



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

FACTORES PREDISPONENTES PARA EL DESARROLLO DE DELIRIUM
EN ADULTOS MAYORES

MURILLO PINEDA XIMENA PAOLA
MÉDICA

MACHALA
2019



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

FACTORES PREDISPONENTES PARA EL DESARROLLO DE
DELIRIUM EN ADULTOS MAYORES

MURILLO PINEDA XIMENA PAOLA
MÉDICA

MACHALA
2019



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

FACTORES PREDISPONENTES PARA EL DESARROLLO DE DELIRIUM EN
ADULTOS MAYORES

MURILLO PINEDA XIMENA PAOLA
MÉDICA

RODRIGUEZ PERDOMO MANUEL HUMBERTO

MACHALA, 03 DE SEPTIEMBRE DE 2019

MACHALA
03 de septiembre de 2019

Nota de aceptación:

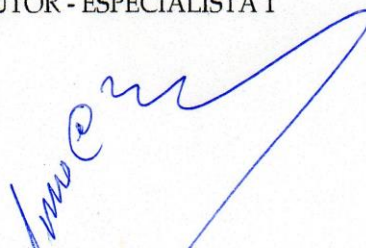
Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado Factores predisponentes para el desarrollo de Delirium en adultos mayores, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



RODRIGUEZ PERDOMO MANUEL HUMBERTO

0960246189

TUTOR - ESPECIALISTA 1



OJEDA CRESPO ALEXANDER OSWALDO

0700915085

ESPECIALISTA 2



ARCINIEGA JACOME LUIS ALFONSO

1000723096

ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: martes 03 de septiembre de 2019 - 08:25

Urkund Analysis Result

Analysed Document: FACTORES PREDISPONETES PARA EL DESARROLLO DE DELIRIUM EN LOS ADULTOS MAYORES.docx (D54969577)
Submitted: 8/23/2019 1:46:00 AM
Submitted By: xmurillo_est@utmachala.edu.ec
Significance: 6 %

Sources included in the report:

[https://psicosomaticaypsiquiatria.com/revision-del-diagnostico-actualizacion-manejo-del-delirium/
c36de0f3-96e3-465e-baf3-c524813bf4e7](https://psicosomaticaypsiquiatria.com/revision-del-diagnostico-actualizacion-manejo-del-delirium/c36de0f3-96e3-465e-baf3-c524813bf4e7)

Instances where selected sources appear:

13

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, MURILLO PINEDA XIMENA PAOLA, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Factores predisponentes para el desarrollo de Delirium en adultos mayores, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

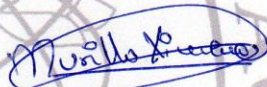
La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 03 de septiembre de 2019



MURILLO PINEDA XIMENA PAOLA
0706513769

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores predisponentes más frecuentes de Delirium que afectan a los adultos mayores, analizando artículos científicos, guías y normas. **Metodología:** Mediante la revisión artículos científicos actualizados y relacionados a esta problemática publicados en las bases de datos de Cochrane, Google Scholar, PubMED, entre otras, con el uso de palabras claves.

Desarrollo: el Delirium en los adultos mayores es una patología que se desarrolla en forma aguda y fluctuante, afectando la atención, conciencia y cognición, debiéndose a la interacción entre los factores predisponentes y precipitantes en adultos mayores vulnerables. Es uno de los trastornos cognitivos más importantes en el adulto mayor, por su prevalencia y pronóstico, debido a que representa un alto costo económico y social, ya que los afectados requieren mayor cuidado por el personal sanitario, con mayor riesgo de caídas, estancias hospitalarias más prolongadas y mayor institucionalización. Por ello la necesidad de identificar dichos factores en los adultos mayores de nuestras comunidades, a fin de planificar y fomentar la prevención de los mismos. **Conclusiones:** los factores predisponentes más frecuentes de Delirium en los adultos mayores son: la edad, teniendo en cuenta que a mayor edad, mayor riesgo de desarrollarlo; sexo, afecta frecuentemente al sexo femenino; enfermedades crónicas mal controladas; demencia o enfermedades neurológicas preexistentes, por el hecho de que conllevan a un deterioro cognitivo; el mismo deterioro cognitivo del adulto mayor y la polimedicación de la cual los adultos mayores son blancos fáciles, debido a sus enfermedades de base.

Palabras clave: Delirium, adultos mayores, factores predisponentes

ABSTRACT

Objective: To identify the most frequent predisposing factors of Delirium that affect older adults, analyzing scientific articles, guides and norms. **Methodology:** By reviewing updated and related scientific articles published in Cochrane, Google Scholar, PubMed databases, among others, with the use of keywords. **Development:** Delirium in older adults is a pathology that develops in an acute and fluctuating manner, affecting attention, awareness and cognition, due to the interaction between predisposing and precipitating factors in vulnerable older adults. It is one of the most important cognitive disorders in the elderly, due to its prevalence and prognosis, because it represents a high economic and social cost, since those affected require greater care by health workers, with greater risk of falls, hospital stays longer and more institutionalization. Therefore, the need to identify these factors in older adults in our communities, in order to plan and promote their prevention. **Conclusions:** the most frequent predisposing factors of Delirium in older adults are: age, taking into account that the older, the greater the risk of developing it; sex, frequently affects female sex; chronic diseases poorly controlled; dementia or pre-existing neurological diseases, due to the fact that they lead to cognitive impairment; the same cognitive deterioration of the elderly and the polymedication of which older adults are easy targets, due to their underlying diseases.

