

**SÍNDROME  
CONFUSIONAL AGUDA  
O DELÍRIUM**

---

# Síndrome confusional aguda o delírium

Margarita Isabel Viñuela Benítez

---

## Resum

És una de les grans síndromes geriàtriques o gegants de la geriatria. Els quadres causants deriven en un deteriorament global de l'ancià, tant funcional com cognitiu i social, i, si no és detectada a temps, la situació pot acabar sent irreversible. El delírium és molt freqüent en tots els àmbits, tant en la comunitat com en el medi residencial i hospitalari, i moltes vegades és infradiagnosticat. És un gran causant de morbimortalitat a curt i llarg termini, i provoca una cascada d'esdeveniments que aboquen l'afectat a una pèrdua d'independència i moltes vegades a la mort.

## Resumen

Es uno de los grandes síndromes geriátricos o gigantes de la geriatría. Los cuadros causados derivan en un deterioro global del anciano, tanto funcional como cognitivo y social, y, si no es detectada a tiempo, la situación puede acabar siendo irreversible. El delirium es muy frecuente en todos los ámbitos, tanto en la comunidad como en el medio residencial y hospitalario, y muchas veces es infradiagnosticado. Es un gran causante de morbimortalidad a corto y largo termino, y provoca una cascada de sucesos que conllevan al afectado a una pérdida de independencia y muchas veces a la muerte

---

## 1. Definició i criteris diagnòstics

És coneguda des de fa més de 2.500 anys, ja en l'antiga Grècia. Hipòcrates va ser el primer que parlà en els seus escrits del terme «frenitis». Durant l'imperi Romà, Cels i Galè varen ser dos grans personatges que es varen sentir atrets per aquesta manifestació de bogeria associada a un procés febril que desapareixia amb el mateix. El terme ve de *delira*, és a dir, «allunyar-se del solc».

En llatí sempre es varen diferenciar els conceptes de deliri i de la persona que patia deliri per malaltia i no hi havia confusió, encara que amb el temps aquesta terminologia tan semblat ha arribat a significar dues coses diferents: deliri i delírium.

En la llengua anglosaxona, no hi ha confusió. Una cosa és el deliri (*hallucination, delusion*) i una altra de molt diferent el delírium (*delirium*), i existeixen termes diferents per denominar-les.

Per això, en geriatria, preferim el terme «síndrome confusional», ja que té un significat més clar i no es confon amb el deliri de la malaltia psiquiàtrica.

El 1980, amb la publicació del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* per part de l'American Psychiatric Association (APA), es varen explicitar els criteris per definir aquesta síndrome. El delírium apareix classificat en el DSM-IV TR i en el CIE-10 (vegeu la taula 1).

**Taula 1** | *Criteris DSM-IV i CIE-10*

## DSM-IV

- A. Alteració de la consciència** (p. ex. Disminució de la capacitat d'atenció a l'entorn) amb disminució de la capacitat per centrar, mantenir o dirigir l'atenció.
- B. Canvi en les funcions cognoscitives** (com a dèficit de memòria, desorientació, alteració del llenguatge) o presència d'una alteració perceptiva que no s'explica per la
- C.** existència d'una demència prèvia o en desenvolupament.

- D.** L'alteració es presenta en un **curt període** (habitualment en hores o dies) i tendeix a **fluctuar durant el dia**.
- E.** Demostració a través de la història de l'exploració física de les proves de laboratori que l'alteració és un **efecte fisiològic directe d'una malaltia mèdica**.

## CIE-10

### Síndrome Confusional aguda o delírium

Defineix els trastorns orgànics de les funcions mentals superiors que de manera aguda, transitòria i global produeixen alteració del nivell de consciència.

Aquesta alteració en l'estat mental es caracteritza per ser aguda i reversible.

Substitueix a l'**estat confusional agut** (del CIE-9).

