



ESTANDAR DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE PERSONAS CON DELIRIUM EN EL AMBITO HOSPITALARIO

Estándar de Práctica Clínica
Versión 1. Noviembre, 2024

Comisión Global de Excelencia en Cuidado de la Salud

PRESIDENCIA DE SALUD E INNOVACIÓN
CENTRO DE EVIDENCIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN PARA LAS DECISIONES EN SALUD

Grupo desarrollador

Equipo Temático

Diana María Alba
MD., Especialista en Cuidado Intensivo y
Medicina Interna
Jefe UCI Clínica Reina Sofia

Liliana Paola Correa
MD. MSc. PhD, Especialista en Cuidado
Intensivo y Gineco-Obstetricia
Clínica Reina Sofia

Iván Alarcón
MD., Especialista en Cuidado Intensivo y
Anestesiología
Clínica Santa María del Lago

Iván Felipe Robayo
MD., Especialista en Cuidado Intensivo
Clínica Keralty Ibagué

Carlos Eduardo Rebolledo Maldonado
MD., Especialista en Cuidado Intensivo
Clínica Iberoamérica

Mónica Esperanza Rojas
MD., Especialista en Psiquiatría Clínica
Clínica Reina Sofia

Adrián Muñoz
MD., Especialista en Psiquiatría Clínica
Clínica Campo Abierto

Juan Daniel Molina
MD., Especialista en Psiquiatría Clínica
Clínica Universitaria Colombia

José David Téllez
MD., Especialista en Psiquiatría Clínica
Clínica Universitaria Colombia

Sergio Francisco Ramírez García
MD., Especialista en Neurología
Clínicas Colsanitas

Andrés Díaz Campos
MD., Especialista en Neurología
Clínicas Colsanitas

Eduardo Zarate López
MD., Especialista en Anestesiología
Jefe Departamento Cirugía y Anestesia
Clínicas Colsanitas

Gabriela Sarmiento Brecher
MD., Especialista en Dolor y Cuidados
Paliativos
Programa Cuidados Paliativos
Clínicas Colsanitas

María Victoria Mera Gamboa
MD., Especialista en Dolor y Cuidados
Paliativos
Programa Cuidados Paliativos
Clínicas Colsanitas

Sonia Motta Cruz
Enfermera, Especialista en Cuidados Paliativos
Programa Cuidados Paliativos
Clínicas Colsanitas

Nancy Yomayusa González
MD., especialista en Medicina Interna,
Nefrología y Trasplante.
Vicepresidenta de Excelencia Clínica
Instituto Global para la Excelencia en el
Cuidado de la Salud Keralty

Equipo Metodológico

Nicolás Rozo Agudelo
MD., MSc Epidemiología Clínica
Instituto Global para la Excelencia en el
Cuidado de la Salud Keralty

Kelly Chacón Acevedo
Ft. MSc Epidemiología Clínica
Director Centro de Evidencia, Investigación e
Innovación - CEIIDS
Instituto Global para la Excelencia en el
Cuidado de la Salud Keralty

Lina Sofia Morón
Enfermera, MSc, PhD Epidemiología Clínica
Centro de Evidencia, Investigación e
Innovación - CEIIDS
Instituto Global para la Excelencia en el
Cuidado de la Salud Keralty

María Paula Gutiérrez
Nutricionista, MSc Epidemiología Clínica
Centro de Evidencia, Investigación e
Innovación - CEIIDS
Instituto Global para la Excelencia en el
Cuidado de la Salud Keralty

Nathalie Ospina Lizarazo
Nutricionista, MSc Epidemiología Clínica
Centro de Evidencia, Investigación e
Innovación - CEIIDS
Instituto Global para la Excelencia en el
Cuidado de la Salud Keralty

Adriana Patricia Rodríguez
Bacterióloga, MSc Epidemiología Clínica
Centro de Evidencia, Investigación e
Innovación - CEIIDS
Instituto Global para la Excelencia en el
Cuidado de la Salud Keralty

Ricardo Galeano
Médico Interno Especial
Unisanitas

Juan Camilo Hernández
Médico Interno Especial
Universidad del Rosario

Aval

Comisión Global de Salud

Conflicto de intereses

Los autores y expertos que participaron en el desarrollo del documento declaran que en virtud de la metodología establecida por el Instituto Global para la Excelencia en el Cuidado de la Salud-Keralty IGEC-K no existe ningún conflicto de interés que impida o invalide el desarrollo proceso (de índole financiero, intelectual, de filiación o familiar).

Declaración de independencia editorial

Keralty Instituto Global para la Excelencia en el Cuidado de la Salud Keralty y los autores declaran que el desarrollo del documento técnico científico se realizó de manera rigurosa, independiente, transparente e imparcial por parte de sus miembros.

Financiamiento

Este documento ha sido financiado por las empresas del Grupo Keralty

Citar como:

Centro de Evidencia, Investigación e Innovación para las Decisiones en Salud - CEIIDS. Instituto Global para la Excelencia en el Cuidado de la Salud Keralty & Clínicas Colsanitas. Prevención, tamizaje, diagnóstico y tratamiento de Delirium en personas adultas. Versión 1. Noviembre, 2024

Derechos de uso

Esta versión aplica a todas las Empresas y Países Keralty, los lineamientos aquí consolidados deben ser adaptadas o ajustadas conforme a las políticas y normas de salud pública emitidas por las instancias regulatorias, Ministerios de Salud y otras Organizaciones de los países donde hace presencia Keralty. Es un documento vivo que irá evolucionando conforme a la emergencia de evidencia nueva.

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0 IGO).



CC BY-NC-SA 4.0

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo.

En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que Keralty-Instituto Global para la Excelencia en el Cuidado de la Salud Keralty respalda una organización, producto o servicio específicos.

Responsabilidad del tomador de decisiones

Las directrices, evaluaciones de tecnologías sanitarias y las síntesis de evidencia para políticas en salud emitidas por el Instituto Global para la Excelencia en el Cuidado de la Salud Keralty – Presidencia de Salud e Innovación, representan el compromiso de Keralty con la excelencia en el cuidado, lo que implica procurar que los profesionales, equipos interdisciplinarios de atención, así como los responsables en niveles tácticos y estratégicos, adopten y tomen de manera sistemática decisiones informadas en las evidencia, basadas en datos para mejorar la salud y el bienestar de personas, familias y comunidades, evitar daños y hacer un uso más eficaz de los recursos, garantizando los mejores resultados en salud, una experiencia memorable y el empoderamiento de personas, familias y comunidades, así como el fortalecimiento del liderazgo y orgullo de pertenencia de los profesionales y equipos del ecosistema Keralty.

Las directrices, evaluaciones de tecnologías sanitarias, las síntesis de evidencia para políticas en salud, incluyen lineamientos para orientar decisiones sobre la práctica clínica en el contexto de nuestro modelo integrado sanitario y socio-comunitario (programas, servicios, centros de excelencia o de alta eficiencia y productos destinados al cuidado de las personas de acuerdo al contexto), la salud pública (programas y servicios destinados a los grupos y poblaciones específicas en aseguramiento, prestación, servicios sociales o comunidades en países donde haga presencia Keralty), la gobernanza integrada en salud (decisiones articuladoras del gobierno clínico y administrativo, decisiones estratégicas corporativas, planeación de recursos, decisiones de inversión o desinversión en tecnologías sanitarias u otras derivadas de análisis de impacto basados en valor).

