



Cómo mantener la salud cerebral durante una enfermedad o intervención quirúrgica:

las recomendaciones del GCBH para prevenir y tratar el delirio

Global Council on
Brain HealthSM
A COLLABORATIVE FROM AARP

En el verano del 2019, miembros del Consejo Global sobre la Salud Cerebral (GCBH), se reunieron en Boston para examinar el efecto del delirio sobre la salud cerebral de adultos de 50 años o más. Durante los siguientes seis meses, el GCBH, con ayuda de miembros revisores, compiló este informe, que quedó concluido aproximadamente el Día Mundial de Conciencia sobre el Delirio en marzo del 2020. Los participantes aparecen en el Apéndice 1.

Este documento resume el consenso alcanzado por los expertos y describe los principales temas de discusión que llevaron a sus recomendaciones para las personas de 50 años o más. También identifica brechas en nuestros conocimientos en el área de la investigación sobre el delirio y la salud cerebral, e incluye recursos para obtener información adicional (Apéndice 2) y un glosario de términos utilizados en el documento (Apéndice 3). Este documento no pretende ser una revisión sistemática y exhaustiva de toda la literatura científica pertinente sobre el tema. En cambio, las referencias seleccionadas que se incluyen al final del documento ofrecen información general de utilidad y presentan una muestra de las evidencias actuales que sustentan el consenso del GCBH en este tema. (Apéndice 9).

El delirio y la salud cerebral

El delirio, un cambio repentino en el razonamiento y la conducta, es un trastorno médico grave que daña la salud cerebral. Puede afectar a personas de todas las edades, pero ocurre con más frecuencia cuando las personas envejecen. Las historias de este informe ilustran cómo el delirio puede ocurrir en cualquier entorno y a cualquier tipo de persona. Los casos de estudio son tomados de pacientes representativos. Los nombres y las circunstancias de las historias se han modificado para proteger el anonimato de las personas.

Si usted o uno de sus seres queridos están entre las millones de personas que son hospitalizadas por año, tiene un alto riesgo de sufrir este debilitante y aterrador trastorno. Si bien el delirio puede afectar a personas de todas las edades, incluidos los niños, es más común entre los adultos de edad avanzada, y afecta hasta la mitad de todos los adultos en Estados Unidos de 65 años o más después de una estancia en el hospital. Se trata de más de 6 millones de personas al año tan solo en Estados Unidos. El trastorno es sorprendentemente común, pero hasta años recientes era muy poco reconocido por los profesionales médicos. Y aunque es la complicación quirúrgica más común para los adultos

Agradecimientos: AARP Policy, Research, and International Affairs y AARP Integrated Communications and Marketing.

Cita recomendada: Global Council on Brain Health (2020). "Preserving Your Brain Health During Illness or Surgery: GCBH Recommendations to Prevent and Treat Delirium." Disponible en www.GlobalCouncilOnBrainHealth.org; DOI: <https://doi.org/10.26419/pia.00101.017>

Las 6 D del delirio

- Desasosiego
- Defunción
- Duración
- Dólares
- Demencia
- Pérdida de la Dignidad

mayores, probablemente usted no ha oído hablar de ella. El trastorno es causado por un cambio en la manera en que funciona el cerebro, y con frecuencia causa confusión, falta de atención y a veces, alucinaciones. Aunque muchas personas se recuperan, el delirio a veces puede tener un efecto duradero sobre el cerebro, incluidos los problemas a largo plazo con la memoria y las habilidades de razonamiento.

El delirio es grave, costoso y potencialmente mortal. Los pacientes que presentan delirio en una unidad de cuidados intensivos (UCI) incrementan de dos a cuatro veces su riesgo de muerte, tanto dentro como fuera del hospital. Quienes sufren delirio en el pabellón general de un hospital incrementan una y media veces su riesgo de muerte en el año siguiente a la hospitalización; y los pacientes que sufren delirio en la sala de emergencias tienen un aumento de aproximadamente un 70% en el riesgo de muerte durante los seis meses posteriores a la visita.

Aunque el delirio ocurre en muchos entornos, la aparición del delirio es más común en los hospitales. De hecho, es la complicación quirúrgica más común entre las personas de 65 años o más, y afecta al 50% de quienes han sufrido una fractura de cadera. De acuerdo

con un estudio en el Reino Unido, afecta aproximadamente al 20% de las personas hospitalizadas que necesitan atención aguda. En Estados Unidos, dos terceras partes de los pacientes en una UCI presentan delirio, y se estima que un 75% de las personas en una UCI en Inglaterra son afectadas por el trastorno. Se trata de un problema global, que afecta a personas de todas las razas y los grupos étnicos en todo el mundo. Aunque el trastorno con frecuencia mejora con el tiempo, se vincula con efectos negativos para la salud a largo plazo, especialmente en quienes sufren la enfermedad de Alzheimer u otras formas de demencia. A pesar de lo frecuente que es el trastorno, una encuesta de AARP realizada en el 2020 entre más de 1,000 adultos de 50 años o más descubrió que solo una cuarta parte de ellos tenían algún grado de familiaridad con el delirio. Entre los participantes en la encuesta que habían presentado delirio, alrededor del 20% dijeron que la experiencia les causó un temor extremado o mucho temor.¹

El delirio también es una amenaza para la dignidad humana, por la manera en que afecta al cerebro. Además del daño físico, sus estados mentales pueden variar mucho, desde la apatía extrema hasta la agitación extrema, y con frecuencia hace que las personas se sientan desorientadas, asustadas, enojadas, paranoicas y aisladas. Sufrir un episodio de delirio puede causar efectos psicológicos a largo plazo. Hasta la mitad de todas las caídas en los hospitales se relacionan con el delirio. Los amigos y familiares de las personas con delirio también suelen sentir miedo y angustia, porque ven que su ser querido no actúa de manera normal después de un procedimiento quirúrgico o una enfermedad.

Confusión en el hospital

Una noche, Harry Fong sufre un intenso dolor en el pecho y es llevado de emergencia al hospital en ambulancia. El asesor financiero de 74 años de Boston sigue trabajando y ha tenido una salud relativamente buena, pero tiene antecedentes de diabetes, enfermedad renal y presión arterial alta. En la sala de emergencias los médicos le dicen que tiene un ataque cardíaco y es admitido en el hospital. Se somete a múltiples procedimientos para evaluar su corazón y recibe nuevos medicamentos para tratar su dolor de pecho, para controlar su presión arterial y para aumentar el flujo sanguíneo a su músculo cardíaco. Con el ruido del hospital, los nuevos medicamentos y el estrés de todo lo que le está ocurriendo, duerme muy mal en el hospital, y el personal hospitalario lo mantiene en la cama. Al día siguiente se niega a comer su almuerzo, porque dice que no tiene hambre, y le pide a la enfermera que no le dé sus medicamentos vespertinos. Su esposa le dice a su enfermera que su esposo no parece él mismo. Dice que él no recuerda la fecha y olvidó que era el cumpleaños de su nieto. Aunque normalmente es alegre y divertido, se muestra descontento e irritable. Se niega a contestar las preguntas que le hace la enfermera para probar sus habilidades de memoria y razonamiento. La enfermera llama a un médico para una evaluación. El médico dice que el paciente está reaccionando a las noticias sobre su ataque cardíaco, y que los cambios cognitivos son "de esperarse a su edad".

Esa noche, Fong se comporta cada vez más agitado y desorientado. Le dice al personal hospitalario que tiene que salir de inmediato a una reunión importante en Singapur. Empieza a lanzar golpes a los enfermeros y a quitarse los tubos intravenosos y de medicamentos. No recuerda que está en un hospital, ni por qué está ahí. Lo inmovilizan y le administran sedantes potentes.



Algunas personas pueden sentirse avergonzadas por la experiencia de presenciar los comportamientos difíciles de sus seres queridos, o pueden sentirse intimidadas por el personal médico, que puede tratarlo como un suceso regular que "simplemente ocurre" a las personas de edad avanzada. El delirio es un trastorno médico grave y debe ser reconocido como una emergencia médica.

Además del terrible daño que el delirio causa a los pacientes y sus familias, los costos financieros son abrumadores. El trastorno y las complicaciones relacionadas tienen un costo estimado de \$164,000 millones al año en Estados Unidos y de \$182,000 millones al año en 18 países europeos combinados, según una estimación del 2011. En Australia,

el costo total del delirio se ha estimado entre \$5,300 millones y \$12,100 millones de dólares australianos.

La buena noticia es que el delirio puede prevenirse hasta en el 40% de los casos. Los investigadores coinciden en que hay medidas que las personas que se someten a procedimientos quirúrgicos electivos y sufren otras enfermedades, así como sus familias, amigos y proveedores de servicios médicos, pueden tomar para reducir sus riesgos. Y hay medidas que los proveedores y centros de salud pueden tomar para reducir la gravedad del trastorno, si ocurre. Al implementar medidas relativamente simples y económicas, los pacientes, cuidadores y proveedores de servicios de salud pueden ayudar a proteger la salud cerebral de las personas y ahorrar miles de millones de dólares en servicios de salud.

DECLARACIONES DE CONSENSO

Las siguientes declaraciones de consenso se fundamentan en la evaluación de los expertos de las mejores evidencias disponibles de estudios observacionales y ensayos aleatorizados y controlados en los que se examina el efecto de los factores de delirio sobre los desenlaces cognitivos en adultos de edad avanzada. Las recomendaciones y los consejos prácticos del GCBH se elaboran con fundamento en estas evidencias, y se complementan con las opiniones de los expertos basadas en sus amplios trabajos en el campo. El proceso utilizado para llegar a estos consensos y a las recomendaciones siguientes se explica en el Apéndice 4.

1. El delirio es un trastorno médico grave y común.
2. El delirio es malo para la salud cerebral.
3. Una persona con delirio sufrirá un cambio repentino en el razonamiento y la conducta, que puede aparecer y desaparecer.
4. Puede presentarse de muchas maneras diferentes. Con frecuencia, la persona "simplemente no es ella misma". En ocasiones puede presentarse con incapacidad para prestar atención, sueño excesivo, somnolencia, sentirse "perdido", o no responder como lo haría normalmente. En otras ocasiones se presenta con inquietud, agitación, ver u oír cosas que no existen (alucinaciones), temor, ira, paranoia o creencias que no son reales (por ejemplo, el personal u otras personas los amenazan). Con frecuencia, una persona con delirio presenta una mezcla de estos síntomas.
5. Los síntomas de delirio pueden fluctuar, usualmente a lo largo de horas o días.
6. El delirio con frecuencia desaparece en unos días, pero en algunas personas puede durar un período más prolongado, en ocasiones varias semanas. Algunas personas nunca regresan a su nivel de funcionamiento previo.
7. El delirio puede iniciar en cualquier lugar en el que la persona viva o reciba atención, como en su hogar, en una institución de cuidado a largo plazo, un centro quirúrgico, un hospital o un centro de cuidados paliativos.
8. Las personas pueden presentar delirio después de una lesión, una enfermedad, un procedimiento quirúrgico, de sufrir deshidratación o una infección, o de hacer cambios en sus medicamentos.
9. El delirio con frecuencia se pasa por alto, se diagnostica erróneamente o se maneja incorrectamente.
10. Muchos proveedores de servicios de salud no están conscientes de la gravedad del delirio, o no la reconocen.
11. El delirio con frecuencia es un signo de otros problemas de salud de la persona, y el delirio en sí mismo puede causar diversos problemas a las personas que lo sufren, como dificultades para desempeñar sus actividades cotidianas, caídas, estancias prolongadas en el hospital, pérdida de la independencia, aumento en los costos, deterioro del razonamiento a largo plazo, e incluso la muerte.
12. Usted es más vulnerable al delirio al envejecer si: tiene dificultades preexistentes en sus habilidades de memoria y razonamiento, tiene problemas de la audición o la vista, es frágil, tiene otros trastornos médicos subyacentes, abusa del alcohol o las drogas, o si ha sufrido episodios previos de delirio.
13. Mientras más tiempo dure el delirio, mayor será la probabilidad de sufrir daños en el cerebro.
14. El delirio no es demencia.
15. En las personas con demencia, el delirio con frecuencia causa un deterioro más rápido.
16. Hay medidas que las personas, los cuidadores, los proveedores de servicios de salud y los sistemas de salud pueden tomar para reducir el riesgo de delirio.
17. La mejor estrategia ante el delirio en los hospitales y antes de un procedimiento quirúrgico electivo es tratar de prevenir el delirio.
18. El delirio puede ocurrir incluso si la persona recibe la mejor atención médica posible. Los proveedores de salud pueden ayudar a reducir la duración y la gravedad del delirio administrando la atención apropiada.
19. El delirio con frecuencia causa mucho sufrimiento a la persona que lo sufre y a sus familiares, pero parte del sufrimiento puede reducirse si se reconoce y maneja.

RECOMENDACIONES DE LOS EXPERTOS

RECOMENDACIONES PARA PERSONAS

1. "Prehabilítese" para todas las hospitalizaciones planeadas. Prepárese para su procedimiento quirúrgico como si se entrenara para un evento deportivo, desarrollando su resiliencia física y mental antes de acudir al hospital (ejercicio, dieta y sueño apropiado).
 2. Al ponderar los riesgos y beneficios potenciales del procedimiento quirúrgico electivo, tenga presente la posibilidad del delirio; pida a su proveedor que evalúe su riesgo de delirio.
 3. Antes del procedimiento quirúrgico:
 - a. Avíseles a su cirujano, anestesiista y enfermero si ha sufrido un episodio previo de delirio.
 - b. Informe a su médico de *todos* los medicamentos y suplementos dietéticos que toma.
 - c. Pida que se incluya a un geriatra en su atención y hable con su proveedor de atención primaria antes del procedimiento quirúrgico.
 4. Mientras está en el hospital:
 - a. Lleve una lista de sus medicamentos, incluidos vitaminas y otros suplementos, junto con los nombres y la información de contacto de sus médicos y farmacias.
 - b. Lleve sus aparatos auditivos, anteojos recetados y dentaduras postizas.
 - c. Pida a familiares y amigos que lo acompañen en turnos durante todo el tiempo que esté hospitalizado, incluso por las noches.
 - d. Traiga objetos familiares y confortantes de su hogar, como una fotografía favorita y música que le guste.
 - e. Trate de establecer una rutina normal, durmiendo, comiendo alimentos saludables y bebiendo agua, lo antes posible.
 - f. Reciba luz solar directa durante el día.
 - g. Para dormir mejor, cierre la puerta de su habitación para reducir el ruido del pasillo, use tapones de oídos y pruebe un antifaz para dormir. Usar almohadas y cobertores familiares puede ayudarle a dormir mejor.
 - h. No dude en pedir ayuda y usar el botón de llamada; esto es de especial importancia para las personas que no tienen cuidadores informales que les ayuden.
5. Empiece a moverse lo antes posible después del procedimiento quirúrgico o durante su hospitalización. Pida al personal de enfermería que le ayude a sentarse, usar el baño y caminar, para aumentar su movilidad y evitar caídas. Pida y opte por acudir a hospitales y sistemas de salud amigables para la edad, que cuentan con personal geriátrico capacitado que sabe cómo reconocer y tratar apropiadamente el delirio. Consulte las recomendaciones para sistemas de salud en la siguiente página.

