

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DEL
DELIRIUM
EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-465-11

Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social, "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor hospitalizado**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

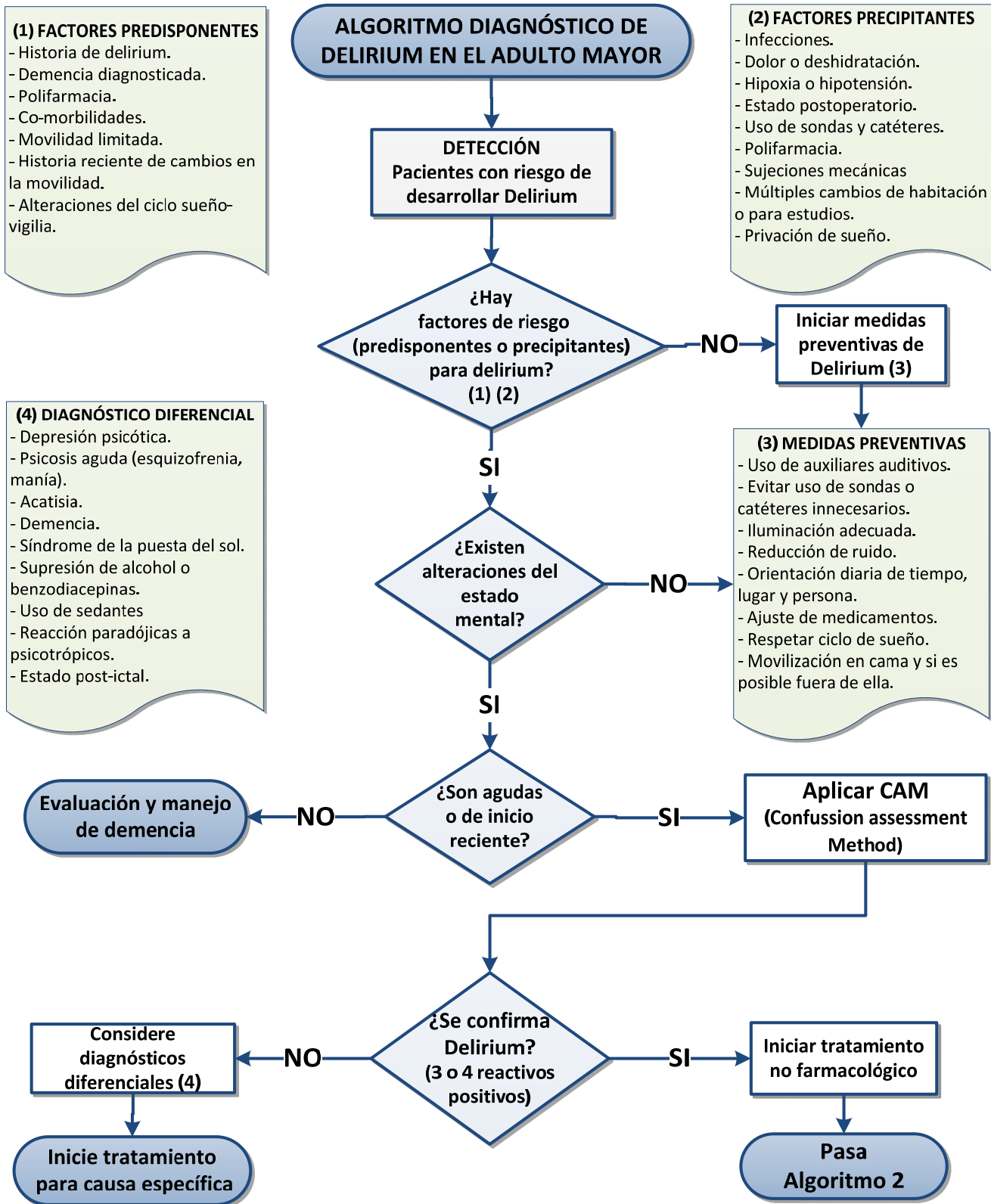
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **"Evidencias y Recomendaciones"** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO

Algoritmo 1. Diagnóstico de Delirium



*Grado de Recomendación

Algoritmo 2. Tratamiento de Delirium

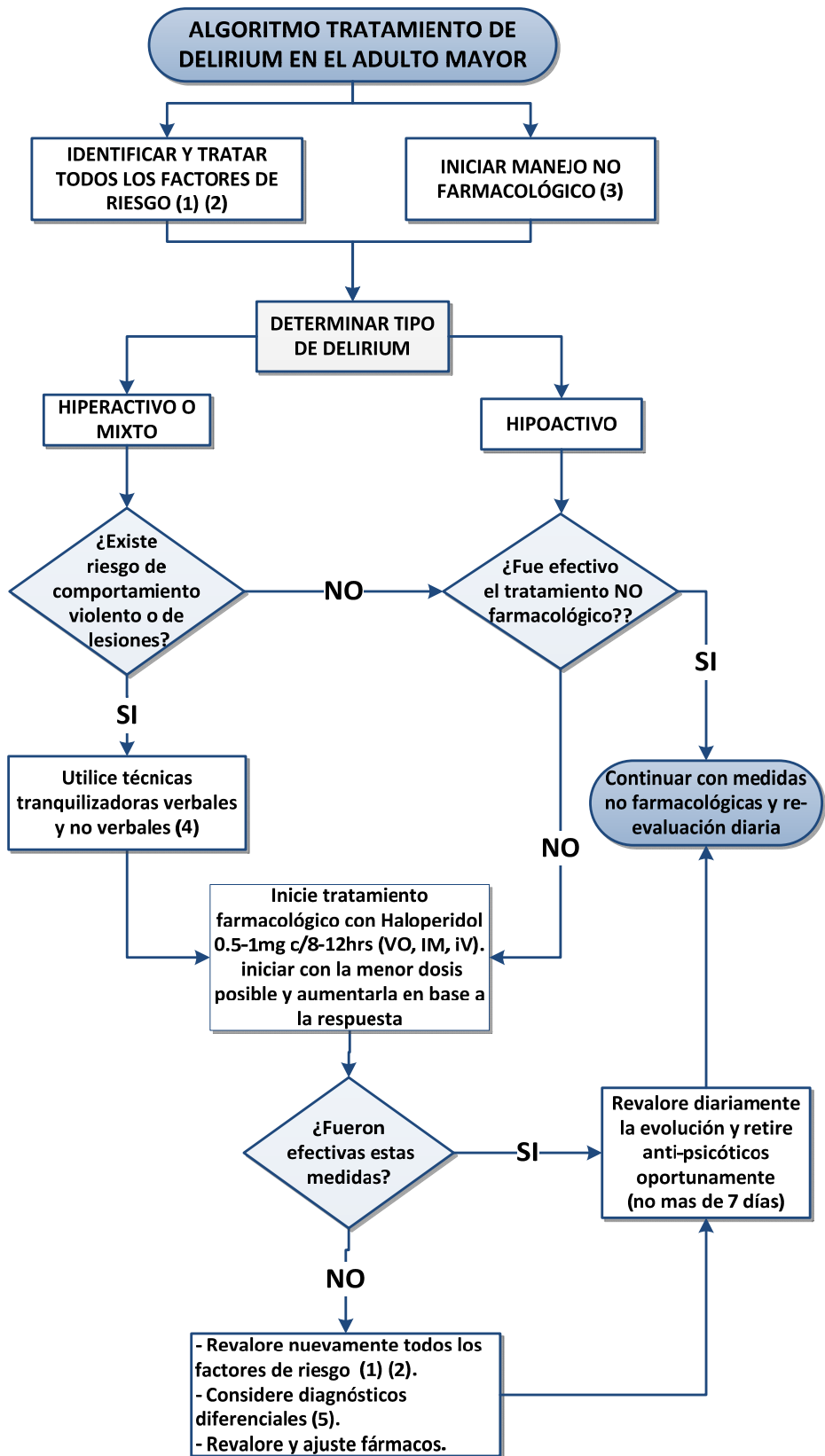
- (1) FACTORES PREDISOPONENTES**
- Historia de delirium.
 - Demencia diagnosticada.
 - Polifarmacia.
 - Co-morbilidades.
 - Movilidad limitada.
 - Historia reciente de cambios en la movilidad.
 - Alteraciones del ciclo sueño-vigilia.

- (2) FACTORES PRECIPITANTES**
- Infecciones.
 - Dolor o deshidratación.
 - Hipoxia o hipotensión.
 - Estado postoperatorio.
 - Uso de sondas y catéteres.
 - Polifarmacia.
 - Sujeciones mecánicas
 - Múltiples cambios de habitación o para estudios.
 - Privación de sueño.

