

MANEJO DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (DELIRIUM) EN URGENCIAS

Adaptado del documento de Hospital Universitario de Toledo. Octubre de 2019. (En Twitter @info_urg)

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.

DELIRIUM SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN URGENCIAS

TULIO NUÑEZ VALERO
TAMARA MARTÍNEZ MAROTO
ANTONIO BLANCO ORENES
MARÍA ALONSO SECO
LEONEL PORTA GONZÁLEZ
VICTORIA LANDALUCE PELLIGRA
RAFAEL RUBIO DÍAZ

Bibliografía:

1. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gelinas C, Dana JR, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2013;41(11):263-306.
2. Brown TM, Boyle MF. Delirium. *Brmj*. 2002;325(7365):644-7.
3. Hsieh TT, Yue J, Oh E, Puelle M, Dowel S, Trivison T, et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2015;175(4):512-20.
4. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(2):Cd005554 with baseline vulnerability. *Jama*. 1996;275(11):852-7.
5. O'Mahony R, Murthy L, Akumne A, Young J. Synopsi of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. *Ann Intern Med*. 2011;154(11):748-51.
7. Rockwood K, Bhat R. Should we think before we treat delirium? *Intern Med J*. 2004;34(3):78-8.
8. Salo K, Kubota K, Oda H, Taniguchi T. The impact of delirium on outcomes in acute, non-intubated cardiac patients. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2017;6(8):553-9.
9. Shi Q, Presutti R, Selchen D, Saposnik G. Delirium in acute stroke: a systematic review and meta-analysis. *Stroke*. 2012;43(3):645-9.
10. Weber JB, Coverdale JH, Kunik ME. Delirium: current trends in prevention and treatment. *Intern Med J*. 2004;34(3):115-21.

1. Síndrome Confusional Agudo

- Síndrome de inicio agudo caracterizado por una incapacidad cognitiva y/o perceptiva del cerebro para responder eficazmente a las demandas; en respuesta a un daño cerebral, neuroquímico difuso (metabólico, hormonal) y/o anatómico (parenquimatoso directo).
- En un individuo susceptible: antecedente de patología orgánica, metabólica, o consumo de tóxicos.
- Causa desencadenante.
- Evolución fluctuante a lo largo del día, empeoramiento nocturno y alteración del ritmo sueño-vigilia.
- Alteración del nivel de conciencia, pensamiento desorganizado, lenguaje incoherente, apraxias, gnosias.
- Desorientación temporo-espacial (suele ser el primer síntoma clínico).
- Alteración de la percepción (falsas interpretaciones, alucinaciones y abstracción).
- Alteraciones conductuales, emocionales y/o autonómicas.
- Produce un incremento de la mortalidad hospitalaria, mayor riesgo de complicaciones. Repercusión sobre el pronóstico vital, cognitiva y funcional.

Factores predisponentes

- Demencia.
- Enfermedad grave.
- Edad avanzada.
- Alteración metabólica.
- Riesgo vascular.
- Déficit nutricional.
- Déficit sensorial.
- Depresión.
- Episodio previo.

Factores precipitantes

- Cirugía, daño orgánico.
- Proceso infeccioso.
- Hipoxemia.
- Deshidratación.
- Polifarmacia.
- Uso de psicoactivos.
- Uso de hipnóticos.
- Estrés ambiental.
- Privación de sueño.

Vulnerabilidad

Riesgo

Delirium Hipoactivo

Delirium Mixto

Delirium Hiperactivo

- Actividad gabaérgica aumentada.
- Subdiagnóstico.
- Confunde depresión.
- Estancias más largas.
- Peor pronóstico.

- Actividad gabaérgica disminuida.
- Fácil diagnóstico.
- Alucinaciones.
- Confunde ansiedad.
- Agitación psicomotriz.
- Mejor pronóstico.