Key-words: Delirium, older adults, predisposing factors

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	4
DESARROLLO	6
1. CONCEPTO	6
2. PREVALENCIA	6
3. CLASIFICACIÓN	7
4. FISIOPATOLOGÍA	7
5. ETIOLOGÍA	8
6. FACTORES PREDISPOONENTES	9
7. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	11
8. DIAGNÓSTICO	12
9. TERAPÉUTICA	15
9.1. Prevención	16
9.2. Terapéutica Farmacológica	18
9.3. Recuperación	19
10. CONCLUSIONES	20
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

INTRODUCCIÓN

Según la Organización de las Naciones Unidas entre el 2015 y el 2030 habrá un incremento del 56% en la población de adultos mayores, tal es así que pasarán de 901 millones a 1.4 billones, y para el 2050 la población será más del doble que en el 2015; se estima que serán alrededor de 2.1 billones de adultos mayores a nivel global. En los próximos 15 años en Latinoamérica y el Caribe el crecimiento será del 71%, siendo la más elevada, seguida por Asia (66%), África (64%), Oceanía (47%), Norteamérica (41%) y Europa (23%). (1)

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2010), publicó que en Ecuador existen 1.049.824 adultos mayores, es decir el 6.5% de la población total. En el año 2017 el porcentaje fue de 7.04% y se estima que para el 2025 superen el 10%, siendo mayor al porcentaje de niños menores de 5 años. La esperanza de vida al nacer es de 72.7 años para los hombres y de 78.7 años para las mujeres. (2)

La mayor parte de adultos mayores es femenina, con un promedio de 7 años de educación formal, tal es así que el 33.1% de las mujeres adultas mayores ecuatorianas son analfabetas. Sólo el 57% de los adultos mayores ha completado la educación primaria y el 27% no tiene ningún tipo de instrucción; además solo el 34% se encuentra afiliado al seguro social. (2)

El 57.4% de los adultos mayores en el Ecuador, se encuentran en condiciones de pobreza y pobreza extrema, siendo un blanco fácil de enfermedades degenerativas, malnutrición, problemas de salud mental y violencia; y en el área rural la pobreza y pobreza extrema se encuentran hasta en 80 de cada 100 adultos mayores. El 23% presenta algún tipo de discapacidad y el 18% sufre de depresión, en su mayoría las mujeres. (2)

La característica principal del Delirium consiste en la alteración de la conciencia, acompañada de un cambio en las funciones cognoscitivas del paciente que no puede ser explicado por la preexistencia de demencia o desarrollo de la misma.(3)

Este síndrome neuro-geriátrico se presenta hasta en un 50% de los adultos mayores hospitalizados, siendo prevenible en un 30-40% y se pasa por alto en el 76% en el área de emergencias y en dos tercios de los pacientes hospitalizados. No solo está asociado a una alta morbilidad, sino un riesgo de 2 a 4 veces mayor de mortalidad en la hospitalización y al alta médica, aumentando el riesgo de deterioro cognitivo permanente y demencia a futuro. (4,5)

Se presenta en adultos mayores con patologías neurológicas, psiquiátricas, entre otras; con prevalencias que fluctúan entre 7 a 50% e incidencias de 10 a 82%. Demanda un 38.7% más de gastos al compararlo con cohortes de pacientes hospitalizados sin Delirium, superando los \$164 billones de dólares por año en Estados Unidos. (4)

Teniendo en cuenta el crecimiento acelerado de dicha población, necesariamente se deberían realizar estrategias sociales, económicas y políticas (sobre todo en el sistema de salud), por que un mayor énfasis en la prevención de patologías del adulto mayor y el manejo del concepto de anciano sano evitaría costos cuantiosos al estado, ya que al aumentar la edad, aumenta notablemente el riesgo de enfermedad y dependencia, teniendo así que el 23% del gasto en salud a nivel mundial está reservado para la atención de los adultos mayores. (1,6)

El identificar y comprender la importancia de los factores predisponentes del Delirium nos ayuda a prevenir; con las debidas intervenciones sistemáticas multifacéticas y proactivas dirigidas a modificar los factores predisponentes del Delirium, se podría reducir a la mitad la incidencia en los adultos mayores. (5,7)

Por lo anteriormente expuesto, el Delirium en los adultos mayores a nivel mundial, de Latinoamérica y de nuestro país, es una de las enfermedades que genera costos muy altos; y con el objetivo de prevenir que los adultos mayores la desarrollen y lleguen al área de emergencia de las casas de salud del tercer nivel, se deberían desarrollar más estudios en adultos mayores de nuestra comunidad.

Por ende, mi objetivo es identificar los factores predisponentes para el desarrollo de Delirium en los adultos mayores, mediante la revisión de artículos actualizados de distintas fuentes, con el uso de palabras claves, y así, tal vez más investigadores se aventuren en el estudio de esta enfermedad a nivel de la comunidad en nuestro país y una excelente idea sería empezar por nuestra provincia, porque, a fin de cuentas, todos caminamos hacia la etapa de adulto mayor.

DESARROLLO

1. CONCEPTO

El Delirium se define por el deterioro de forma aguda tanto a nivel de conciencia como en la cognición del adulto mayor, particularmente encontramos déficit de atención e incluye alteraciones de la percepción, actividad psicomotora anormal y disfunciones en el ciclo del sueño. Se debe tener en cuenta que este trastorno del sistema nervioso central (SNC) es potencialmente reversible, pero a su vez supone un riesgo vital. (8)

Entonces, el Delirium se desarrolla por un breve período de tiempo, generalmente horas o días, y tiende a fluctuar a lo largo del día. Mediante la historia clínica, el examen físico o las pruebas de laboratorio se demuestra que el Delirium es debido a los efectos fisiológicos de una enfermedad de base, o a la intoxicación por o la abstinencia de sustancias, de medicamentos o por la exposición a tóxicos, o estos factores en combinación.(3)

