

Guia d'abordatge del delírium

Pla de demències de Catalunya

Barcelona, 2022



Direcció o coordinació:

Eva Maria Melendo. Pla director sociosanitari

Sonia Mariscal. Pla director sociosanitari

Sebastià Santaegènia. Director del Pla director sociosanitari

Autors:

Almudena Sánchez, Grup d'Estudi de Trastorns del Moviment. Societat Catalana de Neurologia

Carla Abdelnour, Grup d'Estudi de Cognició i Conducta. Societat Catalana de Neurologia

Darly Milena Giraldo, Grup d'Estudi de Trastorns del Moviment. Societat Catalana de Neurologia

María José Robles, Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia

María Pi-Figueras, Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia

Matilde Barneto, Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia

Miquel Aguilar, Grup d'Estudi de Cognició i Conducta. Societat Catalana de Neurologia

Neus Gual, Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia

Olga Sabartes, Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia

Pilar Sales, Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia

Rosa Anna Sabaté, Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia

Roser Vives, Gerència de Medicaments. Servei Català de la Salut



**Societat Catalana
de Neurologia**



**SOCIETAT CATALANA DE
GERIATRIA I GERONTOLOGIA**

Alguns drets reservats

© 2022, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la pàgina web de Creative Commons.

Edita:

Direcció General de Planificació en Salut.

1a edició:

Barcelona, gener de 2022

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Número de registre:

02705

Sumari

1	Introducció	7
2	Definició de delírium.....	8
2.1	Tipus de delírium	9
2.2	Diferència entre el delírium i la demència.....	10
2.3	Fisiopatologia del delírium	11
3	Incidència del delírium	12
4	Sistemes d'alerta del risc de delírium	15
5	Delírium i entorn cuidador.....	18
6	Prevenció del delírium en els diferents nivells assistencials.....	19
6.1	Evidència científica en les mesures de prevenció.....	19
6.2	La importància del model assistencial en la prevenció del delírium	20
6.3	Recomanacions per a la prevenció del delírium.....	22
7	Detecció del delírium	24
7.1	Eines de detecció del delírium.....	24
7.1.1	Prova de les 4 «A» (4AT):.....	27
7.1.2	Prova CAM:	28
8	Maneig farmacològic i no farmacològic.....	29
8.1	No farmacològic:.....	29
8.2	Farmacològic:	30
9	Les mesures de contenció física	33
10	Delírium al final de vida	35
10.1	Tractament dels pacients que reben cures pal·liatives	36
10.1.1	Tractament no farmacològic	37
10.1.2	Tractament farmacològic	37
11	Recomanacions per assegurar la qualitat	39
12	Bibliografia	40
13	Annexos	44
13.1	Annex 1. Test 4AT de detecció del delírium.....	44
13.2	Annex 2. Prova CAM.....	45
13.3	Annex 3. Taula resum dels principals fàrmacs per al tractament del delírium	46
13.4	Annex 4. Contraindicacions i efectes adversos dels principals fàrmacs del delírium	48

Índex de taules i figures

Taula 1. Diferències entre el delírium i la demència (1).....	10
Taula 2. Factors específics per àrees de l'hospital que fan extremar l'alerta.....	17
Taula 3. Recomanacions per a la prevenció	18
Taula 4. Recomanacions de prevenció del delírium a l'hospitalització general	23
Taula 5. Recomanacions de prevenció del delírium per a unitats de cures intensives.....	23
Taula 6. Criteris i indicacions de les mesures de contenció física.....	34
Taula 7. Guia de principis en el tractament al final de la vida	37
Taula 8. Recomanacions de qualitat.....	39

Figura 1. Signes i símptomes per reconèixer els dos principals tipus de delírium	9
Figura 2. Delírium i diverses alteracions clinicopatològiques cerebrals	11
Figura 3. Contactes amb estat confusional. Casos diagnosticats entre 2017-2020	12
Figura 4. Evolució de la taxa de persones amb estat confusional entre 2017-2020	13
Figura 5. Proporció de casos diagnosticats segons grups d'edat entre 2017-2020	13
Figura 6. Distribució segons estrats de risc a Catalunya el 2019	14
Figura 7. Distribució de la despesa de persones amb estat confusional el 2019	14
Figura 8. Factors predisposants i precipitants del delírium	15
Figura 9. Algoritme de decisió per al model assistencial	20
Figura 10. Recomanacions generals de prevenció del delírium	22
Figura 11. Eines habituals per detectar el delírium en diferents entorns	26
Figura 12. Algoritme d'origen del tractament del delírium	31
Figura 13. Algoritme de tractament farmacològic del delírium	32
Figura 14. Principals efectes de la contenció física	33
Figura 15. Inflamació sistèmica i delírium	35
Figura 16. Factors contribuents al delírium en pacients amb càncer	36
Figura 17. Objectiu del tractament del delírium a final de vida	36

1 Introducció

El delírium o síndrome confusional aguda és un dels trastorns més infradiagnosticats. Alguns dels motius principals són el desconeixement dels símptomes i les causes que el provoquen, així com la poca informació de què disposen tant els professionals sanitaris no especialistes en aquest àmbit com l'entorn del pacient.

Aquesta guia pretén ser el punt de referència per a professionals i per a l'entorn cuidador dels pacients amb delírium, alhora que estableix les recomanacions de prevenció, identificació i tractament que garanteixen una atenció òptima per als pacients, de manera que involucra l'entorn cuidador i reconeix la seva importància. L'objectiu d'aquesta guia és la creació d'una eina pràctica i accessible per a tothom que permeti minvar els efectes d'aquesta síndrome (la qual apareix sobtadament), i que sigui útil per a tots els nivells assistencials i per a l'àmbit social.

La metodologia emprada ha consistit en una primera fase de recerca i recollida d'informació, seguida d'una posada en comú amb un grup d'experts per a la seva validació. Per acabar s'ha realitzat un seguit de sessions de treball en què s'ha comptat amb tots els experts, els quals han validat la redacció de cada una de les seccions d'aquesta guia.

2 Definició de delírium

Què és

El delírium és una síndrome caracteritzada per alteracions de la consciència, la funció cognitiva o la percepció, té un inici agut i un curs fluctuant, i acostuma a desenvolupar-se en 1 o 2 dies. ⁽¹⁾ ⁽²⁾ La durada del delírium pot ser aguda (hores o dies) en el 80% dels casos, o persistent (setmanes o mesos) en un 20% dels casos.

Origen etimològic

L'origen de la paraula *delírium* prové del llatí *delirare*, que significa «sortir del solc», és a dir, desviar-se d'una línia recta o estar desorientat.

Quins són els símptomes

Els pacients amb delírium poden presentar dificultat en la capacitat de concentració, desorientació, somnolència, agitació i de vegades al·lucinacions o idees delirants. ⁽³⁾ Els símptomes del delírium tendeixen a fluctuar en presència i gravetat. Com més greus són els símptomes, més angoixa pateixen els pacients i els seus cuidadors. ⁽²⁾

Qui pot presentar delírium

Qualsevol persona pot desenvolupar delírium. Tanmateix, l'edat avançada i la demència són uns dels factors que comporten un major risc i predisposició de presentar delírium. ⁽⁴⁾

Implicacions

Els pacients que desenvolupen delírium tenen un risc més alt d'estada hospitalària prolongada, més temps de recuperació del procés agut, més incidència de demència i més complicacions hospitalàries, més risc per al cuidador, més risc d'ingrés en residències, disminució de la qualitat de vida del pacient, així com més risc de mortalitat. ⁽⁵⁾ ⁽¹⁾

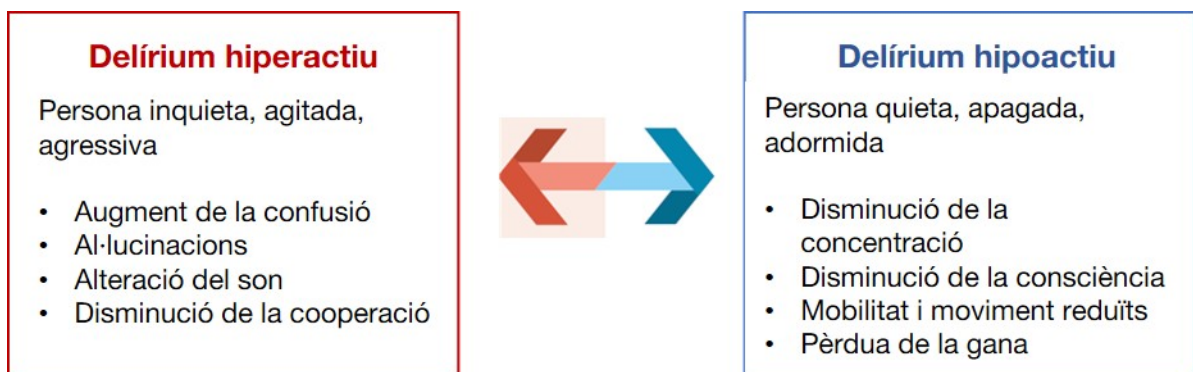
La taxa de detecció del delírium només és del 39%, per la qual cosa aquesta continua estant infradiagnosticada. ⁽⁶⁾

2.1 Tipus de delírium

Hi ha tres tipus principals de delírium: hiperactiu, hipoactiu, o presentar signes d'ambdós (conegut com a *delírium mixt*).⁽⁷⁾

1. **Delírium hiperactiu.** Les persones sovint presenten un augment de l'excitació i poden estar inquietes, agitades i agressives.
2. **Delírium hipoactiu.** Les persones estan retretes, tranquil·les i somnolentes. Aquest tipus de delírium és més difícil de reconèixer i és el que menys es detecta, per aquest motiu és el de pitjor pronòstic.
3. **Delírium mixt.** Les persones presenten tant signes i símptomes del delírium hiperactiu com del delírium hipoactiu. Les persones que el pateixen passen ràpidament d'estats hiperactius a hipoactius, i viceversa, però sense una predominança de cap dels dos.⁽⁸⁾

Figura 1. Signes i símptomes per reconèixer els dos principals tipus de delírium



2.2 Diferència entre el delírium i la demència

La distinció entre el delírium i la demència pot ser difícil ja que els símptomes sovint se sobreposen. A més, algunes persones poden presentar les dues afeccions. No obstant, hi ha diferències: ⁽¹⁾

- La demència tendeix a desenvolupar-se lentament, mentre que el delírium es caracteritza per canvis sobtats.
- La demència és generalment una malaltia crònica i progressiva per a la qual no hi ha cura; el delírium és una condició potencialment reversible si se n'identifiquen les causes i són tractables.

Taula 1. Diferències entre el delírium i la demència (1)

	DELÍRIUM	DEMÈNCIA
CARACTERÍSTIQUES DESCRIPTIVES	Confusió i inatenció	Pèrdua de memòria
INICI	Agut	Insidiós
ORIENTACIÓ	Alterada	
MEMÒRIA	Alterada	
ATENCIÓ	Alterada	Variable
AL·LUCINACIONS	Freqüents, sobretot visuals	Infreqüents, excepte en fases avançades
PERCEPCIÓ	Alterada	Alterada o normal
PENSAMENT	Desorganitzat	Empobrit
DURADA	Curta	Crònica
CURS	Fluctuant (freqüentment pitjor a la nit)	Crònic, progressiu
ACTIVITAT PSICOMOTRIU	Agitada, retardada o mixta	Normal
REVERSIBILITAT	Freqüent	Rara

Font: Fong TG *et al.* Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. Nat Rev Neurol 2009

En cas d'incertesa clínica sobre el diagnòstic, el tractament inicial ha de ser el del delírium. Tot i així, s'ha de realitzar una valoració en profunditat per detectar canvis en el comportament i quins factors poden fer sospitar de delírium.

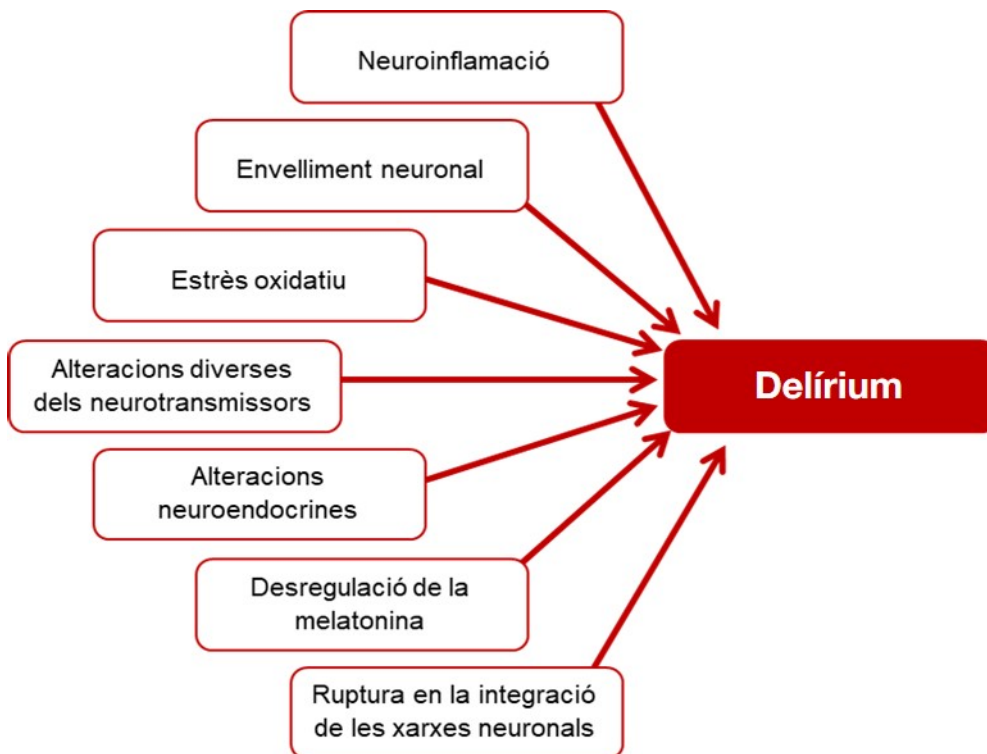
2.3 Fisiopatologia del delírium

La naturalesa multifactorial del delírium, com els múltiples contextos de malaltia en què és probable que es produeixi el delírium, provoca que no existeixi cap teoria unificadora que englobi el seu ampli espectre etiològic.

No obstant, Maldonado ⁽⁹⁾ identifica set teories principals que es poden utilitzar, en diferents graus, per explicar la neuropatogènesi del delírium, i suggereix que aquestes hipòtesis mecanicistes no competeixen entre elles sinó que tendeixen a complementar-se i, de vegades, a sobreposar-se.

