

Alteraciones neuropsiquiátricas en pacientes con necesidades de cuidados paliativos: Delirium e insomnio

Agustín Diego Chacón Moreno.

Licenciado en Medicina (UAH), especialista en medicina interna (HGUGM).

FEA Urgencias Hospitalarias (H. Guadalajara).

Máster en Cuidados Paliativos (UAM). Máster en Bioética Clínica (FOGM)

30 de enero de 2025



Sesión Virtual

**Alteraciones
neuropsiquiátricas en
pacientes con necesidades
de cuidados paliativos:
Delirium e insomnio**

30 de enero 17h

Motivación:

Las alteraciones neuropsiquiátricas forman parte con muy alta frecuencia de los síntomas de pacientes con necesidades paliativas. Una identificación tardía de estos síntomas puede retrasar el adecuado tratamiento y, de la misma manera, la presencia de éstos puede empeorar el control de muchos otros síntomas como el dolor, la disnea o la ansiedad. La variabilidad sintomática de estos grandes síndromes y aparición de cada vez más tratamientos nuevos, convierte el manejo óptimo de estos pacientes en todo un reto.

Índice

DELIRIUM

1. Definición y fisiopatología del delirium.
2. Clasificación del delirium
 - a. Hipoactivo, mixto, hiperactivo.
 - b. Reversible / Irreversible.
3. Herramientas diagnósticas.
4. Tratamiento farmacológico y no farmacológico.

INSOMNIO

1. Definición y clasificaciones.
2. Tratamiento.
 - a. No farmacológico.
 - b. Algunos trucos / cositas a tener en cuenta.
 - c. Farmacológico.



Delirium

Definición y fisiopatología del delirium

Criterios DSM-V: Alteración de la consciencia con disminución de la atención, cambio en las funciones cognitivas, fluctuante a lo largo del día, derivado de una enfermedad médica.

- Muy frecuente, más en el hospital, en unidades tipo UCI y al final de la vida (88%)
- Factor de mal pronóstico.
- Delirium agudo (Horas/días) y persistente (Semanas o meses).



Precipitantes: Edad avanzada, insuficiencia orgánica, dolor, Hipoxia, deshidratación, fragilidad (ECOG, PPS), caquexia, carga anticolinérgica, opioides...

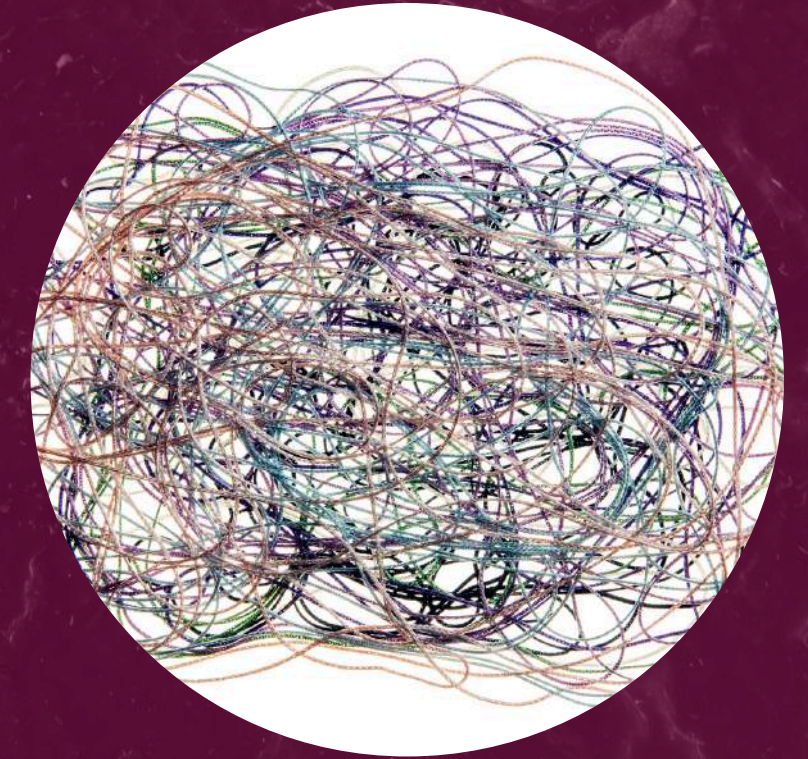
¿Reversibilidad?



↓ ACh
↓ Serotonina
↑ Dopamina

Hipoactivo, mixto, hiperactivo

- Hipoactivo (50%)
- Mixto (30%).
- Hiperactivo (20%)

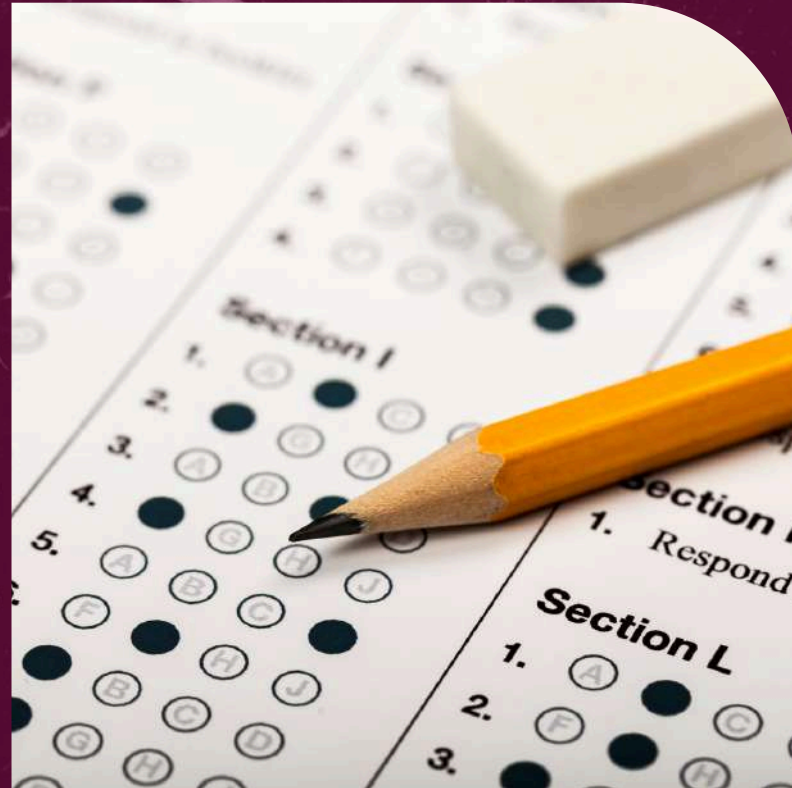


Reversible / Irreversible

- Causas reversibles (30-50%): Fármacos, alt. iónicas, deshidratación, estreñimiento, infecciones.
- Causas irreversibles: Uremia en ERC terminal, hipoxia/hipercapnia en EPOC terminal, daños estructurales cerebrales...



