

**ACTUALIZACIÓN EN LA
ATENCIÓN DE CUIDADOS
PALIATIVOS EN AP.
ABORDAJE INTEGRAL DEL
PACIENTE DESDE
DIFERENTES ÁMBITOS
ASISTENCIALES**

**HOSPITAL GENERAL DE
VILLALBA**

DELIRIUM

Dra. Carmen Antón

Dra. Nuria González

Es una **alteración del estado de conciencia** con pérdida de memoria y desorientación témporo-espacial que se produce en un **corto periodo de tiempo** (horas/ días) y que suele ser **fluctuante** a lo largo del día.

Trastorno
cognitivo +fr en
Cuidados
Paliativos

80% en cancer
avanzado/agonía
Factor de mal
pronóstico

Delirium

Criterios para el diagnóstico de F05.0 Delirio debido a... (indicar enfermedad médica) (293.0)

- A. Alteración de la conciencia** (p. ej., disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- B. Cambio en las funciones cognoscitivas** (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.
- C.** La alteración se presenta en un **corto período de tiempo** (habitualmente en horas o días) y tiende a **fluctuar** a lo largo del día.
- D.** Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que **la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.**

Tipos de delirio

- **HIPOACTIVO**

predomina la
letargia

Más difícil
identificar

Deshidratación y
alteraciones
metabólicas

Abstinencia
Fármacos



- **HIPERACTIVO**

Predomina la
agitación

- **MIXTO**

Alternan los períodos
de letargia y
agitación

PROCESO MULTIFACTORIAL

En la mayoría de los casos no es posible realizar un diagnóstico etiológico

HIPOTESIS

NEUROINFLAMATORIA

Activación del
proceso inflamatorio
cerebral por SEPSIS

Alteración neurotransmisores
Disfunción celular
Muerte celular

ENVEJECIMIENTO CELULAR

Déficit de
acetilcolina

Por edad , demencia, fármacos
anticolinérgicos



Hiperactivación de la microglia

Poon DC, Ho YS, Chiu K, Chang RC: Cytokines: how important are they in mediating sickness? *Neurosci Biobehav Rev* 2013, 37(1):1-10.

[van Gool WA](#)¹, [van de Beek D](#), [Eikelenboom](#) Systemic infection and delirium: when cytokines and acetylcholine collide. *Lancet*. 2010 Feb 27;375(9716):773-5. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61158-2

ESTRÉS OXIDATIVO

Aumento de demanda metabólica y consumo oxígeno por enfermedad grave



**Bomba ATPasa
falla**

**Exceso
glutamato,
dopamina y
noradrenalina**

NEUROTRANSMISORES

↓ **acetilcolina**

↑ **GABA,**

**Alt.5HT y
dopamina**

Causas en Cáncer avanzado

Estructurales	Fármacos/Tóxicos	Metabólicas	Otras
Metástasis o tumores cerebrales	Anticolinérgicos Antidepresivos tric Antiparkinsonianos Metroclopramida, Antiespasmódicos Antihistaminicos Digoxina,teofilina	Hipoglucemia Hipercalcemia Hiponatremia Hipenatremia	Impactación fecal
	Quimioterapia	Deshidratación	Infecciones
	Síndrome de abstinencia o alcohol	Encefalopatía hepática	Supresión brusca de medicación
	Opioides,corticoides Bzd,Ranitidina, AINEs Cox-2, Quinolonas Fenitoina, Carbamazepina	Uremia	Retención urinaria
			Cirugía

CLINICA

DIAGNOSTICO CLINICO

Causa más
frec.de
sedación 10-
23%

LEVES

- Intranquilidad
- Dificultad conciliar el sueño
- Lentitud de pensamiento



SEVEROS

- Agitación psicomotriz
- Alucinaciones
- Ilusiones/Percepción visual

NO SE DETECTA

Por diferentes factores:

1. Hipoactivos
2. Demencia previa
3. Edad mayor de 80 años



22-50%

TRATAMIENTO

**¿TRATAR
LA CAUSA?**

**¿TRATAR
EL SÍNTOMA?**



LA CAUSA PUEDE
NO ENCONTRARSE
(s/t en Agonia)

TRATAMIENTO

Revisión de fármacos

- Disminuir dosis o sustituir fármacos
- Rotación opioides igual dosis o disminuir 20-30%

No farmacológico

- Intervención conducta del enfermo
- Tratar causas desencadenantes
- Consejo a la familia

Hiper/Hipo
activo

Haloperidol

- Es de **elección**
- **Dosis:** 2-5 mg/ 24 horas. Oral o Sc.
- En crisis aguda se administra una dosis de 5-20 mg y si a los 20-30 minutos no es eficaz una segunda dosis o se añade Midazolam

En caso de confusión y agitación

Levomepromazina

(Sinogan)

12'5-25 mg/ 4-6 horas

Midazolam

Inicialmente un bolo Sc de 5-15 mg y posteriormente bolos de 5mg/ 2-4 horas. o en infusión continua 30-100mg/ 24 horas.

↓TA

CASO CLINICO

PEDRO

MST 30/12h y
diazepam 2,5 noche

Aumentarle la
morfina para
control de disnea y
añadir BZD



Nos avisan porque desde hace **24 horas** ha comenzado con **agitación, disminución estado de conciencia**



REVISAMOS HISTORIA
Y FARMACOS

Causas en Cáncer avanzado

Estructurales	Fármacos/Tóxicos	Metabólicas	Otras
Metástasis o tumores cerebrales	Anticolinérgicos Antidepresivos tric Antiparkinsonianos Metroclopramida, Antiespasmódicos Antihistaminicos Digoxina,teofilina	Hipoglucemia Hipercalcemia Hiponatremia Hipenatremia	Impactación fecal
	Quimioterapia	Deshidratación	Infecciones
	Síndrome de abstinencia o alcohol	Encefalopatía hepática	Supresión brusca de medicación
	Opioides, corticoides Bzd,Ranitidina, AINEs Cox-2, Quinolonas Fenitoina, Carbamazepina	Uremia	Retención urinaria
			Cirugía

CASO CLINICO

PEDRO

Aumentarle la
morfina para
control de disnea y
añadir BZD



DELIRIUM



IMPACTACION FECAL por
aumento de mórficos