

NOMBRE DE ESTUDIANTE:

Adly Candy Vázquez Hernández

DOCENTE:

Dr. Ricardo Acuña Del Saz

MATERIA:

Medicina Paliativa

TEMA:

“Delirium y Psicosis”

CARRERA:

Medicina Humana

SEMESTRE:

6°

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

24/05/2021

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 de vida del paciente y los miembros de la familia e interfiere con el reconocimiento y el control de otros síntomas físicos y psicológicos. 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.

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 delirium⁶. El delirium o la depresión pueden ser la consecuencia de efectos directos e indirectos de citosinas 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).

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.

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). Estos instrumentos son fáciles de integrar en la ocupada práctica clínica y están validados para los pacientes con cáncer.

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.

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.

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.

Bibliografía

- Declan Walsh, MD. (2010). Medicina Paliativa. Barcelona, España: Elsevier saunders.