

DELIRIUM

Dra. Patricia Mesa

Lic. Cinthya Lecor

Dra. Laura Olivera

Dra. Ignacio Gutierrez

1. Objetivo:

Establecer una guía de recomendaciones para el manejo del paciente con síndrome confusional agudo o delirium.

2. Alcance: dirigido a todos los integrantes del equipo de salud.

3. Definiciones y abreviaturas:

SCA: Síndrome confusional agudo

UCI :Unidad de Cuidados Intensivos

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

CAM ICU: Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit

VMI: Ventilación mecánica invasiva

RASS: Richmond Agitation Sedation Scale

4. Responsabilidades: Equipo multidisciplinario de la UCI.

5. Desarrollo

5.1 Concepto

5.1.1 Importancia

El síndrome confusional agudo (SCA) o delirium es un factor predictor independiente de mortalidad, estadía hospitalaria prolongada, deterioro cognitivo a largo plazo y elevados costos en salud.

Es una de las causas principales del síndrome postUCI tanto a nivel individual como a nivel familiar.¹

Tiene una incidencia de hasta el 80% en los pacientes en VMI.

5.1.2 Concepto

La disfunción aguda encefálica en el contexto de la enfermedad crítica puede tener diferentes formas de presentación clínica dentro de las que se destaca por ser el más frecuente el delirium, en segundo lugar el coma y con menor frecuencia otras manifestaciones neuropsiquiátricas como la catatonia (Fig 1).

5.1.3 Definición de Delirium: Basado en el DSM V el delirium se define por perturbación de la conciencia caracterizada por un inicio agudo y deterioro del funcionamiento cognitivo de curso fluctuante, de modo que la habilidad del paciente para recibir, procesar, guardar o recordar información está ostensiblemente comprometida.

Un cambio agudo del estado mental en un sujeto en estado crítico, debe considerarse delirium hasta demostración de lo contrario.

5.2 Características clínicas

Independientemente de la causa que lo desencadena se caracteriza por:

- 1- Alteración de la conciencia (reducción del nivel de vigilia).
- 2- Trastorno de la atención (reducción en la capacidad para centrar, mantener o desplazar la atención).
- 3- Deterioro en la función cognitiva que se manifiesta por alteración de la orientación temporo espacial y disminución de la memoria.

Formas de presentación clínica:

Hiperactivo (30%) se encuentra con diferentes grados de agitación psicomotriz: RASS entre +1 a +4.

Hipoactivo (25%) donde predomina la inhibición psicomotriz pasando frecuentemente desapercibido, RASS entre 0 y menor a -1.

Mixto (45%) asocia estados de hipoactivo e hiperactivo.

5.3 Causas del delirium (DSM V-ICD) :

Debido a condición médica general

Síndrome de Abstinencia

Intoxicación por sustancias

Debido a múltiples etiologías

5.4 Factores de Riesgo

Existen factores de riesgo predisponentes y precipitantes que impactan en el riesgo de desarrollar delirium en la UCI, así como factores de riesgo modificables y no modificables.

Los **factores de riesgos no modificables** incluyen: edad avanzada, demencia, coma previo, cirugía de emergencia o trauma previo a la UCI y mayor scores de APACHE y ASA (American Society of Anesthesiologists).

Dentro de los **factores de riesgo modificables** son el uso de benzodiazepinas y transfusiones sanguíneas.

A su vez se pueden dividir en preUCI e intraUCI.

Factores de riesgo pre UCI:

Edad (añoso)

Alcoholismo

Deterioro cognitivo previo

Depresión

Comorbilidades (Insuficiencia renal, hepática, diabetes, HTA)

Enfermedades neurológicas

Tabaquismo

Limitaciones Visuales/auditivas

Factores de riesgo intraUCI:

Acidosis

Anemia

Infecciones/Sepsis

DOM

Hipotensión

Disturbios metabólicos

Enfermedades respiratorias

Severidad de la enfermedad

5.5 Diagnóstico

Diagnóstico

Existen varias **herramientas** que han sido desarrolladas y validadas para su detección, nosotros recomendamos el CAM-ICU (fig.2)

5.6 Controles clínicos y paraclínicos.

La monitorización del delirium debe incluir sistemáticamente la monitorización de la analgesia y sedación.

- 1º Monitorización de la Analgesia
- 2º Monitorización de la Sedación
- 3º Monitorización del Delirium (ver Fig. CAM ICU)

1º Monitorización de la analgesia

En el paciente no intubado, se recomienda la escala numérica a tamaño ampliado o analógica o Escala visual analógica.

En el paciente con IOT/VMI se recomienda la escala Behavioral Pain Score (BPS).

2º Monitorización de la sedación y grado de agitación

Se recomienda utilizar la escala de RASS (tabla 1)

Según la patología y situación clínica se debe determinar un nivel de RASS objetivo diariamente.

