



DOI: <https://doi.org/10.23857/dc.v9i3.3558>

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

*Diagnóstico y tratamiento del Delirium Postoperatorio en personas mayores:
Revisión Bibliográfica*

*Diagnosis and treatment of Postoperative Delirium in older people: Literature
Review*

*Diagnóstico e tratamento do Delirium Pós-operatório em idosos: Revisão de
Literatura*

Intriago Castro Daniela Karolina ^I
dintriago7529@utm.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0002-7189-784X>

Gonzalez Marroquín Ginger Karolay ^{II}
ggonzalez0122@utm.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0007-9090-4888>

Moreira Solórzano Jennifer Josefina ^{III}
jmoreira6534@utm.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0005-3078-1607>

Chávez Casquete Melina Elizabeth ^{IV}
mchavez2499@utm.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0002-8763-3152>

Correspondencia: jenni-moreira@hotmail.com

***Recibido:** 04 de julio de 2023 ***Aceptado:** 31 de agosto de 2023 * **Publicado:** 13 de septiembre de 2023

- I. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Manabí, Ecuador.
- II. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Manabí, Ecuador.
- III. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Manabí, Ecuador.
- IV. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Manabí, Ecuador.

Diagnóstico y tratamiento del Delirium Postoperatorio en personas mayores: Revisión Bibliográfica

Resumen

Introducción: El delirium postoperatorio es un déficit de atención agudo y cognitivo que se produce durante el periodo postoperatorio con mayor incidencia en personas mayores; aumentando la mortalidad, el deterioro cognitivo y funcional y una mayor duración en la estancia hospitalaria, constituyendo un problema de salud pública creciente. **Objetivo:** Desarrollar una fuente de información académica pertinente, fundamentada y sintetizada, sobre la importancia de realizar un adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico del Delirium postoperatorio en personas mayores. **Método:** Estudio con diseño descriptivo bajo la metodología revisión documental a través de la selección, recopilación y revisión sistemática de fuentes bibliográficas obtenidas de bases de datos como ScienceDirect y Medigraphic en inglés y español. **Resultados y discusiones:** La selección y aplicación adecuada de procedimientos diagnósticos como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y el Método de Evaluación de la Confusión, son cruciales en la evaluación del Delirium postoperatorio. Por su parte, el tratamiento del delirio postoperatorio involucra un enfoque completo, tratando causas subyacentes y considerando opciones como antipsicóticos y dexmedetomidina. **Conclusión:** El Delirium postoperatorio es común en personas mayores debido al déficit neurocognitivo. Reconocer factores de riesgo ayuda al diagnóstico y tratamiento temprano, reduciendo complicaciones y estancia hospitalaria. Para su diagnóstico se recomienda el Método de Evaluación de la Confusión y su manejo de primera instancia es no farmacológico.

Palabras Claves: Diagnóstico; tratamiento; Delirium Postoperatorio; personas mayores.

Abstract

Introduction: Postoperative delirium is an acute and cognitive attention deficit that occurs during the postoperative period with a higher incidence in older people; increasing mortality, cognitive and functional deterioration and a longer duration of hospital stay, constituting a growing public health problem. **Objective:** Develop a source of relevant, substantiated and synthesized academic information on the importance of carrying out an adequate diagnostic and therapeutic approach to postoperative delirium in older people. **Method:** Study with descriptive design under the documentary review methodology through the selection, compilation and systematic review of bibliographic sources obtained from databases such as ScienceDirect and Medigraphic in English and Spanish. **Results and discussions:** The appropriate selection and application of diagnostic procedures such as

Diagnóstico y tratamiento del Delirium Postoperatorio en personas mayores: Revisión Bibliográfica

the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and the Confusion Assessment Method are crucial in the evaluation of postoperative delirium. For its part, the treatment of postoperative delirium involves a comprehensive approach, treating underlying causes and considering options such as antipsychotics and dexmedetomidine. Conclusion: Postoperative Delirium is common in older people due to neurocognitive deficit. Recognizing risk factors helps in early diagnosis and treatment, reducing complications and hospital stay. For its diagnosis, the Confusion Evaluation Method is recommended and its first-instance management is non-pharmacological.

Keywords: Diagnosis; treatment; Postoperative Delirium; old people.

Resumo

Introdução: O delirium pós-operatório é um déficit de atenção agudo e cognitivo que ocorre no pós-operatório com maior incidência em idosos; aumento da mortalidade, deterioração cognitiva e funcional e maior tempo de internamento, constituindo um problema crescente de saúde pública. **Objetivo:** Desenvolver uma fonte de informação acadêmica relevante, fundamentada e sintetizada sobre a importância da realização de uma abordagem diagnóstica e terapêutica adequada ao delirium pós-operatório em pessoas idosas. **Método:** Estudo com desenho descritivo sob metodologia de revisão documental por meio da seleção, compilação e revisão sistemática de fontes bibliográficas obtidas em bases de dados como ScienceDirect e Medigraphic em inglês e espanhol. **Resultados e discussões:** A seleção e aplicação adequadas de procedimentos diagnósticos como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e o Método de Avaliação de Confusão são cruciais na avaliação do delirium pós-operatório. Por sua vez, o tratamento do delirium pós-operatório envolve uma abordagem abrangente, tratando as causas subjacentes e considerando opções como antipsicóticos e dexmedetomidina. **Conclusão:** O delirium pós-operatório é comum em idosos devido ao déficit neurocognitivo. O reconhecimento dos fatores de risco auxilia no diagnóstico e tratamento precoce, reduzindo complicações e internação hospitalar. Para seu diagnóstico é recomendado o Método de Avaliação da Confusão e seu manejo em primeira instância é não farmacológico.

