

Protocolo Médico de Prevención y Manejo del Síndrome Confusional Agudo o Delirium

Información del Documento	
Objetivo	Estandarizar la pesquisa y prevención de Delirium y establecer criterios unificados para el manejo y tratamiento de Delirium en pacientes hospitalizados en Clínica Alemana de Santiago.
Alcance	Pacientes adultos hospitalizados en unidades medico quirúrgicas en Clínica Alemana de Santiago que tengan 75 años o más.

Información de la Versión	
Fecha Elaboración	Septiembre 2018
Fecha Última Modificación	Septiembre 2018
Fecha Próxima Revisión	Septiembre 2021
Responsable del documento	Dra. Maricarmen Andrade Staff de Geriatría, Unidad de Medicina Interna Clínica Alemana de Santiago
Equipo Desarrollador	Dra. Maricarmen Andrade Dr. Hector Duque Dr. Juan Cristobal Nuñez

Revisor		Aprobador	
Nombre:	Dr. Sergio Tejos C.	Nombre:	Dr. Luis Noriega
Cargo:	Jefe de Calidad	Cargo:	Jefe Depto. de Medicina
Nombre:		Nombre:	
Cargo:		Cargo:	

1. Responsables de la ejecución

Prevención y Manejo del delirium en Adulto Mayor Hospitalizado

- Todo el equipo de salud y su familia participa en la prevención.

2. Desarrollo

2.1 Prevención

Las medidas preventivas de Delirium que se deben aplicar son:

- **Orientación:** médico debe presentarse y orientar a paciente si no está orientado
- **Apoyo sensorial:** uso de audífonos y lentes
- **Movilización precoz:** evitar sueros, sondas urinarias o de alimentación si no son necesarias
- **Respetar ciclo de sueño:** vigilar horario de fármacos, si paciente no requiere fármacos en horas nocturnas, ir distanciando. Evitar procedimientos y exámenes innecesarios en la noche.
- **Hidratación y nutrición adecuada:** si paciente no tiene ingesta adecuada evaluar necesidad de hidratación parenteral
- **Manejo adecuado del dolor**
- **Evitar Fármacos de Riesgo:** ver lista de fármacos (punto 4)

2.2 Diagnóstico del delirium

Confusion Assessment Method (CAM)

- 1. Comienzo Agudo** (cambio mental respecto a basal)
Curso Fluctuante (cambios o fluctuaciones en comportamineto)

+

- 2. Inatención**

(No invierte días de la semana / meses del año)

+

- 3. Pensamiento Desorganizado**

¿Tuvo el paciente pensamientos incoherentes o mantuvo una

Conversación irrelevante, poco lógica o con ideas poco claras;
o inexplicablemente cambió de tema de conversación?

o

4. Alteración de Conciencia

(Hiperalerta, agitación, sopor, coma)

1+2 + 3 o 4
DELIRIUM

Factores Predisponentes

Un paciente con estos factores de riesgo tendrá mayor riesgo de presentar delirium:

- Edad >65 años
- Demencia
- Dependencia en actividades de la vida diaria
- Delirium previo
- Comorbilidades médicas
- Problemas visuales
- Hipoacusia
- Polifarmacia
- Abuso de alcohol
 - Enfermera hará pesquisa de Delirium con CAM cada 12 horas desde el ingreso
 - En caso de primer CAM (+) avisará a médico Residente quien confirma diagnóstico
 - Informa a tratante y genera interconsulta a especialista según corresponda.

Criterios de Interconsulta a Especialidad

Interconsulta a Neurología:

- 1) Focalización neurológica
- 2) Signos meníngeos

Interconsulta a Psiquiatría:

- 1) Delirium en paciente en tratamiento por Trastorno Bipolar, Esquizofrenia, Psicosis larga evolución, Depresión Severa
- 2) Delirium en paciente con Adicción a Drogas Ilícitas y Opiáceos
- 3) Agitación Psicomotora Severa que no responde a protocolo de la Unidad

Interconsulta a Geriátrica:

Paciente que no cumple criterios para interconsulta a Neurología o Psiquiatría

- Primer médico que confirma diagnóstico de delirium debe escribir diagnóstico en ficha como **SINDROME CONFUSIONAL AGUDO**

A. Tratamiento del delirium

Cuando el paciente presenta delirium el objetivo del médico es identificar y tratar la causa gatillante.

