

# DELIRIUM Y DETERIORO COGNITIVO

## ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?

Los problemas cognitivos, incluidos el delirium o síndrome confusional y la demencia, son frecuentes en los ancianos que acuden a los Servicios de Urgencias (SU). Hasta el 20% de los adultos mayores que acuden a Urgencias presentan algún grado de deterioro cognitivo preexistente. El delirium afecta a alrededor del 10% de los pacientes mayores que acuden a urgencias. Las estancias prolongadas en Urgencias se asocian con el desarrollo de delirium en personas vulnerables.

El delirium se asocia a una tasa de mortalidad tres veces mayor y también se asocia con un empeoramiento del deterioro funcional, del deterioro cognitivo y con estancias hospitalarias más prolongadas.

**Se ha demostrado que más del 50% de los casos de delirium no se detectan en el Servicio de Urgencias.**

## ¿CÓMO RECONOCER A LOS ANCIANOS CON DELIRIUM O PROBLEMAS COGNITIVOS?

Utilizar una herramienta para identificar a los pacientes con delirium, como el 4AT, y vincularla a medidas asistenciales como la revisión precoz, el tratamiento en espacios indicados, la evaluación dirigida y un ingreso más rápido.

## ¿QUÉ PODEMOS HACER NOSOTROS?

1. Tratar a los pacientes con delirium, o en riesgo de desarrollarlo, mediante intervenciones multicomponente y reorientaciones periódicas. Realizar una evaluación estructurada que incluya una revisión de la medicación con el fin de identificar y revertir las posibles causas del delirium. Pueden utilizarse listas de comprobación (*checklists*) para ayudar en este proceso.
2. Utilizar ayudas apropiadas para facilitar la evaluación del dolor en personas mayores con deterioro cognitivo, como por ejemplo PAINAD.
3. Cuando los pacientes presenten alteraciones del comportamiento o agitación relacionadas con el deterioro cognitivo, intentar realizar medidas de tratamiento no farmacológico como primera línea. No deben utilizarse sujeciones físicas.
4. Emplear un enfoque cauteloso de la sedación y sólo utilizarla cuando hayan fracasado los métodos no farmacológicos. Utilizar medicación oral en primera instancia, eligiendo la medicación de forma individualizada para cada paciente. La decisión de pasar a la sedación IM/IV debe ser tomada por un médico experimentado y administrada en un área donde el paciente pueda ser monitorizado adecuadamente y donde se disponga de soporte para la vía respiratoria, siguiendo las directrices sobre sedación.
5. Vincular a los pacientes que presenten deterioro cognitivo en el SU con las vías de atención estructuradas en la atención hospitalaria o con su médico de atención primaria para una investigación más exhaustiva al ser dados de alta.

6. Adaptar las pruebas diagnósticas del delirium a la historia clínica y a los hallazgos de la exploración física de cada paciente.

## CAJA DE HERRAMIENTAS

- Red escocesa de directrices intercolegiales. Directrices sobre el delirium (SIGN) 2019
- Test 4AT: instrumento de cribado de deterioro cognitivo y delirium
- Alzheimer Europe - Agencia de defensa de europeos que viven con demencia
- Delirium Pathways in Hospital - Programa Hospital Elder life
- Delirium Resources NIDUS - Network for Investigation of Delirium: Unifying Science



Todos los recursos y la información adicional están disponibles mediante código QR.



## REFERENCIAS

Todas las referencias a publicaciones científicas se pueden encontrar a través del código QR adyacente.



Este material educativo ha sido desarrollado por el Grupo de Trabajo Europeo de Medicina de Urgencias Geriátricas, que es una colaboración entre la Sociedad Europea de Medicina de Urgencias (EUSEM) y la Sociedad Europea de Medicina Geriátrica (EuGMS). Para más información, visite: [geriEMEurope.eu](http://geriEMEurope.eu) y síganos en Twitter: [@geriEMEurope](https://twitter.com/geriEMEurope).

Descargue este póster mediante código QR.



# 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

<b>1. Nivel de Conciencia</b>	
• Normal (totalmente alerta, pero no agitado, durante la evaluación)	0
• Somnolencia leve durante <10 segundos tras despertarse, luego normal	0
• Claramente anormal	4
<b>2. AMT4</b>	
Edad, fecha de nacimiento, lugar (nombre del hospital o edificio), año actual	
• Sin errores	0
• 1 error	1
• ≥2 errores/imposible de evaluar	2
<b>3. Atención</b>	
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
<b>4. Cambio Agudo o Curso Fluctuante</b>	
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
<b>Total:</b>	<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