Herramientas diagnósticas



Test validados:

- Confusión Assessment Method (CAM)
- 4 A's test
- Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) – severidad. > 7/30 es diagnóstico de delirium en cáncer S 98% y E 96%.
 - Validado en español.



Uchida M, Akechi T. Development and validation of the Terminal Delirium-Related Distress Scale to assess irreversible terminal delirium. 2021. Pal Sup Care.

-- Validación de la escala TDDS

¿Y el cuidador?

Zhou P, Tans C, Wang J. Assessing the relationship between the distress levels in patients with irreversible terminal delirium and the good quality of death from the perspective of bereaved family. 2025, BMC Palliative Care.



El dolor asociado con la muerte generalmente exacerba la angustia fisiológica y psicológica de los pacientes y familiares, agobia a cuidadores familiares y presenta un desafío significativo para los sanitarios.

Empeoramiento franco de la comunicación paciente - familiar - profesional.

- Afecta directamente a la toma de decisiones y a la evaluación sintomática.

El cuidador asocia a una buena muerte la disminución de la angustia en pacientes con delirium terminal irreversible y la calidad en la atención al final de la vida.

Tratamiento

Fármacos, objetivos, manejo conductual, expectativas...



Tratamiento preventivo

No existen fármacos preventivos para delirium.
¿Uso de melatonina? - Dos estudios. No en CP.

No hay estudios sobre medidas no farmacológicas:
Reorientación continua, movilización frecuente,
estimulación sensorial, luz...

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):687–94.

Agar M, Lawlor P, Ely EW, Lam L, Nikles J, McCaffrey N, et al. Palliative Care Clinical Studies Collaborative. Randomised double blind placebo controlled phase II trial of prolonged release melatonin for prevention of delirium in inpatients with advanced cancer. *Palliat Med*. 2016;30(6):NP11-2.

Tratamiento preventivo

Estrategias para el manejo del delirio	Detalles
Optimizar el patrón sueño-vigilia	<p>Durante el día: aumente la exposición a la luz natural. Abra las persianas o cortinas.</p> <p>De noche: reducir la luz y el ruido.</p> <p>Ropa de dormir familiar</p>
Orientación al paciente	<p>Reorientar a la persona: <i>explicarle dónde está, quién es, quién es usted y su rol.</i></p> <p>Pizarra de orientación completa, reloj visible.</p> <p>Evite los cambios frecuentes de habitación</p>
Comunicación	<p>Utilice anteojos, audífonos y dentaduras postizas cuando sea necesario.</p>
Fomentar la movilidad	<p>Movilizar según lo permita el estado funcional del paciente</p> <p>Si es posible, siéntese fuera de la cama para comer.</p> <p>Evite el uso de restricciones físicas</p> <p>Minimizar el uso de catéteres urinarios inmovilizadores</p>
Vigilar la hidratación y la nutrición	<p>Anime al paciente a beber, si puede tragar con seguridad.</p> <p>Ayudar al paciente a la hora de comer.</p>
Monitorizar la función de la vejiga y los intestinos	<p>Evalúe la retención urinaria, el estreñimiento y la impactación fecal. Evite el cateterismo innecesario.</p>
Proporcionar apoyo y educación	<p>Tranquilice al paciente con una voz tranquilizadora</p> <p>Utilice el folleto informativo sobre el delirio</p>

LA CIENCIA

Meera R. Agar. Efficacy of oral risperidone, haloperidol, or placebo for symptoms of delirium among patients in palliative care. A randomized clinical trial. 2017. JAMA.

Adultos que recibían CP en un hospice (Australia) - 247 pac.

Inclusión: Diagnóstico fidedigno + síntomas asociados a angustia.

- < 65 años dosis de carga 0.5mg luego 0.5mg cada 12h hasta máx 4mg/día
- > 65 años dosis de carga 0.5mg, luego mitad de dosis.

Duración de la intervención 72h, última evaluación 12h tras última dosis.

Midazolam sbc 2.5mg si precisaban cada 2h por alucinaciones, ilusiones o comportamiento inapropiado.

Los pacientes del brazo de risperidona y haloperidol experimentaron síntomas de delirium significativamente mayores que los de placebo.

Análisis post-hoc: Neuroléptico condiciona 1,5v más prob de morir.

[Home](#) > [Drugs](#) > [Article](#)

Clinical Assessment and Management of Delirium in the Palliative Care Setting

Therapy in Practice | [Open access](#) | Published: 01 September 2017

Volume 77, pages 1623–1643, (2017) [Cite this article](#)

[Download PDF](#) 

 You have full access to this [open access](#) article

[Shirley Harvey Bush](#) , [Sallyanne Tierney](#) & [Peter Gerard Lawlor](#)

Los antipsicóticos se dividen en tres clases:

Primera generación (anteriormente conocida como 'típica'):

- Butirofenonas: haloperidol.
- Fenotiazinas: por ejemplo, levomepromazina, clorpromazina.

2. Segunda generación (antes conocida como 'atípica'):

- Olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona, clozapina.

3. Tercera generación: por ejemplo, aripiprazol.

Todos aumentan mortalidad, ACV y AIT en pacientes de edad avanzada y pacientes con demencia.



Efectos adversos

Extrapiramidales

Distonía
Acatisia
Parkinsonismo
Discinesia tardía.

Mejor quetiapina y levomepromacina.

Convulsiones

Disminución del umbral.

Mejor haloperidol y 2ª generación.

Síndrome neuroléptico maligno.

Rigidez
Hipertermia
Estado mental alterado.
Disfunción autonómica

**Benzodiacepinas.
Bromocriptina.
Dantroleno.**

Prolongación del QTc

Muerte Súbita cardiaca.



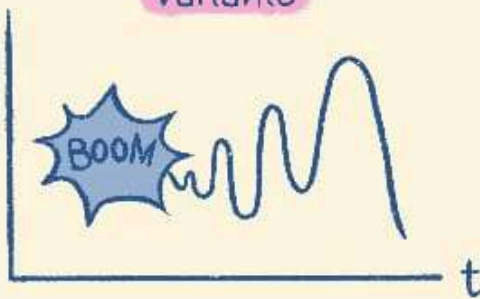
PANIC ATTACK

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO o DELIRIUM

¿QUÉ ES?

