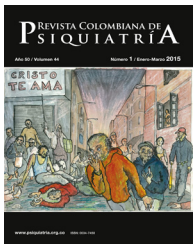
Asociación Colombiana de Psiquiatría ACP

Revista Colombiana de Psiquiatría

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Encuesta a psiquiatras y residentes de psiquiatría en Colombia sobre sus prácticas preventivas y terapéuticas del delirium

José G. Franco[a,*], *Gabriel Fernando Oviedo Lugo*[b,c], *Liliana Patarroyo Rodriguez*[d,e], *Jaime Bernal Miranda*[f,g], *Juan Carlos Molano*[d,e], *Monica Rojas Moreno*[h,i], *Carlos Cardeño*[j,k,l] *y Juan David Velasquez Tirado*[a]

[a] *Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Grupo de Investigación en Psiquiatría de Enlace (GIPE), Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia*

[b] *Hospital Universitario San Ignacio, Centro de Memoria y Cognición Intellectus, Bogotá, Colombia*

[c] *Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Grupo de Investigación: Perspectivas en ciclo vital, salud mental y psiquiatría, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia*

[d] *Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia*

[e] *Facultad de Medicina, Departamento de Salud Mental, Grupo de Investigación Fundamental: Psiquiatría de Enlace Salud Poblacional, Uniandes, Bogotá, Colombia*

[f] *Remeo Medical Center, Cali, Colombia*

[g] *IBIS Biomedical Research Group, Cali, Colombia*

[h] *Clínica Reina Sofía, Bogotá, Colombia*

[i] *Psiquiatría de Enlace e Interconsulta, Grupo de Investigación: Salud Mental, Neurodesarrollo y Calidad de Vida, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia*

[j] *Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia*

[k] *Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia*

[l] *Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría, Grupo de Investigación Clínica Aplicada, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 21 de agosto de 2019
Aceptado el 20 de febrero de 2020
On-line el 29 de mayo de 2020

Palabras clave:
Delirio
Prevención primaria
Educación en salud
Antipsicóticos
Terapéutica
Calidad de la atención de salud

RESUMEN

Objetivo: describir las prácticas farmacológicas y no farmacológicas para el delirium, realizadas por residentes de psiquiatría y psiquiatras en Colombia.

Métodos: encuesta anónima basada en el consenso de expertos del Comité de Psiquiatría de Enlace de la Asociación Colombiana de Psiquiatría y en la literatura. Enviada por correo electrónico a los adscritos a la asociación.

Resultados: Participaron 101 clínicos. Las medidas preventivas no farmacológicas como psicoeducación, corrección de problemas sensoriales o higiene del sueño son realizadas por el 70% o más. Solo cerca de uno de cada 10 hace parte de algún programa multicomponente preventivo institucional. La prescripción preventiva de fármacos fue menor del 20%.

* *Autor para correspondencia.* Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Campus Robledo, Secretaría de Medicina

Correo electrónico: joseg.franco@upb.edu.co (J.G. Franco).

https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.02.003

0034-7450/© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en abril 12, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

Respecto al tratamiento no farmacológico, más del 75% hace corrección de dificultades sensoriales, control de estímulos y reorientación. Nadie indicó que en su centro la atención esté organizada para potenciar el tratamiento no farmacológico. El 17,8% no usa fármacos en el tratamiento. Los que los usan prefieren haloperidol o quetiapina, especialmente en casos hiperactivos o mixtos.

Conclusiones: Las prácticas de los encuestados coinciden con las de otros expertos en el mundo. En general, las acciones no farmacológicas son iniciativas individuales, lo que evidencia la necesidad de que las instituciones colombianas de salud se comprometan con el abordaje del delirium, especialmente cuando su prevalencia y consecuencias son indicadores de calidad en la atención.

© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Survey of psychiatrists and psychiatry residents in Colombia about their preventive and therapeutic practices in delirium

Keywords:
Delirium
Primary prevention
Health education
Antipsychotics
Therapeutics
Quality of health care

ABSTRACT

Objective: To describe pharmacological and non-pharmacological practices for delirium, carried out by psychiatry residents and psychiatrists in Colombia.

Methods: An anonymous survey was conducted based on the consensus of experts of the Liaison Psychiatry Committee of the *Asociación Colombiana de Psiquiatría* [Colombian Psychiatric Association] and on the literature review. It was sent by email to the association members.

Results: 101 clinicians participated. Non-pharmacological preventive measures such as psychoeducation, correction of sensory problems or sleep hygiene are performed by 70% or more. Only about 1 in 10 participants are part of an institutional multi-component prevention programme. The preventive prescription of drugs was less than 20%. Regarding non-pharmacological treatment, more than 75% recommend correction of sensory difficulties, control of stimuli and reorientation. None of the participants indicated that the care at their centres is organised to enhance non-pharmacological treatment. 17.8% do not use medication in the treatment of delirium. Those who use it prefer haloperidol or quetiapine, particularly in hyperactive or mixed motor subtypes.

Conclusions: The practices of the respondents coincide with those of other experts around the world. In general, non-pharmacological actions are individual initiatives, which demonstrates the need in Colombian health institutions to commit to addressing delirium, in particular when its prevalence and consequences are indicators of quality of care.

© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El delirium es la obnubilación de la conciencia sobrevenida al disminuir el estado de alerta —pero antes del estupor, el coma o la sedación profunda—, como consecuencia de diversas condiciones de salud. Esta alteración de la conciencia se caracteriza por fallos cognitivos (entre los que predominan las dificultades en la atención), circadianos y del pensamiento de orden superior[1]. Es conocida la gran prevalencia de este trastorno psiquiátrico en hospitales generales, donde uno de cada cinco pacientes lo padecen en algún momento[2]. Quienes lo sufren presentan riesgo de complicaciones médicas o de institucionalización[3], de daño cerebral irreversible y de demencia[4]. El trastorno incrementa la duración de la hospitalización y la probabilidad de morir durante y después de su resolución[5–7]. A lo anterior se suma el riesgo de complicaciones como el estrés postraumático[8].

El conocimiento claro de la epidemiología y las consecuencias del delirium contrasta con la falta de consenso sobre el abordaje. Fuera del acuerdo sobre la necesidad de detectar y resolver las condiciones de salud implicadas en la etiología, las otras medidas terapéuticas son tema de debate. A pesar de que el enfoque biopsicosocial plantea intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en la prevención y el tratamiento, la calidad de la evidencia que sustenta las guías sobre el tema y la voluntad de las instituciones de salud para implementar medidas estandarizadas, son limitadas[1,9].

No se sabe con certeza si las intervenciones preventivas farmacológicas reducen el riesgo del delirium o si disminuyen la duración del episodio, así mismo, se debate la indicación de medicamentos en el tratamiento; de hecho, ni siquiera hay

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en abril 12, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

consenso sobre si los antipsicóticos son para el manejo sintomático o si actúan sobre los mecanismos fisiopatológicos del cuadro[10]. En cuanto a la prevención y tratamiento no farmacológico el panorama no es mejor. Se han propuesto paquetes de intervenciones, así como sistemas de trabajo que requieren algún grado de entrenamiento de los equipos terapéuticos y de inversión en las instituciones de salud. La eficacia de estos enfoques, o la de sus componentes individuales son difíciles de verificar en ensayos rigurosos. Además, estas intervenciones son arduas de implementar en la vida real debido a falta de acuerdo sobre los pacientes beneficiarios, al recambio del personal o a la carga laboral[11].

La psiquiatría es la especialidad médica con mayor conocimiento del modelo biopsicosocial, propio del abordaje del delirium. Por tanto, dado que la calidad de la evidencia es discutible, cobra relevancia preguntar a estos especialistas sobre sus prácticas respecto al abordaje del trastorno. Aunque de entrada sabemos que los médicos se caracterizan por un índice bajo de respuesta a encuestas, de todas maneras estos cuestionarios deben utilizarse, ya que se conoce que quienes dejan de participar no se diferencian sustancialmente de los que participan[12]. Según las consideraciones expuestas, el objetivo de este trabajo es conocer mediante una encuesta, las prácticas preventivas (no farmacológicas y farmacológicas) y terapéuticas (no farmacológicas y farmacológicas) en el delirium, realizadas por los psiquiatras graduados o en formación en Colombia.

Materiales y Métodos

Diseño, ética y participantes

Encuesta de corte transversal, aprobada por el Comité de Ética de Investigación en Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. Al ser una investigación sin riesgo, el Comité aprobó que no era necesario solicitar consentimiento informado escrito. En el encabezado del cuestionario se explicó el objetivo y se especificó que la participación era voluntaria, que la encuesta era anónima y que al completarla se aceptaba participar. Los investigadores hacen parte del Comité de Psiquiatría de Enlace de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP). Para la difusión de la encuesta y la obtención de estadísticas sobre los participantes contamos con la colaboración de la ACP, que no patrocinó ni participo en el diseño, el análisis, la decisión de publicar o la elaboración del manuscrito.