Palavras-chave: Diagnóstico; tratamento; Delirium Pós-Operatório; pessoas maiores.

Introducción

El Delirium Postoperatorio (DPO) es un déficit de atención agudo y cognitivo con síntomas que incluyen alteración de la conciencia, falta de atención y ciclos de activación alterados que se produce durante el período posoperatorio en pacientes con factores de riesgo (Moya, et al., 2022).

El delirio ocurre comúnmente en adultos mayores debido a una reducción en la reserva cognitiva, especialmente cuando existe un deterioro neurocognitivo preexistente y también después de ciertas circunstancias como una infección o un trauma. Teniendo una incidencia del 20 al 50 % en personas mayores vulnerables de más de 60 años después de una cirugía mayor, la cual aumenta en un 70-87 % si el paciente requiere ingreso en la UCI, convirtiendo al delirio postoperatorio en un problema de salud pública creciente en este grupo etario (Moya et al., 2022; Vlisides & Avidan, 2019; Vargas et al., 2022).

Al ser este síndrome una complicación de alta incidencia entre la población de adultos mayores es importante continuar con el estudio y modificaciones futuras adecuadas por parte del personal médico pertinente, tales como la aplicación de pruebas diagnósticas tempranas que permitan un manejo especializado. Cuando los pacientes experimentan delirios, este suele ser el elemento más preocupante de la experiencia perioperatoria, tanto para ellos como para sus familiares. Por lo que el reconocimiento y tratamiento del delirio postoperatorio es de vital importancia ya que se asocia con un aumento de la mortalidad, un deterioro cognitivo y funcional, una mayor duración de la estancia hospitalaria y costes sanitarios anuales considerables (Vlisides & Avidan, 2019; León & Henao, 2023).

Además, durante la fase de envejecimiento se presenta un aumento de las condiciones comórbidas y el riesgo de complicaciones perioperatorias del adulto mayor como el delirio postoperatorio. Es por ello que el diagnóstico adecuado y el tratamiento oportuno son favorables para evitar la morbimortalidad y dependencia en personas mayores que cursan por un proceso quirúrgico (Tobar & Álvarez, 2020).

Por tal motivo, el propósito de esta investigación bibliográfica consiste en desarrollar una fuente de información académica pertinente, fundamentada y sintetizada, sobre la importancia de realizar un adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico del Delirium postoperatorio en personas mayores.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio cuenta con un diseño descriptivo bajo la metodología revisión documental. Se llevó a cabo a través de la selección, recopilación y revisión sistemática de fuentes bibliográficas recuperadas de bases de datos como ScienceDirect y Medigraphic en inglés y español; describiendo el estado actual del tema, resaltando ante todo, la importancia que tiene realizar un adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico del Delirium postoperatorio en personas mayores.

Para lo cual se obtuvieron términos a partir de la deconstrucción del título que se sometieron a la búsqueda de los Descriptores de Ciencias de la Salud de la OMS, los cuales posteriormente contribuyeron a empezar y agilizar la indagación mediante los buscadores booleanos a través de los motores de búsqueda Google Académico, SciELO y PubMed; seleccionando 1 libro electrónico y 24 artículos digitales en inglés y español que forman parte de la literatura médica clásica y finalmente organizándolos por medio del gestor Zotero de artículos científicos.

Los criterios de inclusión se basaron en la disponibilidad de artículos de revistas indexadas con una antigüedad no mayor a los últimos 5 años, así como en textos digitales con una antigüedad mayor a 5 años.

Los criterios de exclusión fueron artículos o documentos que no estén disponibles en su totalidad o que no sean accesibles para su revisión, que estén fuera del período de tiempo definido para la revisión y fuentes no confiables o de baja calidad, como sitios web no verificados o documentos sin revisión por pares.

DESARROLLO

1.- DELIRIUM POSTOPERATORIO

Es un trastorno agudo y una complicación frecuente en los pacientes mayores de 65 años, que se presenta en las primeras horas después de la operación. Se caracteriza por una alteración de las funciones cognitivas, lo cual se puede presentar en síntomas como alteración de la percepción, la atención, la memoria, lenguaje, orientación, además alteración del ciclo sueño-vigilia (Ramírez & Umaña, 2021).

