

Delirium en la interconsulta psiquiátrica de un hospital general

NAVINÉS, R.; GÓMEZ, E.; FRANCO, J. G. y DE PABLO, J.

Unidad de Psiquiatría de Enlace. Instituto de Psiquiatría y Psicología Médica. Hospital Clínic. Barcelona.

Delirium in a consultation liaison psychiatry unit of a general hospital

Resumen

Introducción: El delirium es un síndrome mental orgánico caracterizado por una alteración del nivel de conciencia, déficit de atención y trastorno del funcionamiento cognoscitivo global. La instauración es relativamente aguda y el curso fluctuante. Las causas subyacentes son numerosas, mayoritariamente patología médica y efectos adversos de medicaciones.

Sujetos y método: Se presenta un estudio transversal y descriptivo de 62 pacientes atendidos por una Unidad de Psiquiatría de Enlace de un Hospital General que fueron diagnosticados de delirium según criterios ICD-10 a lo largo de un año. Se analizan variables demográficas, médicas y psiquiátricas.

Resultados: La prevalencia de delirium en nuestro Hospital fue del 0,2%. No se hallaron diferencias significativas en cuanto al sexo de los pacientes. La media de edad correspondía a 64,46 años. Los servicios que más interconsultas realizaron fueron Cirugía General (19,4%) y Medicina Interna (17,7%). El diagnóstico médico más frecuente fue el de cáncer (25%) y fallo respiratorio (15,9%). El tratamiento psiquiátrico más pautado fue haloperidol. La impresión clínica del estado de los pacientes fue catalogado como grave en la mayoría y un 23,9% de ellos fallecieron.

Conclusión: Los resultados apoyan que este diagnóstico se presenta con mayor frecuencia en pacientes con cáncer e insuficiencia respiratoria, y que se asocia a mortalidad en una cuarta parte de los pacientes. Además, este estudio sugiere un incremento de los costes hospitalarios, dado que la estancia media se incrementa notablemente con respecto al resto de pacientes ingresados.

Palabras clave: Delirium. Epidemiología. Psiquiatría de Enlace. Hospital general.

Summary

Introducción: Delirium is an organic mental disorder defined as a confusional state, attention deficit and disorganized thinking, with a fluctuating course and acute development. Underlying causes are numerous, but the most common are multiple medical problems and drug side effects.

Subjects and method: We present a descriptive and transversal study of 62 inpatients with delirium diagnosis (ICD-10 criteria) attended by a Liaison Psychiatric Department in a General Hospital during a year. The data included demographic, somatic and psychiatric variables.

Results: The overall referral rate from the general hospital was 0.2%. No significant differences, were found in sex distribution. The age average was 64.46 years. The majority of patients were referred by Surgery (19.4%) and Medicine (17.7%). The most common medical diagnosis was cancer (25%) and respiratory failure (15.9%). Haloperidol was the most frequent psychiatric treatment. The greatest number of referred patients were included in the serious medical state and the 23.9% of patients with delirium diagnosis deceased.

Conclusion: Data supports the statement that delirium is most often found in hospitalized patients with a diagnosis of cancer and respiratory failure, and that this diagnosis is associated with mortality in a high proportion. Furthermore, this study suggest an increase in cost-containment since the average stay are increased in comparison with the rest of hospitalized patients.

Key words: Delirium. Epidemiology. Liaison-Psychiatry. General Hospital.

El delirium es un síndrome orgánico cerebral agudo caracterizado por una fluctuación del nivel de conciencia y una desorientación progresiva, que suele estar asociado con dificultades cognoscitivas, alteraciones del curso y contenido del pensamiento, de la sensopercepción (ilusiones o alucinaciones visuales) y de la psicomotricidad (agitación o inquietud psicomotriz). La mayoría

de cuadros presentan un inicio agudo, un curso fluctuante, habitualmente es reversible en días o semanas al remitir la causa que lo provocó (1-3). Aunque no se conoce con precisión su fisiopatología, su presentación traduce una alteración de la función cerebral secundaria a causas tóxicas, metabólicas, anóxicas, infecciosas o neurológicas (4). Puede ocurrir a cualquier edad, pero es

muestra estudiada se compone de un total de 62 pacientes.

Las variables analizadas en este estudio se obtuvieron a partir de los datos recogidos en las fichas clínicas de cada paciente, que habían sido cumplimentadas por el psiquiatra que atendía al paciente tras su primera visita, y completados en el momento del alta médica. Dichas variables fueron número de interconsultas, edad, sexo, servicio solicitante, diagnóstico médico, estancia hospitalaria, número de visitas, antecedentes psiquiátricos, grado de incapacidad por la enfermedad de base, tratamiento, y estado al alta.

El análisis estadístico se realizó de forma descriptiva mediante el programa estadístico SPSS versión 7.0 para Windows. La comprobación de la normalidad de las variables cuantitativas se realizó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las medidas de tendencia central y dispersión utilizadas para las variables cuantitativas fueron la mediana y percentiles 25 y 75 para aquellas variables que no cumplían criterios de normalidad (como la estancia o el número de visitas efectuadas), y la media y desviación estándar para variables normales (edad).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en nuestro estudio fueron los siguientes (tabla I)

Número de interconsultas. El número de interconsultas en las que se realizó un diagnóstico de delirium ($n=62$) representa un 7,9% del total de pacientes atendidos a lo largo del año por la Unidad de Interconsulta ($n=790$) y un 0,2% del global de pacientes ingresados en las salas del hospital que solicitaron alguna interconsulta ($n=35,851$; datos extraídos de la Memoria Asistencial del Hospital Clínic, 1999) (13).

Edad. La edad media fue de 64,46 años ($DE=17,52$).

Sexo. Con respecto al género hubo un ligero predominio para el sexo masculino (59,7% hombres).

Servicio solicitante. El servicio que más interconsultas realizó fue Cirugía General (19,4%), seguido de Medicina Interna (17,7%) y Neumología (11,3%). En proporción con los pacientes atendidos por cada especialidad según la memoria del hospital, las salas que más solicitaron interconsulta psiquiátrica fueron Cirugía General (0,8%), seguido de Neumología y MDI en similar proporción (0,3%).

Diagnóstico médico. El diagnóstico mayoritario fue el de neoplasia (25%), seguido de insuficiencia respiratoria (15,9%) y cardiopatía (9,1%).

Estancia hospitalaria. La mediana de días de ingreso hasta la petición de interconsulta fue de siete días ($P25:4$; $P75:13,25$), y desde la petición al alta médica de 7,5 días ($P25:3$; $P75:16$). La estancia mediana global fue de 17,5 días ($P25:10$; $P75:27$). Para el resto de diagnósticos psiquiátricos, la mediana de estancia global fue de 12 días ($P25:8$; $P75:20$).

Número de visitas. La mediana de visitas realizadas por la Unidad de Psiquiatría de Enlace fue de dos visitas

($P25:2$; $P75:9$), que representa un porcentaje mayor que para el resto de diagnósticos (mediana de dos visitas, $P25:1$; $P75:4$).

Antecedentes psiquiátricos. En el 35,4% de los pacientes constaban antecedentes psiquiátricos personales, de los cuales 11% correspondían a trastornos afectivos, 8,1% deterioro cognitivo no especificado, 8,1% consumo de sustancias, trastornos psicóticos en el 6,5% y 1,6% trastorno de pánico.

Grado de incapacidad por la enfermedad de base. La incapacidad fue catalogada como extrema en un 18,4%, importante en un 42,1%, moderada en un 10,5%, y sin incapacidad en un 28,9%.

Tratamiento. El tratamiento pautado fue haloperidol en el 74,1%, seguido de clometiazol en el 8,1%; BDZ en el 8,1%, risperidona en el 6,5% y trazodona en el 1,6%. En un 1,6% no se prescribió tratamiento farmacológico.

Estado al alta. Un 23,9% de los pacientes fallecieron. Se produjo una mejoría completa en un 19,6%, y sólo parcial en un 34,8%.

DISCUSIÓN

De los resultados de este estudio destacan diversos aspectos.

En nuestro trabajo, el porcentaje de delirium representa un 0,2% del total de pacientes ingresados en todas las salas del hospital que nos solicitaron alguna interconsulta. En contraste, diversas investigaciones coinciden en que la prevalencia de delirium en un Hospital General es mucho mayor, y que oscila entre el 10 y el 30% (5, 9, 14, 15). Esta notable discrepancia puede ser debida a varias razones. Por una parte, porque el síndrome de delirium suele ser infradiagnosticado, y por lo tanto, probablemente infraestimado en nuestro estudio. A ello suele contribuir la escasa intensidad de la clínica en algunos casos, la rápida remisión del cuadro, o el desconocimiento de sus características por algunos especialistas no psiquiatras. Además, muchos pacientes afectados de delirium son tratados por el propio especialista del servicio médico y no se recurre al médico psiquiatra. Ello sugiere que la prevalencia real de delirium es mayor que la encontrada en nuestro estudio, y que estaría más cercana a la estimada por los trabajos referidos (5, 9, 14, 15). Una estimación más precisa podría obtenerse a través de la realización de estudios prevalencia-día. Actualmente está en curso en nuestra unidad un estudio de este tipo.

