

DELIRIUM + DEMENCIA = (DETERIORO)²

VINUESA ACOSTA F.J., MARTÍNEZ LÓPEZ M., LÓPEZ CANTÓN C., ORTIZ ROJAS L.A.

Introducción:

El cuadro confusional agudo o delirium es un síndrome geriátrico de especial prevalencia en el anciano, si lo asociamos a un contexto de demencia de base los resultados pueden ser catastróficos o ... no. Se presenta el caso de un paciente con demencia más delirium y se valora su posterior evolución

Descripción sucinta del caso:

Paciente varón de 82 años con demencia mixta en estadio GDS 5 que le permite deambulación, acudir solo a consulta, vivir solo con supervisión de su sobrina que vive en la casa de al lado. Nos avisan por alteración del comportamiento, está agresivo, cuando se le va a asear ha llegado a agredir a cuidador. Presenta alucinaciones. Se indica tratamiento neuroléptico con haloperidol. A los dos días, el paciente ha empeorado y esta con rigidez a dosis de 8 gotas cada 12 h. Se decide cambio por neuroléptico atípico (Risperidona 0,5 mg cada 12 h). A las 48 h sigue con rigidez y comienza fiebre. Se deriva a urgencias hospitalarias. Se realizan pruebas complementarias. Se ingresa en observación, se retira neuroléptico y en 48 h no mejora de la rigidez, se deriva a otro hospital para valoración por neurología. Diagnóstico Parkinsonismo secundario en contexto de Demencia, no susceptible de ingreso.

Estrategia práctica de actuación:

La ubicación al alta del paciente es importante. La intervención terapéutica también. Se decide ingreso en Hospital Geriátrico. Diagnóstico: Neumonía basal derecha. Parkinsonismo secundario a fármacos en contexto de Demencia tipo Alzheimer. El paciente ha sufrido en estos días un deterioro funcional importante, además del cognitivo. Dependiente para todas ABVD. Se modifica tratamiento neuroléptico por Quetiapina. Realizan Valoración integral y Rehabilitación. Tras unas semanas es alta a domicilio con mejoría funcional. La intervención sobre el delirium es multifactorial como múltiple es su etiología y factores de riesgo. No todo es farmacológico. Importancia del tratamiento No farmacológico.

Palabras-clave empleadas en la búsqueda bibliográfica:

Delirium. Demencia. Antipsicóticos

Bibliografía y método empleado para la búsqueda bibliográfica

(1) Delirium o síndrome confusional agudo. Libro del Residente de Geriátrica. Cap 18 pag. 189-198

(2) Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. N Engl J Med 1999; 340: 669-76.

(3) Joseph Francis, Jr, MD . Delirium and acute confusional state: Prevention, treatment and prognosis. Summary and recommendations.

Uptodate. 13 agosto 2014. rev feb 2016

GDS 5. Deficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad de Alzheimer moderada MEC: 10-19	Decreto de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones	Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el aseo ni en la comida, pero si para elegir su ropa Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares) Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos
GDS 7. Deficit cognitivo muy grave	Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0	Pérdida de la habla y la capacidad motora Se especifican 6 subestadios: a) capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras b) capacidad de habla limitada a una única palabra c) pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda d) pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda e) pérdida de la capacidad para sonreír f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulación Con frecuencia se observan signos neurológicos

ESTADIO 7C FAST:
INCLUIR EN CUIDADOS PALIATIVOS

Tabla 1. Fármacos con actividad anticolinérgica

Alprazolam	Codeína	Mononitrato de isosorbide
Amantadina	Dexametasona	Oxazepam
Atropina	Digoxina	Pancuronio
Amitriptilina	Diltiazem	Fenobarbital
Azatioprina	Flunitrazepam	Piperacilina
Captopril	Flurazepam	Prednisona
Cefoxitina	Furosemida	Ranitidina
Clorazepato	Gentamicina	Teofilina
Clortalidona	Hidralazina	Tioridazina
Clindamicina	Hidroclorotiazida	Tobramicina
Ciclosporina	Hidroclorotiazida	Valproato sódico
Cimetidina	Hidrocortisona	Warfarina
Corticosterona	Metildopa	

