

Temas al día

Delirium asociado a imipenem en paciente ingresado en una unidad quirúrgica. Diagnóstico etiológico del delirium

Ana Culebras-López¹, Héctor Meijide-Míguez²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). España

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Quirón salud. A Coruña. 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: Culebras-López A, Meijide-Míguez H. *Delirium* asociado a imipenem en paciente ingresado en una unidad quirúrgica. Diagnóstico etiológico del delirium. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2017 (Abr); 2(1): 52-54.

Autor para correspondencia: Ana Culebras López. anaculebras@yahoo.es

Palabras clave

- ▷ Delirium
- ▷ Diagnóstico etiológico del delirium
- ▷ Imipenem

Keywords

- ▷ Delirium
- ▷ Etiologic diagnosis of delirium
- ▷ Imipenem

Resumen

Mujer de 82 años con insuficiencia renal crónica que ingresa por diverticulitis aguda en el servicio de Cirugía General. Con tratamiento médico de reposo digestivo, antibiótico y nutrición parenteral evoluciona tórpida hasta la mejoría. En relación con el inicio de imipenem presenta delirium con buena evolución tras su suspensión. 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.

Abstract

A 82 year-old woman with chronic renal failure who entered for acute diverticulitis in the General Surgery service. With medical treatment of rest digestive, antibiotic, parenteral nutrition, she evolves torpid until the improvement. In relation to the onset of imipenem, delirium presents a good evolution after its suspension. The identification of the risk factors and precipitating causes of delirium, investigating especially the associated drugs, are necessary for its treatment and prevention.

Puntos destacados

- ▷ El delirium en los servicios quirúrgicos no es infrecuente y conlleva un peor pronóstico.
- ▷ La instauración de medidas preventivas, la identificación de los pacientes de riesgo y de las causas precipitantes del delirium son imprescindibles para mejorar la mortalidad y complicaciones asociadas.
- ▷ Los fármacos son una causa frecuente de delirium.

Caso clínico

Se trata de una paciente de 82 años, con antecedentes de hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis, estadio III (creat basal 1,5 mg/l; CKD-EPI 33 ml/min), cognitivamente íntegra y con vida basal activa e independiente, que acude al Servicio de Urgencias de nuestro centro por síndrome febril de inicio reciente con tiritona acompañante, dolor abdominal en fosa iliaca izquierda y deterioro del estado general, sin otra sintomatología relevante.

Al ingreso se encuentra estable hemodinámicamente, normotensa, eupneica en reposo, febril (38,8 °C), con afectación del estado general, orientada y colaboradora.

A la exploración presentaba dolor a la palpación profunda en FII, sin datos de peritonismo, sin masas ni megalias, con peristaltismo disminuido. Se realizó análisis que mostró leucocitosis con neutrofilia, empeoramiento de insuficiencia renal crónica (creat 2,7 mg/l) y elevación de reactantes de fase aguda (PCR 158 mg/l), sin otros hallazgos. Se realizaron hemocultivos y se inició piperacilina-tazobactam.

Introducción

El delirium es la complicación más frecuente del postoperatorio del paciente anciano. Su aparición conlleva un peor pronóstico y se ha relacionado con un aumento del 10% en la mortalidad, mayor 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 sanitario y peor calidad de vida.

Se realizó TC abdominopélvica que mostró extensa enfermedad diverticular en colon descendente y sigmoide. Engrosamiento de la pared del sigma asociado a varias colecciones líquidas perisigmoideas de pared gruesa y burbujas de gas en su interior (de hasta 3 cm), compatible con diverticulitis complicada.

