

Delirium, un gran síndrome

Baldomero Álvarez-Fernández

Unidad de Geriatría. Complejo Hospitalario Universitario Carlos Haya. Málaga. España.

El delirium viene caracterizado por un trastorno de la atención, un trastorno del nivel de conciencia, bien en un sentido vertical de ésta, de alerta a coma, bien en el sentido horizontal, como alteración de la percepción de lo que nos rodea, que se desarrolla en pocas horas o días y de curso fluctuante. Es un trastorno funcional del cerebro cuya fisiopatología está por aclarar; los neurotransmisores, como la acetilcolina, los trastornos de perfusión y las situaciones de estrés pueden desempeñar algún papel¹. Como déficit funcional que es, su presentación es más prevalente en los cerebros cuya reserva funcional está más limitada; en este sentido, la vejez aparece como uno de los principales factores de riesgo por razones obvias, de tal forma que el delirium en menores de 60 años es anecdótico. La institucionalización, la pluripatología, la presencia de deterioro cognitivo y la polimedición, sobre todo los psicotrópicos y anticolinérgicos, son otros de los factores predisponentes más relevantes. También, como en el resto de las insuficiencias de órganos, las crisis aparecen por causa o causas orgánicas desencadenantes del cuadro: farmacológicas, infecciosas, circulatorias o de cualquier otra índole clínica. Ante la presencia de más factores predisponentes, de menor entidad podrá ser el factor que precipite el delirium, de tal forma que, en muchos casos, la predicción de aparición de delirium es altamente probable².

Otra característica esencial es que el diagnóstico es puramente clínico; en este número monográfico se exponen los distintos criterios clínicos y las herramientas de detección más sencillas y adecuadas para ello. Excepto en algunos casos puntuales, el diagnóstico no es complejo si pensamos en él, hecho al que deberíamos estar obligados, entre otras cosas, por la altísima prevalencia con que aparece en pacientes de edad avanzada, porque puede ser la forma de presentación de afecciones muy diversas y eventualmente graves en los ancianos, y porque su aparición supone un agravamiento del pronóstico del paciente, no sólo desde un punto de vista inmediato, sino incluso una vez superado el cuadro. Es decir, el delirium se comporta, y ésta es otra de sus características, como un marcador de estado, anunciándonos que la situación de enfermedad de base del paciente que lo presenta está llegando a un estadio avanzado.

Un aspecto relevante del cuadro que nos ocupa es la posibilidad de prevenirla. En efecto, el solo hecho de disminuir el uso de medicaciones psicoactivas, mantener un estado hidroelectrolítico adecuado y una movilización precoz puede reducir en un 25% la aparición de delirium en nuestros hospitales³. Un tema a debate, aunque ciertamente aún se dispone de pocas evidencias, es la posibilidad de realizar profilaxis farmacológica en los pacientes que presenten un altísimo riesgo de presentar delirium (p. ej., pacientes con demencia y fractura de cadera). Hasta ahora se ha conseguido una reducción de la gravedad del delirium y una disminución en la estancia media de los pacientes, pero no la disminución en la aparición del cuadro. De cualquier forma, creo que el reto actualmente está, desde el punto de vista de la prevención, en la observación continua de los pacientes de riesgo, detectando incluso los síntomas prodromáticos e interviniendo en ello con los mecanismos preventivos no farmacológicos que se exponen en este número monográfico.

Si concluimos que el delirium es importante por su prevalencia y por su trascendencia, y que además, en un altísimo número de casos, es prevenible o al menos previsible, no es baladí la tesis mantenida en este suplemento por Dres. González y Carrasco⁴ de que es necesario considerar la aparición de delirium como un marcador de calidad en la asistencia prestada a nuestros mayores, tesis que también defienden Cole et al⁵ y que a todas luces parece que viene de suyo. Cabe preguntarse: ¿por qué son tantos los cuadros de delirium que no son diagnosticados, otros que se diagnostican no son tratados con la debida diligencia y otros tantos que son diagnosticados y tratados de forma adecuada no son debidamente seguidos a la luz de las repercusiones inmediatas y diferidas que pueden tener? Cole et al⁵ apuntan algunas causas: los profesionales tienden a pensar en el delirium de los pacientes ancianos como un cuadro donde aparecen alucinaciones, agitación y que no fluctúa, y la variada gama de presentaciones clínicas del delirium y sus fluctuaciones hace que se complique el diagnóstico. Creo que, tal vez, alguna otra causa puede contribuir a ello, como la falta de estabilidad en el personal que presta asistencia a nuestros pacientes, sobre todo del personal de enfermería, que es el que más tiempo está en con-