El delirio en dependencia de su presentación, se puede clasificar en 3 tipos: De tipo hipoactivo, que corresponde a un enlentecimiento psicomotor, bradipsiquia, bradilalia, letargia, inhibición y una tendencia a la somnolencia, la cual es la presentación más frecuente; de tipo hiperactivo, el cual se

Diagnóstico y tratamiento del Delirium Postoperatorio en personas mayores: Revisión Bibliográfica

caracteriza por episodios de agitación psicomotriz, alucinaciones, delirios y manifiesta una conducta agresiva, es la presentación más fácil de diagnosticar debido a su presentación clínica; y de tipo mixto, el cual es una combinación con manifestaciones de ambos tipos, que se presentan en fragmentos de periodo corto (Palmero & Lassard, 2021).

Epidemiología

El delirio se presenta hasta en un 65 % de los pacientes de todas las edades en dependencia del tipo de cirugía que se realiza, con mayor incidencia en la cirugía mayor. Además, se da en el 10 al 15% de los pacientes en estancia hospitalaria, aumentando este riesgo en un 10 % en personas mayores de 50 años (Ramirez & Umaña, 2021).

A partir de ello, el riesgo de Delirium postoperatorio se presenta en uno de cada tres pacientes que pasan por un proceso quirúrgico; en los adultos mayores se puede presentar de un 15 al 53% de los casos, en especial en aquellos pacientes que son remitidos a cuidados intensivos del 70 al 87% (Moya et al., 2022).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo que se presentan son de dos tipos, los no modificables y los modificables. Los no modificables son la edad >65 años, antecedentes de delirio, deterioro cognitivo u otras patologías neurológicas, disminución de la funcionalidad y déficit nutricionales (Sánchez *et al.*, 2020). Mientras que, los factores modificables y desencadenantes al mismo tiempo son los trastornos electrolíticos, deshidratación, abstinencia o abuso de sustancias, fármacos, hipertermia-hipotermia, quemaduras severas, traumas, procedimientos quirúrgicos trastornos del sueño, dolor, fiebre, hipoxia, infecciones e ingresos hospitalarios (Silva & López *et al.*, 2019).

Estos son factores e indicadores que se deben tomar en cuenta en un adulto mayor durante el escenario de un proceso quirúrgico para poder tratarlo de manera inmediata y adecuada ante el desarrollo del Delirium postoperatorio.

Fisiopatología

No se precisa aún en la actualidad el mecanismo exacto por el cual se desarrolla el Delirium postoperatorio en el adulto mayor, pero se expresa a partir de un estrés físico como los procesos quirúrgicos que desencadena una respuesta inflamatoria en el cerebro donde interactúan neurotransmisores, factores proinflamatorios y la genética (Guadamuz y Suárez., 2020).

Diagnóstico y tratamiento del Delirium Postoperatorio en personas mayores: Revisión Bibliográfica

Esto se traduce en una desregulación entre la producción y función de neurotransmisores, lo que ocasiona inflamación neuronal, disminución de la actividad colinérgica, aumento de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, activación de la cascada de coagulación, alteración de la perfusión cerebral por formación de microtrombos que enlentecen o cortan el flujo sanguíneo y atrofia cerebral. En síntesis, la interacción de todos estos factores produce el desarrollo del Delirium Postoperatorio (Palmero & Lassard, 2021 y Ramírez & Umaña, 2021).

2.-MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Anamnesis

Es indispensable buscar vulnerabilidades del paciente, factores de riesgo y estresores externos. Además de valorar fármacos de inicio o de cese reciente, así como cambios en las dosis usuales, e indagar específicamente sobre fármacos psicotrópicos opioides y esteroides (Torales *et al.*, 2021).

Examen físico

Se precisa evaluar presencia de infección, de evento neurológico, de estatus epiléptico y valorar el dolor (Torales *et al.*, 2021). La presencia de infección sugiere la importancia de evaluar si el paciente presenta signos o síntomas de infección, lo que puede ser relevante para entender las posibles causas de la condición actual.

Evento neurológico se refiere a la necesidad de considerar la presencia de cualquier evento o problema neurológico en el paciente. Esto podría estar relacionado con el delirio postoperatorio, ya que las alteraciones neurológicas podrían contribuir a los síntomas observados.

Así mismo, la presencia de Estatus epiléptico destaca la importancia de determinar si el paciente está experimentando algún tipo de actividad epiléptica continua o recurrente. Esto puede ser relevante en el contexto de la evaluación del delirio postoperatorio, ya que ciertas formas de actividad epiléptica pueden manifestarse como alteraciones cognitivas y de conciencia.

Por último, es importante valorar el dolor ya que este no solo puede afectar la percepción y la cognición del paciente, sino que también puede influir en su estado mental y emocional.

Criterios diagnósticos

El paso más crucial para establecer un diagnóstico consiste en identificar un estado inicial repentino y fluctuante que afecte la capacidad cognitiva y la atención del paciente (Moya *et al.*, 2022). Por ello la presencia de delirium se establece luego de la clínica, por herramientas diagnósticas, siendo las

Diagnóstico y tratamiento del Delirium Postoperatorio en personas mayores: Revisión Bibliográfica

más utilizadas según Rengel *et al.* (2018); Pluta *et al.* (2020) y Kotekar *et al.* (2018): el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), aunque debe ser realizado por un psiquiatra o personal médico capacitado, ya que su uso puede resultar complicado. Para superar esta limitación, se han desarrollado escalas de acceso rápido y fácil de utilizar, para que otros profesionales de la salud puedan realizar el diagnóstico en la cama del paciente. El Método de Evaluación de la Confusión (CAM por sus siglas en inglés) es el más utilizado, ya que sirve tanto para la detección inicial como para el diagnóstico completo, con una sensibilidad del 94-100% y una especificidad del 90-95%. Debiendo llevar a cabo su aplicación varias veces al día debido a la naturaleza fluctuante del delirium (Torales *et al.*, 2021).

