Delirium en pacientes ancianos hospitalizados

Localizador web
Artículo 83.992

Francisco Guillén Llera

Jefe Servicio de Geriatría. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

En estos últimos años, el escenario hospitalario se ha modificado de forma más que notable, no sólo en función de los impresionantes avances tecnológicos y del perfil de los profesionales, sino también, y quizá sobre todo, por el cambio de la tipología de sus verdaderos protagonistas, los pacientes. El progresivo e imparable envejecimiento de la población, que se ha seguido de una verdadera «geriatrización de la medicina», ha supuesto una auténtica revolución demográfica en el seno de nuestros hospitales[1].

En el conjunto del territorio español habitan hoy 7 millones de ciudadanos que superan los 65 años (el 17% de la población) y, lo que es cualitativamente más importante, de ellos 1,5 millones superan los 80 años de edad, en un verdadero «envejecimiento del envejecimiento». Datos muy recientes del Instituto Nacional de Estadística informan de cambios al alza sobre las propias estimaciones previas, fijándose para el año 2030 una proporción esperada de personas mayores de 65 años del 23%, dato que en el 2050 será nada menos que del 30%[2].

El aumento de consumo de recursos sanitarios alcanza a todos los niveles asistenciales, incluidos la atención primaria, la atención especializada, los centros de media y larga estancia y, por supuesto, la prescripción farmacológica. En este contexto, nuestros hospitales no son la excepción, y se ha estimado que el porcentaje de altas hospitalarias de pacientes mayores de 65 años, lógicamente en función del índice de envejecimiento del área correspondiente, oscila entre el 40 y el 50% del total de las altas[3].

Todos los servicios del hospital, con las excepciones obvias de pediatría y obstetricia, se ven afectados en mayor o menor medida por el aumento de ingresos de pacientes mayores de 65 y 80 años, en general con mucho más impacto en los servicios médicos que en los quirúrgicos, y son los servicios de geriatría, en los hospitales que disponen de ellos, los que obviamente acaparan los pacientes de edades más avanzadas.

En el Hospital Universitario de Getafe, que atiende a una población de 300.000 habitantes relativamente poco envejecida, el servicio de geriatría ingresa 1.400 pacientes/año, siempre mayores de 65 años (edad media de 85 años; estancia media de 8 días); de ellos, el 80% supera los 80 años de edad. Los datos (mayores de 65 y 80 años) para los servicios más representativos del hospital son: medicina interna, 60 y 22%; neumología 60 y 15%; cardiología, 52 y 14%; traumatología, 38 y 12%; cirugía general, 28 y 9%; cirugía vascular 50 y 15%, y oftalmología, 60 y 15%, respectivamente.

El espectacular cambio demográfico, junto con otros factores condicionantes que facilitan la frecuentación hospitalaria, se ha seguido de una notable modificación del tipo de procesos abordados, cada vez en mayor consonancia con las situaciones de enfermedad que presentan las personas de edades avanzadas y, por tanto, de la necesidad de adaptar el sistema y sus profesionales a las nuevas demandas[4].

El *delirium* es una buena prueba de estas crecientes situaciones clínicas, dado que su prevalencia se incrementa con el paso de los años. Por ello, es notorio el progresivo aumento en nuestros hospitales de este viejo trastorno, conocido hace ya 3.000 años, cuando Celsio etiquetó como *«de lira»* (fuera del camino) los síntomas psiquiátricos de estos pacientes. A partir de entonces el cuadro ha conocido casi 30 denominaciones, hasta llegar al concepto actual de *delirium* o síndrome confusional agudo (SCA), aunque algunos autores prefieren reservar el término *delirium* para las presentaciones más graves del cuadro[5].

