

Estudio primario

Medwave 2015 Nov;15(10):e6311 doi: 10.5867/medwave.2015.10.6311

Prevalencia del delirium en pacientes hospitalizados en un servicio de medicina interna

Prevalence of delirium in hospitalized patients from an internal medicine service

Autores: Ana Carolina González Pezoa[1], Bernardita Claudia Carrillo Venezian[1], Sandra Castillo Rojas[1,2]

Filiación:

[1] Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

[2] Servicio de Medicina, Hospital Dr. Eduardo Pereira, Valparaíso, Chile

E-mail: a.cari.gpz@gmail.com

Citación: González Pezoa AC, Castillo Rojas S. Prevalence of delirium in hospitalized patients from an internal medicine service. *Medwave* 2015 Nov;15(10):e6311 doi: 10.5867/medwave.2015.10.6311

Fecha de envío: 9/7/2015

Fecha de aceptación: 23/10/2015

Fecha de publicación: 12/11/2015

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión por cuatro pares revisores externos, a doble ciego

Palabras clave: delirium, inpatients, internal medicine

Resumen

INTRODUCCIÓN

El delirium es un síndrome neurocognitivo frecuente en pacientes hospitalizados, que se asocia en forma categórica e independiente a peores resultados globales en quienes lo presentan. A pesar de esto, suele ser subvalorado y no reconocido como un cuadro que requiere un manejo específico, independiente de la causa que lo origina.

OBJETIVOS

Determinar la tasa de prevalencia de delirium en los pacientes ingresados a un servicio de medicina y, secundariamente, el subdiagnóstico del cuadro por parte del médico tratante, residente o interno de medicina.

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo realizado en el Servicio de Medicina del Hospital Dr. Eduardo Pereira a los 125 pacientes ingresados entre el 12 de abril y 12 mayo de 2014. A través de la herramienta diagnóstica Confusion Assessment Method Instrument, se determinó la tasa de prevalencia del delirium y de casos subdiagnosticados.

RESULTADOS

Ciento dos pacientes cumplieron los criterios de inclusión. De éstos, 19 (18,6%) pacientes fueron diagnosticados con delirium. En el grupo de pacientes diagnosticados, 13 (68,4%) eran de sexo femenino. El subdiagnóstico se presentó en ocho pacientes (42,1%).

CONCLUSIONES

La prevalencia de delirium en este centro está dentro de lo esperable, según la literatura. Considerando la disponibilidad de herramientas para realizar su diagnóstico, es necesario instruir al equipo de salud para mejorar el reconocimiento y manejo de este cuadro dada su importancia pronóstica.

Abstract

INTRODUCTION

Delirium is a common neurocognitive syndrome that takes place during hospitalizations, associated with worse global outcomes in patients who present it. Despite this, it is usually under-recognized as a disease that needs specific treatment.

OBJECTIVES

To determine the rate of prevalence of delirium in Internal Medicine Service patients and evaluate missed diagnosis of the syndrome made by attending physicians, medical residents or interns in charge.

METHODS

This is a descriptive observational study carried out in the Internal Medicine Service of Dr. Eduardo Pereira Hospital (April 12 - May 12, 2014) evaluating 125 patients who were admitted to this service. Through the Confusion Assessment Method Instrument, the prevalence of delirium disease and the number of missed diagnosis was established.

RESULTS

One hundred and two (102) patients met the inclusion criteria. Nineteen (19) (18.6%) of them were diagnosed with delirium. In the diagnosed patient group, 13 (68.4%) were women. Delirium diagnosis was missed in eight patients (42.1%).

CONCLUSIONS

The prevalence of delirium in this specific Hospital is as expected, according to the literature. Considering the diagnostic tools available, it is crucial to train health workers to improve recognition and management of this syndrome.