Con el diagnóstico de diverticulitis aguda complicada Hinchey II es ingresada en el Servicio de Cirugía General con tratamiento médico conservador, reposo digestivo, nutrición parenteral, antibioterapia y fluidoterapia. También llevó evaluación y seguimiento por el Servicio de Medicina Interna durante la hospitalización en el seno del programa de asistencia compartida. Se realizó conciliación de su medicación crónica, se optimizó el aporte de fluidos logrando función renal basal. Se objetivó bacteriemia polimicrobiana de origen intraabdominal (*E. coli* y *S. anginosus*), sensibles a antibioterapia previamente pautaada que se mantuvo 4 semanas.

Tras el reinicio de tolerancia oral presenta de nuevo dolor abdominal en FII, fiebre y tiritona, y reactantes de fase aguda. Se decidió de nuevo reposo digestivo, nueva tanda de hemocultivos y urocultivo y aumento de la cobertura antibiótica (imipenem, ajustado a función renal), con posterior lenta aunque favorable respuesta clínica. Se realizó una nueva TC abdominal que mostró mejoría radiológica de los signos de diverticulitis previa. Los cultivos fueron negativos. Se completó el estudio mediante ETT que descartó endocarditis.

En la quinta semana de ingreso la paciente presentó síndrome confusional agudo hipoactivo, cumpliendo criterios CAM, con fluctuación del nivel de consciencia aunque tendencia al sueño, lenguaje incoherente aunque perfectamente inteligible y desorientación temporoespacial. No se habían realizado modificaciones en su tratamiento crónico. Objetivamente presentaba un aceptable estado general aunque bradipsíquica, tranquila y abordable, afebril, normoglucémica, hemodinámicamente estable y eupneica en reposo. La exploración neurológica no evidenció focalidad ni otra semiología de interés. Se completó el estudio mediante análisis de sangre y orina, se descartaron alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido-base, y se solicitó RM cerebral, que tampoco evidenció alteraciones relevantes.

Dado que la paciente, con antecedentes de IRC, estaba en tratamiento con imipenem, se realizó un EEG que confirmó la presencia de epilepsia no convulsiva, observando en el trazado realizado un registro deficientemente organizado, lento, de moderado voltaje, sobre el que destacaban abundantes brotes lentos irritativos bilaterales de proyección frontotempororolándico. Se le pautó tratamiento anticomitial (levetiracetam) y suspensión de imipenem, con buena evolución clínica. Se completó 5 semanas de tratamiento antibiótico y fue dada de alta.

Discusión

Una vez confirmado el diagnóstico de *delirium*, lo más importante es descartar la etiología orgánica causante del cuadro clínico. Los pasos iniciales incluyen una historia clínica completa y una exploración física con valoración cognitiva. Hay que prestar especial atención a las etiologías resaltadas en negrita por su frecuencia de aparición en un postoperatorio, tal y como se refleja en la **Tabla 1**, así como tener en cuenta los fármacos potenciales implicados (**Tabla 2**).

Causas de <i>delirium</i>	
1- Infección (orina, herida quirúrgica...)	11- SNC (epilepsia, TCE...)
2- Fiebre	12- Desnutrición
3- Inflamación	13- Dolor
4- Trauma	14- Inmovilización
5- Disminución gasto (ICC, FA...)	15- Yatrogenia (accesos venosos, sondas...)
6- Hipoxemia	16- Anemia
7- Vascular (ictus, IAM...)	17- Alteraciones del patrón vigilia-sueño
8- Alteraciones metabólicas (hipercapnia...)	18- Estreñimiento
9- Alteraciones hidroelectrolíticas	19- Retención aguda orina
10- Deficiencia de vitaminas (Wernicke...)	20- Abstinencia sust (OH...)

Tabla 1. Potenciales causas de *delirium*

Fármacos asociados a <i>delirium</i>	
Narcóticos	Morfina, meperidina
Sedantes	Benzodiacepinas, propofol
Bloqueadores H₂	Ranitidina, famotidina, nizatidina, cimetidina
Antiparkinsonianos	Amantadina, levodopa/carbidopa, bromocriptina, bantropina (anticolinérgico)
Anticolinérgicos	Amitriptilina, difenhidramina, tioridazina, atropina, escopolamina, quinidina
Otros	Antidiabéticos e insulina, metoclopramida, niveles tóxicos de digoxina, amiodarona, corticoides, propanolol, clonidina, metildopa, lidocaína, isoniacida, rifampicina, AINE, estatinas, fenitoína a altas dosis, penicilinas, cefalosporinas, aminoglucósidos, carbapenémicos, sulfamidás...

