DELIRIUM Y DEPRESIÓN EN ANCIANOS BENEFICIARIO DE CUIDADOS PALIATIVOS

TUTOR ROBERTO ALVES LOURENCO
LEONILDE I. MORELO NEGRETE
MEDICA GERIATRA Y BIOETICISTA
UNIVERSIDAD DEL SINÚ
CORDOBA COLOMBIA
ALMA 2010

DELIRIUM

Trastorno de la función cognitiva, de carácter agudo o subagudo; de comienzo abrupto y duración relativamente breve, usualmente menor de un mes; de curso fluctuante; con alteración de la atención , en el ciclo sueño – vigilia y en la conducta psicomotora y con disminución del estado de conciencia.

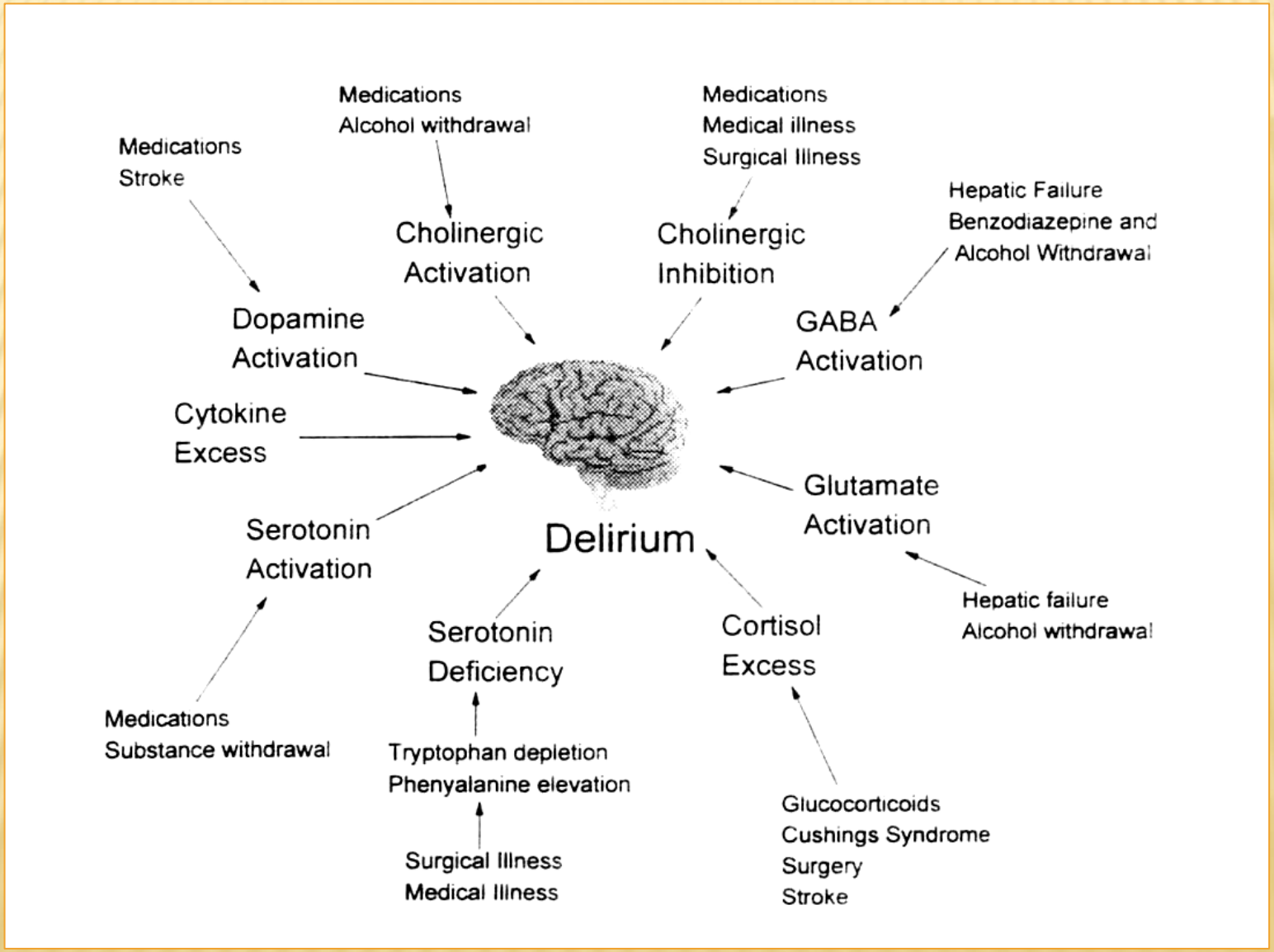
Remembering delirium. Br J Psychiatry 2002; 180:4-5.

