

DELIRIO EN UCI: SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO. CRIBAJE Y CUIDADOS ENFERMEROS

AUTORÍA

Azor García, Ramón Jesús*.

Rodríguez Mellinas, María Esperanza*.

* Unidad de Cuidados Especiales. Hospital de Hellín

Dirección para correspondencia:

enfermeriadeurgencias@enfermeriadeurgencias.com

RESUMEN

En el estudio: "Factors that impact on sleep in intensive care patients." de Agness C. Tembo y Parker V, publicado en 2009 en la revista Intensive and Critical Care Nursing y en el que se realiza una revisión de artículos relativos al sueño en UCI en el periodo comprendido entre 2000–2007, se concluye que son numerosos los factores que influyen en el sueño de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos, pudiendo ser éstos: ambientales, procedimientos e interacciones de enfermería, modos de ventilación mecánica empleados, fármacos, dolor y molestias. Por tanto son numerosos los factores que impiden el necesario descanso de los pacientes ingresados en UCI, Urgencias o Unidades de Hospitalización por ser éstos comunes en la mayoría de los casos. A estos factores se añade la presencia de un síndrome que suele pasar desapercibido o es mal diagnosticado en numerosas ocasiones y cuyas repercusiones negativas en la evolución y desarrollo de la enfermedad de base que presente el paciente están claramente definidas en la literatura. Con el presente artículo, pretendemos dar a conocer este síndrome, su fisiopatología, sus signos y síntomas, métodos diagnósticos y tratamiento enfermero.

PALABRAS CLAVE:

delirium, cuidados enfermeros, cuidados intensivos.

TITLE

ACUTE CONFUSIONAL STATE IN AN INTENSIVE CARE UNIT: REVIEW AND CURRENT STATUS OF ISSUE.

ABSTRACT

The study, "Factors That Impact on Patients sleep in intensive care." by Agness Tembo and C. Parker V, published in the journal of Intensive and Critical Care Nursing in 2009, was aim to review all the papers related to the occurrence of sleep disturbance in patients admitted to an intensive care unit (ICU) during the period between 2000 and 2007. Several factors that could have contributed to sleep disruption in patients admitted to an ICU were identified: environmental, nursing procedures and interactions, modes of mechanical ventilation , drugs, pain and discomfort. There are therefore many different factors that could commonly cause sleep deprivation in patients admitted to ICU or inpatient units. prevent the needed rest of the patients admitted to ICU, ER or inpatient units . In addition to all these aforementioned detrimental factors, there is a syndrome that is often overlooked and misdiagnosed; yet its negative impact on the outcome and underlying disease in these patients are clearly defined in the literature.

The purpose of this article is to describe this syndrome as well as its pathophysiology, signs, symptoms, diagnosis and proper nursing care.

KEY WORDS:

delirium, nursing care and intensive care

INTRODUCCIÓN

Ya Hipócrates en el siglo IV a.C en su tratado "Sobre la enfermedad sagrada" escribe: "los hombres deben saber que sólo del cerebro provienen la alegría y el placer, la tristeza y el amor. A través de él, adquirimos el juicio y el conocimiento, vemos y oímos, distinguimos lo dulce de lo insípido, el bien y el mal...de esta manera, **el cerebro ejerce el máximo poder sobre el hombre**", ya entonces daba máxima importancia a nuestro cerebro y a todo lo que en él acontece.

Ya en los años 50, **G.L Engel y Romano** definían el delirium como "una insuficiencia cerebral aguda producida por una disminución de la actividad metabólica cerebral, lo que ocasiona un enlentecimiento del electroencefalograma".

Son numerosas las definiciones que existen en la literatura sobre delirium; la palabra delirium proviene del latín “mezclar, enredar”, en medios anglosajones es definido como “separarse de una ruta o una vía”, definiciones que se acercan a la más completa podrían ser: “Insuficiencia cerebral aguda con distorsión de la realidad” o “grave trastorno neuropsiquiátrico de origen orgánico, que se caracteriza por la aparición de alteraciones de conciencia y de las funciones cognitivas y suele tener un curso fluctuante”, hasta llegar a una definición muy aproximada de lo que resulta ser DELIRIUM: “Perturbación de la conciencia caracterizada por un inicio agudo y un deterioro del funcionamiento cognitivo de curso fluctuante, tal que la habilidad del paciente para percibir, procesar, guardar o recordar información, está ostensiblemente comprometida”.

