

# Delirium en los diferentes escenarios de cuidados paliativos

## Delirium in different palliative care scenarios

Lennis J. Bedoya Muñoz<sup>1,2,\*</sup> , Natalia Botero Jaramillo<sup>1,2</sup>, Lina Ortiz<sup>2</sup>, María Ximena de la Ossa Durán<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad de La Sabana. Bogotá, Colombia.

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.

Fecha de recepción: 29 de agosto de 2024 / Fecha de aceptación: 03 de noviembre de 2024

### ABSTRACT

Patients in palliative care are a high-risk group from delirium, with prevalences as high and variable as 13% to 42%. Which is associated with significant distress for patients, families, and health professionals. Furthermore, delirium is associated with accelerated functional and cognitive deterioration, prolonged hospital stays, and increased risk of institutionalization and death. The following article aims to carry out a non-systematic review of the literature and expose the presentation of delirium in different palliative care scenarios.

**Keywords:** Delirium, palliative care, end of life.

### RESUMEN

Los pacientes en cuidados paliativos se encuentran en un grupo de alto riesgo de padecer delirium, con prevalencias tan altas y variables entre el 13% al 42%. Lo cual genera angustia significativa para los pacientes, las familias y los profesionales de la salud. Además, el delirium se asocia con deterioro funcional y cognitivo acelerado, estancias hospitalarias prolongadas, mayor riesgo de institucionalización y muerte. El siguiente artículo tiene como objetivo, realizar una revisión no sistemática de la literatura y exponer la presentación de delirium en los diferentes escenarios de cuidados paliativos.

**Palabras clave:** Delirium, cuidados paliativos, fin de vida.

### Introducción

El delirium es un síndrome multifactorial que resulta de la disfunción cerebral orgánica[1]. La prevalencia de este varía según la población evaluada, aproximadamente el 18% al 30% de los pacientes en hospitalización general podrían presentarlo y hasta 50% de los que ingresan a cuidados intensivos. En los grupos de cuidados paliativos la frecuencia es tan variable como de 13% a 42%, siendo mayor en fin de vida[2]. Sin embargo, la presencia de factores de riesgo aumenta la probabilidad de presentar dicha entidad (Tabla 1)[3]. Siendo la edad avanzada y la demencia factores de riesgo predisponentes comunes en la mayoría de los entornos de atención médica, con una incidencia de hasta el 56%[4]. Todo lo ante-

rior hace que el delirium sea altamente frecuente en pacientes que reciben cuidados paliativos. Hosie et al., menciona que 4 de cada 10 personas al ingresar a una unidad de cuidados paliativos padecerán esta entidad, con tasas más altas reportadas en hospicios[2].

Un estudio en población de cuidados paliativos realizado en el 2021, mostró que existen factores de riesgo importantes, que podrían no ser tenidos en cuenta en otro tipo de población, como deshidratación (OR: 3,22), caquexia (OR: 3,40), uso de opioide (OR: 2,4) anticolinérgicos (OR: 1,18) y el deterioro del estado funcional (OR: 2,54), además de otros factores de riesgo ampliamente descritos, como edad avanzada (OR 1,02), sexo masculino (OR 1,8), e hipoxia (OR: 0,87)[5].

Hablar de delirium en el ámbito de cuidados paliativos es

Lennis J. Bedoya Muñoz  
lennisbedoya13@gmail.com

\*ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4542-5454>

ISSN: 0716-4076



Tabla 1. Factores de riesgo en delirium

Edad mayor de 65 años
Discapacidad visual y auditiva
Deterioro cognitivo preexistente
Deshidratación e hipovolemia
Inmovilidad
Uso de múltiples medicamentos: Opioides, anticolinérgicos, esteroides, antidepresivos, benzodiacepinas y neurolépticos
Efectos adversos del tratamiento: quimioterapia o radioterapia
Alta carga de comorbilidades, síndromes paraneoplásicos, fallo o disfunción de órgano (corazón, hígado, riñón), accidente cerebro vascular, metástasis cerebrales, infección y sepsis

fundamental, no solo por la alta prevalencia, sino dado que tiene consecuencias negativas para el paciente, la familia y el entorno de quien lo padece. Es así como los estudios han mostrado que este aumenta el riesgo de mortalidad y morbilidad, se asocia con una mayor incidencia de caídas, estancias hospitalarias prolongadas y mayores costos de atención médica[6].

Los cuidados paliativos tienen como objetivo el cuidado del paciente y la familia de quien padece una enfermedad terminal, crónica, degenerativa o irreversible, buscando mejorar la calidad de vida y el bienestar de los pacientes y de sus familias[7]. Es por esto por lo que el delirium sigue siendo una condición que por sí misma empeora el pronóstico de las personas, no puede ser ajeno a la especialidad, sin embargo, se requiere un trabajo interdisciplinario y transversal con psiquiatría; especialmente en aquellos pacientes en contexto paliativo que presentan delirium y no se encuentran en fin de vida[4].

Características clínicas del delirium en pacientes en escenarios de cuidados paliativos

El delirium es con frecuencia pasado por alto por el equipo de atención médica, esto puede deberse a la falta de reconocimiento de las características clínicas, la superposición con la demencia, la confusión entre los elementos hipoactivos del delirium con la depresión y la fluctuación en la intensidad de los síntomas y los momentos de lucidez transitoria en los pacientes[1].

El sello distintivo del delirium es la fluctuación en la atención en un período corto de tiempo (horas-días)[8]. También

pueden ocurrir otros cambios en la cognición como desorientación, déficit de memoria, alteraciones en el lenguaje, trastornos del pensamiento, capacidad visoespacial o percepción. Otros hallazgos clínicos son la alteración del ciclo sueño-vigilia, alteraciones de sensopercepción, ideación delirante y actividad psicomotora anormal[9].

Tipos

El delirium como se mencionó anteriormente es una entidad multifactorial y con diversas manifestaciones, clínicamente se pueden presentar tres subtipos: hipoactivo, hiperactivo o mixto (Tabla 2)[9].

