

CHUQUIMIA MENDOZA YANIRA
R1 NEUMOLOGIA

RUIZ HERNANDEZ ANDREA
R1 NEUROLOGIA

DELIRIUM

¿CONFUSIÓN?

RAE: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed.

Confusión (Del lat. *confusio*, -ōnis.): 4.f Equivocación, error



DSM-V

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS

FIFTH EDITION

DSM-5®

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

CIE-10

CIE-10

CIE-11

Clasificación
internacional
de enfermedades
mentales
para la estadística
de la mortalidad
y la morbilidad

11th Revision

Volume 1
Tabular List



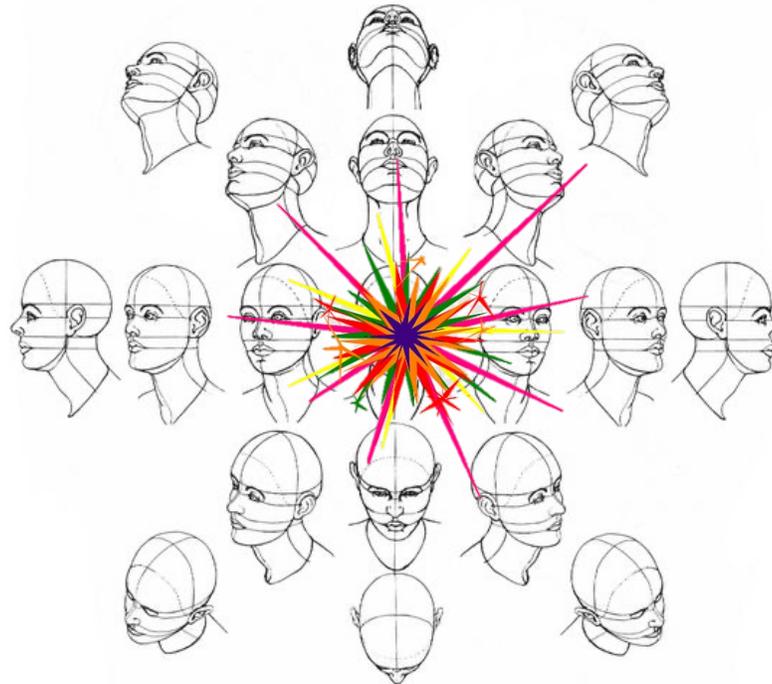
World Health
Organization

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

Disfunción:

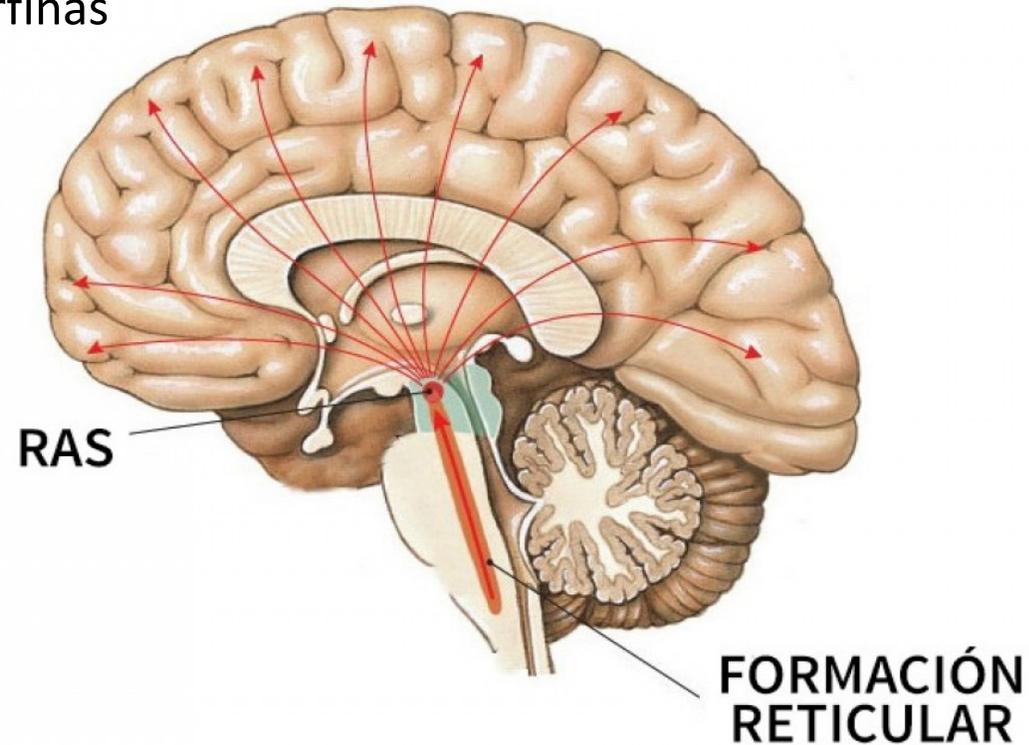
Aguda, generalizada y fluctuante
*del nivel de conciencia y de la **atención***
*de causa **orgánica***

