

17. DELIRIO

Dr. GUSTAVO MONTEJO

Los trastornos de la conciencia son complicaciones frecuentes del cáncer en fase avanzada. Hasta un 80% de los pacientes terminales con cáncer desarrollarán confusión en las últimas semanas de vida. Un porcentaje pequeño, pero significativo, desarrolla confusión en fases más tempranas de la enfermedad. Del 30 al 50 % de los episodios son reversibles. Los pacientes con estados confusos tienen una supervivencia más breve. La confusión dificulta la valoración del dolor y de los síntomas y es una causa común de malestar para los pacientes, las familias y los cuidadores.

El *Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría, cuarta edición (DSM-IV), divide los trastornos de la conciencia en las siguientes subcategorías:

- 1) Delirio, demencia, amnesia y otros trastornos de la conciencia.
- 2) Alteraciones mentales debidas a una condición médica (incluyendo trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, y cambios de personalidad debidos a una condición médica general).
- 3) Trastornos relacionados al uso de sustancias.

Aunque todos esos síndromes pueden ser observados en el paciente con enfermedad avanzada, el delirio ha recibido mayor atención.

● DELIRIO

El delirio ha sido definido como una disfunción cerebral de etiología inespecífica caracterizado por alteraciones concurrentes del nivel de conciencia que involucran la atención, el pensamiento, la percepción, la memoria, la conducta psicomotora, la emoción y el ciclo de sueño y vigilia. Otros hallazgos críticos incluyen la desorientación, el comienzo abrupto y la fluctuación de los síntomas con aumentos y disminuciones.

Clasificación del delirio

Tres variantes de delirio han sido descritas:

- 1) *Hiperactivo-hiperalerta*_confusión con agitación, con o sin alucinaciones, con o sin mioclonias y con o sin hiperalgesia.
- 2) *Hipoactivo-hipoalerta*_confusión con somnolencia, con o sin ensimismamiento.
- 3) *Mixto*_hallazgos de ambos.

● **DELIRIO Y DEPRESIÓN**

El delirio, particularmente en su forma temprana o en su forma hipoactiva puede confundirse con depresión. Los pacientes con delirio pueden mostrar un nivel de alerta disminuido o parecer ensimismados, como si presentaran síntomas de depresión. En estos casos, puede darse un tratamiento antidepresivo inapropiado. Debemos considerar lo siguiente:

- 1) El delirio es más frecuente que la depresión en enfermos con cáncer avanzado.
- 2) El delirio temprano o hipoactivo puede ser mal diagnosticado como depresión, teniendo por consecuencia un tratamiento inapropiado.
- 3) Un mal diagnóstico de depresión por delirio puede disminuir si se tiene un alto grado de sospecha, y si se usan de manera regular pruebas como el Examen de Estado Minimental (EEMM).

● **DELIRIO Y DEMENCIA**

En ocasiones es difícil diferenciar el delirio de la demencia, ya que frecuentemente comparten hallazgos clínicos como alteraciones en la memoria, pensamiento, juicio, y desorientación. La demencia aparece en individuos relativamente concientes con poca o nula alteración del estado de alerta. El comienzo es más subagudo o crónicamente progresivo en la demencia y el ciclo de sueño-vigilia está menos afectado. Destacan en la demencia las dificultades en la memoria de corto y largo plazo, alteraciones en el juicio y en el pensamiento abstracto, así como en las funciones corticales superiores (afasia y apraxia).

El EEMM es una herramienta útil para determinar la falla cognitiva, pero no distingue entre delirio y demencia. El EEMM proporciona una evaluación cuantitativa del estado cognitivo y la capacidad de un paciente, y es una medida de la severidad del daño cognitivo. Es también más sensible para demencias corticales tales como la enfermedad

de Alzheimer. El EEMM tiene cinco áreas cognitivas generales, que incluyen orientación, registro, atención, cálculo, recuerdo y lenguaje.

El delirio, a diferencia de la demencia, es un proceso que puede ser reversible, aun en la enfermedad avanzada.

Delirio en los últimos días de vida

El delirio en las últimas 24 a 48 horas de vida puede no ser reversible y requerir sedación. Esto puede deberse a que en las últimas etapas ocurre un fallo orgánico múltiple.

Etiología del delirio

Con frecuencia, la causa de la confusión es multifactorial y, ocasionalmente no se identifica ninguna causa específica. Pero esto nunca debe impedir la búsqueda de las causas subyacentes, ya que un número significativo de casos son reversibles. Las causas más frecuentes de delirio en cuidados paliativos son:

- 1) Medicamentos (opioides, psicofármacos).
- 2) Infección sistémica.
- 3) Alteraciones metabólicas (calcio, sodio, urea).
- 4) Invasión del CNS.

El fallo de un órgano vital es un motivo frecuente de cambio cognitivo en pacientes con enfermedad avanzada. La elevación de la uremia y la disfunción hepática pueden producir una disminución del nivel de conciencia que alcanza el coma. El compromiso respiratorio por la propia extensión del tumor, o por una fibrosis inducida por quimioterapia, produce a veces cuadros confusionales por la hipoxia. La hiponatremia puede producir un cuadro de fatiga y alteraciones de la percepción y de la memoria.