Aquestes set teories es relacionen amb diverses alteracions clinicopatològiques cerebrals indicades en la il·lustració següent:

Figura 2. Delírium i diverses alteracions clinicopatològiques cerebrals



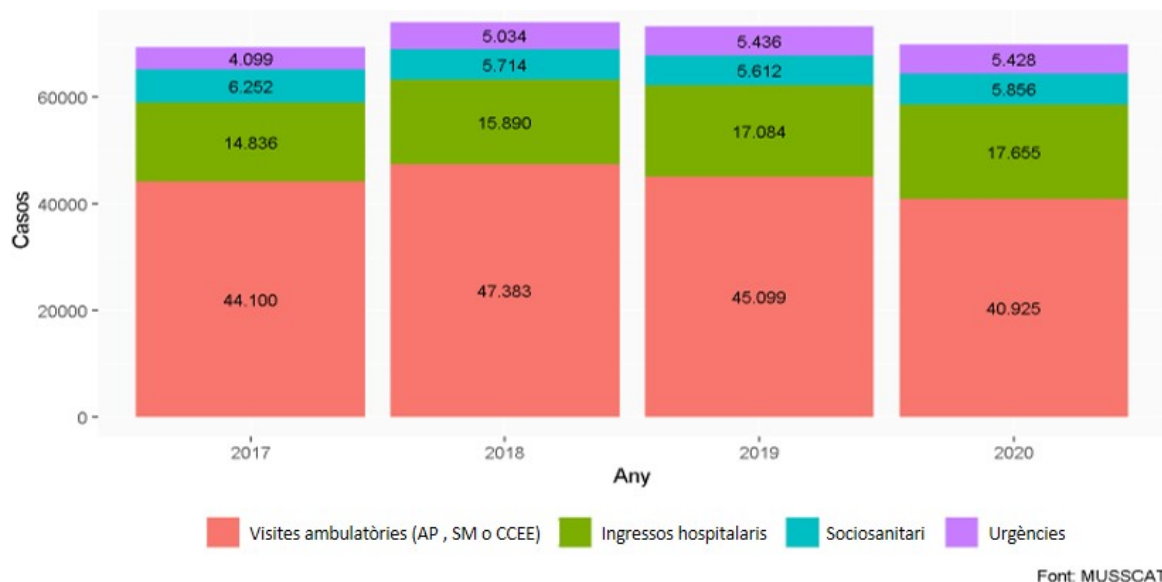
3 Incidència del delírium

Per tal de conèixer l'afectació d'aquesta síndrome, s'ha fet una descripció dels casos que presenten un estat confusional en la seva interacció amb els serveis sanitaris, les seves característiques sociodemogràfiques i de morbimortalitat, així com la seva utilització de recursos sanitaris. Aquesta població s'ha comparat amb una població equivalent per edat, sexe i nivell de renda.

El diagnòstic d'estat confusional es basa en la notificació del conjunt mínim de dades de qualsevol dels àmbits d'atenció sanitària d'algun d'aquests codis: F05: Delírium causat per factors fisiològics coneguts i R41.0: Desorientació no especificada.

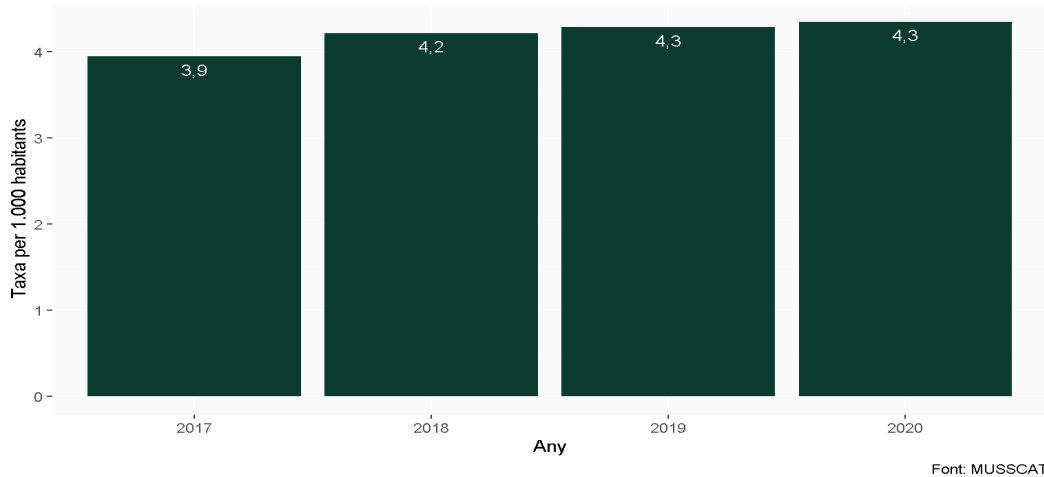
El nombre de casos atesos amb delírium entre els anys 2017-2020 ha estat de més de 69.000 anuals. En la figura següent s'observen aquests casos atesos segons el dispositiu assistencial que ha prestat l'atenció:

Figura 3. Contactes amb estat confusional. Casos diagnosticats entre 2017-2020



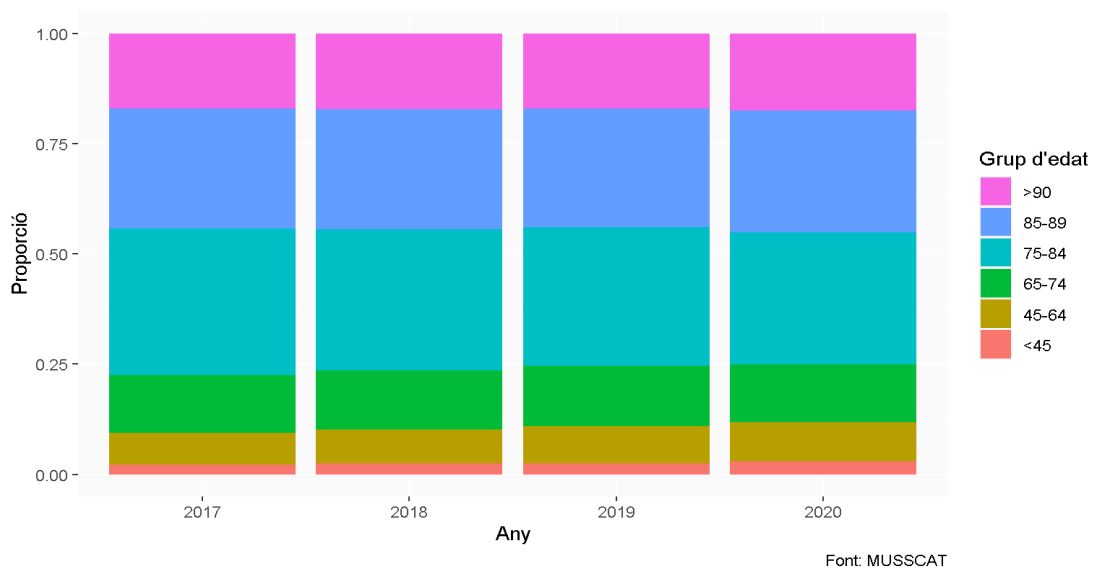
L'evolució de la taxa de persones amb delírium per mil habitants s'ha mantingut estable en els darrers dos anys, amb un valor 4,3. Tot i que va patir un increment del 2017 al 2019 (figura 4).

Figura 4. Evolució de la taxa de persones amb estat confusional entre 2017-2020



El delírium afecta majoritàriament les persones majors de 65 anys (figura 5). L'edat mitjana de les persones que presenten delírium l'any 2020 va ser de 81,4 anys en dones i 77,8 anys en homes. Aquesta mitjana d'edat s'ha anat reduint en els darrers anys, ja que l'any 2017 era de 82,1 anys en dones i 78,4 en homes.

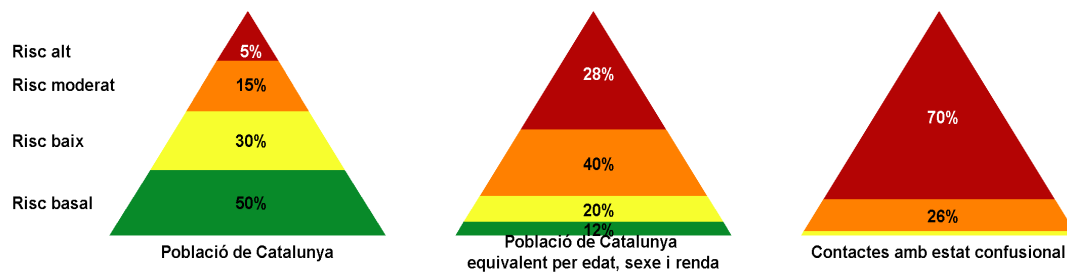
Figura 5. Proporció de casos diagnosticats segons grups d'edat entre 2017-2020



Els grups de morbiditat associada (GMA) permeten classificar la població en grups de morbiditat basant-se en el nombre de patologies i estratifica la població en grups de risc assignant un valor únic de complexitat a cada individu. Segons aquesta classificació, la

població es distribueix en els estrats de complexitat següents: risc alt, risc moderat, risc baix i risc basal. El 96% de les persones amb demència tenen assignat un risc alt (70%) o moderat (26%) (figura 6). Les principals comorbiditats associades engloben la diabetis (36,8%), l'ictus (32,2%), la insuficiència cardíaca (30,4%), la MPOC (24,3%), la demència (23,9%) i la cardiopatia isquèmica (19,4%). El 9,2% dels casos diagnosticats són de persones institucionalitzades a residències. La taxa de mortalitat el 2020 va ser de 26,1 per 100 pacients, superior a la d'anys previs on es van recollir una taxa de 23,5 el 2018 i de 23 per 100 pacients el 2019.

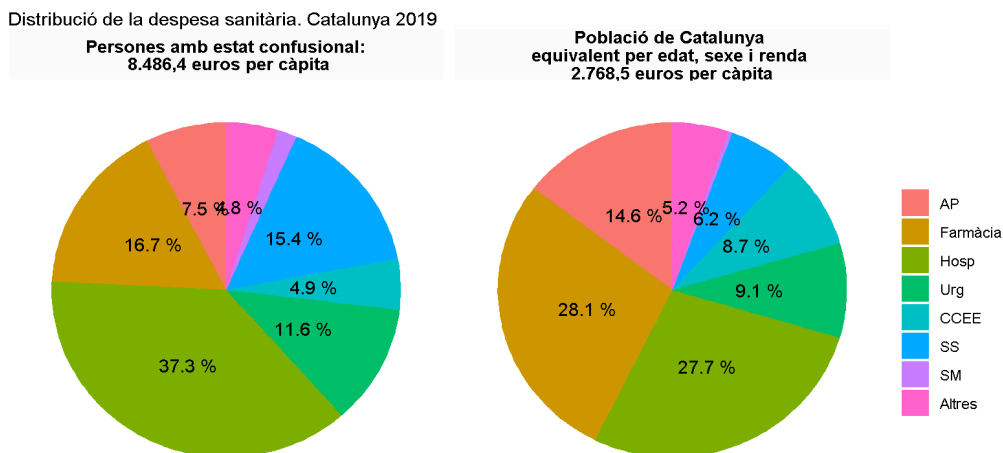
Figura 6. Distribució segons estrats de risc a Catalunya el 2019



Respecte a l'ús anual dels recursos sanitaris, l'any 2019, les persones amb estat confusional van realitzar una mitjana de 20,6 visites a l'atenció primària (AP) (per 12,5 que en realitza la població general de característiques similars), amb una taxa d'ingressos de 38,2 per cada 100 persones a centres d'atenció intermèdia (per 6,5 de la població general de característiques similars), i una taxa de 117 ingressos a hospitals d'aguts (per 29,6 ingressos de la població general amb característiques similars).

L'ús de recursos i la despesa farmacològica de les persones que pateixen demència és de 8.486,4 euros/any per càpita (en relació amb els 2.768,5 euros/any de la població general de Catalunya equivalent per edat, sexe i renda).

Figura 7. Distribució de la despesa de persones amb estat confusional el 2019



Font: MUSSCAT

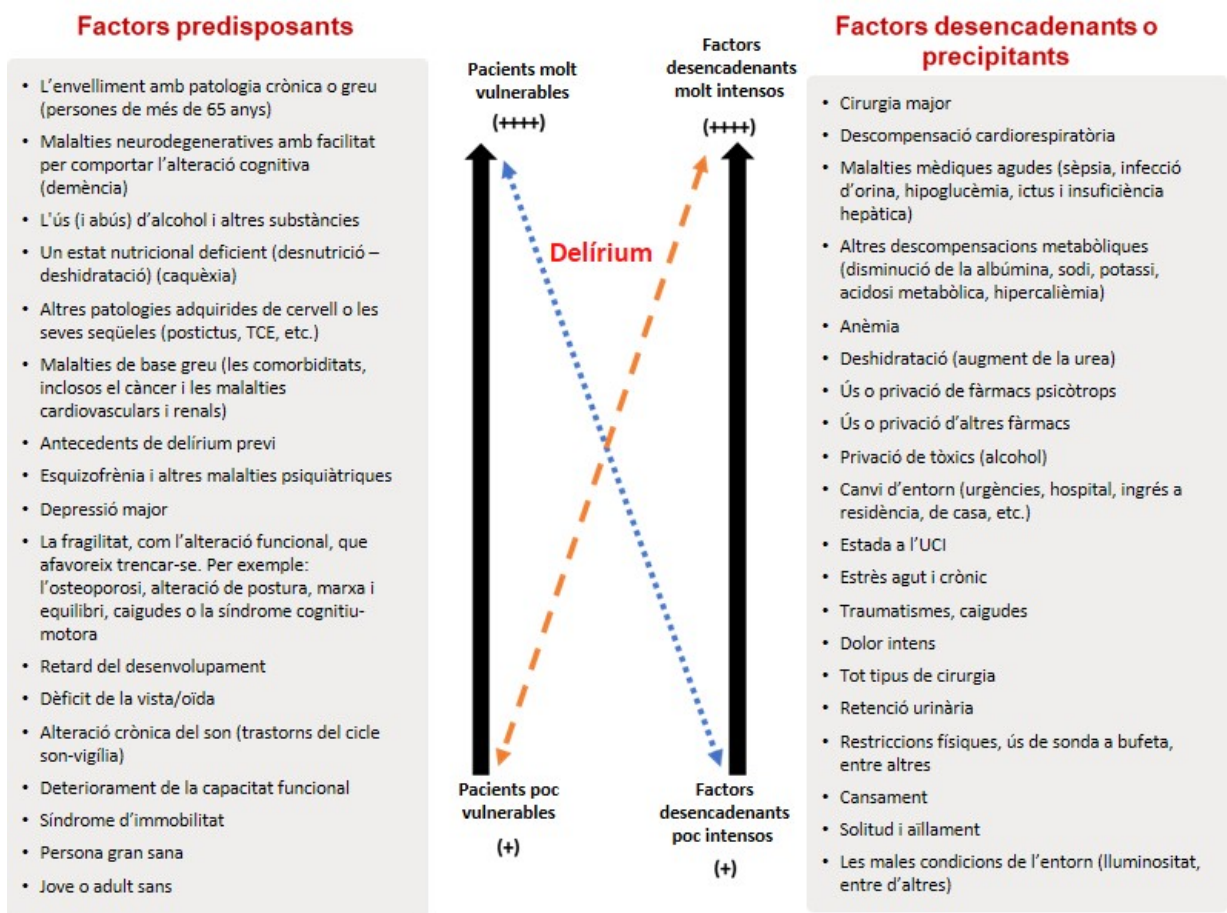
4 Sistemes d'alerta del risc de delírium

L'inici d'un delírium moltes vegades passa desapercbut, motiu pel qual cal estar atent als signes d'alarma. Fer un diagnòstic precoç permet una ràpida reversibilitat i evita les possibles complicacions. Per tal d'aconseguir-ho, es recomana que l'entorn familiar o residencial rebi informació per detectar canvis predelírium que facin sospitar i, si fos el cas, s'implementi un cribratge rutinari per a pacients o persones de risc.

