

Sospecha de delirium y posibles factores relacionados en el adulto mayor hospitalizado

doi: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v40n3.101320>

1 Elizabeth Fajardo Ramos
2 Luz Omaira Gómez Tovar

3 Ángela María Henao-Castaño

Resumen

Objetivo: describir la sospecha de delirium en adultos mayores hospitalizados en medicina interna y sus posibles factores relacionados.

Materiales y método: estudio correlacional de corte transversal y muestreo por conveniencia, con 49 adultos mayores de 70 años hospitalizados en medicina interna que aceptaron participar de forma voluntaria. Se aplicó la Escala de Detección de Delirium por Enfermería, la cual mide la sospecha de delirium, y se empleó análisis descriptivo y bivariado.

Resultados: la prevalencia de sospecha de delirium en los pacientes del estudio fue de 20,4 %. La edad fue significativamente menor en los pacientes que no presentaron delirium en comparación con aquellos que mostraron sospecha (73 vs. 82 años, respectivamente, $p = 0,05$). Otras variables que evidenciaron un comportamiento similar son el número de comorbilidades (1 sin delirium vs. 2 sospecha, $p = 0,037$), haber padecido delirium al menos una vez antes de la actual hospitalización (1 sin delirium vs. 6 sospecha, $p = 0,000$) y no reportar antecedentes psicoactivos (17 sin delirium vs. 3 sospecha $p = 0,009$). El análisis bivariado evidenció una posible asociación significativa entre el delirium y los antecedentes de diabetes (OR 6,8; IC 95 % 1,43-32,19 [$p = 0,020$]), el consumo de alcohol (OR 5,2; IC 95 % 1,15-23,85 [$p = 0,029$]) y antecedentes de delirium en hospitalización previa (OR 6,3; IC 95 % 1,02-38,9 [$p = 0,000$]).

Conclusiones: el delirium es un problema que continúa impactando a los adultos, particularmente a los adultos mayores, quienes por los factores fisiológicos propios de la edad son más vulnerables a padecer este evento.

Descriptor: Delirium; Anciano; Factores de Riesgo; Hospitalización (fuente: DECS, BIREME).

- 1 Universidad del Tolima (Ibagué, Tolima, Colombia).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3484-1620>
Correo electrónico: efajardo@ut.edu.co
Contribución: diseño y desarrollo del protocolo de investigación, redacción del manuscrito.
- 2 Universidad Surcolombiana (Neiva, Huila, Colombia).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1054-8697>
Correo electrónico: omaira.gomez@usco.edu.co
Contribución: diseño del protocolo de investigación, diseño de la base de datos, análisis de la información y redacción del manuscrito.
- 3 Universidad Nacional de Colombia (Bogotá, Colombia).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4203-0016>
Correo electrónico: angmhenao@unal.edu.co
Contribución: diseño del protocolo de investigación, recolección de datos, diseño de la base de datos y redacción del manuscrito.

Cómo citar: Fajardo Ramos E; Gómez Tovar LO; Henao-Castaño AM. Sospecha de delirium y posibles factores relacionados en el adulto mayor hospitalizado. Av Enferm. 2022;40(3):457-469. <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v40n3.101320>

Recibido: 25/02/2022
Aceptado: 28/08/2022
Publicado: 29/08/2022



Suspected delirium and possible related factors in hospitalized older adults

Abstract

Objective: To describe the suspicion of delirium in older adults hospitalized in internal medicine and the possible risk factors associated to this event.

Materials and method: Cross-sectional and correlational study through convenience sampling. Forty-nine adults over 70 years hospitalized in internal medicine agreed to participate by signing an informed consent form. We adopted the Nursing Delirium Screening Scale, which measures suspicion of delirium. Descriptive and bivariate analysis was also used.

Results: The prevalence of suspected delirium among participants was 20.4%. Age was significantly lower in patients who did not present delirium compared to those who showed suspicion (73 vs. 82 years, respectively, $p = 0.05$). Other variables that showed a similar behavior were the number of comorbidities (1 no delirium vs. 2 suspected, $p = 0.037$), having suffered from delirium at least once before current hospitalization (1 no delirium vs. 6 suspected, $p = 0.000$), and no psychoactive history (17 no delirium vs. 3 suspected, $p = 0.009$). Bivariate analysis reported a possible significant association between delirium and history of diabetes (OR 6.8; CI 95% 1.43-32.19 [$p = 0.020$]), alcohol consumption (OR 5.2; CI 95% 1.15-23.85 [$p = 0.029$]), and history of delirium during previous hospitalization (OR 6.3; CI 95% 1.02 - 38.9 [$p = 0.000$]).

Conclusions: Delirium is an issue that continues to affect adults, particularly the elderly, who are more vulnerable to suffering this event due to age-related physiological factors.

Descriptors: Delirium; Aged; Risk Factors; Hospitalization (font: DECS, BIREME).

Suspeita de delírio e possíveis fatores relacionados em idosos internados

Resumo

Objetivo: descrever suspeitas de delírio em idosos internados em medicina interna e os seus possíveis fatores de risco.

Materiais e método: estudo correlacional de corte transversal com amostragem por conveniência. Participaram 49 pessoas com mais de 70 anos de idade internadas em medicina interna que concordaram em participar de forma voluntária. Foi utilizada a Escala de Detecção do Delírio para Enfermagem, que mede as suspeitas de delírio. Foi utilizada uma análise descritiva e bivariada.