2. PREVALENCIA

La prevalencia del Delirium varía de acuerdo a la edad, el tipo, las características y ubicación del paciente, así como del método diagnóstico empleado. En cuanto a la prevalencia global, se sitúa en torno al 1-2% y asciende al 14% en los mayores de 85 años. Además, a nivel hospitalario, aumenta hasta el 56% dependiendo del tipo de unidad hospitalaria y más de un tercio en los mayores de 70 años ingresados en unidades médicas lo desarrollan. (8,9)

A su vez en unidades quirúrgicas es la complicación más frecuente, entre el 15 y 28% tras cirugía mayor programada y en torno al 50% tras cirugías de alto riesgo, entre las causas de Delirium postoperatorio se encuentran el estrés de la cirugía, el dolor postoperatorio, el insomnio, los analgésicos, los desequilibrios hidroelectrolíticos, la infección, la fiebre y la pérdida hemática. La

incidencia en Unidades de Cuidados Intensivos y en unidades de cuidados paliativos excede el 80%. (8,9)

3. CLASIFICACIÓN

La fluctuación de la agitación da lugar a tres tipos clínicos de Delirium: el hiperactivo se presenta en un 15 a 25% de los adultos mayores, y se asocia comúnmente a la abstinencia o intoxicación de sustancias psicotrópicas y algunos fármacos, clínicamente se manifiesta por hiperactividad, agresividad, confusión, agitación, alucinaciones e ideas delirantes. (9,10)

El tipo hipoactivo se desarrolla en un 20 a 25%, es el más frecuente pero el más difícil de diagnosticar y se caracteriza por hipoactividad, inexpresividad facial, letargia, lenguaje lento, enlentecimiento motor y bradipsiquia, siendo mayormente infra-diagnosticados, suponiendo un peor pronóstico para el paciente. Mientras que el tipo de Delirium mixto se desarrolla en un 35 a 50% teniendo en cuenta que se puede pasar de un estado a otro con relativa rapidez. (9,10)

En la clasificación de la Organización Mundial de la Salud en su décima edición (CIE-10), se incluyen las categorías de Delirium no superpuesto a demencia (F05.0), Delirium superpuesto a demencia (F05.1), Otro Delirium (F05.8) que incluyen Delirium de origen mixto y Delirium o estado confusional subagudo, y Delirium sin especificación (F05.9). (11)

4. FISIOPATOLOGÍA

Si bien su origen, aún no está totalmente claro, se lo considera como una falla cerebral aguda siendo producto de la interacción entre factores predisponentes y factores precipitantes, es decir la

exposición a una o varias enfermedades agudas sobre un adulto mayor con distintos grados de reserva cerebral. (12)

Entonces la hipótesis más aceptada deduce que los cambios metabólicos cerebrales deterioran el metabolismo oxidativo neuronal mediante un desequilibrio a nivel de neurotransmisor y neuroinflamación, produciendo una disfunción neuronal y sináptica, que se acompaña de una respuesta alterada de la microglía, resultando en una alteración del flujo cerebral y daño e incluso muerte neuronal. De todas las alteraciones a nivel de neurotransmisor, el déficit de acetilcolina y el exceso de dopamina son al parecer los que mayormente desarrollan el Delirium. (9)

Algunos estudios describen cómo diversos factores inductores de Delirium pueden llegar a causar una reducción en la actividad de la acetilcolina a nivel cerebral: el más habitual es la toxicidad debido a la prescripción médica de un excesivo número de fármacos con actividad anticolinérgica. Al ser la formación reticular del tronco cerebral el área principal que regula la atención y la vigilia, la vía tegmental dorsal, vendría a ser la principal vía implicada en el Delirium. (8)

Por lo tanto, su origen sería multifactorial, teniendo así que en un paciente adulto mayor (frágil), un estímulo leve sería razón suficiente para presentar Delirium, mientras que en un adulto joven se requeriría un cuadro mucho más severo para desarrollarlo. (12)

5. ETIOLOGÍA

Actualmente la etiología multifactorial es la más aceptada, por lo que su desarrollo depende de una compleja interacción entre factores predisponentes (la edad, el deterioro cognitivo previo o patologías específicas) los cuales hacen vulnerable al paciente y los factores precipitantes (condiciones médicas, sujeciones físicas, la malnutrición, el dolor, las infecciones o ciertos medicamentos) los cuales desencadenan los mecanismos fisiopatológicos necesarios. (9)

Respecto a su múltiple etiología se podría decir que las principales causas de Delirium son: intracraneales (enfermedades del sistema nervioso central como demencia, crisis epiléptica, traumatismo craneal), extracraneales (enfermedades sistémicas como infecciones, diabetes

mellitus, deshidratación, desnutrición) y la intoxicación o síndrome de abstinencia ya sea por sustancias de abuso, fármacos o toxinas. (8)

El alcoholismo se encuentra presente en un 15 a 20% de los pacientes que son hospitalizados. El Delirium relacionado con abstinencia a drogas o alcohol, se manifiesta clínicamente como hiperactivo y sus síntomas se producen por una discontinuación abrupta por drogas de prescripción médica o ilícitas consumidas por extensos periodos de tiempo; o por sedantes u opiáceos administrados como parte del tratamiento en una unidad de salud; o por alcohol. (13)

6. FACTORES PREDISPONENTES

Actualmente la mayoría de los estudios se realizan en los adultos mayores hospitalizados y se centran principalmente en los factores precipitantes, por lo tanto, no se da la atención necesaria a los factores predisponentes de los adultos mayores en la comunidad, en cuyo caso su tratamiento resulta esencial para disminuir la incidencia de episodios futuros, así como la morbilidad y la mortalidad que se asocian al Delirium. (8)

El Delirium a nivel de la comunidad ha sido poco estudiado, tal es el caso que solo dos estudios han informado tasas de prevalencia de factores predisponentes y precipitantes, pero sus resultados no son consistentes: en el primer estudio las infecciones, las alteraciones metabólicas y los efectos adversos de los medicamentos fueron los desencadenantes más frecuentes del Delirium, mientras que, en el segundo estudio, los trastornos metabólicos y enfermedades cardiovasculares agudas fueron los desencadenantes más frecuentes. (14)

Existen 5 factores predisponentes principales correlacionados con la aparición de Delirium: la edad (mientras más años, mayor probabilidad de desarrollarlo), género (frecuentemente masculino), enfermedades coexistentes (diabetes, hipertensión, desnutrición, enfermedad renal), el deterioro cognitivo preexistente o demencia, intoxicación inducida por fármacos (hipnóticos y sedantes).

