

27-11-2020

DELIRIUM Y PSICOSIS



DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA

ALUMNA: NIDIA GABRIELA VALDEZ CALDERON

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).

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 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 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.

Los desequilibrios hidroelectrolíticos y metabólicos y las enfermedades y circunstancias coexistentes, como la impactación fecal, los cambios ambientales y la deprivación sensorial (es decir, de la audición y la visión), son otros factores de riesgo clásicos. Los factores estresantes psicológicos puros (p. ej., no aceptar un mal pronóstico) no son suficientes para inducir un delirium porque éste es una encefalopatía orgánica, no un mecanismo de defensa.

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 Mast¹⁶ 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 corteza frontal, la porción anteromedial 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.

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.

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.

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)²² 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)²³ 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)³⁰ 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)³¹ 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)³² 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.

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.

El delirium precoz puede ser diagnosticado de forma errónea como psicosis, ansiedad o ira³⁵. 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 (DSM-IV código 292.11) o con alucinaciones.

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.

Fármacos

Los fármacos antipsicóticos deberían ser administrados en las dosis mínimas necesarias para mejorar el estado mental. Los fármacos depresores del sistema nervioso central.

Los antipsicóticos pueden administrarse una vez al día al acostarse, aunque la dosis total de la tabla 156-1 también puede dividirse a lo largo del día en función de la variación circadiana de los síntomas.

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. Se requiere más investigación para determinar si los diferentes subtipos o causas de delirium responden a tratamientos diferentes. Debería conocerse más sobre qué intervenciones preventivas son eficaces para los pacientes de cuidados paliativos.