EPIDEMIOLOGÍA

- Hasta el 70% no se diagnostica (en ancianos)
- Frecuencia
  - Comunidad 1%
  - Admisión urgencias → ancianos → 10-22%
  - Hospitalizados 12 % al 39% (sin o con demencia)
  - Posterior a cirugía general → 5 – 10%
- Hasta 81% en enfermedad avanzada oncológica o no oncológica en ancianos.

J Am Geriatr Soc 2005; 53: 495-500.

FISIOPATOLOGÍA



FISIOPATOLOGÍA



Diagnostico Clínico

■ Criterios para el diagnóstico de F05.0 Delirium debido a... [293.0] *(indicar enfermedad médica)*

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.

Nota de codificación: si el delirium está sobreañadido a una demencia preexistente, código F05.1.

Nota de codificación: incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F05.0 Delirium debido a encefalopatía hepática [293.0]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

TIPOS SEGÚN SU ETIOLOGÍA
DSM IV - TR

- Debido a una enfermedad medica
- Inducido por sustancias (intoxicación o abstinencia)
- Debido a múltiples etiologías
- No especificado

	Patients with cancer	General medical population	Postsurgical patients
Advanced age	+	+	+
Previously impaired cognition	+	+	+
Severity of illness	+	+	
Benzodiazepines	+	+	
Functional impairment		+	+
Metabolic abnormalities		+	+
Low albumin	+		
Bone metastases	+		
Liver metastases	+		
Haematological malignancies	+		
History of delirium	+		
Metastases to brain or meninges	+		
Opiods (dose related)	+		
Corticosteroids (dose related)	+		
Visual or hearing impairment		+	
Infection		+	
Alcohol abuse			+

Type of surgery (cardiac thoracic surgery bears a higher risk).

