

Presentación de Caso

Estado Confusional Agudo en paciente mayor, de 78 años de edad.

Autores: [Alina María González Moro*](#), Liliams Rodríguez Rivera*, Edith Nieves Álvarez Pérez ** Julio Cesar García Mesa***

* Especialista de I Grado en Medicina General Integral, Especialista de I Grado en Gerontología y Geriatria, Ms.C en Salud pública y Envejecimiento.

** Licenciada en Enfermería. Ms.C en Gerontología Social

*** Especialista de I Grado en Medicina General Integral, Especialista de I Grado en Gerontología y Geriatria, Ms.C en Infectología

Editorial: Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.
CP 10400.

geroinfo@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre: “Envejecimiento, Longevidad y Salud”.

RESUMEN

Paciente masculino de 78 años de edad, procedente de la comunidad y evaluado en la consulta externa de nuestro centro, cuyos familiares refieren que hace 10 días, previa evaluación: presenta trastornos de conducta; con agresividad, alucinaciones visuales dados por imágenes de animales que percibía en la habitación, desorientado en tiempo, espacio y persona, de manera fluctuante con pérdidas de funciones para las actividades básicas de la vida diaria

Palabras clave: estado confusional agudo, anciano.

ABSTRACT

Old man of 78 years of age, coming from the community and evaluated in the external consultation of our center whose relatives refer that 10 days, previous evaluation ago: it presents behavior dysfunctions; with aggressiveness, visual hallucinations given by images of animals in the room, disoriented in time, space and person, in a fluctuating way with losses of functions for the basic activities of the daily life.

Keywords: Delirium, elderly.

Paciente masculino de 79 años, que convive con sus hijas, técnico medio, jubilado, buen sustento económico, de procedencia urbana, que familiares refieren que hace 10 días presenta trastornos de conducta; con agresividad, desorientado en tiempo, espacio y persona, de manera fluctuante. Alteraciones del ciclo sueño-vigilia alucinaciones visuales dados por imágenes de animales que percibía en la habitación.

Además, presenta alteraciones en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), 1 mes antes de iniciado este cuadro, sin otra sintomatología referida.

Se le realiza la Historia Clínica de la Clínica de Evaluación Exhaustiva del Servicio de Geriatria del Centro.

Reportándose:

▪ **Antecedentes Personales. (APP) y Familiares. (APF)**

APP: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. EPOC

APF: Madre / Padre: no se refieren causas - hermano fallecido de Adenocarcinoma de Próstata

Factores de riesgo geriátrico identificados: Deterioro funcional

Riesgo de úlceras por presión

Hábitos Tóxicos:

- Ex - fumador hace 2 años. Fumó 2 cajetillas de cigarros/día durante 62 años.
- Café de 1 taza/ día
- Alcoholismo: no refieren

Medicamentos que consume (al ingreso):

Spiriva (tiotropium): dos inhalaciones cada 12 horas.

Alergia medicamentosa: No refieren

Operaciones: No refieren

Transfusiones: No refieren

Traumatismos: No refieren

Examen Físico:

Piel y mucosas: Secas, de buena coloración.

Cabeza y cuello: Tiroides no palpable, no dolor a la palpación, no adenopatías, ni otra anormalidad.

Sistema Respiratorio: Murmullo vesicular audible, estertores crepitantes en base derecha, FR (25 resp/min)

Sistema Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buen tono e intensidad. No se precisan soplos. FC (140 lat/min) TA (90/60 mmHg)

Abdomen: Blando y depresible, no doloroso, Ruidos peristálticos normales, no visceromegalia, no se palpan masas.

Tacto Rectal: Esfínter normotónico. Ampolla rectal no ocupada. No tumoraciones al alcance del dedo.

Extremidades: Simétricas, pulsos conservados, con dolor a la palpación y movilización de articulación de hombro izquierdo.

Sistema Nervioso: Desorientado en tiempo/espacio y/ persona, con agitación psicomotriz. No signos meníngeos, ni de focalización neurológica.

