

ESTRATEGIAS PARA PREVENIR EL DELIRIUM



**DELIRIUM EN EL PACIENTE MAYOR:
¿QUÉ DEBO SABER PARA ATENDER MEJOR A MIS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA?**



GUÍA PRÁCTICA PARA PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

* Tratamiento farmacológico sintomático

Permite vía oral	<ul style="list-style-type: none"> - RISPERSIONA vía oral: Iniciar 0,25 – 0,5 mg / 12 horas. Se puede incrementar dosis según respuesta y tolerancia (max. 8 mg/24h). - HALOPERIDOL vía oral: Iniciar 10 – 15 gotas / 8 h (= 1 – 1,5 mg/8 h). Se puede administrar cada 2 h. hasta control de síntomas (max 5mg/24h)
No permite vía oral	<p>SI PARKINSONISMO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - OLANZAPINA vía oral: Iniciar 2,5 - 5 mg / 24 h. - QUETIAPINA vía oral: Iniciar 25 mg / 24 h. - ARIPIPRAZOLE vía oral : Iniciar 5 mg / 24 h. <p>- HALOPERIDOL por vía subcutánea. Iniciar ½ amp. (2,5 mg). Si no control a los 30 min, administrar 1 amp (5 mg). Se puede repetir el ciclo controlando aparición de efectos adversos.</p> <p>SI PARKINSONISMO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ARIPIPRAZOL vía intramuscular. Iniciar 2,5 mg / 24 h - OLANZAPINA vía intramuscular. Iniciar 2,5 mg / 24 h.

*La pauta de tratamiento se debe individualizar según el paciente y la clínica que presente. Se recomienda iniciar con la dosis más baja y aumentar progresivamente si es necesario, durante el menor tiempo posible (idealmente <7 días)

Si se controlan los síntomas: continuar con dosis de mantenimiento vía oral durante 7 días e iniciar descenso progresivo hasta retirar la medicación. Una vez resuelto el episodio de delirium, realizar seguimiento durante al menos 6 meses. Si se sospecha deterioro cognitivo, derivar a Consultas Externas para estudio.

Si no se consigue un buen control sintomático: reevaluar las causas orgánicas subyacentes que puedan estar perpetuando el delirium, replantear los diagnósticos y considerar derivar/interconsultar a Geriatria.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

A URGENCIAS: inestabilidad hemodinámica, enfermedad grave, fallos orgánicos, ictus, intoxicaciones, bajo nivel de consciencia.

A URGENCIAS/SERVICIOS DE GERIATRÍA: causas que requieran mayor intervención diagnóstica o terapéutica/causa no identificada.

¿Qué es el delirium?

El delirium es un síndrome clínico caracterizado por una alteración **FLUCTUANTE** en el nivel de **consciencia** que aparece de forma **BRUSCA**, asociando **INATENCIÓN, PENSAMIENTO DESORGANIZADO** y otras alteraciones cognitivas y sensorceptivas. Está producido por una **causa ORGÁNICA**.

¿Cómo diferenciarlo de una demencia?

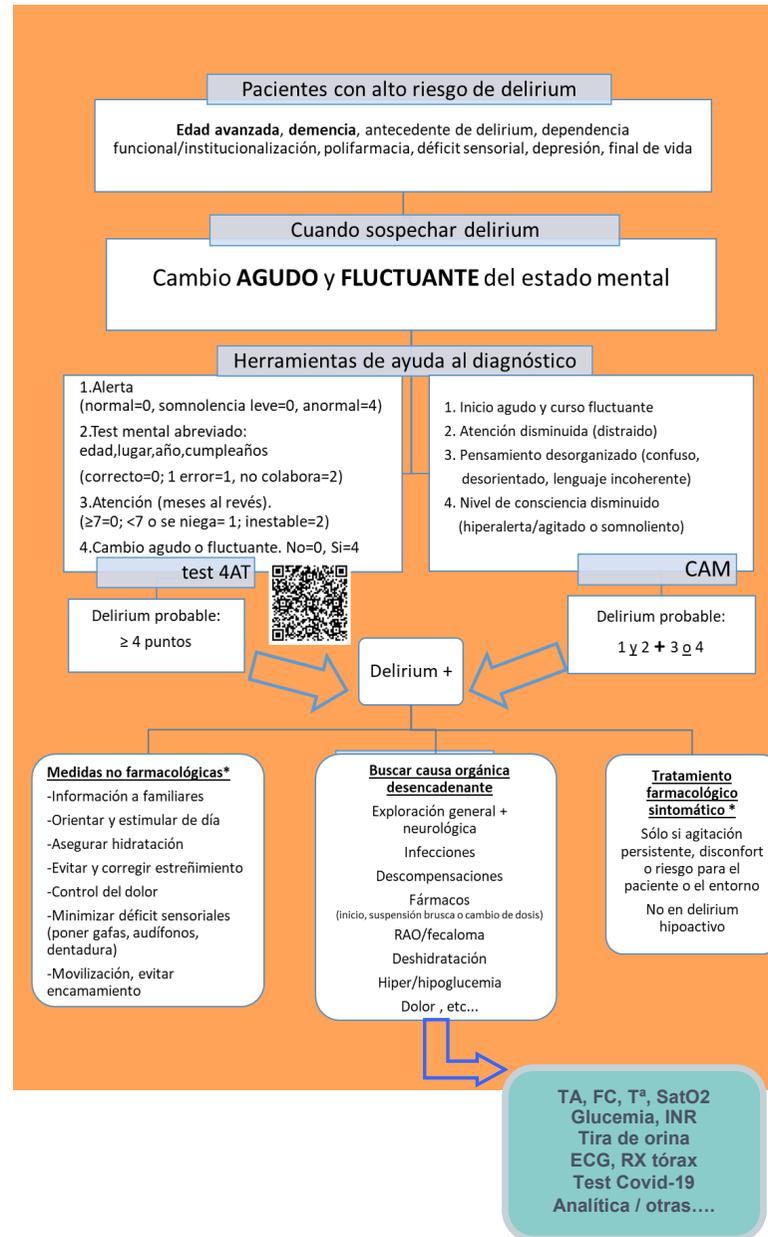
El delirium y la demencia pueden coexistir, pero no son lo mismo. La demencia es gradual y **progresiva** (se desarrolla en meses o años) y es **irreversible**. El delirium se desarrolla **bruscamente** (en horas o días) y es **reversible**. Los pacientes con demencia tienen más riesgo de desarrollar delirium y, a su vez, los pacientes con delirium, más riesgo de desarrollar demencia.