El delírium es desencadena per múltiples causes potencials, incloses malalties mèdiques agudes, el consum o retirada de fàrmacs, traumes o cirurgia (sovint s'apleguen més de dos factors desencadenants). La majoria de les causes s'originen fora del cervell, però també es reconeix el delírium amb causes neurològiques primàries, com l'ictus. (2)

Per tant, el desenvolupament del delírium sovint implica interrelacions complexes entre múltiples **factors predisposants** que fan que el pacient sigui més vulnerable a lesions i l'exposició a circumstàncies nocives, conegudes també com a **factors precipitants** (cirurgies, anestèsia, hospitalitzacions, etc.). (10) (8)

Figura 8. Factors predisposants i precipitants del delírium



Font: Adaptació del model multifactorial de delírium. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. JAMA 1996.

Segons el gràfic anterior, podem observar quina és la interrelació entre la vulnerabilitat i els factors precipitants per desenvolupar delírium: ⁽¹¹⁾

- Els pacients que són altament vulnerables requereixen estímuls nocius de menor importància de desenvolupar delírium. Aquesta relació queda representada amb la fletxa blava del gràfic.
- Per contra, els pacients que són de baixa vulnerabilitat requereixen factors precipitants més intensos (alt grau) per desenvolupar delírium. Aquesta relació queda representada en el gràfic amb la fletxa taronja.




En el cas de gent gran i altres pacients amb farmacocinètica alterada i farmacodinàmica s'ha d'evitar, en la mesura del possible, la polimedicació del pacient i valorar cada fàrmac cas per cas.

A més a més, el quadre representatiu de Wilson *et al.* (2020) ⁽¹²⁾ fa una distinció dels factors de risc de delírium segons si es tracta d'àmbits preoperatoris, cures intensives, pacients amb ventilació i hospitalització.

Wilson identifica una sèrie de factors premòrbids pel delírium i, a més a més, defineix factors específics per a pacients en hospitalització d'aguts, en cures intensives, i per a pacients quirúrgics i pacients amb ventilació assistida.



La combinació de factors de risc que ens obliguen a activar una alerta són: història prèvia de delírium, edat avançada, dèficit sensorial i demència.

	Edat avançada		Impediment visual o auditiu
	Demència		Historial del delírium

Els altres factors premòrbids són: ⁽¹²⁾

- Baix nivell educatiu
- Alta comorbiditat
- Fragilitat
- Depressió
- Abús d'alcohol
- Mala nutrició
- Ús de drogues, opioides o benzodiazepines

Els factors específics per a les diferents àrees de l'hospital que fan extremar l'alerta són: ⁽¹²⁾

Taula 2. Factors específics per àrees de l'hospital que fan extremar l'alerta

	Factors relacionats amb presentar la malaltia	Factors postadmissió
Hospitalització d'aguts	<ul style="list-style-type: none"> • Infeccions agudes • Deshidratació • Desequilibri electròlit • Lesió aguda del ronyó • Disfunció del fetge • Retirada d'alcohol i/o drogues • Convulsions • Fallida de cor 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipament invasiu • Restriccions físiques • Son insuficient • Opioids • Drogues psicoactives • Benzodiazepines • Agents anticolinèrgics • Inmobilitat • Risc de caiguda
Postcirurgia	<ul style="list-style-type: none"> • Estrès quirúrgic • Cirurgia cardiovascular • Cirurgia major abdominal • Cirurgia de l'aorta • Cirurgia d'articulació major • Cirurgia d'emergència 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Infecció • Equipament invasiu • Inmobilitat • Anomalies metabòliques lleus prolongades • Transfusió de sang
Cures intensives	<ul style="list-style-type: none"> • Gravetat de la malaltia • Admissió no planificada • Admissió mèdica 	<ul style="list-style-type: none"> • Tots els factors hospitalaris postoperatoris • Opioids • Polifarmàcia • Privació del son • Factors ambientals • Desorientació o confusió dia-nit • Falta de comunicació amb la família • Sedació profunda
Pacient amb ventilació assistida	<ul style="list-style-type: none"> • Fallida o ventilació no invasiva • Ventilació superior a 96 hores 	<ul style="list-style-type: none"> • Major durada de la ventilació • Infusió de benzodiazepines i opioids • Restriccions físiques

5 Delírium i entorn cuidador

La informació de delírium a l'entorn cuidador dels pacients és fonamental per tal de prevenir o afavorir la recuperació de la síndrome. Per aquest motiu, es posen a disposició un seguit de recomanacions per informar els pacients i el seu entorn cuidador (famílies, cuidadors, etc.) sobre el delírium.

Taula 3. Recomanacions per a la prevenció

Recomanacions per informar i prevenir de delírium a pacients i al seu entorn cuidador:

1. **Explicació del delírium**, especialment la seva naturalesa fluctuant, i els subtipus
2. **Causes potencials de l'episodi del delírium**
3. **Signes i símptomes del delírium:**
 - Diferenciar les característiques del delírium hipoactiu i hiperactiu.
 - Descriure el canvi en el cicle de son-vigília que sovint es produeix en persones amb delírium.
 - Descriure els canvis perceptius, com ara les al·lucinacions i el delírium.
4. **La gestió del delírium**
5. **Com comunicar-se amb una persona amb delírium:**
 - Explicar que la persona amb delírium pot no entendre el que diu la gent i amb la sensació que no s'entenen.
 - Esbossar estratègies útils per millorar la comunicació i tranquil·litzar la persona amb delírium.
6. **Com l'entorn cuidador pot ajudar a tenir cura de la persona amb delírium:**
Orientar sobre les intervencions no farmacològiques que pot fer la família, per exemple:
 - Reorientar la persona amb delírium (ús de rellotges i calendaris).
 - Utilitzar ulleres, audiòfons i pròtesis dentals.
 - Augmentar l'exposició a la llum del dia durant el dia.
 - Evitar l'enllitament i afavorir la mobilització.
 - Parlar pausadament, no contradir-lo i evitar el conflicte durant el deliri o les al·lucinacions.
 - Assegurar l'eliminació d'orina i femta, la hidratació i l'alimentació correcta.
 - Acompanyar, estimular i distreure jugant o fent trencaclosques.
 - Minimitzar la llum, el soroll i les interrupcions durant la nit.
 - Aconsellar a la persona amb delírium que informi l'equip assistencial si se sent confós, espantat o amb al·lucinacions.
 - Avisar la família perquè informi l'equip sanitari si la persona sembla més confosa.

6 Prevenció del delírium en els diferents nivells assistencials

L'aparició del delírium suposa, per si mateix, un augment de la mortalitat, un augment d'estada mitjana, pèrdua funcional i un factor de risc per desenvolupar demència. En els malalts amb demència, a més a més, augmenta el risc d'institucionalització, readmissions, augment de la mortalitat, empitjorament funcional i accelera la pèrdua cognitiva,⁽¹³⁾ d'aquí la importància de la seva prevenció.

6.1 Evidència científica en les mesures de prevenció

Hi ha estudis que afirmen que el 30-40% dels episodis de delírium són evitables donat que apareixen per múltiples causes o situacions potencialment modificables (reaccions adverses medicamentoses, deshidratació, immobilització, tractaments invasius, alteració del son, derivació sensorial, etc.).⁽¹⁴⁾

Els estudis publicats també evidencien la importància de les mesures de prevenció no farmacològiques.

➤ **Nivell no farmacològic.** L'evidència científica que tenim fins al moment demostra de manera consistent que les mesures no farmacològiques basades en la intervenció multicomponent són l'estratègia més efectiva per prevenir el delírium en pacients hospitalitzats.

- Aquestes mesures inclouen fisioteràpia, reorientació, estimulació cognitiva, mobilització precoç, promoció no farmacològica del son, correcció de deficiències sensorials, identificació i tractament de causes subjacents o complicacions postoperatòries, gestió del dolor, evitació de restrenyiment, hidratació, nutrició i aportació d'oxigen.
- Inouye (HELP) va reduir de manera significativa el risc de delírium en un 53% (*odds ratio*, 0,47 [95% CI, 0,38–0,58]) i el risc de caigudes en un 62% (*odds ratio*, 0,38 [95% CI, 0,25–0,60]) de pacients hospitalitzats no-UCI majors de 65 anys. Una revisió de 39 estudis de la Cochrane sobre la prevenció del delírium amb 16.082 pacients va demostrar amb moderada evidència que la intervenció no farmacològica multicomponent és efectiva per a la prevenció del delírium, si bé és cert que aquesta evidència és menys robusta pel que fa a la gravetat i la durada del delírium ja establert.

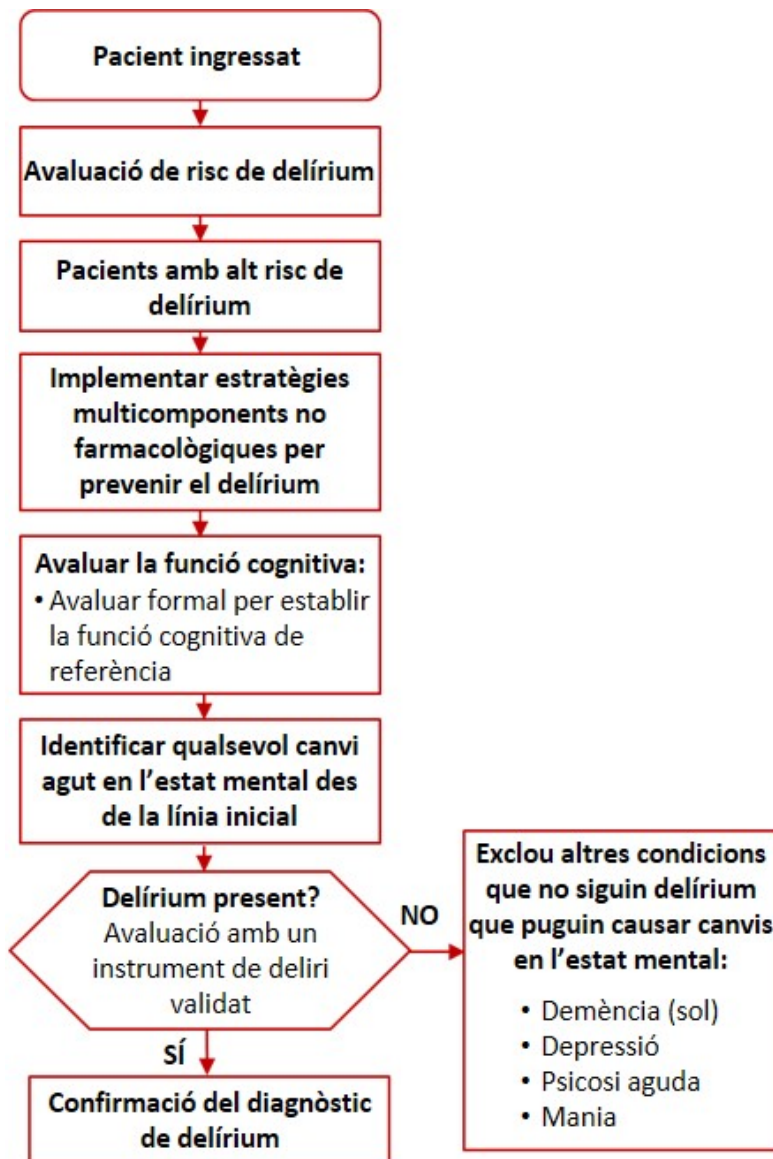
➤ **Nivell farmacològic.** Avui dia no hi ha prou evidència que doni suport a la utilització de fàrmacs en la prevenció del delírium.

6.2 La importància del model assistencial en la prevenció del delírium

L'aparició i evolució del delírium depèn no només de la situació clínica del malalt, sinó de l'abordatge de tots els factors que hi intervenen. Això, sumat a les característiques dels malalts amb més risc de patir delírium ens indiquen que el model assistencial emprat té un paper important tant a l'hora de prevenir com de tractar el delírium. El model basat en el treball interdisciplinari, utilitzant la valoració geriàtrica integral com a eina de treball, és una peça clau per prevenir el delírium i disminuir-ne la incidència. ^{(15) (16)}

Un model assistencial orientat a la prevenció i detecció del delírium aplicable als centres assistencials es pot basar en l'arbre de decisió següent: ⁽¹⁸⁾

Figura 9. Algorisme de decisió per al model assistencial



Font: Inouye MM *et al.* Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA 2017.

Addicionalment, i per millorar el model assistencial, s'aconsella seguir les recomanacions descrites en el model de l'Hospital Elder Life Program (HELP), Michigan Medicine, el qual fa una adaptació en la qual proposa incloure les mesures següents:

- **Programa diari de visitants:** visites diàries dissenyades per mantenir l'alerta i l'orientació a través de la socialització i l'acompanyament.
- **Programa d'activitats terapèutiques:** proporciona activitats i materials estimulants i agradables.
- **Programa de mobilització precoç:** proporciona assistència diària per caminar i fer exercici.
- **Programa d'assistència a l'alimentació i els àpats:** acompanyament i assistència a l'hora dels àpats, si cal.
- **Programa de relaxació:** dissenyat per ajudar els nostres pacients a relaxar-se i dormir sense l'ús de medicaments: incloent massatges, cintes de relaxació, música de nit o altres recursos de relaxació.

Per tal d'implementar aquestes mesures és necessari: ⁽¹⁹⁾

- Sessions explicatives de les característiques del delírium. Reconeixement del delírium i factors de risc.
- Cartell a les unitats d'infermeria amb mesures mediambientals i generals de prevenció.

6.3 Recomanacions per a la prevenció del delírium

S'ha elaborat una sèrie de recomanacions generals per a la prevenció del delírium: (4)

Figura 10. Recomanacions generals de prevenció del delírium



Font: Adaptació de Gerontologia SCDGiG. WDAD2020, Dia Mundial del Delírium; 2020.