De los 763 psiquiatras asociados a la ACP a enero de 2019, 303 declaran trabajar en instituciones en las que con frecuencia hay pacientes con delirium, como hospitales o clínicas. De los 303, 58 son especialistas o están en formación como psiquiatras de enlace. Además, en la ACP hay registrados 231 residentes de psiquiatría —en este trabajo se consideró que los residentes ven pacientes con delirium en su formación—. Resumiendo, la población diana fueron los 303 psiquiatras y los 231 residentes que tienen potencial de ver pacientes con el trastorno.

Instrumento y procedimientos

Elaboración y descripción de la encuesta

La encuesta se diseñó en cuatro fases. 1) Para incluir un rango amplio de intervenciones preventivas y terapéuticas, no necesariamente abaladas por altos estándares de evidencia, dos autores redactaron un cuestionario teniendo en cuenta las revisiones exhaustivas sobre prevención y tratamiento del capítulo sobre delirium de Trzepacz y Meagher en el *Textbook of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*[1] y del capítulo del Maldonado sobre el trastorno, en el libro *Psychiatric Care of the Medical Patient*[9]. 2) El texto fue revisado por los otros autores que hicieron recomendaciones independientes. El contenido se modificó en consecuencia hasta que todos lo aprobaron. 3) Un investigador realizó la diagramación/diseño formal del cuestionario que evaluaron los demás, fue modificado en concordancia y aprobado. 4) Finalmente se realzó una prueba piloto en la que cinco psiquiatras completaron la encuesta considerando la comprensibilidad de lenguaje y contenido. La opinión de los participantes fue favorable, por lo que se aprobó el cuestionario de 45 preguntas.

Las preguntas se agrupan en cinco apartados: caracterización de participantes, prevención no farmacológica, prevención farmacológica, tratamiento no farmacológico y tratamiento farmacológico. La mayoría de las preguntas fueron dicotómicas para facilitar las respuestas y reducir el efecto del cansancio. Fueron abiertas las preguntas sobre las indicaciones de contención mecánica, primera y segunda opción farmacológica en el tratamiento, indicaciones de las benzodiazepinas, duración del tratamiento farmacológico y rangos de dosis de antipsicóticos en el tratamiento (cada participante podía anotar un rango, según su preferencia). Los autores consensuaron la manera de agrupar los datos reportados por los encuestados. Finalmente, en unas cuantas preguntas se daba la opción de que los participantes ampliaran su respuesta. Se reportan las anotaciones de quienes usaron esa posibilidad.

Plataforma de la encuesta, distribución y ventana de recolección de datos

Se usó SurveyMonkey (es.surveymonkey.com), que permitió el envío mediante enlace dentro de un correo electrónico. La encuesta podía abrirse en diversos soportes (computadores, celulares o tabletas). SurveyMonkey reporta el tiempo promedio usado por los encuestados. La plataforma tiene Estándares de Protección de Datos de Clase Mundial y en ella se predefinió que no era posible obtener la dirección electrónica u otra información identificativa de los participantes.

La encuesta fue distribuida por la ACP, únicamente al correo electrónico de sus miembros. El correo se envió el 18 de octubre de 2018 y la ventana para completar el cuestionario estuvo abierta hasta el 1 de enero de 2019. Según las recomendaciones de la literatura, para maximizar la cantidad de participantes se envió un correo motivacional antes de la encuesta[13].

Análisis de datos

Los datos se analizaron en SPSS 22. Se verificó la normalidad de las variables continuas mediante la prueba de

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en abril 12, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

Tabla 1 – Características de 101 residentes de psiquiatría, psiquiatras y enlacistas (graduados o en formación), que ejercen en Colombia y que respondieron la encuesta sobre abordaje del delirium

Característica	Muestra total, n = 101	Residentes, n = 37	Psiquiatras, n = 40	Enlacistas, n = 24
		Mediana (rango intercuartil)		
Edad	36,0 (29,0-43,0)	28,0 (27,0-30,0)[a]	42,5 (37,0-49,0)	41,0 (36,0-51,0)
Años de experiencia, incluye los de residencia	7,0 (2,0-15,5)	2,0 (1,0-3,0)[a]	12,5 (7,2-20)	12,5 (8,2-19,5)
Casos de delirium atendidos en los últimos 30 días	10,0 (2,0-20,0)	8,0 (1,0-13,5)	5,0 (1,2-15,0)	20,0 (15,0-30,0)[a]
			n (%)	
Sexo				
Mujer	55 (54,4)	21 (56,7)	22 (55,0)	12 (50,0)
Hombre	46 (45,5)	16 (43,2)	18 (45,0)	12 (50,0)
Ciudad				
Bogotá	45 (44,5)	18 (48,6)	18 (45,0)	9 (37,5)
Medellín	29 (28,7)	10 (27,0)	8 (20,0)	11 (45,8)
Cali	10 (9,9)	3 (8,1)	5 (12,5)	2 (8,3)
Manizales	4 (4,0)	2 (5,4)	2 (5,0)	0 (0,0)
Barranquilla	3 (3,0)	2 (5,4)	1 (2,5)	0 (0,0)
Otras[b]	10 (9,9)	2 (5,4)	6 (15,0)	2 (8,3)
Máximo nivel de atención en el que ejerce, u otra institución				
Nivel II	8 (7,9)	3 (8,1)	5 (12,5)	0 (0,0)
Nivel III	29 (28,7)	7 (18,9)	14 (35,0)	8 (33,3)
Nivel IV	52 (51,5)	22 (59,4)	15 (37,5)	15 (62,5)
Centro geriátrico	2 (2,0)	0 (0,0)[c]	2 (5,0)	0 (0,0)[c]
Otro (no especificado)	6 (5,9)	1 (2,7)	4 (10,0)	1 (4,2)
Sin respuesta	4 (4,0)	4 (0,0)	0 (0,0)[c]	0 (0,0)[c]

[a] $p < 0{,}001$ para la comparación pareada (U de Mann-Whitney) del grupo señalado con respecto a los otros dos grupos.
[b] Armenia, Cartagena, Chía, Girardot, Neiva, Pereira, Rionegro, Sincelejo, Tuluá, Tunja.
[c] Frecuencias iguales a cero (0), no se realizan comparaciones entre estos grupos.

Kolmogorov-Smirnov, al no ser normales se reportan medianas y rangos intercuartil (RIQ). Las variables discretas se presentan en frecuencias y porcentajes. Aunque el estudio no buscaba analizar diferencias de las respuestas entre residentes, psiquiatras y enlacistas (en formación o graduados), siempre que fue posible se realizaron exploraciones mediante el ANOVA de Kruskal Wallis con la U de Mann-Whitney para comparaciones *post hoc* en el caso de las variables continuas y mediante la chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher para las discretas. Se usó la corrección de Bonferroni para múltiples comparaciones pareadas, por lo que el nivel de significación (valor de p) se estableció como < 0.0167 (dos colas). Las preguntas que no fueron contestadas se identifican a lo largo de la presentación de los resultados, mediante la inclusión de la opción "sin respuesta".

Resultados

Hubo 101 cuestionarios que fueron respondidos: 64 (63,4%) de psiquiatras y 37 (36,6%) de residentes. Veinticuatro (37,5%) de los 64 psiquiatras eran enlacistas graduados o en formación. El porcentaje de respuesta entre los 303 especialistas que trabajan en instituciones con potencial de atención habitual de pacientes con delirium fue 21,1%, entre los 231 residentes fue 16,0% y entre los 58 enlacistas graduados o en formación, 41,4%. La mayoría de los participantes provenían de Bogotá, seguido por Medellín, Cali y Manizales. El tiempo medio invertido en responder la encuesta fue nueve minutos y 24 segundos.

La tabla 1 contiene las características de los encuestados. Como era de esperar, la mediana de edad de los residentes fue menor que la de los psiquiatras, así como la mediana de los años de experiencia en el área. En sentido contrario, y también esperable, los enlacistas veían más pacientes con delirium. No hubo más diferencias significativas en las características de los participantes de los tres grupos.

Prevención no farmacológica y farmacológica

No hubo diferencias estadísticas en las respuestas de los tres grupos de profesionales en relación con las medidas preventivas.