tacto con ellos; la ausencia de protocolos de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del delirium en las distintas unidades asistenciales, y la falta de conocimiento por parte de los profesionales del impacto en el pronóstico a corto y largo plazo que tiene este cuadro. Es necesario que en las unidades donde se trata a estos pacientes los turnos de enfermería sean razonablemente estables y no estén constituidos diariamente por profesionales que no conocen al paciente, lo que imposibilita que sean detectados los síntomas prodromáticos en los que se puede actuar para tratar de evitar la aparición del cuadro completo. Los pacientes con riesgo de presentar delirium deben evaluarse de forma regular y adoptarse con ellos todas las medidas preventivas existentes. Es necesario que los distintos profesionales tomemos conciencia de la trascendencia inmediata y diferida que tiene la aparición de delirium en el pronóstico de un paciente, la necesidad de considerarlo una urgencia y, por ello, la necesidad de iniciar de forma inmediata los estudios necesarios para descubrir la causa o causas de éste, de poner en marcha el tratamiento causal y sintomático, incluirlo en la historia clínica y en el futuro informe de alta, y de garantizar un seguimiento adecuado.

Si bien el tratamiento debe cumplir cuatro aspectos básicos —indagar la causa, o más frecuentemente las causas que lo han precipitado; controlar los síntomas, instaurar medidas de soporte y evitar complicaciones—, tal vez es en el control farmacológico de los síntomas donde los debates sobre los fármacos que se deben utilizar han sido últimamente más vibrantes, sobre todo a partir de la polémica surgida al observar un mayor riesgo de accidente cerebrovascular y mortalidad en los pacientes con demencia tratados con neurolépticos atípicos^{6,7}. El delirium sigue siendo un síndrome con ámbitos de incertidumbre importantes en el terreno de la fisiopatología, el diagnóstico y el tratamiento; con estas premisas no es extraño que tratamientos sintomáticos, fundamentalmente con el propósito de controlar trastornos conductuales, tengan resultados distintos aun empleando metodología y pacientes muy parecidos. Lo cierto es que no existen trabajos concluyentes en el ámbito del tratamiento farmacológico sintomático del delirium, entre otras causas porque en principio se trata de un proceso reversible y no está claro si el beneficio encontrado en los pacientes se debe al fármaco o al tratamiento de la causa desencadenante que, por razones obvias, no puede soslayarse. Los ensayos donde se ha detectado la morbimortalidad referida analizaban el tratamiento conductual en pacientes con demencia y el cuadro que nos ocupa es el delirium; a pesar de ello tal vez debamos hacer algunas consideraciones. El tiempo medio de tratamiento del delirium puede estar alrededor de 7 días⁸ y en ese tiempo no conocemos ningún estudio con antipsicóticos atípicos que haya determinado un aumento de mortalidad o eventos cerebrovasculares. En efecto, en todos los casos, estas complicaciones se han presentado en tiempos de tratamiento superior a las 8 semanas. Hasta hace pocos años los consensos de expertos recomendaban