Resultados: a prevalência de suspeita de delírio no estudo foi de 20,4%. A idade era significativamente mais baixa naqueles que não apresentavam delírio em comparação com aqueles que apresentavam suspeitas (73 vs 82 anos, respectivamente, $p = 0,05$). Outras variáveis mostraram comportamento semelhante, tais como número de comorbidades (1 sem delírio vs 2 suspeitas, $p = 0,037$), tendo sofrido de delírio pelo menos uma vez antes da internação atual (1 sem delírio vs 6 suspeitas, $p = 0,000$) e nenhum histórico psicoativo (17 sem delírio vs 3 suspeitas, $p = 0,009$). A análise bivariada evidenciou uma possível associação significativa entre delírio e histórico de diabetes (OR 6,8 CI 95% 1,43-32,19 [$p = 0,020$]), consumo de álcool (OR 5,2 CI 95% 1,15-23,85 [$p = 0,029$]) e histórico de delírio em internação anterior (OR 6,3 CI 95% 1,02-38,9 [$p = 0,000$]).

Conclusões: o delírio é um problema que continua a ter impacto nos adultos, mais ainda na população idosa, que, devido a fatores fisiológicos relacionados com a idade, são mais vulneráveis a sofrer com esse evento.

Descritores: Delírio; Idoso; Fatores de Risco; Internação (fonte: DECS, BIREME).

Introducción

El delirium es un trastorno de la atención y la cognición frecuente en personas mayores de 65 años, que suele ser grave, costoso, poco reconocido e incluso fatal (1, 2). Sus principales características clínicas son la dificultad para concentrarse en una tarea, mantener una conversación, cambiar la atención, el discurso incoherente y alteraciones de la conciencia que van desde el letargo (o estu-por) hasta la agitación (3). De acuerdo con esta última condición, se presentan las tres tipologías del delirium: hipoactivo, hiperactivo y mixto (3, 4).

La incidencia y la prevalencia del delirium en adultos mayores varía según el servicio de atención. En medicina general y geriátrica se ha detectado una incidencia de 29-64 % y una prevalencia de 18-35 %. En entornos comunitarios el delirium es prevalente en tan solo 1 o 2 % (5), aunque puede estar subvalorado debido a que no es rutinaria su estimación. En urgencias y hogares geriátricos se ha detectado una prevalencia de 8-17 % y 40 %, respectivamente (6).

Los factores de riesgo del delirium se clasifican en factores predisponentes y precipitantes. Los factores predisponentes hacen al paciente más vulnerable y aumentan el grado de exposición a los factores precipitantes (3, 4). Por lo tanto, es de gran importancia considerar la presencia de ambas clasificaciones. Dentro de los factores predisponentes más comunes para adultos mayores se encuentran el deterioro cognitivo, funcional visual y auditivo, así como antecedentes de demencia, depresión, infarto cardíaco, abuso de alcohol, historia de delirium, severidad de la enfermedad y ser mayor de 75 años (3, 4, 7, 8). Otros factores predisponentes menos frecuentes reportados en la literatura son la falla renal, las enfermedades respiratorias (7), la diabetes y alteraciones en la presión arterial (8).

Estos factores evidencian que los adultos mayores son una población altamente vulnerable al delirium, puesto que los factores predisponentes están presentes en la mayoría de los integrantes de este grupo poblacional (9, 10). Además, la demencia es el principal factor de riesgo de delirium, y este, a su vez, es un factor de riesgo independiente para el desarrollo posterior de demencia (11).

Por otro lado, los factores precipitantes del delirium en adultos mayores son: restricciones físicas, polimedicación, catéter urinario, fiebre, tiempo de anestesia, cirugía, deprivación del sueño, trauma, anemia, desnutrición, fragilidad, hipo e hipernatremia, sedación profunda, hipoalbuminemia, hipo e hiperkalemia, hipo e hiperglucemia, admisión de urgencia e incrementos en los niveles de urea y creatinina (3, 4, 7, 8). Así, estos factores delimitan las condiciones que los profesionales clínicos pueden considerar a fin de valorar tempranamente el riesgo de delirium en adultos mayores.

El delirium en pacientes de edad avanzada ocasiona deterioro de la calidad de vida, al generar mayor deterioro cognitivo (12), disminución en la funcionalidad, mayores tasas de reingreso o institucionalización, menor rendimiento cognitivo, mayor duración de tiempo con delirium (de 1 a 5 días) y consecuencias que perduran hasta un año después de la ocurrencia de este evento (13).