El delirium hipoactivo es común en pacientes que se acercan al final de la vida[10]. Los pacientes ancianos según el estudio de Van Velthuisen et al., durante la hospitalización tienen una prevalencia de delirium hiperactivo de 77% en su cohorte comparado con el 23% en quienes se reportó hipoactivo[11].

Herramientas diagnósticas en contexto de cuidados paliativos

El delirium continúa siendo subdiagnosticado, sin embargo, cada vez se han creado más escalas con el fin de precisar un primer acercamiento a este tipo de pacientes. Dentro de las escalas validadas en cuidados paliativos para la detección del delirium se encuentran el método de evaluación de confusión (CAM), CAM-UCI, escala 4AT y la escala de detección de enfermedad de delirium[12].

Tabla 2. Tipos de delirium

Áreas alteradas	Delirium hiperactivo	Delirium hipoactivo
Estado de consciencia	Normal o somnoliento	Letárgicos/ somnolientos
Conducta Motora*	Agitación, Inquietud e hiperactividad	Disminuida
Atención	Hipoproséxico	Hipoproséxico
Lenguaje	Aumentado	Disminuido
Pensamiento	Ideas delirantes o persecutorias	
Sensopercepción		Alterado: Alucinaciones
Orientación		Desorientados en tiempo, espacio y en persona Usualmente en ese orden

\*Principal diferencia entre ambos; Creada por el autor[9].

CAM es un método de evaluación de la confusión, el cual consta de cuatro elementos: A) inicio agudo y curso fluctuante; B) falta de atención; C) pensamiento desorganizado y D) alteraciones en el nivel de conciencia, A y B siempre deben estar presentes, más uno de los otros criterios para ser diagnóstico[13].

Otra opción que permite tamizar la presencia de delirium es la pregunta única en el delirium (SQiD) en la que se indaga al cuidador "¿Siente que (nombre del paciente), ha estado más confundido últimamente?"[14]. Posterior a tener un tamizaje positivo para las escalas de delirium se recomienda la evaluación del paciente y entrevista al familiar para establecer la presencia de criterios diagnósticos del DSM-V[10].

### Tratamiento del delirium en cuidados paliativos

El tratamiento del delirium en cuidados paliativos se sustenta en la gestión, intentado que el paciente esté alerta, tranquilo, sin dolor, y con capacidad de comunicarse, esto resalta la importancia de optimizar las medidas de confort que buscan los cuidados paliativos. Dentro de este aspecto es importante considerar la seguridad del paciente y de quienes le rodean, la mejor ubicación para la atención (hogar, hospital, hospicio, unidad de cuidados paliativos, entre otros), educar e informar al paciente y su familia, y control de otros elementos potencialmente perpetuadores o agravantes del delirium como estreñimiento, deshidratación, retención urinaria, entre otros[15].

Como medidas generales se encuentra el tratamiento de causas potencialmente reversibles, como infecciones, alteraciones metabólicas, farmacológicas entre otras. En caso de tratarse de un paciente quirúrgico, se sugiere no premedicar con benzodiacepinas, monitorizar la profundidad de la anestesia, y fomentar una adecuada evaluación y manejo del dolor[14],[16],[17],[18].

El manejo no farmacológico del delirium (Tabla 3) en el paciente paliativo se basa en medidas para proveer bienestar, asegurar la funcionalidad, prevenir la privación sensorial, mantener la hidratación y los ciclos de sueño vigilia. Por tanto, se aconseja minimizar el uso de catéteres e inmovilizadores, controlar adecuadamente el dolor, dar medidas de orientación (reloj, fotos de familiares, etc) y realizar actividades cognitivas[13],[18].

A nivel farmacológico, el aumento dopaminérgico y la disminución colinérgica explican el uso de antipsicóticos, y el retiro de medicamentos que aumentan el riesgo de padecer delirium, como los anticolinérgicos y las benzodiacepinas, aunque estas últimas están indicadas en el manejo del delirium asociado a abstinencia de alcohol[21]. Un metaanálisis de Cochrane concluye que los ensayos clínicos no muestran muchas diferencias en la utilidad de los distintos tipos de antipsicóticos y en comparación con placebo, incluso pueden empeorar síntomas, solo demostrándose su beneficio en casos de agitación[23].

Entre los antipsicóticos típicos, están las fenotiazinas y las butirofenonas. Las fenotiazinas (levomepromazina, clorpromazina, pipotiazina) son asociadas a sedación, efectos anticolinérgicos como sequedad en mucosas, y antagonismo alfa adrenérgico que causa hipotensión y puede complicar el delirium. Es por esto que se recomiendan más las butirofenonas (haloperidol, droperidol), que tienen un alto potencial antipsicótico, ya que bloquea los canales dopaminérgicos, con pocos efectos anticolinérgicos, y mínimos efectos cardiovasculares, no cuenta

con metabolitos activos, y causa menos sedación. Sin embargo, se asocian a más efectos extrapiramidales[24]. Con respecto a los antipsicóticos de segunda generación, la olanzapina causa mayor sedación, mientras que aripiprazol y risperidona son los que tienen menos efectos adversos. La quetiapina tiene menos efectos extrapiramidales[23],[25]. Sin embargo, el estudio de Agar et al., 2019 y Agar, 2017, en el escenario paliativo, demostraron que los síntomas conductuales, comunicativos y perceptivos asociados al delirium fueron mayores en pacientes paliativos con el uso de antipsicóticos en comparación con placebo, por lo que estos deben reservarse para pacientes con síntomas conductuales, secundarios a delirium hiperactivo con agitación psicomotora[26],[27].

La guía ESMO de delirium en pacientes con cáncer desaconseja el haloperidol y la risperidona en pacientes con delirium leve a moderado. El uso de antipsicóticos puede causar eventos adversos como extrapirimalismo, disquinesia tardía y síndrome neuroléptico maligno. Sin embargo, estos efectos pueden disminuir si se evita la vía intravenosa. El haloperidol y la mayoría de los antipsicóticos pueden aumentar el intervalo Qt, llevar a arritmia de puntas torcidas, que podría generar fibrilación ventricular e incluso la muerte. Otros efectos adversos, aunque raros de dichos medicamentos son: disminución del umbral convulsivo (predominio en antipsicóticos atípicos), galactorrea, aumento de enzimas hepáticas y movimientos anormales[18],[21].