Talla: 178cms Peso actual: 72 kg **IMC:** 22.7 Kg/m² (normopeso)

Aclaramiento de Creatinina: 53.1ml/min

Escalas Aplicadas (Instrumentos):

1. Test de Tinetti: No valorable por estado del paciente
Riesgo de caídas

2. Escala de Norton: Estado General: 2 ptos
Movilidad: 2ptos

Actividad: 2ptos

Estado Mental: 2 ptos

Continencia: 2 ptos

Total: Riesgo de Ulcera por Presión

3. MMSE (Folstein): no realizado por estado del paciente por presencia de delirium.

4. Escala de depresión geriátrica (Yesavage)

No realizado por estado del paciente

5. Evaluación Funcional:

Índice de Katz: Dependiente para todas las actividades

Índice de Lawton: Dependiente para todas las actividades

Evaluación Psicológica: 2

Evaluación Social: 2

Paciente limitado en actividad y participación por condición biomédica.

Cuenta con redes de apoyo familiar, pero estas no son eficaces.

▪ **Complementarios indicados y resultados:**

- ✓ Hemoglobina: 12.9 g/dL
- ✓ Hto: 0.32 Leucocitos $\pm 11.2 \times 10^9/L$ Hierro Sérico: 11.1
- ✓ PCR: negativo
- ✓ Glicemia: 6.1mmol/L
- ✓ Creatinina: 84.1mmol/L
- ✓ Ácido Úrico: 211mmol/L
- ✓ TGP: 26 u/l

- ✓ TGO: 21 u/l
 - ✓ GGT: 19 u/l
 - ✓ FAL: 210 u/l
 - ✓ Proteínas totales: 62.2 g/l
 - ✓ Albúmina: 46 g/l
 - ✓ Colesterol: 2.9 mmol/L
 - ✓ Triglicéridos: 1.02 mmol/L
 - ✓ Coagulograma: Coagulo retráctil. TC 9'. TP c 13.3" p 14.5" INR 1.28
 - ✓ Citoria: negativa.
 - ✓ ECG: Bloqueo Rama Derecha.
- **Estudios de imágenes:**
- **Rx de Tórax PA:** en base derecha se observa opacidad heterogénea extensa con broncograma aéreo con relación a lesión inflamatoria. Índice Cardiotorácico normal.
 - **U/S Abdominal:** Hígado de tamaño normal, Vesícula esclerótica. Páncreas y bazo sin alteraciones. Riñones con buena relación seno-parenquimatosa, sin ectasia, ni litiasis. Vejiga de paredes finas.
 - **TAC de Cráneo:** atrofia cortical.
 - **U/S Tiroides:** sin alteraciones.
 - **Ecocardiograma:** sin alteraciones.

DESARROLLO:

Paciente con antecedentes de EPOC, exfumador, abandono hábito de dos años, con pérdida de sus funciones a las actividades de la vida diaria básicas e instrumentadas por lo que se decide valorar en consulta externa en nuestro centro,

en la evaluación inicial se constata este problema y se decide su ingreso inmediato.

Familiares refieren trastornos de conducta; con agresividad, desorientado en tiempo, espacio y persona, de manera fluctuante. Alteraciones del ciclo sueño-vigilia alucinaciones visuales dados por imágenes de animales que percibía en la habitación.

Se le realiza la “Evaluación Exhaustiva” en el Servicio de Geriatria del Centro.

Planteamientos problémico:

-Síndrome confusional agudo

El síndrome confusional agudo (SCA) es uno de los trastornos cognitivos más importantes en pacientes mayores, tanto por su prevalencia como por su pronóstico. Puede ser la forma clínica de presentación de patologías graves o aparecer en el curso de ellas, a veces asociado al tratamiento farmacológico utilizado.

Como ocurre con otros grandes síndromes geriátricos el SCA tiene sus propios factores de riesgo, cada vez más estudiados y mejor conocidos, y suele requerir para su presentación de la existencia de algún factor desencadenante. Su reconocimiento –el diagnóstico sindrómico– no suele presentar muchas dificultades siempre y cuando se llegue a sospecharlo. Existen más de veinte maneras diferentes de denominarlo. Al final, el término ‘delirium’ es el más utilizado.

El desarrollo de un SCA o delirium tiene importancia desde el punto de vista económico y social, ya que los enfermos requieren cuidados especiales del personal sanitario, tienen mayor riesgo de caídas, estancias hospitalarias más prolongadas y mayor institucionalización.