Prácticamente todas las acciones no farmacológicas: psicoeducativas, de cuidado del estado cognitivo basal, de corrección de problemas sensoriales, de movilización del paciente, de higiene del sueño y de manejo del dolor son realizadas por la mayoría de los participantes (70% o más). La cantidad de clínicos que evalúa y se implica en el hidratación de sus pacientes es un poco menor (61,4%). Por otra parte, solo cerca de uno de cada diez declaró que hace parte de algún "programa multicomponente" para reducir en el riesgo de delirium, de estos, solo seis ampliaron su respuestas y entre ellos, solo uno explicó un programa estructurado en el que se detectan factores de riesgo intervenirles y se realza identificación del trastorno, llamado Vía de Delirium. Los detalles de cada aspecto preventivo no farmacológico preguntado aparecen en la primera parte de la tabla 2.

La prescripción de antipsicóticos, colinérgicos —tipo donepezilo o rivastigmina— u de otros medicamentos con fines

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en abril 12, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

Tabla 2 – Respuestas suministradas por 101 residentes de psiquiatría, psiquiatras y enlacistas (graduados o en formación) en Colombia, sobre las intervenciones realizadas de forma habitual para la prevención no farmacológica y farmacológica del delirium. Los resultados se muestran en frecuencia y porcentaje entre paréntesis. Ninguna de las comparaciones pareadas entre los tres grupos mostró diferencias significativas

Primera parte: intervención preventiva no farmacológica	Muestra total, n = 101	Residentes, n = 37	Psiquiatras, n = 40	Enlacistas, n = 24
Realiza o participa en actividades de educación al equipo de trabajo sobre delirium	73 (72,3)	27 (73,0)	25 (62,5)	21 (87,5)
Educa sobre delirium a pacientes en riesgo	70 (69,3)	24 (64,9)	26 (65,0)	20 (83,3)
Educa sobre delirium a familiares o cuidadores de pacientes en riesgo	81 (80,2)	30 (81,1)	30 (75,0)	21 (87,5)
Lleva a cabo medidas dirigidas a cuidar el estado cognitivo basal de sus pacientes	82 (81,2)	30 (81,1)	29 (72,2)	23 (95,8)
Realiza explicación sobre higiene del sueño a sus pacientes	74 (73,3)	22 (59,4)	31 (77,5)	21 (87,5)
Promueve la movilización física de sus pacientes hospitalizados	72 (71,3)	26 (70,3)	27 (67,5)	19 (79,2)
Promueve la corrección de problemas de agudeza visual/auditiva, si es posible	82 (81,2)	29 (78,4)	32 (80,0)	21 (87,5)
Evalúa el dolor y promueve (o realiza) el manejo oportuno	83 (82,2)	29 (78,4)	31 (77,5)	23 (95,8)
Evalúa la hidratación y promueve (o realiza) el manejo pertinente	62 (61,4)	18 (48,6)	27 (67,5)	17 (70,8)
Participa en un "programa multicomponente" para incidir en el riesgo de delirium[a]	10 (9,9)	4 (10,8)	2 (5,0)	4 (16,7)
Segunda parte: intervención preventiva farmacológica				
Si un paciente que viene tomando un colinérgico está en riesgo de delirium, usted:				
Lo mantiene	47 (46,5)	13 (35,1)	18 (45,0)	16 (66,7)
Lo retira	43 (42,6)	20 (54,0)	17 (42,5)	6 (25,0)
Sin respuesta	11 (10,9)	4 (10,8)	5 (12,5)	2 (8,3)
Prescribe algún colinérgico antes de situaciones de riesgo, como cirugías	3 (3,0)	2 (5,4)	1 (2,5)	0 (0,0)
Prescribe algún antipsicótico antes de situaciones de riesgo, como cirugías	17 (16,8)	5 (13,5)	7 (17,5)	5 (20,8)
Prescribe algún otro medicamento antes de situaciones de riesgo, como cirugías[b]	9 (8,9)	3 (8,1)	5 (12,5)	1 (4,1)
Recomienda/usa sedación o analgesia con bajo potencial de producir delirium	71 (70,3)	26 (70,3)	26 (65,0)	19 (79,2)

[a] De los 10, seis proporcionaron respuestas con relación a este tipo de programas preventivos: cuatro indicaron alguna forma de trabajo interdisciplinario sin aclarar en que consten las medidas específicas de prevención no farmacológica, uno indicó que sigue las indicaciones sobre prevención del programa HELP, uno indicó que cuenta en su institución con el programa denominado Vía del Delirium (de evaluación e intervención en factores de riesgo, evaluación estandarizada y manejo oportunos del delirium).

[b] Estos fueron reportados como fármacos prescritos antes de situaciones de riesgo para delirium, cada uno por un encuestado: valproato, benzodiacepinas, inhibidor selectivo de recaptación de serotonina, dexmedetomidina, melatonina y trazodona.

preventivos, fue siempre menor al 20%. Prácticamente la mitad de encuestados mantiene, en caso de riesgo de delirium, algún colinérgico que el paciente venga tomando, ver detalles en la tabla 2, segunda parte.

Tratamiento no farmacológico

En la tabla 3 se especifican estas medidas terapéuticas, para las que no hubo diferencias significativas entre grupos. Todas las acciones psicoeducativas son practicadas por más del 75%. La proporción de profesionales que realiza medidas para reducir el riesgo de caídas en sus pacientes con delirium es menor (60,4%). La corrección rutinaria de dificultades sensoriales, el control de estímulos ambientales y las acciones de reorientación son practicadas por el 75% o más; resalta la reorientación, ejecutada por el 84,2%.

En cuanto a las indicaciones de la contención mecánica, 60,4% la usa cuando el paciente esta agitado/agresivo o cuando hay riesgo de daño/retirada de material biomédico. Las otras indicaciones siempre tuvieron una frecuencia inferior al 7%, y llama la atención que en general se relacionan con el aumento de la actividad motora o con la falta de personal o acompañantes que supervisen la conducta del paciente (tabla 3).

Aunque el 9,9% indicó que su labor está estructurada para la atención focalizada del delirium, ninguno explicó realmente la realización de trabajo organizado mediante cualquier tipo de unidades o de equipos asistenciales específicos para el tratamiento.

Tratamiento farmacológico

En la tabla 4 se reporta el porcentaje de pacientes tratados con medicamentos, según el tipo motor del delirium. Mientras que a más del 70% de los casos hiperactivos o mixtos se les prescribe algún fármaco, menos del 32% de los hipoactivos o

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en abril 12, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

Tabla 3 – Respuestas suministradas por 101 residentes de psiquiatría, psiquiatras y enlacistas (graduados o en formación) en Colombia, sobre las intervenciones no farmacológico realizadas de forma habitual en el tratamiento de pacientes con delirium. Los resultados se muestran en frecuencia y porcentaje entre paréntesis. Ninguna de las comparaciones pareadas entre los tres grupos mostró diferencias significativas

Intervención terapéutica no farmacológica	Muestra total, n = 101	Residentes, n = 37	Psiquiatras, n = 40	Enlacistas, n = 24
Educa a familiares o cuidadores sobre factores predisponentes y precipitantes	78 (77,2)	29 (78,4)	28 (70,0)	21 (87,5)
Explica a familiares o cuidadores el significado de los síntomas del delirium	76 (75,2)	27 (73,0)	28 (70,0)	21 (87,5)
Educa a familiares y cuidadores sobre el tratamiento del delirium	76 (75,2)	27 (73,0)	29 (72,5)	20 (83,3)
Da instrucciones a familiares o cuidadores sobre cómo ayudar en el manejo	84 (83,2)	31 (83,8)	32 (80,0)	21 (87,5)
Lleva a cabo medidas de prevención de caídas	61 (60,4)	20 (54,0)	25 (62,5)	16 (66,7)
Si es posible, hace corrección de la reducción de la agudeza visual o auditiva	75 (74,3)	27 (73,0)	28 (70,0)	20 (83,3)
Utiliza técnicas de reorientación como parte del tratamiento de los pacientes	85 (84,2)	32 (86,5)	31 (77,5)	22 (91,7)
Lleva a cabo control de estímulos ambientales como parte del tratamiento	75 (74,2)	26 (70,3)	31 (77,5)	18 (75,0)
En el contexto del delirium, prescribe contención mecánica cuando[a]:				
El paciente esta agitado o agresivo	50 (49,5)	17 (45,9)	23 (57,5)	10 (41,7)
Hay riesgo por posible daño o retirada de material biomédico de cualquier tipo	11 (10,9)	3 (8,1)	3 (7,5)	5 (20,8)
Hay delirium mixto o hiperactivo sin personal o cuidadores suficientes	7 (6,9)	2 (5,4)	3 (7,5)	2 (8,3)
Casos con riesgo de caídas o lesión	6 (5,9)	3 (8,1)	2 (5,0)	1 (4,1)
Delirium hiperactivo, con alteración conductual	5 (4,9)	2 (5,4)	2 (5,0)	1 (4,1)
Otras	2 (2,0)	1 (2,7)	0 (0,0)	1 (4,1)
Sin respuesta	20 (19,8)	9 (24,3)	7 (17,5)	4 (16,6)
Trabajo estructurado para atención del delirium (ej., unidad/equipo específico)[b]	10 (9,9)	3 (8,1)	3 (7,5)	4 (16,6)

[a] Pregunta abierta, reagrupada por los investigadores según la respuesta principal. Debido al tipo de pregunta, se desconoce cuántos de los que no respondieron lo hicieron porque no utilizan nunca la contención mecánica.
[b] Ninguno de los 10 encuestados explicó algún ejemplo sobre este tipo de unidades o equipos diseñados y estructurados específicamente para el tratamiento de pacientes con diagnostico activo de delirium.

normoactivos reciben alguno. Llama la atención que 18 (17,8%) médicos no pautan medicación para tratar el delirium y que no se evidencia una tendencia clara sobre la duración de la prescripción.