Al segle XVIII, es diferencia entre febre, frenesí i bogeria febril. El delírium trèmens i el delírium en malaltia afebril són descrits per primera vegada. Aquest concepte de bogeria aguda o demència es manté fins a final del segle XIX, moment en el qual s'incorpora el concepte d'afectació de l'atenció i la consciència, que va permetre distingir entre delírium, demència i bogeria.

Lipowski defineix el terme de delírium i encara avui perdura aquesta definició.

## 2. Epidemiologia

És un problema de cada vegada més freqüent entre la població de gent gran. La seva prevalença i incidència depenen de la població estudiada: és més freqüent en el sexe masculí i més en institucions que al domicili. Té una prevalença en el moment de l'ingrés

hospitalari de 14%-24% i en la comunitat és d'un 1%-2%, però d'un 14% en persones de més de vuitanta-cinc anys (Burns 2004; Guillén Llera 2005).

En situacions com ara cirurgies (especialment, traumatològiques i cardíaques), la seva incidència augmenta (electives, 15%; situacions urgents, 60%). El 87% dels ancians ingressats en unitats de vigilància intensiva poden desenvolupar-la. Unitat de Cures Pal·liatives, oncològics i ictus són àrees en què també té una incidència molt elevada (Kieli DK 2004). Segons Kieli, a les residències, fins al 60% dels ancians pateixen la síndrome (Inouye 2006).

### 3. Fisiopatologia

No es coneix amb exactitud, malgrat que és tan freqüent i important. S'hi han implicat molts processos fisiopatològics neuronals que responen a molts factors:

- Deteriorament del metabolisme oxidatiu neuronal  
Quan hi ha dèficit de nutrients (glucosa, oxigen, tiamina) que són necessaris per al metabolisme oxidatiu, es produeix adenosinatrifosfat (ATP) de manera insuficient, situació que comporta l'entrada de ions de calci i sodi en la cèl·lula, que en destrueixen la neurotransmissió.
- Resposta neuroendocrina a l'estrès greu i/o crònic  
Després d'esdeveniments vitals estressants, l'organisme té una resposta compensatòria que, encara que inicialment és adaptativa, si la manté en el temps, es produeix una hiperactivació de l'eix hipotalamhipofisari suprarenal que augmentarà la demanda d'oxigen per a les neurones.
- Hipòtesi inflamatòria  
Augmenta la producció d'interleucines (IL-1, IL-2; IL-6), l'interferó i el factor de necrosi tumoral  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) pot produir un augment de permeabilitat de la barrera hematoencefàlica i alteracions en la transmissió.
- Alteració de la neurotransmissió  
Hi ha dèficit de funció colinèrgica i excés d'activitat dopaminèrgica, de manera absoluta o per desequilibri entre ambdues. L'acetilcolina participa en els processos de vigília, atenció, aprenentatge i memòria, i es projecta en el neocòrtex a través dels circuits del prosencèfal basal i del troncocencèfal.

La dopamina intervé en la focalització de l'atenció, en la funció executiva i en la volició a través de la via nigrostriatal, mesolímbica-mesocortical i del tracte tuberoinfundibular.

També hi estan implicats altres neurotransmissors, com la serotonina, noradrenalina, l'àcid gamma-aminobutíric, el glutamat i la melatonina.

#### 4. Etiologia. Factors que predisposen i precipiten

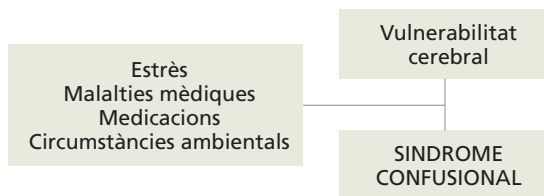
La causa és multifactorial, sobretot en els ancians. Com que són més vulnerables, són suficients pocs factors desencadenants i menys greus per precipitar-ne l'aparició.