Por lo anterior, es relevante prevenir el delirium para así evitar complicaciones que afecten tanto al paciente como a su familia. La evidencia señala que entre 30 y 40 % de los casos de delirium pueden llegar a prevenirse con la identificación oportuna de los factores de riesgo y el uso de herramientas validadas que permitan su diagnóstico o una valoración temprana ante la presunción de delirium (3, 14). En consecuencia, el propósito del presente estudio fue describir la sospecha de delirium en adultos mayores hospitalizados en medicina interna y los posibles factores relacionados a este evento.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo correlacional de corte transversal (15, 16), realizado en el último trimestre de 2019 en el servicio de medicina interna de una institución hospitalaria de tercer nivel de Colombia. Se aplicó un formato de recolección de información para caracterizar la población, a través del cual se midieron variables sociodemográficas (edad y género) y clínicas (factores de riesgo de delirium). Este instrumento fue diseñado por las autoras y validado por tres expertos en delirium, quienes valoraron que la herramienta considerara los principales factores de riesgo. Para medir la sospecha de delirium se aplicó la Escala de detección de delirium por enfermería (Nu-DESC, por sus siglas en inglés [Nursing Delirium Screening Scale]), la cual consta de 5 ítems: desorientación, conducta inadecuada, comunicación inadecuada, alucinaciones y retardo psicomotor. Cada ítem se califica con 0 si es ausente, 1 si es ocasional o 2 si es frecuente. Al final, se suma el resultado, y si este es mayor o igual a 2 se considera sospecha de delirium; valores inferiores son determinados como sin sospecha de delirium (Tabla 1). Esta escala ha sido validada y cuenta con una sensibilidad de 42-77,1 % y una especificidad de 76-98 %. Además, tiene una óptima factibilidad operativa, ya que se puede diligenciar en aproximadamente dos minutos, lo que promueve la adhesión de los profesionales de enfermería (17, 18).

Se realizó un muestreo por conveniencia, según el horario sobre el cual se tenía acceso a la institución. Así, se incluyeron 49 adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión: estar hospitalizado en el servicio de medicina interna y ser mayor de 70 años. Se excluyó a quienes se encontraban en estado de coma. Adicionalmente, se valoró la capacidad de juicio o deterioro cognitivo a través del mini examen del estado mental (MMSE) (19, 20), identificando que uno de los participantes presentaba deterioro cognitivo moderado (puntuación por debajo de 20), por lo que se obtuvo el consentimiento informado de este y de su familiar responsable.

Tabla 1. Resultados de la aplicación de la escala Nu-DESC en la población de estudio

N.º	Características/síntomas															Puntaje total	Resultado
	Desorientación			Conducta inadecuada			Comunicación inadecuada			Ilusiones / alucinaciones			Retardo psicomotor				
	A	O	F	A	O	F	A	O	F	A	O	F	A	O	F		
1	0			0			0			0			0			0	SSD
2	0			0			0			0			0			0	SSD
3	0			0			0			0			0			0	SSD
4	0			0			0			0			0			0	SSD
5	0			0			0			0			0			0	SSD
6	0			0			0			0			0			0	SSD
7	0			0			0			0			0			0	SSD
8	0			0			0			0			0			0	SSD
9	0			0			0			0			0			0	SSD
10	0			0			0			0			0			0	SSD
11	0			0			0			0			0			0	SSD
12	0			0			0			0			0			0	SSD
13	0			0			0			0			0			0	SSD
14	0			0			0			0			0			0	SSD
15	0			0			0			0			0			0	SSD
16	0			0			0			0			0			0	SSD
17	0			0			0			0			0			0	SSD
18	0			0			0			0			0			0	SSD
19	0			0			0			0			0			0	SSD
20	0			0			0			0			0			0	SSD
21	0			0			0			0			0			0	SSD
22		1		0			0			0			0			1	SSD
23	0			0			0			0			0			0	SSD
24			2		1			1		0				1		5	SD
25	0			0			0			0			0			0	SSD
26	0			0			0			0			0			0	SSD
27			2		1			1		0			0			4	SD
28	0			0			0			0			0			0	SSD
29	0			0			0			0			0			0	SSD
30			2		1			1		0				1		5	SD
31	0			0			0			0			0			0	SSD
32			2			2			2			2			2	10	SD
33		1			1			1		0			0			3	SD
34	0			0			0			0			0			0	SSD
35	0			0			0			0					2	2	SD
36		1			1		0			0				1		3	SD
37			2			2	0			0					2	6	SD
38		1			1			1			1			1		5	SD
39		1		0					2	0				1		4	SD

N.º	Características/síntomas															Resultado	
	Desorientación			Conducta inadecuada			Comunicación inadecuada			Ilusiones / alucinaciones			Retardo psicomotor				Puntaje total
	A	O	F	A	O	F	A	O	F	A	O	F	A	O	F		
40		1		0			0			0			0			1	SSD
41	0			0			0			0			0			0	SSD
42	0			0			0			0			0			0	SSD
43	0			0			0			0			0			0	SSD
44	0			0			0			0			0			0	SSD
45	0			0			0			0			0			0	SSD
46	0			0			0			0				1		1	SSD
47	0			0			0			0			0			0	SSD
48	0			0			0			0			0			0	SSD
49	0			0			0			0				1		1	SSD

Abreviaturas: A: ausente; O: ocasional; F: frecuente; SSD: sin sospecha de delirium; SD: sospecha de delirium.
Fuente: elaboración propia.

