

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

TERCER PARCIAL.

TEMA: DELIRIUM Y PSICOSIS.

TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS.



## **DELIRIUM Y PSICOSIS**

El delirium, o estado confusional agudo, es un síndrome neuropsiquiátrico complejo con muchas causas. Se caracteriza por alteraciones en la conciencia y la atención asociadas a trastornos cognitivos (p. ej., amnesia), conductuales (p. ej., agitación) y perceptivos (p. ej., alucinaciones). Otras características clínicas son las alteraciones del ciclo vigilia-sueño, los delirios, la labilidad emocional y los trastornos de la actividad psicomotriz. Es típico que el delirium fluctúe durante el día y no pueda achacarse a una demencia preexistente o en evolución. El delirium es frecuente en los pacientes de cuidados paliativos, especialmente en los enfermos terminales. Incluso el subtipo hipoactivo es muy estresante para la mayoría de los pacientes con delirium, sus familias y los cuidadores. Afecta negativamente a la calidad de la vida del paciente y los miembros de la familia e interfiere con el reconocimiento y el control de otros síntomas físicos y psicológicos.

**Fisiopatología:** Se conoce poco sobre la neuropatogenia del delirium en comparación con su epidemiología, factores de riesgo y morbilidad y mortalidad asociada. Trepacz y Van der Mast aseguran que determinados sistemas neuroanatómicos y de neurotransmisores representan una vía nerviosa final común de las diversas causas de delirium. Las regiones cerebrales específicas, especialmente en el lado derecho, están supuestamente implicadas. Se han propuesto hipótesis sobre la función central del hipotálamo. La reducción de la función colinérgica, el exceso de liberación de dopamina y la disminución y el aumento de la actividad serotoninérgica pueden ser causas subyacentes de los diferentes síntomas del delirium. El delirium o la depresión pueden ser la consecuencia de efectos directos e indirectos de citocinas cerebrales.

La neuroimagen sugiere que son importantes las alteraciones en la corteza frontal, la porción antero medial del tálamo, los ganglios basales derechos, la corteza parietal posterior derecha y la corteza temporooccipital mesial-basal. Estos hallazgos son compatibles con modelos de delirium que implican la alteración de los sistemas de atención del cerebro, como aquellos responsables de la vigilia. Esta vía final común puede explicar los síntomas principales (es decir, la desorientación, los déficits cognitivos, los trastornos del ciclo vigilia-sueño, el pensamiento

desorganizado y las alteraciones del lenguaje), mientras que otros (es decir, los delirios, las alucinaciones, las ilusiones y la labilidad afectiva) pueden depender de la causa del delirium.

Manifestaciones clínicas: La definición y el concepto de delirium carece de límites claros, pero es fundamental la alteración de la consciencia. Breitbart y Strout describen los síntomas prodrómicos (es decir, la inquietud, la ansiedad, los trastornos del sueño y la irritabilidad); una evolución con rápidas fluctuaciones; los síntomas afectivos (es decir, la labilidad emocional, la tristeza, la ira o la euforia); la falta de atención; el aumento o la disminución de actividad psicomotriz, la alteración del ciclo sueño-vigilia, los trastornos de la percepción (es decir, errores de percepción, ilusiones o alucinaciones); pensamiento desorganizado y lenguaje incoherente; desorientación en el tiempo, lugar o persona, y trastornos de la memoria. Los criterios de delirium de la cuarta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV-TR), indican Tres subtipos de delirium están basados en los niveles de vigilia y el comportamiento psicomotriz. El delirium hiperactivo (es decir, agitado o hiperalerta) se manifiesta mediante alucinaciones, agitación, delirios y desorientación y es fácilmente distinguible. Por el contrario, el tipo hipoactivo (es decir, letárgico o hipoalerta) se caracteriza por la disminución del nivel de consciencia con somnolencia, que puede confundirse con una depresión con retraso psicomotor. La forma mixta también puede ser difícil de reconocer y presenta características alternantes de los tipos agitado y tranquilo. Según ha sugerido Ross, cada uno de los subtipos puede estar relacionado con causas específicas.