**Taula 2** | *Factors*

Factors que predisposen	Factors que precipiten
Envel·liment cerebral	Fàrmacs
Més cormobiditat	Infeccions
Polimediació	Alteracions metabòliques i nutricionals
Alteració dels òrgans dels sentits	Malalties endocrines
Aïllament social	Malalties neurològiques
Desnutrició	Estrès agut: postoperatori, dolor, infart de miocardi agut (IMA)

La causa més freqüent implicada en el delírium en ancians hospitalitzats són els fàrmacs, especialment els anticolinèrgics i opiacis. Aquesta vulnerabilitat es correlaciona amb els recursos cerebrals disponibles, que poden compensar els factors que influeixen negativament en la capacitat cognitiva. Això és la reserva cognitiva.

**Taula 3** | *Esquema d'Inouye*



Com menys reserva cognitiva, més vulnerabilitat. La capacitat de reserva depèn, segons Mortimer (1997), de:

- La quantitat de neurones i interconnexions aconseguides en el desenvolupament cerebral definitiu (més freqüent en discapacitats psíquiques)

- Del desenvolupament intel·lectual i d'estratègies cognitives (un nivell intel·lectual baix és factor de risc de demència i delírium)
- De la quantitat de teixit cerebral que continua en funcionament, que pot disminuir amb el temps (disminució neuronal, disminució de flux sanguini cerebral, traumatismes, tòxics, etc.)
- El delírium és més freqüent en la malaltia d'Alzheimer tardana i en demències vasculars isquèmiques, i menys freqüent en malaltia d'Alzheimer precoç i demències frontotemporals.

## 5. Clínica

Pot ser molt variable i fluctua durant el dia, per la qual cosa és molt difícil diagnosticar-la. Segons l'activitat psicomotora, se'n poden diferenciar patrons diversos en la clínica:

- Delírium hiperactiu. Diagnosticar-lo és molt fàcil, perquè el pacient està confús i agitat (típic de fàrmacs anticolinèrgics o per intoxicació de substàncies o privació)
- Delírium hipoactiu. Diagnosticar-lo és més difícil, perquè l'ancià està inhibit, retret. Moltes de vegades és confós amb depressió o, fins i tot, amb demència. Freqüent en casos d'encefalopaties o per ús de sedants.
- Delírium mixt. Hi ha hiperactivitat que alterna amb hipoactivitat. Els símptomes poden durar dies, setmanes i, fins i tot, mesos, però és habitual que es resolguin en un període d'un dia a tres. Sol succeir sobretot el capvespre, però també el matí.

## 6. Diagnòstic

És un diagnòstic clínic. S'ha de fer una història clínica exhaustiva i incidint en la situació basal funcional i cognitiva, i en el canvi agut actual. Són obligades una exploració física, neurològica i una valoració del context clínic. A qualsevol pacient ingressat prèviament se li ha d'avaluar l'estat cognitiu (test Minimental o *Mini-Mental State Examination*, o test de Pfeiffer).

L'instrument més utilitzat per fer la diagnosi del delírium és l'avaluació clínica basada en els criteris del DSM-IV-TR [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 'Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals', quarta edició revisada], el *Confusion Assessment Method* (CAM). Té una sensibilitat del 89%-100% i una especificitat del 95%-100% (vegeu la taula 4).

Una altra eina és el *Delirium Rating Scale* (DRS), que valora la gravetat del delírium. També es pot explorar l'atenció des del llit.

**Taula 4** |  *criteris de CAM (Confusion Assesment Method, d'Inouye)*

a. Inatenció
b. Començament agut i curs fluctuant
c. Pensament desorganitzat
d. Alteració del nivell de consciència. Hi han de ser presents a i b, a més de o c o d

## 7. Diagnòstic diferencial

Fonamentalment, s'ha de fer en els casos de demència, estats depressius i estats delirants, com l'esquizofrènia. En cap d'aquests, però, no apareix bruscament ni de manera fluctuant. S'han de fer les proves complementàries següents: bioquímica bàsica, hemograma, anàlisi d'orina, radiografia de tòrax, altres anàlisis específiques (TSH, B12 i àcid fòlic, serologia sífilis, toxicologia, gasometries, hemocultius, etc.), electrocardiograma, TAC cranial si hi ha símptomes neurològics focals o antecedent de traumatisme, punció lumbar, si se sospita de meningitis o de síndrome febril sense focus, i electroencefalograma, per descartar estat epilèptic.

