



Cuando el cuerpo enferma
la mente DELIRA

Masiel Angélica Mogollón
Médico Internista

CONTENIDO



- Una emergencia médica disfrazada
- Las dos caras
- Fallo global de la red cerebral
- ¿Quién está en riesgo?
- Herramientas claves
- Pilar del tratamiento



Una Emergencia Médica Disfrazada

**1 de 5
Pacientes mayores
hospitalizados**

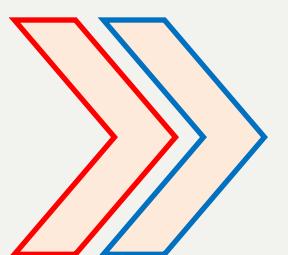
**Es un síndrome compuesto por un conjunto de
síntomas y signos relacionados con el nivel de
consciencia y el deterioro de funciones
cognitivas del paciente.**

Una Emergencia Médica Disfrazada



0.4-
1.1%

14 al 24 % de los
ingresos
hospitalarios



10 al 56 % ya
ingresados

Revascularización
.8%

UCI 31,8-45%

ECV 25%

**UCI ventilados
50-70%**

3% Mayor el 33%



Muestra: 304 px
La duración media 3 días
(rango, 1–46 días). Durante el
periodo de seguimiento,
fallecieron 153 (50%). Con
HR:1,10; IC95%, 1,02–1,18

AJRCCM

American Journal of Respiratory
and Critical Care Medicine®

ATS American
Thoracic Society

Days of Delirium Are Associated with 1-Year Mortality in an Older Intensive Care Unit Population

Margaret A. Pisani¹, So Yeon Joyce Kong², Stanislav V. Kasl², Terrence E. Murphy³, Katy L. B. Araujo³, and Peter H. Van Ness^{2,3}

¹Department of Internal Medicine, Pulmonary & Critical Care Section, and the Program on Aging, Yale University School of Medicine, New Haven;

²Yale School of Public Health, New Haven, and ³Department of Internal Medicine, Geriatrics Section, and the Program on Aging, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut

Rationale: Delirium is a frequent occurrence in older intensive care unit (ICU) patients, but the importance of the duration of delirium in contributing to adverse long-term outcomes is unclear.

Objectives: To examine the association of the number of days of ICU delirium with mortality in an older patient population.

Methods: We performed a prospective cohort study in a 14-bed ICU in an urban acute care hospital. The patient population comprised 304 consecutive admissions 60 years of age and older.

Measurements and Main Results: The main outcome was 1-year mortality after ICU admission. Patients were assessed daily for delirium with the Confusion Assessment Method for the ICU and a validated chart review method. The median duration of ICU delirium was 3 days (range, 1–46 d). During the follow-up period, 153 (50%) patients died. After adjusting for relevant covariates, including age, severity of illness, comorbid conditions, psychoactive medication use, and baseline cognitive and functional status, the number of days of ICU delirium was significantly associated with time to death within 1 year post-ICU admission (hazard ratio, 1.10; 95% confidence interval, 1.02–1.18).

AT A GLANCE COMMENTARY

Scientific Knowledge on the Subject

Older patients with critical illness are at risk for delirium, which can affect morbidity and mortality.

What This Study Adds to the Field

The number of days of delirium older patients experience during an intensive care unit admission is significantly associated with mortality up to 1 year after admission after controlling for severity of illness. These findings make it imperative to find ways to reduce duration of delirium in the intensive care unit.

that the number of days of delirium is an important marker of

Las dos caras:

EL PACIENTE

2%



VISIBLE

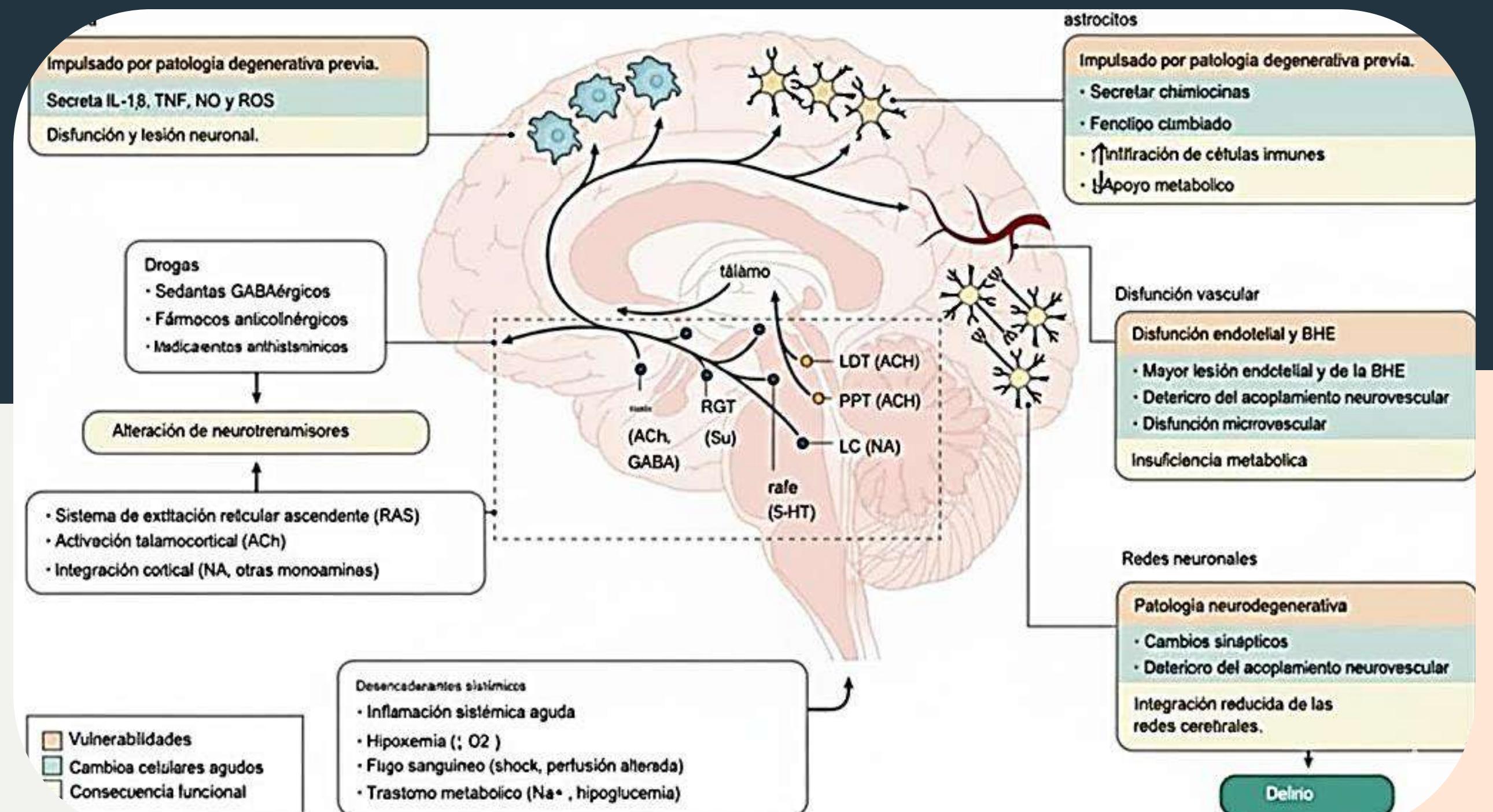
EL PACIENTE

35%



OLVIDADO

Fallo global de la red cerebral



Fallo global de la red cerebral



Desequilibrio Neurotransmisores

**Déficit Colinérgico
(Acetilcolina - ACh):**

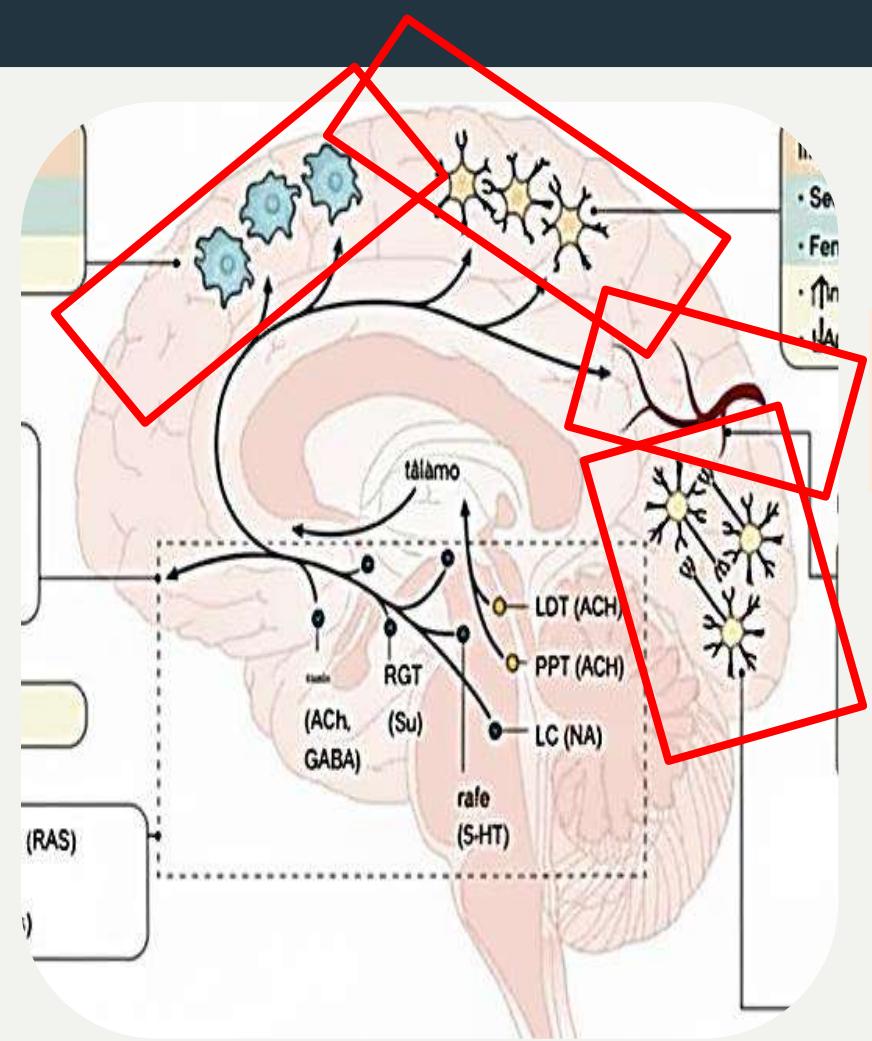
**Tálamo/cortical
RAS**

**Exceso
Dopaminérgico**

**Subtipo
Hiperactivo**

**Noradrenalina
serotonina**

Fallo global de la red cerebral



Factores Desencadenantes

Daño metabólico /
isquémico / infeccioso

Antecedentes
Respiratorios
Infecciosos
Síntoma final

Respuesta inflamatoria central
Fallo metabólico
Compromiso de la BHE

Drogas

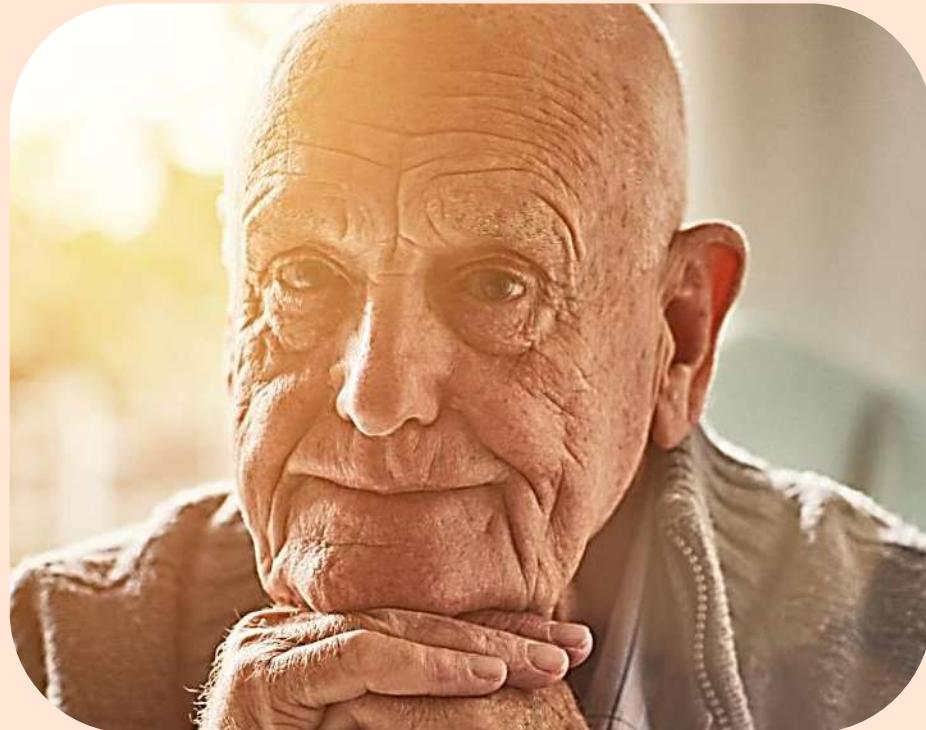
Neuroinflamación
Disfunción
estructural

Antecedentes
Farmacológicos
Infecciosos
Síntoma final

Microglia
Astrocitos
Disfunción vascular
Redes neuronales

¿Quién está en riesgo?

