientar al paciente en tiempo y espacio. Es recomendable fomentar lecturas que le gusten al paciente y periódicos que le permitan estar conectado con la actualidad.
- Las visitas son necesarias, pero no por mucho tiempo, ni muchas personas a la vez. Es preciso que exista un cuidador principal como referencia y una cierta regularidad en lo que a familiares y cuidadores se refiere.
- Eliminar barreras arquitectónicas. Procurar al paciente un entorno seguro.

- Explicaremos rutinas y protocolos de la unidad, respetando en la medida de lo posible, los hábitos del paciente. Debemos tratar desde el primer momento de socializarle con el medio hospitalario.

El desarrollar actividades como las anteriormente descritas, puede contribuir, sin duda, ayudar a prevenir “a priori” complicaciones importantes para el anciano ingresado además de potenciar el rol enfermero en el medio hospitalario. (1)

Estos factores son muy tenidos en cuenta en las unidades geriátricas, donde se les presta una mayor atención, pues están más sensibilizadas al respecto, y ello explica su relativamente baja prevalencia en pacientes con cuadro confusional agudo. (8)

4.2 INTERVENCIONES ENFERMERAS:

El personal de enfermería tiene un papel fundamental en el manejo del SCA. “Ante **todo paciente confundido podemos hacer muchas cosas, no simplemente administrar medicación**” (11)

No en vano, un estudio realizado por Rodríguez Modejar y colaboradores en una unidad de cuidados intensivos, concluyó que la actitud de enfermería en cuanto a identificar precozmente el cuadro de confusión aguda e iniciar las medidas oportunas de orientación en tiempo y espacio, aplicando las medidas ambientales necesarias, puede resultar eficaz en un 35% para estabilizar al paciente sin necesidad de fármacos (1).

El delirium se clasifica como síndrome geriátrico, pero desde la metodología enfermera se contempla como un problema interdependiente. Debe ser tratado por todo el equipo de forma interprofesional, pero el personal enfermero es la pieza clave en la detección, prevención y evolución del SCA (23)

Debemos preguntarnos si sabemos cuidar a un paciente geriátrico que desarrolla un cuadro confusional durante su ingreso y qué podemos aportar para mejorar la forma de atender a estos pacientes en nuestro medio hospitalario.

OBJETIVOS: (2, 23,29)

- Reconocer e identificar de forma rápida cualquier signo-síntoma incipiente de posible SCA en un paciente especialmente vulnerable, como es el paciente anciano.
- Identificar y registrar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales del paciente desde el primer momento, de esta forma seremos capaces de prestar una acción preventiva, terapéutica y rehabilitadora temprana para conseguir el mayor grado de autonomía del paciente al alta. Sólo debemos recurrir al tratamiento farmacológico si las demás medidas no resultan eficaces.
- Aplicar todas las medidas necesarias de seguridad en el entorno del paciente, para salvaguardar su integridad y la de las personas que le rodean, sean familiares, otros pacientes o personal sanitario.
- Conservar la función cognitiva y la autonomía del paciente, durante su estancia hospitalaria.

MEDIDAS:

Ante cualquier persona ingresada en una unidad hospitalaria, que presente conductas o signos incipientes de cuadro de delirium, llevaremos a cabo una serie de medidas para controlar las causas y minimizar los posibles efectos y complicaciones en el paciente. (3, 6,11, 18,19, 23, 27)

1. **Valoración integral** y exhaustiva del paciente para obtener datos acerca de:
 - Antecedentes, patologías previas, medicación y cualquier otro dato que nos pueda orientar acerca de los posibles factores precipitantes y desencadenantes.
 - Pérdidas significativas recientes, y filiación social (dónde y con quien vive, entorno en el que desenvuelve, características de su vivienda). Nos puede ayudar a obtener información acerca de la ayuda familiar con la que contaremos y el entorno económico y social del paciente.
 - Hábitos, costumbres y patrón del sueño del individuo para facilitarle al máximo su descanso.
 - Nivel de auto cuidado y grado de funcionalidad y dependencia previo al ingreso para actividades básicas instrumentales. Esto nos ayudará a desarrollar un plan de cuidados personalizado, en el que reflejaremos necesidades a cubrir por parte del personal de enfermería.
2. Aplicaremos las medidas de seguridad necesarias, tales como uso de barandillas, camas bajas para evitar caídas, vigilancia estrecha del paciente y todo lo necesario para salvaguardar su integridad física durante el periodo de confusión.
3. Nos debemos asegurar de que el paciente reciba una ingesta hídrica y alimentaria adecuada, así como controlaremos la existencia o aparición de otros factores desencadenantes
4. Procurarles intimidad para la evacuación urinaria e intestinal, acompañándoles si no son independientes. Este aspecto preocupa especialmente a los pacientes. Evitar el uso de pañal por sistema o “comodidad”.
5. Instaurar programas de reentrenamiento vesical, estableciendo horarios de visita programada al baño
6. Evitar que el paciente sienta vergüenza o frustración por aquellas tareas en las que precise nuestra ayuda. Hacerle comprender que se trata de una situación temporal, reforzando su autoestima. Debemos mantener intacta la dignidad del paciente.
7. Promover la movilidad precoz del paciente, evitando el encamamiento. Realizar sesiones de ejercicios activos-pasivos con la colaboración de la familia pues le aporta autoestima, seguridad e independencia. Es importante establecer un programa de tareas diarias para que las realice con las personas que colaboran en sus cuidados.
8. Si existe delirio o alucinaciones, no tratar de convencerle, ni discutir. Proporcionarle una actitud comprensiva procurándole seguridad y confianza.
9. Insistiremos en que esté siempre acompañado por un familiar o persona conocida, para evitar la sensación de abandono que pueda tener el anciano al encontrarse en un medio desconocido para él.

