

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Prevención Diagnóstico y Tratamiento del Delirium en el Anciano Hospitalizado

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-465-11**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
E IGUALDAD DE LA MUJER



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

F 05X Delirio no inducido por alcohol u otras sustancias psicoactivas

F 050 Delirio no superpuesto a un cuadro de demencia, así descrito

F 051 Delirio superpuesto a un cuadro de demencia

F059 Delirio, no especificado

GPC

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Delirium en el Anciano Hospitalizado

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

El *Delirium* es una condición aguda, fluctuante y transitoria de la atención y la cognición, tiene un origen multifactorial y es “característica” en “ancianos frágiles”. Generalmente está asociada a una enfermedad física aguda, que no necesariamente tiene origen en el sistema nervioso central, ya que solo en el 10% de los casos se encuentra una causa en el mismo. El desarrollo del delirium precipita una serie de eventos adversos que se traducen en pérdida de la autonomía y se acompaña de una elevada morbilidad y mortalidad, con alto costo social y económico. El *Delirium* es una urgencia médica que requiere una valoración para identificar la o las causas subyacentes. Es importante mencionar que “*Delirium*” es distinto de “*Delirio*”, no deben usarse indistintamente, ya que este último es un término para designar las manifestaciones *delirantes* (firme convicción no sustentada en la realidad) bien organizadas que son componente o acompañan a verdaderos trastornos psiquiátricos.

JUSTIFICACION

El *Delirium* es un problema serio de salud pública, sin embargo los servicios de salud y los médicos han ignorado su dimensión e impacto, de manera no intencionada los servicios de salud contribuyen al desarrollo y agravamiento del delirium. Es un trastorno que afecta a individuos de cualquier edad y condición social, es particularmente frecuente en ancianos, sobre todo los que son frágiles (baja reserva homeostática) o tienen demencia. Así mismo, es una condición clínica común en ancianos hospitalizados, poco reconocida y tratada, conlleva una elevada morbilidad y mortalidad, es causa de discapacidad y dependencia, aumenta considerablemente el riesgo de institucionalización, además de elevar los costos de la atención médica con alto impacto social y familiar. Sin embargo debido a su naturaleza es potencialmente prevenible y tratable, por lo que es necesario contar con información precisa, actual y efectiva para la prevención, diagnóstico, y tratamiento correctos y oportunos. Todo lo anterior es la esencia y motivación de la presente guía.

El delirium es más frecuente en el ambiente hospitalario, con una prevalencia general en ancianos hospitalizados del 14 al 56%, complica la estancia del 20% de los 12.5 millones mayores de 65 años que se hospitalizan en Estados Unidos y eleva los costos de la atención en 2500 dólares por paciente, esto sin tomar en cuenta que algunos requerirán a su egreso re-hospitalización, rehabilitación, institucionalización, cuidados formales e informales de salud, lo que además de adicionar costo económico, conlleva un desgaste familiar, social e institucional. La incidencia durante la hospitalización varía de 6 a 56%, los más afectados son los quirúrgicos ya que ocurre en 15 a 53% especialmente en los de cirugía de cadera o vascular, en 70 a 87% de los que requieren cuidados intensivos, en 60% de los ancianos institucionalizados o en cuidados

subagudos y de hasta 83% al final de la vida.

La mortalidad de ancianos hospitalizados con delirium va de 22 a 76%, siendo más elevada en pacientes con infarto miocárdico o sepsis. Además de la elevada mortalidad, también tiene otras complicaciones tales como: abatimiento funcional, incremento considerable de la estancia hospitalaria con utilización de recursos más complejos, mayor tiempo en cuidados subagudos, mayor riesgo de institucionalización, caídas, entre otras. Los estudios de seguimiento muestran una mortalidad a un año de 35 a 40% y al parecer tiene relación directa con los días de duración del delirium. En México se han reportado en instituciones de salud pública una prevalencia del 38.3% de los ancianos hospitalizados con una incidencia del 12%, de los cuales casi la mitad tienen como antecedentes demencia, dolor no controlado o un procedimiento quirúrgico reciente

FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES PARA DELIRIUM EN EL ANCIANO

En un paciente con delirium se debe de realizar una historia clínica meticulosa y buscar intencionadamente los factores de riesgo predisponentes y precipitantes más comunes, incluyendo fármacos utilizados previamente y durante la hospitalización debiéndose reevaluar su uso. Este trastorno debe abordarse como un problema de origen multifactorial y por lo tanto otorgar un manejo integral.