Es infradiagnosticado en servicios dónde no se desarrolle la evaluación geriátrica como herramienta fundamental del diagnóstico en las personas mayores.

DEFINICIÓN

El SCA es un síndrome de causa orgánica, en ocasiones plurietiológico, que se caracteriza por una alteración del nivel de conciencia y de la atención, así como de diversas funciones cognitivas, como la memoria, orientación, pensamiento, lenguaje o percepción. Tiene un comienzo agudo y un curso fluctuante pudiendo durar varios días.

Los pacientes con delirium tienen una alteración del nivel de atención, está disminuida su capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención, además de la alteración de la percepción que puede hacer que el paciente malinterprete la realidad, tenga ilusiones o alucinaciones, pudiendo esto condicionar su comportamiento y expresar miedo o agresividad ante estímulos externos.

La incidencia aumenta con la edad, aunque la información derivada de los diferentes estudios epidemiológicos varía según las características de la muestra analizada, del nivel asistencial donde se ha llevado a cabo el estudio y de la sensibilidad de los métodos de detección empleados. En los servicios de urgencia hospitalaria el cuadro confusional está presente hasta en el 10-30% de los pacientes mayores en el momento de acudir a esa unidad.

Algunos estudios revelan que entre el 20 y el 40% de los pacientes ancianos ingresados presentan un SCA en algún momento de su estancia hospitalaria. Es un fenómeno que cada vez se observa con mayor frecuencia en los ancianos hospitalizados. La incidencia y prevalencia de este trastorno varían según la edad, el paciente y el lugar de hospitalización. La incidencia aproximada del delirium está en torno al 10-15%, y su prevalencia llega a estar entre el 10-40% (1, 2).

Enfocado en la magnitud de este problema geriátrico: Su prevalencia en personas mayores, una vez producido el ingreso hospitalario, puede variar entre el 14 y el

24%, mientras que la incidencia durante el periodo de hospitalización en este grupo de edad se encuentra entre el 6 y el 56%.

Aparece en el periodo postoperatorio, ente un 15-53%, en el 70-87% de aquellos ingresados en la unidad de cuidados intensivos, en el 60% de los que residen en centros de recuperación funcional o residencias y en el 83% de quienes precisan cuidados paliativos.

Y según un artículo de revisión publicado en la BMJ en el 2013 plantea que a pesar de la prevalencia del delirium, los profesionales de la salud reconocen solo el 20-50% de los casos.

Es un problema especialmente prevalente en las unidades ortopédicas y quirúrgicas. Afecta al 10-52% durante el postoperatorio (el 28-61% tras cirugía ortopédica y dentro de ésta, el 50% tras cirugía de cadera). Se puede llegar a dar hasta en un 25% de las personas mayores de 70 años con cirugía abdominal mayor. En cirugía general, la prevalencia se sitúa entre el 5 y el 11%. Parece que afecta con mayor frecuencia a hombres, sobre todo en la población anciana. Tienen también mayor predisposición aquellos pacientes que han sufrido un SCA previo. Se ha estimado que la mortalidad hospitalaria de pacientes con delirium varía del 11 al 41%, y que su mortalidad al año es de un 38%.

Los factores de riesgo para la aparición de un SCA están íntimamente vinculados a algunos aspectos fisiopatológicos cuyo conocimiento puede ayudar a reconocer un síndrome que habitualmente tiene una etiología multifactorial. Por ello es importante considerar aquellos cambios que predisponen a un sujeto a presentar cuadro confusional

e identificar los factores que pueden precipitar dicho trastorno.

Factores de riesgo

1. Envejecimiento cerebral fisiológico

2. Presencia de patología orgánica cerebral, (demencia o deterioro cognitivo, depresión y ansiedad)
3. Situación funcional previa (dependencia funcional o síndrome de inmovilidad)
4. Cambios neuroquímicos y psicológicos
5. Hospitalización
6. Infecciones
7. Fármacos
8. Alteraciones metabólicas y desnutrición
9. Insuficiencia de cualquier órgano o sistema
10. Enfermedades neurológicas agudas
11. Enfermedades endocrinas
12. Cirugía previa
13. Intervenciones agresivas. (Cualquier tipo de intervencionismo diagnóstico o terapéutico)
14. Dolor

Después de revisados todos los datos del examen físico y los reportes de los exámenes complementarios nuestro caso, se relacionó con tres de las factoras antes expuestas, en primer orden se recoge dentro de historia de la enfermedad actual la situación funcional previa (dependencia funcional con síndrome de inmovilidad), un mes antes de iniciado este cuadro, el uso de fármacos y las infecciones. Relacionado a los fármacos, consume de manera sistemática Spiriva (tiotropium): dos inhalaciones cada 12 horas.