10. La repetición constante de la información, nos ayudará a reorientarle y ubicarle en su nuevo contexto. Cada cierto tiempo procuraremos llevar a cabo programas de orientación a la realidad, indicarle fecha, día, hora, lugar en que se encuentra, motivo de ingreso y quienes son las personas que se encuentran en ese momento, junto a él, cuidándole. Reevaluaremos de forma continúa su actitud, comportamiento y el contenido de su pensamiento. Es importante llevar a cabo actividades de estimulación cognitiva, tales como juegos de palabras o habilidades, juegos de cartas con sus acompañantes y todo aquello que pueda servir para mantener su actividad mental.
11. Nuestro contacto debe ser personal y tranquilizador. Buscaremos aproximación física, tono de voz lento y comunicación cara a cara.
12. Nuestras preguntas serán lo más sencillas posibles. Hay que explicarle lo que le realizamos y el objetivo de las técnicas, eludiendo las que no sean del todo imprescindibles
13. Evitaremos, en lo posible, los cambios de unidad, de habitación y de personal.
14. Intentaremos que el paciente interaccione con su entorno, integrándole y explicándole las rutinas y protocolos del hospital. También haremos partícipe a su familia. Informarle sobre su estancia y motivo de ingreso.
15. Colocarle algún tipo de identificación, con la unidad de referencia ante el riesgo de posibles fugas.

En resumen, realizaremos un plan de cuidados personalizado, en que recogeremos todas aquellas medidas necesarias para asegurar su integridad y seguridad en nuestro medio. Prestaremos atención a sus necesidades de hidratación y alimentación, movilidad, eliminación urinaria e intestinal, comunicación y autoestima que son las que más seriamente parecen dañarse en este tipo de pacientes. (23)

Debemos recordar en todo momento, que la atención al paciente debe ser multidisciplinaria e integral. Es fundamental aunar los esfuerzos de todo el personal sanitario, trabajando conjuntamente en el manejo de este tipo de pacientes.

Si procuramos al paciente un entorno adecuado y seguro y mantenemos una relación basada en la comunicación y la interacción continua con él y su familia desde el momento mismo del ingreso, detectaremos de forma precoz el riesgo potencial de padecer un SCA y podremos aplicar de forma inmediata todo tipo de medidas para evitar el uso de fármacos y procurar al paciente una recuperación completa sin secuelas orgánicas, ni funcionales (22)

4.3 COMPLICACIONES Y PRONÓSTICO:

El impacto del delirium en la población geriátrica tiende a ser infravalorado en cuanto a su diagnóstico y su pronóstico. El hecho de haber padecido durante un ingreso un SCA se asocia a un peor pronóstico global del paciente anciano. (25)

Podemos analizar el impacto del delirium desde dos perspectivas (25)

- 1- La del paciente
- 2- La del sistema sanitario que lo atiende

Impacto en el paciente:

El pronóstico del SCA puede ser variable, dependiendo de los factores que lo hayan determinado y de la situación previa del individuo. (12) Puede evolucionar hacia una recuperación completa (recordemos que se trata de un cuadro reversible) pero puede no ser así. En algunas ocasiones producirá secuelas cerebrales orgánicas, se ve incrementado el deterioro funcional, o incluso puede provocar la muerte. (14,25)

Los **factores pronósticos** fundamentales son: (14)

- a. Edad
- b. Etiología
- c. Presencia de patología neurológica previa
- d. Existencia de otras enfermedades

Habitualmente, su enfermedad de base se ve agravada y su calidad de vida alterada. (12) El delirium incrementa las complicaciones médicas intrahospitalarias tales como: (10,25)

- Infecciones: Al disminuir el nivel de conciencia hay más riesgo de neumonía por bronco aspiración. Así mismo con la inmovilidad del paciente, no es infrecuente que se vea afectado por cuadros de retención urinaria, incontinencia o incluso puede ser candidato a sondaje vesical, con el consiguiente riesgo de ITU.
- Caídas: Como consecuencia de contención física en momentos de agitación psicomotriz, de disminución del nivel de conciencia producto de la medicación administrada o simplemente por una disminución del umbral de percepción.
- Úlceras por decúbito por encamamiento del paciente o pérdida de funcionalidad.
- TVP: asociada a la inmovilidad del paciente

Los ancianos que desarrollan un cuadro de delirium, sobre todo si tienen una alteración patología cerebral de base, tienen riesgo de ver menoscabada su independencia una vez abandonan el hospital. (4)

La duración media de los síntomas viene a ser de una semana, aunque en el caso de los pacientes geriátricos puede tardar un mes o incluso más tiempo. Existe consenso al afirmar que se asocia claramente con un incremento de la morbilidad: (14)

