

Delirium en el servicio de interconsulta del Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela

Vidal Millares, M.; Pampín Alfonso, A.; Mota Rodríguez, M.J.; Soriano Barceló, J.; de Usabel Guzmán, P.; Armas Barbazán, C.; García Mahía, M.C.; Gago Ageitos, A.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Introducción

El delirium, a pesar de ser un problema médico los psiquiátricos nos vemos inmersos en muchas ocasiones en su reconocimiento y tratamiento ya que la mayoría del resto de servicios hospitalarios lo infra-diagnostican (Inouye-1999) o no lo reconocen o ignoran cómo tratarlo. El delirium es fácilmente confundible con trastornos psiquiátricos primarios porque diversos signos y síntomas de este también pueden estar presentes en algunos trastornos como la demencia, la depresión y la psicosis. Se sabe que este trastorno a menudo resulta de las complicaciones relacionadas con la hospitalización o del inadecuado cuidado de los pacientes mayores durante este período por lo que, algunos investigadores lo han llegado a utilizar como marcador de la calidad del cuidado hospitalario. (Inouye-1999).

Aunque el delirium es un síndrome médico causado por múltiples factores existe una estrecha relación con la clínica psiquiátrica; así en el metanálisis de Elie y cols. del año 1998 encontraron que los cuatro factores de riesgo más frecuentes para el desarrollo del delirium eran la demencia, enfermedad médica, abuso de alcohol y depresión. Con lo cual, tres de los cuatro factores de mas importancia son patologías tratadas por los psiquiatras. Estudios prospectivos han identificado muchos otros precipitantes y riesgos basales para el delirium pero los dos descritos con mayor frecuencia son el deterioro cognitivo previo y la edad avanzada (Bourgeois&Seaman&Servis)

En otro estudio de Conn&Lief realizado en el año 2001 destacan como las causas más comunes de delirium en ancianos los efectos tóxicos de los fármacos, las infecciones, los trastornos endocri-

nos y metabólicos, los trastornos neurológicos y el uso de alcohol o drogas.

El delirium, como decíamos anteriormente, es a menudo no reconocido y se estima que más del 70% de los casos no son diagnosticados (Conn&Lief- 2001). Los pacientes con delirium de tipo agitado resulta más extraño que no sean identificados pero los que padecen el subtipo hipoactivo sí debido a que los pacientes son más cooperantes con el personal y pasan desapercibidos (Conn&Lief-2001). Al ser un trastorno infradiagnosticado reduce las posibilidad de incidir sobre su etiología y de esta manera es difícil reducir la mortalidad y morbilidad que conlleva (Soriano et al).

El delirium ocurre en el 14-56% de los pacientes mayores hospitalizados (Inouye-1994; Levkoff et al-1991) y es la más frecuente complicación de la hospitalización de los pacientes de edad avanzada.

El desarrollo del delirium en el hospital está asociado con porcentajes de mortalidad del 25 al 33%, incremento de la morbilidad, empeoramiento funcional, aumento de las necesidades de supervisión por enfermería, mayores costes hospitalarios, aumento de la estancia hospitalaria y mayores porcentajes de institucionalización en residencias (Cole-1993; Murray-1992). Las tasas de mortalidad en pacientes de edad avanzada asociadas al delirium son mayores con unos porcentajes presentados en la literatura del 22 al 76% de fallecimiento durante la hospitalización (Conejo Galindo & Sainz Cotón-2010) y además su tasas de recuperación completa son bajas siendo estimadas entre el 4 al 40% (Levkoff et al-1992; Rockwood-1993). Con frecuencia en los pacientes de edad avanzada persiste tras su recuperación un

déficit cognitivo que no se había apreciado antes del inicio del delirium (Conejo & Sainz-2010)

En general los pacientes que sufren delirium tienen peor pronóstico y presentan un mayor riesgo de desarrollar deterioro cognitivo y funcional a largo plazo (Inouye-2006; Jackson et al-2004)

Objetivos

Destacar la importancia de esta patología en los hospitales generales poniendo de manifiesto la cantidad de pacientes atendidos al año con esta clínica.