- Vespertino
- Ciclo sueño-vigilia
- Funciones cognitivas
- Psico-motores
- Alucinaciones orgánicas



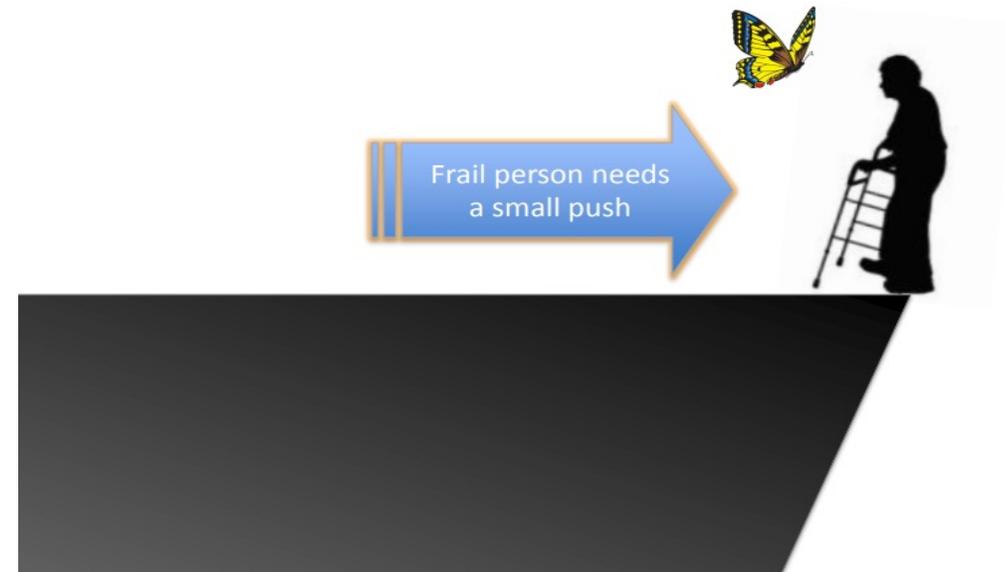
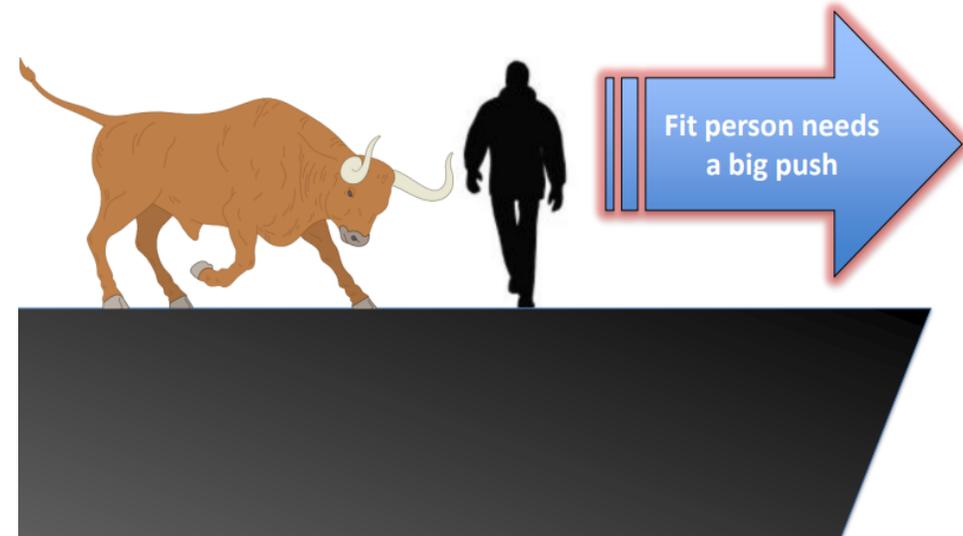
Alteración neuroquímica difusa > anatómico