Causas

Orgánicas

- Intoxicaciones: Alcohol, estimulantes, cannabis, antidepresivos, neurolepticos, BZD, anticolinérgicos, opiáceos, otros.
- Síndrome de abstinencia.
- Proceso intercurrente: infección, fiebre, insuficiencia respiratoria, hepática o renal, encefalopatía, TCE, politrauma, estados postoperatorios, alteración metabólica, crisis parciales, ictus, tumor intracranial.
- Fármacos: AINES, corticoides.

Psiquiátricas

- Agitación psicótica: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, episodio maniaco-depresivo, trastornos de ideas delirantes.
- Agitación no psicótica: T. Explosivo intermitente, trastorno de personalidad (histerionismo, límite, paranoide), reacción de estrés agudo, reacción de duelo, crisis de ansiedad, crisis de pánico, alteración de la conducta en retraso mental o demencia establecida.

2. Diagnóstico

Sospecha Clínica de Delirium

A. Criterios operativos

B. Diagnóstico diferencial

C. Escalas de valoración

A. Criterios diagnósticos de Delirium

Criterios ICD-10 (WHO, 1992).

- Alteración del nivel de conciencia y de la atención (incapacidad en dirigir, mantener o cambiar la atención).
- Alteración cognitiva global.
 - Disminución de la memoria inmediata y reciente, relativa preservación de la memoria remota.
 - Desorientación en tiempo, espacio y persona.
 - Pérdida de abstracción y comprensión.
 - Alteración del lenguaje.
 - Distorsión perceptiva (ilusiones y alucinaciones).
- Alteración del ciclo sueño-vigilia (insomnio, somnolencia, diurna, ensueños y pesadillas).
- Alteraciones emocionales (depresión, apatía, habilidad emocional, ansiedad, irritabilidad).

B. Diagnóstico diferencial de Delirium

Características	Delirium	Demencia	Psicosis	Depresión
Comienzo	Agudo	Insidioso	Subagudo	Subagudo
Curso en 24 horas	Fluctuante	Estable	Estable	Estable
Conciencia	Alterada	Vigil	Vigil	Vigil
Orientación	Alterada	Alterada	Intacta	Intacta
Memoria	Deteriorada	Deteciorada	Conservada	Conservada
Déficit de atención	Grave	Parcial	Parcial	Grave
Alucinaciones	Frecuentes	Baja frecuencia	Frecuente	Frecuente
A. psicomotriz	Variable	Ausente	Ausente	Variable
Enfermedad Física	Presente	Ausente	Ausente	Variable

C. Escalas de Valoración

Confusion Assessment Method (CAM)

- Sensibilidad 94-100%
- Especificidad 90-95%

Positivo en presencia de A+B+ (C o D):

- A: Inicio agudo y carácter fluctuante.
¿Existe evidencia de cambio agudo en estado mental, comparado con su basal?.
- B: Inatención.
¿Tiene dificultad en mantener la atención?.
- C: Pensamiento desorganizado.
¿Es el pensamiento Incoherente?.
- D: Nivel de conciencia alterado.
¿Cómo calificaría el nivel de conciencia: alerta, hiperalerta, letárgico, estuporoso o coma?.

Delirium Triae Screen (DTS)

- Sensibilidad y VPN 95%
- Especificidad 55%

Positivo en presencia de A + B:

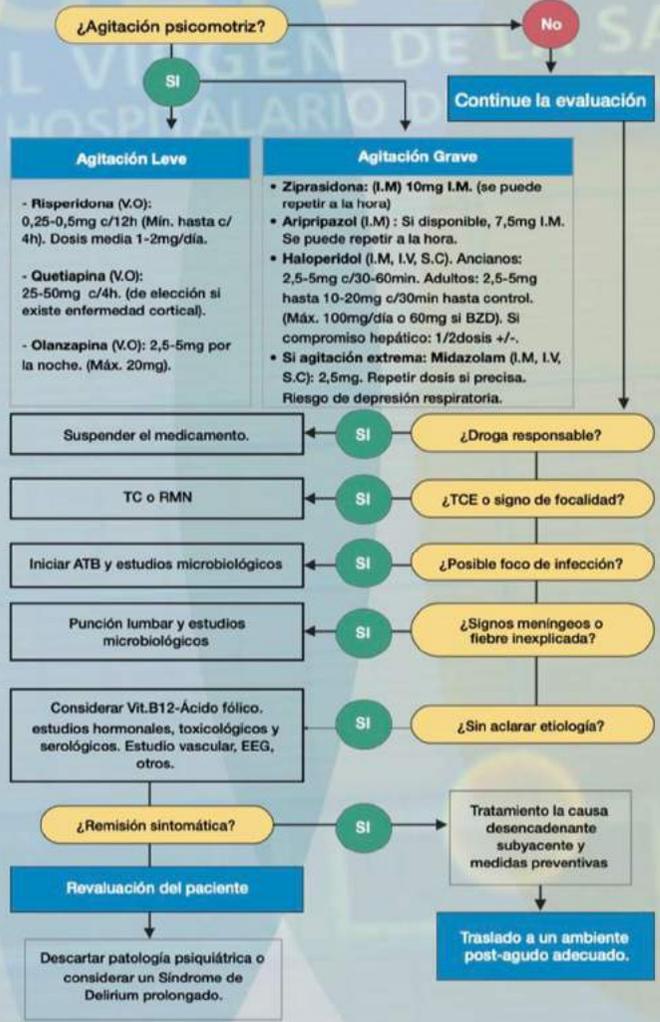
- A: Nivel de conciencia alterado. (alteración del estado de alerta).
- B: Inatención (error al deletrear de atrás hacia adelante secuencias de palabras sencillas, ejemplo: palabra mundo o los días de la semana al revés).



3. Evaluación del paciente con Delirium

Paciente Agitado

Medidas de soporte	Evaluación general
<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorización. 2. Acompañamiento familiar. 3. Asegurar hidratación adecuada. 4. Evitar la contención física y/o mecánica. 5. Movilizar al paciente. 6. Reducir el ruido ambiental. 7. Facilitar orientación temporo-espacial. 8. Tranquilizar al paciente. 9. Sentar al lado de la cama. 10. Manejo óptimo del dolor. 11. Tratar condiciones médicas subyacentes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Historia clínica. 2. Exploración física y neurológica. 3. Revisión de medicación reciente y habitual. 4. Solicitar pruebas complementarias: <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo. - VSG, PCR. - Gasometría arterial. - Sistemático de orina. - ECG. - Rx de tórax.