FACTORES PREDISPONENTES NO MODIFICABLES

Demográficos

- Edad igual o mayor a 65 años.
- Sexo masculino.

Estado cognoscitivo

- Historia previa de delirium.
- Existencia previa de demencia, conocida o no.

Estado funcional

- Historia previa de caídas.
- Historia de dependencia funcional total o parcial.
- Pérdida de la visión y/o audición.

Asociado a condiciones médicas

- Historia previa de evento vascular cerebral.
- Historia de enfermedad neurológica previa.
- Historia de múltiples enfermedades coexistentes (cardiovascular, renal, metabólica, etc.).
- Estado terminal.

FACTORES PREDISPONENTES MODIFICABLES

Estado cognitivo y psicoafectivo:

- Deterioro cognitivo.
- Depresión.
- Ansiedad.

Estado funcional:

- Inmovilidad.
- Actividad física limitada.

Asociado a condiciones médicas:

- Enfermedad renal crónica.
- Enfermedad hepática.
- Fracturas.
- Cualquier tipo de trauma (craneoencefálico, torácico, abdominal, etc.).
- Infección aguda y crónica.
- Desnutrición.

Uso de fármacos:

- Todos aquellos que cruzan la barrera hematoencefálica y/o aquellos con efectos anticolinérgicos
- Polifarmacia, adición y cambio de fármacos.
- Abuso de alcohol y otras sustancias.

FACTORES DE RIESGO PRECIPITANTES PARA DELIRIUM EN EL ANCIANO (MODIFICABLES)

Fármacos utilizados durante la hospitalización

- Hipnóticos.
- Narcóticos.
- Anticolinérgicos.
- Polifarmacia.

(Ver anexo 1. *Fármacos precipitantes de delirium*).

Asociadas a la hospitalización per se:

- Abstinencia de alcohol u otros fármacos como benzodiacepinas.
- Admisión a UCI.
- Uso de restricciones físicas o químicas.
- Uso de sondas y catéteres en general.
- Procedimientos diagnósticos múltiples.
- Privación prolongada de sueño.
- Dolor.
- Estrés emocional.
- Polifarmacia intrahospitalaria.
- Uso injustificado de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Enfermedad o condiciones médicas:

- Infecciones.
- Hipoxia.
- Choque de cualquier índole.
- Fiebre o hipotermia.
- Anemia.
- Deshidratación.
- Retención aguda de orina.
- Impactación fecal.
- Ayuno prolongado.
- Hipoalbuminemia.
- Trastornos en los electrolitos séricos especialmente el sodio.
- Desequilibrio ácido-base.
- Alteraciones del metabolismo de la glucosa.
- Cirugía neurológica.
- Cirugía ortopédica.
- Cirugía cardíaca, especialmente si requiere de bomba de circulación extracorpórea.
- Cirugía no cardíaca.
- Anestesia general.