En el mecanismo fisiopatológico del desarrollo del delirium, el neurotransmisor con un papel más determinante es la acetilcolina, debemos tener en cuenta que existen numerosos fármacos con actividad anticolinérgica capaces de desencadenar un SCA

Los medicamentos anticolinérgicos son considerados entre los principales desencadenantes farmacológicos de estos estados. Varios trabajos han demostrado el mayor riesgo de sufrir delirium en los pacientes con una actividad anticolinérgica elevada en suero debida al tratamiento farmacológico que reciben. Se constató además al examen físico la presencia de estertores crepitantes en base derecha y se confirma por el estudio radiográfico la presencia de lesión inflamatoria, que permite establecer un diagnóstico de: Bronconeumonía extrahospitalaria.

DIAGNÓSTICO

El primer paso es el diagnóstico sindrómico, reconocer que el paciente está realmente con un cuadro confusional. En la mayoría de los casos este diagnóstico es obvio, pero en formas menores puede ser necesario realizar un cuidadoso examen de la función mental para detectarlo. Es necesaria una historia clínica (evaluación geriatria integral) detallada del paciente o referida por familiares y un examen físico y neurológico completo, con el fin de documentar la presencia no de delirium e identificar sus síntomas clínicos.

El segundo objetivo fundamental de la investigación diagnóstica es intentar conocer los factores predisponentes y precipitantes para poder iniciar el tratamiento adecuado. El diagnóstico etiológico es fundamental a la hora de buscar una resolución rápida del proceso.

Los criterios diagnósticos actuales se derivan de la cuarta edición revisada del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-IVTR), y, aunque el diagnóstico es fundamentalmente clínico (basado en la entrevista y en la exploración clínica general), para ayudar a confirmarlo existen una serie de instrumentos. El Confusion Assessment Method (CAM) es la mejor herramienta de diagnóstico y el aplicado en este caso.

Confusion Assessment Method (CAM).

Al aplicar este instrumento el paciente presentó: inicio agudo y curso fluctuante, inatención, desorganización del pensamiento y se encontraba: fluctuando entre el estado hiperalerta y somnoliento.

Aspectos esenciales en esta escala:

Inicio agudo y curso fluctuante

Viene indicado por responder de forma afirmativa a las siguientes cuestiones:

¿Hay evidencia de un cambio del estado mental del paciente con respecto a su estado previo hace unos días?

¿Ha presentado cambios de conducta el día anterior, fluctuando la gravedad?

2. Inatención

Viene indicado por responder de forma afirmativa a la siguiente cuestión:

¿Presenta el paciente dificultades para fijar la atención? (p. ej., se distrae fácilmente, siendo difícil mantener una conversación; las preguntas deben repetirse, persevera en una respuesta previa, contesta una por otra o tiene dificultad para saber de qué estaba hablando)

3. Desorganización del pensamiento

Viene indicado por responder de forma afirmativa a la siguiente cuestión:

¿Presenta el paciente un discurso desorganizado e incoherente, con una conversación irrelevante, ideas pocas claras o ilógicas, con cambios de tema de forma impredecible?

4. Alteración del nivel de conciencia

Viene indicado por responder de forma afirmativa a otra posibilidad diferente a un estado de 'alerta normal'

en la siguiente cuestión:

¿Qué nivel de conciencia (como capacidad de ser influido por el entorno) presenta el paciente?

