



ORIGINAL

Delirium en una unidad de cuidados paliativos: incidencia y factores de riesgo asociados

Lucía Sáenz de Santa María Benedit¹, Rocío García Ronderos¹, Gloria Ordoñez Estébanez¹, Margarita Garía Rodríguez¹, Juan José Solano Jaurrieta^{2,3} y José Gutiérrez Rodríguez^{2,3*}

¹Equipo de Atención Psicosocial - Fundación "La Caixa". Hospital Monte Naranco. Oviedo, España. ²Área de Gestión Clínica de Geriátría. Hospital Monte Naranco. Oviedo, España. ³Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias. Oviedo, España

Recibido el 3 de junio de 2019

Aceptado el 6 de mayo de 2020

PALABRAS CLAVE

Delirium, cuidados paliativos, cáncer, incidencia.

Resumen

Introducción: El delirium es un trastorno neuropsiquiátrico muy frecuente en pacientes ingresados en unidades de cuidados paliativos.

Objetivos: Estudiar la incidencia de delirium en una población de pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos (UCP); analizar los posibles factores sociodemográficos, clínicos, funcionales y mentales que pudieran asociarse al riesgo de delirium.

Material y métodos: Estudio epidemiológico longitudinal sobre una población de pacientes hospitalizados en la UCP entre el 13 de marzo y el 13 de abril de 2019. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, funcionales (índice de Barthel y Karnofsky) y mentales (Global Deterioration Scale). El diagnóstico de delirium se realizó en base al Confusional Assessment Method (CAM) y se clasificó en hiperactivo, hipoactivo y mixto.

Resultados: 35 sujetos fueron incluidos en el estudio (77,69 ± 11,66 años; 51,4 % mujeres; Barthel 35,14 ± 31,54 y Karnofsky 30 ± 19,40). Se detectó una incidencia de delirium del 65,7 % (11,4 % hiperactivo, 20,4 % hipoactivo y 34,3 % mixto). Se objetivó asociación estadística con delirium de: puntuación en el Barthel y Karnofsky, presencia de metástasis cerebrales y ser tratados con antidepresivos.

Conclusiones: Para nuestra población de estudio, el 65,7 % de los sujetos ingresados en la UCP desarrolla un delirium. Según los resultados obtenidos, la puntuación en Barthel y el Karnofsky, así como la existencia de metástasis cerebrales y la prescripción de antidepresivos, son factores que se asocian a un aumento del riesgo de sufrir delirium.

*Autor para correspondencia:

José Gutiérrez Rodríguez

Área de Gestión Clínica de Geriátría, Hospital Monte Naranco. Avenida Doctores Fernández Vega, n.º 107. 33012, Oviedo, España

Correo electrónico: pepe.gutierrez@telefonica.net

DOI: [10.20986/medpal.2020.1096/2019](https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1096/2019)

1134-248X/© 2020 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Delirium, paliative care, cancer, incidence.

Abstract

Introduction: Delirium is a very common neuropsychiatric disorder in patients admitted to palliative care units.

Objectives: To study the incidence of delirium in a population of patients admitted to a Palliative Care Unit (PCU); to analyze the sociodemographic, clinical, functional, and mental factors associated with the risk of delirium.

Material and methods: A longitudinal epidemiological study in a population of patients hospitalized in the PCU between March 13 and April 13, 2019. Sociodemographic, clinical, functional (Barthel and Karnofsky Index), and mental variables were collected (Global Deterioration Scale). The diagnosis of delirium was made based on the Confusional Assessment Method (CAM), and was then classified as hyperactive, hypoactive, or mixed.

Results: A total of 35 subjects were included in the study (77.69 ± 11.66 years, 51.4 % women, Barthel: 35.14 ± 31.54 , Karnofsky: 30 ± 19.40). The incidence of delirium was 65.7 % (11.4 % hyperactive, 20.4 % hypoactive, 34.3 % mixed). A statistical association with delirium was observed for: Barthel and Karnofsky scores, presence of brain metastases, and treatment with antidepressants.

