



## FORMACIÓN CONTINUADA Y AUTOEVALUACIÓN

### Revisión de conocimientos sobre el síndrome confusional agudo en el paciente crítico (respuestas al test del vol. 23 – n.º 2)

### Review of the knowledge on the acute confusional syndrome in the critical patient (test answer vol. 23 – n. 2)

C. Zazpe Oyarzun<sup>a</sup> y M.C. Asiaín Erro<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> Certificación de Enfermería en el Cuidado del Paciente Crítico (CEEC), Área de Procesos Críticos y Urgentes, Complejo Hospitalario de Pamplona, Pamplona, Navarra, España

<sup>b</sup> Coordinadora del grupo de Certificación de la SEEIUC, España

#### 1. Respuesta A

El síndrome confusional agudo, también denominado psicosis funcional o delirio, hace referencia a la alteración transitoria y reversible del estado mental de etiología multifactorial, inicio brusco y evolución fluctuante que cursa con síntomas de desorientación, agitación, terror, ansiedad e incluso ideas paranoides o alucinaciones. Por otro lado, se denomina *delirium tremens* a la fase más aguda del síndrome de abstinencia del alcohol; se da el nombre de *confusión* a la incapacidad para pensar con la claridad y velocidad usuales, incluyendo el hecho de sentirse desorientado y tener dificultad para prestar atención, recordar y tomar decisiones; por último, el *trastorno afectivo bipolar* es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormalmente elevados de energía y del estado de ánimo.

#### 2. Respuesta D

Según la Real Academia de la Lengua Española, el trastorno emotivo que se caracteriza por una hiperactividad corporal

desordenada y confusa se denomina *agitación*. *Confusión* significa perplejidad, desasosiego o turbación del ánimo; *paranoia* es la perturbación mental fijada en una idea o en un orden de ideas; por *delirio* se entiende la confusión mental caracterizada por alucinaciones, reiteración de pensamientos absurdos e incoherencia, y por último, *alucinación* es la percepción sin objeto real, la sensación subjetiva que no va precedida de impresión de los sentidos.

#### 3. Respuesta E

El síndrome confusional agudo se define como la alteración transitoria y reversible del estado mental de etiología multifactorial, inicio brusco y evolución fluctuante que cursa con síntomas de desorientación, agitación, terror, ansiedad e incluso ideas paranoides o alucinaciones.

#### 4. Respuesta C

El delirio rara vez es causado por un único factor, por lo que es considerado un síndrome de etiología multifactorial. Resulta de la interacción entre la vulnerabilidad previa del sujeto (edad avanzada, alteraciones cognitivas previas, discapacidades sensoriales como hipoacusia y disminución de la agudeza visual, consumo de sustancias con capacidad adictiva, como alcohol, nicotina y psicofármacos), los factores ambientales (inmovilidad prolongada, práctica

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [carmenasiain@gmail.com](mailto:carmenasiain@gmail.com) (M.C. Asiaín Erro).

de intervenciones y procedimientos sobre el enfermo, sujeciones físicas, privación o sobreestimulación sensorial, privación de sueño, ventilación mecánica, abstincencia de sustancias) y las alteraciones fisiológicas causadas por la enfermedad aguda (sepsis, anemia, hipoxia, hipotensión, alteraciones hídricas y electrolíticas, dolor insuficientemente tratado, uso de fármacos psicoactivos, en especial opiáceos y benzodiacepinas). Se ha señalado que el riesgo de delirio aumenta con el número de factores presentes.

## 5. Respuesta C

El diagnóstico enfermero *confusión aguda* se define como «*Inicio brusco de un conjunto de cambios globales transitorios y de alteraciones en la atención, conocimiento, actividad psicomotora, estado de conciencia y/o ciclo sueño/vigilia*». El diagnóstico *trastorno de los procesos de pensamiento* se define como trastornos de las operaciones y actividades cognitivas. *Confusión crónica* se define como deterioro irreversible de larga duración o progresivo del intelecto y de la personalidad caracterizado por la disminución de la capacidad para interpretar los estímulos ambientales; reducción de la capacidad para los procesos de pensamiento intelectuales, manifestado por trastornos de la memoria, de la orientación y de la conducta. El *síndrome de deterioro en la interpretación del entorno* se refiere a la falta constante de orientación respecto a las personas, el espacio, el tiempo o las circunstancias, durante más de 3 a 6 meses y que requiere un entorno protector. Por último, el diagnóstico enfermero denominado *trastorno de la identidad personal* se define como la incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo.

