

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada

María Carolina González Romero
Compiladora



González Romero, María Carolina, compiladora

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada / María Carolina González Romero y otros trece -- 1 edición-- Medellín: UPB. 2023 -- 251 páginas.

ISBN: 978-628-500-092-8 (versión digital)

1. Psiquiatría 2. Trastornos mentales y psiquiátricos 3. Seguridad de los pacientes

CO-MdUPB / spa / RDA / SCDD 21 /

© Camilo Andrés Agudelo Vélez
© Carmenza A. Ricardo Ramírez
© Diego Espíndola Fernández
© José Gabriel Franco Vásquez
© Juan Diego Corzo Casadiego
© Marcela Alviz Núñez
© María Victoria Ocampo Saldarriaga
© Postgrado en Psiquiatría
© Editorial Universidad Pontificia Bolivariana
Vigilada Mineducación

© María Adelaida Posada Uribe
© María Botero Urrea
© María Carolina González Romero
© María Margarita Villa García
© Natalia Gutiérrez Ochoa
© Ricardo Antonio Consuegra Peña
© Yeison Felipe Gutiérrez Vélez

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada

ISBN: 978-628-500-092-8 obra digital

Escuela de Ciencias de la Salud

Postgrado en Psiquiatría

Gran Canciller UPB y Arzobispo de Medellín: Mons. Ricardo Tobón Restrepo

Rector General: Padre Diego Marulanda Díaz

Vicerrector Académico: Álvaro Gómez Fernández

Decano Escuela de Ciencias de la Salud: Marco Antonio González Agudelo

Coordinadora (e) editorial: Maricela Gómez Vargas

Compiladora: María Carolina González Romero

Producción: Ana Milena Gómez Correa

Diagramación: María Isabel Arango Franco

Corrección de estilo: Fernando Aquiles Arango Navarro

Imagen portada: Shutterstock ID 310562189

Dirección Editorial:

Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2023

Correo electrónico: editorial@upb.edu.co

www.upb.edu.co

Telefax: (0057) (4) 354 4565

A.A. 56006 Medellín-Colombia

Radicado: 2253-13-03-23

Prohibida la reproducción total o parcial, en cualquier medio o para cualquier propósito sin la autorización escrita de la Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.

Enfoque del paciente con delirium en un hospital sin psiquiatría, opciones farmacológicas y no farmacológicas

José Gabriel Franco Vásquez*

Resumen

El delirium es uno de los trastornos mentales más comunes en los hospitales generales. Otro bastante frecuente, que es factor de riesgo y hace parte del diagnóstico diferencial junto con la demencia, es la depresión. Los tres son conocidos como las tres D de la psiquiatría en el hospital general. El delirium es un trastorno de la conciencia que implica alteraciones en la atención, la comprensión y el ciclo circadiano, que deben ser evaluadas por expertos en realizar el examen mental en pacientes con diversas condiciones de salud o sin posibilidad de respuesta verbal, como los psiquiatras (que no están disponibles en todos los hospitales en Colombia), los médicos no psiquiatras cuentan con instrumentos para el diagnóstico provisional del delirium que deben incluir en su práctica clínica y deben conocer las principales estrategias de prevención y tratamiento. Así mismo, es importante saber que el manejo de los pacientes no termina con la resolución del cuadro de delirium y que es necesario llevar a cabo el seguimiento apropiado después del alta hospitalaria.

35

* Psiquiatra, magíster en Epidemiología, Doctor en Neurociencias y profesor titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana. joseg.franco@upb.edu.co



Palabras clave: Diagnóstico clínico; Pruebas de estado mental y demencia; Terapéutica; Pronóstico

1. Introducción

El delirium es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes en el hospital general, en los estudios su prevalencia figura en primero o en segundo lugar, la depresión y la demencia son los otros diagnósticos frecuentes. En un estudio sobre la prevalencia del delirium en un hospital tomado en su conjunto, se reportó que uno de cada cinco pacientes ingresados padece el trastorno en momento dado.¹

La educación que los psiquiatras vienen realizando a los médicos generales y de otras especialidades sobre el delirium, y las implicaciones del trastorno sobre el pronóstico de quienes lo padecen, han llevado a un aumento en el interés de los médicos no psiquiatras en su diagnóstico y tratamiento. Los médicos no psiquiatras conocen que el delirium incrementa la morbilidad en diversas formas y conlleva un aumento en el riesgo de morir.

