

Tratamiento no farmacológico del delirium

Juan Carlos Durán Alonso^a y M. del Mar Pageo Giménez^b

^aUnidad de Geriátrica. Servicio Medicina Interna. Hospital Juan Grande. O.H. San Juan de Dios. Jerez de la Frontera. Cádiz. España.

^bUnidad de Geriátrica. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. España.

El delirium es un síndrome geriátrico de elevada prevalencia, cuyo manejo terapéutico es complejo debido a la interacción de una amplia serie de posibles causas en sujetos con predisposición a presentarlo. Su tratamiento debe ser etiológico, tratando la causa de éste, pero se debe acompañar de una serie de medidas terapéuticas que faciliten un correcto cuidado al paciente que lo padece y en ocasiones especiales usar fármacos que controlen los síntomas.

El objetivo del presente trabajo es revisar los trabajos publicados sobre los tratamientos no farmacológicos, comentándolos, con un apartado especial sobre el uso de medidas de restricción en ancianos con delirium.

Presentamos las diferentes opciones que se deben plantear en un plan de cuidados individualizado y multidisciplinar, donde médicos, enfermeros, terapeutas, fisioterapeutas y trabajadores sociales colaboren para mejorar la calidad de vida del anciano afectado de delirium. Revisamos las modificaciones del entorno precisas, la elaboración de una rutina diaria, higiene del sueño, práctica de ejercicio físico y actividades de ocio durante el día, aplicadas para los pacientes afectados de delirium.

Palabras clave

Delirium. Tratamiento no farmacológico. Restricciones físicas. Abordaje multidisciplinar.

Non-pharmacological treatment of delirium

Delirium is a highly prevalent geriatric syndrome, whose therapeutic management is complex due to the interaction of multiple possible causes in predisposed individuals. Treatment should be etiological, aiming to treat the cause of the delirium. However, a series of therapeutic measures that facilitate the appropriate care of affected patients should also be provided and sometimes drugs should be used to control symptoms.

The present article aims to review studies published on non-pharmacological treatment of delirium, with a special section on the use of restraints in elderly people with this syndrome.

We present the distinct options that should be considered in an individually-tailored, multidisciplinary care plan, in which physicians, nurses, therapists, physiotherapists and social workers collaborate to improve quality of life in the elderly patient with delirium. We review the modifications to the environment (design of a daily routine, sleep hygiene, physical exercise and leisure activity during the day) required in patients with delirium.

Key words

Delirium. Non-pharmacological treatment. Physical restraints. Multidisciplinary approach.

INTRODUCCIÓN

El delirium es un síndrome cerebral orgánico debido a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, una situación estresante, una intoxicación o abstinencia de sustancias, el consumo de fármacos o lo que es más frecuente: la combinación de varios de los factores mencionados.

Se diagnostica en función del cumplimiento de unos criterios clínicos claramente recogidos en los manuales diagnósticos; así, el DSM-IV, en su revisión de 2002, definía el delirium como:

1. Alteración del nivel de consciencia, con una disminución de la capacidad de centrar, mantener o dirigir la atención.
2. Cambios en las funciones cognitivas previas del paciente, con déficit de memoria, desorientación y/o alteración del lenguaje, junto a alteración en la percepción del pensamiento, con delirios y/o alucinaciones.
3. Esa alteración debe presentarse en un breve período, habitualmente horas o días, y tiende a fluctuar durante el día.
4. Se debe demostrar a través de la historia clínica y la exploración física, utilizando las pruebas complementarias pertinentes, la existencia de una o más causas orgánicas. Puede tratarse de una enfermedad médica, una intoxicación por sustancia o fármaco, o por la abstinencia de alguna de ellas¹.

Correspondencia: Dr. J.C. Durán Alonso.

Unidad de Geriátrica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Juan Grande. O.H. San Juan de Dios.

Glorieta Félix Rodríguez de la Fuente, 1. 11408 Jerez de la Frontera. Cádiz. España.

Correo electrónico: juancaduran@ono.com

Recibido el 20-5-2008; aceptado el 20-5-2008.

El delirium es considerado como uno de los grandes síndromes geriátricos, ya que su prevalencia es elevada en este grupo poblacional, especialmente en el medio hospitalario, siendo mayor en las unidades donde los pacientes sufren enfermedades más agudas, como en unidades quirúrgicas o en cuidados intensivos, y mayor aún en unidades de paliativos, apareciendo al final de la vida. Igualmente, al aparecer asociado a una enfermedad de base, se considera como una manifestación atípica de ésta².