## 6. Respuesta E

Tanto la escala CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the ICU), la escala SAS (Sedation-Agitation Scale), la escala ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist) como la escala Ramsay son herramientas validadas para la valoración del delirio en los pacientes de UCI.

## 7. Respuesta A

La escala ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist) incluye en su valoración 8 ítems: nivel de conciencia, falta de atención, desorientación, presencia de alucinaciones/psicosis, agitación psicomotriz/letargo, humor/conversación inapropiados, alteración vigilia/sueño y presentación de síntomas fluctuantes. Cada uno de ellos se puntuá como 0/1, valorándose como delirio si la suma es  $\geq 4$  puntos.

## 8. Respuesta C

La escala CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the ICU) de valoración del delirio en los pacientes de UCI es la adaptación de la escala original CAM para pacientes sin comunicación verbal. Valora la presencia o ausencia de 4 ítems: cambios en el estado mental, falta de atención, pensamiento desorganizado y alteración del nivel

de conciencia. Al contrario que otras escalas similares, realiza mediciones de la situación puntual del paciente y no de un periodo de tiempo. Es una escala que precisa de muy poco tiempo para su medición (menos de 1 min) y requiere de un nivel de sedación en el paciente medio-bajo, de modo que este pueda responder a las órdenes o estímulos visuales que se soliciten.

## 9. Respuesta B

La escala CAM-ICU emplea la escala de Richmond de sedación y agitación (Richmond Agitation Sedation Scale [RASS]) para valorar los cambios en el nivel de conciencia. Dicha escala asigna el valor 0 al estado normal, con puntos positivos para los grados crecientes de agitación y puntos negativos para los grados de mayor profundidad de la sedación. Las escalas Ramsay y SAS (Sedation-Agitation Scale) también evalúan el estado de sedación y agitación del paciente; mientras la escala Ramsay puntuá en 6 niveles, la escala SAS lo hace en 7, desde dormido/no despertable hasta agitado/agitación peligrosa. Por otro lado, la escala de Glasgow objetiva el nivel de conciencia del paciente neurológico evaluando 3 aspectos: apertura de ojos, respuesta verbal y respuesta motora.

## 10. Respuesta E

El delirio es un problema minusvalorado en el enfermo crítico, pero se presenta en un elevado número de pacientes ingresados en UCI y es probablemente la manifestación más frecuente de disfunción aguda del sistema nervioso central. Las consecuencias negativas del delirio van más allá de las derivadas de las conductas agresivas y autolesivas de los pacientes con agitación, y estudios recientes han mostrado que el delirio es uno de los principales factores determinantes de la estancia hospitalaria y de la mortalidad a largo plazo de los pacientes ingresados en UCI que reciben ventilación mecánica.

## 11. Respuesta E

Entre las medidas que favorecen el descanso y el sueño del paciente y que por tanto contribuyen a la prevención del delirio, se puede señalar: intentar evitar la sedación farmacológica y favorecer el sueño por medios naturales (oscuridad y silencio nocturnos, música relajante); ofrecer bebidas nocturnas no estimulantes (vaso de leche o infusión); ajustar los horarios de medicación nocturna y realizar los cuidados al comienzo de la noche o al menos agruparlos en un solo momento (toma de constantes, fisioterapia respiratoria, cambios posturales...).

## 12. Respuesta B

En general, el haloperidol es el agente recomendado y del que se tiene una mayor experiencia. Los efectos hemodinámicos o respiratorios del haloperidol son menores que con otros antipsicóticos y benzodiacepinas, por lo que es una alternativa en enfermos graves con una situación

cardiorrespiratoria alterada. La morfina puede colaborar en la prevención del delirio al evitar o controlar uno de sus factores predisponentes: el dolor. El propofol es un anestésico de corta duración, y por último el distraneurine es un hipnótico y sedante de acción breve, capaz de deprimir el centro respiratorio, por lo que ha quedado en desuso.