Además, existe una versión modificada del CAM, denominada Método de Evaluación para la Unidad de Cuidados Intensivos (CAM UCI), que se utiliza en pacientes críticamente enfermos en unidades de cuidados intensivos (Rengel *et al.*, 2018; Pluta *et al.*, 2020 y Kotekar *et al.*, 2018). También existen otras escalas útiles y validadas como la Escala de Agitación-Sedación de Richmond (RASS), la Lista de verificación para la detección del delirio en cuidados intensivos (ICDSC), la Detección de observación de delirio (DOS), la Escala de confusión de Neelon y Champagne (NEECHAM), entre otras (Pluta *et al.*, 2020). En el cuadro 1 se resumen los principales métodos diagnósticos.

Cuadro 1.

Principales Herramientas y Criterios Diagnósticos del Delirium postoperatorio (DPO)

Herramientas Diagnósticas	Criterios Diagnósticos
DSM-5	<ul style="list-style-type: none">● Alteración de la consciencia, disminución de la capacidad de atención con disminución de la habilidad de mantener, centrar y dirigir la atención.● Cambio en la función cognitiva (déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) sin existencia previa o en desarrollo de demencia.● Alteración que se presenta en corto periodo de tiempo (horas-días) y tiende a fluctuar durante el día.● Demostración a través de historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica,

Diagnóstico y tratamiento del Delirium Postoperatorio en personas mayores: Revisión Bibliográfica

	consumo de medicamentos o intoxicación de alguna sustancia; síndrome de abstinencia, etiologías múltiples, o no especificado.
CAM	<ul style="list-style-type: none"> ● Inicio agudo y curso fluctuante del estado mental: ¿Existe evidencia de algún cambio agudo en el estado mental del paciente con respecto a su estado basal? ¿La conducta anormal fluctúa durante el día, alternando períodos normales con estados de confusión de severidad variable? ● Inatención: ¿Presenta el paciente dificultades para fijar la atención? (por ejemplo, se distrae fácilmente, siendo difícil mantener una conversación. ● Desorganización del pensamiento: ¿Presenta el paciente un discurso desorganizado e incoherente, con una conversación irrelevante, ideas poco claras o ilógicas, con cambios de tema de forma impredecible? ● Alteración del nivel de conciencia: ¿Qué nivel de conciencia presenta el paciente? 1. Alerta (normal) 2. Vigilante (hiperalerta, muy sensible a estímulos ambientales) 3. Letárgico (inhibido, somnoliento) 4. Estuporoso (es difícil de despertar) ● Interpretación: Para el diagnóstico de delirium son necesarios los criterios 1 y 2 y por lo menos uno de los dos últimos (3 o 4).
Herramientas Diagnósticas	Criterios Diagnósticos
CAM UCI	Se sugiere diagnóstico de delirium si están presentes las características 1,2,3 y 4. 1.-Inicio agudo y curso fluctuante del estado mental 2.-Inatención 3.-Desorganización del pensamiento 4.-Alteración del nivel de conciencia
ICDSC	<ul style="list-style-type: none"> ● Nivel de conciencia alterado

Diagnóstico y tratamiento del Delirium Postoperatorio en personas mayores: Revisión Bibliográfica

	<ul style="list-style-type: none"> ● Inatención ● desorientación ● Alucinaciones o delirios ● Agitación o retraso psicomotor ● Habla o estado de ánimo inapropiado ● Alteración del ciclo de sueño/vigilia ● Fluctuación de síntomas
DOS	<p>Las respuestas son dicotómicas (si/no). Las puntuaciones ≥ 3 se consideraron pruebas positivas de delirio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se queda dormido durante la conversación o las actividades ● Se distrae fácilmente con los estímulos del entorno. ● Mantiene la atención a la conversación o acción ● No termina la pregunta o la respuesta ● Da respuestas que no se ajustan a la pregunta ● Reacciona lentamente a las instrucciones. ● Piensa que están en otro lugar ● Sabe en qué parte del día es ● Recuerda eventos recientes ● Es punzante, desordenado, inquieto ● Tira de tubos intravenosos, tubos de alimentación, catéteres, etc. ● Se emociona fácil o repentinamente ● Ve/escucha cosas que no existen
Herramientas Diagnósticas	Criterios Diagnósticos
DRS	<p>Puntuaciones totales ≥ 12: diagnóstico de delirio</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Inicio temporal (3 puntos) ● Alteraciones de la percepción (3 puntos)

Diagnóstico y tratamiento del Delirium Postoperatorio en personas mayores: Revisión Bibliográfica

