

DELIRIUM PERIOPERATORIO

PERIOPERATIVE DELIRIUM

DRA. JIMENA RODRÍGUEZ (1)

(1) Profesor Asistente adjunto. Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

Email: j.rodriguez.m55@gmail.com

RESUMEN

Debido al cambio demográfico de las últimas décadas, los sistemas de salud se han visto enfrentados a atender a pacientes cada vez de mayor edad.

El Delirium Perioperatorio (DPO) es la más seria y más frecuente complicación cognitiva del paciente mayor. Su incidencia es entre 25 y 60%.

El DPO es una entidad que condiciona una mayor mortalidad, un aumento del tiempo de hospitalización, genera complicaciones médicas y mayor necesidad postoperatoria de cuidados crónicos de enfermería, además de aumento de costos.

Sus causas son multifactoriales, como edad avanzada, morbilidad previa –especialmente cerebral–, la magnitud del procedimiento a realizar, uso de medicamentos de alto riesgo, fenómenos inflamatorios desencadenados, entre otros.

Su cuadro clínico incluye un curso fluctuante, alteración de la atención, memoria, irritabilidad, alteración del ciclo vigilia-sueño, agitación, alucinaciones visuales y auditivas.

Las estrategias de tratamiento se centran en la prevención y temprano diagnóstico con intervenciones no farmacológicas, evitar drogas anticolinérgicas, evitar benzodiacepinas y buscar complicaciones o alteraciones metabólicas que lo pudieran haber desencadenado.

El manejo multidisciplinario es crítico para optimizar el manejo del paciente y reducir las complicaciones y la mortalidad.

Palabras clave: Delirium, alteración cognitiva, geriatría, demencia, cerebro.

SUMMARY

The health team has given care to elderly people due to an increasing number because in the demographic change around the world during the last decades.

Delirium Postoperative (POD) is the most frequent and serious surgical complication in elderly patients. The incidence POD is between 25 y 60%

Delirium Postoperative can adversely affects outcomes, with longer hospital stay, increase medical complications, poorer long-term functional outcome and additional cost.

The risk factors include advanced age, preoperative cognitive impairment, co-morbid illness, high risk medications use, inflammatory mechanisms, etc.

POD has a fluctuating course with inattention, lost memory, restlessness, agitation, sleep disturbances, hearing and visual hallucinations.

Management of POD centers on prevention and early diagnostic, general care no pharmacological, anticholinergic and benzodiazepines drugs are not to be used, search metabolic disorders or infection that could be the cause.

Multidisciplinary management is critical in order to reduce complications and mortality.

Key words: Delirium, cognitive impairment, geriatric, dementia, brain.

INTRODUCCIÓN

La alteración cognitiva está emergiendo como un gran riesgo de salud del siglo XXI.

A medida que la población ha aumentado su expectativa de

vida, también ha aumentado la prevalencia de la declinación cognitiva y demencia, especialmente en la forma de enfermedad de Alzheimer (EA), la que afecta casi el 50% de los adultos mayores de 85 años en EE.UU. El mayor factor de riesgo de desarrollar EA es la edad (1).

Las alteraciones de las funciones mentales superiores en el periodo perioperatorio son de gran importancia en el paciente mayor y preocupan no solo al equipo médico sino al propio paciente, quien pregunta por la posibilidad de que le ocurra después de ser sometido a un procedimiento anestésico-quirúrgico.

El paciente mayor en general no tiene miedo a la muerte, sino más bien teme perder la independencia, las funciones mentales y transformarse en una carga para su familia.

Existen reportes de deterioro cognitivo postoperatorio en el paciente mayor, desde hace más de 50 años. Los efectos de este deterioro son muchas veces devastadores para la familia y su entorno social (2).

El envejecimiento produce una reducción de la masa total del cerebro y médula espinal, disminución de la concentración de neurotransmisores y receptores, disminución de la complejidad de redes neuronales, alteraciones de la glía (3). Sin embargo la declinación cognitiva que ocurre con el envejecimiento normal es leve, pero altamente variable de persona a persona. En general lo que más se altera es la memoria de corto plazo y la respuesta rápida a estímulos. Lo que menos se altera es la memoria de largo plazo, así las personas mayores recuerdan con detalles la historia personal y familiar (2).

CUADROS CLÍNICOS DE ALTERACIONES CEREBRALES POST OPERATORIAS

La morbilidad cognitiva post operatoria en el paciente mayor toma diferentes formas clínicas como **disfunción cerebral postoperatoria (DCPO)**, enfermedad de Alzheimer (EA), Delirium (DPO), depresión, accidente vascular cerebral y otras enfermedades (3).

La disfunción cerebral post operatoria (DCPO) es la alteración de las funciones cerebrales de inicio larvado y progresivo, que persiste en el tiempo y puede presentarse o agravarse después de cirugía y anestesia. No está claro si se debe a mayor vulnerabilidad por menor reserva de función cerebral o porque la noxa durante la cirugía y anestesia fue muy importante. El paciente puede haber iniciado este cuadro previo al evento quirúrgico y se hace evidente en el postoperatorio. En general se produce un déficit o deterioro de la función intelectual, en la inteligencia fluida, capacidad

analítica, con alteración de memoria de corto plazo, alteraciones de las funciones ejecutivas, etc. Puede ser desde leve hasta alteración cognitiva grave, permanente, resultando en pérdida de la independencia (1).

La **demencia** es una enfermedad que refleja un envejecimiento patológico del cerebro. Se caracteriza por una declinación lenta, crónica, progresiva, global, de las funciones cerebrales que siempre involucra la memoria, tiene alteración de contexto e inadecuación social (4,5).

Delirium perioperatorio (DPO)

El DPO es el síndrome psiquiátrico de aparición más frecuente en el hospital general. El DPO puede presentarse en más de un 20% de la población quirúrgica general y en 25 a 60% de los pacientes ancianos. Sólo en un tercio de estos pacientes es adecuadamente diagnosticado y tratado. En los pacientes de unidades de medicina interna, la alteración cognitiva es un 20 a 30%, pero es diagnosticada sólo en un 13% (6).

El DPO es una de las causas principales de injuria prevenible del paciente mayor, descritas por la escuela de Medicina y Salud Pública de Harvard (7).

El desarrollo de DPO durante una hospitalización es un importante predictor de mayor morbimortalidad, lo que obliga a prevenir su aparición y a realizar intervenciones terapéuticas tempranas para reducir sus graves efectos a corto y a largo plazo (8,9).

Existe evidencia que sugiere que sedantes y analgésicos contribuyen a producir DPO en pacientes mayores, con demencia y enfermedades graves (7,10).

Existen 5 factores de riesgo principales correlacionados con la aparición de DPO:

1. Edad >65 años
2. Demencia u otra enfermedad cerebral
3. Alteraciones de la visión
4. Severa enfermedad que altere las actividades de la vida diaria
5. Infección

De estos factores el predictor más importante es la edad. Otros factores implicados son dependencia funcional, fractura de cadera, la fragilidad (10).

Hay numerosos estudios que han tratado de demostrar que la anestesia general está implicada en el DPO, sin embargo no se ha logrado demostrar que la anestesia regional es mejor que la anestesia general en cuanto a incidencia de DPO (11, 12).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8767532>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8767532>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)