Keralty Instituto Global para la Excelencia en el Cuidado de la Salud Keralty garantiza una

metodología rigurosa, sistemática y transparente, procurando la confianza por parte del tomador de decisiones, de las personas y familias que cuidamos. Por lo tanto, bajo un enfoque de trabajo colaborativo, todos los procesos vinculan en el Equipo Desarrollador, profesionales y expertos de las diferentes disciplinas, así como responsables claves del nivel táctico o estratégico según el foco problemático, siendo al final las Comisiones de Excelencia Keralty las instancias de gobernanza y fuero técnico científico donde se analizan y avalan las directrices y políticas conforme al área disciplinar que corresponda.

Gracias a la sistematización del proceso, el enfoque metodológico permite que los lineamientos emitidos tengan en cuenta todos los criterios importantes que se sustenten en la mejor evidencia disponible procedente de la investigación, los cuales van más allá de la eficacia y seguridad de las intervenciones e incluyen un análisis de contexto, la prioridad del problema, valores, preferencias, experiencias, las implicaciones de financiación y recursos, la equidad, viabilidad, asequibilidad, la aceptabilidad de las partes interesadas, la sostenibilidad y eficiencia, entre otros.

Por lo cual, **se aspira que los profesionales, equipos interdisciplinarios de cuidado, así como responsables en niveles tácticos y estratégicos, tengan en cuenta estos lineamientos para tomar decisiones que generan valor en salud, en el marco de un modelo integral centrado en las personas, a través de decisiones compartidas, lo que implica tener en cuenta la evidencia así como las preferencias, creencias y valores individuales de la persona, garantizando la comprensión de los riesgos, beneficios y consecuencias de las diferentes opciones de cuidado a través de una discusión abierta, empática y compasiva.**

Contenido

Resumen.....	1
Introducción	2
Objetivo.....	3
Alcance.....	3
Población	3
Aspectos de salud y ámbito de aplicación	3
Usuarios	3
Metodología.....	3
Estrategia de Búsqueda y Fuentes de Información.....	5
Calificación de Calidad y Síntesis de Evidencia	5
Generación de Recomendaciones	5
Resumen de evidencia y recomendaciones	6
Definición de Delirium.....	6
Definición Delirium Hipoactivo – Hiperactivo - Mixto	6
Prevención y Tamizaje	6
Diagnóstico	10
Tratamiento Farmacológico	10
Tratamiento no Farmacológico	11
Pronóstico	12
Delirium Postoperatorio.....	12
Implementación	14
Bibliografía	15
Anexos	17
1. Calificación de Calidad GPC Incluidas	17
2. Certeza y Fuerza de cada GPC Incluida	17
3. Herramientas diagnosticas para Delirium.....	20

Resumen

Introducción: El delirium es un trastorno mental agudo reversible caracterizado por una alteración repentina del estado de conciencia, inatención, desorientación, aumento o disminución de la actividad motora, cambios en la memoria, percepción y pensamiento, por el cual pueden llegar a experimentar alucinaciones y alteraciones en el sueño/vigilia. La variabilidad no deseada de la práctica clínica ha generado atención de bajo valor en las personas que se traduce en desenlaces clínicos negativos e impacto en los costos.

Objetivo: Generar recomendaciones sobre la prevención, tamizaje, diagnóstico y tratamiento de personas adultas con delirium en el ámbito hospitalario.

Metodología: Se realizó un Estándar de Práctica Clínica (EPC) basados en la metodología descrita y adaptada por el Instituto Global de Excelencia Keralty (IGEC-K). Se conformó un grupo desarrollador multidisciplinario para la delimitación del alcance y objetivo del EPC. Posteriormente mediante una búsqueda sistemática en bases de datos en salud y compiladores de Guías de Práctica Clínica (GPC) se buscaron recomendaciones basadas en evidencia sobre la prevención, tamizaje, diagnóstico y tratamiento de personas adultas con delirium en el ámbito hospitalario. La evidencia fue tamizada y seleccionada según criterios de elegibilidad, se calificó la calidad de las GPC con el instrumento AGREE II para la inclusión final. Las recomendaciones fueron extraídas y sintetizadas de forma narrativa con la calificación original de la calidad de evidencia y fuerza de recomendación. Las recomendaciones fueron adaptadas al contexto local y llevadas a versión final en el presente documento mediante metodología de consenso de expertos.

Resultados: Se sintetizó una definición de delirium así como sus presentaciones clínicas. La identificación de factores de riesgo más comunes como la edad, comorbilidades, severidad de la enfermedad mediante la evaluación clínica y aplicación de escalas diagnósticas (UCI: CAM-UCI o ICDSC; No UCI: 4A Tool) son importantes para la prescripción de estrategias de prevención, definición de tratamiento farmacológico y no farmacológico, basado en decisiones compartidas con los cuidadores con el fin de dar un adecuado manejo a personas con delirium en el ámbito hospitalario.

Conclusiones: La estandarización en la definición clínica de delirium, la identificación de factores de riesgo, la implementación de estrategias de tamizaje con escalas clínicas validadas son estrategias para la prevención, tamizaje y diagnóstico de personas con delirium. En las personas con delirium, el abordaje del delirium requiere del tratamiento de la causa más intervenciones farmacológicas/no farmacológicas y la implicación del paciente con sus cuidadores para disminuir el riesgo de presentar complicaciones a corto y largo plazo.

Palabras clave: Delirium, Critical Care, Hospital Medicine.

Introducción

El delirium es un trastorno mental agudo reversible caracterizado por una alteración repentina del estado de conciencia, inatención, desorientación, aumento o disminución de la actividad motora, cambios en la memoria, percepción y pensamiento, por el cual pueden llegar a experimentar alucinaciones y alteraciones en el sueño/vigilia (1). Su inicio puede ser progresivo entre horas y días con posterior resolución en días o semanas y en pocos casos llegar a durar semanas o meses. Este trastorno puede ser generado por diversas causas, entre las más frecuentes: enfermedades agudas, cirugías, traumatismo o el uso de algunos medicamentos, desequilibrios metabólicos, entre otros (2).

El delirium es una causa de angustia significativa para la persona, el cuidador y el médico, además de ser una de las emergencias médicas más comunes en los servicios de urgencias, unidad de cuidados intensivos en población de adulto mayor y en cuidados paliativos principalmente oncológicos (3,4). En el ámbito hospitalario se relaciona con malos resultados en salud, aumentando la estancia hospitalaria, aumento de mortalidad, riesgo de caídas y complicaciones, incrementando así los costos de atención médica (4).

En el contexto local, la evidencia ha medido la frecuencia de delirium en el contexto hospitalario. Peralta-Cuervo y colaboradores reportan una prevalencia del 51% en un hospital de alta complejidad en la ciudad de Bogotá, mientras que Gonzalez-Aparicio midió una incidencia acumulada del 9.3% (5,6). En aquellos pacientes con diagnóstico de delirium se demostró una fuerte asociación con desenlaces adversos como mortalidad, complicación hospitalaria, deterioro funcional intrahospitalario, así como mayor estancia hospitalaria de forma significativa.

Los profesionales de salud deben tener conocimiento de este trastorno para identificar oportunamente a las personas en riesgo de presentar delirium, realizar un correcto diagnóstico y tratarlo lo más pronto posible, siendo necesario conocer las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible para disminuir el impacto del delirium en la salud de las personas

Objetivo

Generar recomendaciones sobre la prevención, tamizaje, diagnóstico y tratamiento de personas adultas con delirium en el ámbito hospitalario.

Alcance

Población

1.1. Población diana

Personas hospitalizadas en riesgo de presentar delirium, o aquellas con la presentación clínica que requieren diagnóstico, o aquellas diagnosticadas que iniciaran tratamiento, así como quienes sufrieron delirium y se evaluará el pronóstico.