- Puede existir un daño neuronal permanente e irreversible. Sólo el 20% de los pacientes se recuperan por completo a los 6 meses del alta
- Conlleva una hospitalización más prolongada
- Hay más riesgo de internamiento al alta en instituciones de larga estancia
- La probabilidad de precisar medidas rehabilitadoras o cuidados domiciliarios se ven incrementadas
- La mortalidad global oscila entre un 10-65% a largo plazo, durante el primer año un 35% de los pacientes fallecen tras haber presentado un SCA

Impacto en el sistema sanitario. Tiempo de estancia y costes. (25,29)

Hay un incremento significativo de la ocupación hospitalaria, tanto en pacientes con patología médica como en pacientes quirúrgicos. Así mismo aumenta la frecuencia de individuos derivados a otras instituciones que requieren cuidados intermedios por deterioro de su capacidad funcional, e incluso rehospitalización por cuadros agudos.

Estos eventos proporcionan vivencias altamente estresantes para el paciente y su entorno.

Hay en definitiva evidencia de un aumento de costes para el sistema sanitario, que se considera, podrían ser menores con medidas de prevención adecuadas que, se ha demostrado, reducen de forma significativa la incidencia del SCA. Se trata, por tanto, de llevar a cabo una utilización correcta de los recursos disponibles, en beneficio del anciano y del sistema sanitario.

REFLEXION:

Podríamos decir que sería deseable incluir el delirium como método de estudio de iatrogenia hospitalaria y marcador de calidad asistencial, tanto por su incidencia como por su morbimortalidad y pronóstico. El incorporarlo a los tradicionales cortes transversales de calidad que se vienen haciendo en nuestros hospitales (infecciones, úlceras por presión, caídas) puede ser útil para conocer, prevenir y tratar de forma precoz este síndrome geriátrico. (26)

Los servicios sanitarios tienen el desafío de brindar una resolución eficaz a un trastorno de tan alta complejidad, que obedece a múltiples factores y que implica una mayor demanda de atención de enfermería y un manejo adecuado y conjunto de todo el equipo multidisciplinar de los servicios sanitarios. El incorporarlo como marcador, permite obtener una evaluación de la calidad de funcionamiento de los servicios asistenciales que manejan pacientes ancianos y por tanto mejorar la atención de este tipo de pacientes. (25)

Sería claramente conveniente diseñar algún protocolo para detectar pacientes con alto riesgo de desarrollar un delirium desde el momento mismo de su ingreso. De esta forma se podría planificar determinados tipos de estrategias que eviten su presentación o al menos minimicen el impacto negativo de este síndrome en el paciente geriátrico.

CAPITULO 5: CONCLUSIONES:

1. El SCA es un problema interdependiente que se presenta de forma muy habitual, como complicación, durante la hospitalización del paciente geriátrico.
2. Los factores desencadenantes del delirium son muchos, y al igual que otros síndromes geriátricos, como las caídas, incontinencia, inmovilismo... obedece a una etiología multifactorial.
3. La polifarmacia, procesos infecciosos y factores ambientales participan en más del 60% de los casos de delirium en el anciano. Así mismo, la incidencia se ve aumentada en el contexto de las cirugías (sobre todo de cadera), el postoperatorio y en las estancias en UCI.

4. El incidir sobre los factores ambientales hospitalarios, de forma estandarizada, nos da opción a una posible intervención enfermera preventiva del cuadro, reforzando así el rol de nuestra profesión.
5. Debemos realizar una valoración integral del paciente al ingreso y registrar cualquier cambio de actitud y capacidad funcional que nos hagan sospechar indicios de un posible cuadro de confusión aguda. Esto nos permitirá un mejor diagnóstico de trastornos no informados (8)
6. En todo paciente que presente un delirium debemos realizar un plan de cuidados personalizado y adaptado a su situación.

En definitiva, no podemos olvidar que la mortalidad del delirium, maneja, durante el primer año, cifras de un 35% y a largo plazo oscila entre un 10-65%, lo que es, desde luego, preocupante. (13)

Finalmente, hemos querido diseñar un **“tríptico”** (ver anexo tabla 6) en el que recogemos las tres esferas de orientación. Una vez identificado el perfil de paciente susceptible de presentar un cuadro Confusional, aplicaríamos las medidas de prevención. Se trata de un ejercicio a realizar con el paciente a diario, al levantarse y al acostarse. Lo ideal es integrar en este cuidado a su familia.

1. En la primera parte, recogemos aspectos de su persona y de su entorno familiar. (La familia nos aportaría fotos).
2. En la segunda parte trataríamos de situarle en el tiempo. (Fecha, mes, día de la semana).
3. Por último trataríamos de recordarle la situación actual. Repasaríamos con el paciente que nos encontramos en el hospital, si le han informado de alguna novedad sus médicos, si ha habido cambios de medicación... Se trata de recordar con él cómo ha sido cada día, incidir en que su estancia en el hospital es una situación temporal y en definitiva, pensamos que puede ser una referencia diaria para que el paciente se sienta ubicado en el entorno y con el personal que le atiende.