Los pacientes con delirium tienen tiempos de hospitalización más largos y más complicaciones, como infecciones, traumatismos o heridas, depresión. Así mismo, su recuperación funcional y cognitiva después de un ingreso hospitalario es más lenta y muchos presentan dificultades cognitivas persistentes. El riesgo de desarrollar demencia después de un episodio de delirium aumenta, y en quienes ya la padecían se acelera el deterioro. Los pacientes con delirium mueren más durante el ingreso hospitalario y durante los meses posteriores a la hospitalización.²

El diagnóstico de delirium es difícil para quien no tiene conocimiento y habilidades para realizar un examen mental en pacientes con diversas comorbilidades que pueden incluir la demencia y la depresión, que son tanto factores de riesgo importantes como comorbilidades comunes en pacientes con delirium, que además incrementan la dificultad a la hora de hacer el diagnóstico diferencial.³ De hecho, frente esta circunstancia, ante la mínima duda, es mejor seguir la norma de considerar que

un paciente hospitalizado tiene delirium hasta que no se demuestre lo contrario y retrasar el diagnóstico *de novo* de demencia o de depresión hasta que pueda realizarse una valoración especializada con el paciente en su estado basal.

Ya que en muchos hospitales en Colombia no se cuenta con psiquiatras que evalúen el estado mental de los pacientes hospitalizados, es necesario que los médicos no psiquiatras estén familiarizados con el delirium y con las medidas preventivas y terapéuticas que se deben implementar según las características de la organización de la atención en el país.

2. ¿Por qué el delirium es un trastorno psiquiátrico?

El delirium es una alteración global de la conciencia. Por esa razón hay que definir dicho término, la conciencia es diferente de la activación cortical y de la vigilia, es el conocimiento inmediato y directo de una persona sobre su existencia, condición, sensaciones, operaciones mentales y actos. Por tanto, delirium no es sinónimo de estupor o de coma y no puede ser diagnosticado en dichos estados en los que la conciencia está abolida casi completamente (estupor) o por completo (coma).⁴ Tampoco puede ser puesto en un continuo con dichos estados.

Para que haya conciencia deben estar presentes las funciones mentales, ya que la conciencia implica varias de ellas, como la atención y otros aspectos cognitivos, o el lenguaje y el pensamiento. Además, la conciencia varía a lo largo del día y de la noche, por lo que el ciclo del sueño y la vigilia también es fundamental en el delirium. Las alteraciones motoras en el delirium tienen que ver con el ciclo circadiano y diferencian el delirium en hiperactivo, hipoactivo, mixto o normoactivo (este último en una minoría de los casos). Aunque la psicosis es poco común en el trastorno, los pacientes pueden llegar a presentar alucinaciones con mayor frecuencia que ideas delirantes, es aún más raro que un paciente tenga ambas.⁵ Ni las alucinaciones ni los delirios son necesarios para el diagnóstico del trastorno.



Por tanto, para diagnosticar correctamente el delirium es necesario realizar un examen mental completo a pacientes complejos (con morbididades agudas, que en ocasiones no pueden dar respuestas verbales). Hay que recordar que los trastornos objeto de estudio de la psiquiatría son los que implican alteraciones en el estado mental, como el delirium, y están recogidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, que va por su quinta edición revisada (DSM-5TR).⁴

Desde el punto de vista terapéutico, el delirium es uno de los mejores ejemplos de la necesidad de intervenciones psicoeducativas, familiares y farmacológicas en psiquiatría. En el abordaje del trastorno es necesario llevar a cabo un considerable trabajo en equipo con los otros integrantes del grupo terapéutico, con la familia y los cuidadores del paciente y con el paciente mismo. El trabajo con los pacientes con delirium no termina con la resolución del episodio, después de este hay que valorar la evolución funcional y cognitiva, los demás trastornos mentales presentes y las consecuencias emocionales y afectivas.