Seguint les recomanacions de prevalença del tractament no farmacològic en la prevenció del delírium, les directrius escoceses de la xarxa de guies intercol·legials (SIGN)⁽¹⁷⁾ i les guies de pràctica clínica per a la prevenció i gestió de delírium, entre d'altres, s'han formulat una sèrie de recomanacions basades en una intervenció multicomponent per a la prevenció del delírium en unitats d'hospitalització general i en unitats de cures intensives.

Aquestes intervencions s'hauran d'implementar i monitorar a cada torn, per un equip interdisciplinari, inclòs un infermer especialista en geriatria amb el suport, o no, de voluntaris.

Taula 4. Recomanacions de prevenció del delírium a l'hospitalització general

Tipologia	Recomanacions
Configuració general	
Intervencions multicomponents	• Reconeixement precoç de factors d'alt risc (edat > 65 anys, demència, cirurgia de maluc i alta aguda)
	• Monitoratge diàri per a la detecció de delírium
	• Orientació ambiental (sensorial, auditiva, pròtesis dentals, temps (calendars, rellotges), esdeveniments, visites familiars i música)
	• Mantenir una hidratació correcta
	• Regulació de la funció de la bufeta i de l'intestí
	• Establiment precoç d'una dieta normal
	• Correcció de trastorns metabòlics
	• Optimització cardiorespiratòria (amb subministrament d'oxigen, si escau)
	• Identificació precoç de la infecció
	• Tractament efectiu del dolor
	• Mobilització diària
	• Evitació de fàrmacs antipsicòtics
	• Evitació de benzodiazepines
	• Afavorir la son evitant interrupcions nocturnes
	• Eliminació precoç de dispositius (dispositius intravasculars i de via aèria)
• Evitació de restriccions físiques	
• Promoció de la son	
Intervencions farmacològiques	• No recomanades

Taula 5. Recomanacions de prevenció del delírium per a unitats de cures intensives

Tipologia	Recomanacions
Unitats de cures intensives, pacients intubats i no intubats	
Intervencions no farmacològiques (adicionals a les recomanacions en unitats d'hospitalització)	• Reconeixement precoç de pacients d'alt risc (edat > 65 anys, agudesa elevada, sèpsia, xoc, demència i ventilació)
	• Sedació lleugera
	• Evitar benzodiazepines
	• Mobilització precoç
	• Promoció de la rutina diürna i nocturna
	• Sensibilització i orientació ambiental
	• Eliminació de dispositius (dispositius intravasculars i de via aèria)
Intervencions farmacològiques	• No recomanades

7 Detecció del delírium

La detecció del delírium és una de les fases més importants, ja que es requereix que es realitzi amb èxit i amb les eines disponibles més precises per a cada àmbit assistencial.

Per aconseguir la implementació exitosa de la detecció, és necessari un programa educatiu que abordi tant actituds com habilitats dels professionals, i que es duguin a terme amb un seguiment correcte, utilitzant eines de cribratge adaptades a la població de risc.

La detecció ràpida de delírium és important principalment per dos factors: ⁽¹⁾

- Permet buscar els factors desencadenants.
- Permet realitzar el tractament oportú d'aquelles causes reversibles el més aviat possible.

S'ha d'avaluar qualsevol canvi o fluctuació recent en el comportament d'una persona acabada d'ingressar a urgències, hospital o hospital d'atenció intermèdia, ja que podria indicar que la persona pateix delírium. Complementàriament, els membres de la família i els cuidadors de les persones en risc de delírium han de participar en aquesta identificació de qualsevol canvi de comportament. ⁽¹⁾

Per tant, és necessària la implementació d'un model de cribratge en els centres que garanteixi una detecció precoç de canvis recents en el comportament, inclosa la cognició, la percepció, la funció física i el comportament social, i que permeti diagnosticar delírium de manera precoç, especialment en aquells adults amb alt risc de desenvolupar delírium. ⁽¹⁾

7.1 Eines de detecció del delírium

Per a la seva implementació i acceptació per part dels pacients, les eines d'avaluació han de: ⁽¹⁷⁾

- ser breus
- requerir poca o cap capacitat
- ser apropiades per a l'entorn clínic

La sensibilitat de l'eina també és important ja que és vital per no perdre cap diagnòstic de delírium.

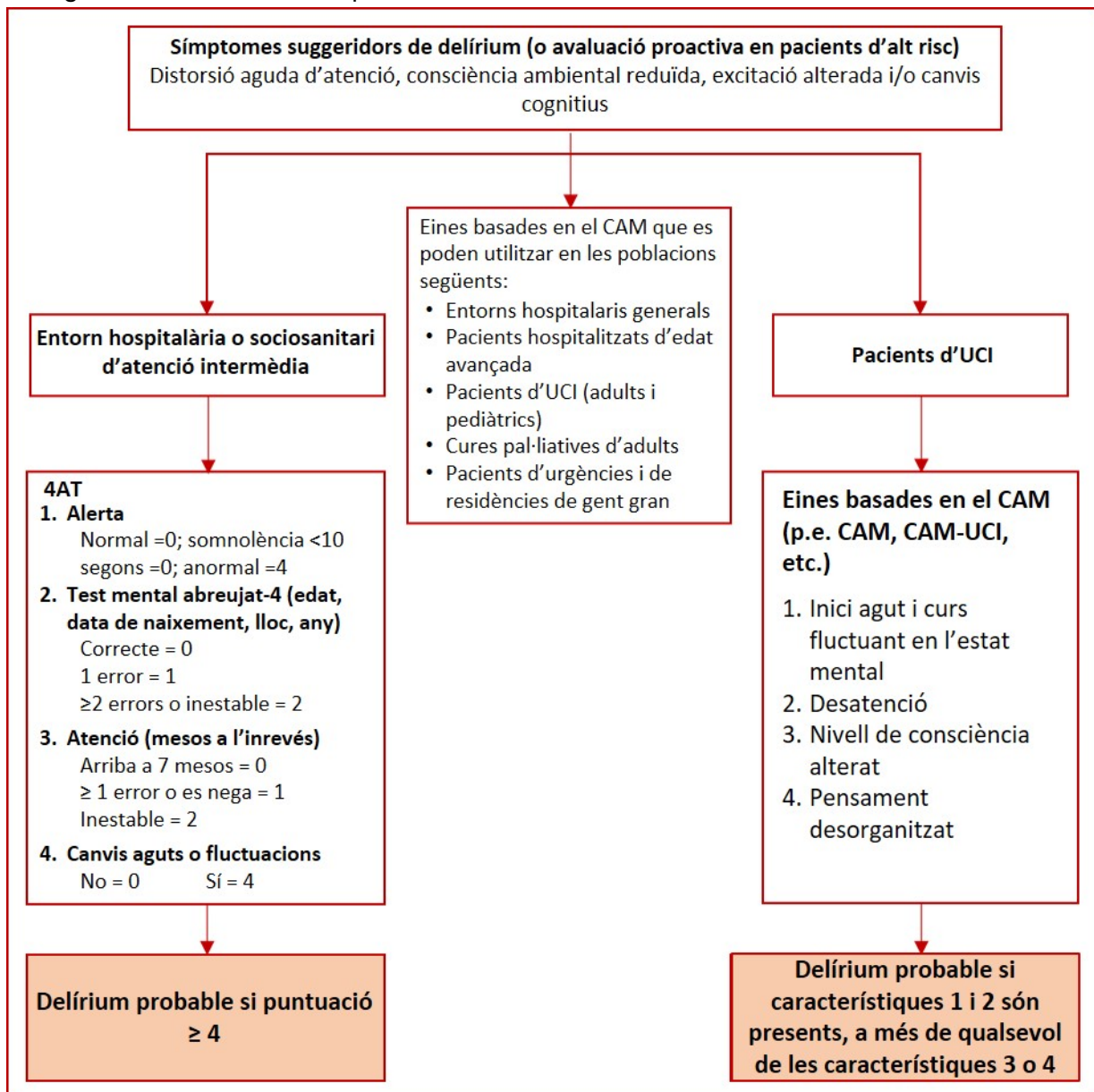
A més, una avaluació positiva ha d'anar seguida d'una avaluació i un diagnòstic addicionals per part d'un metge degudament capacitat segons els criteris de la CIE-10 o el DSM-5.

És important tenir en compte que el delírium encara pot ocórrer en absència d'un resultat positiu de la prova, ja que la condició fluctua. Per tant, el personal sanitari no ha de confiar en el resultat d'una única avaluació durant l'ingrés hospitalari. ⁽¹⁷⁾

Actualment hi ha diverses eines provades i acceptades globalment per a la detecció del delírium. Es pot trobar una comparació de les 6 eines principals a partir d'11 dels principals factors que afecten el delírium en la taula resum de l'article «Assessment of Instruments for Measurement of Delirium Severity» publicat en la revista JAMA Intern Med (2019). ⁽²⁰⁾

Per a l'elecció de les principals eines de detecció del delírium, es recomana prioritzar l'ús de les 4AT i CAM, segons els diferents entorns assistencials. En aquest sentit, s'ha adaptat l'arbre de decisió d'eines de detecció de delírium per utilitzar-lo com a guia per a l'entorn hospitalari i també per a l'hospitalització d'atenció intermèdia. ⁽¹²⁾

Figura 11. Eines habituals per detectar el delírium en diferents entorns



Font (adaptació): Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Giraldo TD, MacLulich AMJ, *et al.* Delirium.

7.1.1 **Prova de les 4 «A» (4AT):**

Segons s'especifica en les instruccions de l'eina: ⁽²¹⁾

El 4AT és un instrument de cribatge dissenyat per a l'avaluació inicial ràpida de delírium i deteriorament cognitiu. Hi ha quatre punts d'avaluació:

1. **Estat de la consciència.** L'alteració en el nivell d'alerta és molt probable que sigui causat pel delírium als hospitals. Si el pacient presenta alteració significativa de l'estat d'alerta durant l'avaluació, la puntuació serà de 4.
2. **AMT4 (test mental abreujat-4).** Aquesta puntuació es pot extreure dels elements de l'AMT10 si es realitza immediatament abans.
3. **Atenció.**
4. **Canvis aguts o curs fluctuant.** Les fluctuacions poden ocórrer sense delírium en alguns casos de demència, però la fluctuació marcada en general és indicador de delírium. Per ajudar a discernir entre al·lucinacions o pensaments paranoides, cal preguntar al pacient preguntes com ara, «està preocupat pel que passa aquí?», «sent por per alguna cosa o algú?» o «ha estat escoltant o veient alguna cosa inusual?».

Especificacions:

- Els punts 1-3 es valoren únicament durant l'observació del pacient en el moment de l'avaluació.
- El punt 4 requereix informació d'una o més fonts, per exemple el propi coneixement del pacient, altres persones que coneixin el pacient (per exemple, el personal d'infermeria), notes del metge de família, notes de casos anteriors, cuidadors o informes de derivació de la residència. L'avaluador ha de tenir en compte les dificultats de comunicació (deficiència auditiva, disfàsia, falta d'idioma comú) en la realització de la prova i la interpretació del contingut de l'avaluació.

Puntuacions:

- Una **puntuació de 4 o més** suggereix delírium, però no és un diagnòstic. Una avaluació més detallada de l'estat mental pot ser necessària per arribar a aquest diagnòstic.
- Una **puntuació d'entre 1-3** suggereix deteriorament cognitiu i cal una valoració cognitiva més detallada, així com la recopilació de dades d'un informant en la història clínica.
- Una **puntuació de 0** no exclou definitivament delírium o deteriorament cognitiu. Depenent del context clínic pot ser necessària una prova més detallada.

Aquest test es pot trobar a l'annex 1.

7.1.2 Prova CAM:

El mètode d'avaluació de la confusió (CAM) es basa en quatre característiques del criteri revisat DSM-III de 1987: aparició aguda i curs fluctuant (**criteri A**), desatenció (**criteri B**), pensament desorganitzat (**criteri C**) i nivell de consciència (**criteri D**). ⁽¹²⁾

Els avaluadors formats realitzen una prova cognitiva, primer, i una entrevista, després, i puntuen cada característica com a present o absent. Tot el procés triga entre 5 i 10 minuts.

⁽¹²⁾

Una puntuació CAM positiva requereix la presència dels criteris A i B i de qualsevol dels dos criteris C i D. ⁽¹²⁾

Aquest test es pot trobar a l'annex 2.

8 Maneig farmacològic i no farmacològic

El primer pas en el maneig del pacient amb delírium és el tractament de la causa o factors desencadenants. Tanmateix, per al tractament de la simptomatologia del delírium, es prioritzarà sempre el maneig no farmacològic davant del farmacològic, que s'instaurarà només en casos en què totes les altres estratègies no hagin estat eficaces. El tractament farmacològic del delírium és simptomàtic i ha de ser limitat en el temps.

8.1 No farmacològic

Es prioritza el maneig no farmacològic davant del farmacològic atesa la manca d'evidència de l'eficàcia dels tractaments farmacològics i els potencials efectes adversos per al pacient derivats dels medicaments. ⁽¹⁷⁾ No obstant, les evidències disponibles no es consideren suficients per demostrar que les intervencions formals no farmacològiques siguin eficaces per reduir la gravetat o la durada del delírium. ⁽²²⁾

D'aquesta manera, l'orientació sobre el tractament de les persones amb delírium de forma no farmacològica es basa en el consens d'experts, que advoca per les intervencions multicomponents com a una bona pràctica fonamental. ⁽¹⁷⁾

La guia SIGN 157, *Risk reduction and management of delirium*, proposa les intervencions següents, descrites tal com apareixen en la guia: ⁽¹⁷⁾

- Considerar, primer, les causes agudes i potencialment mortals del delírium, que inclouen nivells baixos d'oxigen, pressió arterial baixa, nivells baixos de glucosa i intoxicació o abstinència per fàrmacs.
- Identificar i tractar sistemàticament les causes potencials (medicaments, malaltia aguda, etc.), remarcant que les causes múltiples són comuns.
- Optimitzar la fisiologia, el maneig de condicions recurrents, l'ambient (reducció de soroll), els medicaments i els cicles de son per promoure la recuperació del cervell.
- Detectar i avaluar les causes i tractar l'agitació o l'angoixa utilitzant mitjans no farmacològics, només si és possible.
- Comunicar el diagnòstic als pacients i cuidadors, i fomentar la participació dels cuidadors assegurant un compromís i suport continuus.
- Estar preparats per prevenir complicacions del delírium, com la immobilitat, caigudes, úlceres per pressió, deshidratació, desnutrició o aïllament.
- Monitorar la recuperació i considerar la derivació a un especialista si la persona afectada no s'està recuperant.

8.2 Farmacològic

Abans d'iniciar un tractament farmacològic, cal que s'hagi fet una valoració de les possibles causes del delírium i que s'hagin tractat aquelles que són reversibles. D'altra banda, cal valorar que les mesures no farmacològiques s'han instaurat correctament.

