

# SINDROME CONFUSIONAL AGUDO

(DELIRIUM)



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

GUÍA PRÁCTICA  
DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO



Síndrome Confusional Agudo (Delirium)  
"Guía práctica de diagnóstico y tratamiento"

Edita:  
???

Imprime:  
????

Depósito Legal:  
????





# SINDROME CONFUSIONAL AGUDO

(DELIRIUM)

“Guía práctica  
de diagnóstico  
y tratamiento”

M<sup>a</sup> Isabel Ruiz, Unidad de Psiquiatría de Enlace

Valentín Mateos, Servicio de Neurología

Héctor Suárez, Servicio de Medicina Interna II

Paz Villaverde, Servicio de Medicina Interna I

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS OVIEDO



# ÍNDICE

---

I- INTRODUCCIÓN	8
II- DESARROLLO GENERAL	9
- Concepto	9
- Fisiopatología	10
- Factores Etiológicos y Precipitantes	12
- Manifestaciones Clínicas y Pronóstico	14
- Diagnóstico	16
- Escalas de Valoración	18
- Diagnóstico Diferencial	19
- Prevención y Detección Precoz	20
- Tratamiento Etiológico	21
- Abordaje Ambiental	22
- Tratamiento Sintomático	24
III- PROTOCOLO ABREVIADO DE INTERVENCIÓN	28
IV- ANEXOS	36



# I - INTRODUCCIÓN

---

*“Doctor, el paciente de la habitación X está confuso, ha pasado la noche muy agitado, se ha arrancado la vía y, además...”*. Cualquier médico hospitalario ha vivido en más de una ocasión la experiencia de llegar por la mañana a su planta y encontrarse con que el personal de Enfermería le informa que uno de sus pacientes ha pasado la noche confuso y agitado. Esta situación, además, habrá provocado la lógica alarma entre los allegados del paciente que, seguro, nos demandarán una explicación sobre los motivos *“del empeoramiento”* sufrido por su familiar. Si la planta en cuestión es quirúrgica o si trabajamos en una Unidad hospitalaria dedicada al cuidado de pacientes muy graves (UCIs y similares) esta situación no será nada excepcional. Tampoco lo será si en nuestra Unidad o Servicio tenemos un elevado porcentaje de pacientes de edad avanzada.

Conocido el problema no nos queda más opción que actuar. Primero, para intentar aclarar qué o cuáles circunstancias han hecho posible que una situación como la descrita se haya presentado. En segundo lugar para evitar, en la medida de lo posible, que ésta se agrave o que, incluso, interfiera con el problema médico o quirúrgico que motivó el ingreso del paciente en nuestro hospital. No es infrecuente que en esta fase diagnóstico-terapéutica los Servicios de Psiquiatría de Enlace, Medicina Interna y Neurología seamos llamados a intervenir en calidad de consultores. En unas ocasiones (es el caso de Medicina Interna o Neurología) ante las dudas diagnósticas que suscita una situación como la planteada. En otras (aquí Psiquiatría de Enlace suele ser la opción más elegida) cuando lo que se busca es el tratamiento sintomático del problema. Seamos unos u otros los intervinientes no deja de ser cierto que la aproximación al problema suele ser bastante uniforme, tanto en lo que al abordaje diagnóstico se refiere como al planteamiento terapéutico a seguir.

Estas experiencias son las que nos aconsejaron escribir este libro. En él se exponen las directrices diagnóstico-terapéuticas que consideramos deben seguirse ante una situación tan frecuente en nuestros hospitales como es el “Síndrome Confusional Agudo”. A lo largo de varios meses, médicos de los Servicios antes referidos hemos trabajado (revisión bibliográfica, sectorización de los materiales y discusión sobre los mismos, exposición en sesiones clínicas) en la elaboración de este libro que, a modo de manual, pretendemos sea conocido y manejado por todos los médicos del Hospital Universitario Central de Asturias. Esperamos que su lectura o consulta aporte las claves necesarias para abordar, con garantías de éxito, al paciente confuso. Si lo logramos, estimados compañeros, daremos nuestro tiempo por bien empleado. Quedamos, por supuesto, receptivos a cualquier idea o sugerencia que nos permita mejorar ulteriores ediciones.

Los autores,

# II - DESAROLLO GENERAL

---

## CONCEPTO:

El delirium, o síndrome confusional agudo (SCA), es un síndrome, y como tal puede estar formado por varios síntomas y signos, siendo pues múltiples las formas de presentación, lo que dificulta el diagnóstico. Más que una enfermedad en sí mismo, representa una complicación de otra enfermedad subyacente, que muchas veces pasa desapercibida y que generalmente es la que marca el pronóstico, por lo que debe ser descubierta y tratada, siendo pues el diagnóstico etiológico del delirium una urgencia médica.

La característica clínica fundamental de este síndrome es una alteración en el nivel de conciencia y atención (facultad del individuo de responder a estímulos externos), acompañada de una disfunción de las funciones cognitivas (memoria, orientación, percepción, razonamiento), pudiendo acompañarse de cambios emocionales (ansiedad, agresividad, hipomanía), cambios autonómicos (sudoración, frialdad...) y conductuales, todo ello de instauración más o menos aguda (horas o días), progresiva y fluctuante a lo largo del día.

La importancia de este cuadro clínico se basa por un lado en su considerable morbimortalidad, y por otro lado en su elevada incidencia dentro de pacientes hospitalizados (en nuestro hospital cerca del 14% de las interconsultas de psiquiatría en 2005), siendo el porcentaje de diagnósticos y consecuentemente tratamientos correctos muy bajo.

- Alteraciones en la conciencia (capacidad de responder a estímulos externos):
  - Nivel de alerta:
    - § Generalmente disminuida (somnolencia)
    - § Menos frecuentemente aumentada
  - Nivel de atención, lo más sensible:
    - § Incapacidad para entender preguntas más o menos complejas
    - § Dificultad para cambiar la atención hacia otra idea
    - § Distrabilidad ante estímulos irrelevantes
    - § Incoherencia en la expresión
- Alteraciones en las funciones cognitivas:
  - Orientación: la desorientación temporal suele ser el primer síntoma clínico apreciado
  - Memoria: sobre todo de fijación (amnesia del episodio)
  - Percepción: falsas interpretaciones, ilusiones y alucinaciones
  - Abstracción
  - Razonamiento
  - Emoción
  - Planificación, funciones ejecutivas
  - Lenguaje, praxias, gnosias
- Alteraciones conductuales: agitación, inhibición..
- Instauración aguda (de horas a días)
- Fluctuación a lo largo del día, empeorando sobre todo por la noche, estando hiporreactivo o incluso asintomático durante el día
- Cambios emocionales y emociones inapropiadas: ansiedad, agresividad, hipomanía
- Cambios autonómicos

## FISIOPATOLOGÍA

El delirium se caracteriza por una incapacidad del cerebro para responder eficazmente a las demandas que se le efectúan, siendo una respuesta a un daño cerebral, fundamentalmente neuroquímico difuso (alteraciones metabólicas, hormonales y de neurotransmisores en todo el tejido cerebral) más que anatómico (daño encefálico directo). Sus mecanismos exactos son muy complejos, y aun no se conocen en su totalidad.

Para que se produzca un delirium se precisan dos cosas, por un lado las noxas o factores precipitantes (responsables últimos del cuadro) y por otro lado un individuo susceptible. No todas las personas tienen la misma facilidad para presentar este síndrome, las hay más o menos resistentes, esa resistencia viene determinada en parte por la reserva cognitiva, concepto que hace referencia a los recursos cerebrales disponibles. Dicha reserva cognitiva no es calculable, lo que si se puede hacer es determinar que procesos disminuyen dicha reserva facilitando el desencadenamiento de un síndrome confusional agudo (factores predisponentes).

Dichos factores predisponentes de mayor a menos intensidad son:

- Demencia
- Enfermedad grave (cáncer en estadios terminales...)
- Edad
- Factores de riesgo vascular
- Déficit nutricional / alteraciones metabólicas
- Alcoholismo
- Déficit sensoriales
- Catéteres
- Depresión
- Antecedentes de delirium

Todos ellos de alta prevalencia entre los pacientes ingresados en un hospital, lo que explica la alta incidencia de los cuadros de delirium. Pero se no son capaces de desencadenar el cuadro, y generalmente no son corregibles a corto plazo, con lo que no se puede actuar sobre ellos para tratar de prevenir el SCA. Su utilidad radica en que nos permiten determinar que pacientes son más susceptibles de desarrollar un delirium, extremando en dichos enfermos las medidas preventivas y estableciendo un diagnóstico (y un tratamiento) precoz cuando aparezca.

## NEUROTRANSMISORES EN EL DELIRIUM

En el delirium frecuentemente existen alteraciones en los neurotransmisores, responsables en parte de la clínica del mismo, y cuyo conocimiento nos puede ayudar a determinar que fármacos estarían contraindicados y cuales pueden ser útiles como tratamiento sintomático.

La afectación principal parece ser un déficit colinérgico central, responsable de las alteraciones cognitivas y perceptivas, asimismo como de los déficits mnésicos, alteraciones emocionales y disregulación del ciclo sueño-vigilia. Por todo ello hay que evitar el uso de fármacos anticolinérgicos (entre los que se encuentran amitriptilina, clorazepato, clorpromacina [largactil®], corticoides, codeína, diacepan, fenobarbital, levomepromacina [sinogan®], ... entre otros).

Inversamente a la acetilcolina la dopamina está hiperfuncionante, siendo responsable de la incapacidad de mantener la atención. La mayoría de neurolépticos bloquean receptores dopaminérgicos, algunos estimulando secundariamente la producción de acetilcolina, por lo que son útiles.

La serotonina puede estar disminuida (sobre todo en el delirium alcohólico) o aumentada (como en la encefalopatía hepática), al igual que el GABA. El glutamato suele estar aumentado, siendo el responsable, cuando ocurre, de la persistencia del déficit cognitivo tras el cuadro agudo, ya que puede provocar muerte neuronal (escitotoxicidad por glutamato).

Por último también puede darse una hiperactividad de endorfinas, lo que explica el grado de anestesia que ocurre durante el cuadro, que justifica la alta frecuencia de autolesiones de los pacientes.

