



Síndrome Confusional Agut Delirium

2a Jornada Equips d'Atenció Residencial Mutuam (EAR)

Adela Martín López
Coordinadora UVGI
23 maig 2018

DIFICULTAT PER ANOMENAR-LO

Delirium



Síndrome confusional agut

Estat confusional agut

Estat mental alterat

Encefalopatia tòxica metabòlica

Quadre de desorientació agut

Insuficiència mental aguda

Fracàs agut del cervell

PODEM DIFERENCIAR

DELIRIUM com GRAN Sd. GERIÀTRIC

Sd. CONFUSIONAL AGUT

DELIRIUM TREMENS

DELIRIUM DEL PACIENT TERMINAL

EPIDEMIOLOGIA I ETIOPATOGENIA DEL DELIRIUM

La incidència de Delirium depèn del lloc i la situació del pacient:

- Pacient en Unitat de mitja estada 6-24%
 - Pacients que estan a urgències >75 anys 15%
 - Pacients hospitalitzats >75 anys 10-40%
 - Pacients intervinguts de fractura de maluc 50%
 - Pacients ingressats a UCI 86%
 - Pacients terminals 80%
1. Alteració de neurotransmissors en estructures cerebrals com Tàlem, l'escorça cerebral, àrees prefrontal i els ganglis de la base, implicant vies com la via colinèrgica, dopaminèrgica i serotoninèrgica i la producció de neurotransmissors neurotòxics com glutamat.
 2. Producció de substàncies proinflamàtores (Citoquines i Factor de necrosi tumoral) (TNF).

CRITERI DIAGNÒSTIC DEL DELIRIUM

- DSM V
- CIE10 (Clasificación internacional de E.)
- CAM (Confusion Assessment Method)
- DRS (Delirium Rating Scale)

CRITERI DSM V DE DELIRIUM

- A. Trastorn de l'atenció (reducció de la capacitat de dirigir, enfocar, sostenir i canviar l'atenció) i consciència (orientació reduïda a l'entorn).
- B. L'alteració es desenvolupa durant un curt espai de temps (generalment hores/ pocs dies) representa un canvi agut de l'atenció i de la consciència basal i tendeix a fluctuar en gravetat al llarg del dia.
- C. Existeix una afectació cognitiva addicional (memòria ,orientació, llenguatge capacitat visuoespacial o percepció)
- D. Els criteris A i C no s'expliquen per l'existència prèvia d'un trastorn neurocognitiu ni per una afectació del nivell de consciència com pot ser un COMA.
- E. Existeix una evidència darrere la història clínica o l'exploració física i les proves de laboratori de què el quadre és secundari a una malaltia mèdica o a una intoxicació o a la retirada de substàncies farmacològiques o exposició a toxines o a causa de múltiples etiologies.

American Psychiatric Association .DSM V May 2013

DIAGNÒSTIC DE DELIRIUM (Confusion Assessment Method CAM)

A. Començament agut i de curs fluctúan

S'ha observat un canvi agut en l'estat mental del pacient?

SI/NO

B. Alteració de l'atenció

El pacient es distreu amb facilitat i/o té dificultats per seguir una conversa?

SI/NO

1. Pensament desorganitzat

El pacient manifesta idees o conversacions incoherents o confon a les persones?

SI/NO

2. Alteració del nivell de consciència

El pacient està vigilant, letàrgic, estuporos?

SI/NO

(Adaptat Altimir 2003)

Críteris A+B i al menys el 1 i/o 2

COM ARRIBEM AL DELIRIUM?



EDAT >65 anys
MALALTIA GREU
PLURIPATOLOGIA
POLIFARMÀCIA
FRAGILITAT
DEMÈNCIA, DCL
DELIRIUM PREVI
FRAGILITAT
DÈFICITS SENSORIALS

FACTORS DE BASE

FACTORS PRECIPITANTS

Fàrmacs anticolinèrgics, analgèsics, benzos, anestèsics
Malaltia intercurrent. ITU, pneumònia, IC, MRC, Neoplàsia
M. Neurològica, AVC, Hematoma sub

Cirurgia

Alteracions: hormonals, iòniques

Hipòxia

Alteracions ambientals: UCI, Sondes,
Restriccions físiques

Trastorns del son

Situació estressant

MANIFESTACIONS CLÍNiques DEL DELIRIUM

- ✓ Inici agut o prodròmic
- ✓ Fluctuació dels símptomes
- ✓ Trastorn, son, son-vigília
- ✓ Alteració de la consciència
- ✓ Disminució de l'atenció
- ✓ Trastorn del pensament
- ✓ Trastorn del llenguatge
- ✓ Alteració de la memòria i orientació
- ✓ Alteracions senso-perceptives
- ✓ Alteracions psicomotores
- ✓ Amnèsia post episodi

VARIANTS CLÍNiques DE DELIRIUM

- Delirium Hipoactiu 19%- 71%
- Delirium Hiperactiu 15%-21%
- Delirium Mixt 43%-56%

Només un 12-35% dels delirium són reconeguts. El menys reconegut és l'hipoactiu amb pitjor pronòstic.