Antecedentes



Premórbidos

Presentación de la



Enfermedad

Posterior al



Ingreso

La herramienta clave: La Detección

Pensar
cuando...

- 1 **Alteración de la atención, la orientación y la conciencia**
- 2 **Se desarrolla en un corto período de tiempo**
- 3 **Confusión significativa o deterioro neurocognitivo global**
- 4 **Alteración del ciclo sueño vigilia**
- 5 **Los síntomas son transitorios y fluctuantes**
- 6 **Incluye trastornos del comportamiento, las emociones y múltiples dominios cognitivos**

Herramienta validadas

CAM

UCI | Método de
de la Confu-
la UCI

Escala de Agitación y
Sedación de Richmond
RASS

1. Cambio agudo o fluctuante del estado mental

Tabla 4 Escala de agitación y sedación de Richmond: *Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)*

Puntuación	Clasificación	Descripción
+4	Combativo	Combativo, violento, peligro inmediato para el grupo
+3	Muy agitado	Agresivo, se intenta retirar los tubos o catéteres
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito, lucha con el respirador
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o violentos
0	Despierto y tranquilo	
-1	Adormilado	No está plenamente alerta, pero se mantiene despierto más de 10 s
-2	Sedación leve	Despierta brevemente la voz, mantiene contacto visual de hasta 10 s
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular a la voz, sin contacto visual
-4	Sedación profunda	Sin respuesta a la voz, con movimiento o apertura ocular al estímulo físico
-5	Sin respuesta (coma)	Sin respuesta a la voz o al estímulo físico

RASS = 0

4. Pensamiento organizado

J las piedras flotan en el agua?

Hiperactivo (RASS +1 A +4)

Hipoactivo (RASS de -3 a 0)

Mixto (RASS '+, = Ó -)