La primera opción farmacológica en cualquier tipo motor es el haloperidol —más en los casos con aumento de la actividad motora—. Casi la mitad lo utiliza por vena si es necesario. Destaca que alrededor del 20% de los participantes no tiene una primera opción definida para casos hipoactivos o normoactivos. El segundo medicamento en frecuencia como primera opción, aunque con porcentajes muchos menores, es la quetiapina. A partir de aquí no hay consenso, aunque se repiten tres antipsicóticos: risperidona, olanzapina, aripiprazol. El primer fármaco que aparece como segunda alternativa, en cualquier tipo motor es siempre la quetiapina, aunque en los casos con actividad motora normal o reducida es superada por la declaración de no tener una segunda opción establecida. Si bien menos frecuentes y con menor acuerdo, la risperidona y la olanzapina son otras segundas opciones. Además de los antipsicóticos, las alternativas terapéuticas más comunes son el valproato y la dexmedetomidina (tabla 4).

Casi la mitad de los clínicos usa coadyuvantes. En cuanto a las benzodiacepinas, los porcentajes de utilización por indicaciones diferentes al delirium relacionado con depresores del sistema nervioso central fueron siempre inferiores al 10% (tabla 4).

En la tabla 5 están los rangos de dosis para haloperidol, risperidona, quetiapina, olanzapina y aripiprazol usados por los participantes. Si bien ningún rango logra al menos un 50% de consenso, la mayoría prefiere dosis relativamente bajas, por ejemplo, entre 0,25 mg de dosis mínima diaria y 5 mg de dosis máxima diaria de haloperidol o de 6,25 mg de dosis mínima a 50 mg o 100 mg de dosis máxima de quetiapina al día. Los rangos del aripiprazol tendieron a ser algo más altos.

Aunque un porcentaje importante de preguntas sobre medicación no tuvieron respuesta (ver, “Sin respuesta” en las tabla 4 y tabla 5), es importante destacar que entre el 62,1% y el 100% de los participantes que dejaron alguna sin contestar, no usan fármacos en el tipo motor de delirium por el que se indagaba o no utilizan ningún medicamento cuando se interroga por el trastorno en general (ver los pies de tabla correspondientes). En las tablas se evidencia, bien sea que no hubo diferencias estadísticas entre las respuestas de los tres grupos o que, en algunos casos, las respuestas iguales a cero (0) no permitieron comparaciones en relación con el tratamiento farmacológico.

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en abril 12, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

Tabla 4 – Respuestas de 101 residentes de psiquiatría, psiquiatras y enlacistas (graduados o en formación) en Colombia, sobre las intervenciones farmacológicas realizadas habitualmente en el manejo de pacientes con diagnóstico establecido de delirium. Los resultados se muestran en frecuencia y porcentaje entre paréntesis. Ninguna de las comparaciones pareadas entre los tres grupos mostró diferencias significativas

Intervención terapéutica farmacológica	Muestra total, n = 101	Residentes, n = 37	Psiquiatras, n = 40	Enlacistas, n = 24
En cuál(es) tipo(s) de delirium usa habitualmente medicación:				
En el hiperactivo	82 (81,2)	27 (73,0)	33 (82,5)	22 (91,7)
En el hipoactivo	32 (31,7)	8 (21,6)	13 (32,5)	11 (45,8)
En el mixto	72 (71,3)	25 (67,6)	28 (70,0)	19 (79,2)
En el normoactivo	21 (20,8)	4 (10,8)	10 (25,0)	7 (29,2)
No usa fármacos en ningún tipo de delirium	18 (17,8)	8 (21,6)	7 (17,5)	3 (12,5)
Cuál es su primera opción farmacológica en delirium hiperactivo[a]*:*				
Haloperidol	72 (71,3)	26 (70,3)	26 (65,0)	20 (83,4)
Quetiapina	4 (4,0)	1 (2,7)	2 (5,0)	1 (4,1)
Risperidona	3 (3,0)	1 (2,7)	2 (5,0)	0 (0,0)
Antipsicótico, sin especificar cual	2 (2,0)	1 (2,7)	1 (2,5)	0 (0,0)
Sin respuesta	20 (19,8)	8 (21,6)	9 (22,5)	3 (12,5)
Cuál es su primera opción farmacológica en delirium hipoactivo[a]*:*				
Haloperidol	32 (31,7)	9 (24,3)	11 (27,5)	12 (50,0)
Ninguna primera opción establecida	21 (20,8)	11 (29,7)	6 (15,0)	4 (16,7)
Quetiapina	3 (3,0)	1 (2,7)	1 (2,5)	1 (4,1)
Aripiprazol	2 (2,0)	1 (2,7)	0 (0,0)	1 (4,1)
Risperidona	1 (1,0)	0 (0,0)[e]	0 (0,0)[e]	1 (4,1)
Olanzapina	1 (1,0)	0,0 (0,0)[e]	1 (2,5)	0 (0,0)[e]
Otras respuestas	2 (2,0)	1 (2,7)	1 (2,5)	0 (0,0)
Sin respuesta	39 (38,6)	14 (37,8)	20 (50,0)	5 (20,8)
Cuál es su primera opción farmacológica en delirium mixto[a]*:*				
Haloperidol	60 (59,4)	26 (70,3)	18 (45,0)	16 (66,7)
Quetiapina	6 (5,9)	0 (0,0)	2 (5,0)	4 (16,7)
Risperidona	3 (3,0)	1 (2,7)	1 (2,5)	1 (4,1)
Olanzapina	1 (1,0)	0 (0,0)[e]	1 (2,5)	0 (0,0)[e]
Trazodona	1 (1,0)	0 (0,0)[e]	1 (2,5)	0 (0,0)[e]
Otras respuestas	3 (3,0)	1 (2,7)	2 (5,0)	0 (0,0)
Sin respuesta	27 (26,7)	9 (24,3)	15 (37,5)	3 (12,5)
Cuál es su primera opción farmacológica en delirium normoactivo[a]*:*				
Haloperidol	29 (28,7)	7 (18,9)	11 (27,5)	11 (45,8)
Ninguna primera opción establecida	24 (23,8)	14 (37,8)	6 (15,0)	4 (16,7)
Quetiapina	2 (2,0)	1 (2,7)	0 (0,0)	1 (4,1)
Risperidona	1 (1,0)	0 (0,0)[e]	1 (2,5)	0 (0,0)[e]
Olanzapina	1 (1,0)	0 (0,0)[e]	1 (2,5)	0 (0,0)[e]
Aripiprazol	1 (1,0)	0 (0,0)[e]	1 (2,5)	0 (0,0)[e]
Antidepresivos	1 (1,0)	0 (0,0)[e]	1 (2,5)	0 (0,0)[e]
Sin respuesta	42 (41,6)	15 (40,5)	19 (47,5)	8 (33,3)
Tres segundas opciones más frecuentes en casos hiperactivos[b]*:*				
Quetiapina	51 (50,5)	18 (48,6)	17 (42,5)	16 (66,7)
Risperidona	12 (11,9)	4 (10,8)	6 (15,0)	2 (8,3)
Olanzapina	7 (6,9)	1 (2,7)	4 (10,0)	2 (8,3)
Tres segundas opciones más frecuentes en casos hipoactivos[b]*:*				
Ninguna segunda opción establecida	21 (20,8)	11 (29,7)	6 (15,0)	4 (16,7)
Quetiapina	11 (10,9)	3 (8,1)	3 (7,5)	5 (20,8)
Risperidona	10 (9,9)	1 (2,7)	7 (17,5)	2 (8,3)
Tres segundas opciones más frecuentes en casos mixtos[b]*:*				
Quetiapina	45 (44,5)	17 (45,9)	15 (37,5)	13 (54,2)
Risperidona	12 (11,9)	3 (8,1)	5 (12,5)	4 (16,7)
Olanzapina	3 (3,0)	1 (2,7)	2 (5,0)	0 (0,0)
Valproato	3 (3,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	2 (8,3)