Es un síndrome muy frecuente en personas mayores hospitalizadas que se caracteriza por:

① Inicio BRUSCO e intensidad variante



② FALTA de ATENCIÓN



③ CONVERSACIÓN sin SENTIDO



④ Estar VIGILANTE o SOMNOLIENTO



OTROS SÍNTOMAS:



Agitación y agresividad



Alteraciones del ciclo sueño-vigilia



Alucinaciones

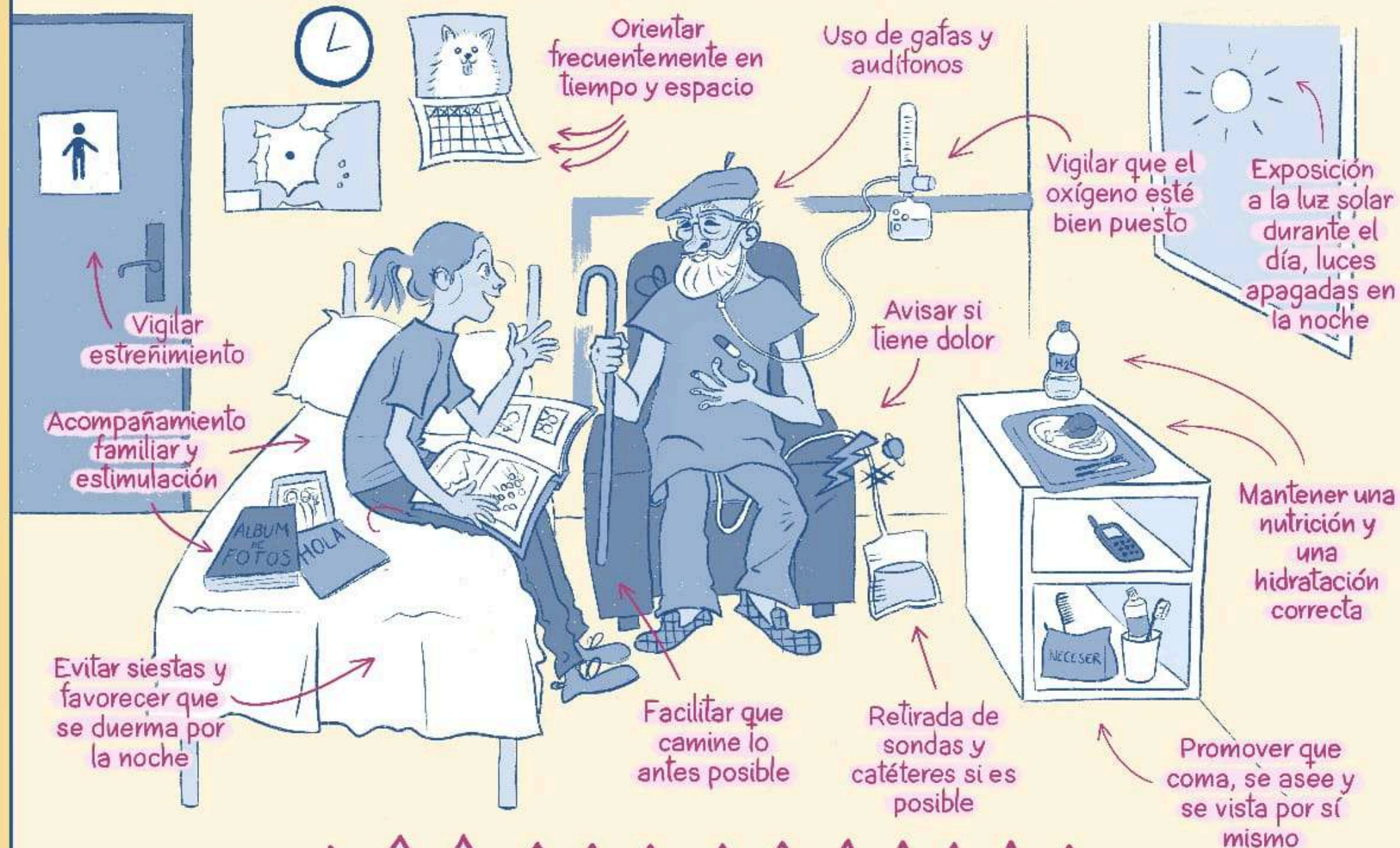


Cambios de humor

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE PREVENIRLO Y TRATARLO?

Por sus graves consecuencias: aumenta las complicaciones, la mortalidad y aumenta el riesgo de tener demencia o ser dependiente a largo plazo.

LO MEJOR TANTO PARA PREVENIRLO COMO PARA TRATARLO ES SEGUIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS:



PROMOVER LA INDEPENDENCIA

PROTOSCOLOS DE TRATAMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS

Miguel Ángel Benítez-Rosario
Alberto Alonso Babarro
Toribio González Guillermo

Capítulo 7.1

DELIRIUM

Miguel Ángel Benítez-Rosario, Alberto Alonso Babarro

INTRODUCCIÓN	329
GUÍA PARA LA TOMA DE DECISIONES	337
SITUACIONES CLÍNICAS	338
7.1.0 Paciente en el que se diagnostica un delirium. Conducta general	338
7.1.1 Paciente con delirium. Cuidados generales	339
7.1.2 Tratamiento del primer episodio de inquietud-agitación	340
7.1.3 Control de la agitación basal en paciente con delirium hiperactivo, o con riesgo de agitación	341
7.1.4 Paciente con delirium con inquietud/agitación de difícil control con haloperidol	342
7.1.5 Paciente con delirium con inquietud/agitación de difícil control con fenotiazinas	342
7.1.6 Delirium hiperactivo, o con riesgo de agitación con contraindicación para el uso de neurolepticos típicos	343
7.1.7 Delirium con una situación de hipoactividad	344
ANEXOS	345

Objetivo del tratamiento

1. **Revertir el cuadro:** Cambio de opioide, supresión de psicofármacos, hidratación, corrección de trastornos metabólicos, tratamiento infecciones.
 - a. Delirium asociados a neumonías < prob. de reversión que a otras infecciones.
2. **Intervenciones no farmacológicas:** HELP (Reorientación continua, movilización frecuente, ayudas a visión/audición, adecuar la luz ambiente al momento del día).
 - a. No evaluado adecuadamente en contexto de CP.
 - b. Escasos estudios de baja calidad no muestran efecto positivo.
 - c. Aun así, recomendación en guía para casos de intensidad baja-moderada.

Manejo del paciente con delirium

Tratar causas reversibles: Función renal, iónica, glucemia y calcemia. Infecciones, suspensión de fármacos pro-delirium

En caso de NIO (mioclonías, alucinaciones táctiles, correlato temporal...) hidratación y ROP

**Sueroterapia (1500ml/día)
Neuroléptico si precisa por agitación**

Seguridad física: barandillas, no usar sujeción corporal, acompañamiento familiar.