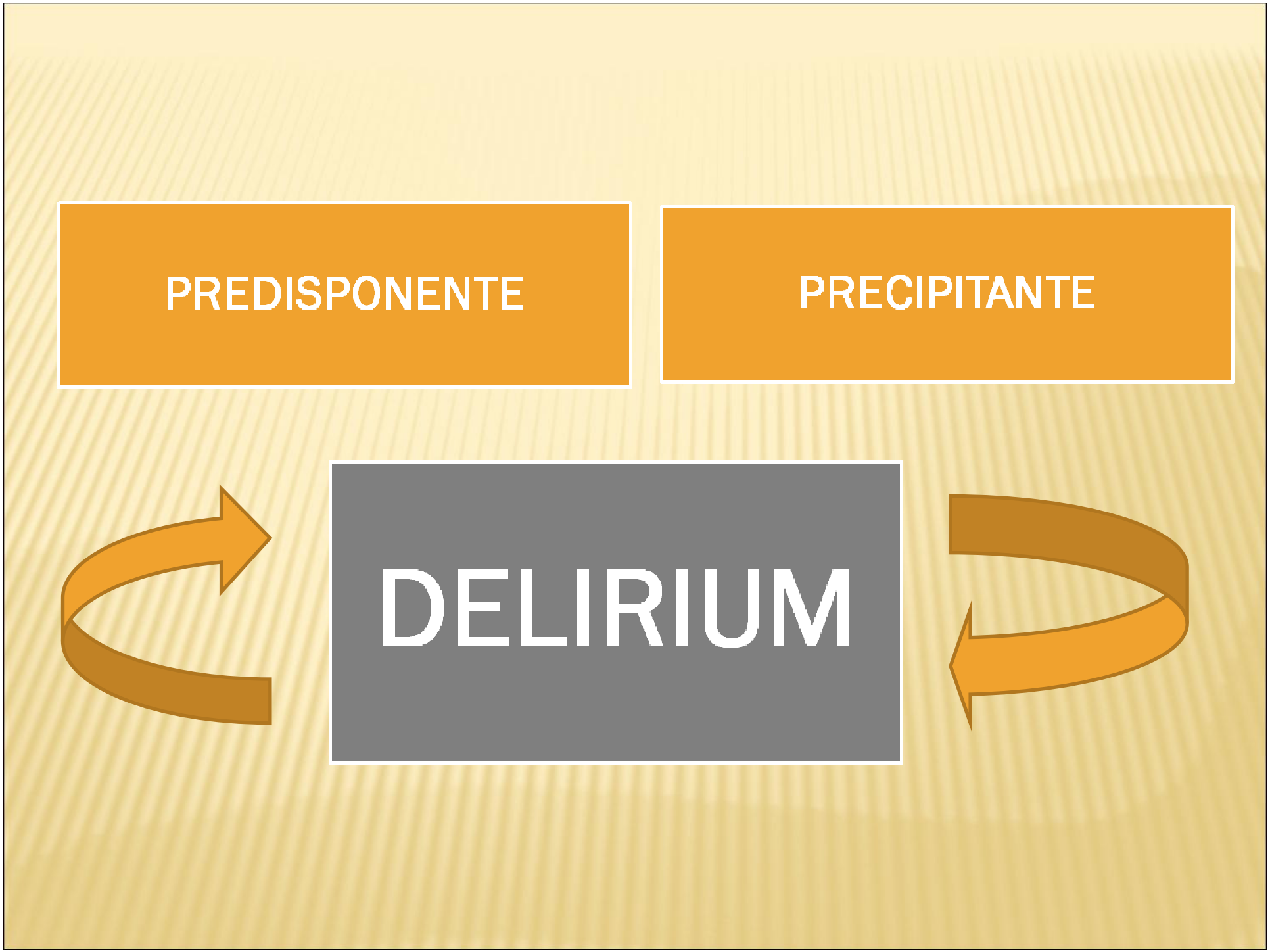
Table 2: Factors associated with the risk of developing delirium according to multivariate analysis in at least one study[2,7,20,24]

Lancet Oncol 2009; 10: 164–72

Panel 4: Causes of delirium in patients with cancer

- Drug toxicity
- Non-metastatic complications of cancer
  - Metabolic encephalopathy due to hepatic, renal, or pulmonary failure
  - Infections
  - Electrolyte abnormalities
  - Glucose abnormalities
  - Haematological abnormalities
  - Paraneoplastic neurological syndromes (rare)
- Toxic effects of antineoplastic therapies
  - Chemotherapy
  - Biological therapy (monoclonal antibodies)
  - Radiation to brain
- Nutritional deficiency (including thiamine, folic acid, vitamin B12 deficiency)
- CNS tumour, brain metastases, meningeal metastases
- Other diseases/conditions not related to cancer
  - CNS diseases (including cerebrovascular disease, infection, vasculitis, or trauma)
  - Cardiac disease
  - Lung disease
  - Endocrinopathy
- Alcohol or drug withdrawal (benzodiazepine and nicotine most common)

Lancet Oncol 2009; 10: 164–72


PREDISPONENTE
PRECIPITANTE
DELIRIUM

FACTORES PRECIPITANTES

- Enfermedad aguda
- Admisión al hospital o hogar geriátrico
- Periodo post quirúrgico y anestesia prolongada
- Uso de narcóticos y BZD
- Aislamiento social
- Uso de restricciones físicas
- Polifarmacia
- Malnutrición
- Uso de catéteres vesicales
- Eventos iatrogenicos

APROXIMACIÓN A TRATAMIENTO

- La prevención de su aparición suele por ello ser más efectiva que la detección temprana y su manejo.
- Se puede reducir el riesgo de su presentación entre un 30-40%, siendo las intervenciones esencialmente dirigidas a una alta calidad en los cuidados.