Los datos fueron analizados a través de frecuencias relativas y absolutas para las variables categóricas y medidas de tendencia central y de dispersión en variables numéricas, previa comprobación de la normalidad en su distribución con prueba Shapiro-Wilk; cuando no se obtuvo distribución normal, se describió la mediana y los rangos intercuartílicos. La comparación entre variables categóricas se hizo con prueba de Ji cuadrado de Pearson, cuando se cumplieron los criterios para su utilización. De otro modo, se empleó prueba exacta de Fisher y razón de verosimilitud para variables de más de dos categorías. Las diferencias en variables numéricas sin distribución normal se calcularon con prueba de U Mann-Withney. La asociación entre las variables independientes y el desenlace de interés se realizó empleando \widehat{OR} bivariados. Todas las pruebas se identificaron como significativas con un valor $p \leq 0,05$. Los análisis fueron realizados utilizando el software SPSS versión 25 para Macintosh.

El estudio cumplió con la legislación vigente en Colombia para la investigación con seres humanos (Resolución 8432 de 1993), la cual permitió considerar que este es un estudio con riesgo mínimo (21), con aval ético N.º 002-19 otorgado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Resultados

La población de estudio se caracterizó por tener en promedio $75,1 \pm 10,3$ años y ser en su mayoría de sexo femenino (55,1 %). Las variables clínicas estudiadas corresponden a los factores de riesgo de delirium. En general, los participantes se caracterizaron porque la mayoría tenía diagnóstico de enfermedad cardiovascular (24,5 %) o de ortopedia (20,4 %), 67,3 % registraba antecedentes de hipertensión arterial, 50,1 % de tabaquismo y 14,3 % de delirium. Además, 75,5 % de los participantes llegó al servicio de hospitalización de medicina interna proveniente de urgencias, 73,4 % tenía menos de 40 horas de hospitalización (1,6 días), 75,1 % recibió tratamiento farmacológico con analgésico no opioide y 36,7 % presentaba restricciones físicas (Tabla 2 y 3).

El instrumento Nu-DESC permitió hallar sospecha de delirium en 20,4 % de los pacientes del estudio (Tabla 1), con igual proporción de hombres y mujeres (10,2 % para cada uno). Se encontraron dife-

rencias significativas al comparar los grupos con y sin sospecha de delirium en cuanto a la variable edad, ya que esta fue significativamente menor en los pacientes que no tenían sospecha de delirium en comparación con quienes sí tenían sospecha (73 vs. 82 años, respectivamente, $p = 0,05$), así como en el número de comorbilidades (1 en pacientes sin sospecha de delirium vs. 2 en pacientes con sospecha, $p = 0,037$), en historia previa de delirium (2 % en pacientes sin sospecha de delirium vs. 12,2 % en pacientes con sospecha, $p = 0,000$) y en el número de horas de hospitalización previas, ya que más pacientes sin sospecha de delirium tuvieron 20 horas o menos, en comparación con quienes tuvieron sospecha de delirium (34,7 vs. 6,1 %, respectivamente, $p = 0,033$) (Tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas de los participantes en el estudio distribuidos según resultado del Nu-DECS

VARIABLES	Total n = 49	Sin sospecha de delirium n = 39	Sospecha de delirium n = 10	Valor p*
Variables sociodemográficas				
Sexo n (%)				
Mujeres	27 (55,1)	22 (44,9)	5 (10,2)	0,494
Hombres	22 (44,9)	17 (34,7)	5 (10,2)	
Edad**, mediana (RI)	74 (72,2-78,1)	73 (70-76)	82 (73-91)	0,050⊗
Variables clínicas				
Diagnóstico médico actual n (%)				
Cardiovascular (IAM, falla cardíaca, ICC, urgencia hipertensiva)	12 (24,5)	12 (24,5)	0	0,009***
Enfermedad Pulmonar (EPOC, FV, embolia pulmonar)	7 (14,3)	4 (8,2)	3 (6,1)	
Ortopedia (fractura de cadera, cúbito y radio, fémur o tibia) y POP reemplazo de cadera u osteosíntesis	10 (20,4)	8 (16,4)	2 (4,1)	
Otras	11 (22,4)	6 (12,2)	5 (10,2)	
N.º de comorbilidades, mediana (RI)	1 (1,2-1,7)	1 (1-2)	2 (2-4)	0,037⊗
Antecedentes n (%)				
Hipertensión arterial	33 (67,3)	26 (53,1)	7 (14,3)	0,580
Diabetes mellitus	10 (20,4)	5 (10,2)	5 (10,2)	0,020
Enfermedad renal crónica	6 (12,2)	3 (6,1)	3 (6,1)	0,090
Gastritis y/o úlcera gástrica	6 (12,2)	4 (8,2)	2 (4,1)	0,355
N.º de antecedentes psicoactivos n (%)				
0	20 (40,8)	17 (34,7)	3 (6,1)	0,009***
1	13 (26,5)	13 (26,5)	0	
2	13 (26,5)	8 (16,3)	5 (10,2)	
3	3 (6,1)	1 (2,0)	2 (4,1)	
Tipo de antecedente psicoactivo n (%)				
Tabaquismo	25 (50,1)	18 (36,7)	7 (14,3)	0,161
Alcohol	19 (38,8)	12 (24,5)	7 (14,3)	0,029
Sustancias psicoactivas ilegales	3 (6,1)	1 (2,0)	2 (4,1)	0,102