Vigilar estreñimiento / RAO.

Ambiente tranquilo, evitar preguntas que lleven la contraria.

Aseo de forma lenta al ritmo del paciente.

Fármaco	Dosis	Repetición
Haloperidol (sbc/iv)	2,5mg (1/2 ampolla) 1.5mg (> 80 años)	20 minutos sbc 15 minutos iv
Levomepromacina (sbc/im)	6,25mg (1/4 ampolla) 3,125mg (> 80 años)	
Midazolam (sbc/iv)	2,5mg 1-2,5mg (> 80 años)	20 min sbc 10 min iv

Muy agitado / combativo (RASS > +3)

Levomepromacina	12,5mg
Midazolam	5-7,5mg 2,5-5mg (> 80 años)

Pacientes con enfermedad de Parkinson u otros extrapiramidalismos:

- Vía oral disponible: Quetiapina 50-100 mg/día hasta máx 600mg/día / Olanzapina 7,5-10mg/día. Máx 20mg/día.
- Vía oral no disponible: Olanzapina 5mg sbc cada 8h (Máx 20mg/día). Midazolam en PC 20-30 mg/día ajustando según somnolencia / necesidad de rescates a la baja o a la alta.



Josefa

*“Hola Agus,
Te llamo para valorar un ingreso programado
en UCP de cara a rotación a metadona.”*

Caso clínico

Mujer de 82 años.

No RAMC, no FRCV

- Carcinoma epidermoide de lengua resistente a QT + RT. Afectación locorregional, no MTS. Desestimado tratamiento oncoespecífico, seguimiento por cuidados paliativos domiciliarios.

ECOG 2, PPS 70%

Dolor locorregional mixto somático y neuropático resistente a fentanilo TD a dosis altas, dificultad para tomar comprimidos orales, iniciada MORF sbc, pero celulitis frecuentes. Se valora opción de rotación a metadona / gastrostomía.



Ingresa en UCP, se inicia al día siguiente ROP a Metadona según fórmula habitual.

Mal control de dolor, necesidad de rescates de metadona y fentanilo en primeras 48 horas.

Ajuste de dosis en ascenso, aparición de delirium.

Se baja dosis de metadona y se inicia levomepromacina y midazolam a dosis bajas, hidratación iv.

Se habla con la familia posibilidad de fallecimiento, a la expectativa de ver evolución próximas 48 horas.

Paciente estable, se retira sedación al 50% cada 24h y despierta con dolor controlado, sin delirium. Se suspenden sedantes.



**Gastrostomía y alta
a domicilio con
metadona oral.**



Isidora

o cómo no hacer las cosas



Mujer de 88 años

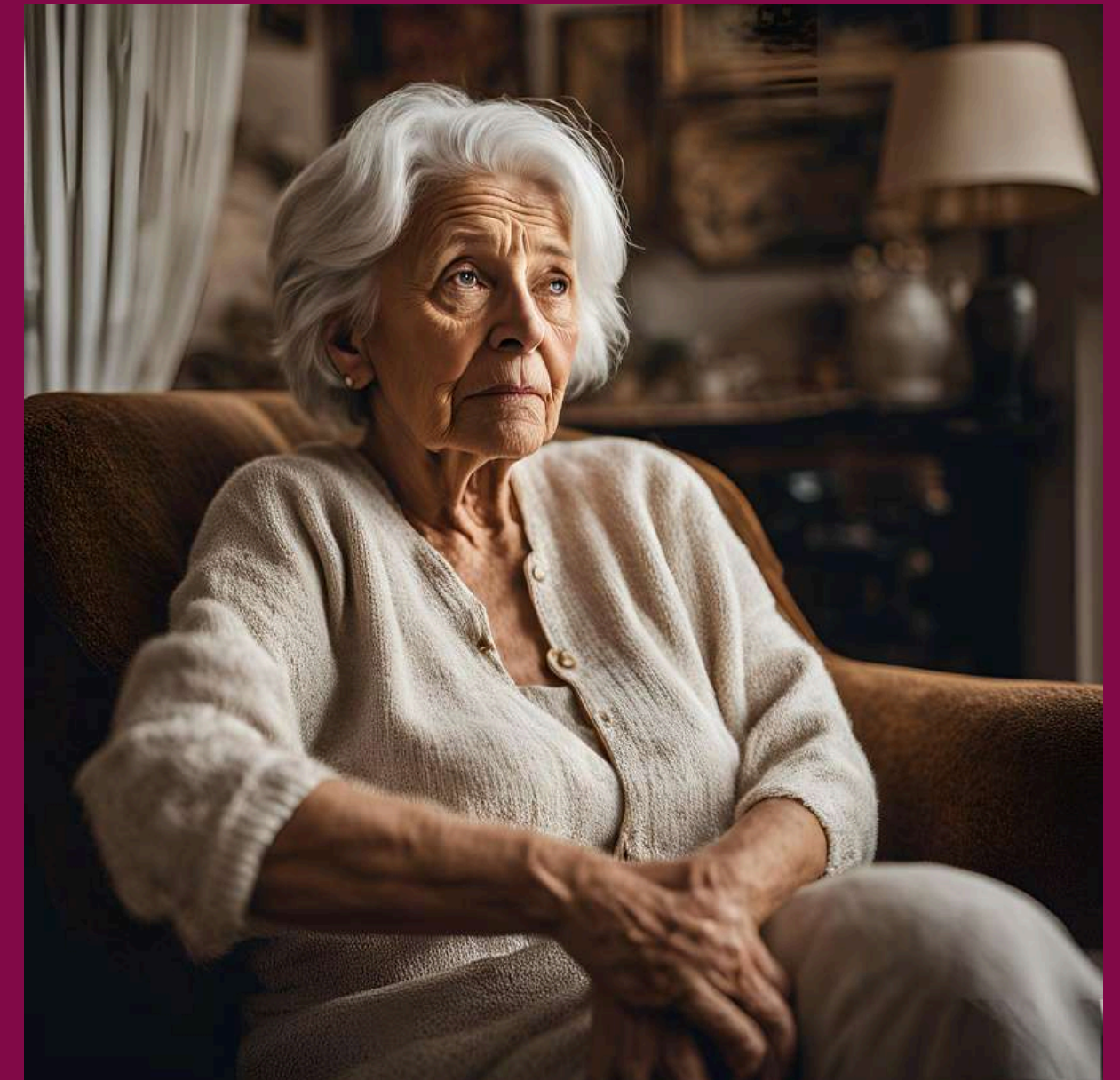
HTA, DM2 con retinopatía, polineuropatía y nefropatía, DL

