



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE

PREVALENCIA DE DELIRIUM EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS INGRESADOS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

NÚM. REGISTRO INSTITUCIONAL 278.2017

NÚM. REGISTRO INTERNO 1105/16

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

PRESENTA

DRA. LETICIA FLORES PONCE

ASESOR

DR. ROGELIO DAVID CASTRO VALLEJO

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. JOSÉ RICARDO JUÁREZ OCAÑA
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. ANTONIO TORRES FONSECA
JEFE DE ENSEÑANZA

DR. JOSÉ VICENTE ROSAS BARRIENTOS
JEFE DE INVESTIGACIÓN

DR. JESÚS ALEJANDRO IBARRA GUILLÉN
TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA INTERNA

DR. ROGELIO DAVID CASTRO VALLEJO
ASESOR DE TESIS

Agradecimientos

A Dios:

Porque su bendición me permite presentar este trabajo.

A mis Padres:

Que gracias a su inmenso amor, a su apoyo incondicional, consejos y palabras he podido crecer como persona y a luchar por lo que quiero. Los quiero mucho.

A mi hermano:

Has sido mi gran ejemplo, por ti sé que los sueños se pueden hacer realidad, y los imposibles no existen. A donde estés siempre serás mi modelo a seguir.

A ti:

Gracias por el apoyo, paciencia, por estar ahí en los momentos difíciles de esta etapa de mi vida, por creer en mí y por todo el cariño con que lo has hecho.

A mi Asesor:

Por el tiempo, dedicación y paciencia en la elaboración de este documento.

A la Institución y profesores:

Por la oportunidad de concluir un escalón más de mi profesión.

A mis compañeros:

Ustedes también han ayudado a que esto sea posible, porque a pesar de todo seguimos adelante y finalmente este es el resultado.

Leticia Flores Ponce

ÍNDICE

Resumen	i
Summary	ii
Introducción	1
Objetivos	6
Material y Métodos	7
Resultados	9
Discusión	17
Conclusiones	19
Bibliografía	20

**Prevalencia de delirium en pacientes mayores de 65 años
ingresados al servicio de Medicina Interna**

RESUMEN

Introducción: El *delirium* o *síndrome confusional agudo*, es un síndrome neuropsiquiátrico de inicio agudo y curso fluctuante, caracterizado por compromiso de conciencia, atención y pensamiento desorganizado. Muy frecuente en pacientes hospitalizados de edad avanzada con una prevalencia que oscila entre el 10 y 40%. **Objetivo:** Reportar la prevalencia de delirium en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional 1° de Octubre, identificando a los pacientes mediante el instrumento CAM. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal analítico, en pacientes mayores de 65 años de que ingresaban al servicio de Medicina Interna en el Hospital Regional 1° de Octubre. Se incluyeron pacientes que ingresaron al servicio por cualquier patología somática; incluyendo cirugías recientes, evaluados con el instrumento CAM en las primeras 24 hrs., con previo consentimiento informado. Se describieron las variables, como factores de riesgo que pudieron intervenir en el desarrollo del delirium. **Resultados:** Puede resaltarse una prevalencia de delirium al ingreso al servicio de Medicina Interna del 24%, lo cual coincide con la literatura descrita. **Discusión:** La intención de seleccionar adultos mayores de 65 años; fue detectar factores de riesgo desencadenantes de delirium en el Hospital Regional 1° Octubre, ya que se ha visto que esta población es la más afectada. **Conclusiones:** En el Hospital Regional 1° de Octubre, la población y el tipo de pacientes estudiados, aparentemente no tienen factores de riesgo para desarrollar delirium, sin embargo se considera que su análisis debe continuar con el fin de detectar en qué momento se desarrolla el mismo.

Palabras clave: Delirium, CAM, adulto mayor.