Variables	Total n = 49	Sin sospecha de delirium n = 39	Sospecha de delirium n = 10	Valor p*
Estancia previa a medicina interna n (%)				
Procedencia de urgencias	37 (75,5)	32 (65,3)	5 (10,2)	0,050
Procedencia de otro servicio de hospitalización	3 (6,1)	1 (2,0)	2 (4,1)	0,102
Delirium en estancia previa	7(14,3)	1(2,0)	6(12,2)	0,000
N.º de horas de hospitalización previas a ingresar al servicio de medicina interna n (%)				
0-20	20 (40,8)	17 (34,7)	3 (6,1)	0,033***
21-40	16 (32,6)	16 (32,6)	0	
41-60	7 (14,3)	3 (6,1)	4 (8,2)	
61-80	1 (2,0)	0	1 (2,0)	
81-100	1 (2,0)	1 (2,0)	0	
> 101 horas	4 (8,2)	2 (4,1)	2 (4,1)	
N.º de horas de sueño, mediana (RI)	8 (6,6-8,0)	6 (6-8)	9 (8-10)	0,003⊗

Abreviaturas: RI: rango intercuartílico; IC: intervalo de confianza; IAM: infarto agudo al miocardio; ICC: insuficiencia cardiaca congestiva; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FV: fibrilación ventricular; POP: post operatorio; Otras patologías para grupo con delirium: diabetes mellitus descompensada, encefalopatía hepática, infección de vías urinarias complicada.
*Prueba exacta de Fisher. **Dato no normal según prueba Shapiro-Wilk (edad 0,032; N.º de comorbilidades 0,000; N.º de horas de sueño 0,039). ***Razón de verosimilitud. ⊗ Prueba U de Mann-Whitney.

Fuente: elaboración propia.

No obstante, se hallaron factores de riesgo significativamente más frecuentes en la población sin sospecha de delirium, como el diagnóstico cardiovascular (24,5 % vs. 0 %, $p = 0,009$), el antecedente de consumo de alcohol (24,5 % en pacientes sin sospecha vs. 14,3 % en pacientes con sospecha, $p = 0,029$), la procedencia de urgencias (65,3 % en pacientes sin sospecha vs. 10,2 % en pacientes con sospecha, $p = 0,050$) y en el número de horas de sueño (mediana de 6 en pacientes sin sospecha vs. 9 en pacientes con sospecha, $p = 0,003$), evidenciando que los pacientes sin sospecha de delirium dormían menos tiempo (Tabla 2).

Las características farmacológicas y la presencia de dispositivos médicos al momento de la medición se presentan en la Tabla 3. El tratamiento con morfina fue significativamente mayor en pacientes sin sospecha de delirium, en comparación con quienes mostraron sospecha de delirium (24,5 % vs. 6,1 %, respectivamente, $p = 0,002$). El tratamiento con quetiapina estuvo presente en quienes tuvieron sospecha de delirium (0 % en pacientes sin sospecha de delirium vs. 6,1 % en pacientes con sospecha, $p = 0,007$).

Además, se realizó un análisis bivariado para valorar el posible riesgo de presentar el evento al estar expuesto a las condiciones demográficas, clínicas y farmacológicas valoradas en este estudio. La Tabla 4 presenta este análisis, mostrando una relación estadísticamente significativa entre el desenlace sospecha de delirium y el antecedente de diabetes mellitus, puesto que quienes reportaron este antecedente tuvieron 6,8 más veces la posibilidad de presentar delirium, así como consumo previo de alcohol (5,2 veces), historia previa de delirium (6,3 veces) y procedencia del servicio de urgencias (4,5 más veces).

Tabla 3. Tipo de tratamiento farmacológico y presencia de dispositivos médicos en los participantes del estudio, discriminados según resultado del Nu-DECS

Variables	Total n = 49	Sin sospecha de delirium n = 39	Sospecha de delirium n = 10	Valor p*
Tratamiento farmacológico durante la estancia en UCI n (%)				
Losartán	5 (10,2)	5 (10,2)	0	0,303
Enalapril	2 (4,1)	2 (4,1)	0	0,630
Furosemida	4 (8,2)	4 (8,2)	0	0,388
Morfina	15 (30,6)	12 (24,5)	3 (6,1)	0,002**
Analgésicos (acetaminofén, dipirona, fentanyl o diclofenaco)	27 (75,1)	23 (46,9)	4 (8,2)	0,191**
Levodopa	1 (2,0)	0	1 (2,0)	0,204
Quetiapina	3 (6,1)	0	3 (6,1)	0,007
Risperidona	1 (2,0)	0	1 (2,0)	0,204
Dispositivos n (%)				
Presencia de restricciones físicas	18 (36,7)	13 (26,5)	5 (10,2)	0,268
Presencia de cvc	3 (6,1)	3 (6,1)	0	0,496
Presencia de sonda vesical	2 (4,1)	2 (4,1)	0	0,630

Abreviaturas: Catéter venoso central (cvc); unidad de cuidados intensivos (uci). *Prueba exacta de Fisher; **Ji-cuadrado de Pearson.
Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Análisis de los posibles factores relacionados a la sospecha de delirium en la población de estudio según Nu-DESC