En los ancianos la etiología es con frecuencia multifactorial, interactuando la agresión de un factor precipitante, sobre un estado frágil de salud vulnerable y predisponente al desarrollo del delirium. Es por ello que los profesionales sanitarios que trabajamos con pacientes geriátricos debemos estar especialmente alertas para evitar la aparición de delirium o detectarlo precozmente en sujetos de edad muy avanzada, con demencia previa, enfermedades de base graves, función renal deteriorada o con déficits sensoriales, como la disminución severa de la agudeza visual. En cuanto a los factores que pueden precipitarlos son muchos los posibles, pero destacamos como los más frecuentes: las infecciones urinarias o respiratorias, los fármacos que tengan efectos anticolinérgicos, las alteraciones hidroelectrolíticas y la cirugía^{3,30}.

Los pacientes que presentan un delirium tienen mal pronóstico, ya que con frecuencia aparecen como complicaciones otros síndromes geriátricos: inmovilismo, caídas, incontinencia, estreñimiento, insomnio, etc., que dificultan el manejo, prolongan la estancia hospitalaria, deterioran funcional y mentalmente a los ancianos y aumentan su morbilidad⁴.

Por todo ello, requiere un abordaje integral y multidisciplinar. Tenemos que conocer bien sus manifestaciones para diagnosticarlo precozmente. Sospechar los posibles factores desencadenantes para establecer cuanto antes el tratamiento etiológico de la enfermedad de base e iniciar desde el principio todas las medidas terapéuticas no farmacológicas que ayuden a un mejor control de los síntomas significan el éxito del manejo del delirium. Cuando no haya más remedio, se debe recurrir al uso de fármacos para tratar las manifestaciones clínicas más disruptivas que pongan en peligro al paciente o a sus cuidadores y empeoren la calidad de vida de éste⁵.

EXPERIENCIAS DEMOSTRADAS EN EL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL DELIRIUM

Si bien disponemos de abundante bibliografía científica que ha estudiado los efectos de las diferentes opciones farmacológicas, con ensayos clínicos que demuestran las ventajas y, en ocasiones, los efectos adversos o los inconvenientes de los medicamentos que disponemos para el control de los síntomas, en especial el grupo de los neurolepticos, son muy escasos los trabajos publicados que se

han centrado en estudiar el tratamiento no farmacológico.

Uno de los primeros trabajos importantes publicados a este respecto por Inouye y su equipo, de la Universidad de Yale, se centró en evaluar el efecto de una intervención no farmacológica sobre los diferentes factores de riesgo de delirium con el objetivo de prevenir la aparición de éste en los pacientes ancianos hospitalizados⁶. Atendieron de forma prospectiva a un total de 852 pacientes geriátricos que ingresaron por enfermedad médica y lo dividieron en 2 grupos homogéneos, uno sobre el que intervenían y otro de iguales características que usaron como control. La intervención la realizó un equipo multidisciplinar de médicos geriatras, enfermeras y terapeutas ocupacionales que se habían entrenado para detectar precozmente los casos de delirium; actuaron sobre 6 factores de riesgo que destacaron: deterioro cognitivo, privación de sueño, inmovilismo, disminución de la agudeza visual, disminución de la agudeza auditiva y deshidratación (tabla 1).

Tras un período de estudio de 3 años, obtuvieron como resultado que el grupo sobre el que intervenían desarrolló menos episodios de delirium que el grupo control: el 9,9 frente al 15% (*odds ratio* [OR] = 0,60; intervalo de confianza (IC) del 95%, 0,39 frente a 0,92). Igualmente el total de número de días con delirium fue menor en el grupo intervención: 105 frente a 111 días. Sin embargo, la intervención no tuvo diferencia significativa en la severidad del delirium, y fue similar en ambos grupos. Los autores llegaron a la conclusión de que con una adecuada estrategia de intervención sobre estos 6 factores de riesgo de delirium conocidos y establecidos, reducían el número de episodios, así como la duración de los episodios de delirium en los pacientes ancianos durante su proceso de hospitalización⁶. Por tanto, abrieron un nuevo campo de actuación geriátrica, ya que si nos centramos tan sólo en esos 6 factores de riesgo conocidos, y aplicamos todas las medidas no farmacológicas aplicadas por estos autores, podemos contribuir a mejorar la calidad asistencial y la calidad de vida de nuestros mayores frágiles.

Varios años después, el mismo grupo de investigadores dirigidos por Bogardus publicó otro interesante trabajo sobre el efecto de una intervención multifactorial para prevenir el delirium en pacientes ancianos hospitalizados que han sido dados de alta⁷. Su objetivo fue observar si la intervención sobre esos 6 factores de riesgo ya mencionados reducía el riesgo de delirium 6 meses después de haber sido dados de alta del hospital. Estudiaron a 705 pacientes mayores de 70 años, divididos en 2 grupos: uno tratado durante su hospitalización con un equipo multidisciplinar entrenado para aplicar el protocolo de intervención concreto: reducir las situaciones de riesgo de delirium, y otro grupo de similares características utilizado como grupo control. La variable primaria del estudio era evaluar si se reducía durante ese período desde el alta la incidencia de delirium y como variables secundarias evaluaron cómo se modificaron su estado de salud, su capacidad funcional y