Otros antipsicóticos recomendados son los de segunda generación, como la olanzapina, quetiapina y el aripiprazol, todos opcionales, con un grado de recomendación C donde se deben sopesar riesgos y beneficios. Siendo los antipsicóticos de acción corta los que han demostrado mejores resultados[21].

Las benzodiacepinas no se recomiendan en todos (Tabla 4) los escenarios del delirium, por su potencial pro delirium, sólo en casos de delirium asociado a abstinencia por alcohol o las mismas benzodiacepinas, o en sedación paliativa en el escenario de fin de vida, incluso para control de síntomas asociados al delirium[26]. Los efectos adversos más comunes son sedación, desinhibición comportamental, amnesia, ataxia, depresión respiratoria, dependencia física, insomnio de rebote, abstinencia y delirium. La población más proclive a desarrollar estos efectos secundarios es la geriátrica y la pediátrica. No se recomiendan en paciente con delirium y encefalopatía hepática (sólo si se requieren, deben usarse las benzodiazepinas metabolizadas por glucuronidación como lorazepam, oxazepam y temazepam), y deben evitarse en paciente con insuficiencia respiratoria[18].

Los opioides pueden ser útiles en el tratamiento del delirium en los escenarios de hipoxia, fatiga, disnea y dolor. Sin embargo, esto es contradictorio, dado que estos pueden exacerbar o ser causa de delirium (como se verá en las siguientes secciones) [18],[19].

### Delirium asociado a opioides

Diversos estudios han mostrado la relación existente entre el uso de opiáceos y el riesgo de resultados adversos como el delirium, por lo que se recomienda un uso cauteloso[30], sin embargo, el riesgo de delirium en pacientes con dolor es mayor que en aquellos con uso adecuado de opioides[31]. En el estudio realizado por Denny et al., en pacientes mayores en posoperatorio de cirugía articular, se observó que el dolor era un

Tabla 3. Medidas generales del manejo del delirium

Comparativo de las GPC	Medidas generales
NICE general[15]	Trate la causa del delirium. Si persiste reevalúe las causas, y considere evaluar demencia. Eduque e informe al paciente, familiares o cuidadores sobre el delirium
NICE final de vida[19]	Trate causas reversibles de agitación, ansiedad o delirium
EJA Sociedad Europea de Anestesiología[16]	Evite premedicar con benzodiacepinas a excepción de paciente con ansiedad grave (A). Monitorizar profundidad de la anestesia (A). Evaluar y tratar el dolor (A). Use un régimen continuo de analgesia intraoperatoria (B). Promover el diagnóstico, establecer diagnósticos, diferencias y tratar el POD (A). Pediatría: use midazolam para disminuir ansiedad preoperatoria (B). Balancear el uso de anestésicos inhalados (B). Use $\alpha$ 2-agonistas como clonidina y dexmedetomidina para reducir el riesgo de delirium (B). Use un manejo preventivo del dolor para disminuir el riesgo de delirium (B)
AGS: Sociedad americana de Geriátría[17]	Intervenciones medioambientales: Reducir los factores que pueden exacerbar el delirium, aumentar la confusión o la percepción equivocada. Disminuir tiempo en la UCI, organización de los ciclos sueño vigilia, disminuir ruidos externos como alarmas de bombas, ruidos de aparatos, entre otros. Evitar la infra estimulación y la privación sensorial: implementar el uso de calendarios, relojes, objetos para hacer el entorno más familiar Implementar audífonos, lentes, entre otros dispositivos sensoriales. Realice un manejo del dolor posoperatorio preferiblemente con medicamentos no opioides (fuerte). Evitar medicamentos con alto riesgo de producir delirium (fuerte). Evidencia en contra: la creación de unidades especializadas para el cuidado de adultos mayores con delirium postoperatorio
DAS Guideline[20]	Para el tratamiento del delirium en niños se recomienda la combinación de intervenciones sintomáticas, farmacológicas, no farmacológicas, psicológicas y sociales, tanto como los diagnósticos diferenciales para identificar causas potenciales (4, 3b, B)
APA: Asociación Psiquiátrica Americana[18]	Coordinar el cuidado del paciente con otras especialidades. Identificación de la causa para tratar la etiología. Seguridad del paciente, educación al paciente, la familia y otros clínicos, sobre delirium. factores de riesgo y episodios futuros. Intervenciones ambientales. Hacer del entorno más familiar, facilitar la orientación. Evitar medicamentos que empeoren delirium. Realizar un manejo adecuado del dolor que podría empeorar el delirium
ESMO[21]	Gestión de la polifarmacia. Rotación de opioides. Hidratación. Corrección de electrolitos. Manejo de la infección
GPC Colombia[22]	Se debe identificar y tratar las causas desencadenantes, dar información adecuada a familiares y cuidadores y valorar la necesidad de tratamiento sintomático farmacológico (D)

Comparativo de manejo del delirium según las GPC: Elaboración propia. Siglas. POD: Delirium postoperatorio; Niveles de evidencia I: evidencia de más alta calidad, ensayos clínicos aleatorizados y metaanálisis; II: ensayos aleatorizados pequeños con baja calidad metodológica; III: estudios de cohorte prospectivos; IV: estudios de cohorte retrospectiva, y casos y controles; V: estudios con un grupo de control, reporte de casos, y opinión de experto. A: evidencia fuerte, con un beneficio clínico sustancial, fuertemente recomendado; B: evidencia fuerte a moderada, con un beneficio clínico limitado, generalmente recomendado; C: evidencia insuficiente para eficacia o beneficio que no supera los riesgos, es opcional; D: evidencia moderada contra la eficacia o de resultados adversos, generalmente no se recomienda; E: evidencia sólida en contra o con resultados adversos, nunca se recomienda.

factor de riesgo estadísticamente significativo para la presencia de delirium, por su parte, el uso de opioides no tuvo diferencias estadísticamente significativas[32].

