

Peculiaridades del síndrome confusional agudo en el anciano

Peculiarities of the acute confusional syndrome in the elderly

**Dra. Yanay Pérez Pérez,^I Al. Lucía Nivia Turro Mesa,^{II} Dra. Rita Mesa Valiente^I
y Dr. Eloy Turro Caró^I**

^I Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Facultad de Medicina No. 2, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

El síndrome confusional agudo resulta una manifestación clínica frecuente de las enfermedades agudas o de la toxicidad por fármacos en el anciano, con elevadas morbilidad y mortalidad. Este se origina por discapacidad funcional y se caracteriza por un cambio agudo y fluctuante en el estado mental, con desatención y niveles de conciencia alterados por un periodo inferior a 3 meses, aunque puede prolongarse más tiempo. Se le considera una urgencia médica de causa orgánica demostrable y potencialmente reversible, con un diagnóstico eminentemente clínico. En la presente investigación se describe cómo se manifiesta la confusión aguda en los ancianos, cuáles son los factores predisponentes y desencadenantes en su aparición y cuál tratamiento puede ser adecuado si se diagnostica el cuadro clínico y sus factores causales de manera oportuna.

Palabras clave: confusión, anciano, pruebas de estado mental y demencia.

ABSTRACT

The acute confusional syndrome is a frequent clinical feature of acute diseases or drug toxicity in elderly, with high morbidity and mortality. This originates due to functional disability and is characterized by an acute and fluctuating change in the mental state, with inattentiveness and altered conscience levels during less than 3 months, although it can be prolonged for longer time. It is considered a medical emergency of demonstrable and potentially reversible organic cause, with an essentially clinical diagnosis. In this investigation it is described how the acute confusion is manifested in elderly, which are the predisposing and triggering factors in its emergence and which treatment can be adequate if the clinical pattern and its causal factors are diagnosed in an appropriate way.

Key words: confusion, elderly, mental state tests and insanity, mental health.

INTRODUCCIÓN

La confusión aguda o *delirium* se considera como uno de los síndromes geriátricos de mayor significación. Es una forma de manifestación clínica frecuente de numerosas enfermedades agudas, de toxicidad por fármacos o de otros episodios de la esfera

psicosocial en el anciano, que está en relación directa con la fragilidad o menor reserva funcional, expresada en una función cerebral disminuida, y que se asocia a elevadas morbilidad y mortalidad.¹

Cabe añadir que constituye un síndrome neuroconductual, infradiagnosticado e infratratado, pero potencialmente reversible y prevenible, con causas orgánicas demostrables y que es confundido en muchas ocasiones con afecciones neuropsiquiátricas, en el cual el síntoma fundamental es la desorientación témporo-espacial.

El término *delirium* deriva del latín, donde el prefijo de- significa "fuera de" y lira se refiere a "el camino entre dos surcos en la tierra arada", de manera que el significado original en conjunto se puede interpretar como "fuera de ruta".

La presencia de fiebre resultaba un factor importante para distinguir los estados de agitación a causa de enfermedad física (frenitis), de los que se consideraban de origen psicológico (melancolía o manía). El *delirium* se mantuvo como una categoría estable hasta principios del siglo XIX, cuando se realizó la definición causal y fenomenológica, lo que precipitó la transformación de las locuras en las psicosis funcionales.²

Se ha demostrado que la prevalencia en la comunidad es aproximadamente de 1 o 2 % y en los mayores de 85 años se presenta en hasta 14 % de los pacientes hospitalizados. Asimismo se registran cifras de afectación de 10 a 56 % de los ancianos e incluso más en situaciones especiales, como en el período posoperatorio o en los ingresos en unidades de cuidados intensivos. En los ancianos institucionalizados se estima que esta cifra sea de 22 a 76 %.³ Resulta significativo señalar que aparece con mayor frecuencia en el sexo masculino.