¿Cuántos tipos de delirium existen?

Existen 3 tipos de delirium: el **hiperactivo** (caracterizado por la presencia de sintomatología psicótica y agitación), el **hipoactivo** (aparece bradipsiquia, bradicinesia y letargia; es el más frecuente en el anciano y, con frecuencia, pasa desapercibido) y el **mixto** (tiene características de ambos).

¿Qué impacto tiene en los pacientes?

Aunque el delirium es más frecuente en pacientes hospitalizados, **su proporción está aumentando en Atención Primaria** debido principalmente a un mayor envejecimiento de la población y la aparición de síndromes geriátricos (deterioro cognitivo, dependencia funcional...). Padecer delirium conlleva **graves consecuencias**: duplica la mortalidad y empeora la comorbilidad (caídas, neumonías aspirativas, desnutrición, inmovilismo, úlceras por presión...), aumenta el riesgo de desarrollar o empeorar una demencia, produce deterioro funcional e institucionalización, con sus consabidos costes económicos. A pesar de la alta incidencia y su gran impacto, el delirium sigue presentando **una alta tasa de infradiagnóstico**, empeorando por ello el pronóstico de aquellos que lo sufren.



*MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS:

1. CÓMO COMUNICARNOS: hablar calmadamente con frases cortas y sencillas, tranquilizarle, no contradecir ni elevar la voz. Acompañamiento nocturno si es posible, con una persona conocida.

2. ESTIMULACIÓN COGNITIVA: reorientarle en tiempo (qué día es, qué hora es), espacio (dónde está) y persona (quién es y con quién está). Promover el autocuidado y la socialización (mantener una conversación tranquila sobre noticias, eventos familiares...etc.). Evitar el exceso de visitas y TV. Fomentar la lectura y la escritura, oír música, juegos de memoria, realizando actividades que sean de su agrado.

3. MOVILIDAD: estimular la deambulación, evitando las contenciones físicas. Procurar mantener las rutinas diarias al menos 3 veces al día.

4. HIGIENE DEL SUEÑO: mantener un buen descanso nocturno a través de estrategias como un baño de agua templada antes de dormir, evitar ruidos o aparatos electrónicos, utilizar música relajante, temperatura agradable de la habitación y una adecuada ventilación. Asegurar una buena iluminación durante el día y oscuridad durante la noche (se puede mantener una pequeña lámpara) para favorecer el ciclo vigilia-sueño.

5. AUDICIÓN Y VISIÓN: corregir los déficits sensoriales del paciente a través de gafas, audífonos y/o dentadura postiza si las usase, para favorecer la relación con su entorno.

6. HIDRATACIÓN: asegurar una correcta hidratación, evitando la toma abundante de líquidos por la noche para evitar la nicturia, así como bebidas carbonatadas, con cafeína y estimulantes.

7. COMIDAS: alimentación adaptada a sus patologías, prestando especial atención a la existencia de disfagia para evitar neumonías por aspiración. No forzar la alimentación si el paciente está somnoliento.

8. MEDICACIÓN: asegurar la toma correcta de la medicación (pastilleros, organización en blisters...). No realizar cambios sin consultar con el médico responsable.

9. ELIMINACIÓN: evitar el estreñimiento y la retención de orina. Para ello asegurar una buena hidratación, ingesta de alimentos ricos en fibra, movilización y uso de laxantes si precisa.

10. CUIDADOR: Es muy importante que el cuidador tenga un tiempo de descanso, asegurando una correcta alimentación e hidratación y compartiendo sus sentimientos con personas de su entorno/profesionales sanitarios.