En un estudio realizado en 208 adultos mayores ingresados en los que se había confirmado el Delirium, la edad media fue de 86 años (rango de edad, 68 a 103 años) y el 68.7% eran mujeres,

el 86.5% vivían en casa y la mitad vivían solos. La confusión, el estado mental alterado o el comportamiento anormal fueron la principal causa para la derivación al hospital en 155 pacientes, que corresponden al 76%. (14)

En un estudio realizado en Irlanda se identificaron los factores predisponentes, entre los cuales tenemos que la mediana de edad de los adultos mayores fue de 80 años, el 52.9% de sexo masculino y el 16.9% tenían demencia premórbida, depresión y discapacidad auditiva. También tenían mayor comorbilidad y dependencia funcional y presentaban desnutrición. (5)

En un estudio llevado a cabo en el Hospital Internacional de San Lukas en Tokio, se encontró que, a mayor edad, mayor probabilidad de desarrollar Delirium, el odds ratio (OR) fue de 12.953 si un paciente tenía 75 años o de 4.189 si un paciente tenía 65 a 74 años. (15)

Los factores desencadenantes del Delirium fueron: infecciones en el 49.5% de los adultos mayores, trastornos hidroelectrolíticos en el 45.7 % y reacciones adversas a medicamentos en el 30.8%; por lo tanto, el 82.7% de los pacientes tenían una o varias afecciones agudas pertenecientes a estas categorías. (14)

Entre las principales infecciones, encontramos las infecciones respiratorias en un 22.1% e infecciones del tracto urinario en un 15.4%. La deshidratación se presentó en el 26.4% de los adultos mayores y la hiponatremia en el 12.5%, siendo los trastornos hidroelectrolíticos más comunes. Entre las drogas incriminadas, especialmente las benzodiazepinas fueron, las más frecuentes, estando presentes en el 23.6% de todos los pacientes. (14)

El 80% de los adultos mayores tenían un trastorno cognitivo o neurológico preexistente o ambos, de los cuales el 52.4% tenía un diagnóstico previo de demencia de cualquier tipo; y el 24% tenían antecedentes de enfermedades neurológicas, como la enfermedad cerebrovascular y el Parkinson, siendo las más frecuentes. Y finalmente el 30.3% de los pacientes tenían un trastorno psiquiátrico, principalmente depresión. (14)

Se encontró una alta prevalencia de demencia preexistente o deterioro cognitivo, presentes en el 74% de todos los adultos mayores, además en este estudio se observó que en el 22% de los casos, los familiares del adulto mayor habían notado el deterioro cognitivo, pero no había sido evaluado por un médico. (14)

La polifarmacia aumenta en forma progresiva con la edad, tal vez en relación al mayor número de enfermedades que aquejan a los adultos mayores. Datos del estudio SABE muestran una

prevalencia de un 36% de polifarmacia en el adulto mayor latinoamericano. Un grupo importante de medicamentos inapropiados son los anticolinérgicos, utilizados a pesar de que aumentan la morbilidad, institucionalización, declive funcional, deterioro cognitivo, y mortalidad; por lo que se debe evitar el uso crónico de los fármacos que generan efectos adversos anticolinérgicos en los adultos mayores. (16)

El Delirium se presentó mayormente con el uso de fármacos para el sistema nervioso, similar a lo que encontraron Pisani et al., en un estudio realizado, considerando el uso de benzodiazepinas y opioides como factor de riesgo. En lo referente a la medicación utilizada, el ácido acetilsalicílico es uno de los más frecuentes, esto se podría explicar por la alta frecuencia de enfermedad cerebrovascular como antecedente. (17)

7. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El Delirium generalmente se manifiesta junto con una alteración del ciclo sueño-vigilia, que incluye somnolencia diurna o agitación nocturna y que se acompaña de la dificultad para mantener el sueño. Algunos adultos mayores presentan un cambio total en el ciclo sueño-vigilia y en el ciclo noche-día. (3)

Frecuentemente en el Delirium la actividad psicomotora puede fluctuar de un extremo a otro durante todo el día, por esta razón muchos adultos mayores pueden pasar de hiperactivos (romper las sábanas de la cama o intentar ponerse de pie mediante movimientos súbitos e intempestivos) a una inactividad y letargia, hasta el punto de llegar cerca al estupor. (3)

En el Delirium también pueden presentarse trastornos emocionales tales como: ansiedad, miedo, depresión, irritabilidad, ira, euforia y apatía, evidenciándose por los gritos, maldiciones, quejas y otras vocalizaciones; siendo predominante por las noches debido a una falta de estimulación ambiental adecuada. (3)

Algunos adultos mayores pueden mantener su estado emocional a lo largo de todo su Delirium, mientras que otros pasan rápidamente de un estado emocional a otro. El miedo es un trastorno

emocional muy frecuente que en su mayoría es el resultado de alucinaciones amenazadoras o ideas delirantes, por lo que llegan a atacar a las personas que juzgan amenazadoras. (3)

Con el tiempo, los síntomas se vuelven más frecuentes y persistentes; los cuales pueden ser marcadores para afecciones como: hipoxia o toxicidad de un fármaco, que eventualmente pueden ser suficientes para causar Delirium. (18)