CUADRO CLÍNICO

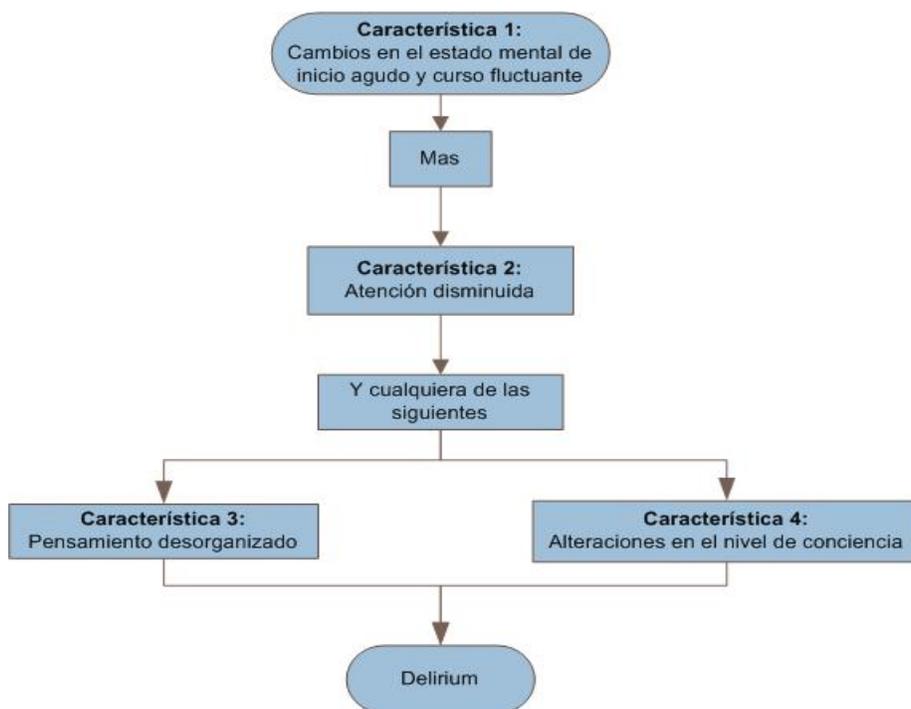
La manifestación central del Delirium es una alteración reciente o aguda en la atención y un cambio agudo del estado mental obliga a descartar Delirium. Existen tres subtipos de Delirium: 1. Hipoactivo (Hipoalerta o letárgico). 2. Hiperactivo (Hiperalerta o agitado) y Mixto (Alternancia en las características de ambos). El delirium hipoactivo es descrito como silencioso y se caracteriza por una actividad psicomotora disminuida, los pacientes se muestran deprimidos, sedados, somnolientos o letárgicos, se presenta sobretodo en pacientes muy enfermos y con baja reserva homeostática, es el menos identificado y por lo tanto el de peor pronóstico. El delirium hiperactivo es descrito como agitado, se caracteriza por una actividad psicomotora aumentada, los pacientes se muestran inquietos, irritables, preocupados, ansiosos o combativos.