La relación entre opioides y delirium también ha sido estudiada en los servicios de urgencias donde se encontró que entre los pacientes con intensidad de dolor  $\geq 65$  puntos en una escala visual análoga de 0 a 100 puntos (VAS 0-100) el 26% experimentaron delirium comparado con el 11% de los pacientes con VAS menor de 65 ( $p < 0,01$ ), mientras que la asociación encontrada entre el consumo de opioides y delirium no mostró diferencias estadísticamente significativas. ( $p = 0,31$ )[33].

Con respecto al riesgo de delirium según el tipo de opioide, en el 2017 se realizó una revisión sistemática donde se incluyeron 6 estudios observacionales de moderada y baja calidad, tratando de identificar el riesgo de delirium con los diferentes tipos de opioides, donde se encontró que el uso de tramadol o meperidina tienen un mayor riesgo de delirium, comparado

con morfina, fentanilo, oxicodona y codeína, además el riesgo pareció ser menor con hidromorfona o fentanilo, según los resultados de los diferentes estudios analizados en la revisión sistemática de Swart et al[32],[34].

Con respecto a opioides orales no se encontró diferencias significativas en la incidencia de delirium entre las tabletas de liberación prolongada de sulfato de morfina (4,8%) las tabletas de liberación prolongada de clorhidrato de oxicodona (6,9%), y tabletas de liberación prolongada de clorhidrato de tapentadol (6,7%) en pacientes que previamente no habían recibido opioides, sin embargo se identificó que la incidencia de delirium era menor que con la formulación oral, que con la formulación intravenosa[35].

Ante la sospecha de un paciente con delirium inducido por opioides es necesario en primera instancia, descartar otras causas que puedan empeorar la condición actual como infecciones, deshidratación, trastornos hidroelectrolíticos, etc. Posterior

Tabla 4. Resumen Guías de práctica clínica más comunes para tratamiento del delirium

Tratamiento farmacológico resumen comparativo GPC	
NICE general 2010[15]	En agitación use ciclo de 1 semana o menos de haloperidol, titulando la dosis
NICE final de vida 2015[19]	Use antipsicóticos para manejo del delirium o agitación. Benzodiacepinas para manejo de ansiedad o agitación
AGS: Sociedad Americana de Geriátrica (2015)[17]	Uso de antipsicóticos (haloperidol, olanzapina, quetiapina o ziprasidona) en la dosis más baja efectiva, y su duración más baja efectiva, puede ser considerado para tratar a pacientes agitados o que pueden auto o heteroagredirse (débil) No debe prescribirse inhibidores de la colinesterasa para prevenir o tratar el delirium postoperatorio, ni benzodiacepinas como primera línea de tratamiento para la agitación asociada a delirium (fuerte) Antipsicótico y benzodiacepinas deben ser evitados en el tratamiento de delirium hipoactivo (fuerte)
APA: Asociación Psiquiátrica Americana (2010)[18]	Haloperidol: Más usado porque tiene menos efectos anticolinérgicos, metabolitos activos, y menor probabilidad de hipotensión y sedación. También se puede usar droperidol, risperidona, olanzapina y quetiapina. Se debe realizar un electrocardiograma si el intervalo Qtc es mayor de 450ms, o aumento del 25% del QTc de base debe evitarse su uso Benzodiacepinas: uso en delirium causados por abstinencia al alcohol o síntoma refractario
ESMO (2018)[19]	Delirium inducido por opioides: Se debe rotar y disminuir un 30 a 50%, se recomienda hacerlo a fentanilo o metadona (V, B) El uso de antipsicóticos: haloperidol, olanzapina (III, C), quetiapina (V,C), aripiprazol (IV, C) puede ser beneficioso en tratamiento sintomático del delirium Las benzodiacepinas solo en casos de crisis, angustia o riesgos para la seguridad del paciente que no mejore con antipsicóticos, abstinencia por alcohol y benzodiacepinas. Use la dosis efectiva más baja y por corto tiempo En delirium refractario en contexto de fin de vida se recomienda sedación paliativa
GPC Colombia[22]	Haloperidol como fármaco de elección (B), añadir Lorazepam en caso de delirium con ansiedad o agitación (D), midazolam en caso de agitación intensa no controlada con haloperidol (D) Reservar el uso de antipsicótico atípicos para casos donde el haloperidol está contraindicado como Parkinson o demencia por cuerpos de Lewy (D)

Comparativo de manejo del delirium según las GPC. Elaboración propia. Siglas. GPC: Guías de práctica clínica; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; SIADH: Síndrome de Secreción Inadecuada de Hormona Antidiurética; POD: Delirium postoperatorio; Qtc: Intervalo QT corregido; Ms: Milisegundos. Niveles de evidencia I: evidencia de más alta calidad, ensayos clínicos aleatorizados y metaanálisis; II: ensayos aleatorizados pequeños con baja calidad metodológica; III: estudios de cohorte prospectivas; IV: estudios de cohorte retrospectiva, y casos y controles; V: estudios con un grupo de control, reporte de casos, y opinión de experto. A: evidencia fuerte, con un beneficio clínico sustancial, fuertemente recomendado; B: evidencia fuerte a moderada, con un beneficio clínico limitado, generalmente recomendado; C: evidencia insuficiente para eficacia o beneficio que no supera los riesgos, es opcional; D: evidencia moderada contra la eficacia o de resultados adversos, generalmente no se recomienda; E: evidencia sólida en contra o con resultados adversos, nunca se recomienda.

a esto se debe considerar la rotación de opioides con una disminución de la dosis de 25% o 30%, principalmente cuando hay signos de neurotoxicidad por el medicamento y administración de un antipsicótico en caso de agitación[21].