### 13. Respuesta E

El haloperidol se absorbe bien por el tracto gastrointestinal. La biodisponibilidad oral está alrededor del 60%. Por esta vía, su inicio de acción aparece a los 30-60 min, con un efecto pico a las 2-4 h. Por vía intravenosa, el inicio de acción ocurre a los 5-20 min, con un pico a los 15-45 min. Se une a proteínas plasmáticas en un 92%. Se metaboliza principalmente en el hígado mediante glucuronización a un metabolito inactivo. Como consecuencia de la variabilidad de este metabolismo, su vida media oscila entre 12 y 36 h. Sin embargo, la correlación entre vida media farmacocinética y duración de acción farmacológica no es buena, y para controlar el delirio de forma eficaz requiere una administración más frecuente. La mayoría de los metabolitos se eliminan inactivos por la orina. Por tanto, se debe reducir la dosis de haloperidol cuando haya alteración de la función hepática y no precisa ajuste en la insuficiencia renal.

### 14. Respuesta D

Entre los cuidados establecidos para la prevención del delirio se consideran los siguientes: a) en relación con la movilidad, se recomienda la movilización precoz del paciente e iniciación de ejercicios pasivos y activos, limitar el tiempo de encamamiento, minimizar la utilización de dispositivos que reducen la movilidad del paciente (catéteres, sondas, etc.) y evitar el uso de restricciones físicas; b) con respecto al descanso nocturno, se debe intentar evitar la administración de fármacos sedantes y favorecer el sueño por medios naturales, y además se agruparán los cuidados para permitir períodos de descanso más prolongados, y c) en cuanto a la función cognitiva, se debe estimular la orientación del paciente y su relación con el medio (horarios flexibles y ampliados de visitas, reloj visible, radio, televisión, lectura, luz natural que permita distinguir la noche del día, etc.), mantener el mayor grado de comunicación con el paciente, identificación de los profesionales que le atienden e informarle de la evolución de su proceso así como de los procedimientos que se llevan a cabo, programar actividades terapéuticas (conversaciones, discusiones...), y finalmente facilitar a quien lo necesite el uso de gafas y audífonos.

### 15. Respuesta B

El delirium postoperatorio es muy frecuente en ancianos hospitalizados; su prevalencia es del 37-46% en pacientes quirúrgicos, y en UCI puede llegar al 80%. Entre otros factores, la aparición de delirio está en función del estrés que produzca la cirugía (por ejemplo, hasta el 70% en cirugía cardiaca, mientras que en cirugía de cataratas se estima en torno al 4%); asimismo la incidencia del delirio es más frecuente en los pacientes que son intervenidos de urgencia. Por otro lado, aunque existen muchos factores que pueden

desencadenar la aparición del delirio en las personas mayores, Martínez-Velilla et al. citan como los más frecuentes la presencia de una infección, situación de desnutrición, de hipoxemia, presencia de dolor, inmovilización del paciente, estreñimiento y retención aguda de orina.

### 16. Respuesta E

La revisión de L. Bell en 2011 sobre la valoración y los cuidados del paciente con delirio apunta la existencia de varios estudios que han descrito la necesidad de implementar un modelo básico de cuidados que incluye la combinación de múltiples estrategias de la práctica basada en la evidencia. Este conjunto de medidas o cuidados incluye lo siguiente: en pacientes con ventilación artificial realizar una prueba diaria de despertar y respiración espontánea, selección cuidadosa de los fármacos sedantes a administrar, monitorización sistemática de los síntomas de delirio para su detección temprana, movilización precoz e iniciación al ejercicio físico de forma progresiva. La finalidad de combinar y coordinar estas estrategias individuales es mejorar la colaboración entre los miembros del equipo clínico, estandarizar los procesos de cuidados y romper el ciclo de la sedación y la ventilación prolongadas, que aparecen como causa del delirio y la debilidad.

### 17. Respuesta C

L. Bell (2011) cita varios estudios en los que la movilización precoz de los pacientes críticos no solo mejora su situación física sino que también conduce a una mejora de la función cognitiva, e incluso una reducción de la duración del delirio. Estos autores definen «movilización precoz o temprana» cuando se inician dentro de los 3 primeros días posteriores a su ingreso en UCI. Esta movilización se centra desde la movilización pasiva inicial hasta los ejercicios activo-asistidos. De forma precoz, se sentará al paciente en el borde de la cama, se le levantará al sillón y, en medida de lo posible, se le ayudará a dar algunos pasos. Hay que tener presente que la movilización precoz debe ser considerada una piedra angular de cualquier protocolo de reducción del delirio.