## 8. Tractament

La millor manera de reduir les freqüència i les complicacions del delírium és la prevenció. Se n'ha de fer un abordatge multidisciplinari i integral. S'han de tractar:

- Els possibles agents etiològics. Identificar-los i intervenir sobre les causes possibles
- Els símptomes neurològics i conductuals
- Recórrer a mesures de suport i ambientals

### 8.1. Tractament etiològic

Hem d'identificar factors que hi predisposin i hi precipitin, i actuar-hi a sobre. En el 50% dels casos, n'hi ha dos o més en ancians. Administrarem oxigenoteràpia, si hi ha hipoxèmia per pneumònia o anèmia greu, o tiamina per via parenteral, si sospitam d'una encefalopatia de Wernicke.

### 8.2. Tractament simptomàtic

Hem d'administrar els fàrmacs en la dosi més baixa i durant el mínim de temps possible.



Sempre que sigui possible, per la via oral. Evitem la sobredosificació, ja que augmenta la confusió posterior (vegeu la taula 5).

Hem de regularitzar el ritme de son-vigília, ja que si s'altera produeix agitació nocturna i somnolència diürna, la qual cosa provoca una forta sobrecàrrega. Els fàrmacs comencen a ser administrats quan el pacient se'n vagi a jeure.

### 8.2.1. Neurolèptics

Són els d'elecció, excepte en el cas de privació de sedants i alcohol. Aleshores, fariem el tractament amb benzodiacepina, i, en intoxicació per fàrmacs anticolinèrgics, precisariem fisostigmina. El fàrmac per a una situació aguda és l'haloperidol. En situacions menys agudes, els neurolèptics atípics tenen una eficàcia similar, però actuen d'una manera més selectiva sobre la dopamina i bloquen la serotonina, amb la qual cosa no té els seus efectes adversos. El més usat de tots i l'únic aprovat per al delírium és la risperidona.

La toxicitat per neurolèptics s'esdevé solament després d'un ús perllongat, no en usos curts per al control d'agitació aguda.

### 8.2.2. Benzodiacepinas

Es recomana el lorazepam si cal administrar-la, perquè té una vida mitjana de curta i no s'acumula. A Espanya, no se'n comercialitza la via parenteral, per la qual cosa podem administrar midazolam com a alternativa.

La combinació de neurolèptic i benzodiacepina amb la finalitat de reduir la dosi de tots dos ha estat eficaç en joves, però no ha estat estudiada en ancians.

En aquests moments, es proven altres fàrmacs, com els antiepilèptics i els inhibidors de les acetilcolinesterases.

**Taula 5** | *Valoració dels programes internacionals d'estiu*

Fàrmac	Dosi de començament	Dosi diària	Efectes secundaris
<b>NEUROLÈPTICS</b>			
Haloperidol	Oral: 0,5 mg-1 mg (pic a 4h-6 h); es pot repetir a les 4h. IM. 2,5 mg-5 mg (pic als 20 min.-40 min.); es pot repetir als 30 min-60 min	1 mg a 3 mg	Comuns: SEP (més si > 3 mg). Greus: cardiovasculars, síndrome del QT llarg.