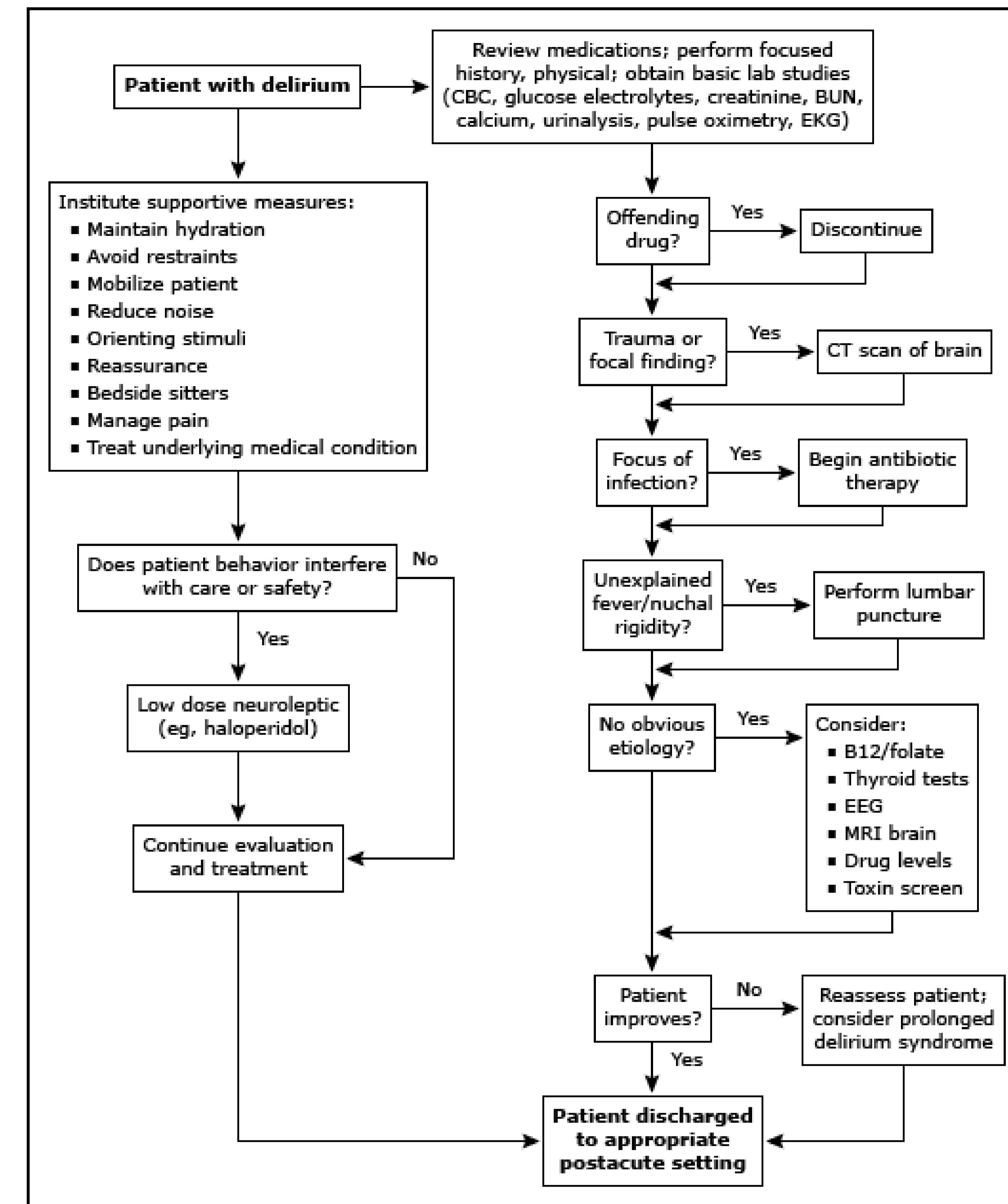
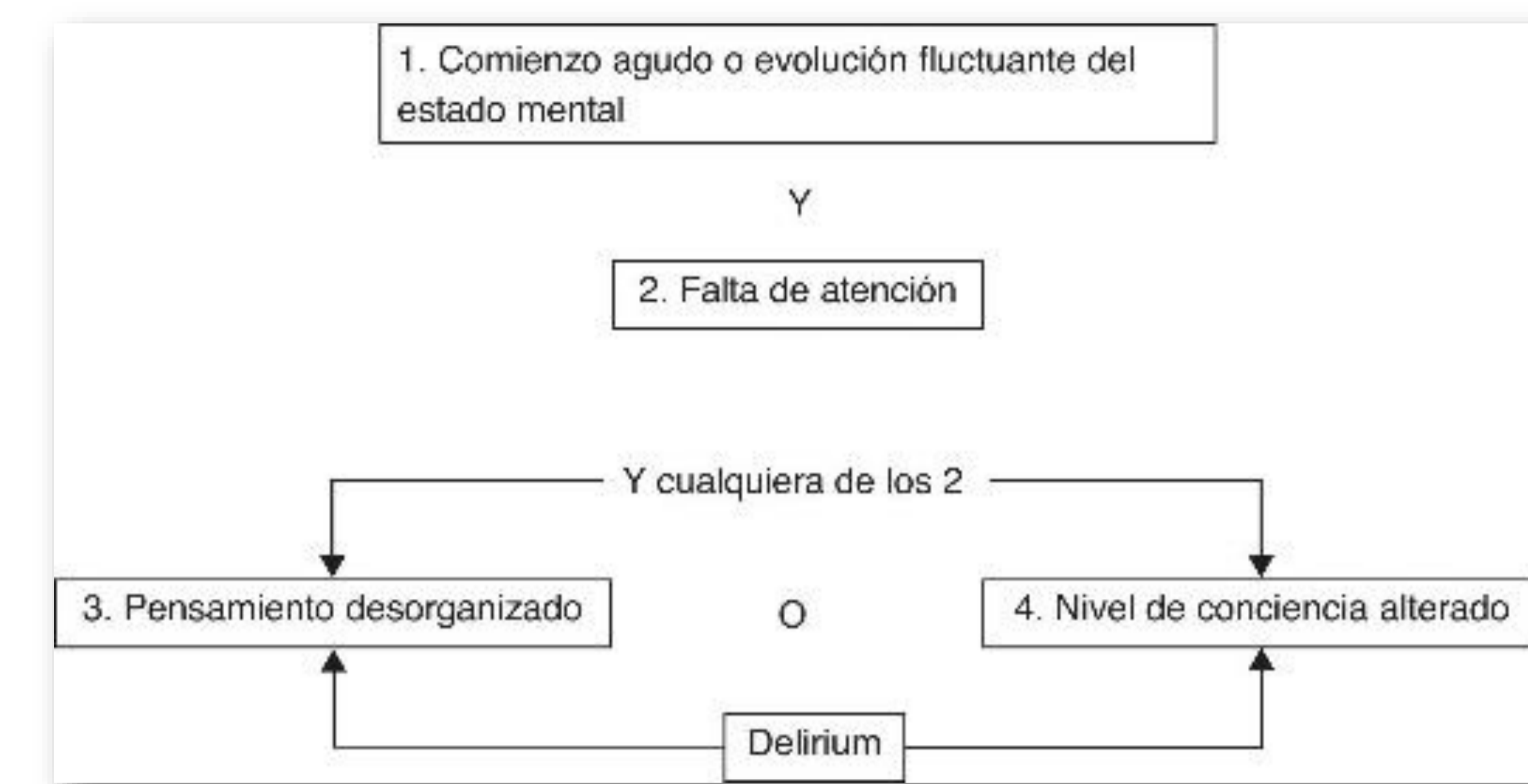