Tabla 1. Factores de riesgo de delirium y protocolos de intervención*

Factor de riesgo	Protocolo de intervención	Medida de evaluación
Deterioro cognitivo MMT < 20 Orientación en MMT < 8	Protocolo de orientación: tarjetas con nombres del personal, relojes, calendarios, actividades de estimulación mental 3/día	Cambios en MMT y en la orientación
Deprivación de sueño	Protocolo no farmacológico: horario de sueño, bebida caliente, música relajante, masaje Tratamiento específico	Uso de hipnóticos
Inmovilismo Encamados Vida cama-sillón	Movilización precoz, reducir el uso de sondas y catéteres, realizar ejercicio físico activo 3/d	Cambios en AVD
Disminución agudeza visual < 20/70 en visión binocular	Ayuda visual: lentes, gafas y medidas ambientales	Corrección precoz (> 48 h) de la agudeza visual
Deterioro auditivo < 6 de 12 en la prueba de Whisper	Protocolo de audición: audífonos, limpieza auditiva, técnicas de comunicación	Cambios en la prueba de Whisper
Deshidratación Elevación de urea y creatinina (> 1,8)	Reconocimiento precoz de la pérdida de volumen y deshidratación. Fomentar ingesta oral de líquidos	Cambios en los valores de urea y creatinina

*Modificada de Inouye et al⁶.

AVD: actividades de la vida diaria; MMT: Mini-Mental Test.

cognitiva, estados depresivos e incontinencia. Se programaron para realizar una evaluación a los 6 meses en su domicilio, residencia u hospital en caso de haber reingresado. Entre los resultados que obtuvieron en este estudio, objetivaron que no había diferencias en la incidencia de nueva aparición de delirium a los 6 meses del alta. En el único parámetro que sí objetivaron mejoría fue en la incontinencia, que fue menor en el grupo que realizó la intervención, que demostró sus efectos preventivos y terapéuticos durante el proceso de aplicación de ésta.

Con posterioridad, Inouye et al⁸, en un trabajo publicado en 2006, describieron la implantación del Hospital Elder Life Program (HELP) en 13 unidades hospitalarias de cuidados agudos, las adaptaciones locales realizadas de ese programa y los éxitos conseguidos. El HELP es un modelo innovador diseñado para prevenir el delirium y la pérdida de capacidad funcional en el paciente anciano hospitalizado. El programa proporcionaba habilidades al personal multidisciplinar del hospital para aplicar unos protocolos muy estandarizados de intervención dirigidos a 6 factores de riesgo de delirium: orientación, actividades terapéuticas, movilización temprana, mejorar déficit visual y auditivo, repleción de volumen oral y mejorar el sueño. Se diseñó para llevarse a cabo en unidades hospitalarias ya existentes. En una primera fase se realizó la aceptación de los hospitales que iban a participar y se realizó una exhaustiva formación del personal implicado en su aplicación; esto llevó una media de 7 meses. Posteriormente, se procedió a su aplicación, con una media de duración del programa de 24 meses. Se trata de un estudio descriptivo; para describir los resultados se realizaron 75 preguntas abiertas y cerradas sobre los lugares de implantación, procedimientos, personal, modo de llevarlo a la práctica, y ventajas conseguidas. En los resultados se comprueba que,

aunque hubo un alto grado de fidelidad al modelo original, existieron variaciones en el diseño en cuanto a la dotación de personal, procedimientos recomendados y resultados finales; estas variaciones estuvieron condicionadas fundamentalmente por la falta de personal, presupuesto y restricciones logísticas.

La fuerza del modelo HELP, que contribuye a su eficacia, radica en que las intervenciones van dirigidas de modo precoz a la prevención, personal muy bien entrenado que estaba dedicado al programa, protocolos estandarizados de calidad y seguimiento de la adherencia al modelo. La formación del personal es fundamental para el éxito del programa. Consiguieron mejorar la satisfacción de los familiares y del paciente, la motivación del personal implicado y la calidad de los cuidados. Los autores concluyen que este trabajo da una visión de la implantación de un programa, que ha demostrado prevenir el delirium y el deterioro de la capacidad funcional. En el mundo real y con unas instituciones motivadas se puede mejorar la calidad de los cuidados a los pacientes ancianos en ellas ingresados⁸.

Como hemos visto, diversos estudios han demostrado la eficacia de la intervención sobre los factores de riesgo de delirium para prevenirlo, pero demostrar de modo evidente la eficacia de las intervenciones no farmacológicas, una vez que el delirium está establecido, ha resultado más controvertido.

El primer bloque de estudios que hemos revisado sobre este tema se centra en investigar la eficacia de medidas no farmacológicas de cuidados en pacientes ya diagnosticados de delirium (tabla 2).