SUMMARY

Introduction: The delirium or acute confusional syndrome is a neuropsychiatric syndrome of acute onset and fluctuating course characterized by commitment of conscience, attention and disorganized thought. It is a very frequent disorder in hospitalized elderly patients with a prevalence of 10 to 40 %. **Objective:** To report the delirium prevalence in the department of Internal Medicine at 1st October Regional Hospital by identifying patients who suffer from this condition through the use of the CAM instrument. **Material and methods:** It is a descriptive and analytical transverse study applied in older than 65 year-old patients who come to the department of Internal Medicine at 1st October Regional Hospital. Patients who entered to the service for any somatic pathology and those with recent surgeries were included in the study. They were evaluated with the CAM instrument during the first 24 hours, after receiving their consent for the study. The variables were described like risk factors that could intervene in the development of the delirium. **Results:** The prevalence of delirium in the patients who entered to the department of Internal Medicine was 24%, which coincides with the described literature. **Discussion:** The intention of selecting older than 65 year-old adults was to detect risk factors detonating delirium at 1st October Regional Hospital, since it has been seen that this population is the most affected. **Conclusions:** At 1st October Regional Hospital, the population and the type of studied patients do not, apparently, have risk factors to develop delirium. Nevertheless it is considered that this type of analysis must continue to detect the precise moment this condition develops.

Key Words: Delirium, CAM, elderly.

INTRODUCCIÓN

El *delirium* o *síndrome confusional agudo*, es un síndrome neuropsiquiátrico de inicio agudo y curso fluctuante, caracterizado por compromiso de conciencia, atención y pensamiento desorganizado, cuyo origen es muchas veces multifactorial^{1,2}. A su vez, según el nivel de conciencia y la actividad psicomotora, el delirium puede clasificarse como hiperactivo, hipoactivo o mixto^{3,4}.

a) *Hiperactivo*, paciente hipervigilante, con agitación, inquietud, agresividad y acompañado de alucinaciones.

b) *Hipoactivo*, paciente letárgico, somnoliento, apático y con abatimiento funcional.

c) *Mixto*, paciente con manifestaciones de ambos tipos.

Ocurre frecuentemente en los pacientes ancianos hospitalizados por patologías médicas o quirúrgicas. Es una patología muy frecuente en pacientes hospitalizados de edad avanzada con una prevalencia que oscila entre el 10 y el 40%, de los que entre el 15 y el 20% ya lo presentan en el momento del ingreso⁵. La importancia de este síndrome se apoya en la evidencia que ha demostrado; que el pronóstico del individuo es sustancialmente diferente dependiendo de la presencia o ausencia del delirium⁶.

La presencia de delirium ha demostrado estar asociada a mal pronóstico, aumentar las complicaciones intrahospitalarias, tales como infecciones, caídas, incontinencia y úlceras de decúbito, provocando estadías hospitalarias significativamente más prolongadas y generando elevados costos en salud^{6,7}.

Los criterios clínicos más utilizados para su diagnóstico son los del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM IV-TR)⁸:

A. Alteración de conciencia con reducción de la capacidad de focalizar, mantener o cambiar la atención.

B. Cambios en las funciones cognoscitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteraciones de lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.

C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.

D. Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, por intoxicación o abstinencia de sustancias o debido a múltiples etiologías.

Si bien para algunos investigadores el delirium es un síntoma frecuentemente benigno, otros han demostrado una fuerte asociación entre este hallazgo y un aumento de la morbi-mortalidad, prolongación de la hospitalización y aumento en el requerimiento de los cuidados de enfermería y familiares:

La causa exacta por la que algunos pacientes desarrollan delirium no está completamente dilucidada, sin embargo, en los últimos años se han postulado varias teorías que intentan explicar su génesis: desequilibrio entre diferentes neurotransmisores, inflamación y liberación de citoquinas, reducción del metabolismo oxidativo cerebral y alteración de la disponibilidad de aminoácidos neutrales largos ⁸.

Asimismo, se han identificado múltiples factores de riesgo predisponentes y precipitantes para el desarrollo de delirium. Entre los factores predisponentes destacan la edad avanzada, el deterioro cognitivo previo, la hipertensión arterial, el alcoholismo, el tabaquismo y la gravedad de la enfermedad, entre otros. Entre los factores precipitantes o modificables encontramos la hipoxia, las alteraciones metabólicas, la privación de drogas, la privación de sueño y el empleo de medicación psicoactiva (sedantes, opioides, etc.) ⁸.

La identificación de factores precipitantes de síndrome confusional, debería alertar a médicos y enfermeras para incrementar los cuidados sobre estos pacientes y evitar su aparición. El interés en el desarrollo de estudios de intervención, en poblaciones de riesgo, permitiría evaluar el impacto de los mismos en la prevención de los eventos adversos asociados con este síndrome⁹.