La sedación recomendada es la sedación consciente, la necesaria para mantener un nivel de RASS entre 0 y -2.

La sedación profunda: $RASS \leq -4$, solo está indicada en las siguientes situaciones:

- Insuficiencia respiratoria grave con asincronía paciente- ventilador con requerimiento de bloqueo neuromuscular.
- Estado de mal epiléptico
- Hipertensión endocraneana.

El monitoreo de la sedación profunda se beneficia de la utilización del monitoreo EEG por ejemplo a través del uso del índice biespectral (BIS).

3º Monitorización del delirium

Para el monitorización del delirium se debe aplicar en forma sistemática la ruta cerebral.

La ruta cerebral está compuesta por la aplicación de la escala de Glasgow, la aplicación del RASS, (cada 3 horas), y la aplicación del CAM-ICU, (cada 6 horas). Ver fig 2

La herramienta para la identificación del delirium es el CAM-ICU (Fig.2)
En todos los pacientes que tengan un nivel de RASS de -3 a +4 se debe aplicar el CAM-ICU.

Los pacientes con nivel de RASS en -4 y -5, por definición están en estado de coma y no se les puede aplicar el CAM ICU.

DIAGRAMA PARA EL DIAGNOSTICO DE DELIRIUM

Criterio 1: Cambio agudo en el estado mental o curso fluctuante

+

Criterio 2: Alteración de la Atención

+

Criterio 3: Pensamiento desorganizado y/ò

Criterio 4: Nivel de conciencia alterado

= DELIRIUM

5.7 Tratamiento

Tratamiento no farmacológico

El pilar fundamental es la prevención del delirium el mismo se basa en la identificación temprana de los FR y la aplicación del bundle o paquetes de medidas.

ABCDEF

A: Assessment: evaluar, prevenir y tratar el dolor.

B: Both: interrupción de la sedación y realizar prueba de ventilación espontanea.

Se debe realiza interrupción diaria de la sedación (IDS) Se suspende la sedación (ventana de sedación), salvo indicación específica. Siempre se debe valorar como está el paciente previamente. Si cuando se hace la IDS el paciente se encuentra tranquilo y despierto se recomienda valorar la posibilidad de realizar una prueba de ventilación espontánea con el propósito de comenzar la desvinculación de la VMI.

Si el paciente no tolera la IDS, se recomienda reiniciar la infusión de sedación a la mitad de la dosis que venia recibiendo.

C: Choice: Elección del sedante y analgésico con mejor perfil.

D: Delirium: Evaluar, prevenir y tratar el delirium

E: Early: movilización precoz

F: Family: inclusión y empoderamiento familiar

Tratamiento farmacológico

No se recomienda el uso de rutina de antipsicóticos en el tratamiento del delirium en adultos críticamente enfermos y adultos mayores postoperatorios.

El uso de antipsicóticos está indicado

- para el tratamiento de la agitación, ansiedad, alucinaciones
- prevenir posibles eventos adversos

1- Antipsicóticos

El tratamiento antipsicótico se debe emplear solo en aquellas situaciones en las que las intervenciones multicomponentes conductuales hallan fallado o sean imposibles de aplicar.

Los antipsicóticos típicos (de primera generación) se usan principalmente para reducir la neurotransmisión hiperactiva en los receptores dopaminérgicos (aunque tienen menor afinidad por otros receptores en dosis más altas).

Los antipsicóticos atípicos (de segunda generación) actúan sobre receptores dopaminérgicos así como receptores de serotonina, histamina y muscarínicos.

Se debe iniciar con la dosis más baja posible y titular según sea necesario.

La evaluación de la eficacia y la tolerabilidad debe ser continua, permitiendo el tiempo adecuado para efecto clínico basado en principios farmacocinéticos e inicio del efecto.

Se debe evitar la persistencia innecesaria del fármaco, (48 horas sin síntomas, alta de UCI, alta hospitalaria) para evitar continuidad. Dado que puede resultar en un aumento de la morbilidad y un mayor significativo costo innecesario.

Se recomienda evitar el uso de benzodiacepinas

Los antipsicóticos se deben usar a la dosis efectiva más baja

Efectos adversos síntomas extrapiramidales, prolongación del QTc.

Haloperidol

Antipsicótico de primera generación, butirofenónico, antagonista dopaminérgico (AD) es uno de los fármacos de elección con disminución de la gravedad de los síntomas y del tiempo de duración del episodio de delirium.

Posología: 1 ampolla= 5 mg.

Delirium hiperactivo:

Ante la sospecha de un delirium hiperactivo, se debe comenzar a tratar con Haloperidol en dosis carga 2,5 mg a 5 mg i/v cada 20 minutos, hasta 20 mg en la primera dosis.

Posteriormente se debe dejar una infusión continua de ser necesario.