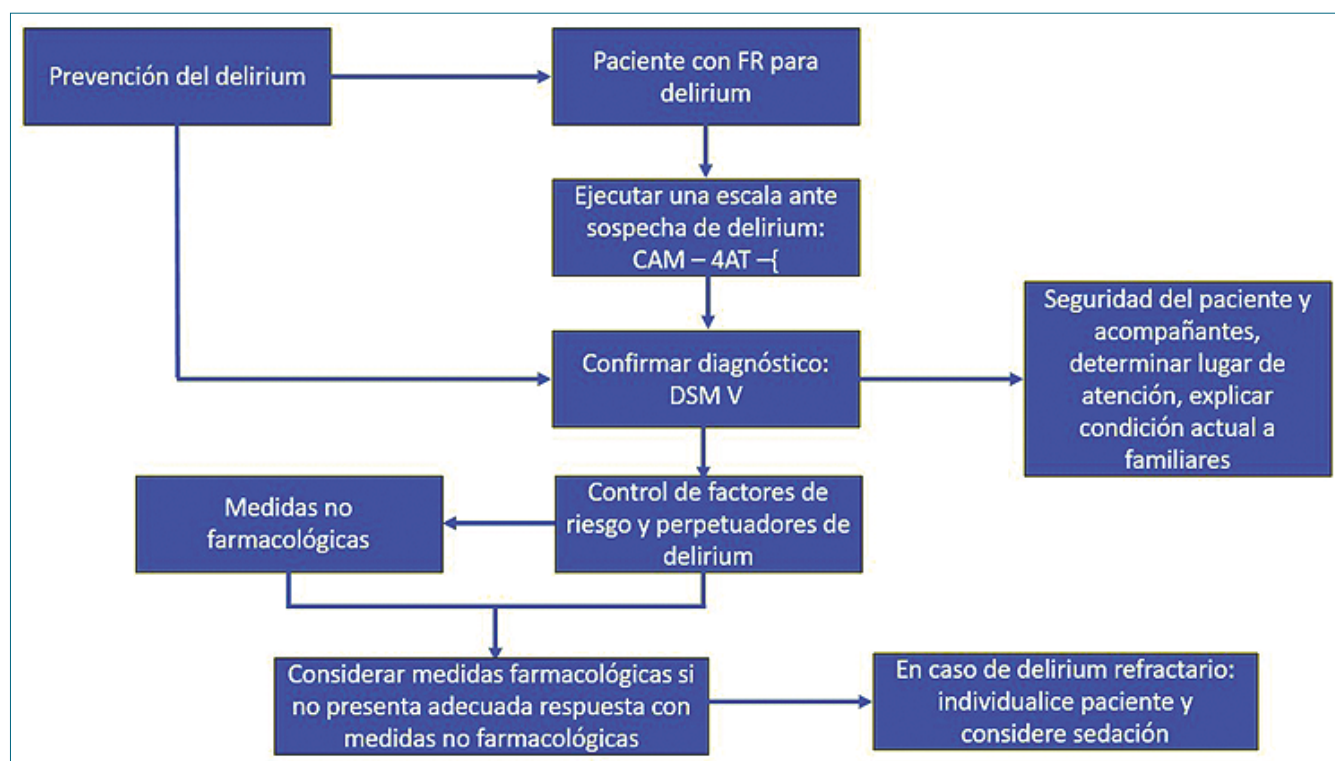
### Delirium en paciente en fin de vida

El delirium es un trastorno neuropsiquiátrico frecuente en personas con enfermedades que limitan la vida, se calcula que, en la etapa de fin de vida, la prevalencia oscila entre el 58% y el 88% con un promedio de 75%[36], algunos estudios, incluso reportan que hasta el 90% de los pacientes al final de la vida presentan delirium[28]. Entre los pacientes que ingresan al hospital y mueren en el transcurso del día se ha encontrado una prevalencia promedio del 58%[37]. El delirium en fin de vida, se manifiesta principalmente de forma hipoactiva, con presencia de letargia o somnolencia, sin embargo, también podemos encontrar pacientes con agitación o inquietud[38]. Es importante tener en cuenta e informar a los familiares que este es un

predictor independiente de mortalidad y, por lo tanto, puede anunciar la transición hacia el final de la vida en personas con una enfermedad grave como pacientes oncológicos[6].

El delirium trae múltiples inconvenientes en etapas avanzadas de la enfermedad, dado que dificulta la comunicación, la toma de decisiones e interrumpe la comunicación, además la detección de este puede ser difícil, sin embargo, una anamnesis adecuada con los miembros de la familia o cuidadores es una parte fundamental, porque a menudo notan los cambios en la cognición y la atención más rápido que el mismo personal de la salud[39].

De manera similar, en poblaciones de cuidados paliativos, (Figura 1) se ha confirmado un aumento de la mortalidad asociada con el delirium[40]. Es así como los puntajes de pronóstico en enfermedades avanzadas incluyen el delirium como predictor de mortalidad, como el índice pronóstico paliativo (PPI), el puntaje de pronóstico paliativo (PaP Score) y la predicción de mortalidad hospitalaria en pacientes con cáncer avanzado (IMPACT)[21].



**Figura 1.** Flujograma de abordaje de delirium (Creación propia).

En el PPI, la presencia de delirium en un único momento, sin tener en cuenta la duración o la gravedad del delirium, tuvo una sensibilidad del 80% y una especificidad del 85% para predecir la supervivencia en el cáncer avanzado[41]. Por su parte, cuando se agrega un diagnóstico de delirium al PaP score, es un predictor independiente de supervivencia en cáncer avanzado, con una mediana de supervivencia de 21 días (IC 95% 16-27) [42].

El manejo del delirium en el paciente en final de vida está dirigido al control sintomático, siendo el objetivo principal el confort del paciente, la seguridad de él y su familia, además de la comprensión adecuada por parte de familiares acerca del contexto actual del paciente. Dado que en la mayoría de los casos es multifactorial, se debe descartar causas como retención urinaria, estreñimiento o dolor, además de agentes farmacológicos pro delirium, los cuales deberán retirarse siempre y cuando no afecten el control sintomático[39]. En este caso como en las otras causas del delirium, el tratamiento farmacológico se realizará sólo en aquellos pacientes con agitación significativa, con el objetivo de mejorar la carga sintomática del paciente[43].

