



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

FACTORES DE RIESGO DE DELIRIUM EN ADULTOS MAYORES  
HOSPITALIZADOS.

PINTADO RUIZ ALEX FABRICIO  
MÉDICO

MACHALA  
2022



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

FACTORES DE RIESGO DE DELIRIUM EN ADULTOS MAYORES  
HOSPITALIZADOS.

PINTADO RUIZ ALEX FABRICIO  
MÉDICO

MACHALA  
2022



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

FACTORES DE RIESGO DE DELIRIUM EN ADULTOS MAYORES  
HOSPITALIZADOS.

PINTADO RUIZ ALEX FABRICIO  
MÉDICO

SERPA ANDRADE CARINA ALEXANDRA

MACHALA, 26 DE OCTUBRE DE 2022

MACHALA  
26 de octubre de 2022

# FACTORES DE RIESGO DE DELIRIUM EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS

*por Alex Fabricio Pintado Ruiz*

---

**Fecha de entrega:** 08-nov-2022 06:34p.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 1930053808

**Nombre del archivo:** PINTADO\_RUIZ\_ALEX\_FABRICIO\_PT-030922M\_EC.docx (20.59K)

**Total de palabras:** 2257

**Total de caracteres:** 11952

## CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, PINTADO RUIZ ALEX FABRICIO, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado FACTORES DE RIESGO DE DELIRIUM EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS., otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 26 de octubre de 2022



PINTADO RUIZ ALEX FABRICIO  
0706710795

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecimiento en primer lugar a Dios, quién me ha brindado esa fortaleza, perseverancia y sabiduría, Agradezco a mis padres por ser mi apoyo , mi guía en esta etapa y a lo largo de mi vida y años de estudio, con sus enseñanzas, consejos , motivación. A mis hermanos por acompañarme siempre y ser parte fundamental de mi vida. Agradezco a cada uno de los docentes que me impartieron sus conocimientos y formaron parte de toda mi carrera, en especial a mi tutora quien siempre confió en mí , y me brindo su comprensión y apoyo hasta el final. A los doctores de las diferentes instituciones donde hice mis prácticas en internado rotativo, que nunca dudaron en enseñarme.

# **FACTORES DE RIESGO DE DELIRIUM EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS.**

## **RESUMEN.**

**Introducción:** El delirium, es un trastorno agudo de la atención y la cognición, conocido como estado confusional agudo. En América latina afecta a más de 2,6 millones cada año en los Estados Unidos, en regiones de América del Sur, como Brasil en 47%, en Europa, países bajos como Holanda en el 16%, y a nivel de Asia, Japón, estudios informaron una prevalencia de delirio que oscila entre el 16% y el 19% de pacientes. **Objetivo:** Describir los factores de riesgo de delirium en adultos mayores hospitalizados a través de la revisión de artículos científicos actualizados, que faciliten las pautas para una correcta prevención. **Metodología:** Estudio descriptivo, basado en la revisión sistemática de artículos científicos en las diferentes bases de datos tales como: PUBMED, GOOGLE SCHOLAR, COCHRANE, SCIELO de los últimos 5 años. **Conclusión:** El delirio es común en adultos mayores hospitalizados, con una prevalencia baja del 1 a 2 % en la comunidad y 23% en hospitalizados, esto se atribuye a su forma de presentación que pasa desapercibido o es confundido con otros trastornos o enfermedades, en la gran mayoría de casos el delirio es hipoactivo representa el 75% de pacientes adultos mayores, predomina en el área de cuidados intensivos en 50 a 70 % de casos, se evidencia que mediante la prevención con enfoques no farmacológicos se pueden reducir los el delirio entre los pacientes de edad avanzada hospitalizados hasta en un 54 %.