Fàrmac	Dosi de començament	Dosi diària	Efectes secundaris
Risperidona	0,25 mg-0,5 mg, una o dues vegades al dia	1 mg a 3 mg	Comuns: SEP igual o una mica menys que l'haloperidol, sedació, hipotensió, diabetis. Greus: cardiovasculars, síndrome del QT llarg.
Olanzapina	2,5 mg, una vegada al dia	5 mg a 10 mg	Similar a la risperidona. Més augment de pes i diabetis.
Quetiapina	25 mg una vegada al dia	50 mg a 100 mg	Similar a risperidona. Més somnolència i hipotensió.
Ziprasidona	Oral: 20 mg Intramuscular: 10 mg/2h	40 mg/12 h intramuscular, màx. 40 mg i no més de 3 dies consecutius	Similar a la risperidona. Més somnolència i hipotensió. Síndrome del QT llarg proporcional a la dosi.
<b>BENZODIAZEPINES</b>			
Lorazepam	0,5 mg-1 mg. Es pot repetir a les 4h	1 mg-3 mg	Excitació paradoxal, depressió respiratòria, sedació. Indicat en privació de sedants i alcohol, malaltia de Parkinson i síndrome neurolèptica maligna.
<b>ANTIDEPRESSIUS</b>			
Trazodona	25 mg-50 mg en anar a jeure	50 mg-200 mg	Sedació, hipotensió

### 8.3. Mesures de suport i ambientals

Mantenir l'orientació mitjançant calendaris i rellotges. Compensar els dèficits sensorials amb l'ús d'audiòfons i ulleres ajudarà a prevenir l'aparició de la síndrome confusional. També ajudarà procurar una mobilització adequada almenys tres vegades al dia, estimular amb teràpies i activitats, i evitar l'aïllament ajudaran en aquesta situació. Hem d'evitar les restriccions físiques tant com sigui possible.

## 9. Pronòstic

Sabem que augmenta les complicacions mèdiques intrahospitalàries, perquè augmenten les infeccions, caigudes, incontinència i les llagues de decúbit. Per tant, comença una cadena d'esdeveniments que empitjoren l'estat del pacient i del seu entorn, la qual cosa provoca sobrecàrrega als cuidadors, independentment del delírium.

La durada és molt variable. El més habitual és que sigui de dies a mesos, però Kelli, el 2001, va demostrar que fins en el 72% dels casos perdurava quan el pacient rebia l'alta, en un 55% després d'un mes de l'alta i en un 25% als tres mesos.

Com més complicacions mèdiques se'n derivin, més augmentarà el nombre de dies d'estada i, per tant, els costos, ja que comporten una pitjor recuperació funcional, física i cognitiva.

En pacients de més de seixanta-cinc anys sense demència, el millor predictor independent de deterioració cognitiva i funcional és l'any de seguiment posterior a l'hospitalització. El període de durada del delírium pot ser molt llarg, per això es confon amb una demència i és diagnosticat com a tal. Això a banda, la deterioració cognitiva és un factor que predisposa al delírium.

La meitat dels pacients que presenten un delírium quan són ingressats es moriran durant l'hospitalització. La mortalitat a l'any és tres vegades superior en els que en pateixen i 2,24 vegades més als tres anys, sempre independentment d'altres variables com la depressió, deterioració cognitiva, capacitat funcional física o comorbiditat mèdica (Inouye, S. K. 1999).

Té una relació estreta amb la depressió i la demència. Fins a un 42% d'ancians hospitalitzats amb sospita de depressió tenen delírium.

Fins al 55% dels pacients amb delírium desenvolupen més tard una demència (Cole, M. G. 2004).

#### Esquema 1. Pronòstic del delírium

- Baixes taxes de recuperació funcional i cognitiva
- Complicacions mèdiques més greus i més possibilitat de reingrés
- Allargament de l'estada i, per tant, dels costos
- Més mortalitat durant l'ingrés i quan es té l'alta
- Persistència de símptomes a l'any de seguiment
- Més taxes de demència i mort després de tres anys de seguiment

Solament un de cada cinc casos és diagnosticat a urgències i solament en el 50% dels informes d'alta apareix com a diagnòstic. La dificultat de detectar-lo rau en la gran variació de la gravetat i dels símptomes i en les seves fluctuacions imprevisibles. Per tant, hem de procurar identificar els pacients amb risc elevat (els qui tenen demència, alteració visual o auditiva, malaltia física greu, polifarmàcia), fer-ne una valoració de l'estat cognitiu, entrevistar els familiars i cuidadors per conèixer l'estat basal del pacient, i el personal sanitari ha de documentar símptomes de delírium que el metge hauria de revisar diàriament. És un gran marcador d'estat bidireccional, ja que, d'una banda, indica la qualitat dels serveis implicats i de la capacitat de manejar pacients ancians i, de l'altra, és un marcador de la fragilitat del pacient i de les seves necessitats a l'alta. També és un marcador d'eficiència en la mesura en què millorin la seva prevenció i maneig.

