

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

Evidencias y recomendaciones

Diagnóstico y tratamiento del DELIRIUM EN EL ADULTO MAYOR

GPC

Guía de práctica clínica

Número de registro:SSA-299-10

**CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL**



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Ave. Reforma No. 450, piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600, México, D. F.

www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC.

© Copyright CENETEC.

Editor General.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento del Delirium en el Adulto Mayor**, México: Secretaría de Salud, 2010.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10:

F05 Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas

GPC:

Diagnóstico y Tratamiento del Delirium en el Adulto Mayor

Coordinador:

Dr. Juan Guzmán Cruz	Medicina Interna Geriatría	Centro Médico "Lic. Adolfo Lopez Mateos" ISEM Toluca	Medico Especialista
----------------------	-------------------------------	---	---------------------

Autores :

Dr. Jesús Ojino Sosa García	Medicina Interna Terapia Intensiva	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud Fundación Clínica Médica Sur Hospital General de México	Coordinador de Guías de Práctica Clínica Médico Especialista
-----------------------------	---------------------------------------	---	---

Dr. Jesús Alberto López Guzmán	Medicina Interna Geriatría	Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal	Médico Especialista
--------------------------------	-------------------------------	---	---------------------

Dr. Gustavo Sanchez Arriola	Medicina Interna Geriatra	Centro Medico "Lic. Adolfo Lopez Mateos" ISEM Toluca	Médico Especialista
-----------------------------	------------------------------	---	---------------------

Validación interna:

Dr. Martín de Jesús Sánchez Zúñiga	Medicina Interna Terapia Intensiva	Hospital General de México	Médico Especialista
------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------	---------------------

Validación externa:

Dr. <Nombre>	<Especialidad>	<Institución>	<Cargo/Unidad>
--------------	----------------	---------------	----------------

ÍNDICE

1. Clasificación.....	5
2. Preguntas a responder por esta guía	6
3. Aspectos generales.....	7
3.1. Justificación.	7
3.2. Objetivo.	8
3.3. Definición.	9
4. Evidencias y recomendaciones.....	10
4.1. Diagnóstico.....	11
4.1.1. Definición.....	11
4.1.2. Clasificación.....	11
4.1.3. Factores de riesgo.....	12
4.1.4. Diagnóstico clínico y gabinete.....	12
4.2. Tratamiento.....	14
4.2.1. No Farmacológico.....	14
4.2.2. Farmacológico.....	15
4.3. Prevención.....	17
5. Anexos.....	18
5.1 Protocolo de búsqueda	18
5.2 Escalas de gradación.....	21
5.3 Tablas.....	24
5.4 Cuadros.....	28
5.5 Algoritmos.....	32
6. Glosario.....	33
7. Bibliografía.	35
8. Agradecimientos.....	36
9. Comité académico.	37
10. Directorio.....	38
11. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica.....	39

1. CLASIFICACIÓN.

Catálogo maestro: SSA-299-10					
Profesionales de la salud.	1.11 Médico Urgenciólogo 1.19 Médico Geriatra	1.23 Médico familiar 4.13 Médico General	1.25 Médico Internista	1.15 Enfermería	1.27 Especialista en Medicina Preventiva
Clasificación de la enfermedad.	CIE-10: F05 Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas.				
Categoría de GPC.	3.11.1 Prevención primaria 3.3. Evaluación 3.9. Tratamiento no farmacológico	3.11.2 Prevención secundaria 3.4. Diagnóstico y Tamizaje 3.5. Pronóstico	3.1.1 Primer nivel de atención 3.6. Tratamiento	3.1.2 Segundo nivel de atención 3.8. Tratamiento farmacológico	
Usuarios potenciales.	4.12 Médicos especialistas 4.13 Médicos generales 4.14 Médicos familiares 4.18 Paramédicos 4.19 Paramédicos técnicos en urgencias 4.3 Departamentos de salud pública 4.5 Enfermeras generales 4.6 Enfermeras especializadas 4.7 Estudiantes 4.9 Hospitales 4.11 Investigadores.				
Tipo de organización desarrolladora.	6.3 Dependencia del Gobierno Federal 6.5 Dependencia de la Secretaría de Salud: Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos" ISEM Toluca. Dependencia de Gobierno del Distrito Federal: Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal.				
Población blanco.	7.7. Adultos Mayores de 65 a 79 años 7.9. Hombre. 7.10 Mujer.				
Fuente de financiamiento o / patrocinador.	8.1 Gobierno Federal 8.4 Mixto: Secretaría de Salud / Coordinación de Hospitales Federales y de Referencia				
Intervenciones y actividades consideradas.	CIE9: 89.01 Entrevista y evaluación, descritas como breves 89.02 Entrevista y evaluación, descritas como limitadas 89.03 Entrevista y evaluación, descritas como globales 89.05 Entrevista y evaluación diagnósticas, no especificadas de otra manera 89.06 Consulta descrita como limitada 89.07 Consulta descrita como global 89.08 Otra consulta 89.7 Reconocimiento médico general 89.7 Examen Médico general 89.61 Monitorización de presión arterial sistémica 90.4. Examen de Espustos y tórax 90.56 Examen microscópico de sangre 92.15 Examen Pulmonar 82.59 Electrocardiograma (con 12 ó más derivaciones)				
Impacto esperado en salud.	Educación en salud que nos permita identificar tempranamente al Delirium Reducir las complicaciones y establecer un tratamiento temprano y efectivo para pacientes que cursen con Delirium Unificación de criterios para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con Delirium mejorando costo efectividad en la atención de éstos pacientes. Referencia temprana y oportuna de éstos pacientes.				
Metodología¹	Revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor, de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.				
Método de validación y adecuación.	Enfoque de la GPC: Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. especificar cuáles se utilizaron, de las siguientes: Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas mediante bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o ó compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales revisadas: 7 Guías seleccionadas: 3 Revisiones sistemáticas: 4 Ensayos controlados aleatorizados: 0 Reporte de casos: 0 Otras fuentes seleccionadas: 0				
Método de validación y adecuación.	Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Nacional de Rehabilitación Método de validación de la GPC: por pares clínicos. Validación interna: Hospital General de México Validación externa: Academia de Medicina Interna de México				
Conflictos de interés.	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés				
Registro y actualización	Catálogo maestro SSA-299-10				

¹ PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA, PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX/.