B. Factores precipitantes de Delirium

Drogas (ver fármacos asociados a delirium) **En punto C**

Electrolitos (alteración electrolítica, glicemia y tiroidea)

Lack o drugs (suspensión de OH o hipnóticos, dolor mal controlado)

Infección (especialmente respiratoria, urinaria y piel)

Redución de los apoyos sensoriales y movilidad (visión, audición, dentadura y contención física)

Intracraneal (poco frecuente: infección, hemorragia, tumor, ACV)

Urinaria y fecal (retención urinaria, sondeo e impactación fecal)

Miocardio y pulmonar (arritmia, infarto e insuficiencia cardíaca, exacerbación de EPOC, hipoxia)

Surgery (incidencia de delirium 15% después de cirugía no cardiológica y hasta 50% después de bypass cardíaco, aneurisma Ao Abdominal, o fractura de cadera)

C. Fármacos asociados a Delirium

- Anticolinérgicos:

- Antiespasmódicos oxibutina, pargoverina (Viadil), flavoxato (Bladuril)
- Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina) y
- Antihistamínicos (ranitidina, famotidina, clorfenamina, hidroxicina)
- Antipsicóticos (tioridazina)
- Miorelajante (ciclobenzaprina, baclofeno)
- Anticonvulsivantes (fenobarbital, fenitoina, primidona)
- Benzodiacepinas: diazepam, clordiazepóxido, flunitrazepam
- Antiparkinsonianos: levodopa, agonistas dopaminérgicos (pramiprexol), amantadina, trihexifenidilo
- Corticoides
- Opioides especialmente meperidina
- Acción en SNC: litio
- Hiponóticos no benzodiacepínicos (drogas Z)
- Antiarrítmicos: Digoxina

PRECAUCIÓN CON PSICOFÁRMACOS DE USO CRÓNICO

- No suspender antidepresivos, benzodiacepinas, ni drogas Z de uso crónico
- En caso de OH crónico evaluar necesidad de rescate de benzodiacepinas
- **EN CASO DE ALCOHOLISMO CRÓNICO, SUPLEMENTAR CON TIAMINA.**

Tratamiento de Delirium Agitado

Ambiente calmado, presencia de familiar o cuidadora

Para agitación: Haloperidol 0,5 -1 mg ev o im

Si no responde en 30 min, dar doble de dosis, 1-2 mg ev. Llegando a un máximo de 5 mg

Si vía oral disponible puede usarse Quetiapina 12.5-50 mg vo (más sedante) u Olanzapina 2,5 -5 mg vía oral o intramuscular

Al día siguiente use la mitad de la dosis usada en crisis dividido cada 8 -12 horas

Lorazepam 0,5.-1 mg ev en caso de suspensión de alcohol o benzodiacepinas o contraindicación de antipsicóticos (E. Parkinson, DC Lewy, QT prolongado)

1 mg de Lorazepam equivalente a 5 mg de Diazepam por 10 g de consumo de OH (corresponde a 1 trago de alcohol fuerte)

3. Documentación de referencia

- 1) Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, Simpkins SA. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 3. Art. No.: CD005563
- 2) The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program J Am Geriatr Soc. 2000 Dec; 48(12):1697-706. S. Inouye et al.
- 3) Delirium in Hospitalized Older Adults. E.R. Marcantonio. N Engl J Med 2017; 377:1456-1466.
- 4) Antipsychotics for delirium. Lonergan E, Britton AM, Luxenberg J. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD005594

4. Control de cambios

Versión	Elaborado por	Páginas revisadas	Descripción de la modificación	Fecha de elaboración
1.0	Dra. Maricarmen Andrade Dr. Hector Duque Dr. Juan Cristobal Nuñez	Todas	Versión Inicial	Septiembre 2018