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en abril 12, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

Tabla 4 – (*continuación*)

Intervención terapéutica farmacológica	Muestra total, n = 101	Residentes, n = 37	Psiquiatras, n = 40	Enlacistas, n = 24
Tres segundas opciones más frecuentes en casos normoactivos[b]:				
Ninguna segunda opción establecida	23 (22,8)	14 (37,8)	6 (15,0)	3 (12,5)
Quetiapina	18 (17,8)	5 (13,5)	6 (15,0)	7 (29,2)
Risperidona	8 (7,9)	1 (2,7)	4 (10,0)	3 (12,5)
Utiliza haloperidol por vía intravenosa, si lo considera necesario	45 (44,5)	12 (32,4)	17 (42,5)	16 (66,6)
Utiliza coadyuvantes para síntomas específicos del delirium	48 (47,5)	15 (40,5)	18 (45,0)	15 (62,5)
En qué situaciones utiliza benzodiacepinas[c]:				
Delirium relacionado con alcohol o depresores centrales	38 (37,6)	11 (29,7)	13 (32,5)	14 (58,3)
Nunca	17 (16,8)	6 (16,2)	9 (22,5)	2 (8,3)
Responde con más de una indicación	8 (7,9)	3 (8,1)	3 (7,5)	2 (8,3)
Delirium hiperactivo o agitación que no responde a otras opciones	5 (4,9)	3 (8,1)	1 (2,5)	1 (4,1)
Insomnio	3 (3,0)	1 (2,7)	2 (5,0)	0 (0,0)
Otras respuestas	7 (6,9)	1 (2,7)	4 (10,0)	2 (8,3)
Sin respuesta	23 (22,8)	12 (32,4)	8 (20,0)	3 (12,5)
Cuál(es) de estos fármacos esta(n) entre sus opciones terapéuticas:				
Fisostigmina	7 (6,9)	2 (5,4)	2 (5,0)	3 (12,5)
Valproato	41 (40,6)	15 (40,5)	13 (32,5)	13 (54,2)
Potenciadores cognitivos	10 (9,9)	3 (8,1)	5 (12,5)	2 (8,3)
Ondansetrón	11 (10,9)	2 (5,4)	2 (5,0)	7 (29,2)
Melatonina	25 (24,7)	7 (18,9)	7 (17,5)	11 (45,8)
Psicoestimulantes	17 (16,8)	4 (10,8)	5 (12,5)	8 (33,3)
Dexmedetomidina	46 (45,5)	15 (40,5)	15 (37,5)	16 (66,6)
Por cuanto tiempo mantiene el tratamiento farmacológico[d]:				
Una semana	19 (18,8)	6 (16,2)	7 (17,5)	6 (25,0)
Entre una y dos semanas	11 (10,9)	3 (8,1)	5 (12,5)	3 (12,5)
Hasta que el paciente mejora	10 (9,9)	4 (14,8)	4 (10,0)	2 (8,3)
Dos semanas	9 (8,9)	4 (14,8)	1 (2,5)	4 (16,7)
Cinco días	8 (7,9)	3 (8,1)	2 (5,0)	3 (12,5)
Cuatro semanas	7 (6,9)	2 (5,4)	3 (7,5)	2 (8,3)
La duración debe ser individualizada	5 (4,9)	3 (8,1)	1 (2,5)	1 (4,1)
Dos a cuatro semanas	4 (4,0)	2 (5,4)	2 (5,0)	0 (0,0)
Dos a tres días	3 (3,0)	1 (2,7)	2 (5,0)	0 (0,0)
Otra respuesta	5 (4,9)	1 (2,7)	4 (10,0)	0 (0,0)
Sin respuesta	20 (19,8)	8 (21,6)	9 (22,5)	3 (12,5)

[a] Pregunta abierta. De 20 que no respondieron en el tipo hiperactivo, 18 (90%) no usan habitualmente medicación en estos casos. De 39 que no respondieron en el hipoactivo, 38 (97,4%) no usan habitualmente medicación en este tipo. De 27 que no respondieron en el mixto, 21 (77,8) no usan habitualmente medicación en este tipo. Ninguno de los que no respondieron en el normoactivo medica este tipo.
[b] Pregunta abierta, reportamos las tres respuestas más comunes.
[c] Pregunta abierta, reagrupada por los investigadores. La opción otras respuestas incluye: contexto de cuidados paliativos, abstinencia/riesgo de abstinencia (sin especificar sustancia), delirium hiperactivo/diversos grados de agitación. De los 23 que no respondieron, 18 (78,3%) no tratan el delirium con fármacos.
[d] Pregunta abierta, reagrupada por los investigadores. De los 20 que no respondieron, 15 (75%) no tratan el delirium con fármacos.
[e] Frecuencias iguales a cero (0), no se realizan comparaciones entre estos grupos.

Finalmente, respecto al seguimiento de los pacientes después del delirium, 79 (78,2%) encuestados consideran que debe haber evaluación por psiquiatría al remitir el cuadro.

Discusión

Sin duda la identificación y el tratamiento de las causas del delirium es el pilar de su manejo. A partir de este punto, la evidencia sobre el resto de las medidas preventivas y terapéuticas es escaza o contradictoria. En este contexto, adquiere relevancia el conocimiento de las acciones preventivas y terapéuticas realizadas por expertos. La mayoría de encuestados en este estudio ejecuta por su propia cuenta medidas no farmacológicas de prevención y tratamiento, es decir, no dentro de un sistema estructurado de atención. En general, los encuestados no prescriben fármacos de forma preventiva, y en cuanto al tratamiento farmacológico, hay una clara tendencia a medicar los casos hiperactivos o mixtos, no así los hipoactivos. Las respuestas que los tres grupos de profesionales dieron a la encuesta fueron comparables.

Prevención y tratamiento no farmacológicos

Se han propuesto programas multicomponente, estructurados para la prevención no farmacológica. Es bastante conocido el *Hospital Elder Life Program* (HELP), centrado en el cuidado de la función cognitiva basal, la higiene del sueño, la movilización

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en abril 12, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

Tabla 5 – Frecuencias (porcentajes) para el rango de dosis/día de antipsicóticos usado por 101 residentes de psiquiatría, psiquiatras y enlacistas (graduados o en formación) en Colombia. Ninguna de las comparaciones pareadas entre los tres grupos mostró diferencias significativas