	<ul style="list-style-type: none"> • Alucinaciones (3 puntos) • Delirios (3 puntos) • Psicomotriz (3 puntos) • Cognición (4 puntos) • Etiología física (2 puntos) • Ciclo sueño-vigilia (4 puntos) • Labilidad del estado de ánimo (3 puntos) • Fluctuación (4 puntos)
<p>NEECHAM</p>	<p>Nivel de respuesta-procesamiento de la información</p> <p>Atención y estado de alerta (0 a 4 puntos)</p> <p>Respuesta verbal y motora (0 a 5 puntos)</p> <p>Atención y estado de alerta (0 a 5 puntos)</p> <p>Nivel de comportamiento</p> <p>Comportamiento general y postura (0 a 2 puntos)</p> <p>Rendimiento motor sensorial (0 a 4 puntos)</p> <p>Respuestas verbales (0 a 4 puntos)</p> <p>Funciones vitales</p> <p>Signos vitales (0 a 2 puntos)</p> <p>Nivel de saturación de oxígeno (0 a 2 puntos)</p> <p>Continencia urinaria (0 a 2 puntos)</p> <p>Interpretación:</p> <p>0 a 19 puntos: confusión moderada a severa</p> <p>20 a 24 puntos: desarrollo leve o temprano de delirio</p> <p>25 a 30 puntos: sin confusión o función normal</p>
<p>Fuente: Elaboración propia con base en datos de: Moya <i>et al.</i> (2022), Seung Taek y Young Park (2019),Torales <i>et al.</i> (2021) y Pluta <i>et al.</i> (2020).</p>	

Diagnóstico y tratamiento del Delirium Postoperatorio en personas mayores: Revisión Bibliográfica

Seung Taek & Young Park (2019) señalan que el CAM ICU es una versión de dos minutos del CAM que se administra fácilmente en la UCI con una precisión superior al 93 % cuando la aplica personal altamente capacitado. Así mismo destaca que a pesar de que la RASS implica una mayor inversión de tiempo por parte del evaluador, constituye una herramienta valiosa para la evaluación del grado de sedación/agitación. Por ello, en concordancia con las directrices del DSM-5 que señalan que un nivel de excitación marcadamente disminuido (de inicio súbito), por encima del estado de coma, debe considerarse como una forma de "grave falta de atención", y, por ende, como un caso de delirio, el uso de la escala RASS podría ser beneficioso en el proceso de diagnóstico de delirio.

Acotando a lo planteado, Bilotta et al. (2021) señala que también existen escalas validadas relacionados con el DPO que incluyen un estudio diagnóstico y de seguimiento, tales como:

La 10ª revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (ICD 10); la Escala de Detección de Delirio en Enfermería (Nu-DESC); Escala de calificación del delirio-98; Escala de Evaluación del Delirio del Memorial; Escala de confusión de cabecera; la Evaluación clínica de la confusión; la Escala de calificación de confusión; la del Delirio-O-Metro; la de Detección de observación de delirio; la entrevista de síntomas de delirio (DSI); y la Prueba de 4 'A's.

Diagnósticos diferenciales

En el contexto del DPO, al analizar los diagnósticos diferenciales, resulta de suma importancia llevar a cabo una distinción precisa entre los subtipos de Delirium, ya sean hiper, hipo o mixto. Además, también es esencial discernir entre diversas manifestaciones de deterioro cognitivo postoperatorio en función de su momento de presentación, tales como el Delirium emergente, el Delirium postanestesia en la unidad de recuperación anestésica y el Delirium postoperatorio propiamente dicho (Moya *et al.*, 2022).

Además, se describen otros trastornos neurocognitivos postoperatorios que requieren ser distinguidos del DPO, debido a su mayor impacto en el paciente y un pronóstico más reservado. Entre ellos, Olotu (2020) identifica:

- **Recuperación neurocognitiva demorada:** Una nueva forma de discapacidad neurocognitiva que se resuelve en un período inferior a 30 días posteriores a la cirugía.

Diagnóstico y tratamiento del Delirium Postoperatorio en personas mayores: Revisión Bibliográfica

- **Trastorno neurocognitivo postoperatorio:** Se trata de un déficit cognitivo persistente durante más de 30 días después de la cirugía, pero menos de 12 meses.
- **Deterioro neurocognitivo:** Engloba la demencia y el deterioro cognitivo leve, y se refiere a cualquier deterioro cognitivo que se manifieste después de un año de la operación.

En estos últimos escenarios, en contraste con el DPO, las funciones de conciencia, orientación y atención suelen mantenerse inalteradas. No obstante, el deterioro se hace presente en áreas como la memoria, la propiocepción, el aprendizaje, el lenguaje y la función ejecutiva, según lo señalado por Olotu (2020).

Exámenes Complementarios

Una vez diagnosticado el delirium, se debe iniciar un estudio exhaustivo de las posibles causas, a fin de establecer un adecuado tratamiento etiológico y sintomático, según sea el caso. Por ello se realizan estudios de laboratorio como: hemograma, crisis sanguínea, electrolitos, funciones renal, hepática y tiroidea, gases arteriales, VIH, Sífilis, orina simple y sedimento. Adicionales, según el caso: análisis toxicológico de sangre y orina, cultivos de sangre y orina, concentraciones de vitamina B12 y ácido fólico. Además de estudios de imagen como radiografía de tórax, electrocardiograma, electroencefalograma. Adicionales, según el caso: Punción lumbar y análisis de líquido cefalorraquídeo, tomografía computarizada o resonancia magnética cerebral (Torales *et al.*, 2021).