Además de causar sufrimiento a pacientes, familiares y cuidadores, su desarrollo se asocia a un incremento de la morbilidad y mortalidad, de los costos sanitarios y de las complicaciones hospitalarias, así como a peores resultados funcionales y cognitivos, a una disminución de la calidad de vida, a un aumento de la estadía hospitalaria, a una mayor necesidad de cuidados especializados y a la institucionalización a largo plazo. Se incluye entre las 3 enfermedades más importantes en los ancianos frágiles y los costos que genera "rivalizan" con los producidos por la diabetes *mellitus* y las caídas.⁴

La mortalidad intrahospitalaria por su causa es comparable a la ocasionada por el infarto del miocardio o por la sepsis, de modo que se considera como urgencia médica.

Para una atención médica adecuada se hace indispensable una detección precoz y un estudio profundo, dirigido a hallar los factores precipitantes y predisponentes, a fin de aplicar un tratamiento rápido e integral y así evitar las complicaciones. Dicha atención se impone como un enorme reto por la elevada frecuencia del síndrome y por el fallo reiterado en su reconocimiento.⁵

En la práctica clínica se reconoce que existe un desconocimiento en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con síndrome confusional agudo, tanto entre los estudiantes como en los egresados de las universidades médicas, por lo que en el presente trabajo se describen algunas particularidades al respecto.

CONFUSIÓN AGUDA: FACTORES PREDISPONENTES, FACTORES DESENCADENANTES Y DIAGNÓSTICO

El síndrome confusional agudo es un cuadro clínico que se caracteriza por un cambio agudo y fluctuante en el estado mental, con desatención y niveles de conciencia alterados por un periodo menor de 3 meses, aunque puede prolongarse más tiempo.⁶

Su duración es variable, desde pocas horas hasta semanas o pocos meses. Esta característica de reversibilidad no siempre se cumple en el paciente de avanzada edad, en muchas ocasiones porque se ofrece asistencia tardía, se desconoce la afección o se realiza una valoración diagnóstica superficial.⁷

De igual modo se le conoce por otros términos, como psicosis orgánica, psicosis tóxica, psicosis exógena, psicosis infecciosa, delirio o *delirium*, síndrome cerebral agudo, encefalopatía metabólica.

Existen factores predisponentes que aumentan la vulnerabilidad del anciano, como la edad avanzada, el sexo masculino, el bajo nivel educacional, los antecedentes de *delirium* previo, las depresiones, las enfermedades cerebrovasculares, la fragilidad, la demencia subyacente, el deterioro funcional, las alteraciones visuales y auditivas, la morbilidad médica asociada y su tratamiento.

Por otra parte, entre los factores precipitantes o desencadenantes del episodio figuran las restricciones físicas, el cateterismo vesical, los ingresos en unidades de cuidados intensivos y coronarios, la colocación de vías periféricas o centrales o el uso de fármacos (sedantes-hipnóticos, benzodiazepinas de acción prolongada, barbitúricos, hidrato de cloral, antidepresivos, opioides, antiinflamatorios no esteroideos, anticolinérgicos, anticonvulsivantes, bloqueantes de los receptores H₂), así como la presencia de enfermedades neurológicas agudas (ictus, síndrome neurológico infeccioso), de afecciones intercurrentes, traumatismos, infecciones, malnutrición, desequilibrios hídricos y electrolíticos. Se refieren también como factores precipitantes las alteraciones del ciclo sueño-vigilia y las intervenciones quirúrgicas cardíacas, ortopédicas y abdominales.^{1,4}

El delirio se clasifica según la actividad psicomotriz; es decir, el nivel de activación. En los pacientes con delirio hiperactivo se aprecia un aumento de la actividad psicomotriz y la agitación es evidente; puede diagnosticarse erróneamente como un estado de ansiedad, lo que provoca que se limite el tratamiento a la sedación y puede omitirse una causa grave subyacente. En el caso del delirio hipoactivo, existe una disminución de la actividad psicomotriz y puede diagnosticarse como depresión o suele pasar inadvertido. En el delirio mixto, la actividad psicomotriz muestra rasgos hiperactivos e hipoactivos. Alrededor de 15 % de los afectados presentan una actividad psicomotriz normal.¹