## FACTORES ETIOLÓGICOS Y PRECIPITANTES

El delirium es plurietiológico, prácticamente cualquier enfermedad o intervención grave puede desencadenar este síndrome sobre una persona susceptible, es por ello que hay que considerarlo como un signo de alarma, ya que es un indicador muy sensible de enfermedad aguda subyacente, sobre todo en el anciano. Así ante un paciente con delirium, una vez establecido dicho diagnóstico sindrómico, hay que tratar de llegar a establecer el diagnóstico etiológico concreto, lo que nos permitirá un mejor tratamiento y pronóstico. No obstante no siempre hay un claro factor desencadenante, muchas veces son múltiples los agentes implicados, ninguno de ellos especialmente "grave", o "llamativo" individualmente como para ser la causa, pero en conjunto y sobre una persona susceptible pueden llegar a provocar el cuadro.

Prácticamente cualquier enfermedad moderadamente grave puede ser responsable de un SCA, bien sea una infección, una alteración iónica, una alteración endocrina, patología cardíaca, pulmonar, neurológica, neoplásica, toma de fármacos (incluso a dosis apropiadas), abstinencia a los mismos, especialmente opioides y benzodiacepinas, consumo de tóxicos, aunque lógicamente algunas patologías suelen estar más implicadas:

### a) Patología SNC:

- Convulsiones
- Ictus
- Encefalopatía hipertensiva
- Enfermedad degenerativa
- Lesión ocupante de espacio
- Hematoma subdural
- Hemorragia subaracnoidea
- Migraña complicada
- Arteritis de la temporal
- Hidrocefalia normotensiva
- Meningoencefalitis y encefalitis

### b) Alteraciones metabólicas:

- Fallo renal
- Fallo hepático
- Anemia
- Hipoxia
- Hipoglucemia
- Déficit de tiamina, ácido fólico y vit B12
- Endocrinopatía:
  - Hipo e hipertiroidismo
  - Hipo e hiperparatiroidismo
  - Síndrome de Cushing
  - Insuficiencia suprarrenal
- Alteración hidroelectrolítica:
  - Deshidratación
  - Hiper e hipocalcemia
  - Hiper e hiponatremia
  - Hiper e hipomagnesemia.
- Alteración equilibrio ácido base

### c) Alteraciones cardiopulmonares:

- IAM

### • ICC

- Arritmia cardíaca
- Shock
- Insuficiencia respiratoria

### d) Enfermedades sistémicas:

- Infecciones.
  - Sepsis
  - ITU
  - Neumonía
  - Encefalitis
  - VIH
  - Neurosífilis

### • Neoplasias

- Trauma grave
- Privación sensorial
- Fiebre o hipotermia
- Situación postoperatoria:
  - Dolor
  - Anemia

### e) Sustancias y toxinas (consumo o abstinencia):

- Alcohol
- Anfetaminas
- Cannabis
- Cocaína
- Alucinógenos
- Opiáceos
- Fenciclidina
- Sedantes
- Hipnóticos

d) Tóxicos:

- Metales pesados
- Anticolinesterasicos
- Insecticidas órgano fosforados
- CO y CO<sub>2</sub>
- Fuel o solventes orgánicos
- Envenenamiento

a) Fármacos:

- Antidepresivos tricíclicos
- Inhibidores de la recaptación de serotonina
- Venlafaxina
- Buspirona
- IMAO
- Litio
- Benzodiazepinas
- Opiáceos
- Neurolépticos y antipsicóticos
- Anticomociales
- Antiparquinsonianos
- AINES
- Corticoides
- Cimetidina y ranitidina
- Antihistamínicos H<sub>1</sub>
- Digoxina
- Quinidina
- Propafenona
- Betabloqueantes
- Tiazidas
- Espironolactona
- Penicilinas
- Quinolonas
- Eritromicina
- Aminoglucósidos
- Nitroimidazoles
- Tuberculostáticos
- Cloroquina
- Aciclovir
- Efavirez
- Interferon
- Clorambucil
- Metotrexate intratecal
- Citarabina intratecal
- Ciclosporina
- Azatioprina

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y PRONÓSTICO

De entrada es importante resaltar que las manifestaciones clínicas suelen cursar con un sustrato común con independencia de la etiología subyacente. Las principales manifestaciones clínicas se encuentran recogidas en los propios criterios diagnósticos del SCA establecidos en el DSM-IV, donde se precisa “comienzo agudo con fluctuaciones en el curso del día, capacidad reducida para mantener o dirigir la atención, pensamiento desorganizado y evidencia de enfermedad médica o neurológica subyacente”.

La instauración de los síntomas suele ser rápida, generalmente en horas o días. Si es brusca debe presuponerse una etiología vascular cerebral. Un dato característico (y que puede inducir a un error de apreciación al explorador no experimentado) es que son muy frecuentes las fluctuaciones a lo largo de un mismo día, con lo que una exploración aislada en un momento dado puede no revelar toda la trascendencia clínica del cuadro, siendo imprescindible, por tanto, obtener información evolutiva de los acompañantes y del personal de enfermería. Esta combinación de **comienzo agudo y curso fluctuante**, junto con un **nivel de conciencia alterado** es tan típica del SCA que facilita, en sí misma, su distinción de otras entidades, como la demencia. El síntoma cardinal, presente en todos los casos, es el **trastorno de la atención**. El paciente se distrae con facilidad puesto que los estímulos externos llaman su atención de forma indiscriminada (uno trivial puede conseguir más atención que uno importante) por lo que es muy difícil conseguir su cooperación para obtener una historia adecuada. Las respuestas verbales suelen ser incoherentes y ponen de manifiesto, además, una alteración del juicio crítico y del razonamiento. El paciente hiperactivo responde a cualquier estímulo externo sin discriminación alguna, mientras que en el hipoactivo existe una capacidad de respuesta al medio muy reducida.

La **memoria** se encuentra alterada en todas sus formas, es decir, en el registro, retención y recuerdo (en especial de lo reciente). Característicamente, tras la recuperación, los pacientes quedan con cierto grado de amnesia del episodio. Esta dificultad para registrar y para recordar condiciona, de forma secundaria, que el paciente “rellene” sus lagunas mnésicas con información errónea (**confabulación**). La **orientación** es defectuosa. Los pacientes están confusos. Primero se altera la esfera temporal y, si el proceso evoluciona, se afectará también la orientación espacial. Es característico que confundan lo familiar con lo no familiar (la habitación del hospital con su casa) y que, al mismo tiempo y de forma un tanto paradójica, no reconozcan a sus familiares como tales, sino que los perciban como extraños o incluso como “impostores”.

Son frecuentes los **trastornos perceptivos**, bien sea como simples ilusiones o, en los casos más serios, en forma de alucinaciones (más frecuentes en el SCA hiperactivo). Existe de forma constante, una **disrupción del ritmo sueño-vigilia**.

Durante el día es habitual la somnolencia y, por el contrario, durante la noche aparece insomnio, con frecuencia acompañado de un mayor grado de confusión y agitación. En las formas hiperactivas suelen constatarse signos de **hiperactividad simpática** (taquicardia, sudoración, congestión facial, midriasis e hipertensión arterial). Esto es especialmente llamativo en los casos de alcoholismo crónico en abstinencia (delirium tremens) o tras la supresión de medicaciones tranquilizantes o hipnóticas tomadas de forma crónica, dato éste que debe indagarse siempre al realizar la historia clínica, especialmente en ancianos (muchos de ellos no consideran a “la pastilla para dormir” como una medicina y no nos indicarán su consumo crónico a menos que se lo preguntemos expresamente).

## PRONÓSTICO

En principio, el SCA es un trastorno transitorio. El pronóstico, y la mortalidad, están en relación con la gravedad de las patologías subyacentes y el tratamiento oportuno de las mismas. Si se corrige la causa primaria la evolución del SCA suele ser hacia la remisión “ad integrum” en un plazo que oscila entre días y varias semanas. En otras ocasiones, en especial en pacientes añosos con algún grado de deterioro cognitivo previo, la recuperación no es completa y el paciente sale del delirio con una merma de su situación basal previa evolucionando con posterioridad hacia una situación de demencia establecida.



## DIAGNÓSTICO

Debemos recordar que el SCA es una entidad aún infradiagnosticada en nuestros hospitales, posiblemente infravalorada (y por ende no estudiada en profundidad) y, con frecuencia, incorrectamente tratada. Un mejor conocimiento del mismo ha de conducir a una detección precoz y a la instauración de un tratamiento encaminado a solucionar el problema y reducir sus complicaciones.

No existe un test específico para establecer el diagnóstico del SCA. Aquí, como en otras muchas áreas de la Medicina, es esencial realizar una anamnesis exhaustiva que, junto con la observación cuidadosa del comportamiento (a pie de cama), permitirán establecer el diagnóstico. Los estudios complementarios irán dirigidos a filiar la etiología responsable subyacente.

Comenzaremos indagando, entre los familiares o allegados, las circunstancias de aparición de los síntomas, la forma de inicio y evolución seguida hasta el momento de consulta, los posibles factores precipitantes o predisponentes, la utilización o exposición a fármacos o tóxicos, el estado cognitivo previo del paciente (el principal factor de riesgo para el desarrollo de un SCA es la demencia subyacente), etc.

La aproximación inicial al paciente suele hacerse preguntándole su nombre y cómo se encuentra. De sus respuestas inferiremos una primera impresión. Mientras los pacientes más encefalopáticos pueden requerir estímulos auditivos y táctiles intensos, los agitados reaccionan con hiperrespuesta (incluso con violencia) a cualquier estímulo ambiental.

El diagnóstico deberá establecerse por los profesionales responsables del paciente (médicos y enfermeras), actuando como consultores los Servicios necesarios en función de la etiología primariamente sospechada.

El reconocimiento precoz de un SCA, la correcta identificación de las causas precipitantes y el establecimiento más adecuado de las pautas terapéuticas, mejora el pronóstico de los pacientes dado que una vez establecido el cuadro éste incrementa las complicaciones médicas y en ocasiones puede establecerse un daño cerebral permanente con deterioro cognoscitivo irreversible.

El personal de las salas de hospitalización donde están ingresados pacientes de riesgo sobre los que se realizan de forma habitual, técnicas diagnósticas o terapéuticas potencialmente favorecedoras de este proceso, deberán estar muy sensibilizados y adiestrados en la detección precoz del mismo, lo que sin duda redundará en un mejor pronóstico del paciente, en el acortamiento de su estancia media y en una mayor eficiencia del servicio.