Estudiar las relaciones entre las distintas variables del delirium y la mortalidad provocada por esta patología durante el seguimiento y durante el tiempo que dura el ingreso que motivó la interconsulta ya que la literatura previa establece que el delirium incrementa de manera independiente el riesgo de mortalidad en estos pacientes (Bourgeois&Seaman&Servis).

Material y método

La muestra está compuesta por los 88 pacientes que han sido vistos durante el año 2010 en el Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela por la Unidad de Enlace e Interconsulta y que recibieron el diagnóstico de delirium o síndrome confusional.

El 55,7% de la muestra son hombres frente a un 44,3% de mujeres.

La edad media de los pacientes de la muestra es 73,34 con una desviación típica de 15,37 con un rango de edades que van desde los 22 años hasta los 93.

Las variables demográficas estudiadas en este trabajo son el sexo y la edad.

La edad es estudiada como variable continua y como variable categorizada en tres intervalos: menores de 65 años, de 65 a 75 años y mayores de 75 años.

Otras variables estudiadas son el servicio que realiza la interconsulta, la presencia o no de antecedentes psiquiátricos personales, las enfer-

medades concomitantes, también considerados como factores precipitantes o relacionados, que padece en el momento del delirium el paciente que le pueden estar provocando el proceso así como la identificación de la causa principal precipitante. Por otro lado, se estudia como variables la mortalidad presente en el momento del ingreso y a 6 meses del seguimiento.

Los factores precipitantes o enfermedades concomitantes que padecen los pacientes de la muestra se dividen en nueve categorías: factores cardiovasculares, infecciosos, farmacológicos, respiratorios, oncológicos, traumatológicos, tóxicos, neurológicos y otros (donde se incluyen los hematológicos, metabólicos y endocrinológicos).

Otra variable de importancia es la identificación del tipo de delirium que presenta el paciente. La literatura identifica tres tipos de delirium. Uno caracterizado por la agitación psicomotriz, aumento de la vigilancia y alucinaciones denominado agitado; otro caracterizado por un nivel reducido de actividad denominado hipoactivo y una forma mixta en la cual el paciente fluctúa entre las formas agitada e hipoactiva.

El estudio estadístico se realizó con el SPSS 16 para mackintosh.

Resultados

Los servicios que más interconsultas realizaron por estos pacientes fueron: Medicina Interna (25%) y Traumatología (20,5%).

Las enfermedades concomitantes más frecuentes en la muestra son las cardiovasculares que se encuentran presentes en el 76,1% de los pacientes, seguidos de otros (58%), neurológicos (54,5%) e infecciosos (50%).

En cuanto a los tipos de delirium presentados por los pacientes en un 70,5% de los casos fueron diagnosticados de tipo agitado, un 13,6% de hipoactivo y un 15,9% de tipo mixto. Al estudiar los porcentajes de defunción en función del tipo de delirium presentado no encontramos diferencias significativamente estadísticas entre los tres tipos

Delirium en el servicio de interconsulta del Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela

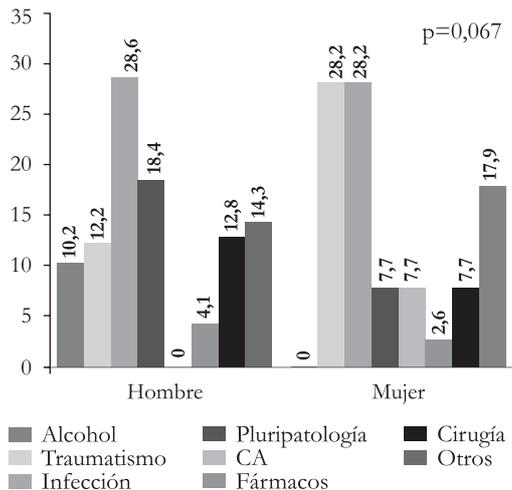
aunque la frecuencia de mortalidad para el tipo hipoactivo es considerablemente mayor que para los otros dos tipos (41,7% de mortalidad frente al 29% del agitado y 28,6% del mixto).