Además de los hallazgos del laboratorio característicos de las enfermedades asociadas o de su etiología, el electroencefalograma es típicamente anormal, mostrando tanto un enlentecimiento generalizado como una actividad rápida. (3)

8. DIAGNÓSTICO

A pesar de la prevalencia, las consecuencias y la cantidad de herramientas para su diagnóstico, el Delirium sigue siendo infradiagnosticado hasta en un 60% de los casos, por lo que debe hacerse mayor hincapié en el inicio de los síntomas, el curso evolutivo, la situación previa del adulto mayor, los posibles cambios en su tratamiento, en las enfermedades intercurrentes y en los antecedentes de episodios similares. (9,19)

Cabe señalar que evaluar un paciente delirioso es un desafío, porque la anamnesis puede ser poco confiable, porque no se nos permite realizar un buen examen físico, dificultando el diagnóstico, realizando más o menos procedimientos y aumentando los costos. Al considerar que estos pacientes tienen sus capacidades mentales alteradas, en la toma de decisiones muchas de las veces se deben recurrir a los familiares. (12)

El diagnóstico de Delirium es clínico, por lo que es fundamental la anamnesis (obtenida de un observador o cuidador del paciente), determinar si han habido cambios agudos y el estado mental, teniendo en cuenta el ambiente cultural y educacional, ya que no podría estar familiarizado con pruebas de cultura general (p. ej., nombres de presidentes o temas de geografía), memoria (p. ej., fechas de nacimientos en culturas que no celebran los aniversarios) y orientación (p. ej., el sentido de localización puede ser conceptualmente distinto). (3,9)

Los criterios diagnósticos según el CIE-10 y DSM V, incluye: Criterio A: alteración de la atención que se manifiesta por la disminución de la capacidad para mantener o dirigir la atención y la capacidad de reconocimiento del entorno está deteriorada, en base a esto las preguntas deben repetirse al paciente, así éste puede perseverar en una respuesta; además los estímulos irrelevantes le distraen fácilmente. Pudiendo resultar difícil o casi imposible mantener una conversación adecuada con el paciente, debido a estos problemas. (20,21)

Criterio B: Las alteraciones se presentan en un corto espacio de tiempo y tiende a ser fluctuantes a lo largo del día. Por ejemplo, el paciente durante la mañana puede estar coherente y cooperador como de costumbre, pero a medianoche puede insistir en ir a casa de sus padres, muertos hace años cabe recalcar. (20,21)

Criterio C: trastornos de la cognición, generalmente la ausencia o el deterioro de la memoria inmediata, pudiéndose comprobar diciendo algunos objetos no relacionados entre sí o una pequeña frase y luego de unos minutos de distracción haciéndole repetir. La desorientación, generalmente, es referida al tiempo (p. ej., el paciente piensa que es por la mañana cuando en realidad es medianoche) o referida al espacio (p. ej., el paciente piensa que está en casa cuando en realidad se encuentra en el hospital). (20,21)

Criterio D: hay una enfermedad cerebral o sistémica subyacente que se la considera como la etiología de las manifestaciones clínicas de los criterios A-D. (20,21)

También se presentan alteraciones perceptivas (p. ej., interpretar el ruido de una puerta como un disparo de pistola), ilusiones (p. ej., las arrugas de la ropa de cama pueden parecer objetos animados) o alucinaciones (p. ej., el paciente puede «ver» a un grupo de personas volando sobre su cama cuando). (3,20)

Las percepciones erróneas pueden ser simples y uniformes o altamente complejas. Frecuentemente hay una convicción delirante de la realidad de las alucinaciones y una respuesta emocional y comportamental congruente con sus contenidos; las cuales no son suficientes para el diagnóstico. (3,20)

Actualmente existen escalas que nos ayudan en el diagnóstico del Delirium, y dependiendo su utilidad tenemos, por ejemplo, para la detección la Clinical Assessment of Confusion-A o Confusion Rating Scale y para el diagnóstico tenemos Confusional Assessment Method (CAM) que tiene una sensibilidad del 94% y una especificidad del 100%. (10)

La CAM-FAM es un instrumento de detección dirigido a los familiares y/o cuidadores que evalúa la evidencia de Delirium, en base a las observaciones por parte de los miembros de la familia, se basa en cuatro puntos importantes como lo son el inicio agudo, inatención, pensamiento desorganizado y el nivel de conciencia alterado del adulto mayor, y es necesario aclararle al familiar o cuidador que las respuestas deben ser sobre aquellos cambios recientes, nuevos o repentinos que el adulto mayor pudo haber manifestado en el lapso de horas o días. (22)

Una vez terminada la entrevista con el paciente y su familiar, es necesario realizar la exploración física con control de los signos vitales, incluyendo una exploración neurológica completa, auscultación cardíaca y pulmonar, exploración abdominal, tacto rectal, valoración del nivel de hidratación y revisión de la integridad cutánea del paciente, ya que una búsqueda inicial de la etiología podría acortar la duración del Delirium. (14,19)

Luego de que se diagnostica de Delirium al adulto mayor debe realizarse un diagnóstico etiológico, siendo útil la mnemotecnia "DELIRIUM": D (drugs) fármacos; E (electrolyte disturbances) deshidratación, desequilibrios iónicos y metabólicos; L (lack of drugs) privación alcohólica o benzodiacepínica, o insuficiente tratamiento del dolor; I (infection) infecciones de orina, respiratorias o de tejidos blandos; R (reduced sensory input) deterioro sensorial no corregido; I (intracranial disorders) por síntomas o signos sugestivos de focalidad neurológica; U (urinary and fecal disorders) impactación fecal y retención urinaria; M (myocardial and pulmonary disorders) por el Delirium como forma de presentación atípica de infarto de miocardio, arritmias, síncope, anemia severa, hipoxia, hipercapnia, etc.(9)