El diagnóstico sigue siendo básicamente clínico, aunque el estudio EEG permite ver un patrón de ondas lentas expresivo del daño metabólico cerebral, no obstante esta prueba es sensible pero es poco específica. En el caso de Delirium Tremens el EEG muestra una actividad rápida.

Debemos hacer un diagnóstico en dos tiempos; el primero encaminado a reconocer la situación como un SCA, y el segundo a establecer o identificar la causa o causas potencialmente responsables del mismo.

1.- Diagnóstico neuropsicológico. Está dirigido a constatar la existencia de alteraciones en la atención y en la concentración. Así son útiles el test de repetición de dígitos (Digit Span Test), los test de sustracción de números (p. ej.: ir restando de 7 en 7 partiendo de 100) o los de identificación de una letra determinada en una "sopa de letras". El Mini-Mental test (anexo 1) generalmente está alterado (en el 30% de los pacientes por debajo del punto de corte de 23) aunque su mayor problema es que, por sí solo, no permite hacer una distinción entre un SCA y una demencia. La escala para estado confusional de Strub y Black facilita evaluar periódicamente a estos pacientes

y su puntuación total permite establecer una correlación con la intensidad del cuadro (anexo 2).

2.- **Diagnóstico clínico.** La exploración general debe ir guiada a identificar las patologías subyacentes (hepatopatía, nefropatía, infección,...). Por su parte la exploración neurológica nos permitirá concluir si el SCA es debido a una lesión cerebral focal, y en tal sentido se valorarán los signos meníngeos, el lenguaje, la campimetría, la indemnidad de las vías motoras o sensitivas, etc. En los pacientes en los que el SCA está motivado por una causa sistémica (tóxica o metabólica) no existirán, habitualmente, signos neurológicos anormales, salvo mioclonías, temblor o asterixis.

### 3.- Estudios complementarios:

a) Análisis de sangre (hemograma, glucemia, iones, vit B12 y ácido fólico, función renal, función hepática, y función tiroidea. Amoniemia (en caso de patología hepática), gasometría arterial y detección de tóxicos si procede. Niveles plasmáticos de fármacos - litio, anticonvulsivos, digoxina,... -.

b) Análisis de orina (sedimento y urinocultivo).

c) Estudio radiológico de tórax y EKG.

d) Punción lumbar: debe realizarse ante todo paciente con signos meníngeos, cuadro febril sin foco, o SCA de causa no aparente.

e) TC craneal. Dirigida a descartar patología estructural (hematoma subdural, infartos estratégicos).

EEG. Puede ser de ayuda en algunos casos al constatare patrones EEG característicos (ondas trifásicas en la encefalopatía hepática, PLEDs en algunos estados confusionales críticos del anciano, etc.).

Los criterios diagnósticos mas utilizados por los Psiquiatras son los establecidos por la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales.

## CRITERIOS OPERATIVOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DELIRIUM (DSM-IV)

- A) Dificultad para mantener la atención ante estímulos externos y para dirigir la atención de forma apropiada a estímulos nuevos.
- B) Pensamiento desorganizado que se manifiesta a través de un lenguaje vago, irrelevante e incoherente.
- C) Al menos dos de los siguientes síntomas:
  - Alteraciones del ciclo sueño-vigilia, con insomnio o somnolencia durante el día.
  - Desorientación en tiempo, espacio y persona.
  - Aumento o disminución de la actividad motora.
- D) Síntomas clínicos que se desarrollan en un corto periodo de tiempo (Habitualmente horas o días) y que tienden a fluctuar en el curso del día.
- E) Cualquiera de los siguientes:
  - Demostración a través de la Historia, del examen físico y de las pruebas de Laboratorio de una causa orgánica específica que se estima etiológicamente relacionada con la alteración.
  - En ausencia de tal evidencia, puede presuponerse un factor etiológico orgánico si la alteración no puede atribuirse a ningún tipo de trastorno mental no orgánico.

## ESCALAS DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA DEL DELIRIUM

No existe un test específico para establecer el diagnóstico de SCA., y se han utilizado varios métodos que van desde algunos sencillos, rápidos y prácticos al alcance del personal médico y de enfermería de las diferentes unidades hasta otros más complejos que requieren el concurso de personal más especializado.

El más utilizado en nuestro medio es el "MINI EXAMEN COGNOSCITIVO" que ofrece información sobre el deterioro cognoscitivo pero que no permite diferenciar entre el Delirium y la Demencia. No reconoce si la implantación del proceso es agudo o crónico y no establece el Diagnóstico de Delirium *per se*. Una escala inferior a 25 puntos en esta prueba puede significar un cierto grado de deterioro.

La inatención como factor clave en el diagnóstico de Delirium se puede valorar directamente mediante "test cortos de atención": series de siete, nombrar al revés los días de la semana, deletrear palabras al revés, recitar los meses del año etc. Un método que puede ser utilizado por profesionales en las unidades de hospitalización y que no requiere la presencia de personal especializado es el CAM (Confusión Assessment Method) (Anexo 3) que además tienen la ventaja de poder ser realizado en poco tiempo. Relativamente fácil de manejar tiene una especificidad del 90-95% y una sensibilidad del 95-100%. Representa un algoritmo para el establecimiento del diagnóstico si el paciente presenta cambios en su estado mental, con inicio agudo, curso fluctuante, y alteraciones en la atención, mas uno de los siguientes: pensamiento desorganizado y alteraciones del nivel de conciencia.

Para valorar la evolución la ya mencionada Escala para el estado confusional (Strub y Black) (Anexo 2) y más especializada la Escala de valoración de síntomas de delirium de Trepacz 1988 (adaptación castellana de Bulbena y cols. 1996) (Anexo 4). Para evaluar la gravedad hay que tener en cuenta la fluctuación de síntomas y elegir fracciones de tiempo que puedan aportar cambios significativos.

En los casos de privación alcohólica puede utilizarse la escala CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale-r) (Anexo 5) que valora la gravedad del síndrome de abstinencia alcohólica y se ha mostrado eficaz en demostrar que pacientes precisan tratamiento farmacológico activo y cómo ajustar las dosis de tratamiento según los síntomas.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La presentación aguda y el carácter fluctuante son determinantes a la hora de establecer el diagnóstico diferencial con otros procesos psiquiátricos semejantes. Los principales cuadros con los que hay que realizar un diagnóstico diferencial son:

- *La demencia:* Ambos presentan alteraciones cognitivas y fallos de memoria pero en la demencia el paciente se encuentra alerta y sin alteración de conciencia a diferencia del delirium. En la demencia el inicio es insidioso, por lo que es importante recoger información sobre sus síntomas previos al ingreso y en su evolución se mantiene o empeora el deterioro cognitivo.

- *Episodio depresivo mayor:* un delirium hipoactivo puede confundirse fácilmente con una depresión con inhibición importante. La disminución del nivel de conciencia y la variabilidad de síntomas en el día no están presentes en la depresión.

- *Los episodios psicóticos agudos:* En los que predomina la ideación delirante, manteniendo un curso estable sin alteración de la conciencia y con una alteración parcial de la atención más en la línea de la hipervigilancia.

- *Otros:* En pacientes que toman Neurolépticos hay que pensar en un Síndrome Neuroléptico maligno si aparece fiebre, rigidez e hiperactividad autónoma sobre el delirium. Así mismo el Síndrome serotoninérgico (Delirium, mioclonos, hiperreflexia, diaforesis y temblor) puede aparecer en pacientes que están tomando antidepresivos ISRS solos o asociados con agentes serotoninérgicos como selegilina o dextrometorfano, o con algunos mórficos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DELIRIUM				
	DELIRIUM	DEMENCIA	PSICOSIS Aguda Funcional	DEPRESIÓN
Comienzo	Agudo	Insidioso	Subagudo	Subagudo
Curso en 24 horas	Fluctuante	Estable	Estable	Estable
Conciencia	Alterado	Vigil	Vigil	Vigil
Orientación	Alterado	Alterada	Intacta	Intacta
Memoria	Deterioro	Deterioro	Conservada	Conservada
Atención	Déficit grave	Déficit parcial	Déficit parcial	Déficit grave
Delirios y alucinaciones	Frecuentes	Baja Frecuencia	Frecuentes	Frecuentes

## PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ

Un primer paso en la intervención sobre el trastorno confusional agudo son las medidas preventivas que puedan disminuir la frecuencia, intensidad y efectos sobre el paciente (morbi-mortalidad, reacción emocional al recuerdo del episodio...) y socio-sanitarios (prolongación de la hospitalización, intervenciones complementarias...). Algunos trabajos en ancianos hospitalizados demuestran la eficacia de utilizar protocolos de intervención sobre factores de vulnerabilidad y precipitantes, siguiendo este modelo algunos autores proponen los siguientes pasos:

*1-DETECTAR PACIENTES DE RIESGO* teniendo en cuenta:

### *La historia del paciente:*

- Cuadros de delirium previo.
- Consumidor activo de alcohol: en estos casos, dado que se va a suspender dicho consumo esta indicada una pauta de tratamiento preventivo con diazepam (dosis en función del grado de dependencia, por ejemplo 1-1-2) o benzodiazepinas. (anexo 6)
- Consumidor activo de benzodiazepinas: tenerlo en cuenta a la hora de programar tratamiento sustitutivo.
- Pacientes ancianos: con deterioro de funciones superiores, deshidratación, desnutrición, déficit de audición o visión...
- Enfermedad grave: Cáncer en situación terminal, Pacientes con quemaduras, lesión cerebral, SIDA...
- Cirugía mayor: cardiotorácicos, cadera o trasplantes...

### *Los factores ambientales:*

- Inmovilidad o actividad disminuida (contención mecánica)
- Catéteres venosos o urinarios
- Privación de sueño
- Aislamiento social
- Estrés intenso.

### *Los factores farmacológicos:*

- Tratamiento con más de tres fármacos sobre los que tenía el paciente al ingreso.
- Fármacos específicos que pueden causar problemas: BZD, anticolinérgicos, narcóticos...
- Ajuste farmacológico en pacientes críticos tras sedación (pacientes que salen de la UVI, paso de vía IV a oral...)

*2- CUANTIFICAR LA VULNERABILIDAD* de aquellos que se consideren de riesgo:

### *Factores de vulnerabilidad*

- Alteración de agudeza visual.
- Enfermedad grave
- Deterioro cognitivo previo: MMSE < 24 (sería deseable disponer de un mini mental basal / al ingreso).
- Deshidratación: empeoramiento de la función renal con predominio de la urea, sequedad de mucosas y signo del pliegue positivo.