- (3) TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO**
- Uso de auxiliares auditivos.
 - Evitar uso de sondas o catéteres innecesarios.
 - Iluminación adecuada.
 - Reducción de ruido.
 - Orientación diaria de tiempo, lugar y persona.
 - Ajuste de medicamentos.
 - Respetar ciclo de sueño.
 - Movilización en cama y si es posible fuera de ella.

- (4) TÉCNICAS TRANQUILIZADORAS**
- Conversar con el paciente.
 - Disminuir el miedo, los temores y la ansiedad.
 - Tratar de averiguar las causas del enojo o inquietud.
 - Ser asertivo, hablar con frases breves y claras.
 - Hacer énfasis con la familia en la cooperación.
 - Evitar las amenazas y no minimizar las preocupaciones.

- (5) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**
- Depresión psicótica.
 - Psicosis aguda (esquizofrenia, manía).
 - Acatisia.
 - Demencia.
 - Síndrome de la puesta del sol.
 - Supresión de alcohol o benzodiazepinas.
 - Uso de sedantes
 - Reacción paradójicas a psicotrónicos.
 - Estado post-ictal.



2. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
Ante la presencia de un paciente con delirium se debe buscar intencionadamente los factores predisponentes y precipitantes de delirium, así como los fármacos que potencialmente pueden causar delirium. (Cuadro 1 y 2)	D NICE
Para hacer el diagnostico de delirium se requiere de una herramienta formal como los criterios del CAM o Confusion Assesment Method y/o del DSM V. (Cuadros 3 y 4).	D NICE
Los estudios de laboratorio iniciales que se deben de solicitar son: biometría hemática completa, electrólitos séricos, química sanguínea completa, pruebas de función hepática, análisis general de orina y electrocardiograma. Además, considerar una radiografía de tórax.	D NICE
La tomografía simple es útil en aquellos pacientes con delirium y una causa no identificable, antecedente de uso de anticoagulación, antiagregantes plaquetarios, datos de focalización, trauma craneal o inmunocompromiso en quienes el estudio de neuroimagen se vuelve necesario.	D NICE
La punción lumbar como estudio rutinario solo se debe de utilizar cuando los signos y síntomas orienten al diagnóstico de neuroinfección.	C NICE

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda que en las primeras 24 horas de la hospitalización: <ul style="list-style-type: none"> • Detectar la presencia de delirium. • Valorar a los pacientes con factores de riesgo predisponentes y precipitantes para el desarrollo de delirium. • Tratar todas las posibles causas subyacentes o combinaciones de causas del delirium con intervenciones clínicas, conductuales y ambientales (Cuadro 5). 	D NICE
Se recomienda evitar el uso de sondas urinarias, nasogástricas, etc, así como no colocar sondas a menos que exista indicación absoluta y retirar las ya colocadas cuando no exista alguna indicación precisa para su uso.	D NICE

*Grado de Recomendación

Se recomienda revisar con frecuencia las indicaciones de cada fármaco y ajustar la prescripción de medicamentos cada vez que cambie la condición médica del paciente. Tomar en cuenta el número y tipo de medicamento (evitar polifarmacia).	D NICE
Se debe evaluar en todos los pacientes con dolor o que se sospeche, y si se detecta debe tratarse. Se debe evitar fármacos analgésicos que han sido catalogados como factores precipitantes del delirium.	D NICE
Se recomienda estimular la ingesta de líquidos por vía oral en la medida de lo posible y en caso de delirium hipoactivo, se recomienda utilizar una vía intravenosa para los requerimientos basales.	D NICE
Valorar la presencia de hipoxemia y optimizar la administración de oxígeno, evitar la postración, es recomendable mantener una posición de 45-90° (fowler) en cama o fuera de ella e indicar medidas básicas de rehabilitación pulmonar.	D NICE
Se recomienda involucrar en las acciones de prevención y manejo a los familiares, amigos y cuidadores de los pacientes.	D NICE
Las sujeciones mecánicas y restricciones físicas deben evitarse para el manejo del paciente con delirium hiperactivo porque pueden incrementar el riesgo de lesiones y de agitación.	D NICE
Estimular la movilización fuera de cama en todos los pacientes que puedan realizarla, en particular la movilización temprana después de cirugía.	D NICE
Si el paciente con delirium se encuentra ansioso o con agitación y se considera que existe el riesgo de que se haga daño a sí mismo o a otros, se recomienda utilizar primero técnicas tranquilizadoras verbales y no verbales (ej. tacto gentil), y solo en caso de no ser efectivas considerar el manejo farmacológico de corto plazo (no mayor a 1 semana).	D NICE