Los síntomas característicos del Delirium pueden presentarse en condiciones como la demencia, trastornos psicóticos y trastorno bipolar o depresivo con/sin sintomatología psicótica por lo que deben ser considerados en el diagnóstico diferencial. También es importante saber identificar el Delirium superpuesto con demencia. (9)

9. TERAPÉUTICA

El tratamiento etiológico debe acompañarse de medidas de soporte, tratamiento sintomático (no farmacológico y, excepcionalmente, farmacológico) y prevención de complicaciones, teniendo como objetivo la recuperación funcional del paciente. Haciendo referencia a las necesidades fundamentales (hidratación, nutrición, oxigenación, movilización, etc.) y prevención de síndromes geriátricos y otras complicaciones (incontinencia urinaria, caídas, inmovilidad, úlceras por presión, trombosis venosa profunda, etc.). (9)

Se recomienda utilizar “TADA” que significa: Tolerar, Anticiparse y No agitarse (“Don’t agitate”), es decir, tolerar conductas contrarias a la rutina, por ejemplo, cuando el adulto mayor se levanta de la cama o de la silla de forma abrupta y evitar tenerlo sujeto en forma permanente, disminuyendo la agitación; el anticiparse habla de intentar responder a sus necesidades, quizás si se pone de pie es porque quiere orinar, por lo tanto, ofrecerle ayuda. Responder siempre con calma y no agitarse más que el adulto mayor, reduciendo la necesidad de contención física, la cual aumenta la agitación. (12)

La Organización Mundial de la Salud desde el 2010 ha implementado nuevas políticas, Cuba tiene un programa ejemplar de políticas estatales que se enfocan en el manejo de los adultos mayores, las cuales se basan en programas de actividad física, programas de control de enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes y programas de prevención del uso del tabaco y drogas psicotrópicas, además de facilidades para el acceso a la atención en salud. (1)

Actualmente la evidencia sugiere que la mayoría de los adultos mayores con Delirium pueden obtener buenos resultados y recuperarse completamente. (18)

9.1. Prevención

Para el manejo de Delirium en los adultos mayores de nuestras comunidades debemos tener en cuenta los factores predisponentes, la causa subyacente y las secuelas que podría originar. Al hablar de los factores predisponentes, nada mejor que la prevención. Entre el 30 y el 40% de los episodios de Delirium son prevenibles. La prevención debe aplicarse a todos los adultos mayores, especialmente a los más vulnerables y con mayores factores predisponentes para desarrollarlo. (9)

Teniendo en cuenta que para que los adultos mayores desarrollen Delirium se necesita la interacción de factores predisponentes y precipitantes, nos centraremos en la prevención de los factores predisponentes más frecuentes, desde el primer nivel de atención.

Las actividades terapéuticas no farmacológicas se centran en la actividad física y de recreación, la orientación y la higiene del sueño en los adultos mayores para la prevención del Delirium, lo cual nos lleva a pensar que los factores ambientales tienen un papel importante en el desarrollo del mismo. Existen informes que asocian a la privación y la sobrecarga sensorial como contribuyentes para el desarrollo del Delirium. (23)

Además, el ambiente que rodea al adulto mayor debe ser el mejor, por ello se debe evitar en lo posible los ruidos excesivos, la temperatura de la habitación debe ser adecuada, y siempre recordarle al paciente quien es, quienes son los que lo rodean y que su bienestar es el pilar de su familia, haciéndolo sentir seguro y protegido. (13)

Fomentar un buen descanso, por lo que se debe evitar despertarles innecesariamente. Estimular cognitivamente al adulto mayor con bastante frecuencia, y recordarle que no se olvide de usar sus lentes/gafas, prótesis dentales y audífonos, las visitas de familiares y amigos tienen un rol muy importante. (19)

Se ha demostrado la gran utilidad de la música en conjunto con la aplicación de masajes para disminuir el comportamiento agresivo, disminuyendo así la agitación en los adultos mayores. En un estudio en donde se intervino con musicoterapia a un grupo de adultos mayores que se encontraban en su periodo postoperatorio, se evidenció un aumento en su sentido de comodidad y presentaron mayor control de su entorno durante su estancia en dicha casa de salud. (4)

La estimulación multisensorial (Snoezelen) consiste en proporcionar estímulos sensoriales agradables, en un ambiente positivo y relajado. Si bien no hay evidencia actual con respecto al manejo multisensorial en la prevención o manejo del Delirium, este método ha demostrado ser una intervención efectiva en el manejo de la conducta a corto plazo en adultos mayores que presentan demencia en un estadio moderado y severo. (4)

Explicar detenidamente a los familiares y cuidadores del paciente que mediante la implementación de medidas a nivel de: orientación, nutrición e hidratación apropiadas, ritmo sueño/vigilia, alteraciones sensoriales (visión y audición) y movilidad, haciendo gran énfasis en la eficacia y la trascendencia que tienen para el pronóstico del paciente es muy importante, ya que son ellos los que llevarán a cabo todas las medidas de prevención, trascendiendo en el pronóstico del paciente. (9,19)

En cuanto a la edad y el sexo del adulto mayor no hay nada que se pueda hacer, teniendo en cuenta que se trataría de factores predisponentes no modificables, pero en cuanto a las enfermedades coexistentes, el objetivo principal en el tratamiento del Delirium es tratar la causa subyacente. Cuando el trastorno subyacente se trata de dolor, hipoxia, constipación, fiebre, o lo que manifieste, hay que tratarlo lo más pronto posible. (13)

Los resultados del estudio llevado a cabo en Francia, sugieren que las infecciones son mucho más frecuentes para el desarrollo del Delirium en adultos mayores que viven en la comunidad que en pacientes hospitalizados. Debemos tener en cuenta que las infecciones tienen un tratamiento muy efectivo si son diagnosticadas correctamente, pero que de lo contrario pueden evolucionar rápidamente. Por lo tanto, que el adulto mayor tenga sus vacunas al día (influenza y neumococo) puede reducir la cantidad de infecciones respiratorias graves. (14)