Introducción

El *delirium* es una alteración neurocognitiva de inicio agudo y curso fluctuante durante el día, acompañado de compromiso de conciencia, atención y pensamiento desorganizado, cuyo origen es muchas veces multifactorial [1],[2],[3],[4]. Se reconoce un subtipo hipoactivo, con bajo nivel de conciencia y disminución de la actividad psicomotora; uno hiperactivo, con aumento de la agitación psicomotora; y uno de tipo mixto, que es la combinación de los anteriores. Las formas hipoactivas son habitualmente menos reconocidas por el equipo de salud [1], pero al ser buscadas sistemáticamente son las más frecuentes en conjunto con el subtipo mixto [2]. Se ha demostrado en la literatura que los resultados globales tienden a ser peores entre pacientes que presenten estas dos últimas formas [5],[6].

El *delirium* se presenta con frecuencia en pacientes hospitalizados, sobre todo en aquellos de edad avanzada. Se ha situado una prevalencia entre 10 y 31%, siendo mucho más frecuente en unidades de cuidados intensivos o en pacientes con el antecedente de fractura de cadera, donde se han descrito frecuencias entre 30 y 80% [7],[8]. Este cuadro trae consecuencias negativas en términos de resultados y costos globales, tanto para los pacientes como para los prestadores de salud. En varias revisiones se ha detectado mayor mortalidad, deterioro cognitivo y dependencia funcional. En consecuencia, esto implica un aumento de tasas de institucionalización, caídas accidentales y mayores costos globales para los prestadores de salud [8],[9],[10],[11],[12],[13]. Así

resulta importante en términos terapéuticos, pronósticos, de estadía hospitalaria y gastos en salud; la identificación de este cuadro y su tratamiento precoz.

Este estudio pretende describir la prevalencia de *delirium* en pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna del Hospital Eduardo Pereira. Hasta la fecha, en este centro no existen trabajos o estadísticas sobre el tema.

Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo, en el que se determinó la tasa de prevalencia de *delirium*. Se incluyeron a todos los pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Eduardo Pereira durante un mes, período comprendido desde el 12 de abril hasta el 12 de mayo de 2014. No se estipuló un límite de edad y se incluyeron pacientes tanto de sexo masculino como femenino.

Como criterios de exclusión se consideraron pacientes en sopor o coma; pacientes con patología neuropsiquiátrica diagnosticada descompensada (trastorno bipolar, esquizofrenia, depresión severa, entre otros); pacientes en los que no se pudo descartar una patología neuropsiquiátrica, al no contar con información confiable por parte de familiares; pacientes con riesgo de presentar *delirium tremens*; pacientes con riesgo de presentar encefalopatía hepática y pacientes quirúrgicos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna por déficit de camas en su servicio de origen y sin requerimientos de atención por parte de médicos internistas.

Para realizar el diagnóstico de *delirium* se interrogó sobre el paciente en estudio al médico tratante, becado de medicina interna o interno de medicina, utilizando la herramienta diagnóstica *Confusion Assesment Method* [4]. También se consignaron datos como sexo, edad, antecedentes mórbidos, motivo de hospitalización y tratamiento, antecedentes que fueron aportados por los mismos tratantes. En caso de no considerarse medidas ambientales para el manejo del cuadro, se interrogó a enfermeras y/o personal paramédico, para evaluar la ejecución de dichas medidas. Además, se determinó el subtipo de *delirium* diagnosticado.

Se determinó aplicar el instrumento para diagnóstico de *delirium* entre los días dos y cinco de hospitalización, debido a la factibilidad de recolección de datos con el personal descrito, puesto que éstos realizan sus funciones de lunes a viernes. Además, con esta medida no se excluyó

a aquellos pacientes que fueran ingresados durante días no hábiles.

Por motivos éticos, en caso de existir pacientes no diagnosticados, sin tratamiento o con tratamiento inadecuado; se notificó al tratante para modificar la conducta según correspondiese. El análisis descriptivo de los datos se realizó con Stata v.11.