Finalmente, en caso de no lograrse un adecuado control de los síntomas del delirium con el manejo farmacológico debe considerarse un síntoma refractario, y por tanto, es indicativo de sedación paliativa. Es importante mencionar que el delirium ha mostrado ser la principal causa de sedación paliativa en algunas cohortes de pacientes, especialmente en la población oncológica[42].

### Delirium y su relación con los cuidados paliativos en Colombia

En Colombia, existe una escasa producción académica que se ha centrado en identificar los factores de riesgo y en la prevención del delirium, con algunos aportes para su manejo, principalmente en contexto de la pandemia por COVID-19, y en los cuidados paliativos[43],[44]. Un estudio realizó una encuesta a psiquiatras y residentes sobre las prácticas preventivas para el delirium, quienes en 70% respondieron acerca de acciones psicoeducativas, de cuidado del estado cognitivo basal, la higiene del sueño, corrección de problemas sensoriales y manejo del dolor. Con respecto a evaluar e incidir en la hidratación de los pacientes, solo 61,4% mencionó esta estrategia, con respecto al uso de medicamentos con fines preventivos como antipsicóticos o colinérgicos fue menor al 20%, y cerca del 50% afirmaron continuar el uso medicamentos colinérgicos en caso de riesgo de delirium, si el paciente ya lo venía tomando[44].

Durante la pandemia COVID-19, el Comité de Psiquiatría de Enlace de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, creó un consenso sobre manejo de delirium en pacientes con infección por Sars-CoV-2, en relación con las medidas no farmacológicas para prevenir el delirium, recomendaron además la estrategia TANA: tolerar, anticiparse y no agitar, solo realizar contención mecánica cuando no sirven las intervenciones no farmacológicas y farmacológicas, y existe un riesgo de auto o hetero agresión, y uso de medidas para evitar la privación sensorial. En relación con el uso de fármacos se advirtieron las posibles inte-



racciones cardiológicas y neurológicas de los antipsicóticos por lo que se recomienda individualizar casos y disminuir su tiempo de uso, así como, el evitar el uso de benzodiacepinas como primera opción farmacológica[45].

Un estudio observacional de cohortes analizó los factores asociados con delirium de pacientes en una UCI, con una incidencia del 20,2%, predominio hipoactivo 66,7%, hiperactivo 7,4% y mixto 25,9%, identificando como factores de riesgo el uso de sedantes, acidemia metabólica, ventilación mecánica, edad mayor a 60 años, un puntaje APACHE mayor a 14 puntos, así como las infecciones[46]. Otro estudio observacional retrospectivo analizó los síndromes geriátricos con la prevalencia de delirium, concluyendo que los factores de riesgo asociados al delirium son úlceras por presión al ingreso, deterioro funcional, desnutrición, antecedente de demencia, infección al ingreso, y una pobre red de apoyo social[47]. Otro estudio observacional prospectivo de cohorte observó la concordancia y discordancia con respecto al diagnóstico de delirium entre interconsultantes y la valoración por el psiquiatra de enlace, encontrando una concordancia del 64,3%, reconociéndose la edad avanzada como la única variable clínica y demográfica estadísticamente significativa con alto nivel de concordancia diagnóstica, lo que demuestra la complejidad del diagnóstico de delirium y su identificación por profesionales no psiquiatras de manera adecuada y oportuna[48]. Finalmente, encontramos un ensayo clínico aleatorizado comparando la eficacia de un programa de enfermería para la prevención del delirium con no aplicarlo, encontrándose una menor incidencia en el grupo de intervención del delirium de 5% RR 0,2 (IC 95% de 0,05 a 0,88), frente a los controles con 24%, con un NNT de 5. Este programa se enfocó en manejar cuatro factores de riesgo de delirium: el estímulo cognitivo, la orientación en la realidad, la orientación en tiempo y espacio, y los estímulos visuales y auditivos usando material didáctico, fotografías, dibujos y porte familiar[49].

## Conclusiones

El delirium es un síndrome confusional prevalente en los escenarios paliativos, con mayor frecuencia en el final de la vida, por tanto, su identificación, prevención y tratamiento es de gran importancia, ya que impacta en la calidad de vida de los pacientes y sus familias, disminuye en tiempo de estancia hospitalaria y la morbilidad de los pacientes. Las herramientas diagnósticas más relevantes son el método de evaluación de confusión (CAM y CAM-UCI), la escala 4AT y la escala de determinación de detección de enfermería de delirium, y se recomienda recurrir a los criterios diagnósticos del DSM-V.

Con respecto al tratamiento se recomienda siempre identificar las causas potencialmente reversibles, y acudir a las medidas no farmacológicas. A nivel farmacológico, el uso de antipsicóticos, según los estudios ha demostrado efectividad cuando se trata de síntomas de delirium hiperactivo como agitación y cuando los síntomas son graves, por lo que se desaconseja en delirium moderado y leve, o en delirium hipoactivo. La elección, cuando es pertinente su uso depende del tipo de paciente y de los efectos adversos que se deseen evitar. En relación con las benzodiacepinas, estas se usan principalmente para delirium asociado a abstinencia a alcohol o a benzodiacepinas, o en el escenario de sedación paliativa en fin de vida.

El dolor es un síntoma causante de delirium, sin embargo, el uso de opiáceos se asocia a este, principalmente el tramadol y meperidina. Ante este escenario, se sugiere descartar otras causas y realizar una rotación de opiáceos, así como una disminución de estos, sobre todo cuando se tienen síntomas de neurotoxicidad. En fin de vida, el delirium es una entidad no solo altamente prevalente, sino que representa un reto en su manejo, además porque altera la comunicación con el paciente y la toma de decisiones. Este se asocia a una mayor mortalidad, por lo que se incluye en las escalas pronósticas. Su manejo está orientado al control sintomático, y al confort y seguridad del paciente y su familia. Por tanto, cuando no se consigue un adecuado control, se debe recurrir a la sedación paliativa.