1.2. Población no incluida

Personas en riesgo de delirium o con diagnóstico de delirium que se encuentran en hogares geriátricos, residencia propia, aquellos con delirium de fin de vida en contextos de cuidados paliativos.

Aspectos de salud y ámbito de aplicación

El presente documento contiene recomendaciones sobre la prevención, tamizaje, diagnóstico y tratamiento en el ámbito hospitalario. Para la presentación de recomendaciones se utilizará la clasificación entre recomendaciones para Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) / recomendaciones para personas que no se encuentren en UCI.

Usuarios

Todos los profesionales de la salud involucrados en la atención de pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado, tales como enfermería, médicos generales, especialistas en cuidado intensivo, medicina interna, geriatría, anestesiología, medicina general, enfermería, médicos de urgencias, psiquiatría, cuidado paliativo y neurología.

Metodología

El presente estándar de práctica clínica fue elaborado siguiendo el Manual para la elaboración del Instituto Global para la Excelencia en el Cuidado de la Salud Keralty (IGEC) Keralty (referencia). El grupo desarrollador ha delimitado en dos reuniones el alcance, ámbito y definió las preguntas a contestar en consecuencia:

1. Definición

- a. ¿Cómo se define Delirium?

2. Prevención

- a. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al desarrollo de delirium durante la hospitalización?

b. En personas adultas hospitalizadas en riesgo de presentar delirium, ¿Cuáles son las estrategias para evitar su presentación?

c. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al desarrollo de delirium en la UCI?

d. ¿Cuáles son las estrategias para evitar su presentación en UCI?

3. Tamizaje

a. En personas adultas hospitalizadas ¿Cuáles son las indicaciones de tamización de delirium?

b. En personas adultas hospitalizadas en riesgo de presentar delirium, ¿Cuáles herramientas son útiles para la estratificación del riesgo de presentar delirium? ¿Cómo realizar el tamizaje (herramientas, pruebas, signos)?

c. En personas adultas en UCI ¿Cuáles son las indicaciones de tamizaje de delirium?

d. ¿En la UCI, es útil y viable el uso de los modelos E-PRE-DELIRIC y PRE-DELIRIC al ingreso y a las 24 horas de admisión, para predecir el riesgo de aparición de delirium y definir el tamizaje ?

e. En pacientes en UCI ¿Con que herramienta realizar el tamizaje, con CAM-ICU (the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) o con ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist)?

f. ¿En pacientes con alto riesgo de delirium en UCI, se puede prevenir el delirium con el uso de dexmedetomidina, haloperidol u otros medicamentos?

4. Diagnóstico

a. En personas adultas hospitalizadas en riesgo de presentar delirium, ¿Cuáles escalas clínicas son útiles para el diagnóstico de delirium? ¿Cómo se diagnostica Delirium?

b. En personas adultas hospitalizadas ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales de Delirium?

c. ¿Cómo se confirma el diagnóstico de delirium en UCI?

e. ¿Cómo se clasifica el delirium? ¿Cómo se define el delirium hipoactivo, hiperactivo o mixto?

f. ¿Cuáles son las causas del delirium en UCI?

5. Tratamiento Farmacológico

a. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico en personas con delirium?

b. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico en personas en UCI con delirium hipoactivo, hiperactivo y mixto y según la condición clínica del paciente ventilado o no?

c. ¿En el manejo del delirium hiperactivo cuales son las recomendaciones para el uso de dexmedetomidina, quetiapina, risperidona, haloperidol oral, haloperidol IM/IV, trazodona, ácido valproico, benzodiazepinas?

6. Tratamiento no Farmacológico

a. ¿Cuáles son las recomendaciones de tratamiento no farmacológico en personas con delirium en UCI/No UCI?

7. Pronóstico

a. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociado con déficit cognitivo persistente? ¿Cuál es la incidencia?

Estrategia de Búsqueda y Fuentes de Información

Se realizó una búsqueda sistemática de Guías de Práctica Clínica (GPC) que contenían recomendaciones dentro del alcance y ámbito del presente estándar de práctica clínica (EPC). La siguiente sintaxis fue construida y adaptada para cada buscador:

Embase:

```
('delirium'/exp OR 'delirium') AND 'guideline':ti AND [embase]/lim AND [2013-2023]/py
```

MEDLINE:

```
("delirium"[MeSH Terms] OR "delirium"[All Fields] OR "deliriums"[All Fields]) AND (guideline[Filter] OR practice guidelinepracticeguideline[Filter])
```

Adicionalmente, se realizó una búsqueda con el término “Delirium” en sitios desarrolladores y compiladores de GPC (GIN, GuiaSalud, CMA, MinSalud Chile, CENETC, ACP, WHO, Guideline Central). Aquellas GPC que no contenían recomendaciones en el alcance y ámbito del presente EPC fueron excluidas. Las GPC seleccionadas posterior al tamizaje, fueron revisadas en texto completo para revisar condiciones de elegibilidad y aquellas seleccionadas fueron llevadas a calificación de calidad.

Calificación de Calidad y Síntesis de Evidencia

Las GPC seleccionadas fueron calificadas mediante el instrumento AGREE II, por dos evaluadores de forma independiente. Aquellas con valoración mayor al 60% en el dominio metodológico y aquellas de independencia editorial fueron incluidas para la extracción. Por medio de una matriz de extracción acorde con las preguntas a responder se realizó la extracción de recomendaciones de cada GPC, luego estas fueron sintetizadas y resumidas de forma narrativa para ser llevadas a revisión por el grupo desarrollador para llegar a la versión final que tiene en cuenta las condiciones locales de aplicación y las consideraciones para su adecuada implementación. Cada recomendación conserva su calificación de certeza y fuerza de la GPC original (Ver Anexo)

Generación de Recomendaciones

Las recomendaciones generadas fueron sometidas a votación individual e independiente mediante formulario electrónico con puntajes de calificación numéricos en sistema Likert. Aquellas con un promedio de votación inferior al 80% fueron llevadas a discusión por el grupo desarrollador para sus respectivas adaptaciones. Una vez modificadas, se realizaba una segunda ronda de votaciones con el fin de tener el consenso de la recomendación. La versión final del documento con todas las recomendaciones en consenso y adaptadas fue sometida a revisión previa a su publicación y difusión por parte del grupo desarrollador.

Resumen de evidencia y recomendaciones

Se encontraron un total de 147 registros con la estrategia de búsqueda, se revisaron 15 GPC a texto completo, siendo seleccionadas finalmente 7 GPC. Se logró incluir GPC desarrolladas en el ámbito nacional e internacional, en este último, se incluyeron desarrolladores de países como Reino Unido, Estados Unidos y Canadá.

Definición de Delirium

En las diferentes GPC fuentes se referencian múltiples definiciones de delirium. Sin embargo, la más frecuentemente reportada es aquella proveniente del DSM V:

Alteración en la atención y el estado de conciencia con alteraciones adicionales en las funciones cognitivas, que no se explica por otro trastorno neurocognitivo preexistente, establecido o en evolución, así como por un estado de coma. La alteración se desarrolla en un corto periodo de tiempo y tiende a fluctuar en severidad durante el transcurso del día. Con evidencia clínica que el delirium es consecuencia de los efectos fisiológicos directos de otra condición médica, intoxicación por sustancias o abstinencia, o exposición a una toxina, o se debe a múltiples etiologías.