En definitiva creemos que con esta actividad, además de reorientar periódicamente al anciano conseguimos que se sienta partícipe de su proceso patológico, de su estancia hospitalaria y prevenir la aparición del Síndrome Confusional Agudo. Se trata, pues, de un método sencillo, con muy bajo coste para el sistema sanitario que pensamos puede aportar grandes beneficios y reducir la incidencia del delirium. Sería realmente interesante realizar un futuro estudio en esta línea que pudiera cuantificar la eficacia de ésta y otras medidas preventivas en las unidades más afectadas actualmente por este síndrome en nuestro medio hospitalario.

BIBLIOGRAFIA:

- 1-J Rodríguez Modéjar JJ, Martín Lozano R, Jorge Guillem R.M, Iniesta Sánchez J, Palazón Sánchez C, Carrión Tortosa F, Parra Dormal F, López Amorós A, Martínez Huescar M. Síndrome confusional agudo en UCI: factores que influyen y actitud de enfermería. *Enferm intensiva* 2001; 12(1): 3-9.
- 2-J.J. Zarranz. *Neurología*. 2003 Elsevier España S.A Madrid 3ª edición. 196-198.
- 3- Reyes Ortiz Carlos A, Uriel Lago M.D, Jennifer Cárdenas M.D. Síndrome confusional agudo en un nonagenario hospitalizado. *Colombia Médica* 1998; vol 29: nº4 158-61
- 4-Manual de geriatría y gerontología año 2000. Capítulo 3. Síndromes geriátricos y patología del adulto mayor. Síndrome confusional agudo en geriatría. Escuela. Med. Puc.cl/pub/
- 5-Lárraro del nogal M, Ribera Casado J.M. Síndrome confusional (delirium) en el anciano. *Psicogeriatría* 2009; 1 (4): 209-21
- 6-Hurtado Martínez S. Manejo ambiental en el tratamiento del delirio. *Excel enferm* (1 de febrero 2006); 3(14) URL <http://www.ee.isics.es>.
- 7-Moreno Rodríguez, Ana. El delirio en enfermos con fractura de cadera, su incidencia. *Enfermería global* vol 9, Nº 3(2010) Nº 20 octubre.
- 8- Guillen Llera, Francisco. Delirium en pacientes ancianos hospitalizados. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124(14): 538-40
- 9- Hoyl Moreno M.T Síndrome confusional agudo en geriatría. *Boletín Escuela de medicina Pontificia Universidad católica de Chile*. 1997; 26: 53-57
- 10-Antón Jiménez Manuel, Giner Santeodoro Antonio, Villalba Lancho Estela. Capítulo 18 Delirium o síndrome confusional agudo. *Tratado de geriatría para residentes*.
- 11- Carretero Faner M. Plan de cuidados: síndrome confusional agudo. *Gerokomos* 2002; 13(4):178-84.
- 12-Ribera Casado J.M. El síndrome confusional agudo: un “síndrome geriátrico” en alza. *Rev Clin Esp* 2005; 205(10):469-71
- 13-Bambs Sandoval C, Paulo Marín P. Temas de medicina interna. Síndrome confusional agudo en el anciano. Mayo 2001 <http://escuela.med.puc.cl/publ/TemasMedicinaInterna/Index.html>
- 14-Tejeiro Martínez J, Gómez Sereno B. Guía diagnóstica y terapéutica del síndrome confusional agudo. *Rev Clin Esp* 2002; 202(5):280-88
- 15- Chávez Delgado María Estela, Virgen Enciso Maricela, Pérez Guzmán Julio, Celis de la Rosa Alfredo, Castro Castañeda Sergio. Delirium en ancianos hospitalizados. *Rev Med Inst Mex Seguro soc* 2007; 45(4):321-28
- 16- pautas diagnóstico-terapéuticas para la práctica clínica. Tema Delirium.
<http://www.Asocimed.cl/Guías%20clínicas/neurología%20psiquiatría%20neurocirugía/delirium.Html>.

