

Temas al día

Delirium asociado a tratamiento del dolor. Factores de riesgo de *delirium*

Jorge-Francisco Gómez-Cerezo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. 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: Gómez-Cerezo JF. *Delirium* asociado a tratamiento del dolor. Factores de riesgo de *delirium*. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2017 (Abr); 2(1): 50-51.

Autor para correspondencia: Jorge Francisco Gómez Cerezo. jfrancisco.gomez@salu.madrid.org

Palabras clave

▷ *Delirium*

Resumen

Mujer de 84 años que ingresa por un primer episodio de agitación psicomotriz en relación con reciente instauración de parches de fentanilo, con resolución tras su retirada. La identificación de los factores de riesgo y de las causas precipitantes del *delirium*, investigando sobre todo los fármacos asociados son necesarios para su tratamiento y prevención.

Keywords

▷ *Delirium*

Abstract

A 84 year-old woman who entered for a first episode of psychomotor agitation in relation to the recent establishment of fentanyl patches with resolution after removal. The identification of the risk factors and the precipitating causes of delirium, investigating especially the associated drugs are necessary for its treatment and prevention.

Puntos destacados

▷ El *delirium* es una causa frecuente de ingreso en ancianos, muchas veces asociado a fármacos. Los parches de opiáceos son una causa de *delirium* y pueden pasar desapercibidos. La identificación de los precipitantes del *delirium*, así como la instauración de un tratamiento adecuado y rápido, son imprescindibles para su manejo y prevención.

que recibía tratamiento con metformina, 850 mg/12 h, enalapril, 10 mg/24 h, acenocumarol y paracetamol, 1-2 g/día.

La agitación se había iniciado de forma aguda una semana antes de su ingreso, con curso fluctuante y se acompañaba de desorientación temporoespacial, pensamiento desorganizado, alucinaciones visuales, lenguaje incoherente con alteración de la comprensión e insomnio.

No se describía deterioro cognitivo previo y en la valoración funcional se comprobó que vivía con una hija, que para la marcha precisaba un bastón de apoyo, que era independiente para las actividades de la vida diaria y que llevaba una vida activa saliendo a la calle a diario. La familia relataba que presentaba un estreñimiento pertinaz coincidiendo con el inicio de los cambios de conducta.

A la exploración física se encontraba afebril, PA 120/70 mmHg, FC 100 lpm. FR 20 rpm. SatO₂ 92%. Consciente, desorientada, muy inquieta. Sin signos de focalidad neurológica motora, abdomen normal. En un costado se encontró un parche que correspondía a 4,2 mg de fentanilo, se preguntó a la familia y comentaron que se había prescrito por dolor de rodillas 10 días antes de su ingreso.

En los análisis, la hemoglobina fue de 11,0 g/l, glucosa 160 mg/dl, urea 58 mg/dl, creatinina 1,4 mg/dl. Resto de hematimetría y bioquímica normal. Una TC craneal mostró únicamente atrofia cortical.

Introducción

La etiología del *delirium* posoperatorio es multifactorial y resulta de la interacción entre la vulnerabilidad previa del paciente y los factores precipitantes¹. Para la identificación de los pacientes en riesgo de *delirium* es necesario conocer los factores predisponentes y precipitantes implicados.

Caso clínico

Mujer de 84 años que ingresa por un primer episodio de agitación psicomotriz. Entre sus antecedentes personales destacaba: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, fibrilación auricular permanente y gonartrosis bilateral por lo

El juicio clínico fue de *delirium* asociado al empleo de fentanilo. Se inició tratamiento con dosis bajas de quetiapina y a las 12 horas de la retirada del fentanilo se observó mejoría clínica, que posteriormente fue progresiva, encontrándose asintomática a las 72 horas de su ingreso.

Factores predisponentes (Tabla 1)

La edad avanzada es el principal factor de riesgo predisponente y predictor independiente de riesgo asociado al *delirium* posoperatorio en cirugía general. Esto puede explicarse por el deterioro de las funciones biológicas y de la capacidad funcional que conlleva el envejecimiento en relación con el deterioro que induce el acto quirúrgico. En general, se considera que el riesgo aumenta a partir de los 75 años^{2,3,4}.