Las etiologías pueden incluir anormalidades metabólicas (Disnatremias, hipercalcemia, disglucemias, hipercapnia, hipoxemia, hipotiroidismo, hipertiroidismo, déficit de vitamina B12, B1, insuficiencia suprarrenal), desordenes neurológicos (Convulsiones, hematomas subdurales, accidentes cerebrovasculares, encefalopatía hipertensiva), enfermedades sistémicas (Encefalopatía hepática, encefalopatía urémica, embolismo pulmonar, isquemia miocárdica, falla cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, retención urinaria, impactación fecal), intoxicaciones (Medicaciones, sobredosis, estados de abstinencia, efectos adversos por medicamentos), infecciones (neumonía, tejidos blandos, infección de vías urinarias, meningitis) (1)

Definición Delirium Hipoactivo – Hiperactivo - Mixto

Desde su presentación clínica, el delirium puede dividirse en hiperactivo, como un subtipo caracterizado por estado de alta excitación y puede ser inquieto, agitado o agresivo. En contraparte, el delirium hipoactivo es un subtipo caracterizado por personas que se vuelven retraídas, tranquilas y somnolientas. Aquellas presentaciones clínicas donde las alteraciones de ambos tipos de delirium son evidenciadas se consideran delirium mixto

Prevención y Tamizaje

Factores de riesgo asociados al desarrollo de delirium

La identificación de factores de riesgo es de vital importancia para poder reconocer pacientes con riesgo de desarrollar delirium y poder hacer intervenciones tempranas. El ingreso a la UCI es considerado uno de los principales factores de riesgo, y una vez allí múltiples factores de riesgo son compartidos para la presentación de delirium dentro y fuera de la UCI (Ver Tabla 1).

Recomendaciones:

Se recomienda realizar una valoración de los factores de riesgo asociados a la aparición de déficit cognitivo persistente en los pacientes admitidos a la UCI (3).

Factor de Riesgo	UCI	No UCI
Características del Paciente		
Edad	++	+
Sexo	++	+
Demencia / Deterioro Cognitivo	++	+
Episodio de delirium previo	++	+
Alteraciones en el sensorio	++	+
Severidad de la Enfermedad	+++	+
Falla Multiorgánica	+++	+
Polifarmacia	+++	+
Deshidratación	++	+
Alteraciones Hidroelectrolíticas	++	+
Hipoglicemia	+++	+
Incontinencia	+	+
Constipación	+	+
Hipoxia	++	+
Inmovilidad	+++	+
Infección	++	+
Malnutrición	+	+
Uso de benzodiazepinas	++	+
Transfusiones sanguíneas	++	+
Deprivación del sueño	++	+
Ambientales		
Iluminación	++	+
Orientación	++	+
Carga sensitiva	++	+
Procedimientos		
Tipo de anestesia	++	+
Cirugía cardíaca	++	+
Duración de la cirugía		
Fracturas de cadera /Cirugía Ortopédica Mayor	++	+
Inserción de catéter urinario	++	+
Iatrogenia	++	+
Restricción física	++	+

Fuente: Elaboración propia. + Presente ++ Asociación +++ Asociación Fuerte

Intervenciones para prevenir la aparición de delirium

Son múltiples las intervenciones dirigidas a la prevención de aparición de delirium en el contexto hospitalario, muchas de ellas comunes entre la UCI y los lugares no UCI. Todos los pacientes con riesgo de delirium debería tener una revisión de medicamentos prescritos por un profesional experimentado, así como asegurar un cuidado que incluya orientación en ayudas auditivas y visuales, promoción de la higiene del sueño, movilización temprana, adecuado control del dolor, manejo óptimo de la hidratación y nutrición, regulación de la función intestinal y urinaria (7).

Recomendaciones:

- Se recomienda intervención multimodal (reducción de luz y ruido, cubrimiento de los ojos durante la noche, orientación frecuente al paciente y provisión de música) y la estrategia ABCDEF (A: Abordar, prevenir y manejar el dolor; B: Prueba de despertar diario y pruebas de respiración espontánea si la condición clínica lo permite; C: Elección adecuada de analgesia y sedación; D: Prevenir, y abordar el delirium; E: Movilización temprana; F: Inclusión y

empoderamiento de la familia) en pacientes críticamente enfermos. *Fuerza: Fuerte, Nivel de Evidencia: Moderado (8)*

- Se recomienda realizar esfuerzos estructurales, organizacionales y de manejo médico para reducir la ansiedad, mejorar la adaptación, la comodidad del paciente, contribuir al adecuado control del dolor, la reorientación frecuente, promover ciclo sueño-vigilia, y la optimización del entorno con el fin de disminuir la aparición de delirium. *Fuerza: Fuerte, Nivel de Evidencia: Moderado (8)*

- Abordar el deterioro cognitivo o desorientación previendo adecuada iluminación y señalización clara, idealmente contener un reloj y calendario visible. Hablar a la persona para reorientarlo explicando su situación, localización, identificándose y explicando su labor. Introducir estímulos cognitivos como el recuerdo (9).

- Se sugiere evitar el aumento de dosis nocturnas de midazolam, prefiriendo el uso de no benzodiacepinas. *Fuerza: Condicional, Nivel de evidencia: Bajo (8)*

- Se sugiere evitar la sedación con midazolam para evitar sintomatología neuropsiquiátrica. En casos de requerirse debe realizarse con sedación ligera de acuerdo con la condición del paciente. *Fuerza: Condicional, Nivel de evidencia: Consenso de expertos.*

- Cuando se utilice midazolam durante el manejo de la sedación en el paciente crítico, se sugiere evitar su uso en infusión continua y preferir los bolos intermitentes (si la condición clínica lo permite). *Fuerza: Condicional, Nivel de evidencia: Bajo (8)*

- Se recomienda evitar la administración de benzodiacepinas en pacientes con alto riesgo de delirium. *Fuerza: Fuerte, Nivel de evidencia: Alto (8)*

- Abordar la deshidratación y/o constipación asegurando una adecuada ingesta de líquidos alentando a la persona cuando sea posible la ingesta oral, considerar ofrecer aporte hídrico subcutáneo o intravenoso. Tenga en cuenta las comorbilidades del paciente para poder hacer un adecuado aporte hídrico (9).

- Abordar la hipoxia y optimizar la saturación arterial de oxígeno si es necesario y según lo clínicamente apropiado. Prestar atención a la sobrestimación o subestimación por parte del pulsioxímetro, especialmente en valores cercanos al límite inferior normal. (9)

- Abordar la infección con un adecuado tratamiento, evitando la cateterización innecesaria, implementando procedimiento para el control de infecciones (9).

- Abordar la inmovilidad o movilidad limitada promoviendo la movilización temprana luego de un procedimiento quirúrgico, caminar de forma segura y con la ayuda necesaria para cada caso. Promover la movilización ajustada para el rango de movimiento según cada escenario clínico(9).

- Abordar el dolor mediante su caracterización en los signos vitales, buscar signos no verbales, especialmente en pacientes con limitaciones para la comunicación (Personas con demencia, bajo ventilación mecánica o que tienen traqueostomía) (9).

- Abordar potencial afectaciones del sensorio tratando sus posibles causas como taponamiento auditivo por cerumen, asegurar las ayudas visuales/auditivas para cada caso (gafas, audífonos). Promover adecuados patrones de sueño, evitando procedimientos de enfermería o médicos durante las horas de sueño (9).

¿En pacientes con alto riesgo de delirium en UCI, se puede prevenir el delirium con el uso de dexmedetomidina, haloperidol u otros medicamentos?