Consulte también la sección de consejos prácticos.

RECOMENDACIONES PARA CUIDADORES

1. Sea un defensor de su ser querido y confíe en su instinto cuando reconozca un cambio repentino en su conducta.
2. Informe de todos los cambios en el estado mental y la conducta, y pida ayuda a su proveedor médico.
3. Ayude a su ser querido a seguir lo más posible su rutina normal en sus comidas, su sueño y sus actividades, y ayúdele a recordar su ubicación, el día, la hora y lo que está ocurriendo en el hospital con él y con quienes lo rodean.
4. Ayude a su ser querido a sentarse en la cama, ir a una silla y caminar lo antes posible, una vez que el equipo médico lo permita, después de un procedimiento quirúrgico o una enfermedad.
5. Cuestione al proveedor de servicios de salud si se usan fármacos para tratar el delirio. (Puede ver más detalles en la sección Discusión).
6. Para evitar problemas de transición entre diferentes entornos de atención, asegúrese de que la información sobre el paciente que el hospital proporcione a las instituciones de cuidado a largo plazo o las agencias de atención a domicilio sea correcta.
7. Reconozca que los episodios de delirio pueden persistir después del alta del hospital, y que los síntomas pueden inclusive presentarse por primera vez después de que su ser querido regrese a casa, así que esté alerta a cambios repentinos en su conducta y avísele a los proveedores de servicios de salud si la persona simplemente no parece ella misma.
8. Esté consciente de que su ser querido puede tener un deterioro duradero en sus capacidades mentales después de un episodio de delirio, y esté preparado para ayudarlo incluso después de que salga del centro de salud.

RECOMENDACIONES PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

1. Haga evaluaciones de delirio antes de los procedimientos electivos, anime a los pacientes a "prehabilitarse" antes de una hospitalización planeada, y adviértales sobre los riesgos del delirio cuando obtenga su consentimiento para realizar un procedimiento médico.
2. Al tratar a los pacientes, evalúe si su paciente:
 - a. toma medicamentos de manera excesiva (ya sea por medicamentos inapropiados o interacciones entre múltiples medicamentos)
 - b. tiene falta de oxígeno
 - c. tiene presión arterial baja
 - d. está deshidratado
 - e. tiene demasiado frío
 - f. tiene estreñimiento
 - g. no come lo suficiente
 - h. no duerme lo suficiente
3. Esté atento a infecciones y trastornos médicos subyacentes que pueden causar delirio, o contribuir a él.
4. Siempre intente primero manejar el delirio con intervenciones no farmacológicas.
5. Tenga presente que los medicamentos antipsicóticos usados para tratar el delirio con frecuencia no son eficaces, y solamente deben usarse cuando exista la amenaza de algún daño al paciente o al personal, y solamente después de agotar todas las opciones no farmacológicas.
6. Trate de controlar el dolor con la menor cantidad posible de narcóticos.
7. Pregúntese si su paciente puede cuidar de sí mismo y si puede entender las recomendaciones médicas y seguirlas. Si no es así, no lo dé de alta hasta que tenga un cuidador competente en casa.
8. Esté consciente de que el delirio es un trastorno médico y no un efecto secundario normal de los medicamentos.
9. Aborde el delirio en los planes de estudio de escuelas de medicina, escuelas de enfermería y otros tipos de instituciones educativas en el área de la salud.

RECOMENDACIONES PARA SISTEMAS Y DISEÑOS DE SALUD Y HOSPITALARIOS

Únase al movimiento y forme parte de un sistema de salud amigable para la edad, y adopte el marco de las 4M para la atención amigable para la edad. Debe practicar estos cuatro elementos esenciales de la atención de manera conjunta:

- **Lo que Más importa:** Conozca los objetivos y las preferencias de atención de cada adulto mayor y adáptese a ellos, incluido, entre otras cosas, su atención para el final de la vida y en diferentes entornos de atención.
- **Medicamentos:** Si es necesario administrar medicamentos, use medicamentos amigables para la edad y que no interfieran con lo que Más importa para el adulto mayor, con su movilidad y con su actividad mental en diferentes entornos de atención.

- **Actividad Mental:** Prevenga, identifique, trate y controle la demencia, la depresión y el delirio en diferentes entornos de atención.
- **Movilidad:** Asegúrese de que los adultos mayores se muevan de manera segura todos los días, para mantener su funcionalidad y poder hacer lo que Más importa.

Consulte: [Age-Friendly Health Systems](#) (Sistemas de salud amigables para la edad), una iniciativa de The John A. Hartford Foundation y el Institute for Health Care Improvement. Los sistemas de salud participantes, al abordar las 4M en conjunto, han demostrado mejoras significativas en la identificación y reducción del delirio.

CONSEJOS PRÁCTICOS

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA AYUDARLO A IMPLEMENTAR LAS RECOMENDACIONES

Antes de acudir al hospital

1. Prepárese para el procedimiento quirúrgico o su estancia en el hospital como lo haría para participar en una actividad física extenuante o un evento deportivo. Prepare su mente y su cuerpo durmiendo bien, comiendo bien e hidratándose, y haga ejercicio físico para desarrollar su fuerza muscular y su reserva cognitiva.
2. Deje de fumar y de beber alcohol antes del procedimiento quirúrgico, y pregúntele a su médico si debe suspender alguno de los medicamentos o suplementos que toma.
3. Organice a sus compañeros de atención para que le ayuden dentro y fuera del hospital. Planee cómo dar relevo a sus cuidadores.
4. Cuando programe un procedimiento quirúrgico, trate de hacerlo al principio de la semana, ya que los fisioterapeutas y otros encargados de rehabilitación con frecuencia no están disponibles los fines de semana.
5. Prepare una lista completa de sus medicamentos (con sus dosis) y de sus medicamentos de venta libre y suplementos, y llévela con usted al hospital. Quizá sea útil que también lleve los frascos de medicamento.
6. Prepare una hoja con información médica en la que incluya todas sus alergias, los nombres y números telefónicos de todos sus proveedores de servicios de salud como terapeutas, dentistas y médicos, el nombre de su farmacia habitual, y todas sus enfermedades conocidas. Asegúrese también de que todos sus registros médicos pertinentes se hayan enviado a los médicos que lo atenderán a usted o a su ser querido antes, durante y después del procedimiento quirúrgico.
7. Asegúrese de llevar sus anteojos y aparatos auditivos con baterías nuevas, y pídale a alguien que lo acompañe al hospital que los cuide mientras usted recibe tratamiento y que se los devuelva lo antes posible.
8. Traiga algunos objetos favoritos de su casa. Puede recibir mucho confort de cosas como fotos familiares, un cobertor o edredón favorito para la cama, un rosario, un libro especial y música relajante.
9. Si es posible, posponga sus decisiones importantes, financieras y de otros tipos, hasta al menos varias semanas después de una

hospitalización planeada, para darse suficiente tiempo para recuperarse física y mentalmente. Incluso después de recuperarse, puede seguir la confusión mental por un tiempo, así que no tome decisiones importantes en el periodo cercano a su hospitalización.

10. Pida a su proveedor de servicios de salud que realice una evaluación de delirio antes de someterse a un procedimiento quirúrgico electivo.

Mientras está en el hospital

1. Si es posible, haga que lo acompañe un familiar o amigo durante toda su hospitalización. Pídeles a sus seres queridos que tomen turnos durante su estancia. No se preocupe por causar molestias, ¡solamente asegúrese de devolver los favores!
2. Levántese de la cama y muévase lo antes posible después de un procedimiento quirúrgico o una operación. Pida un plan de movilidad y asistencia para moverse, si la necesita.
3. Para ayudarlo a moverse después de un procedimiento quirúrgico o una operación, comience por sentarse en la cama, muévase al borde de la cama, transférase de la cama a la silla, y luego empiece a caminar gradualmente lo antes posible. Pida al personal que le ayude a caminar.
4. Reciba luz solar directa durante el día.
5. Use cosas que puedan ayudarlo a dormir mejor en el hospital. Los tapones de oídos y los antifaces para dormir pueden ser útiles. Considere la posibilidad de usar una almohada o un cobertor que le sea familiar y cómodo.
6. Busque un reloj y letreros que le indiquen el día, y los nombres de sus proveedores de servicios de salud.
7. Pida ayuda a sus proveedores de servicios de salud si su dolor parece estar fuera de control. El acetaminofén administrado las 24 horas (máximo: 3,000 mg al día) puede ayudarlo a controlar el dolor y reducir la necesidad de opioides.
8. Esfuércese por comer bien y beber suficiente agua en el hospital.
9. No dude en pedir ayuda para ir al baño, en especial si tiene algún problema con su vejiga y sus intestinos.
10. Llame al defensor del paciente del hospital en caso de que tenga problemas para recibir la ayuda que necesita.

CÓMO CUIDAR DE UNA PERSONA CON DELIRIO

1. Reconozca los signos del delirio. Las personas que sufren delirio pueden:
 - a. Estar menos conscientes de sus alrededores
 - b. No poder hablar con claridad o sostener conversaciones
 - c. Tener sueños que en ocasiones son aterradores, y que pueden continuar después de que despiertan
 - d. Escuchar voces o ruidos que no están presentes (alucinaciones auditivas)
 - e. Ver objetos o personas que no están presentes (alucinaciones visuales)
 - f. Alterarse porque están convencidas de que otras personas tratan de hacerles daño
 - g. Estar agitadas o inquietas, e incapaces de quedarse sentadas
 - h. Estar somnolientas, y moverse y responder con lentitud
 - i. Mostrarse renuentes a comer o beber
 - j. Tener un cambio temporal de personalidad
 - k. Presentar varios de los síntomas anteriores, o todos ellos, que cambien rápidamente con el paso del tiempo
 - l. Tener síntomas más intensos al atardecer o por la noche
2. Permanezca con el paciente la mayor cantidad de tiempo posible. Durante un episodio agudo de delirio, debe tratar de organizar turnos para que pueda haber alguien familiarizado con el paciente las 24 horas del día.
3. Ayude a orientar a su ser querido durante el día. Hable con una voz tranquila y reconfortante. Recuérdele el día, la hora, en dónde está y por qué.
4. No discuta con la persona ni corrija detalles innecesariamente, pues puede aumentar su agitación.
5. Trate de no abrumar o estimular excesivamente a su ser querido. Dele instrucciones muy simples y pídale que haga solamente una cosa a la vez.
6. Pida que lo visiten personas conocidas, pero no demasiadas ni durante tanto tiempo que el paciente quede agotado y no pueda dormir bien.
7. Lleve objetos familiares, como una fotografía de seres queridos o un cobertor de su cama. Un libro especial, su música favorita o cintas de relajación podrían reconfortarlo.
8. Tenga una lista de los medicamentos de su ser querido con usted en el hospital.
9. Insista en que el equipo de atención médica haga una evaluación 4M por lo menos una vez al día, y pregunte por el progreso de su ser querido en las puntuaciones de la evaluación. (Vea la descripción de las 4M de la atención amigable para la edad en las recomendaciones para sistemas de salud que se presentaron antes).
10. Pruebe a darle a su ser querido un masaje de manos o pies, o frotar su espalda. El contacto ligero y el masaje pueden ser muy reconfortantes.
11. No sienta vergüenza si su ser querido sufre delirio. Las cosas que las personas dicen y hacen durante el delirio están fuera de su control.

DISCUSIÓN

El delirio con frecuencia causa una angustia emocional extremada y otros cambios en las funciones mentales de una persona. Es un trastorno médico que ocurre debido a un cambio en el funcionamiento del cerebro. El cerebro sufre una disfunción. Puede compararse con la turbulencia en un avión. Usualmente es una respuesta específica en el cerebro a algo que le ha ocurrido al cuerpo; algún tipo de trauma causado, por ejemplo, por cualquier tipo de procedimiento quirúrgico, infección o enfermedad que requiera una estancia hospitalaria o la admisión a una UCI. También puede ocurrir, especialmente en personas de edad avanzada, después de iniciar un nuevo medicamento o de mudarse de un entorno a otro, por ejemplo, de su vivienda a un centro de vida asistida o una casa de reposo. El delirio se ha relacionado con las caídas en los hospitales, y se ha vinculado con infecciones pulmonares peligrosas, deshidratación, empeoramiento de la demencia y otros problemas de salud. Quienes sufren delirio también pueden sufrir de depresión, ansiedad y síndrome de estrés postraumático.

Los científicos no están completamente seguros del motivo por el que el cerebro presenta la disfunción que causa el delirio, pero hay varias teorías. Los investigadores médicos actualmente indagan las maneras en que la anestesia y la sedación, la reacción del cuerpo a un procedimiento quirúrgico, los respiradores artificiales, el medioambiente y los medicamentos interactúan con el funcionamiento cerebral para explorar las causas potenciales. Puede ser que desencadenantes tales como un procedimiento quirúrgico o medicamentos nuevos causen inflamación, que afecte a un cerebro vulnerable, o que estos llamados "insultos" cerebrales causen perturbaciones en el sistema de comunicación del cerebro o un desequilibrio en hormonas cerebrales importantes que afecten el razonamiento y el estado de ánimo. Los profesionales médicos con frecuencia no reconocen el delirio o no le dan la

suficiente importancia cuando lo diagnostican. Algunos médicos y enfermeros lo consideran erróneamente como una reacción normal a la anestesia. Pueden decirle a los familiares que simplemente desaparecerá. En realidad, aunque los síntomas agudos con frecuencia desaparecen con el tiempo, hay maneras de controlar el delirio que aumentan la probabilidad de un mejor desenlace. Es crucial que las familias y los proveedores de servicios de salud se informen más sobre el delirio y entiendan cómo reducir los riesgos, reconocer el trastorno y tratarlo.

Parece haber una inexplicable incongruencia entre lo que los proveedores de servicios de salud dicen saber sobre el delirio y lo que les dicen a sus pacientes. Una encuesta realizada por AARP en el 2020² descubrió que la mayoría de los proveedores de servicios de salud dijeron que están muy o extremadamente familiarizados con el delirio. Un 92% de los proveedores de servicios de salud dijeron que las estrategias para prevenir el delirio deben ser prácticas estándar en los hospitales. Casi el 80% coincidieron en que el delirio es una complicación grave, y el 80% coincidieron en que debe hacerse una prueba para evaluar la existencia de delirio en todos los pacientes durante su estancia hospitalaria. Alrededor del 70% de los proveedores de servicios de salud sabían que sus pacientes que eran hospitalizados no estaban familiarizados con el delirio. Una cantidad aún mayor (85%) coincidieron en que es necesario conversar con los pacientes sobre el delirio antes de una hospitalización o un procedimiento quirúrgico. El 82% dijeron que los pacientes hospitalizados deben ser informados sobre los síntomas del delirio.