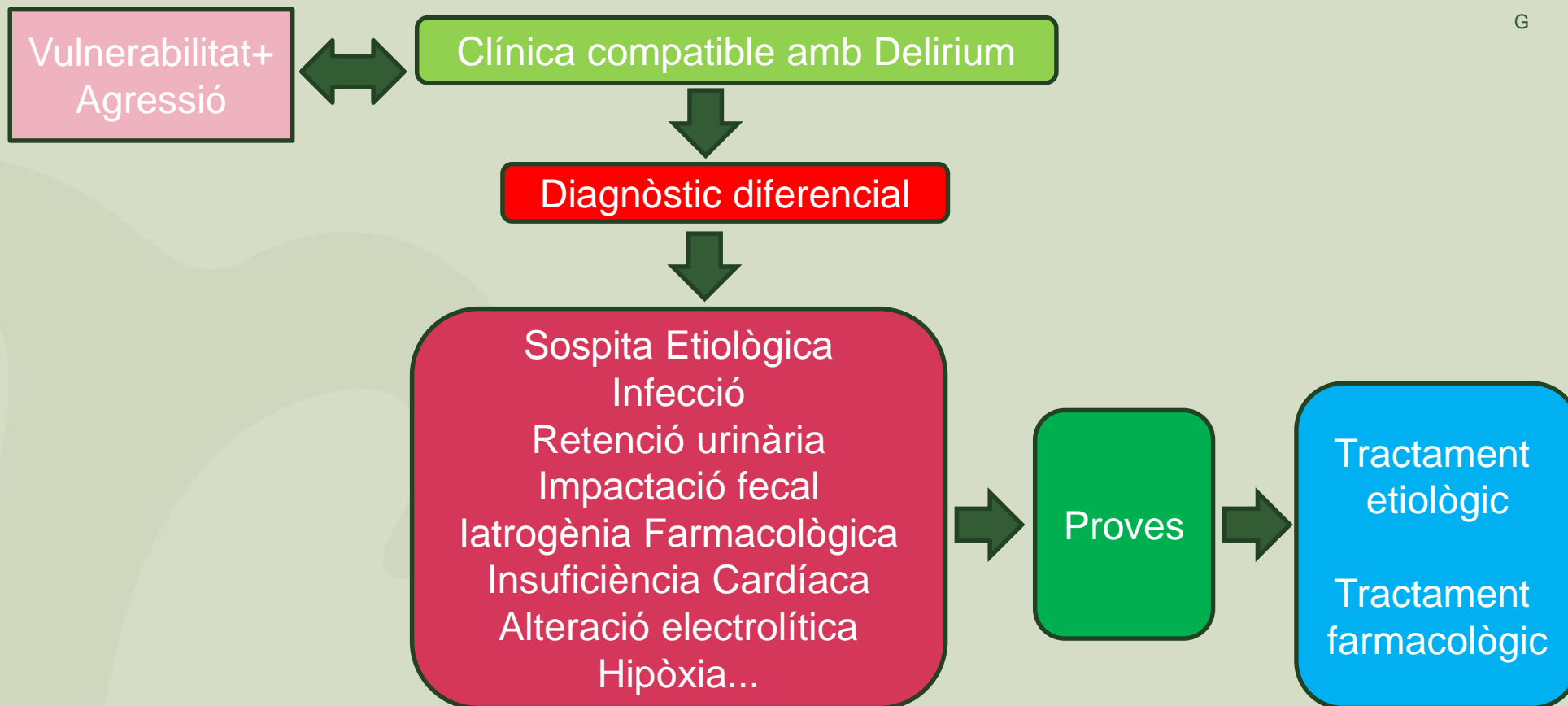
EI DELIRIUM ÈS UNA URGÈNCIA MÈDICA

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL DEL DELIRIUM

- Demència (Vascular, Alzheimer, Cossos de Lewy)
- Psicosis d'inici tarda
- Quadre Depressiu agitat
- Sd. Neurològic focals, Epilèpsia