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Recomendación Clave	GR*
El tratamiento farmacológico del delirium sólo debe emplearse si las intervenciones no farmacológicas han fracasado o no es posible realizarlas y su indicación debe evaluarse diariamente en cada caso.	Recomendación fuerte GRADE
El tratamiento farmacológico del delirium debe reservarse para pacientes en las siguientes circunstancias: <ul style="list-style-type: none"> • Agitación o agresividad que amenacen o pongan en riesgo la integridad física del paciente, otros pacientes o del equipo de salud. • Agitación severa que ponga en peligro la aplicación o mantenimiento de terapias esenciales (p ej. asistencia mecánica ventilatoria invasiva/no invasiva, marcapasos, balón de contrapulsación aórtico, etc.). 	D NICE

*Grado de Recomendación

En el tratamiento del delirium NO deben utilizarse de forma rutinaria benzodicepinas, excepto en los casos en los que están indicadas (abstinencia etílica o por benzodicepinas).	Recomendación fuerte GRADE
Para el delirium hipoactivo , NO se recomienda la utilización de antipsicóticos, ni benzodicepinas.	Recomendación fuerte GRADE
Se recomienda utilizar haloperidol en el adulto mayor hospitalizado con delirium a dosis de 0.5-1 mg V.O. cada 8-12 horas, 0.5-1mg I.V. o I.M.	B NICE
Otras opciones de tratamiento que pueden utilizarse son: <ul style="list-style-type: none"> • Olanzapina: 1-20mg/día. • Quetiapina: 25-100mg/día. • Risperidona: 0.25-4mg/día. Recordando iniciar con la menor dosis posible y aumentarla en base a la respuesta y el contexto general del paciente.	B NICE
En pacientes con intubación orotraqueal se puede considerar el uso de dexmedetomidina como alternativa a los antipsicóticos.	A NICE

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Recomendación Clave	GR*
Al egreso del paciente de hospitalización de segundo o tercer nivel consignar en la nota de egreso el diagnóstico de delirium durante la hospitalización, los factores precipitantes, así como las recomendaciones no farmacológicas, el seguimiento y vigilancia farmacológica para evitar un nuevo episodio.	PBP
Los pacientes adultos mayores deben de ser referidos a su Unidad de Medicina Familiar con una nota de alta hospitalaria en la que se especifique que cursaron con delirium, medidas preventivas y la vigilancia farmacológica a seguir.	PBP

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

CUADRO 1. FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DELIRIUM EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO

HOSPITALIZACIÓN POR CONDICIÓN MÉDICA	HOSPITALIZACIÓN POR CONDICIÓN QUIRÚRGICA O PERIOPERATORIA
<ul style="list-style-type: none"> • Demencia previa. • Severidad de la enfermedad médica (de acuerdo a APACHE II). • Déficit sensorial (predominio visual). • Catéter urinario a permanencia. • Desnutrición/malnutrición. • Bajo nivel de albumina. • Duración de estancia hospitalaria. • Polifarmacia al ingreso (uso de 5 o más medicamentos). • Depresión. • Edad (a mayor edad mayor riesgo). • Comorbilidad. • Infección en cualquier sitio. • Infección de vías urinarias. • Uso de medicación “de alto riesgo” al ingreso (narcóticos, neurolépticos, benzodiazepinas). • Disminución en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. • Inmovilidad. • Elevación de urea. • Desequilibrio hidroelectrolítico (hipernatremia, hiponatremia y relación urea/creatinina alterada). • Bajo nivel de hematócrito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad mayor de 75 años. • A mayor edad mayor riesgo. • Puntaje del American Society of Anesthesiologists (ASA) III o mayor. • Albúmina por debajo de lo normal. • Transfusión de paquete globular perioperatorio. • Hipotensión transoperatoria. • Historia de abuso de alcohol. • Dependencia en al menos 1 actividad de la vida diaria. • Tiempo de espera para la cirugía. • Depresión. • Mayor número de comorbilidades. • Número de medicamentos (más de 5). • Pérdida sanguínea perioperatoria. • Pérdida sanguínea excesiva. • Cirugía por laparoscopia. • Re-intervención quirúrgica. • Larga estancia intrahospitalaria. • Complicaciones perioperatorias. • Patología oncológica.