Sin embargo, la encuesta de AARP a adultos de 50 años o más, realizada al mismo tiempo que la encuesta a proveedores, descubrió que solamente el 4% de los pacientes hospitalizados por lo menos

Demencia complicada por el delirio

Tabatha Geason, de 89 años, vive en una institución residencial en Brighton, Inglaterra. Tiene enfermedad de Alzheimer e ingresó a la institución porque ya no podía valerse por sí misma. Sin embargo, aún puede lavarse y vestirse sin ayuda, y participa en las actividades de la institución, en donde ha hecho varias amistades.

Sin embargo, una semana repentinamente deja de lavarse y vestirse por sí misma y presenta incontinencia urinaria. Dice que siente dolor, y tiene fiebre. Está muy agitada y con malestar, y es hospitalizada. Cuando su hija la visita en el hospital, está desorientada y agitada y hace movimientos como si tratara de quitar algo de sus sábanas. Está despierta toda la noche en el hospital, llamando a su madre a gritos. Es tratada con antibióticos por una infección de las vías urinarias y gradualmente se tranquiliza durante los siguientes días.

Es enviada de regreso a la institución residencial, pero cuando está ahí se muestra demasiado tranquila y retraída. Ya no le interesan las actividades de la institución. Necesita ayuda para vestirse. Su hija está muy preocupada por el deterioro de sus capacidades y le inquieta que se esté deprimiendo. Le pregunta al personal si su madre tiene probabilidades de mejorar.

una vez desde los 40 años de edad (pero que no habían sufrido delirio) habían sido informados sobre la posibilidad del delirio. Entre quienes dijeron que su proveedor de servicios de salud les informó sobre la posibilidad, solamente el 8% dijeron que su proveedor de servicios de salud había hablado con ellos sobre estrategias para prevenir el delirio. Alrededor del 34% dijeron que su equipo de servicios de salud **no** les informó de cómo prevenirlo, y el 56% no estaban seguros de que les hubieran informado. Esto indica una brecha crítica en la necesidad de preparar a los pacientes con alto riesgo de delirio y a sus familias. Como mínimo, los pacientes de edad avanzada, especialmente de 65 años en adelante y con trastornos médicos subyacentes, deben pedir a sus proveedores que evalúen sus riesgos de delirio antes de someterse a cualquier procedimiento quirúrgico electivo.

Delirio: Es muy angustiioso y puede tener consecuencias a largo plazo

El delirio puede ser la complicación médica más común de la que nunca se ha enterado. La encuesta realizada por AARP en el 2020 sobre el delirio y la salud cerebral de los adultos de 50 años o más descubrió que la mayoría (74%) no estaban familiarizados con el delirio. El 70% de los adultos en la encuesta han sido hospitalizados de alguna manera después de los 40 años de edad. Entre los adultos que han sido hospitalizados pero que no presentaron delirio, solamente el 4% dijeron que su proveedor de servicios de salud habló con ellos sobre la posibilidad de delirio. Solamente alrededor del 25% de los adultos de 50 años o más informaron que estaban al menos algo familiarizados con el delirio. El 7% de los adultos encuestados dijeron que sufrieron delirio en lo personal, y el 20% de los encuestados presenciaron delirio en alguien más. La mayoría de las personas que informaron que habían sufrido delirio en lo personal no estaban familiarizadas con el trastorno antes de su hospitalización, ni estaban enteradas de las estrategias para prevenirlo.

Si bien la cantidad de personas en la encuesta que lo sufrieron en lo personal fue relativamente pequeña, la experiencia claramente les resultó muy perturbadora. Entre los encuestados que sufrieron delirio en lo personal, el 44% dijeron que sintieron temor por la experiencia, y 19% dijeron que estaban muy o extremadamente atemorizados. Informaron que tenían dificultades para entender lo que ocurría a su alrededor (45%), dijeron cosas que no tenían sentido (43%), se sintieron demasiado somnolientos y obedientes (37%), sintieron estrés, ansiedad o hiperactividad (28%) o tuvieron alucinaciones (16%).

Entre quienes presenciaron la angustia de otras personas con delirio, los efectos secundarios reportados con más frecuencia fueron que su ser querido decía cosas que no tenían sentido (61%), no entendía

lo que estaba ocurriendo a su alrededor (47%), tuvo alucinaciones (34%) y sintió estrés, ansiedad o hiperactividad (34%).

El delirio también puede aumentar el período de hospitalización de las personas, lo que se traduce en mayor estrés emocional y más gastos. Entre los adultos de 50 años o más que presenciaron delirio en su ser querido, casi la mitad dijeron que el episodio duró más de un día. Tres de cada 10 dijeron que aumentó la duración de la estancia hospitalaria de su ser querido. Más de 4 de cada 10 (41%) dijeron que aumentó la duración de la estancia hospitalaria de su ser querido en siete días o más.

Quizá lo más impactante es que alrededor del 40% de los participantes en la encuesta que presentaron delirio en lo personal dijeron que aún sufren efectos duraderos del trastorno. El deterioro de la memoria estuvo entre los efectos a largo plazo que se informaron con más frecuencia, junto con depresión, pérdida de motivación, incapacidad para organizarse en su vida cotidiana, ataques de pánico y sueños atemorizantes continuos que parecen demasiado reales. Entre quienes no lo experimentaron en lo personal, pero presenciaron a un ser querido o amigo con delirio, el 49% informaron que su ser querido había sufrido efectos duraderos en su salud cerebral debido al delirio. Estos efectos incluyeron deterioro de la memoria, confusión constante y depresión.

Delirio, demencia y problemas cognitivos

El delirio con frecuencia se malinterpreta como sinónimo de demencia, pero los dos trastornos son diferentes. El delirio es un cambio repentino en el estado mental, o una confusión repentina, que se desarrolla a lo largo de horas o días. La demencia es un trastorno que se desarrolla a lo largo de muchos meses y años. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia; otras formas incluyen la demencia con cuerpos de Lewy, la demencia frontotemporal y las contribuciones vasculares a la demencia.

La siguiente tabla ayuda a distinguir entre el delirio y la demencia:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: DELIRIO VS. DEMENCIA		
Característica	Delirio	Demencia
Aparición	Usualmente abrupta	Insidiosa y progresiva
Duración	De horas a días	De meses a años
Atención	Reducción en la capacidad para mantener o cambiar la atención	Normal, salvo cuando es grave
Consciencia	Nivel fluctuante y reducido de consciencia	Generalmente intacta
Habla	Puede ser incoherente, desorganizada	Ordenada, puede presentar afasia
Subtipos psicomotores	A menudo presenta formas hiperactiva/hipoactiva	Cambios psicomotores ausentes o impredecibles

Sin embargo, la demencia pone a las personas en mayor riesgo de delirio, y se han vinculado los episodios de delirio con la aparición o el progreso de la demencia. En los hospitales, dos terceras partes de las personas con delirio tienen demencia. Mientras más tiempo sufra de delirio una persona hospitalizada, peor será su demencia.

El delirio también está vinculado con un aumento en el riesgo de problemas cognitivos a largo plazo, que incluyen dificultades con las habilidades de razonamiento y la memoria. Un estudio del 2013 publicado en el *New England Journal of Medicine* de más de 800 pacientes con enfermedades críticas descubrió que la mitad tenían problemas cognitivos un año después de su enfermedad, y que un episodio de delirio fue el factor de predicción más certero para ese deterioro. Una tercera parte de los pacientes en ese estudio tuvieron problemas con las habilidades de memoria y razonamiento que fueron similares a los de la enfermedad de Alzheimer, y una tercera parte tuvieron síntomas similares a los de alguien con lesión cerebral traumática. Las investigaciones han determinado que mientras más tiempo pase en el hospital un paciente con delirio, mayor será su riesgo de problemas cognitivos. Solamente alrededor de una tercera parte de los pacientes que sufren delirio después de una estancia en la UCI se recuperan por completo.

No está claro si estos episodios de delirio están haciendo que empeoren la demencia o los problemas cognitivos de las personas, o si les ocurre algo más a sus cerebros que causa tanto el delirio como los problemas cognitivos. Es necesario hacer más estudios antes de que los investigadores puedan entender esta relación compleja. Pero sabemos que las personas que han sufrido delirio informan que tienen una peor salud cerebral que quienes no lo han sufrido. La encuesta realizada por AARP en el 2020 descubrió que una cantidad significativamente menor de adultos de 50 años o más que han sufrido delirio informan que tienen una salud cerebral excelente o muy buena, en comparación con quienes no han sufrido delirio (43% en comparación con 65%).

Predicción del delirio

Al comprender quiénes están en mayor riesgo de sufrir delirio, es posible tomar medidas para ayudar a prevenir o reducir la gravedad del trastorno. Hay muchos factores de riesgo distintos que se vinculan con el delirio.

¿Quiénes tienen un mayor riesgo? El estudio realizado por AARP en el 2020 demostró que los adultos de 50 años o más que presentaron delirio en lo personal informaron que fueron hospitalizados mucho más después de los 40 años (3.6 en comparación con 1.8 en general) y presentaron una mayor cantidad de trastornos médicos, como presión arterial alta, colesterol alto, diabetes o enfermedad cardíaca (4.6 en comparación con

FACTORES DE RIESGO DE DELIRIO	
Factores de predisposición	Factores precipitantes
Demencia o problemas cognitivos preexistentes	Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> • Polimedicación • Uso de medicamentos psicoactivos • Uso de sedantes o hipnóticos
Antecedentes de delirio	Uso de inmovilización física
Problemas funcionales	Uso de catéter en la vejiga
Problemas sensoriales: <ul style="list-style-type: none"> • Problemas de la vista • Problemas auditivos 	Anormalidades fisiológicas y metabólicas: <ul style="list-style-type: none"> • Relación BUN/creatinina elevada • Niveles anormales de sodio, glucosa o potasio • Acidosis metabólica
Comorbilidad/gravedad de la enfermedad	Infección
Depresión	Cualquier evento iatrogénico
Antecedentes de isquemia transitoria o accidente cerebrovascular	Cirugía mayor
Abuso del alcohol	Admisión por traumatismo o urgente

Ref: Inouye SK et al, Lancet 2014; 383:911-22

Una experiencia aterradora después de un procedimiento quirúrgico

Sarah MacAusland, de 85 años, vive en su casa en Aberdeen, Escocia. Aunque a veces le preocupa un poco su memoria, siente que se encuentra bastante bien para su edad, y se enorgullece de poder cocinar y hacer labores domésticas y recados sin ayuda.

Una tarde, MacAusland está cargando víveres y se cae y no puede levantarse. Durante las siguientes dos horas logra arrastrarse hacia el teléfono y llama a una ambulancia.

En el hospital, una radiografía muestra una fractura de cadera. Le administran fluidos intravenosos y narcóticos analgésicos, y se somete a un procedimiento quirúrgico a la mañana siguiente.

Su hijo, Andrew, viene a visitarla esa tarde y la encuentra confundida y desorientada, claramente diferente a su personalidad normal. Está agitada e incapaz de concentrarse en lo que él dice o de responderle como normalmente lo haría. MacAusland le dice a Andrew que no cree tener una fractura de cadera, ni cree que la hayan operado. Trata reiteradamente de levantarse de la cama para regresar a su casa. Le dice a Andrew que la han arrestado ilegalmente y que la encerraron en una estación de policía. Le ruega que la ayude a escapar.

El hijo y el personal observan que MacAusland no solamente está confundida respecto a lo que está ocurriendo, sino que también está asustada y angustiada.

2.2 en general). Los adultos que informaron que no habían sufrido delirio tendieron a ser más jóvenes que quienes sí lo habían sufrido. Esto es congruente con la literatura médica. Mientras más avanzada sea su edad y más trastornos médicos tenga, más probable será que sufra delirio después de un procedimiento quirúrgico o una enfermedad.

Las personas mayores de 65 años, especialmente las que toman múltiples medicamentos, están en mayor riesgo. El delirio es común después de un procedimiento quirúrgico, especialmente en procedimientos quirúrgicos de cadera o corazón. Las personas con demencia, enfermedad de Parkinson, problemas cognitivos, insuficiencia cardíaca y depresión tienen más probabilidades de sufrir delirio, al igual que quienes tienen problemas del oído y la vista. Quienes tienen abstinencia por abuso de alcohol, nicotina o drogas también tienen un mayor riesgo. Un procedimiento quirúrgico puede desencadenar el delirio, al igual que los efectos secundarios de medicamentos nuevos o la abstinencia de medicamentos. La septicemia, una respuesta extrema y peligrosa del organismo a una infección, también puede desencadenar el delirio. Otros desencadenantes son la deshidratación, el estreñimiento grave, los problemas de micción y el dolor. Un episodio previo de delirio también es un fuerte factor de riesgo de episodios futuros. Alrededor de dos terceras partes de los pacientes en UCI (de todas las edades), y 7 de cada 10 pacientes hospitalizados, sufren delirio mientras están en un respirador artificial para ayudarlos a respirar.

Las siguientes son algunas causas comunes de delirio en la UCI:

Causas comunes de delirio en la UCI

- Menos oxígeno en el cerebro
- La incapacidad del cerebro para usar el oxígeno
- Cambios químicos en el cerebro
- Ciertos medicamentos (por ejemplo, midazolam)
- Infecciones
- Dolor intenso sin controlar
- Enfermedades (por ejemplo, insuficiencia renal, septicemia)
- Alcohol, sedantes o analgésicos
- Abstinencia del alcohol o la nicotina
- Incapacidad para dormir y fatiga por alarma

Fuente: Vanderbilt University, Critical Illness, Brain Dysfunction and Survivorship Center, ICU delirium.org, y NIH.