Existen varias explicaciones posibles para entender el por qué de las fallas en el reconocimiento del delirium entre los pacientes ancianos hospitalizados. Por definición, el síndrome es transitorio y los síntomas varían en intensidad, detectándose frecuentemente como manifestación conductual primaria el negativismo, en lugar de la agitación⁹.

A veces puede ser difícil reconocer una confusión de inicio reciente, a menos que se realice una evaluación cuidadosa del estado mental basal y aun cuando se reconozcan cambios como nuevos, pueden ser considerados esperables entre las personas con demencia^{9,10}.

Otra dificultad para la detección de delirium es la escasez de pruebas neuropsicológicas de aplicación práctica que sirvan de ayuda al médico para detectar fácilmente este síndrome⁹.

En 1990, Inouye y colaboradores desarrollaron un instrumento objetivo para el diagnóstico de delirium en población geriátrica no crítica basado en los criterios diagnósticos del DSM-III-R^{4,7,11,12}, y lo denominaron CAM (Confusion Assessment Method “método para la evaluación de la confusión”); con la finalidad de validar un método de evaluación estandarizado que facilite la detección, el diagnóstico, la gravedad y las fluctuaciones del delirium en pacientes de alto riesgo.

El CAM está diseñado en dos partes: Una entrevista semiestructurada, formada por 9 síntomas del delirium: inicio agudo, falta de atención, pensamiento desorganizado, alteración del nivel de conciencia, desorientación, pérdida de

memoria, alteraciones de la percepción, la agitación psicomotriz o retardo y el ciclo sueño-vigilia alterado. La otra parte es un algoritmo diagnóstico, donde se valora el inicio agudo y curso fluctuante, la falta de atención, el pensamiento incoherente y la alteración del nivel de conciencia, la suma de los dos primeros criterios y uno de los otros dos confirman el diagnóstico positivo de delirium. La observación objetiva del evaluador determina los resultados de la prueba ¹².

Fue probado por primera vez en pacientes ancianos con y sin delirium. Los resultados reportados en dicho estudio prospectivo de validación fueron: la sensibilidad del 94-100%, la especificidad del 90-95% (nivel de evidencia III), ^{3,10} el valor predictivo positivo (VPP) del 91-94%, el valor predictivo negativo (VPN) del 90-100% y la fiabilidad entre observadores fue del 0,81-1,0¹².

Con el paso del tiempo se ha ido validando, adaptando y traduciendo a diferentes idiomas y contextos sociosanitarios, presentando similar fiabilidad y validez. Algunos ejemplos de las adaptaciones de la CAM a diferentes contextos intra y extrahospitalarios son la CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit), adaptada a pacientes adultos en ausencia de comunicación verbal⁴, la CAM-PICU (Pediatric Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit) validada para la comunicación no verbal de pacientes pediátricos, la NH-CAM (Nursing Home Confusion Assessment Method) para residencias de ancianos, la FAM-CAM (Family Confusion Assessment Method) para la detección del delirium en pacientes con deterioro cognitivo por medio de los cuidadores principales y la CAM aplicada para evaluar las oscilaciones en demencias con cuerpos de Lewy ¹².

En la actualidad, el método de evaluación del estado confusional (Confusion Assessment Method, CAM) es el más empleado por personal no psiquiátrico para detectar delirium (nivel de evidencia III). La utilización del CAM es cada vez mayor en las clínicas de geriatría y en las unidades de cuidados intensivos, como parte

de la evaluación clínica de rutina; ha sido validado y escogido para numerosos análisis prospectivos en marcha en incontables países, incluyendo México.

El tratamiento ha de ser etiológico y estar basado en el estudio de los posibles factores causales, y en la identificación y neutralización de los factores desencadenantes. En segundo término se deberá instaurar tratamiento sintomático con medicamentos y/o medidas ambientales, con el fin de controlar los síntomas conductuales o psicóticos y mejorar las funciones cognitivas. El haloperidol sigue considerándose por muchos autores como el neuroléptico de elección, por su equilibrio entre la efectividad antipsicótica y la escasez de efectos colaterales¹¹.