Respecto a la edad, está claramente demostrado que la probabilidad de presentar delirium es mayor en pacientes de edad avanzada (10, 16, 17, 18, 19, 20), y principalmente con algún grado de deterioro cognitivo (21). En nuestro estudio la edad media fue de 64,4 años. Aunque el desconocimiento de la edad media de la población global hospitalizada nos ha impedido realizar un análisis comparativo, es probable que la edad de los pacientes con delirium sea mayor al de aquella población.

En concordancia con la mayoría de trabajos publicados en la literatura (9, 22), nuestro estudio tampoco en-

cuentra diferencias relevantes en el predominio de delirium respecto al sexo.

En nuestro estudio la solicitud de interconsulta por delirium fue principalmente de las áreas quirúrgicas. Estos resultados concuerdan con la elevada prevalencia de delirium (51%) encontrada en enfermos postoperatorios (23), y con el hallazgo de ser el diagnóstico psiquiátrico más frecuente en las Unidades de Cuidados Intensivos quirúrgicas en contraste con las respiratorias y coronarias, donde predominan los diagnósticos de ansiedad o depresión (24).

El diagnóstico médico mayoritario fue el de cáncer. La prevalencia de delirium en pacientes afectos de cáncer también se ha encontrado elevada en otros estudios, en torno al 25% (25, 26). Destaca que sólo en dos pacientes con SIDA se solicitó interconsulta psiquiátrica en nuestro estudio, siendo esta asociación frecuente según la literatura (27). Este reducido número de interconsultas en el subgrupo de pacientes con SIDA puede ser explicado porque el diagnóstico y tratamiento de esta infección es más precoz, la progresión a fases avanzadas de la enfermedad más lenta, y porque los trastornos mentales orgánicos en pacientes infectados por el VIH se asocian a estadios avanzados de la enfermedad (28).

La estancia de los pacientes que fueron diagnosticados de delirium fue considerablemente menor a la global hospitalaria en el año 1999 (mediana= 17,5 días en delirium versus media= 7 días en el hospital general). Este hallazgo concuerda con el incremento en la estancia de pacientes con delirium encontrado en diversos estudios (10, 29). Además, la mediana de visitas realizadas por el psiquiatra durante el tiempo de ingreso fue también superior a la realizada a pacientes diagnosticados de otra patología (3 visitas versus 2 respectivamente). Esta mayor utilización de servicios hospitalarios supone un incremento de los costes ya demostrado por algunos autores (30), y sugieren que un diagnóstico precoz favorecería la disminución del gasto sanitario que genera este síndrome.

Aunque en nuestro estudio el 35,4% de los pacientes presentaba antecedentes psiquiátricos, hay que tener en cuenta que casi la mitad corresponden a deterioro cognitivo y consumo de tóxicos, ambos factores de vulnerabilidad para este trastorno (21, 22). Hasta el momento no se ha encontrado asociación entre variables de personalidad u otros trastornos psiquiátricos con la vulnerabilidad al delirium (31, 32). No obstante, el tratamiento neuroléptico o antidepressivo, por sus efectos tóxicos o anticolinérgicos, puede favorecer la aparición del cuadro (33, 34).

El grado de incapacidad basada en la impresión clínica del psiquiatra fue de gravedad (extrema o importante) en el 68,5% de los casos, lo cual refleja que estos cuadros suelen aparecer principalmente en pacientes con estado físico comprometido (35, 36).

Los antipsicóticos son el tratamiento sintomático de elección del delirium, habiéndose demostrado una superioridad clínica frente a otros fármacos como las benzodiacepinas (37, 38, 39). No obstante, es obvio que el

diagnóstico y tratamiento etiológico es prioritario en el manejo de este cuadro. En nuestro estudio destaca que a tres cuartas partes de los pacientes se les pautó haloperidol. Aunque en las guías clínicas de este hospital el clometiazol se recomienda en los casos de delirium que no presentan alteraciones sensorio-perceptivas, ideación delirante o agitación psicomotriz, solamente un 8,1% recibieron este tratamiento. Este bajo porcentaje puede ser explicado por el hecho que los pacientes afectos de delirium tremens, en los que se utiliza principalmente este fármaco, son atendidos por la Unidad de Alcoholología. El clometiazol presenta la ventaja de no provocar efectos extrapiramidales, que en ocasiones pueden interferir con el diagnóstico etiológico (40). El tratamiento con BDZ del delirium es infrecuente en nuestro servicio. Recientemente se están ensayando los neurolépticos atípicos como la risperidona por la menor incidencia en efectos secundarios (41, 42). En nuestra Unidad se ha iniciado un estudio con risperidona versus haloperidol en estos pacientes (43).

Según las investigaciones actuales la recuperación completa del delirium es infrecuente en el momento del alta hospitalaria (44). Además, disminuye en la población anciana, en la que con frecuencia persisten deficiencias cognitivas tras un episodio de delirium (45). Ello concuerda con nuestro estudio, en el que la mejoría completa se produjo sólo en un 19,6% de los casos, y la mejoría parcial en un 34,8%.

Diversos estudios coinciden en que la tasa de mortalidad de estos pacientes es elevada (35, 36). En nuestro estudio, casi la cuarta parte de los pacientes con delirium habían fallecido en el momento del alta. Estos datos son coherentes con un estudio similar de Trzepacz et al, que encuentran en una muestra de 77 pacientes diagnosticados de delirium en un hospital general, 19 (25%) murieron en seis meses (9).

CONCLUSIÓN

El delirium es un trastorno frecuente en pacientes hospitalizados. Se ha descrito una gran variación en cuanto a la prevalencia de este diagnóstico en diversos estudios. En nuestro trabajo los pacientes con delirium representaron un 8% de las interconsultas psiquiátricas hospitalarias y un 0,2% del total de pacientes ingresados. No obstante, la prevalencia real en nuestro medio es probablemente mayor. En concordancia con otros estudios no se encontraron diferencias respecto al sexo, y la estancia media fue notablemente mayor a la del resto de pacientes ingresados en el hospital. Este diagnóstico se asoció predominantemente al diagnóstico de cáncer, insuficiencia respiratoria, y el tratamiento sintomático pautado preferentemente fue el haloperidol. El 23,9% de estos pacientes fallecieron durante el ingreso. Este trabajo sugiere que un diagnóstico etiológico y tratamiento precoz del delirium puede suponer la prevención y reducción de la morbilidad y mortalidad asociada a este cuadro, así como una disminución de los costes hospitalarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lindsay J. The concept of delirium. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999;10:310-4.
2. Liptzin B. Delirium. *Arch Fam Med* 1995;4:453-8.
3. Murphy BA. Delirium. *Emerg Med Clin North Am* 2000;18:243-52.
4. Trzepacz PT. The neuropathogenesis of Delirium. *Psychosomatics* 1994;35:374-91.
5. Francis J, Kapoor WN. Delirium in hospitalized elderly. *J Gen Intern Med* 1990;5:65-79.
6. Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry: an overview. *Am J Psychiatry* 1974;13:623-30.
7. Lipowski ZJ, Wolston EJ. Liaison psychiatry: Referral patterns and their stability over time. *Am J Psychiatry* 1981;138:1608-11.
8. Lipowski ZJ. Delirium (acute confusional states). *JAMA* 1987;258:1789-92.
9. Trzepacz PT, Teague G, Lipowski Z. Delirium and other organic mental disorders in a general hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 1985;7:101-6.
10. Francis J, Martin D, Kapoor WN. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *JAMA* 1990;263:1097-101.
11. Trzepacz PT. Update on the neuropathogenesis of delirium. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2000;10:330-4.
12. The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Organización Mundial de la Salud; 1993.
13. Memoria 1999. Fundació Clinic-IDIBAPS. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer. Barcelona. Corporació Sanitària Clinic.
14. Bucht G, Gustafson Y, Sandberg O. Epidemiology of delirium. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999;10:315-8.
15. Fann JR. The epidemiology of delirium: a review of studies and methodological issues. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2000;5:64-74.
16. Lipowski ZJ. Delirium in the elderly patient. *N Engl J Med* 1989;320:578-82.
17. Rockwood K. Acute confusion in elderly medical patients. *J Am Geriatr Soc* 1989;37:150-4.
18. Jitapunkul S, Pillay I, Ebrahim S. Delirium in newly admitted elderly patients: a prospective study. *Q J Med* 1992;300:307-14.