Unidad de Cuidados Intensivos: Un pedido de ayuda

Stephen Daniels, viudo, de 73 años, es un ingeniero mecánico retirado que hace crucigramas todos los días y se encuentra muy bien. Un sábado por la tarde en Nashville, Tennessee, empieza a sentir irritación de garganta y desarrolla una tos intensa. Ese mismo día, más tarde, siente escalofríos y está temblando en la cama. Después de tomar acetaminofén, otros medicamentos para el resfriado y de dormir toda la noche, se siente peor. Su hija, que viene a recogerlo para ir a la iglesia, encuentra a su padre en cama, quejándose de dificultades para respirar. Lo lleva a la sala de emergencia y descubren que tiene lo que los médicos llaman "neumonía oculta" en su pulmón izquierdo. Le hacen pruebas de estreptococo y, cuando la prueba resulta positiva, le diagnostican neumonía por estreptococo (bacteriana). Sus niveles de oxígeno son bajos, así que el Sr. Daniels es admitido en la unidad de cuidados intensivos del hospital para recibir antibióticos y tratamiento. Pese a los antibióticos y líquidos intravenosos, sufre un peligroso choque séptico en las siguientes 12 horas. Los médicos lo ponen en un respirador artificial para ayudarlo a respirar.

Su hija, Sheryl, nota que su padre no se comporta normalmente. Se muestra distante y no le dice cómo se siente. Aunque usualmente es amable y servicial, se niega a cooperar con los enfermeros y se muestra completamente apático con el médico, como si nada le importara. Los enfermeros hacen una prueba mental y le dicen a Sheryl que su padre ha perdido la capacidad para prestar atención y organizar sus ideas. Le llaman delirio, y dicen que le ocurre a más de la mitad de los pacientes en su situación en la UCI. En los siguientes días sigue en el mismo estado en la UCI, con momentos de pensamiento lúcido entre horas de confusión e incapacidad para determinar en dónde se encuentra, incluso cuando Sheryl está a su lado y trata de orientarlo reiteradamente. Sheryl pasa horas en el hospital, porque nota que cuando se va, su padre se siente paranoico con quienes lo cuidan. Daniels le escribe notas a Sheryl donde le dice que el personal del hospital lo lastima cuando ella sale, lo que ella sabe que es falso. Una vez que le retiran el respirador artificial y que de nuevo respira sin ayuda, se tarda alrededor de un día más en recuperar su personalidad cariñosa, amable e inquisitiva. Ella les dice a sus amigos que el cerebro de su padre "se apagó" con el delirio durante unos cuatro días. La hija de Daniels le lleva libros de crucigramas y el se siente apenado porque no puede contestar ni siquiera los de nivel moderado, porque su memoria está "rara".

Durante el siguiente mes, su fuerza física y su agilidad mental mejoran, pero no hay duda que aún no se recupera del todo. Tiene que ir varias veces a las tiendas porque olvida algunos de sus alimentos y las cosas que necesita en la ferretería. Pero lo que más le molesta es que no puede recordar los nombres de sus amigos el domingo, cuando va a la iglesia. Sus amigos dicen que Daniels parece estar confundido. Por primera vez en su vida, Daniels empieza a hiperventilar, siente pánico y tiene una sensación de catástrofe en cuanto a su futuro. ¿Qué está mal con él? ¿Por qué su vida parece tan diferente? ¿Qué puede hacer para recuperar su mente? ¿Y por qué nadie lo entiende? Se dice a sí mismo, en voz baja, "necesito ayuda".

Prevención del delirio

Hasta el 40% de los casos de delirio pueden prevenirse, de acuerdo con algunas estimaciones. Muchos de los mejores métodos para prevenir el delirio también son buenas prácticas para tratar a todas las personas en entornos médicos, e implican prevenir o eliminar cosas que ponen en riesgo a las personas. Los médicos y proveedores de servicios de salud deben tener especial cuidado con quienes están en mayor riesgo de delirio. El control del dolor es importante, especialmente en la UCI, y necesita equilibrar los efectos negativos de los narcóticos con los del dolor sin control. El uso cuidadoso de sedantes y narcóticos también es crucial, y estos deben evitarse siempre que sea posible. Lograr que los pacientes se levanten y se muevan lo antes posible después del procedimiento quirúrgico puede ayudar a prevenir el delirio. También es importante asegurarse de que las personas estén bien hidratadas, bien alimentadas, y que vayan al baño con regularidad (si es posible). Los cuidadores pueden usar todas las recomendaciones explicadas antes para ayudar a que la estancia y la recuperación en un hospital sean tan cómodas como sea posible. Estas pueden parecer medidas simples, pero las investigaciones han demostrado que logran una enorme diferencia. Trabajos anteriores basados en estadísticas gubernamentales y resultados por el *Wall Street Journal* en el 2019 estimaron que 2.6 millones de adultos mayores sufrían delirio cada año en hospitales de EE.UU. Si podemos prevenir el 40% de estos casos, evitaremos que 1.2 millones de personas al año, tan solo en un país, sufran de traumatismos causados por el delirio a su salud cerebral.

Detección del delirio

Los familiares pueden desempeñar un papel esencial para detectar el delirio y hacerlo notar a los profesionales médicos. Con frecuencia ellos son los primeros en notar cambios sutiles. Una manera de ayudar a reconocer el delirio es que usualmente se presenta como un cambio repentino de conducta que puede aparecer y desaparecer. Las familias notarán que la persona "no es la misma de ayer". La persona con frecuencia no puede pensar con claridad, tiene problemas para prestar atención, tiene dificultades para entender lo que está pasando a su alrededor, y puede ver o escuchar cosas que no existen.

Los síntomas de delirio pueden ser muy variables. Algunas personas con delirio están extremadamente agitadas y molestas, mientras que otras parecen adormiladas, confusas y aturdidas. Un aspecto común en las personas con delirio es que tienen problemas para prestar atención. Los síntomas de delirio suelen ser de naturaleza fluctuante. Una persona que sufre de delirio puede demostrar un razonamiento completamente claro, y en pocas horas parecer estar "perdido". Por lo tanto, un enfermero puede informar que un paciente está bien, pero

poco tiempo después un familiar puede notar que su ser querido está agitado, o incluso alucinando. La conducta de la persona puede variar de un minuto a otro, de una hora a otra, o de un día a otro. Algunas personas con delirio tienen un sueño profundo inusual. El delirio también puede hacer que alguien esté despierto toda la noche y duerma durante el día. También puede causar alteraciones en los hábitos alimenticios. La naturaleza fluctuante y cambiante del delirio puede engañar hasta a los profesionales más experimentados. Por este motivo, es extremadamente importante que los familiares y cuidadores avisen a los enfermeros y médicos si sospechan que un ser querido sufre delirio. Hay tres tipos principales de delirio:

- 1. Delirio hipoactivo:** dominado por síntomas de somnolencia e inactividad. Los investigadores dicen que el delirio hipoactivo es mucho más común que el delirio hiperactivo, puede ser más difícil de diagnosticar y también causa peores desenlaces.
- 2. Delirio hiperactivo:** caracterizado por inquietud, agitación, cambios en el estado de ánimo y a veces alucinaciones. Los pacientes también pueden resistirse a la atención. Este es el tipo de delirio más fácil de reconocer, pero también es el menos común.
- 3. Delirio mixto:** este tipo incluye síntomas de delirio hipoactivo e hiperactivo. Las personas pueden cambiar con rapidez entre un estado hipoactivo y uno hiperactivo, alternando de estar demasiado somnolientas a demasiado excitadas a diferentes horas del día.

Más adelante se proporciona información sobre herramientas para ayudar a los proveedores de servicios de salud a identificar y reconocer el delirio.

Cómo tratar y ayudar a quienes tienen delirio

Lo que pueden hacer los cuidadores y familiares

Con frecuencia, los médicos y enfermeros no diagnostican el delirio inicialmente, por lo que es crucial que los familiares y cuidadores informen de inmediato a los proveedores de servicios de salud sobre cualquier sospecha de cambio en el estado mental. Mientras más pronto se identifique el delirio y se inicie el tratamiento, es más probable que los síntomas y las consecuencias negativas sean menos graves. Puede confortarse al saber que el trastorno usualmente mejora en pocos días. Aunque ayudar a cuidar a alguien con delirio puede ser aterrador y difícil, si una persona sufre delirio es útil que un familiar o cuidador lo acompañe el mayor tiempo posible. Lo ideal es que los familiares y cuidadores se queden a pasar la noche con sus seres queridos si la confusión es muy grave, ya que la noche puede ser particularmente aterradora para alguien que sufre delirio. Insista en que se realicen evaluaciones cognitivas por lo menos una vez en cada turno de enfermería mientras dure el delirio. Eso los ayudará a usted y a los proveedores de servicios de salud a dar un seguimiento confiable

Los cuidadores pueden ayudar a una persona con delirio al confortarlo y orientar su atención.

Algunas sugerencias:

- Asegúrese de que tenga disponibles en todo momento sus aparatos auditivos, anteojos y dentaduras postizas, y de que estén limpios.
- Aproxímese de manera amable y amistosa, sonriendo e inspirando seguridad.
- Hable e informe al paciente con oraciones breves y sencillas.
- Confirme que el paciente lo ha entendido, y esté preparado para repetir las cosas si es necesario.
- La familiaridad ayuda, así que trate de asegurarse de que el paciente esté con alguien a quien conoce bien.
- Trate de no mostrarse de acuerdo con las ideas incorrectas, pero muestre su desacuerdo con tacto y cambie el tema.
- Mantenga a la vista un calendario o un reloj, y recuérdle sus alrededores.
- Traiga algunos objetos familiares de la casa al hospital para tenerlos junto a la cama.
- Recuerde al paciente que coma y beba, y ayúdele si es necesario.

Fuente: [Scottish Intercollegiate Guidelines Network](#).

al progreso de su ser querido. Si los proveedores de servicios de salud no parecen estar haciéndolo, dirija a su enfermero o médico a los protocolos del sistema de salud Age Friendly, del programa Nurses Improving Care for the Health Systems Elders (NICHE) o del programa Hospital Elder Life Program (HELP).

Puede hacer y utilizar un tablero o cartel titulado "información acerca de mí" para que el personal y otros cuidadores conozcan mejor a la persona, como por ejemplo qué la hace sentirse tranquila y feliz y quiénes son las personas importantes en su vida.

Lo que los proveedores de servicios de salud pueden hacer

El pilar del tratamiento contra el delirio es actuar para limitar el delirio y sus consecuencias. Los profesionales médicos pueden usar una buena atención para identificar la causa subyacente, atender a los pacientes, ayudarles a estar más cómodos y posiblemente reducir la duración de un episodio de delirio. Si usted es un proveedor de servicios de salud en Estados Unidos, colabore con el programa Geriatrics Workforce Enhancement Program (GWEP) en su región, financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), para asegurarse de integrar en sus prácticas

Delirio en casa, controlado con éxito

Reina Sanchez, de 79 años de edad, vive sola en su casa después de quedar viuda hace varios años. Tiene insuficiencia cardiaca congestiva y ha tenido varias infecciones de las vías urinarias que se han tratado exitosamente con antibióticos. Aunque no sale tanto como antes, resuelve el crucigrama del periódico todos los días y ve varios programas de televisión. Su hija vive en un pueblo cercano y la visita con regularidad, pero ella es madre soltera de dos adolescentes que tienen vidas muy activas, repletas de actividades extraescolares y deportivas. La hija de Sanchez, Maya, a veces no puede ver a su madre con tanta frecuencia como quisiera, pero describe a su madre como "muy lúcida".

Sanchez tiene una asistente de atención en el hogar que la visita durante dos horas, tres veces por semana, para ayudar con su cuidado personal, preparar sus comidas y hacer algunas labores domésticas ligeras. La asistente también brinda compañía a Sanchez, quien a veces no tiene visitantes durante más de una semana. Sanchez empezó a sentir dolor al orinar y una sensación de malestar generalizado alrededor de una semana antes de que la asistente de atención en el hogar notara cambios en su conducta. Sanchez comía y bebía mucho menos porque, dijo, "duele al orinar". La asistente también notó que no estaba haciendo los crucigramas, y Sanchez no podía recordar qué programas de televisión acostumbraba ver. Se sintió confundida y no reconoció a la asistente cuando llegó. Durante casi todo el tiempo que la asistente estuvo en su casa, Sanchez estuvo recorriendo los pasillos y moviendo objetos de un lugar a otro y de regreso. Claramente, no parecía ella. La asistente llamó a la enfermera de atención en el hogar, que hizo una visita domiciliaria el mismo día.

La enfermera de atención en el hogar descubrió que la Sra. Sanchez estaba obviamente confundida, agitada y deshidratada. Cuando la enfermera hizo una prueba común de delirio, determinó que Sanchez lo sufría. Notificó a Maya y llamaron una ambulancia para llevarla al hospital. La enfermera de atención en el hogar le pidió a la hija de Sanchez que pasara por la casa de la paciente para recoger algunas cosas que fueran reconfortantes para su madre mientras estaba hospitalizada. Además, le pidió a la hija que llevara los anteojos de su madre y una lista completa con todos sus medicamentos.

Cuando llegó a la sala de emergencias, el personal hospitalario determinó que Sanchez tenía deshidratación grave, con una infección no tratada de las vías urinarias y delirio hiperactivo. Alentaron a la hija de Sanchez a quedarse con su madre para brindarle apoyo y seguridad. Los médicos comenzaron a administrar antibióticos y fluidos intravenosos a Sanchez. Poco después la transfirieron a la unidad médica.

En la unidad médica se trató con éxito su infección de las vías urinarias y empezó a mostrarse menos confusa y agitada. Maya dijo que estaba dispuesta a quedarse con su madre 24 horas al día para ayudarla mientras estuviera en el hospital. Durante su estancia en el hospital, necesitó recordatorios frecuentes del día, la fecha y la hora. También fue necesario explicarle repetidamente la causa de su hospitalización y tratamiento. Después de cinco días en el hospital, Sanchez fue dada de alta y regresó a su hogar con una derivación para cuidado en el hogar, tanto de enfermería especializada para evaluación cognitiva y de monitoreo de su bienestar físico. Sanchez sigue teniendo algunas lagunas de memoria y confusión leve, pero parece estar mejorando semana a semana, con el apoyo de su familia y de su asistente.

estrategias como las 4M del sistema amigable a la edad antes mencionado (lo que más importa, medicamentos, actividad mental, movilidad).

- Evalúe y esté alerta a los riesgos elevados

Los pacientes que tengan programado un procedimiento quirúrgico electivo deben someterse a una evaluación cognitiva antes de su operación. Los pacientes con problemas cognitivos, incluso si son sutiles, tienen un riesgo mucho mayor de sufrir delirio después de un procedimiento quirúrgico que quienes tienen una cognición preoperatoria normal. Los anestesiólogos y cirujanos deben estar enterados de qué fármacos evitar (por ejemplo, anticolinérgicos, benzodiazepinas, meperidina, antipsicóticos). La relación entre la profundidad de la anestesia y el delirio es polémica y aún no está resuelta.