Recomendaciones:

- Se recomienda en pacientes con ventilación no invasiva la administración de dexmedetomidina, para prevenir el delirium y disminuir la necesidad de intubación. *Fuerza: fuerte, nivel de evidencia: moderado (8)*

Puntos de Buena Práctica Clínica

- En adultos mayores, se recomienda la prevención de delirium con medidas no farmacológicas, previo al inicio de terapia farmacológica.

- No se recomienda el uso de haloperidol para la prevención de delirium en personas adultos mayores, por su riesgo de reacciones adversas, riesgo cardiovascular e interacción farmacológica.

Recomendaciones de tamizaje en UCI:

- Se recomienda la valoración diaria con una escala validada como CAM-ICU y/o ICDSC para la detección de delirium en pacientes críticamente enfermos con o sin ventilación mecánica, ya que esto se asocia a disminución de la mortalidad y estancia hospitalaria (8). *Fuerza: Fuerte, Nivel de Evidencia: Moderado*

- Se sugiere el uso de protocolos de evaluación y manejo de la analgesia, agitación y delirium para mejorar los desenlaces tales como el adecuado control del dolor, disminución de los episodios de agitación, menor exposición a medicamentos, menor tiempo en ventilación mecánica y estancia en la UCI y hospitalización (8). *Fuerza: Condicional, Nivel de Evidencia: Moderado*

- Se recomienda la aplicación del protocolo ABCDEF en el paciente crítico para aumentar los días libres de delirium y días libres de estado de coma, disminuir el tiempo de soporte ventilatorio, la estancia en cuidados intensivos y mortalidad (8). *Fuerza: fuerte, Nivel de Evidencia: Bajo*

¿En la UCI, es útil y viable el uso de los modelos E-PRE-DELIRIC¹ y PRE-DELIRIC² al ingreso y a las 24 horas de admisión, para predecir el riesgo de aparición de delirium y definir la tamización?

Ambos modelos predictivos planteados tienen estimadores de rendimiento similares con valores predictivos comparables, razón por la que el uso de cualquiera de los dos depende de la disponibilidad de predictores y especificidades de la implementación (10).

Recomendaciones de tamizaje en contexto No UCI:

- En el servicio de urgencias y contextos de atención aguda, la herramienta 4AT debería ser utilizada para la identificación de pacientes con probable delirium (7).

¹ Puede ser consultada y explorar en: <https://www.evidencio.com/models/show/981>

² Puede ser consultada y explorar en : <https://www.rccc.eu/protocolos/sedoanalgesia/PreDeliric.html>

- Al ingreso de una institución hospitalario siempre evaluar por los factores de riesgo por su aumento del riesgo para presentar delirium (3):

- 65 años o más
- Deterioro cognitivo, diagnóstico de demencia
- Fractura de cadera actual
- Enfermedad severa

Diagnóstico

La evidencia proveniente de GPC recomienda el uso de herramientas diagnósticas como las escalas. En la UCI, las escalas previamente nombradas como CAM-UCI o la aplicación de la definición del DSM – V son recomendadas para realizar el diagnóstico de delirium. Es importante reconocer que la aplicación de dichas escalas debe ser realizada por un profesional que cuente con entrenamiento previo en la aplicación (9).

Recomendaciones:

- Se recomienda la valoración diaria con una escala validada como CAM-ICU y/o ICDSC para la detección de delirium en pacientes críticamente enfermos con o sin ventilación mecánica, ya que esto se asocia a disminución de la mortalidad y estancia hospitalaria (8). *Fuerza: Fuerte, Nivel de Evidencia: Moderado*

- No se debería realizar TAC de cráneo de forma rutinaria, pero debería ser considerada en pacientes con delirium y la presencia de (11):

- Focalización neurológica
- Alteración del estado de conciencia no explicada por el delirium
- Historia de trauma reciente
- Uso de anticoagulantes
- Delirium de evolución tórpida, sin resolución clínica con signos sugestivos de patología en el sistema nervioso central

Tratamiento Farmacológico

Recomendaciones para UCI/No UCI:

- Implementar intervenciones personalizadas y de múltiples componentes para tratar de forma activa el delirium, en colaboración con el propio individuo, su familia, sus cuidadores y el equipo interprofesional (3). (nivel de evidencia = Ia).

- Dichas intervenciones deben comprender, entre otras (3):

- Tratamiento de las causas subyacentes (nivel de evidencia = Ia),
- Uso apropiado de la medicación para aliviar los síntomas del delirium y/o manejar el dolor. (nivel de evidencia = Ia).

Recomendaciones UCI:

- Se recomienda la dexmedetomidina para el manejo de pacientes con ventilación mecánica en delirium hiperactivo (8). *Fuerza: Fuerte, Nivel de Evidencia: Moderado*

- Se recomienda la utilización de dexmedetomidina en el paciente críticamente enfermo con delirium (8). *Fuerza: Fuerte, Nivel de Evidencia: Moderado*

- Se recomienda el uso de dexmedetomidina en infusión continua en pacientes con delirium hiperactivo en ventilación mecánica, ya que se asocia a mayor número de horas libre de ventilador en los primeros 7 días, extubaciones más tempranas y una resolución más rápida del delirium (8). *Fuerza: fuerte Nivel de evidencia Moderada*

- No se recomienda el uso rutinario de quetiapina en pacientes con delirium hipoactivo. *Fuerza de Recomendación: Condicional, Nivel de evidencia: Muy baja - baja.*

- Se recomienda optimizar estrategias no farmacológicas (Ver recomendaciones de tratamiento no farmacológico), descartar infección y otras causas. *Consenso de expertos.*

- En caso de pacientes con delirium mixto, la quetiapina no es la primera línea de tratamiento para alteración del ciclo sueño-vigilia, sin embargo, puede considerar su uso cuando otras alternativas de tratamiento farmacológico han fallado. *Punto de buena práctica*

Recomendaciones No UCI:

- En personas con delirium y con riesgo de autoagresión o heteroagresión (riesgo de retiro de dispositivos), donde las técnicas de desescalamiento verbales y no verbales no han sido efectivas (Ver tratamiento no farmacológico) u otras opciones no están disponibles o se han agotado; puede considerarse el uso de haloperidol en régimen de corto plazo, iniciando a las dosis mínimamente efectivas y titulándose de acuerdo a los síntomas. Tenga en cuenta los riesgos de usar haloperidol que incluyen arritmias, interacciones farmacológicas y síndrome extrapiramidal. *Punto de buena práctica.*

Tratamiento no Farmacológico

Recomendaciones:

- Los profesionales de la salud deberían seguir las vías clínicas establecidas para el adecuado cuidado del paciente con delirium que incluye (7,12):

- Considerar causas agudas que amenazan la vida.
- Identificar sistemáticamente las causas y tratarlas
- Optimizar los parámetros hemodinámicos y estado clínico del paciente, manejo de las condiciones actuales y aquellas del ambiente
- Comunicar los diagnósticos al paciente y cuidador, involucrar a la familia y cuidadores en el tratamiento de soporte
- Prevenir posibles complicaciones como inmovilidad, caídas, úlceras por presión, deshidratación, malnutrición y aislamiento
- Monitorizar la recuperación y considerar el manejo por especialistas para cada caso
- Si una persona con delirium es considerada en riesgo de autoagresión o heteroagresión, usar estrategias de contención verbales y no verbales. Tener en cuenta que hay signos de estrés menos evidentes en personas con delirium hipoactivo.

- Las técnicas de desescalamiento incluyen el reconocimiento los signos tempranos de agitación, irritación, rabia y agresión; entender las probables causas de agresión o violencia, usar técnicas para distracción y promoción de la calma, así como formas de relajar al paciente; reconocer la importancia del espacio personal; responder a la rabia en una forma razonable, apropiada, mesurada para prevenir la provocación (9).