En el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional 1° de Octubre se ha observado que es muy frecuente el desarrollo de delirium durante su estancia intrahospitalaria; sin embargo no hay estudios de la prevalencia de delirium a su ingreso a este servicio, ni datos de la correlación con los factores de riesgo que lo desencadenen, por lo que el objetivo del estudio es proporcionar la prevalencia del delirium en pacientes mayores de 65 años a su ingreso al servicio de medicina interna en el Hospital Regional 1° de Octubre, ya que al detectar este oportunamente, también se podrán detectar las principales causas relacionadas con el mismo, disminuyendo complicaciones intrahospitalarias y mejorar la calidad de vida del paciente; así como la de los familiares del mismo.

OBJETIVOS

El objetivo de esta investigación fue reportar la prevalencia de delirium en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional 1° de Octubre, identificando a los pacientes que lo presentan mediante el instrumento CAM. Además otros secundarios fueron: identificar factor y/o factores predisponentes del delirium, reportar la prevalencia de acuerdo al sexo, a qué edad mayor de 65 años la prevalencia del delirium es mayor y las comorbilidades asociadas al delirium.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trató de un estudio descriptivo, transversal analítico, en pacientes mayores de 65 años de que ingresaban al servicio de Medicina Interna en el Hospital Regional 1° de Octubre. Se incluyeron pacientes que ingresaron al servicio de Medicina Interna por cualquier patología somática; incluyendo cirugías recientes, que fueran evaluados con el instrumento CAM en las primeras 24 hrs de su ingreso, con edad \geq 65 años y de ambos géneros, donde sus familiares y/o cuidadores principales aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

Se excluyeron pacientes con déficit severo en el lenguaje o en la audición, estado de coma y quienes no contaban con familiar y/o cuidador en las primeras 24 horas al ingreso. Y se eliminaron a los pacientes que se encontraron con diagnóstico enfermedad neurológica al momento de la entrevista (enfermedad vascular cerebral).

A todos pacientes se les realizó una evaluación con el test Confusion Assessment Method (CAM), el cual fue diseñado para realizar el diagnóstico de delirium por médicos no especialistas en psiquiatría y consiste en un algoritmo que engloba los criterios diagnósticos del delirium. Este test se aplicó de a los familiares y/o cuidadores principales de los pacientes que ingresaban al servicio de Medicina Interna de lunes a viernes, en las primeras 24 horas, y que cumplían con los criterios de inclusión, hasta obtener el número calculado de la muestra. Aplicado por un solo encuestador, y de esta forma verificar que siempre se aplicó dicho instrumento de la misma manera a cada uno de los pacientes.

Así mismo; se describieron las variables, como factores de riesgo que pudieron intervenir en el desarrollo del delirium.

Dentro de la metodología empleada para la relación del análisis estadístico, en una primera parte se realizó la estadística descriptiva sobre las principales variables de la muestra. Se presentan tablas con las frecuencias y porcentajes que

representan a las variables nominales y tablas con las medidas de tendencia central y dispersión de las variables numéricas. Se incluyen gráficas circulares para representar las frecuencias y graficas de barras o de caja (según la distribución de las variables) para las numéricas.

La segunda parte del análisis corresponde a la estadística analítica o inferencial, para lo cual se determinan diferentes pruebas de hipótesis que asocien la variable dependiente “delirium” con las posibles variables independientes (factores de riesgo). Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico STATA 11.0.

Se obtuvo aprobación del Comité de Investigación y Ética en Investigación del Hospital Regional 1° de Octubre para llevar a cabo este estudio.

RESULTADOS

Se logaron incluir en este estudio un total de 92 pacientes que reunieron los criterios de inclusión; de sus características generales las que llaman más la atención son la frecuencia predominante del sexo femenino 56 (61%), y que en un 89 (97%) del total de la muestra se presentaban comorbilidades (ver tabla 1).

ANALISIS DE LOS DATOS

Estadística descriptiva

Tabla 1: Características generales de la población estudiada

Característica	Frecuencia (n= 92)*
Sexo	
Masculino	36 (39)
Femenino	56 (61)
Presencia de Delirium	22 (24)
Presencia de infección	51 (55)
Cirugía reciente	8 (9)
Pacientes postrados	23 (25)
Con comorbilidades	89 (97)
Tabaquismo	36 (39)

*Se reportan frecuencias y porcentajes

Con relación a los motivos de ingreso, fue la neumonía la más importante 22(22%). Ver figura 1.



Figura 1. Principales causas de ingreso

Con respecto a la edad, número de fármacos, días de inicio del padecimiento actual y días de estancia intrahospitalaria que se resumen en la tabla 2, y que se representan en las figuras 2,3, 4 y 5 no se muestra una distribución normal. Ver tabla 2 y figuras 2, 3, 4 y 5.