Variables	No delirium n = 39	Sospecha de delirium n = 10	Coefficiente OR	IC 95 %	Valor p*
Antecedentes de DM	5 (10,2)	5 (10,2)	6,8	1,43-32,19	0,020
Antecedentes de consumo de alcohol	12 (24,5)	7 (14,3)	5,2	1,15-23,85	0,029
Delirium en su estancia hospitalaria previa	1 (2,0)	6 (12,2)	6,3	1,02-38,98	0,000
Uso de restricciones físicas	13 (26,5)	5 (10,2)	2,0	0,4-8,1	0,268
Tratamiento farmacológico previo con morfina	12 (24,5)	4 (8,2)	1,5	0,3-6,3	0,420
Procedencia del servicio de hospitalización	1 (2,0)	2 (4,1)	9,5	0,7-117,9	0,102
Procedencia del servicio de urgencias	32 (65,3)	5 (10,2)	4,5	1,0-20,2	0,045
Tratamiento farmacológico previo con insulina	1 (2,0)	1 (2,0)	4,2	0,2-74,1	0,370
Tratamiento farmacológico previo con ASA	3 (6,1)	1 (2,0)	1,3	0,1-14,3	0,612
Tratamiento farmacológico previo con losartán	5 (10,2)	3 (6,1)	2,9	0,5-15,1	0,197
Antecedentes de transfusión sanguínea	5 (10,2)	4 (8,2)	4,5	0,9-21,9	0,070
Antecedentes de ecv	1 (2,0)	1 (2,0)	4,2	0,2-74,1	0,370
Antecedentes de cirugía de ortopedia	7 (14,3)	4 (8,2)	3,0	0,6-13,7	0,144
Antecedentes de consumo de sustancias ilegales	1 (2,0)	2 (4,1)	9,5	0,7-117,9	0,102
Antecedentes de tabaquismo	18 (36,7)	7 (14,3)	2,7	0,6-12,1	0,161

Abreviaturas: OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza; DM: diabetes mellitus; ASA: ácido acetil salicílico; ecv: enfermedad cerebrovascular. *Prueba exacta de Fisher.
Fuente: elaboración propia.

Características como el uso de restricciones físicas, procedencia del servicio de hospitalización, tratamiento con morfina, insulina, ácido acetil salicílico, losartán, transfusión previa, antecedentes de enfermedad cerebro vascular, de cirugía de ortopedia, de consumo de drogas ilegales y de cigarrillo se comportaron como posible factor de riesgo de delirium, pero no tuvieron significancia estadística.

Discusión

Los resultados de este estudio permitieron evidenciar sospecha de delirium en 20,4 % de los adultos mayores de 70 años hospitalizados en servicio de medicina interna en un hospital de tercer nivel de atención, cuya distribución por género tuvo igual frecuencia para hombres y mujeres. Estos hallazgos fueron superiores a los reportados en un estudio en Dinamarca (22), donde encontraron 10,3 % de casos positivos para delirium en población post cirugía de ortopedia y abdominal. Así mismo, fueron superiores a los hallados en una investigación con pacientes con falla cardíaca, patología de medicina interna, donde hubo una prevalencia de 4,53 % en pacientes mayores de 65 años (23). Las diferencias en las prevalencias podrían explicarse porque en el presente estudio la población fue de mayor edad (> 70 años) que en los estudios citados (65 años), considerando que la edad es un factor predisponente de delirium.

Nuestros resultados dan cuenta de cifras inferiores a las reportadas por otras investigaciones, como es el caso de un estudio realizado con población post cirugía cardíaca, donde la frecuencia de delirium según escala Nu-DECS fue de 71,7 % (24). Esto puede atribuirse a que aunque el diagnóstico cardiovascular fue altamente frecuente en el presente estudio, este solo se reportó en una cuarta parte del total de la población estudiada.

La frecuencia de sospecha de delirium encontrada en este estudio fue similar a la reportada por un trabajo en España con adultos mayores frágiles en servicio de hospitalización, donde la prevalencia de delirium fue de 22,9 % y su incidencia de 26,9 % (25). Por otra parte, obtuvimos resultados inferiores a los registrados por una investigación en Estados Unidos con pacientes mayores de 70 años con COVID-19 hospitalizados en el servicio de urgencias, donde la prevalencia de delirium fue de 28 % (26).

Con relación al sexo de los pacientes, nuestros resultados muestran que hubo más mujeres con sospecha de delirium, mientras que otros autores han encontrado un leve predominio del sexo masculino, con cifras de 50,5 % (22), 69,2 % (24), 69,6 % (27) y 65 % (28); este último dato mostró diferencias estadísticamente significativas en los grupos delirium y no delirium, mientras que en esta investigación la diferencia no fue significativa. Estas diferencias podrían derivarse de la dinámica poblacional del grupo estudiado, en el que predominó el sexo femenino; así mismo, puede explicarse porque el estudio fue realizado en el servicio de medicina interna, cuyas patologías son más frecuentes en mujeres que en hombres, según la epidemiología local.

De otro lado, la edad de los participantes en esta investigación fue mayor en comparación con la evidencia disponible, ya que en este estudio la mediana de edad en el grupo de pacientes con sospecha de delirium fue 82 años, mientras que en investigaciones con pacientes en postoperatorio de cirugía cardíaca fue de 76,4 años (24), en pacientes en postoperatorio de cirugía abdominal y de ortopedia de 76 años (22) y en pacientes en cuidados intensivos e intermedios de 60 años (28). En este último estudio se encontraron diferencias significativas y un valor de OR que mostró ser factor de riesgo, principalmente en edades superiores a 75 años, mientras que en los demás estudios, y en el actual, no se encontraron diferencias significativas ni asociación entre edad y delirium. Esto evidencia que

Los factores de riesgo pueden variar según las condiciones demográficas. Por lo tanto, siguen siendo importantes y válidos los estudios donde se investigan factores de riesgo de eventos como el delirium.