3. Si es un trastorno mental complejo, ¿cómo diagnosticarlo en un hospital que no cuenta con psiquiatría?

Para realizar el diagnóstico de delirium se deben valorar el sueño, la actividad motora, la atención, la memoria, la orientación, la capacidad visoespacial, el lenguaje, la comprensión, el curso y el contenido del pensamiento, la sensopercepción y la afectividad. Las alteraciones de dichas funciones mentales fluctúan a lo largo del día durante un episodio, con períodos de empeoramiento y de mejoría, y, por sus síntomas cognitivos y conductuales, el antecedente de demencia dificulta la definición del momento de inicio del cuadro y la valoración de dicha fluctuación.⁶

Aunque especialistas como los neurólogos o los intensivistas pueden saber valorar algunos aspectos cognitivos o el estupor y el coma, y los intensivistas están acostumbrados tratar pacientes con diversos diagnósticos que precipitan el delirium, no tienen el entrenamiento necesario durante su formación para realizar el examen completo del

estado mental y su concordancia con el diagnóstico de delirium realizado por psiquiatras de enlace, según un estudio llevado a cabo en Colombia, es menor del 65%.⁷ Estos profesionales y otros médicos no psiquiatras necesitan apoyarse en alguna evaluación estandarizada de fácil aplicación. Si dicha herramienta puede ser usada también por enfermeras, mucho mejor.

No todos los instrumentos para el cribado del delirium han sido validados en español. El más conocido de ellos, el algoritmo Confusion Assessment Method (CAM) de cuatro ítems, sí. Sin embargo, dicho instrumento tiene el serio sesgo de permitir que los pacientes en estupor o coma (incompatibles con el delirium) sean cribados como positivos para el trastorno mental. Su versión para la UCI y para la UCI pediátrica resuelve parcialmente dicha dificultad, pero al dejar los pacientes con contacto visual menor a 10 segundos en respuesta al dolor (Richmond Agitation-Sedation Scale o RASS entre -3 y -2, además de los casos con puntuación mayor) termina permitiendo erróneamente el diagnóstico de delirium en pacientes estuporosos o con sedación equivalente, en los que el trastorno debe ser excluido.^{8,9}

Por otra parte, la Delirium Diagnostic Tool-Provisional (DDT-Pro), validada en español, valora las funciones mentales nucleares del delirium en un continuo de gravedad máxima, puntuación cero, y completa normalidad, puntuación nueve. Su precisión diagnóstica es mayor que la de la CAM y no se altera en pacientes con demencia, tampoco varía según sea administrada por enfermeras o médicos. La DDT-Pro fue diseñada para que dichos médicos o enfermeras realicen el diagnóstico de delirium y cuantifiquen su gravedad sin tener que esperar a la confirmación por un psiquiatra, lo que sí es necesario con los instrumentos de cribado.¹⁰

Esta última herramienta permite evaluar objetivamente la atención sostenida, la comprensión y el ciclo sueño-vigilia, que son síntomas nucleares del delirium, por lo que sería de elección en hospitales o servicios hospitalarios, como es el caso de muchas UCI, donde no se cuenta siempre con psiquiatras para realizar el diagnóstico diferencial y confirmar el resultado del cribado.

4. ¿Cómo prevenir el delirium en la práctica clínica en los servicios de hospitalización?

La consideración del delirium como un trastorno importante en el hospital deben verse reflejada en el ejercicio de formación continuada frecuente a todos los equipos sobre el cuadro: sus características clínicas, causas, detección, prevención, tratamiento y consecuencias. Igualmente, los familiares, los cuidadores habituales de los pacientes a riesgo, deben recibir psicoeducación sobre el trastorno. Más que un asunto de evidencia científica, estas medidas tienen que ver con el aspecto humanista de la medicina. En esta línea humanista, es importante considerar siempre que el enfoque de los trastornos mentales se basa en el modelo biopsicosocial, que implica una ponderación de los diversos aspectos que influyen sobre la salud y la enfermedad.¹¹

Además de las implicaciones sobre el pronóstico, el delirium es también un indicador de calidad de la atención hospitalaria. Ya que el delirium tiene diversos precipitantes, como son los diagnósticos activos que motivan la hospitalización, las condiciones relacionadas con ellos, como el dolor o el estreñimiento, o los fármacos usados para el tratamiento, termina siendo un reflejo de lo adecuada que es la atención en salud.^{7,12}

Por tanto, el ejercicio diagnóstico debe ser juicioso, con una anamnesis y examen físico de buena calidad y con la realización de los exámenes paraclínicos pertinentes a cada caso. Los tratamientos deben ser los específicos a cada situación y se debe evitar la polifarmacia irracional o las intervenciones superfluas. Así mismo, las intervenciones no farmacológicas: fisioterapia, terapia respiratoria, intervenciones psicológicas, etc., deben ser las necesarias para cada caso. Por último, pero no menos importante, hay que identificar y aliviar de modo adecuado, con el monitoreo correspondiente, síntomas como el dolor o el estreñimiento.