## Referencias

1. Bush SH, Tierney S, Lawlor PG. Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting. *Drugs*. octubre de 2017;77(15):162343. <https://doi.org/10.1007/s40265-017-0804-3>.
2. Hosie A, Davidson PM, Agar M, Sanderson CR, Phillips J. Delirium prevalence, incidence, and implications for screening in specialist palliative care inpatient settings: a systematic review. *Palliat Med*. junio de 2013;27(6):486-98. <https://doi.org/10.1177/0269216312457214>.
3. Oliveira J, E Silva L, Berning MJ, Stanich JA, Gerber DJ, Murad MH, Han JH, et al. Risk Factors for Delirium in Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Emergency Medicine*. octubre de 2021;78(4):549-65.
4. Davis DHJ, Muniz-Terrera G, Keage HAD, Stephan BCM, Fleming J, Ince PG, et al. Association of Delirium With Cognitive Decline in Late Life: A Neuropathologic Study of 3 Population-Based Cohort Studies. *JAMA Psychiatry*. 1 de marzo de 2017;74(3):244-51.
5. Guo D, Lin T, Deng C, Zheng Y, Gao L, Yue J. Risk Factors for Delirium in the Palliative Care Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 21 de octubre de 2021;12:772387. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.772387>.
6. Agar MR, Quinn SJ, Crawford GB, Ritchie CS, Phillips JL, Collier A, et al. Predictors of Mortality for Delirium in Palliative Care. *J Palliat Med*. noviembre de 2016;19(11):1205-9.
7. Benítez Del Rosario MA, Asensio Fraile A. Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. *Aten Primaria*. 2002 Jan;29(1):50-2. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)70499-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)70499-X) PMID:11820964
8. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2009 Apr;5(4):210-26. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2009.24> PMID:19347026
9. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2014. 438 pp.
10. Albrecht JS, Marcantonio ER, Roffey DM, Orwig D, Magaziner J, Terrin M, et al. Stability of postoperative delirium psychomotor subtypes in individuals with hip fracture. *J Am Geriatr Soc*. mayo de 2015;63(5):970-6.
11. van Velthuis EL, Zwakhalen SM, Mulder WJ, Verhey FR, Kempen GI. Detection and management of hyperactive and hypoactive delirium in older patients during hospitalization: a retrospective cohort study evaluating daily practice. *Int J Geriatr Psychiatry*.

- 2018 Nov;33(11):1521–9. <https://doi.org/10.1002/gps.4690> PMID:28194812
12. Ryan K, Leonard M, Guerin S, Donnelly S, Conroy M, Meagher D. Validation of the confusion assessment method in the palliative care setting. *Palliat Med.* 2009 Jan;23(1):40–5. <https://doi.org/10.1177/0269216308099210> PMID:19010967
13. Bramati P, Bruera E. Delirium in Palliative Care. *Cancers (Basel).* 23 de noviembre de 2021;13(23):5893. <https://doi.org/10.3390/cancers13235893>.
14. Sands MB, Dantoc BP, Hartshorn A, Ryan CJ, Lujic S. Single Question in Delirium (SQiD): testing its efficacy against psychiatrist interview, the Confusion Assessment Method and the Memorial Delirium Assessment Scale. *Palliat Med.* 2010 Sep;24(6):561–5. <https://doi.org/10.1177/0269216310371556> PMID:20837733
15. Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2010 [citado 19 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
16. Aldecoa C, Bettelli G, Bilotta F, Sanders RD, Audisio R, Borozdina A, et al. European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensusbased guideline on postoperative delirium. *Eur J Anaesthesiol.* abril de 2017;34(4):192–214.
17. American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. American Geriatrics Society abstracted clinical practice guideline for postoperative delirium in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015 Jan;63(1):142–50. <https://doi.org/10.1111/jgs.13281> PMID:25495432
18. McIntyre. John. et al. American Psychiatric Association Steering Committee on practice Guidelines. *APA Practice Guidelines*; 2010.
19. Hodgkinson S, Ruegger J, Field-Smith A, Latchem S, Ahmedzai SH. Care of dying adults in the last days of life. *Clin Med (Lond).* 2016 Jun;16(3):254–8. *Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2015 [citado 20 de diciembre de 2023].* Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31>
20. DAS-Taskforce 2015 et al. “Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015) - short version.” *German medical science : GMS e-journal vol. 13 Doc19.* 12 Nov. 2015, <https://doi.org/10.3205/000223>.
21. Bush SH, Lawlor PG, Ryan K, Centeno C, Lucchesi M, Kanji S, et al. Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* 1 de octubre de 2018;29(Suppl 4):iv143–65.
22. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en Cuidado Paliativo (adopción), SGSSS Colombia. Bogotá: Minsalud.IETS; 2016.
23. Finucane AM, Jones L, Leurent B, Sampson EL, Stone P, Tookman A, et al. Drug therapy for delirium in terminally ill adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* 2020 [citado 29 de diciembre de 2023];(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004770.pub3>.
24. Boettger S, Jenewein J, Breitbart W. Haloperidol, risperidone, olanzapine and aripiprazole in the management of delirium: A comparison of efficacy, safety, and side effects. *Pall Supp Care.* agosto de 2015;13(4):1079–85. <https://doi.org/10.1017/S1478951514001059>.
25. Loneragan E, Britton AM, Luxenberg J. Antipsychotics for delirium. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* 2007 [citado 29 de diciembre de 2023];(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005594.pub2>.
26. Gaertner J, Eychmueller S, Leyhe T, Bueche D, Savaskan E, Schlögl M. Benzodiazepines and/or neuroleptics for the treatment of delirium in palliative care?—a critical appraisal of recent randomized controlled trials. *Ann Palliat Med.* 2019;8(4):50415–515. <https://doi.org/10.21037/apm.2019.03.06>.
27. Agar MR, Lawlor PG, Quinn S, Draper B, Caplan GA, Rowett D, et al. Efficacy of Oral Risperidone, Haloperidol, or Placebo for Symptoms of Delirium Among Patients in Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2017 Jan;177(1):34–42. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7491> PMID:27918778
28. Clegg A, Young JB. Which medications to avoid in people at risk of delirium: a systematic review. *Age Ageing.* 2011 Jan;40(1):23–9. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq140> PMID:21068014
29. Morrison RS, Magaziner J, Gilbert M, Koval KJ, McLaughlin MA, Orosz G, et al. Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003 Jan;58(1):76–81. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.1.M76> PMID:12560416
30. Denny DL, Lindseth GN. Pain, Opioid Intake, and Delirium Symptoms in Adults Following Joint Replacement Surgery. *West J Nurs Res.* 2020 Mar;42(3):165–76. <https://doi.org/10.1177/0193945919849096> PMID:31096866
31. Daoust R, Paquet J, Boucher V, Pelletier M, Gouin É, Émond M. Relationship Between Pain, Opioid Treatment, and Delirium in Older Emergency Department Patients. *Acad Emerg Med.* 2020 Aug;27(8):708–16. <https://doi.org/10.1111/acem.14033> PMID:32441414
32. Swart LM, van der Zanden V, Spies PE, de Rooij SE, van Munster BC. The Comparative Risk of Delirium with Different Opioids: A Systematic Review. *Drugs Aging.* 2017 Jun;34(6):437–43. <https://doi.org/10.1007/s40266-017-0455-9> PMID:28405945
33. Sugiyama Y, Tanaka R, Sato T, Sato T, Saitoh A, Yamada D, et al. Incidence of Delirium With Different Oral Opioids in Previously Opioid-Naïve Patients. *Am J Hosp Palliat Care.* 2022 Oct;39(10):1145–51. <https://doi.org/10.1177/10499091211065171> PMID:35045754
34. Hosie A, Davidson PM, Agar M, Sanderson CR, Phillips J. Delirium prevalence, incidence, and implications for screening in specialist palliative care inpatient settings: a systematic review. *Palliat Med.* 2013 Jun;27(6):486–98. <https://doi.org/10.1177/0269216312457214> PMID:22988044
35. Lam PT, Tse CY, Lee CH. Delirium in a palliative care unit. *Prog Palliat Care.* 2003;13(3):126–33. <https://doi.org/10.1179/096992603235001393>.
36. Breitbart W, Alici Y. Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2012 Apr;30(11):1206–14. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.8784> PMID:22412123
37. Agar MR. Delirium at the end of life. *Age Ageing.* 2020 Apr;49(3):337–40. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz171> PMID:31925413
38. Tachibana M, Inada T. Poor prognostic impact of delirium: especially on mortality and institutionalisation. *Psychogeriatrics.* 2023 Jan;23(1):187–95. <https://doi.org/10.1111/psyg.12914> PMID:36416212
39. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer.* 1999 May;7(3):128–33. <https://doi.org/10.1007/s005200050242> PMID:10335930
40. Scarpi E, Maltoni M, Miceli R, Mariani L, Caraceni A, Amadori D,