Tabla 2: Características de las variables numéricas de la muestra estudiada

Características (n=92)	Mediana	p25-75
Edad (años)	77	71-81
Fármacos (número)	3	2-5
Inicio del padecimiento (días)	7	5-12
Días de estancia	4	1.5-6

* Estas variables discretas no muestran distribución normal (véase histogramas) por lo que las medidas de tendencia central y de dispersión más apropiadas para describirlas son la mediana y el percentil 25-75

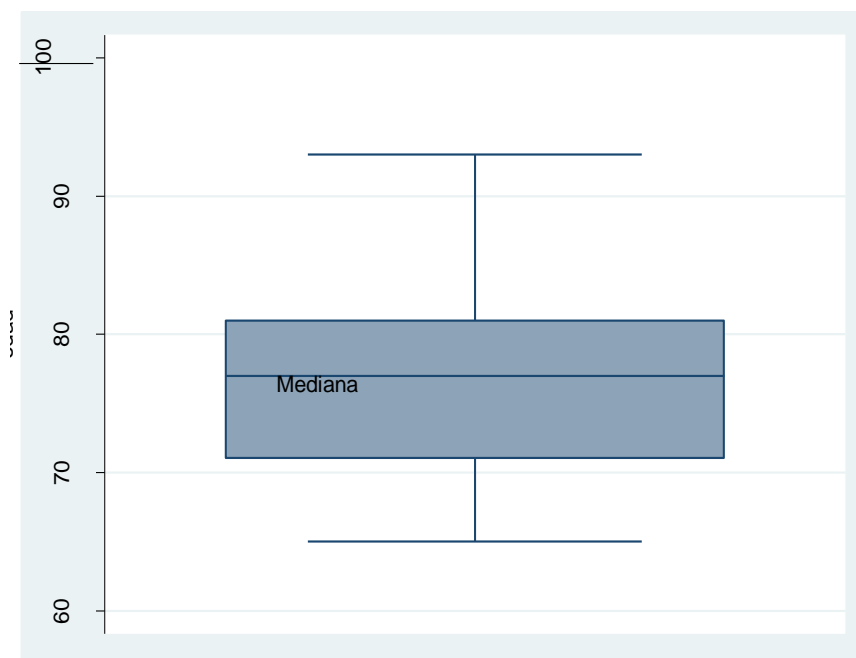


Figura 2. Gráfico de caja. Señala la mediana y los percentiles (apropiados para representar esta variable que no se distribuye de manera normal).

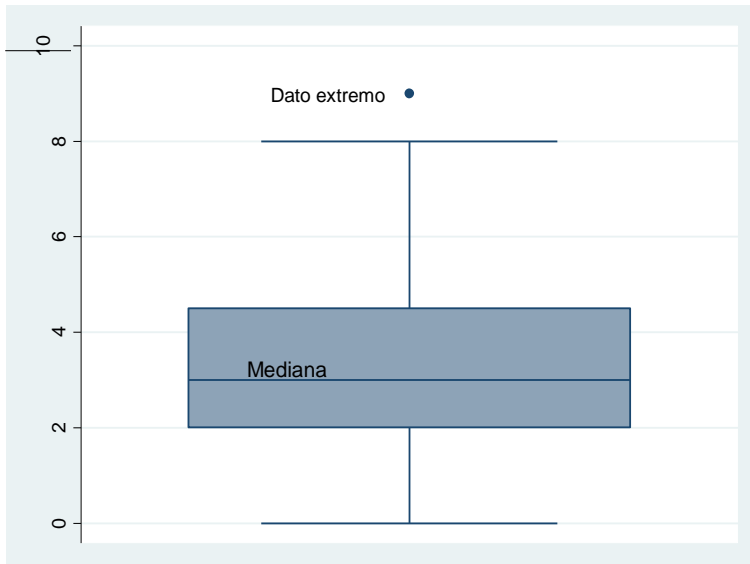


Figura 3. Gráfico de cajas para la variable “número de fármacos”. Aunque en apariencia sigue una distribución normal. Hay razones para describir su mediana y percentiles en lugar de su media. Hay algunos valores extremos, pocas categorías numéricas (valor mínimo 0 máximo 9) y la media daría 3.5 fármacos lo cual no tiene sentido.