J Clin Nurs 2007; 16: 819-31.

INTERVENCIONES HACIA EL PACIENTE

- Comorbilidad
- Desequilibrios hidroelectrolíticos
- Infecciones
- Hipoxemia
- Transtorno en ciclo del sueño
- Limitaciones neurosensoriales
- Depresión

Am J Med 2007; 120: 807-13


Etiológico
Sintomático
Valoración integral Equipo
No farmacológico
Farmacológico

Tabla 6. Medidas preventivas del delírium

Factor de riesgo	Intervención
Deterioro cognitivo	**Programa terapéutico de actividades:** Actividades de estimulación cognitiva. — Reminiscencia. — Juego palabra. — Habilidades. — Hechos presentes. **Programa de orientación a la realidad:** — Tabla de orientación. — Horario. — Comunicación reorientadora.
Privación de sueño	**Estrategias de reducción del ruido:** — Triturado de orientación. — Buscapersonas silencioso. — Silencio en los pasillos. **Ajustar el horario de las intervenciones en el paciente respetando el sueño:** — Reajustar medicaciones, procedimientos, toma. — De constantes y actividad de enfermería. **Protocolo no farmacológico de sueño:** — Horario de acostarse, bebidas calientes.
Inmovilización	**Movilización precoz:** — Deambulación o ejercicios motores activos tres veces al día. **Minimizar equipos que inmovilizan:** — Reducir SV (sondajes vesicales) innecesarios. — Evitar restricciones. — Alargaderas de oxígeno.
Medidas psicoactivas	**Restringir su uso a lo estrictamente necesario:** — Sedantes. — Anticolinérgicos. **Reducir la dosis. Sustituir por las alternativas menos tóxicas.**
Déficit visual	**Proporcionar las ayudas visuales:** — Gafas. **Proporcionar equipos de adaptación:** — Luces junto al timbre, interruptores.
Déficit auditivo	**Proporcionar utensilios amplificadores:** — Audífono propio, pilas, reparación. **Proporcionar ayudas auditivas:** — Retirar tapones, comunicación cuidadora.
Deshidratación	**Detección precoz y repleción del volumen:** — Forzar ingesta hídrica, valorar fluidoterapia iv.

FARMACOS USADOS EN DELIRIUM

FARMACO	DOSIS APROXIMADA	VIA ADMINISTRACION
NEUROLEPTICOS		
Haloperidol	Inicio 0.5-5mg, Mantenimiento 5-20mg/d	vo, iv, im,sc vo, iv, im,sc?
Clorpromazina	12.5-50mg/4 o 12 hrs	vo, iv, im,sc
Levopromazina	12.5-50mg/4 o 12 hrs	Oral
Risperidona	0.5-1 mg/8 a 12 hrs	Oral
Onalazapina	2.5 a 10 mg/12 a 24 hrs	Oral
BENZODIACEPINAS		
Lorazepam	0.5 a 2 mg/8 a 12 hrs	Oral
Midazolam	Inicio 5-15mg Mantenimiento15-45mg/d	sc,iv sc, iv, icsc,iciv

DEPRESIÓN EN ANCIANOS Y CUIDADOS PALIATIVOS

DEPRESIÓN

Desde el momento del diagnóstico y durante todo el curso de la enfermedad, el paciente se encuentra sometido a un intenso estres emocional.

Las connotaciones psicosociales que acompañan al cáncer son de gran importancia para comprender los trastornos que se presentan durante el curso de la enfermedad.

El factor mas importante para afrontar esto es la personalidad previa del sujeto.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

- Los mismos criterios de la población general.
- Tener en cuenta la presentación atípica con queja somática deterioro en el cuidado personal y pérdida de peso.

CRITERIOS DSM IV-TR

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto de la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para experimentar placer.

Nota: no incluir los síntomas que son claramente debidos a una condición médica general o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día casi a diario según lo indica el propio sujeto (ej:, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (ej:, llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi a diario (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (ej. un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi a diario. Nota: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia casi a diario.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi a diario (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi a diario(no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej. una droga, un medicamento) o una condición médica (ej. hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (ej. después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

INTERVENCIONES

DIRIGIDAS A CUBRIR ASPECTOS BÁSICOS:

- PACIENTE Y FAMILIA.
- SINTOMATOLOGÍA.
- ENTORNO.
- CALIDAD DE VIDA.

