

## Delirium en los pacientes con insuficiencia cardíaca

### Delirium in patients with heart failure

Francesc Formiga<sup>1\*</sup> y Jonathan Franco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari de Bellvitge, IDIBELL; <sup>2</sup>Departamento de Medicina Interna, Hospital Duran i Reynals, L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona, España

La insuficiencia cardíaca (IC) es un importante problema de salud pública, con una incidencia y una prevalencia que aumentan con la edad, especialmente en personas de 75 años o más, en las que representa la causa más común de hospitalización<sup>1</sup>. Este grupo de edad comprende pacientes con frecuente comorbilidad, polifarmacia, alteraciones sensoriales, etc., tributarios de presentar diversos síndromes geriátricos, especialmente *delirium*, durante un episodio de ingreso hospitalario por IC descompensada<sup>2,3</sup>.

El *delirium* o síndrome confusional agudo es uno de los trastornos mentales orgánicos más frecuentes, que puede aparecer en personas de todas las edades, pero mayoritariamente en los pacientes de mayor edad en el momento de un ingreso hospitalario<sup>1</sup>. El *delirium* es un síndrome de aparición aguda y curso fluctuante, que se caracteriza fundamentalmente por la alteración en la atención, la conciencia y otras funciones cognitivas, según los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5<sup>th</sup> ed.* (DSM-V)<sup>4</sup>.

La frecuencia de presentación de *delirium* es muy variable según las características de los pacientes, el diseño (prospectivo o retrospectivo) y el lugar donde se realiza el estudio (unidad de cuidados intensivos, hospitalización convencional, etc.), y la sensibilidad e intensidad del método de detección empleado<sup>5-7</sup>. Los pacientes hospitalizados con IC tienen altos porcentajes de *delirium*, aunque las cifras, como hemos comentado, varían según las características del estudio. Así,

Pak et al.<sup>8</sup> detectan *delirium* en el 27.3% de los pacientes (edad media: 83 años) ingresados por IC, siendo el *delirium* hiperactivo el más frecuentemente diagnosticado (86.1%). Es evidente que es importante la detección proactiva del *delirium*, que en su forma hipoactiva con frecuencia no es detectado. Aunque existen diversas herramientas diagnósticas, la más utilizada es el *Confusion Assessment Method*, por sus altas sensibilidad y especificidad, y por su fácil aplicabilidad<sup>5</sup>.

El modelo que mejor ayuda a entender por qué se produce el *delirium* engloba la interacción de factores predisponentes y factores desencadenantes<sup>5-7</sup>. Los primeros dependen del paciente y destacan, sobre todo, la falta de estimulación sensorial, la edad avanzada, el déficit cognitivo y la comorbilidad. Entre los factores desencadenantes destacan la hospitalización por sí misma (las horas de espera en urgencias), las infecciones y los fármacos (administración o privación de fármacos psicoactivos, y administración de fármacos anticolinérgicos), así como las alteraciones electrolíticas<sup>5-7</sup>. Alguno de los fármacos de amplio uso en los pacientes con IC, como la digoxina y la furosemida, están asociados con actividad anticolinérgica, en especial con dosis altas, en ancianos frágiles o en combinación con otros medicamentos con actividad anticolinérgica<sup>9</sup>, y otros, como los inhibidores de la aldosterona o los propios diuréticos, se asocian a alteraciones electrolíticas<sup>2</sup>. También son potenciales factores sumatorios la colocación de sondas urinarias y la

#### Correspondencia:

\*Francesc Formiga  
E-mail: fformiga@bellvitgehospital.cat

Fecha de recepción: 24-12-2021  
Fecha de aceptación: 27-01-2022  
DOI: 10.24875/RCCAR.21000162

Disponible en internet: 01-09-2022  
Rev Colomb Cardiol. 2022;29(3):272-273  
www.rccardiologia.com

0120-5633 / © 2022 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

posible hipoxia, entre otras causas frecuentemente presentes en los pacientes hospitalizados con IC<sup>2</sup>.