Només s'ha de considerar l'ús de fàrmacs com a tractament simptomàtic del delírium en els casos en què hi ha risc de lesions al pacient o l'entorn, agitació i al·lucinacions o en casos en què el delírium interfereixi en un procés mèdic (com, per exemple, la intubació, la ventilació no invasiva o la nutrició enteral o parenteral).^{(23) (17)}

Cal tenir en compte que el tractament farmacològic del delírium és simptomàtic i, per tant, ha de ser limitat en el temps.

Els principals fàrmacs utilitzats per al tractament simptomàtic del delírium són els antipsicòtics de primera i segona generació. Tanmateix, la majoria d'estudis dels últims anys no mostren beneficis de l'ús d'antipsicòtics, benzodiazepines o altres fàrmacs en disminuir la durada o la gravetat del delírium,⁽¹⁸⁾ ni tampoc demostren diferències en eficàcia i seguretat entre els antipsicòtics de primera i segona generació.⁽²⁴⁾

Els estudis d'eficàcia dels antipsicòtics en el tractament del delírium són molt heterogenis i no concloents. La majoria inclouen molt pocs pacients i són de qualitat baixa o molt baixa.

En els casos en què estigui indicat l'ús de tractament farmacològic, es recomanen preferentment la risperidona i l'haloperidol (en els casos en què la via oral no estigui disponible),^{(23) (1)} atesa la seva experiència d'ús i ja que es troben indicats en el tractament de la síndrome confusional, l'agressivitat en pacients amb demència i l'agitació (ref. fitxes tècniques). Altres opcions inclouen la quetiapina, l'olanzapina i l'aripirazole; tot i que s'ha de tenir en compte que la indicació no es troba recollida a la fitxa tècnica i que l'evidència de la seva eficàcia és controvertida⁽¹⁷⁾.

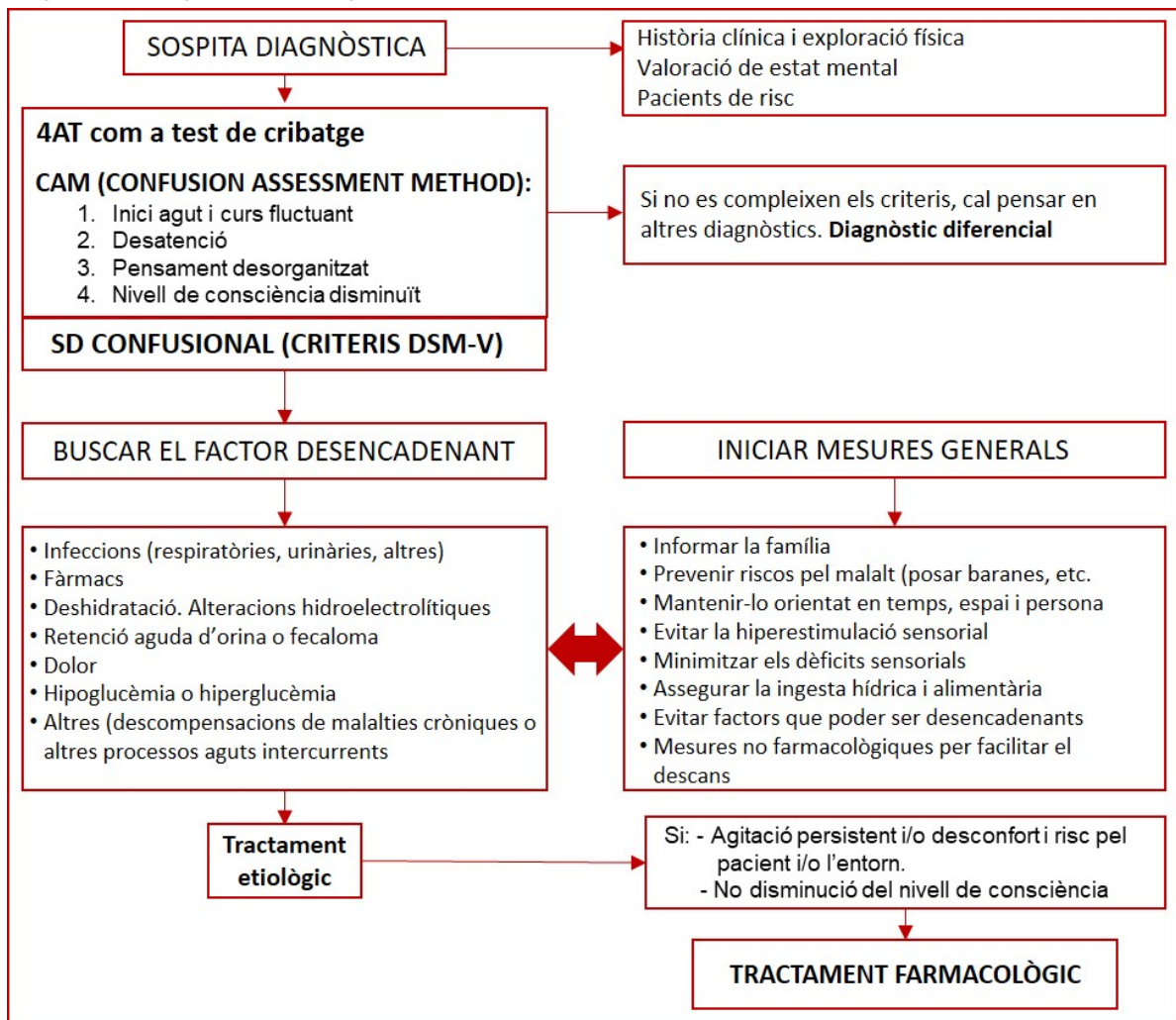
D'altra banda, la dexmedetomidina ha mostrat una millora en temps de resolució del delírium envers el placebo en pacients ingressats a l'UCI.⁽²⁵⁾

En algunes situacions especials, com el tractament del delírium per privació d'alcohol, es recomana l'ús de benzodiazepines i evitar els antipsicòtics.

En cas de parkinsonisme no està indicat l'ús de l'haloperidol. Es prefereix la ziprasidona via parenteral.

En la figura 12 es mostra l'algoritme d'origen del tractament del delírium.

Figura 12. Algoritme d'origen del tractament del delírium



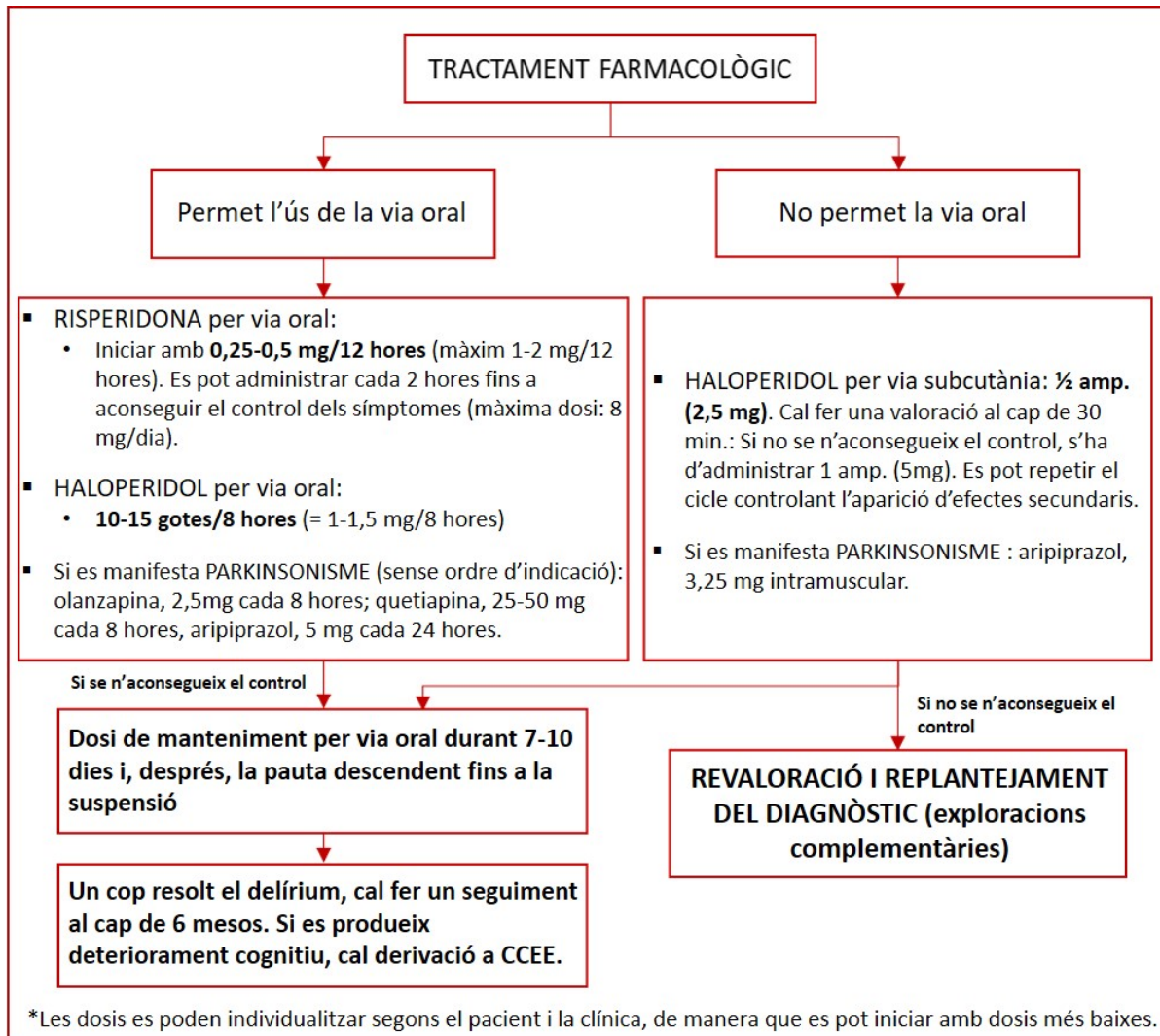
Font: Adaptació al Protocol Delirium del Parc de Salut Mar, , 2021. Revisió setembre 2021.

Cal destacar que la medicació antipsicòtica pot ser especialment inapropiada en els casos següents: ⁽¹⁾

- Si no s'han tractat o exclòs causes reversibles com el dolor o la retenció urinària.
- Si no s'han superat les barreres de comunicació, és a dir, no s'han superat els obstacles o dificultats que poden presentar-se durant el procés de comunicació o de transmissió efectiva d'un missatge amb el pacient amb delírium.
- Per a persones amb condicions específiques com la malaltia de Parkinson o la demència amb cossos de Lewy⁽¹⁾⁽⁷⁾. En aquests casos es recomana l'ús de quetiapina.

En la figura 8 es mostra l'algoritme de decisió a l'hora de començar el tractament farmacològic. Addicionalment, en els annexos 2 i 3 trobem taules amb les principals característiques dels fàrmacs utilitzats en el tractament del delírium.

Figura 13. Algoritme de tractament farmacològic del delírium



Font: Adaptació al Protocol Delirium del Parc de Salut Mar, , 2021. Revisió setembre 2021.

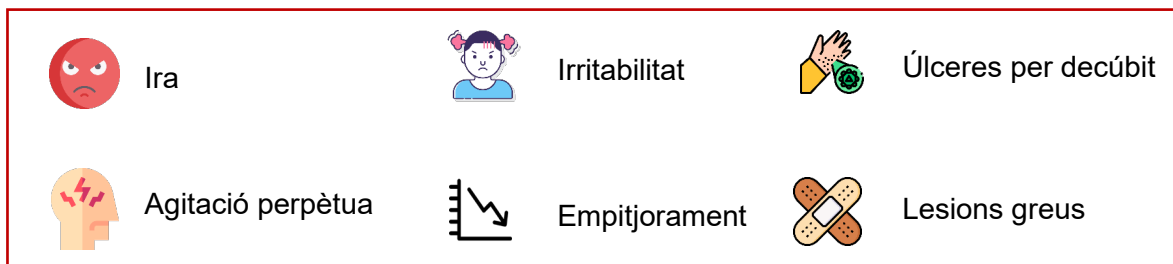
9 Les mesures de contenció física

Les mesures de contenció física poden ser un factor de risc per desenvolupar delírium, sobretot en les UCI. ^{(26) (27) (28)} Per tant, tot i que en algun moment poden ser necessàries, es recomana evitar-les sempre que sigui possible.

Actualment no existeix una normativa específica d'àmbit nacional que reguli l'ús de mètodes de contenció en l'atenció sanitària i serveixi de referència per a les actuacions dels professionals. ⁽²⁹⁾

La contenció física col·loca el pacient en la mateixa postura durant molt de temps. Això provoca trastorns del cicle de vigília i anomalies en la secreció de melatonina, fet que afavoreix l'aparició de delírium. També pot provocar ira, irritabilitat, úlceres per decúbit, agitació perpètua, empitjorament i lesions greus.

Figura 14. Principals efectes de la contenció física



Aquestes conseqüències, juntament amb altres emocions negatives, poden provocar trastorns de l'equilibri dels neurotransmissors i un augment del risc de delírium. ⁽²⁸⁾ A més, l'ús de mesures agressives de contenció física en delírium hiperactiu està relacionat amb un augment de la mort per asfíxia d'aquests pacients. ⁽³⁰⁾

Per tant, els professionals han de minimitzar l'ús de la contenció física (inclouen les possibles lligadures i baranes de llit), ⁽³¹⁾ fins i tot després d'una avaluació completa per part de l'equip mèdic de l'estat físic i psicològic del pacient, i del medi ambient. ⁽²⁸⁾

En cas que s'hagi decidit aplicar mesures de contenció, s'hauran de revisar periòdicament tant pel personal clínic com per la família, per tal d'evitar un ús excessiu prolongat en el temps d'aquest recurs. I també s'haurà d'assegurar que compleixen els criteris de bona aplicació, garantir que estan ben indicades i tenir el coneixement de quan no està indicada. Aquestes característiques queden recollides en la taula 8.

Adicionalment, es recullen un seguit de recomanacions referents a les contencions físiques en pacients amb demència i que creiem pertinents per extrapolar les contencions físiques de delírium:

- S'han d'utilitzar elements de subjecció homologats, amb la legislació vigent i en perfecte estat de conservació.
- És necessari un equip coordinat de 4 o 5 persones ben entrenades que subjectin el pacient convenientment, amb cura per no ferir-lo, i que actuï amb tranquil·litat i serenitat però amb fermesa i seguretat. S'ha d'assegurar al pacient la seva comoditat, intimitat i respecte en tot el procediment.