19. Schor J, Levkoff S, Lipsitz L. Risk factors for delirium in hospitalized elderly. *JAMA* 1992;267:827-39.
20. Sumner A, Simons R. Delirium in the hospitalized elderly. *Cleveland Clinic J Med* 1994;61:258-62.
21. Lázaro L, Marcos T, Cirera E, Pujol J. Delirium in an elderly population admitted at a general hospital. *Med Clin* 1995;104:329-33.
22. Inouye SR. The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. *Am J Psychiatry* 1994;97:278-88.
23. Tune LE. Post-operative delirium. *Int Psychogeriatr* 1991;3:325-32.
24. Pollack MH, Labbate LA, Stern TA. Recognition and treatment of anxiety in the ICU patient. En: Rippe JM, Irwon RS, Fink MP, Cerra FB, eds. *Intensive Care Medicine*. New York: Chorpensing-Stuart; 1996. p. 2497-506.
25. Stiefel E, Holland J. Delirium in cancer patients. *Int Psychogeriatr* 1991;3:333-6.
26. Massie MJ, Holland J, Glass E. Delirium in terminally ill patients. *Am J Psychiat* 1983;140:1048-50.
27. Uldall KK, Harris VL, Lalonde B. Outcomes associated with delirium in acutely hospitalized acquired immune deficiency syndrome patients. *Compr Psychiatry* 2000;41:88-91.
28. Perry S. Organic mental disorders caused by HIV: update on early diagnosis and treatment. *Am J Psychiatry* 1990;147:696-710.
29. Kane FJ, Rimmell R, Moody S. Recognizing and treating delirium in patients admitted to a general hospital. *South Med J* 1993;86:985-8.
30. Thomas R, Cameron D, Fahs M. A prospective study of delirium in hospitalized and prolonged hospital stay. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:937-40.
31. Lipowski ZJ. *Delirium: Acute Brain Failure in Man*. En: Thomas CC, ed. Illinois, Springfield; 1980.
32. Dubin WR, Field NL, Gastfriend DR. Postcardiotomy delirium: A critical review. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1979;77:586-94.
33. Brown TM. Drug-induced delirium. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2000;5:113-24.
34. Koponen HJ, Riekkinen PJ. A prospective study of delirium in elderly patients admitted to a psychiatry hospital. *Psychol Med* 1993;3:103-9.
35. Rössler W, Hewer W, Fätkenheuer B, Löffler W. Excess mortality among elderly psychiatric in-patients with organic mental disorder. *Br J Psychiatry* 1995;167:527-32.
36. Weddington WW. The mortality of delirium: an underappreciated problem? *Psychosomatics* 1982;23:1232-5.
37. Breitbart W, Marotta R, Platt MM, Weisman H, Derevenco M, Grau D, et al. A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. *Am J Psychiat* 1996;153:231-7.
38. Katherine A, Hesse, MD, Ann Driscoll MPH, Susann Jacobson MS. Neuroleptic prescription for acutely ill geriatric patients. *Arch Intern Med* 1993;153:2582-7.
39. Michael J, Tueth MD, Josepha A, Cheong MD. Delirium: Diagnosis and treatment in the older patient. *Geriatrics* 1993;48:75-80.
40. Burns AM, Shelly MP, Park GR. The use of sedative agents in critically ill patients. *Drugs* 1992;43:507-15.
41. Kiraly SJ, Gibson RE, Ancill RJ, Holliday SG. Treatment response in adult and geriatric patients. *Int J Psychiatry Med* 1998;28:255-63.
42. Sipahimalani A, Sime RM, Masannd PS. Treatment of delirium with risperidone. *Int J Geriatr Psychopharmacol* 1997;1:24-6.
43. De Pablo J, Parellada E. Seguridad y efectividad de risperidona en el tratamiento de los síntomas asociados

- al delirium. Protocolo de estudio observacional. Barcelona: Hospital Clínic; 2000.
44. Levkoff SE, Marcantonio ER. Delirium: a major diagnostic and therapeutic challenge for clinicians caring for the elderly. *Compr Ther* 1994;20:550-7.
 45. Rocckwood KK. The occurrence and duration of symptoms in elderly patients with delirium. *J Gerontol* 1993;48:162-6.

Correspondencia:

Joan de Pablo Rabasso
Unidad de Psiquiatría de Enlace
Instituto de Psiquiatría y Psicología Médica
Roselló, 140
08006 Barcelona
E-mail: JDEPABLO@clinic.ub.es