El SCA es un cuadro clínico de alta prevalencia en pacientes ancianos ingresados en unidades médicas y quirúrgicas de hospitales generales. El artículo de Formiga et al, publicado en este número de Medicina Clínica, es buena prueba de ello, máxime al referirse a pacientes de edad muy avanzada ingresados por una fractura de cadera, proceso en el que la bibliografía disponible, respecto a la incidencia de SCA, es particularmente numerosa. Los autores citados encuentran una prevalencia de SCA del 33%, obviamente elevada pero en consonancia con otras publicaciones al respecto[6,7] y, en todo caso, inferior a la señalada para ciertos pacientes quirúrgicos, con indicadores de hasta un 50%[8,9].

Paradójicamente, hay menos información sobre la incidencia de *delirium* en los servicios médicos que en los servicios quirúrgicos. La prevalencia estimada en los primeros oscila entre el 10 y el 20% de los pacientes ingresados[10,11] en hospitales generales, y es de hasta un 16% en unidades geriátricas de convalecencia[12]. En nuestra unidad geriátrica de agudos que, como se ha comentado, ingresa 1.400 pacientes/año de una edad media de 85 años, la prevalencia encontrada de SCA en el año 2003 fue del 9%, con un «pico» del 12% de personas mayores de 85 años[13].

El *delirium* se define, de acuerdo con los criterios DSM-IV, como un cuadro clínico de etiología generalmente orgánica, en el que se encuentran alterados el nivel y el contenido de la conciencia, con una dificultad para mantener la atención, y se asocia habitualmente con trastornos perceptivos, de orientación, alteración del lenguaje, trastorno del ciclo sueño-vigilia y aumento de la actividad psicomotora. El inicio suele ser brusco, aunque puede ir precedido de un estado prodrómico de ansiedad, y su evolución es siempre fluctuante, con oscilaciones durante el día. La duración del cuadro es variable, de horas a meses, aunque generalmente cede en la primera semana.

La disparidad de los datos epidemiológicos se justifica por las dificultades existentes para establecer el diagnóstico, sobre todo en los casos que cursan de forma larvada, con predominio de la inhibición, que, con frecuencia, no son diagnosticados.

El diagnóstico del síndrome, fundamentalmente clínico, se apoya en los criterios DSM-IV de la American Phychiatric Association y en los establecidos por la International Classification of Diseases (ICD-10), fruto ambos del consenso de

Correspondencia: Dr. F. Guillén Llera.
Servicio de Geriatría. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.
Ctra. de Toledo km. 12,500. 28905 Getafe. Madrid. España.
Correo electrónico: fguillenl@segg.org

Recibido el 24-1-2005; aceptado para su publicación el 28-1-2005.

paneles de expertos y, por ello, tal vez no suficientemente testados. De todo ello dan fe las notables variaciones en la incidencia en función de cuál de ellos se utilice[14]. Quizá por esta variabilidad en los resultados se ha consolidado el CAM (Confusion Assessment Method) como instrumento diagnóstico más ampliamente utilizado, con una sensibilidad y una especificidad del 95%, recientemente adaptado en nuestro medio[15]. El CAM se apoya en el comienzo agudo y fluctuante del SCA, el trastorno de la atención siempre presente, la desorganización del pensamiento y el nivel alterado de conciencia. Son necesarios los dos primeros criterios y uno de los restantes.

Los factores etiológicos y desencadenantes del SCA son múltiples, ya que el *delirium* es, como otros síndromes geriátricos (inmovilismo, incontinencia, caídas, etc.), un síndrome multifactorial. Aunque en ocasiones el cuadro puede ser atribuible a un solo factor, habitualmente, sobre todo en los ancianos, es consecuencia de la asociación de varios factores, clínicos y ambientales, estos últimos muy presentes en el medio hospitalario.

En nuestra serie, las infecciones, la deshidratación y el uso de fármacos, básicamente psicofármacos y narcóticos, fueron las causas más frecuentes de SCA. La polifarmacia es un factor de riesgo clave, ya que participa al menos en el 40% de los casos de *delirium*. Son muchos los fármacos que pueden relacionarse con la aparición de SCA[16] y muchos los procesos implicados. Prácticamente todos los autores coinciden en que la existencia previa de deterioro cognitivo o demencia facilitan la aparición del SCA[17,18]. En nuestro estudio, el 47% de los pacientes con SCA presentaba previamente un deterioro cognitivo, moderado o grave, frente al 34% de la muestra total de ingresos.