- et al. Survival prediction for terminally ill cancer patients: revision of the palliative prognostic score with incorporation of delirium. *Oncologist*. 2011;16(12):1793–9. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2011-0130> PMID:22042788
41. Sadlonova M, Duque L, Smith D, Madva EN, Amonoo HL, Vogelsang J, et al. Pharmacologic treatment of delirium symptoms: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2022;79:60–75. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.10.010> PMID:36375344
  42. Arantzamendi M, Belar A, Payne S, Rijpstra M, Preston N, Menten J, et al. Clinical Aspects of Palliative Sedation in Prospective Studies. A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2021 Apr;61(4):831–844.e10. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.022> PMID:32961218
  43. Restrepo D, Niño JA, Ortiz DE. Prevención del Delirium. *Rev Col Psiqui*. 2016;45(1):37–45.
  44. Franco JG, Oviedo Lugo GF, Patarroyo Rodríguez L, Bernal Miranda J, Molano JC, Rojas Moreno M, et al. Encuesta a psiquiatras y residentes de psiquiatría en Colombia sobre sus prácticas preventivas y terapéuticas del delirium. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2021;50(4):260–72. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.02.003>.
  45. Franco JG, et al. Consentio del Comité de Psiquiatría de Enlace de la Asociación Colombiana de Psiquiatría sobre el diagnóstico y tratamiento del delirium en contexto de la pandemia por COVID-19. *Rev Col Psiqui*. 2022;51(3):245–55.
  46. Torres-Contreras CC, Páez-Esteban AN, Hinestrosa-Díaz Del Castillo A, Rincón-Romero MK, Amaris-Vega A, Martínez-Patiño JP. Factors associated with delirium in critical patients in a health institution in Bucaramanga, Colombia. *Enferm Intensiva (Engl Ed)*. 2019;30(1):13–20. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2018.03.003> PMID:29909126
  47. Peralta-Cuervo AF, García-Cifuentes E, Castellanos-Perilla N, ChavarroCarvajal DA, Venegas-Sanabria LC, Cano-Gutiérrez CA. Delirium prevalence in a Colombian hospital, association with geriatric syndromes and complications during hospitalization. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2021 MarApr;56(2):69–74
  48. Zapata C, Garces JJ, Duica K, Restrepo C, Ocampo MV, Velásquez-Tirado JD, et al. Variables associated with concordance or discordance for delirium diagnosis between referring and consulting physicians at a Tertiary Hospital in Colombia: prospective observational study. *Medicine (Baltimore)*. 2022 Dec;101(49):e32096. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032096> PMID:36626485
  49. Contreras CC, Esteban AN, Parra MD, Romero MK, Silva CG, Buitrago NP. Multicomponent nursing program to prevent delirium in critically ill patients: a randomized clinical trial. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021 Nov;42:e20200278. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200278> PMID:34755800