En cuanto al sexo hay diferencias estadísticamente significativas (Chi cuadrado; $p=0.012$) entre hombres y mujeres en cuanto al estudio del factor consumo de tóxicos como factor precipitante en el desarrollo del delirium de manera que presentan consumo de tóxicos el 24,5% de los hombres frente al 5,1% de las mujeres.

En el estudio del resto de los factores (neurológicos, cardiovasculares, infecciosos, oncológicos, traumatológicos, endocrinológicos, farmacológicos, otros factores) no hay diferencias en cuanto a los porcentajes de presentación entre hombres y mujeres a excepción de los factores respiratorios presentándose más problemas de este tipo en el sexo masculino (53,1%) frente al 29,7 de las mujeres (Chi-cuadrado; $p=0.016$).

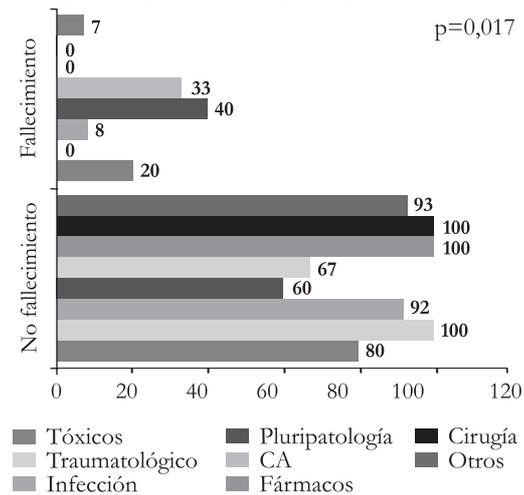
En el estudio de la causa que se identifica como principal a la hora de causar el delirium existen diferencias cercanas a la significancia estadística entre hombres y mujeres (Chi-cuadrado; $p=0.067$). Siendo las más frecuentes en los hombres la infección y la pluripatología y en la mujer las traumatológicas y la infección (ver gráfico).

Gráfico 1: Causa principal de delirium según sexo



Se observan diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado; $p=0.0017$) entre el fallecimiento durante el ingreso en el que tiene lugar el delirium y la causa que se considera como la principal y desencadenante del cuadro (ver gráfico 2). Así encontramos que son la pluripatología y el cáncer las causas que con más frecuencia llevan al éxitus del enfermo y ni las traumatológicas ni las farmacológicas ni las quirúrgicas llevan al falleciendo del paciente durante el ingreso. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la causa principal y la tasa de fallecimientos a los seis meses de seguimiento.

Gráfico 2. Porcentajes de Fallecimiento durante el ingreso según la causa principal de delirium



Un 30,7% de los pacientes atendidos diagnosticados de dicho proceso fallecieron en un período de 6 meses de seguimiento, siendo el 11,4% de los casos durante el propio periodo de hospitalización que requirió la interconsulta.

Existen resultados estadísticamente significativos (Chi-cuadrado; $p=0.020$) entre el consumo de tóxicos y la presencia de delirium en los intervalos de edad. De manera que el grupo de menor edad (menores de 65 años) representa el 42,9% de los pacientes que presenta delirium en relación con el consumo de psicotrópicos (el más frecuente el

alcohol), frente el 35,7% en el intervalo de 65 a 75 años y el 21,4% en mayores de 75 años.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el número de enfermedades concomitantes y el resultado de falleciendo posterior aunque sí hay un número más elevado de complicaciones entre aquellos que fallecen con una media de 4,11 factores frente a 3,78 de los que no fallecen.

En cuanto a los intervalos de edad son los pacientes de menor edad los que menos probabilidades tienen de fallecer en el seguimiento a 6 meses con un 22% de defunciones en esta edad frente al 34,8 y 31,9% en los intervalos de 65 a 75 y mayores de 75 respectivamente. Pero estos resultados no tienen significancia desde el punto de vista estadístico. Tampoco hay un resultado estadísticamente significativo en el estudio ANOVA entre el fallecimiento en el periodo de seguimiento a 6 meses y la edad como variable continua aunque la edad media entre los fallecidos es superior a los que no lo hacen (71,5 frente a 74,2).