Además, en el anciano hay frecuentes factores de vulnerabilidad que favorecen la aparición de *delirium*. Ente ellos sobresalen el citado deterioro cognitivo, la presencia de enfermedades graves, la comorbilidad, la polifarmacia, la incapacidad funcional, el uso de restricciones físicas, la desnutrición y la deprivación sensorial. La edad es un factor de riesgo en sí, en el sentido de que a mayor edad, mayor incidencia de *delirium*. El estudio de factores predisponentes y ambientales hospitalarios (cambio de ubicación y horario, aislamiento, dependencia de timbres y personal sanitario, uso de catéteres, tomas de medicación y constantes, etc.) es de sumo interés, ya que da pie a la posible prevención del cuadro[19]. A estos factores se les presta seguramente mayor atención en unidades geriátricas, lógicamente más sensibilizadas ante el problema, hecho que tal vez puede justificar su relativamente baja prevalencia, ya citada con anterioridad.

El pronóstico del SCA, sin duda matizado por la gravedad de las enfermedades de base, es desde luego preocupante. En nuestra serie la mortalidad hospitalaria fue del 7,5%, y la mayoría de los datos disponibles apuntan hacia mortalidades de al menos el 22% a los 6 meses. El *delirium* es también un excelente predictor de institucionalización[20].

El tratamiento del SCA incluye no sólo el control del cuadro etiológico responsable y la retirada de fármacos potencialmente coadyuvantes. Es obligado, si hay agitación, el uso de neurolépticos atípicos o tradicionales, sin que haya una clara superioridad de aquéllos sobre éstos[21]. Junto a ello, es fundamental la puesta en marcha de medidas ambientales, en la línea comentada, destinadas a limitar los estímulos sensoriales y afectivos excesivos, procurar la disposición de un personal sanitario estable, evitar las visitas excesivas, mantener la habitación en ligera penumbra y con referencias horarias. Es necesaria la adecuada planificación de la toma de constantes vitales y de medicación.

En artículo de Formiga et al, además del fondo del asunto identificando el deterioro funcional como notable factor predictivo de *delirium*, emergen algunos conceptos que es obligado comentar ya que, a pesar de ser de continuo manejo en geriatría, no acaba de generalizarse su conocimiento. A ellos dedicaremos las últimas líneas de este editorial.

Hace ya años que la OMS señaló que como mejor se mide la salud en el anciano es en términos de función. Efectivamente, el deterioro funcional, entendido como pérdida de capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, es un excelente índice predictor de morbilidad y de mortalidad a 3 años, suficientemente asentado a partir de múltiples publicaciones científicas relacionadas con su significado en los ancianos. No debe por ello sorprender, como muestran Formiga et al, que también lo sea específicamente de SCA.

Cercanos al deterioro funcional son los términos fragilidad y *failure to thrive*. La fragilidad se define como un síndrome biológico caracterizado por la disminución de reservas en múltiples sistemas, originado por cambios fisiológicos asociados con el envejecimiento, las enfermedades crónicas, la inactividad y los déficit nutricionales, y que se manifiesta por pérdidas en las masas muscular y ósea y por una capacidad de respuesta reducida en los sistemas inflamatorio, inmune y endocrino. *Failure to thrive* es un concepto que debe ser entendido como la fase final evolutiva de la fragilidad, en la que se añade al cuadro una pérdida inexplicada de peso, la hipoalbuminemia, la hipocolesterolemia, la dependencia y un posible deterioro cognitivo. Ambos cuadros expresan la vulnerabilidad de muchos ancianos y son predictores de deterioro funcional y morbimortalidad[22,23].