- Use herramientas validadas para ayudar a reconocer el delirio

Se han desarrollado varias herramientas para ayudar a los médicos y otros profesionales de la salud a mejorar su reconocimiento del delirio. El Método de Evaluación de la Confusión (CAM) es una herramienta estandarizada y basada en evidencias que es el método más usado para detectar el delirio a nivel mundial. Se ha traducido a varios idiomas y puede usarse con rapidez y precisión en entornos clínicos y de investigación. Los profesionales médicos lo usan para evaluar la aparición repentina, la falta de atención, el pensamiento desorganizado y un nivel de conciencia alterado. Consulte [HospitalElderLifeProgram.org/delirium-instruments](https://www.hospitalelderlife.org/delirium-instruments).

La Prueba Clínica Rápida 4AT para el Delirio es una herramienta de evaluación rápida diseñada para su uso en consultas clínicas. Los cuatro componentes son: estado de consciencia, prueba mental abreviada 4, atención, cambio agudo. Consulte <https://www.the4at.com>. Puede encontrar información detallada sobre 31 herramientas para el delirio en: <https://deliriumnetwork.org/measurement/delirium-info-cards>.

Los pacientes y cuidadores pueden sentirse aterrados por el delirio. Explíqueles a los pacientes y cuidadores que el delirio es un cambio en el estado mental que usualmente mejora cuando el trastorno físico subyacente mejora. Busque causas potenciales, como medicamentos que aumentan el riesgo de delirio o enfermedades e infecciones agudas, que son los factores de contribución más comunes. Considere las causas agudas que puedan poner en peligro la vida, como niveles de oxígeno bajos, presión arterial baja, niveles bajos de glucosa e intoxicación o abstinencia de drogas. Recuerde que en ocasiones puede existir más de una causa, y que la causa no siempre está clara.

- Controle el dolor de manera eficaz, pero recuerde que los fármacos pueden empeorarlo

Dado que el dolor intenso puede causar delirio, asegúrese de evaluar y controlar el dolor. La clave está en controlar el dolor con la menor cantidad posible de narcóticos. Considere utilizar bloqueos nerviosos regionales para el dolor quirúrgico. El acetaminofén programado las 24 horas (un máximo de 3,000 mg cada 24 horas) puede ser muy eficaz para ayudar a tratar el dolor. Tome en cuenta que es común que el delirio tenga múltiples causas. Optimice el entorno del paciente para promover la recuperación cerebral. Para ello, reduzca el nivel de ruido, ayude a dormir a los pacientes y anime a los familiares a acompañar a los pacientes la mayor cantidad de tiempo posible. Detecte, evalúe y trate la angustia con medios no farmacológicos si es posible. La encuesta realizada por AARP en el 2020 a proveedores de servicios de salud descubrió que el 82% pensaba que los medicamentos antipsicóticos son al menos algo eficaces para prevenir o tratar el delirio, y que el 32% pensaba que son muy o extremadamente eficaces. Sin embargo, las evidencias no sustentan el uso de medicamentos antipsicóticos. (Ver la siguiente sección). Las benzodiazepinas y los narcóticos que se usan con frecuencia para tratar la "confusión" del delirio pueden empeorar la cognición y exacerbar el problema. Trate de prevenir las complicaciones comunes del delirio, que pueden incluir inmovilidad, caídas, úlceras por presión, deshidratación, desnutrición y aislamiento. Recuerde que las personas de edad avanzada pueden tener problemas cognitivos preexistentes que pueden ser exacerbados por el delirio. Si el paciente no se recupera, debe hacerse una derivación a un especialista (por ejemplo, geriatra, psiquiatra geriátrico o neurólogo). Asegúrese de que se incluya el delirio en la carta de alta, y recomiende que los pacientes o cuidadores se lo informen a sus proveedores de atención primaria.

A continuación se presentan tres mnemotecnias comunes para ayudar a manejar el delirio: PINCHME, DR. DRE y DELIRIUM. Comparten elementos comunes, pero están diseñados para ayudar a las personas a recordar a qué deben prestar atención en diferentes entornos.

Mnemotecnia 'PINCH ME' (en un hospital o entorno de cuidado a largo plazo):

P por Pena (dolor e incapacidad para dormir o moverse)

IN por Infección (de pecho, orina, piel, etc.)

C por Constipación de vientre (estreñimiento, o incapacidad para defecar u orinar apropiadamente)

H por Hidratación (deshidratación y desnutrición)

M por Medicamentos (suspensión o inicio repentino de fármacos)

E por Entorno (estar en un lugar desconocido)

Mnemotecnia Dr. DRE (para la unidad de cuidado intensivo):

Estas son las cosas que los proveedores de servicios de salud deben tomar en cuenta cuando reconozcan un caso de delirio en la UCI.

Dr. por "Disease Remediation" o remediar la enfermedad en el caso de las complicaciones más comunes a las que hay que estar atentos (septicemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca crónica)

DR por "Drug Removal" o eliminación de fármacos (realizar pruebas de despertar espontáneo y suspender las benzodiazepinas y narcóticos)

E por "Environmental Modifications" o modificaciones al entorno (inmovilización, sueño y día/noche, aparatos auditivos, anteojos)

Fuente: Critical Illness, Brain Dysfunction and Survivorship (CIBS) Center at Vanderbilt University, icudelirium.org

Mnemotecnia DELIRIUM (para todos los entornos médicos):

D - Deshidratación, drogas, molestias

E - Electrolitos

L - Pulmones (hipoxia), enfermedad hepática

I - Infección

R - Restricciones en el movimiento, inmovilización, insuficiencia renal

I - Lesiones, deterioro sensorial

U - infección de las vías Urinarias

M - anomalías Metabólicas (glucosa, tiroides)

Medicamentos que aumentan el riesgo de delirio

Varios medicamentos comunes aumentan el riesgo de delirio. Con cualquier medicamento, los pacientes y familiares deben colaborar con sus médicos y farmacéuticos para entender la complicada relación entre los riesgos y los beneficios. Es importante consultar a farmacéuticos y médicos para evaluar los tipos y las dosis de medicamentos que toman los adultos mayores. A menudo pueden ocurrir problemas de salud a causa de múltiples medicamentos.

La American Geriatrics Society ha creado una orientación llamada Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults (Criterios de Beers sobre Uso Potencialmente Inapropiado de Medicamentos en Adultos Mayores), que está disponible en <http://www.healthinaging.org/medications-older-adults/>. Los Criterios de Beers identifican medicamentos potencialmente inapropiados para personas de 65 años de edad en adelante, como benzodiazepinas, anticolinérgicos, hipnóticos, barbitúricos, antipsicóticos y algunos antidepresivos, que pueden dañar el sueño con el tiempo y aumentar la confusión y el deterioro mental, e incluso causar delirio. Muchos proveedores de servicios de salud no saben que los medicamentos antipsicóticos

no son eficaces para prevenir o tratar el delirio. Antes de recetar y administrar estos medicamentos, los proveedores y consumidores deben tener mucho cuidado de evaluar que los riesgos no superen a los beneficios. Además, las personas deben realizar una reevaluación de sus medicamentos actuales y sus posibles interacciones siempre que añadan o se les recete un nuevo medicamento, o cuando se preparen para un procedimiento quirúrgico.

Analice junto con un cirujano y un anestesiólogo todos sus medicamentos, incluyendo suplementos y medicamentos de venta libre, unas semanas antes de un procedimiento quirúrgico planeado, porque la suspensión de algunos medicamentos puede causar delirio en el paciente. **Las personas que están en riesgo de delirio cuando acuden al hospital no deben recibir medicamentos para el delirio, porque no existen evidencias de que algún medicamento prevenga el delirio.** Las familias deben preguntar por soluciones que no impliquen medicamentos antes de que se receten fármacos para el delirio. Si un médico administra medicamentos para calmar a un ser querido, vale la pena preguntar por qué. Los cuidadores y familiares pueden y deben cuestionar los aumentos rápidos y las dosis altas de ciertos medicamentos. Pregunte si hay un farmacéutico clínico disponible para revisar los medicamentos. Por último, tome en cuenta que un medicamento administrado en el hospital puede causar más riesgos de problemas en pacientes que estén en casa, con supervisión menos intensa.

• Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas son un grupo de medicamentos que se usan con frecuencia para el insomnio, la agitación y la ansiedad. Sin embargo, los estudios han determinado que aumentan el riesgo de delirio. Aunque puede parecer que reducen la ansiedad de los pacientes y les ayudan a dormir, parecen perturbar un tipo de sueño profundo llamado sueño de ondas lentas. Un buen sueño es importante para todos, pero es especialmente importante para los pacientes hospitalizados. Se ha determinado que la pérdida de sueño de ondas lentas aumenta la necesidad de sedación, aumenta la ansiedad, ralentiza la recuperación y aumenta el riesgo de delirio. Se recomiendan estrategias no farmacológicas para mejorar el sueño de todas las personas de edad avanzada hospitalizadas (ver <https://www.hospitalelderlifeprogram.org>). Ver [The Brain Sleep Connection: GCBH Recommendations on Sleep and Brain Health](#).

• Opioides

Los opioides, que se usan con frecuencia para el dolor, se vinculan con el delirio, especialmente cuando se administran en dosis elevadas. Algunos estudios han vinculado la meperidina y la pentazocina con un aumento en el riesgo de delirio, especialmente en personas de edad avanzada y en quienes nunca han tomado medicamentos opioides. El uso de morfina, uno de los opioides más comunes, se ha vinculado

con un aumento en el riesgo de delirio en algunos estudios, pero con una reducción en el riesgo de delirio en pacientes traumatizados en la UCI. El aumento rápido en las dosis de opioides también se ha vinculado con el delirio. Dado que el dolor intenso también se vincula con el delirio, es necesario tratar el dolor. Los opioides son eficaces para tratar el dolor, pero la dosis y duración necesitan administrarse cuidadosamente para no causar otros problemas. La dosis de opioides puede reducirse cuando se complementan con acetaminofén (programado las 24 horas) y con otros fármacos no opioides para reducir el dolor.

• **Fármacos que afectan el sistema nervioso central: anticolinérgicos**

Estos medicamentos comunes, conocidos como anticolinérgicos, bloquean una importante sustancia química en el cerebro, un neurotransmisor llamado acetilcolina, que participa en muchas de las funciones del sistema nervioso, incluidos el movimiento muscular, la frecuencia cardíaca y la respiración, así como el aprendizaje y la memoria. Este amplio grupo de fármacos incluye algunos antihistamínicos, antidepresivos y medicamentos para trastornos gastrointestinales y de la vejiga. Se encuentran en muchos fármacos que se recetan frecuentemente y se compran sin receta para ayudar con el sueño y las alergias, como Tylenol PM y Benadryl (difenhidramina).

Las investigaciones han demostrado que los fármacos anticolinérgicos aumentan el riesgo de delirio, especialmente en personas de la tercera edad. Cualquier fármaco que afecte el sistema nervioso central puede desencadenar el delirio, especialmente en pacientes que ya tienen un alto riesgo. Un estudio determinó que mientras más se bloquea este neurotransmisor, mayor es la gravedad del delirio. Además de causar un mayor riesgo de delirio, el uso a largo plazo de medicamentos anticolinérgicos también se ha asociado con la demencia. Por ejemplo, un estudio del 2019 publicado en [JAMA Internal Medicine](#) descubrió que usar estos tipos de medicamentos durante tres años o más en personas de mediana edad y de edad avanzada aumentó significativamente el riesgo de demencia.

Los antipsicóticos y el delirio

Durante más de cuatro décadas se han usado medicamentos antipsicóticos para tratar el delirio en unidades de cuidados intensivos, pabellones hospitalarios, salas de emergencias y centros de atención a largo plazo. Según algunas estimaciones, hasta el 70% de los pacientes en unidades de cuidado intensivo recibieron medicamentos antipsicóticos, como el haloperidol (nombre comercial Haldol). A nivel mundial, millones de personas reciben estos medicamentos para tratar el delirio.

Pero estudios recientes han determinado que estos fármacos, que pueden tener efectos secundarios graves, no mejoran los desenlaces. En un estudio del 2018 publicado en el *New England Journal of Medicine*,

investigadores de 16 centros médicos dividieron a casi 600 pacientes que sufrían de delirio en tres grupos. Un grupo recibió haloperidol, un antipsicótico potente. Otro grupo recibió ziprasidona, que pertenece a una clase de fármacos llamada "antipsicóticos atípicos", y un tercer grupo recibió un placebo. Los investigadores no encontraron diferencias importantes en los desenlaces de estos tres grupos. No se observaron cambios en la duración del delirio, ni en el número de días sin coma. Permanecieron en la UCI la misma cantidad de tiempo, permanecieron el mismo tiempo con respiradores artificiales, y no salieron más pronto del hospital. El estudio descubrió que los antipsicóticos pueden ayudar a calmar a los pacientes, y su uso para ese fin puede ser valioso para los médicos cuando la seguridad sea un problema. Otros estudios y revisiones de estudios han encontrado resultados similares.

Las familias y los cuidadores deben cuestionar si un medicamento antipsicótico es necesario para los pacientes con delirio. Los métodos explicados antes en este informe, como hacer que los pacientes se levanten y muevan, revisar sus medicamentos, asegurarse de que coman y beban y ponerlos en un ambiente cómodo, pueden funcionar igual de bien.

La farmacéutica Sue Fosnight compiló una lista más completa de todos los fármacos asociados con el delirio, que se reproduce en el Apéndice 6.

El delirio en niños

Al igual que con los adultos de edad avanzada, los niños pequeños, en el otro extremo de la escala de edad, demuestran una alta vulnerabilidad al delirio y presentan los tipos de síntomas variables antes descritos, desde hiper hasta hipoactivos. Las estimaciones del número de casos pediátricos de delirio van desde el 10% hasta el 30% de los niños con enfermedades críticas. Los factores que parecen aumentar el riesgo para los niños son tener menos de 2 años de edad, la presencia de retrasos del desarrollo, enfermedades subyacentes y factores que requieran una estancia prolongada en la unidad de cuidados intensivos pediátricos y que causen inmovilidad, uso de respiradores artificiales, sedantes y otros medicamentos. El cerebro de un bebé atraviesa varias etapas de desarrollo, que reflejan la inmadurez de su sistema nervioso central. Es posible que los cerebros más jóvenes y en desarrollo sean más sensibles a las enfermedades y el estrés agudo, de manera similar a los cerebros vulnerables más viejos. Los niños con retrasos del desarrollo pueden presentar delirio de manera comparable a los adultos mayores con demencia. Un estudio reciente (por Morandi *et al.*) encontró similitudes en los perfiles de síntomas del delirio de una cohorte de pacientes de la tercera edad con demencia y delirio, y los de bebés y niños en edad preescolar con delirio. Estos hallazgos preliminares

pueden ser informativos para diseñar estudios futuros que adapten las valoraciones del delirio usadas en bebés y niños en edad preescolar a pacientes con demencia, especialmente en las etapas moderadas y graves. El estándar de tratamiento del delirio en los niños es muy

similar al de los adultos mayores, y siempre implica probar primero las estrategias no farmacológicas, como las recomendadas antes.