**Palabras Clave:** Delirium, deterioro cognitivo, factores de riesgo, adultos mayores, hospitalizados.

## **RISK FACTORS FOR DELIRIUM IN HOSPITALIZED OLDER ADULTS.**

### **ABSTRACT.**

**Introduction:** Delirium is an acute disorder of attention and cognition, known as an acute confusional state. In Latin America, it affects more than 2.6 million each year in the United States, in South American regions, such as Brazil by 47%, in Europe, the Netherlands by 16%, and in Asia, Japan, studies report. a prevalence of delirium ranging between 16% and 19% of patients. **Objective:** To describe the risk factors for delirium in hospitalized older adults through the review of updated scientific articles that provide guidelines for correct prevention. **Methodology:** This is a descriptive study, based on the systematic review of scientific articles in different databases such as: PUBMED, GOOGLE SCHOLAR, COCHRANE, SCIELO of the last 5 years. **Conclusion:** Delirium is common in hospitalized older adults, with a low prevalence of 1 to 2% in the community and 23% in hospitalized patients, this is attributed to its form of presentation that goes unnoticed or is confused with other disorders or diseases, in the vast majority of cases delirium is active hiccups represents 75% of older adult patients, predominates in the intensive care area in 50 to 70% of cases, it is evident that through prevention with non-pharmacological approaches delirium among hospitalized older adults can be decreased by up to 54%.

**Keywords:** Delirium, cognitive impairment, risk factors, older adults, hospitalized.



## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>DESARROLLO.....</b>	<b>5</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>12</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>13</b>

## ÍNDICE DE TABLA

<b>Tabla 1.....</b>	<b>6</b>
<b>Tabla 2.....</b>	<b>7</b>
<b>Tabla 3.....</b>	<b>8</b>
<b>Tabla 4.....</b>	<b>9</b>
<b>Tabla 5.....</b>	<b>12</b>

## INTRODUCCIÓN

El delirio, es un trastorno agudo de la atención y la cognición, conocido como estado confusional agudo, caracterizado por falta de atención, alteración de la conciencia y trastornos cognitivos(1), por lo general ocurre después de una enfermedad aguda, cirugía o durante la estancia hospitalaria, el desarrollo del delirio inicia con una serie de eventos que conllevan en la pérdida de independencia y un aumento de la morbilidad y mortalidad, a pesar de ser un síndrome clínico prevenible (2) .

Es un problema común en adultos mayores de 65 años hospitalizados, En América latina afecta a más de 2,6 millones cada año en los Estados Unidos, en regiones de américa del sur , como Brasil en una gran cohorte de adultos mayores indicaron una incidencia de delirio del 47% en los ingresos hospitalarios (3)(4) .En Europa , países bajos como Holanda se encontró una prevalencia del 16% entre pacientes holandeses con una edad media de 86 años, y a nivel de Asia , Japón, estudios informaron una prevalencia de delirio que oscila entre el 16% y el 19% de paciente en hospitales psiquiátricos. A pesar de su alta prevalencia, el delirio pasa desapercibido, esto se debe a que en su gran mayoría se piensa que los pacientes con delirio se encuentran agitados , inquietos, el delirio hiperactivo solo representa solo el 25% de casos y los demás presentan delirio hipoactivo o tranquilo(5) .

La prevalencia del delirio en la comunidad es relativamente baja del 1 a 2%, esto puede deberse a que su inicio generalmente lleva al paciente a la atención de emergencia, en pacientes que acuden al área de emergencia el delirio representa 10% al 15% de los casos, en hospitalizados el 23%, además está presente en pacientes postoperatorios en el 15 a 25 % después de una intervención quirúrgica mayor y del 50% luego de procedimientos de alto riesgo como la reparación de fracturas de cadera y cirugía cardiaca (6).

En pacientes sometidos a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos en un 75% de adultos mayores (6). Dado sus efectos perjudiciales sobre la función y calidad de vida, el delirio repercute en el entorno social tanto para el individuo, la familia, la comunidad y todo el sistema de atención de la salud (1).

El delirio es multifactorial y es el resultado de la suma de factores predisponentes y precipitantes, mientras más factores predisponentes están presentes, el delirio se va a manifestar con menos factores precipitantes. El delirio se asocia a complicaciones como caídas, infecciones nosocomiales y posterior pérdida de autonomía (7) (8).

Por lo tanto, reconocer a los pacientes en riesgo de presentar delirio y a aquellos con delirio, mediante la identificación de los factores de riesgo contribuye a una atención oportuna.

## **DESARROLLO.**

El delirio es un problema frecuente que afecta a adultos mayores hospitalizados, asociado con el deterioro cognitivo y funcional a largo plazo. Su curso clínico consiste en síntomas fluctuantes a lo largo del día con períodos de lucidez seguidos de mayor confusión(3)(9) . Es un cambio del estado mental agudo, frecuente y severo, que se desarrolla de forma rápida, generalmente durante varias horas o en pocos días. Consiste en una confusión repentina, generalmente asociada a una enfermedad grave, proceso quirúrgico, cambios en la condición física o tratamiento farmacológico(10) .

La prevalencia del delirio es variable dependiendo del grupo de pacientes y su entorno, en la comunidad es relativamente baja del 1 a 2%. Esto puede deberse a que su inicio generalmente lleva al paciente a la atención de emergencia, en la emergencia, el delirio está presente en el 10% al 15% de los pacientes mayores (3).

En un metanálisis del 2020 de 33 estudios realizados de pacientes hospitalizados, el delirio representa el 23 % de casos .En una revisión sistemática del riesgo de delirio en pacientes sometidos a un injerto de derivación de la arteria coronaria, predomina en el 30 %, en el postoperatorio después del reemplazo valvular aórtico transcatóter fue del 7,2% con el abordaje transfemoral y del 21,4% para los demás abordajes. En el área de cuidados intensivos, en una revisión sistemática de estudios de América del Norte y del Sur, Europa y Asia informan una prevalencia combinada del 31,8 % en pacientes no ventilados y generalmente del 50 al 70% en pacientes con ventilación mecánica(11) .

Los pacientes con delirio en medicina general o salas geriátricas tienen un riesgo 1,5 veces mayor de muerte en el año siguiente, en el área de emergencia se asocia con un aumento del 70% de riesgo de muerte en los 6 meses posteriores a la visita y en la UCI se asocia con un riesgo de mortalidad de 2 a 4 veces mayor (3),incluso posterior al alta de un paciente que presentó delirio en el hospital tiene más probabilidades de tener una recuperación funcional y cognitiva deficiente(7) .

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría el delirio se define como una alteración de la

atención (reducida capacidad para concentrarse), conciencia (orientación reducida del entorno en el que se encuentra) y cognición (deterioro de la memoria, desorientación); el cual se desarrolla rápidamente y generalmente varía en gravedad a lo largo del día (10).

**Tabla 1. Indicadores de delirio**

<b>Función Cognitiva:</b>	Deterioro de la concentración, aprendizaje, toma de decisiones, respuestas lentas, confusión.
<b>Percepción:</b>	Alucinaciones visuales o auditivas.
<b>Función Física:</b>	Movilidad reducida, inquietud, agitación, cambios en el apetito, trastornos del sueño.
<b>Conducta social:</b>	Falta de colaboración, introversión o asilamiento social, alteraciones en la comunicación, actitud o estado de ánimo.

**Fuente:** Woodhouse R. *Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care*, Cochrane.2019. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009537.pub3>

El Delirio según la actividad psicomotora se presenta como: hipoactividad e hiperactividad. Cuando predomina la somnolencia, disminución de la actividad, reducción del estado de alerta, retraimiento y disminución del habla se habla de delirium hipoactivo, en cambio en el paciente que presenta alucinaciones, esta hiperalerta, inquieto, agitado, agresivo, se denomina delirium hiperactivo, y si ambas situaciones se mezclan en el tiempo se conoce como mixto (1) (12).

La forma hipoactiva es la más común en los adultos mayores que a menudo pasa más desapercibida y se asocia con tasas más altas de complicaciones y mortalidad, hasta el 80% de los pacientes presentan subtipo psicomotor hipoactivo, por lo que en lugar de agitación estos pacientes estarán tranquilos y retraídos (1) (9).

El delirio en adultos mayores hospitalizados se relaciona con resultados negativos, como una estancia hospitalaria más prolongada, empeoramiento de la discapacidad e incremento de la mortalidad hospitalaria. Varios estudios coinciden que los adultos mayores hospitalizados por periodos prolongados de tiempo tienen mayor riesgo de padecer delirio (13) .

### **FACTORES DE RIESGO:**

Los factores de riesgo del delirio se han clasificado en dos grupos: factores predisponentes (basales) y precipitantes (agudos)(14).

Los factores predisponentes son factores crónicos que aumentan la vulnerabilidad de un paciente al delirio, mientras que los factores precipitantes son condiciones agudas o eventos que inician el delirio. Se considera que estos múltiples factores interactúan de manera acumulativa; a mayor número de factores, mayor riesgo de delirio (7) (10).

Entre los factores predisponentes y precipitantes más comunes tenemos (7):

**Tabla 2. Factores Predisponentes y precipitantes de delirio**

<b>Factores Predisponentes</b>	<b>Factores Precipitantes</b>
Edad mayor o igual a 65 años	Anemia, factores Ambientales
Demencia , deterioro cognitivo	Cirugía cardiaca y no cardiaca / anestesia
Fragilidad	Trauma, Dolor no controlado
Deterioro funcional, inmovilidad y dependencia en actividades de vida diaria	Enfermedad aguda y la exacerbación aguda de una enfermedad crónica
Comorbilidades	Inmovilización o restricciones físicas: uso de sondas vesicales.
Polifarmacia: más de 4 medicamentos	Infección/sepsis y fiebre/hipotermia
Déficit sensorial visual y auditivo	Alteración hidroelectrolítica y metabólica: Deshidratación, sodio, calcio, glicemia, falla renal, falla hepática.
Síntomas Depresivos	
Sexo Masculino	
Abuso de alcohol y drogas	Hipoxia e hipercapnia
Uso previo de psicoactivos (narcóticos-benzodiazepinas) y medicamentos con efecto anticolinérgico	Causas neurológicas: Accidente cerebrovascular, estatus epiléptico no convulsivo
Enfermedad terminal	Retención de urinaria o fecaloma

**Fuente:** Mattison MLP. Delirium. *Ann Intern Med* [Internet]. 2020 Oct 6;173(7):49–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.7326/AITC202010060>

Los medicamentos también se asocian como un factor más de riesgo en pacientes adultos mayores hospitalizados:

**Tabla 3. Medicamentos asociados a delirio**

<b>Grupos Farmacológicas</b>
Benzodiacepinas : de acción prolongada y corta
Antidepresivos tricíclicos: Amitriptilina , imipramina, doxepina.
Antihistamínicos de primera generación: difenhidramina
Anticolinérgicos: Antiespasmódicos de vejiga
Analgésicos opioides
Antipsicóticos
Antibióticos: especialmente las Fluoroquinolonas.

**Fuente:** Mattison MLP. Delirium. *Ann Intern Med* [Internet]. 2020 Oct 6;173(7):49–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.7326/AITC202010060>

Una revisión sistemática realizada por Ahmed evaluó los factores de riesgo de delirio incidente entre los adultos mayores ingresados en el hospital y determinó que la demencia, la gravedad de la enfermedad, la discapacidad visual, el cateterismo urinario, el nivel bajo de albúmina y la duración de la estancia hospitalaria se asociaron significativamente con el delirio incidente en el ámbito de los pacientes hospitalizados (9) .

Según Leighed M. en un estudio realizado en pacientes posquirúrgicos del hospital Universitario Maggiore de Navara Italia, Considera factores precipitantes de delirio postquirúrgico: el tiempo de hospitalización antes de la cirugía; opioides; dependencia funcional, tiempo de espera para cirugía, dolor, problemas con el manejo del dolor y el uso de la premedicación anestésica con benzodiacepinas representa un factor de riesgo para el delirio postoperatorio. Todos estos factores pueden inducir alteración de la homeostasis fisiológica del individuo, esto se debe a que los ancianos tienen una disminuida capacidad para responder al estrés metabólico o ambiental (14) .

**Tabla 4. Factores de Riesgo en pacientes quirúrgicos.**

<b>Factores Preoperatorio</b>	Edad Avanzada, Comorbilidades: Enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares, enfermedades vasculares periféricas, diabetes, anemia, enfermedad de parkinson, depresión, dolor crónico.
<b>Factores Intraoperatorios</b>	Ayudo liquido preoperatorio y deshidracion, Hiponatremia o hipernatrmia, Fármacos con efectos anticolinérgicos, lugar de la cirugía (cardiorácica y abdominal), Sangrado intraoperatorio.
<b>Factores Postoperatorios</b>	Dolor

*Fuente: Park JY. Postoperative delirium. Korean J Anesthesiol [Internet]. 2019 Feb;72(1):4–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.4097/kja.d.18.00073.1>*

Para Mattar y colaboradores en un estudio realizado en tres entornos de UCI diferentes: UCI médica, UCI quirúrgica y UCI cardíaca, observaron que el uso de benzodiazepinas y opioides eran factores de riesgo importantes para el delirio en todos estos entornos y en otro estudio efectuado por Zaal y evaluaron los factores de riesgo para el delirio en la UCI como un todo. Incluyeron un total de 33 estudios y encontraron pruebas sólidas de que la edad, la demencia, la hipertensión, la cirugía o el trauma de emergencia antes de la UCI, la gravedad de la enfermedad, la ventilación mecánica, la acidosis metabólica, el delirio el día anterior y el coma son factores de riesgo de delirio en el paciente. UCI (9) .

Para Luo Baohui, mediante una revisión sistemática, determino que La prevalencia estimada de delirio es del 60 % al 80 % de los pacientes en estado crítico con ventilación mecánica, mientras que en los pacientes sin ventilación mecánica, la prevalencia sigue siendo del 20 % al 50 % (16) .Los primeros estudios de COVID-19 han estimado tasas de delirio del 25 % al 33 % en pacientes hospitalizados y del 65 % en pacientes de la unidad de cuidados intensivos (UCI).Se realizó un estudio en EEUU con 817 pacientes con COVID-19 , de los cuales 386 (47%) eran hombres, 493 (62%) blancos, 215 (27%) negros y 54 (7%) hispanos o latinos .

Un total de 226 pacientes (28%) tenían delirio, y el delirio fue el sexto más común de todos los síntomas y signos de presentación. Los factores asociados con el riesgo de delirio incluyen: edad avanzada, uso previo de medicamentos psicoactivos, vida asistida o centro geriátrico, discapacidad visual o auditiva, accidente cerebrovascular y enfermedad de Parkinson.Los pacientes con COVID-19 que presentan delirio, ya sea como síntoma principal o como uno de

los síntomas o signos de presentación, tienen peores resultados, incluida la estancia en la UCI y la muerte hospitalaria, que aquellos sin delirio (17) .La prevalencia informada de delirio en pacientes infectados con COVID-19 ingresados en la UCI es de aproximadamente 40% a 80% (16).

### Herramienta de Detección del Delirio.

Una de las herramientas de detección rápida más utilizadas es el test 4AT que toma alrededor de 2 minutos para hacer. Fue diseñado para detectar de forma rápida y sencilla el delirio en la práctica clínica habitual y puede ser utilizado por el personal de salud(18) .

**Tabla 5. Test para evaluación de delirium y deterioro cognitivo**

<b>Estado de Conciencia : 1.- Alerta</b>	
Esto incluye pacientes que pueden presentar somnolencia (por ejemplo, difíciles de despertar y/o con sueño, somnolientos durante la evaluación) o agitado/hiperactivo. Observe al paciente. Si está dormido, intente despertarlo dirigiéndole la palabra o tocando gentilmente el hombro. Pedirle al paciente que diga su nombre y dirección para proceder a la puntuación	
a.- Normal: completamente alerta	0
b.- Somnoliento: al hablarle , el paciente Somnolencia leve durante < 10 s después de despertar y luego normal	0
Claramente anormal : No se despierta normal	4
<b>AMT4*: 2.- Orientación</b>	
Edad, fecha de nacimiento, lugar (nombre del hospital o edificio), año actual	
a.- Sin errores	0
b.- 1 error 1	1
c.- 2 o más errores/no valorable	2
<b>3.- Atención</b>	
Pedirle al paciente: “Dígame por favor los meses del año hacia atrás en orden, comenzando por Diciembre.” Para ayudar a la comprensión inicial, preguntar “¿Cuál es el mes antes de Diciembre?” es permitido: Meses del año hacia atrás	
a.- Acierta 7 meses o más correctamente	0
b.- Inicia pero acierta < de 7 meses o se niega a iniciar	1
c.- No valorable (debido a malestar, somnolencia, falta de atención)	2
<b>4.- Cambio agudo o curso fluctuante en las últimas 24 Horas</b>	
La evidencia de un cambio significativo o fluctuación en: el estado de alerta, la cognición, otra función mental (Por ejemplo: paranoia, alucinaciones) que surjan durante las últimas 2 semanas y todavía evidente en las últimas 24 horas	
No	0
Si	1
<b>Puntuación:</b>	
≥ 4: posible delirio ± deterioro cognitivo.	
1-3: posible deterioro cognitivo	
0: improbable delirio o deterioro cognitivo severo	

**Fuente:** Emmerton D, Abdelhafiz A. Delirium in Older People with COVID-19: Clinical Scenario and Literature Review. *SN Compr Clin Med [Internet]*. 2020 Aug 29;2(10):1790–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s42399-020-00474-y>



Este test es una herramienta validada que muestra una buena precisión diagnóstica con una sensibilidad combinada de 0,88 (IC del 95 %: 0,80 a 0,93) y una especificidad combinada de 0,88 (IC del 95 %: 0,82 a 0,92) en personas mayores ( $\geq 65$  años), tiene algunas ventajas sobre otras herramientas de detección, como el Método de confusión aguda (CAM), ya que es más corto, más simple y no requiere capacitación especial para el operador. El 4AT está diseñado para ser utilizado por cualquier profesional de la salud en el primer contacto con el paciente y en el seguimiento en cualquier momento cuando se sospeche delirio (18).

Entre las medidas preventivas de intervención no farmacológicas, se evidencia que pueden reducir los incidentes de delirio entre los pacientes de edad avanzada hospitalizados hasta en un 54 %, se sugiere trabajar sobre los factores desencadenantes potenciales del delirio para reducir su efecto acumulativo y, por lo general, incorporan un enfoque de múltiples componentes para abordar los múltiples factores potenciales, que incluyen: buscar y tratar activamente la infección; evitar cateterismos urinarios innecesarios; llevar a cabo una revisión de medicamentos para identificar los medicamentos asociados con un mayor riesgo de delirio; evaluar el dolor e iniciar el tratamiento cuando corresponda; abordar la discapacidad sensorial proporcionando ayudas visuales y auditivas; evaluar y fomentar las capacidades físicas; y abordar y mantener la nutrición (10) .

El pronóstico de delirio es favorable mientras más temprano sea detectado con una tasa de recuperación elevada, sin embargo aquellos pacientes con enfermedades de base como cardiovascular, psiquiátrica (demencia), neurológica y metabólica. La mortalidad del 25-33% en la fase aguda es similar a la del infarto agudo de miocardio o sepsis; El 25% de todos los pacientes mayores hospitalizados con delirio mueren dentro de los 3 a 4 meses posteriores al diagnóstico, aunque solo una parte de este exceso de mortalidad puede explicarse por las enfermedades subyacentes. El delirio provoca un mayor riesgo de caídas e infecciones y, a menudo, conduce a un deterioro permanente de la competencia cotidiana y el rendimiento neurocognitivo: 38 meses después del delirio, el 53,8 % de los afectados presentaba déficits cognitivos. Cuanto más grave y prolongado es el delirio, más frecuentes y graves son las secuelas, por lo que es fundamental detectarlo y tratarlo precozmente (12).

## CONCLUSIÓN:

El delirio es una condición común a la que se enfrentan los adultos mayores debido a que a lo largo de la vida estos pacientes adquieren comorbilidades que los hace vulnerables, es más frecuente en hombres que en mujeres , por se considera el sexo masculino como factor de riesgo predisponente . Es un síndrome multifactorial poco diagnosticado a nivel comunitario y hospitalario, con una prevalencia baja del 1 a 2 % en la comunidad y 23% en hospitalizados, esto se atribuye a su forma de presentación que pasa desapercibido o es confundido con otros trastornos o enfermedades, en la gran mayoría de casos el delirio es hipo activo representa el 75% de pacientes adultos mayores.