↓ **ACETILCOLINA** ↓ Serotonina ↓ Noradrenalina
↑ Dopamina ↑ Endorfinas



FATORES PREDISPOANTES + FATORES PRECIPITANTES

- 1) EDAD AVANZADA
- 2) DEMENCIA
- 3) ALCOHOLISMO



CAUSAS PRINCIPALES

1. INFECCIONES: ITU (NO BAS!).
2. RAO E IMPACTACIÓN FECAL
3. FÁRMACOS Y ABSTINENCIA
4. ENF. CARDIACA Y PULMONAR
5. METABÓLICAS
6. CIRUGÍAS, TRAUMATISMOS

POR QUÉ ES IMPORTANTE

- 1/3 Pacientes > 70 años : 50%
- 45% Alta
- RF independiente de Mortalidad
- Diagnóstico 12-35%



SOSPECHA

- “Mi ___ está raro/a”
- “ Desde hace unos días no es él/ella”
- “ Se queda dormido/a toda la mañana”
- “ No contesta cuando le hablas”
- “ Me confunde con otras personas”
- “ Por las noches se transforma”
- “ Ve cosas raras”

EVALUACIÓN

1. SITUACIÓN COGNITIVA BASAL: CAMBIO
2. SÍNTOMAS DEL DELIRIUM
3. DX DEL S. CONFUSIONAL AGUDO

Escala **CAM** para el dx de **delirium**

S 94-100 %
E 90-95 %
índice κ 0,91

01

Inicio **agudo** y curso **fluctuante**

- ¿Evidencia de cambio agudo del estado mental?
- ¿Comportamiento anormal fluctuante durante el día?

02

Inatención

- ¿Dificultad para prestar atención?

Se distrae fácilmente o se le dificulta seguir las conversaciones

03

Pensamiento **desorganizado**

- ¿Pensamiento desorganizado o incoherente?

Conversación divagante o irrelevante, flujo de ideas anormal o cambio de tema impredecible

04

Alteración del **nivel de conciencia**

- Alerta, vigilante (hiperalerta), letárgico, estuporoso o coma

Dx: 1 y 2 + 3 o 4

DX DEL DELIRIUM

- 1) ANAMNESIS POR ÓRGANOS Y APARATOS
- 2) EXPLORACIÓN FÍSICA
 - FRECUENTE: Mioclonias, asterexis, temblor de intención y postural
- 3) EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA
- 4) TRATAMIENTO ACTUAL
- 5) PPCC:
 - ANALÍTICA: P2 P3 HEMOGRAMA Y S/S ORINA
 - RX TÓRAX Y EKG
 - Específicas

Fármacos de alto riesgo para Delirio	Mecanismo potencial que conduce al delirio
Benzodiacepinas	Sedación del SNC
Antidepresivos (amitriptilina, imipramina, doxepina)	Toxicidad anticolinérgica
Antihistamínicos (p. Ej., Difenhidramina)	Toxicidad anticolinérgica
Anticolinérgicos: antiespasmódicos de la vejiga	Toxicidad anticolinérgica

Fármacos de alto riesgo para Delirio	Mecanismo potencial que conduce al delirio
Analgésicos opioides	Toxicidad anticolinérgica, sedación del SNC, estreñimiento
Antipsicóticos	Toxicidad anticolinérgica, sedación del SNC
ATB, especialmente fluoroquinolonas	Efectos del receptor GABA y NMDA