Conclusions: In all, 65.7 % of the subjects admitted to the PCU developed delirium. Barthel and Karnofsky scores, as well as the existence of brain metastases and the prescription of antidepressants were factors associated with the risk of delirium.

Sáenz de Santa María Benedet L, García Ronderos R, Ordoñez Estébanez G, Garía Rodríguez M, Solano Jaurrieta JJ, Gutiérrez Rodríguez J. Delirium en una unidad de cuidados paliativos: incidencia y factores de riesgo asociados. *Med Paliat.* 2020;27(4):303-309

INTRODUCCIÓN

El delirium es un síndrome que se caracteriza por la alteración de las funciones mentales superiores, especialmente el nivel de conciencia, la cognición y la percepción. Se presenta de forma aguda y tiene una evolución fluctuante. Suele tener un origen multifactorial, siempre de causa orgánica, y está mediado por mecanismos fisiopatológicos complejos¹.

El delirium o síndrome confusional agudo es un problema especialmente frecuente en pacientes oncológicos; puede aparecer en cualquier momento de la evolución de la enfermedad y es más frecuente en personas hospitalizadas, con enfermedades graves y en estadios avanzados².

Está relacionado con un incremento de la morbilidad y mortalidad y una pérdida de calidad de vida para pacientes y familiares³.

Asimismo, se asocia a más estancias hospitalarias y complicaciones durante el ingreso, un aumento de las necesidades de cuidados y de personal de atención directa, mayor consumo de fármacos, de pruebas diagnósticas y de las tasas de institucionalización. Todo ello condiciona un gran impacto económico y un aumento notable de los costes sanitarios y sociales^{4,5}.

Las investigaciones que han profundizado en el estudio del delirium en pacientes en unidades de cuidados paliativos arrojan una amplia variabilidad de resultados, motivados por la heterogeneidad de las poblaciones incluidas en los mismos y por la falta de estandarización en las herramientas de diagnóstico utilizadas. De esta manera, se han objetivado

unas tasas de prevalencia que varían entre el 13 y el 88 % y unas de incidencia entre el 3 y el 52,1 %^{6,7}.

Clínicamente se han diferenciado tres tipos de delirium^{2,6,7}:

- Hiperactivo: predomina la agitación psicomotriz con alucinaciones y pensamientos delirantes.
- Hipoactivo: predomina la disminución del nivel de conciencia con bradipsiquia y somnolencia.
- Mixto: siendo el más frecuente, el paciente fluctúa entre fases de agitación y de letargia.

Asimismo, se han detectado diversos factores que contribuyen a incrementar el riesgo de delirium en población con patología oncológica que precisa cuidados paliativos^{1,6}:

- Enfermedades específicas como anemia, cardiopatías, insuficiencia respiratoria, enfermedad renal crónica e hipotiroidismo.
- Procesos infecciosos del aparato respiratorio y urinario.
- Alteraciones hidroelectrolíticas e iónicas como deshidratación, hiponatremia, hipoglucemia e hipercalcemia.
- Alteraciones del SNC secundarias a ictus, tumor primario o metástasis.
- Efectos indeseables de la quimioterapia y la radiación.
- Síndromes paraneoplásicos con especial referencia a la encefalitis límbica.
- Prescripción de fármacos como opioides, esteroides, antiepilépticos, benzodiacepinas, antidepresivos y antipsicóticos.

El delirium es un síndrome que suele infradiagnosticarse, pasar desapercibido y no ser adecuadamente tratado. Todo

ello contribuye a perpetuarlo en el tiempo, condicionando un incremento de las complicaciones durante el ingreso y de la morbimortalidad.

Pese a la importancia y las repercusiones sanitarias y sociales de este síndrome, en nuestro medio, no existen estudios transversales ni prospectivos sobre la incidencia de delirium en población ingresada en unidades de cuidados paliativos (UCP) hospitalarias por patología oncológica en fases avanzadas de la enfermedad.

