

## El *delirium*: la nueva preocupación del médico intensivista

Eduardo Revilla-Rodríguez,\* Claudia Pimentel-Roque,‡ Héctor Romeo Vásquez-Revilla§

### RESUMEN

Actualmente, una de las ramas de la medicina que más rápidamente ha evolucionado es, sin duda, la medicina del paciente en estado crítico, su evolución en el tiempo ha permitido mejorar su manejo al disponer de mejor tecnología. La transición epidemiológica actual hace que los pacientes de la medicina crítica sean cada vez de mayor edad, propiciando la presencia de patologías ventilatorias, neurológicas, y neuropsiquiátricas de inicio agudo como el *delirium*, entre otras. Existe una gran preocupación por la presencia cada vez más frecuente en los pacientes que reciben ventilación mecánica, aumentando la morbilidad y mortalidad del paciente de la terapia intensiva. Actualmente, la Medicina Basada en Evidencias propone una serie de paquetes de calidad, que pretenden identificar, evitar y/o tratar el delirio adquirido en la Unidad de Cuidados intensivos (UCI), a los pacientes que reciben sedación y ventilación mecánica, logrando mejorar la sobre vida y el pronóstico de los pacientes.

**Palabras clave:** Delirium, terapia intensiva, ventilación mecánica, medicina basada en evidencia.

### ABSTRACT

Currently one of the branches of medicine has evolved faster is definitely medicine critical patient, their evolution over time has improved its management to have better technology. Current epidemiological transition, makes critical care patients are increasingly older, leading to the presence of ventilatory, neurological diseases, and acute onset neuropsychiatric *Delirium* as, among others. There is great concern about the increasingly frequent occurrence in patients receiving mechanical ventilation, increasing patient morbidity and mortality of intensive therapy. Currently Evidence Based Medicine proposes a number of quality packages that are intended to identify, prevent and / or treat delirium acquired in intensive care unit (ICU) patients receiving sedation and mechanical ventilation, achieving improve on life and prognosis of patients.

**Key words:** *Delirium*, intensive care, mechanical ventilation, evidence-based medicine.

**Recibido para publicación:** 05 enero 2014. **Aceptado para publicación:** 10 febrero 2014.

\* Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

‡ Maestra en Salud Pública. Universidad Regional del Sureste.

§ Médico Intensivista adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

### Correspondencia:

Dr. Eduardo A. Revilla Rodríguez  
Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca  
Aldama s/n, Paraje El Tule, 71256, San Bartolo Coyopetec, Oaxaca.  
Tel: (951) 5018080 ext. 1150.  
E-mail: eduardorevilla@hotmail.com

«Cuando en la fiebre persistente aparece dificultad para respirar y *delirium*, este último es un signo de fatalidad.»  
Hipócrates (Aforismos, IV, L)

La medicina del paciente en estado crítico es una de las especialidades más jóvenes dentro de la Medicina, aunque, sin lugar a duda, es también una de las que más ha avanzado en un corto periodo de tiempo. Ésta surgió de la necesidad de un abordaje multisistémico en pacientes graves y con el tiempo ha evolucionado permitiéndonos mejorar el manejo, además de disponer de una mayor tecnología para ponerla al servicio de nuestros pacientes; sin embargo, también ha representado un cambio en nuestra población, pues la transición epidemiológica ha propiciado que nuestros pacientes sean cada vez de mayor edad, con un tiempo más grande de estancia en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), mayor tiempo de ventilación mecánica y mayor tiempo de sedación, entre otras cosas. Esto ha llevado a la aparición cada vez más frecuente de trastornos asociados con estos factores, tales como la neuropatía del paciente en estado crítico, la neumonía asociada con la ventilación, la mayor resistencia a los antibióticos y la aparición de *delirium*.

El *delirium* es la manifestación de la disfunción orgánica del cerebro y se caracteriza por ser un síndrome neuropsiquiátrico con un inicio agudo y un curso fluctuante; está caracterizado por la alteración de la función cognitiva que conlleva a la desorientación, el deterioro de la memoria a corto plazo, la disminución de la atención, las alteraciones de la percepción, el pensamiento anormal, el comportamiento inapropiado y los trastornos del ciclo de sueño-vigilia.<sup>1</sup>

El *delirium* es una entidad frecuente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), pues éste afecta de 60 a 80% de los pacientes que reciben ventilación mecánica y de 20 a 50% de los pacientes que no reciben ventilación mecánica.<sup>2</sup> Por lo anterior, existe una preocupación cada vez mayor por la aparición de *delirium* en la UCI, pues se ha confirmado con estudios bien controlados que el *delirium* incrementa los días de estancia, los días de ventilación, los costos hospitalarios y la mortalidad.

Al egreso de la UCI, la estancia hospitalaria global también se ve incrementada; por el contrario, el despertar rápido mediante la suspensión de sedantes, la movilización, la rehabilitación física temprana y la convivencia con sus familiares lo antes posible, precipita la mejora en estos pacientes.

El *delirium*, sin embargo, no es inocuo; la tendencia actual es considerar ya al delirio como un signo de falla cerebral, similar al incremento de creatinina en la falla renal o de transaminasemia en el caso de falla hepática,

con repercusiones reales sobre el pronóstico a mediano y largo plazo en los pacientes críticos y, no sólo eso, sino con disminución del volumen cerebral, así como atrofia de áreas como el hipocampo y los lóbulos frontales, además de deterioro cognitivo incluso un año después de haber salido de una UCI.<sup>2-4</sup>

Ante la presencia común de *delirium* y los efectos adversos reportados, la identificación temprana y el adecuado manejo son factores clave para mejorar la atención de nuestros pacientes en la UCI. Existen herramientas disponibles para detectar la presencia de *delirium* como el *confusion assessment method for the ICU* (CAM-ICU) o el *intensive care unit delirium screening checklist* (ICDSC). El CAM-ICU es ampliamente utilizado a nivel mundial para el diagnóstico de *delirium* y se ha traducido a varios idiomas, sin embargo, su aplicación requiere de una adaptación cultural, ya que hasta el momento, contamos con pocos estudios aplicados en la población latina. Dentro de los paquetes de calidad o *bundles* destinados a la identificación y manejo del *delirium* se ha procurado capacitar al personal de enfermería para aplicarlo todos los días a los pacientes; se tienen también identificados como factores de riesgo el uso de sedantes de tipo benzodiazepinas, así como la ventilación mecánica, el mal manejo del dolor y la privación del sueño durante la permanencia de pacientes en la UCI.<sup>5,6</sup> No obstante, no es suficiente sólo con diagnosticarlo, sino que es importante también identificar de manera adecuada a la población vulnerable, ya que la enfermedad aguda que motivó su ingreso a la UCI (choque, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal, etcétera) es el desencadenante para el desarrollo de *delirium* y, en el cual, la implementación de estrategias preventivas puede impactar en su aparición. Algunos de los pacientes presentan *delirium* al momento de su ingreso a UCI, sobre todo aquéllos con estancia hospitalaria prolongada y, por lo tanto, el *delirium* no puede ser evitado, debido a que el síndrome ya se ha desarrollado. En ellos las medidas preventivas podrían ayudar a disminuir la duración del *delirium*.

El *delirium* en la UCI con mucha frecuencia es multifactorial, por lo que es poco probable que una sola intervención pueda prevenir o disminuir la incidencia de éste. Los famosos paquetes de calidad destinados a identificar, evitar y/o tratar el delirio adquirido en la UCI en pacientes con sedación y ventilación mecánica proponen medidas basadas en evidencia, las cuales cuando se ponen en práctica, mejoran la sobrevida y el pronóstico de los pacientes. Este paquete de calidad incorpora la mejor evidencia disponible relacionada con la identificación, sedación y analgesia, así como la movilidad temprana y los protocolos de retiro de la ventilación mecánica.<sup>7</sup>

En términos generales, estas recomendaciones abarcan la suspensión diaria de sedantes para valorar el retiro de la ventilación mecánica. La recomendación de no uso de benzodiazepinas como sedante de primera elección, sugiere el uso de propofol y/o dexmedetomidina; también recomienda mejorar el entorno del paciente y procurar el sueño nocturno (evitando el ruido, poniéndole antifaces, etcétera), así como la movilización temprana aun dentro de la UCI e incluso intubado.<sup>7-9</sup> La aplicación de estas estrategias pueden estar asociadas con numerosas ventajas, incluyendo una menor duración de la ventilación mecánica, menor tiempo de estancia en la UCI y en el hospital, mejoría funcional a su egreso de la UCI y una mayor sobrevida.

Existen páginas en la web destinadas a establecer recomendaciones y estandarizar los cuidados de pacientes con delirio o riesgo de adquirirlo en los Estados Unidos. Existe una verdadera preocupación en la comunidad de intensivistas del mundo por atender este problema, todo con miras a mejorar la calidad de vida del paciente grave con estancia prolongada en la UCI. En México lamentablemente hay pocos estudios clínicos al respecto, pero podemos adoptar medidas recomendadas internacionalmente para el manejo de esta complicación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Herrero S. ¿Qué es el *delirium* en la UCI? (Parte 1). *Journal of Pearls in Intensive Care Medicine* [consultado 02/08/2013]. 2011; 1 (20). Disponible en: <http://infouci.org/2011/07/21/delirium-en-la-uci-parte1/>
2. Gunther M, Morandi A, Krauskopf E. The association between brain volumes, delirium duration, and cognitive outcomes in intensive care unit survivors: The VISIONS cohort magnetic resonance imaging study. *Crit Care Med*. 2012; 40: 2022-2032.
3. Girard T, Jackson J, Pandharipande P. Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness. *Crit Care Med*. 2010; 38: 1513-1520.
4. Miller RR. III, Wesley EE. Delirium and cognitive dysfunction in the Intensive Care Unit. *Critical Illness*. 2006. 27 (3): 210-220.
5. Ouimet S, Kavanagh B, Gottfried S et al. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. *Intensive Care Med*. 2007; 33: 66-73.
6. Barr J, Fraser G, Puntillo K et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Crit Care Med*. 2013; 41 (1): 264-306.
7. Balas M, Vasilevskis E, Burke W. Critical care nurses' role in implementing the "ABCDE bundle" into practice. *Crit Care Nurse*. 2012; 32: 35-47.
8. Vasilevskis E, Ely E, Speroff T et al. Reducing iatrogenic risks: ICU-acquired delirium and weakness-crossing the quality chasm. *Chest*. 2010; 138 (5): 1224-1233.
9. Morandi A, Brummel NE, Ely EW. Sedation, delirium and mechanical ventilation: the "ABCDE" approach. *Curr Opin Crit Care*. 2011; 17 (1): 43-49.