2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA

1. ¿Cuál es la definición de Delirium?
2. ¿Cuáles son los diferentes tipos de Delirium?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de Delirium?
4. ¿Cuáles son las escalas utilizadas para la detección de Delirium?
5. ¿Qué estudios de laboratorio y gabinete pueden ser utilizados en un paciente con Delirium?
6. ¿Cuáles son las medidas de tratamiento no farmacológico en el paciente con Delirium?
7. ¿Cuáles son las medidas de tratamiento farmacológico indicado en el manejo del paciente con Delirium?
8. ¿Cuáles son las medidas de prevención para el desarrollo de Delirium?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La población geriátrica día a día va en aumento. Este grupo de pacientes esta propenso a cursar con múltiples patologías que, en gran parte esta suscitado por diversas causas (fármacos, infecciones, deterioro neurológico, etc.). El Delirium, desencadena una cascada de eventos que culminan con la pérdida de la independencia del paciente, hecho que trasciende en diversos aspectos, como lo es el aumento en la morbilidad, costo de cuidados de atención del paciente, colapso del cuidador, entre otros.

La palabra delirium deriva del verbo *delirare* que significa “estar loco”, “trastornado” o “tonto”. Literalmente, el prefijo *de* significa “estar lejos o abajo” y *lira* significa “arrugado” o “campos de camiones”. El delirium, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-IV-TR (siglas en inglés Diagnosis and Statistical Manual of the Mental Disorders) se define como una alteración de la conciencia con inatención, acompañada de alteraciones cognitivas o de percepción que se desarrollan en un corto periodo (horas o días) y fluctúan con el tiempo.

El Delirium, es una entidad clínica frecuente con una prevalencia del 11% a 33% al momento de la admisión y una incidencia del 3% al 56% durante la estancia hospitalaria. El Delirium se asocia a mal pronóstico, incluyendo un incremento en la morbilidad, mortalidad y de los insumos hospitalarios. Actualmente, el Delirium es una enfermedad subdiagnosticada en las unidades hospitalarias reportándose una tasa del 12% a 43% de los casos, aunado a un inadecuado manejo en el 80% de los enfermos. **Michaud L, 2007**

En las Unidades de Cuidados Intensivos la incidencia de Delirium es del 30% a 62% en pacientes ancianos. El riesgo elevado para el desarrollo de delirium en esta población es debido a factores intrínsecos y extrínsecos, incluyendo alteraciones cognitivas preexistentes (demencia), depresión y alteraciones de las actividades de la vida diaria, gravedad de la enfermedad, uso de benzodicepinas o narcóticos y una variedad de alteraciones psicológicas. **Balas M. 2009**

Lipowski, fue el primero en clasificar el Delirium en 3 subtipos hiperactivo, hipoactivo y mixto. La prevalencia del delirium hiperactivo fue del 15% a 30%, hipoactivo 19% a 73% y mixto 42% a 52%. Los pacientes con Delirium tienen mayor riesgo de mortalidad hospitalaria y al egreso, estancia intrahospitalaria prolongada y disfunción cognitiva. **George J. 2006**

El Delirium es una entidad clínica subdiagnosticada en las áreas de hospitalización, debido a la naturaleza fluctuante y transitoria de sus síntomas y la heterogeneidad de presentación asociada con la gravedad de los subtipos de delirium. **Siddiqi N. 2006** El Delirium persistente es frecuente en pacientes adultos hospitalizados, asociado a eventos adversos y podría ser la explicación del mal pronóstico en los pacientes con delirium. **Cole M. 2008** La mortalidad en pacientes que cursaron con un cuadro de delirium se reporta de un 35-40% a un año.

3. ASPECTOS GENERALES

3.2 OBJETIVOS

La guía de práctica clínica: “*Diagnóstico y Tratamiento del Delirium en el Adulto Mayor*”, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Conocer los principales factores predisponentes y precipitantes del delirium en el adulto mayor.
- Conocer las principales manifestaciones clínicas del delirium en el adulto mayor.
- Describir los tipos de delirium que se pueden presentar en el adulto mayor.
- Conocer el proceso del diagnóstico del delirium en el adulto mayor.
- Conocer los estudios de laboratorio y de gabinete que son útiles para determinar la etiología y diagnósticos diferenciales del delirium en el adulto mayor.
- Conocer las pruebas de tamizaje y su utilidad en el delirium del adulto mayor.
- Describir el tratamiento del delirium en el adulto mayor.
 - a) No farmacológico.
 - b) Farmacológico.
- Conocer los principales fármacos y sus indicaciones en el tratamiento del delirium del adulto mayor.
- Conocer los principales efectos adversos de los fármacos utilizados en el tratamiento del delirium en el adulto mayor.
- Describir la participación de los diferentes profesionales de la salud en el tratamiento del delirium en el adulto mayor.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituyen el objetivo central y la razón de ser de los Servicios de Salud.

3. ASPECTOS GENERALES

3.3 DEFINICIÓN(ES)

El manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-IV) define al delirium como la alteración de la conciencia y un cambio de las funciones cognoscitivas que se presentan a lo largo de un breve período de tiempo (horas/días); presentando fluctuaciones cognoscitivas durante el día; considerando al delirium como un cuadro de etiología multifactorial; resultado de la interacción compleja de causas precipitantes y predisponentes en personas vulnerables.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía, son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías y demás documentos seleccionados corresponde a la información disponible, organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la gradación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando entre paréntesis su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

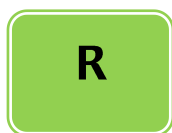
Para fines de esta guía se utilizaron las siguientes escalas de gradación:

- Sistema de Gradación de Oxford
- Sistema de Gradación utilizado por la FEPIMCTI adaptada de Guyatt G, et al.
- SIGN

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

4. DIAGNÓSTICO

4.1.1 DEFINICIÓN

E	Evidencia / Recomendaciones	Nivel / Grado
	El Delirium se define como una alteración de la conciencia con inatención, acompañada de alteraciones cognitivas y/o de percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo (horas o días) y fluctúan con el tiempo.	1C
	FEPIMCTI	
	Celis RE. 2007	
R	El paciente adulto mayor que cursen con alteración fluctuante del estado de conciencia, cognición y percepción se recomienda fundamentar el diagnóstico de Delirium al cumplir con los siguientes criterios: • Alteraciones de la conciencia, con reducción de la capacidad de enfoque, sustracción o de atención. • Alteraciones cognitivas (memoria, orientación y lenguaje), alteraciones perceptuales (delusión, ilusión o alucinación) que no son explicadas por demencia preexistente. • Cuadro con un curso de presentación de horas o días y tiende a ser fluctuante durante el transcurso del día. • Evidencia de una causa etiológica.	1C
	FEPIMCTI	
	Celis RE. 2007	
E	La presentación clínica del Delirium es dinámica y su estadificación depende de los síntomas psicomotores presentes al momento de la evaluación. El Delirium se clasifica en: • Delirium hiperactivo: se presenta en el 1.6% de los casos y, se asocia a mejor pronóstico. • Delirium hipoactivo: se presenta en el 43.5% de los casos. Se asocia a estancia hospitalaria prolongada e incremento de la mortalidad; está subdiagnosticado en 66% a 84% de los pacientes hospitalizados. • Delirium mixto: se presenta en el 54.1% de los casos; siendo la forma más común de presentación de delirium en el adulto mayor, asociado a peor pronóstico.	1C
	FEPIMCTI	
	Celis RE. 2007	