Cada factor 1 punto: riesgo bajo (0), intermedio (1-2), alto (3-4)

### *Factores precipitantes*

- Adición de 3 o más fármacos en las últimas 24-48 horas desde el ingreso.
- Eventos iatrogénicos: por procedimientos diagnósticos, terapéuticos o algún otro daño durante la hospitalización.
- Uso de catéter urinario
- Uso de restricciones físicas
- Malnutrición: nivel de albúmina inferior a 3gr/l.

Cada factor 1 punto. Riesgo bajo (0), intermedio (1-2), alto (3-5)

(Modificado de Inouye SK et al. JAMA 1996)

### *3-INTERVENIR:*

*A- Si el riesgo es bajo:* monitorizar los factores precipitantes

*B- Si el riesgo es moderado y alto:*

- Aplicar el protocolo de intervención sobre los factores de riesgo de Delirium. (Anexo 7)
- Monitorizar la aparición de delirium mediante el CAM-S.
- Valorar su evolución en caso de aparición mediante la Escala para el estado confusional (Strub y Black) o CIWA-Ar si riesgo de abstinencia alcohólica.

### TRATAMIENTO ETIOLÓGICO:

El Delirium es un cuadro grave que supone una urgencia médica cuyo pronóstico vital y funcional está en relación con la etiología y la rapidez y adecuación del tratamiento instaurado. Hay que valorar a diario el estado físico y la aparición de complicaciones, ya que es un cuadro de sintomatología fluctuante.

1 - Tratar factores etiológicos específicos y las complicaciones que vayan surgiendo.

2- Medidas generales:

- a- Retirar las medicaciones que no se consideren imprescindibles, teniendo en cuenta los efectos de retirada brusca.
- b- Proporcionar un adecuado aporte de líquidos y alimentos.
- c- Garantizar los métodos de control del dolor adecuados.
- d- En caso de trastornos respiratorios hay que aportar un suplemento de oxígeno, para evitar el efecto de la hipoxemia sobre SNC

## ABORDAJE AMBIENTAL:

Algunos estudios han constatado la relación entre las intervenciones ambientales y la mejoría de la sintomatología .

### *Apoyo y orientación*

1. **Reducir el miedo** del paciente y **aumentar su sensación de control cognitivo** sobre la situación, mediante información clara, fácilmente comprensible y regular sobre la enfermedad, su estancia en el hospital, atención médica que precisa y pruebas que vayan a efectuarse.
2. Mantener **regularidad en los cuidadores**: personal sanitario lo más constante posible.
3. **Facilitar la comunicación** entre el paciente, la familia y el personal sanitario.
4. **Implicar a la familia y cuidadores** en promover sentimientos de seguridad y orientación, mediante el acompañamiento continuado, favoreciendo la utilización de medios de contención menos restrictivos.
5. **Informar a la familia sobre el proceso** del paciente presentándolo como una complicación y asegurando que el paciente no se está volviendo loco. Implicarles en la supervisión estrecha del paciente.
6. **Proporcionar tranquilidad** al paciente cuando desaparece el síndrome confusional ayudándole a comprender la situación que ha vivido.
7. **Recordar verbalmente datos** del día, hora, localización e identidad de los miembros del equipo y familiares.
8. Proporcionar **referencias para orientarse**: Iluminación de la habitación, reloj, calendario o gráficos con el programa del día. Facilitar la rutina diaria en lo posible. Mantener en la habitación objetos familiares del paciente.
9. Proporcionar radio o TV para relajar o ayudar al paciente a **mantener un contacto con el mundo exterior**.

### *Estimulación ambiental adecuada*

1. Entorno sencillo, sin objetos innecesarios que permitan un espacio adecuado entre las camas, incidiendo en los **elementos de seguridad** del paciente: situaciones que pueden facilitar accidentes o autoagresiones
2. Valorar el uso de habitación individual, **evitar juntar pacientes con delirium** y estímulos sensoriales extremos.
3. **Evitar el uso de “jerga” médica** en presencia de los pacientes que puedan favorecer ideas paranoides.
4. Asegurar una **adecuada luminosidad**: luz indirecta nocturna que disminuya las percepciones equivocadas.
5. **Controlar la sobreestimulación**: excesivo ruido y estímulos ( visitas, actividad del personal sanitario....)
6. Mantener una **temperatura estable**.
7. Proporcionar **corrección rápida si el paciente malinterpreta** el entorno. No contradecir a los pacientes con delirio establecido.

### *Evitar estímulos no placenteros*

1. Conseguir un **adecuado nivel de analgesia**, administrando las medicaciones según un horario regular, no a demanda del paciente.
2. **Asegurar los ciclos sueño-vigilia** con actividad diurna y evitando interrupciones durante el sueño, minimizando procedimientos y tareas nocturnas en UCI.
3. **Evitar las restricciones físicas**. Sujeción mecánica sólo cuando sea imprescindible, realizada correctamente y reevaluando al paciente a menudo.
4. Utilizar **ejercicios de relajación** para reducir la ansiedad y el estrés causado por la inmovilidad o la respiración asistida.

### *Compensar los déficits sensoriales, mantener la competencia funcional*

1. Identificar y corregir alteraciones sensoriales: gafas, audífonos, prótesis dentales.
2. Proporcionar papel y lápiz, tablero alfabético o **método alternativo de comunicación** (guiño de ojos, movimiento de dedos) en el caso de que el paciente no pueda verbalizar sus necesidades o preocupaciones.
3. **Minimizar los efectos de una inmovilización prolongada**: protocolos de movilización activa y pasiva



## TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

Administrar medicación psicoactiva sólo en el caso de ser estrictamente necesario, en delirium asociado a insomnio, ansiedad o ante trastornos de conducta que supongan riesgo para el paciente u otros, cuando las anteriores medidas han sido insuficientes. Usar preferiblemente la vía oral y a la dosis mínima requerida. Vigilar la función respiratoria, constantes vitales y nivel de conciencia.

### *Neurolépticos:*

Teniendo en cuenta la relación entre los sistemas de neurotransmisión más frecuentemente implicados, dopaminérgico y colinérgico, los neurolépticos son los fármacos de elección.

#### • Haloperidol

Es el más utilizado por su breve vida media, sus escasos efectos anticolinérgicos, cardiovasculares y sobre la función respiratoria y disponibilidad por vía parenteral.

Puede ser administrado por vía oral, im., iv, incluso subcutánea en pacientes terminales. Por vía im. e iv su potencia es el doble que por vía oral, teniendo la vía im una acción más prolongada. Por vía iv se recomienda monitorización cardiaca. Los efectos secundarios más frecuentes son los extrapiramidales (discinesia, distonía, acatisia o parkinsonismo) y los más graves cardiovasculares (alteraciones de la conducción cardiaca y taquiarritmias ventriculares) más frecuentes en vía iv y el síndrome neuroléptico maligno (empeoramiento tras el tratamiento, fiebre, síntomas extrapiramidales, CK elevada en plasma, leucocitosis alta, mioglobina en orina), potencialmente mortales. Asimismo disminuye el umbral convulsivo.

### *Dosis:*

- Delirium leve-moderado: Haloperidol 1-5 mg como dosis inicial y pautar 3-6 mg/24, en dos tomas, la mayor por la noche ó 1-5 mg/2h hasta conseguir el control y después distribuir la dosis durante las 24 h. En 2-3 tomas con mayor dosis en la nocturna. En ancianos ajustar las dosis a la mitad. Mantener de 3 a 5 días e iniciar el descenso hasta suspender.

- Alteración conductual grave: Haloperidol parenteral (im., iv, sc.)  
- Ancianos: 2,5-5 mg/30- 60 min. (hasta control de los síntomas)  
- Adulto: 2,5-5 hasta 10-20/ 30 min. (hasta control de los síntomas)  
- Dosis media 30 mg/día dosis máxima 100mg ó 60 mg si se combina con BZD.  
Si hay insuficiencia hepática se debe reducir a la mitad.

• **Tiapríde** (tiaprizal®): Neuroléptico con potencia antipsicótica débil. Se recomienda en casos de hepatopatía grave o insuficiencia respiratoria: 2 Amp. im. cada 4-8 horas.

#### • Neurolépticos atípicos

Su acción antagonista sobre los receptores 5HT<sub>2A</sub> favorece la liberación de dopamina en las vías mesocortical y nigroestriada ocasionando una mejoría de los síntomas cognitivos y menos síntomas extrapiramidales.

- **Risperidona** (risperdal®): es de elección dentro de este grupo y el único aceptado en el tratamiento de alteraciones conductuales en mayores de 75 años.

Destaca por su rapidez de acción, ausencia de efectos anticolinérgicos y baja incidencia de efectos secundarios a las dosis recomendadas. La ausencia de preparados parenterales limita su utilización en pacientes agitados. Dosis de 0,25-0,5 2 veces al día ó 0,25- 0,50mg cada 4 h.

- **Olanzapina** (zyprexa®): Podría utilizarse en el delirium de pacientes neoplásicos por sus efectos sobre el apetito con incremento del peso y sobre el estado de ánimo , presentando peor respuesta en >70 años, con antecedentes de demencia, metástasis cerebrales, hipoxia y delirium hipoactivo. Dosis de 2,5-5mg principalmente por la noche, pudiendo incrementarse hasta 20 mg.

- **Quetiapina** (seroquel®): Indicado en los cuadros de delirium y agitación asociados a enfermedades subcorticales (Enfermedad de Parkinson y demencia por VIH), por sus escasos síntomas extrapiramidales. Empezar por dosis de 25 mg.

#### • Benzodiacepinas

Por sus efectos negativos sobre la cognición, solo estarían indicados en casos de delirium relacionados con cuadros de abstinencia por alcohol (protocolo de tratamiento hospitalario de deprivación alcohólica. (Anexo 6) u otros sedantes (semivida plasmática larga por mayor margen de seguridad y menor potencia de abuso):

**Diacepan** (Valium®) 10-20 mg/ 2h o **clorazepato dipotásico** (Tranxilium®) 15-30/2h. También cuando interese elevar el umbral convulsivo ó como adyuvantes de los neurolépticos cuando sea recomendable usar dosis bajas o se busque incrementar la acción ansiolítica o sedativa.

**Loracepam** (Orfidal®) En ansiedad intensa pueden asociarse a los neurolépticos a dosis iniciales bajas 0,5-1 mg, teniendo en cuenta que pueden agravar el deterioro cognitivo en personas con demencia y producir agitación paradójica y desinhibición.