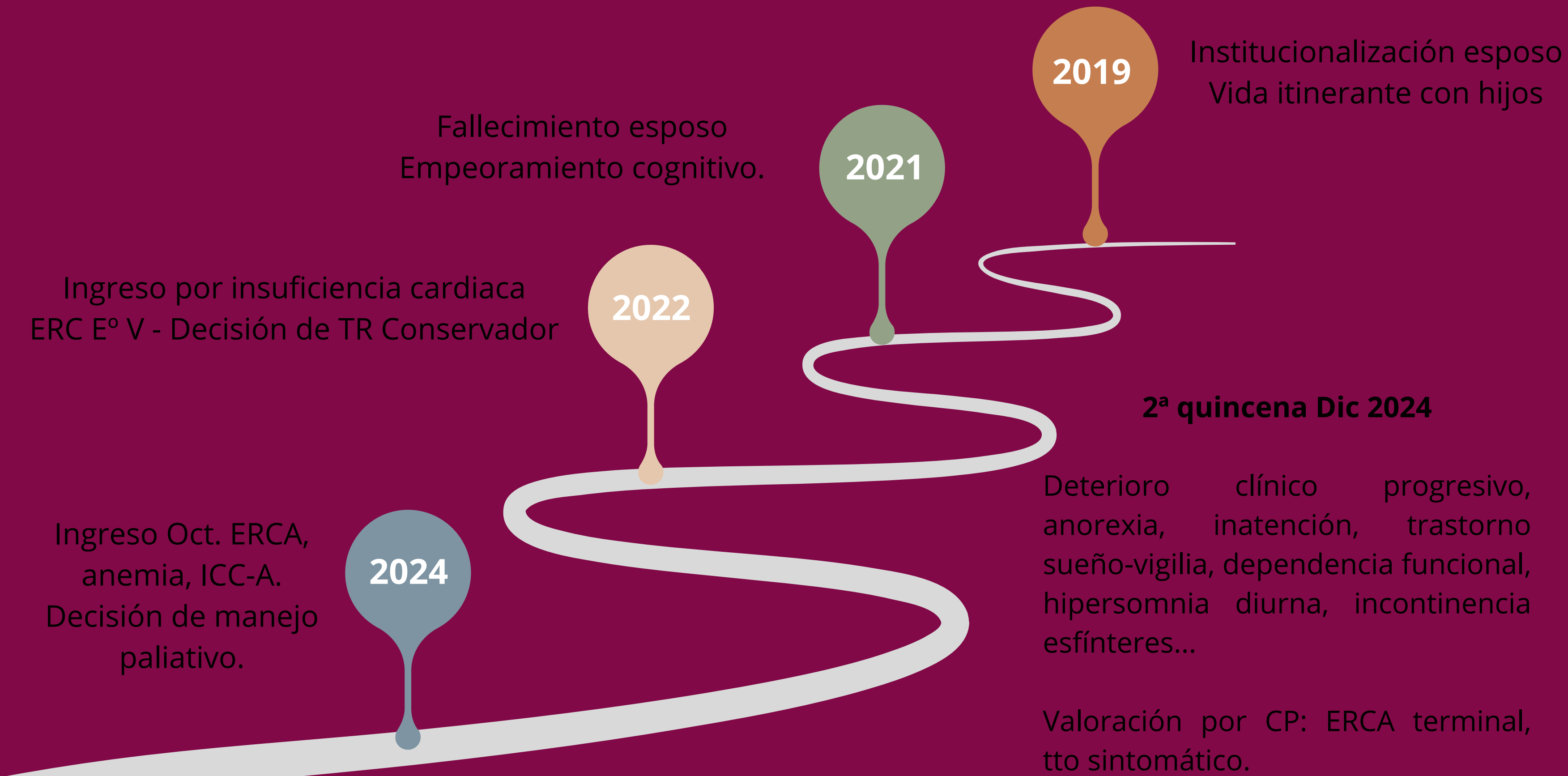
CIC. IAM sept 2013, BAV transitorio, ingreso en UCI.

Ictus isquémico ACM izquierda Oct 2013. Ingreso en UCI.

Fracaso renal agudo grave Nov 2013. Necesidad de DER transitoria.

Úlcera sacra grado IV que reepiteliza pasados los meses.





Ingreso hospitalario por claudicación
familiar en contexto de delirium

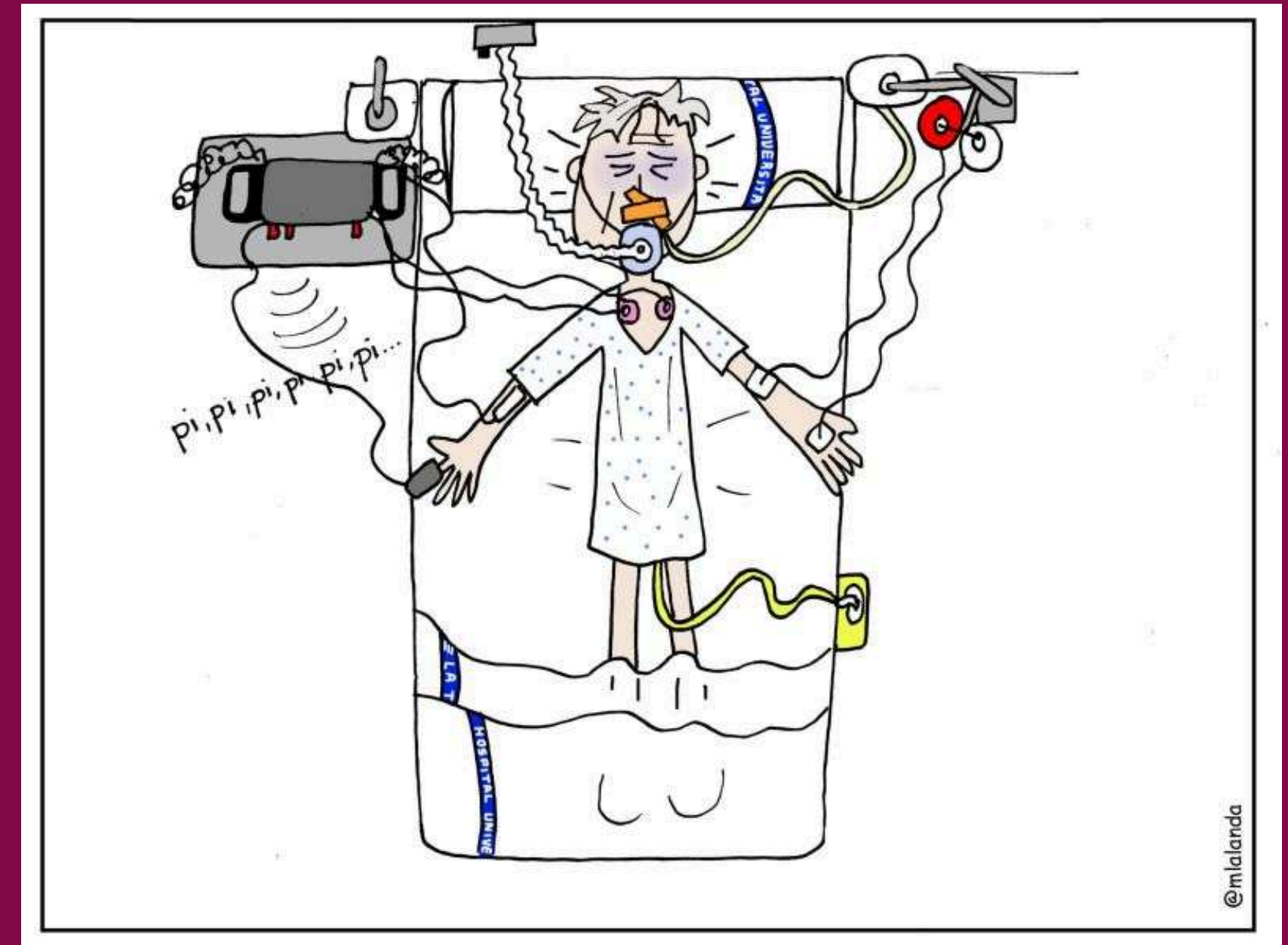
16 de enero de 2025 (Cr > 5 mg/dL, Urea > 360
mg/dL, pH 7.10, Bic 10 mmol/L)