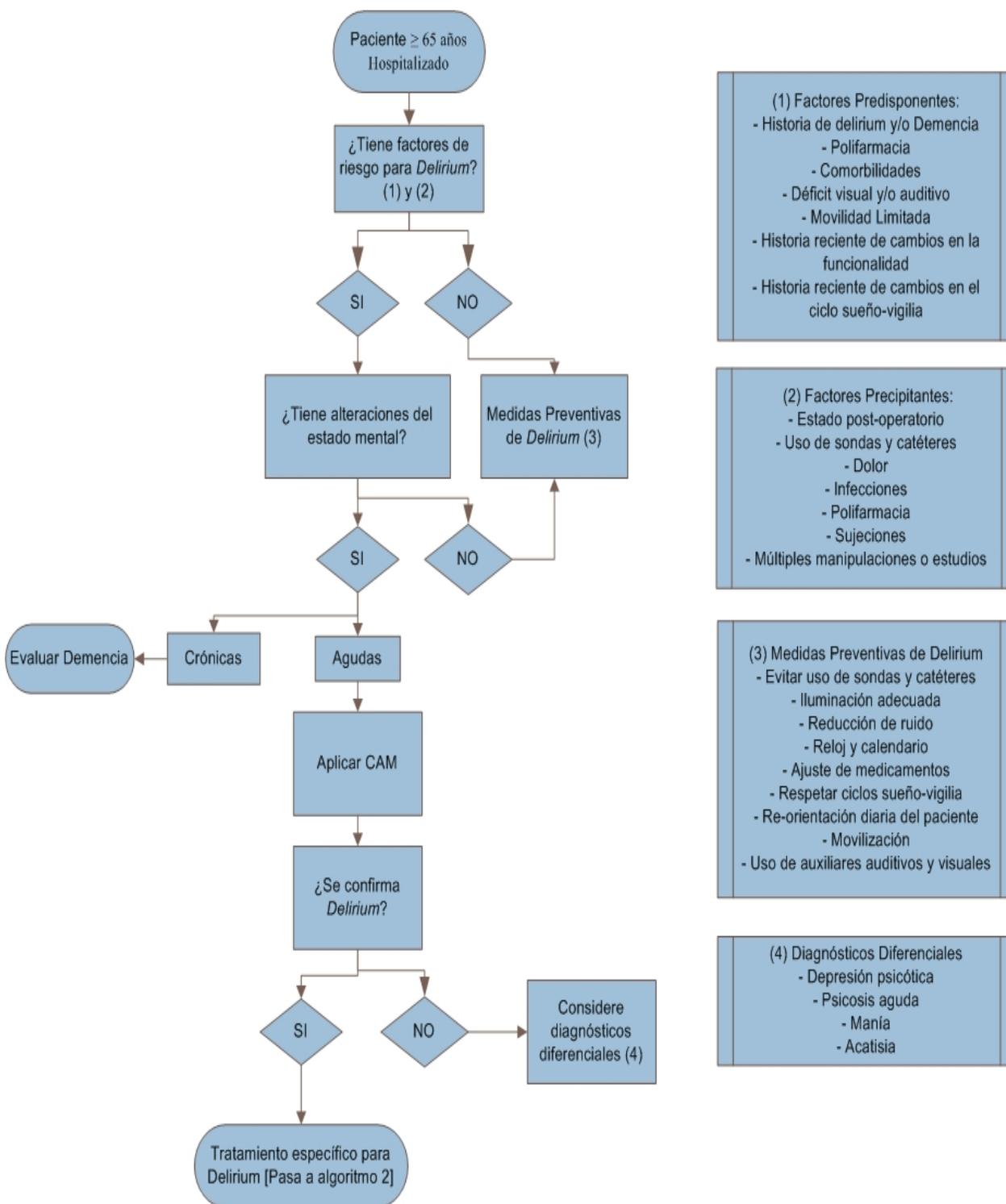
Hay algunos pacientes que 1 a 3 días antes del inicio presentan algunos síntomas relacionados pero no cumplen los criterios del DSM-IV (se muestran irritables, evasivos, con alteraciones del sueño, del apetito y con cambios en la actividad habitual) a lo cual se le ha denominado *pródromos de Delirium* ó *Delirium sub-sindromático*.

