

## ¿QUÉ ES EL DELIRIO?

**El delirio** se caracteriza por alteraciones de la conciencia, la cognición y la atención.<sup>1</sup>

- El delirio se desarrolla en un periodo corto y fluctúa a lo largo de horas o días.
- Suele ser temporal y reversible si se identifica y trata la causa subyacente.
- Al final de la vida, el delirio suele ser consecuencia de efectos secundarios de la medicación o de la respuesta del organismo a los cambios que se producen en los últimos días u horas de vida.

El delirio tiene tres subtipos de comportamiento:

- Hiperactivo: la forma de delirio más fácilmente reconocible; inquietud, agitación, aumento de la actividad psicomotriz e irritabilidad.
- Hipoactivo: puede no diagnosticarse; actividad reducida, pereza y somnolencia anormal.
- Mixto: síntomas tanto hiperactivos como hipoactivos; puede cambiar rápidamente de uno a otro.

Las posibles causas de delirio incluyen procesos intracraneales (por ejemplo, infección, hemorragia, tumor), infección (por ejemplo, tracto urinario, respiratorio), infarto (cardíaco o cerebral), abstinencia aguda de nicotina (delirio hiperactivo), abstinencia de alcohol o medicamentos, hipoxia, insuficiencia hepática o renal, medicamentos, incomodidad (dolor), movimientos restringidos como las sujeciones, desequilibrios electrolíticos o metabólicos, cambio de entorno, disminución de la información sensorial, fallo multiorgánico, alteración del ciclo sueño-vigilia y retención de orina o heces.<sup>1</sup>

## SIGNOS Y SÍNTOMAS

Es importante distinguir el delirio agudo de la demencia, que tiene una progresión crónica. Entre las herramientas de evaluación validadas y de uso común figuran las siguientes:

- El método de evaluación de la confusión (CAM, por sus siglas en inglés) se utiliza para detectar la presencia de delirio y evaluar los criterios diagnósticos.
- Para evaluar la gravedad del delirio puede utilizarse la Escala de gravedad de los síntomas del delirio o la Escala de calificación del delirio (DRS, por sus siglas en inglés).
- El Mini Examen de Estado Mental (MMSE, por sus siglas en inglés) o Mini-Cog™ son herramientas para evaluar la función cognitiva.<sup>1</sup>
- El 4AT es una herramienta sencilla, rápida (<2 minutos) y bien validada que ayuda a los profesionales a detectar el delirio en la práctica diaria.<sup>2</sup>

Los signos de delirio incluyen desorientación respecto a la persona, el lugar o el tiempo; cambios en la cognición; aislamiento de las interacciones; incapacidad para concentrarse; confusión; agitación; y menor capacidad para responder con precisión a las preguntas durante la evaluación.

## INTERVENCIONES

El equipo de atención médica debe descartar las causas potencialmente reversibles o tratables del delirio para acelerar su resolución y mejorar los resultados. La identificación de las etiologías subyacentes y la revisión de los datos de laboratorio y de diagnóstico ayudarán al equipo de atención médica a elegir un tratamiento.

La causa subyacente del delirio puede ser multifactorial. El equipo de atención médica debe evaluar cuidadosamente el impacto de las intervenciones médicas y revisar los medicamentos (como opioides, esteroides, cannabinoides, benzodiacepinas y anticolinérgicos) que puedan contribuir al delirio.

Optimizar la función general del paciente abordando los problemas nutricionales (por ejemplo, ingesta, eliminación), preservando el ciclo sueño-vigilia y previniendo y tratando síntomas concomitantes como el dolor, la deshidratación o la infección.

La conversación con la familia debe incluir lo siguiente:

- Documentación de la planificación anticipada de cuidados sobre los deseos del paciente, cuando esté disponible.
- Los objetivos y deseos de la familia y la definición de calidad de vida a la hora de debatir y evaluar las opciones de tratamiento.
- Estrategias para dotar a los familiares de enfoques ambientales y no farmacológicos para aliviar la angustia por el delirio de su ser querido.