Tots ells poden abocar al Delirium

PROCÉS D'APROXIMACIÓ AL DELIRIUM



TRACTAMENT DEL DELIRIUM

- Causa etiologia
- Modificacions Ambientals
- Mides de suport
- Tractament farmacològic

LA PREVENCIÓ O DETECCIÓ RÀPIDA DEL DELIRIUM ES DE VITAL IMPORTÀNCIA

- EL DELIRIUM té un major nombre de complicacions post quirúrgiques.
- EL DELIRIUM retarda la recuperació funcional.
- EL DELIRIUM augmenta l'estància hospitalària.
- EL DELIRIUM augmenta el risc d'institucionalització.
- EL DELIRIUM augmenta la mortalitat.

**IDEA ERRÒNIA DE QUÈ EL DELIRIUM ES REVERSIBLE
UN % DE PACIENTS NO MENYS PREBLE EVOLUCIONEN A
UN DETERIORAMENT COGNITIU**

PREVENCIÓ DEL DELIRIUM EN GENT GRAN HOSPITALITZADA

1. Avaluació geriàtrica integral >65 anys a l'ingrés hospitalari
 - Avaluació cognitiva
 - Revisió de fàrmacs (anticolinèrgics i proconfusional)
 - Valoració de dèficits sensorials
2. Mantenir bona il·luminació, evitar sorolls
3. Aportar ulleres i audiòfons si el pacient els precisa
4. Mantenir adequada hidratació i nutrició
5. Reduir el possible les contencions mecàniques i químiques
6. Mobilitzar al pacient el més aviat possible

PREVENCIÓ DEL DELIRIUM EN GENT GRAN HOSPITALITZADA

7. Protocol del tractament del dolor Paracetamol primer nivell evitar Mòrfics Tramadol i Pregabalina
8. Afavorir la higiene de la son, reduir soroll, habitacions individuals
9. Control T^o, TA, Sat O₂, retenció d'orina i ITUs
10. Protocol i prevenció de l'estrenyiment
11. Implicar als cuidadors en mantenir l'orientació del pacient amb rellotges i calendaris
12. Possibilitat d'utilitzar dosis petites d'antipsicòtics de forma preventiva en pacients de risc elevat

TRACTAMENT DEL DELIRIUM

EL TRACTAMENT DEL DELIRIUM ES MUTLIDISCIPLINAR

Equip mèdic,(metge, infermera, auxiliar, rehabilitador), terapeuta ocupacional
treballadora social

MOLT IMPORTANT LA IMPLICACIÓ FAMILIAR

LES RESTRICCIONS FÍSiques I LES RESTRICCIONS FARMACOLÒGIQUES
NOMÉS ESTAN INDICADES EN ELS QUADRES D'AGITACIÓ

TRACTAMENT Etiològic
NEUROLÈPTIC

TRACTAMENT NEUROLÈPTIC

- Els antipsicòtics no estan en fitxa tècnica pel tractament del Delirium ni per la FDA ni per l'Agència Europea del Medicament.
- Llei 41/2002.14 de novembre que diu que el metge que els prescrigui deu justificar l'ús d'aquest medicament a la història clínica i informar als pacients, familiars del risc/benefici amb un consentiment informat.
- Recomanacions d'experts i les guies indiquen utilitzar-los
- Són efectius només per trastorn delirant en un 34%.
Metanàlisi que contemplava 12 estudis el tractament amb antipsicòtics no va escurçar els dies d'evolució de Delirium.

QUIN ANTIPSIQUIC?

- Els utilitzem per l'important efecte sedant APPG>APSG degut a la seva acció anticolinèrgica (sedació confusió i alteració cognitiva...) APPG>APSG, Risperidona, Quetiapina en tenen pocs, l'Olanzapina depèn de la dosi
 - Efectes extrapiramidals APPG>APSG el que en té menys Quetiapina indicada en Parkinson i C de Lewy
 - Risc efectes cardiovascular APSG des de l'any 2014 es precisa visat >75anys
- APPG Haloperidol 0,5/dia màx. 10 mg/dia , Via parenteral
- APSG Risperidona 0,5mg/dia màx. 4mg/dia
- Quetiapina 25mg/dia màx. 100mg/dia
- La mínima dosi i el mínim temps possible



SENSIBILITZACIÓ DE LA POBLACIÓ

Día Mundial del Delirium 14 marzo 2018



¿Qué es el Delirium?