Actualmente desconocemos la incidencia y los factores de riesgo de delirium en la población que ingresa en nuestra UCP. Por ello, dentro del sistema de calidad y del programa de mejora continuada, al Área de Gestión Clínica le sería útil estudiar y analizar un problema que no tiene cuantificado. La descripción de factores de riesgo de delirium podría ayudarnos a detectar población susceptible de beneficiarse de estrategias de intervención dirigidas a prevenir y tratar el delirium, con el objetivo de minimizar su impacto negativo sobre la salud de nuestros pacientes.

Los objetivos del presente estudio han sido:

1. Determinar la incidencia de delirium en una población de pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos hospitalaria.
2. Estudiar los posibles factores sociodemográficos, clínicos, funcionales y mentales que pudieran asociarse al riesgo de delirium.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la consecución de los objetivos se diseñó un estudio epidemiológico longitudinal y prospectivo sobre la población de pacientes oncológicos hospitalizados en nuestra UCP.

La UCP del Área de Gestión Clínica de Geriatria del Hospital Monte Naranco entra en servicio en el año 1992 para cubrir las necesidades de atención sanitaria de pacientes oncológicos, en fase avanzada, con síntomas activos e incontrolables de forma ambulatoria en su domicilio o residencia habitual.

Cuenta con 23 camas en habitaciones individuales con baño y está ubicada en la primera planta (sector izquierdo) del hospital, ocupándola íntegramente.

Respecto al capital humano, tiene asignados dos facultativos de forma permanente y dispone de personal de enfermería específico. Asimismo, las necesidades de atención psicosocial de pacientes, familiares y personal de atención directa son llevadas a cabo por el Equipo de Atención Psicosocial.

Los pacientes pueden ingresar en la UCP directamente desde su domicilio (derivados por los Equipos de Atención y Cuidados Paliativos Domiciliarios), desde los servicios médicos y quirúrgicos del Hospital Universitario Central de Asturias, (fundamentalmente Oncología Médica y Cirugía General, con menos frecuencia, Medicina Interna, Otorrinolaringología y Urología) y desde el Servicio de Urgencias (al que acuden derivados por su Médico de Atención Primaria).

La población de estudio está formada por todos los sujetos ingresados en la UCP entre el 13 de marzo y el 13 de abril de 2019.

Los sujetos susceptibles de ser incluidos debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: ingresar en la Unidad en el periodo de tiempo señalado, presentar patología oncológica

en fase avanzada, tener un tiempo de ingreso superior a 48 horas y prestar su consentimiento informado (por el propio paciente o, en su defecto, por familiar o cuidador).

Fueron excluidos del estudio los sujetos que fallecieron en las primeras 48 horas de ingreso y aquellos que al ingreso presentaban bajo nivel de conciencia (escala de Glasgow inferior a 8) o situación de coma persistente. No hubo pérdidas durante el seguimiento.

Se elaboró un protocolo estándar con todas las variables de estudio:

- Sociodemográficas: edad (codificada en años) y sexo (codificado 0-varón y 1-mujer).
- Clínicas: diagnóstico de ingreso y localización tumoral (codificados como texto libre); presencia de metástasis (codificada como 0-no y 1-sí); presencia de metástasis cerebral (codificada como 0-no y 1-sí); se recogió la existencia de diagnósticos previos en el momento del ingreso, destacando HTA, diabetes, enfermedad tiroidea, cardiopatía, EPOC o bronquitis crónica, enfermedad renal crónica, anemia, enfermedad tromboembólica venosa, ictus, enfermedad de Parkinson, depresión, alteración de los órganos de los sentidos (visión y audición) y úlceras por presión (codificados todos ellos como 0-no y 1-sí); número total de diagnósticos (codificado como variable numérica); tratamientos farmacológicos en el momento del ingreso, destacando antidepresivos, antidepresivos tricíclicos, benzodiacepinas, neurolepticos, ranitidina, esteroides, analgésicos, antiinflamatorios y opioides (codificados todos ellos como 0-no y 1-sí); número total de fármacos (codificado como variable numérica).
- Situación funcional: índice de Barthel e índice de Karnofsky al ingreso (codificados como variables cuantitativas).
- Situación mental: puntuación en la "Global Deterioration Scale" de Reisberg, siendo codificada como variable cualitativa en función de la presencia de deterioro cognitivo previo no-0 (puntuación de 1) y sí-1 (puntuación igual o mayor de 2).
- Sobrecarga del cuidador: evaluada mediante la escala de Zarit reducida en cuidados paliativos con punto de corte en 17 (codificada como 0-no y 1-sí).
- Asistenciales: instrumentalización en el momento del ingreso, destacando sonda vesical, vía venosa y vía subcutánea (codificadas como 0-no y 1-sí); procedencia del ingreso (codificado como 0-hospital y 1-domicilio) y tiempo previo de hospitalización en otro centro (codificado como variable numérica).

Definición de caso: el diagnóstico de delirium se realizó en base al "Confusional Assessment Method" (CAM)^{8,9} un instrumento fácil, rápido, reproducible y validado para la detección del síndrome. Se construyó en base a la definición de delirium del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III R)*, consta de pruebas objetivas no verbales y valora cuatro criterios: 1) inicio agudo y curso fluctuante de la alteración del estado mental; 2) existencia de un estado de inatención; 3) pensamiento desorganizado; 4) nivel de conciencia alterado. Para el diagnóstico de delirium se requiere la presencia de los dos primeros criterios y alguno de los dos últimos¹⁰. El delirium fue clasificado según los subtipos psicomotores como hipoactivo, hiperactivo y mixto.

El protocolo de estudio fue aplicado por la psicóloga del equipo de atención psicosocial en las primeras 48 horas de ingreso. En ese momento se recogieron todas las variables excepto la existencia de delirium, que fue recogida a lo largo de todo el ingreso.

El CAM fue aplicado diariamente por la psicóloga mediante entrevista directa al paciente, a sus familiares o al personal sanitario (medicina o enfermería) de la unidad de cuidados paliativos.

El estudio fue aprobado por la dirección del centro y el comité de ética.

Se realizó una descripción de la población de estudio utilizando frecuencias para las variables cualitativas y media y desviación estándar para las cuantitativas. Se calculó la incidencia acumulada de delirium durante el ingreso.

Para analizar la posible asociación estadística entre las variables independientes y la variable dependiente o delirium se utilizaron los test Chi cuadrado (para las variables cualitativas) y la t de Student (para las variables cuantitativas). La fuerza de asociación se midió mediante la Odds Ratio y sus límites de confianza ($p < 0,05$). Se utilizó el programa estadístico R Core Team (2013).

RESULTADOS

Un total de 35 sujetos fueron sistemáticamente valorados e incluidos en el estudio. La edad media fue de $77,69 \pm 11,66$ años y el 51,4 % eran mujeres.

El 28,6 % ingresaron directamente de su domicilio, un 42,9 % ingresó desde el Servicio de Urgencias y el 28,6 % procedía de alguna planta de hospitalización; principalmente de cirugía general, aparato digestivo, neumología y otorrinolaringología.

Los pacientes que fueron trasladados desde las plantas de hospitalización tenían una estancia media previa en dichas unidades de $15,3 \pm 13,52$ días.

El motivo de ingreso más frecuente fue el de deterioro del estado general seguido de disnea y dolor (Tabla I).

La localización del tumor más frecuente fue digestiva, seguida de pulmón y cabeza y cuello (Tabla II).

Entre los tumores del aparato digestivo destacaron un 22,9 % de páncreas y el 14,3 % de colon.

