



DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

ALUMNOS: CÉSAR ALEXIS GARCÍA RODRÍGUEZ

LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 5º

UNIDAD: 1

MATERIA: MEDICINA PALIATIVA

TITULO DEL TRABAJO: (RESUMEN)

- **MEDICINA PALIATIVA: DELIRIUM Y PSICOSIS**



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 como la amnesia, conductuales como la agitación y perceptivos por ejemplo las 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. **EPIDEMIOLOGÍA, PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO.** Los estudios han confirmado la alta prevalencia del delirium en cuidados paliativos, que varía entre un 25% en el ingreso hasta un 85% en las últimas semanas de la vida⁹. Sobre los síntomas de delirium y el diagnóstico formal, un estudio prospectivo que utilizó instrumentos validados de cribado y diagnóstico para pacientes con cáncer terminal mostró una prevalencia en el ingreso del 20% y el 13%, respectivamente, y una incidencia durante la estancia del 52% y el 33%, respectivamente. El riesgo aumenta en caso de antecedentes de delirium, enfermedad médica grave y mal estado funcional general. Otros factores de riesgo importantes son las lesiones cerebrales asociadas a un tumor primario, las metástasis u otras lesiones parenquimatosas cerebrales por ejemplo carcinomatosis meníngea, absceso, hematoma. Todos los fármacos pueden causar delirium; los más importantes son los opiáceos, los anticolinérgicos, los sedantes y los corticoides. **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

propuesta 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.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS. La definición y el concepto de delirium carece de límites claros, pero es fundamental la alteración de la consciencia. Breitbart y Strout¹⁹ 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.

CRIBADO: INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS. Cribado del delirium En la práctica clínica, los instrumentos de cribado y de valoración breve de la función cognitiva son utilizados con más frecuencia que los instrumentos diagnósticos formales, que requieren una formación específica y que son más difíciles de utilizar. 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. **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. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.** En cuidados paliativos la demencia es menos prevalente, pero por lo general se diagnostica fácilmente en función de los antecedentes de deterioro cognitivo gradual y ausencia de disminución del nivel de consciencia o déficit de atención. La demencia predispone al delirium, que fenomenológicamente es similar en los pacientes con o sin demencia, aunque los pacientes demenciados pueden tener más síntomas. El delirium precoz puede ser diagnosticado de forma errónea como psicosis, ansiedad o ira. En el caso de las principales psicosis funcionales, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, la anamnesis es fundamental. **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, las benzodiazepinas, 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. **Fármacos.** Los fármacos antipsicóticos deberían ser administrados en las dosis mínimas necesarias para mejorar el estado mental. Los fármacos depresores del sistema nervioso central por ejemplo: benzodiazepinas, barbitúricos deberían evitarse en el tratamiento de los síntomas porque pueden empeorar el delirium; son útiles en la abstinencia a alcohol o a benzodiazepinas. En ocasiones son utilizados en urgencias cuando el objetivo es la sedación y la respuesta a los antipsicóticos es escasa. La elección de un neuroléptico con frecuencia se realiza considerando los síntomas destacados y el perfil de efectos adversos y las posibles vías de administración. Se carece de datos empíricos para apoyar un fármaco por encima de otros. Se han publicado muchas

series de casos sobre neurolépticos atípicos, pero la imposibilidad o ausencia de experiencia con la vía subcutánea limita su uso. Los antipsicóticos pueden administrarse una vez al día al acostarse. Debido a que los síntomas con frecuencia comienzan durante la tarde y empeoran por la noche, una práctica frecuente es administrar un tercio de la dosis en la cena y dos tercios al acostarse. Generalmente se inicia el tratamiento con un fármaco antidopaminérgico de alta potencia por ejemplo: haloperidol, risperidona, olanzapina, que es titulado en función de la respuesta y la tolerancia. Cuando se alcanza la dosis máxima, una opción es añadir o cambiar a otro antipsicótico más sedante por mencionar, quetiapina, metotrimeprazina. Más que a una benzodiazepina, que puede empeorar el déficit cognitivo. **Tratamiento de apoyo.** El delirium con frecuencia produce un sufrimiento familiar significativo. Los cuidadores pueden ayudar a detectar los síntomas precoces y avisar al personal médico, de forma que puedan realizarse intervenciones de apoyo para mejorar su competencia y reducir su carga. Estas intervenciones, basadas en la educación psicológica por enfermeras de apoyo con un folleto que explique el delirium, han sido desarrolladas y probadas. La coordinación con otros miembros del equipo y el apoyo y la educación del personal son fundamentales. **CONTROVERSIAS Y FUTURAS INVESTIGACIONES.** El tratamiento todavía se fundamenta sobre todo en la información procedente de series de casos y en la experiencia individual, con escasos ensayos aleatorizados y controlados con placebo. La función de las intervenciones no farmacológicas en cuidados paliativos requiere un mayor esclarecimiento.

Bibliografía. Declan Walsh. (2010). Delirium y Psicosis. En Medicina Paliativa (860-865). Cleveland, Ohio: Elsevier Saunders.