Resultados

Ingresaron 125 pacientes al estudio durante el período de investigación. De ellos, 23 cumplían con criterios de exclusión, quedando finalmente 102 pacientes incluidos. La evaluación se efectuó mayoritariamente en los días dos y tres de hospitalización, en 45 (44,1%) y 33 (32,3%) pacientes respectivamente. El perfil del total de pacientes incluidos en el estudio se resume en la Tabla 1.

| Característica | Promedio o porcentaje* |
|--|------------------------|
| Edad promedio de los pacientes | 70 ± 9 años |
| Pacientes de sexo femenino | 68,6% |
| Pacientes hospitalizados por causa infecciosa | 35,2% |
| Pacientes hospitalizados por causa no infecciosa | 64,8% |
| Antecedente de diabetes | 34,3% |
| Antecedente de insuficiencia cardíaca | 20,5% |
| Antecedente de neoplasia activa | 6,8% |
| Antecedente de patología gastrointestinal | 12,1% |
| Antecedente de patología respiratoria crónica | 10,7% |
| Antecedente de insuficiencia renal | 9,8% |
| Antecedente de demencia | 5,8% |

*Del total de pacientes

Tabla 1. Características generales de los pacientes estudiados.

Se detectó *delirium* en 19 pacientes estudiados, resultando una tasa de prevalencia de 18,6%, de los cuales 13 (68,4%) fueron mujeres. En total, se identificó el subtipo de *delirium* en 13 (68,4%) pacientes, siendo seis (31,5%) de ellos de tipo hipoactivo y siete (36,8%) hiperactivo. En los seis pacientes restantes no se aportó este dato.

En ocho pacientes (42,1%) cumplían criterios diagnósticos para el síndrome, pero no estaban siendo tratados, lo cual fue considerado como subdiagnóstico. Las características del grupo de pacientes diagnosticados se resumen en la Tabla 2.

| Característica | Promedio o porcentaje* |
|---|------------------------|
| Edad promedio de los pacientes | 78 ± 8,4 años |
| Pacientes de sexo femenino | 68,4% |
| Variante hipoactiva | 31,5% |
| Variante hiperactiva | 36,8% |
| Variante no especificada | 31,7% |
| Pacientes sin tratamiento | 42,1% |
| Hospitalización por causa infecciosa | 68,4% |
| Neumonía | 53,8% |
| Infección urinaria | 38,4% |
| Infección superficial de piel | 7,8% |
| Hospitalización por causa no infecciosa | 31,6% |
| Insuficiencia cardíaca descompensada | 66,7% |
| Diabetes descompensada | 33,3% |

*Del total de pacientes

Tabla 2. Características de los pacientes con el diagnóstico de *delirium*.

Discusión

La prevalencia de *delirium* según el presente estudio, se encuentra entre los rangos reportados por la literatura para este tipo de pacientes. Existe un estudio local realizado en una población con características similares a la estudiada, que reporta resultados semejantes a los obtenidos [14].

Existen diferencias importantes respecto a la distribución por sexo del *delirium*, presentándose mayoritariamente en mujeres (68,4%), lo cual concuerda con la literatura. Sin embargo, debe considerarse que en el centro en el cual se realizó este trabajo existe mayor disponibilidad de camas para mujeres que para hombres, y durante el período de estudio la mayoría de los pacientes (68,6%) eran de sexo femenino.

Globalmente, el tipo de *delirium* más frecuentemente encontrado en este estudio fue el hiperactivo (36,8%) y en segundo lugar el hipoactivo (31,5%). Para el grupo restante de pacientes no se aportó este dato. Según la literatura, los tipos más frecuentes son los hipoactivos y mixtos [2], pero esta diferencia con lo descrito podría deberse al número de pacientes incorporados en el trabajo. A ello se suma la dificultad para identificar la variante hipoactiva [1].

En relación al reconocimiento del cuadro, llama la atención que pese a la prevalencia reportada en este centro, existe un grupo de pacientes en el que no está siendo detectado y, por ende, no tratado. Esto podría atribuirse a un examen físico poco exhaustivo, en el cual se prescinde del examen mental periódico. Esto resulta preocupante al considerar que el perfil de pacientes que ingresa en este

servicio es principalmente geriátrico, con características propias que determinan un mayor riesgo de presentar *delirium*.

El centro en el cual se realizó este estudio cuenta con recursos físicos y humanos limitados, lo cual dificulta el manejo de este tipo de pacientes. Esto podría determinar que no se apliquen las medidas de manejo ambiental recomendadas, tanto para el tratamiento como para la prevención del cuadro, lo que también contribuye a la aparición de *delirium* [8],[14],[15].

Conclusión

Es fundamental educar continuamente al personal médico sobre la importancia del *delirium* con el fin de mejorar el reconocimiento y manejo precoz del cuadro para evitar sus complicaciones.

Notas

Aspectos éticos

Las autoras declaran que para la realización del presente estudio se consultó al comité de ética del Hospital Dr. Eduardo Pereira, centro donde se realizó el estudio. Esta entidad notificó que no había necesidad de tramitar la investigación ya que los datos no se obtuvieron directamente de los pacientes o de sus respectivas fichas clínicas, sino a través de una entrevista al personal del equipo de salud.

Además, por razones éticas, cada vez que se detectó un paciente subdiagnosticado o con tratamiento inadecuado, se informó al médico tratante, para que se tomaran las

medidas pertinentes. El formulario puede ser solicitado contactando a la autora responsable.

Conflictos de intereses

Las autoras han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del artículo ni tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando a la autora responsable.

Financiamiento

Las autoras declaran no haber recibido financiamiento público ni privado para realizar el estudio titulado "Prevalencia y subdiagnóstico de *delirium* en pacientes hospitalizados en un servicio de medicina".

Referencias

1. Young J, Inouye SK. Delirium in older people. *BMJ*. 2007 Apr 21;334(7598):842-6. | [PubMed](#) |
2. Han JH, Wilson A, Ely EW. Delirium in the older emergency department patient: a quiet epidemic. *Emerg Med Clin North Am*. 2010 Aug;28(3):611-31. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
3. Marcantonio ER. In the clinic. Delirium. *Ann Intern Med*. 2011 Jun 7;154(11):ITC6-1. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
4. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*. 1990 Dec 15;113(12):941-8. | [PubMed](#) |
5. O'Keefe ST, Lavan JN. Clinical significance of delirium subtypes in older people. *Age Ageing*. 1999 Mar;28(2):115-9. | [PubMed](#) |
6. Kiely DK, Jones RN, Bergmann MA, Marcantonio ER. Association between psychomotor activity delirium subtypes and mortality among newly admitted post-acute facility patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007 Feb;62(2):174-9. | [PubMed](#) |
7. Alvarez Fernandez B, Formiga F, Gomez R. Delirium in hospitalised older persons: review. *J Nutr Health Aging*. 2008 Apr;12(4):246-51. | [PubMed](#) |
8. Carrasco M, Hoyl T, Marín PP, Hidalgo J, Lagos C, Longton C, et al. [Delirium in Chilean elderly inpatients: an overlooked problem]. *Rev Med Chil*. 2005 Dec;133(12):1449-54. | [PubMed](#) |
9. Aris R, Papuzinski C, Martínez F. Multicomponent interventions in preventing incident delirium in elderly inpatients: a critical appraisal of literature. *Medwave* 2013;13(9):e5822. | [CrossRef](#) |
10. Lonergan E, Britton AM, Luxenberg J, Wyller T. Antipsychotics for delirium. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Apr 18;(2):CD005594. | [PubMed](#) | [Link](#) |
11. Wei LA, Fearing MA, Sternberg EJ, Inouye SK. The Confusion Assessment Method: a systematic review of current usage. *J Am Geriatr Soc*. 2008 May;56(5):823-30. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
12. Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age Ageing*. 2006 Jul;35(4):350-64. | [PubMed](#) |
13. Salluh JI, Wang H, Schneider EB, Nagaraja N, Yenokyan G, Damluji A, Serafim RB, Stevens RD. Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2015 Jun 3;350:h2538. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
14. Tobar C, Beddings C, Vallejo G, Martínez F. Prevalencia de Delirium y Diagnóstico por los Médicos Tratantes. *Revista ANACEM*. 2010;4(29):82-85. | [Link](#) |
15. Inouye SK, Viscoli CM, Horwitz RI, Hurst LD, Tinetti ME. A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics. *Ann Intern Med*. 1993 Sep 15;119(6):474-81. | [PubMed](#) |

Correspondencia a:

[1] Hontaneda 2653
Valparaíso
Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.