El grupo de Cole publicó en 2002 un estudio clínico y aleatorizado en el que pretendían determinar si el diagnóstico precoz y los cuidados multidisciplinarios del delirium en el paciente anciano hospitalizado en un servicio

Tabla 2. Trabajos realizados basados en medidas no farmacológicas

Autor	Modelo aplicado	Objetivo primario	Conclusiones
Inouye et al ⁶	Intervención sobre 6 factores riesgo	Prevenir la aparición de delirium durante hospitalización	Menor aparición y menor duración
Bogardus et al ⁷	Intervención sobre 6 factores riesgo	Prevenir la aparición de delirium tras el alta	No demostró eficacia
Inouye et al ⁸	Formación del equipo multidisciplinar	Prevenir el delirium y el deterioro funcional durante hospitalización	Eficacia demostrada
Cole et al ⁹	Cuidados multidisciplinarios	Reducir la duración del delirium	No demostró eficacia
Anderson y Hewko ¹⁰	Formación en cuidados multidisciplinarios	Aparición de delirium, duración y estancia hospitalaria	Eficacia
Flaherty ²⁸	Habitación específica	Mejorar asistencia	Dudosa eficacia

de medicina general podrían reducir el tiempo que tarda en mejorar el estado cognitivo de estos pacientes. Eligieron a los pacientes de 65 o más años que ingresaron en 5 unidades de medicina general entre el 15 de marzo de 1996 y 31 de febrero de 1999. Para el diagnóstico se utilizó el Confusion Assessment Method (CAM) en las primeras 24 h del ingreso, volviéndose a aplicar a la semana. Los pacientes con delirium se distribuyeron en 2 grupos: uno donde se intervenía y otro que recibía los cuidados habituales. Además, un asistente de la investigación, que no conocía al paciente, pasaba en las primeras 24 h de su inclusión en el estudio el Mini-Mental Status Examination (MMSE), el Delirium Index (que mide la severidad del delirium) y la prueba de Barthel para medir la capacidad funcional.

Se definió la mejoría por un incremento en la puntuación del MMSE de 2 o más puntos. Los pacientes fueron valorados 3 veces durante la primera semana y semanalmente hasta completar 8 semanas. El principal resultado medido fue el tiempo de mejora de la puntuación del MMSE. De los 1.925 pacientes ingresados, 227 cumplían criterios de inclusión; éstos se dividieron en 2 grupos: 113 en el grupo intervenido y 114 en el grupo que recibía los cuidados habituales. El porcentaje de mejoría según los criterios establecidos fue del 48% para el grupo intervenido y del 45% en el grupo sometido a los cuidados habituales, de manera que no hubo diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto al tiempo de mejoría ni en su rango.

Los autores concluyen que el diagnóstico precoz y los cuidados sistemáticos de los pacientes con delirium no parecen ser más beneficiosos que los cuidados habituales a pacientes ancianos ingresados en unidades hospitalarias⁹. Sin embargo, a Anderson y Hewko hay aspectos del trabajo de Cole que les preocupa, como es el hecho de que el 60-70% de los pacientes estudiados presentaban demencia, lo que dificultaría la interpretación de los resultados; además, no consideran que el MMSE sea adecuado para valorar el delirium y que probablemente haya otros cuestionarios más indicados, como la Delirium Rating Scale.

También refieren que en el trabajo no se indica qué medicación dieron a cada grupo. Nosotros igualmente opinamos que evaluar la eficacia de un tratamiento no farmacológico midiendo el nivel cognitivo mediante el MMSE no es la forma más adecuada, sino que se deben utilizar otras herramientas.

Otros trabajos publicados se han centrado más que en un modelo específico de cuidados aplicados por el equipo multidisciplinar sobre los factores de riesgo, en una modificación específica del entorno, diseñando estructuras específicas para atender a los pacientes ingresados con delirium¹¹. Flaherty y su grupo de geriatría de Missouri publicaron en *JAGS*, en 2003, un interesante trabajo descriptivo, donde presentaban un modelo para el manejo de los pacientes ancianos ingresados con delirium. Presentando su experiencia asistencial con una habitación específica de cuatro camas, ubicada dentro de la unidad de agudos de geriatría de Hospital Universitario Saint Louis, que cuenta con 380 camas. Los pacientes allí ingresados recibían cuidados de enfermería especializados e intensivos de forma continua las 24 h del día, y se beneficiaban de la atención del equipo multidisciplinar de geriatría. Aplicaron las medidas no farmacológicas de refuerzo de orientación, movilización precoz para evitar el deterioro funcional, iluminación adecuada, mantenimiento hídrico y nutricional²⁸. Sin embargo, Rozzini y Sabbatini¹² publicaron un estudio en la misma revista 2 años más tarde, que cuestionaba la necesidad de camas específicas para pacientes con delirium y consideraba que los cuidados que se proporcionan en las unidades de agudos hospitalarios son los adecuados para tratar a estos pacientes, de acuerdo con protocolos establecidos para la prevención y el tratamiento del delirium²⁹.