	Evidencia / Recomendaciones	Nivel / Grado
R	Se recomienda clasificar el tipo de Delirium de acuerdo a sus síntomas psicomotores en hiperactivo, hipoactivo o mixto ya que de eso depende el tratamiento y pronóstico del paciente adulto mayor.	1C FEPIMCTI Celis RE. 2007
E	En la última década, se han identificado numerosos factores de riesgo para el desarrollo de Delirium. La coexistencia de tres o más factores incrementa la probabilidad de delirium hasta en un 60%. Los factores de riesgo se clasifican en dos grupos: predisponentes y precipitantes. (Cuadro 1)	1C FEPIMCTI Celis RE. 2007
R	Se recomienda identificar y estratificar los factores de riesgo en el paciente adulto mayor para el desarrollo de Delirium con la finalidad de implementar las medidas de prevención y tratamiento de manera temprana y oportuna. (Cuadro 1)	1C FEPIMCTI Celis RE. 2007 A,B,C OXFORD Michaud L. 2007

4.1 DIAGNÓSTICO

4.1.2 DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y DE GABINETE

E	La evaluación del paciente adulto mayor con factores de riesgo para el desarrollo de Delirium, se han empleado diferentes escalas; dentro de ellas los criterios del DSM-IV (siglas en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) se emplea para la identificación y la escala CAM (siglas en inglés Confusion Assessment Method) ampliamente estudiado y validado para establecer el diagnóstico. La escala CAM es aplicable a pacientes hospitalizados, sala de recuperación postquirúrgica y en las las Unidades de Cuidados Intensivos (CAM-ICU Confusion Assessment Method Intensive Care Unit) por los profesionales de salud que están a cargo de los pacientes. (Tablas 1-3)	1B FEPIMCTI Celis RE. 2007
----------	---	----------------------------------

	Evidencia / Recomendaciones	Nivel / Grado
R	Las pruebas cognitivas deben llevarse a cabo en todos los pacientes adultos mayores que ingresan al hospital.	C SIGN George J. 2006
	Se recomienda la evaluación cotidiana para la identificación del paciente adulto mayor con riesgo de Delirium a través de los criterios del DSM-IV y la implementación de la escala CAM para establecer el diagnóstico definitivo de Delirium.	C OXFORD Michaud L. 2007
	El diagnóstico de Delirium debe ser realizado por personal Médico capacitado con rapidez y precisión a través de la escala CAM.	B SIGN George J. 2006
	Se recomienda utilizar la escala CAM-ICU para valorar la presencia de Delirium en el paciente adulto mayor críticamente enfermo.	1B FEPIMCTI Celis RE. 2007
E	La historia clínica es una herramienta fundamental en la evaluación el paciente adulto mayor con Delirium; sin embargo, existen situaciones en la cuales se requiere de estudios complementarios de laboratorio y gabinete en el abordaje diagnóstico del enfermo con Delirium, con la finalidad de identificar su posible etiología.	I-V OXFORD Michaud L. 2007
R	En el paciente adulto mayor se recomienda la realización de una historia clínica adecuada y de estudios complementarios de laboratorio y gabinete en pacientes con Delirium. (Cuadro 2-3)	A,B,C,I OXFORD Michaud L. 2007

4.2 TRATAMIENTO

4.2..1 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

	Evidencia / Recomendaciones	Nivel / Grado
E	La parte central del manejo del paciente adulto mayor con Delirium es el diagnóstico temprano, identificar los factores de riesgo e implementar las medidas de prevención. Las medidas no farmacológicas tienen como objetivo restaurar las funciones fisiológicas y reorientar al paciente, cuya aplicación reduce hasta un 40% la incidencia de Delirium. (Tabla 4)	1B FEPIMCTI Celis RE. 2007
R	La acción más importante en el manejo del paciente adulto mayor con Delirium es la identificación y tratamiento de la causa subyacente. Las alteraciones bioquímicas deben corregirse lo más pronto posible. Se recomienda en diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las infecciones. Se recomienda la administración de tiamina parenteral en caso de sospecha de desnutrición o abuso de alcohol.	C SIGN George J. 2006
	Se recomienda el abordaje no farmacológico del Delirium, previo a la terapia farmacológica.	1B FEPIMCTI Celis RE. 2007

4.2 TRATAMIENTO

4.2.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

	Evidencia / Recomendaciones	Nivel / Grado
E	En la actualidad, no existe medicamento aprobado por la FDA para el manejo del Delirium. Sin embargo, cuando el tratamiento farmacológico es necesario los antipsicóticos son los fármacos de primera elección. El haloperidol es una butirofenona con efecto antipsicótico que no suprime el reflejo respiratorio y actúa como antagonista dopaminérgico; además, tiene un efecto sedante.	1B
	Los nuevos antipsicóticos atípicos han sido evaluados en el manejo del Delirium, de los cuales la olanzapina, risperidona y quetiapina han demostrado efectividad similar al haloperidol, con menos efectos adversos. Estos medicamentos teóricamente son superiores al haloperidol, especialmente en el delirium hipoactivo y mixto, porque no sólo actúan sobre los receptores dopaminérgicos, sino que también modifican la acción de neurotransmisores como la serotonina, la acetilcolina y la norepinefrina.	2B
R	El uso de antipsicóticos se deberá evaluar de acuerdo al grado de agitación que presente el paciente.	1B
	El haloperidol es el fármaco recomendado para el manejo del Delirium ya que ha demostrado ser eficaz en la mejoría de los síntomas y posee un efecto positivo sobre la gravedad y duración del Delirium. Por razones de seguridad se recomienda tomar un electrocardiograma de 12 derivaciones por el riesgo de prolongación del intervalo QT y de arritmias, así como la determinación de niveles séricos de magnesio.	FEPIMCTI Celis RE. 2007