Corregir el ciclo sueño-vigilia del adulto mayor; aconsejando al familiar o cuidador que se evite la luz excesiva durante la noche y que durante el día la exposición a la luz sea primordial, además consumir líquidos y fibra abundantemente y estar en constante actividad física, teniendo en cuenta que mantener una buena hidratación y nutrición es muy importante para su salud. (13,19)

Lo que corresponde a la demencia y demás enfermedades neurológicas que aquejan al adulto mayor y que incrementan el deterioro cognitivo, se debe mantener al paciente orientado mediante calendarios, relojes u otros objetos familiares para el paciente presentes en su habitación, además de mantener un ambiente tranquilo y confortable para el adulto mayor. (24)

Cabe destacar que la medicación de cada adulto mayor debe ser revisada, con el fin de disminuir la exposición a fármacos que se asocian al Delirium y asegurarnos que cada una de las dosis sea la correcta. Y de ser posible, prescribir medicación que minimice los efectos anticolinérgicos. (13)

Hasta ahora, la evidencia no apoya el uso de fármacos para prevenir el Delirium, incluyendo psicofármacos, inhibidores de la acetilcolinesterasa o melatonina, ya que pueden prolongar la duración del mismo y el deterioro cognitivo, además, su uso a corto plazo en adultos mayores con demencia se ha asociado con una mayor mortalidad y riesgo de accidente cerebrovascular. (9,11)

9.2. Terapéutica Farmacológica

Cuando se trata de la toxicidad anticolinérgica, puede estar indicado el uso de salicilato de fisostigmina, en dosis de 1-2 mg por vía intravenosa o intramuscular, con dosis repetidas en 15-30 min. (8)

Los síntomas principales del Delirium que pueden requerir tratamiento farmacológico son la psicosis y el insomnio. El tratamiento frecuentemente utilizado para la psicosis es el haloperidol. Dependiendo de la edad, el peso y el estado físico del adulto mayor, la dosis inicial sería entre 2 y 6 mg por vía intramuscular, y repetir en 1 hora si sigue agitado. (8)

Luego que el adulto mayor se haya tranquilizado, se iniciará la medicación por vía oral ya sea con gotas orales, en solución o comprimidos. En dos tomas orales diarias: dos tercios de la dosis se administran al acostarse, la dosis diaria total varía entre 5 y 40 mg en la mayoría de los adultos mayores. Teniendo en cuenta que, para el mismo efecto, la dosis oral es aproximadamente 1,5 veces la dosis parenteral. (8)

Mientras que, el tratamiento para el insomnio son las benzodiazepinas de semivida corta o intermedia, entre las cuales tenemos lorazepam, 1-2 mg al acostarse. Evitándose aquellas de semivida larga y los barbitúricos, con la excepción de que sean empleados en el tratamiento de un trastorno subyacente, tal como la abstinencia de alcohol. (8)

Si este está ocasionado por dolor o disnea graves, el médico no debe dudar en prescribir opiáceos, por sus efectos tanto analgésicos como sedantes. (8)

Los fármacos antiparkinsonianos se consideran causantes de Delirium. Teniendo en cuenta que si hay una demencia coexistente, hay dos veces más probabilidades de que se produzca Delirium en adultos mayores con enfermedad de Parkinson en tratamiento con antiparkinsonianos y con demencia que en aquellos que no tienen demencia. (8)

De ser posible, reducir la dosis de antiparkinsonianos sin que empeoren los síntomas motores; si no pueden reducirse o si persiste el Delirium tras la reducción de la dosis, se recomienda la administración de clozapina. Si no se tolera la clozapina o la monitorización sanguínea que se necesita, debe considerarse la administración de otros antipsicóticos. (8)

9.3. Recuperación

Se debe mantener el balance hidroelectrolítico y una buena nutrición, además de realizar una evaluación cognitiva para valorar la evolución del Delirium en el adulto mayor, mediante la escala para el estado confusional. (25)

Pese a la poca evidencia, el haloperidol a dosis bajas sigue siendo el tratamiento de primera línea en el control de la agitación y síntomas psicóticos, ya que cuenta con la ventaja de poder ser administrado por vía oral, intramuscular o intravenosa, pero se debe tener en cuenta que, por vía intravenosa, el haloperidol ha sido asociado con la prolongación del intervalo QT, por lo que se requiere de mucha precaución en dicha vía de administración. (11)

Identificar signos y síntomas que probablemente son debidos a medicamentos que fueron prescritos para tratar un problema que ha sido causado por un fármaco anteriormente indicado; por esto es importante realizar una evaluación de las interacciones fármaco-fármaco en el adulto mayor y de ser posible partir de dosis bajas y aumentarlas paulatinamente al momento de indicar un nuevo tratamiento, para exponerlo al menor riesgo posible dependiente de la dosis. (16)

Sin olvidarnos de darle el seguimiento oportuno a nuestros adultos mayores que hayan sido afectados por Delirium y que se consideren adultos mayores vulnerables.

10. CONCLUSIONES

Los factores predisponentes de Delirium en los adultos mayores son variados, pero los más frecuentes son la edad, teniendo en cuenta que a mayor edad, mayor era el riesgo de desarrollar Delirium; el sexo, frecuentemente el sexo femenino se veía más afectado, tal vez por el hecho de que la población femenina es mayor que la masculina; las enfermedades crónicas mal controladas del adulto mayor; la demencia o enfermedades neurológicas preexistentes, por el hecho de que conllevarían a un deterioro cognitivo; el mismo deterioro cognitivo del adulto mayor y la polimedicación de la cual los adultos mayores son blancos fáciles, debido a sus enfermedades de base.

