

## Temas al día

# Delirium en el posoperatorio de una prótesis de rodilla. Diagnóstico del *delirium*

María-Isabel González-Anglada, Cristina Garmendia-Fernández, Leonor Moreno-Núñez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Grupo de Trabajo de Asistencia Compartida e Interconsultas de la Sociedad Española de Medicina Interna

Recibido: 19/12/2016

Aceptado: 13/02/2017

En línea: 30/04/2017

Citar como: González-Anglada MI, Garmendia-Fernández C, Moreno-Núñez L. *Delirium* en el posoperatorio de una prótesis de rodilla. Diagnóstico del *delirium*. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2017 (Abr); 2(1): 48-49.

Autor para correspondencia: M.<sup>a</sup> Isabel González Anglada. [igonzalez@fhacorcon.es](mailto:igonzalez@fhacorcon.es)

### Palabras clave

- ▷ *Delirium* posoperatorio
- ▷ Diagnóstico del *delirium*

### Keywords

- ▷ Postoperative delirium
- ▷ Diagnosis of delirium

### Resumen

Varón de 78 años con enfermedad de Parkinson, intervenido de forma programada de prótesis de rodilla, presenta cuadro confusional agudo en el posoperatorio asociado a mórficos y antiparkinsonianos, con desenlace fatal no esperado. La identificación de los pacientes de riesgo y de las causas precipitantes del *delirium*, así como la instauración de medidas preventivas, son imprescindibles para mejorar la mortalidad y las complicaciones asociadas.

### Abstract

A 78 year-old male with Parkinson's disease, who had a scheduled knee prosthesis intervention, presented an acute confusional pattern in the postoperative period associated with morphic and antiparkinsonian medication, with an unexpected fatal outcome. The identification of patients at risk and the precipitating causes of delirium, as well as the introduction of preventive measures are essential to improve mortality and associated complications.

### Puntos destacados

- ▷ El *delirium* en el posoperatorio es frecuente y conlleva un peor pronóstico con un aumento de la mortalidad precoz y tardía, mayor tasa de complicaciones y estancia, y mayor incidencia posterior de demencia.
- ▷ La instauración de medidas preventivas, la identificación de los pacientes de riesgo y de las causas precipitantes del *delirium*, así como la instauración de un tratamiento adecuado y rápido, son imprescindibles para mejorar la mortalidad y complicaciones asociadas.

## Introducción

El *delirium* o síndrome confusional agudo es una alteración del estado mental, caracterizado por la alteración de la consciencia, las funciones cognitivas o la percepción de inicio agudo y curso fluctuante. Se presenta un caso de *delirium* en el posoperatorio con desenlace fatal.

## Caso clínico

Varón de 78 años que ingresa programado en traumatología para cirugía de prótesis de rodilla derecha como tratamiento de artrosis. Como ante-

cedentes, cabe señalar hipertensión arterial bien controlada, dislipidemia en tratamiento y enfermedad de Parkinson sin deterioro cognitivo. Su tratamiento habitual es enalapril, 20 mg/día, simvastatina, 20 mg/día, levodopa/carbidopa, 100/25 mg/8 h, y pramipexol, 0,18 mg/8 h, paracetamol y metamizol.

El día del ingreso se realiza la cirugía de sustitución sin complicaciones inmediatas. En planta de hospitalización el paciente está hemodinámicamente estable, afebril; se inicia tratamiento con paracetamol, metamizol y PCA con bomba de morfina 0,5 mg/ml para autoadministración de bolos, de la que requirió 2 bolos en 10 horas. La primera noche del posoperatorio presenta cuadro de confusión, agitación psicomotriz y desorientación. En la exploración está con nivel de consciencia fluctuante, meníngeos negativos, pupilas y pares craneales normales, no presenta déficit motor ni sensitivo, el lenguaje no tiene déficits pero muestra ideas incoherentes, está afebril; PA 162/72 mmHg, rítmico a 95 lpm y el resto de la exploración neurológica y general es normal. Se realizó TC cerebral que fue normal.

El juicio clínico fue de *delirium* asociado a cirugía, opiáceos y Parkinson. Se suspenden los mórficos, la levodopa y el pramipexol y se inicia tratamiento con quetiapina, 25 mg, desapareciendo la agitación psicomotriz. Durante el día siguiente persiste confuso, hipoactivo y desorientado en tiempo. Análisis posoperatorios: 5.400 leucocitos, Hb 11,3 g/l, plaquetas 320.000, glucosa 98 g/l, creatinina 1,2

mg/dl, sodio 138 mg/dl, potasio 4,2 mg/dl. La segunda noche presenta de nuevo agitación de mayor intensidad, confusión y alucinaciones visuales, sin otros cambios respecto al día anterior, por lo que se añade haloperidol intramuscular. El paciente presenta muerte súbita nocturna no presenciada.

La familia no autoriza la necropsia. Se revisa el ECG del preoperatorio que es normal.

## Discusión

El *delirium* es la complicación más frecuente del posoperatorio del paciente anciano. Tiene múltiples formas de presentación, desde una situación letárgica o hipoactiva a una importante agitación. Se suele iniciar en el primer o segundo día de ingreso y su duración oscila desde horas hasta días y meses.