La prueba Mini-Mental (MMSE) se ha convertido en una de las pruebas neuropsicológicas utilizadas con mayor frecuencia en la evaluación clínica del delirium. La prueba de orientación, concentración y memoria de Blessed (BOMC) es mucho más fácil de utilizar en el contexto de cuidados paliativos que el MMSE y tiene propiedades psicométricas equivalentes. La escala de cuantificación de la confusión (CRS) evalúa la presencia y la intensidad de cuatro síntomas diferentes (desorientación, comportamiento inadecuado, comunicación inapropiada, ilusiones o alucinaciones), que son potencialmente indicativos de delirium, mediante una

escala numérica de 0 (sin síntoma) a 2 (síntoma presente y pronunciado). La escala de cribado del delirium para enfermería (Nu-DESC) es una escala de cinco enunciados que se basa en la CRS y tiene en cuenta el retraso psicológico y psicomotor para también detectar el delirium hipoactivo. Estos instrumentos son fáciles de integrar en la ocupada práctica clínica y están validados para los pacientes con cáncer. La sensibilidad y la especificidad de la Nu-DESC son del 86% y el 87%, respectivamente. Otros instrumentos de cribado son la escala de confusión de NEECHAM27 y la escala de cribado y observación del delirium (DOSS)<sup>28</sup> para el cribado de pacientes ancianos de alto riesgo ingresados en el hospital.

Instrumentos diagnósticos: El método de valoración de la confusión (CAM) es un instrumento utilizado con frecuencia en la investigación clínica. Es fácil de utilizar, aunque puede requerir una adaptación a los pacientes de cuidados paliativos. El método de valoración de la confusión para la unidad de cuidados intensivos (CAM-ICU) puede detectar el delirium de forma fiable y con alta sensibilidad y especificidad. Es fácil de usar, sólo requiere 2 a 3 minutos para realizarlo y requiere poca formación. La escala de clasificación del delirium (DRS) es fácil de administrar y es uno de los instrumentos más frecuentemente utilizados para la valoración del delirium. La DRS también cuantifica la gravedad del síntoma. La escala memorial de valoración del delirium (MDAS) es una entrevista breve (aproximadamente de 10 minutos) realizada por un cuantificador experimentado y permite su administración repetida en 24 horas y la cuantificación de la gravedad.

En el caso de las principales psicosis funcionales, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, la anamnesis es fundamental. La psicosis orgánica, con frecuencia debida a las mismas causas que el delirium, se manifiesta por delirios o alucinaciones destacadas sin alteración del nivel de consciencia o déficit de atención, la característica esencial del delirium. La psicosis puede ser un trastorno psicótico con delirios inducido por sustancias o con alucinaciones, especificando si el inicio se produjo durante la intoxicación o durante la retirada o está causado por una entidad médica general con delirios o con alucinaciones. También existe un trastorno psicótico funcional breve cuando no se puede identificar un factor

orgánico. En cualquier persona con alteraciones de la función cognitiva, trastornos de la atención, nivel de conciencia fluctuante o agitación aguda debería considerarse la posibilidad de delirium. La electrofisiología puede ser útil en los casos límite, en los que un electroencefalograma claramente anómalo (p. ej., enlentecimiento difuso) sugiere delirium y una causa orgánica. Tratamiento: La piedra angular del tratamiento sigue siendo el diagnóstico y el tratamiento de las entidades que han precipitado o perpetuado el delirium. Los fármacos, especialmente los opiáceos, los benzodiacepinas, los anticolinérgicos y los corticoides, deberían ser reducidos o suspendidos cuando sea posible. Las intervenciones no farmacológicas, como un ambiente estructurado y familiar que ayude a reducir la ansiedad y la desorientación, son esenciales, pero con frecuencia ignoradas. Los antipsicóticos deberían ser prescritos de forma habitual, porque incluso en el delirium hipoactivo pueden reducir la disfunción cognitiva, disminuir el sufrimiento psicológico y evitar una forma hiperactiva.

#### Bibliografía:

Pierre R. Gagnon y Michel Ouellette. (2010). DELIRIUM Y PSICOSIS. En Medicina paliativa de Walsh (860- 865). España: Elsevier Saunders.