3.- TRATAMIENTO

El manejo del Delirium Postoperatorio incluye una serie de medidas generales, como mantener una buena nutrición e hidratación, facilitar y promover la movilización, proteger al paciente de caídas, minimizar el riesgo de neumonía por aspiración, brindar cuidados intestinales, del tracto urinario y de las zonas de presión (Arotce *et al.*, 2018).

Es indispensable comenzar por identificar los factores predisponentes o causales que permitieron la instauración del delirium e intervenir inmediatamente con medidas que corrijan los trastornos hidroelectrolíticos, anemias, sepsis, fiebre, dolor agudo o hipoxia. Y la realización de una revisión del historial clínico para la suspensión de medicamentos que propician el desarrollo del delirium como los anticolinérgicos, benzodiacepinas, corticoides, anti arrítmicos o antihistamínicos (Pareja & Rodríguez, 2018).

El Abordaje no farmacológico

Da inicio con la causa subyacente en la cual se encuentra la corrección de fluidos, la oxigenación suplementaria, mantenimiento de perfusión y hemodinamia, la nutrición para prevención de hipoglucemias, el retiro de catéteres si es que se encuentran presentes, y la estabilización de las condiciones patológicas que presente el paciente (Palmero & Lassard, 2021 y Paizano *et al.*, 2021).

Una de las intervenciones más importantes en la prevención del delirium es la estimulación sensorial con el fin de orientar al paciente en persona, tiempo y espacio. Este tipo de implementación incluirá el estímulo con relojes, celulares y calendarios; exponer a los pacientes a la luz solar, la ubicación espacial diaria y la disminución nocturna de la exposición a la luz artificial a través de la utilización de antifaces, tapones para los oídos, la musicoterapia, la provisión de anteojos o audífonos y evitar las alarmas durante la noche. Así como, la exposición a fotos de familiares y amigos, la limitación de los procedimientos de monitoreo durante las horas del sueño, la remoción temprana de catéteres y sondas, la optimización de la comunicación con el personal del equipo de salud y el aliento y la facilitación de la interacción con los familiares para facilitar la adaptación del paciente y optimizar de una manera no farmacológica el sueño para así conservar el ritmo circadiano (Olmos *et al.*, 2019).

Abordaje farmacológico

Se reserva a pacientes que no responden a medidas no farmacológicas, ayudando a disminuir la duración del delirium debido al riesgo de autolesión, de perjudicar a otros pacientes y compromiso con las medidas terapéuticas instauradas (Reppas *et al.*, 2023).

De acuerdo a Palmero J *et al.* (2021) & Paizano *et al.* (2021), los fármacos de primera línea corresponden a antipsicóticos típicos como el Haloperidol, el cual se administra a 2.5 mg por vía venosa 4 veces al día o en dosis de 0,5 a 5 mg si es por vía oral. En pacientes de edad avanzada se recomienda que el aumento de la dosis sea cuidadoso y gradual. La dosis máxima en pacientes de edad avanzada es de 5 mg/día. La forma intravenosa de haloperidol (IVH) se ha utilizado ampliamente en entornos médicos y quirúrgicos para tratar a pacientes con delirio y agitación, y es uno de los pocos medicamentos disponibles por vía intravenosa que se ha mantenido como el agente farmacológico de primera línea en muchos centros para controlar el delirio, probablemente debido a sus propiedades farmacocinéticas y de perfil de receptores (Beach *et al.*, 2020).

Una alternativa descrita son los antipsicóticos atípicos, que poseen menos efectos extrapiramidales y sedantes, entre ellos: la Risperidona, que se prescribe 0,25 a 2 mg vía oral cada 24 horas, tiene una

Diagnóstico y tratamiento del Delirium Postoperatorio en personas mayores: Revisión Bibliográfica

rápida acción y es mejor usada para episodios de agitación y alteraciones de la conducta; la Olanzapina 2,5-5 mg intramuscular, máximo 10 mg diarios en caso de paciente con delirio hipoactivo por la noche; la Quetiapina vía oral a partir de 25 mg alcanzando un máximo de 50 mg c/12; y la Dexmedetomidina, la cual es un agonista selectivo de los receptores alfa-2 adrenérgicos que se administra 0.2-1 mcg/kg/h, utilizado con frecuencia en el manejo de DPO en pacientes que se encuentren intubados o no intubados, dado a que en recientes estudios ha demostrado efectividad en la prevención y el tratamiento del delirio en el paciente críticamente enfermo. No obstante, este fármaco aún no se encuentra aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y se necesita de vigilancia continua debido a sus efectos adversos como la depresión respiratoria, un intervalo QT prolongado y síndrome neuroléptico maligno. Además, en los casos de delirium secundario ocasionado por síndrome de abstinencia a sedantes o alcohol e incluso deprivación de benzodiazepinas o convulsiones, se puede justificar el uso de benzodiazepinas ante la falta de respuesta a los tratamientos clásicos y antecedentes del paciente, como el lorazepam 1 mg c/24h con un máximo de 5 mg en 24 horas. (Teniza et.al, 2021 & Faisal *et al*, 2023).