	Evidencia / Recomendaciones	Nivel / Grado
R	En el pacientes adulto mayor con Delirium se recomienda la monoterapia. El fármaco de elección es el haloperidol, se debe de iniciar a la dosis más baja posible (0.25 a 0.5 mg) e incrementar de manera gradual cada 2 horas. La dosis máxima es de 5 mg (vía oral o intramuscular) en 24 horas, es en general la dosis estándar pero puede ser necesario incrementar la dosis dependiendo de la gravedad de la angustia, gravedad de los síntomas psicóticos, peso y sexo del paciente. El haloperidol puede ser administrado de 1 a 2 mg .	D
	Una alternativa en pacientes con demencia por cuerpos de Lewy y aquellos con enfermedad de Parkinson es el uso de lorazepam en dosis que van de los 0.5 a 1mg vía oral hasta cada 2 hrs (máximo 3 mg en 24 hrs). En caso necesario se puede administrar de 0.5 a 1 mg endovenoso hasta 3 mg como dosis máxima.	
	Los nuevos antipsicóticos pueden ser una alternativa eficaz y se recomiendan en los casos en los que el haloperidol esté contraindicado o presente efectos adversos. Se sugiere el uso de olanzapina como alternativa al haloperidol para el manejo del delirium	2B
	La sedación sólo se debe utilizar en situaciones especiales y discontinuarse lo más pronto posible, en general no mayor de 24 a 48 horas.	C
	Si el Delirium es secundario a suspensión de alcohol (Delirium tremens) el fármaco de elección son las benzodiacepinas (diazepam o clordiazepoxido)	

SIGN
George J. 2006

FEPIMCTI
Celis RE. 2007

SIGN
George J. 2006

4.3. PREVENCIÓN

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Aproximadamente la tercera parte del Delirium en el paciente adulto mayor es prevenible. La atención temprana de los factores desencadenantes en los pacientes de alto riesgo puede prevenir el desarrollo y pronóstico de Delirium.	I-V OXFORD Michaud L. 2007
R	El paciente adulto mayor con alto riesgo para Delirium debe ser identificado a la admisión e implementar estrategias de prevención en el plan de manejo del enfermo.	A SIGN George J. 2006
	Se recomienda implementar medidas de prevención no farmacológicas en los pacientes con factores de riesgo para Delirium. Estas medidas se enfocan principalmente a personas ancianas (≥ 70 años), pacientes graves y enfermos con alteraciones cognitivas. (Cuadro 4)	A,B,C OXFORD Michaud L. 2007

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

GPC DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL DELIRIUM EN EL ADULTO MAYOR.

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos que fueron obtenidos sobre la temática de **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DELIRIUM EN EL ADULTO MAYOR**. La búsqueda se realizó en PubMed.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en idioma inglés o español.
- Publicados durante los últimos 5 años.
- Documentos enfocados a diagnóstico y tratamiento
- Documentos enfocados a adultos mayores.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

PRIMERA ETAPA

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema de delirium, en adultos mayores, en PubMed. Las búsquedas fueron limitadas a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término Delirium. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 2 resultados, de los cuales se utilizó 1 documento para la elaboración de la guía.

Búsqueda	Resultado obtenido
"Delirium/diagnosis"[Mesh] OR "Delirium/therapy"[Mesh]) Limits: Humans, Practice Guideline, Guideline, English, Spanish, Aged: 65+ years, Publication Date from 2005 to 2010	2

Algoritmo de búsqueda

- 1.- Delirium [MESH]
- 2.- diagnosis [Subheading]
- 3.- therapy [Subheading]
- 4.- # 2 OR # 3
- 5.- # 1 AND # 4
- 6.- humans [MESH]
- 7.- # 5 AND # 6
- 8.- Practice Guideline[ptyp]
- 9.- Guideline[ptyp]
- 10.- # 8 OR # 9
- 11.- # 7 AND # 10
- 12.- English[lang]
- 13.- Spanish[lang]
- 14.- # 12 OR # 13
- 15.- # 11 AND # 14
- 16.- "aged"[MeSH Terms]
- 17.- # 15 AND # 16
- 18.- ("2005"[PDAT] : "2010"[PDAT]))
- 19.- # 17 AND # 18
- 20.- # 1 AND (# 2 OR # 3) AND # 6 AND (# 8 OR # 9) AND (# 12 OR # 13) AND # 16 AND # 18

Debido a los pocos resultados obtenidos, se realizó la búsqueda de guías sobre delirium, pero sin considerar enfoque alguno, dirigida a adultos, en el mismo rango de fecha de publicación, es decir, de 2005 a 2010, se obtuvieron 3 resultados de los que se usó 1 documento en la elaboración de la guía.

Búsqueda	Resultado obtenido
Delirium [mesh] Limits: Humans, Practice Guideline, Guideline, English, Spanish, All Adult: 19+ years, Publication Date from 2005 to 2010	3

SEGUNDA ETAPA

Esta etapa consistió en buscar revisiones sistematicas relacionados al tema de delirium, en adultos mayores, en PubMed. Las búsquedas fueron limitadas a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, se utilizó el término validado MESH Delirium. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 33 resultados, de los cuales se utilizaron 3 documentos para la elaboración de la guía.

Búsqueda	Resultado obtenido
"Delirium/diagnosis"[Mesh] OR "Delirium/therapy"[Mesh]) Limits: Humans, English, Spanish, Systematic Reviews, Aged: 65+ years, Publication Date from 2005 to 2010	33

Debido a los pocos resultados se realizó la misma búsqueda, pero ahora sin considerar enfoque alguno, se obtuvieron 45 resultados, de los que se utilizó 1 documento para la elaboración de la guía.

Búsqueda	Resultado obtenido
"delirium"[MeSH Terms] AND ("humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang])) AND systematic[sb] AND "aged"[MeSH Terms] AND ("2005"[PDAT] : "2010"[PDAT]))	45

5. ANEXOS

5.2 NIVELES DE GRADACIÓN DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

5.1.1. Sistema de Gradación de Oxford

Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Nivel I ECA Revisión sistemática de ECA (homogéneos) Revisión sistemática	Grado A: Basado en evidencia razonable o evidencia aceptable con un alto consenso de expertos (Nivel de evidencia I, o nivel de evidencia II/III con alto consenso)
Nivel II Estudios controlados no aleatorizados	Grado B: Basado en evidencia aceptable o en evidencia suficiente con un alto consenso entre expertos (Nivel de evidencia II/III, o nivel de evidencia IV/V con alto consenso)
Nivel III Estudios de cohorte prospectivos	Grado C: Basado en evidencia aceptable (Nivel de evidencia IV/V con suficiente consenso entre expertos).
Nivel IV Estudios de cohorte retrospectivos y estudios de casos y controles	Grado I (i): No hay suficiente evidencia o no hay consenso suficiente para formular una recomendación (ej. estudios de opinión de expertos contradictorios)
Nivel V Reporte de casos y opinión de expertos	(Nota: En estos casos, la decisión debe de ser hecha por considerando la circunstancia particular y la experiencia clínica de los usuarios)

ECA: Estudios controlados aleatorizados.

