DELIRIUM

AUTORES: Helena Riera Iñiguez[1]

1)CS de Silla. Miembro del Grupo de Atención al Mayor de SoVaMFiC

PALABRAS CLAVE: delirium, geriatría, prevención

Fuente de financiación y/o potenciales conflicto de intereses: No existe conflicto de intereses ni fuente de financiación

Persona responsable para la correspondencia:
Helena Riera Iñiguez
helena_riera@outlook.com

Fecha edición ficha: 04/06/2025

DELIRIUM

Generalidades:

Síndrome clínico que se ocasiona en el adulto mayor que suele presentarse como una urgencia en pacientes domiciliarios u hospitalizados. Consiste en un **trastorno agudo y fluctuante de la atención y la cognición**, y se presenta en pacientes vulnerables y pluripatológicos, pudiendo ser secundario a una patología médica aguda, al uso de uno o múltiples fármacos o bien a un evento quirúrgico-anestésico. La incidencia va en aumento debido al envejecimiento de la población. El delirium se asocia a mayor riesgo de complicaciones, mayor estancia hospitalaria e incremento en la necesidad de institucionalización tras el ingreso. A largo plazo, se asocia a un deterioro en la funcionalidad y la calidad de vida, así como a un incremento en la mortalidad. Es por ello el interés en reducir su impacto mediante estrategias de prevención y manejo. El delirium hipoactivo es el subtipo más común en el anciano y el de peor pronóstico.

Síntomas y diagnóstico

- Cambios en el nivel de conciencia
- Alteraciones de memoria (problemas para recordar eventos o instrucciones)
- Dificultades en la organización del pensamiento (ideas incoherentes, divagaciones...),
- Desorientación temporo-espacial
- Trastornos del ritmo sueño y vigilia
- Alucinaciones, ideas delirantes e incremento de la actividad motora (agitación física).

El instrumento más empleado para su **diagnóstico** es el *ConfusionAssessmentMethod (CAM).*Para el diagnóstico de delirium son necesarios los dos criterios mayores y al menos uno de los criterios menores.

CRITERIOS MAYORES	**CRITERIOS MENORES**
• Comienzo agudo y curso fluctuante • Inatención	• Pensamiento desorganizado • Nivel alterado de conciencia

Factores de riesgo:

Factores predisponentes: alcoholismo, dolor crónico, patologías crónicas, enfermedad terminal, sexo varón, ser mayor de 65 años, síndromes geriátricos, fragilidad y aislamiento social.

Factores precipitantes: episodios agudos como deshidratación, fracturas, hipoxemia, infecciones, sepsis… Fármacos sedantes, hipnóticos o anticolinérgicos; cirugía; shock; dolor descontrolado; alteraciones electrolíticas; infección del tracto urinario; estreñimiento; estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos; de privación del sueño.

Opciones de tratamiento y prevención

La**prevención** de caídas, la disminución en la duración de la hospitalización, así como la mejora de la funcionalidad y el estado cognitivo al alta, logran prevenir la aparición de delirium entre un 30-40%. Incidir en la reorientación, la movilización temprana, la corrección de los déficits sensoriales, la implementación del protocolo de sueño y la regulación de fármacos precipitantes. Los **fármacos**son empleados ante formas hiperactivas o mixtas de delirium, si la agitación psicomotora pone en riesgo la seguridad del paciente o la de sus cuidadores o si no se controlan los síntomas con las medidas no farmacológicas. Se recomienda iniciar la dosis más baja y administrarlo durante el menor tiempo posible:

PERMITE VÍA ORAL	NO PERMITE VÍA ORAL
Risperidona: 0,25-0,5mg/12h Se puede incrementar dosis según respuesta y tolerancia (máx 8mg/24h) **Haloperidol**: 10-15 gotas/8h (1-1,5mg/8h) Se puede administrar cada 2h hasta control de síntomas (máx 5mg/24h)	**Haloperidol** subcutáneo: iniciar media ampolla (2,5mg). Si no control a los 30 minutos, administrar 1 ampolla (5mg). Se puede repetir el ciclo controlando la aparición de efectos adversos
• **Olanzapina** 2,5-5mg/24h • **Quetiapina** iniciar 25mg/24h • **Aripiprazol** iniciar 5mg/24h	• **Aripiprazol** IM iniciar 2,5mg/24h • **Olanzapina** IM iniciar 2,5mg/24h

BIBLIOGRAFÍA

1. Tovar E, Alvarez E, Delirium en el adulto mayor hospitalizado. Revista médica clínica Las Condes, Vol 31, num1 (enero - febrero 2020), p 28-35. 2.

2. Romero L, Luengo C, Abizanda P, Protocolo del delirium en el anciano: diagnóstico y manejo. Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Albacete.

3. Grupo de trabajo del Delirium; Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Delirium en el paciente mayor: ¿qué debo saber para atender mejor a mis pacientes en Atención Primaria?