Por otro lado, Faisal (2023) y Reppas (2023) en conjunto con otros autores, mencionan que es importante tomar en cuenta que las directrices actuales recomiendan la dosis efectiva más baja de neurolépticos típicos o atípicos, con el menor tiempo posible de uso debido a los efectos secundarios que poseen como sedación, hipotensión, caídas, parkinsonismo y neumonía por aspiración.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los registros totales identificados fueron 125 estudios recopilados a través de las bases de datos PubMed, ScienceDirect, Scopus, Medigraphic y Dialnet. De los cuales se excluyeron 84 registros en base a los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Se evaluó la elegibilidad de 41 y se excluyeron 16 por diferentes causas. En esta revisión se incluyeron un total de 25 estudios.

Los múltiples estudios realizados indican que en la práctica clínica el personal de salud debe actuar de forma más cautelosa en el período perioperatorio en este grupo de pacientes, reduciendo los factores de riesgo modificables y considerando la farmacología adecuada para disminuir el riesgo de desarrollar delirium.

Por ello el delirium postoperatorio debería considerarse un desafío prioritario en la atención geriátrica, que al evolucionar nuestra comprensión se mejore la calidad de vida de este grupo de pacientes con medidas preventivas y terapéuticas más enfocadas.

Diagnóstico y tratamiento del Delirium Postoperatorio en personas mayores: Revisión Bibliográfica

Los métodos diagnósticos de este síndrome demuestran que una correcta selección y aplicación de dichos procedimientos es esencial en la evaluación del Delirio postoperatorio (DPO). La anamnesis, que incluye la identificación de factores de riesgo y estresores externos, junto con el examen físico para detectar infecciones y condiciones neurológicas, constituyen pasos fundamentales. La aplicación de criterios de diagnóstico es crucial debido a la naturaleza repentina y fluctuante de su presentación, que afecta la función cognitiva y la atención del paciente. Herramientas diagnósticas, como el DSM-5 y el CAM, son muy utilizadas para este fin, con la ventaja del CAM en términos de accesibilidad. La RASS y otros instrumentos también desempeñan un papel importante en la evaluación.

El tratamiento del Delirio postoperatorio se basa en un enfoque integral, que incluye medidas para mantener la salud nutricional, la movilidad y la prevención de caídas y otras complicaciones, así como enfoques farmacológicos y no farmacológicos. Utilizando un enfoque no médico, el objetivo es abordar las causas subyacentes, como las alteraciones del agua y los electrolitos, y mejorar la comunicación sensorial y el medio ambiente. Se utiliza un enfoque farmacológico cuando no hay respuesta a las medidas no farmacológicas, incluidos los antipsicóticos como el haloperidol y los antipsicóticos atípicos como la risperidona y la olanzapina. También se menciona la dexmedetomidina, pero se debe tener precaución debido a sus efectos secundarios

CONCLUSIONES

- El Delirium postoperatorio es una de las complicaciones postoperatorias más frecuentes en la persona mayor, debido a la reducción en su reserva funcional; por lo que la cirugía no es tolerada adecuadamente produciendo un déficit neurocognitivo.
- El reconocimiento de los factores de riesgo que puede presentar el adulto mayor contribuye a mantener alerta al personal de salud ante el desarrollo de Delirium postoperatorio y así poder brindarle un tratamiento adecuado.

El diagnóstico temprano del Delirium postoperatorio reduce la morbilidad asociada, produciendo una reducción de las complicaciones postoperatorias concomitantes, del tiempo de recuperación y el tiempo de estancia hospitalaria; por ello, una vez instaurado el DPO, se recomienda realizar un diagnóstico temprano mediante la escala CAM, e implementar un manejo no farmacológico en primera instancia, a menos de que la situación individual del paciente lo amerite.

Referencias

- Arotce, C., Barboza, A., Sosa, M. y Kmaid, A. (2018). Delirium en el perioperatorio de cirugía de cadera en el adulto mayor. *Anales de la Facultad de Medicina*, 5(2), 75-85.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542018000200075
- Beach, S., Gross, A., Hartney, K., Taylor, J., y Rundell, J. (2020). Intravenous haloperidol: A systematic review of side effects and recommendations for clinical use. *General Hospital Psychiatry*, 67, 42–50.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834320301213?via%3Dihub>
- Bilotta, F., Russo, G., Verrengia, M., Sportelli, A., Foti, L., Villa, G. y Romagnoli, S. (2021). Revisión sistemática de la evidencia clínica sobre el delirio postoperatorio: búsqueda bibliográfica de estudios originales basados en escalas diagnósticas validadas. *Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care*, 1(1), 18.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10245484/>
- Faisal, H., Farath, S., Grewal, N. y Faisal, M. (2023). Delirio en la UCI en pacientes cardíacos. *Methodist Debakey Cardiovascular Journal*, 19(4), 74-84.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10402849/>
- Guadamuz, S. y Suárez, G. (2020). Delirium postoperatorio como complicación en el adulto mayor. *Crónicas Científicas*, 16(16), 64-71.
<https://www.cronicascientificas.com/index.php/ediciones/edicion-xvi-setiembre-diciembre-2020/26-ediciones/278-delirium-postoperatorio-como-complicacion-en-el-adulto-mayor>
- Kotekar, N., Shenkar, A. y Nagaraj, R. (2018). Disfunción cognitiva postoperatoria: estrategias preventivas actuales. *Clinical Interventions in Aging*, 22(13), 2667-2273.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6233864/>
- León, A. y Henao, A. (2023). Definición, diagnóstico del delirium en unidades de cuidado intensivo: revisión Paraguay. *Horizonte de Enfermería*, 34(1), 139-154.
<https://revistaaisthesis.uc.cl/index.php/RHE/article/view/53525/49257>
- Moya, A., Vargas, D y Porras, D. (2022). Delirium postoperatorio en el adulto mayor. *Revista Médica Sinergia*, 7(4), e784. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=104770>