Por último, debemos hacer referencia a un trabajo publicado por Anderson en 2005, cuyo objetivo era investigar si un programa de educación y reordenación de los cuidados de enfermería y médicos pueden mejorar los resultados en pacientes ancianos con delirium. Se estudió prospectivamente a 400 pacientes de 70 o más años, que

ingresaron en un departamento de medicina interna; los pacientes se distribuyeron en 2 salas, una donde se aplicaron las medidas de intervención y otra para el grupo control. La intervención consistió en la formación del personal para la valoración, prevención y tratamiento del delirium y para el manejo de las relaciones cuidador-paciente. Los pacientes fueron valorados usando el Organ Brain Syndrome Scale y el MMSE en los días 1, 3 y 7 tras su admisión; el delirium fue diagnosticado según los criterios de DSM-IV. El delirium fue igualmente común en los dos grupos, pero al séptimo día continuaba con delirium un menor número de los pacientes en que se intervenía. (el 30,2 frente al 59,7%, $p = 0,001$). La estancia \pm desviación estándar en el hospital también fue significativamente más baja en el grupo intervenido que en el grupo control ($9,4 \pm 8,2$ frente a $13,4 \pm 12,3$ días; $p < 0,001$), especialmente para los pacientes con delirium ($10,8 \pm 8,3$ frente a $20,5 \pm 17,2$ días; $p < 0,001$). Dos pacientes del grupo intervenido y 9 del grupo control murieron durante el ingreso ($p = 0,03$). Los autores llegaron a la conclusión de que un programa de atención multifactorial reduce la duración de delirio, la estancia hospitalaria y la mortalidad¹⁰.

USO DE RESTRICCIONES EN PACIENTES CON DELIRIUM

El uso de medidas de restricción física suele ser una práctica frecuente para tratar o contener conductas disruptivas o agresivas en el paciente con delirium. Diversos estudios así lo han demostrado. Lever et al¹² comprobaron que el uso de restricciones en varias instituciones de Ontario afectaba al 78% de pacientes de hospitales de crónicos, al 12% en residencias de ancianos, al 35% en salas con pacientes psiquiátricos y al 21% en hospitales de agudos. Otros estudios han encontrado una incidencia de uso en unidades hospitalarias de agudos del 7,4 al 22%¹³. Disponemos de pocos datos sobre el uso de restricciones en nuestro país; destaca un trabajo publicado en 2006, realizado en pacientes mayores de 65 años en una unidad de agudos de traumatología, que encuentra una prevalencia de restricciones físicas del 10,2%.

Se ha argumentado que su uso está justificado porque previene las caídas, permite mantener dispositivos como vías o sondas, necesarias para el tratamiento, ayuda a mantener una correcta posición del paciente y mejora la seguridad de éste^{14,15}; otros motivos son la seguridad del resto de los pacientes y usuarios, y la «conveniencia del personal»¹⁵. Pero la realidad no es ésta; varios trabajos han puesto en evidencia que su uso no previene las caídas^{16,17} ni aumenta la seguridad del paciente. Karlsson et al¹⁸, en un trabajo realizado en 1996, llegaban a la conclusión de que el uso frecuente de restricciones físicas en ámbito geriátrico se relacionaba estrechamente con el deterioro físico y psíquico. Incluso se han descrito casos de

muerte y asfixia relacionados con las restricciones¹⁹⁻²¹. Tampoco debemos olvidar las consecuencias negativas que se derivan del uso de estas medidas, tanto físicas, derivadas fundamentalmente de propia situación de inmovilidad en que se deja al paciente (pérdida de la capacidad funcional, problemas de alimentación, incontinencia urinaria y fecal, neumonías por aspiración, úlceras por presión, caídas, lesiones traumáticas, pérdida de masa muscular, lesiones nerviosas, asfixia, estrangulación, hipotensión ortostática, etc.), como psicológicas (miedo, aumento de la confusión, depresión, humillación, aumento de la agresividad)¹⁷.

El uso de restricciones nos plantea un debate ético, ya que las medidas de contención pueden vulnerar algunos de los derechos fundamentales de la persona. El principio bioético de autonomía nos dice que no podemos tomar decisiones en contra de la voluntad del paciente. La Constitución española, en su artículo 17.1, dice: «Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma prevista en la ley». El uso indiscriminado de restricciones puede además suponer una forma de maltrato al mayor.

Las consideraciones anteriores nos obligan a realizar una valoración muy exhaustiva antes de aplicar una medida restrictiva. Solamente estará indicada cuando se plantee una situación que ponga en grave peligro la integridad del paciente o de terceros, siempre y cuando hayamos realizado una valoración integral del paciente ya que en ocasiones hay circunstancias clínicas que pueden pasar desapercibidas y que son el origen de una conducta agresiva. Una vez tratadas las posibles causas debemos agotar las medidas para corregir la situación, en este capítulo hemos hablado del tratamiento no farmacológico del paciente con delirium; muchas de estas medidas que actúan sobre el entorno del paciente y el modo de comunicarnos con él pueden resultar muy efectivas.