**Midazolán** (Dormicum®) De acción rápida (4-20 min.), vida media 2,5 h. Eficaz para el control de la agitación aguda especialmente en los pacientes neurológicos. Puede ser útil también cuando es necesario realizar algún estudio diagnóstico que requiera la inmovilidad del paciente (administrar diluido iv lento hasta lograr el grado de sedación necesario, siempre con flumacénil disponible). Debe administrarse durante un corto período de tiempo. Se ha asociado con alto riesgo de deprivación cuando se suspende y con agitación paradójica cuando se usa en pacientes con deprivación por sedantes. Sus metabolitos pueden acumularse en hepatopatía y causar toxicidad. Dosis de 2,5 -5mg (im. o iv) repetir a la hora si se precisa. Vigilar depresión respiratoria.

**Clonacepán** (Rivotril®): En posible etiología neurológica o riesgo de crisis epilépticas, también en abstinencia de alcohol o benzodiacepinas. 1-2mg como dosis inicial, pautando 2-6 mg/día, en tres tomas, la mayor por la noche. Si agitación 1-2 mg im. repitiendo a la hora.

#### • Otros fármacos

**Clometiazol** (Distraneurine®): En Delirium tremens 1-3 caps como dosis inicial y pautar 3-8 caps/24 h, en tres-cuatro tomas, la mayor por la noche.

**B-bloqueantes** (VGr Sumial®): cuando la hiperactividad simpática es muy florida (muy típico en los delirium tremens). Comenzando con dosis bajas: propanolol 10mg/12h vo.

### *TRATAMIENTO EN SITUACIONES ESPECIALES*

**Hepatopatía:** usar dosis más bajas de neurolépticos, a ser posible tiapride.

**Insuficiencia respiratoria:** evitar los fármacos sedantes, usando preferentemente neurolépticos no sedativos como el haloperidol.

**Alcohólicos:** usar de base clometiazol o benzodicepinas, asociando neurolépticos solo si presenta síntomas psicóticos.

**Epilépticos:** usar dosis más bajas de neurolépticos.

# III- PROTOCOLO ABREVIADO DE INTERVENCIÓN

## CONCEPTO

El Síndrome confusional agudo (delirium) es un síndrome con múltiples formas de presentación.

Representa una complicación y una urgencia del proceso médico-quirúrgico cuyo origen puede pasar desapercibido.

Supone una alteración global del estado mental, manifestado en la perturbación de la conciencia, atención y funciones cognitivas que se traduce en un deterioro de la capacidad para procesar correctamente la información del entorno, al que el paciente responderá con alteraciones de conducta.

(Pelegrin C., Marta J. Abordaje práctico del Delirium 2004)

## MODELO MULTIFACTORIAL DE DELIRIUM

Factores predisponentes		ALTO RIESGO BAJO	Factores precipitantes	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demencia</li> <li>- Enfermedad grave</li> <li>- Edad avanzada</li> <li>- Riesgo vascular +</li> <li>- Déficit nutricional</li> <li>- Déficit multisensorial</li> <li>- Antecedente personal</li> <li>- Paciente sano</li> </ul>	Vulnerabilidad ALTA  BAJA		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cirugía mayor, daño cerebral o sepsis</li> <li>- Estancias UCI</li> <li>- Hipoxemia</li> <li>- Deshidratación, diálisis</li> <li>- Polifarmacia</li> <li>- Abuso de Psicoactivos</li> <li>- Estrés ambiental</li> <li>- Privación de sueño</li> <li>- Uso de hipnóticos</li> </ul>	•Precipitante leve Precipitante grave o múltiple •

## ENFERMEDADES ASOCIADAS AL DELIRIUM

Patología SNC:	Alteraciones metabólicas:	Alteraciones cardiopulmonares	Enfermedades sistémicas:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convulsiones.</li> <li>• Ictus.</li> <li>• Encefalopatía hipertensiva.</li> <li>• Enfermedad degenerativa.</li> <li>• Lesión ocupante de espacio.</li> <li>• Hematoma subdural.</li> <li>• Hemorragia subaracnoidea.</li> <li>• Migraña complicada.</li> <li>• Arteritis de la temporal.</li> <li>• Hidrocefalia normotensiva.</li> <li>• Meningoencefalitis y encefalitis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallo renal.</li> <li>• Fallo hepático.</li> <li>• Anemia.</li> <li>• Hipoxia.</li> <li>• Hipoglucemia.</li> <li>• Déficit de tiamina, ácido fólico y vit B12.</li> <li>• Endocrinopatía.</li> <li>- Hipo e hipertiroidismo.</li> <li>- Hipo e hiperparatiroidismo.</li> <li>- Sd de Cushing.</li> <li>- Insuficiencia suprarrenal.</li> <li>• Alteración hidroelectrolítica:</li> <li>- Deshidratación.</li> <li>- Hiper e hipocalcemia.</li> <li>- Hiper e hiponatremia.</li> <li>- Hiper e hipomagnesemia.</li> <li>• Alteración equilibrio ácido base.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IAM.</li> <li>• ICC.</li> <li>• Arritmia cardiaca.</li> <li>• Shock.</li> <li>• Insuficiencia Respiratoria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones.</li> <li>- Sepsis.</li> <li>- ITU.</li> <li>- Neumonía.</li> <li>- Encefalitis.</li> <li>- VIH.</li> <li>- Neurosífilis.</li> <li>• Neoplasias.</li> <li>• Trauma grave.</li> <li>• Privación sensorial.</li> <li>• Fiebre o hipotermia.</li> <li>• Situación postoperatoria:</li> <li>- Dolor.</li> <li>- Anemia.</li> </ul>

## SUSTANCIAS ASOCIADAS AL DELIRIUM

Sustancias y toxinas (consumo o abstinencia)	Tóxicos	Fármacos	
Alcohol.	Metales pesados.	Antidepresivos tricíclicos.	Tiazidas
Anfetaminas.	Anticolinesterasicos.	Inhibidores recaptación de serotonina.	Espironolactona.
Cannabis.	Insecticidas	Venlafaxina	Penicilinas.
Cocaína.	Organofosforados.	Buspirona	Quinolonas.
Alucinogenos.	CO y CO2.	IMAO	Eritromicina.
Opiaceos.	Fuel o solventes orgánicos.	Litio	Aminoglicosidos.
Fenciclidina.	Envenenamiento.	Benzodiacepinas.	Nitroimidazoles.
Sedantes.		Opiaceos.	Tuberculostaticos.
Hipnóticos.		Neurolépticos y antipsicoticos.	Cloroquina
		Anticomiciales.	Aciclovir.
		Antiparquinsonianos.	Efavirez
		AINES.	Interferon.
		Corticoides.	Clorambucil.
		Cimetidina y ranitidina.	Metotrexate intratecal.
		Antihistaminicos H1.	Citarabina intratecal.
		Digoxina	Ciclosporina.
		Quimidina.	Azatioprina.
		Propafenona.	
		Betabloqueantes.	

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- Instauración aguda
- Fluctuación
- Alteración del nivel de conciencia:
  - Alerta
  - Atención (es el síntoma cardinal)
- Alteraciones en las funciones cognitivas:
  - Memoria
  - Orientación
  - Percepción
  - Abstracción, razonamiento, planificación
  - Funciones ejecutivas
- Cambios emocionales
- Cambios autonómicos
- Alteración del ritmo sueño-vigilia

## TIPOS DE PRESENTACIÓN

• **HIPOACTIVO** (confusión): Con bajo nivel de conciencia y disminución de la actividad psicomotora. Más frecuente en los ancianos. Predomina en etiología metabólica.

• **HIPERACTIVO** (agitación psicomotriz): Con aumento de la alerta y con inquietud o agitación psicomotriz. Mas frecuente asociado a efectos anticolinérgicos o deprivación de fármacos y tóxicos.

• **MIXTO**: Demuestra el carácter fluctuante, es la forma más frecuente.

## EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON DELIRIUM

<p>Evaluación General</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia clínica</li> <li>• Exploración física y neurológica</li> <li>• Constantes vitales</li> <li>• Revisión de evolución y registros médico-sanitarios: medicación vs. comportamiento, evaluación de registro de anestesia, REA</li> </ul> <p>Estado Mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista y exploración mental</li> <li>• Valoración cognoscitiva (MEC)</li> <li>• Instrumentos de detección CAM-S</li> <li>• Escala de severidad de <i>delirium</i> ESCALA PARA EL ESTADO CONFUSIONAL DE STRUBY BLACK, CIWA-Ar)</li> </ul>	<p>Exploración básica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bioquímica: electrolitos, glucosa, albúmina, urea, creatinina, calcio, magnesio, fosfato, AST, ALT, bilirrubina y fosfatasa alcalina</li> <li>• Hemograma completo</li> <li>• Gasometría arterial</li> <li>• Sedimento de orina</li> <li>• ECG y Rx de tórax</li> </ul> <p>Exploración adicional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urinocultivo y antibiograma</li> <li>• Hemocultivos y Serologías</li> <li>• Nivel plasmático de medicamentos y tóxicos</li> <li>• Punción lumbar</li> <li>• EEG, TAC o RNM</li> </ul>
--	--

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DELIRIUM

	DELIRIUM	DEMENCIA	PSICOSIS Aguda Funcional	DEPRESIÓN
Comienzo	Agudo	Insidioso	Subagudo	Subagudo
Curso en 24 horas	Fluctuante	Estable	Estable	Estable
Conciencia	Alterado	Vigil	Vigil	Vigil
Orientación	Alterado	Alterada	Intacta	Intacta
Memoria	Deterioro	Deterioro	Conservada	Conservada
Atención	Déficit grave	Déficit parcial	Déficit parcial	Déficit grave
Delirios y alucinaciones	Frecuentes	Baja Frecuencia	Frecuentes	Frecuentes

## INTERVENCIONES EN EL DELIRIUM

### 1-PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ

#### A- DETECTAR PACIENTES DE RIESGO valorando:

##### *La Historia del paciente:*

- Cuadros de delirium previo.
- Consumidor activo de alcohol o BZD
- Pacientes ancianos
- Enfermedad grave
- Cirugía mayor

##### *Los factores ambientales:*

- Inmovilidad o actividad disminuida (contención mecánica)
- Catéteres venosos o urinarios
- Privación de sueño
- Aislamiento social
- Estrés intenso.