- S'han d'interrompre les mesures de CM com més aviat millor, de manera progressiva, i quan s'aconsegueixi el control dels símptomes.
- Necessitats demandades per experts: control judicial quan s'apliquin aquestes mesures, homologació d'aquestes mesures per a tots els centres, obligatorietat d'examen judicial en les revisions de l'internament i nomenament d'un defensor judicial per als internaments molt prolongats. (29) (32) (33)

Taula 6. Criteris i indicacions de les mesures de contenció física

Criteris de bona aplicació	Indicacions	Quan no està indicada
<ul style="list-style-type: none"> • Necessitat, que estigui realment indicada en benefici del pacient. • Excepcionalitat, no hi ha cap altra possibilitat per assolir els objectius terapèutics. • Brevetat, durant el menor temps possible. • Proporcionalitat, cal utilitzar la menys restrictiva. • Consentiment familiar. • Seguiment adequat. • Revisió periòdica. • Prescripció mèdica. • Els professionals d'atenció han d'estar correctament formats en aquesta matèria. • Monitoratge mitjançant un registre validat d'història clínica: justificació, inici, tipus de contenció, tolerància, reavaluacions de la situació, freqüència del control i suspensió de la contenció física. 	<ul style="list-style-type: none"> • Els beneficis han de superar sempre els riscos d'aquesta mesura. • Davant de situacions que representin una amenaça per a la integritat física del pacient: reduir o evitar el nombre de caigudes, impedir vicis posturals (control postural), prevenir lesions, entre d'altres. • Davant de situacions que representin una amenaça per a la integritat física de l'entorn i d'altres persones. • En entorns terapèutics, com a mètode per evitar l'arrencada de vies, sondes, catèters, etc. A més de situacions on es prescriu repòs (pacient no col·laborador amb una fractura de maluc). 	<ul style="list-style-type: none"> • Quan hi hagi la possibilitat d'intervencions alternatives (abordatge verbal, modificació de l'entorn, eliminació de barreres arquitectòniques, etc.). • Com a mètode de càstig davant d'una transgressió o conducta molesta, per antipatia o com a demostració de força cap a la persona cuidada. • Per conveniència o comoditat de les persones que la cuiden o de la resta de persones que hi conviuen, com a substitutiu de vigilància, per escassetat de personal.

10 Delírium al final de vida

El delírium és altament prevalent en persones amb malalties cròniques progressives (persones que reben cures pal·liatives). Tot i que el delírium en la malaltia terminal sovint és irreversible (delírium terminal), entre un 30-50% dels casos són reversibles. Els símptomes del delírium hipoactiu són més prevalents que els hiperactius o mixt en pacients en cures pal·liatives (40-50%).

En la prevalença també hi afecta l'entorn assistencial en què es troba la persona:

- **En l'hospitalari:**
 - A l'ingrés: augmenta en un rang d'entre el 13% al 42%.
 - Després de l'ingrés oscil·la entre el 3% i el 45%.
 - En les últimes setmanes-hores de vida arriba al 58-88%.
- **En el comunitari:** la prevalença de delírium es troba entre el 4% i el 12%.

En el context de les cures pal·liatives en què molts pacients tenen un diagnòstic de càncer, l'alta prevalença d'inflamació sistèmica, juntament amb una disfunció de la barrera hematoencefàlica, pot provocar que les citocines i els mediadors inflamatoris s'encreuin al sistema nerviós central i que això promogui la neuroinflamació i el delírium.

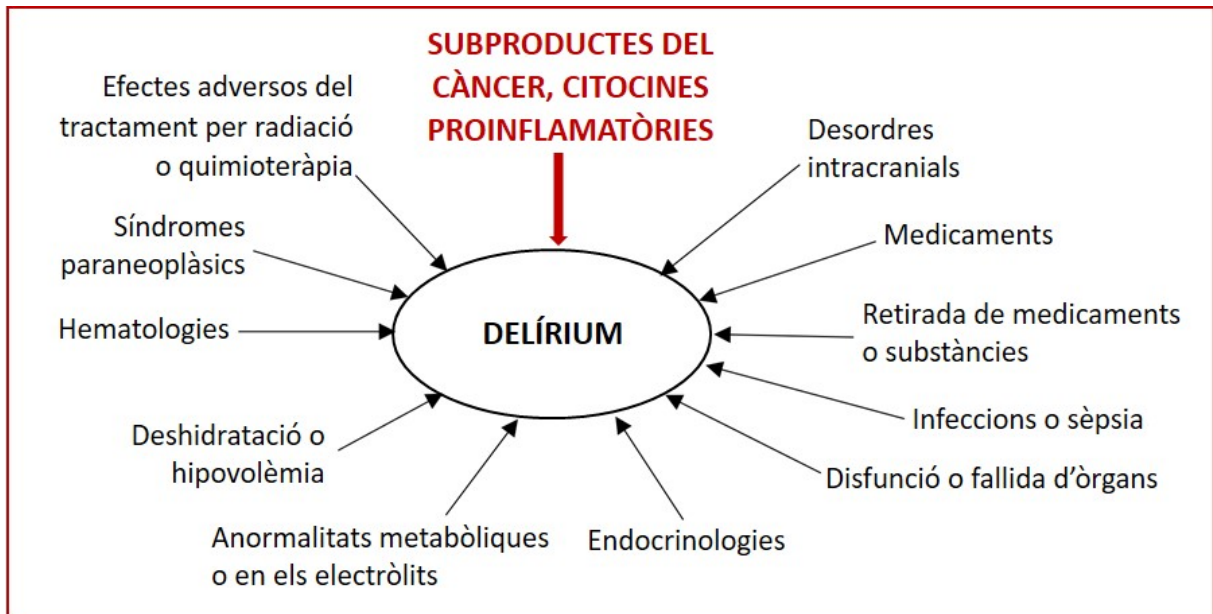
Figura 15. Inflamació sistèmica i delírium



Altres factors del delírium:

- **Trastorn mèdic** (p. e. càncer, malaltia neurològica, cardíaca, pulmonar)
- **Complicacions sistèmiques del trastorn mèdic** (p. e. anèmia, infeccions, sèpsia, anomalies en els electròlits, alteracions glucèmiques, trastorns metabòlics, encefalopatia per insuficiència hepàtica, renal o pulmonar, fallida d'òrgans)
- **Trastorns de l'SNC (sistema nerviós central)** (p. e. malaltia cerebrovascular, infecció, vasculitis, tumor del SNC i metàstasis cerebrals i meníngies)
- **Deficiència nutricional** (p. e., tiamina, àcid fòlic, deficiència de vitamina B12)
- **Toxicitat dels fàrmacs** (p. e., quimioteràpia, teràpia biològica, opioides, esteroides, anticolinèrgics, psicoactius) i tractament (p. e. radiació)

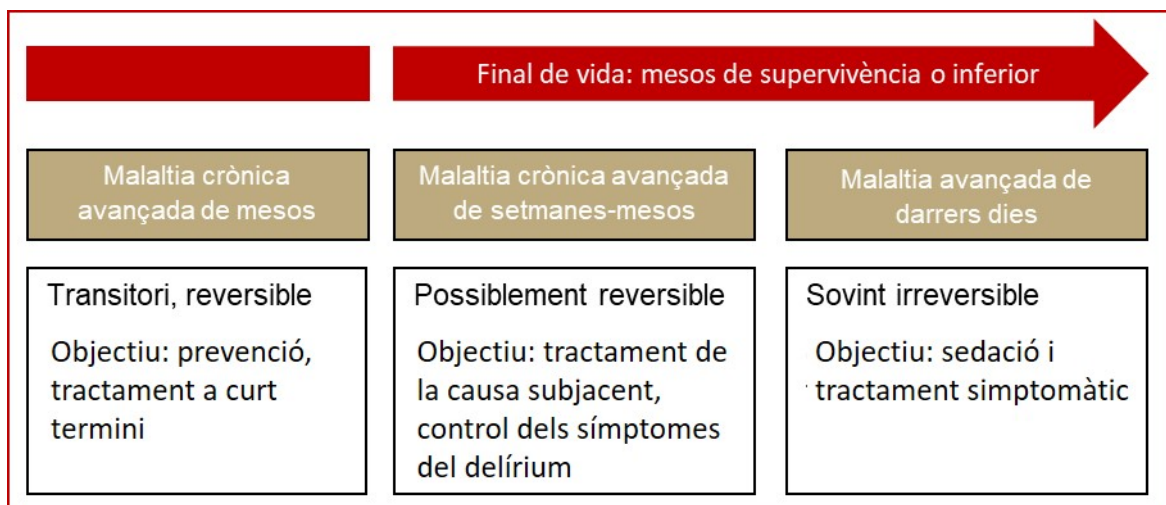
Figura 16. Factors contribuents al delírium en pacients amb càncer



10.1 Tractament dels pacients que reben cures pal·liatives

L'estratègia terapèutica fonamental per a un episodi de delírium consisteix a tractar els seus factors precipitants sempre que sigui possible i orientar-la al seu malestar simptomàtic, si és necessari mitjançant una intervenció farmacològica. El mecanisme del desequilibri de neurotransmissors (majoritàriament deficiència colinèrgica o excés relatiu de neurotransmissió dopaminèrgica) ha donat suport en gran mesura a l'enfocament farmacològic de l'ús d'antipsicòtics en el tractament dels símptomes del delírium angoixant.

Figura 17. Objectiu del tractament del delírium a final de vida



10.1.1 Tractament no farmacològic

- La recerca en pacients amb cures pal·liatives ha demostrat la **importància i eficàcia d'un sistema d'intervenció multicomponent i integrat**.
- L'aparició del delírium en pacients amb cures pal·liatives ha **d'obrir una discussió immediata amb el pacient** mateix (sempre que sigui possible), alhora que també ha **d'apoderar les persones que prenen les decisions** en matèria d'implicació del diagnòstic i les opcions de tractament.
- Una aproximació sistemàtica a la **prompta detecció del delírium**, juntament amb una **col·laboració interdisciplinària de les cures** permet una cura òptima per a la persona amb delírium en el final de vida.

Per tal d'aconseguir aquest empoderament, l'article «Delirium at the End of Life» presenta les següents recomanacions sobre els temes que cal tractar amb aquells pacients amb delírium al final de la vida i amb les seves famílies:

Taula 7. Guia de principis en el tractament al final de la vida

Guia de principis en el tractament del delírium a pacients al final de la vida

- No considerar la persona amb delírium com una llista de problemes i riscos fragmentats
- Permetre i fomentar la decisió
- Entendre l'historial i el context de la persona, i descobrir què és important per a ella
- Fomentar la connectivitat amb el personal, família i éssers estimats
- Proporcionar explicacions clares sobre el que està passant i el context
- Entendre que el delírium és desconegut i interromp el sentit de la continuïtat; reconèixer i valorar la preocupació
- Fer l'entorn més familiar, i considerar si estar a casa amb suport és millor que estar en una localització per a cures
- Tractar la persona amb respecte i dignitat

10.1.2 Tractament farmacològic

El maneig farmacològic en pacients al final de la vida no s'hauria de veure com una solució ràpida per a una emergència mèdica complexa. Encara que els antipsicòtics s'utilitzen habitualment en la gestió del delírium en pacients amb cures pal·liatives, l'evidència de recerca recent suggereix que els antipsicòtics estan associats amb l'augment dels símptomes del delírium i redueixen la supervivència del pacient ⁽³⁴⁾.

És molt important una gestió farmacològica del delírium en pacients al final de la vida que distingeixi l'objectiu del tractament: si bé aquest fi és el de revertir el delírium o només pal·liar-ne els símptomes.

- Quan l'objectiu és revertir el delírium s'han d'aplicar les mateixes directrius expressades en aquesta guia a l'apartat 8.2, ajustant les dosis segons les indicacions clíniques de cada pacient.
- Si l'objectiu és el de pal·liar els efectes del delírium, s'utilitzen benzodiazepínics com el midazolam com a sedants per tal de facilitar la relaxació i mitigació dels símptomes del delírium en aquest tipus de pacients, especialment per a aquells amb ventilació mecànica invasiva.

No obstant, cal remarcar l'evidència científica sobre el tractament farmacològic del delírium al final de la vida, on apareixen molts dubtes sobre la seva efectivitat. S'han realitzat diversos estudis on es demostra la poca efectivitat, o nul·la, d'alguns fàrmacs com l'haloperidol, la risperidona, l'olanzapina i la combinació entre el lorazepam i l'haloperidol, en comparació a un placebo ⁽³⁵⁾.

11 Recomanacions per assegurar la qualitat

Taula 8. Recomanacions de qualitat

	Proveïdors de serveis (hospitals, hospitals d'atenció intermèdia, residències i atenció primària)	Professionals de la salut i de l'assistència social	CatSalut
Prevenió	Elaborar una guia d'orientació sobre les intervencions per prevenir el delírium en el seu centre i unitats assistencials. (7)	Implementar mesures de prevenció multicomponent als pacients ingressats a l'hospital o hospital d'atenció intermèdia .	Verificar (per exemple, auditant la pràctica actual) que els centres disposen i utilitzen un protocol de prevenció del delírium. (7)
Detecció	Elaborar una guia d'orientació per detectar els canvis de comportament que puguin indicar que una persona té delírium. Disposar de sistemes per avaluar aquests canvis. (7)	Avaluar el risc de delírium en pacients adults ingressats per canvis recents en el comportament, inclosa la cognició, la percepció, la funció física i el comportament social. (7)	Verificar (per exemple, mitjançant l'auditoria de la pràctica actual) que els centres avalua el risc de delírium. (7)
Tractament farmacològic	Elaborar procediments i protocols per assegurar l'ús adequat de medicaments antipsicòtics en adults amb delírium.	Evitar receptar medicaments antipsicòtics a adults amb delírium llevat que estiguin angoixats o que presentin un risc per a ells mateixos o per als altres, i que les tècniques de desescalada siguin ineficaces o inapropiades.	Monitorar el volum de prescripció de medicaments antipsicòtics per a adults amb delírium. Donar suport als proveïdors per desenvolupar, monitorar i millorar els procediments i protocols per monitorar la prescripció.
Indicadors d'avaluació	Dissenyar un sistema d'indicadors per avaluar la incidència del delírium al centre assistencial, la qualitat del maneig dels pacients i l'ús pertinent de medicaments.	Avaluar els resultats dels indicadors sobre el delírium en el seu centre .	Avaluar els indicadors de qualitat del delírium pel conjunt de la xarxa de centres assistencials .