Por lo tanto, que todo adulto mayor atendido en el primer nivel de atención reciba una evaluación completa de la salud mental como estándar de manejo es una buena estrategia y para ello se recomienda el uso de instrumentos de tamizaje validados como Delirium Triage Screen y CAM. (12)

Teniendo en cuenta que el Delirium es infradiagnosticado, generalmente debido a que los familiares y/o cuidadores de los adultos mayores no han sido capacitados debidamente para reconocer esta patología, el realizar charlas dirigidas a toda la comunidad, fomentaría la inclusión y participación de todos contra este mal que aqueja a nuestros adultos mayores. (22)

Es importante que al encontrarse frente a un adulto mayor con pluripatología y polimedicado se preste la atención debida a su abordaje terapéutico, teniendo en cuenta las discrepancias entre tratamientos y diagnósticos conocidos, descontinuando así, aquellos tratamientos crónicos que no se justifique su mantención. (16)

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benavides-Caro C. Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. Rev Mex Anesthesiol [Internet]. 2017;40(2):107–12. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/rma>
2. Ministerio de Salud Pública (2018). LINEAMIENTOS OPERATIVOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR. p.3
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 2002. 79–81 p.
4. Quiroz T, Araya E, Fuentes P. Delirium: Actualización en manejo no farmacológico. Rev Chil Neuropsiquiatr [Internet]. 2014;52(4):288–97.
5. Niamh A, Fitzgerald J, Adamis D, William D, Meagher D, Timmons S. Predictors of Delirium Development in Older Medical Inpatients: Readily Identifiable Factors at Admission. J Alzheimer's Dis [Internet]. 2018;64:775–85.
6. Cancino M, Rehbein L, Ortiz M. Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. Rev Med Chil [Internet]. 2018;146:315–22.
7. Watt J, Tricco A, Talbot C, Pham B, Rios P, Grudniewicz A, et al. Identifying Older Adults at Risk of Delirium Following Elective Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Gen Intern Med [Internet]. 2018;33(4):500–9.
8. Sadock B, Sadock V, Ruíz P, Kaplan H. Kaplan-Sadock sinopsis de psiquiatría. 11th ed. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona: Wolters Kluwer; 2015.
9. Gonzalez B, Marin J, Valencia M, Martinez N. Diagnostic protocol and management of delirium in elderly patients. Med [Internet]. 2018;12(62):3670–4. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/327897532>
10. Jiménez M, Giner A, Villalba E. Delirium o síndrome confusional agudo. En: Ruipérez L. Tratado de Geriatria para residentes. Madrid. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2015. 189–198 p.

11. Gómez J, García E. Revisión del diagnóstico y actualización en el manejo del delirium. *Psicosom Psiquiatr* [Internet]. 2017;1(2):42–52.
12. Carrasco M, Zalaquett M. Delirium: Una Epidemia Desde El Servicio De Urgencia a La Unidad De Paciente Crítico. *Rev Méd Clin Condes* [Internet]. 2017;28(2):301–10.
13. Torales J, Barrios I, Armoa L. El delirium: una actualización para Internistas y Psiquiatras. *Rev virtual Soc Parag Med Int* [Internet]. 2017;4(2):54–64.
14. Magny E, Le Petitcorps H, Pociumban M, Bouksani-kacher Z, Pautas E, Belmin J, et al. Predisposing and precipitating factors for delirium in community-dwelling older adults admitted to hospital with this condition: A prospective case series. *PLOS ONE* [Internet]. 2018;13(2): p. 1–12.
15. Kubota K, Suzuki A, Ohde S, Yamada U, Hosaka T, Okuno F, et al. Age is the Most Significantly Associated Risk Factor with the Development of Delirium in Patients Hospitalized for More Than Five Days in Surgical Wards. *Ann Surg* [Internet]. 2018;267(3):874–7.
16. Salech F, Palma D, Garrido P. Epidemiología Del Uso De Medicamentos En El Adulto Mayor. *Rev Méd Clin Condes* [Internet]. 2016;27(5):660–70.
17. Amado-Tineo JP, Vásquez-Alva R, Kraenau-Espinal E, Oscanoa-Espinoza TJ. Medicación potencialmente inadecuada como factor de riesgo para el delirium en adultos mayores, en un servicio de emergencia. *Acta Med Per* [Internet]. 2015;32(4):221–8.
18. Cole M, McCusker J. Delirium in older adults: a chronic cognitive disorder? *Int Psychogeriatr Assoc* [Internet]. 2016;28(8):1229–33.
19. Ramón J, Gallardo M. Delirium o síndrome confusional agudo. *Soc Española Med Fam y Comunitaria*. 2015;11(9):516–23.
20. OMS. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. 10th ed. Madrid: Editorial Medica Panamericana;2000.
21. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

22. Steis MR, Evans L, Hirschman KB, Hanlon A, Fick DM, Flanagan N, et al. Screening for Delirium Using Family Caregivers: Convergent Validity of the Family Confusion Assessment Method (FAM-CAM) and Interviewer-Rated CAM. *J Am Geriatr Soc.* [Internet] 2018; 60(11):2121-26.
23. Evensen S, Saltvedt I, Lydersen S, Wyller TB, Taraldsen K, Sletvold O. Environmental factors and risk of delirium in geriatric patients: an observational study. *BMC Geriatrics* [Internet] 2018; 18:282.
24. Gonzalez R, Pintor L. “Delirium en el paciente adulto mayor”. En: Ravinet Contreras J, Barra Cañas B, editores. *Psicogeriatría: una mirada hacia el futuro*. Santiago de Chile: Orjikh Editores; 2018. p. 313-28.
25. Ministerio de Salud Pública (2010). *Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores*. Quito-Ecuador: Fausto Segovia, p.69.