1. Alerta (normal)

2. Vigilante (hiperalerta)
3. *Letárgico (inhibido, somnoliento)*
4. Estuporoso (difícil despertarlo)
5. Comatoso (no se despierta)

Una manera práctica de abordar este instrumento: Criterios/datos

CRITERIOS	DATOS
Cambio agudo en el estado mental	Observación por un miembro de la familia, cuidador o miembros del Equipo Básico de Trabajo.
Síntomas que fluctúan durante minutos u horas	Observación por el cuidador o miembros Equipo Básico de Trabajo.
Desatención	Antecedentes del paciente Mal recuerdo de dígitos, incapacidad para recitar los meses hacia atrás
Nivel de conciencia alterado	Hiperalerta, somnolencia, estupor o coma
Pensamiento desorganizado	Habla sin ilación o incoherente

Es un método para valorar confusión. Los tres primeros criterios, más el cuarto o el quinto, deben estar presentes para confirmar su diagnóstico.

¿Cuáles son los subtipos más frecuentes?

Síndrome Confusional: Hiperactivo (15-25%)- Paciente que se encuentra agitado, nervioso, que habla veloz acompañado de movimientos agitados y continuos, Presenta signos de hiperactividad del sistema nervioso simpático

Síndrome Confusional: Hipoactivo (20-25%)- Paciente somnoliento, que responde de forma lenta y escasa a los estímulos, presenta disminución de la movilidad

Síndrome Confusional: Mixto (35-50%)- Paciente donde el cuadro clínico fluctúa entre un tipo y el otro.

El paciente se encontraba en dentro del tipo mixto ya que el cuadro fluctuaba entre el hiperactivo e hipoactivo.

¿Con que es importante establecer el diagnóstico diferencial?

Demencia

- Comienzo insidioso.
- Evolución no fluctuante.
- Conciencia y atención normal.

Síndrome confusional agudo

- Comienzo agudo
- Evolución fluctuante en el día.
- Trastornos de la conciencia y la atención.

El primer diagnóstico con el que se debe de hacer diagnóstico diferencial es con demencia ya que pueden desarrollar un estado confusional agudo sobreañadido. En nuestro caso fue descartada la posibilidad de un síndrome demencial, durante el examen físico y entrevista a cuidadores, pero siempre es fundamental tener estos aspectos presentes en el diagnóstico diferencial.

TRATAMIENTO

Es indispensable acometer las medidas no farmacológicas, en cada caso previniendo todos los factores involucrados en la posible génesis del SCA:

Hasta el 30-40% de los episodios pueden prevenirse mediante medidas no farmacológicas, dirigidas a los cuidados del anciano y relacionadas con protocolos, a identificar el riesgo y los síntomas precoces del síndrome, así como con el diseño de un plan de cuidados y de estrategias preventivas.

Estas medidas deben incluir a todas las personas mayores que requieran un ingreso hospitalario y presenten factores de riesgo, especialmente los más vulnerables, lo que requiere una capacitación y un entrenamiento adecuados del personal sanitario al cuidado.

Las medidas no farmacológicas evitan las iatrogénicas potenciales de los fármacos que utilizaremos si fracasan estas, y tienen tres áreas de actuación: el paciente, el ambiente que lo rodea y los cuidadores y familiares.

Resumen de medidas no farmacológicas para reducir la probabilidad de aparición del SCA

- Identificar a pacientes con alto riesgo
- Medidas no farmacológicas (en todos los pacientes, pero fundamentalmente en los de alto riesgo):
 - Identificación y manejo precoz de cualquier factor de riesgo tratable.
 - Entorno apropiado.
 - Mínimos cambios del personal que atiende.
 - Gafas y audífonos apropiados.
 - Trato amable y educado.
 - Eliminación de ruidos irritantes (< 45 dB durante el día y < 20 dB durante la noche).
 - Temperatura ambiente en torno a 21-23 °C.
 - Evitar contenciones, vías parenterales innecesarias, sondajes.
 - Relojes y calendarios colocados en lugares visibles.
 - Estimular la movilidad y la participación en actividades.
 - Control analgésico óptimo.
 - Hacer partícipes a los familiares explicándoles qué es el delirium y su manejo no farmacológico.
 - Hidratación y nutrición.
 - Oxigenación apropiada.
 - Se pueden usar la radio y la televisión para mantener la orientación.
 - Intentar que el paciente tenga una habitación individual (ubicación adecuada, atención especializada).
 - Mantener el ritmo sueño-vigilia.