La prevención no farmacológica específica implica permitir el uso de equipos que corrigen problemas sensoriales, como son los auriculares o las gafas, admitir el máximo de movilidad posible, procurar una hidratación adecuada y propender por que el paciente siga ejercitando sus funciones cognitivas mediante la lectura o diversos ejercicios mentales. Igualmente, nunca se insistirá lo suficiente sobre la importancia de la

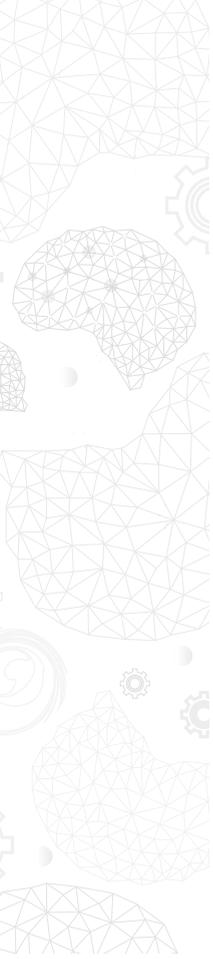
higiene del sueño en la salud mental, que incluye el mantenimiento de la estabilidad del ciclo sueño-vigilia.¹³

Infortunadamente, una encuesta reciente sobre el manejo del delirium en Colombia evidenció que el compromiso de las organizaciones en salud con respecto a la prevención del delirium es bastante pobre.¹⁴ Sin embargo, el conocimiento de estas medidas por parte de los médicos no psiquiatras permite que se puedan implementar si se tienen en cuenta las características de los pacientes a los que atienden y la disponibilidad de personal, familiares y cuidadores formales o informales. Hay que individualizar las acciones en cada caso, según el paciente tenga, por ejemplo, demencia, insuficiencia renal, falla cardiaca o EPOC.

Hay grupos específicos de riesgo en los que es posible prever la ocurrencia de delirium. Este es el caso de los pacientes geriátricos que serán sometidos a cirugías ortopédicas de cadera o de rodilla. En ellos el haloperidol a dosis bajas reduce la frecuencia o la duración de los episodios de delirium después del procedimiento quirúrgico.¹⁵ Por otra parte, la dexmedetomidina en vez de otros sedantes en la UCI, reduce la incidencia de delirium.¹⁶ Aunque menos estudiados, los medicamentos relacionados con la melatonina, que modula el ciclo sueño-vigilia, podrían llegar a ser relevantes en la prevención habitual del delirium.¹⁷

5. ¿Cuáles son las estrategias no farmacológicas de tratamiento de un caso identificado?

Lo explicado sobre el delirium como indicador de calidad en la atención en salud y sobre la psicoeducación a familiares y cuidadores sigue siendo relevante en este punto, porque hace parte del primer paso en el tratamiento. Es decir, se debe realizar cuanto antes el ejercicio diagnóstico de los factores de vulnerabilidad (antecedente de demencia, enfermedades debilitantes, déficits sensoriales, etc.) y de los precipitantes (diagnósticos activos y sus síntomas, etc.). Igualmente, hay que revisar la necesidad de las diversas prescripciones médicas (por ejemplo, antihistamínicos o analgésicos sin indicación clara) y la posibilidad



real de llevarlas a cabo (por ejemplo, riesgo de caídas en un paciente con delirium en fisioterapia). El tratamiento oportuno de las etiologías del delirium, que es responsabilidad de todo el equipo terapéutico, es el primer paso en el tratamiento del trastorno mental.¹⁸ La psicoeducación reduce el sufrimiento de la familia y permite su participación en las diversas acciones no farmacológicas.

Los aspectos no farmacológicos implican la prevención de caídas, así como reorientar frecuentemente al paciente (sobre todo en tiempo y lugar) y controlar los estímulos ambientales, que no deben ser excesivos y que deben mantener las claves que indican que es de día o que es de noche.

La contención mecánica amerita una mención especial. No debe usarse de rutina ante el diagnóstico de delirium, de hecho, debe evitarse ya que por sí misma contribuye a la aparición y al mantenimiento del trastorno y es factor de riesgo para complicaciones como el tromboembolismo pulmonar o las heridas por presión. Las indicaciones para la contención deben ser precisas, como en casos de agresividad con riesgo para el paciente o para los demás, que no se puede contener por otros medios o cuando hay riesgo de daño o remoción de material biomédico necesario para el enfermo.² Todo hospital, cuente o no con psiquiatría, debe tener protocolos de contención mecánica que son de cumplimiento estricto.