el empleo de los neurolépticos atípicos en los estados de agitación y agresividad de los pacientes con demencia⁹, lo que originó cierto exceso en la utilización de éstos, ya que adjudicar un tratamiento determinado a un trastorno conductual es elevar a la categoría de entidad clínica ese síntoma, algo poco justificado tanto desde un punto de vista empírico (no existen suficientes evidencias para esta indicación) como fisiopatológico (un síntoma conductual puede tener causas muy distintas). En este sentido, siempre hemos creído que debíamos ser más restrictivos a la hora de prescribir un antipsicótico en estos pacientes, tratando de asegurarnos de que la alteración de la esfera psicótica es la causa o una de las causas del trastorno conductual, y que la intensidad de éste justifica la administración de estos fármacos¹⁰. Pero por otro lado, los estudios en los que se ha detectado este aumento de morbimortalidad^{6,7} que motivaron las recomendaciones de la Food and Drug Administration¹¹ tienen, a mi juicio, algunas limitaciones relevantes¹⁰: el grado de severidad de los síntomas en los pacientes incluidos es muy bajo en algunos estudios¹², lo que origina que en los ensayos se instaure un tratamiento neuroléptico a pacientes que en la práctica diaria no se les administra porque tienen una sintomatología no suficientemente disruptiva; las dosis empleadas son más altas que las empleadas de forma habitual en la clínica; el tiempo de tratamiento ha sido superior al necesario para alcanzar el nivel superior de mejoría, y se han mantenido en los ensayos fármacos que pueden desvirtuar los resultados: anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, etc. En cualquier caso, los antipsicóticos clásicos tienen mayores y más graves efectos¹³ por lo que no pueden presentarse como la alternativa a los antipsicóticos atípicos.

Un tema interesante es el planteado por el Dr. Marín Carmona¹⁴ cuando aborda la relación entre delirium y demencia. Ambos síndromes siempre han sido intencionadamente delimitados como entidades diferentes, aunque, cuando analizamos ambos, presentan coincidencias no sólo desde una perspectiva epidemiológica, sino también patogénica, pronóstica e incluso terapéutica, lo que hace pensar que en determinados casos se trata de distintas imágenes de un mismo paisaje de los trastornos cognitivos. Respecto al delirium, la variabilidad en las formas de presentación y de los sujetos que lo presentan hacen pensar que también podemos estar unificando y diagnosticando con los mismos criterios síndromes distintos; probablemente no tenga mucho que ver el delirium que aparece en un paciente en cuidados intensivos con el que se nos presenta en un paciente oncológico en estadio final, o el que aparece en el anciano frágil; este último es el que probablemente pertenece al mismo *continuum* del deterioro cognitivo.

Sea como fuere, parece claro que es necesario ahondar en el conocimiento y la investigación de un cuadro de tanta relevancia para nuestros pacientes y con tantos ámbitos de incertidumbre como el delirium. En ello estamos, como lo demuestra la publicación de este número monográfico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cruz Jentoft A, Veiga Fernández F. Etiología y fisiopatología del delirio. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43 Supl 3: cita cruzada.
2. Inouye SK. Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 1999;10:393-400.
3. Kalisvaart K, Vreeswijk R. Prevención del delirio en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008;43 Supl 3: cita cruzada.
4. González M, Carrasco M. Delirium: marcador de estado del paciente geriátrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008;43 Supl 3: 38-41.
5. Cole MG, McCusker J, Windholz S. Delirium in pacientes ancianos: clínica y diagnóstico. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008;43 Supl 3: 13-8.
6. Brodaty H, Ames D, Snowdon J, Woodward S, Kirwan J, Clarnette R, et al. A randomized placebo-controlled trial of risperidone for treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. *J Clin Psychiatry.* 2003;64:134-43.
7. Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, Davis SM, Hsiao JK, Ismail S, et al, for the CATIE-AD Study Group. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *N Engl J Med.* 2006;355:1525-38.
8. Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP. The Expert Consensus Guideline Series: Using antipsychotic drugs in older patients. *J Clin Psychiatry.* 2004;65 Suppl 2:1-105.
9. Doody RS, Stevens JC, Beck C, Dibinsky RM, Kaye JA, Gwyther L, et al. Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2001;56:1154-66.
10. Álvarez-Fernández B. Antipsicóticos atípicos: héroes o villanos? Una perspectiva clínica. *An Med Interna.* 2007;24:453-5.
11. FDA Public Health Advisory. Deaths with antipsychotics in elderly patients with behavioral disturbances [online]. Disponible en: <http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/antipsychotics.htm>
12. Ballard C, Waite J, Birks J. Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;issue 1.
13. Wang PS, Scheneweiss S, Avorn J, Fischer MA, Mogun H, Solomon DH, et al. Risk of death in elderly users of conventional vs atypical antipsychotic medications. *N Engl J Med.* 2005;353:2335-41.
14. Marín Carmona JM. Delirium y demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43 Supl 3:42-6.