Dilución: Haloperidol 25 mg (5 ampollas) en SF 50 cc, 1cc = 0.5 mg de Haloperidol.

Ritmo de infusión es de 2mg/h.

Si el paciente tiene un delirium hiperactivo, que no cede con la dosis de Haloperidol indicada, se debe realizar Midazolam 15 mg diluido en SF 10 cc pasar de a 1 cc de dicha dilución a demanda hasta controlar los signos de agitación.

Dosis: Nivel de agitación: Leve: 2.5 mg i/v

Moderada: 2.5 mg - 5mg i v

Severa: 5 -10 mg i/v

Bolos: i/v cada 20 minutos hasta control de los síntomas.

Acción: a los 30 minutos

Vida media 18-24 horas.

Monitorización: ECG intervalo QT

-Cuando el paciente se halla calmado, se comenzará el tratamiento por vía oral (comprimidos de Haloperidol 2.5 mg), se realizarán en dos tomas diarias, la 2/3 partes de la dosis durante la noche.

-También se puede usar antipsicóticos atípicos.

Delirium hipoactivo

Una vez diagnosticado el delirium hipoactivo, se debe tratar con Haloperidol 2.5 mg v/o/12 horas.

Antipsicóticos atípicos o de segunda generación son antagonistas dopaminérgicos y serotoninérgicos (ADS). Se denominan así porque la proporción de bloqueo de los receptores dopaminérgicos es superior a los de los antagonistas dopaminérgicos típicos, con menor efecto extrapiramidal.

Dexmedetomidina

La Dexmedetomidina tiene propiedades sedantes y analgésicas.

Se ha evaluado la Dexmedetomidina como tratamiento para el delirium, en adultos con VMI en quienes la agitación impide la extubación.

Es un agonista α_2 adrenérgico derivado imidazólico, sus efectos simpácolíticos disminuyen la respuesta al stress con la reducción de los niveles de norepinefrina. Esta propiedad propondría su uso en el tratamiento de los síndromes de abstinencia a drogas psicotrópicas como los opioides y la cocaína.

Se sugiere que en los pacientes con delirium no relacionados con el alcoholismo o la abstinencia de Benzodiacepinas: se use Dexmedetomidina en infusión i/v en lugar de las infusiones de Benzodiacepinas.

Propofol

El Propofol actúa sobre el complejo receptor GABA, en un sitio diferente que el correspondiente a los barbitúricos y las benzodiacepinas, aumentando la conductancia del cloro. Potencia la acción del neurotransmisor GABA, es también un “antagonista del glutamato” en los receptores NMDA.

Cada ampolla contiene:

Propofol 200 mg/20ml. 1ml =10 mg de Propofol.

Inicio de acción 30 segundos y una recuperación anestésica rápida.

Cuando se usa en forma prolongada solo debe administrarse por infusión continua con la precaución de usar una vena central y no periférica.

Si se usa por períodos prolongados se debe tener en cuenta el síndrome de infusión de Propofol.

5.8 Recomendaciones

El delirium es un síndrome puramente clínico, debiendo enfatizar en la historia clínica y examen físico.

La evidencia existente no respalda el uso de enfoques farmacológicos para tratar el delirium.

Se debe Identificar el delirium y corregir las causas subyacentes.

Manejo de las medidas no farmacológicas ABCDEF de apoyo y el manejo de las conductas emergentes según sea necesario.

Recordar que el delirium puede determinar deterioro cognitivo precoz.

No se recomienda el uso rutinario de Inhibidores de acetilcolinesterasa ni de estatinas.

Los medicamentos con efecto anticolinérgico pueden ser factores de riesgo de delirium y deben suspenderse o usarse con moderación en personas con riesgo de delirium.

No se deben usar benzodiazepinas.

5.9 Pronostico a largo plazo

La presencia de delirium en pacientes adultos críticamente enfermos está fuertemente asociado con el deterioro cognitivo a los 3 y 12 meses después del alta de la UCI y puede estar asociado con una estadía hospitalaria más prolongada (Síndrome post UCI).

6 Bibliografía

Mesa, P., Previgliano, I. J., Altez, S., Favretto, S., Orellano, M., Lecor, C., ... & Ely, E. (2017). Delirium in a Latin American intensive care unit. A prospective cohort study of mechanically ventilated patients. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 29(3), 337-345.

J.W. Devlin, Y. Skrobik, B. Rochweg, et al. Methodologic Innovation in Creating Clinical Practice Guidelines: Insights From the 2018 Society of Critical Care Medicine Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption Guideline Effort I.

<http://www.porunaucisindelirium.com/>

Hughes, C. G., Pandharipande, P. P., & Ely, E. W. (Eds.). (2020). *Delirium: Acute Brain Dysfunction in the Critically Ill*. Springer Nature.