4. Tratamiento farmacológico de la agitación en el Delirium

Fármaco	Dosis	Vía de administración	Inicio	Grado de Sedación	Riesgo de síntomas extrapiramidales	Comentarios
Haloperidol Haloperidol®	0,25 - 0,5mg, repetir en 0.5-2h. 0.5-2mg/8-12h. Dmáx/día: I.V, I.M 5-10mg. VO 15mg.	V.O comp. 10mg, 0.1mg/gota I.V, I.M amp 5mg/1ml.	20 min	Bajo	Alto	Riesgo de síntomas extrapiramidales (aumentan si dosis >3mg/día). Alarga el QT, riesgo de arritmias cardíacas, y síndrome neuroléptico maligno. No recomendados en pacientes ancianos.
Risperidona Risperidal®	0,25 - 1mg, repetir en 2h. 0,25mg - 1mg/12h. Dmáx/día: 4-6mg.	V.O comp. 0.5, 1, 2, 3, 4mg. Sol oral 1mg/ml. I.M amp 1mg/ml.	-	Bajo	Alto	Menos riesgo de síntomas extrapiramidales que el Haloperidol a bajas dosis. Único aceptado en >75a.
Olanzapina Zyprexa®	Bucodisp. 5mg, repetir 0.5-2h. Comp 2.5-5mg/24h. I.M: 2.5-5mg, repetir en 2-4h. Dmáx/día 10mg IM, 20mg VO.	V.O, Sublingual Bucodisp. 5, 10mg. Comp 2.5, 5, 7.5, 10mg. I.M amp 10mg/2ml.	-	Moderado	Moderado	Hipotensión ortostática, bradicardia, Alarga el QT. Erupciones exantemáticas. Estreñimiento. Sequedad de boca. Aumento de peso. Hiperprolactinemia. Mayor sedación que el Haloperidol.
Quetiapina Seroquel®	12,5 - 25 mg/12h Dmáx/día: 400mg.	V.O comp. 25, 100, 200, 300mg.	-	Alto	Bajo	Mayor sedación que el Haloperidol y riesgo de hipotensión. A dosis bajas es hipnótico y antipsicótico. Indicado en enfermedades subcorticales. Utilizado en pacientes con parkinsonismo.
Ziprasidona Zeldox®	V.O: 10-20mg/12h I.M 5 - 20 mg, repetir en 2-4h. Dmáx/día: I.M 40mg. VO 160mg.	V.O comp. 20, 40, 60, 80mg. I.M amp 20mg/1ml.	-	Moderado	Moderado	Mayor sedación que el Haloperidol, riesgo de arritmia cardíaca, insuficiencia cardíaca y agranulocitosis. Evitar en pacientes con alteraciones del K ⁺ e IC
Clorpromazina Largactil®	25 - 50 mg Dmáx/día: 300mg.	V.O. comp 25mg,100mg. Sol oral 40mg/ml. I.M amp	30-60 min	-	-	Sedación e hipotensión ortostática, efectos extrapiramidales moderados.
Aripiprazol Abilify®	VO 5-15 mg/24h. I.M 7.5mg - 15mg/24h. Puede repetirse otra dosis a las 2h. Dmáx: 30 mg/24 h.	V.O comp. 5,10,15mg. Sol. oral 1 mg/ml. I.M amp 7.5mg.	-	-	-	Uso recomendado en demencia. Baja incidencia de síntomas extrapiramidales y anticolinérgicos, escasa ganancia ponderal y bajo riesgo de dislipemia y diabetes. Eficaz en discinesia tardía. SIADH.
Lorazepam Orfidal®	0,25 - 2 mg/4-24h. Dmáx/día: 10-15mg.	VO	15-20 min	Muy alto	Ninguno	Mayor excitación paradójica, desinhibición y depresión respiratoria en comparación con el Haloperidol. Utilizado en el síndrome de abstinencia alcohólica o síndrome neuroléptico maligno. Uso preferente en <75a.
Midazolam Dormicum®	2 - 5 mg.	I.V, I.M, SC	1-15 min	Muy alto	-	

Escala de evolución para el estado confusional agudo (Strub y Black)

1. Nivel de conciencia	Día	Letargia Leve	1 p.
	Noche	Letargia moderada	2 p.
2. Desorientación		Dormido	0 p.
		Despierto	1 p.
3. Inatención		Agitado	2 p.
		Tiempo	1 p.
4. Incoherencia en la conversación		Espacio	2 p.
		Persona	3 p.
5. Pseudopercepciones		Leve	1 p.
		Moderada	2 p.
6. Comportamiento		Acusada	3 p.
		Leve	1 p.
7. Conducta inapropiada		Moderada	2 p.
		Acusada	3 p.
	Identificaciones erróneas	1 p.	
	Ilusiones	2 p.	
	Alucinaciones	3 p.	
	Inquietud	1 p.	
	Agitación	2 p.	
	Paranoia	3 p.	
	Tranquila	3 p.	
	Agitada	5 p.	

Escala CIWA-Ar para valorar síndrome de DEPRIVACIÓN ALCOHÓLICA



En colaboración con el Servicio de Geriátria.