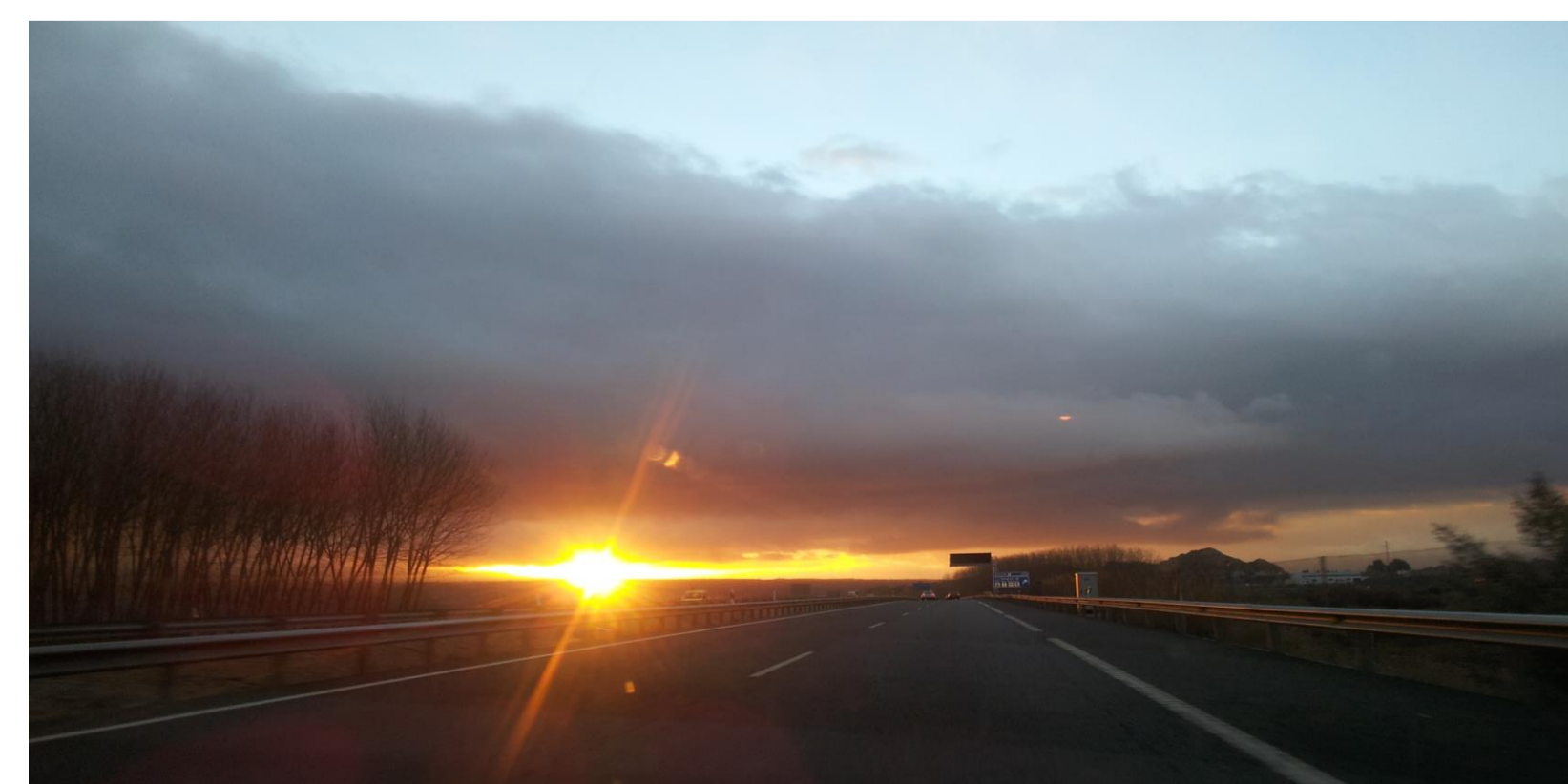
Tabla 5. Diagnóstico diferencial del delirium (1, 2)