12 Bibliografia

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Delirium in adults. United Kingdom. Disponible a <https://www.nice.org.uk/guidance/qs63>
2. Williams ST, Dhesi JK, Partridge JSL. Distress in delirium: causes, assessment and management. *Eur Geriatr Med.* 2020;11(1):63-70. doi: 10.1007/s41999-019-00276-z..
3. Grup de demències. Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia. Dia mundial del Delírium 2021: Què és el delírium? Disponible a: <http://scgig.cat/docs/Diptic-catala-WDAD-2021.pdf> . Data consulta 20/02/2022
4. Network for Investigation of Delirium unifying scientists (NIDUS). World Delirium Awareness Day 2020. Disponible a: <https://deliriumnetwork.org/world-delirium-awareness-day-2020/> . Data consulta 20/02/2022
5. Jones RN, Cizginer S, Pavlech L, Albuquerque A, Daiello LA, Dharmarajan K, Gleason LJ, Helfand B, Massimo L, Oh E, Okereke OI, Tabloski P, Rabin LA, Yue J, Marcantonio ER, Fong TG, Hshieh TT, Metzger ED, Erickson K, Schmitt EM, Inouye SK; Better Assessment of Illness (BASIL) Study Group. Assessment of Instruments for Measurement of Delirium Severity: A Systematic Review. *JAMA Intern Med.* 2019 Feb 1;179(2):231-239. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.6975. PMID: 30556827; PMCID: PMC6382582.
6. de la Cruz M, Fan J, Yennu S, Tanco K, Shin S, Wu J, Liu D, Bruera E. The frequency of missed delirium in patients referred to palliative care in a comprehensive cancer center. *Support Care Cancer.* 2015 Aug;23(8):2427-33. doi: 10.1007/s00520-015-2610-3. Epub 2015 Jan 24. PMID: 25617070.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Delirium: prevention, diagnosis and management. United Kingdom. Darrera actualització: 14 March 2019. Disponible a <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
8. NICE, National Institute for Health and Care Excellence. Recognising and preventing delirium: A quick guide for care home managers. Disponible a <https://www.nice.org.uk/about/nice-communities/social-care/quick-guides/recognising-and-preventing-delirium>
9. Maldonado JR. Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2018 Nov;33(11):1428-1457. doi: 10.1002/gps.4823. Epub 2017 Dec 26. PMID: 29278283.
10. Hshieh TT, Inouye SK, Oh ES. Delirium in the Elderly. *Psychiatr Clin North Am.* 2018 Mar;41(1):1-17. doi: 10.1016/j.psc.2017.10.001. Epub 2017 Dec 22. PMID: 29412839.
11. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA.* 1996 Mar 20;275(11):852-7. PMID: 8596223.
12. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLulich AMJ, Slooter AJC, Ely EW. Delirium. *Nat Rev Dis Primers.* 2020 Nov 12;6(1):90. doi: 10.1038/s41572-020-00223-4. Erratum in: *Nat Rev Dis Primers.* 2020 Dec 1;6(1):94. PMID: 33184265.

13. Fick DM, Agostini JV, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2002 Oct;50(10):1723-32. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50468.x. PMID: 12366629.
14. Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med.* 2006 Mar 16;354(11):1157-65. doi: 10.1056/NEJMra052321. Erratum in: *N Engl J Med.* 2006 Apr 13;354(15):1655. PMID: 16540616.
15. Shields L, Henderson V, Caslake R. Comprehensive Geriatric Assessment for Prevention of Delirium After Hip Fracture: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Am Geriatr Soc.* 2017 Jul;65(7):1559-1565. doi: 10.1111/jgs.14846. Epub 2017 Apr 13. PMID: 28407199.
16. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, Conroy SP, Kircher T, Somme D, Saltvedt I, Wald H, O'Neill D, Robinson D, Shepperd S. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Sep 12;9(9):CD006211. doi: 10.1002/14651858.CD006211.pub3. PMID: 28898390; PMCID: PMC6484374.
17. Soiza RL, Myint PK. The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 157: Guidelines on Risk Reduction and Management of Delirium. *Medicina (Kaunas).* 2019 Aug 15;55(8):491. doi: 10.3390/medicina55080491. PMID: 31443314; PMCID: PMC6722546.
18. Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA.* 2017 Sep 26;318(12):1161-1174. doi: 10.1001/jama.2017.12067. PMID: 28973626; PMCID: PMC5717753.
19. Vidán MT, Sánchez E, Alonso M, Montero B, Ortiz J, Serra JA. An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 2009 Nov;57(11):2029-36. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02485.x. Epub 2009 Sep 15. PMID: 19754498.
20. Jones RN, Cizginer S, Pavlech L, Albuquerque A, Daiello LA, Dharmarajan K, Gleason LJ, Helfand B, Massimo L, Oh E, Okereke OI, Tabloski P, Rabin LA, Yue J, Marcantonio ER, Fong TG, Hshieh TT, Metzger ED, Erickson K, Schmitt EM, Inouye SK; Better Assessment of Illness (BASIL) Study Group. Assessment of Instruments for Measurement of Delirium Severity: A Systematic Review. *JAMA Intern Med.* 2019 Feb 1;179(2):231-239. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.6975. PMID: 30556827; PMCID: PMC6382582.
21. E. Delgado-Parada, D. Morillo-Cuadrado, J Saiz-Ruiz, A. Cebollada-Gracia, J.L. Ayuso-Mateos, A.J. Cruz-Jentoft. Diagnostic accuracy of the Spanish version of the 4AT scale (4AT-ES) for delirium screening in older inpatients. *The European Journal of Psychiatry*, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2022.01.003>.
22. Abraha I, Trotta F, Rimland JM, Cruz-Jentoft A, Lozano-Montoya I, Soiza RL, Pierini V, Dessì Fulgheri P, Lattanzio F, O'Mahony D, Cherubini A. Efficacy of Non-Pharmacological Interventions to Prevent and Treat Delirium in Older Patients: A Systematic Overview. The SENATOR project ONTOP Series. *PLoS One.* 2015 Jun 10;10(6):e0123090. doi: 10.1371/journal.pone.0123090. PMID: 26062023; PMCID: PMC4465742.

23. Cano Hernandez, M^a Teresa. Tcai. (UGA. Hospital de l'Esperança.), De Jaime Gil, Elisabet. (Metge. Cap de secció del Servei de Geriatria. Parc de Salut Mar), Goudinoff García, Alejandra. Infermera. (UGA. Hospital de l'Esperança.), Huarte-Mendicoa Otero, Ana. Cap d'Unitat d'Infermeria. (UGA. Hospital de l'Esperança), Ortega Cazcarra, Yaiza. Tcai. (UGA. Hospital de l'Esperança), Pi-Figueras Valls, Maria. (Metge. Servei de Geriatria. Parc de Salut Mar), Ruiz Carmona, Anabel. Tcai. (UGA. Hospital de l'Esperança.), Ubero Fernández, Susana. (Infermera. Servei de Geriatria. Centre Fòrum. Hospital del Mar.), Villoldo Molina, Cristina. Infermera. (UGA. Hospital de l'Esperança.); Protocol de delirium del Parc Salut Mar, 2021. Document no publicat.
24. Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, Simpkins SA. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Mar 11;3:CD005563. doi: 10.1002/14651858.CD005563.pub3. PMID: 26967259.
25. Devlin JW, Roberts RJ, Fong JJ, Skrobik Y, Riker RR, Hill NS, Robbins T, Garpestad E. Efficacy and safety of quetiapine in critically ill patients with delirium: a prospective, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. *Crit Care Med.* 2010 Feb;38(2):419-27. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181b9e302. PMID: 19915454.
26. Van Rompaey B, Elseviers MM, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Bossaert L. Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study. *Crit Care.* 2009;13(3):R77. doi: 10.1186/cc7892. Epub 2009 May 20. PMID: 19457226; PMCID: PMC2717440.
27. Mehta S, Cook D, Devlin JW, Skrobik Y, Meade M, Fergusson D, Herridge M, Steinberg M, Granton J, Ferguson N, Tanios M, Dodek P, Fowler R, Burns K, Jacka M, Olafson K, Mallick R, Reynolds S, Keenan S, Burry L; SLEAP Investigators; Canadian Critical Care Trials Group. Prevalence, risk factors, and outcomes of delirium in mechanically ventilated adults. *Crit Care Med.* 2015 Mar;43(3):557-66. doi: 10.1097/CCM.0000000000000727. PMID: 25493968.
28. Pan Y, Yan J, Jiang Z, Luo J, Zhang J, Yang K. Incidence, risk factors, and cumulative risk of delirium among ICU patients: A case-control study. *Int J Nurs Sci.* 2019 Jun 2;6(3):247-251. doi: 10.1016/j.ijnss.2019.05.008. PMID: 31508442; PMCID: PMC6722464.
29. Domínguez, JR. Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*, 2017, vol. 32, no 3, p. 172-177.
30. Strömmer EMF, Leith W, Zeegers MP, Freeman MD. The role of restraint in fatal excited delirium: a research synthesis and pooled analysis. *Forensic Sci Med Pathol.* 2020 Dec;16(4):680-692. doi: 10.1007/s12024-020-00291-8. Epub 2020 Aug 22. PMID: 32827300; PMCID: PMC7669776.
31. Martin-Khan M, Bail K, Yates MW, Thompson J, Graham F; Cognitive Impairment and COVID-19, Hospital Care Guidance Committee. Interim guidance for health-care professionals and administrators providing hospital care to adult patients with cognitive impairment, in the context of COVID-19 pandemic. *Australas J Ageing.*

- 2020 Sep;39(3):283-286. doi: 10.1111/ajag.12831. PMID: 33051999; PMCID: PMC7675584..
32. Fundación Cuidados Dignos. Cómo se eliminan las sujeciones. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención socio sanitaria y domicilios. Zaragoza: El Justicia de Aragón, 2011.
 33. Rodríguez J. Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48(4):185-89.
 34. Bush SH, Tierney S, Lawlor PG. Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting. *Drugs [Internet].* 2017 Sep 1 [cited 2022 Mar 2];77(15):1623–43. Available from: [https://link-springer-com.sire.ub.edu/article/10.1007/s40265-017-0804-3](https://link.springer-com.sire.ub.edu/article/10.1007/s40265-017-0804-3)
 35. Finucane AM, Jones L, Leurent B, Sampson EL, Stone P, Tookman A, et al. Drug therapy for delirium in terminally ill adults. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2020 Jan 21 [cited 2022 Mar 2];2020(1). Available from: [/pmc/articles/PMC6984445/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32000000/)

13 Annexos

13.1 Annex 1. Test 4AT de detecció del delírium

4AT

(etiqueta)

Test para la evaluación de delirium y deterioro cognitivo

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Número:

Fecha:

Hora:

Evalúador:

Marque con un círculo la respuesta correcta

[1] ESTADO DE CONSCIENCIA

Esto incluye pacientes que pueden presentar somnolencia (por ejemplo, difíciles de despertar y/o con sueño, obviamente somnolientos durante la evaluación) o agitado/hiperactivo. Observe al paciente. Si está dormido, intente despertarlo dirigiéndole la palabra o tocando gentilmente el hombro. Pedirle al paciente que diga su nombre y dirección para proceder a la puntuación.

Normal (completamente alerta, pero no agitado, a lo largo de la evaluación)	0
Somnolencia leve durante <10 segundos después de despertar, luego normal	0
Claramente anormal	4

[2] AMT4

Edad, fecha de nacimiento, lugar (nombre del hospital o edificio), año actual.

Sin errores	0
1 error	1
2 o más errores/no valorable	2

[3] ATENCIÓN

Pedirle al paciente: "Dígame por favor los meses del año hacia atrás en orden, comenzando por Diciembre." Para ayudar a la comprensión inicial, preguntar "¿Cuál es el mes antes de Diciembre?" es permitido.

Meses del año hacia atrás	Acierta 7 meses o más correctamente	0
	Inicia pero acierta <7 meses / se niega a iniciar	1
	No valorable (debido a malestar, somnolencia, falta de atención)	2

[4] CAMBIO AGUDO O CURSO FLUCTUANTE

La evidencia de un cambio significativo o fluctuación en: el estado de alerta, la cognición, otra función mental (Por ejemplo: paranoia, alucinaciones) que surjan durante las últimas 2 semanas y todavía evidente en las últimas 24 horas

No	0
Sí	4

4 o más: posible delirium +/- deterioro cognitivo

1-3: posible deterioro cognitivo

0: delirium o deterioro cognitivo severo poco probable (pero delirium todavía posible si la información [4] está incompleta)

PUNTUACIÓN 4AT

INSTRUCCIONES

4AT es un instrumento de cribado diseñado para la evaluación inicial rápida de delirium y deterioro cognitivo. Una puntuación de 4 o más sugiere delirium, pero no es diagnóstico: una evaluación más detallada del estado mental puede ser necesaria para llegar a un diagnóstico. Una puntuación entre 1-3 sugiere deterioro cognitivo y es necesario una valoración cognitiva más detallada así como la recopilación de datos de un informante en la historia clínica. Una puntuación de 0 no excluye definitivamente delirium o deterioro cognitivo: una prueba más detallada puede ser requerida dependiendo del contexto clínico. Los puntos 1-3 se valoran únicamente durante la observación del paciente en el momento de la evaluación. El punto 4 requiere información de una o más fuentes, por ejemplo el propio conocimiento del paciente, otras personas que conozcan al paciente (por ejemplo, personal de enfermería), notas del médico de familia, notas de casos anteriores, cuidadores. El evaluador debe tener en cuenta las dificultades de comunicación (deficiencia auditiva, disfasia, falta de idioma común) en la realización de la prueba y la interpretación del contenido de la evaluación. **Estado de consciencia:** La alteración en el nivel de alerta es muy probable que sea causado por el delirium en los hospitales. Si el paciente presenta alteración significativa del estado de alerta durante la evaluación, la puntuación será de 4. **AMT4 (Test Mental Abreviado-4):** Esta puntuación se puede extraer de los elementos del AMT10 si este se realiza inmediatamente antes. **Cambio agudo o curso fluctuante:** las fluctuaciones pueden ocurrir sin delirium en algunos casos de demencia, pero la fluctuación marcada por lo general indica el delirium. Para ayudar a discernir entre alucinaciones y/o pensamientos paranoides, preguntar al paciente preguntas tales como, "¿Está preocupado por lo que sucede aquí?"; "¿Siente miedo por algo o alguien?"; "¿Ha estado escuchando o viendo algo inusual?".

Sander, R., Corrette, M., Dorrian, M. (2016). 4AT Spanish version 1.0.

Versión 1.2. Información y descarga: www.the4AT.com El

© 2011-2014 MacLulich, Ryan, Cash

13.2 Annex 2. Prova CAM

	Si	No
1. Comienzo agudo y curso fluctuante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la contestación es No, no seguir el cuestionario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alteración de la atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente se distrae con facilidad o tiene dificultad para seguir una conversación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la contestación es No, no seguir el cuestionario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pensamiento desorganizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Alteración del nivel de conciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está alterado el nivel de conciencia del paciente (vigilante, letárgico, estuporoso)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para el diagnóstico de delirium son necesarios los dos primeros criterios y por lo menos uno de los dos últimos.