0-1 ERROR

DESCARTAMOS DELIRIO

≥ 2 ERRORES

DELIRIO PRESENTE

Ve a Configuración para activa

Herramienta validadas

ICD

SC

**Intensive Care Delirium
Screening Checklist**

Tabla 6 Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

Dominiros	No	Sí
1. Nivel de conciencia Sedación profunda/coma: no evaluable Agitacion: 1 punto Vigilia normal: 0 puntos Sedación ligera: 1 punto (sin sedantes recientes)/0 puntos (con sedantes recientes)	0	1
2. Inatención Dificultad para seguir instrucciones o conversación	0	1
3. Desorientación El paciente no recuerda nombre, fecha, lugar, etc.	0	1
4. Alucinaciones, delirio o psicosis Quiere recuperar objetos no presentes, o tiene miedo a las personas que le rodean	0	1
5. Agitación o retardo psicomotor Hiperactividad: require sedantes o contencion Hipoactividad: enlentecimiento psicomotor	0	1
6. Palabras o modo inapropiado Emociones, lenguaje, interacciones sexuales inapropiados	0	1
7. Alteración del ciclo sueño-vigilia Menos de 4 h de sueño, duerme todo el dia o despierta con frecuencia	0	1
8. Fluctuación de los síntomas Fluctuacion de los síntomas anteriores en un periodo de 24 h	0	1
Puntuación	Clasificación	
0 puntos	Normal	
1-3 puntos	Delirium subclínico	
4-8 puntos	Delirium	
	Ve a C	

Herramienta validadas

DRS-R98

CTD Delirium Rating Scale-Revised-98
prueba cognitiva para el delirio

**16 ítems (3 diagnostica / 13
gravedad) 46 puntos
9 ítems (0-6) <18 PUNTOS**

Espejismo Clínico: Diferenciando

**Instauración
Curso
Conciencia
Orientación
Memoria
Atención
Alucinaciones**



Demencia



Psicosis



Depresión

Manejo (pilar 1): NO Farmacológico

Causa
subyacente

- D Drogas**
- E Ojos / oído (trastornos sensoriales)**
- L Baja O₂ (hipoxia)**
- I Infección**
- R Retención (urinaria ó heces)**
- I Disfunción hepática**
- U Deshidratación / desnutrición**
- M Metabólica**
- S Hematoma subdural**

Manejo (pilar 1): NO Farmacológico

Medidas Generales

RR de 0,73, IC 95% de 0,63-0,85

ARTÍCULO DE REVISTA

Prevención del delirio: ¿deberían usarse intervenciones no farmacológicas y multicomponentes? Una revisión sistemática y metaanálisis de la literatura [Accede >](#)

Felipe Martínez , Catalina Tobar, Nathan Hill

Edad y envejecimiento, Volumen 44, Número 2, marzo de 2015, páginas 196–204,

<https://doi.org/10.1093/ageing/afu173>

Publicado: 25 de noviembre de 2014

[Historia del artículo ▾](#)