	Delirium	Demencia	Psicosis
Comienzo	Súbito	Gradual	Súbito
Curso	Fluctuante con exacerbaciones nocturnas	Progresivo	Estable
Conciencia	Disminuida	Normal	Normal
Atención	Afectada globalmente	Normal, salvo en crisis severas	Normal
Cognición	Alterado globalmente	Alterado globalmente	normal
Percepción	Alucinaciones frecuentes, sobre todo visuales	Alucinaciones raras	Alucinaciones frecuentes, sobre todo auditivas
Delirios	Poco sistematizados y fluctuantes	Ausentes	Sistematizados
Orientación	Disminuida	Disminución gradual	Buena
Actividad psicomotriz	Retardada, agitada o mixta	Normal	Normal

Tratamiento No farmacológico

Medidas ambientales:

- ▶ Habitación iluminada.
- ▶ El paciente no debe estar aislado. Mantener un acompañante permanente.
- ▶ No deberá estar en la misma habitación que un paciente delirante.
- ▶ Ayuda para mantener la orientación como un reloj, calendario...
- ▶ Proporcionarle información sobre su estancia, motivo de ingreso, etc.
- ▶ Proporcionarle las gafas o el audífono, si los usaba.
- ▶ Intentar la movilización precoz del paciente.
- ▶ Adecuado ritmo sueño-vigilia.
- ▶ Incorporar a los familiares en los cuidados del enfermo.



Uptodate:

Delirium and acute confusional state: Prevention, treatment and prognosis. Summary and recommendations
Updated: 13 agosto 2014. revisado feb 2016

- ▶ •A cautious trial of psychotropic medication should be reserved for treatment of severe agitation or psychosis with the potential for harm. In this setting, we suggest using low-dose haloperidol (0.5 to 1.0 mg po or IM) (Grade 2C). (See 'Neuroleptic medications' above.)
- ▶ •Haloperidol is associated with a low frequency of sedation and hypotension.
- ▶ •Haloperidol should be avoided in patients with underlying parkinsonism, for whom atypical antipsychotics (eg, quetiapine) are preferred.
- ▶ •Short term use of antipsychotic agents is advised.
- ▶ •Benzodiazepines should be avoided in patients with or at risk for delirium, except in cases of sedative drug and alcohol withdrawal or when neuroleptic medications are contraindicated. (See 'Benzodiazepines' above.)
- ▶ Cholinesterase inhibitors are not effective in preventing or treating the symptoms of delirium, and often create undesirable side effects. (See 'Cholinesterase inhibitors' above.)
- ▶ •Delirium may require weeks or months to fully resolve. Episodes of delirium may adversely affect the course of the disease in patients with Alzheimer disease. Delirium appears to be associated with increased short and long-term mortality (See 'Outcomes' above.)