Tratamiento inicial:

Haloperidol 10mg/24h + Morfina
20mg/24h iv

Reevaluación a las 6h

Paciente inquieta, contenciones
mecánicas, beligerante.



Midazolam 5mg iv + Midazolam 30mg en perfusión continua. Buen control
sintomático. Fallecimiento 17/1/25 a las 7:00h.

Insomnio

Definición:

Percepción subjetiva de dificultad para el inicio, duración, consolidación o calidad del sueño, a pesar de una oportunidad adecuada para dormir y que provoca alguna alteración diurna. AL menos 3 veces por semana y al menos 3 meses seguidos en ausencia de otras causas que afecten a la cantidad o calidad del sueño.



Alt. ánimo

Cansancio

Alt. rel familiar

Angustia

Somnolencia

Inatención

7/10 ADULTOS DE POBLACIÓN GENERAL EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA.
50% DE PACIENTES CON CÁNCER.

** CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER AVANZADO. 🙄

** VALORAR TRASTORNO DEL ÁNIMO / ASTENIA ASOCIADA.

Diagnóstico **CLÍNICO**

* ESAS > 4 puntos (Sensible y específico)



Disomnias

De inicio
De mantenimiento



Parasomnias

Sueños vívidos
Pesadillas
Sonambulismo



Sueño-vigilia

Enfermedades SNC (Demencia, ACV)
Síndrome confusional
Malas rutinas

Tratamiento

Valorar dolor, disnea, alt. digestivas o alt emocionales.

No farmacológicas

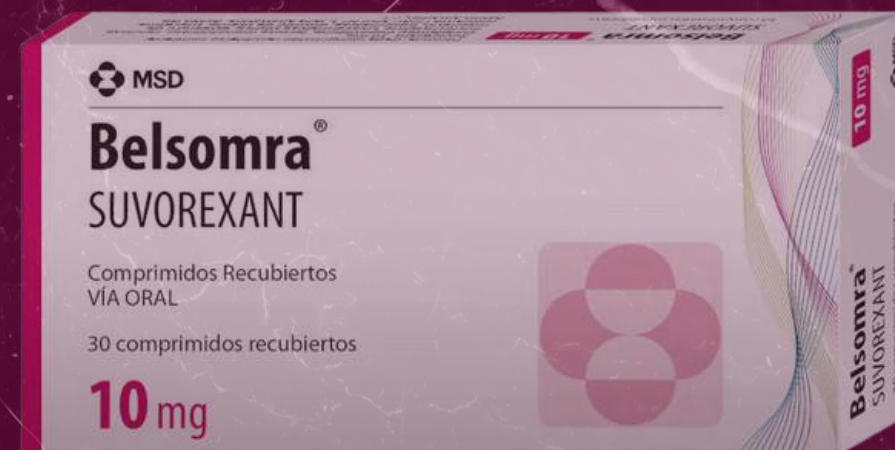
- No tomar estimulantes.
- Evitar estímulos sensoriales intensos antes del sueño.
- Act. física moderada durante el día.
- Técnicas de relajación.
- Técnicas de terapia cognitivo-conductual *

* Si hay disponibilidad.

Farmacológicas

- Benzodiacepinas / fármacos Z (Clometiazol - *distraneurine* - zolpidem, lormetazepam, lorazepam).
- Doxepina 5-10 mg/día (ADT).
- Mirtazapina 15mg/día / Trazodona 50-100mg/día.
- Antagonistas de las orexinas (Suvorexant, daridorexant, lamborexant)
- No indicación de melatonina, antiH2, antipsicóticos, CBD o fitoterapia en CP.

Bloquea receptores de orexina, reduce el desencadenante de la vigilia y permite que se produzca el sueño manteniendo todas las fases.
Pacientes adultos con insomnio crónico > 3 meses