Manejo (pilar 1): NO Farmacológico

Reorientación

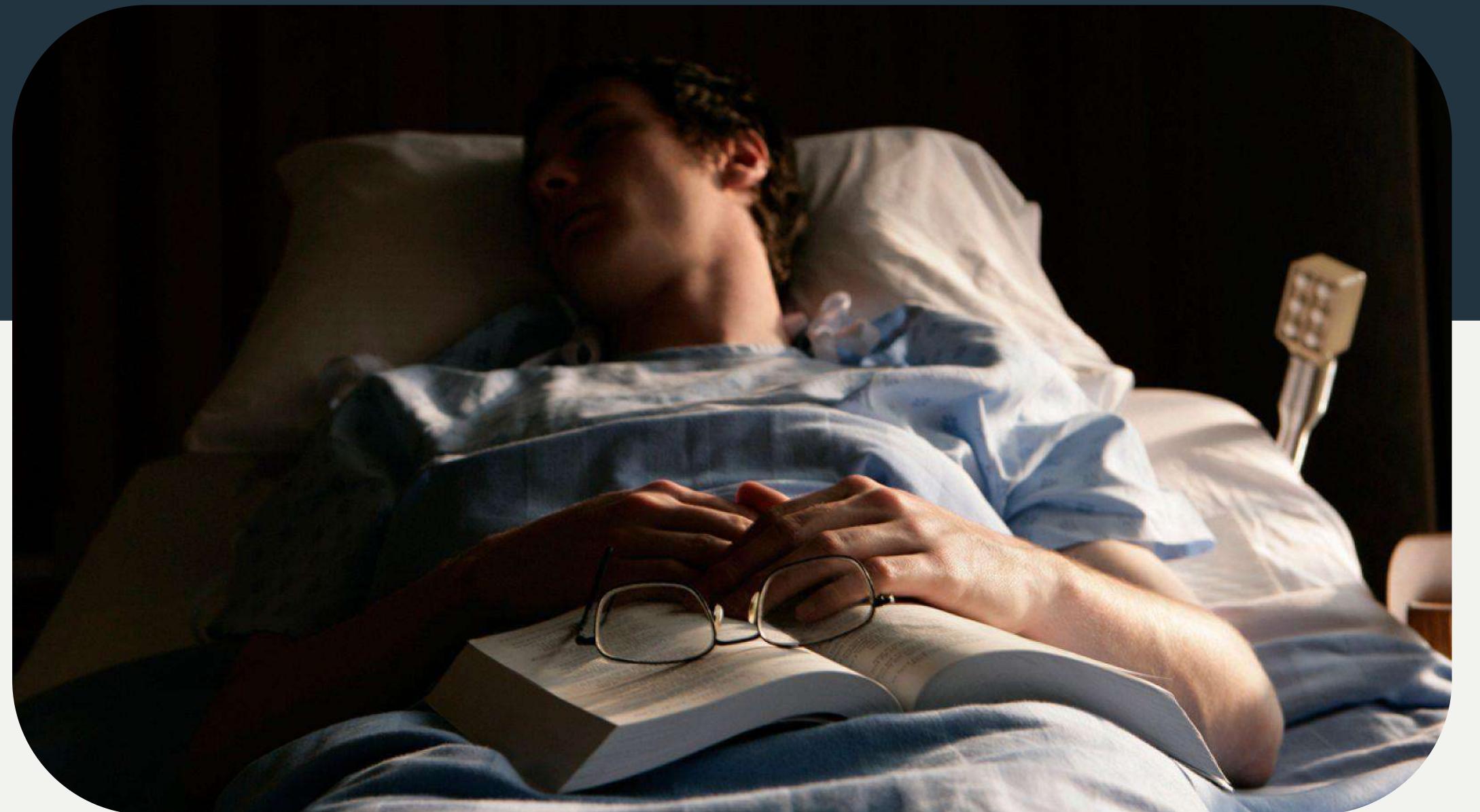
RR de 0,73, IC 95% de 0,63-0,85



Manejo (pilar 1): NO Farmacológico

Sentidos Sueño

RR de 0,73, IC 95% de 0,63-
0,85



Manejo (pilar 1): NO Farmacológico

Evitar Ansiedad

RR de 0,73, IC 95% de 0,63-
0,85



Manejo (pilar 1): NO Farmacológico

Dolor

Despertar
espontáneo y
de respiración
espontánea

Sedantes

PRE-DELIRIC y
DELIPRECAS

Movilidad
temprana

Familia

Manejo (pilar 2): Farmacológico



Brazilian Journal of
ANESTHESIOLOGY



SHORT COMMUNICATION

Dexmedetomidine for preventing postoperative delirium in neurosurgical patients: a meta-analysis of randomized controlled trials



Virgilio Astori ^a, Bruno Pandolfi Arruda ^b, Pedro Guimaraes Marcarini ^b, Lucas Destefani Natali ^a, Marcos Sampaio Meireles ^b, Daniele Fernandes Holanda ^{b,*}

¿Cuándo?