Monografía sobre Síndrome Confusional

- 17- González Cesar, Páez Francisco, Vázquez Felipe, Ocampo Jesús. Evaluación de la validez y confiabilidad de la escala cognoscitiva para el delirium. Salud mental v. 23 nº5, octubre 2000: 20-5
- 18-- Palencia -herrerón E, Romera MA, Silva JA et al. Delirio en el paciente crítico. Med intensiva 2008; 32 supl 1:77-91
- 19-López González, Marta. Cuadro confusional agudo o delirium. Enfermería global 2010; 91: 37-40
- 20-Palma Suárez A, Belmonte R. A J, Ortiz Leal F, Bufoñ Galiana A, González rando, M. Síndrome confusional: atención alterada y sus causas. 2010 (12 de octubre) Málaga. Www: medynet.com/usuarios/jraguilar.
- 21-Duaso Enric, Formiga Francesc, Rodríguez Daniel. Tratamiento farmacológico del delirium. Rev Esp Geriatr Gerontol, 2008; 43(supl. 3): 33-7
- 22- Bajo L, González P, Mansilla C, Vázquez O, Cervera M.A. Síndrome confusional agudo en ancianos. Rev Multidisciplinar de gerontología. Vol 14 nº 3 ,2004 175-78
- 23-Cámara González L, Domínguez Martínez J.R, Herranz Márquez N, Matín Falcón V, Ruiz Usabiaga J.A, Vargas Sánchez MJ., Martínez Martín M^a.L. Plan de cuidados al paciente geriátrico hospitalizado con síndrome confusional agudo. Gerokomos 2002; 13(2): 75-79
- 24-Ayllón Garrido N, Álvarez González M, González García M. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una unidad de cuidados intensivos. Enferm Intensiva 2007; 18(4): 159-67.
- 25- González Matías, Carrasco Marcela. Delirium: marcador de estado del paciente geriátrico. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43(supl.3):38-41
- 26- Formiga Francesc, San José Antonio, López-Soto Alfonso, Ruíz Domingo. Urrutia Agustín, Duaso Enric. Prevalencia de delirium en pacientes ingresados por procesos médicos. Med clin (Barc). 2007; 129(15):571-3
- 27- Palacios Ceña Domingo. Atención de enfermería ante un paciente geriátrico con un cuadro confusional agudo. Enfermería clínica 2003; 13(2):118-21
- 28-Varela Pinedo Luís, Helver Chávez J, Herrera Morales A, Ortiz Saavedra P Chigne Verastegui O. Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. Diagnóstico. Vol43, número 2 marzo-abril 2004
29. Cristo Núñez, MA, Gómez Fernández N, Baster Moro J.C., Roca Socarrás, A. Acute confusion syndrome in the geriatric service "V.I Lenin" Hospital. Correo científico Médico de Holgín. 2006; 10(2)
- 30- Regazzoni Carlos J, Aduriz Maximiliano, Recondo María. Síndrome confusional agudo en el anciano internado. Medicina (Buenos Aires) 2000; 60:335-38
- 31- Martínez-Franco Michel, Hernández-Cárdenas Carmen, Takao Kanedo-Wada, Francisco de Jesús. Delirio en la unidad de cuidados intensivos. Volumen 16 Número 2 mayo-junio 2004.
- 32-Micaela Montenegro, Iliana. Delirium. Abordaje toxicológico. Monografía Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires 2009.

ANEXO I

GLOSARIO TERMINOS NEUROLÓGICOS

Acetilcolina: Neurotransmisor liberado por la terminaciones nerviosas encargado de activar músculos, glándulas de secreción y células nerviosas. Se encuentra en neuronas sensoriales y sistema nervioso autónomo. Participa en la programación del sueño REM. Boeree G.

Afasia: Alteración del lenguaje y/o comunicación verbal. El paciente no comprende lo que se le dicen y no es capaz de comunicarse. La afasia de Wernicke es una afasia de predominio sensorial, donde se ve afectada la comprensión del lenguaje. Martín González

Bradipsiquia: Lentitud en el proceso psíquico, con disminución de la atención, del interés y de la iniciativa. García García M

Demencia multi-infarto: Demencia producida por un número elevado de pequeños émbolos a nivel cerebral. A menudo son de origen cardíaco. Ole Davidsen.

Diaforesis: Sudoración excesiva y profusa de la piel

Discinesia: Dificultad en el movimiento que obedece a diferentes causas. Martín Lasa

Distonía: Trastorno en la tensión o tonicidad muscular. Martín Lasa

Dopamina: Neurotransmisor inhibitorio. Lleva a cabo un mecanismo de recompensa en el cerebro. Boeree G.

Mioclónías: Contracción breve, involuntaria y arrítmica de partes de un músculo, músculo entero o grupos de músculos que logran desplazar la articulación a diferencia de las fasciculaciones. Court J.

Parkinsonismo: Síndrome que incluye todos aquellos síntomas o signos típicos de la enfermedad de Parkinson tales como marcha tambaleante, temblor de miembros y extremidades, rigidez, facies inexpresiva

Policitemia: Es un trastorno en el que se ve aumentado el hematocrito, es decir la proporción de glóbulos rojos por volumen sanguíneo. Botella G

Praxia: Capacidad para manipular o manejar objetos adecuadamente. Martín Lasa

Praxia constructiva: Capacidad para reproducir un modelo o dibujo en dos y tres dimensiones Barraquer B.

Prodrómico: Malestar o síntoma que precede a una enfermedad. Roper N

Monografía sobre Síndrome Confusional

Anexo II Escala de BARTHEL - Actividades Básicas Vida Diaria (Modificado por Sharh. 1989)

Nombre del paciente:

Fecha:/...../..... Examinador:

	PUNTOS
1. HIGIENE PERSONAL (aseo)	
Puede lavarse la cara y las manos, peinarse y lavarse los dientes. Si es hombre, puede usar la máquina de afeitar sin ayuda para insertar la hoja si es manual, enchufarla si es eléctrica, o para sacarla del armario o cajón. Si es mujer, es capaz de maquillarse si lo hace habitualmente, pero no se exige poder hacerse la trenza o un moño.	..... (5)
Es capaz de dirigir su propia higiene personal pero necesita mínima ayuda antes o después de las maniobras.	..... (4)
Requiere de alguna ayuda en uno o más pasos de la higiene personal.	..... (3)
Requiere ayuda en todos los pasos de la higiene personal.	..... (1)
El paciente es incapaz de atender a su higiene personal, y es dependiente en todos los aspectos de la misma.	..... (0)
2. BAÑARSE	
Puede hacerlo en la bañera, una ducha, o lavarse entero utilizando simplemente una esponja. Puede dar todos los pasos sin la presencia de otra persona.	..... (5)
Requiere supervisión por seguridad a la hora de ajustar la t° del agua, o entrar / salir de la bañera o ducha.	..... (4)
Necesita ayuda para entrar / salir de la bañera o ducha, o para lavarse o secarse; esta puntuación incluye la situación en la que un paciente es incapaz de completar el lavado corporal por su estado, presencia de enfermedad, etc.	..... (3)
Necesita ayuda en todos los aspectos del baño.	..... (1)
Es totalmente dependiente para bañarse.	..... (0)
3. ALIMENTACIÓN	
Come por sí solo en una bandeja o en la mesa si alguien le coloca la comida a su alcance. Capaz de usar cualquier cubierto o ayuda técnica si precisa, cortar la carne, echar sal u otros condimentos, extender mantequilla, etc.	.....10)
Es independiente para comer si se le prepara el plato, pero necesita ayuda para cortar la carne, abrir una caja de cartón con leche, abrir un tarro, etc. Para lo demás no es necesario la presencia de otra persona.	..... (8)
Capaz de comer por sí mismo con supervisión. Necesita ayudas en tareas como echar la leche o azúcar en el café, echar sal, extender mantequilla, cambiar de plato u otras actividades de organización de la comida.	..... (5)
Puede usar algún cubierto, en general la cuchara, pero necesita que alguien le ayude activamente para comer.	..... (2)
Dependiente en todos los aspectos y necesita que alguien le alimente.	..... (0)
4. IR AL RETRETE	
Entra y sale solo, se abrocha y desabrocha la ropa, evita manchar la ropa, y usa papel de baño sin ayuda. Si lo necesita, puede usar un orinal u otro utensilio del retrete por la noche, siendo capaz de vaciarlo y limpiarlo.	..... (10)
Puede necesitar supervisión por seguridad. Puede utilizar un utensilio del retrete por la noche (orinal, bacinilla, etc.) pero requiere ayuda para vaciarlo y limpiarlo.	..... (8)
Puede necesitar ayuda para manejar la ropa, levantarse o sentarse, o lavarse las manos.	..... (5)
Requiere ayuda en todos los aspectos.	..... (2)
Completamente dependiente.	..... (0)

Monografía sobre Síndrome Confusional

5. ESCALERAS	
Puede subir y bajar un piso de escaleras de forma segura sin ayuda o supervisión. Capaz de usar el pasamanos y utilizar ayudas habituales en él, como un bastón o una muleta, cuando asciende o desciende.	..... (10)
Generalmente no requiere ayuda. A veces requiere supervisión por seguridad debido a rigidez matutina, dificultad respiratoria, etc.	..... (8)
Es capaz de subir y bajar pero no de llevar las ayudas que normalmente usa, y necesita ayuda o supervisión.	..... (5)
Necesita ayuda en todos los aspectos del uso de escaleras.	..... (2)
Es incapaz de subir escaleras.	..... (0)
6. VESTIRSE	
Es capaz de ponerse, quitarse y abrocharse la ropa, atarse los cordones, y ponerse, abrocharse, o quitarse la faja, los tirantes, u otros suplementos de la ropa adecuadamente.	..... (10)
Solo necesita mínima ayuda para vestirse (ej. abrocharse botones, sujetador, subir cremallera, calzarse, etc.)	..... (8)
Necesita ayuda para ponerse y/o quitarse cualquier prenda (ropa o calzado)	..... (5)
Es capaz de participar en algún grado, pero es dependiente en todos los aspectos del vestido.	..... (2)
Es dependiente en todos los aspectos del vestido y es incapaz de participar en la actividad.	..... (0)
7. CONTROL INTESTINAL	
Controla la deposición sin episodios de incontinencia. Puede aplicarse un supositorio o enema si lo precisa	..... (10)
Puede requerir supervisión el uso de supositorios. Mancha la ropa de heces ocasionalmente.	..... (8)
Puede adoptar una posición adecuada, pero no puede usar supositorios o enemas, o limpiarse sin ayuda, y tiene frecuentes accidentes. Requiere ayuda para colocarse el pañal.	..... (5)
Necesita ayuda para adoptar una posición adecuada para usar enemas o supositorios.	..... (2)
Es incontinente fecal.	..... (0)
8. CONTROL VESICAL	
Capaz de control vesical día y noche, y/o es independiente para manipular dispositivos internos y externos.	..... (10)
Permanece generalmente seco por el día y la noche, pero puede tener algún accidente (episodio de incontinencia) ocasional, o necesita de mínima ayuda con la manipulación de dispositivos internos y externos.	..... (8)
Permanece en general seco durante el día, no de noche, y necesita alguna ayuda para usar dispositivos internos y externos.	..... (5)
Es incontinente, pero es capaz de colaborar con la manipulación de dispositivos internos y externos.	..... (2)
Es dependiente en el control vesical, es incontinente, o tiene un catéter vesical.	..... (0)