##### *Los factores farmacológicos:*

- Asociar más de tres fármacos sobre los que tenía el paciente al ingreso.
- Fármacos específicos: BZD, anticolinérgicos, narcóticos....
- Ajuste farmacológico en pacientes críticos tras sedación

#### B - CUANTIFICAR LA VULNERABILIDAD de los pacientes de riesgo:

##### *Factores de vulnerabilidad*

- Alteración de agudeza visual.
- Enfermedad grave
- Deterioro cognitivo previo: MMSE < 24 (sería deseable disponer de un mini mental basal / al ingreso).
- Deshidratación: empeoramiento de la función renal con predominio de la urea, sequedad de mucosas y signo del pliegue positivo.

Cada factor 1 punto: riesgo bajo (0), intermedio (1-2), alto (3-4)

##### *Factores precipitantes*

- Adición de 3 o más fármacos en las últimas 24-48 horas desde el ingreso.
- Eventos iatrogénicos: por procedimientos diagnósticos, terapéuticos o algún otro daño durante la hospitalización.
- Uso de catéter urinario
- Uso de restricciones físicas
- Malnutrición: nivel de albúmina inferior a 3gr/l.

Cada factor 1 punto. Riesgo bajo (0), intermedio (1-2), alto (3-5)  
(Modificado de Inouye SK et al. JAMA 1996)



## C- INTERVENIR:

Si el riesgo es bajo: monitorizar los factores precipitantes

Si el riesgo es moderado y alto:

- Aplicar el protocolo de intervención sobre los factores de riesgo.
- Monitorizar la aparición de delirium mediante el CAM-S ,
- Valorar evolución con la Escala para el estado confusional (Strub y Black) y CIWA-Ar en abstinencia alcohólica.

## 2- TRATAMIENTO ETIOLÓGICO

- Valorar a diario el estado físico y la aparición de complicaciones por ser fluctuante.
- Tratar los factores específicos y complicaciones que vayan surgiendo.
- Medidas generales:
  - Retirar medicaciones que no sean imprescindibles.
  - Adecuado aporte de líquidos y alimentos.
  - Control del dolor adecuado
  - Oxígeno si precisa para evitar hipoxemia sobre SNC

## 3 - ABORDAJE AMBIENTAL

**Apoyo y orientación:** de cara a reducir el miedo del paciente y aumentar su sensación de control sobre la situación:

- Mediante información clara y frecuente de cada intervención.
- Regularidad de cuidadores.
- Implicando a familiares y cuidadores para favorecer contención y orientación.
- Informando a la familia sobre el proceso y al paciente tras el mismo.
- Recordando verbalmente datos.
- Proporcionando referencias para orientarse y mantener contacto con el exterior.

**Estimulación ambiental adecuada:** que facilite la seguridad del paciente:

- Incidir en elementos de seguridad.
- Evitar juntar pacientes con delirium y usar jerga médica delante de ellos.
- Asegurar adecuada luminosidad y temperatura.
- Evitar sobre-estimulación.
- Corregir malinterpretación del entorno.

**Evitar estímulos no placenteros:**

- Adecuado nivel de analgesia
- Favorecer ciclos sueño-vigilia
- Evitar restricciones físicas.
- Técnicas para reducir la ansiedad.

**Mantener la competencia funcional y compensar los déficits**

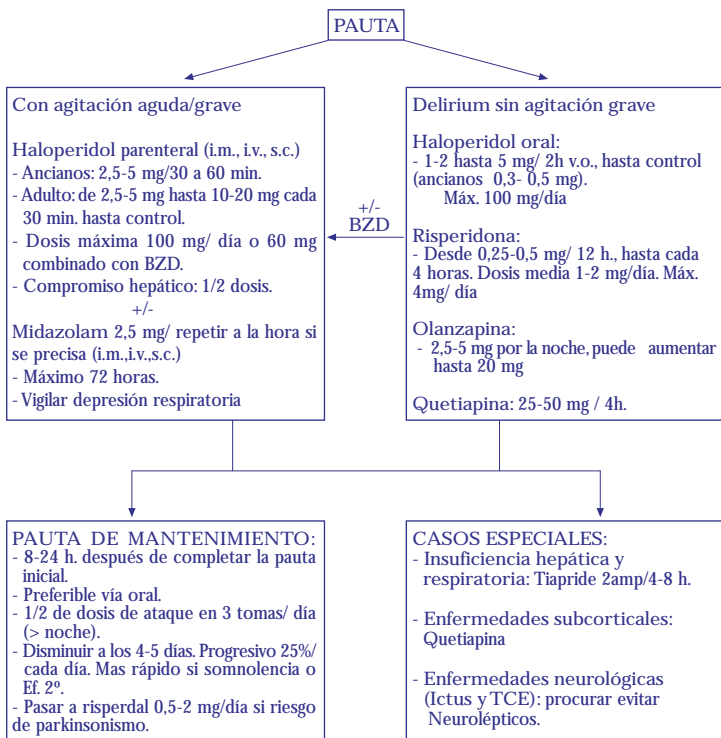
- Corregir alteraciones sensoriales.
- Favorecer comunicación alternativa cuando esté limitada la verbal.
- Protocolos de movilización activa y pasiva.

## 4 - TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

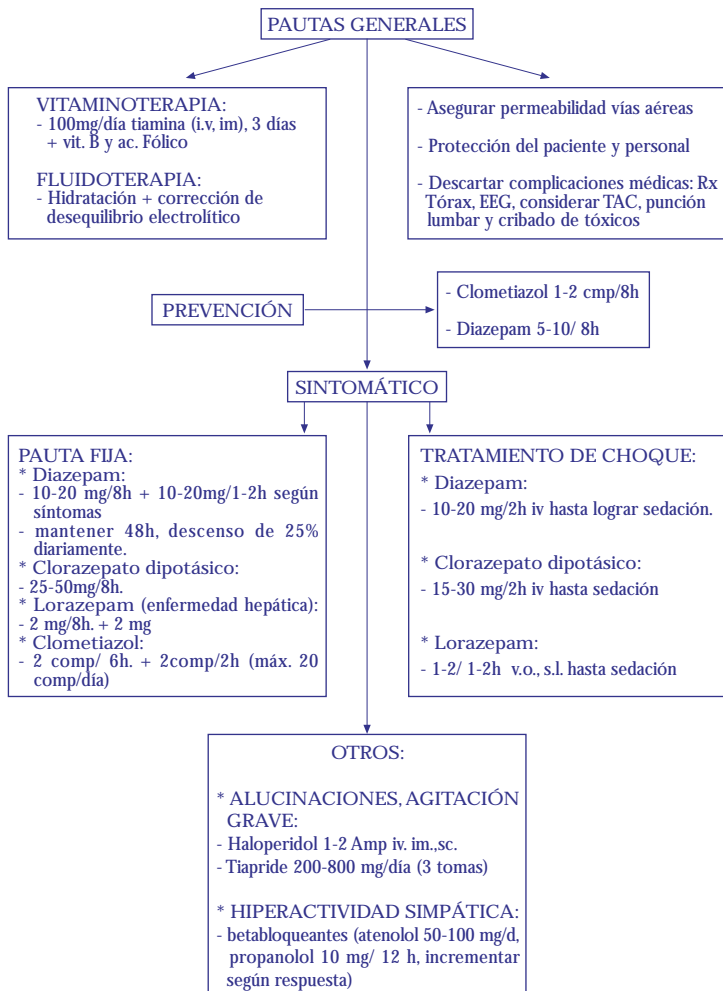
### A- CONSIDERACIONES GENERALES

- Administrar medicación psicoactiva sólo en el caso de ser estrictamente necesario, en delirium asociado a insomnio o ante trastornos de conducta de riesgo, cuando el resto de medidas han sido insuficientes.
- Usar preferiblemente vía oral y a la dosis mínima requerida
- Vigilar la función respiratoria, constantes vitales y nivel de conciencia.

### B- MANEJO SINTOMÁTICO DEL DELIRIUM



## C- TRATAMIENTO DEL DELIRIUM TREMENS



## D- TRATAMIENTO EN DESINTOXICACIÓN ALCOHÓLICA

FÁRMACO	DOSIS	OBSERVACIONES
DIAZEPAM (Valium®)	30-80 mg/día	De elección en crisis comiciales.
CLORAZEPATO DIPOTÁSICO (Tranxilium®)	15-200 mg/día	Útil en casos de desintoxicación hospitalaria
LORACEPAM (Orfidal®, Idalprem®)	3-15 mg/día	Recomendable en insuficiencia hepática
CLOMETIAZOL (Distraneurine®)	3-9 comp/día disminuir en 8 días	No recomendable en insuf. Hepática grave
TIAPRIDE (Tiaprizal®)	600-1200 mg/día	Útil en insuficiencia respiratoria.

(Alcohol. En: Consenso de la SEP sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras adicciones. Octubre 2003)

# IV - ANEXOS

## ANEXO 1

### MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (Lobo y cols. 1979-85)

Instrumentos de evaluación para los trastornos mentales orgánicos

#### Paciente

##### Orientación

Dígame el día \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ estación \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ (5)

Dígame el hospital (o el lugar) \_\_\_\_\_ planta \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_  
provincia \_\_\_\_\_ nación \_\_\_\_\_ (5)

##### Memoria de fijación

Repita estas 3 palabras: peseta – caballo – manzana  
(repetirlas hasta que las aprenda) (3)

##### Concentración y cálculo

Si tiene 30 euros y me va dando de 3 en 3:

¿Cuántas le van quedando?: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (5)

Repita estos números: 5 – 9 – 2 (hasta que los aprenda).

Ahora hacia atrás: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (3)

##### Memoria

¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (3)

##### Lenguaje y construcción

Mostrar un bolígrafo: ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj (2)

Repita esta frase: «En un trigal había cinco perros» (1)

Una manzana y una pera son frutas ¿verdad?

