

Educación Vía Clínica Prevención y Manejo de Delirium en adulto Mayor

Dra. Maricarmen Andrade

Introducción

- El Delirium es frecuente en adultos mayores hospitalizados
- Su presencia aumenta la morbilidad y mortalidad tanto intrahospitalaria como al alta
- Por ello cuando ocurre debemos considerarlo es una emergencia médica
- Lo más importante es que hasta en 40% de los casos es prevenible
- El objetivo de esta vía clínica es estandarizar la pesquisa, prevención y manejo de delirium.
- Cada miembro del equipo de salud cumple un rol fundamental
- Si logramos prevenirlo, nos aliviamos el trabajo y disminuimos los eventos adversos de nuestros pacientes

El Delirium es un Síndrome caracterizado por:

- Alteración cognitiva **aguda**
- Curso **fluctuante**
- **Atención** alterada
- Pensamiento desorganizado
- Desorientación temporoespacial
- Pueden haber alucinaciones, ideas delirantes
- Alteración del ritmo de sueño vigilia
- Alteración del comportamiento

Frecuencia de Delirium

- Es la complicación más frecuente en personas mayores (AM) hospitalizadas.
 - 14-56% AM algún momento de hospitalización.
 - Hasta 50% AM sometidos a cirugía (cadera - vascular).
 - 70-87% en unidades de paciente crítico
 - Servicio de urgencia 10% AM delirium, < 20% Dg.

Consecuencias

- > Complicaciones hospitalarias.
 - Caídas y Ulceras por presión.
- > Estadía hospitalaria.
- > Costo económico.
- > Mortalidad intrahospitalaria y post alta.
- > Deterioro funcional y cognitivo
- > Institucionalización.

Factores de Riesgo

- Edad >65 años
- Demencia
- Antecedente de delirium previo.
- Dependencia en actividades básicas de la vida diaria
- Enfermedad severa
- Problemas visuales
- Hipoacusia
- Historia o Abuso de alcohol

Screening de Delirium con CAM “Confussion Assessment Method”

1) Comienzo Agudo y
Curso fluctuante

+

2) Inatención

Y

3) Pensamiento
desorganizado

o

4) Alteración de
conciencia

1 y 2 + 3 ó 4

Ingresará a Vía de Delirium Clínica Alemana

- Paciente > 75 años hospitalizado 4 MQ, UMI G (geriatria), Paciente que ingrese a vía de cadera (sobre 65 años con fractura de cadera)
- Más adelante se agregarán otros servicios.
- Al paciente y familia al llegar a la clínica se le entregará carta educativa y verán videos educativos de prevención
- Todo el equipo de salud (enfermería, kinesiología, nutrición está involucrado en medidas de prevención)
- Enfermeras realizarán screening de delirium con CAM cada 12horas

Rol de Residente en la Prevención de Delirium

1. Promover movilización:

- Indicar reposo relativo y kine
- Evitar sondas

2. Respetar ciclo sueño vigilia

- Evitar indicaciones que interrumpan el sueño en la medida de lo posible

3. Evitar fármacos de riesgo (en lo posible):

- Anticolinérgicos:
 - Antiespasmódicos oxibutinina, pargeverina (Viadil), flavoxato (Bladuril)
 - Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina) y
 - Antihistamínicos (ranitidina, famotidina, clorfenamina, hidroxicina)
 - Relajantes musculares (ciclobenzaprina, baclofeno)
- Benzodiacepinas: diazepam, clordiazepoxido, flunitrazepam
- Hipnóticos No Benzodiacepínicos (drogas Z)
- Antiparkinsonianos: levodopa, agonistas dopaminérgicos (pramiprexol), amantadina
- Corticoides
- Opioides especialmente meperidina
- Anticonvulsivantes (fenobarbital, fenitoina, primidona)

4. No suspender Benzodiacepinas, hipnóticos o psicofármacos de uso crónico

Tipos de Delirium

- Según actividad psicomotora:
 - **Delirium hiperactivo 25%**
 - Paciente hiperalerta, muy sensible a su entorno, verborrea, puede haber agitación, agresividad verbal o física.
 - Alto riesgo de sobredosificación.
 - **Delirium hipoactivo 50%**
 - Somnoliento, no le interesa comer ni beber, habla algo incoherente o le resulta difícil seguir una conversación
 - **Delirium mixto 25%**
 - Alterna los 2 previos

Rol de Residente en Manejo de Delirium

Enfermera informa probable Delirium



- Residente realiza CAM, si es (+)
 - Ex físico completo
- Buscar y Tratar la causa gatillante
 - Laboratorio según sospecha clínica
- Manejo ambiental (mismo preventivo)
- Tratamiento farmacológico sólo si requiere
 - Interconsulta a especialista
 - Informa a tratante

Evaluación de Paciente

- Ver si paciente tiene CAM (+)
- Examen Físico completo
 - Incluyendo examen neurológico
 - Dirigidamente descartar globo vesical y eventualmente tacto rectal según historia de tránsito intestinal
- Revisión de posibles causas precipitantes de delirium (mnemotecnica DELIRIUMS)
- Solicitud de exámenes según sospecha clínica.