INSTRUMENTOS DIAGNOSTICOS

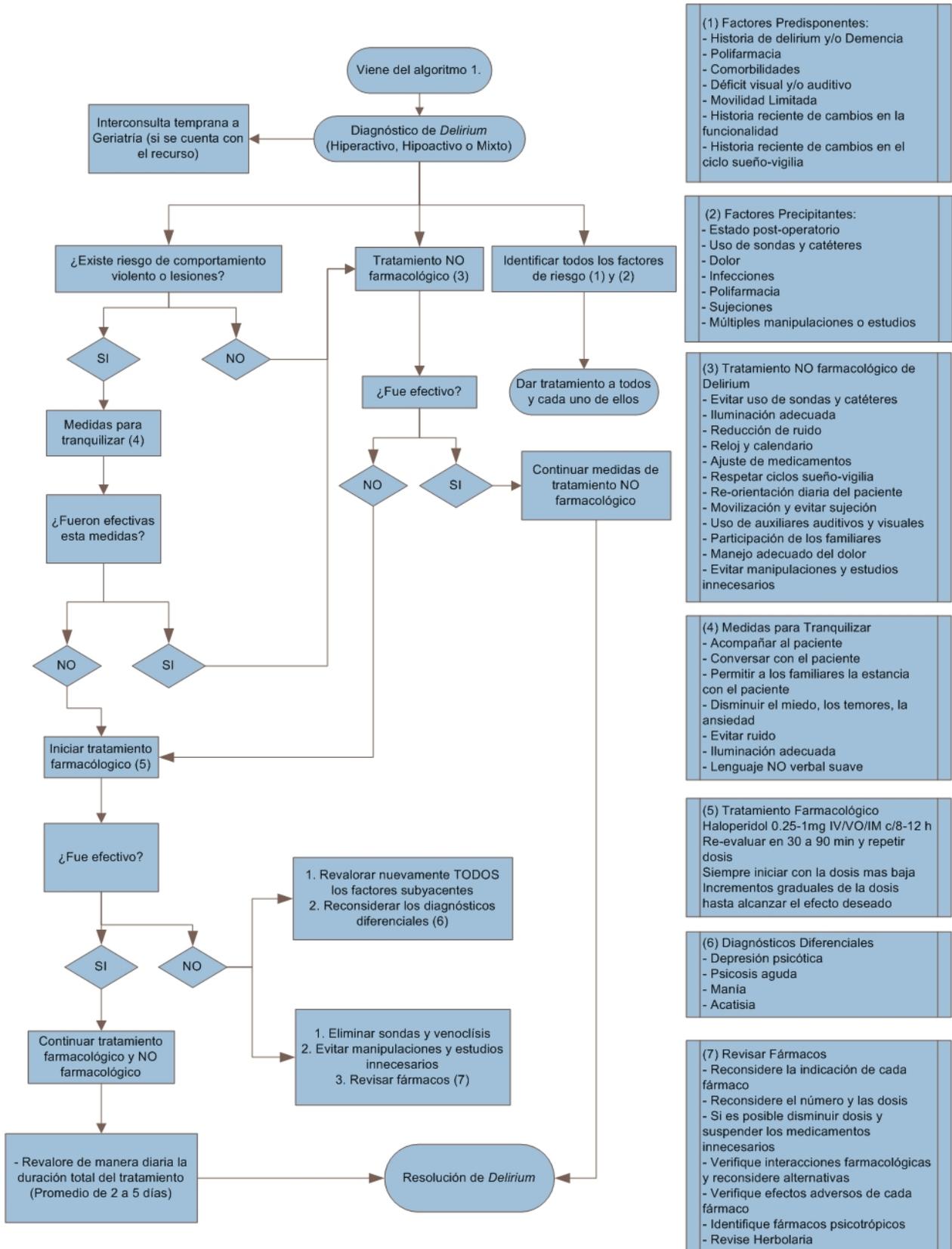
Los instrumentos para diagnosticar delirium revisados y aprobados recientemente son los criterios DSM IV y el Método para la evaluación de la confusión (Confusion assessment Method, CAM). El CAM tiene una sensibilidad de 94 a 100% y una especificidad de 90 a 95%, además una concordancia del 100% entre quienes lo aplican (índice de kappa de 1) El CAM es un instrumento diseñado para detección de delirium por médicos no psiquiatras. El CAM para cuidados intensivos (CAM-ICU), tiene una adecuada sensibilidad 93 a 100%, especificidad 98 a 100%, y un índice de kappa 92 al 99%. Se sugiere el uso del CAM como prueba de diagnóstico a nivel hospitalario, debido a su adecuada sensibilidad especificidad y facilidad de aplicación.

ALGORITMOS





PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DELIRIUM EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO



- (1) Factores Predisponentes:
- Historia de delirium y/o Demencia
 - Polifarmacia
 - Comorbilidades
 - Déficit visual y/o auditivo
 - Movilidad Limitada
 - Historia reciente de cambios en la funcionalidad
 - Historia reciente de cambios en el ciclo sueño-vigilia

- (2) Factores Precipitantes:
- Estado post-operatorio
 - Uso de sondas y catéteres
 - Dolor
 - Infecciones
 - Polifarmacia
 - Sujeciones
 - Múltiples manipulaciones o estudios

- (3) Tratamiento NO farmacológico de Delirium
- Evitar uso de sondas y catéteres
 - Iluminación adecuada
 - Reducción de ruido
 - Reloj y calendario
 - Ajuste de medicamentos
 - Respetar ciclos sueño-vigilia
 - Re-orientación diaria del paciente
 - Movilización y evitar sujeción
 - Uso de auxiliares auditivos y visuales
 - Participación de los familiares
 - Manejo adecuado del dolor
 - Evitar manipulaciones y estudios innecesarios