En el momento del ingreso, el 48,6 % de los pacientes presentaba metástasis tumoral, habiéndose objetivado metástasis a nivel del sistema nervioso central en un 20 % de ellos.

Presentaban una media de $5,69 \pm 3,54$ diagnósticos, siendo los más prevalentes la HTA y la anemia (Tabla III).

En el momento del ingreso un 28,6 % portaban sonda vesical, el 82,9 % vía venosa y un 68,6 % vía subcutánea.

Tabla I. Motivo de ingreso (datos en %).

Motivos	%
Deterioro del estado general	20
Disnea	17,1
Dolor	14,3
Vómitos	8,6
Obstrucción intestinal	8,6
Otras causas	31,4

Tabla II. Localización de la neoplasia (datos en %).

Localización	%
Digestivo	51,4
Pulmón	20
Cabeza y cuello	11,4
Sangre y sistemas hematopoyéticos	8,6
Ginecológico	2,9
Mama	2,9
Piel	2,9

Tabla III. Prevalencia de diagnósticos previos al ingreso (datos en %).

Diagnósticos previos al ingreso	%
HTA	45,7
Deterioro cognitivo (GDS)	42,9
Anemia	28,6
Depresión	20
Cardiopatía	17,1
Alteraciones de la vista	17,1
Diabetes mellitus	14,3
Enfermedad renal crónica	14,3
EPOC	8,6
Alteraciones del oído	8,6
Ictus	5,7
TEP/TVP	5,7
Enfermedad tiroideas, parkinson, UPP	0

HTA: hipertensión arterial. GDS: Global Deterioration Scale. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. TEP/TVP: tromboembolismo pulmonar / trombosis venosa profunda. UPP: úlceras por presión.

Tenían una media de $7,14 \pm 3,13$ fármacos prescritos, siendo los más pautados los opioides, analgésicos y benzodiazepinas (Tabla IV).

Presentaban una puntuación media en el índice de Barthel de $35,14 \pm 31,54$ y en el índice de Karnofsky de $30,0 \pm 19,40$. Asimismo, el 62,9 % de los familiares o cuidadores presentaban sobrecarga del cuidado en la escala de Zarit reducida.

Tabla IV. Prescripción farmacológica en el momento del ingreso (datos en %).

Prescripción farmacológica	%
Opioides	60
Analgésicos	48,6
Benzodiazepinas	45,7
Corticoides	28,6
Neurolépticos	22,9
Antidepresivos	25,7
AINE	11,4
Antidepresivos tricíclicos	2,9
Ranitidina	2,9

AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

Se detectó una incidencia de delirium del 65,71 %, siendo el más frecuente el mixto (34,3 %) seguido del hipoactivo (20 %) e hiperactivo (11,4 %).

Al analizar los posibles factores asociados al riesgo de delirium, de todas las variables cuantitativas incluidas en el estudio tan solo mostraron asociación estadística con delirium las puntuaciones en el índice de Barthel y en el índice de Karnofsky (Tabla V). Respecto a las variables cualitativas tan solo presentó asociación con delirium la existencia de metástasis cerebrales (Tabla VI).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la importancia del problema planteado. Hemos detectado una incidencia de delirium del 65,7 %, muy superior a la obtenida por Durkin (3 %) ¹¹ y Spiller (7 %) ¹² en estudios que, además de analizar la prevalencia, estudian la incidencia en pacientes libres de delirium al ingreso. Esta notable diferencia posiblemente sea debida a que estos autores utilizaron herramientas de diagnóstico no específicas como los criterios ICD-10 y el Mini Mental State Examination.

Asimismo, estos autores han podido ver subestimada su incidencia, ya que no realizaban una evaluación diaria del delirium sino que la reducían a 1 o 2 valoraciones a la semana. Este dato nos lleva a plantear el beneficio de incluir la evaluación del delirium de forma rutinaria en la práctica clínica diaria, tal como se hace con otras variables como temperatura, tensión arterial, dolor, estreñimiento, ingestas orales...