En el Área de cuidados intensivos la prevalencia es de 50 a 70 % en comparación a otras áreas de hospitalización. Una herramienta diagnóstica utilizada en la práctica médica es el test para evaluación del delirio 4AT con una sensibilidad combinada de 0,88 (IC del 95 %: 0,80 a 0,93) y una especificidad combinada de 0,88 (IC del 95 %: 0,82 a 0,92), es utilizada en el primer contacto con el paciente y su seguimiento

Además se evidencia que mediante la prevención con enfoques no farmacológicos se pueden reducir los el delirio entre los pacientes de edad avanzada hospitalizados hasta en un 54 %, se sugiere trabajar sobre los factores desencadenantes potenciales del delirio para reducir su efecto acumulativo, centrado en la identificación y tratamiento de sus factores de riesgo modificables que contribuyen a su aparición.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Fong TG, Hshieh T, Inouye S. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA* [Internet]. 2017 Sep 26;318(12):1161–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.12067>
2. Pereira J, Aung Thein M, Nitchingham A, Caplan G. Delirium in older adults is associated with development of new dementia: a systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2021 Jul;36(7):993–1003. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.5508>
3. Tammy T, Delirium in the Elderly. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2022 Oct 17];41(1):1–17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2017.10.001>
4. Garcez F, Avelino-Silva T, Castro R de, Inouye S. Delirium in older adults. *Geriatr Gerontol Aging* [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 17];15(0):1–12. Available from: <https://ggaging.com/details/1692/en-US/delirium-em-idosos>
5. Quispel-Aggenbach D, Schep-de Ruiter E, van Bergen W, Bolling J, Zuidema S, Luijendijk HJ. Prevalence and risk factors of delirium in psychogeriatric outpatients. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2021 Jan;36(1):190–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.5413>
6. Marcantonio E. Delirium in Hospitalized Older Adults. *N Engl J Med* [Internet]. 2017 Oct 12;377(15):1456–66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp1605501>
7. Mattison M. Delirium. *Ann Intern Med* [Internet]. 2020 Oct 6;173(7):ITC49–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.7326/AITC202010060>
8. Leinert C, Brefka S, Braisch U, Denninger N, Mueller M, Benzinger P, et al. A complex intervention to promote prevention of delirium in older adults by targeting caregiver's participation during and after hospital discharge - study protocol of the TRANsport and DELirium in older people (TRADE) project. *BMC Geriatr* [Internet]. 2021 Nov 16;21(1):646. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-021-02585-0>
9. Oliveira J, Silva L, Berning M, Stanich J, Gerberi D, Han J, Bellolio F. Risk factors for delirium among older adults in the emergency department: a systematic review protocol. *BMJ Open* [Internet]. 2020 Jul 20;10(7):e039175. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039175>
10. Woodhouse R, Burton J, Rana N, Pang Y, Lister J, Siddiqi N. Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 Apr 23;4:CD009537. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009537.pub3>

11. Wilson J, Mart M, Cunningham C, Shehabi Y, Girard T, MacLulich A, et al. Delirium. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2020 Nov 12;6(1):90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4>
12. Iglseider B, Frühwald T, Jagsch C. Delirium in geriatric patients. *Wien Med Wochenschr* [Internet]. 2022 Jan 10 [cited 2022 Oct 17];172(5):114–21. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10354-021-00904-z>
13. Forget M, Del Degan S, Leblanc J, Tannous R, Desjardins M, Durand M, et al. Delirium and Inflammation in Older Adults Hospitalized for COVID-19: A Cohort Study. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2021 Jun 25;16:1223–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S315405>
14. Leigheb M, De Sire A, Zeppegno P, Forni F, Sgreccia M, Gagliardi V, et al. Delirium risk factors analysis post proximal femur fracture surgery in elderly. *Acta Biomed* [Internet]. 2022 Mar 10;92(S3):e2021569. Available from: <http://dx.doi.org/10.23750/abm.v92iS3.12571>
15. Oh ST, Park J. Postoperative delirium. *Korean J Anesthesiol* [Internet]. 2019 Feb;72(1):4–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.4097/kja.d.18.00073.1>
16. Lou B, Guo J, Liu Y, Xiong C, Shi J, Zhou C. Prevalence, classification, risk factors and outcome impact of delirium in patients with COVID-19: a meta-analysis protocol for systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2021 Dec 13;11(12):e048323. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-048323>
17. Kennedy M, Helfand B, Gou R, Gartaganis S, Webb M, Moccia J, et al. Delirium in Older Patients With COVID-19 Presenting to the Emergency Department. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020 Nov 2;3(11):e2029540. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.29540>
18. Emmerton D, Abdelhafiz A. Delirium in Older People with COVID-19: Clinical Scenario and Literature Review. *SN Compr Clin Med* [Internet]. 2020 Aug 29;2(10):1790–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s42399-020-00474-y>