Conclusiones

El delirium o síndrome confusional es un patología muy frecuente dentro de los hospitales generales que motivan un gran número de interconsultas al servicio de psiquiatría. Esta patología se produce con más frecuencia entre los pacientes de edades avanzadas aunque no es exclusiva de esta franja de edad presentándose un escaso número de casos entre personas que no alcanzan los 65 años. Entre estos pacientes menores de 65 años destaca como causa importante de la aparición de delirium el consumo de tóxicos.

Los tóxicos son una causa importante en la aparición de delirium que, además, hace que sean propensos a presentarlo estos pacientes de menor edad que precisamente por ser jóvenes debería ser infrecuente en ellos este proceso. En nuestro medio el tóxico que se identifica como más frecuente es el alcohol.

El consumo de tóxicos es más frecuente en los hombres que en las mujeres de la muestra.

Otro factor precipitante se presenta de manera más prevalente en hombres que en mujeres y este engloba a los trastornos respiratorios. Esto se podría explicar porque quizás sean más comunes en hombres los problemas respiratorios debido a que una gran parte de ellos son como consecuencia del consumo de tabaco y esto es más prevalente entre los hombres que entre las mujeres.

Además, al estudiar la causa precipitante principal del delirium también se podría afirmar que hombres y mujeres se diferencian en cuanto a su presentación; siendo las causas principales en los hombres la infección y la pluripatología frente a las traumatológicas e infecciosas de las mujeres.

Un gran porcentaje de pacientes, cercano a la tercera parte, interconsultados por un delirium fallecen en los meses siguientes. Este resultado concuerda con los datos de mortalidad del 25 al 33% reflejados en estudios previos (Cole-1993; Murray-1992).

La causa principal de delirium que más se relaciona con el fallecimiento a corto plazo es el hecho de padecer múltiples patologías graves al mismo tiempo por lo que es imposible identificar la causa principal. La siguiente causa principal de mortalidad en frecuencia es la oncológica provocando el fallecimiento en un tercio de los casos de delirium en la que esta es identificada como su factor precipitante principal.

Discusión

En los estudios previos (Fearing&Inouye; Andrew et al; Liptzin y Levkoff) se identifica la forma hipoactiva de delirium caracterizada por letargia y funcionamiento psicomotor reducido con un peor pronóstico general. En nuestro trabajo también se observa un peor pronóstico en este tipo hipoactivo en cuanto a que hay un mayor porcentaje de mortalidad en el seguimiento a 6 meses por lo que concuerda

con los estudios previos analizados; aunque no se observan diferencias estadísticamente significativas entre la mortalidad a 6 meses y los tipos de delirium.

En el trabajo de Moran&Dorevitch realizado sobre una muestra de pacientes ancianos hospitalizados con delirium las tasas de mortalidad en un año de seguimiento fueron del 35 al 40%. Este resultado fue superior al obtenido en nuestro estudio en donde las defunciones en 6 meses de seguimiento fueron del 30,7%. Esta variación en el resultado podría ser debido en primer porque Moran&Dorevitch sólo recogen en su muestra pacientes de edad avanzada y en nuestra muestra hay pacientes menores de 65 años y por otro lado podría también ser consecuencia de que el plazo de seguimiento en su estudio es el doble que el nuestro (un año frente a 6 meses).

Los datos de mortalidad a 6 meses concuerdan, aunque las nuestras son algo superiores, con el trabajo publicado por Conn&Lief que exponen cifras de un 26% de mortalidad a los 6 meses de seguimiento.

Sí nos hallamos dentro del abanico de mortalidad expuesto por Gleason que afirma unos porcentajes de entre el 22 al 76% de mortalidad al año.