Nuestros resultados son discretamente superiores a los obtenidos en otros estudios realizados en el mismo medio por Lam ¹³, Lawlor ¹⁴ y Gagnon ¹⁵ que la sitúan en 40,2 %, 45 % y 52,1 %, respectivamente. También superan los obtenidos por Watt ⁷ en una revisión sistemática que, para las unidades de cuidados paliativos, establece una incidencia de delirium del 29 % (7-45 %). Esta diferencia podría ser debida a que nuestra población de estudio tiene mayor edad (77,7 años frente a 68, 62 y 66 años) y, por tanto, mayor comorbilidad y dependencia funcional. Otro factor que puede aumentar la incidencia de delirium en nuestro estudio es la elevada prevalencia de deterioro cognitivo, ya que la existencia previa de este síndrome puede incrementar notablemente el riesgo de delirium ⁷.

Hemos objetivado que el subtipo de delirium más frecuente en nuestros pacientes es el mixto, seguido del hipoactivo.

Tabla VI. Análisis de la asociación con delirium de las variables cualitativas incluidas en el estudio (Odds ratio e intervalos de confianza al 95 %).

	OR	Intervalo de confianza
Sexo varón	0,32	[0,07-1,39]
Hipertensión arterial	1,28	[0,31-5,25]
Diabetes mellitus	0,45	[0,08-2,68]
Anemia	1,31	[0,27-6,37]
Cardiopatía	3,06	[0,31-29,70]
EPOC	0,23	[0,02-2,81]
Deterioro cognitivo (GDS)	3,30	[0,70-15,29]
Ictus	0,50	[0,03-8,77]
Enfermedad renal crónica	0,75	[0,12-5,24]
Depresión	1,39	[0,23-8,51]
Alteración de la vista	2,32	[0,23-23,42]
Alteración de la audición	0,23	[0,02-2,81]
TEP/TVP	0,83	[0,65-1,07]
Metástasis	0,92	[0,23-3,70]
Metástasis cerebral	1,44	[1,10-1,89] *
Sobrecarga del cuidador (Zarit)	2,83	[0,66-12,26]
Sonda vesical	3,06	[0,31-29,7]
Vía venosa	0,95	[0,15-6,12]
Vía subcutánea	0,31	[0,06-1,76]
Procedencia del domicilio	0,38	[0,07-2,15]
Neurolépticos	1,06	[0,21-5,27]
Benzodiazepinas	2,18	[0,51-9,33]
Antidepresivos	1,53	[1,14-2,07] *
Antidepresivos tricíclicos	0,92	[0,77-1,09]
Ranitidina	0,92	[0,27-1,09]
Analgésicos	0,55	[0,13-2,26]
AINE	0,14	[0,01-1,49]
Opioides	0,65	[0,15-2,79]
Esteroides	0,71	[0,16-3,22]

* $p < 0,05$

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. TEP/TVP: tromboembolismo pulmonar / trombosis venosa profunda. AINE: antiinflamatorio no esteroideo.

Tabla V. Análisis de la asociación con delirium de las variables cuantitativas incluidas en el estudio.

	Delirium SÍ	Delirium NO	p
Edad	78,91 ± 12,18	75,33 ± 11,36	0,405
N.º de diagnósticos	6,17 ± 3,71	4,75 ± 3,14	0,265
N.º de fármacos	7,48 ± 3,42	6,5 ± 2,81	0,401
Días de hospitalización previa	15,87 ± 14,50	13,00 ± 12,73	0,805
Índice de Barthel	21,52 ± 23,91	61,25 ± 28,29	< 0,001
Índice de Karnofsky	20,87 ± 12,76	47,5 ± 18,15	< 0,001

Estos datos contrastan con los reflejados en la bibliografía en los que el más frecuente es el hipoactivo^{6,7}. Este hecho puede ser explicado por la elevada prevalencia de deterioro cognitivo en nuestra serie, patología que condiciona que el delirium evolucione de forma fluctuante. Otra posibilidad es la existencia de delirium refractario, muy frecuente en pacientes al final de la vida, que también puede cursar de forma fluctuante¹⁶.

Como en otros estudios, la situación funcional medida por el Índice de Barthel y el de Karnofsky mostraron asociación con delirium¹⁷. A este respecto, se ha descrito que la incapacidad funcional se acompaña de situaciones de inflamación sistémica y estrés oxidativo que condicionan una alteración de neurotransmisores, contribuyendo a disminuir la respuesta al estrés y, por tanto, a incrementar la incidencia de delirium¹⁸.

Existen muchos otros factores que pueden contribuir al aumento del riesgo de delirium en este tipo de pacientes. Entre ellos se han descrito patologías como la anemia o las enfermedades cardíacas, respiratorias, renales o tiroideas, alteraciones del metabolismo del calcio, ictus o metástasis cerebrales, infecciones urinarias o respiratorias, situaciones de deshidratación, hiponatremia o hipoglucemia¹⁷. Sin embargo, en nuestro estudio tan solo hemos objetivado asociación estadística entre el riesgo de delirium y la existencia de metástasis cerebral.

Respecto a la utilización de fármacos hemos objetivado asociación entre la presencia de delirium y la prescripción de antidepresivos y, a diferencia de otros estudios, no hemos obtenido relación con la prescripción de benzodiazepinas ni neurolépticos¹⁷.

Existen ciertas limitaciones a nuestro trabajo que han de ser consideradas para interpretar adecuadamente los resultados. La primera es que es un estudio realizado en una UCP hospitalaria y, por ello, no podemos extrapolar los resultados a otros niveles asistenciales. La segunda es que no hemos evaluado el delirium subsindrómico y consecuentemente podríamos estar incurriendo en un “sesgo de clasificación” que condicionara un infradiagnóstico del problema¹⁹. Asimismo, también puede estar afectado por un “sesgo de información”, ya que las fuentes de información para la aplicación del CAM pueden variar entre paciente, familiares o personal sanitario. En tercer lugar, el periodo de seguimiento es corto y se incluye una discreta población de estudio.

Como fortalezas, en nuestro estudio se evalúa de forma sistemática a todos los pacientes ingresados en la unidad, con un enfoque dirigido específicamente hacia la detección de los distintos subtipos de delirium y en el que las variables son recogidas por un único profesional que implica en su detección a pacientes, familiares, cuidadores y personal sanitario, contribuyendo a promover un cambio en la cultura asistencial²⁰.

CONCLUSIONES

Hemos constatado que el delirium es un problema muy incidente en los pacientes hospitalizados en nuestra UCP.

Evaluar el delirium mediante el CAM de forma sistemática y diaria durante la hospitalización es útil para detectar

este problema a tiempo y para evitar su infradiagnóstico e infratratamiento.

Una valoración estructurada en el momento del ingreso que incluya una evaluación funcional mediante los índices de Barthel y Karnofsky, así como el registro de posibles metástasis cerebrales y prescripción de antidepresivos, nos puede ayudar a seleccionar pacientes con riesgo elevado de presentar delirium durante el ingreso.

Una vez seleccionada la población diana, el diseño de programas de intervención dirigidos a prevenir y tratar el delirium podría mejorar la calidad asistencial en nuestra UCP y contribuir a mejorar la salud de nuestros pacientes y sus familiares.

CONFLICTO DE INTERESES/ FUENTES DE FINANCIACIÓN

No existen conflictos de interés.

