

Síndrome confusional agudo postoperatorio:

Delirio postoperatorio (DPO)



Félix J. Fojo, MD
felixfojo@gmail.com
ffojo@homeorthopedics.com

El paciente J. B., ingeniero recientemente retirado, de 63 años, continúa participando en actividades académicas de su especialidad y ocupa sus ratos libres como instructor de tai chi y alguna que otra vez camina, corre y nada en piscina. No fuma, no bebe alcohol ni refiere adicciones. No presenta sobrepeso y, de acuerdo con su edad cronológica, tiene una excelente salud física y mental. Ingresa al hospital para ser intervenido quirúrgicamente por una hipertrofia prostática benigna.

Se le practica el mismo día una cirugía bajo anestesia general endotraqueal que resulta exitosa y se le envía a sala de recuperación. Inesperadamente, un par de horas después de salir de la anestesia presenta un cuadro confusional agudo que se expresa por un importante deterioro de la atención, desorientación en tiempo y espacio, percepción alterada de lo que le está ocurriendo, alucinaciones visuales de animales y personas, agitación psicomotora, crisis de pánico, taquicardia, respiración superficial, sudoración profusa y una midriasis que no puede explicarse por los medicamentos utilizados durante la cirugía. Se diagnostica al paciente como portador de un síndrome confusional agudo postoperatorio o delirio postoperatorio (DPO).

Hemos descrito el cuadro clásico de un fenómeno que está aumentando en todo el mundo occidental, al aumentar la expectativa de vida e incrementarse los procedimientos quirúrgicos electivos en las personas mayores o muy mayores. Tan serio es el problema del delirio postoperatorio que tanto los equipos quirúrgicos, los anestesiólogos y los cirujanos, como los pacientes temen su aparición. Los primeros por las complicaciones derivadas (aumento de la morbimortalidad) y, los segundos, por la posibilidad de nunca recuperarse completamente desde el punto de vista cognitivo (no volver a ser los mismos de antes) o acelerar el paso hacia la eventual y tan temida demencia senil.

Los factores de riesgo más comunes del DPO son:

- 1- Edad: 65 años o más, aumentando la proporción de casos a medida que aumenta la edad;
- 2- Antecedentes de enfermedad neurológica;
- 3- Severidad de la enfermedad de base o alguna noxa inadvertida (EPOC, arritmias, diabetes mellitus, cáncer, cirugías y anestias previas, etc.);
- 4- Alteraciones importantes de la visión;
- 5- Sordera parcial (hipoacusia) o total (cofosis);
- 6- Presencia de infección, sea localizada o sistémica;
- 7- Aislamiento social y/o familiar previo;
- 8- Alcoholismo; y
- 9- Medicación no controlada.

Su fisiopatología es compleja y no siempre puede demostrarse bien: hipoxia cerebral, desbalance de neurotransmisores, declinación neuronal y/o hipofunción glial, interacciones farmacológicas, alteraciones metabólicas, anemia, malnutrición, etc.

Se han descrito tres tipos de DPO: hiperagitada, hi-poactiva y mixta, pero lo habitual es el paso de un estado al otro. El diagnóstico diferencial incluye la demencia senil, por Alzheimer, vascular, por cuerpos de Lewy o frontotemporal, entre otras. En la práctica, queda al criterio médico la diferenciación entre el DPO o la aceleración de demencia. El pronóstico a corto plazo es relativamente bueno, pero a largo plazo no tanto, por la real aceleración del deterioro cognitivo. No es raro que una crisis de DPO siga a mediano plazo con un cuadro de demencia crónica.

El tratamiento de estos pacientes pertenece al equipo interdisciplinario que los trata. Algunas medidas elementales son: adecuada hidratación, tratar de que el paciente se movilice lo antes posible, crear un entorno sosegado con apoyo de seres queridos, facilitar el sueño y el descanso. Existe un programa, usado en cientos de hospitales norteamericanos desde 1993, denominado HELP (*Hospital Elder Life Program*) que ha demostrado ser de mucha utilidad en la prevención y en el manejo de estos casos. **G**