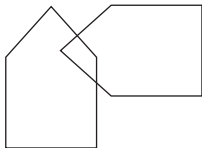
¿Qué son el rojo y el verde? \_\_\_\_\_ ¿Qué son un perro y un gato? \_\_\_\_\_ (2)

Coja este papel con la mano derecha, dóblelo, y póngalo encima de la mesa (3)

Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS (1)

Escriba una frase \_\_\_\_\_ (1)

Copie este dibujo \_\_\_\_\_ (1)



Puntuación total (35)

Nivel de conciencia (marcar): \_\_\_\_\_  
Alerta – Obnubilación – Estupor – Coma

### INSTRUCCIONES

1. Orientación: Seguir las indicaciones del test (un punto cada respuesta correcta).
2. Fijación: Repetir claramente cada palabra en un segundo. Se le dan tantos puntos como palabras repite correctamente al primer intento. Hacer hincapié en lo que recuerde, ya que más tarde se le preguntará.
3. Concentración- Cálculo: Si no entiende se le puede animar un poco, como máximo reformular la pregunta como sigue: “Si tiene 30 pesetas y me da 3 ¿Cuántas le quedan?”; y a continuación siga dándome de 3 en 3” (Sin repetir la cifra que él dé). Un punto por cada sustracción correcta, exclusivamente.

Repetir los dígitos lentamente: 1 segundo cada uno, hasta que los aprenda. Después, pedirle que los repita en orden inverso y se le da 1 punto por cada dígito que coloque en posición inversa correcta.

4. Memoria: Según instrucciones del test, dando amplio margen de tiempo para que pueda recordar, pero sin ayudarlo. (Un punto cada palabra recordada).
5. Lenguaje y construcción: Según las instrucciones, puntualizando que:

. Leerle la frase despacio y correctamente articulada. Para concederle 1 punto tiene que ser repetida a la primera y correctamente articulada, un fallo en una letra es 0 puntos en el ítem.

Semejanzas: Para darle un punto en verde-rojo tiene que contestar inexcusablemente: colores. Para la semejanza perro-gato la contestación correcta exclusiva es animales o bichos.

. En las órdenes verbales, si coge el papel con la mano izquierda es un fallo en ese apartado. Si lo dobla más de dos veces es otro fallo. Cada una de las partes de la orden ejecutada correctamente es un punto, hasta un máximo de 3.

. Para los test de la lectura y escritura, pedir al paciente que se coloque sus gafas, si las usa, y si es preciso escribir la orden y los pentágonos en trazos grandes en la parte posterior del papel, para que los vea perfectamente. Se le concede un punto si, cierra los ojos sin que se le insista verbalmente.

Recaltar antes, dos veces como máximo, que lea y haga lo que pone en el papel.

. Para escribir una frase, instruirle que no sea su nombre. Si es necesario puede dársele un ejemplo, pero insistiendo que tiene que escribir algo distinto. Se requiere sujeto verbo y complemento para darle 1 punto.

. Figuras: La ejecución correcta (1 punto) requiere: Cada pentágono tiene que tener exactamente 5 lados y 5 ángulos y tienen que estar entrelazados entre sí, con dos puntos de contacto.

6. Nivel de conciencia: Consideramos este parámetro un continuo. Cruzar la línea con una marca al nivel que mejor represente el estado de lucidez de la paciente. El puntaje total (suma de los parciales) es de 35.

## ANEXO 2

### ESCALA PARA EL ESTADO CONFUSIONAL DE STRUBY BLACK

#### 1.- Nivel de conciencia

<i>Día</i>	Letargia leve	1p
	Letargia moderada	2p
<i>Noche</i>	Dormido	0p
	Despierto	1p
	Agitado	2p

#### 2.- Desorientación

Tiempo	1p
Espacio	2p
Persona	3p

#### 3.- Inatención

Leve	1p
Moderada	2p
Acusada	3p

#### 4.- Incoherencia en la conversación

Leve	1p
Moderada	2p
Acusada	3p

#### 5.- Pseudopercepciones

Identificaciones erróneas	1p
Ilusiones	2p
Alucinaciones	3p

#### 6.- Comportamiento

Inquietud	1p
Agitación	2p
Paranoia	3p

#### 7.- Conducta inapropiada

Tranquila	3p
Agitada	5p



## ANEXO 3

## ENTREVISTA DE DETECCIÓN DEL DELIRIUM: CAM-S

CAM-S Primera parte (entrevista)	
A. Preguntar al cuidador más cercano (familiar y/o enfermería):	
A1. "¿Ha observado algún cambio en el comportamiento del paciente en las últimas 24 horas?" <i>(valorar cambios conductuales y/o mentales)</i>	SI NO
A2. "¿Estos cambios varían a lo largo del día?" <i>(valorar fluctuaciones en el curso del día)</i>	SI NO
B. Preguntar al paciente:	
B1. "Díganos cuál es la razón por la que está ingresado aquí. "¿Cómo se encuentra actualmente?"  <i>Dejar que el paciente hable durante un minuto.</i>  <i>¿El paciente es incapaz de seguir el curso de la conversación y de dar explicaciones claras y lógicas?</i>	SI NO
B2. "Dígame: el día ____, la fecha ____, el mes _____, la estación del año _____ y el año en que estamos ahora _____".  <i>¿Hay más de una respuesta errónea?</i>	SI NO
B3. "Dígame el hospital(o el lugar)_____, la planta (o el servicio) la ciudad _____, la provincia _____ y el país _____".  <i>¿Hay más de una respuesta errónea?</i>	SI NO
B4. "Repita estos números : 5-9-2 ----, ahora repítalos hacia atrás"  <i>¿La respuesta es errónea?</i>	SI NO

CAM-S  
Segunda parte

<p>2. El paciente presenta un cambio en el estado mental basal de inicio agudo y curso fluctuante a lo largo del día. <i>Para responder basarse en ítem A.1 y A.2).</i></p>	SI NO
<p>3. El paciente presenta dificultad para mantener la atención, se distrae fácilmente. <i>Para responder basarse en ítem B.1 y B.4</i></p>	SI NO
<p>4. El paciente presenta un pensamiento desorganizado. <i>Se valorará positivamente si en algún momento de la entrevista se observa dificultad en organizar los pensamientos reflejada en:</i>  <ul style="list-style-type: none"> <li>n Frecuentes cambios de tema</li> <li>n Comentarios irrelevantes</li> <li>n Interrupciones o desconexiones del discurso</li> <li>n Pérdida de la lógica del discurso (discurso confuso y/o delirante)</li> </ul> <i>Para responder basarse especialmente en ítem B.1.</i></p>	SI NO
<p>5. El paciente presenta alteración del nivel de conciencia: <i>Se considerará alteración de conciencia a cualquier alteración de la capacidad de reaccionar apropiadamente a los estímulos.</i>  <ul style="list-style-type: none"> <li>n Vigil (<i>conciencia normal</i>)</li> <li>n Hiperalerta (<i>vigilante, hiperreactivo</i>)</li> <li>n Somnoliento (<i>se duerme con facilidad</i>)</li> <li>n Estupor (<i>responde a estímulos verbales</i>)</li> <li>n Coma (<i>responde a estímulos dolorosos</i>)</li> </ul> <i>Para responder basarse en ítem B.1- B.2 Y B.3</i></p>	SI NO

Algoritmo: El instrumento será positivo para *Delirium* si en esta segunda parte son positivos los dos primeros ítems y el tercero o el cuarto.

<i>DELIRIUM.</i>	SI	NO
------------------	----	----

## ANEXO 4

 ESCALA DE CUANTIFICACION DEL DELIRIUM: DRS  
 DRS-R-98 © Trepacz 1998

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

PUNTUACION DE GRAVEDAD: \_\_\_\_\_ PUNTUACIÓN TOTAL: \_\_\_\_\_

Ítem de gravedad	Puntuación	Información adicional
Ciclo sueño-vigilia	0 1 2 3	q siestas q sólo alteración nocturna q inversión noche-día
Alteraciones de la percepción	0 1 2 3	Tipo sensorial de ilusión o alucinación: q auditiva q visual q olfatoria q táctil Forma de la ilusión o alucinación: q simple q compleja
Delirios	0 1 2 3	Tipo de delirio: q persecución q grandiosidad q somático Forma: q poco sistematizado q estructurado
Labilidad afectiva	0 1 2 3	Tipo: q ira q ansiedad q tristeza-disforia q hipertimia q irritabilidad
Lenguaje	0 1 2 3	Intubado, mutismo, etc. q
Curso del pensamiento	0 1 2 3	Intubado, mutismo, etc. q
Agitación motora	0 1 2 3	En contención q Tipo de contención:
Retardo psicomotor	0 1 2 3	En contención q Tipo de contención:
Orientación	0 1 2 3	Fecha: Lugar: Persona:
Atención	0 1 2 3	
Memoria a corto plazo	0 1 2 3	q Número de ensayos hasta memorizar los ítems q Capaz de recordar con ayuda
Memoria a largo plazo	0 1 2 3	q Señalar si es capaz de recordar con ayuda
Capacidad visoespacial	0 1 2 3	q Señalar si es incapaz de utilizar las manos

Ítem diagnóstico	Puntuación	Información adicional
Forma de inicio de los síntomas	0 1 2 3	q Señalar si los síntomas pueden pertenecer a otra psicopatología
Fluctuación de la severidad de los síntomas	0 1 2	q Señalar si hay síntomas que sólo aparecen durante la noche
Patología médica	0 1 2	Enfermedades implicadas:

## ANEXO 5

Escala CIWA-Ar	
<b>Nauseas y vómitos</b>	<b>Alteraciones táctiles</b>
0:Sin nauseas ni vómitos 1:Nauseas leves sin vómitos 2 3 4:Nauseas intermitentes con esfuerzos secos 5 6 7:Nauseas constantes y vómitos	0:Ninguna 1: Muy leve sensación (punzante, ardiente, cosquilleo,...) 2:Idem suave 3:Idem moderado 4:Alucinaciones moderadas 5:Alucinaciones severas 6:Alucinaciones extremas 7:Alucinaciones continuas
<b>Temblor</b>	<b>Alteraciones auditivas</b>
0:Sin temblor 1:No visible, puede sentirse en los dedos 2 3 4:Moderado con los brazos extendidos 5 6 7:Severo, incluso con los brazos no extendidos	0:Ninguna 1:Muy leves sonidos secos o capaces de asustar 2:Idem leves 3:Idem moderados 4:Alucinaciones moderadas 5:Alucinaciones severas 6:Alucinaciones extremas 7:Alucinaciones continuas
<b>Sudor</b>	<b>Alteraciones visuales</b>
0:No visible 1:Palmas húmedas 2 3 4:Sudor en la frente 5 6 7:Empapado	0:Ninguna 1:Muy leves 2:Leves 3:Moderadas 4:Alucinaciones moderadas 5:Alucinaciones severas 6:Alucinaciones extremas 7:Alucinaciones continuas
<b>Ansiedad</b>	<b>Cefalea</b>
0:No ansioso 1:Ligeramente 2 3 4:Moderado 5 6 7:Ataque agudo de pánico	0:No presente 1:Muy leve 2:Leve 3:Moderada 4:Moderadamente severa 5:Severa 6:Muy severa 7:Extremadamente severa
<b>Agitación</b>	<b>Orientación y funciones superiores</b>
0:Actividad normal 1:Algo hiperactivo 2 3 4:Moderadamente inquieto 5 6 7:Cambio continuo de postura	0:Orientado y puede sumar 1:No puede sumar, indeciso en la fecha 2:Desorientado temporalmente (<2 días calendario) 3:Mayor desorientación temporal (>2 días) 4:Desorientación espacial y/o en persona