La nomenclatura actual está en fase de desarrollo y se están estableciendo nuevos conceptos como los de "subsindrómico" (situación en la que los pacientes muestran algunos de los síntomas sin llegar a cumplir criterios estrictos, pero con peor pronóstico que los que carecen de síntomas) o "persistente" (aquellos casos que mantienen todos o parte de los síntomas) e incluso otros que especifican la tipología en diversas circunstancias, como los denominados "perioperatorios" o al final de la vida.³

No se conocen en profundidad las características fisiopatológicas; el modelo más aceptado se basa en el concepto de reserva cerebral, definido como la capacidad del sistema nervioso central de responder de manera flexible a las agresiones. La hipótesis principal se focaliza en la función de los neurotransmisores, en la inflamación y el estrés

agudo y crónico. Cualquier alteración que modifique el metabolismo basal supone una modificación neuroinflamatoria asociada a la liberación de citoquinas y factores inflamatorios, a estrés oxidativo y a una eventual alteración de la síntesis de neurotransmisores.⁸

Clínicamente se manifiesta por profundos trastornos de la sensopercepción consciente.⁹ La desorientación se caracteriza por confusión témporo-espacial, que se agudiza en horas de la tarde y la noche, y está descrita como "el síndrome del crepúsculo".

Los pacientes presentan incapacidad para fijar la atención y concentrarse, además de perplejidad e incoherencia, delirio de tipo persecutorio, lenguaje típicamente lento e inapropiado, deambulación, excitación psicomotriz, inquietud, lentitud, somnolencia, intención de salir de la cama, ropa deshilada. Algunos ancianos se pueden tornar irritables, con agresividad para quienes los cuidan.^{9,10}

El diagnóstico positivo es básicamente clínico y se fundamenta en la anamnesis, el examen físico, según los criterios establecidos en el DSM-V (siglas en inglés de Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). El *Confusion Assessment Method* (CAM) o Método para la evaluación de la confusión es la mejor herramienta de diagnóstico y el instrumento más utilizado en las pasadas dos décadas.¹

La Guía de consulta de los criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría en su edición del 2014 expone los 5 elementos siguientes para el diagnóstico:¹

1. Una alteración de la atención (por ejemplo: capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno).
2. La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales, y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.
3. Una alteración cognitiva adicional (por ejemplo: deficiencia de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).
4. Las alteraciones de los criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el estado de coma.
5. En la anamnesis, en la exploración física o los análisis clínicos, se obtienen evidencias de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección, una intoxicación, la abstinencia a una sustancia (por ejemplo: al consumo de drogas o de un medicamento), la exposición a una toxina o por múltiples causas.

Método para la evaluación de la confusión

A continuación se presentan los criterios incluidos en el método para valorar la confusión (cuadro 1). Para confirmar el diagnóstico deben estar presentes los tres primeros criterios, más el cuarto o el quinto.

Cuadro 1. Criterios diagnósticos del síndrome confusional agudo

| Criterios | Datos |
|---|--|
| 1. Cambio agudo en el estado mental. | – Observación por un miembro de la familia, un cuidador o los miembros del Equipo Básico de Trabajo. |
| 2. Síntomas que fluctúan durante minutos u horas. | – Observación por el cuidador o los miembros del Equipo Básico de Trabajo. – Antecedentes del paciente. |
| 3. Desatención. | – Mal recuerdo de dígitos, incapacidad para recitar los meses hacia atrás. |
| 4. Nivel de conciencia alterado. | – Hiperalerta, somnolencia, estupor o coma. |
| 5. Pensamiento desorganizado. | – Habla sin ilación o incoherente. |

El método presenta una sensibilidad de 94 % y una especificidad de 89 %, y el tiempo aplicación es de 5 minutos aproximadamente.¹¹