### 18. Respuesta E

De acuerdo con el nivel de actividad psicomotora y el estado de alerta, el delirio puede dividirse en hiperactivo, hipoactivo y mixto. El paciente con delirio hipoactivo se muestra letárgico y con disminución de su capacidad de respuesta; el paciente presenta riesgo de complicaciones como aspiración, embolismo pulmonar, úlceras de decúbito y otras complicaciones relacionadas con la inmovilidad. El delirio hiperactivo pone al paciente en situación de agitación o combativo, puede autorretirarse las vías invasivas y salir o caerse de la cama; estos pacientes con frecuencia necesitan tratamiento con fármacos sedantes que en ocasiones les conduce a prolongar el tiempo de ventilación artificial. El delirio mixto se manifiesta con hipo e hiperactividad que se presentan de manera secuencial, lo que en muchas ocasiones está en relación con el uso de medicación sedante. Con respecto a la prevalencia de los distintos tipos de delirio se

puede decir que en entornos fuera de la UCI, la mayor prevalencia corresponde al delirio mixto; en segundo lugar, al hiperactivo, y en menor proporción al hipoactivo; en la UCI, sin embargo, debido a la mayor utilización de psicofármacos y a la gravedad de la enfermedad, la mayor prevalencia corresponde al delirio hipoactivo. Finalmente, el delirio normal no se incluye en la clasificación porque el delirio siempre es un estado patológico.

## 19. Respuesta B

El delirio hiperactivo se asocia con agitación caracterizada por inquietud. En ocasiones el paciente se encuentra combativo, con tentativa de autorretirada de catéteres y sondas, labilidad emocional e intentos de salida e incluso caídas de la cama. La letargia o letargo, caracterizado por un estado de somnolencia profunda y prolongada, es un síntoma del delirio hipoactivo.

## 20. Respuesta C

El delirio hipoactivo se produce con una frecuencia igual o mayor que el hiperactivo. Sus manifestaciones son más larvadas, hasta el punto de que, si no existe un alto grado de sospecha clínica y no se utilizan sistemáticamente escalas como la CAM-ICU o el IC-DSC para su detección, pueden ser pasadas por alto. El delirio hipoactivo es difícil de distinguir de los efectos farmacológicos producidos por la medicación psicoactiva empleada, lo que hace que su incidencia en la UCI no sea fácilmente evaluada.

## 21. Respuesta D

La escala Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) valora 10 grados de sedación. La puntuación máxima es +4, y en ella el paciente está combativo y violento y puede ser un riesgo para el equipo; sigue +3, en la que el paciente está muy agitado; +2, el paciente está agitado; +1, el paciente está inquieto; 0, el paciente está alerta y tranquilo; -1, el paciente está somnoliento; -2, el paciente se encuentra ligeramente sedado; -3, sedación moderada; -4, sedación profunda, y -5 es la puntuación en la que el paciente está dormido y no responde a la llamada ni a estímulos físicos. Para la valoración del delirio en la práctica clínica se sugiere aplicar esta escala antes de aplicar la CAM-ICU. Todos los pacientes que con la escala RASS tengan una respuesta de -3 a +4 serán valorados con la CAM-ICU.

## 22. Respuesta D

Hay evidencia de pensamiento desorganizado e incoherente cuando el paciente contesta incorrectamente 3 o más de 4 preguntas y no puede seguir órdenes sencillas.

## 23. Respuesta A

La literatura sobre el delirio indica que en las unidades de medicina general el delirio hipoactivo se asocia con una mayor duración del delirio, con prolongación de la estancia

hospitalaria y con mayor mortalidad que los delirios hiperactivo y mixto. Asimismo se asocia con un peor pronóstico debido a un mayor riesgo de los pacientes a complicaciones relacionadas con la inmovilidad.

## 24. Respuesta E

Entre las barreras potenciales a considerar para la valoración y detección del delirio en UCI destacan, en primer lugar, la falta de conocimientos sobre la presentación del delirio en la UCI, la falta de protocolos de valoración, así como la confusión de términos en las herramientas de valoración y la dificultad de llevar a cabo la evaluación en pacientes sedados o intubados. Además, otra barrera que apuntan las enfermeras es la falta de tiempo para realizar la valoración de manera sistemática. Estas barreras pueden complicar y retrasar el reconocimiento y tratamiento del delirio, además de incrementar el riesgo de los pacientes para el desarrollo de secuelas a corto y a largo plazo.