- (4) Medidas para Tranquilizar
- Acompañar al paciente
 - Conversar con el paciente
 - Permitir a los familiares la estancia con el paciente
 - Disminuir el miedo, los temores, la ansiedad
 - Evitar ruido
 - Iluminación adecuada
 - Lenguaje NO verbal suave

- (5) Tratamiento Farmacológico
- Haloperidol 0.25-1mg IV/VO/IM c/8-12 h
Re-evaluar en 30 a 90 min y repetir dosis
- Siempre iniciar con la dosis mas baja
Incrementos graduales de la dosis hasta alcanzar el efecto deseado

- (6) Diagnósticos Diferenciales
- Depresión psicótica
 - Psicosis aguda
 - Mania
 - Acatisia

- (7) Revisar Fármacos
- Reconsidere la indicación de cada fármaco
 - Reconsidere el número y las dosis
 - Si es posible disminuir dosis y suspender los medicamentos innecesarios
 - Verifique interacciones farmacológicas y reconsidere alternativas
 - Verifique efectos adversos de cada fármaco
 - Identifique fármacos psicotrópicos
 - Revise Herbolaria

Anexo 1. Fármacos frecuentemente asociados al desarrollo de Delirium*			
Clase Farmacológica	Ejemplos comunes	Clase Farmacológica	Ejemplos comunes
Agentes Gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> • Antieméticos (metoclopramida) • Antiespasmódicos (butilioscina) • Bloqueadores del receptor de Histamina-2 (ranitidina) • Loperamida 	Dopaminérgicos	<ul style="list-style-type: none"> • Amantadina • Bromocriptina • Levodopa • Pramipexole
Analgésicos	<ul style="list-style-type: none"> • AINE (todos) • Opioides (nalbufina) 	Hipnóticos y Sedantes	<ul style="list-style-type: none"> • Barbitúricos • Benzodiacepinas • Zolpidem
Antibióticos o Antivirales	<ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir • Aminoglucósidos • Anfotericina B • Cefalosporinas • Fluoroquinolonas • Isoniazida • Macrólidos • Metronidazol • Penicilinas • Rifampicina • Sulfonamidas 	Antidepresivos	<ul style="list-style-type: none"> • Mirtazapina • Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina • Antidepresivos tricíclicos • Inhibidores de la MAO
Anticolinérgicos	<ul style="list-style-type: none"> • Atropina • Difenhidramina • Trihexifenidilo • Biperideno 	Otros con actividad en SNC	<ul style="list-style-type: none"> • Disulfiram • Inhibidores de la Colinesterasa (Donepezilo) • Litio • Fenotiazinas
Anticonvulsivos	<ul style="list-style-type: none"> • Carbamazepina • Levetiracetam • Fenitoina • Valproato 	Herbolaría y Suplementos alimenticios	<ul style="list-style-type: none"> • Valeriana • Gingsen • Hierba de San Juan • Belladona • Ignatia
Antihipertensivos Cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Anti arrítmicos • Betabloqueadores • Digoxina • Diuréticos • Alfa Metildopa 	Corticoesteroides	<ul style="list-style-type: none"> • Prednisona • Metilprednisolona • Dexametasona
		Antidiabéticos	<ul style="list-style-type: none"> • Glibenclamida

* Cualquier fármaco puede ser un factor precipitante de delirium.

ANEXO 2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DELIRIUM, DEMENCIA Y DEPRESIÓN.