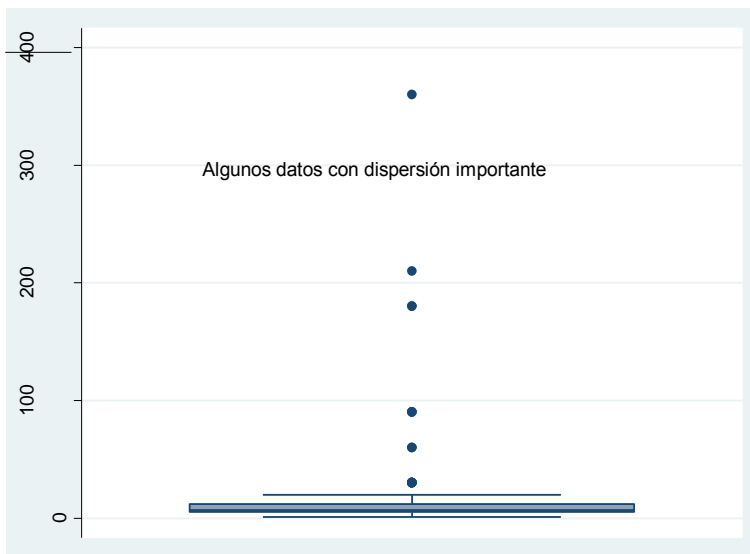


Figura 4. Gráfico de cajas para la variable “días de inicio del padecimiento”, la cual no se distribuye de manera normal (prueba de Shapiro Wilk $p > .05$)

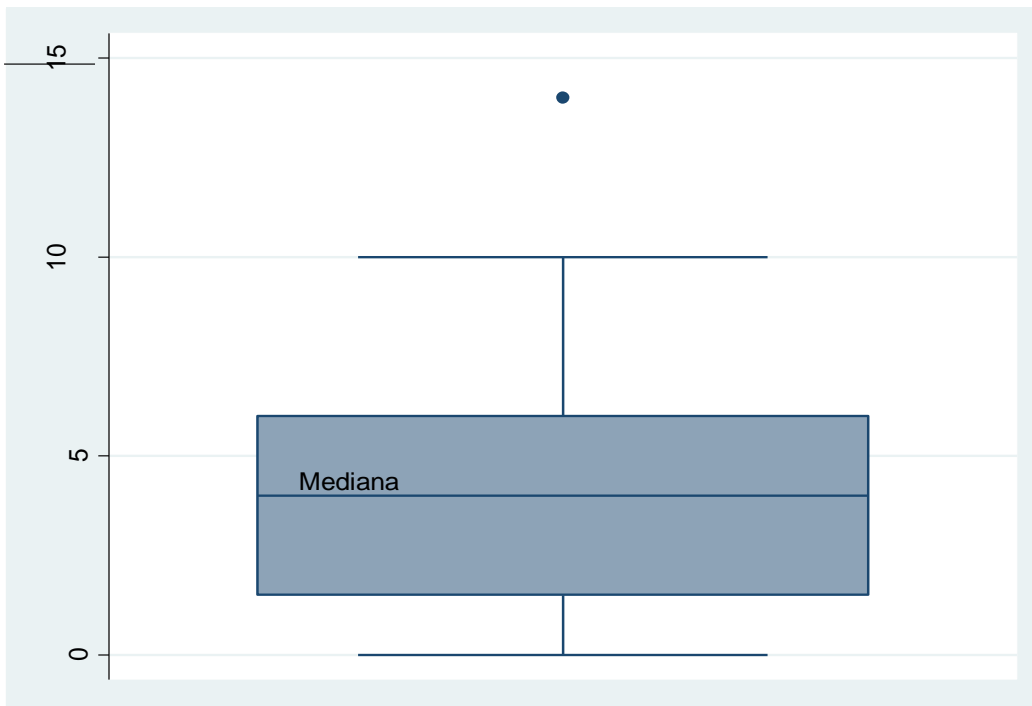


Figura 5. Gráfica de caja de la variable días de estancia

Estadística inferencial

Se muestra la comparación de frecuencias de las variables en cada grupo, mediante el contraste de hipótesis con la prueba Chi 2. No se observan diferencias entre grupos en la mayoría de las frecuencias (p mayores a 0.05) con lo que se infiere que ninguno de estos factores está asociado al delirium. La variable “No cirugía reciente” fue la única que mostro diferencia entre grupos con tendencia a la significancia estadística, siendo mayor su frecuencia en el grupo de pacientes sin delirium de los que lo presentaron, por lo que se infiere la no presencia de cirugía reciente es una condición asociada a la protección a la presencia de delirium.