Factores Precipitantes (DELIRIUMS)

Drugs

Electrolyte disturbances

Lack of drugs

Infection

**Reduced sensory input
or mobility**

Intracranial

Urinary, fecal

Myocardial, pulmonary

Surgery

50% delirium multifactorial

30% delirium por drogas (Revisar fármacos)

- Anticolinérgicos:
 - Antiespasmódicos oxibutinina, pargeverina (Viadil), flavoxato (Bladuril)
 - Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina) y
 - Antihistamínicos (ranitidina, famotidina, clorfenamina, hidroxicina)
 - Relajantes musculares (ciclobenzaprina, baclofeno)
- Benzodiazepinas: diazepam, clordiazepóxido, flunitrazepam
- Hipnóticos No Benzodiazepínicos (drogas Z)
- Antiparkinsonianos: levodopa, agonistas dopaminérgicos (pramiprexol), amantadina
- Corticoides
- Opioides especialmente meperidina
- Anticonvulsivantes (fenobarbital, fenitoína, primidona)

NO SUSPENDER BENZODIAZEPINAS, HIPNÓTICOS Y PSICOFÁRMACOS DE USO CRÓNICO

Medidas de Manejo no farmacológico (mismas de prevención)

- Orientación repetitiva
- Uso de lentes y audífonos
- Evitar inmovilidad (KNT)- levantar
- Vigilar transito intestinal y diuresis
- Hidratación y nutrición adecuadas
- Respetar ciclos de sueño
- Evitar restricción física. (Presencia de familiar o cuidador)

A cargo del equipo de salud y familia

Tratamiento Farmacológico: (Delirium hiperactivo que no respondió a manejo no farmacológico)

Antipsicóticos:

- **Haloperidol** 0,5 -1 mg ev o im, si no responde en 30 min duplicar dosis, (1-2 mg ev).

Dosis máxima (total) de 5 mg de Haldol

- Si vía oral disponible Quetiapina 12.5-50 mg vo (más sedante)
- Al otro día indicar por horario la mitad de la dosis total usada en crisis dividido cada 8 - 12 horas.

por ejemplo si usó en total 3 mg de haldol ev (1mg +2 mg) para crisis usará 0,5 mg cada 8 horas oral al día siguiente

Contraindicaciones

- QT >500ms
- Enfermedad de Parkinson o demencia por cuerpos de Lewy (siempre contraindicado haldol a menos que usen Quetiapina de base)

Tratamiento farmacológico:

(Delirium hiperactivo que no respondió a manejo no farmacológico)

Benzodiacepinas:

- **Nunca primera línea (aumenta delirium)**
- Lorazepam 0,5.-1 mg ev sólo en caso de suspensión de alcohol o benzodiacepinas.
- En caso de contraindicación de antipsicóticos.
- Como segunda línea, si paciente no respondió a un máximo de 5 mg de haldol (después de haber esperado el tiempo de efecto 30 minutos)

Interconsulta a Especialista

- **Interconsulta a Psiquiatra:**
- Paciente en tratamiento por patología psiquiátrica de base (T. Bipolar, Esquizofrenia, TOC, T de ansiedad grave etc.)
- Consumo problemático de OH
- Consumo de drogas
- Sd. de abstinencia
- Ingreso por conducta suicida
- Intoxicación por Litio
- Delirium hiperactivo con agitación que no responde a protocolo farmacológico.
- **Interconsulta a Neurólogo:**
- Focalización neurológica
- Signos meníngeos
- **Interconsulta a Geriatra:**
- Fractura de cadera
- Todo el resto no neurológico ni de Psiquiatra

Informar a Tratante

Resumen rol de residente en vía de prevención de Delirium

- Indicar movilización en ficha
- Respetar ciclo de sueño evitando indicar fármacos en horarios nocturnos
- Evitar fármacos de riesgo
- Indicar psicofármacos de uso crónico

Resumen rol de residente en vía de prevención de Delirium

- Si enfermera informa a residente CAM (+)
- Residente evalúa a paciente, realiza CAM, si es (+)
- Examen físico completo
- Buscar y Tratar la causa gatillante (DELIRIUMS)
- Manejo ambiental (mismo que preventivo)
- Tratamiento farmacológico sólo si requiere
- Interconsulta a especialista (neurólogo, psiquiatra o geriatra)
- Informa a tratante

En SUMA

- El delirium es frecuente en adultos mayores hospitalizados
- Tiene graves consecuencias
- Su pesquisa es simple a través del CAM
- Un 40% es prevenible con medidas no farmacológica
- Las benzodiazepinas aumentan el delirium por lo que no están indicadas como primera línea de tratamiento, salvo suspensión de BZD / OH o contraindicación de antipsicóticos
- Nuestro rol como equipo de salud debe ser prevenir más que tratar
- Una vez que se presenta el delirium debemos considerarlo una emergencia médica
- Tu participación en esta vía es fundamental