En las unidades de geriatría, la historia clínica recoge la situación funcional previa de los pacientes mediante las escalas al uso. Es lo que se denomina «valoración geriátrica integral», verdadera tecnología de la especialidad, que protocoliza el estudio de pacientes desde la óptica clínica o funcional (física, mental y social). Ello permite un mejor diagnóstico de trastornos no informados, establecer la relación entre las enfermedades y la situación física y mental y conocer los condicionantes sociales capaces de alterar la evolución del paciente[24].

La incidencia de fractura de cadera es netamente más elevada en edades geriátricas que en etapas anteriores. Un estudio de nuestro grupo en el Hospital de Getafe detectó 165 fracturas de cadera/año, en los mayores de 65 años, lo que supone una incidencia, en estas edades, de 700 casos/100.000 habitantes[25]. A esta alta incidencia contribuyen especialmente 2 factores: la existencia de osteoporosis y la presencia de caída como factor desencadenante.

La osteoporosis, la enfermedad ósea más frecuente, es definida por la OMS «no sólo por la pérdida de masa ósea sino también por la fragilidad del hueso y la susceptibilidad a las fracturas». Su prevalencia es abrumadora entre la población anciana, en la que se manejan cifras cercanas al 40%[26]. Sin embargo, la proporción de pacientes con tratamiento al respecto es ínfima. Sólo un 15% de los pacientes fracturados de la serie del Hospital de Getafe recibían tratamiento antiosteoporótico previo, básicamente calcio y vitamina D.

Las caídas son un episodio excesivamente frecuente en las personas mayores ya que, en el medio comunitario, un 30% sufre al menos una caída al año. Un simple cálculo permite hablar de 2 millones de caídas anuales en España, afortunadamente la mayoría de ellas sin consecuencias graves, aunque un 10% origina traumatismos serios, la mitad de ellos con algún tipo de fractura[27]. En la serie del Hospital de Getafe, el 95% de los pacientes fracturados habían presentado una caída, casi siempre en el ámbito doméstico y, además, el 55% de ellos había sufrido caídas previas. La prevención

de las caídas es, sin duda, el factor de mayor impacto en la prevención de la fractura de cadera y, por ello, es imprescindible realizar programas de intervención al respecto[26].

En resumen, el SCA es un verdadero síndrome geriátrico, de origen multifactorial, generalmente infradiagnosticado por el limitado uso de las sencillas, y a veces desconocidas, escalas diagnósticas. El correcto abordaje del cuadro exige una valoración exhaustiva de los pacientes en riesgo, la puesta en marcha de medidas clínicas y ambientales preventivas y correctoras y la prescripción de un plan integral terapéutico, incluidos los tratamientos etiológicos, sintomáticos y ambientales[28].