Antipsicótico y rango de dosis	Muestra total, n = 101	Residentes, n = 37	Psiquiatras, n = 40	Enlacistas, n = 24
Haloperidol[a]				
0,25 mg a 5 mg	47 (46,5)	17 (45,9)	23 (57,5)	7 (29,2)
0,5 mg a 20 mg	13 (12,9)	3 (8,1)	4 (10,0)	6 (25,0)
2,5 mg a 10 mg	7 (6,9)	2 (5,4)	3 (7,5)	2 (8,3)
0,5 mg a 10 mg	4 (4,0)	1 (2,7)	1 (2,5)	2 (8,3)
0,5 mg a 7,5 mg	3 (3,0)	1 (2,7)	1 (2,5)	1 (4,1)
Otros rangos	4 (4,0)	1 (2,7)	0 (0,0)	3 (12,5)
Sin respuesta	23 (22,8)	12 (32,4)	8 (20,0)	3 (12,5)
Risperidona[a]				
0,5 mg a 3 mg	44 (43,6)	13 (35,1)	21 (52,5)	10 (41,7)
0,5 mg a 4 mg	10 (9,9)	2 (5,4)	5 (12,5)	3 (12,5)
0,5 mg a 6 mg	6 (5,9)	1 (2,7)	3 (7,5)	2 (8,3)
0,0 mg a 1 mg	4 (4,0)	1 (2,7)	2 (5,0)	1 (4,1)
0,0 mg a 3 mg	1 (1,0)	0 (0,0)[b]	0 (0,0)[b]	1 (4,1)
No la usa	11 (10,9)	7 (18,9)	1 (2,5)	3 (12,5)
Sin respuesta	25 (24,7)	13 (35,1)	8 (20,0)	4 (16,7)
Quetiapina[a]				
6,25 mg a 50 mg	18 (17,8)	7 (18,9)	8 (20,0)	3 (12,5)
6,25 mg a 100 mg	17 (16,8)	5 (13,5)	5 (12,5)	7 (29,2)
25 mg a 50 mg	11 (10,9)	5 (13,5)	6 (15,0)	0 (0,0)
25 mg a 100 mg	11 (10,9)	5 (13,5)	5 (12,5)	1 (4,1)
6,25 mg a 200 mg	5 (4,9)	1 (2,7)	1 (2,5)	3 (12,5)
12,5 mg a 300 mg	5 (4,9)	1 (2,7)	1 (2,5)	3 (12,5)
12,5 mg a 400 mg	5 (4,9)	1 (2,7)	1 (2,5)	3 (12,5)
Otros rangos	2 (2,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	1 (4,1)
No la usa	3 (3,0)	1 (2,7)	2 (5,0)	0 (0,0)
Sin respuesta	24 (23,8)	11 (29,7)	10 (25,0)	3 (12,5)
Olanzapina[a]				
2,5 mg a 5 mg	21 (20,8)	8 (21,6)	8 (20,0)	5 (20,8)
2,5 mg a 10 mg	11 (10,9)	2 (5,4)	3 (7,5)	6 (25,0)
5 mg a 10 mg	8 (7,9)	1 (2,7)	3 (7,5)	4 (16,7)
2,5 mg a 20 mg	6 (5,9)	0 (0,0)	3 (7,5)	3 (12,5)
5 mg a 40 mg	2 (2,0)	1 (2,7)	1 (2,5)	0 (0,0)
Otros rangos	4 (4,0)	2 (5,4)	1 (2,5)	1 (4,1)
No la usa	20 (19,8)	9 (24,3)	9 (22,5)	2 (8,3)
Sin respuesta	29 (28,7)	14 (37,8)	12 (30,0)	3 (12,5)
Aripiprazol[a]				
7,5 mg a 15 mg	21 (20,8)	9 (24,3)	7 (17,5)	5 (20,8)
7,5 mg a 30 mg	6 (5,9)	2 (5,4)	2 (5,0)	2 (8,3)
5 mg a 10 mg	4 (4,0)	1 (2,7)	3 (7,5)	0 (0,0)
1 mg a 3,75 mg	2 (2,0)	0 (0,0)[b]	0 (0,0)[b]	2 (8,3)
Otros rangos	2 (2,0)	0 (0,0)[b]	0 (0,0)[b]	2 (8,3)
No lo usa	37 (36,6)	13 (35,1)	15 (37,5)	9 (37,5)
Sin respuesta	29 (28,7)	12 (32,4)	13 (32,5)	4 (16,7)

[a] Pregunta abierta, reagrupada por los investigadores. De los que no respondieron, 18 (equivalentes al 78,3%, 72%, 75%, 62,1%, 62,1% de los que no contestaron, respectivamente para cada antipsicótico) no usan medicación en el tratamiento del delirium.
[b] Frecuencias iguales a cero (0), no se realizan comparaciones entre estos grupos.

apropiada y la hidratación adecuada[11]. Otro sistema, el de Vía de Delirium, incluye aspectos preventivos y de tratamiento, al combinar el trabajo sobre factores de riesgo con el diagnóstico e intervención oportunos[14].

Los programas estructurados de interconsulta activa impactan sobre la aparición del delirium, siempre que incluyan educación —al equipo tratante, al paciente o a los acompañantes— e intervención sobre los déficits sensoriales o sobre síntomas como el dolor[15]. No se sabe a ciencia cierta si estas estrategias logran reducir la incidencia o, en caso de aparición del síndrome, la intensidad y duración de los síntomas; también se ignora si algunos de sus componentes son más útiles que otros[16].

Los anteriores programas preventivos son de difícil implementación debido a la mala adherencia de los equipos de atención o por cuestiones administrativas. Dificultades similares obstaculizan implementar programas de tratamiento —unidades de delirium, equipos de intervención en

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en abril 12, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

delirium— que maximizan aspectos no farmacológicas como la educación, las modificaciones ambientales, las técnicas de reorientación o la hidratación adecuada[17].

Que la mayoría de los encuestados realice por su cuenta acciones preventivas y terapéuticas no farmacológicas, indica buen conocimiento de los factores que aumentan el riesgo y empeoran la evolución del delirium. Es llamativo el contraste con la carencia de programas institucionales estructurados. Es decir, es mayor la implicación de los profesionales que la de las instituciones, a pesar de que la disminución de la prevalencia del delirium es un indicador de calidad de la atención en salud[18]. En línea con lo discutido, es necesario que los expertos en cada país definan programas de prevención y tratamiento según la realidad administrativa y del sistema de salud propio. La adherencia a los programas y la eficacia de sus componentes específicos debe evaluarse periódicamente para introducir los cambios pertinentes.

La contención mecánica amerita un comentario aparte. Se usa durante el tratamiento —nunca en la prevención—, únicamente cuando las alteraciones conductuales pongan en riesgo la seguridad del paciente o de las personas alrededor. Siempre debe incluir evaluaciones periódicas del estado del paciente y de la persistencia de la indicación[19]. El consenso encontrado sobre el uso en casos de peligro para el paciente o para los demás, una vez instaurado el diagnóstico, es indicativo de buena calidad en la atención.

Prevención farmacológica

A pesar de que varios estudios sobre antipsicóticos como el haloperidol, la risperidona o la olanzapina han mostrado algún efecto beneficioso en la profilaxis, hay discrepancia sobre cuál es dicho efecto. Si bien el metaanálisis de Teslyar et al. indica que reducen la incidencia[20], otros reportan que disminuyen la intensidad o duración del episodio[21]. Los citados trabajos han usado antipsicóticos, dosis y protocolos diversos. A las discrepancias sobre cuál es el más eficaz, el esquema de administración más adecuado o el efecto en la prevención, se suma la necesidad de definir los pacientes en alto riesgo de delirium y de implementar protocolos de evaluación psiquiátrica rutinaria a poblaciones concretas. Lo anterior puede explicar que menos del 20% de los encuestados use esta estrategia.

Los colinérgicos, como el donepezilo o la rivastigmina parecen una opción lógica en la prevención, especialmente cuando son el tratamiento de la demencia que es el factor predisponente más importante para el delirium[22]. A pesar de este raciocinio, un ensayo contra placebo sobre prevención con rivastigmina se suspendió por la tendencia a más mortalidad en el grupo del medicamento[23]. Otros trabajos no apoyan el uso de estos fármacos, aunque hay reportes prometedores[24]. Con la información actual es precipitado concluir que los colinérgicos no sirven en la prevención, ya que muchos estudios han tenido diseño abierto, pocos participantes, periodos cortos de administración o dosis pequeñas. El comportamiento de nuestros encuestados concuerda con esta incertidumbre, prácticamente la mitad suspende estos fármacos y la otra mitad los mantiene si los pacientes los venían tomando. Menos del 5% los pauta como medida preventiva.

Entre la prevención farmacológica también se incluye la racionalización de la pauta de medicamentos para las condiciones de salud de base. Esto es especialmente relevante cuando los fármacos actúan sobre receptores implicados en la fisiopatología del delirium —como los colinérgicos, dopaminérgicos, opiáceos o gabaérgicos—, lo que sucede con muchos sedantes y analgésicos. En este sentido, debe individualizarse la decisión sobre cual sedante o analgésico es mejor y a que dosis. Por ejemplo, Maldonado et al. (2009)[25], documentaron que la dexmedetomidina, agonista selectivo α_2 con actividad sedo-analgésica, es "ahorradora" de episodios de delirium, lo que ha sido corroborado en evaluación doble ciega, aleatorizada y controlada[26]. La mayoría, siete de cada 10 encuestados, tiene en cuenta el potencial "delirógeno" de la sedo-analgesia al decidir con su equipo el mejor manejo de sus pacientes.

Tratamiento farmacológico

Antipsicóticos

Aunque hay estudios que apoyan el uso de antipsicóticos en el tratamiento, otros no; además, existe temor sobre los efectos cardiovasculares y metabólicos e incertidumbre sobre las razones para el uso: efecto sedante en caso de aumento en la actividad motora o acción específica sobre el trastorno[10]. Las respuestas de ocho de cada 10 encuestados indican que la mayoría está a favor de usar antipsicóticos —con el haloperidol como primera opción— y que muchos los utilizan para controlar el aumento de la actividad motora en los casos hiperactivos o mixtos, mientras solo dos o tres de cada 10 los pautan en casos hipoactivos o normoactivos.

El metaanálisis de red de Wu et al. (2019), que valoró todos los fármacos estudiados en este contexto, informa que el haloperidol, la quetiapina o la olanzapina, analizados de modo individual, son mejores que el placebo o control, y no encontró que las intervenciones farmacológicas aumentaran la mortalidad[27]. En cuanto al efecto específico de los antipsicóticos sobre el trastorno, ayudan a restaurar el equilibrio entre dopamina y acetilcolina, alterado en el delirium, lo que es contrario a la creencia de que su efecto es solo sedante[28]. Son necesarios estudios más amplios con instrumentos adecuados y valoración de marcadores de estado, como los electrofisiológicos, para valorar cual es el efecto de los antipsicóticos sobre el delirium e, igual de importante, sobre la duración de la hospitalización, la morbimortalidad durante el ingreso o el destino de los pacientes al alta.