Al realizar un análisis univariado considerando la presencia o no de delirium, es de llamar la atención que solo la no realización de una cirugía reciente se asoció con la ausencia de delirio ($p = 0.07$). Ver tabla 3

Tabla 3. Comparación de variables nominales (posibles factores de riesgo) entre pacientes con y sin delirium.

Característica	Delirium (n= 22)	Sin delirium (n=70)	p
Género			
Masculino	9 (25%)	27 (75%)	0.84
Femenino	13 (23.2%)	43 (76.8%)	
Presencia de infección			
Con infección	14 (27.5%)	37 (72.5%)	0.37
Sin infección	8 (19.5%)	33 (80.5%)	
Cirugía reciente			
Si	4 (50%)	4 (50%)	0.07
No	18 (21%)	66 (79%)	
Paciente postrado			
Si	7 (30.4%)	16 (69.6%)	0.39
No	15 (21.7%)	54 (78.3%)	
Comorbilidades			
Presentes	21 (23.6%)	68 (76.4%)	0.56
Ausentes	1 (33.3%)	2 (66.7%)	
Tabaquismo			
Si	10 (27.8%)	26 (72.2%)	0.48
No	12 (21.4%)	44 (78.6%)	

Diagnóstico

Sangrado digestivo	3 (30%)	7 (70%)	
Insuficiencia arterial	1 (16.7%)	5 (83.3%)	
Enfermedad renal	1 (16.7%)	5 (83.3%)	0.23
Neumonía	5 (25%)	15 (75%)	
Insuficiencia cardiaca	2 (25%)	6 (75%)	
Infección urinaria	5 (55.6%)	4 (44.4%)	
Patología tumoral	0 (0%)	11 (100%)	
Otras	5 (22.7%)	17 (77.3%)	

La única variable con tendencia a la significancia estadística, fue la ausencia de cirugía reciente con una razón de momios OR de 0.27, lo cual indica que no tener cirugía reciente disminuye 73% el riesgo de que el paciente presente delirium.

Factor de riesgo	Con delirium	Sin delirium	p	OR
Cirugía reciente				
Si	4 (50%)	4 (50%)	0.07	0.27
No	18 (21%)	66 (79%)		

Tabla 4: Comparación de variables numéricas (posibles factores de riesgo) entre pacientes con y sin delirium.

Características	Con delirium	Sin delirium	p*
Edad (años)	78 (72-82)	76 (71-81)	0.18
Fármacos	3.5 (2-5)	3 (2-4)	0.43
Inicio del padecimiento (días)	7 (5-10)	7 (5-12)	0.82
Días de estancia	4 (2-6)	3.5 (1-6)	0.53

*Prueba de U de Mann Withney

La tabla 4, muestra la comparación de medianas (dado que las variables siguieron una distribución no paramétrica) entre los pacientes con y sin delirium. Mediante la prueba U de Mann Withney no se encontraron diferencias entre grupos, por lo que se infieren que de estos factores ninguno está asociado a la presencia de delirium.

DISCUSIÓN

La intención de seleccionar pacientes mayores de 65 años; fue detectar factores de riesgo desencadenantes de delirium en el Hospital Regional 1° Octubre, ya que se ha visto que esta población es la más afectada. Dentro de los datos arrojados por nuestro estudio puede resaltarse una prevalencia de delirium al ingreso al servicio de Medicina Interna del 24%, lo cual coincide con la literatura descrita, donde se reporta una prevalencia que oscila entre el 10 y el 40%⁵.

Del grupo de estudio que presentó delirium, los hombres fueron los más afectados en un 25% vs 23.2% con respecto a las mujeres. Solo el 27.5 % de los pacientes con delirium tuvieron infección en comparación con el grupo de pacientes sin delirium donde el 72.5%, observándose una mayor prevalencia de infección en los pacientes sin delirium.