Monografía sobre Síndrome Confusional

9. TRASLADO SILLÓN /CAMA	..... (15)
Es independiente. En el caso de pacientes con silla de ruedas, es capaz de acercarse a la cama en la silla, frenarla, elevar el reposa pies, trasladarse a la cama, tumbarse, volver a sentarse en el borde de la cama, cambiar la posición de la silla de ruedas, y volverse a sentar en ella, todo ello de forma segura	..... (12)
Necesita la presencia de otra persona que le aporte confianza, o que le supervise por seguridad.	..... (8)
Necesita la ayuda de otra persona en cualquiera de las fases del traslado.	..... (3)
Es capaz de participar pero necesita de la ayuda máxima de otra persona en todas las fases del traslado.	..... (0)
Incapaz de participar. Se necesitan dos personas para el traslado del paciente con o sin dispositivos mecánicos.	
10. DEAMBULACIÓN	..... (15)
Capaz de levantarse, sentarse, y caminar 50 m sin ayuda o supervisión. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas o andador), pero debe ser capaz de manipularla por sí solo.	..... (12)
Es independiente pero incapaz de caminar 50m sin ayuda o supervisión, necesaria para darle confianza o seguridad en situaciones peligrosas.	..... (8)
Necesita ayuda para alcanzar las ayudas y/o manipularlas. Necesita de la ayuda de una persona.	..... (3)
Necesita la ayuda constante de una o más personas.	..... (0)
Completamente dependiente en la deambulación.	
<ul style="list-style-type: none"> PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS (alternativa a la deambulación) Solo utilizar este ítem si el paciente puntúa 0 en la deambulación y ha sido entrenado en el uso de la silla de ruedas.	..... (5)
Propulsa independientemente la silla de ruedas, dobla la esquina, gira y coloca la silla en posición apropiada al lado de la mesa, cama, retrete, etc. Debe ser capaz de empujar la silla al menos 50 m.	..... (4)
Puede autopropulsarse un tiempo razonable en terreno liso. Necesita mínima ayuda en “esquinas muy cerradas”	..... (3)
Necesita la presencia de una persona y la ayuda para colocar la silla adecuadamente al lado de la cama, mesa,	..... (1)
Puede autopropulsarse distancias cortas por terreno llano, pero necesita ayuda para el resto de situaciones propias del uso de la silla de ruedas.	..... (0)
Completamente dependiente en la deambulación con silla de ruedas.	.....(100)
PUNTUACIÓN TOTAL	

PUNTUACIÓN

Puntuación Máxima: 100 Totalmente Independiente; 90 si usa silla de ruedas

- Puntuación Mínima: 0 Totalmente Dependiente**
- Dependencia Severa: < 45; Grave: 45 – 59; Moderada: 60 – 80; Ligera: > 80**

Anexo III

Adaptación al castellano del algoritmo CAM

Este instrumento consta de dos partes: una entrevista con preguntas a realizar al paciente y a su cuidador más cercano (familiar y/o enfermera) y un conjunto de preguntas que el facultativo deberá responder basándose en la evaluación realizada.

Parte primera (entrevista)

Preguntar al cuidador más cercano:

1. “¿Ha observado algún cambio de comportamiento del paciente los últimos días?”
(Valorar cambios conductuales y/o mentales)

SI/No

2. “¿Estos cambios varían a lo largo del día?” (Valorar fluctuaciones en el curso del día)

SI/NO

Preguntar al paciente:

- A. “Díganos cuál es la razón por la que está ingresado aquí. ¿Cómo se encuentra actualmente?”

Dejar que el paciente hable durante un minuto.

¿El paciente es incapaz de seguir el curso de la conversación y de dar explicaciones claras y lógicas?

SI/NO

- B. “Dígame: el día____, la fecha____,el mes____,la estación del año____y el año____ en que estamos ahora”

¿Hay más de una respuesta errónea?

SI/NO

- C. “Dígame el hospital(o el lugar)____,la planta(o el servicio)____,la ciudad____,la provincia____y el país____en que estamos.

¿Hay más de una respuesta errónea?

- D. “Repita estos números:5-9-2,____ahora repítalos hacia atrás”

¿La respuesta es errónea?

SI/NO

Monografía sobre Síndrome Confusional

Parte segunda:

El clínico responde en base a lo observado para determinar la presencia o ausencia de delirium.

- 1) ¿El paciente presenta un cambio en el estado mental basal de inicio agudo y curso fluctuante a lo largo del día? **SI/NO**

Responder basándose en el ítem 1 y 2 de la primera parte

- 2) ¿El paciente presenta dificultad para mantener la atención y se distrae fácilmente?

Responder basándose en el ítem A y B **SI/NO**

- 3) ¿El paciente presenta un pensamiento desorganizado?

La respuesta será afirmativa si en algún momento de la entrevista se observa dificultad en organizar el pensamiento reflejado en:

- Frecuentes cambios de tema
- Comentarios irrelevantes
- Interrupciones o desconexiones del discurso
- Pérdida de lógica del discurso(discurso confuso y/o delirante)

Responder basándose en el ítem A **SI/NO**

- 4) ¿El paciente presenta alteración del nivel de conciencia?

Se considera alteración de la conciencia cualquier alteración de la capacidad de reaccionar apropiadamente a los estímulos.

- Vigil (conciencia normal)
- Hiperalerta (vigilante hiperreactivo)
- Somnoliento (se duerme con facilidad)
- Estupor (responde a estímulos dolorosos)
- Coma (no responde a estímulos dolorosos)

Responder basándose en los ítems 2,3 y 4. **SI/NO**

El instrumento será positivo para el delirium si en la segunda parte son positivos los dos primeros ítems y el tercero y/o el cuarto.