Si a pesar de ello llegamos a la conclusión de que no queda más remedio que utilizar algún tipo de restricción, lo primero debe ser obtener el consentimiento por parte del paciente —si es mentalmente competente—, o bien el de un familiar, tras explicarle la medida que vamos a tomar y las consecuencias que se pueden derivar de ella. Debemos indicar en su hoja de tratamiento el motivo que justifica su uso, definir el tipo de medida que vamos a utilizar, durante cuánto tiempo se va a aplicar, realizar una reevaluación periódica de su indicación para retirarla en cuanto sea posible y atender las posibles complicaciones que se deriven.

Es necesaria la formación y concienciación de todo el personal; es importante que cada centro elabore protocolos sobre el manejo de las restricciones, incluyendo procedimientos alternativos a su uso. Estos protocolos deben ser conocidos por todo el personal implicado en el cuidado del anciano y evaluados periódicamente.

Se necesitan más estudios sobre el tema que nos permitan avanzar en un área de tan difícil manejo.

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON DELIRIUM

Aunque la mayor parte de los estudios respaldan la idea de que el mejor tratamiento del delirium es la prevención, si ésta fracasa y el paciente desarrolla esta afección debemos realizar una valoración y un tratamiento mucho más exhaustivos, teniendo en cuenta que las medidas que resultarán más eficaces serán las no farmacológicas y que sólo en situaciones excepcionales se recurrirá a fármacos.

El delirium es un síndrome geriátrico complejo que afecta a pacientes frágiles en el que interactúan diferentes causas orgánicas para desencadenarlo. El manejo adecuado de los pacientes con delirium implica la participación de los diferentes miembros del equipo multidisciplinar para la aplicación de un plan de cuidados completo, donde poner en práctica todas las medidas no farmacológicas tratadas en los apartados anteriores^{22,23,29,30}. Los profesionales implicados deben conocer bien las características de esta afección, sobre todo los múltiples factores que pueden estar implicados y el mal pronóstico que tiene; esto favorecerá una mayor implicación en el tratamiento donde, como vamos a ver, cada profesional tiene algo que hacer.

Es de especial importancia implicar a la familia en los cuidados, ya que actuará como elemento tranquilizador y favorecerá la orientación del paciente. Para ello deben estar informados de la situación explicándoles que los síntomas son temporales y reversibles.

Los médicos debemos esforzarnos en buscar la o las causas etiológicas del delirium, ya que su tratamiento específico es fundamental en la solución del problema. El delirium es una situación urgente que requiere una actuación rápida y precisa. La valoración geriátrica integral precoz nos permite conocer la situación basal del paciente, con los factores de vulnerabilidad de éste, así como los datos que nos puedan orientar hacia la causa subyacente. Debemos estar atentos desde el principio a las medidas básicas de soporte (vías respiratorias libres, constantes vitales, hidratación) y a otras que no son tradicionalmente consideradas como tales pero que aquí cobran protagonismo especial: vía urinaria permeable, descartar la obstrucción del tracto intestinal (fecaloma), evitar el uso de catéteres y sondas innecesarias, movilización precoz y considerar el adecuado estado nutricional del paciente. Es imprescindible realizar una exhaustiva historia farmacológica, reduciendo en todo lo posible el consumo de medicamentos (muy especialmente todos aquellos que posean efecto anticolinérgico), debiendo utilizar los meramente imprescindibles. Se debe tener especial cuidado de evitar la abstinencia brusca de fármacos sedantes que puedan empeorar el grado de agitación del paciente.

Los cuidados de enfermería son fundamentales para los pacientes con delirium y, aunque puedan variar dependiendo del grado asistencial donde se encuentre el paciente —hospital, residencia o domicilio—, siempre deben tener un objetivo común: evitar en todo lo posible las

medidas e intervenciones terapéuticas que puedan empeorar el grado de confort del enfermo. Así, se debe recurrir siempre que se pueda a la vía oral, reduciendo al mínimo el tiempo de sueroterapia, ya que los pacientes con delirium toleran especialmente mal el aparataje que suponen las venoclisis y los sondajes, tanto por sus complicaciones locales como por el hecho de que tienden a arrancárselos. Recordemos que, exceptuando la necesidad de evacuar una retención urinaria aguda, no está indicado el sondaje vesical a un paciente con delirium²⁷.

El entorno en el que se ubique el paciente debe reunir unas características especiales. La iluminación es importante, ya que se ha demostrado que la luz solar ayuda a discernir el día de la noche. La iluminación nocturna debe ser suave, no deslumbrante, y se debe evitar cualquier foco que se dirija directamente hacia el paciente, que no debe permanecer en completa oscuridad durante la noche; se aconseja dejar alguna luz tenue de fondo. La pintura de las paredes debe ser de un color relajante; es mejor usar tonos suaves. El espacio físico es importante para los pacientes que precisen caminar; deben evitarse los obstáculos y barreras arquitectónicas, los objetos ornamentales abstractos o decoración excesiva, así como los espejos. El ruido es un enemigo del paciente con delirium. La musicoterapia ha demostrado que existen melodías relajantes que reducen la ansiedad. Es mejor que escuche una música tranquila que una televisión estridente²⁴. Se aconseja que el paciente disponga de espacios diferentes para pasar el día y la noche, reservándose el dormitorio sólo para dormir. También se sabe que la presencia de objetos rutinarios del enfermo: fotos familiares, objetos de gran cariño, libros personales, etc., ayudan a relajar y mantener la atención.

Es fundamental una correcta higiene del sueño. Se debe acostumbrar a acostar y levantar al paciente a una misma hora y evitar siestas prolongadas durante el día. Existen trabajos que han demostrado que la actividad física por la tarde, como puede ser un paseo al atardecer, y un baño relajante pueden ayudar a mejorar el sueño nocturno²⁵. Las bebidas calientes relajantes antes de ir a la cama también son una práctica aconsejada, aunque en los pacientes con nicturia y polaquiuria se debe restringir la ingesta de líquidos por la tarde-noche.

El equipo que facilite los cuidados al paciente debe ser estable y debe establecerse pronto una relación de necesaria confianza y facilitar el contacto con el cuidador principal; los profesionales deben identificarse, con placas de identidad si es necesario, hablar en tono familiar y llamar al paciente por su nombre, transmitiéndole el sosiego que requiere.

Una adecuada valoración de los órganos de los sentidos (vista y oído) y la aplicación de las medidas correctoras oportunas (lentes, audífonos, etc.) garantizan una mejor orientación del paciente y facilitan su relación con el medio externo.

La nutrición e hidratación del paciente es prioritaria. La tendencia de estos enfermos, con fluctuaciones de su nivel

de consciencia, desorientación y confusión es ignorar o rechazar la ingesta. Hay que conocer sus gustos y preferencias, para ofrecerles alimentos atractivos y apetecibles. Se debe insistir en la ingesta de líquidos, ya que no van a pedirlos. Es frecuente que se presente dificultad deglutoria y se deben extremar las precauciones por parte de enfermería destinadas a mejorar este problema: textura de alimentos, adecuada pauta y asegurar una correcta posición donde el paciente debe estar sentado o incorporado en la cama. Si hay disfagia para los líquidos se recurre al uso de espesantes y, sobre todo, se deben evitar comidas de diferente consistencia. En caso necesario, se recurrirá al uso de suplementos nutricionales para asegurar una adecuada nutrición proteico-calórica.

Debemos evitar que el paciente permanezca encamado; se impone la movilización precoz. El paciente precisa cambios posturales y debe sentarse siempre que sea posible, reiniciando la deambulación cuanto antes. La fisioterapia es crucial y se pueden establecer programas específicos de fisioterapia activa con personal entrenado para el manejo de estos pacientes, que han demostrado reducir el deterioro funcional que esta enfermedad genera²⁸.

La terapia ocupacional contribuye a tratar el trastorno de la atención. La reorientación temporal y espacial, las terapias de ocio adaptadas y los talleres de psicoestimulación han demostrado sus beneficios.

Determinados factores sociales pueden influir negativamente en la evolución, por ello es importante la labor del trabajador social para detectarlos y corregirlos. Un cuidador sobrecargado, estresado, ansioso o depresivo, o bien una rotación de domicilio entre varios cuidadores, son ejemplos frecuentemente implicados en el cuadro que de no corregirse contribuirán perpetuarlo o repetirlo.

CONCLUSIONES

El manejo adecuado del paciente con delirium es complejo y precisa un correcto aprendizaje por parte del equipo multidisciplinar implicado en proporcionar el plan de cuidados. Debe considerarse:

- Establecer un entorno adecuado.
- Habituar al paciente a un horario rutinario.
- Utilizar reloj y calendarios que faciliten la orientación temporal.
- Evitar el uso de sueros y sondas.
- Asegurar una adecuada ingesta de líquidos y alimentos.
- Cuidar la vista y el oído.
- Evitar el inmovilismo, realizando una movilización precoz del paciente.
- Ofrecer al paciente actividades físicas y ocupacionales para mantener su capacidad funcional.

- Asegurar una correcta higiene del sueño.
- Evitar el uso de fármacos para el control de los síntomas, así como el uso de medidas de restricción física.
- Tratar la causa desencadenante.

Creemos recomendable que cada centro, atendiendo a sus características, estructura y dotación de personal, desarrolle protocolos de actuación para diagnosticar y tratar el delirium, pero sobre todo para prevenirlo. Estos protocolos deben revisarse periódicamente para valorar su efectividad y promover su optimización.

Son necesarios más trabajos de investigación y guías de práctica clínica que mejoren el conocimiento y las habilidades en el manejo de los pacientes con delirium^{26,27}.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. DSM IV-R. Washington: American Psychiatric Association; 2002. p. 143.
2. Formiga F, San José A, López-Soto A, Ruiz D, Urrutia A, Duaso E. Prevalencia de delirium en pacientes ingresados por procesos médicos. *Med Clin (Barc)*. 2007;129:571-5.
3. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons: predictive model and interrelationships with baseline vulnerability. *JAMA*. 1996;275:852-7.
4. Young J, Inouye S. Delirium in older people. *BMJ*. 2007;334:842-6.
5. Inouye S. Delirium in older persons. *N Eng J Med*. 2006;354:1157-65.
6. Inouye S, Bogardus S, Charpentier P, Leo Summers L, Acampora D, Holford T, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Eng J Med*. 1999;340:669-76.
7. Bogardus S, Desai M, Williams C, Summers L, Acampora D, Inouye S. The effects of a targeted multicomponent delirium intervention on postdischarge outcomes for hospitalized older adults. *Am J Med*. 2003;114:383-9.
8. Inouye S, Baker DI, Fugal P, Bradley EH. Dissemination of the hospital elder life program: implementation, adaptation, and successes. *JAGS*. 2006;54:1492-9.
9. Cole MG, McCusker J, Bellavance F. Systematic detection and multidisciplinary care of delirium in older medical inpatients: a randomized trial. *Can Med Assoc J*. 2002;167:753-9.
10. Anderson SD, Hewko RA. Studying delirium. *CMAJ*. 2003;168:5.
11. Lundström M, Edlund A, Karlsson S. A Multifactorial Intervention Program Reduces the Duration of Delirium, Length of Hospitalization, and Mortality in Delirious Patients. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:622-8.
12. Lever J, Mohillo DW, Tagle J, Butt G, Bedart M, Millar P, et al. Use of physical restraints and their relationship to medication use in patients in four different institutional settings. *Humane Med*. 1994;10:17-27.
13. Frengley JD, Mison L. Incidence of physical restraints on acute general medical wards. *J Am Geriatr Soc*. 1986;34:565-8.
14. Tinetti M, Wen-Liang L, Ginter S, Marottoli R. Mechanical restraint use among residents of skilled nursing facilities. *JAMA*. 1991;265:468-71.
15. Macpherson D, Lofgren R, Granieri R, Myllynenbeck S. Deciding to restrain medical patients. *J Am Geriatr Soc*. 1990;38:516-20.
16. Rubenstein HS, Miller F, Postel S, Evans H. Standards of medical care based on consensus rather than evidence: the case of routine bedrail use for the elderly. *Law Med Health Care*. 1983;11:271-6.
17. Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados. Documento técnico SEEGG n.º 3, 2003.
18. Karlsson S, Buche G, Ericsson S, Sadman PO. Physical restraints in geriatric care in Sweden: prevalence and patient characteristics. *J Am Geriatr Soc*. 1996;44:1348-54.
19. Miles SH, Irvine P. Deaths caused by physical restraints. *Gerontologist*. 1992;32:762-6.
20. Katz L, Weber F, Dodge P. Patient restraint and safety vests: minimizing the hazards. *Dimens Health Serv*. 1981;58:10-1.

21. DiMaio VJM, Dana SE, Bux RC. Death caused by restraint vests. *JAMA*. 1986;255:905.
22. Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49:516-22.
23. Milsen K, Foreman MD, Abraham I. A nurse-led interdisciplinary programme for delirium in elderly hip fracture patients. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49:523-32.
24. Hanser SB. Music therapy to reduce anxiety, agitación and depression. *Nurs Home Med*. 1996;4:286-91.
25. Satlin A, Volicer L, Ross V. Bright light treatment of behavioral and sleep disturbances in patients with Alzheimer disease. *Am J Psychiatry*. 1992;149:1028-32.
26. Young LJ, George J. Do guidelines improve the processes and outcomes of care in delirium? *Age Ageing*. 2003;32:525-8.
27. Potter J, George J. The prevention, diagnosis and management of delirium in older people. National guidelines. British Geriatric Society. *Clin Med* 2006;6:303-8.
28. Flaherty J, Tariq S, Raghavan S, Bakshi S, Moinuddin A, Morley J. A model for managing delirious older inpatients. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51:1031-5.
29. Rozzini R, Sabatini T. Do we need delirium unit? *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:914-5.
30. Alvarez Fernández B, Formiga F, Gomez R. Delirium in hospitalised older person: review. *J Nutr Health Aging*. 2008;2:1-5.

