

Temas al día

Delirium en paciente cardiópata tras fractura de cadera. Tratamiento del *delirium*

Francisco-Manuel Brun-Romero, Jesús Castiella-Herrero¹

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España

¹Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra. La Rioja. 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: Brun-Romero FM, Castiella-Herrero J. *Delirium* en paciente cardiópata tras fractura de cadera. Tratamiento del *delirium*.

Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2017 (Abr); 2(1): 59-61.

Autor para correspondencia: Francisco Manuel Brun Romero. franbrun@ono.com

Palabras clave

- ▷ *Delirium* posoperatorio
- ▷ Prevención *delirium*
- ▷ Fractura de cadera

Keywords

- ▷ Postoperative *delirium*
- ▷ *Delirium* prevention
- ▷ Hip fracture

Resumen

Varón de 78 años con miocardiopatía dilatada de origen isquémico que ingresa por insuficiencia cardíaca. Durante su ingreso sufre una caída con fractura de cadera de la que es intervenido. En el posoperatorio presenta cuadro de *delirium*. Tras la instauración de medidas ambientales y preventivas, y neurolépticos evoluciona favorablemente. La identificación de las causas precipitantes del *delirium*, así como el tratamiento médico precoz y la actuación sobre los factores de riesgo del mismo, son esenciales para lograr el éxito terapéutico.

Abstract

A 78-year-old man with dilated cardiomyopathy of ischemic origin who is admitted for cardiac insufficiency. During his admission he suffers a hip fracture from which he is operated. In the postoperative period he presents delirium. After the installation of environmental, preventive and neuroleptic measures, he evolves favourably. The identification of the precipitating causes of delirium, as well as the early medical treatment and the action on the risk factors of delirium, are essential to achieve therapeutic success.

Puntos destacados

- ▷ El tratamiento precoz del *delirium* es necesario para mejorar su pronóstico.
- ▷ Las medidas dirigidas a facilitar el descanso, la movilización precoz y favorecer la orientación temporoespacial de los pacientes reducen la incidencia de *delirium*.
- ▷ Los fármacos neurolépticos son el pilar fundamental del tratamiento farmacológico.

Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 78 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con agentes orales y mal control metabólico habitual, con complicaciones microangiopáticas y macroangiopáticas, hipertensión arterial y dislipidemia. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica estadio II de la GOLD sin ingresos previos. Enfermedad renal crónica G3b. Miocardiopatía dilatada y taquicardia ventricular sostenida que precisó la colocación de un marcapasos DDD-DAI en 2010. Cardiopatía isquémica con revascularización incompleta por enfermedad multivaso.

Ingresa en el Servicio de Cardiología por insuficiencia cardíaca y anasarca, secundarias a infección respiratoria. Se inicia tratamiento antibiótico empírico, vasodilatador y deplectivo con evolución favorable. Durante el ingreso sufre caída accidental con fractura peritrocantérea derecha. Se procede a la realiza-

Introducción

El tratamiento precoz del *delirium* es necesario para mejorar su pronóstico. Las medidas preventivas pueden no ser suficientes y precisar tratamiento farmacológico con neurolépticos.

ción de osteosíntesis con clavo gamma bajo anestesia perineural femoral y raquídea, sin complicaciones inmediatas de la técnica.

A las 72 horas tras la intervención comienza bruscamente con un cuadro de delirio agitado de predominio nocturno con periodos de hipoactividad durante el día y sin focalidad neurológica evidente. Se realizó un estudio analítico básico donde se descartaron alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas que pudieran justificar el cuadro. La TC craneal mostraba signos de atrofia corticostriatal y el electroencefalograma objetivó un trazado con afectación cerebral lentificada de forma generalizada asociado a un patrón de anomalías paroxísticas periódicas bilaterales. Se descartaron complicaciones médicas (infecciones, descompensación de su patología respiratoria y/o cardiovascular, insuficiencia renal, etc.) que pudieran haber actuado como factor desencadenante.

Se implementaron medidas ambientales como uso de habitación individual, disminución de estímulos luminosos y auditivos y restricción de las visitas, así como soporte nutricional e higiene del sueño. Desde el punto de vista farmacológico se utilizaron neurolépticos (haloperidol) por vía parenteral. La evolución fue favorable, con recuperación completa sensorial y cognitiva en los 4-5 días posteriores al inicio del cuadro.

- Deben evitarse en todo lo posible el uso de medidas de contención mecánica.