5.1.2. Sistema de Gradación de FEPIMCTI

Descripción del grado de recomendación	Riesgo/Beneficio y barreras	Calidad metodológica de la evidencia	Implicaciones
1A Recomendación fuerte. Calidad de la Evidencia Alta	El beneficio es superior al Riesgo, y a las Barreras, o viceversa	ECA sin limitaciones importantes o estudios observacionales con evidencia muy fuerte	Fuerte recomendación. Aplicable a la mayoría de pacientes en la mayoría de circunstancias, sin limitaciones
1B Recomendación fuerte. Calidad de la Evidencia Moderada	El beneficio es superior al Riesgo, y a las Barreras, o viceversa	ECA con importantes limitaciones (resultados inconsistentes o imprecisos, debilidades metodológicas, evidencia indirecta) o, excepcionalmente, estudios observacionales con fuerte evidencia	Fuerte recomendación. Aplicable a la mayoría de pacientes en la mayoría de circunstancias, sin limitaciones
1C Recomendación fuerte. Calidad de la Evidencia Baja o muy baja	El beneficio es superior al Riesgo, y a las Barreras, o viceversa	Estudios observacionales o series de casos	Fuerte recomendación, pero puede cambiar cuando esté disponible una mayor calidad de evidencia
2A Recomendación débil. Calidad de la Evidencia Alta	El Beneficio está casi equilibrado con el Riesgo	ECA sin limitaciones importantes o estudios observacionales con evidencia muy fuerte	Recomendación débil. La mejor acción dependerá de las circunstancias del paciente o de valores sociales
2B Recomendación débil. Calidad de la Evidencia Moderada	El Beneficio está casi equilibrado con el Riesgo	ECA con importantes limitaciones (resultados inconsistentes o imprecisos, debilidades metodológicas, evidencia indirecta) o, excepcionalmente, estudios observacionales con fuerte evidencia	Recomendación débil. La mejor acción dependerá de las circunstancias del paciente o de valores sociales
2C Recomendación débil. Calidad de la Evidencia Baja o muy baja	Incertidumbre en la estimación del Riesgo, Beneficio y de las Barreras, o pueden estar equilibrados	Estudios observacionales o series de casos	Recomendación muy débil. Otras alternativas pueden ser igualmente razonables

5.1.3. Sistema de Gradación de SIGN.

Nivel de Evidencia	
Nivel de evidencia	Tipo de Estudio.
1++	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos- controles , o estudios de cohortes o de casos –controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión , sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos-controles con alto riesgo de confusión, sesgos o azar y una significativa probabilidad de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos (observaciones clínicas y series de casos)
4	Opiniones de expertos.
Grados de recomendación	
Grado de recomendación	Nivel de Evidencia.
A	Al menos un Metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico aleatorizado calificado como 1++ y directamente aplicable a la población objeto, o Una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados.
B	Un cuerpo de evidencia que incluya estudios calificados como ++directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o Extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un cuerpo de evidencia que incluya estudios calificados como 2+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o Extrapolación de estudios calificados como 2++.
D	Niveles de evidencia 3 o 4, o Extrapolación de estudios calificados como 2+

5. ANEXOS

5.3 TABLAS

Tabla 1. Criterios de diagnóstico del DSM-IV

Para establecer el diagnóstico de Delirium como consecuencia de una enfermedad médica el paciente debe de presentar las siguientes características:

1. Alteraciones de la conciencia, con reducción de la capacidad de enfoque, sustracción o de atención.
2. Alteraciones cognitivas (memoria, orientación y lenguaje), alteraciones perceptuales (delusión, ilusión o alucinación) que no son explicadas por demencia preexistente.
3. Cuadro con un curso de presentación de horas o días y tiende a ser fluctuante durante el transcurso del día.
4. Evidencia de una causa etiológica.

Tabla 2. Escala CAM simplificada

		Casilla 1	
		Ausente	Presente
1. Inicio agudo y curso fluctuante			
A. ¿Hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental sobre el estado basal?	_____		
B. ¿El comportamiento (anormal) fluctua durante el día, que tiende a aparecer y desaparecer o aumentar y disminuir de gravedad?	_____		
2. Inatención			
¿El paciente tiene dificultad para enfocar la atención, por ejemplo, se distrae fácilmente o tiene dificultad para mantener lo que estaba diciendo?	_____		
3. Pensamiento desorganizado			
¿Presencia de pensamiento desorganizado o incoherente, como conversación divagante o irrelevante, flujo de ideas poco claras o ilógicas, conmutación impredecible de sujeto a sujeto?	_____		
4. Alteración del nivel de conciencia			
En general, ¿Cómo calificaría el nivel de conciencia del paciente?			
- Alerta (Normal) - Vigilante (Hiperalerta) - Letárgico (Somnoliento, fácilmente despierta) - Estupor (Difícilmente despierta) - Coma (No despierta)			
¿Ningun estado de conciencia aparece en esta caja?	_____		
Si presenta todos los apartados de la casilla 1 y al menos 1 apartado de la casilla 2 es sugestivo de Delirium.			