A QUIENES VAMOS A TRATAR?

TRATAREMOS

A todos

Pero no de igual manera

INDIVIDUALIZADA

INTEGRAL

ETICA Y RESPONSABLE


Etiológico
Sintomático
Valoración integral Equipo
No farmacológico
Farmacológico

En la actualidad existe una amplia gama de psicofármacos antidepresivos que no muestran mayores diferencias en cuanto a eficacia (Tabla 2). Una revisión sistemática publicada en Cochrane en el año 2009, en donde se analizaron los estudios que compara varias clases de antidepresivos, concluyó que la eficacia de los diferentes grupos es similar, en especial los antidepresivos tricíclicos comparados con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). La principal diferencia entre estos grupos de psicofármacos radica en la tasa de abandono del tratamiento, que según la misma revisión, es mayor para los tricíclicos y se asocian al peor perfil de efectos adversos

TIPOS DE ANTIDEPRESIVOS

GRUPO DE ANTIDEPRESIVOS	NOMBRES GENÉRICOS
IMAO*	Fenelzina, tranilcipromina, isocarboxacida
TRICÍCLICOS	Amitriptilina, imipramina, clomipramina, nortriptilina
ISRS**	Fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram, escitalopram
IRSN***	Venlafaxina, duloxetina
ATÍPICOS	Trazodone, bupropión, mirtazapina

Inhibidores de la monoamino-oxidasa. ** Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. * Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina*

Y...LAS BENZODIACEPINAS

BENZODIACEPINAS DE VIDA MEDIA CORTA

ANTICONVULSIVANTES

MODULADORES DEL AFECTO

- CARBAMACEPINA
- ACIDO VALPROICO

Krishnan KR, Delong M. Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. Biol

PRONÓSTICO

- > Estancia.
- > Complicaciones.
- < Funcionalidad.
- > Institucionalización.
- > Mortalidad (Hospital. 25-33 %).
- > Síndromes geriátricos.

"J Am Geriatr Soc 2003; 51:754-60."

Table 1. Differentiating Hypoactive Delirium From Depression

Features	Hypoactive Delirium	Depression
Disturbance of arousal	Hypoaroused, hypoalert, drowsy	Normal level of arousal, awake, and alert
Cognitive changes	Short-term memory loss, dysnomia, impaired attention, decreased concentration, disorientation, agnosia, aphasia	Mild cognitive deficits may be present, primarily slowing of cognition, subjective problems with concentration
Temporal onset	Abrupt onset	Slow onset
Perceptual disturbances	Present in up to 75% of patients Visual hallucinations most common Misperceptions and illusions are common	Rarely present Only seen in depression with psychotic features Usually auditory hallucinations
Disturbance of thought content	Paranoid delusions often present Usually vague and not systematized	Guilt, worthlessness, hopelessness are common in depression Delusions are rare, but sometimes present in severe depression with psychotic features
Mood symptoms	Patients may appear sad, depressed, irritable Mood is often labile Disinhibition, due to delirium, can lead to expressions of desire for death or suicidal ideation	Patients frequently verbalize sad, depressed mood Suicidal ideation is common and related to thoughts of hopelessness, worthlessness, and guilt or burden
Psychomotor activity	Hypoactive, quiet, withdrawn Slowed	Usually hypoactive, withdrawn, or slowed Occasionally hyperactive and agitated
Family history	Not applicable	Family history of depression common
Past psychiatric history	Previous episodes of delirium may be present	Past episodes of depression not uncommon
Neurological examination	Asterixis, frontal release signs may be elicited	Usually normal examination

Agitation and Delirium at the End of Life: "We Couldn't Manage Him"

William Breitbart; Yesne Alici

JAMA. 2008;300(24):2898-2910 (doi:10.1001/jama.2008.885)

GRACIAS !

PREGUNTAS