Tabla 2. Fármacos potencialmente asociados a *delirium*

Para la identificación de dichas etiologías, además de una correcta historia clínica, anamnesis y exploración física se recomienda realizar:

- Análisis básica con función renal e iones, pruebas de función hepática y tiroidea, perfil nutricional...
- Radiografía de tórax y abdomen, si precisa.
- Cultivos de sangre, orina y herida quirúrgica si se sospecha proceso infeccioso.
- Neuroimagen si existe focalidad neurológica.
- Pruebas complementarias que se precise según sospecha diagnóstica (punción lumbar, EEG, etc.).

El diagnóstico diferencial se realiza fundamentalmente entre el síndrome confusional agudo, la demencia y la psicosis. En la **Tabla 3** se recogen las características fundamentales a tener en cuenta en cada una de ellas.

	Delirium	Demencia	Psicosis
Comienzo	Súbito	Insidioso	Súbito
Curso en 24 horas	Fluctuante	Estable	Estable
Consciencia	Disminuida	Normal	Normal
Atención	Alterada global	Normal	A veces alterada
Cognitivo	Alterado global	Alterado	Alterado (selectivo)
Alucinaciones	Visual (auditivo)	No	Auditivas
Delusiones	Mal sistematizadas	No	Bien sistematizadas
Orientación	Alterada	Alterada	+/- alterada
Actividad psicomotriz	Frecuentemente ++/--	Frecuentemente normal	A veces alterada
Lenguaje	Incoherente	Perseveraciones	Normal
Movimiento involuntario	Asterixis, temblor	No	No
Enfermedad física	Presente	Ausente	Ausente

Tabla 3. Diagnóstico diferencial del *delirium*

En el caso que se presenta el estado epiléptico no convulsivo, tipo estado de ausencia *de novo* o tardío, es un cambio en el comportamiento o estado

mental del paciente respecto al estado basal asociado a descargas epileptiformes continuas en el EEG. Debido a su baja prevalencia y expresividad clínica puede pasar fácilmente inadvertido y confundirse con otras patologías, especialmente psiquiátricas. Probablemente el precipitante subyacente haya sido la administración de imipenem-cilastatina, antibiótico en el que está bien descrito el mayor riesgo de efectos adversos en SNC (mioclonías, confusión, convulsiones, etc.), especialmente en pacientes con insuficiencia renal crónica.

Bibliografía

1. Brown CA, Boling J, Manson M, et al. Relation Between Prefracture Characteristics and Perioperative Complications in the Elderly Adult Patient with Hip Fracture. *South Med J.* 2012; 105(6): 306-310.
2. Martínez-Velilla N, Alonso Bouzón C, Ripa Zazpe C, Sánchez-Ostiz R. Síndrome confusional agudo postoperatorio en el paciente anciano. Revisión de conjunto. *Cir Esp.* 2011; 90(2): 75-84.
3. Rathier MO, Baker WL. A Review of Recent Clinical Trials and Guidelines on the Prevention and Management of Delirium in Hospitalized Older Patients. *Hosp Pract.* 2011; 39(4): 96-106.
4. Vásquez-Márquez I, Castellanos-Olivares A. Delirio postoperatorio en el paciente geriátrico. *Rev Mex Anestesiol. Anestesia en paciente senil.* 2011; 34(1): S190-S194.
5. Whitlock EL, Vannucci A, Avidan MS. Postoperative delirium. *Minerva Anestesiol.* 2011; 77(4): 448-456.