Por otra parte, el diagnóstico médico de los pacientes con resultado positivo para delirium, según Nu-DESC, se asocia principalmente con enfermedades del sistema circulatorio (73 %), de acuerdo con un estudio en salas médicas generales (29), lo cual difiere de nuestros resultados, donde los diagnósticos más frecuentes para el grupo de delirium fueron la enfermedad pulmonar, de ortopedia y otras, como diabetes mellitus descompensada, encefalopatía hepática e infección de vías urinarias complicada. Cabe resaltar que la muestra de esta investigación fue pequeña, y que en ciertas temporadas del año puede predominar la prevalencia de patologías respiratorias debido a cambios climáticos.

El antecedente de consumo de alcohol fue más frecuente en el grupo de pacientes sin delirium, reflejando diferencias significativas frente al grupo con sospecha. Este hallazgo es similar al reportado en un estudio en pacientes con cáncer, donde hubo mayor frecuencia de consumo de alcohol en aquellos pacientes que no presentaban delirium, aunque no muestra significancia (30).

Con relación al tratamiento farmacológico, se encontró que el uso de morfina fue significativamente mayor en el grupo sin sospecha de delirium. Frente a este hallazgo, es pertinente mencionar que en un estudio en Suiza el uso de este fármaco se comportó como factor de riesgo significativo, según análisis univariado y multivariado (30).

Este estudio confirma la sospecha de delirium en adultos mayores hospitalizados y la presencia de diversos factores relacionados con su aparición, la cual afecta no solo a los pacientes, sino también a sus familias, e incluso al equipo de salud, puesto que las consecuencias del delirium trascienden del paciente a su ambiente, ocasionando mayores riesgos para su seguridad física y psicológica.

Como limitaciones del presente estudio, vale la pena mencionar el tamaño de la muestra y el tipo de muestreo (por conveniencia), cuya selección obedeció al poco tiempo disponible para la recolección de la información. Otra limitante fue el diseño transversal, el cual, al no tener seguimiento a lo largo del tiempo, impide que se realicen pruebas estadísticas que midan la asociación directa de los factores de riesgos y el desenlace (sospecha de delirium). Por lo tanto, se sugiere para futuros estudios superar estas limitantes, lo que podría posibilitar la obtención de mayores precisiones estadísticas.

Conclusiones

La sospecha de delirium estuvo presente en aproximadamente una cuarta parte de los adultos mayores hospitalizados estudiados, quienes por sus características fisiológicas, propias de la edad, son más vulnerables. Por lo tanto, es necesario que dentro de los planes de cuidado los profesionales de enfermería lleven a cabo la valoración del delirium en este grupo poblacional, ya que una medición oportuna y frecuente favorece su prevención.

Los factores relacionados con el delirium identificados en los adultos mayores de la muestra reportan variabilidad con relación a los hallados en adultos. Por lo tanto, es importante reconocer los aspectos sugeridos por la literatura y otros posibles factores identificados desde la experiencia. Así, pueden realizarse más investigaciones que aporten al conocimiento de este fenómeno.

A su vez, con este estudio se busca promover la aplicación de la escala Nu-DESC, instrumento diseñado para que los profesionales en enfermería lo apliquen, anticipándose al desenlace. De esta manera, se favorece la aplicación del cuidado preventivo, basado en evidencia, humanizado y holístico.

Apoyo financiero

Este trabajo fue financiado por las autoras.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflictos de intereses.