Higiene medioambiental:

- Mantener una temperatura ambiental confortable.
- Permitir el uso de utensilios propios no peligrosos (pijama, bata, sábanas, etc.).
- Evitar ruidos externos e internos. Con una iluminación adecuada durante el día e indirecta durante la noche. Evitar la sobreestimulación sensorial e intentar adaptar la habitación para pacientes con discapacidad visual y/o auditiva.
- Intentar disponer de habituación individual.
- Evitar el trasiego constante de personas en la habitación, tanto familiares como personal sanitario (intentar agrupar las intervenciones). Procurar, dentro de lo posible, reducir al mínimo el número de personal sanitario que le atiende.
- Respetar el ciclo sueño-vigilia minimizando al máximo las actuaciones sanitarias por la noche.
- Evitar los cambios de habitación y traslado entre unidades.
- Dar información al familiar y/o cuidador del *delirium*, intentado minimizar la ansiedad que éste genera en ellos.

Diagnóstico final

Delirium agudo posoperatorio en paciente con criterios de pluripatología.

Tratamiento no farmacológico

El tratamiento del *delirium* se basa, en primer lugar, en modificar los precipitantes. A continuación, es necesario el control de los siguientes factores:

- **Seguridad física del paciente:**
 - Retirada de objetos lesivos.
 - Aumentar la vigilancia. Colocar barandillas laterales y bajar la altura de cama. Valorar colocar colchones en el suelo.
 - Reducir al mínimo los dispositivos/procedimientos invasivos y agrupar acciones terapéuticas.
 - Minimizar la duración de los drenajes quirúrgicos.

Tratamiento farmacológico

La finalidad del tratamiento farmacológico es mejorar los trastornos conductuales y las funciones cognitivas, además de reducir al máximo la morbi-mortalidad de este síndrome.

Siempre se debe tener en cuenta el uso de monoterapia (preferentemente por v.o.) a la dosis mínimamente requerida y durante el menor tiempo posible, ajustar la dosis a las características y patología de base de cada paciente; mantener el tratamiento hasta 5-7 días después de la remisión completa; realizar siempre un seguimiento estrecho del paciente (función respiratoria, constantes vitales, nivel de consciencia, efectos secundarios, alteraciones del ECG y eventos adversos); tratar todos los tipos de *delirium* que no se controlen con otras medidas, sean activos o hipoactivos.

Los neurolépticos son los fármacos de elección y la piedra angular del tratamiento (**Figura 1**).