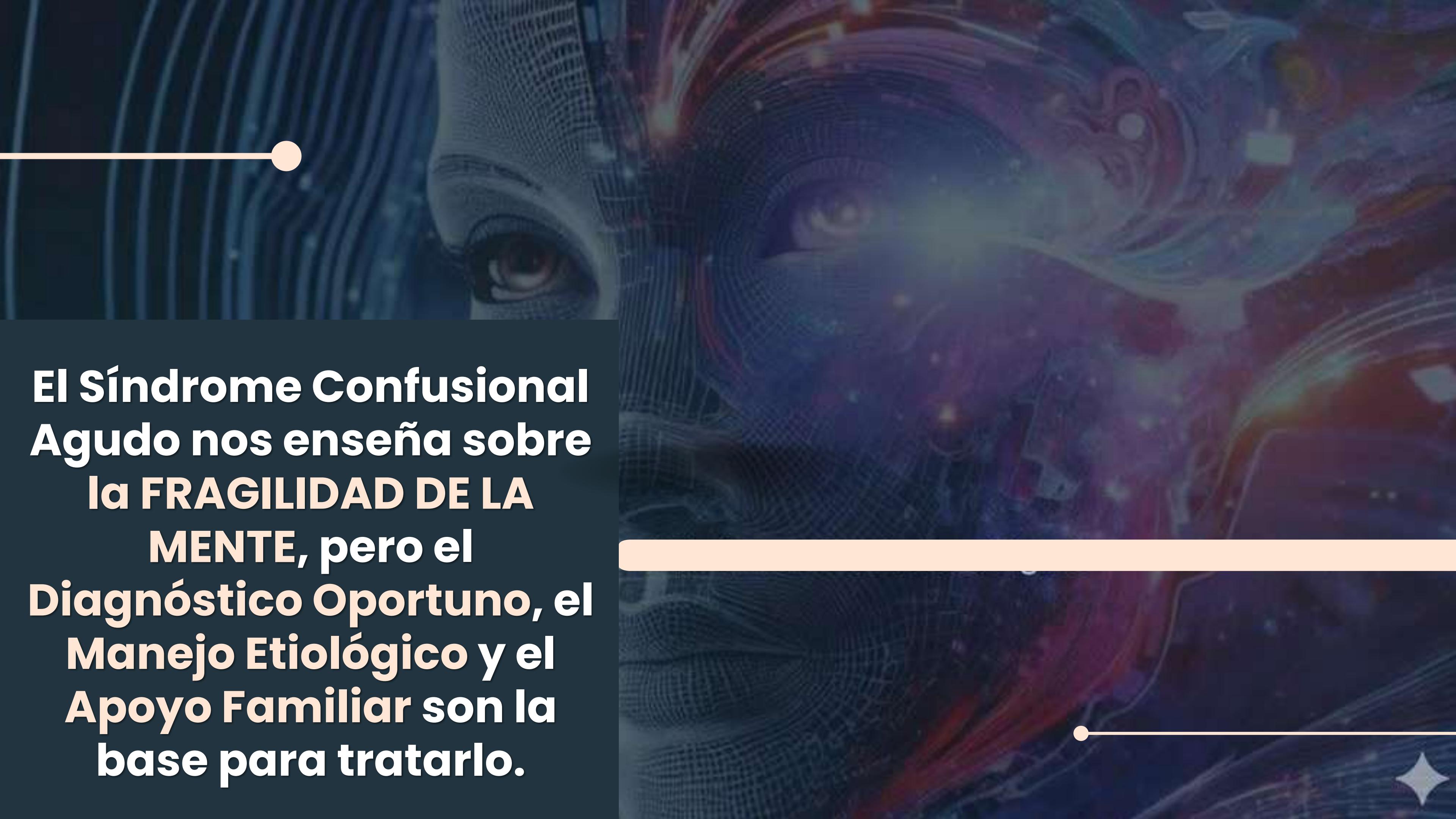


Hipoactivo ¿Inh
NMDA?

Y ¿el psiquiatra?

- 1 Delirium Persistente o Refractario**
- 2 Manejo de la Agitación Severa o Peligro**
- 3 Dificultad en el diagnóstico**





El Síndrome Confusional Agudo nos enseña sobre la **FRAGILIDAD DE LA MENTE**, pero el Diagnóstico Oportuno, el Manejo Etiológico y el Apoyo Familiar son la base para tratarlo.

Ella es la fragilidad de
mi mente Y la base de
mi tratamiento

GRACIAS