És una síndrome que fa augmentar costos al sistema sociosanitari. D'una banda, costos directes, per increment significatiu de l'ocupació hospitalària, i, d'altra banda, costos sanitaris indirectes, ja que augmenta la necessitat d'institucionalització i la sobrecàrrega del cuidador. Tot això es podria reduir d'una manera significativa amb mesures de prevenció (Castilla, L. 2011).

Per tant, hem de tenir molt present aquesta gran síndrome geriàtrica, que ens empitjorarà d'una manera significativa i negativa el pronòstic del pacient ancià. Hem de prevenir-lo, diagnosticar-lo i tractar-lo, independentment de la localització en la qual es trobi el pacient i de la seva patologia de base o precipitants.

Finalment, hem de posar l'accent sobre el fet que mai no hem de diagnosticar una deterioració cognitiva en una situació de delírium, ja que això conduirà en molts casos a una possible incapacitació i pèrdua d'autonomia i, finalment, a una institucionalització del pacient no desitjada.

## Referències bibliogràfiques

Burns, A., Gallagley, A., Birne, J. (2004). Delirium. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 75, 362-367.

Castilla, L., Fernández, M. C., Jiménez, M. D. (2011). *Síndrome confusional*. Principios de Neurogeriatria.

Cole, M. G.(2004). Delirium in elderli patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 12, 7-21.

Hormiga, F., Marcos, E., Sole, A., Valencia, E., Lora-Tamaio, K., Pujol, R. (2005). Síndrome confusional agudo en pacientes ingresados por patología médica. *Revista Clínica Española* 205, 484-488.

Guillén Llera, F. (2005). Delirium en pacientes ancianos hospitalizados. *Revista Medicina Clínica* 124. Barcelona, 538-540.

Inouye, S. K., Bugardus, S. T. Jr., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Jolford, T. R. (et al.) (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New Englant Journal of Medicine* 340, 669-676.

Inouye, S. K. (2006). Delirium in older persons. *New Englant Journal of Medicine* 354,1.157-1.165.

Kieli, D. K., Bergmann, M. A., Jones R. N., Murphi, K. M., Orav, E. J., Marcantonio, E. R. (2004). Characteristics associated with delirium persistence among newli admitted post-acute faciliti patients. *Journal of Gerontology Series A. Biological Sciences and Medical Sciences* 59, 344-349.

Lipowski, Z. (1980). *Delirium*. Thomas Springfield: Illinois.

## Autora

### MARGARITA ISABEL VIÑUELA BENÉITEZ

Salamanca, 1970. Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat Complutense de Madrid el 1994. Especialista en Geriatria i Gerontologia el 1999. Membre del Reial Col·legi d'Internistes del Regne Unit (MRCP). Diploma en Geriatria i Gerontologia pel Reial Col·legi de Geriatres de Glasgow (DG). Vicepresidenta de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia. Responsable de la Unitat de Cures Especials i Pal·liatius de l'Hospital Sant Joan de Déu des que va obrir, el novembre 2007.

Ha organitzat i dirigit diversos cursos de formació en geriatria i gerontologia. Directora del I Curs de Geriatria per a Metges, Gesma, 2004-2005. Directora de diversos cursos de geriatria (I-IV) per a cuidadors, organitzats per l'Associació de Famílies de Mallorca (AFAM) 2006-2007. Ha participat en diversos estudis de recerca en el camp de les demències, dolor i malnutrició. Autora i col·laboradora de llibres de divulgació científica (*Anuari de l'Envel·liment*, Societat Espanyola de Metges Especialistes en Geriatria).