

XVIII
CURSO



PARA RESIDENTES

EN CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIAS DE SOPORTE



VALENCIA

dèl 29 de febrero
al 1 de marzo de 2024

HOTEL MELIÀ VALENCIA

@_seom #mirSEOM24

Final de la vida en paciente oncológico: DELIRIUM

Dra. Manuela Ramos Plá



DELIRIUM

Síndrome neurocognitivo y conductual complejo que puede aparecer durante todo el curso de la enfermedad oncológica, pudiendo incluso ser el primer síntoma.

En cuidados paliativos*:

- prevalencia 13-88%
- en SUD el 58-88%

Incidencia mayor en ingresados que en no ingresados



**Watt CL, Momoli F, Ansari MT et al. The incidence and prevalence of delirium across palliative care settings: a systematic review. Palliat Med 2019;33:865-877*





TIPOS DE DELIRIUM

- ❑ Hipoactivo: apatía, ideas de muerte, Inactividad, humor triste, letargia
- ❑ Hiperactivo: agitación, ideas delirantes, alucinaciones, hipervigilia
- ❑ Mixto

El 68-86% son delirium hipoactivos (se confunden con depresión), aunque se diagnostica más frecuentemente el delirium hiperactivo.

En pacientes con cáncer avanzado, el delirium que persiste es un factor de riesgo independiente de sobrevida a corto plazo*.

**Fuentes C, Schonffeldt M, Rojas O, et al. Delirium en paciente oncológico Rev. Med. Clin. Condes 2017; 28(6) 855-865*





DIAGNÓSTICO

- ❑ El diagnóstico de carácter de carácter cognitivo
- ❑ Otros síntomas:
 - alterada
 - alterada
 - alterada
 - sin

	DELIRIUM	DEMENCIA	DEPRESIÓN	PSICOSIS AGUDA
Inicio	Agudo	Insidioso	Variable	Agudo
Orientación	Alterada	Alterada	Conservada	Conservada
Memoria	Alterada	Alterada	Conservada	Conservada
Atención	Alterada	Variable	Alterada	Variable
Alucinaciones	Frecuentes	Infrecuentes	Raras	Frecuentes, auditivas y complejas
Duración	Corta	Crónica	Variable	Corta
Curso	Fluctuante	Progresivo	Variable	Progresivo

tomatología
nes

CRITERIOS

- ❑ DSM-V
- ❑ CAM
- ❑ MDAS

Laurila JV, Pitkala KH, Strandberg TE, Tilvis RS. Impact of different diagnostic criteria on prognosis of delirium: a prospective study. Dement Geriatr Cogn Disord 2004; 18:240-244.



ETIOLOGÍA

- Patologías médicas
 - cerebral (39,3%)
 - hepática (36%)
 - renal y vías urinarias (34,5%).
 - pulmonar (28,9%)
 - colorrectal (28%).
 - hematológica (20,8%)
 - páncreas (14,4%).
- Complicaciones sistémicas de problemas médicos
- Patología SNC
- Déficit nutricional
- Toxicidad por drogas



Prevalencia del delirium en pacientes con enfermedad oncológica avanzada ingresados en una unidad de cuidados paliativos C Farriols, C Landa, A Ruiz, J Planas. Med Pal 2016;23(4):165-171

FISIOPATOLOGÍA

- ❑ Déficit colinérgico y exceso dopaminérgico
- ❑ Citocinas proinflamatorias
- ❑ Neurotransmisores: GABA y 5HT

- Deterioro cognitivo previo
- Enfermedad de base
- Descompensaciones
- Dolor intenso
- Depresión
- Anestesia de delirium
- Alteración de la conciencia
- Disfunción renal crónica
- Edad avanzada
- Sexo masculino
- Estreñimiento
- Cambio del entorno

FACTORES PREDISPONENTES/FACTORES PRECIPITANTES

Ormseth CH et al, *Predisposing and precipitating factors associated with delirium: a systematic review. JAMA Next Open* 2023;6(1):e2249950. doi: 10.1001





TRATAMIENTO

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- ❑ CUIDADOS GENERALES
- ❑ EVITAR E IDENTIFICAR LAS POSIBLES CAUSAS
- ❑ MEDIDAS DEL ENTORNO



XVIII
CURSO



PARA RESIDENTES

EN CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIAS DE SOPORTE



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

LA MÍNIMA DOSIS DURANTE EL MENOR TIEMPO POSIBLE

- ❑ NEUROLÉPTICOS TÍPICOS
 - Haloperidol
 - Levomepromazina
 - Clorpromacina

- ❑ NEUROLÉPTICOS ATÍPICOS
 - Quetiapina
 - Risperidona

- ❑ BENZODIACEPINAS
 - Midazolam



SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

Departamento
SEOM-SEOM
Cuidados Continuos

Fundación
SEOM



	Vía	Dosis	Indicación	Efectos secundarios	Contraindicación
NEUROLÉPTICOS TÍPICOS					
HALOPERIDOL	IM/SC/EV/VO	2-30 mg/día en 2-3 dosis Máx diario 100 mg vo Crisis 2.5 mg/20 min	PRIMERA ELECCIÓN Acción rápida	Extrapyramidalismos, sedación, ortostática, anticolinérgicos, sdr. neuroléptico maligno, Alargamiento QT, Torsade de pointes(por via iv), convulsiones	Enf. Parkinson
CLORPROMAZINA LEVOMEPRIMAZINA	IM/SC/EV/VO	10-100 mg/día en 3 dosis Máx 300 mg/día		Mayor sedación, mayor extrapyramidalismo, anticolinérgico, cardiovascular, ht	Intentar evitar en ancianos
NEUROLÉPTICOS ATÍPICOS					
RISPERIDONA	VO	2-10 mg/día	Mantenimiento Demencia previa	Menos extrapyramidalismos. no parenteral, más lento pero más seguro	
OLANZAPINA	VO/IM	7.5-20 mg/día		Menos extrapyramidalismos Aumento de peso	
QUETIAPINA	VO	25-750 mg/día (habitual 50-100 mg)			



USO DE VÍA SUBCUTÁNEA

- Cómoda
- Fácil acceso
- Fácil manejo para la familia
- Indolora
- Segura
- Autonomía para el paciente

Biodisponibilidad similar a la vía ev y permite uso simultáneo de varios fármacos.



Bramati, P.; Bruera, E. Delirium in Palliative Care. Cancers 2021, 13, 5893.

FÁRMACOS

- Morfina
- Haloperidol
- Levomepromacina
- Midazolam
- Butilescopolamina
- Metroclorpramida
- Ondansetrón



XVIII
CURSO



PARA RESIDENTES

EN CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIAS DE SOPORTE



Muchas gracias por vuestra atención



SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

Departamento
SEOM-SEOM
Cuidados Continuos

Fundación
SEOM