La elección que hacen los encuestados de un antipsicótico como primera opción farmacológica coincide con la de otros expertos preguntados en Europa[29]. Más aún, que la primera opción más común haya sido siempre el haloperidol concuerda con la guía de la *American Psychiatric Association* de 1999, actualizada en 2004[30] y con la guía *Britain's National Institute for Health and Clinical Excellance* (NICE) del 2010, actualizada en 2019[31]. La quetiapina, bien sea como el segundo fármaco más común entre las primeras opciones o como el más frecuente entre las segundas, encuentra respaldo en el metaanálisis de red citado arriba, donde este medicamento, que cuenta con menos años de experiencia que el haloperidol, fue igual de eficaz que este[27].

Una de las ventajas del haloperidol son los años de experiencia con su presentación parenteral. Aunque aprobado solo

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en abril 12, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

para vía intramuscular, casi la mitad de los encuestados lo utilizan intravenoso en caso de necesidad. Esta práctica es respaldada por la literatura, tiene la ventaja de ser menos traumática para el paciente confuso y reduce el riesgo de efectos extrapiramidales; por otra parte, aumenta el riesgo de complicaciones cardiovasculares en personas predispuestas, por lo que hay que valorar el estado basal de dicho riesgo, sopesarlo frente a los beneficios del control rápido del delirium y contar con control electrocardiográfico[32].

En general, los expertos en Colombia coinciden con los de otros países en recomendar un límite inferior pequeño para los rangos de dosis de antipsicóticos. Más aun, los encuestados recomendaron rangos similares a los de los ensayos sobre los más usados, que son: haloperidol 0,25mg-10 mg, quetiapina 12,5mg-300 mg, risperidona 0,5mg-3 mg, olanzapina 1,25mg-20 mg[29]. Esto en línea con las recomendaciones sobre uso de dosis iniciales pequeñas en pacientes geriátricos, con comorbilidades o con riesgo cardiovascular[33]. La excepción fue el aripiprazol, para el que la mayoría de los que lo usan indica la dosis mínima relativamente alta, de 7,5 mg. Es difícil hacer recomendaciones sobre la dosis mínima eficaz de aripiprazol, ya que por un lado cuenta con poco respaldo empírico en delirium y por el otro es relativamente seguro desde el punto de vista cardiovascular y metabólico[34].

Otros medicamentos

Se han probado otros fármacos en ensayos pequeños, en trabajos no replicados o en series de casos. Con este antecedente de pobre información empírica, el reconocimiento de otras opciones, bien como coadyuvantes o como elección cuando los antipsicóticos están contraindicados o no hay respuesta a ellos, es fruto tanto del conocimiento de la literatura como de la experiencia. Llama la atención que tanto el valproato —neuroprotector— como la melatonina —que junto con los agonistas de sus receptores regula el ciclo circadiano— estén entre los más señalados como otras opciones terapéuticas, ya que viene aumentando el interés por ellos[35,36]. Es también interesante que la dexmedetomidina sea la más escogida entre estas opciones terapéuticas. Aunque es más conocida como "ahorradora" de delirium, podría ser útil como rescate en casos hiperactivos[37].

A pesar de que adicionar benzodiacepinas al tratamiento alivia la agitación y la falta de sueño nocturno, su efecto deletéreo sobre la cognición, la arquitectura del sueño y la motricidad, así como su acción anticolinérgica hacen que empeoren el pronóstico. Esto implica que la única indicación sea en la abstinencia a depresores del sistema nervioso[38]. Las mayoría de los que respondieron indicaron que no las usan en el delirium o que las usan en el contexto de la mencionada abstinencia. Es positivo que menos del 5% las utilizan de rescate en casos hiperactivos/agitados o si hay dificultades para conciliar el sueño.

Duración del tratamiento farmacológico y seguimiento clínico

Las respuestas sobre duración del mantenimiento de la medicación fluctuaron entre dos días y cuatro semanas, sin una preferencia definida. La literatura no aporta más claridad. Algunos expertos recomiendan ir reduciendo la dosis una vez logrado el control clínico y reevaluar en busca de reaparición de síntomas —por ejemplo, quitar 50% cada 24 horas— para disminuir el riesgo de efectos adversos; otros piensan que una semana es el tiempo de mantenimiento adecuado para garantizar que no dejen de recibir tratamiento los casos con persistencia de síntomas difíciles de detectar[39].

Es alentador que casi ocho de cada 10 entrevistados considere necesario el seguimiento psiquiátrico posterior a un episodio de delirium. El trastorno tiene consecuencias psicológicas y psiquiátricas graves que deben ser tenidas en cuenta, como el temor de los pacientes a nuevos episodios que lleva a casos silentes, la ansiedad por no recordar lo sucedido, diversos grados de síntomas postraumáticos, depresión, deterioro cognitivo y funcional persistente o empeoramiento del preexistente[40].

Limitaciones

Las comparaciones entre las características y prácticas de los residentes de psiquiatría, de los psiquiatras y de los enlacistas podrían indicar que la formación en Colombia es buena, ya que no hay diferencias entre ellos y de ellos con la literatura revisada. Sin embargo, los resultados de los contrastes en este primer estudio sobre el tema son meramente exploratorios. Por otra parte, la tendencia numérica de los enlacistas a realizar más algunas medidas preventivas y terapéuticas no farmacológicas (tabla 2 y tabla 3) y en menor medida, algunas intervenciones terapéuticas farmacológicas (tabla 4) ameritan plantear estudios que midan el impacto de la formación en el abordaje de trastornos concretos; los datos aquí reportados para cada uno de los grupos participantes podrían servir para el cálculo de la muestra para encuestas sobre este asunto en el ámbito del delirium.

Aunque el rango de años de experiencia de los encuestados fue amplio y, tanto las ciudades de procedencia como las características de los centros de trabajo, fueron diversas, el porcentaje de respuestas es bajo. Esto es un problema común a las encuestas a médicos. Aun así este tipo de indagación es importante cuando la evidencia no es contundente, más aún cuando la investigación sobre médicos "no respondedores" recomienda hacerlas, ya que los sesgos de los no respondedores no tienen tanto impacto como se piensa[13]. En esta línea, en general las prácticas de los participantes son comparables a las de expertos en otros países y acordes con la literatura.

Desde otro punto de vista, la información disponible en la ACP sobre las actividades de los médicos adscritos es limitada. Es posible que la cantidad de profesionales que ve habitualmente pacientes con delirium sea menor que la definida en este estudio. Como las encuestas sirven para conocer las practicas asistenciales, docentes e investigativas, son necesarias campañas de sensibilización entre los integrantes de la ACP sobre la importancia de participar. También hace falta ampliar la base de información que se registra sobre los afiliados.

Conclusiones

La concordancia de los encuestados con otros expertos en el mundo indica su adecuado conocimiento y correcto abordaje del delirium. Los participantes realizan rutinariamente medidas no farmacológicas de prevención y tratamiento. Por otra

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en abril 12, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

parte, no prescriben fármacos de forma preventiva y tienden a medicar los casos con aumento de la actividad motora.

Prácticamente todas las acciones son iniciativas individuales, por lo que se evidencia la necesidad de que las instituciones de salud en Colombia se comprometan con la prevención y el tratamiento del delirium, especialmente cuando su prevalencia y consecuencias son indicadores de calidad en la atención.

Fuentes de financiación

Ninguna.

Los resultados de este trabajo fueron presentados en una ponencia, dentro de un simposio sobre delirium, en el LVIII Congreso Colombiano de Psiquiatría, Barranquilla, Colombia, 2019.