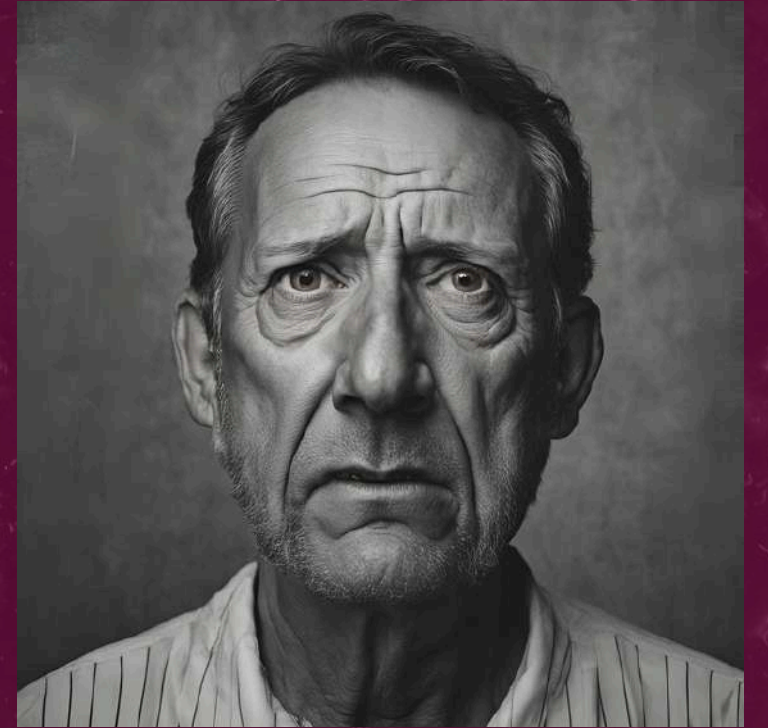
Informe de Posicionamiento Terapéutico AEMPS 20 de diciembre de 2024. Indicación en insomnio crónico cuando fracasa terapia C-C y primera línea (BZD +/- fármacos Z). Dosis habituales de 50mg/día, bajando a mitad de dosis si ins hepática, paciente frágil o inhibidores del CYP3A4.

- ¿Insomnio de larga duración? → Explorar afecciones concomitantes, tratamientos previos.
- ¿Buena higiene del sueño? → Educación para la salud paciente y convivientes.
- ¿Ansiedad, depresión, tristeza, trastorno adaptativo? → Intervención psicológica, tratamiento específico
- ¿Mal control de otro síntoma? → Abordaje dirigido.
- ¿Demencia asociada? → Terapia ocupacional, estimulación neuropsicológica.
Evitar BZD.
- Alfa-betabloqueantes, esteroides, ISRS, metilfenidato, antiHTA, teofilina, cafeína. → Evitar en la medida de lo posible.

Ahmed

Varón de 56 años

- Diagnosticado el 2/1/25 de cáncer de pulmón en Marruecos, se traslada con su mujer a España e ingresa en el Hospital para estudio.



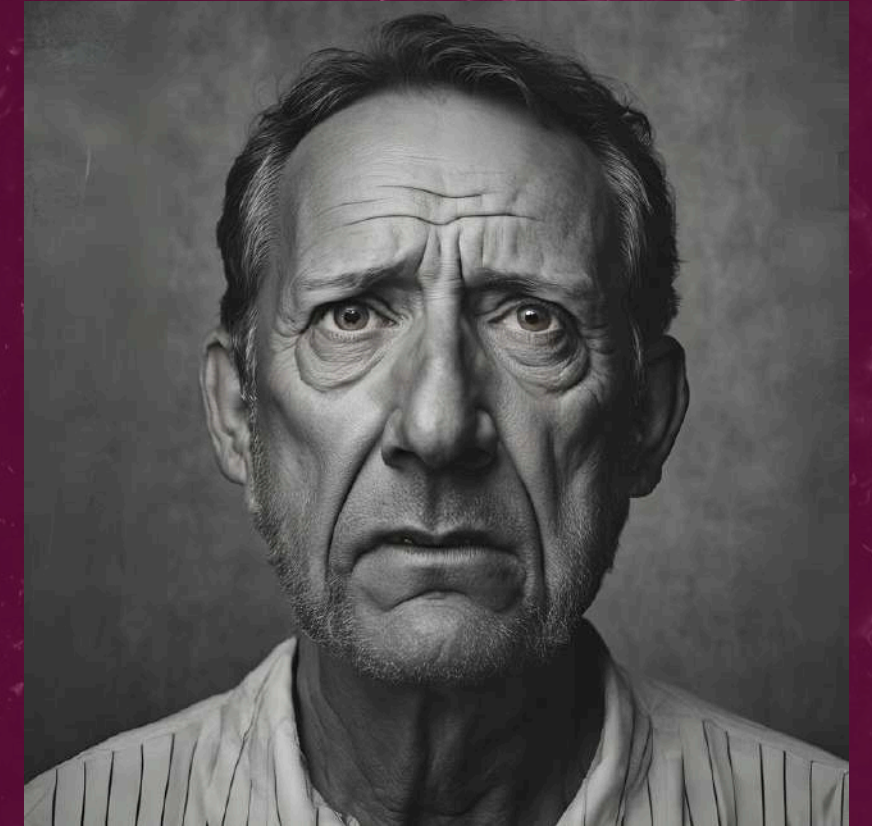
Diagnóstico al alta: Probable adenocarcinoma pulmonar con metástasis cerebrales (x2, parietales, con edema), hepáticas y ganglionares.

Tratamiento al alta: Dexametasona 4mg cada 8h, Paracetamol 1g cada 8h si dolor, codeisan 1 comprimido cada 8h si tos, Indacaterol/glicopirronio 0-0-1

Ahmed

Consulta la esposa porque desde que se fueron de alta el paciente se encuentra muy nervioso, con labilidad emocional, grita por la noche y se levanta a pasear por la casa, refiere el paciente que "esta noche habré hecho unos 20.000 pasos". Dice que el paciente mantiene funcionalidad, sale al parque a ver a los amigos, pero hablar del cáncer le pone muy nervioso y cuando vuelve a casa está irritable con ella, incluso la amenaza, a veces refiere que no la reconoce y le dice que se vaya de casa.

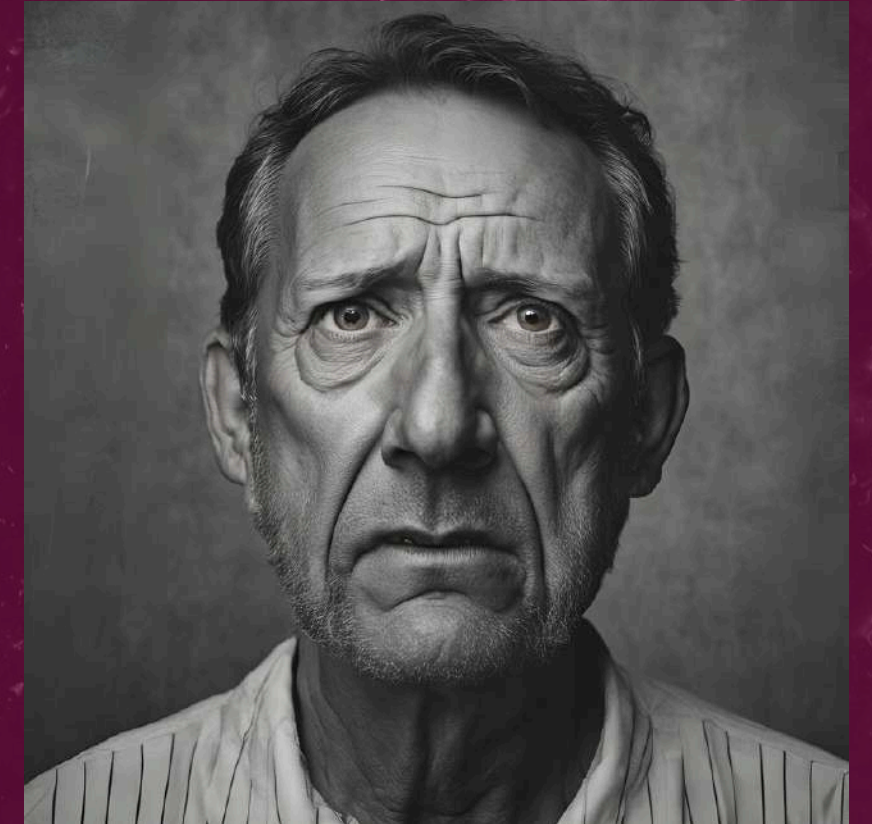
¿Intervención?