La hipercalcemia es una situación metabólica frecuente en los tumores. Los niveles de calcio en la sangre entre 12 y 16 mg/dl se asocian con síndromes afectivos que clínicamente cursan con apatía, enlentecimiento cognitivo y depresión. Cuando la calcemia está entre 16 y 19 mg/dl, lo que aparece es un *delirium*. Niveles por encima de 20 mg/dl llevan al paciente al coma (ver capítulo Hipercalcemia).

Muchos agentes antineoplásicos atraviesan la barrera hematoencefálica y son capaces de producir cuadros neuropsiquiátricos. Los que se hallan implicados con mayor frecuencia son: metrotexate, 5-fluoracilo, alcaloides de la vinca, bleomicina, cisplatino, L-asparaginasa y procarbacin.

La interleuquina-2 puede producir un cuadro de deterioro cognitivo, desorientación, confusión y enlentecimiento mental, eventualmente con alucinaciones visuales. El interferón puede producir un síndrome gripal que a veces se acompaña de francos trastornos psicóticos y afectivos cuanto más elevada sea la dosis administrada.

Esta comprobado que un incremento de un 30% en la dosis habitual de un opioide, administrado para controlar dolor, produce un defecto cognitivo significativo medible a los 45 minutos de la administración de la dosis, defecto que según los pacientes puede persistir incluso una semana.

Se han descrito casos de alucinaciones orgánicas en pacientes tratados por dolor con altas dosis de opioides, que desaparecieron tras cambiar el opioide causal y administrar Haloperidol.

Entre los fármacos que pueden ocasionar delirio se encuentran: opioides, barbitúricos, benzodiazepinas, diuréticos, beta bloqueadores, atropínicos, antidepresores, indometacina, fenotiazinas, digitálicos, esteroides, cimetidina, antidiabéticos orales, ácido valproico, fenitoína.

Otras causas de delirio pueden ser infecciones, sepsis, lesión craneal por secundarismo o tumor primario, hematoma subdural.

● MANEJO DEL DELIRIO

- + *Investigar las causas*_Los procedimientos para investigar las causas del delirio pueden ser inapropiados para el paciente por lo avanzado de la enfermedad o por encontrarse en domicilio. Muchas veces los hallazgos pueden ser intratables (falla hepáticos o metástasis cerebrales), mientras que en otros las causas pueden ser reversibles (hipercalcemia).
- + *Tratar los factores desencadenantes*_El manejo de líquidos y electrolitos es aconsejable entre las medidas que ayuden a reducir la ansiedad y la desorientación, pueden incluirse un cuarto cómodo -con un reloj y un calendario- y la presencia de la familia.
- + *Rotar opioides en caso necesario*
- + *Suspender medicamentos que puedan ocasionarlo*_Suspender benzodiazepinas, corticoes-teroides, tricíclicos y toda otra droga que pueda ocasionarlo.

Manejo sintomático

El haloperidol, un agente neuroléptico que potente como bloqueador de receptores dopamina, es la droga de elección en el tratamiento del delirio. En dosis de 2 mg resulta efectivo en el control de la agitación, la paranoia y el miedo. De manera usual, se administran 2 mg de haloperidol (vía oral, intravenosa, intramuscular o subcutánea) en dosis repetidas, cada 60 minutos hasta controlar los síntomas. Utilizar la vía intravenosa puede facilitar el rápido comienzo de la acción del fármaco. Si no se accede a la vía intravenosa, se puede usar la vía subcutánea o intramuscular y luego conectar la vía oral en cuanto sea posible. Las dosis parenterales son aproximadamente dos veces más potentes que las orales. En general, las dosis de haloperidol no exceden los 20 mg en 24 hrs.; sin embargo, hay quienes administran hasta 250 mg en 24 horas en determinados casos.

En casos de delirio agitado, el midazolam en dosis de 30 a 100 mg, en infusión continua intravenosa o subcutánea durante, 24 horas puede controlar la agitación, sobre todo en las etapas terminales. El objetivo en este caso es la sedación clara del paciente. El haloperidol es efectivo en disminuir la agitación, aclarar el sensorio y mejorar la conciencia en el paciente con delirio. Sin embargo, esto no es siempre posible en los últimos días de vida, ya que los procesos causales del delirio pueden ser irreversibles.

- + **Nuevos antipsicóticos disponibles.** Nuevos antipsicóticos con menores efectos bloqueadores dopa han sido poco estudiados en el paciente con delirio. La risperidona y olanzapina tienen menos efectos extrapiramidales y son una buena alternativa para el mantenimiento crónico en pacientes que necesitan mantener la medicación más allá del período agudo.

Lecturas recomendadas
 1_Breitbart W., Chochinov M., Passik S. (1998) *Psychiatric aspects of palliative care. In Oxford Textbook of Palliative Medicine. Doyle D., Hanks W.C.G. and MacDonald N. (eds), Oxford, Oxford University Press:933-951*
 2_Navarro M. (1999) *Trastornos neropsiquiátricos: confusión, ansiedad, depresión. En Gómez Sancho Marcos. Medicina paliativa en la cultura latina. España, Aran Ediciones: 743-751*