Su prevalencia en el hospital varía según el ámbito: 10% en Urgencias, 10-31% en unidades médicas y un 10-50% en los pacientes intervenidos quirúrgicamente. Su aparición conlleva un peor pronóstico y se ha relacionado con un aumento del 10% en la mortalidad, como fue el caso, más tiempo de estancia hospitalaria, mayor número de complicaciones médicas (caídas, úlceras de decúbito), peor recuperación funcional e incidencia elevada de demencia. Todo ello condiciona un aumento del coste y peor calidad de vida<sup>1,2</sup>.

**Manifestaciones clínicas.** En el *delirium* la alteración cerebral es aguda, transitoria y fluctuante, se desarrolla en un corto periodo de tiempo y se caracteriza por una alteración del nivel de consciencia y cognitivo. El *delirium* se clasifica según el nivel de actividad motora en hipoactivo e hiperactivo. El hipoactivo se caracteriza por pacientes somnolientos y con enlentecimiento psicomotor y es con frecuencia infradiagnosticado. El hiperactivo el más fácil de objetivar y se caracteriza por insomnio, agitación psicomotriz y agresividad. Las formas mixtas son las más frecuentes<sup>3</sup>.

Los síntomas asociados al *delirium* son:

- Nivel de consciencia. Disminución del nivel de consciencia o incremento, con cambios y fluctuaciones en el tiempo.
- Función cognitiva. Dificultad de concentración, bradipsiquia, confusión, nuevos problemas de memoria o desorientación.
- Dificultad para mantener una conversación o seguir instrucciones.
- Pensamiento y discurso más desorganizado, difícil de seguir, lento o rápido.
- Alteración en la percepción: alucinaciones visuales o auditivas.
- Función motora. Disminución de la movilidad o, por el contrario, hiperactividad, agitación. Dificultad para mantener el tono postural, sentarse o caminar.
- Alteración vigilia-sueño. Hipersomnolencia diurna y dificultad para conciliar el sueño por la noche.
- Cambios emocionales. Ausencia de colaboración, alteración en la comunicación, cambios en los comportamientos, irritabilidad.
- Incontinencia esfinteriana de reciente aparición. Disminución del apetito.

**Diagnóstico.** Se basa en la anamnesis y exploración física. Para confirmar el diagnóstico ante un paciente con sospecha de *delirium* se utilizarán los criterios DSM-IV-TR y el CAM (*Confusion Assessment Method*) que es más sencillo y práctico para su uso<sup>4</sup> (Tabla 1).

Puede ser difícil diferenciar entre *delirium* y demencia e incluso pueden coincidir ambos. En los casos inciertos el paciente debe manejarse inicialmente como *delirium*. El reconocimiento precoz de un SCA, la identificación de causas precipitantes y establecer unas pautas terapéuticas adecuadas, mejora el pronóstico.

### Criterios Confusion Assessment Method (CAM)

#### 1. Comienzo agudo y curso fluctuante

¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente?  
Si la contestación es No, no seguir el cuestionario

#### 2. Alteración de la atención

¿El paciente se distrae con facilidad o tiene dificultad para seguir una conversación?  
Si la contestación es No, no seguir el cuestionario

#### 3. Pensamiento desorganizado

¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas?

#### 4. Alteración del nivel de consciencia

¿Está alterado el nivel de consciencia del paciente (vigilante, letárgico, estuporoso)?

Para el diagnóstico de delirium son necesarios los dos primeros criterios y por lo menos uno de los dos últimos.

### Criterios DSM-IV TR para el diagnóstico de delirium

- A. Alteración de consciencia con reducción de la capacidad de focalizar, mantener o cambiar la atención
- B. Cambios en las funciones cognitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteraciones de lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo
- C. La alteración se presenta en un corto periodo de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día
- D. Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, por intoxicación o abstinencia de sustancias o debido a múltiples etiologías

Tabla 1. Criterios diagnósticos de *delirium*

En este caso, la enfermedad de Parkinson y los fármacos empleados en su tratamiento son factores a los que se asocia el *delirium* en los pacientes hospitalizados y, en general, es más severo y refractario al tratamiento. El estrés de la cirugía y los mórficos fueron los desencadenantes. La mortalidad asociada al *delirium* se deriva fundamentalmente de sus complicaciones (caídas, broncoaspiración, insuficiencia respiratoria...) o del tratamiento farmacológico, pues son conocidas las alteraciones del ritmo y la muerte súbita con los neurolépticos. En este caso no se pudo realizar la necropsia y los datos existentes no hacían predecirlo, por lo que probablemente se trate de una arritmia, aunque no se pueden descartar otras causas.

Establecer medidas preventivas del *delirium* en los pacientes de riesgo es fundamental para mejorar su pronóstico.

## Bibliografía

1. Postoperative Delirium in Older Adults: Best Practice Statement from the American Geriatrics Society. The American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. *J Am Coll Surg*. 2015; 220(2): 136-148.
2. Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, et al. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA*. 2010; 304: 443-451.
3. Young J, Murthy L, Westby M, et al. Diagnosis, prevention, and management of delirium: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2010; 341: c3704.
4. Wong CL, MD, MHSc, Holroyd-Leduc J, Simel DL, Straus SE. Does This Patient Have Delirium? Value of Bedside Instruments. *JAMA*. 2010; 304: 779-786.