Dexametasona 4mg cada 8h
Paracetamol 1g cada 8h si dolor
Codeisan 1 comprimido cada 8h
si tos
Indacaterol/glicopirronio 0-0-1

Ahmed

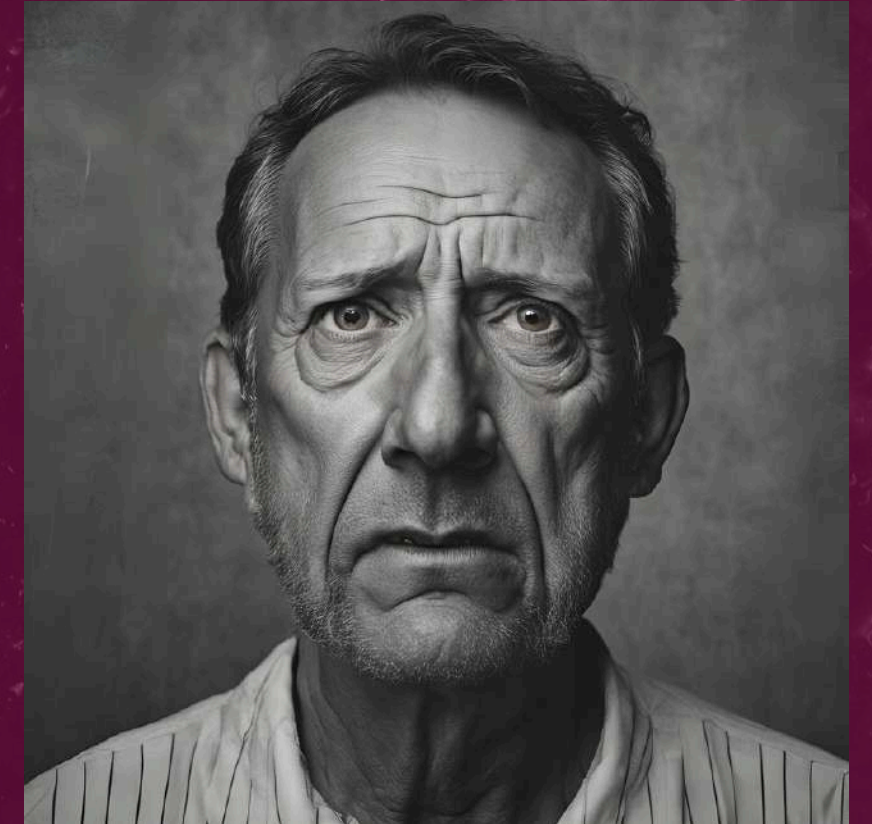
1. Identificar y clasificar el insomnio.
2. Explorar existencia de patología NRL o PSQ.
Ansiedad/Demencia.
3. Revisar el tratamiento. ¿Hay estimulantes?
4. ¿Hay síndrome confusional?
5. ¿Hay síntomas mal controlados?
6. Intervención:
 - a. ¿Deprescripción, ajuste de tratamiento?
 - b. Medidas no farmacológicas.
 - c. Fármacos.



Dexametasona 4mg cada 8h
Paracetamol 1g cada 8h si dolor
Codeisan 1 comprimido cada 8h
si tos
Indacaterol/glicopirronio 0-0-1

Ahmed

1. Descenso de dosis de dexametasona una vez resuelta la sintomatología neurológica.
2. Ansiolítico a demanda según evolución.
3. Valorar antipsicótico si precisa?



Situaciones concretas



Insomnio y alteración emocional
sin deterioro cognitivo

Valorar psicoterapia.
Retirar estimulantes.

Pronóstico

Meses: Antidepresivo sedante.
Semanas: Neuroléptico.

Antidepresivo previo.

Pronóstico limitado: Asociar
neuroléptico o 2º antidepresivo
sedante (trazodona).

Insomnio y demencia
Sin delirium

Estimulación cognitiva, fisioterapia, TOC.

Trazodona 50-100mg/día, Clometiazol
192-384 mg/día, doxepina 25mg/día.

Neurolépticos si alteraciones
conductuales

Risperidona o quetiapina.
Valorar retirada de benzodiacepinas.



Situaciones concretas



Insomnio y ya
Sin delirium, sin alt del ánimo, sin
psicopatología, sin det cognitivo

Higiene del sueño, ejercicio físico diurno.

Tratamiento farmacológico:

< 80 años: Lorazepam, lormetazepam,
zolpidem, doxepina, clometiazol,
Antagonistas de la orexina.

> 80 años: Trazodona, clometiazol.

Paciente grave o muy frágil con
insomnio y sin vía oral, SUD.



Descartar delirium.

Iniciar benzodicepinas parenterales
(midazolam, diazepam) +/- neurolepticos
parenterales de perfil sedante
(levomepromazina, clorpromazina)



Dudas,
preguntas,
comentarios,
reflexiones,
experiencias.



Sedación intermitente

Conclusiones

1

Delirium implica alteración de la atención, supone importante morbimortalidad, implica al paciente, profesionales y cuidadores. La base es ORGÁNICA.

2

No existe tratamiento preventivo, el tratamiento es el de la causa siempre que sea posible. Establecer pronóstico para facilitar la toma de decisiones.

3

Tratamiento sintomático a base de neurolepticos, aunque algunos han demostrado aumento de la mortalidad.

4

El insomnio requiere abordaje interdisciplinar (Psicológico, social, médico...)

5

Solo el abordaje sistemático permite individualizar el tratamiento de cada paciente, ajustado también a los recursos de casa área sanitaria.



GRACIAS