Tabla 3. Escala de diagnóstico CAM-ICU

1. Comienzo agudo o evolución fluctuante	Ausente	Presente
Es positivo si la respuesta es Sí a 1A o 1B		
1A. ¿Hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental sobre el estado basal?		
1B. ¿Ha fluctuado el comportamiento (anormal) en las últimas 24 horas? Es decir, ¿tiende a aparecer y desaparecer, o aumenta y disminuye en gravedad, evidenciado por la fluctuación de una escala de sedación (p.e, RASS), o GCS, o en la evaluación previa de delirio?		
2. Falta de atención	Ausente	Presente
¿Tuvo el paciente dificultad para fijar la atención, evidenciada por puntuaciones < 8 en cualquiera de los componentes visual o auditivo del ASE?		
2A. Comience con el ASE de letras. Si el paciente es capaz de hacer esta prueba y la puntuación es clara, anote esta puntuación y pase al punto 3		
2B. Si el paciente no es capaz de hacer esta prueba o la puntuación no está clara, haga el ASE de figuras. Si hace las dos pruebas use el resultado del ASE de figuras para puntuar		
3. Pensamiento desorganizado	Ausente	Presente
¿Hay evidencia de pensamiento desorganizado o incoherente evidenciado por respuestas incorrectas a 2 o más de las 4 preguntas, y/o incapacidad para obedecer órdenes?		
3A. Preguntas de Sí o No (alternar grupo A y grupo B):		
Grupo A		
¿Puede flotar una piedra en el agua?		
¿Hay peces en el mar?		
¿Pesa un kilo más que dos kilos?		
¿Se puede usar un martillo para clavar un clavo?		
Grupo B		
¿Puede flotar una hoja en el agua?		
¿Hay elefantes en el mar?		
¿Pesan dos kilos más que un kilo?		
¿Se puede usar un martillo para cortar madera?		
3B. Órdenes		
Decir al paciente: «Muestre cuántos dedos hay aquí». Enseñar 2 dedos, colocándose delante del paciente.		
Posteriormente decirle «Haga lo mismo con la otra mano» El paciente tiene que obedecer ambas órdenes		
4. Nivel de conciencia alterado	Ausente	Presente
Es positivo si la puntuación RASS es diferente de 0		
Puntuación global	Si	No
Si el 1 y el 2 y cualquiera de los criterios 3 ó 4 están presentes el enfermo tiene delirium		

Tabla 4. Medidas no farmacológicas en el manejo del paciente con Delirium.

Reorientación
Estimulación cognitiva varias veces al día
Adecuar la relación sueño-vigilia
Movilización temprana
Retirada precoz de catéteres
Estimulación visual y auditiva
Manejo adecuado del dolor
Minimizar en lo posible el ruido y la luz artificial.

5. ANEXOS

5.4 CUADROS

Cuadro 1. Factores de riesgo para Delirium.

	Factores predisponentes (admisión)	G	Factores precipitantes (hospitalización)	G	Factores agravantes	G
Factores generales	Edad >70 años Gravedad de la enfermedad	A A				
Factores del SNC	Alteraciones cognitivas Depresión en el anciano Alteraciones sensoriales EVC previo	A B B B	EVC Procesos patológicos del SNC	A B		
Factores metabólicos	Alteraciones electrolíticas preoperatoria Deshidratación preoperatoria Deshidratación	B B C	Alteraciones metabólicas, electrolíticas y endócrinas Fiebre	A C		
Otros factores sistémicos			Infección Dolor Traumatismo Hipoperfusión, hipoxia y falla cardíaca o pulmonar Disfunción orgánica	A B C B C		
Factores asociados a fármacos	Abuso de alcohol Número de fármacos antes de la admisión Número de psicotrópicos antes de la admisión	B B B	Suspensión de drogas o tóxicos Número de fármacos y número de psicotrópicos Fármacos anticolinérgicos Opioides	A B B C		
Factores ambientales	Deprivación o sobrestimulación sensitiva	C	Restricción física	B	Unidad de Cuidados Intensivos Cambios frecuentes de habitación Ausencia de un reloj Ausencia de lentes	B B B B

SNS Sistema Nervioso Central, EVC Evento Vascular cerebral, G Grado

Cuadro 2. Herramientas para el abordaje inicial del paciente con Delirium.

		Grado
Antecedentes	Historia completa de fármacos, incluyendo medicamentos de venta libre	B
	Abuso de sustancias (ej. Alcohol, drogas recreativas, etc.)	B
	Delirium previo	B
	Déficit sensorial y/o instrumentos de ayuda (ej. dispositivos auditivos, lentes, etc.)	B
	Historia por cuidador primario	B
Estado actual	Exploración neurológica	B
	Evidencia de abuso o suspensión de alcohol	B
	Estado nutricional	C
Evaluación inicial	Hemograma completo	B
	Electrolitos (sodio, potasio, calcio)	B
	Función renal (nitrógeno ureico sanguíneo, creatinina)	B
	Examen general de orina	B
	Gasometría	C
	Pruebas de función hepática (ALT, AST, Bilirrubinas totales)	C
	Glucosa	C
Estudios complementarios	Serología para VIH	B
	Niveles séricos de drogas	B
	Cultivos de sangre y orina	B
	Detección de tóxicos en orina	B
	Niveles séricos de vitamina B12 y folatos	B
	Anticuerpos antinucleares	B
	Detección de metales pesados	C
	Lupus eritematoso sistémico	C
	Porfiria urinaria	C
	Amonio	C
	Fosforo y magnesio	I
	Albúmina	I
	Fosfatasa alcalina	I

Cuadro 3. Indicaciones para estudios complementarios

Estudio	Indicación	Grado
Electroencefalograma (EEG)	Diferenciación de Delirium de estado no convulsivo o epilepsia del lóbulo temporal	C
	Identificación de encefalitis	C
	Causa no identificada de Delirium persistente o refractario	C
	Utilidad del EEG en la diferenciación de delirium de demencia.	I
Imagen de encéfalo	Tomografía computada de cráneo	
	Signos neurológicos focales	C
	Desarrollo de Delirium después de un trauma de cráneo o caída	C
	Pacientes con patología potencialmente asociada con procesos intracraneales (ej. procesos metastásicos)	C
	Causa no identificada de delirium refractario y persistente.	C
	Imagen por resonancia magnética (IRM)	
Punción lumbar (PL)	Pacientes con patología potencialmente asociada con procesos intracraneales (ej. procesos metastásicos)	C
	Otras indicaciones ^a	I
	Meningismo, fiebre y/o cefalea	A
	Solo meningismo	B
	Solo cefalea y meningismo, causa no identificada de delirium refractario y persistente.	I