BRECHAS EN EL CONOCIMIENTO

Aunque se han logrado grandes progresos en las últimas dos décadas en el estudio de la prevención, las causas, el mecanismo, los riesgos y los tratamientos del delirio, aún queda mucho trabajo por hacer en todas las áreas de investigación del delirio. Aún no entendemos plenamente las causas subyacentes del delirio, y se requieren más investigaciones para trasladar los hallazgos en animales a los seres humanos. Por ejemplo, aún no entendemos qué partes del cerebro son afectadas por el delirio.

Necesitamos una mejor comprensión de por qué ciertos factores aumentan el riesgo de delirio y si hay alguna manera de prevenir el delirio en quienes se encuentran en mayor riesgo. Para entender mejor su prevalencia y sus consecuencias clínicas, necesitamos estimaciones actualizadas del costo a nivel nacional, tomadas de poblaciones grandes y diversas de pacientes en múltiples entornos médicos, incluido análisis de costo-beneficio de su prevención y su mejor manejo.

Necesitamos ensayos clínicos e investigaciones de eficacia comparativa sobre lo que funciona para prevenir el delirio, y lo que puede hacerse para reducir su gravedad y duración. También necesitamos evaluar si las evaluaciones para detectar el delirio mejoran los desenlaces. Estos tipos de estudios deben llevarse a cabo en hogares, hospitales y centros de salud/centros de vida asistida. En particular, sería útil evaluar los beneficios y perjuicios de instituir pruebas cognitivas preoperatorias para todas las personas, y particularmente para quienes estén en mayor riesgo debido a su edad avanzada o a problemas cognitivos existentes. También hacen falta muchas investigaciones respecto a cuáles tratamientos son más eficaces para aliviar los síntomas y acortar la duración de los episodios de delirio.

También se necesitan más ensayos aleatorizados y controlados para identificar los medicamentos que aumentan el riesgo de delirio, así como los medicamentos que pueden aliviar los síntomas. Necesitamos investigaciones adicionales sobre el uso de medicamentos sedantes y antipsicóticos en quienes sufren de delirio. También son necesarios ensayos aleatorizados y controlados sobre la eficacia del monitoreo de la anestesia para reducir el delirio posoperatorio.

Necesitamos más investigaciones que estudien por qué algunas personas no se recuperan del delirio y por qué el delirio se relaciona con un aumento en el riesgo de problemas cognitivos y de enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia. Aún no sabemos si el delirio causa deterioro cognitivo y empeoramiento de la demencia o si exacerba otro trastorno subyacente.

Debemos evaluar el efecto de la atención clínica de seguimiento y el apoyo comunitario para salud mental para las personas que han sufrido delirio, para ver si las intervenciones diseñadas para aliviar el efecto del delirio pueden mejorar las elevadas tasas de mortalidad en el primer año.

Por último, debemos explorar el rol del envejecimiento biológico como un motor modificable de envejecimiento cerebral acelerado y neurodegeneración, e investigar si las terapias emergentes para ralentizar la neurodegeneración pueden representar avances importantes para reducir la vulnerabilidad al delirio.

CONCLUSIÓN

Aunque aún falta mucho por aprender sobre las mejores maneras de prevenir y tratar el delirio, ya sabemos muchas cosas y hay medidas que podemos implementar hoy mismo para mejorar este trastorno común entre los adultos de edad avanzada. Estos esfuerzos para reducir los riesgos que representa el delirio para la salud cerebral de las personas de edad avanzada deben iniciarse lo antes posible. Se estima que para el año 2030 un 17% de la población de Estados Unidos tendrá más de 65 años de edad, y más de la mitad de las personas mayores de 65 años de edad necesitará por lo menos un procedimiento quirúrgico durante el resto de sus vidas.³ Tenemos una enorme oportunidad de ayudar a proteger a estas personas de los efectos debilitantes y aterradores de un episodio de delirio. Podemos usar los métodos que ya tenemos para ayudar a prevenir, reconocer y aliviar los síntomas de delirio. Tenemos buenas herramientas para identificar el delirio, y métodos basados en evidencias que podemos usar para ayudar a aliviar el sufrimiento de quienes padecen delirio. Sin embargo, muchos trabajadores de servicios de salud no saben cómo identificar el trastorno, ni cómo tratar sus síntomas. Impartir más preparación en hospitales, instituciones de vida asistida, casas de reposo y otras instituciones sería valioso y muy necesario. Las familias y los cuidadores también desempeñan un papel crucial

para reconocer el delirio y para ayudar a sus seres queridos cuando sufran un episodio de delirio, por lo que es importante que también preparemos al público en general.

Existe una gran oportunidad de ayudar a los adultos mayores, si usamos los conocimientos que tenemos para prevenir el delirio y ayudar a quienes lo tienen. Con solo generar conciencia sobre lo que es, es posible ayudar a preparar al 73% de los adultos de 50 años o más que nunca han sufrido ni presenciado el delirio para que tomen las medidas posibles para prepararse para el procedimiento quirúrgico con el fin de reducir sus riesgos. De hecho, entre los adultos que informaron haber sufrido delirio en la encuesta realizada por AARP en el 2020, más del 40% dijeron que estaban en el hospital para un procedimiento quirúrgico electivo. También es crucial que sigamos investigando los trastornos para obtener respuestas a la miríada de preguntas sin respuesta sobre el trastorno. Si podemos aprender a prevenir el delirio, o al menos a evitar sus efectos negativos, e idealmente entender completamente sus causas, quizá podamos aliviar el sufrimiento de millones de personas en todo el mundo, ayudar a protegerlos de daños graves y en ocasiones prolongados, y ahorrar miles de millones de dólares en servicios de salud.

Un médico sufre de delirio no identificado

Uno de nuestros propios expertos en el tema sufrió delirio en el hospital. Un profesor de psiquiatría de 54 años de edad fue admitido a un hospital universitario con una hemorragia por úlcera y se sometió a un procedimiento quirúrgico para tratar la úlcera. Mientras estaba en la unidad de cuidados intensivos después del procedimiento, recibió una transfusión de sangre y un fármaco para controlar las náuseas. Horas después presentó muchos de los signos y síntomas clásicos del delirio. Se sentía confuso y tenía alucinaciones. En ocasiones estaba extremadamente agitado, y en ocasiones letárgico. Durante su episodio de delirio recibió muchos visitantes y hubo mucho ruido y actividad en la habitación. Ni siquiera podía sostener una conversación.

La experiencia duró varias horas y claramente constituyó un episodio de delirio, aunque ni él ni los profesionales médicos que lo rodeaban lo reconocieron como tal en el momento. Él y su equipo de atención médica más adelante descubrieron que había tenido un conteo sanguíneo bajo y una reacción adversa al fármaco recibido para las náuseas, pero nunca consideraron que tenía delirio. Esto demuestra que incluso quienes reciben atención de alta calidad y conocen sobre el delirio pueden no darse cuenta de que lo sufren. Con el tiempo, los efectos negativos del fármaco desaparecieron y ahora reconoce que es alérgico al fármaco.

El enfermero del quirófano le administró líquidos y le ayudó a levantarse de la cama. Una vez que se levantó y empezó a moverse se sintió orientado y volvió a sentirse como él mismo. Sin embargo, después de salir del hospital se seguía sintiendo algo aturdido. Pospuso sus decisiones financieras y administrativas importantes durante varias semanas, hasta recuperarse.

Desea que su equipo de atención médica y su familia hubieran sabido más sobre el delirio y hubieran tenido más cuidado con los medicamentos que le administraron. También está convencido de que haber tenido un ambiente más tranquilo en el hospital hubiera sido de ayuda. Años después, aún reconoce su experiencia como una época aterradora y confusa.

LISTA DE APÉNDICES

1. Participantes en el GCBH y antecedentes
2. Lista de recursos adicionales
3. Glosario
4. El proceso utilizado para producir los consensos y las recomendaciones
5. Preguntas de discusión
6. Fármacos comunes asociados con el delirio
7. Declaración de divulgación de potenciales conflictos de intereses
8. Financiamiento
9. Referencias seleccionadas (bibliografía)
10. Lista de otros informes y enlaces

APÉNDICE 1: PARTICIPANTES EN EL GCBH Y ANTECEDENTES

El Consejo Mundial sobre la Salud Cerebral (GCBH) es una colaboración independiente de científicos, profesionales de la salud, académicos y expertos en políticas públicas de todo el mundo que trabajan en áreas de la salud cerebral relacionadas con la cognición humana. El GCBH se centra en la salud cerebral en relación con la capacidad de las personas para pensar y razonar a medida que envejecen, incluidos aspectos de la memoria, la percepción y el juicio. El GCBH es convocado por AARP para ofrecer el mejor asesoramiento posible acerca de lo que los adultos mayores pueden hacer para mantener y mejorar su salud cerebral. Los miembros del GCBH se reúnen para discutir temas específicos relacionados con los estilos de vida que pueden afectar la salud cerebral de las personas a medida que envejecen, con el objetivo de proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia para que las personas consideren incorporarlas a sus vidas cotidianas.

Sabemos que muchas personas de todo el mundo están interesadas en saber que es posible influenciar su propia salud cerebral y en averiguar lo que se puede hacer para conservar su salud cerebral al envejecer. Nuestro objetivo es ser una fuente confiable de información, brindar recomendaciones basadas en la evidencia actual y avaladas por un consenso de expertos en una amplia gama de disciplinas y perspectivas.

Los especialistas en el tema y los miembros del comité de gobierno formularon estas recomendaciones, y el comité de gobierno las aprobó. Los miembros revisores brindaron revisiones y aportaciones muy útiles. El apéndice 4 incluye una explicación del proceso seguido para formular el presente informe.

Listado de especialistas

Louise Allan, PhD
University of Exeter (United Kingdom)

Dan Blazer, M.D., M.P.H., Ph.D.
Duke University

Malaz Boustani, M.D., M.P.H.
Indiana University

Roderic G. Eckenhoff, M.D.
*University of Pennsylvania
Perelman School of Medicine*

E. Wesley Ely, M.D., M.P.H.
Vanderbilt University School of Medicine

Lis Evered, Ph.D., MSc
*University of Melbourne (Australia) and
Weill Cornell Medicine, New York*

Lee A. Fleisher, M.D.
*University of Pennsylvania Perelman School of
Medicine*

Sandeep Grover, M.D.
PGIMER–Chandigarh (India)

Sharon K. Inouye, M.D., M.P.H.
Harvard Medical School and Hebrew SeniorLife

George Kuchel, M.D.
University of Connecticut

Alasdair MacLulich, MRCP (UK), Ph.D.
University of Edinburgh (Reino Unido)

Patricia Mesa, M.D.,
Pasteur Hospital ICU–Montevideo (Uruguay)

Paula Milone-Nuzzo, Ph.D., R.N.
MGH Institute of Health Professions

Eva Schmitt, Ph.D.
Hebrew SeniorLife

Comité de gobierno

Marilyn Albert, Ph.D.
Johns Hopkins University, EE.UU. (Presidenta)

Linda Clare, Ph.D., Sc.D.
*University of Exeter, Reino Unido
(Vicepresidenta)*

Kaarin Anstey, Ph.D.
Australian National University, Australia

Peggy Dilworth-Anderson, Ph.D.
University of North Carolina–Chapel Hill, EE. UU.

S. Duke Han, Ph.D., ABPP-CN
University of Southern California, EE.UU.

Yves Joannette, Ph.D.
University of Montreal, Canadá

Jason Karlawish, M.D.
University of Pennsylvania, EE.UU.

Miia Kivipelto, M.D., Ph.D.,
Karolinska Institutet, Suecia

Jessica Langbaum, Ph.D.
Banner Alzheimer's Institute, EE.UU.

Jacobo Mintzer, M.D., M.B.A.
*Roper St. Francis Clinical Biotechnology
Research Institute, EE.UU.*

Ronald Petersen, M.D., Ph.D.,
Mayo Clinic, EE.UU.

Kristine Yaffe, M.D.
University of California–San Francisco, EE. UU.

Kate Zhong, M.D.
Global Alzheimer's Platform Foundation EE. UU.

Moderadora

Jay Newton-Small, fundadora y directora general
MemoryWell

Equipo de trabajo

Elizabeth Agnvall, AARP
Nicholas Barracca, AARP
Lindsay R. Chura, Ph.D., AARP
James Goodwin, Ph.D. (Asesor especial)
Carl Levesque, AARP
William Hu, M.D., Ph.D., Emory University,
y consultor del GCBH
Sarah Lenz Lock, J.D., AARP
Laura Mehegan, AARP
David Parkes, M.A., AARP
Gerard Rainville, AARP
Kathy Washa, AARP
Debra Whitman, Ph.D. AARP

Miembros revisores:

Otros expertos de agencias públicas y asociaciones sin fines de lucro relevantes revisaron el documento y brindaron orientación y opiniones para ayudar a formular el documento. Nuestro sincero agradecimiento para:

James C. Appleby, MPH, Sc.D. (Hon)
Gerontological Society of America

Roberta E. Vieira de Castro, MD, MSc, Ph.D.
*Rio de Janeiro State University, Rio de Janeiro,
Brasil*

Susan Davidson
AgeUK

John Devlin, PharmD, BCCP, FCCM, FCCP,
*Northeastern University and
Brigham and Women's Hospital*

Donna Fick, Ph.D, RN, FGSA, FAAN
Penn State College of Nursing

Terry Fulmer, Ph.D. RN, FAAN
The John A Hartford Foundation

Ara S. Khachaturian, Ph.D
Campaign to Prevent Alzheimer's Disease

Vijeth Iyengar, Ph.D
*Administration for Community Living**

Melinda Kelley, Ph.D
*National Institute on Aging**

Nancy E. Lundebjerg, MPA
American Geriatrics Society

Thomas Miller, PhD, MBA
American Society of Anesthesiologists

Lisa McGuire, Ph.D.
*Centers for Disease Control and Prevention**

Branden Taylor, DNPc, MSN, CRNP, PMHNP-
BC, CNL, RN
National Black Nurses Association

Molly Wagster, Ph.D.
*National Institute on Aging**

Joan Weiss, Ph.D., RN, CRNP
*Health Resources and Services Administration**

*La participación de estas personas en esta actividad no representa necesariamente el punto de vista oficial del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

APÉNDICE 2: LISTA DE RECURSOS ADICIONALES

The American Geriatrics Society

- Criterios de Beers sobre el uso potencialmente inapropiado de medicamentos en adultos mayores: <https://geriatricscareonline.org/ProductAbstract/american-geriatrics-society-updated-beers-criteria-for-potentially-inappropriate-medication-use-in-older-adults/CL001>
- Directriz de prácticas clínicas para el delirio posoperatorio en adultos mayores: <https://geriatricscareonline.org/ProductAbstract/american-geriatrics-society-clinical-practice-guideline-for-postoperative-delirium-in-older-adults/CL018>