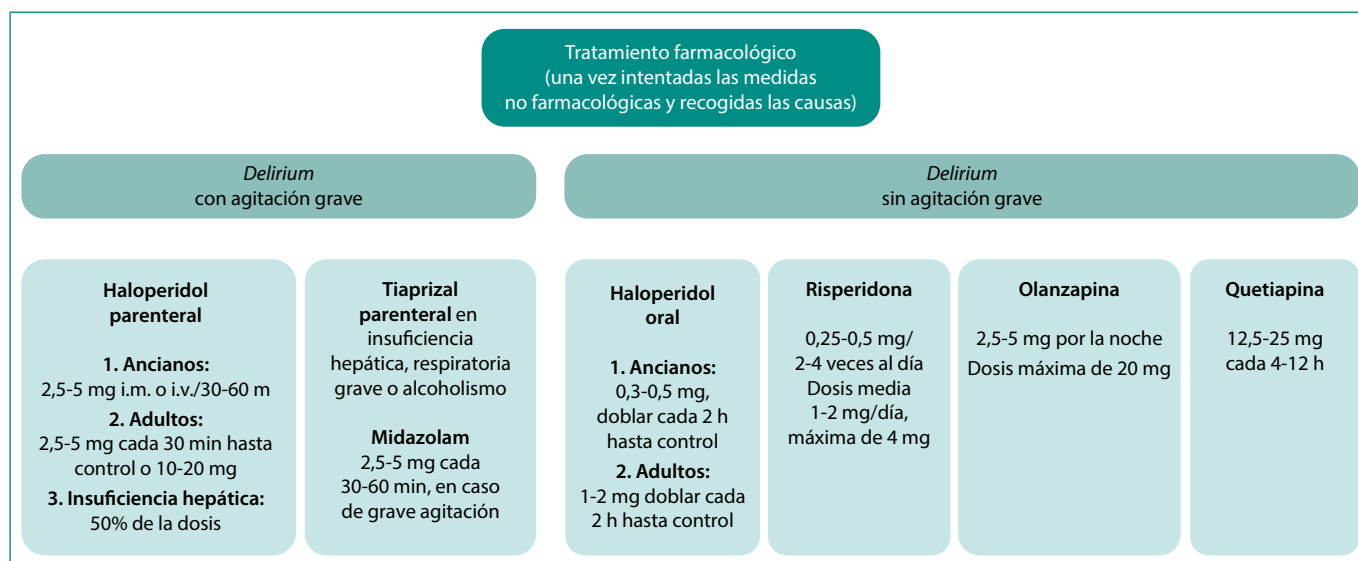


Figura 1. Tratamiento farmacológico en el *delirium*

Neurolepticos típicos

- **Haloperidol.** Es el más utilizado por su equilibrio entre eficacia y perfil de seguridad. Posee muy pocos efectos anticolinérgicos, sedantes o hipotensores, y sus efectos sobre el sistema respiratorio son escasos. Los efectos secundarios son los extrapiramidales (discinesia, distonía, acatisia o parkinsonismo) y los más graves los cardiovasculares (alteraciones de la conducción cardíaca y taquiarritmias ventriculares) cuando se usa a dosis elevadas. Es preferible la vía oral en los cuadros que cursan sin agitación o no son graves, y la vía parenteral (i.m. o i.v.) en las formas graves o con agitación.
 - *Delirium* leve-moderado o sin agitación (vía oral): comenzar con una dosis baja de 0,5 mg, doblar cada 2 h hasta el control sintomático. Una vez conseguido, calcular la dosis total administrada y repartirla en 2-3 tomas al día, la mayor antes de acostarse. Otra posibilidad es dar una primera dosis de 1-5 mg y, luego, pautar 3-6 mg/24 h repartidos en 2-3 tomas, la mayor por la noche. En ancianos (> 80 años o paciente frágil) ajustar las dosis a la mitad. Mantener la misma dosis durante unos 3-5 días e iniciar el descenso hasta poderlo suspender.
 - Formas graves o con agitación (vía parenteral):
 - Ancianos: 2,5-5 mg cada 30-60 minutos y hasta conseguir el control de los síntomas.
 - Adulto: 2,5-5 mg cada 30 minutos hasta un máximo de 10-20 mg o hasta controlar los síntomas.
 - Dosis media 30 mg/día, dosis máxima 100 mg o 60 mg si se combina con una benzodiacepina (BZD).
 - Si hay insuficiencia hepática, se debe reducir cualquier dosis a la mitad.
- **Levomepromazina o clorpromazina.** Son de segunda o tercera línea (por detrás a algunos atípicos), menos potentes y con más efectos secundarios.
- **Tiaprida.** Neuroleptico con potencia antipsicótica débil. Se recomienda en casos de hepatopatía grave, alcoholismo o insuficiencia respiratoria: 1-2 ampollas i.m. o i.v. cada 4-8 horas.

Neurolepticos atípicos

- **Risperidona.** De todos ellos, se considera el de elección y el único aceptado para tratar las alteraciones conductuales en mayores de 75 años, sobre todo si ya tenían un deterioro cognitivo previo. Destaca por su rapidez de acción (30-45 minutos), ausencia de efectos anticolinérgicos y baja incidencia de efectos secundarios. Solo está disponible por v.o., lo que puede ser una desventaja en pacientes con *delirium* grave o muy agresivos. Dosis progresivas de 0,25-0,50 mg 2-3 veces al día o 0,25-0,50 mg cada 4 h.
- **Olanzapina.** Es poco eficaz en ancianos con antecedentes de demencia o en pacientes con *delirium* hipoactivo. Dosis de 2,5-5 mg principalmente por la noche.
- **Quetiapina.** Indicado en los cuadros de *delirium* y agitación asociados a enfermedades subcorticales (enfermedad de Parkinson y demencia por VIH), por sus escasos síntomas extrapiramidales. Empezar por dosis de 12,5 a 25 mg cada 4-12 h.

Benzodiacepinas

Debería evitarse su uso en el tratamiento, ya que pueden agravar el *delirium* en los ancianos. Sólo estarían indicados en casos de grave agitación con riesgo de daño para el paciente o su entorno (control inmediato de la agitación), o en el *delirium* relacionados con cuadros de abstinencia por alcohol u otros fármacos sedantes. En estos casos se utilizarán las de vida media corta (diazepam, midazolam, lorazepam, clonazepam) y siempre durante cortos espacio de tiempo.

Bibliografía

1. The American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. Postoperative Delirium in Older Adults: Best Practice Statement from the American Geriatrics Society. *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.