

IDENTIFICACIÓN DE DETERIORO COGNITIVO Y/O DELIRIO EN URGENCIAS

Pensar en DELIRIUM

- Todos los pacientes de edad avanzada requieren una prueba breve de cribado cognitivo en Urgencias de forma rutinaria.
- Si deterioro cognitivo: obtener una historia que garantice el estado cognitivo y basal.



Descargar versión online

Adulto mayor que acude a URGENCIAS

4AT* completo

(Véase el recuadro verde de la derecha)

- ≥4 Posible delirium +/- deterioro cognitivo
- 1-3 Posible deterioro cognitivo
- 0 Delirium o deterioro cognitivo grave improbable (pero delirium aún posible si la información es incompleta)

* o alternativa validada. p.ej. CAM-ED

4AT

1. Nivel de Conciencia	
• Normal (totalmente alerta, pero no agitado, durante la evaluación)	0
• Somnolencia leve durante <10 segundos tras despertarse, luego normal	0
• Claramente anormal	4
2. AMT4	
Edad, fecha de nacimiento, lugar (nombre del hospital o edificio), año actual	
• Sin errores	0
• 1 error	1
• ≥2 errores/imposible de evaluar	2
3. Atención	
Meses del año en orden inverso	
• Logra decir 7 o más meses correctamente	0
• Logra decir menos de 7 meses / se niega a comenzar	1
• Imposible de evaluar (debido a malestar, somnolencia, falta de atención)	2
4. Cambio Agudo o Curso Fluctuante	
Evidencia de un cambio significativo o fluctuación en: nivel de conciencia, cognición, otra función mental. (Por ejemplo: paranoia, alucinaciones) durante las últimas 2 semanas y que se mantiene en las últimas 24 horas	
• No	0
• Sí	4
Total:	<hr style="border: 1px solid red;"/>

No evidencia de DELIRIUM

Proceder con planificación de alta/ingreso

ALTA

Garantizar la documentación del estado cognitivo en el informe de alta.

En caso de dudas sobre el deterioro cognitivo, organizar un seguimiento a través de las Consultas específicas sobre demencia, el geriatra o el médico de atención primaria.

INGRESO

Detección de factores de riesgo de delirium (Véase el recuadro amarillo de la derecha)

Si presentan CUALQUIER factor de riesgo deben ser monitorizados ante la posibilidad de presentar delirium durante su estancia.

Sospecha de delirium INGRESO**

(NB El delirium es una emergencia médica)

1. Discutir el diagnóstico con el médico adjunto y enfermería de Urgencias
2. Discutir el diagnóstico con el cuidador/ familiar
3. Empezar a buscar las causas del delirium (Recuerde que con frecuencia hay más de una, véase el recuadro rojo de la derecha)

Asegúrese de que el equipo donde ingresa sabe que se sospecha el delirium

** La gran mayoría de los pacientes con delirium necesitan ingreso, es un diagnóstico con alta mortalidad. Excepcionalmente, y sólo después de una discusión con el equipo, un paciente con delirium debe irse a casa o ser ingresado en Unidades de Observación.

Considerar si el paciente necesitará mayor supervisión cuando sea trasladado a planta (por ejemplo, si presenta riesgo aumentado de caídas o de vagabundeo).

Estrategias para la prevención del delirium en Urgencias y áreas de observación

- Evitar sujeciones
- Evitar sedantes
- Garantizar una alimentación adecuada (utilizar una tabla de ingesta de alimentos y garantizar el acceso a bebidas y tentempiés)
- Promover la relajación y el sueño suficiente
- Movilización temprana y regular
- Orientación regular sobre la realidad utilizando ayudas visuales y auditivas
- Evitar el estreñimiento (utilizar tablas de heces para controlarlo)
- Fomentar la independencia en las actividades de la vida diaria
- Controlar el dolor (utilizar PAINAD/otra puntuación del dolor adaptada a la demencia)
- Revisión de la medicación
- Evitar el uso de sondas urinarias

Al alta, documentar el episodio de delirium y el estado cognitivo al alta en el informe de alta.

Manejar a alguien con delirium que está angustiado y/o agresivo, siendo una amenaza para sí mismo o para los demás

1. El primer objetivo del tratamiento debe ser la identificación y el tratamiento de la causa subyacente. Intente **SIEMPRE** desescalar la situación utilizando intervenciones no farmacológicas:
 - Explicar cuidadosamente lo que está ocurriendo. Reorientar y utilizar actividades para distraer al paciente.
 - Invitar a la familia/cuidadores a quedarse con el paciente (rooming-in).
 - Intentar cuidar en una zona tranquila. Considerar la necesidad de enfermería individualizada.
2. Si es necesaria la contención farmacológica, utilice dosis pequeñas y aumentelas gradualmente. Utilizar un fármaco cada vez. Compruebe el peso del paciente antes de administrar la dosis. Pruebe primero con terapias **ORALES**, por ejemplo, risperidona (0,25-0,5mg), quetiapina (12,5-25 mg), haloperidol (0,5-1 mg) u olanzapina (2,5-5 mg).
 - Evitar en personas con demencia de cuerpos de Lewy o enfermedad de Parkinson.
 - Realice un ECG y compruebe el QT antes de utilizar agentes antipsicóticos.
 - Utilizar benzodiazepinas sólo cuando los antipsicóticos estén contraindicados, por ejemplo, Lorazepam 0,25-0,5 mg.
3. Si las terapias orales fallan, considerar la sedación por vía parenteral (SC, IM o IV):
 - Esta decisión debe ser tomada por un **médico adjunto**.
 - Al igual que con cualquier sedación, ésta debe realizarse en un área donde el paciente pueda ser adecuadamente monitorizado y donde esté disponible el soporte respiratorio.
 - Esto debe hacerse utilizando una vía de sedación local.
 - Flumazenilo debe estar disponible si se utiliza lorazepam.
 - Proclidina/Benzatropina si se utilizan agentes antipsicóticos.

Factores de riesgo DELIRIUM

- D** Deshidratación
- E** Existencia previa: de delirium o deterioro cognitivo
- L** Limitación de la movilidad: cambio en la movilidad o restricción, por ejemplo, encamamiento, uso de catéter urinario
- I** Infección: (o enfermedad grave (EWS≥6))
- R** Reducción del dolor: alto riesgo de delirium con episodios de dolor agudo, por ejemplo, fractura de fémur. Centrarse en el control del dolor
- I** Insomnio: la falta de sueño aumenta riesgo de delirio
- U** Uso de audífonos y/o gafas: para corregir déficits sensoriales
- M** Medicación: ≥3 nuevos medicamentos, exposición a benzodiazepinas, polifarmacia, omisiones p.ej. ¿BZD, opiáceos? ¿Es la abstinencia de alcohol un riesgo?

Causas potenciales de delirium 'PINCH ME'

- P** Pain (Dolor): ¿Está el paciente agitado debido al dolor? ¿Se ha excluido la retención urinaria?
- IN** Infección: ¿Existe una infección, por ejemplo, ITU/ITUR?
- C** Constipación / Estreñimiento: ¿El paciente está estreñido?
- H** Hidratación: ¿Hay una alteración electrolítica? ¿Se ha descartado hipoxia/ hipotensión/ hipoglucemia?
- M** Medicación: omisión de la medicación habitual
- E** Entorno: cambio de entorno, niveles elevados de ruido o actividad