

MATERIA: MEDICINA PALIATIVA.

TERCERA UNIDAD.

TEMA: DELÍRIUM Y PSICOSIS.

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ.

ALUMNO: MIGUEL VELÁSQUEZ CELAYA.

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 (amnesia), conductuales (agitación) y perceptivos (alucinaciones).

Otras características clínicas son las alteraciones del ciclo vigilia-sueño, los delirios, la labilidad emocional y los trastornos de la actividad psicomotriz.

El delirium es frecuente en los pacientes de cuidados paliativos, especialmente en los enfermos terminales.

El delirium con frecuencia pasa inadvertido o es diagnosticado erróneamente, y por tanto tratado de forma inadecuada o no tratado.

Los síntomas son diversos y en ocasiones se confunden con otros problemas psiquiátricos, como los trastornos del estado de ánimo o por ansiedad.

Se conoce poco sobre la neuropatogenia del delirium en comparación con su epidemiología, factores de riesgo y morbilidad y mortalidad asociada.

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 definición y el concepto de delirium carece de límites claros, pero es fundamental la alteración de la consciencia.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

D, Wash.. (2010). *Medicina paliativa*. España: Elsevier .