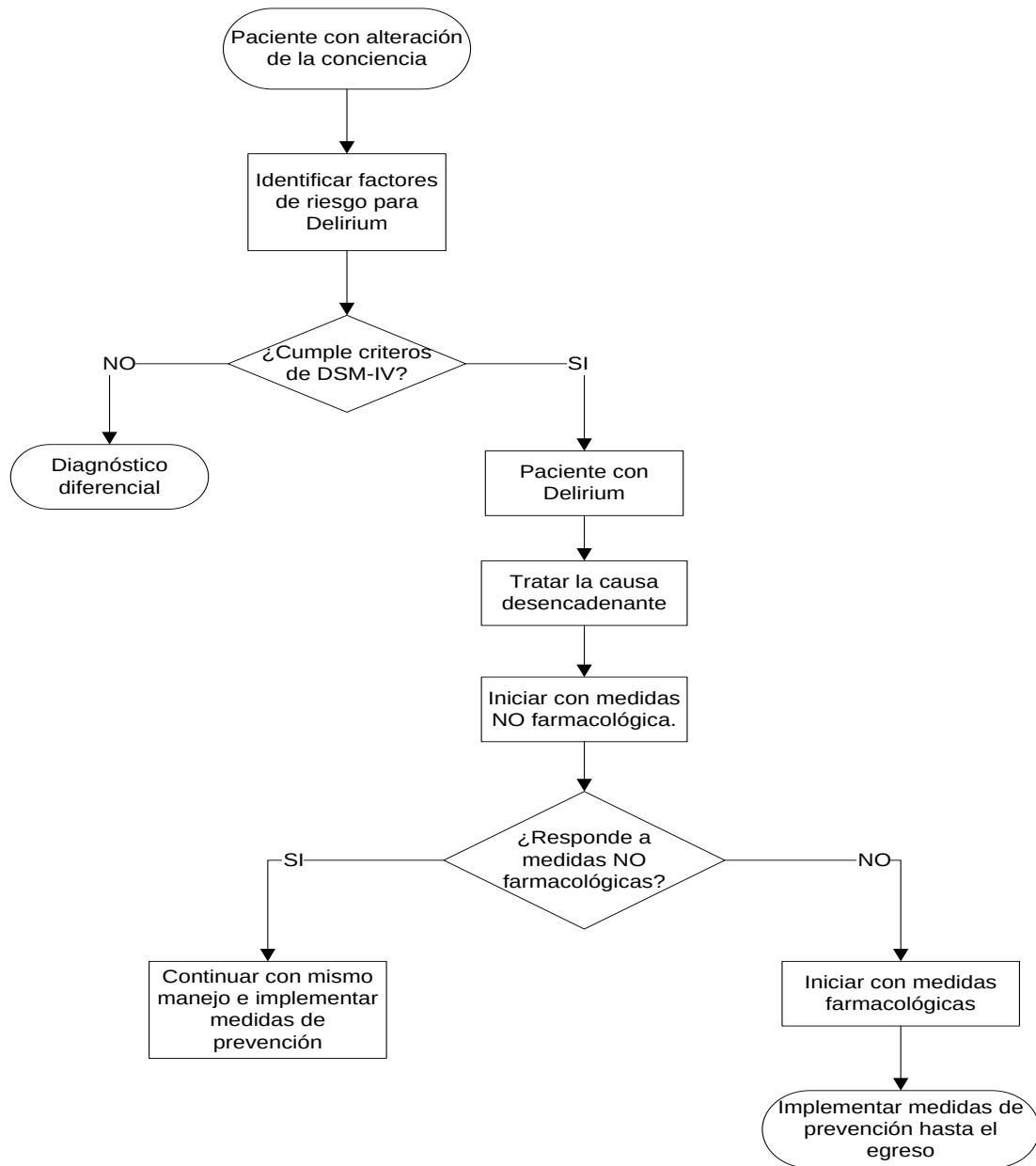
^a En estas situaciones, la utilidad de la IRM y PL son inciertas y deben ser evaluadas por un especialista.

Cuadro 4. Recomendaciones para la prevención de Delirium.

Recomendación general	Recomendación específica	Grado
Detección y tratamiento de alteraciones cognitivas.	Evaluación rutinaria de las funciones cognitivas y delirium, cada vez que sea posible, utilizando escalas estandarizadas (Ej. MMSE o BOMC al ingreso y CAM durante la estancia hospitalaria. Actividades de estimulación cognitiva adaptadas al paciente	A C
Optimizar el sueño	Promover medidas no farmacológicas de sueño Reducción del ruido, uso de luz tenue, evitar la luz constante. Mantener la relación sueño-vigilia normal	A A A
Minimizar los efectos adversos de los fármacos	Limitar el número total de fármacos Evitar o usar con precaución los siguientes medicamentos: • Psicotrópicos, especialmente hipnosedantes y benzodiacepinas • Anticolinérgicos • Opioides	C C
Prevención/Corrección de alteraciones electrolíticas y deshidratación	Estimulación de una hidratación adecuada, mantener balance hídrico. Análisis bioquímico; manejo temprano de alteraciones electrolíticas Canalización de vena periférica si la vía oral es inadecuada	A B C
Mejore la comunicación y orientación	Comunicación verbal regular, uso de frases cortas, información frecuente del lugar, razón de hospitalización, y actividades diariamente; cada vez que sea posible, involucrar al paciente en los procesos de cuidado, información y la seguridad acerca del procedimiento medico. Relojes y calendarios "A tiempo"; artefactos familiares, cada vez que sea posible (ej. posters); evitar transferencias de cuarto o sala; continuidad de cuidados	B B
Limitar las alteraciones sensoriales	Evaluar alteraciones visuales y auditivas, provisión de ayuda visual y auditiva, uso de luz nocturna; evitar cuartos oscuros (cuartos sin ventanas)	A
Involucrar e informar a otras personas	Información sobre la presentación de delirium, fomento de la visitas a los pacientes y la participación en la orientación; enfermería y alimentación, apoyo de poder.	C
Evitar la desnutrición y deficiencia de vitaminas	Soporte nutricional y/o suplementos vitamínicos para grupos de alto riesgo (ej. Vitamina B para alcohólicos)	B
Prevenir y tratar la supresión	En adultos de mediana edad tienen alto riesgo de supresión por alcohol, prevención con benzodiacepinas Clometiazol para la prevención de supresión en ancianos Evaluación integral de abuso de alcohol	A B B
Evitar la restricción física	Protocolo para la restricción física	A
Favorecer la movilización	Evitar la inmovilización Limitar el uso de catéteres y líneas intravenosas; evitar el uso de catéter de Foley Protocolo de movilización temprana; evaluación por rehabilitador físico, cada vez que sea necesario Estimulación de la movilidad, actividades de autocuidado diaria	A B B
Optimizar las condiciones de la cirugías	Analgesia adecuada; analgesia controlada por el paciente si es posible Prevención de hipotensión/hipoxemia postoperatoria Mantener los niveles de hematocrito >30% en el postoperatorio	B C C
Considerar intervenciones en el sistema	Educación del grupo de trabajo Desarrollo e implementación de guías de procedimientos con respecto a daños (ej. Restricciones físicas, polifarmacia, catéteres innecesarios) Asignación de un grupo adecuado Involucrar a voluntarios y familiares	A B B C

5. ANEXOS

5.4 ALGORITMO



6. GLOSARIO.

Adulto mayor: Se considera población de edad o mayor a aquellas personas que tienen 65 o más años; el umbral es arbitrario, pero generalmente aceptado. La Organización de las Naciones Unidas(ONU) considera el umbral de los 60 años población mayor(países en desarrollo).