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Porta J, Serrano G, González J, Sánchez D, Tuca A, Gómez-Batiste X. Delirium en cuidados paliativos oncológicos: revisión. *Psicooncología*. 2004;1(2-3):113-30.
2. Centeno C, Vara F, Pérez P, Sanz A, Bruera E. Presentación clínica e identificación del delirium en el cáncer avanzado. *Med Paliat*. 2003;10(1):24-35.
3. Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age Ageing*. 2006;35(4):350-64. DOI: 10.1093/ageing/af005.
4. Milbrandt EB, Deppen S, Harrison PL, Shintani AK, Speroff T, Stiles RA, et al. Costs associated with delirium in mechanically ventilated patients. *Crit Care Med*. 2004;32(4):955-62. DOI: 10.1097/01.ccm.0000119429.16055.92.
5. Franco K, Litaker D, Locala J, Bronson D. The cost of delirium in the surgical patient. *Psychosomatics*. 2001;42(1):68-73. DOI: 10.1176/appi.psy.42.1.68.
6. Hosie A, Davidson PM, Agar M, Sanderson CR, Phillips J. Delirium prevalence, incidence, and implications for screening in specialist palliative care inpatient settings: a systematic review. *Palliat Med*. 2013;27(6):486-98. DOI: 10.1177/0269216312457214.
7. Watt CL, Momoli F, Ansari MT, Sikora L, Bush SH, Hosie A, et al. The incidence and prevalence of delirium across palliative care settings: a systematic review. *Palliat Med*. 2019;33(8):865-77. DOI: 10.1177/0269216319854944.
8. 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;113(12):941-8. DOI: 10.7326/0003-4819-113-12-941.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders in: Delirium, dementia, amnesic, and other cognitive disorders*. 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc.; 2000. p. 135-47.
10. Wong C, Holroyd-Leduc J, Simel D, Straus S. Does this patient have delirium? Value of bedside instruments. *JAMA*. 2010;304(7):779-86. DOI: 10.1001/jama.2010.1182.
11. Durkin I, Kearney M, O'Siorain L. Psychiatric disorder in a palliative care unit. *Palliat Med*. 2003;17(2):212-8. DOI: 10.1191/0269216303pm6700a.

12. Spiller JA, Keen JC. Hypoactive delirium: assessing the extent of the problem for inpatient specialist palliative care. *Palliat Med.* 2006;20(1):17-23. DOI: 10.1191/0269216306pm1097oa.
13. Lam PT, Tse CY, Lee CH. Delirium in a palliative care unit. *Prog Palliat Care.* 2003;13(3):126-33.
14. Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, Pereira JL, Hanson J, Suarez-Almazor ME, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med.* 2000;160(6):786-94. DOI: 10.1001/archinte.160.6.786.
15. Gagnon P, Allard P, Mâsse B, DeSerres M. Delirium in terminal cancer: a prospective study using daily screening, early diagnosis, and continuous monitoring. *J Pain Symptom Manage.* 2000;19(6):412-26. DOI: 10.1016/s0885-3924(00)00143-3.
16. Hosker Ch, Bennet M. Delirium and agitation at the end of life. *BMJ.* 2016;353:1-6. DOI: 10.1136/bmj.i3085.
17. Hervey S, Tierney S, Gerard P. Clinical assessment and management of delirium in palliative care setting. *Drugs.* 2017;77(15):1623-43. DOI: 10.1007/s40265-017-0804-3.
18. Maldonado JR. Acute brain failure: pathophysiology, diagnosis, management, and sequelae of delirium. *Crit Care Clin.* 2017;33(3):461-519. DOI: 10.1016/j.ccc.2017.03.013.
19. Martínez Velilla N, Alonso Bouzon C, Cambra Contin K, Ibañez Beroiz B, Alonso Renedo J, Casas Herrero A. Delirium y delirium subsindrómico: prevalencia de un espectro de enfermedad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47(4):158-61. DOI: 10.1016/j.regg.2011.11.007.
20. Hosie A, Agar M, Lobb E, Davison P, Phillips J. Improving delirium recognition and assessment for people receiving inpatient palliative care: a mixed methods meta-synthesis. *Int J Nurs Stud.* 2017;75:123-9. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.07.007.