Se observa que el diagnóstico de neumonía tiene una prevalencia de 25% en los pacientes con delirium, sin embargo la infección de vías urinarias es mucho más prevalente en los pacientes con 55.6%, aunque esta última comparación no alcanzo la significancia estadística no podemos despreciar esta aparente asociación; ya que esto podría ser debido al tamaño reducido de pacientes.

Estadísticamente la única variable con tendencia a la significancia fue la no presencia o ausencia de cirugía reciente, como factor protector para el desarrollo de delirium, disminuyendo 73% el riesgo de que el paciente presente delirium.

Como limitantes de este estudio podemos mencionar que; los días de estancia intrahospitalaria en otro servicio, mayormente el servicio de urgencias, previos a su llegada al servicio de medicina interna, tuvieron una gran variación, por lo que esto nos da un sesgo en los resultados finales para conocer el número de días exacto de días hospitalizados, como factor de riesgo para presentar delirium, con respecto a los pacientes que ingresaron de la consulta externa.

Por otro lado, la utilización del CAM que es un método diagnóstico simplificado que incluye los criterios diagnósticos descritos en el DSM IV, facilita la detección oportuna del delirium¹³, siendo utilizado fácilmente en este estudio.

CONCLUSIONES

En el Hospital Regional 1° de Octubre, la población y el tipo de pacientes estudiados, aparentemente no tienen factores de riesgo para desarrollar delirium a su ingreso al servicio de medicina interna, sin embargo se considera que su análisis debe continuar con el fin de detectar en qué momento se desarrolla el mismo y así realizar oportunamente el diagnóstico y proveer un tratamiento oportuno y específico que mejore las condiciones de vida del paciente y haga más fácil el cuidado del mismo.

En México son escasos los estudios que tengan como finalidad evaluar la prevalencia de delirium, a pesar de las herramientas que se han propuesto para detección oportuna del mismo.

La población esta tendiente en un futuro a ser de adultos mayores por lo que es de vital importancia de conocer este padecimiento y tenerlo presente. El uso del CAM para el diagnóstico del delirium facilita la detección temprana y el inicio de tratamiento, siendo una herramienta fácil de utilizar como en este estudio, por lo que se propone su uso en todo paciente geriátrico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrasco GM y Col. Subdiagnóstico de delirium en adultos mayores hospitalizados. Rev. Méd. (Chile) 2005; 133: 1449-1454
2. Vázquez FJ y col. Delirium en ancianos hospitalizados. Seguimiento de 18 meses. Medicina (B. Aires) 2010; 70 (1): 8-14
3. Chávez DM, Virgen EM, Pérez GJ, Celis RA, Castro CS. Delirium en ancianos hospitalizados. Detección mediante evaluación del estado Confusional. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2007; 45 (4): 321-328
4. Tobar E y col. Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirio: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. Med Intensiva. 2010; 34(1):4-13
5. Vilalta FJ, Llinàs RJ, López PS, Garre OJ. Prevalencia y evolución del delirium en una muestra comunitaria de 70 años y más. Actas Esp. Psiquiatr. 2009; 37(1):27-33
6. González M, Carrasco M. Delirium: marcador de estado del paciente geriátrico. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol... 2008; 43 (3):38-41
7. Carrasco M, Accatino SL, Calderón J, Villarroel L, Paulo MP, González M. Impacto del delirium en pacientes de edad avanzada hospitalizados: un estudio prospectivo de cohortes. Rev. Med Chile 2012; 140: 847-852

8. Alonso GZ, González TM, Gaviria M. El Delirium. Una revisión orientada a la práctica clínica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2012; 32 (114), 247-259
9. Vázquez F y col. Epidemiología del delirio en ancianos hospitalizados. Rev. Med. (B. Aires) 2000; 60: 555-560
10. Guía de la práctica clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Delirium en el Anciano Hospitalizado. México. Secretaria de Salud. 2011.
11. González M, Pablo J, Valdés MM. Delirium: la confusión de los clínicos. Rev. Méd. (Chile) 2003; 131: 1051-1060
12. Carrera CC, Romero MF, González PA. Revisión de la utilidad y fiabilidad de la Confusion Assessment Method en atención especializada y primaria, 2013. Av Enferm. 2015;33(2):261-270
13. Ortega GJ, Espinosa TA, Romero GL, Cendón OM, Cruz CG. Diagnóstico de delirium en pacientes mayores de 65 años postoperados de cirugía de cadera. An Med. (Mex) 2017; 62 (1): 30-32