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abellán A. Longevidad y estado de salud en España. En: Envejecer en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2002.
2. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de la población de España. Agosto de 2004. Madrid: INE; 2004.
3. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Geriatría XXI. Madrid: Edimsa; 2000.
4. Guillén F, Ruipérez I. Manual de Geriatría Salgado Alba. 3.ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
5. Sánchez Ayala MI. *Delirium* y otros trastornos psicoorgánicos. En: Agüera Ortiz I, Martín Carrasco M, Cervilla Ballesteros J, editores. Psiquiatría geriátrica. Barcelona: Masson; 2002. p. 315-31.
6. Marcantonio E, Ta T, Duthie E, Resnick NM. *Delirium* severity and psychomotor types: their relationship with outcomes after hip fracture repair. J Am Geriatr Soc. 2002;50:850-7.
7. Schuurmans MJ, Duursma SA, Shortridge-Baggett LM, Clevers GJ, Pel-Littel R. Elderly patients with a hip fracture: the risk for *delirium*. Appl Nurs Res. 2003;16:75-84.
8. Dibert C. *Delirium* and the older adult after surgery. Perspectives. 2004;28:10-66.
9. Santos FS, Velasco IT, Fraguas R Jr. Risk factors for *delirium* in the elderly after coronary artery bypass graft surgery. Int Psychogeriatr. 2004;16:175-93.
10. Laurila JV, Pitkala KH, Strandberg TE, Tilvis RS. Detection and documentation of dementia and *delirium* in acute geriatric wards. Gen Hosp Psychiatry. 2004;26:31-5.
11. Gill TM, Allore HG, Holford TR, Guo Z. Hospitalization, restricted activity and the development of disability among older persons. JAMA. 2004;292:2115-24.
12. Pi-Figueras M, Aguilera A, Arellano M, Miralles R, García P, Torres R, et al. Prevalence of *delirium* in a geriatric convalescence unit: patient's clinical characteristics and risk precipitating factor analysis. Arch Gerontol Geriatr 2004; Suppl:333-7.
13. García ME, Mansilla S, Soto ME, Sánchez E, Guillén F. ¿Qué hay detrás del síndrome confusional agudo en una unidad geriátrica hospitalaria? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2004;39 Supl 2:37-8.
14. Laurila JV, Pitkala KH, Strandberg TE, Tilvis RS. The impact of different diagnostic criteria on prevalence rates for *delirium*. Dementia Geriatr Cognit Dis. 2003;16:156-61.
15. González M, De Pablo J, Fuente E, Valdés M, Peri JM, Nomdedeu M, et al. Instrument for detection of *delirium* in general hospitals: adaptation of confusion assessment method. Psychosomatics. 2004;45:426-31.
16. Alagiakrishnan K, Wiens CA. An approach to drug induced delirium in the elderly. Postgrad Med J. 2004;80:388-93.
17. Laurila JV, Pitkala KH, Strandberg TE, Tilvis RS. Detection and documentation of dementia and *delirium* in acute geriatric wards. Gen Hosp Psychiatry. 2004;26:31-5.
18. Duppils GS, Wikblad K. *Delirium*: behavioural changes before and during the prodromal phase. J Clin Nurs. 2004;13:609-16.
19. Flaherty JH, Morley JE. *Delirium*: a call to improve current standards of care. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2004;59:341-6.
20. Bourdel-Marchasson I, Vincent S, Germain C, Salles N, Jenn J, Rasoamanarivo E, et al. *Delirium* symptoms and low dietary intake in older inpatients are independent predictors of institutionalization: a 1-year prospective population-based study. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2004; 29:350-7.
21. Han CS, Kim YK. A double-blind trial of risperidone and haloperidol for the treatment of delirium. Psychosomatics. 2004;45:297-301.
22. Schuurmans H, Steverink N, Lindenberg S, Frieswijk N, Slaets JP. Old or frail: what tells us more? J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004;59: 962M-5M.
23. Fried LP, Darer J, Walston. Frailty. En: Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, Larson EB, Meier DE, editors. Geriatric medicine. An evidence based approach. 4.ª ed. New York: Springer; 2003. p. 1063-76.
24. Guillén Llera F. Tecnología de la Geriatría. Valoración Geriátrica Integral. En: Rodes Teixidor J, Guardia Massó J, editors. Medicina interna. 2.ª ed. Barcelona: Masson. 2004; p. 3365-8.
25. Cáceres MS, Alonso C, Megías G, Carrasco VH, Guillén F. Fractura de cadera en ancianos en un Área de Salud. Análisis a los tres años de seguimiento. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2004;39 Supl. 2:50-1.
26. Carter ND, Khan KM, McKay HA, Petit MA, Waterman C, Heinonen A, et al. Community-based exercise program reduces risk factors for falls in 65- to 75-year-old women with osteoporosis: randomized controlled trial. CMAJ. 2002;167:997-1004.
27. Lázaro del Nogal M. Evaluación del anciano con caídas de repetición. Madrid: Fundación Mapfre Medicina; 2002.
28. Inouye SK. Delirium. En: Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, Larson EB, Meier DE, editors. Geriatric medicine. An evidence based approach. 4th ed. New York: Springer; 2003. p. 1113-22.