- Evitar cambios de habitación.
- Ritmo de deposición regular.
- Estar atentos a la posible aparición del síndrome del crepúsculo.
- Simplificar el área de cuidados quitando objetos innecesarios.
- Permitir que el paciente tenga consigo objetos personales o familiares (fotos, ropa, etc.).
- Masaje nocturno, vaso de leche caliente y música clásica.
- Niveles de luz apropiados durante el día, y oscuridad y silencio nocturnos (por la noche se puede usar una lámpara de 40-60 W para disminuir las falsas percepciones).
- Comunicación verbal regular con frases cortas, orientadoras, que expliquen la causa del ingreso y el proceso de la enfermedad/cuidados.
- Cribado de posible alcoholismo.
- Vigilancia metabólica, de electrolitos y hematocrito.
- Reconocer síntomas prodrómicos de delirium:
- Valoración cognitiva rutinaria.
- Cambios rápidos y sutiles cognitivos.
- Gritos.
- Inquietud.
- Hipoactividad.
- Dificultades para dormir o alteración del ritmo sueño-vigilia.
- Agresividad verbal.
- Irritabilidad o agresividad.
- Labilidad emocional

Se aplicaron los protocolos establecidos: de inmovilidad, caídas, sepsis respiratoria y del propio SCA, que permitieron evitar las complicaciones asociadas, y su vez el tratamiento específico de la causa principal de en esta afección la bronconeumonía extrahospitalaria.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Dosis recomendadas de antipsicóticos en el tratamiento del ECA

Antipsicótico	Dosis de inicio	Vía	Nota
Antipsicóticos típicos			
Haloperidol	0,5-1 mg/2-12 h	v.o., i.v., i.m., s.c.	Se han de vigilar el intervalo QT y los efectos extrapiramidales
Clorpromazina	12,5-25 mg/4-12 h	v.o., i.v., i.m.	Es una alternativa cuando es necesaria mayor sedación
Antipsicóticos atípicos			
Risperidona	0,25-1 mg	v.o.	Se han de vigilar la sedación y la hipotensión ortostática. Su eficacia es similar a la del haloperidol
Olanzapina	2,5-5 mg	v.o., i.m.	Se ha de vigilar la sedación. Su eficacia es similar a la del haloperidol
Quetiapina	25-50 mg	v.o.	Se han de vigilar la sedación y la hipotensión ortostática. Su eficacia es similar a la del haloperidol
Ziprasidona	20 mg/12 h	v.o.	Datos limitados
Aripiprazol	10-15 mg	v.o.	Se puede utilizar en el delirium hipoactivo

i.m., vía intramuscular; i.v., vía intravenosa; s.c., vía subcutánea; v.o., vía oral.

Tomado del Cap 65: "El anciano con delirium". P A Soler. L R Mañas. Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. 2015.

La aparición de nuevos neurolepticos, ha logrado disminuir los efectos adversos de los neurolepticos clásicos, con una eficacia similar en cuanto a la remisión de los síntomas psicóticos ya que estos fármacos bloquean más selectivamente la neurotransmisión dopaminérgica y serotoninérgica: de la olanzapina y la risperidona se ha demostrado su seguridad y efectividad, así como que tienen un perfil equilibrado en el tratamiento de los síntomas psicóticos en pacientes geriátricos.

Estos neurolepticos producen menos sedación y tienen menos efectos extrapiramidales. Sin embargo, pueden condicionar hipotensión postural, y la quetiapina y la olanzapina pueden causar hiperglucemia y aumento de peso, aunque el período de tiempo para tratar los síntomas debidos a un delirium es breve. La evidencia de su eficacia en pacientes agudos hospitalizados también presenta las mismas limitaciones, ya referidas previamente, de validez aplicada a

este grupo etario. Por lo que su uso debe estar bien avalado e individualizar cada caso.

En nuestro escenario en el ECA hiperactivo o mixto, como es el caso de nuestro paciente se utilizó:

Haloperidol: (tab 1,5 y 5 mg) (ampolleta 5mg) Inicio de 2,5 a 5mg repetirse cada una hora de ser necesario por VO o IM según la intensidad del cuadro.