En relación al tipo de intervención quirúrgica, la incidencia del *delirium* en cirugía electiva es menor que en la de urgencia; la cirugía ortopédica y, en concreto, la fractura de cadera, son las que presentan mayores incidencias (35-65%); la cirugía cardíaca ocupa el segundo lugar, con frecuencias que oscilan según el tipo de intervención: aneurisma de aorta abdominal entre 33-54%, *bypass* coronario 37-52%; y en tercer lugar la cirugía abdominal, con incidencia de *delirium* posoperatorio entre el 5-51%^{2,4}.

La morbilidad, el deterioro cognitivo, los antecedentes previos de *delirium*, las psicopatologías y las limitaciones físicas son los factores de riesgo predisponentes más importantes asociados al *delirium* posoperatorio en ancianos intervenidos de cirugía general. El ser hombre y soltero es considerado como factor de riesgo y predictor independiente de *delirium* posoperatorio³. Los autores justifican esta asociación debido a un déficit general relacionado con el sexo y con comportamientos saludables, e igualmente relevante consideran que la ausencia de apoyo familiar es un factor de riesgo añadido en estos casos.

Factores precipitantes (Tabla 1)

Los factores de riesgo precipitantes, por tanto de carácter modificable, más relevantes para el *delirium* posoperatorio y que lo diferencian con los pacientes médicos son el tiempo de ingreso en relación con el procedimiento quirúrgico, la duración de la cirugía, la estancia prolongada en la UCI, la hipotensión intraoperatoria, el volumen de infusión de líquidos elevados, la elevada puntuación ASA, la saturación de oxígeno cerebral disminuida, el dolor posoperatorio mal controlado, el retraso en la recuperación de la anestesia y el mayor número de complicaciones posoperatorias^{2,3,5}.

Se han diseñado modelos de predicción del *delirium* posoperatorio en pacientes quirúrgicos, pero no existe un modelo unificado o universal debido a la difi-

cultad para aplicar criterios comunes a poblaciones heterogéneas. Valga como ejemplo de modelo predictor del riesgo para el desarrollo de *delirium* posoperatorio en pacientes no cardíacos el que incluye como variables a puntuar: número de fármacos preoperatorios, consumo de alcohol y tabaco, historia de enfermedades agudas o crónicas, enfermedades neurológicas o psicológicas e historia de *delirium* previo.

Factores predisponentes
1. Edad avanzada (> 75 años)
2. Antecedentes de <i>delirium</i> o psicopatía
3. Deterioro cognitivo o demencia
4. Varón
5. Enfermedad grave previa
6. Alcoholismo
7. Tabaquismo
8. Consumo de benzodiazepinas
9. Insuficiencia renal
10. Ceguera
Factores precipitantes
1. Dolor agudo
2. Anemización aguda severa o necesidad de multitransfusión
3. Desnutrición
4. Sujeciones mecánicas
5. Colocación de sonda urinaria
6. 3 o más nuevos fármacos en 24-48 h
7. Alteraciones hidroelectrolíticas

Tabla 1. Factores predisponentes y precipitantes de *delirium*

Bibliografía

1. Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med*. 2006; 354: 1157-1165.
2. Patti R, Saitta M, Cusumano G, Termine G, Di Vita G. Risk factors for postoperative delirium after colorectal surgery for carcinoma. *Eur J Oncol Nurs*. 2011; 15(5): 519-523.
3. Mangnall LT, Gallagher R, Stein-Parbury J. Postoperative delirium after colorectal surgery in older patients. *Am J Crit Care*. 2011; 20(1): 45-55.
4. Ansaloni L, Catena F, Chattat R, Fortuna D, Franceschi C, Mascitti P, Melotti RM. Risk factors and incidence of postoperative delirium in elderly patients after elective and emergency surgery. *Br J Surg*. 2010; 97(2): 273-280.
5. Martínez-Velilla N, Alonso Bouzón C, Ripa Zazpe C, Sánchez-Ostiz R. Acute postoperative confusional syndrome in the elderly patient. *Cir Esp*. 2012; 90(2): 75-84.