Delirium: SI/NO

Monografía sobre Síndrome Confusional

ANEXO IV Mini-Examen Cognoscitivo de LOBO (MEC)

Nombre del paciente: Fecha:/...../.....

Examinador: Nivel Educativo:

Nivel de Conciencia: Alerta: Obnubilación: Estupor: Coma:

	PUNTOS
1. ORIENTACIÓN: Preguntar primero la fecha y después las partes omitidas.	
"Dígame en que día de la semana estamos..... ¿qué fecha es hoy?: Día: Mes: Estación: Año: .....	..... (5)
"Dígame donde estamos: .....Planta:..... Ciudad: Provincia: País: .....	..... (5)
2. MEMORIA DE FIJACIÓN: Decir al paciente que vamos a explorar su memoria, y entonces le instamos a que "Repita estas 3 palabras: Peseta – Caballo - Manzana" y las recuerde (la primera repetición es la que determina la puntuación de 0 a 3. Repetirlas hasta que las aprenda, con un límite de 6 intentos, y apuntar el número de intentos; si no aprende las 3 no se podrá explorar la memoria de evocación; Nº de intentos: (.....))	
"Repita estas 3 palabras: Peseta, Caballo, Manzana"	..... (3)
3. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
"Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?: 30;..... (5 restas) (1 punto por cada resta correcta)	..... (5)
"Repita 5 – 9 – 2" Repetir hasta que los aprenda y apuntar el Nº de intentos, Nº: (.....) "Ahora repítalos hacia atrás"	..... (3)
4. MEMORIA DE EVOCACIÓN	
"¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?" .....	..... (3)
5. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
Mostrar un bolígrafo ¿Qué es esto? Mostrar un reloj ¿y esto? Un punto por cada respuesta correcta	..... (2)
"Repita esta frase: en un trigal había cinco perros". Un punto si correcto	..... (1)
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?	
¿Qué son un perro y un gato?: ¿y el rojo y el verde?: .....	..... (2)
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo" Un punto por cada acción correcta	..... (3)
"Lea esto y haga lo que dice: cierre los ojos" (ver dorso de la página, nota 1)	..... (1)

Monografía sobre Síndrome Confusional

“Escriba una frase” (ver dorso de la página, nota 2). Debe ser escrito espontáneamente, no vale dictarla. Debe contener sujeto, verbo y predicado y tener sentido. No es precisa una gramática correcta. No vale la firma.	..... (1)
Cogiendo una hoja en blanco se le dice: “Copie este dibujo exactamente” (ver dorso de la página, nota 3) Dos pentágonos (5 lados) cerrados y los dos deben hacer intersección para puntuar 1 punto. No importa el temblor o la rotación.	..... (1)
PUNTUACIÓN TOTAL	.....(35)

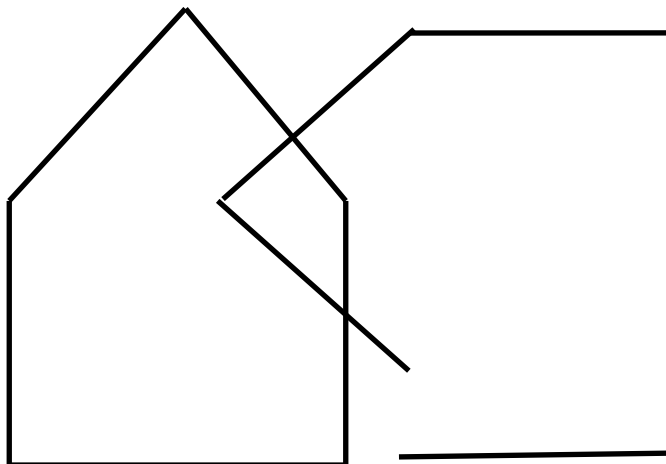
Nota 1: “Lea y haga lo que dice”

CIERRE LOS OJOS

Nota 1: “Escriba una frase”

.....

Nota 2: “Copie este dibujo”



PUNTUACIÓN (> 65 años)

- Deterioro cognitivo leve: < 28 puntos

Anexo V: Escala de Agitación y Sedación de Richmond

Tabla 2 Escala de Agitación y Sedación de Richmond : RASS
+4 Combativo: Combativo, violento, peligro inmediato para el grupo
+3 Muy agitado: Se retira tubos ó catéteres; agresivo
+2 Agitado: Movimientos frecuentes y sin propósito
+1 Inquietud: Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos
0 Alerta y calmado
-1 Somnoliento: No esta plenamente alerta, pero se mantiene despierto (apertura y contacto ocular) a la llamada verbal (=10seg)
-2 Sedación leve: Despierta brevemente a la llamada verbal con contacto ocular (<10 seg)
-3 Sedación moderada: Movimiento o apertura ocular a la llamada verbal contacto (pero sin visual)
-4 Sedación profunda: Sin respuesta a la llamada verbal, pero hay movimiento o apertura ocular al estímulo físico
-5 Sin respuesta: Sin respuesta a la voz o estímulo físico

Fuente: Palencia Herrejón E et all. Delirio en el paciente crítico.

Monografía sobre Síndrome Confusional

Tríptico: Anexo VI: EJERCICIO DE ORIENTACION.

Mi entorno habitual.



Fecha actual.



“Estoy en el hospital”