Dado que fueron identificados los factores desencadenantes como ya se ha explicado anteriormente en este trabajo, como la medicación y la sepsis respiratoria, se implementó la suspensión del fármaco: Spiriva (tiotropium): dos inhalaciones cada 12 horas e iniciar inmediatamente tratamiento con antibióticos de acuerdo al cumplimiento del protocolo hospitalario vigente en este caso: Ceftriazona (1gr) 1bb/día por 7 días.

Cabe comentar dada su relevancia, que el paciente presentó cifra baja de colesterol (2.9 mmol/L) que constituye un marcador de fragilidad importante, relacionada a mortalidad, que sumado a su condición crónica: EPOC, lo hace vulnerable a la rehospitalización, morbilidad, y discapacidad. por lo que le paciente será remitido a su alta a la consulta de fragilidad del centro.

El paciente evolucionó satisfactoriamente, a las 72 horas de tratamiento su estado de alerta era normal, y al aplicar el Confusion Assessment Method (CAM), no cumplía los criterios, así mismo fue recuperando las Actividades Básicas de la Vida Diaria. (ABVD)

Es dado de alta a los 8 días de hospitalización.

Tratamiento al alta:

Fisioterapia respiratoria.

Pendiente: Pruebas funcionales respiratorias.

Seguimiento: Médico de Familia. Consulta de fragilidad

Puntos claves:

-Para el diagnóstico y la prevención, en primer lugar, se deben identificar los pacientes con riesgo de delirium.

-Es una urgencia medica

-Buscar sistemáticamente la causa del delirium, para realizar el tratamiento en consecuencia.

-Tener presente que las infecciones y los medicamentos son causa frecuente del delirium (hasta 40 % de todos los casos).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Flacker JM, Cummings V, Mach JR, Bettin K, Kiely DK, Wei J. The association of serum anticholinergic activity with delirium in elderly medical patients. *Am J GeriatrPsychiatry* 1998; 6: 31-41.
2. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 1990 Dec 15; 113(12):941-8
3. Lázaro-Del Nogal, M., and J. Ribera-Casado. "Síndrome confusional (delirium) en el anciano. *Psicogeriatría* 2009; 1(4): 209-221.
4. Boas, Vidal Paulo JF Villas, et al. "Delirium en los ancianos." *BMJ* 346 (2013)
5. Martínez Velilla N, Petidier R, Casas A. Delirium en el paciente anciano: actualización en diagnóstico, prevención y tratamiento. *Med Clin (Barc)* 2012; 138:78-84.
6. Martínez Velilla N, Franco JG. Delirium subsindrómico en pacientes ancianos: revisión sistemática. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2013; 48:122-9.
7. L R Mañas. *Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores.* 2015; Elsevier.
8. Domínguez, Fernando Crespo, Roberto Castellón Lozano, and Aimeé S. Cárdenas. "Prevalencia y factores de riesgo del síndrome confusional agudo en el adulto mayor en emergencias médicas." *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana.* 2014; 11 (2).
9. Tineo, A., Percy, J., Chucas Ascencio, L. A., Rojas Moya, C. R., Pintado Caballero, S., Cerrón Aguilar, C. A., Vásquez Alva, R. Factores asociados a síndrome confusional agudo en adultos mayores internados en emergencia de un hospital terciario. In *Anales de la Facultad de Medicina.* 2013; 74:(3), 193-198.
10. Amado-Tineo, J. P., Vásquez-Alva, R., Kraenau-Espinal, E., Oscanoa-Espinoza, T. J. Medicación potencialmente inadecuada como factor de riesgo para el delirium en adultos mayores, en un servicio de emergencia. *Acta Médica Peruana,* 2015; 32(4), 221-228.

11. Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., Bookamana, P., Pinyopornpanish, M., Maneeton, B., Lertrakarnnon, P, Jiraniramai, S. Diagnosing delirium in elderly Thai patients: utilization of the CAM algorithm. BMC family practice, 2011; 12(1): 65.
12. Natalie J, Kavil PI, Andrew W, Richard A, Nilangi V. A curious case of confusion. JRSO Open. Sep 2014; 5(9).
13. Inouye, Sharon K., Rudi GJ Westendorp, and Jane S. Saczynski. "Delirium in elderly people." The Lancet 2014; 383 (9920): 911-922
14. Castro, C. C. Un análisis cualitativo del rendimiento del Método de Evaluación de la Confusión. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2015;17(2):95-110.