Conflicto de intereses

Gabriel Fernando Oviedo Lugo ha participado en el *Advisory Board* de Jannssen. Liliana Patarroyo Rodriguez ha sido *Speaker* de Lundbeck. Los demás autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trzepacz PT, Meagher DJ. Neuropsychiatric a Spects of delirium En: The American Psychiatric Publishing Textbook of Neuropsychiatry and Behavioral Neurosciences. 5a ed Arlington, VA (USA): American Psychiatric Publishing; 2008. p. 445–518.
2. Ryan DJ, O'Regan NA, Caoimh RO, Clare J, O'Connor M, Leonard M, et al. Delirium in an adult acute hospital population: Predictors, prevalence and detection. BMJ Open. 2013;3:e001772.
3. Kukreja D, Günther U, Popp J. Delirium in the elderly: Current problems with increasing geriatric age. Indian J Med Res. 2015;142:655–62.
4. Fong TG, Jones RN, Shi P, Marcantonio ER, Yap L, Rudolph JL, et al. Delirium accelerates cognitive decline in Alzheimer disease. Neurology. 2009;72:1570–5.
5. Saravay SM, Kaplowitz M, Kurek J, Zeman D, Pollack S, Novik S, et al. How do delirium and dementia increase length of stay of elderly general medical inpatients? Psychosomatics. 2004;45:235–42.
6. Han JH, Shintani A, Eden S, Morandi A, Solberg LM, Schnelle J, et al. Delirium in the emergency department: An independent predictor of death within 6 months. Ann Emerg Med. 2010;56:244–52.
7. Restrepo D, Duque M, Montoya L, Berrouet MC, Rojas M, Lopera G, et al. Factores de riesgo y mortalidad hospitalaria de los pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos con delirium. Rev Colomb Psiquiatr. 2018;47:148–54.
8. Drews T, Franck M, Radtke FM, Weiss B, Krampe H, Brockhaus WR, et al. Postoperative delirium is an independent risk factor for posttraumatic stress disorder in the elderly patient. Eur J Anaesthesiol. 2015;32:147–51.
9. Maldonado JR. Delirium: Neurobiology, characteristics, and management. En: Fogel B, Greengerg D, editores. Psychiatric Care of the Medical Patient. 3a ed New York, NY (USA): Oxford University Press; 2015. p. 823–907.
10. Meagher D, Agar MR, Teodorczuk A. Debate article: Antipsychotic medications are clinically useful for the treatment of delirium. Int J Geriatr Psychiatry. 2018;33:1420–7.
11. Heim N, van Stel HF, Ettema RG, van der Mast RC, Inouye SK, Schuurmans MJ. HELP! Problems in executing a pragmatic, randomized, stepped wedge trial on the Hospital Elder Life Program to prevent delirium in older patients. Trials. 2017;18:220.
12. Kellerman SE, Herold J. Physician response to surveys. A review of the literature. Am J Prev Med. 2001;20:61–7.
13. Hendra R, Hill A. Rethinking response rates: New evidence of little relationship between survey response rates and nonresponse bias. Eval Rev. 2018, 0193841X1880771.
14. Scottish Delirium Association [Internet]. Escocia: SDA; 2018 [citado 20 junio 2019]. Disponible en: http://www.scottishdeliriumassociation.com/sda-delirium-management-pathways.html.
15. Gagnon P, Allard P, Gagnon B, Mérette C, Tardif F. Delirium prevention in terminal cancer: Assessment of a multicomponent intervention. Psychooncology. 2012;21:187–94.
16. Bogardus ST, Desai MM, Williams CS, Leo-Summers L, Acampora D, Inouye SK. The effects of a targeted multicomponent delirium intervention on postdischarge outcomes for hospitalized older adults. Am J Med. 2003;114:383–90.
17. Trogrlić Z, van der Jagt M, Bakker J, Balas MC, Ely EW, van der Voort PHJ, et al. A systematic review of implementation strategies for assessment, prevention, and management of ICU delirium and their effect on clinical outcomes. Crit Care. 2015;19:157.
18. Van Grootven B, McNicoll L, Mendelson DA, Friedman SM, Fagard K, Milisen K, et al. Quality indicators for in-hospital geriatric co-management programmes: A systematic literature review and international Delphi study. BMJ Open. 2018;8:e020617, 16;.
19. LeLaurin JH, Shorr RI. Preventing falls in hospitalized patients. Clin Geriatr Med. 2019;35:273–83.
20. Teslyar P, Stock VM, Wilk CM, Camsari U, Ehrenreich MJ, Himelhoch S. Prophylaxis with antipsychotic medication reduces the risk of post-operative delirium in elderly patients: A meta-analysis. Psychosomatics. 2013;54:124–31.
21. Kalisvaart KJ, De Jonghe JF, Bogaards MJ, Vreeswijk R, Egberts TC, Burger BJ, et al. Haloperidol prophylaxis for elderly hip-surgery patients at risk for delirium: A randomized placebo-controlled study. J Am Geriatr Soc. 2005;53:1658–66.
22. Franco JG, Valencia C, Bernal C, Ocampo MV, Trzepacz PT, de Pablo J, et al. Relationship between cognitive status at admission and incident delirium in older medical inpatients. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2010;22:329–37.
23. Van Eijk MM, Roes KC, Honing ML, Kuiper MA, Karakus A, van der Jagt M, et al. Effect of rivastigmine as an adjunct to usual care with haloperidol on duration of delirium and mortality in critically ill patients: A multicentre, double-blind, placebo-controlled randomised trial. Lancet. 2010;376:1829–37.
24. Yu A, Wu S, Zhang Z, Dening T, Zhao S, Pinner G, et al. Cholinesterase inhibitors for the treatment of delirium in non-ICU settings. Cochrane Database Syst Rev. 2018;6:CD012494.
25. Maldonado JR, Wysong A, van der Starre PJ, Block T, Miller C, Reitz BA. Dexmedetomidine and the Reduction of Postoperative Delirium after Cardiac Surgery. Psychosomatics. 2009;50:206–17.
26. Kim JA, Ahn HJ, Yang M, Lee SH, Jeong H, Seong BG. Intraoperative use of dexmedetomidine for the prevention of emergence agitation and postoperative delirium in thoracic

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en abril 12, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

surgery: A randomized-controlled trial. Can J Anesth. 2019;66:371–9.
27. Wu YC, Tseng PT, Tu YK, Hsu CY, Liang CS, Yeh TC, et al. Association of delirium response and safety of pharmacological interventions for the management and prevention of delirium. JAMA Psychiatry. 2019;76:526–35.
28. Meagher DJ. Impact of an educational workshop upon attitudes towards pharmacotherapy for delirium. Int Psychogeriatrics. 2010;22:938–46.
29. Meagher DJ, McLoughlin L, Leonard M, Hannon N, Dunne C, O'Regan N. What do we really know about the treatment of delirium with antipsychotics? Ten key issues for delirium pharmacotherapy. Am J Geriatr Psychiatry. 2013;21:1223–38.
30. Cook IA. Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with delirium [Internet]. Arlington (USA): American Psychiatric Publishing; 2004 [citado 20 junio 2019]. Disponible en: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/delirium-watch.pdf.
31. Natioanl Institute for Heath and Care Excellence. Delirium: Prevention diagnosis and management. Londres (Reino Unido): Natioanl Institute for Heath and Care Excellence; 2019 [citado 20 junio 2019]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/cg103.
32. Tyler MW, Zaldivar-Diez J, Haggarty SJ. Classics in chemical neuroscience: Haloperidol. ACS Chem Neurosci. 2017;8:444–53.
33. Schwartz JB, Schmader KE, Hanlon JT, Abernethy DR, Gray S, Dunbar-Jacob J, et al. Pharmacotherapy in older adults with cardiovascular disease: Report from an American College of Cardiology American Geriatrics Society, and National Institute on Aging workshop. J Am Geriatr Soc. 2019;67:371–80.
34. Gonzalez R, Strassnig M, Aripiprazole brexpiprazole, En: Schatzberg A, Nemeroff C. The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychopharmacology. 5a ed Arlington VA (USA): American Psychiatric Publishing;; 2017. p. 731–54.
35. Sher Y, Miller Cramer AC, Ament A, Lolak S, Maldonado JR. Valproic acid for treatment of hyperactive or mixed delirium: Rationale and literature review. Psychosomatics. 2015;56:615–25.
36. Zhang Q, Gao F, Zhang S, Sun W, Li Z. Prophylactic use of exogenous melatonin and melatonin receptor agonists to improve sleep and delirium in the intensive care units: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Sleep Breath. 2019;23:1059–70.
37. Carrasco G, Baeza N, Cabré L, Portillo E, Gimeno G, Manzanedo D, et al. Dexmedetomidine for the treatment of hyperactive delirium refractory to haloperidol in nonintubated ICU patients. Crit Care Med. 2016;44:1295–306.
38. Lee JA, Duby JJ, Cocanour CS. Effect of early and focused benzodiazepine therapy on length of stay in severe alcohol withdrawal syndrome. Clin Toxicol. 2019;57:624–7.
39. Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP. Expert Consensus Panel for Using Antipsychotic Drugs in Older Patients Using antipsychotic agents in older patients. J Clin Psychiatry. 2004;65 Suppl 2:5–99.
40. Crocker E, Beggs T, Hassan A, Denault A, Lamarche Y, Bagshaw S, et al. Long-term effects of postoperative delirium in patients undergoing cardiac operation: A systematic review. Ann Thorac Surg. 2016;102:1391–9.

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en abril 12, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.