El delirio se desarrolla en un periodo corto de tiempo (horas a días), es usualmente reversible, y es consecuencia directa de una condición médica, una intoxicación o abstinencia de sustancias, uso de medicamentos, exposición a toxinas, o una combinación de los factores citados. Por tanto y como signos característicos que deben ponernos en alerta para su pronta detección mencionaremos; **inicio rápido, alteración en la atención, confusión (usualmente peor en la noche) y curso fluctuante.**

OBJETIVOS

- Dar a conocer los signos y síntomas característicos de este síndrome a fin de lograr detectarlo precozmente con independencia de la Unidad en que se presente.
- Mostrar las herramientas para su diagnóstico.
- Dar a conocer las medidas preventivas, así como el tratamiento adecuado una vez diagnosticada e instaurada la patología.

Algunas afirmaciones que deben hacernos reflexionar sobre la trascendencia clínica de este síndrome:

Importancia

- Constituye una urgencia médica, debe ser un “sistema de alerta temprana”.
- En la UCI, estamos entrenados para reconocer y tratar diferentes disfunciones multiorgánicas, irónicamente no lo estamos para la más importante.
- “Un cambio agudo del estado mental en un sujeto en estado crítico debe considerarse DELIRIUM hasta que no se demuestre lo contrario”.
- Es un síndrome NO una enfermedad.
- Datos de prevalencia en UCI:

Está presente en:

- el 31% de pacientes ingresados en UCI.
- 60–80% de pacientes ventilados.
- 20–50% de pacientes menos graves.
- Supone un aumento en el coste/paciente ingresado en UCI del 39%.
- Encuestas en profesionales de UCI lo consideran un problema frecuente y grave, pero reconocen que es un síndrome infradiagnosticado, y sólo una minoría usa herramientas para su diagnóstico.
- No hay ensayos randomizados que prescriban el mejor tratamiento. (No evidencia IA).
- No es sólo un marcador de daño orgánico sino también un promotor directo del daño de otros órganos y por ende de fallo multiorgánico.
- Tiene consecuencias negativas derivadas no sólo de conductas agresivas y autolesivas de los pacientes agitados; es uno de los principales factores de estancia hospitalaria y de mortalidad a largo plazo de pacientes de UCI con VM.
- Existe evidencia de que pacientes que precisaron ingreso en UCI, tras el alta experimentan durante meses e incluso años, trastornos cognitivos que son similares a demencias leves y en ocasiones severas.
- Delirio sin control se ha asociado con el posterior desarrollo del trastorno de estrés post-traumático (TEPT).

FISIOPATOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

Engel y Romano (1950):

“Existe una reducción en el metabolismo oxidativo cerebral en pacientes con delirium debido a un descenso del nivel de neurotransmisores que determinan deterioro en la ATENCIÓN Y COGNICIÓN asociado a enlentecimiento en EEG”.

Resulta un síndrome de etiología multifactorial, cuyo mecanismo fisiopatológico parece relacionado con desbalances de neurotransmisores que modulan el control de la función cognitiva, de la conducta y el humor, concretamente se cree que existe un exceso de **dopamina** y depleción de **acetilcolina**.

Factores predisponentes

1.- **Vulnerabilidad previa del sujeto:** edad avanzada, deterioro cognitivo previo, demencia previa, discapacidades sensoriales como hipoacusia y disminución de la agudeza visual, consumo crónico de alcohol, drogas, nicotina y psicofármacos, factores psicosociales (ansiedad, estrés, falta de atención.)

2.- **Factores ambientales y relacionados con la hospitalización:** inmovilidad prolongada, práctica de intervenciones y procedimientos sobre el enfermo, sujeciones físicas, **deprivación** (reducción de estímulos sensoriales habituales) o **sobrestimulación sensorial** (conversaciones inusuales con personas ajenas a su entorno, ruidos no habituales, trasiego del personal), privación de sueño, ventilación mecánica, abstinencia de sustancias.

3.- **Alteraciones fisiológicas:** causadas por la enfermedad aguda subyacente; anemia, sepsis, hipoxia, hipotensión, alteraciones hídricas y electrolíticas, dolor no tratado, uso de fármacos psicoactivos, en especial opiáceos y benzodiacepinas.

Etiología

La etiología más común en el SCA (Síndrome Confusional Agudo) es la determinada por un origen **neuroológico y/o sistémico** dando como resultado una afectación de las funciones cerebrales.

Las **intoxicaciones**, así como la **deprivación de tóxicos** son la causa más frecuente de **SCA reversible**.

CAUSAS NEUROLÓGICAS DEL SCA

Lesiones focales Lesiones difusas

Ictus Traumatismo craneal

Hematoma subepidural/epidural Hidrocefalia

Hemorragia subaracnoidea Status no convulsivo

Tumor cerebral Meningoencefalitis

Absceso cerebral

CAUSAS SISTÉMICAS DE SCA

Trastornos metabólicos

Hiper-hipotiroidismo Porfiria/ brucelosis

Hiper-hipoparatiroidismo Uremia/endocarditis

Panhipopituitarismo Hipoglucemia/ fiebre reumática

Hiperglucemia Hipercapnia/Neumonía

Insulinoma Hipoxia/Sepsis

Síndrome de Cushing Hiper/hipocalcemia

Enfermedad de Addison Hiper/hipopotasemia

Deshidratación Paludismo Hiper/hiponatremia

Enfermedad de Wilson Acidosis/alcalosis

Hepatopatía

Endocrinopatías

Hiper-hipotiroidismo

Hiper-hipoparatiroidismo

Panhipopituitarismo

Hiperglucemia

Insulinoma

Síndrome de Cushing

Enfermedad de Addison

Enfermedades cardiopulmonares

Infarto agudo de miocardio

Insuficiencia cardiaca

Arritmias

TEP.

Infecciones Agentes externos

Sepsis Hipotermia

Neumonía Golpe de calor

Fiebre reumática Electrocutión

Endocarditis

Brucelosis

Tóxicos implicados (intoxicación o deprivación)

- Alcohol. Ciclosporina. Litio
- Antiarrítmicos. Cimetidina. Narcóticos
- Anticolinérgicos Corticoides. Neurolépticos
- Anticomociales. Cocaína. Opiáceos
- Antidepresivos. Digoxina. Tóxicos industriales
- Antihipertensivos. Disulfiram
- Antineoplásicos. Heroína
- Agonistas dopaminérgicos. Inhalantes
- Barbitúricos. Interferón
- Benzodiazepinas. Levodopa

CLASIFICACIÓN

- **Hiperactivo: (30%)**, caracterizado por: agitación, agresividad, inquietud, labilidad emocional y afectiva, tendencia a retirarse sondas y catéteres..., asociado a la privación de sustancias.
- **Hipoactivo: (24%)**: asociado a encefalopatía metabólica (enlentecimiento de la función cerebral), más difícil de detectar y más grave, se asocia a la prolongación de la estancia hospitalaria y a un incremento de la mortalidad, caracterizado por: **letargia, indiferencia afectiva, apatía y disminución de respuesta a estímulos externos.**

Difícil de distinguir de los efectos farmacológicos de la medicación psicoactiva empleada: sedación....

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DELIRIO

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DELIRIO: DSM-IV

A **Trastorno de conciencia** (disminución de la claridad con que se percibe el medio) y disminución de la capacidad para centrar, mantener y desviar la atención.

B **Trastorno del conocimiento** (déficit de memoria, desorientación o alteración del lenguaje) o de la percepción.

C Trastorno que se produce en **corto periodo de tiempo** (horas o días) y tiende a **fluctuar** a lo largo del día.

D Evidencias por anamnesis, exploración física o datos de laboratorio de que el trastorno está causado por una **condición médica general.**

En los últimos años se han desarrollado nuevas herramientas en UCI, por la especial situación del enfermo crítico (VM, sedación...). Las dos principales son:

– **CAM-ICU “Confusion Assessment Method”**

– **IC-DSC “Intensive Care Delirium Screening Checklist”**

Por ser el método más usado actualmente en las Unidades de Cuidados Intensivos y de Urgencias, nos centramos en el método CAM-ICU para la detección precoz del Síndrome Confusional Agudo.

CAM- ICU

Se valoran 4 ítems en el paciente, de la suma de la puntuación obtenida dependerá el diagnóstico afirmativo o negativo del síndrome.

- 1.- Comienzo agudo o curso fluctuante.
- 2.-Disminución de la atención.
- 3.- Alteraciones cognitivas.
- 4.-Alteración de conciencia.

CAM-ICU+: 1+2+(3 ó 4). Se considerará positivo si el paciente puntúa positivo en los ítems 1 y 2 además de en 3 ó en 4.

CRITERIO 1

1. **Comienzo agudo o curso fluctuante**

En este punto, nos haremos la pregunta:

¿Hay evidencia de cambio agudo en su estado mental con respecto a la situación basal? o ¿ha cambiado la conducta del enfermo en las últimas 24 horas?, evidenciado por la escala de sedación-agitación de RASS (Richmond Agitation Sedation Scale)

A continuación, detallamos la escala de sedación- agitación de RASS para valorar y poder contestar a esta pregunta, en los casos en los que el paciente esté conectado a ventilación mecánica o imposibilitado por su situación clínica para hacerlo por sí mismo.

ESCALA RASS

- + 4... **Combativo:** violento, representa un riesgo inmediato para el personal.
- + 3... **Muy agitado:** agresivo se intenta arrancar tubos y catéteres.
- +2 ...**Agitado:** se mueve de manera desordenada, lucha con el respirador.
- + 1...**Inquieto:** ansioso, sin movimientos desordenados, agresivos ni violentos

0... Despierto y tranquilo

-1...**Somnolencia:** no completamente alerta, pero se mantiene despierto más de 10 segundos.

-2... **Sedación ligera:** se despierta ligeramente a la voz y mantiene contacto visual menos de 10 segundos.

-3... **Sedación moderada:** movimientos o apertura ocular a la voz, pero no dirige la mirada.

-4... **Sedación profunda:** no responde a la voz, pero se mueve o abre los ojos a la estimulación física.

-5... **No despertable:** no responde a la voz ni a la estimulación física.

VALORACIÓN DE LA ESCALA RASS

1- Observar al paciente; si **está despierto**, inquieto o agitado, puntuar de **0 a +4**.

2- Si **no está despierto**; llamarlo por su nombre y pedirle que abra los ojos y mire al examinador. Si **abre los ojos o responde con movimientos**, puntuar de **-1 a -3**.

3- Si **no responde a la llamada**; **estimular** al paciente dándole palmadas en el hombro y/o frotándole el esternón, y puntuar **-4 ó -5 según respuesta**.

Criterio 2

2- Disminución de la atención

¿presenta el paciente dificultad para dirigir la atención?

¿presenta el paciente dificultad para mantener y desviar la atención?

Criterio 3

3- Alteraciones cognitivas

¿es el pensamiento desorganizado e incoherente?

¿contesta a preguntas y obedece órdenes durante la entrevista?

Criterio 4

4- Alteración de conciencia

¿está el paciente alerta e hipervigilante? (RASS>0)

¿está el paciente somnoliento o estuporoso? (RASS -1, a -3)

CAM-ICU (+): 1+2+(3 ó 4)

Persistencia del delirio

- El 40% de pacientes que desarrollan delirio en UCI, mantienen dicho trastorno al alta de UCI.
- Dos tercios de los ancianos con alta hospitalaria continúan con algún síntoma de delirio.
- Un 16% reúnen todos los criterios CAM-ICU al alta.

Por tanto y sobre todo en personas de edad avanzada persiste como una secuela duradera, lo que determina una merma en la calidad de vida y en su independencia funcional.

Pronóstico

- **Ely y col, estudio de cohortes con 275 pacientes con VM**

En el estudio anterior, se llegaron a las siguientes conclusiones:

- en pacientes con delirio, existe mayor mortalidad a los 6 meses y una estancia hospitalaria 10 días más prolongada que los que no tuvieron delirio.

- El delirio fue un **predictor independiente de mortalidad**, estancia prolongada, duración de la ventilación mecánica y deterioro cognitivo tras el alta.
- Fue responsable de un aumento 39% costos en UCI y de 39% en hospitalización.
- **Lin y col, cohorte de 102 pacientes en VM**

RESULTADOS

- La mortalidad en UCI es el doble en los pacientes con delirio.
- El SCA, resulta un predictor independiente de mortalidad en UCI, junto a la presencia de shock y la gravedad de la enfermedad (APACHE-III).
- **Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients.**

En este estudio, publicado por Pandharipande P and cols en la revista Critical Care Medicine concluyen que el Lorazepam resulta por sí mismo un factor de riesgo independiente para el desarrollo de delirio en pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos.

PREVENCIÓN

Intervenciones específicas:

Funciones cognitivas:

- Estimular la orientación del paciente y su relación con el medio: horarios flexibles y ampliados de visitas, reloj visible, luz natural (noche y día).

- Mantener el mayor grado de comunicación con el paciente: todo el personal en contacto con tarjeta identificativa y presentarse al paciente.
- Explicar al paciente su enfermedad y todos los procedimientos e intervenciones que se llevan a cabo.
- Actividades terapéuticas programadas: conversación sobre cuestiones de actualidad o interés.
- Permitir dentadura postiza, audífonos, gafas, periódicos, libros, música, radio y televisor si es posible.

Privación de sueño:

- Intentar evitar la sedación farmacológica y favorecer sueño por medios naturales; **oscuridad y silencio nocturnos**, música relajante, bebidas nocturnas, ajuste de los horarios de medicación y toma de constantes respetando sueño.

Inmovilidad:

- Movilidad precoz, sesiones de ejercicios pasivos y ejercicios activos, limitar el tiempo de encamamiento, limitación de dispositivos que reducen la movilidad (sondas...), evitar en lo posible las sujeciones físicas....

Limitaciones visuales y auditivas:

– Uso de gafas siempre que sea posible, así como audífonos.

Intervenciones generales:

En cuanto a Sedación:

– Uso de un protocolo de sedación–agitación validado: escala RASS o RIKER.

– Uso de herramienta de diagnóstico de delirio; CAM–ICU.

Si el paciente permanece intubado, plantearse la realización de una **traqueostomía precoz**: reduce la necesidad de sedación y mejora la comunicación del paciente.

Tratamiento del dolor: reducir la dosis de opiáceos con otros analgésicos no opiáceos.

Evitación de fármacos productores de delirio: lorazepam..

Prevención y tratamiento precoz del síndrome de abstinencia de sustancias consumidas antes del ingreso como alcohol, nicotina, drogas.. todas ellas causantes del Síndrome Confusional Agudo (SCA) de causa reversible.

Previsión y tratamiento precoz del síndrome de abstinencia tras sedo analgesias prolongadas en UCI: reducción gradual de la dosis, stop sedación diaria.

Tratamiento farmacológico

- Agentes neurolépticos:

HALOPERIDOL: droga de elección en el tratamiento del delirio.

- Dosis inicial entre 0,5 y 20 mgr: 0,5 a 2 mgr en agitación leve, 2–5 mgr en caso moderados y 10 ó más en casos severos. Repetir dosis cada 30 minutos.
- Si se precisa, dosis fraccionada cada 4–6 horas o en infusión continua.
- Debe vigilarse desarrollo de trastornos en EKG: prolongación del intervalo QT y arritmias.
- El uso combinado de haloperidol y benzodiazepinas puede mejorar la respuesta del paciente y permite disminuir la dosis de neurolépticos y sus efectos colaterales.
- **Drogas antipsicóticas de segunda generación:**
- **Olanzapina: neuroléptico (bloquea receptores dopamina) y risperidona:** efectividad similar sin efectos adversos.
- **Dexmedetomidina:** sedante–analgésico que provoca menos delirio que midazolam y propofol.

CONCLUSIONES

El Síndrome Confusional Agudo: Delirium, es una patología que suele pasar desapercibida en un alto porcentaje de pacientes ingresados, independientemente de la Unidad donde se encuentren pero que sin embargo tiene unas consecuencias nefastas para la evolución tanto de la patología de base que presente el paciente como para su posterior recuperación, pudiendo presentar secuelas tiempo después de recibir el alta hospitalaria, influyendo pues en su calidad de vida de forma notoria.

Al ser un síndrome en cuya etiología pueden verse inmersos múltiples factores, para poder detectarlo y tratarlo de forma conveniente, se precisa que todos los profesionales implicados en el cuidado del paciente, sepan reconocer de forma clara los signos y síntomas característicos del mismo para poder poner en marcha con prontitud las medidas preventivas y/o terapéuticas necesarias para su resolución.

Actualmente se dispone ya de herramientas diagnósticas de fiabilidad evidenciada en la literatura para poder detectarlo tanto en pacientes conscientes como inconscientes o sometidos a ventilación mecánica como es el caso de la escala CAM–ICU. Con un mínimo entrenamiento, cualquier profesional podrá usarla con la máxima eficacia con independencia de la patología o estado mental del paciente. Una vez diagnosticado, se deben conocer y poner en marcha las medidas

que minimicen o reduzcan las consecuencias derivadas de su desarrollo, a fin de lograr la resolución tanto del cuadro de delirio como de la patología basal.

BIBLIOGRAFÍA

- Tembo AC, Parker V. Factors that impact on sleep in intensive care patients. *Critical Care Nursing*. 2009. Dec; 25(6):314-22.
- Ely EW, Siegel MD, Inouye SK and cols. Delirium in the intensive care unit: an under-recognized syndrome of organ dysfunction. *Semin. Respir Crit Care Med* 2001; 22(2):115-26.
- Pandharipande P, Peterson J and cols. Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients. *Anesthesiología*. 2006. Jan;104(1):21-6.
- Van Rompaey B, Elseviers MM, Schuurmans MJ and cols. Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study. *Crit Care* 2009; 13):R77.
- Rickerk B, Pen EJ, Hofhuis JG and cols. Limitations and practicalities of CAM-ICU implementation, a delirium serious system in a Dutch intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2009oct; 25(5): 242-9.
- Palencia- Herrejón E, Romera MA, Silva JA. Delusion in the critical patient. *Med Intensiva* 2008 Feb; Spec No.1:77-91.
- Fish DN. Treatment of delirium in the critically ill patient. *Clin Pharm* 1991. Jun; 10(6):456-66-
- Svendsen H, Tonnesen E. Incidence of intensive care unit delirium. 2009 Nov 30;171(49):3600-4.
- van Ejik MM, Slooter AJ. Delirium in intensive care unit patients. *Semin Cardiothorac Vasc. Anesth*. 2010 Jun;148(2):141-7.
- Morandi A, Jackson JC, Ely EW. Delirium in the intensive care unit. *Int. Rev. Psychiatry* 2009 Feb;21(1):43-48.
- Miller RR, Ely EW. Delirium and cognitive dysfunction in the intensive care unit. *Curr Psychiatry Rep*. 2007 Feb;9(1):26-34.
- Xie GH, Fang XM. Importance of recognizing and monitoring delirium in intensive care unit. *Clin J Traumatol*. 2009 Dec;12(6):370-4.
- Klugkist M, Sedemund-Adib B, Schmidtke C and cols. Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU): diagnosis of postoperative delirium in cardiac surgery. *Anaesthetist*. 2008 May;57(5):464-74.