Factores de riesgo identificados en estudios controlados, revisiones sistematicas y meta-análisis

Adaptado de: Ahmed S, Leurent B, Sampson EL. Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing* 2014;43: 326–333.

Adaptado de: Scholz AF, Oldroyd C, McCarthy K, et al. Systematic review and meta-analysis of risk factors for postoperative delirium among older patients undergoing gastrointestinal surgery. *Br J Surg.* 2016;103(2):e21-8

CUADRO 2. 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 • Pramipexol
Analgésicos	<ul style="list-style-type: none"> • AINEs (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 (ciprofloxacino) • Isoniazida • Macrólidos • Metronidazol • Penicillinas • 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 	Herbolaria 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
		Antidiabéticos	<ul style="list-style-type: none"> • Glibenclamida

Francis J Jr, Young GB. Diagnosis of delirium and confusional states. In: UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2014. Disponible en www.uptodate.com

CUADRO 3. CRITERIOS CLÍNICOS PARA LA DETECCIÓN DEL DELIRIUM: CONFUSION ASSESMENT METHOD (CAM)

1. Cambios en el estado mental de inicio agudo y curso fluctuante.
2. Atención disminuída.
3. Pensamiento desorganizado.
4. Alteraciones en el nivel de conciencia

PARA HACER EL DIAGNÓSTICO DE DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL SE REQUIEREN AL MENOS 3 DE LOS CRITERIOS ANTES MENCIONADOS.

Modificado de: Inouye SK, et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990 Dec 15; 113(12):941-8.

CUADRO 4. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL DSM-5

- A.** Una alteración de la atención (p. ej., capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y de la conciencia (orientación reducida al entorno).
- B.** La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.
- C.** Una alteración cognoscitiva adicional (p. ej., déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).
- D.** Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognoscitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.
- E.** En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (p. ej., debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

PARA HACER EL DIAGNÓSTICO DE DELIRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL SE REQUIEREN AL MENOS 3 DE LOS CRITERIOS ANTES MENCIONADOS.

Tomado de: Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013. P. 319-358

CUADRO 5. INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL 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 24 horas del ingreso. • Valoración de la presencia de delirium al ingreso y cada 24 horas. • Tratamiento de todas las causas subyacentes. • Consideración especial en la valoración de pacientes con dificultades para la comunicación (EVC, hipoactivo), demencia, intubación orotraqueal, traqueostomía. • Evitar la colocación de sondas y catéteres innecesarios. • Prevención, búsqueda y tratamiento de los procesos infecciosos. • Revisar y ajustar la polifarmacia. • Detectar y manejar de forma adecuada el dolor. • Mantener un estado de hidratación adecuada. • Evaluar el estado nutricional y evitar el ayuno prolongado. • Valoración de la presencia de hipoxia y administrar oxígeno de ser necesario. • Detectar y tratar estreñimiento y retención aguda de orina. • Valorar y mejorar los déficits visuales y auditivos. • 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 (reminiscencia, lectura). • Mantener actividades de terapia ocupacional. • Permitir las visitas de familiares y amigos. • Las sujeciones mecánicas y restricciones físicas no deben ser utilizadas. • Estimular la movilización fuera de cama o sentado. • Detectar características que prevean comportamiento violento y usar técnicas verbales y no verbales para tranquilizar. • Programa educacional dirigido a médicos y enfermeras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proveer de iluminación adecuada. • Mejorar la orientación en tiempo con reloj de 24 horas y calendario visible. • Permitir el uso de auxiliares auditivos y anteojos. • Favorecer patrones adecuados e higiene del sueño. • Reducir el ruido al mínimo, especialmente durante la noche. • Modificar horarios de medicamentos para evitar que interrumpen el sueño.

Adaptado de NICE 103. Delirium. Diagnosis, Prevention and Management. NICE Clinical Guidelines, No. 103. National Clinical Guideline Centre (UK). London: Royal College of Physicians (UK); 2010. Acces febrero 2016. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/CG103.