American Society of Anesthesiologists

- Iniciativa de salud cerebral perioperatoria: <https://www.asahq.org/brainhealthinitiative>

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care

- Norma de atención clínica para el delirio: <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/delirium-clinical-care-standard>

European Society of Anaesthesiology

- Directriz sobre el delirio posoperatorio: https://journals.lww.com/ejanaesthesiology/Fulltext/2017/04000/European_Society_of_Anaesthesiology_evidence_based.3.aspx

Programa de prevención del delirio Hospital Elder Life Program (HELP)

- Diez recomendaciones para evitar la confusión en el hospital: https://www.hospitalelderlifeprogram.org/uploads/delirium/Delirium_Brochure.pdf
- Lo que los familiares pueden hacer: <https://www.hospitalelderlifeprogram.org/for-family-members/what-you-can-do/>
- Más información: <https://www.hospitalelderlifeprogram.org/>

Institute for Healthcare Improvement

- ¿Qué es un sistema de salud amigable para la edad? <http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/Age-Friendly-Health-Systems/Pages/default.aspx>
- Sistemas de salud amigables para la edad: [Guía para el uso de las 4M en la atención a adultos mayores](http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/Age-Friendly-Health-Systems/Documents/IHIAgeFriendlyHealthSystems_GuidetoUsing4MsCare.pdf)
http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/Age-Friendly-Health-Systems/Documents/IHIAgeFriendlyHealthSystems_GuidetoUsing4MsCare.pdf
- Para unirse al movimiento de hospitales amigables para la edad y encontrar otros recursos disponibles de manera gratuita: <https://ihl.org/agefriendly>

Lown Institute

- <https://lowninstitute.org/projects/medication-overload-how-the-drive-to-prescribe-is-harming-older-americans/>

Network for Investigation of Delirium: Unificando a los científicos

- Más información: <https://deliriumnetwork.org/>

Scottish Intercollegiate Guidelines Network

- Reducción del riesgo y manejo del delirio: <https://www.sign.ac.uk/sign-157-delirium.html>

La Prueba Clínica Rápida 4AT para el Delirio

- Más información: <https://www.the4at.com/>

UK National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

- Directriz para la prevención, el diagnóstico y el manejo del delirio: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>

- ABCDE para cuidadores: https://uploads-ssl.webflow.com/5b0849daec50243a0a1e5e0c/5bb3ef1b8f245ba1c8825d1c_Caregiver-ABCDE.pdf
- ¿Su ser querido se siente confundido? (folleto listo para imprimir, para familiares y cuidadores): https://uploads-ssl.webflow.com/5b0849daec50243a0a1e5e0c/5bb3ef69aa273f53c285bae3_Confused-DeliriumFamilyBrochure.pdf
- Folleto educativo sobre el delirio (folleto listo para imprimir, que explica el delirio a pacientes y familiares): https://uploads-ssl.webflow.com/5b0849daec50243a0a1e5e0c/5bb3862be59e3459930ff11b_delirium_education_brochure.pdf
- Encuentre más recursos para pacientes y familiares aquí: ICUdelirium.org

APÉNDICE 3: GLOSARIO

Medicamentos anticolinérgicos. Una clase de medicamentos que bloquean o se oponen a la acción fisiológica de la acetilcolina. Se usan para una amplia gama de trastornos, incluida la vejiga hiperactiva, y para ayudar con el sueño y las alergias.

Antipsicóticos. Fármacos que se usan para tratar los síntomas de la psicosis, como alucinaciones, paranoia y ansiedad intensa.

Ansiedad. Inquietud o nerviosismo aprensivo.

Atención. La concentración de la conciencia de manera enfocada y perceptiva.

Benzodiazepinas. Una clase de fármacos que se usan principalmente para tratar trastornos de ansiedad.

Presión arterial. La fuerza con la que la sangre empuja las paredes de las arterias. Por lo general se considera que una presión arterial de 120/80 mmHg es ideal.

Salud cerebral. El estado de tener buenos mecanismos neurales subyacentes para respaldar los procesos mentales de función elevada de la cognición que sustentan el bienestar.

Deterioro cognitivo. En el 2015, los Institutos de Medicina (IOM) definieron un término similar, envejecimiento cognitivo, como el proceso de cambio gradual y continuo a lo largo de toda la vida, aunque con cambios muy variables en las funciones cognitivas, que se producen a medida que las personas envejecen. El deterioro cognitivo es un término utilizado por los expertos para describir el trayecto de la pérdida de las habilidades cognitivas, en ausencia de un trastorno o enfermedad específico.

Problemas cognitivos. La etapa entre el deterioro cognitivo esperado por el envejecimiento normal y el deterioro más grave de la demencia. Puede incluir problemas de la memoria, el lenguaje, el razonamiento y el juicio que sean más intensos que los cambios normales debidos a la edad (*Mayo Clinic*).

Reserva cognitiva. Diferencias individuales en la resistencia o adaptabilidad de los procesos cognitivos, como la memoria, el razonamiento y la atención, que en conjunto ayudan a explicar por

qué algunas personas son más susceptibles que otras a los cambios cerebrales relacionados con la edad o las enfermedades.

Deshidratación. Ocurre cuando el organismo no tiene una cantidad suficiente de agua y otros líquidos corporales para desempeñar sus funciones normales.

Delirio. Un trastorno médico grave, en el que una persona sufre un cambio repentino en el razonamiento y la conducta, que puede aparecer y desaparecer. Hay tres tipos principales de delirio: hipoactivo, hiperactivo y mixto.

Demencia. La demencia no es una enfermedad específica. En cambio, el término describe a un grupo de síntomas que afectan la memoria, el pensamiento y las habilidades sociales con la gravedad suficiente para interferir con el funcionamiento diario. Aunque la demencia generalmente involucra la pérdida de memoria, esta puede deberse a diferentes causas. La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia en adultos mayores, pero existen varios tipos de demencia. Según la causa y el tipo, algunos síntomas de una demencia pueden revertirse.

Depresión. Un trastorno del estado de ánimo común, pero grave, en el que uno siente tristeza y abatimiento extremos.

Estudios epidemiológicos. En estos estudios, que son de naturaleza observacional, los científicos tratan de establecer un vínculo entre las actividades o el estilo de vida a través del tiempo (por ejemplo, la educación) y los resultados a largo plazo (por ejemplo, la salud cerebral al envejecer). Pueden ser transversales o longitudinales.

Fragilidad. Un estado clínico de aumento de la vulnerabilidad debido a un deterioro, asociado con el envejecimiento, en las reservas y funciones de múltiples sistemas fisiológicos, de tal manera que se afecta la capacidad de afrontar los factores de estrés cotidianos o agudos.

Geriatría. Una rama de la medicina que se enfoca en los problemas de salud y el tratamiento de las personas de edad avanzada. Un geriatra es un médico que ha recibido capacitación especial sobre el proceso de envejecimiento.

Alucinación. Una experiencia sensorial de algo que no existe fuera de la mente; el tipo más común son las alucinaciones visuales (ver algo) y las auditivas (oír algo).

Intervención. Medida tomada para mejorar una situación, especialmente un trastorno médico.

Mental. Relacionado con la mente, incluido el razonamiento, el pensamiento, el estado de ánimo, la atención, los sentimientos, las emociones y el interés en actividades.

Estudios observacionales. En las investigaciones observacionales, los científicos observan a grupos de personas para identificar características, tales como rasgos y decisiones, que se relacionan con la enfermedad o la salud.

Opioides. Una clase de fármacos que incluyen analgésicos disponibles legalmente con receta, el fármaco ilegal heroína, y opioides sintéticos como el fentanilo.

Paranoia. Un proceso mental que causa desconfianza de otras personas y sospechas irracionales.

Ensayo aleatorizado y controlado (RCT). En un ensayo aleatorizado y controlado típico, los participantes son asignados de manera aleatoria para recibir la intervención en estudio o una condición de control. En un ensayo doble ciego, tanto los participantes como los investigadores desconocen (son “ciegos”) qué persona recibió la intervención, hasta después del análisis de los resultados.

Riesgo. El riesgo es la posibilidad o probabilidad de ocurrencia de determinado evento en un grupo de personas con similares rasgos o características, en comparación con personas sin esos rasgos

o características. El riesgo general de una persona de tener una enfermedad es el efecto acumulativo de los factores que aumentan la probabilidad de desarrollarla (factores de riesgo), así como factores que disminuyen la probabilidad de desarrollar la misma enfermedad (factores protectores).

Reducción del riesgo. Reducir el riesgo de deterioro cognitivo o de impedimentos en las habilidades para pensar, razonar o recordar significa disminuir las probabilidades de experimentar una pérdida en dichas habilidades. El riesgo general de una persona también puede reducirse al incrementar los factores que actúan como protectores contra el deterioro cognitivo o demencia. La demencia (debido a enfermedad de Alzheimer u otro trastorno relacionado) es una enfermedad, y el deterioro cognitivo (ralentización del razonamiento y la memoria en ausencia de una enfermedad cerebral importante) es otra enfermedad. Cuando los científicos estudian estrategias de reducción de riesgo para el deterioro cognitivo, lo hacen buscando factores que puedan disminuir el riesgo de problemas en las funciones cognitivas en la población general. Por lo tanto, ante una actividad o intervención que reduce el riesgo de un trastorno o enfermedad particular, significa que probablemente una proporción menor de personas que participen en esa actividad desarrollarán dicho trastorno o enfermedad. Sin embargo, una estrategia de reducción de riesgos no es lo mismo que prevenir que un individuo contraiga determinado trastorno o enfermedad. Por ejemplo, las investigaciones han demostrado desde hace tiempo que usar un cinturón de seguridad reduce, pero no elimina, el riesgo de lesiones en personas involucradas en accidentes automovilísticos, por lo que actualmente recomendamos el uso de cinturón de seguridad durante la conducción de un vehículo.

APÉNDICE 4: EL PROCESO UTILIZADO PARA PRODUCIR LOS CONSENSOS Y LAS RECOMENDACIONES

Se seleccionaron especialistas interdisciplinarios de todo el mundo, con diversos antecedentes, para participar en el panel del GCBH sobre el delirio y la salud cerebral. Estos expertos han realizado investigaciones que han contribuido significativamente al conjunto de evidencias que examinan el efecto del delirio sobre la salud cerebral de los adultos mayores. Sus diversas áreas de conocimiento representan perspectivas de disciplinas que incluyen la anestesiología, la medicina de atención crítica, la medicina de emergencia, la epidemiología, la medicina geriátrica, la psiquiatría geriátrica, la medicina interna, la enfermería, la neurología, la neurociencia, la fisiología, la salud pública y el trabajo social.

Se invitó a once especialistas de cuatro continentes a examinar de manera crítica el estado de la ciencia a agosto del 2019. Discutieron los hallazgos de estudios observacionales, así como de ensayos aleatorizados y controlados. Los expertos tomaron en cuenta las evidencias acumuladas para determinar si son suficientes como para emitir recomendaciones con el fin de ayudar a que las personas mantengan y mejoren su salud cerebral en el contexto de sucesos médicos agudos. Los especialistas en el tema consideraron 16 preguntas diferentes como un marco de trabajo para orientar sus deliberaciones. La lista completa de preguntas se encuentra en el Apéndice 5.

Después de una discusión a profundidad con moderador, de varias conferencias telefónicas de seguimiento y de intercambiar y refinar borradores, los especialistas en el tema llegaron a 19 declaraciones de consenso para resumir el efecto del riesgo de delirio sobre la salud cerebral. Con base en sus consensos, hicieron numerosas recomendaciones específicas para que las personas, los cuidadores, los proveedores de servicios de salud y los sistemas de salud reduzcan

los riesgos y costos del delirio, con el fin de promover la salud cerebral de los adultos y prevenir o reducir el deterioro cognitivo. Además, acordaron numerosas recomendaciones prácticas para las personas que van a ingresar al hospital, para las que ya están en el hospital y para sus cuidadores, dirigidas a ayudar a las personas de todo el mundo a adoptar conductas que mejoren su salud cerebral cuando enfrenten un procedimiento quirúrgico o una enfermedad.

Enlaces de organizaciones académicas, cívicas y sin fines de lucro, con experiencia relevante en salud cerebral y servicios de salud, fueron invitados a proporcionar sus ideas y su aportaciones técnicas durante el proceso de refinamiento de las recomendaciones.

Siete miembros del Comité de Gobierno asistieron a la reunión en Boston, Massachusetts. El Comité de Gobierno en pleno revisó y finalizó el documento durante conferencias telefónicas y correos electrónicos subsecuentes, de agosto del 2019 a marzo del 2020. Los miembros del Comité de Gobierno que emitieron las recomendaciones son profesionales de la salud independientes que representan la experiencia diversificada de cuatro continentes en epidemiología, psicología, salud pública, neurología, psiquiatría, geriatría, neurociencia cognitiva, neuropsicología, farmacología, ética médica, políticas sanitarias y neurodegeneración.

El Comité de Gobierno aplicó su experiencia y sus conocimientos para determinar si estaba de acuerdo con las afirmaciones y para evaluar la objetividad y factibilidad de las recomendaciones propuestas. El Comité de Gobierno del GCBH revisó este documento resumido para decidir si reflejaba con precisión las opiniones expertas expresadas y el estado actual de las ciencias en el campo. El Comité de Gobierno aprobó el documento el 17 de marzo del 2020.

APÉNDICE 5: PREGUNTAS DE DISCUSIÓN

1. ¿Qué es el delirio?
2. ¿Qué tan común es el delirio?
3. ¿Cuáles son las causas del delirio?
 - a. ¿Qué puede desencadenar el delirio?
 - b. ¿Cuáles son los factores de riesgo a largo plazo en las personas afectadas que se relacionan con el delirio?
4. ¿Qué medidas pueden tomar las personas para tratar de prevenir el delirio?
5. ¿Algunas personas tienen más probabilidades de sufrir delirio que otras?
6. ¿Cuáles son los signos y síntomas típicos en su aparición? ¿Cómo puede evolucionar el trastorno con el paso del tiempo?
 - a. Reducción en la conciencia del entorno
 - b. Reducción en el funcionamiento de la conciencia
 - c. Signos conductuales
7. Recuperación del delirio
8. ¿El deterioro cognitivo que sigue al delirio es reversible?
9. ¿El deterioro cognitivo posoperatorio es reversible?
10. ¿Cuánto tiempo suele tomar la recuperación después de un episodio de delirio (posterior a un evento quirúrgico o una enfermedad aguda)?
11. ¿En qué medida la recuperación después de un episodio de delirio depende del estado de salud cerebral previo a la aparición del delirio?
12. ¿Cuáles pueden ser las consecuencias de un episodio de delirio sobre la salud cerebral a largo plazo? ¿Algunas personas sufren confusión? Si es así, ¿durante cuánto tiempo?
13. Reducción del riesgo
 - a. ¿Qué puede hacer una persona para reducir su riesgo de delirio?
 - b. Del mismo modo, ¿qué puede hacer una persona para reducir el riesgo del delirio sobre la salud cerebral a largo plazo?
14. Tanto el delirio como la demencia pueden causar desorientación en el tiempo y el espacio. ¿Cuáles son las principales diferencias?
15. ¿Pueden ciertos medicamentos causar delirio?
16. ¿Algunas personas sufren delirio sin deterioro cognitivo, y qué sabemos sobre este tema?