Resulta importante realizar el diagnóstico diferencial (cuadro 2) con enfermedades como la depresión, las demencias, los trastornos cerebrales orgánicos crónicos agudizados (esquizofrenia, trastorno bipolar, crisis de histeria de conversión, psicosis funcional orgánica).^{4,6,7}

Cuadro 2. Diagnóstico diferencial con otras enfermedades

| | Delirium | Demencia | Psicosis |
|------------------|-----------------------------|---------------------|---------------------------|
| Comienzo | Súbito | Gradual | Súbito |
| Curso | Fluctuante + por las noches | Progresivo | Estable |
| Conciencia | Disminuida | Normal | Normal |
| Atención | Afectada | Normal (severos) | Normal |
| Cognición | Alterado | Alterado | Normal |
| Percepción | Alucinaciones + visuales | Alucinaciones raras | Alucinaciones + auditivas |
| Delirios | Fluctuantes | Ausentes | Sistematizados |
| Orientación | Disminuida | Disminuida Gradual | Buena |
| Act. Psicomotriz | Retardada, Agitada o Mixta | Normal | Normal |

La evaluación está guiada por la historia clínica, la revisión farmacológica y la exploración física. Para identificar la causa del síndrome se deben indicar estudios complementarios, a saber:³

- De hemoquímica
- De laboratorio
- Electrocardiograma y ecocardiograma
- Radiología
- Neuroimagen
- Tomografía axial computarizada simple y contrastada
- Tomografía de emisión de fotón único
- Tomografía por emisión de positrones
- Resonancia magnética

Los pacientes con delirio son particularmente vulnerables a trastornos iatrogénicos, especialmente ocasionados por las restricciones físicas o químicas (es decir, farmacológicas). La incontinencia o la retención vesical e intestinal son frecuentes y pueden contribuir directamente al delirio. Los ancianos encamados, delirantes, son propensos a padecer atelectasia y úlceras de decúbito; también puede producirse desnutrición aguda, relacionada con la incapacidad para atender la alimentación.

De igual modo, los pacientes hospitalizados con delirio poseen un riesgo hasta 10 veces mayor de presentar complicaciones médicas (incluida la muerte), una hospitalización más larga, mayores costos hospitalarios y mayor necesidad de cuidados específicos luego del egreso.⁸

Tratamiento

El tratamiento de los ancianos con delirio incluye fundamentalmente el control de los trastornos subyacentes que desencadenan el cuadro clínico. Así, son fundamentales la eliminación de los factores parcialmente causales, el control conductual, la evitación de las complicaciones iatrogénicas y el apoyo al paciente y a la familia. Un equipo geriátrico interdisciplinario que involucre a la familia y a los amigos, puede proporcionar la mejor asistencia. No proveer asistencia suficiente puede dar lugar a complicaciones que amenacen la vida y sean costosas, y a la pérdida de la función a largo plazo.

A veces es necesario el control conductual para asegurar el bienestar del paciente y favorecer su seguridad. Normalmente se prefiere la restricción social a las restricciones física o química. Se recomienda ubicar a los pacientes delirantes en las habitaciones cercanas al puesto de enfermería, y se anima a los miembros de la familia a que permanezcan con ellos. También se deben proporcionar elementos que ayuden a los pacientes a orientarse (relojes, calendarios) y se debe animar a los que necesitan gafas y audífonos a que los usen.

Se recomienda interrumpir los fármacos o tratamientos que desencadenan el delirio. El empleo de medicamentos para tratar directamente a la persona con dicha entidad clínica es menos frecuente; por ejemplo, el delirio causado por la abstinencia del alcohol puede tratarse con benzodiazepinas y la toxicidad de los fármacos anticolinérgicos, si es intensa se puede controlar con fisostigmina.^{1,4,6,7}

La terapia con fármacos psicoactivos es a veces necesaria para disminuir la agitación, más que el delirio mismo. Si se requiere el uso de medicamentos psicoactivos, es preciso documentar y evaluar los síntomas elegidos como objetivo, así como la respuesta terapéutica.