## ANEXO 6

### PROTOCOLO DE TRATAMIENTO HOSPITALARIO DEL SÍNDROME DE DEPRIVACIÓN ALCOHÓLICA

1. No debe utilizarse alcohol etílico en el tratamiento de la abstinencia.
2. El tratamiento farmacológico se basa en administrar BDZ o clometiazol (3-8 comp/24 h.)
3. Se aconseja el empleo de la escala CIWA-Ar para valorar la gravedad de los síntomas de abstinencia.
4. Si se ha pasado la escala se aconseja el tratamiento basado en los síntomas:
  - Administrar Diazepam 10 mg/ h v.o. mientras CIWA-Ar > 10.
  - Aplicar escala cada hora, si la puntuación es < 10 no dar medicación, dándola de nuevo cuando aparezcan síntomas o en su defecto cada 6 horas.
  - Se puede usar cloracepato con el mismo criterio en dosis de 15 mg.
  - No administrar dosis alguna si el paciente está con bajo nivel de conciencia.
5. Si no se pasa escala es preferible el programa fijo de tratamiento:
  - 10-20 mg de diacepam, según respuesta clínica, cada 6 horas durante 48 horas vo.
  - Pautar dosis adicionales de 10-20 mg cada 1-2 horas según síntomas.
  - Descender un 25% de la dosis diariamente hasta la resolución completa.
6. En caso de convulsiones se puede emplear diacepam 10 mg iv. para su control. Considerar asociar antiepilépticos. Si hay antecedentes se aconseja tratamiento sedante independientemente de la gravedad de los síntomas, según el programa de dosis fija.
7. En enfermedad hepática grave o mayores de 65 años se aconseja utilizar oxacepam 30 mg/ hora o Loracepam 1mg/ hora junto con la escala para ir ajustando la dosis.
8. Considerar el uso de neurolépticos en caso de alucinaciones importantes o síntomas delirantes: haloperidol 1-2 amp (iv., im., sc.) o tiapride 200-800 mg. vo dividido en 3 dosis.
9. Considerar el uso de betabloqueantes (atenolol 50 mg, propanolol 10 mg...), solo en caso de hiperactividad simpática importante, especialmente en pacientes con enfermedad coronaria.
10. Administrar tiamina a todos los pacientes (1 amp. im./día, 3-4 días) y magnesio a aquellos en que se compruebe déficit (1 gr./ 6-12 h iv, 2 días)
11. En Delirium tremens utilizar vía iv iniciando con diacepam a dosis 10 mg/ hora hasta control, teniendo flumacencil disponible y controlando nivel de conciencia.

## PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE DELIRIUM

- Alteración cognitiva: \* Protocolos de orientación: calendario, reloj, folleto informativo con nombre del facultativo, presentación del personal e información sobre las intervenciones a realizar.
  - Información clara, concisa y regular sobre su estancia y enfermedad.
  - Implicar a familia y cuidadores en promover sentimientos de seguridad y orientación.
  - Actividades de estimulación cognitiva: discusión de hechos actuales, juegos de palabras, periódico, radio...
  - Evitación de fármacos que pueden incrementar la alteración cognitiva.
  
- Deprivación de sueño: \* Protocolo de sueño no farmacológico: evitar siestas, incrementar actividad diurna, evitar sobreestimulación vespertina, bebidas templadas (tila o leche).
  - Reforzamiento del sueño: estrategias para reducir el ruido en la unidad (clave en las UCLs, también la luz) y programar ajustes que permitan el sueño (horario de medicaciones o procedimientos).
  - Revisar fármacos que contribuyan a alterar el sueño.
  
- Inmovilidad: \* Temprana movilización: deambulación o ejercicios de movilización 3 veces al día.
  - Minimizar el uso de equipos e inmovilización (catéteres urinarios, parenterales, bombas..o contención mecánica).
  
- Alteración de la visión: \* Ayuda para mejorar la visión: gafas o lupas, equipos adaptados (iluminación, libros con letras grandes, timbres de llamada fluorescentes) y reforzar su uso.
  
- Alteración auditiva: \* Audífonos portátiles, eliminar tapones de cerumen, establecer técnicas especiales de comunicación, con diario refuerzo de estas adaptaciones.
  
- Deshidratación: \* Reconocimiento temprano de la deshidratación y restauración de volumen (fomentar y controlar la ingesta oral de fluidos)

(Modificada de Inouye SK. N Eng J Med 1999)

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. DSM IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, 2002.
2. American Psychiatric Association. Guía Clínica para el Tratamiento del Delirium, en " Guías Clínicas para el Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos", Ed. Ars Médica, Barcelona 2003.
3. Brown T. M., Boyle M. F. ABC of psychological medicine: Delirium. *BMJ* 2002; 325:644-647.
4. Bulbena A, Corrons C, Amorós G, Martín-Santos R, Anguiano B. Escalas de delirium y orientación. Adaptación castellana del Delirium Rating Scale y de la Orientation Scale. *Rev. Gerontología* 1996; 6: 245-254.
5. Crespo M.D., Martín M.J. Psicofarmacología del delirium. En: Lozano M, Ramos J.A. *Utilización de los psicofármacos en psiquiatría de enlace*. Masson. Barcelona.2001
6. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, Gordon S, Francis J, May L, et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA* 2001;286(21):2703-10.
7. Folstein M., Caplan LR.: Delirium. En: Brandt T, Caplan LR, Dichgans J, Diener HC, Kennard C. Eds. *Neurological Disorders. Course and treatment*. Academic Press. San Diego. 1996; 237-244.
8. Formiga F, Marcos E., Sole A., Valencia E., Lora-Tamayo S y Puyol R. "Síndrome Confusional agudo en pacientes ancianos ingresados por patología médica". *Rev. Clín. Esp.* 2005; 205 (10); 484-8
9. González M, de Pablo J, Fuente E, Valdés M., Peri JM, Nomdedeu M, Instrument for detection of delirium in general hospitals: adaptación of the confusion assessment method. *Psychosomatics*, 2004; 45 (5):426-31.
10. González Tuges M. Delirium: adaptación de un instrumento de detección y evaluación del pronóstico vital asociado. Tesis Doctoral. Universitat de Barcelona 2003.
11. Hernández Lahoz C.: Síndrome Confusional Agudo. En: Codina Puiggros A. ed. *ELA*. Madrid 1994; 85-87.

12. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly patients: predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA* 1996;275:852-7.
13. Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RL. Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990; 113: 941-948.
14. Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Eng J Med*; 1999; 340(9): 669-76.
15. Inouye S K.. Delirium in Older Persons. *N Engl J Med* 2006; 354:1157-1165 (Corrected in *N Engl J Med* 2006;354(15):1655.
16. Korreavar JC, van Munster BC, de Rooij SE. Risk factors for delirium in acutely admitted elderly patients; a prospective cohort study. *BMC Geriatrics* 2005; 5:6-13.
17. Lipowski ZJ.: *Delirium (Acute Confusional States)*. *JAMA* 1987; 258:1789-1792.
18. Marta J, Marta E, Pelegrín C., Ramos C., *Abordaje práctico del Delirium (Síndrome confusional)*. Masson, Barcelona 2004.
19. Meagher JM. Delirium: optimizing management. *BMJ* 2001; 322: 144-150.
20. Mendez MF, Gershfield DN.: *Delirio*. En: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. Eds. *Neurología Clínica. Diagnóstico y tratamiento*. Cuarta Edición. Elsevier España. Madrid, 2005: 29-40.
21. Monte R., Raburiel R., Casariego E.J. *Tratamiento hospitalario del síndrome de privación alcohólica*. Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral de Lugo. 2004.
22. Milden SL, Carbone LA, Borus JF, Fife A, Fricchione GL, Orav EJ. Predictors and outcomes of delirium. *Gen Hosp. Psychiatry* 2005; 27:209-214.
23. Milisen K., Esteeman E., Foreman. Early detectin and prevention of delirium in older patients with cancer. *European Journal of Cancer Care* 2004; 13:494-500.
24. Mingote J.C., Holgado P.M. *Delirium*. Madrid, Diaz de Santos.2003



25. O'keeffe ST, Mulkerrin EC, Nayeem K, Varughese M, Pillay I. Use of serial minimal state examinations to diagnose and monitor delirium in elderly hospital patients. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 867-870.
26. Pelegrín C., Ramos C., Marta J., Marta E. Delirium. En: Lozano M., Gobernado J.M. *Psiquiatría de enlace. Neurología* Neurociencias Pfizer 2004.
27. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 156 (5 Suppl): 1-20, 1999
28. Ribera Casado J. M. "El Síndrome Confusional Agudo: un síndrome geriátrico al alza". *Rev. Clin. Esp.* 2005; 205 (10): 469-7.
298. Protocolo de Evaluación y tratamiento del Delirium. Instituto clínico de Neurociencias. Hospital Clínico Universitario de Barcelona. 2005.
30. Rockwood K., Bhat R.. Should we think before we treat delirium?. *Internal Medicine Journal* 2004; 34:76-78.
31. Taylor D., Lewis S.: Delirium. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993; 56:742-751.
32. Trzepacz PT, Baker RW, Greenhouse J.A symptom rating scale for delirium. *Psychiatry Res* 1988; 23: 89-97.
33. Valdés M, de Pablo J, Campos R, Farré JM, Girón M, Lozano M, et al. El proyecto multinacional europeo y multicéntrico español de mejora de calidad asistencial en psiquiatría de enlace en el hospital general: el perfil clínico en España. *Med Clin (Barc)* 2000; 155: 690-694.
34. Weber J.B., Coverdale J. H. and Kunik M. E.. Delirium: current trends in prevention and treatment. *Internal Medicine Journal* 2004; 34\_115-121.