El *delirium* por sí mismo empeora el pronóstico de los que lo sufren con respecto a otros pacientes con el mismo estado clínico basal que no lo desarrollan. En los pacientes hospitalizados por IC, el *delirium* es un predictor independiente de una mayor duración de la estancia, un aumento de la mortalidad intrahospitalaria y a corto término, un mayor número de reingresos y un exceso de costes hospitalarios<sup>10,11</sup>. En estudios de seguimiento a medio plazo se ha reportado que tener *delirium* puede indicar una mayor posibilidad de realizar el diagnóstico de demencia en el seguimiento<sup>6</sup>.

El abordaje multidisciplinario y no fármacológico ha demostrado ser el mejor en prevenir y tratar el *delirium*<sup>7</sup>. Intentar controlar al máximo los factores desencadenantes presentes en cada individuo será básico, añadido a las medidas generales, como dar la información a los familiares o acompañantes, proponiéndoles la incorporación de objetos personales (fotos, etc.) y la necesidad de acompañamiento de estos pacientes durante el ingreso hospitalario. Además, habrá que recordar el lugar y el día en que vivimos (colocar calendarios, relojes), mantener al máximo su capacidad de visión y audición (gafas, audífonos) y explicarle todo aquello que vayamos a hacerle en cada momento, aunque pensemos que no nos entienda. Dos aspectos prácticos y útiles son mantener la cama con cierto grado de inclinación (unos 45° a ser posible) y dejar una luz encendida durante la noche<sup>6</sup>.

Una vez instaurado el *delirium*, lo primero y básico será intentar mantener la seguridad del paciente, preservando en la medida de lo posible su funcionalidad. No existe ningún tratamiento farmacológico (neurolepticos) aprobado específicamente para el *delirium*, y si se administra cuando han fallado todas las medidas no farmacológicas debe ser con control y con fecha de finalización. Cabe recordar que, salvo en excepciones puntuales, las benzodiazepinas deben evitarse<sup>12</sup>.

En definitiva, es básico que los profesionales que atienden a pacientes hospitalizados con IC incorporen en la práctica clínica diaria los conocimientos precisos que permitan identificar los factores predisponentes y los posibles desencadenantes del *delirium*, y con ello aplicar las intervenciones necesarias.

## Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Bibliografía

1. Chivite D, Franco J, Formiga F. Chronic heart failure in the elderly patient. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50:237-46.
2. Correale M, Altamura M, Carnevale R, Tricarico L, Malerba S, Gallotta AM, et al. Delirium in heart failure. *Heart Fail Rev.* 2020;25:713-23.
3. Kwak MJ, Avritscher E, Holmes HM, Jantea R, Flores R, Rianon N, et al. Delirium among hospitalized older adults with acute heart failure exacerbation. *J Card Fail.* 2021;27:453-9.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
5. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet.* 2014;383:911-22.
6. Álvarez Fernández B, Formiga F, Gómez R. Delirium in hospitalised older persons: review. *J Nutr Health Aging.* 2008;12:246-51.
7. Hsieh TT, Inouye SK, Oh ES. Delirium in the elderly. *Clin Geriatr Med.* 2020;36:183-99.
8. Pak M, Hara M, Miura S, Furuya M, Tamaki M, Okada T, et al. Delirium is associated with high mortality in older adult patients with acute decompensated heart failure. *BMC Geriatr.* 2020;20:524.
9. Chew ML, Mulsant BH, Pollock BG, Lehman ME, Greenspan A, Mahmoud RA, et al. Anticholinergic activity of 107 medications commonly used by older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56:1333-41.
10. Uthamalingam S, Gurm GS, Daley M, Flynn J, Capodilupo R. Usefulness of acute delirium as a predictor of adverse outcomes in patients >65 years of age with acute decompensated heart failure. *Am J Cardiol.* 2011;108:402-8.
11. Ritchie C, Walters RW, Ramaswamy S, Alla VM. Impact of delirium on mortality in patients hospitalized for heart failure. *Int J Psychiatry Med.* 2021: 912174211028019.
12. Kawada K, Fukuda H, Kubo T, Ohta T, Ishida T, Morisawa S, et al. Added value of anxiolytic benzodiazepines in predictive models on severe delirium in patients with acute decompensated heart failure: a retrospective analysis. *PLoS One.* 2021;16:e0250372.