Pronóstico

Evidencia proveniente de estudios observacionales y ensayos clínicos han demostrado asociación entre la ocurrencia de delirium y déficit cognitivo a mediano y largo plazo (2). Por lo tanto, el cuerpo de evidencia está dirigido a la prevención de deterioro cognitivo a mediano y largo plazo

Recomendaciones:

- Se recomienda la prevención y manejo del delirium como principal estrategia para disminuir la incidencia del déficit cognitivo persistente (8). *Fuerza: Fuerte, Nivel de evidencia: Bajo*

En personas que han tenido la experiencia de tener delirium en la UCI, se debe considerar realizar seguimiento para la detección de secuelas psicológicas y posible alteración cognitiva, dado la fuerte asociación con su aparición a los 3 y 12 meses (7,10).

- Se sugiere promover movilización temprana, disminución de sedantes, optimización del sueño y un adecuado soporte emocional y psicológico como estrategias asociadas a la disminución del déficit cognitivo persistente (8). *Fuerza: Condicional, Nivel de evidencia: Bajo*

- Dentro de los principales factores de riesgo asociados a déficit cognitivo persistente está la presencia de delirium en la UCI, la edad avanzada, trauma cráneo encefálico, enfermedades neurológicas o psiquiátricas previas, hipoxia o hipoperfusión, encefalopatía metabólica, comorbilidades crónicas, toxicidad, consumo crónico de alcohol y drogas. *Consenso de expertos.*

- Se debe tener en cuenta los siguientes factores de riesgo para el desarrollo de trastornos cognitivos a largo plazo y que deben ser monitorizados en la prevención (3):

- Deterioros cognitivos previos o predisposición genética (mutaciones en apolipoproteína A4)
- Factores asociados al tratamiento como número de episodios y duración de delirium: Hipoxia, anemia que requirió transfusión, hipotensión arterial o disminución mayor al 30% de la línea de base individual, sepsis severa o choque séptico, fluctuaciones de los niveles de glicemia y presencia de iatrogenia.

Delirium Postoperatorio

Recomendaciones sobre Prevención:

- Se recomienda evaluar los siguientes factores de riesgo preoperatorios: (1) adulto mayor, (2) ASA > 2, (3) Índice de comorbilidades de Charlson > 2 y (4) Mini Mental < 25 puntos. *Fuerza de Recomendación: Fuerte, Nivel de Evidencia: Moderada*

- En pacientes que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos, no se sugiere el uso de algún fármaco como medida profiláctica para reducir la incidencia de delirium postoperatorios. *Fuerza de Recomendación: Débil, Nivel de Evidencia: Baja*

- Cuando se utiliza dexmedetomidina intraoperatoriamente o en el postoperatorio con el objetivo de prevenir el delirium postoperatorio, se recomienda realizar el balance de los beneficios esperados contra los efectos adversos más importantes (bradicardia e hipotensión). *Fuerza de Recomendación: Fuerte, Nivel de Evidencia: Moderada*

- En pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, no se sugiere algún tipo de anestesia o cirugía en particular para reducir la incidencia de delirium postoperatorio. *Fuerza de Recomendación: Débil, Nivel de Evidencia: Fuerte*
- No se sugiere el uso de biomarcadores para identificar los pacientes en riesgo de delirium postoperatorio. *Fuerza de Recomendación: Débil, Nivel de Evidencia: Baja*
- Se recomienda la consulta anestésica preoperatoria en adultos mayores en donde se incluye la identificación de factores de riesgo para delirium postoperatorio y que aborde las necesidades y preferencias de las personas en el postoperatorio *Fuerza de Recomendación: Fuerte, Nivel de Evidencia: Baja*
- Se recomienda que los resultados de la consulta anestésica preoperatoria sean compartidos con el equipo de cuidado, se discutirán las estrategias discutidas y que sean registradas en la historia clínica. *Fuerza de Recomendación: Fuerte, Nivel de Evidencia: Baja*
- Se recomienda intervenciones multicomponente no farmacológicas en todos los pacientes en riesgo de presentar delirium postoperatorio. *Fuerza de Recomendación: Fuerte, Nivel de Evidencia: Moderada*
- En procedimientos con anestesia general o regional con sedación se sugiere utilizar monitorización de profundidad anestésica mediante electroencefalografía cruda o procesada, en pacientes de alto riesgo de delirium postoperatorio (Ver Tabla Factores de Riesgo) para minimizar la tasa de supresión electroencefalográfica. *[Opinión de Experto]*

Recomendaciones sobre Tratamiento:

Se sugiere el uso de haloperidol en bajas dosis para el tratamiento del delirium hiperactivo postoperatorio si las medidas no farmacológicas fallan. Su uso se sugiere en corto plazo y orientado por síntomas. La administración debe ser en bolos con la menor dosis posible, debe ser usada con precaución y no para todas las personas con condiciones neurológicas preexistentes, como enfermedad de Parkinson o demencia de cuerpos de Lewy. *Fuerza de Recomendación: Débil, Nivel de Evidencia: Muy baja.*

No se sugiere el uso de benzodiacepinas para el tratamiento de delirium postoperatorio. La evidencia de beneficios de su uso es muy baja a no existentes. Esta recomendación no debe confundirse con el delirium en el contexto de abstinencia de alcohol, en este caso se recomienda orientado por síntomas como el medicamento de primera línea (administrada por bolos a la menor dosis posible) *Fuerza de Recomendación: Débil, Nivel de Evidencia: Muy baja.*

Se sugiere el uso de dexmedetomidina para el tratamiento de delirium postoperatorio en el contexto de cirugía cardíaca, siempre que no se evidencie compromiso hemodinámico por el uso de la dexmedetomidina. *Fuerza de Recomendación: Débil, Nivel de Evidencia: Muy baja.*

Implementación

Las recomendaciones de este documento están dirigidas al contexto hospitalario. El proceso de implementación comenzará por un adecuado proceso de difusión del EPC, para lo cual, se contempla su socialización mediante correo electrónico, socialización en Webinar propio, así como exposición del EPC en eventos académicos presenciales sobre Cuidado Crítico, Neurología, Psiquiatría o aquel con relevancia para el alcance del presente documento. Las recomendaciones de socializarán en los equipos de atención favoreciendo la implementación en las instituciones.

Las estrategias de implementación pretenden tener más fuerza en la prevención y tamizaje de delirium en UCI/No UCI. Por lo tanto, las estrategias de tamizaje mediante calculadoras clínicas para cada caso, según las recomendaciones, deben ser utilizadas en el registro de evolución para todos los profesionales de salud. Lo anterior con el fin de poder aumentar la conciencia sobre la identificación temprana del paciente en alto riesgo de delirium y poder aplicar las intervenciones de prevención aquí delimitadas, en su mayoría de índole no farmacológica y aplicables por cualquier profesional de salud.

De acuerdo con lo anterior, se recomienda la medición del siguiente indicador en todos los contextos hospitalarios para medición diaria de forma aleatoria (13), sin embargo se tendrá en cuenta las preferencias locales para cada institución para lograr los mejores desenlaces de implementación.

$$Tamizaje_{UCI} = \frac{\text{Personas con aplicación de CAM – UCI o ICDSG}}{\text{Total de personas en UCI}}$$

$$Tamizaje_{NoUCI} = \frac{\text{Personas con aplicación de 4AT}}{\text{Total de personas en el servicio medido}}$$

El Comité sugiere el adecuado diligenciamiento de la historia clínica en el paciente con diagnóstico de delirium en cualquier ámbito, incluyendo la adecuada referenciación con el uso correcto del código CIE-10 de delirium (F05.9 – F05.8 -). De igual manera, se pretende obtener mediciones sobre la usabilidad de este EPC desde la mirada de profesionales de la salud, con el fin de obtener retroalimentación con miras a realizar cambios sobre este y todos los productos de estandarización clínica.