PSICOFÁRMACOS
INNECESARIOS



ANTICOLINÉRGICOS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

a) **FOCALIDAD NEUROLÓGICA:** E. NRL VPN 97%

- Si dudas: Neuroimagen y PL

b) **ESTATUS EPILEPTICO NO CONVULSIVO:** EEG

c) **ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA**

	Delirium	Demencia	Psicosis	Depresión
Inicio	Agudo	Insidioso	Agudo	Subagudo
Curso diario	FLUCTUANTE	Estable	Estable	Estable
Conciencia	ALTERADA	Conservada	Conservada	Conservada
Orientación	Alterada	Alterada	Conservada	Conservada
Atención	MUY ALTERADA	Conservada o alterada parc.	Conservada o alterada parc.	Conservada
Memoria	Alterada	Alterada	Conservada	Conservada
Alucinación	Frecuentes. ORGÁNICAS	Poco frecuentes	Frecuentes	Poco frecuentes

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO: Principios

Evitar

Brindar

Identificar

Controlar

PREVENCION

MODIFICACION de factores de riesgo

Intervenciones



Fármacos de alto riesgo para Delirio	Mecanismo potencial que conduce al delirio	Potencial sustituto	Notas
Benzodiazepinas	Sedación del SNC	Protocolo de <u>sueño no farmacológico</u> ; si es necesario para seguridad del paciente, use acción corta en la <u>dosis efectiva mas baja</u> .	Puede ser necesario para la sedación en un entorno de cuidados intensivos; asociado con la precipitación o el empeoramiento del delirio.
Antidepresivos (amitriptilina, imipramina, doxepina)	Toxicidad anticolinérgica	<u>ISRS o IRSN</u>	
Antihistamínicos (p. Ej., Dexclorfeniramina)	Toxicidad anticolinérgica	Protocolo de sueño no farmacológico; descongestionantes alternativos (pseudoefedrina); en alergias (ATH 2da generación).	A menudo se incluye en preparaciones para dormir de venta libre.
Anticolinérgicos: antiespasmódicos de la vejiga	Toxicidad anticolinérgica	Considerar <u>intervenciones conductuales</u> o bajar dosis.	Los agentes <u>más nuevos</u> pueden tener <u>menos efectos adversos</u> en el SNC

	Mecanismo potencial que conduce al delirio	Potencial sustituto	Notas
Analgésicos opioides	Toxicidad anticolinérgica, sedación del SNC, estreñimiento	Paracetamol y AINES; si necesario use la dosis efectiva más baja y proporcione <u>medidas de apoyo</u> (prevenir el estreñimiento).	<u>Considerar R-B</u> , los metabolitos opioides pueden acumularse en la <u>insuficiencia renal</u> .
Antipsicóticos	Toxicidad anticolinérgica, sedación del SNC	<u>Evite el uso</u> ; si el uso es necesario para la <u>seguridad</u> del paciente, use la dosis efectiva más baja	Considerar R-B.

• Medicamentos para prevenir el delirio:

No
evidencia



- Gabapentina
- Melatonina

*Metaanálisis 2015 ,
intervenciones no
farmacológicas: De 14
estudios, 11, reducción
significativa de
incidencia de delirio.
OR 0.47 IC 0.38-0.58*

TRATAMIENTO

Paciente con DELIRIUM

- Implementar medidas de apoyo:
- Hidratación
 - Evitar restricciones
 - Movilizar
 - Evitar aislamiento sensorial
 - Manejo dolor
 - Tratar enfermedad medica subyacente

Su comportamiento ¿Interfiere con su seguridad?

SI

NO

Revisar medicación, historia clínica, analítica básica (hemograma, glucosa, electrolitos, creatinina, BUN calcio, O2, urianalisis, ECG)