Igual que como sucede con las medidas preventivas no farmacológicas, la falta de compromiso institucional hace necesario que los equipos terapéuticos tengan que considerar las características propias de su área de trabajo y de sus pacientes, así como su infraestructura y capacidad asistencial, que incluye enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas respiratorios, psicólogos, voluntarios, entre otros, para implementar las medidas más costo-eficaces en el manejo no farmacológico del delirium. En esta línea, la colaboración de los familiares y cuidadores habituales y los recursos tecnológicos son bastante útiles.¹⁴

6. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico?

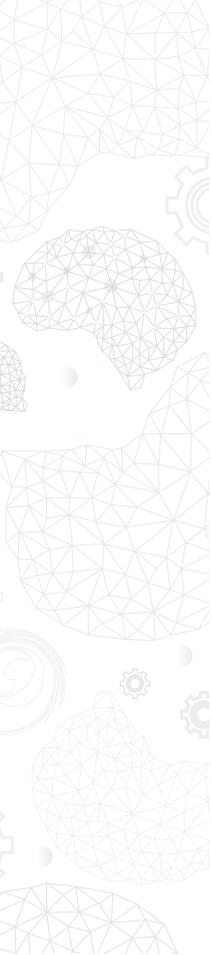
Los medicamentos de primera línea para el tratamiento del delirium son los neurolépticos (antipsicóticos). Aunque no están aprobados por el Invima para esta indicación, múltiples estudios y décadas de experiencia respaldan su uso.

El neuroléptico más usado en el tratamiento del delirium es el haloperidol, que es de los de primera generación y tiene poco efecto hipnótico. Hay presentación oral y parenteral. Aunque la forma parenteral es para uso intramuscular, se usa por vía intravenosa lenta, incluso en pacientes críticos. Puede titularse desde dosis bajas, desde, por ejemplo, 0,25 mg o 2,0 mg en pacientes geriátricos, dosis mayores a 10 mg no parecen eficaces.¹⁹ Es recomendable dar una dosis inicial y esperar 20 minutos para valorar su efecto y seguir administrándolo hasta alcanzar el efecto deseado (un buen indicador clínico en pacientes hiperactivos es el control motor, aunque es útil en todos los tipos motores del trastorno).

El efecto secundario más común del haloperidol es el extrapiramidalismo. Otros tres antipsicóticos que se usan en caso de contraindicaciones para el haloperidol, como en pacientes con Parkinson o lesiones de los ganglios basales, son la quetiapina (6,5 a 100 mg), la olanzapina (hasta 10 mg) y la risperidona (de 0,5 mg a 3 mg)¹⁹.

Aunque no hay consenso sobre la duración del tratamiento, una recomendación es ir reduciendo el 50% de la dosis cada día mientras se cuantifica el estado clínico (por ejemplo, con la DDT-Pro).¹⁴

El haloperidol aumenta el intervalo QT por lo que se recomienda monitorizar a los pacientes que tiene otros dos o más factores de riesgo para esta circunstancia. Los antipsicóticos de segunda generación comentados arriba incrementan la glicemia. En otros contextos, como en el tratamiento de la demencia se han reportado casos de muerte en relación con el uso de neurolépticos. Por otra parte, la evidencia de metaanálisis en red indica que los antipsicóticos son seguros y bien tolerados en el contexto del delirium. Dicho metaanálisis respalda la eficacia de los que más estudiados tienen, como el haloperidol o la quetiapina.²⁰



Por otra parte, hay metaanálisis que fallan en demostrar eficacia, dichos trabajos combinan distintos fármacos en análisis cuantitativos, lo que dificulta su interpretación (sería como combinar todas las cefalosporinas de cualquier generación en un mismo análisis, para estudiar su eficacia sobre una enfermedad infecciosa concreta). A la hora de ponderar la validez de un ensayo clínico sobre delirium habría que tener en cuenta si el diagnóstico en los diversos brazos del estudio se hace con instrumentos de cribado, que permiten que pacientes en coma o estupor reciban el diagnóstico del trastorno de forma equivocada. Infortunadamente el uso del CAM en dichos estudios es muy habitual.^{21,22}

Entre los medicamentos que cuentan con menos evidencia empírica, pero que son prometedores en grupos específicos de pacientes se cuentan los relacionados con la melatonina, el valproato o la dexmedetomidina^{14,23,24}. No deben usarse benzodiazepinas, excepto cuando el delirium se debe a supresión de fármacos depresores del sistema nervioso central, como las mismas benzodiazepinas, los barbitúricos o el alcohol.