Referencias

- (1) Inouye SK; Westendorp RGJ; Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383(9920):911-922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)
- (2) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. 5ª ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013. <https://bit.ly/3f00YMT>
- (3) Hsieh TT; Inouye SK; Oh ES. Delirium in the elderly. *Psychiatr Clin North Am*. 2018;41(1):1-17. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.10.001>
- (4) Rieck KM; Pagali S; Miller DM. Delirium in hospitalized older adults. *Hosp Pract*. 2020;48(Sup 1):3-16. <https://doi.org/10.1080/21548331.2019.1709359>
- (5) Pitkala KH; Laurila JV; Strandberg TE; Tilvis RS. Prognostic significance of delirium in frail older people. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2005;19(2-3):158-163. <https://doi.org/10.1159/000082888>
- (6) The American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. American Geriatrics Society abstracted clinical practice guideline for postoperative delirium in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63:142-150. <https://doi.org/10.1111/jgs.13281>
- (7) Tran NN; Hoang TPN; Ho TKT. Diagnosis and risk factors for delirium in elderly patients in the emergency rooms and intensive care unit of the National Geriatric Hospital emergency department: A cross-sectional observational study. *Int J Gen Med*. 2021;14:6505-6515. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S325365>
- (8) Albanese AM; Ramazani N; Greene N; Bruse L. Review of post-operative delirium in geriatric patients after hip fracture treatment. *Geriatr Orthop Surg Rehabil*. 2022;13:1-11. <https://doi.org/10.1177/21514593211058947>
- (9) Duggan MC; Van J; Ely EW. Delirium assessment in critically ill older adults: Considerations during the COVID-19 pandemic. *Crit Care Clin*. 2021;37(1):175-190. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2020.08.009>
- (10) Bellelli G; Brathwaite JS; Mazzola P. Delirium: A marker of vulnerability in older people. *Front Aging Neurosci*. 2021;13: 626127. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.626127>
- (11) Fong TG; Davis D; Growdon ME; Albuquerque A; Inouye SK. The interface between delirium and dementia in elderly adults. *Lancet Neurol*. 2015;14(8):823-832. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00101-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00101-5)
- (12) Solberg LM; Plummer CE; May KN; Mion LC. A quality improvement program to increase nurses' detection of delirium on an acute medical unit. *Geriatr Nurs*. 2013;34(1):75-79. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4452943/>
- (13) Palacios-Ceña D; Cachón-Pérez JM; Martínez-Piedrola R; Gueita-Rodríguez J; Perez-de-Heredía M; Fernández-de-Las-Peñas C. How do doctors and nurses manage delirium in intensive care units? A qualitative study using focus groups. *BMJ Open*. 2016;6:e009678. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009678>
- (14) Singler K; Thomas C. HELP - Hospital Elder Life Program - ein multimodales Interventionsprogramm zur Delirprävention bei älteren Patienten. *Internist*. 2017;58:125-131. <https://doi.org/10.1007/s00108-016-0181-0>
- (15) Manterola C; Otzen T. Estudios observacionales. Los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. *Int J Morphol*. 2014;32(2):634-645. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042>
- (16) Sampieri RH; Collado CF; Lucio PB. Metodología de la Investigación. 6ª ed. Ciudad de México: Mc Graw Hill Education; 2014.
- (17) Hargrave A; Bastiaens J; Bourgeois JA; Neuhaus J; Josephson SA; Chinn J et al. Validation of a Nurse-Based Delirium-Screening Tool for hospitalized patients. *Psychosomatics*. 2017;58(6):594-603. <http://doi.org/10.1016/j.psym.2017.05.005>
- (18) Heinrich TW; Kato H; Emanuel C; Denson S. Improving the validity of nurse-based delirium screening: A head-to-head comparison of Nursing Delirium-Screening Scale and Short Confusion Assessment Method. *Psychosomatics*. 2019;60(2):172-178. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2018.09.002>
- (19) Rosselli D; Ardila A; Pradilla-Ardila G; Morillo L; Bautista L; Rey O et al. El examen mental abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de tamizaje para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Rev Neurol*. 2000;30(5):428-432. <https://doi.org/10.33588/rn.3005.99125>
- (20) Torres-Castro S; Mena-Montes B; González-Ambrosio G; Zubieta-Zavala A; Torres-Carrillo NM; Acosta-Castillo GI et al. Escalas de tamizaje cognitivo en habla hispana: una revisión crítica. *Neurología*. 2022;37(1):53-60. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.03.009>
- (21) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución número 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993. <https://bit.ly/3f5RAYL>
- (22) Wiinholdt D; Eriksen SAN; Harms LB; Dahl JB; Meyhoff CS. Inadequate emergence after non-cardiac surgery—A prospective observational study in 1000 patients. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2019;63(9):1137-1142. <https://doi.org/10.1111/aas.13420>

- (23) Kwak MJ; Avritscher E; Holmes HM; Jantea R; Flores R; Rianon N et al. Delirium among hospitalized older adults with acute heart failure exacerbation. *J Card Fail.* 2021;27(4):453-459. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2020.12.007>
- (24) Smulter N; Claesson-Lingehall H; Gustafson Y; Olofsson B; Engström KG. The use of a screening scale improves the recognition of delirium in older patients after cardiac surgery—A retrospective observational study. *J Clin Nurs.* 2019;28(11-12):2309-2318. <https://doi.org/10.1111/jocn.14838>
- (25) Cano-Escalera G; Graña M; Irazusta J; Labayen I; Besga A. Survival of frail elderly with delirium. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(4):2247. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042247>
- (26) Kennedy M; Helfand BK; Gou RY; Gartaganis SL; Webb M; Moccia JM et al. Delirium in older patients with covid-19 presenting to the emergency department. *JAMA Netw Open.* 2020;3(11): e2029540. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.29540>
- (27) Kim SY; Kim JM; Kim SW; Kim ES; Kang HJ; Lee JY et al. Do the phenotypes of symptom fluctuation differ among motor subtypes in patients with delirium? *J Pain Symptom Manage.* 2018;56(5):667-677. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.07.022>
- (28) Abdelrahman I; Vieweg R; Irschik S; Steinvall I; Sjöberg F; Elmasry M. Development of delirium: Association with old age, severe burns, and intensive care. *Burns.* 2020;46(4):797-803. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.02.013>
- (29) Bergjan M; Zilezinski M; Schwalbach T; Franke C; Erdur H; Audebert HJ et al. Validation of two nurse-based screening tools for delirium in elderly patients in general medical wards. *BMC Nurs.* 2020;19:72. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00464-4>
- (30) Ristescu AI; Pintilie G; Moscalu M; Rusu D; Grigoras I. Preoperative cognitive impairment and the prevalence of postoperative delirium in elderly cancer patients—A prospective observational study. *Diagnostics.* 2021;11(2):275. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11020275>