Diagnóstico y tratamiento del Delirium Postoperatorio en personas mayores: Revisión Bibliográfica

- Olmos, M., Varela, D y Klein, F. (2019). Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en cuidados críticos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 126–139.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-enfoque-actual-de-la-analgesia-S0716864019300215>
- Olotu, C. (2020). Trastornos neurocognitivos postoperatorios. *Current Opinion in Anesthesiology*, 33(1), 101-108. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31764008/>
- Paizano, G., Araya, O. y Chacón, S. (2021). Tratamiento farmacológico del delirium en el adulto mayor. *Revista Médica Sinergia*, 6(10), e725.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2021/rms2110g.pdf>
- Palmero, J. y Lassard, J. (2021). Delirium: una revisión actual. *Atención Familiar*, 28(4), 284-290.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2021/af214h.pdf>
- Pareja, T. y Rodríguez, J. (2018). Prevención y tratamiento de síndrome confusional agudo en el ingreso por fractura de cadera. Rodríguez M & Rodríguez I (Ed). *Guía de OrtoGeriatría*. 1ra ed., pp. 109-120). Abbott Laboratories, S.A. <https://sefraos.es/wp-content/uploads/2021/11/GUIA-DE-ORTOGERIATRIA-SCMGG-def-con-isbn.pdf>
- Pluta, M., Dziech, M., Czempik, P., Szczepańska, A. y Krzych Ł. (2020). Fármacos antipsicóticos en la prevención del delirio posoperatorio: ¿qué se sabe en 2020?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(17), 6069.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7503241/>
- Ramírez, M. y Umaña, A. (2021). Delirio: una visión global. *Revista Médica Sinergia*, 6(5), e672.
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/672/1214>
- Rengel, K., Pandharipande, P. y Hughes, C. (2018). Delirio postoperatorio. *Presse Med*, 15(47), 53-64. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29680484/>
- Reppas, C., Wiesenfeld, L. y Stall, N. (2023). Medicamentos antipsicóticos para adultos mayores con delirio ingresados en el hospital. *Canadian Medical Association Journal*, 195(31), E1038–E1039. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10426344/>
- Sánchez, P., Eguaras, I., Zazpe, C., Herrera, J. y Tarifa, A. (2020). Estudio prospectivo de los factores asociados al delirium en el postoperatorio de la cirugía abdominal urgente. *Cirugía Española*, 98(8), 450-455. <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-estudio-prospectivo-factores-asociados-al-S0009739X20300403>

Diagnóstico y tratamiento del Delirium Postoperatorio en personas mayores: Revisión Bibliográfica

- Seung-Taek, O. y Young, J. (2019). Delirio postoperatorio. *Korean Journal of Anesthesiology*, 72(1), 4-12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6369344/>
- Silva, P. y López, A. (2019). Factores asociados a delirium postoperatorio en adultos mayores sometidos a anestesia general en el Hospital Ángeles Metropolitano. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 42(2), 83-88. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rma/v42n2/0484-7903-rma-42-02-83.pdf>
- Teniza, F., Hernández, C., Carrillo, S., García, L., Portela, J. y Esponda, J. (2021). Incidencia del delirium postoperatorio en pacientes que ingresan a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital Ángeles Pedregal. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 19(1), 67-75. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2021/am2111.pdf>
- Tobar, E. y Álvarez E. (2020). Delirium en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica Clínica las Condes*, 31(1), 28-35. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019301142>
- Torales, J., Cuenca, O., Almirón, J., O'Higgins, M., Sosa, E., Barrios, I., Castaldelli, J. y Ventriglio, A. (2021). Delirium posquirúrgico: Valoración de factores de riesgo, diagnóstico y abordaje terapéutico. *Cirugía Paraguaya*, 45(2), 35-40. http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202021000200035
- Vargas, P., Mora, I. y Cordero, J. (2022). Cuidados perioperatorios en el paciente adulto mayor. *Revista Médica Sinergia*, 7(6), e814. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=105553>
- Vlisides, P y Avidan, M. (2019). Avances recientes en la prevención y el manejo del delirio posoperatorio. *F1000Res*, 8, 607. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6498743/>