

**NOMBRE DE ESTUDIANTE:
KARLA LIZETH VALENCIA PÉREZ**

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SANZ

MATERIA: MEDICINA PALIATIVA

TEMA: DELIRIUM y PSICOSIS

CARRERA:

MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: SEXTO

FECHA: 29/05/2021

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, conductuales y perceptivos. 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 del vida del paciente y los miembros de la familia e interfiere con el reconocimiento y el control de otros síntomas físicos y psicológicos. Desgraciadamente, el delirium con frecuencia pasa inadvertido o es diagnosticado erróneamente, y por tanto tratado de forma inadecuada o no tratado (v. «Errores frecuentes»). Los síntomas son diversos y en ocasiones se confunden con otros problemas psiquiátricos, como los trastornos del estado de ánimo o por ansiedad

ERRORES FRECUENTES

- Diagnóstico erróneo.
- Diferenciación de agitación del delirium de la acatisia.
- Diferenciación de agitación del delirium de la ansiedad.
- Delirium hipoactivo frente a depresión.
- Uso de fármacos que empeoran el delirium (p. ej., benzodiazepinas).
- No aumentar el antipsicótico si existe mala respuesta.
- No proporcionar suficiente apoyo y psicoeducación a los familiares

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 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 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. 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,

DIAGNOSTICO

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. 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)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) 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.

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 (p. ej., 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, aunque la dosis total también puede dividirse a lo largo del día en función de la variación circadiana

de los síntomas. 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 (p. ej., 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 (p. ej., quetiapina, metotrimeprazina) más que a una benzodiazepina, que puede empeorar el déficit cognitivo.

BIBLIOGRAFIA

- Walsh, D. (2010). *Medicina Paliativa (1.a ed.)*. Elsevier.