Bibliografía

1. Keenan CR, Jain S. Delirium. Vol. 106, Medical Clinics of North America. W.B. Saunders; 2022. p. 459–69.
2. Stollings JL, Kotfis K, Chanques G, Pun BT, Pandharipande PP, Ely EW. Delirium in critical illness: clinical manifestations, outcomes, and management. Vol. 47, Intensive Care Medicine. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2021. p. 1089–103.
3. Registered Nurse´s Association of Ontario. Delirio, Demencia y Depresión en las Personas Mayores: Valoración y Cuidados [Internet]. 2016. Available from: www.rnao.org/bestpractices
4. Farriols Danés C, Landa Teran CP, Ruiz Ripoll AI, Planas Domingo J. Prevalencia del delirium en pacientes con enfermedad oncológica avanzada ingresados en una unidad de cuidados paliativos. Medicina Paliativa. 2016;23(4).
5. Cadena Sanabria MO, Granados Oliveros LM, Santana Porras JD, Ballesteros Tapias JK, Martínez Vega BL, Carrillo Parada MF, et al. Incidencia de Delírium en una población de adultos mayores de 65 años hospitalizados en un centro de referencia del Nororiente Colombiano. Revista Médicas UIS. 2021;34(1).
6. Peralta-Cuervo AF, Garcia-Cifuentes E, Castellanos-Perilla N, Chavarro-Carvajal DA, Venegas-Sanabria LC, Cano-Gutiérrez CA. Delirium prevalence in a Colombian hospital, association with geriatric syndromes and complications during hospitalization. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2021;56(2).
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Risk reduction and management of delirium [Internet]. 2019. Available from: www.sign.ac.uk/assets/sign50_2015.pdf
8. Celis-Rodríguez E, Díaz Cortés JC, Cárdenas Bolívar YR, Carrizosa González JA, Pinilla DI, Ferrer Zaccaro LE, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for the management of sedoanalgesia and delirium in critically ill adult patients. Med Intensiva. 2020 Apr 1;44(3):171–84.
9. NICE. Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care [Internet]. 2010. Available from: www.nice.org.uk/guidance/cg103
10. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Crit Care Med. 2018 Sep 1;46(9):E825–73.
11. Luttrull MD, Boulter DJ, Kirsch CFE, Aulino JM, Broder JS, Chakraborty S, et al. ACR Appropriateness Criteria ® Acute Mental Status Change, Delirium, and New Onset Psychosis. Journal of the American College of Radiology. 2019 May 1;16(5):S26–37.
12. Bush SH, Lawlor PG, Ryan K, Centeno C, Lucchesi M, Kanji S, et al. Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. Annals of Oncology. 2018 Oct 1;29:iv143–65.

13. Pizarro Gómez CE, Durán JC, Nieto Estrada VH, Gil Valencia BA, Ferrer Zaccaro L, Dueñas Castell C, et al. Colombian consensus on quality in intensive care: task force of the Colombian Association of Critical Medicine and Intensive Care (AMCI®). *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. 2023;23(2).

Anexos

1. Calificación de Calidad GPC Incluidas

GPC	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5	Dominio 6	Incluida
2018_ESMO_CancerPatients	67 %	58 %	69 %	75 %	27 %	93 %	Si
2022_SCCMC_Adult	97 %	81 %	79 %	83 %	50 %	93 %	Si
ACR_Delirium	72 %	42 %	64 %	86 %	31 %	86 %	Si
2020_MedIntensiva	92 %	47 %	78 %	92 %	38 %	86 %	Si
2023_NICE	92 %	94 %	94 %	100 %	65 %	86 %	Si
2016_RNAO	97 %	72 %	89 %	92 %	75 %	100 %	Si
2019_SIGN157	100 %	94 %	99 %	100 %	94 %	100 %	Si

2. Certeza y Fuerza de cada GPC Incluida

GPC*	Nivel de Evidencia	Fuerza de la recomendación
2019_SIGN157; NICE 2023	<p>Niveles de evidencia</p> <p>1++ Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ECA o ECA con muy bajo riesgo de sesgo</p> <p>1+ Metanálisis, revisiones sistemáticas o ECA bien realizados con bajo riesgo de sesgo</p> <p>1- Metanálisis, revisiones sistemáticas o ECA con alto riesgo de sesgo</p> <p>2++ Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o de cohortes</p> <p>Estudios de casos y controles o de cohortes de alta calidad con un riesgo muy bajo de confusión o sesgo y un alto</p> <p>probabilidad de que la relación sea causal</p> <p>2+ Estudios de casos y controles o de cohortes bien realizados con bajo riesgo de confusión o sesgo y moderado</p> <p>probabilidad de que la relación sea causal</p> <p>2- Estudios de casos y controles o de cohortes con alto riesgo de confusión o sesgo y un riesgo significativo de que</p> <p>la relación no es causal</p> <p>3 Estudios no analíticos, por ejemplo, informes de casos, series de casos</p> <p>4 Opinión de expertos</p>	<p>Para recomendaciones fuertes sobre intervenciones que deberían utilizarse, el grupo de desarrollo de directrices es confiado en que, para la gran mayoría de las personas, la intervención (o intervenciones) hará más bien que dañar.</p> <p>Para recomendaciones fuertes sobre intervenciones que no deberían utilizarse, el desarrollo de directrices. El grupo confía en que, para la gran mayoría de las personas, la intervención (o intervenciones) logrará más resultados de daño que bien.</p> <p>Para recomendaciones condicionales sobre intervenciones que deben ser consideradas, el desarrollo de directrices. El grupo confía en que la intervención hará más bien que mal para la mayoría de los pacientes. La elección de intervenciones es más probable que la intervención varíe dependiendo de los valores y preferencias de una persona, por lo que el profesional sanitario debería dedicar más tiempo a discutir las opciones con el paciente.</p> <p>Puntos de buenas prácticas</p> <p>Mejores prácticas recomendadas basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía.</p>