En la mayoría de los casos se prefieren dosis bajas de antipsicóticos con elevada potencia (0,25-1 mg de haloperidol por vía oral o parenteral). Se ha propuesto recientemente la administración de risperidona (0,25-1 mg) para controlar la agitación del delirio hiperactivo. Este fármaco puede producir efectos extrapiramidales ligeramente menores que el haloperidol en dosis bajas.

Las benzodiazepinas (0,25 mg de loracepam por vía oral o parenteral) son el tratamiento de elección en los pacientes con delirio causado por la abstinencia del alcohol o de sedantes, o para los pacientes con parkinsonismo que no pueden tolerar los efectos extrapiramidales de un antipsicótico.

Asimismo se podrían emplear otros antipsicóticos atípicos, como la olanzapina, la quetiapina, la ziprasidona, el aripiprazol. Todos los fármacos utilizados para paliar la agitación pueden producir una sedación excesiva y su uso prolonga a veces el delirio y aumenta el riesgo de complicaciones.

El riesgo de aparición de atelectasia y úlceras de decúbito puede reducirse con la movilización; es decir, se sienta al paciente en una silla o se le indica que camine en vez de permanecer encamado. Para evitar la desnutrición son necesarias una estrecha atención a la ingestión de nutrientes y, a veces, la asistencia para comer.¹

Se debe informar a la familia y a los miembros del personal que el delirio suele ser reversible, pero que a menudo la insuficiencia cognitiva tarda semanas o meses en mitigarse tras la resolución de la enfermedad aguda. El apoyo al paciente y su seguridad tienen la máxima importancia.^{12,13}

CONCLUSIONES

Para dar por concluido, el síndrome confusional agudo es frecuente en los ancianos y resulta potencialmente reversible. Se le considera como una urgencia médica de causa orgánica demostrable, su diagnóstico es eminentemente clínico y el síntoma fundamental es la desorientación témporo-espacial. No obstante, si se reconocen y previenen los factores predisponentes y desencadenantes es posible la aplicación de un tratamiento precoz y adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L. Tratado de medicina geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 507-13.
2. Alonso Ganuza Z, González Torres MA, Gaviria M. El delirium. Una revisión orientada a la práctica clínica. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2012 [citado 14 Dic 2017]; 32(114): 247-59.
3. Cole MG. Delirium in elderly patients. Am J Geriatr Psychiatry. 2004; 12(1): 7-21.
4. Martínez Velilla N, Petidier-Torregrosa R, Casas Herrero A. Delirium en el paciente anciano: actualización en prevención, diagnóstico y tratamiento. Med CLin (Barc). 2012; 138(2): 78-84.
5. Martínez Velilla N, Franco JG. *Delirium* subsindrómico en pacientes ancianos: revisión sistemática. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013; 48(3): 122-9.
6. Marcantonio E. Confusión aguda. En: Beers MH, Berkow R. Manual Merck de Geriatria Clínica. 2 ed. Madrid: Harcourt; 2001. p. 350- 6.
7. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet. 2014; 383(9920): 911-22.
8. Veiga Fernández F, Cruz Jentoft A. Etiología y fisiopatología del delirium. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43(Supl. 3): 4-12.

9. Nicolás Antonio D. Confusión aguda. En: Rocabruno Mederos JC. Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1999. p. 452-4.
10. Cid Sanz M. Confusión aguda. En: Guillén F, Salgado Alba A, Ruiperez I. Manual de Geriatria. 3 ed. Madrid: Elsevier Masson; 2007. p. 566-8.
11. Martins S, Fernandes L. Delirium in elderly people: a review. Front Neurol. 2012; 3: 101.
12. Hoyl M. Trinidad. Síndrome confusional agudo en Geriatria [citado 14 Dic 2017].
13. Menéndez J. Evaluación y manejo del estado confusional agudo. La Habana: CITED; 2015.

Recibido: 29 de diciembre de 2017.

Aprobado: 2 de abril de 2018.

Yanay Pérez Pérez. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: yaquela@infomed.sld.cu



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)