## 25. Respuesta E

En relación con la prevención, diagnóstico y tratamiento del delirio en el paciente crítico existe evidencia fuerte sobre los siguientes puntos: a) la necesidad de valorar la presencia de delirio rutinariamente mediante la escala CAM-ICU y caracterizar el tipo de delirio; b) previamente a la administración de un tratamiento farmacológico se recomienda el abordaje no farmacológico; c) el tratamiento farmacológico de elección es el haloperidol, y deben monitorizarse sus posibles efectos secundarios cuando se utilizan dosis elevadas o se administra en perfusión continua; d) las benzodiacepinas y el propofol no están recomendadas para el manejo del delirio, a menos que se trate de un delirio hiperactivo secundario a delirium tremens y a síndromes de abstinencia.

## BIBLIOGRAFÍA: Fuentes consultadas para el estudio del tema

- Allen J, Alexander E. Prevention, Recognition, and Management of Delirium in the Intensive Care Unit. AACN Adv Crit Care. 2012;23:5-11.
- Ayllón Garrido N, Alvarez González MJ, González García MP. Incidencia del delirio en Cuidados Intensivos y factores relacionados. Enferm Intensiva. 2007;18:138-43.
- Bell L. Delirium Assessment and Management. AACN Practice Alert Assessment [consultado 16 Febr 2012]. Disponible en: <http://www.aacn.org/WD/practice/docs/practicealerts/delirium-practice-alert-2011.pdf>
- Bergeron N, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors. Intensive Care Med. 2001;27:1297-304.
- Carrillo Esper R, Carrillo Córdova R. Delirio en el enfermo grave. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2007;21:38-44.
- Devlin J, Fong JJ, Howard EP, Skrobik Y, McCoy N, Yasuda C, et al. Assessment of Delirium in the Intensive care unit: Nursing practices and perceptions. Am J Crit Care. 2008;17:555-66.
- Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, Gordon S, Francis J, May L, et al. Delirium in mechanically ventilated patients:

- validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*. 2001;286:2703-10.
- Gesin G, Russell BB, Lin AP, Norton HJ, Evans SL, Devlin JW. Impact of a delirium screening tool and multifaceted education on nurses' knowledge of delirium and ability to evaluate it correctly. *Am J Crit Care*. 2012;21:e1-11.
- Girard TD, Pandharipande PP, Ely EW. Delirium in the intensive care unit. *Crit Care*. 2008;12 Suppl 3:S3 (doi:10.1186/cc6149) [consultado 12 Ener 12]. Disponible en: <http://ccforum.com/content/12/S3/S3>
- Martinez-Franco M, Hernandez-Cárdenas C, Takao Kenedo-Wada F. Delirio en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Anest Mexico*. 2004;16:79-85 [consultado 12 Ener 2012]. Disponible en: <http://www.anestesiaenmexico.org/RAM2/006.pdf>
- Martinez-Velilla N, Alonso Bouzo C, Ripa Zazpe C, Sanchez-Ostiz R. Síndrome confusional agudo postoperatorio en el paciente anciano. *Cir Esp*. 2012;90:75-84.
- Palencia-Herrejon E, Romera MA, Silva JA, y Grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Delirio en el paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008;32 Suppl. 1: 77-91.
- Puntillo K, Truman B, Pohlman A. Managing pain, delirium and sedation. *Crit Care Nurse*. 2007;27 Suppl Feb: 8-15.
- Rodriguez Mondejar JJ, Martin Lozano R, Jorge Guillen RM, Iniesta Sanchez J, Palazón Sanchez C, Carrión Tortosa F, et al. Síndrome confusional agudo en UCI: factores que influyen y actitud de enfermería. *Enferm Intensiva*. 2001;12:3-9.
- Sessler CN, Gosnell M, Grap MJ, Brophy GT, O'Neal PV, Keane KA, et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;166:1338-44.
- Truman B, Ely EW. Monitoring delirium in critically ill patients: using the confusion assessment method for the intensive care unit. *Crit Care Nurse*. 2003;23:25-35.