7. ¿Qué hacer con el paciente al darlo de alta de hospitalización?

Idealmente el delirium debe haberse resuelto y el tratamiento instaurado para tratarlo debe haberse desmontado. Cuando el paciente sale con alguna medicación en proceso de desmonte, los acompañantes y él mismo, dependiendo de su estado cognitivo, tendrán que tener instrucciones precisas sobre la prescripción hasta el cese completo de la administración del fármaco. Si el paciente es remitido a otra institución es necesario facilitar los datos relevantes sobre el diagnóstico y el plan seguir.²⁵⁻²⁷

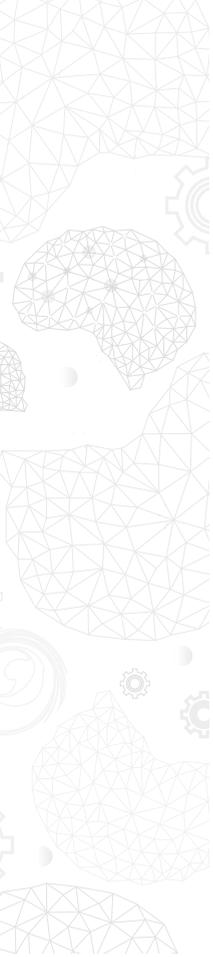
Por último, hay que derivar al paciente a atención ambulatoria por psiquiatría, con información sobre el episodio y el tratamiento previo o actual. En dicha derivación se recomienda pedir que sea evaluado el estado funcional, cognitivo, emocional y afectivo del enfermo. Durante dicha cita ambulatoria el psiquiatra podrá aprovechar para reforzar la psicoeducación al paciente y sus acompañantes, descartar otros trastornos mentales no detectados en el episodio agudo e instaurar las medidas terapéutica correspondientes o dar finalmente el alta.^{14,28}

8. Conclusión

El delirium es uno de los trastornos mentales más comunes en el hospital general. Idealmente debería haber psiquiatras en todos los hospitales trabajando en los equipos terapéuticos, para optimizar lo referente a la salud mental y al manejo del delirium en particular, pero como esto no ocurre en la práctica en todos los lugares en Colombia, los médicos no psiquiatras pueden realizar el diagnóstico del trastorno y de su gravedad con el instrumento clínico apropiado. De acuerdo con sus posibilidades y según el paciente que atienden, podrán implementar las medidas preventivas y terapéuticas apropiadas. El cuidado del delirium no termina con la resolución del caso, por lo que la recomendación es remitir al paciente a evaluación en la institución en la que el sistema de salud disponga de atención psiquiátrica ambulatoria.

Referencias

1. Ryan D, O'Regan N, Caoimh R, Clare J, O'Connor M, Leonard M *et al.* Delirium in an adult acute hospital population: Predictors, prevalence and detection. *BMJ Open*. 2013; 3(1):e001772. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001772>
2. Franco JG, González M. Delirium. En: Rozman C, Cardellach F, editores. *Medicina Interna de Ferreras y Rozman*. 18th ed. Barcelona: Elsevier Inc. 2016. 1530–1534.
3. O'Sullivan R, Inouye SK, Meagher D. Delirium and depression: Inter-relationship and clinical overlap in elderly people. *Lancet Psychiatry*. 2014; 1(4):303–311. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70281-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70281-0)
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. 5th Text R. Washington, DC; 2022.
5. Trzepacz P, Franco J, Meagher D, Lee Y, Kim J-L, Kishi Y *et al.* Delirium phenotype by age and sex in a pooled data set of adult patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2018; 30(4):294–301. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.18020024>
6. Franco J. Examen mental: enfoque práctico para el personal no psiquiatra. En: *Postgrado en psiquiatría*, editor. *El enfoque interdisciplinario en psiquiatría: más allá del trastorno mental grave*. Medellín: Editorial UPB; 2019.
7. Zapata C, Garcés JJ, Duica K, Restrepo C, Ocampo M V., Velásquez-Tirado JD *et al.* Variables associated with concordance or discordance for delirium diagnosis between referring and consulting physicians at a tertiary hospital in Colombia: Prospective observational study. *Med (United States)*. 2022; 101(49):E32096. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032096>
8. Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*. 1990; 113(12):941–948. Disponible en: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-113-12-941>



9. Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R *et al.* Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the intensive care unit (CAM-ICU). *Crit Care Med.* 2001; 29(7):1370–1379. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00003246-200107000-00012>
10. Kean J, Trzepacz PT, Murray LL, Abell M, Trexler L. Initial validation of a brief provisional diagnostic scale for delirium. *Brain Inj.* 2010; 24(10):1222–1230. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/02699052.2010.498008>
11. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science.* 1977; 196(4286):129–136. Disponible en: <https://doi.org/10.1126/science.847460>
12. 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(3):e020617. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020617>
13. Burton JK, Craig L, Yong SQ, Siddiqi N, Teale EA, Woodhouse R *et al.* Non-pharmacological interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021; 11(11):CD013307. Disponible en: <https://n9.ci/pnqnt>
14. Franco J, Oviedo G, Patarroyo L, Bernal J, Molano J, Rojas M *et al.* Encuesta a psiquiatras y residentes de psiquiatría en Colombia sobre sus prácticas preventivas y terapéuticas del delirium. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2021; 50(4):260–272. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.02.003>
15. Wang W, Li HL, Wang DX, Zhu X, Li SL, Yao GQ *et al.* Haloperidol prophylaxis decreases delirium incidence in elderly patients after noncardiac surgery: A randomized controlled trial. *Crit Care Med.* 2012; 40(3):731–739. Disponible en: <https://n9.ci/184bw>
16. Palakshappa JA, Hough CL. How we prevent and treat delirium in the ICU. *Chest.* 2021; 160(4):1326–1334. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.06.002>
17. Hatta K, Kishi Y, Wada K, Takeuchi T, Odawara T, Usui C *et al.* Preventive effects of ramelteon on delirium: A randomized placebo-controlled trial. *JAMA Psychiatry.* 2014; 71(4):397–403. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3320>
18. Young J, Murthy L, Westby M, Akunne A, O’Mahony R, Guideline Development Group. Diagnosis, prevention, and management of delirium: Summary of NICE guidance. *BMJ.* 2010; 341(jul28 2):c3704–c3704. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.c3704>
19. 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(12):1223–1238. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.09.008>
20. Wu Y-C, Tseng P-T, Tu Y-K, Hsu C-Y, Liang C-S, Yeh T-C *et al.* Association of delirium response and safety of pharmacological interventions for the management and prevention of delirium. *JAMA Psychiatry.* 2019; 76(5):526. Disponible en: [10.1001/jamapsychiatry.2018.4365](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4365)
21. Meagher D, Agar MR, Teodorczuk A. Debate article: Antipsychotic medications are clinically useful for the treatment of delirium. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2018; 33(11):1420–1427. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/gps.4759>
22. Girard TD, Exline MC, Carson SS, Hough CL, Rock P, Gong MN *et al.* Haloperidol and ziprasidone for treatment of delirium in critical illness. *N Engl J Med.* 2018; 379(26):2506–2516. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1808217>
23. 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(7):1295–306. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001622>
24. Al-Aama T, Brymer C, Gutmanis I, Woolmore-Goodwin SM, Esbaugh J, Dasgupta M. Melatonin decreases delirium in elderly patients: A randomized, placebo-controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2011; 26(7):687–694. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/gps.2582>

25. Olofsson B, Lundström M, Borssén B, Nyberg L, Gustafson Y. Delirium is associated with poor rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures. *Scand J Caring Sci.* 2005; 19(2):119–127. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00324.x>
26. Zhang Z, Pan L, Ni H. Impact of delirium on clinical outcome in critically ill patients: A meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013; 35(2):105–111. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.11.003>
27. McCusker J, Cole MG, Voyer P, Monette J, Champoux N, Ciampi A *et al.* Six-month outcomes of co-occurring delirium, depression, and dementia in long-term care. *J Am Geriatr Soc.* 2014; 62(12):2296–2302. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jgs.13159>
28. Franco JG, Molano JC, Rincón H, Velasquez JD, Cardeño C, Patarroyo *et al.* Consensus of the Liaison-Psychiatry Committee of the Colombian Psychiatric Association on the diagnosis and treatment of delirium in the context of the COVID-19 pandemic. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2020; 51(3):245–255. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2020.11.008>