CARACTERÍSTICA	DELIRIUM	DEMENCIA	DEPRESIÓN
Características descriptivas	Confusión e inatención.	Pérdida de memoria.	Tristeza, anhedonia.
Aparición	Aguda, sub-aguda, depende de los factores predisponentes y precipitantes.	Crónica, generalmente insidiosa, dependiente de la causa.	Coincide con cambios en la historia de vida, a menudo abrupta, pero puede ser lenta.
Curso	Corto, fluctuante durante el día, generalmente empeora por la noche, en la oscuridad y al despertar.	Largo, sin efectos diurnos, síntomas progresivos pero relativamente estables en el tiempo.	Por lo general peor por la mañana, con variaciones según la situación pero más leves que el delirium.
Progresión	Abrupta.	Lenta pero progresiva.	Variable, rápida/lenta.
Duración	Entre horas y menos de 1 mes, rara vez más tiempo.	Entre meses y años.	Al menos dos semanas, puede durar meses o años.
Consciencia	Reducida.	Clara.	Clara.
Alerta	Fluctuante, dependiendo del tipo: hiperactivo, hipoactivo, mixto.	Habitualmente normal.	Normal.
Atención	Alterada, reducida, fluctuante.	Habitualmente normal, alterada en casos graves.	Deterioro mínimo, pero presenta distractibilidad.
Orientación	Alterada, fluctúa en intensidad, generalmente deteriorada.	Puede verse afectada.	Desorientación selectiva.
Memoria	Deterioro a corto plazo, la reciente o inmediata.	Deterioro a corto y largo plazo de la memoria inmediata y reciente más que la remota.	Deterioro selectivo o parcial.
Pensamiento	Desorganizado, distorsionado, fragmentado, divagante, incoherente.	Dificultad para el pensamiento abstracto, pobreza de pensamiento, falta de claridad en el juicio.	Intacto, con ideas de desesperanza, impotencia, indefensión o autodesprecio.
Lenguaje	Incoherente, lento o rápido.	Alterado por afasia, con errores leves.	Normal, lento o rápido.
Percepción	Distorsionada, ilusiones, delirios y alucinaciones visuales (generalmente) o auditivas, dificultad para distinguir entre la realidad y percepciones distorsionadas.	No distorsionada.	Intacta, alucinaciones solo en casos extremos de depresión psicótica usualmente auditivas.
Cambios psicomotores	Si, dependen del tipo incrementado, reducido, cambiante.	No, normal.	Si, variables de hipo a hiperactividad.
Reversibilidad	Usualmente.	No.	Posible.

ANEXO 3. INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE DELIRIUM

ESTRATEGIAS CLÍNICAS	ESTRATEGIAS CONDUCTUALES	ESTRATEGIAS AMBIENTALES
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración y elaboración del plan de manejo por un equipo geriátrico interdisciplinario. • Valoración de los factores predisponentes y precipitantes antes de 24h del ingreso. • Valoración de la presencia de delirium al ingreso y cada 24 h. • Tratamiento de todas las causas subyacentes. • Consideración especial en la valoración de pacientes con dificultades para la comunicación (EVC, hipoactivo), demencia, intubación orotraqueal, traqueostomía. • Valorar los déficits visuales y auditivos. • Evitar la colocación de sondas. • Revisar y ajustar la polifarmacia. • Modificar horarios de medicamentos para evitar que interrumpan el sueño. • Prevención, búsqueda y tratamiento de los procesos infecciosos. • Detectar y manejar de forma adecuada el dolor. • Adecuada hidratación. • Valoración de la presencia de hipoxia y administrar oxígeno de ser necesario. • Detectar y tratar estreñimiento y retención aguda de orina. • Valorar la posibilidad de demencia o depresión psicótica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente y sus familiares sobre el delirium. • Participación activa de familiares, amigos y cuidadores. • Reorientar al paciente de forma continua en tiempo, persona y espacio. • Realizar actividades cognitivamente estimulantes. • Estimular la movilización. • Las sujeciones mecánicas y restricciones físicas no deben ser utilizadas. • Detectar características que prevean comportamiento violento y usar de técnicas para tranquilizar verbales y no verbales. • Programa educacional dirigido a médicos y enfermeras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Iluminación adecuada. • Reloj de 24 h. • Calendario. • Permitir el uso de auxiliares auditivos y anteojos. • Favorecer patrones adecuados e higiene del sueño. • Reducir el ruido al mínimo, especialmente durante la noche.