30%
Toxicidad farmacológica

SI
Discontinuar

Trauma o focalidad

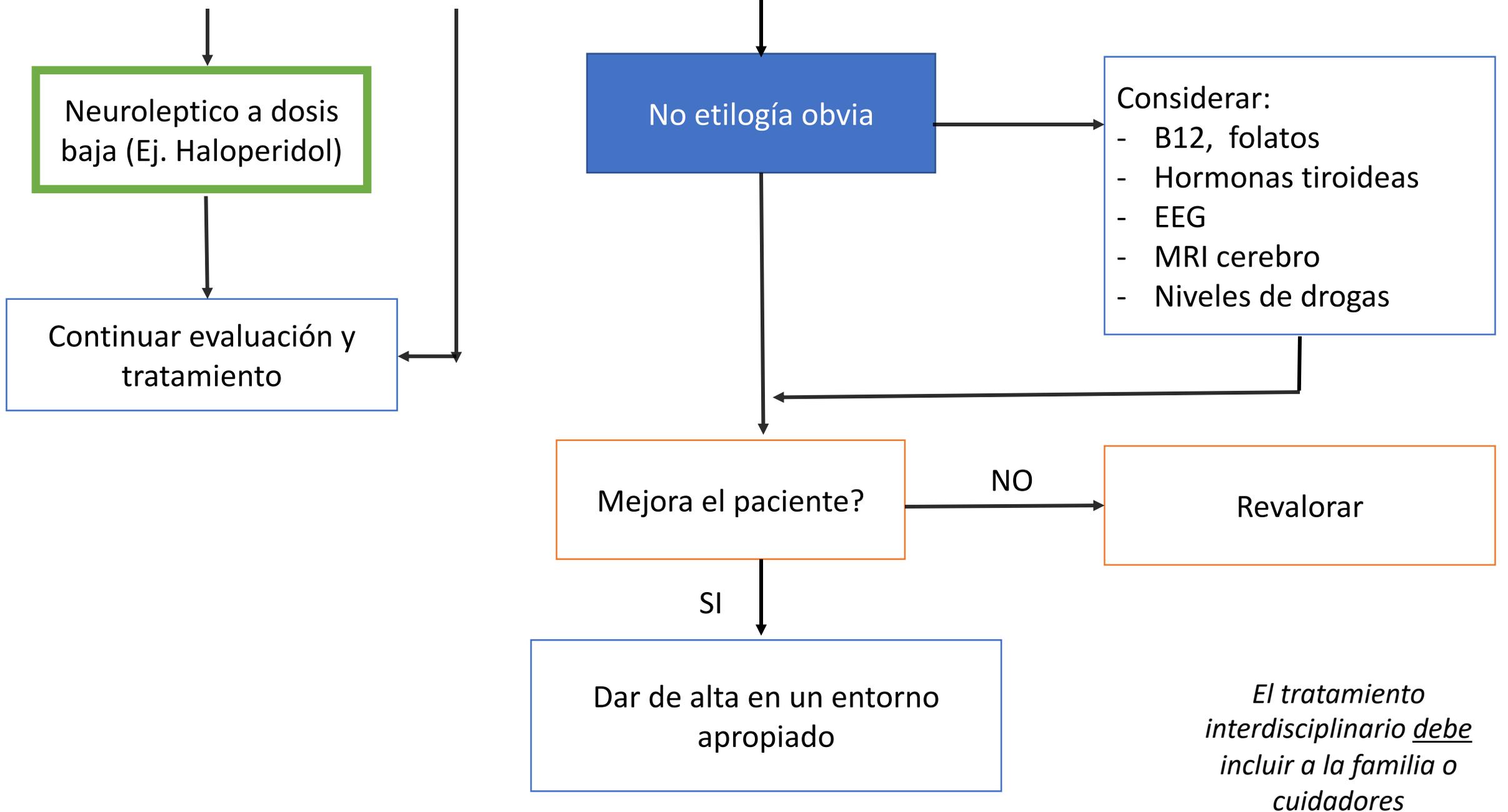
SI
TC cerebro

Foco de infección

SI
Iniciar ATB

Fiebre inexplicada/rigid ez nuca

SI
PL



MANEJO DE LA AGITACIÓN: Intervenciones no farmacológicas

Manipulación interpersonal y ambiental

Restricciones físicas

En un estudio en pacientes hospitalizados, la inmovilización se asocio con un aumento del triple de probabilidad de delirio persistente.