<p>20120_Medintensiva</p>	<p>Nivel de evidencia alto: Es seguro que el efecto real de la intervención se encuentra cerca al efecto estimado</p> <p>Nivel de evidencia moderado: Es casi seguro que el efecto real se encuentre cerca del efecto estimado del estudio, pero existe la posibilidad de que el efecto sea diferente</p> <p>Nivel de evidencia bajo La certeza del efecto estimado es limitada. El efecto real probablemente es sustancialmente diferente al efecto estimado del estudio</p> <p>Nivel de evidencia muy bajo: Existe poca certeza sobre el efecto estimado. El efecto real es sustancialmente diferente al efecto estimado</p>	<p>Recomendación fuerte: El escrito presenta certeza de los efectos deseados. La intervención debería ser ofrecida a todos los pacientes, o si es en contra debería no usarse</p> <p>Recomendación condicional El escrito concluye que no tiene completa certeza del efecto deseado. La adherencia a esta recomendación probablemente tiene mayor peso en los efectos no deseados, pero no existe certeza suficiente al respecto</p>
<p>2022_SCCMC</p>	<p>En las cinco secciones, la certeza general de la evidencia (también conocida como calidad de la evidencia o confianza en las estimaciones del efecto) para cada resultado se evaluó siguiendo el enfoque GRADE y con base en los siguientes criterios: riesgo de sesgo, precisión, consistencia, franqueza de la evidencia, riesgo de sesgo de publicación, presencia de una relación dosis-efecto, magnitud del efecto y evaluación del efecto de posible confusión o sesgo residual (Tabla E3). La certeza de cada resultado se clasificó como alta, moderada, baja o muy baja según estas evaluaciones. Los metodólogos resumieron la evaluación de la calidad de la evidencia en formato de perfil de evidencia utilizando el software GDT (www.GRADEPRO.org). Cada perfil de evidencia fue revisado en múltiples pasos por el revisor principal de preguntas, todos los miembros de la sección, el vicepresidente y el presidente antes de considerarlo definitivo. El proceso mediante el cual se abordan las preguntas descriptivas se describe en el documento de métodos.</p>	
<p>2016_RNAO</p>	<p>Ia Evidencia obtenida del metaanálisis o revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados y/o síntesis de múltiples estudios principalmente de investigación cuantitativa.</p> <p>Ib Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.</p> <p>IIa Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado no aleatorizado.</p> <p>IIb Evidencia obtenida de al menos un estudio de otro tipo cuasi-experimental no aleatorizado, bien diseñado.</p> <p>III Evidencia obtenida de la síntesis de múltiples estudios, principalmente de investigación cualitativa.</p> <p>IV Evidencia obtenida de estudios observacionales no experimentales bien diseñados, como estudios analíticos, estudios descriptivos o estudios cualitativos.</p> <p>V Evidencia obtenida de los informes elaborados por un</p>	

	<p>comité de expertos o de la opinión o las experiencias clínicas de autoridades respetadas.</p>	
2018_ESMO	<p>I Evidencia de al menos un ensayo controlado, aleatorizado y de gran tamaño de buena calidad metodológica (bajo potencial de sesgo) o metanálisis de ensayos aleatorios bien realizados sin heterogeneidad</p> <p>II Ensayos aleatorios pequeños o ensayos aleatorios grandes con sospecha de sesgo (menor calidad metodológica) o metanálisis de dichos ensayos o de ensayos con heterogeneidad demostrada</p> <p>III Estudios de cohortes prospectivos</p> <p>IV Estudios de cohortes retrospectivos o estudios de casos y controles</p> <p>V Estudios sin grupo control, informes de casos, opiniones de expertos.</p>	<p>Grados de recomendación</p> <p>A Fuerte evidencia de eficacia con un beneficio clínico sustancial, altamente recomendado</p> <p>B Evidencia fuerte o moderada de eficacia pero con un beneficio clínico limitado, generalmente recomendado</p> <p>C La evidencia insuficiente de eficacia o beneficio no supera el riesgo o las desventajas (eventos adversos, costos,...), opcional</p> <p>D Evidencia moderada en contra de la eficacia o de resultados adversos, generalmente no recomendado</p> <p>E Evidencia sólida en contra de la eficacia o de resultados adversos, nunca recomendado</p>
ACR_delirium	<p>Generalmente apropiado 7, 8 o 9 El procedimiento o tratamiento por imágenes está indicado en los escenarios clínicos especificados con una relación riesgo-beneficio favorable para los pacientes.</p> <p>Puede ser apropiado 4, 5 o 6 El procedimiento o tratamiento por imágenes puede estar indicado en los escenarios clínicos especificados como una alternativa a los procedimientos o tratamientos por imágenes con una relación riesgo-beneficio más favorable, o la relación riesgo-beneficio para los pacientes es equívoca.</p> <p>Puede ser apropiado (Desacuerdo)</p> <p>Las calificaciones individuales están demasiado dispersas con respecto a la mediana del panel. La etiqueta diferente proporciona transparencia con respecto a la recomendación del panel. "Tal vez apropiado" es la categoría de calificación y se asigna una calificación de 5.</p> <p>Generalmente no es apropiado 1, 2 o 3 Es poco probable que el procedimiento o tratamiento por imágenes esté indicado en los escenarios clínicos especificados, o es probable que la relación riesgo-beneficio para los pacientes sea desfavorable.</p>	

3. Herramientas diagnosticas para Delirium

CAM – ICU

1. ¿Hay cambios agudos o curso fluctuante del estado mental?

- ¿Hay algún cambio agudo del estado mental de base?
- ¿Ha tenido un estado mental fluctuante en las últimas 24 horas?

Si la respuesta es NO = No Delirium

Si la respuesta es SI, avance al numeral 2

2. Inatención

- Leerá una de las siguientes secuencias de letras, indique al paciente que cuando escuche la letra A debe apretar la mano del evaluador

S A V E A H E A R T C A S A B L A N C A A B A D B A D A A Y

Se considerará error cuando no apriete la mano al escuchar la letra "A", o cuando apriete la mano en una letra diferente a la "A".

Si hubo menos de 2 errores = No Delirium

Si hubo más de 2 errores, avance al numeral 3

3. Alteración del estado de conciencia

- RASS = 0, avance al numeral 4
- RASS diferente de 0, Paciente presenta DELIRIUM

4. Pensamiento desorganizado

- ¿Una roca puede flotar en el agua?
- ¿Hay peces en el océano?
- ¿Una libra pesa más que dos libras?
- ¿Se puede usar un martillo para clavar un clavo?
- Indique al paciente mostrar 2 dedos y que posteriormente haga lo mismo con la otra mano

Si hubo menos de 1 errores = No Delirium

Si hubo más de 1 errores, el paciente presenta DELIRIUM

6. Habla o estado de ánimo inapropiado

El paciente muestra: emoción inapropiada; discurso desorganizado o incoherente; interacciones sexuales o inapropiadas; es apático o excesivamente exigente.

No = 0 puntos

Si = 1 punto

7. Trastorno del ciclo sueño-vigilia

Ya sea: despertar frecuente / < 4 horas de sueño por la noche O dormir durante gran parte del día.

No = 0 puntos

Si = 1 punto

8. Fluctuación de síntomas

Fluctuación de cualquiera de los síntomas anteriores durante un período de 24 horas.

No = 0 puntos

Si = 1 punto

Clasificación de la puntuación:

0 Normal

1-3 Delirio subclínico

4-8 Delirio

Adaptado de: Bergeron et al. *Intens Care Med* 2001;27:859-64; Ouimet et al. *Intens Care Med* 2007;33:1007-13.

4AT

Alerta

Incluye a los pacientes que pueden estar marcadamente somnolientos (por ejemplo con dificultad para despertar y/o obviamente somnoliento) o agitado/hiperactivo. Observe el paciente, si esta dormido, intente despertarlo con comandos verbales o contacto físico leve. Pregunte al paciente por su nombre

0 = Paciente normal

0 = Somnolencia leve (Por menos de 10 segundos), luego normal

4 = Claramente anormal

AMT4

Edad, fecha de nacimiento, lugar, año actual

0 = Sin errores

1 = 1 error

2 = 2 o más errores/inestable

Atención

Pida al paciente: "Por favor dígame los meses del año al revés, desde diciembre a enero". Se permite iniciar con el ejemplo de un mes

0 = 7 meses o más correcto

1 = Empieza pero acierta en menos de 7 meses o no puede empezar

2 = Inestable

Agudeza del cambio mental

Evidencia de cambios significativos o fluctuación en el estado de alerta, cognición u otra función mental que se ha manifestado en las ultimas 2 semanas y sigue siendo evidente en las ultimas 24 horas

0 = No

4 = Si

Calificación final

4 o más = Posible delirium +/- alteración cognitiva

1 - 3 = Posible alteración cognitiva

0 = Baja probabilidad de alteración cognitiva