

# Algoritme de maneig del delírium en centres assistencials

1/4

## Pacient ingressat

Avaluació de risc del delírium

### Pacient amb alt risc de delírium

Historial de delírium, demència, impediment visual i/o auditiu, edat avançada

Implementar estratègies multicomponent no farmacològiques per prevenir el delírium

### Avaluar la funció cognitiva

Avaluació formal per establir la funció cognitiva de referència

Identificar qualsevol canvi agut en l'estat mental des de la línia inicial

### Delírium present?

Avaluació amb un instrument de deliri validat

**SÍ**

**Confirmació del diagnòstic de delírium**

**NO**

Exclou altres condicions que no siguin delírium que puguin causar canvis en l'estat mental:

Demència (sol)/depressió psíquica aguda/mania

# Algoritme de maneig del delírium en centres assistencials

2/4

## Sospita diagnòstica

Història clínica i exploració física/valoració estat mental/pacients de risc

### 4AT com a eina de cribatge

#### 4AT

- Alerta  
Normal =0;  
somnialescència <10 segons =0;  
anormal =4
- Test mental abreujat-4 (edat, data de naixement, lloc, any)  
Correcte = 0  
1 error = 1  
≥2 errors o inestable = 2
- Atenció (mesos a l'inrevés)  
Arriba a 7 mesos = 0  
≥ 1 error o es nega = 1  
Inestable = 2
- Canvis aguts o fluctuacions  
No = 0      Sí = 4

### On s'utilitza?

Entorn hospitalari general o hospitalització d'atenció intermitja.

Resultats eina

**Delírium probable si puntuació 4 o més**

### CAM com a eina de diagnòstic

- Inici agut i curs fluctuant
- Desatenció
- Pensament desorganitzat
- Nivell de consciència disminuït

Si no es compleixen els criteris, cal pensar en altres diagnòstics  
**Diagnòstic diferencial**

### Eines basades en CAM (e.g. CAM, CAM-UCI, etc.)

- Inici agut i curs fluctuant en l'estat mental
- Desatenció
- Nivell de consciència alterat
- Pensament desorganitzat

### On s'utilitza?

Entorn hospitalari general, pacients hospitalitzats d'edat avançada, pacients d'UCI (adults i pediàtrics), cures paliatives d'adults i pacients d'urgències i de residències de gent gran.

Resultats eina

**Delírium probable si característiques 1 i 2 són presents, a més de qualsevol de les característiques 3 o 4**

# Algoritme de maneig del delírium en centres assistencials

3/4

## SD. Confusional (Criteris DSM-V)

### Buscar factor desencadenant

- Infeccions (respiratòries, urinàries, altres)
- Fàrmacs
- Deshidratació. Alteracions hidroelectrolítiques
- Retenció aguda d'orina/fecaloma
- Dolor
- Hipo/hiperglucèmia
- Altres: Descompensacions de malalties cròniques, altres processos aguts intercurrents

### Iniciar mesures generals

- Informar a la família
- Prevenir riscos pel malalt
- Mantindre-lo orientat en temps, espai i persona
- Evitar hiperestimulació sensorial
- Minimitzar dèficits sensorials
- Assegurar ingesta hídrica i alimentària
- Mobilització precoç
- Evitar factors que poden ser desencadenants
- Mesures no farmacològiques

### Tractament etiològic

Si:  
Agitació persistent i/o desconfort i risc pel pacient i/o l'entorn

No:  
Disminució del nivell de consciència

### Tractament farmacològic

# Algoritme de maneig del delírium en centres assistencials

4/4

## Tractament farmacològic

### Permet ús de la via oral

- **RISPERIDONA** via oral:  
Iniciar 0,25 – 0,5 mg / 12 hores.  
Es pot incrementar la dosi segons resposta i tolerabilitat en increments d'1 mg.  
La dosi màxima recomanada és de 8 mg / 24h.
- **HALOPERIDOL** via oral:  
Iniciar 10 – 15 gotes / 8 h (= 1 – 1,5 mg / 8 hores).  
Es pot administrar cada 2 hores fins a aconseguir el control dels símptomes.  
La dosi màxima recomanada és de 5 mg / 24 h.
- **SI PARKINSONISME:**
  - OLANZAPINA via oral:  
Iniciar 2,5 - 5 mg / 24 h.
  - QUETIAPINA via oral:  
Iniciar 25 mg / 24 h (per la nit).
  - ARIPIPAZOLE via oral:  
Iniciar 5 mg / 24 h.

### No permet via oral

- **HALOPERIDOL:**  
via subcutània:  
Iniciar ½ amp. (2,5 mg).  
Valorar als 30 min. Si no control, administrar 1 amp (5 mg).  
Es pot repetir el cicle controlant l'aparició d'efectes secundaris.
- **SI PARKINSONISME:**
  - ARIPIPAZOL via intramuscular:  
Iniciar 3,25 mg / 24 h
  - OLANZAPINA via intramuscular:  
Iniciar 2,5 mg / 24 h.

### Si s'aconsegueix el control

Dosi de manteniment via oral  
7-10 dies  
i després la pauta descendent fins a la suspensió

### Si no s'aconsegueix control

Revaloració i replantejament diagnòstic (exploracions complementàries)

**Un cop resolt el Delírium fer posterior seguiment al cap de 6 mesos. Si deteriorament cognitiu derivació a CCEE.**

- La pauta de tractament s'ha d'individualitzar segons el pacient i la clínica que presenti. Es recomana iniciar amb la dosi més baixa i augmentar progressivament en cas necessari.
- Cal revisar el tractament a l'alta hospitalària