APÉNDICE 6: FÁRMACOS DE USO COMÚN ASOCIADOS CON EL DELIRIO

Agentes con efectos anticolinérgicos significativos

Amitriptilina
Alcaloides de belladona
Clorpromazina
Ciproheptadina
Ciclobenzaprina
Diciclomina
Difenhidramina
Doxepina
Flavoxato
Hiosciamina
Hidroxicina
Imipramina
Meclizina
Orfenadrina
Proclorperazina
Prometazina
Tioridazina
Trimetobenzamida

Benzodiazepinas

Alprazolam
Clordiazepóxido
Clonazepam
Clorazepato
Diazepam
Flurazepam
Lorazepam
Oxazepam
Temazepam

Relajantes musculares

Carisoprodol
Clorzoxazona
Ciclobenzaprina
Metaxalona
Metocarbamol
Orfenadrina
Tizanidina

Opioides

Parches de fentanilo en pacientes que no han tomado opioides
Dosis de hidromorfona mayores a 0.5 mg por vía intravenosa cada 3 horas, o 2 mg por vía oral cada 4 horas, en pacientes que no han tomado opioides
Morfina en dosis mayores a 4 mg por vía intravenosa cada 3 horas o 10 mg cada 4 horas en paciente que no han tomado opioides (5 mg por vía oral cada 4 horas en pacientes frágiles de edad avanzada)
Meperidina
Pentazocina

Otros

Corticosteroides
Metoclopramida en dosis >5 mg antes de las comidas y a la hora de dormir, en pacientes con insuficiencia renal de moderada a grave

Fuente: Fosnight, S. "Delirium in the elderly." *PSAP-VII Geriatrics-book 7* (2011): 73-96. <https://www.accp.com/docs/bookstore/psap/p7b07.sample02.pdf>

APÉNDICE 7: DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERESES

Se pidió a veintisiete expertos del GCBH—todos los especialistas en el tema y miembros del comité de gobierno— que participaron en la formulación de este informe que revelaran posibles conflictos de intereses. Veinticuatro afirmaron que no tenían conflictos de intereses. El Dr. Boustani divulgó un interés accionario en dos compañías de gestión sanitaria. El Dr. Petersen divulgó trabajos de consultoría con varias compañías farmacéuticas. La Dra. Yaffe divulgó que formaba parte de una junta de monitoreo de datos y seguridad de una compañía farmacéutica. Los autores no tienen conocimiento de ninguna afiliación de los expertos que afectara la objetividad de este documento y de sus recomendaciones. Estas divulgaciones están disponibles por solicitud al comunicarse con el personal del Global Council on Brain Health.

APÉNDICE 8: FINANCIAMIENTO

AARP proporcionó los fondos y el personal para la organización de la reunión de consensos, las llamadas en conferencia y la formulación de este documento de consenso y recomendaciones. AARP pagó los gastos de viaje relacionados con la asistencia a la reunión presencial y proporcionó honorarios modestos a los expertos que participaron en la reunión del 30 de junio al 1 de agosto del 2019, así como de la participación de los miembros del Comité de Gobierno en las llamadas en conferencia. Los revisores no recibieron reembolsos ni honorarios.

APÉNDICE 9: REFERENCIAS SELECCIONADAS (BIBLIOGRAFÍA)

1. Agnvall, E. (2015) "Common Sleep and Allergy Medications Linked to Dementia, Alzheimer's." AARP Blogs. Disponible en <https://blog.aarp.org/bulletin-today/common-sleep-and-allergy-medications-linked-to-dementia-alzheimers>
2. Bellelli, G., et al. (2014). "Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people." *Age Ageing* 43(4): 496-502. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu021>
3. Berger, M., et al. (2018). "Best Practices for Postoperative Brain Health: Recommendations From the Fifth International Perioperative Neurotoxicity Working Group." *Anesth Analg* 127(6): 1406-1413. <https://doi.org/10.1213/ane.0000000000003841>
4. Boustani, M. A., et al. (2012). "Enhancing care for hospitalized older adults with cognitive impairment: a randomized controlled trial." *J Gen Intern Med* 27(5): 561-567. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-1994-8>
5. Dharmarajan, K., et al. (2017). "Pathway from Delirium to Death: Potential In-Hospital Mediators of Excess Mortality." *J Am Geriatr Soc* 65(5): 1026-1033. <https://doi.org/10.1111/jgs.14743>
6. Evered, L., et al. (2018). "Recommendations for the nomenclature of cognitive change associated with anaesthesia and surgery-2018." *Br J Anaesth* 121(5): 1005-1012. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.11.087>
7. Fleisher, L. A. (2016). "Brain Health Initiative: A New ASA Patient Safety Initiative." *ASA Monitor*. Disponible en <https://monitor.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=2525786>
8. Fosnight, S. (2011). Delirium in the Elderly. PSAP-VII Geriatrics book 7: 73-96. Disponible en <https://www.accp.com/docs/bookstore/psap/p7b07.sample02.pdf>
9. Girard, T. D., et al. (2018). "Haloperidol and Ziprasidone for Treatment of Delirium in Critical Illness." *N Engl J Med* 379(26): 2506-2516. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1808217>
10. Gray, S. L., et al. (2015). "Cumulative use of strong anticholinergics and incident dementia: a prospective cohort study." *JAMA Intern Med* 175(3): 401-407. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.7663>
11. Holley, A. B. and C. J. Lettieri (2010). "Sleep in the ICU." Disponible en https://www.medscape.com/viewarticle/723907_2
12. Hosker, C. and D. Ward (2017). "Hypoactive delirium." *BMJ* 357: j2047. <https://www.bmj.com/content/357/bmj.j2047>
13. Hshieh, T. T., et al. (2018). "Hospital Elder Life Program: Systematic Review and Meta-analysis of Effectiveness." *Am J Geriatr Psychiatry* 26(10): 1015-1033. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.06.007>
14. Hshieh, T. T., et al. (2015). "Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis." *JAMA Intern Med* 175(4): 512-520. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.7779>
15. Inouye, S. K., et al. (1999). "A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients." *N Engl J Med* 340(9): 669-676. <https://doi.org/10.1056/nejm199903043400901>
16. Inouye, S. K., et al. (2014). "Delirium in elderly people." *Lancet* 383(9920): 911-922. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60688-1)
17. Inouye, S. K., et al. (2014). "Delirium in elderly people--authors'reply." *Lancet* 383(9934): 2045. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60994-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60994-6)
18. Inouye, S.K., et al. (2003). "The Confusion Assessment Method (CAM): Training Manual and Coding Guide." Boston: Hospital Elder Life Program. Disponible en [http://www.hospitalelderlifeprogram.org/uploads/disclaimers/CAM_Training_Manual_\(Long_CAM\)_9-23-14.pdf](http://www.hospitalelderlifeprogram.org/uploads/disclaimers/CAM_Training_Manual_(Long_CAM)_9-23-14.pdf)
19. Lampkin, C.L., Mehegan, L.L. and Rainville, G.A. (2020). "2020 AARP Delirium and Brain Health Survey: Healthcare Providers." <https://doi.org/10.26419/res.00376.002>
20. Marcantonio, E. R. (2017). "Delirium in Hospitalized Older Adults." *N Engl*

- J Med 377(15): 1456-1466.
<https://doi.org/10.1056/nejmcp1605501>
21. McDermott, KW et al. (2017) Trends in Hospital Inpatient Stays in the United States, 2005–2014. HCUP Statistical Brief #225. June 2017. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponible en www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb225-Inpatient-US-StaysTrends.pdf
 22. Mehegan, L.L. and Rainville, G.A. (2020). “2020 AARP Delirium and Brain Health Survey: Adults Age 50+.” <https://doi.org/10.26419/res.00376.001>
 23. Oh, E. S., et al. (2017). “Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment.” JAMA 318(12): 1161-1174. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.12067>
 24. Pandharipande, P. P., et al. (2014). “Long-term cognitive impairment after critical illness.” N Engl J Med 370(2): 185-186. <https://doi.org/10.1056/nejmc1313886>
 25. Pandharipande, P. P., et al. (2013). “Long-term cognitive impairment after critical illness.” N Engl J Med 369(14): 1306-1316. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1301372>
 26. Pezzullo, L., et al. (2019). “Economic impact of delirium in Australia: a cost of illness study.” BMJ Open 9(9): e027514. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027514>
 27. Reddy, S. (2019). “The Surgical Complication That Can Damage Your Brain.” *The Wall Street Journal*, Dec. 9, 2019. Disponible en <https://www.wsj.com/articles/the-surgical-complication-that-can-damage-your-brain-11575916977>
 28. Richardson, S. J., et al. (2017). “Protocol for the Delirium and Cognitive Impact in Dementia (DECIDE) study: A nested prospective longitudinal cohort study.” BMC Geriatr 17(1): 98. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0479-3>
 29. Sachdev, P. S., et al. (2014). “Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach.” Nat Rev Neurol 10(11): 634-642. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2014.181>
 30. Schmitt, E. M., et al. (2019). “Perspectives on the Delirium Experience and Its Burden: Common Themes Among Older Patients, Their Family Caregivers, and Nurses.” Gerontologist 59(2): 327-337. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx153>
 31. Schulte, P. J., et al. (2018). “Association between exposure to anaesthesia and surgery and long-term cognitive trajectories in older adults: report from the Mayo Clinic Study of Aging.” Br J Anaesth 121(2): 398-405. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.05.060>
 32. Scotland, H. I. (2019). SIGN 157 Risk reduction and management of delirium: A national clinical guideline. Disponible en <https://www.sign.ac.uk/assets/sign157.pdf>
 33. SIGN 157 (2019). Risk Reduction and management of delirium, Healthcare Improvement Scotland. Disponible en <https://www.sign.ac.uk/sign-157-delirium>

Referencias sobre el delirio en niños

1. Alvarez, R. V., et al. (2018). “Delirium is a Common and Early Finding in Patients in the Pediatric Cardiac Intensive Care Unit.” J Pediatr 195: 206-212. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.11.064>
2. Bettencourt, A. and J. E. Mullen (2017). “Delirium in Children: Identification, Prevention, and Management.” Crit Care Nurse 37(3): e9-e18. <https://doi.org/10.4037/ccn2017692>
3. Crawford, J. e. a. (2018). Pediatric Delirium. Complex Disorders in Pediatric Psychiatry: A Clinician’s Guide. D. I. Driver, Thomas, S. St. Louis, Elsevier: 135-154. <https://doi.org/10.1016/b978-0-323-51147-6.00012-0>
4. Difabio, B., et al. (2019). “Use of the Cornell Assessment of Pediatric Delirium (CAPD) for Identifying Delirium and Associated Risk Factors in the Pediatric Intensive Care Unit.” Pediatrics 144(2). https://doi.org/10.1542/peds.144.2_MeetingAbstract.398
5. Morandi, A., et al. (2019). “Delirium in patients with dementia and in children: Overlap of symptoms profile and possible role for future diagnosis.” Eur J Intern Med 65: 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2019.04.023>
6. Patel, A. K., et al. (2017). “Delirium in Pediatric Critical Care.” Pediatr Clin North Am 64(5): 1117-1132. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2017.06.009>
7. Thom, R. P. (2017). “Pediatric Delirium.” Am J Psychiatry Resid 12: 6-8. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2017.120203>
8. Traube, C., et al. (2017). “Delirium in Critically Ill Children: An International Point Prevalence Study.” Crit Care Med 45(4): 584-590. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000002250>

APÉNDICE 10: LISTA DE OTROS INFORMES Y ENLACES

Todos los informes están disponibles para su descarga en GlobalCouncilonBrainHealth.org.

- ["La conexión cerebro-cuerpo: las recomendaciones del GCBH sobre la actividad física y la salud cerebral"](#)
- ["La conexión cerebro-sueño: las recomendaciones del GCBH sobre el sueño y la salud cerebral"](#)
- ["El cerebro y la conexión social: recomendaciones del GCBH en relación con la integración social y la salud cerebral"](#)
- ["Active su cerebro: las recomendaciones del GCBH sobre las actividades estimulantes de la cognición"](#)
- ["Alimento para el cerebro: lecomendaciones del GCBH sobre el sustento de su salud cerebral"](#)
- ["Salud cerebral y bienestar mental: las recomendaciones del GCBH para sentirse bien y funcionar bien"](#)
- ["La conexión cerebro-corazón: las recomendaciones del GCBH para administrar los riesgos cardiovasculares para la salud cerebral"](#)

NOTAS FINALES

1. Encuesta 2020 de AARP sobre el delirio y la salud cerebral: Adultos de 50 años o más. Realizada del 17 al 23 de noviembre del 2019 a una muestra representativa a nivel nacional que incluyó a 1,105 adultos de 50 años o más. El margen de error es de +/- 3.3 puntos porcentuales. <https://doi.org/10.26419/res.00376.001>
2. Encuesta 2020 de AARP sobre el delirio y la salud cerebral: Proveedores de servicios de salud, realizada del 14 al 27 de noviembre del 2019, e incluye tanto una muestra representativa a nivel nacional como una muestra de participantes voluntarios para un total de 556 proveedores de servicios de salud. El margen de error es de +/- 5.5 puntos porcentuales. Por lo menos el 70% del tiempo de los participantes se utiliza en brindar atención directa a pacientes, y al menos el 25% de sus pacientes tienen 50 años o más. <https://doi.org/10.26419/res.00376.002>
3. La encuesta de AARP determinó que el 70% de las personas de 50 años o más en Estados Unidos han sido hospitalizadas al menos una vez después de cumplir los 40 años de edad. Cantidad de hospitalizaciones de las personas de 50 años o más, por porcentaje:
 - Ninguna - 30%
 - Una - 20%
 - Dos - 17%
 - Tres - 13%
 - Cuatro - 7%
 - Cinco o más - 13%



Global Council on
Brain HealthSM
A COLLABORATIVE FROM AARP