El Delirium (antes llamado síndrome confusional agudo) es un deterioro rápido de la función cognitiva. Se caracteriza por: dificultad en la capacidad de concentración; somnolencia; agitación y en ocasiones alucinaciones y/o ideas delirantes. El Delirium suele desarrollarse en horas o días.



¿Qué puede causar el Delirium?

Las principales causas de Delirium son enfermedades agudas (cerebrales o sistémicas), lesiones traumáticas (por ejemplo, fractura de fémur), estrés emocional (por ejemplo, cambio de entorno), cirugías y efectos adversos de fármacos o como consecuencia de la retirada de éstos.



¿Quién puede presentar Delirium?

Cualquier persona puede desarrollar Delirium. Sin embargo, la edad avanzada y la demencia son unos de los factores predisponentes que comportan mayor riesgo de presentar Delirium.



¿Es lo mismo Delirium y Demencia?

Son dos entidades diferentes. Los síntomas de Delirium aparecen de forma rápida y permanecen unos días (en un 20% de los casos la duración se prolonga más). En cambio, la demencia se desarrolla más lentamente (meses) y en la mayoría de casos es irreversible. Los pacientes con Delirium presentan más frecuentemente somnolencia y/o síntomas psicóticos.



Si es reversible, ¿por qué es tan importante?

Incluso un episodio corto de Delirium aumenta la probabilidad de: peores resultados en la recuperación de la enfermedad aguda; institucionalización; desarrollo de demencia y mortalidad. La presencia de ideas delirantes puede provocar estrés disruptivo en los pacientes. Asimismo, el delirium es una fuente de estrés y sobrecarga para los familiares y cuidadores.



¿Cuál es la prevalencia de Delirium?

Uno de cada cuatro pacientes hospitalizados de edad avanzada desarrollará Delirium.



¿Cómo se trata el Delirium?

Las medidas más importantes son: detectar y tratar de forma precoz las enfermedades intercurrentes y ajustar los fármacos que pueden haber desencadenado el episodio de delirium. En ocasiones es necesario implementar medidas no farmacológicas para favorecer la recuperación, así como administrar tratamiento farmacológico en casos de sintomatología psicótica disruptiva.



¿Manejamos adecuadamente el Delirium?

En la mayoría de casos existe una infradetección del Delirium, hecho que implica un manejo inadecuado del mismo. Desafortunadamente, no todos los profesionales sanitarios tienen los conocimientos necesarios sobre el Delirium.



¿Qué podemos hacer para prevenir y controlar el Delirium?

Detectarlo y denominarlo Delirium. Tratar las causas agudas precozmente. Detectar y tratar situaciones estresantes. Movilizar precozmente al paciente. Conseguir un entorno tranquilo. Promover ritmo de sueño-vigilia natural. Comunicar el diagnóstico a los pacientes y familiares. La prevención del delirium es posible con medidas generales (por ejemplo asegurar el ritmo deposicional, evitar deshidratación,...), medidas para asegurar la orientación temporo-espacial del paciente y corrección de déficits sensoriales.





GRUPMUTUAM



#JEAR2018

Serveis sanitaris, mutualisme i atenció a la dependència

SEGURETAT, TRANQUIL·LITAT, CONFORT I ORIENTACIÓ



PUNTS CLAU SOBRE EL DELIRIUM

1. El DELIRIUM és un estat confusional agut comú en ancians hospitalitzats institucionalitzats amb pobres resultats diagnòstic i tractament
2. El risc de DELIRIUM ve determinat per la presència d'una base pròpia del pacient PREDISPOSICIÓ i factors aguts PRECIPITANTS quan més base menys precipitants es necessitaran
3. El Primer pas és diagnosticar el DELIRIUM amb instrument CAM o DSMV
4. Tractar el DELIRIU etiològicament i utilitzar antipsicòtics a petites dosis i retirar-los el més aviat possible
5. Intervencions proactives UVGI i multifactorials disminueixen incidència i redueixen la gravetat i la durada del DELIRIUM

RECOMANACIONS DE LECTURA

❖ Delirium in Hospitalized Older Adults

Edwar R. Marcantonio, M.D.

The new England Journal of Medicine October 12, 2017

❖ Documento SEPG sobre uso de antipsicóticos en personas de edad avanzada

Revista de psicogeriatría 2017

DELIRIUM

GRÀCIES PER LA
VOSTRE ATENCIÓ

Ophrys catalunica
Abellera catalana