Actividades básicas de la vida diaria: Son las actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente. Entre ellas se incluyen las actividades de autocuidado (asearse, vestirse, y desnudarse, poder ir solo al servicio, poder quedarse solo durante la noche, comer) y de funcionamiento básico físico(desplazarse en el hogar) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas).

Antipsicótico: Grupo de medicamentos utilizados especialmente en el tratamiento de la psicosis y de los estados maníacos. También llamados neurolépticos con predilección al bloqueo de receptores dopaminérgicos.

Antipsicótico atípico: Son antipsicóticos que se caracterizan por bloquear simultáneamente los receptores dopaminérgicos D₂ y los receptores serotoninérgicos 5HT₂.

Demencia: El desarrollo de múltiples deficiencias cognitivas, manifestado por un deterioro prominente y precoz en la memoria aunado a la presencia de al menos uno de los siguientes datos: afasia, apraxia, agnosia o alteración en las funciones ejecutivas.

Dependencia: Situación permanente, en la que se encuentran las personas que precisan ayuda importante de otra u otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Depresión: Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas a veces con trastornos neurovegetativos.

Delirium: Desorden agudo de la atención y función cognitiva global, es una razón común seria y potencialmente prevenible de morbilidad y mortalidad en personas adultas mayores hospitalizadas.

Delirium hipoactivo: Delirium caracterizado por letargia y función psicomotora reducida, es la forma más común en adultos mayores.

Delirium hiperactivo: Delirium que se presenta con síntomas de agitación, vigilia incrementada, y a menudo alucinaciones concomitantes.

Delirium mixto: Fluctuación entre las formas de delirium hipoactivo e hiperactivo.

Factor precipitante: Elemento que causa o que contribuye a la producción de una enfermedad.

Factor predisponente: Son aquellos elementos que por su presencia, en general ya existentes al momento de las manifestaciones clínicas de un padecimiento, hacen al individuo más vulnerable para el desarrollo de la enfermedad.

Rehabilitación: De acuerdo a la "ONU" es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional.

Rehabilitación cognitiva: Proceso a través del cual la gente con daño cerebral trabaja junto con profesionales del servicio de salud para remediar o aliviar los déficits cognitivos que surgen tras una afección neurológica.

Tamizaje: Prueba de rutina que se realiza para detectar cierto tipo de enfermedades.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Balas M, Happ M, Yang W, Chelluri L, Richmond T. Outcomes Associated With Delirium in Older Patients in Surgical ICUs. *Chest* 2009;135:18-25
2. Celis RE, Besso CJ, Birchenall C, De la Cal M, Carrillo R, Castorena G, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedo-analgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Med Intensiva*. 2007;31(8):428-71
3. Cole M, Ciampi A, Belzile E, Zhong L. Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis. *Age and Ageing* 2009; 38: 19–26
5. George J, Holmes J, Reid K, Potter J, Forsyth D, Irwin P, et al. Guidelines for the prevention, diagnosis and management of delirium in older people. Concise guidance to good practice series, No 6. London: RCP, 2006
6. Michaud L, Bula C, Berney A, Camus V, Voellinger R, Stiefel F, et al. Delirium: Guidelines for general hospitals. *Journal of Psychosomatic Research* 62 (2007) 371– 383
7. Siddiqi N, House A, Holmes J. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age and Ageing* 2006; 35: 350–364

8. AGRADECIMIENTOS.

Se agradece a las autoridades de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta especialidad y de la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al Centro o Grupo de Trabajo que desarrolló la presente Guía; asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas a fines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

M. en A. María Luisa González Rétiz

Dr. Esteban Hernández San Román

Dr. Luis Agüero y Reyes

Dra. Mercedes del Pilar Álvarez Goris

Lic. José Alejandro Martínez Ochoa

Dr. Arturo Ramírez Rivera

Dr. Jesús Ojino Sosa García

Dr. Eric Romero Arredondo

Directora General.

Director de Evaluación de Tecnologías en Salud.

Coordinador de Guías de Práctica Clínica.

Comunicación y logística.

Coordinadores de Guías de Práctica Clínica.

10. DIRECTORIOS

Directorio sectorial.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos.
Secretario de Salud.

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.
Dr. Julio Sotelo Morales.
Comisionado.

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS.
Lic. Daniel Karam Toumeh
Director General.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE.
Lic. Jesús Villalobos López.
Director General.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF.
Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín.
Titular del organismo SNDIF.

Petróleos Mexicanos / PEMEX.
Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza.
Director General.

Secretaría de la Marina.
Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza.
Secretario de Marina.

Secretaría de la Defensa Nacional.
General Guillermo Galván Galván.
Secretario de la Defensa Nacional.

Consejo de Salubridad General.
Dr. Enrique Ruelas Barajas.
Secretario del Consejo de Salubridad General.

Directorio institucional.

Dr. Gabriel Jaime O'shea Cuevas
Secretario de Salud y director general del ISEM

M.C. Antonio Chemor Ruiz
Coordinador de hospitales regionales de alta especialidad

Dra. Roció Rangel Gómez
Director del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos

Dr. Rodrigo Suarez Otero
Subdirector Médico-Clínico

Dra. Graciela Moreno de Aguila
Jefe de División Medicina Interna

Dr. Gustavo Sánchez Arrijoja
Jefe de Servicio de Medicina Interna

10. DIRECTORIOS

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Innovación y Calidad y Presidenta del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Avila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada Médico Cirujano Víctor Manuel Rico Jaime Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contralmirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. de las Mercedes Gómez Mont Urueta Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Octavio Rodrigo Martínez Pérez Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua	Titular 2009-2010
Dra. Elvia E. Patricia Herrera Gutiérrez Secretaría de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Durango	Titular 2009-2010
Dr. Ramón Armando Luna Escalante Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Michoacán	Titular 2009-2010
Acad. Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud de CENETEC y Secretario Técnico del Comité Nacional de GPC	Secretario Técnico