El tratamiento del delirio abarca enfoques no farmacológicos, farmacológicos, intervencionistas, ambientales, conductuales e interpersonales.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS	INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comenzar con la <b>investigación de las causas reversibles</b> al tiempo que se optimiza la calidad de vida y las estrategias de manejo de los síntomas.</li> <li>• <b>Explorar las necesidades de</b> apoyo espiritual y psicosocial del <b>paciente y su familia</b> e identificar recursos para afrontarlas.</li> <li>• <b>Utilizar señales del entorno</b> y emplear ayudas para mantener la orientación (por ejemplo, gafas, audífonos, participación de familiares).</li> <li>• <b>Garantizar un entorno seguro</b> para evitar caídas y lesiones (por ejemplo, luces nocturnas, cama baja).</li> </ul> <p>Utilizar otras adaptaciones ambientales, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambiente tranquilo</li> <li>• Aromaterapia</li> <li>• Minimización del ruido y la estimulación</li> <li>• Reducción de las alteraciones del sueño</li> </ul> <p><b>Utilizar y modelar técnicas interpersonales</b> para los miembros de la familia, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una voz tranquila y reconfortante</li> <li>• Música preferida por el paciente</li> <li>• Indicaciones verbales suaves de cualquier intervención propuesta (por ejemplo, “Rosa, ahora voy a ponerte loción en las manos, ¿sí?”).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las estrategias de intervención farmacológica deben comenzar con la <b>evaluación del régimen de medicación actual del paciente</b> y el tratamiento de las etiologías subyacentes.</li> <li>• No hay ningún tratamiento farmacológico aprobado específicamente para el delirio, pero pueden utilizarse algunos medicamentos para controlar los síntomas angustiosos.</li> <li>• <b>Antipsicóticos para la agitación o la psicosis:</b> considerar antipsicóticos como olanzapina, ácido valproico,<sup>3</sup> haloperidol (estándar para agitación aguda pero conlleva riesgo de prolongación del QT y signos extrapiramidales) <b>O</b> quetiapina (menos probable que cause síntomas extrapiramidales y puede causar sedación).</li> <li>• <b>Las benzodiacepinas</b> como el lorazepam o el alprazolam deben utilizarse con precaución porque pueden causar delirio. Pueden utilizarse para reducir la ansiedad, controlar el síndrome de abstinencia alcohólica y regular el ciclo sueño o vigilia. La risperidona también puede considerarse para la agitación, pero presenta un mayor riesgo de síntomas extrapiramidales.<sup>1</sup></li> <li>• <b>Para la alteración del sueño o vigilia:</b> los hipnóticos como el zolpidem o la melatonina administrados por la noche son útiles para el delirio asociado a la alteración del ciclo sueño-vigilia. Los hipnóticos como el zolpidem aumentan el riesgo de caídas y disfunción cognitiva.<sup>4</sup></li> </ul>

## DEBATES EN FAMILIA Y EN EQUIPO

- Educar al paciente y a la familia sobre las etiologías subyacentes del delirio, si se conocen, así como sobre las opciones de tratamiento, los beneficios y las cargas de las estrategias de tratamiento, las posibles reacciones adversas y las respuestas previstas al tratamiento.
- Los tratamientos deben ajustarse a los objetivos de cuidados del paciente y su familia.
- Proporcionar instrucciones guiadas sobre medidas de seguridad y estrategias no farmacológicas.

### Equipo interprofesional:

El éxito de las intervenciones en el cuidado de pacientes con delirio se ve reforzado por múltiples perspectivas para anticipar, prevenir y tratar las causas físicas, psicológicas, sociales y espirituales cuando sea factible.

Considere la posibilidad de recurrir a especialistas en trabajo social, asesoramiento o atención espiritual para el apoyo y las intervenciones paliativas y de hospicio.

## EJEMPLO DE DOCUMENTACIÓN DE SÍNTOMAS

Una enfermera de guardia observa que **una mujer de 82 años, en silla de ruedas y sin habla, con enfermedad de Alzheimer** (Escala de Estadificación de la Evaluación Funcional 7A), que actualmente reside en un centro para ancianos, empieza a dormir más durante el día y estar inquieta y murmurar durante toda la noche hace dos noches. Una muestra de orina indica una infección urinaria con cultivo pendiente. A la paciente se le prescribe un antibiótico de amplio espectro para una supuesta infección urinaria, que su hija (apoderada) dice que está en consonancia con los objetivos de los cuidados de la paciente para ayudarla a sentirse cómoda. La paciente vuelve a los patrones de sueño-vigilia basales y, según informa la enfermera con licencia, descansa cómodamente por la noche con el tratamiento de su presunta infección. La enfermera con licencia hará un seguimiento de los resultados de los urocultivos cuando estén disponibles.

## RESULTADOS DE ENFERMERÍA DESEADOS

- Proporcionar una comodidad y seguridad óptimas al paciente.
- Mejorar el delirio para favorecer la funcionalidad, el bienestar físico, psicológico y espiritual, y la calidad de vida.
- Actualizar el plan de cuidados para reflejar las intervenciones para el delirio y las respuestas del paciente a las intervenciones terapéuticas.

## REFERENCIAS

1. Goldberg W., Mahr G., Williams A., Ryan M. *Delirium, confusion, agitation (Delirio, confusión y agitación)*. En: Ediciones de Ferrell B. y Paice J., *Oxford Textbook of Palliative Nursing (Manual de Enfermería de Cuidados Paliativos de Oxford)*. 5.<sup>a</sup> ed. Nueva York, NY: Oxford University Press; 2019.
2. Anand A., Cheng M., Ibitoye T., Maclullich AMJ, Vardy ERLC. Las puntuaciones positivas en la herramienta 4AT de evaluación del delirio en el momento del ingreso hospitalario están relacionadas con la mortalidad, la duración de la estancia y el tiempo de permanencia en el domicilio: estudio de dos centros sobre 82,770 ingresos en urgencias. *Age Ageing*. 2022;51(3): afac051. doi:10.1093/ageing/afac051.
3. Crowley KE, Urban L., Hacopian G., Geiger KL. *Valproic Acid for the Management of Agitation and Delirium in the Intensive Care Setting. A Retrospective Analysis (Ácido valproico para el tratamiento de la agitación y el delirio en el entorno de cuidados intensivos: un análisis retrospectivo)*. *Clin Ther*. 2020;42(4):e65-e73. doi:10.1016/j.clinthera.2020.02.007.
4. Andrade C. (2018). *Sedative Hypnotics and the Risk of Falls and Fractures in the Elderly (Los hipnóticos sedantes y el riesgo de caídas y fracturas en los ancianos)* *The Journal of Clinical Psychiatry (Revista de Psiquiatría Clínica)*, 79(3), 18f12340. <https://doi.org/10.4088/JCP.18f12340>.