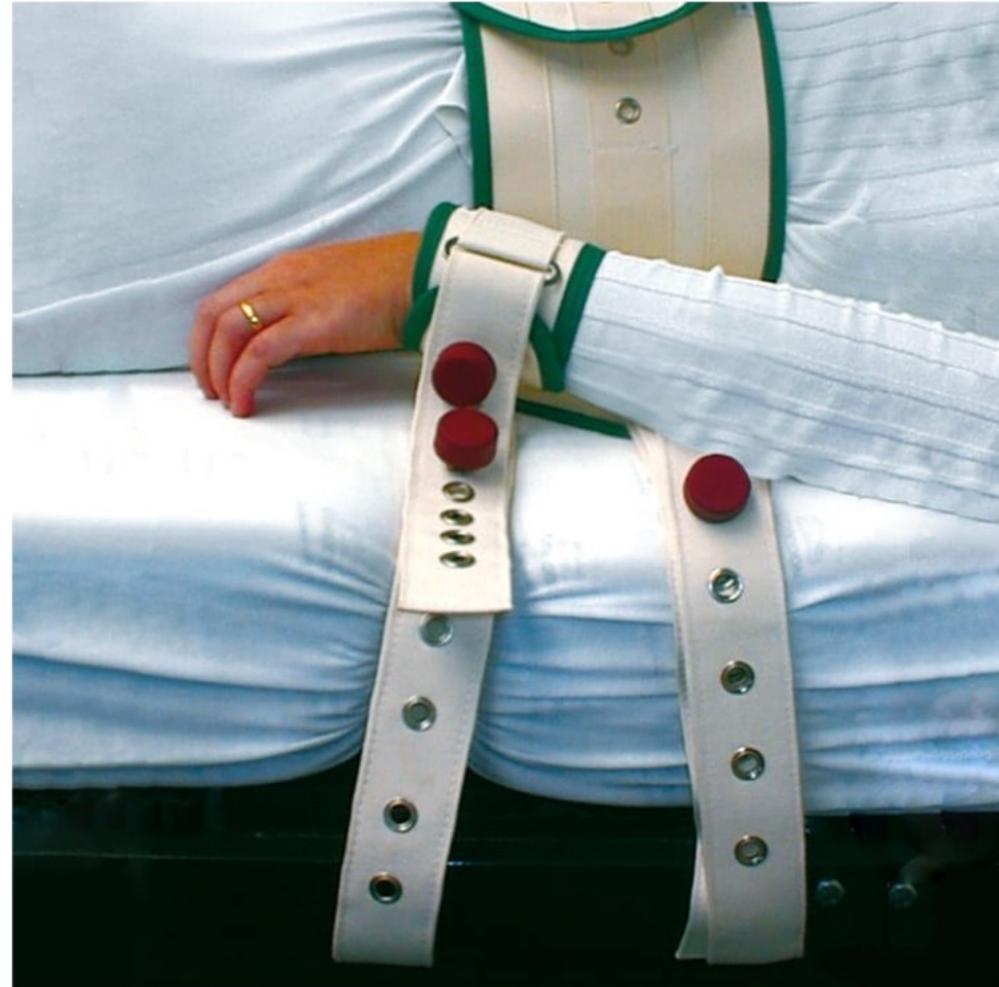


Table 5. Pharmacologic Therapy of Agitated Delirium.*

Agent	Drug Class	Dosing†	Routes	Degree of Sedation	Risk of EPS	Adverse Effects
Haloperidol	Typical anti-psychotic	Initial: 0.25–0.5 mg Maximum: 3 mg	Oral, IM, or IV	Low	High	Risk of EPS increases if daily dose exceeds 3 mg
Risperidone	Atypical anti-psychotic	Initial: 0.25–0.5 mg Maximum: 3 mg	Oral or IM	Low	High	Slightly less risk of EPS than with haloperidol at low doses
Olanzapine	Atypical anti-psychotic	Initial: 2.5–5 mg Maximum: 20 mg	Oral, sublingual, or IM	Moderate	Moderate	More sedating than haloperidol
Quetiapine	Atypical anti-psychotic	Initial: 12.5–25 mg Maximum: 50 mg	Oral	High	Low	Much more sedating than haloperidol; risk of hypotension
Ziprasidone	Atypical anti-psychotic	Initial: 5–10 mg Maximum: 40 mg	Oral or IM	Moderate	Moderate	More sedating than haloperidol; risk of cardiac arrhythmia, heart failure, and agranulocytosis
Lorazepam	Benzodiazepine	Initial: 0.25–0.5 mg Maximum: 2 mg	Oral, IM, or IV	Very high	None	More paradoxical excitation and respiratory depression than with haloperidol

No dosificación continua o profiláctica

Se recomienda uso a corto plazo de antipsicóticos

MANEJO DE LA AGITACIÓN: Intervenciones farmacológicas

- ANTIPSICOTICOS TIPICOS: HALOPERIDOL

- ANTIPSICOTICOS ATIPICOS: quetiapina, risperidona, ziprasidona, olanzapina

**Un metaanálisis de tres estudios pequeños compararon haloperidol con risperidona y olanzapina encontró que los tres agentes eran igualmente eficaces en el tratamiento del delirio.*

- BZD

- Inhibidores de la colinesterasa

PRONOSTICO

Mortalidad

- Alta
- *Estudios han encontrado una relación entre la duración del delirio y la mortalidad.*

Disfuncion cognitiva persistente

- Signos de delirio pueden persistir durante 12 meses o más.
- *Estudio de seguimiento a largo plazo encontró que después de dos años, sólo un tercio de los pacientes que habían experimentado delirio todavía vivían de forma independiente en la comunidad.*

CONCLUSIONES

- 1) El Delirium es un signo de fallo orgánico
- 2) Un estado de confusión aguda inexplicada es un SCA hasta demostrar lo contrario
- 3) Los psicofármacos son causa o agravamiento de confusión en ancianos
- 4) No subestimar pequeños factores precipitantes como potenciales causas
- 5) Identificar los factores causantes-contribuyentes y manejarlos.
- 6) Se recomienda el uso a corto plazo de antipsicóticos.
- 7) Las restricciones físicas deben usarse como ultimo recurso.

BIBLIOGRAFIA

1. Maldonado J. Acute brain failure. *Critical Care Clinics*, 2017-07-01, Volumen 33, Número 3, Páginas 461-519, Copyright © 2017 Elsevier Inc.
2. Joseph Francis. G Bryan Young, Diagnosis of delirium and confusional states. Uptodate. Feb 11, 2020. https://uptodate.publicaciones.saludcastillayleon.es/contents/diagnosis-of-delirium-and-confusional-states?search=delirium&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
3. Joseph Francis. G Bryan Young, Delirium and acute confusional states: Prevention, treatment, and prognosis. Uptodate. Mayo, 2019. Revisado en: https://uptodate.publicaciones.saludcastillayleon.es/contents/delirium-and-acute-confusional-states-prevention-treatment-andprognosis?search=delirium&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
4. Jiménez Flores B. Síndrome confusional agudo. *Revista Médica Sinergia*. Vol.3 Num:2 Febrero 2018 pp:7 -11
5. Josephson S, Miller BL. Josephson S, & Miller B.L. Josephson, S. Andrew, and Bruce L. Miller. Confusión y delirio. In: Jameson J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. Jameson J, & Fauci A.S., & Kasper D.L., & Hauser S.L., & Longo D.L., & Loscalzo J (Eds.), Eds. J. Larry Jameson, et al. eds. *Harrison. Principios de Medicina Interna, 20e*. McGraw Hill; 2018. Accessed octubre 01, 2021. <https://accessmedicina.publicaciones.saludcastillayleon.es/content.aspx?bookid=2461§ionid=199173173>
6. Mattison MLP. Delirium. *Ann Intern Med*. 2020 Oct 6;173(7):ITC49-ITC64. doi: 10.7326/AITC202010060. PMID: 33017552.
7. E. R. Marcantonio, M.D. *Delirium in Hospitalized Older Adults* . *N Engl J Med* 2017;377:1456-66.
8. M^a I. Ruiz V. Mateos H. Suárez. P. Villaverde. Hospital universitario central de Asturias Oviedo. *SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (Delirium) Guía práctica de diagnóstico y tratamiento*.
9. N.E. Brummel, E.E. Vasilevskis, J. Ho Han, L. Boehm, B.T. Pun E. Wesley Ely. *Implementing Delirium Screening in the ICU: Secrets to Success*. *CCMJournal*. September 2013 , Volume 41. Number 9