Llama la atención la diferencia entre los servicios que más interconsultas realizan con motivo de delirium de nuestro trabajo respecto al de Soriano y cols. donde encontraron como servicio más frecuente neurocirugía seguido del servicio de cirugía cardiovascular. También es diferente en este trabajo de Soriano y cols. las diferencias en la edad de los pacientes aquí presentan pacientes con un intervalo de edad de entre 22 y 80 años con una edad media de $57,38 \pm 11,978$. En el estudio presentado la edad media de los pacientes es claramente mayor llamando la atención que no se encuentren en el estudio de Soriano y cols. a pacientes de edades mayores 80 años. También en el estudio de Soriano y cols. hay un porcentaje claramente más elevado de hombres

(73%) respecto a las mujeres que no hay en nuestro estudio donde las mujeres, aunque son menos en porcentaje, representan casi la mitad de la muestra (44,3%).

Bibliografía

1. Andrew MK, Feter SH, Rockwood K. Incomplete functional recovery alter delirium in edery people: a prospective cohorte study. *BMC Geriatr*, 2005; 5:5.
2. Bourgeois JA, Seaman JS, Servis ME. Delirium, demencia y otros trastornos cognitivos y amnésicos. *The american psychiatric Publishing: Board Review Guide for Psychiatry*. 2010. Ed Medical Trands: 5-30.
3. Cole MG, Primeau MJ. Prognosis of delirium en elderly hospital patients. *Can Med Assoc J*. 1993;149:41-46
4. Conejo Galindo J, Sainz Cortón E. Aspectos de interés en la psiquiatría de enlace. 2010. *Edit Ergon*: 11-41.
5. Conn DK, Lief S. Diagnosing and managing delirium in the edery. *Canadian Family Physician*, 2001, jan, 47: 101-108.
6. Elie M, Cole MG, Priemau FJ et al. Delirium risk factors in edery hospitalized patients. *J General Intern Med* 1998;13:204-12.
7. Fearing MA, Inouye SK. Delirium. *Focus. APA Lifelong learning in psychiatry. Psiquiatría geriátrica (II)*. 2009: 15-25.
8. Gleason OC. Problem-oriented diagnosis, delirium. *American Family Physician*. 2003;67(5).
9. Inouye SK. Currents Concepts: delirium in older persons. *N Engl J Med* 2006; 354:1157-1165.
10. Inouye SK, Schelesinger MJ, Lydon TL. Delirium: a symptom of how hospital care is failing older persons and a Windows to improve quality of hospital care. *Am J Med*. 1999; Vol 106: 565-573.
11. Inouye SK. The dilemma of delirium: clinical and research controversias regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalizad elderly medical patients. *Am J Med*. 1994;97:278-288.
12. Jackson JC, Gordon SM, Hart RP et al. The association between delirium and cognitive decline: a review of the empirical literature. *Neuropsychol Rev* 2004;14:87-98.
13. Levkoff S, Cleary P, Liptzin B et al. Epidemiology of delirium: an overview of research issues and findings. *Int Psychogeriatr* 1991;3(2):149-67.
14. Levkoff SE, Evans DA, Liptzin BA et al. The ocurrente and persistente of symptoms among elderly hospitalized patients. *Arch Intern Med*, 1992;152:334-40.

15. Liptzin B, Levkoff SE. An empirical study of delirium subtypes. *Br J Psychiatry*, 1992;161:843-5.
16. Moran JA, Dorevitch MI. Delirium in the hospitalized elderly. *Australian Journal of Hospital Pharmacy* 2001;31:35-40.
17. Murray AM, Levkoff SE, Wetle TT, et al. Acute delirium and functional decline in the hospitalized elderly patient. *J Gerontol: Med Sci*. 1993;48:M181-M186.
18. Rockwood K. The occurrence and duration of symptoms in elderly patients with delirium. *J Gerontol* 1993;48:162-66.
19. Soriano Pérez A, Díaz Cortés A, Valencia Granados FJ et al. Delirium en un servicio de psiquiatría de enlace II *Revista de Especialidades Médico-quirúrgicas*. Vol 8,3.