13.3 Annex 3. Taula resum dels principals fàrmacs per al tractament del delírium

	Haloperidol	Risperidona	Quetiapina	Olanzapina	Aripiprazole
Indicació	Tractament urgent de la síndrome confusional que no respon a teràpies no farmacològiques	Tractament a curt termini (fins a 6 setmanes) de l'agressió persistent que pot aparèixer en pacients amb demència del tipus Alzheimer de moderada a greu que no responen a mesures no farmacològiques i quan hi ha un risc de lesió per a ells mateixos o per als altres.	Tractament de l'esquizofrènia, trastorn bipolar Episodis depressius majors en pacients amb trastorn depressiu major (TDM) que no han tingut resposta al tractament amb antidepressius en monoteràpia	Tractament de l'esquizofrènia i del trastorn bipolar. No autoritzada per al tractament dels SCPD	Tractament de l'esquizofrènia en adults i adolescents de 15 anys o més
Presentacions i vies d'administració	- 10 mg comprimits - 2 mg/ml solució o gotes orals - 5 mg/ml injectable La solució té un preu lleugerament superior als comprimits.	- 0,5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg i 6 mg, comprimits recoberts - 0,5 mg, 1 mg i 2 mg, comprimits BD - 1 mg/ml, solució oral Totes les presentacions tenen el mateix cost per dosi. Hi ha comercialitzades presentacions injectables depot. No s'han d'utilitzar en el tractament de SCPD.	- 25 mg, 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg, 300, 400 mg, comprimits recoberts - 50 mg, 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, comprimits d'alliberament prolongat - No s'han d'utilitzar els comprimits d'alliberament prolongat en el tractament de SCPD. Cal anar en compte de no confondre les presentacions en el moment de la prescripció.	- 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg i 10 mg, comprimits recoberts - 5 mg, 10 mg, 15 mg i 20 mg, comprimits BD - 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg, 15 mg i 20 mg, càpsules - Totes les presentacions tenen el mateix cost per dosi Hi ha comercialitzades presentacions injectables i injectables depot. No utilitzar-les en el tractament de SCPD	- 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, comprimits - 10 mg, 15 mg, 30 mg, comprimits BD - 1 mg solució oral - 7,5 mg solució injectable - 300 mg, 400 mg suspensió injectable d'alliberació prolongada
Posologia	Vies orals, comprimits o solució: 1 a 10 mg/dia en una sola dosi o en 2 o 3 dosis dividides Iniciar amb la dosi més baixa possible, que s'ajusti en increments a intervals de 2 a 4 hores si continua l'agitació, amb un màxim de 10 mg/dia. Via injectable: 1 a 10 mg per via intramuscular Iniciar amb la dosi més baixa possible, que s'ajusti en increments a intervals de 2 a 4 hores si continua l'agitació, amb un màxim de 10 mg/dia. En pacients ancians, es recomana una dosi màxima de 5 mg/dia, la meitat de la dosi adulta recomanada, amb augments de dosis curosos i graduals.	- Es recomana una dosi inicial de 0,25 mg dos cops al dia. Aquesta dosi es pot ajustar amb increments de 0,25 mg dos cops al dia amb un una freqüència no superior a un dia si i un altre no. - La dosi òptima acostuma a ser de 0,5 mg dos cops al dia, tot i que alguns pacients es poden beneficiar d'1 mg dos cops al dia. No s'ha d'utilitzar durant més de 6 setmanes. Cal examinar i revalorar de forma regular la necessitat de mantenir el tractament.	No hi ha cap especificació per al delírium.	Per persones d'edat avançada: una dosis inicial inferior a 5 mg/dia. No hi ha especificació per a Delírium	- La dosi inicial és de 10-15 mg/dia amb una dosi de manteniment de 15 mg/dia. No s'ha demostrat una millora per dosis diàries excedents a 15 mg/dia.
Modificació de dosi per insuficiència renal	Tot i que no s'espera que la disfunció renal afecti l'eliminació de l'haloperidol d'una forma clínicament rellevant, es recomana precaució en pacients amb insuficiència renal, especialment els greus, degut a la llarga semivida de l'haloperidol i el seu metabòlit reduït, amb la conseqüent possibilitat d'acumulació.	- S'ha de reduir a la meitat la dosi inicial i les dosis consecutives, i l'ajustament de la dosi ha de ser més lent. Cal que es faci servir amb precaució.	- No cal ajustar la dosi. Diàlisi: no hi ha informació.	- Dosi inici: inferior a 5 mg/dia	- No cal ajustar la dosi.

Modificació de dosi per insuficiència hepàtica	Es recomana ajustar la dosi i extremar-ne les precaucions, ja que té efectes significatius sobre la farmacocinètica de l'haloperidol al metabolitzar-se principalment al fetge.	- S'ha de reduir a la meitat la dosi inicial i les dosis consecutives, i l'ajustament de la dosi ha de ser més lent. Cal que es faci servir amb precaució	- Dosi inicial de 25 mg/dia, amb increments de 25-50 mg/dia fins a una dosi efectiva. Cal realitzar un monitoratge estret, especialment a l'inici del tractament.	Dosi inicial: inferior a 5 mg/dia.	- No cal ajustar la dosi.
Consells sobre l'administració	- S'ha d'administrar preferiblement amb aliments, per minimitzar molèsties GI. - Les gotes es poden diluir amb aigua (no amb altres líquids) i s'han de prendre immediatament. S'ha d'administrar la major part de la dosi a l'hora d'anar a dormir.	- Es pot administrar amb aliments o sense. - Alguns dels comprimits recoberts de 0,5 mg es poden partir. El període de validesa de la solució oral, un cop obert l'envàs, és de tres mesos.	- Comprimits recoberts: es poden administrar amb aliments o sense. - Els comprimits recoberts de 25 mg es poden partir. Comprimits d'alliberament prolongat (no recomanats en el maneig dels SCPD): cal que s'administrin sencers i sense aliments (almenys 1 hora abans).	- Es pot administrar amb aliments o sense. Els comprimits BD es poden administrar directament o disgregar en un got d'aigua, suc de taronja, suc de poma, llet o cafè.	Independentment dels àpats.

13.4 Annex 4. Contraindicacions i efectes adversos dels principals fàrmacs del delírium

	Haloperidol	Risperidona	Quetiapina	Olanzapina	Aripiprazole
Contraindicacions	<ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilitat al principi actiu o a algun dels excipients - Estat comatós - Depressió del sistema nerviós central (SNC) - Malaltia de Parkinson - Demència dels cossos de Lewy - Paràlisi supranuclear progressiva - Antecedents de prolongació de l'interval QTc o síndrome del QT llarg congènit - Infart de miocardi recent - Insuficiència cardíaca descompensada - Antecedents d'arritmia ventricular o torsade de pointes - Hipopotassèmia no corregida Tractament concomitant amb medicaments que allarguen l'interval QT	<ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilitat a la risperidona o a algun dels excipients 	<ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilitat a la quetiapina o a algun dels excipients Administració conjunta amb inhibidors potents del metabolisme†	<ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilitat a l'olanzapina o a algun dels excipients. S'han descrit casos de reaccions creuades amb clozapina. Risc de glaucoma d'angle tancat.	<ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilitat al principi actiu o a algun dels excipients
Advertències i precaucions	<ul style="list-style-type: none"> - Efecte hipotensor. Cal monitorar la pressió arterial. Precaució en pacients amb bradicàrdia, antecedents familiars d'allargament de l'interval QT o antecedents d'alcoholisme, pel risc d'arritmia. Cal realitzar un electrocardiograma abans del tractament i avaluar individualment si calen electrocardiogrames. En cas de dosi única, no cal fer l'electrocardiograma.	<ul style="list-style-type: none"> - Cal que s'eviti en casos de Parkinson o demència per cossos de Lewy, ja que provoca més símptomes extrapiramidals que altres antipsicòtics atípics. - Cal valorar el balanç benefici-risc en pacients amb factors de risc o malalties cardiovasculars o amb antecedents de convulsions. - S'han notificat casos de tromboembolisme venós. Cal identificar els factors de risc abans i durant el tractament per adoptar mesures preventives. - S'han de monitorar els símptomes d'hiperprolactinèmia (galactorrea, ginecomàstia, oligomenorrea). Hi ha risc de tumors en cas d'hiperprolactinèmia o de tumors dependents de prolactina. - Risc de la síndrome de l'iris flàccid intraoperatori en la cirurgia de cataractes. Medicament d'alt risc en pacients crònics.	<ul style="list-style-type: none"> - S'han notificat casos de tromboembolisme venós. Cal identificar els factors de risc abans i durant el tractament per adoptar mesures preventives. - Cal tenir precaució amb els pacients amb risc de pneumònia per aspiració, atès que pot produir disfàgia. - Hi ha risc d'aritmies en pacients amb insuficiència cardíaca descompensada, infart de miocardi recent, bradiarritmia, hipopotassèmia o hipomagnesèmia. Cal valorar el balanç benefici-risc del tractament. Medicament d'alt risc en pacients crònics.	<ul style="list-style-type: none"> - S'han notificat casos de tromboembolisme venós. Cal identificar els factors de risc abans i durant el tractament per adoptar mesures preventives. - Cal tenir precaució amb els pacients amb disminució del recompte de leucòcits o neutròfils, antecedents de toxicitat medul·lar per fàrmacs o altres patologies, trastorns associats a hipereosinofília o malaltia mieloproliferativa. - Cal valorar el balanç benefici-risc en pacients amb factors de risc i/o malalties cardiovasculars o amb antecedents de convulsions. - Cal monitorar la glucèmia a l'inici del tractament, un mes després de l'inici i posteriorment cada 4-6 mesos, pel risc d'hiperglucèmia. - Cal monitorar el pes i els lípids a l'inici del tractament, cada 3 mesos durant el primer any i després, anualment. Medicament d'alt risc en pacients crònics.	<ul style="list-style-type: none"> - Cal extremar les precaucions en els pacients amb tendències suïcides, alteracions cardiovasculars, discinèsia tardana, altres síndromes extrapiramidals, síndrome neurolèptica maligna - Convulsions poc freqüents. S'han notificat hiperglucèmia i diabetis mellitus en casos extrems - Augment de pes - Disfàgia - Addicció al joc - Conté lactosa
Interaccions	<ul style="list-style-type: none"> - Contraindicat amb medicaments que allarguin l'interval QTc - Precaució amb medicaments que causin un desequilibri electrolític 	<ul style="list-style-type: none"> - Cal tenir precaució amb medicaments que allarguin l'interval QT, antidepressius tricíclics, antidepressius tetracíclics, alguns antihistamínic, 	<ul style="list-style-type: none"> - Augment de les reaccions adverses amb inhibidors del metabolisme. Contraindicada amb els inhibidors potents.	<ul style="list-style-type: none"> - Precaució amb pacients en tractament amb medicaments que puguin produir depressió del SNC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cert agent antihipertensiu - Cal tenir precaució amb la combinació d'altres medicaments d'acció

	<ul style="list-style-type: none"> - Medicaments que puguin augmentar les concentracions plasmàtiques de l'haloperidol - Medicaments que puguin disminuir les concentracions plasmàtiques de l'haloperidol - Amb l'administració de concomitant de liti - Amb l'epinefrina i altres simpaticomimètics, i blocadors adrenèrgics - Levodopa i altres agonistes dopaminèrgics <p>L'haloperidol és inhibidor de la CYP2D6 i del metabolisme dels antidepressius tricíclics.</p>	<p>altres antipsicòtics, alguns antipalúdics, medicaments que produeixin desequilibri electrolític, bradicàrdia o aquells que inhibeixen el metabolisme hepàtic de la risperidona.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síntomes extrapiramidals amb psicoestimulants. - La carbamazepina disminueix les concentracions plasmàtiques. <p>La fluoxetina, el verapamil i la paroxetina augmenten la concentració plasmàtica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disminució de l'efecte amb inductors potents del metabolisme. - Augment del risc de sedació amb altres fàrmacs depressors del SNC. - Antagonització dels efectes de la levodopa i d'agonistes dopaminèrgics. Cal evitar-ne l'ús concomitant. - Risc d'arrítmies amb fàrmacs que allarguin l'interval QT. <p>Hi ha risc d'hipotensió ortostàtica amb altres fàrmacs que produeixen hipotensió. Cal monitorar la pressió arterial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La inhibició del CYP1A2 inhibeix el metabolisme de l'olanzapina significativament. - Disminució de la biodisponibilitat pel carbó actiu. - L'olanzapina pot antagonitzar els efectes dels agonistes dopaminèrgics directes i indirectes. 	<p>central per solapament de reaccions adverses.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Precaució amb altres medicaments que produeixen prolongació de l'interval QT o trastorns electrolítics
<p>Efectes adversos (freqüents i molt freqüents)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cefalea, crisi oculogira, deteriorament visual - Trastorn psicòtic, depressió - Nàusees, pèrdua de pes - Síntomes extrapiramidals (relacionats amb la dosi): hiperkinèsia, discinèsia tardana, acatàsia, discinèsia, tremolor 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansietat, depressió, somnolència, insomni, cefalea - Parkinsonisme, acatàsia, distonia, discinèsia, tremolor - Hipertensió - Dispnea, dolor de gola, tos, epistaxi, congestió nasal - Restrenyiment, diarrea, nàusees, vòmits, dispèpsia, sequedat de boca, augment de pes, anorèxia o augment de la gana - Hiperprolactinèmia, hiperglucèmia - Fatiga, astènia, edemes, pirèxia, dolor toràcic, caigudes - Incontinència urinària - Exantemes, eritemes - Visió borrosa, conjuntivitis - Rampes musculars, dolor muscular, artràlgia - Increment del risc d'infecció 	<ul style="list-style-type: none"> - Més efecte sedatiu i menys risc d'efectes extrapiramidals que altres antipsicòtics atípics (a dosis baixes) - Somnolència, cefalea, malsons, ideació suïcida (sobretot a l'inici) - Síntomes extrapiramidals, disàrtria - Palpitacions, hipotensió ortostàtica, síncope - Dispnea - Restrenyiment, dispèpsia, vòmits, sequedat de boca, augment de la gana - Alteració de la funció hepàtica, hiperprolactinèmia, disminució d'hormones tiroïdals, hiperglucèmia - Visió borrosa - Astènia lleu, edemes perifèrics, irritabilitat, pirèxia, símptomes de retirada - Leucopènia, disminució del recompte de neutròfils (és necessari monitorar si apareixen signes d'infecció) i de l'hemoglobina 	<ul style="list-style-type: none"> - Més efectes metabòlics i sedatius i menys risc d'efectes extrapiramidals que altres antipsicòtics atípics (a dosis baixes) - Somnolència, mareig, acatàsia, parkinsonisme, discinèsia - Hipotensió ortostàtica - Efectes anticolinèrgics transitoris lleus (restrenyiment i sequedat de boca) - Augment de la gana, augment de pes - Augment de colesterol, glucosa, triglicèrids, glucosúria, aminotransferases hepàtiques (transitori), fosfatasa alcalina, creatina-fosfocinasa, gamma glutamil transferasa i àcid úric - Eosinofília, leucopènia, neutropènia - Disfunció erèctil, disminució de la libido - Astènia, cansament, edemes, febre, exantemes, artràlgia 	<ul style="list-style-type: none"> - Agitació, insomni, ansietat - Trastorn extrapiramidal, acatàsia, tremolors, vertigen, somnolència, sedació, cefalea - Visió borrosa - Dispèpsia, vòmits, nàusees, estrenyiment, hipersecreció salivar - Fatiga



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut