

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Grado en Medicina

Prevalencia y factores de riesgo del síndrome
confusional agudo en pacientes mayores hospitalizados
en Medicina Interna

Autora:

Isabel Leonor Suárez Fernández

Directora:

Dra. Clara Sánchez Parra

Murcia, Mayo de 2024

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Grado en Medicina

Prevalencia y factores de riesgo del síndrome
confusional agudo en pacientes mayores hospitalizados
en Medicina Interna

Autora:

Isabel Leonor Suárez Fernández

Directora:

Dra. Clara Sánchez Parra

Murcia, Mayo de 2024

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO

DEFENSA TRABAJO FIN DE GRADO

DATOS DEL ALUMNO	
Apellidos: SUÁREZ FERNÁNDEZ	Nombre: ISABEL LEONOR
DNI: 23306394 B	Grado de MEDICINA
Facultad de MEDICINA	
Título del trabajo: "Prevalencia y factores de riesgo del síndrome confusional agudo en pacientes mayores hospitalizados en Medicina Interna"	

La Dra. Clara Sánchez Parra, tutora del trabajo reseñado arriba, acredita su idoneidad y otorga el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia, a 16 de mayo de 2024

Fdo.:

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi tutora y directora, Clara Sánchez Parra, por su orientación y apoyo constante para la realización de este trabajo. En su entrega y dedicación a los pacientes he encontrado una valiosa fuente de inspiración para la médico que aspiro a ser.

Al Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca, por acogerme tan cálidamente y permitirme aprender de vuestro lado la importancia del cuidado integral de nuestros pacientes.

A mi madre, por creer firmemente en mí y ayudarme a encontrar mi camino. A mi tía Luisa, por su apoyo incondicional. A mi hermana, por estar siempre ahí. A mi abuelo Miguel, por su cariño y sabios consejos.

Y por supuesto, a mi abuela Isabel, quien inspira este trabajo y a quien llevo y llevaré presente siempre que vista mi bata blanca.

ABREVIATURAS

- SCA: Síndrome Confusional Agudo.
- DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición.
- ITU: Infección del tracto urinario.
- MMSE: Mini Examen del Estado Mental.
- CAM: Confusion Assessment Method.
- VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.
- LCR: Líquido cefalorraquídeo.
- EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- SAHS: Síndrome de apnea-hipopnea del sueño
- CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión.
- DE: Desviación estándar.
- RIC: Rango intercuartílico.
- ACV: Accidente cerebrovascular.
- NICE: National Institute for Health and Care Excellence.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	9
ABREVIATURAS.....	11
RESUMEN	17
PALABRAS CLAVE.....	17
ABSTRACT.....	19
KEY WORDS	19
1. INTRODUCCIÓN.....	21
1.1 Concepto	21
1.2 Epidemiología	22
1.3 Factores de riesgo	23
1.4 Diagnóstico	24
1.4.1 Diagnóstico diferencial	25
1.5 Evolución / pronóstico	26
1.6 Tratamiento: Manejo del SCA	27
1.7 Justificación	28
2. OBJETIVOS.....	29
2.1. Objetivo principal.....	29
2.2 Objetivos secundarios.....	29
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	31
3.1 Diseño.....	31
3.2 Criterios de inclusión y de exclusión	31
3.3 Fuentes de información	32
3.4 Variables del estudio	32
3.5 Realización del estudio : Procedimiento	33

3.6 Procesamiento de datos	33
4. RESULTADOS	35
4.1 Delirium	35
5. DISCUSIÓN	37
6. CONCLUSIONES	43
7. BIBLIOGRAFÍA	45
FIGURAS	49
TABLAS.....	51
ANEXO I: CONFORMIDAD COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN....	55

ÍNDICE DE ELEMENTOS GRÁFICOS

FIGURAS

Figura 1. Área III de Salud del Sistema Murciano de Salud.

Figura 2. Motivos de ingreso de los pacientes que presentaron delirium.

TABLAS

Tabla 1. Motivos principales de ingreso.

Tabla 2. Diferencias de los pacientes según presentaran delirium o no.

RESUMEN

Introducción: El delirium constituye una condición clínica frecuente en los pacientes ancianos durante el ingreso hospitalario. Su identificación precoz resulta esencial, ya que su desarrollo sin un manejo adecuado puede condicionar un peor pronóstico tanto a corto como a largo plazo.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de delirium en pacientes mayores ingresados en la unidad de hospitalización de medicina interna del Hospital Rafael Méndez, analizando las posibles diferencias en cuanto a características sociodemográficas y clínicas entre los pacientes con y sin delirium.

Materiales y método: Estudio transversal realizado el 4 de abril de 2024 en el que se incluyeron 47 pacientes mayores de 65 años hospitalizados por patología médica en la sección de medicina interna. Se revisaron los informes de ingreso y notas de evolución diarias para la identificación de aquellos pacientes con delirium así como la obtención de las variables a estudio.

Resultados: De los 47 pacientes, 27 eran mujeres (57,4%). La media de edad de la muestra fue de 82,6 años, siendo el 66,0% de la muestra igual o mayor de 80 años. En el momento de la valoración presentaban delirium 16 (34%) pacientes, mostrando una presentación clínica hiperactiva en 9 de los pacientes (56,3%) y en los otros 7 (43,8%), hipoactiva. Se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con y sin delirium en cuanto a edad ($p= 0.006$), deterioro cognitivo previo ($p= < 0,001$), capacidad funcional basal ($p= < 0,001$) y antecedentes de accidente cerebrovascular ($p= < 0,001$).

Conclusiones: El porcentaje de pacientes mayores ingresados en una unidad de medicina interna que presentan delirium es elevado, siendo más frecuente en aquellos de mayor edad, con deterioro cognitivo previo, peor capacidad funcional basal y/o antecedentes de accidente cerebrovascular. En estos pacientes deben incrementarse las medidas preventivas.

PALABRAS CLAVE:

Delirium. Anciano. Medicina interna. Demencia. Funcionalidad.

ABSTRACT

Background: Delirium is a common clinical condition in elderly patients during hospital admission. Early identification is crucial, as delirium development without appropriate treatment may result in a worse prognosis both in the short and long term.

Objectives: To study the prevalence of delirium in elderly patients admitted to the internal medicine hospitalization unit of the Rafael Méndez Hospital, analyzing the possible differences in terms of sociodemographic and clinical characteristics between patients with and without delirium.

Materials and methods: A transversal study was conducted on April 4, 2024 in which 47 patients over 65 years old hospitalized due to medical pathology in the internal medicine section were included. Admission reports and daily evolution notes were reviewed to identify those patients with delirium and to obtain the study variables.

Results: Out of the 47 patients, 27 were women (57.4%). The mean age of the sample was 82.6 years, with 66.0% of the sample being 80 years or older. At the time of assessment, 16 (34%) patients had delirium, with hyperactive clinical manifestation in 9 patients (56.3%) and hypoactive in the other 7 (43.8%). Significant differences were found between patients with and without delirium in terms of age ($p= 0.006$), previous cognitive impairment ($p= < 0.001$), baseline functional capacity ($p= < 0.001$) and history of stroke ($p= < 0.001$).

Conclusions: The percentage of elderly patients admitted to an internal medicine unit presenting delirium is high, being more frequent in those of older age, with previous cognitive impairment, worse baseline functional capacity and/or history of stroke. Preventive measures should be increased in these patients.

KEY WORDS

Delirium. Aged. Internal medicine. Dementia. Functional Status.

1. INTRODUCCIÓN

El Delirium o Síndrome Confusional Agudo (SCA) constituye uno de los trastornos neurocognitivos con mayor prevalencia en el paciente anciano ¹. Reconocido desde hace décadas, sigue representando un desafío clínico significativo debido a su complejidad en la identificación, evaluación y manejo.

El envejecimiento poblacional conlleva un importante aumento de personas mayores con patologías crónicas que requieren de una atención integral, tanto en Atención Primaria como a nivel hospitalario. A este respecto, es imprescindible que todo médico realice un adecuado enfoque diagnóstico-terapéutico, ya que el desarrollo de delirium en los pacientes ingresados se ha asociado a un incremento en la morbimortalidad, prolongando la estancia hospitalaria y aumentando el coste sanitario ². Por ello, comprender la prevalencia y factores de riesgo asociados al desarrollo de delirium en pacientes hospitalizados resulta fundamental para la mejora de la atención y manejo clínico de estos pacientes.

1.1. CONCEPTO

El DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición) clasifica al delirium o síndrome confusional agudo dentro de los trastornos neurocognitivos. Para su diagnóstico, describe cinco criterios fundamentales ³:

- A) Alteración de la atención (capacidad reducida para dirigir, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno).
- B) La alteración aparece en poco tiempo (generalmente unas horas o pocos días), constituyendo un cambio con respecto a la atención o conciencia iniciales. La gravedad de esta tiende a fluctuar a lo largo del día.
- C) Una alteración cognitiva adicional (p.ej déficit de memoria, del lenguaje, orientación, percepción, etc.)

- D) Las alteraciones de los criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.
- E) Durante la anamnesis, exploración física o análisis clínicos se obtienen datos indicando que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra patología médica, intoxicación o abstinencia por una sustancia, exposición a una toxina o se debe a varias patologías.

Según su forma de presentación predominante, se distinguen tres subtipos ³:

- Delirium hiperactivo: agitación, humor lábil o rechazo a la cooperación con su asistencia médica.
- Delirium hipoactivo: estado de letargo, somnolencia y apatía próximos al estupor.
- Delirium mixto: nivel normal de actividad psicomotora pese a que la atención y la percepción se encuentran alteradas o cuyo nivel de actividad fluctúa rápidamente.

Otros síntomas que apoyan el diagnóstico son las alteraciones del ciclo de sueño-vigilia y/o del estado emocional, predominando en horario nocturno y en situaciones de ausencia de estímulos ambientales ³.

1.2. EPIDEMIOLOGÍA:

En la población general, el SCA tiene una baja prevalencia, siendo del 0.4% en adultos mayores a 18 años y del 1,1% en mayores de 55 años ⁴. Sin embargo, a nivel hospitalario, se trata del motivo de ingreso en un 10-20% de los casos y entre un 10-30% de los pacientes ingresados lo desarrollará durante su estancia en el hospital ⁴. Su prevalencia aumenta con la edad, siendo hasta del 40% en pacientes hospitalizados mayores de 65 años ⁴.

1.3. FACTORES DE RIESGO:

Al ser una patología potencialmente prevenible es fundamental identificar las causas que pueden desencadenarlo. Generalmente de etiología multifactorial, intervienen tanto factores predisponentes, entre los que se incluye la propia hospitalización, como precipitantes.

- ***Factores predisponentes*** ⁵:

- Edad superior a 65 años.
- Sexo masculino.
- Deterioro cognitivo previo (demencia, delirium previo, depresión).
- Pobre capacidad funcional basal
- Deterioro de la capacidad visual y/o auditiva,
- Deshidratación, malnutrición
- Polifarmacia
- Fármacos psicoactivos.
- Comorbilidades: enfermedad renal crónica, enfermedad hepática, accidente cerebrovascular previo, patología neurológica de base, alteraciones metabólicas o estado terminal.

- ***Factores desencadenantes más frecuentes*** ⁴:

- Infecciones (ITU, Neumonía)
- Fármacos (administración/deprivación de psicotrópicos, anticolinérgicos).
- Patología neurológica primaria (accidente cerebrovascular, meningitis)
- Alteraciones hidroelectrolíticas.
- Dolor no controlado.
- Restricciones físicas
- Iatrogenia secundaria a distintos procedimientos durante el ingreso.

1.4. DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico del SCA es clínico (DSM-V). Dado el inicio agudo y curso fluctuante de los síntomas como características diferenciales clave, resulta imprescindible conocer la función cognitiva basal.

Se recomienda realizar un cribado de factores de riesgo del desarrollo de delirium a todos los pacientes mayores que ingresan en el hospital o en unidades de cuidados de larga estancia mediante un sencillo examen cognitivo como el Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Si hay cambios en la función cognitiva, nivel de atención, funcionalidad o comportamiento en aquellos en riesgo, se debe proceder a un examen más exhaustivo teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-V o mediante la herramienta Confussion Assessment Method (CAM) para la confirmación del diagnóstico ⁶.

Tras su diagnóstico es fundamental identificar las causas subyacentes con el objetivo de instaurar un tratamiento precoz, tanto etiológico como sintomático. La historia clínica y pruebas complementarias irán dirigidas a descartar procesos infecciosos, alteraciones metabólicas, cardiovasculares, pulmonares o neurológicas principalmente ¹.

- **HISTORIA CLÍNICA:**
 - Anamnesis dirigida: Entrevistar a familiares/cuidadores sobre cambios en el comportamiento o funcionalidad. Fármacos y/o suplementos naturales que puedan interaccionar o iniciados recientemente, sedantes. Hábito enólico.

- Situación basal: Valorar deterioro cognitivo, funcionalidad, alteraciones sensoriales, etc.
- Constantes vitales: Temperatura, saturación de oxígeno, glucemia capilar.
- Exploración física: signos de deshidratación, trombosis venosa profunda, infección, retención de orina, impactación fecal... Descartar focalidad neurológica y signos meníngeos.
- Exploración cognitiva. Incluyendo la herramienta CAM.
- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
 - Analítica: hemograma, coagulación, bioquímica con función renal, electrolitos, perfil hepático, pruebas de función tiroidea.
 - Serologías: lúes, VIH...
 - Gasometría arterial/venosa.
 - Orina: sedimento y urocultivo.
 - Análisis toxicológico en sangre y orina.
 - Radiografía de tórax.
 - Electrocardiograma.
 - Según sospecha clínica:
 - Punción lumbar si sospecha de meningitis, encefalitis...
 - TAC o RM craneal ante sospecha de proceso intracraneal (ictus, por ejemplo).
 - Cultivos de sangre, orina y LCR ante sospecha de infección.
 - Concentraciones de folato y vitamina B12, si etilismo crónico.
 - Electroencefalograma, en pacientes seleccionados para descartar trastornos convulsivos.

1.4.1. Diagnóstico diferencial

Delirium frente a demencia

Es frecuente que el delirium y la demencia coexistan en un mismo paciente. Entre un 24 y 89% de los pacientes ancianos con demencia ingresados por diversos procesos desarrollan SCA ⁶. Esta complicación ha demostrado un empeoramiento del deterioro cognitivo a largo plazo, prolongación del ingreso, así como mayores tasas de reingreso, institucionalización y exitus ⁷. Ante estas implicaciones pronósticas, es de gran importancia la distinción de ambas entidades. La demencia suele iniciarse de manera insidiosa y la atención y consciencia no suelen verse afectadas, con una evolución más estable una vez instaurada ⁶.

Delirium frente a depresión

La depresión puede confundirse con la forma hipoactiva del delirium (enlentecimiento del curso de pensamiento, la disminución de la concentración o la alteración de la memoria), sin embargo, su presentación es insidiosa y el nivel de consciencia no se encuentra afectado ⁶.

Delirium frente a psicosis

Algunos episodios maníacos o brotes psicóticos en pacientes con esquizofrenia pueden presentar una conducta tan extremadamente desorganizada que resulte difícil su distinción del delirium. Las alucinaciones en la esquizofrenia son típicamente auditivas, predominando las visuales en el caso del delirium. De nuevo, estos pacientes no suelen presentar alteraciones en el nivel de consciencia o atención ⁴.

1.5. EVOLUCIÓN/PRONÓSTICO

Si la identificación y corrección del factor causal es precoz, el delirium normalmente es transitorio y reversible, resolviéndose en 3 a 7 días ⁴.

El delirium se asocia con un aumento de la morbimortalidad ⁴. Constituye un factor de riesgo independiente para el desarrollo de demencia, así como

para la institucionalización, relacionándose con un importante deterioro de la funcionalidad ⁶. En ancianos hospitalizados, incluso meses después de haber transcurrido el cuadro, se estima una mortalidad entre un 10% y 26% entre los pacientes con diagnóstico de delirium al ingreso, ascendiendo hasta un 22%-76% en aquellos que lo desarrollan durante la estancia hospitalaria ⁴.

1.6. TRATAMIENTO: MANEJO DEL SCA.

Si bien es cierto es fundamental su identificación precoz y abordaje etiológico, una vez este se ha desarrollado los cuidados de soporte y rehabilitadores suponen una pieza clave en su manejo. Es imprescindible monitorizar las constantes vitales, asegurar una adecuada nutrición e hidratación y la vía aérea, protegiendo de la broncoaspiración. Se debe promover la movilidad del paciente con precaución para evitar caídas, así como establecer ciclos de sueño adecuados ⁶. Medidas ambientales que permitan la adecuación al entorno como una buena iluminación, objetos que le permitan orientarse y evitar el exceso de ruido son también recomendables ⁴. El uso de restricciones físicas debería limitarse a aquellos casos en los que la agitación del paciente suponga un riesgo lesivo o impida la administración de tratamiento, ya que se ha asociado a una prolongación del delirium, empeoramiento de la agitación y aumento de complicaciones ⁶. Resulta importante disminuir la dosis o retirar fármacos anticolinérgicos y psicoactivos, un adecuado control del dolor, junto al apoyo familiar para la reorientación y confort ¹.

El uso de antipsicóticos debe reservarse a formas hiperactivas o mixtas donde la agitación psicomotora ponga en riesgo la propia seguridad del paciente o de los profesionales sanitarios; no parece demostrar beneficio en cuanto a duración o severidad del cuadro ⁷. Son de elección la olanzapina o el haloperidol, en un periodo máximo de una semana a la dosis mínima eficaz ⁶.

1.7. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo explorar la prevalencia del delirium en una planta de hospitalización de Medicina Interna, analizando también los factores de riesgo que pueden influir en su aparición, con el fin, en proyectos futuros, de tratar de implementar diferentes estrategias preventivas que contribuyan a disminuir la morbimortalidad asociada al SCA y mejorar así la atención de estos pacientes.

2. OBJETIVOS:

2.1 Objetivo principal

Conocer la prevalencia de delirium reportado en pacientes mayores de 65 años ingresados en una unidad de hospitalización de medicina interna por patología médica.

2.2 Objetivos secundarios

- Describir las características clínicas y sociodemográficas de dichos pacientes.
- Analizar los factores de riesgo determinantes del desarrollo de SCA en pacientes mayores hospitalizados.

3. MATERIAL Y MÉTODOS.

3.1. Diseño

- Tipo de estudio: Se trata de un estudio epidemiológico observacional, descriptivo y transversal.
- Población a estudio: El estudio se realiza en el Hospital Universitario Rafael Méndez, ubicado en Lorca (Murcia). Este proporciona asistencia especializada a los habitantes del Área III de Salud de Murcia, que engloba los municipios de Águilas, Aledo, Lorca, Puerto Lumbreras y Totana, ascendiendo a un total de 172.630 habitantes (Figura 1). En la actualidad cuenta con 283 camas funcionantes⁸. El Servicio de Medicina Interna, incluye además las secciones de Cardiología, Neurología, Neumología, Aparato Digestivo, Nefrología y Reumatología, asumiendo un total de unas 140 camas diarias. De ellas, la mitad aproximadamente se encuentran a cargo de la sección de Medicina Interna.
- Muestra: personas mayores de 65 años ingresadas en la Sección de Medicina Interna del Hospital Universitario Rafael Méndez en Lorca.

3.2 Criterios de inclusión y de exclusión:

- Criterios de inclusión:

Se incluyen todos los pacientes mayores de 65 años que se encuentran ingresados en la sección de Medicina Interna por patología médica el día 4 de abril de 2024.

- Criterios de Exclusión:

- Pacientes con descompensación de patología neuropsiquiátrica previamente diagnosticada.
- Pacientes con enfermedad crónica en fase terminal, en agonía o coma.
- Pacientes con riesgo de presentar encefalopatía hepática.
- Pacientes con posible delirium tremens.
- Pacientes quirúrgicos ingresados en planta de Medicina Interna por falta de espacio en su servicio correspondiente y sin requerimientos de atención por especialistas en medicina interna.

3.3.- Fuentes de información.

- Historia clínica electrónica. A través del sistema informático del hospital se obtuvieron datos relacionados con las patologías más importantes de las personas mayores de 65 años ingresadas en Medicina Interna el 4.4.2024.

3.4.- Variables del estudio

3.4.1.- Sociodemográficas.

- Sexo: Varón/Mujer
- Edad.
- Lugar de residencia: Domicilio particular/ institucionalizado.
- Situación basal: Totalmente dependiente/ precisa ayuda para algunas actividades de la vida diaria/ totalmente independiente.

3.4.2.- Antecedentes personales:

- Existencia de deterioro cognitivo previo, demencia: Sí/No.
- Antecedentes de accidente cerebrovascular: Sí/No.
- Capacidad visual/auditiva alterada: Sí/No
- Número de fármacos prescritos previos al ingreso.
- Paciente crónico complejo: Sí/No
- Patologías crónicas: Hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, enfermedades cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arritmias, valvulopatías), neurológicas (fundamentalmente patología cerebrovascular), respiratorias (EPOC, asma, SAHS), renales (enfermedad renal crónica), digestivas, oncológicas y osteoarticular.

3.4.3.- Variables analíticas:

Se recogieron las determinaciones analíticas más recientes de:

- Hemoglobina
- Creatinina

- Urea
- Sodio

3.4.4.- Motivo de ingreso/diagnóstico:

Se agrupó siguiendo la codificación por la CIE-11 en:

Anemia / accidente cerebrovascular isquémico/ exacerbación asmática/ exacerbación EPOC/ endocarditis aguda o subaguda/ insuficiencia cardíaca descompensada/ infección urinaria/ insuficiencia renal aguda/ neoplasia/ neumonía/ osteomielitis/ úlceras por presión /otros diagnósticos.

3.5.- Realización del estudio: procedimiento.

- Aprobación del Comité de Investigación. Para poder llevar a cabo la investigación se solicitó permiso al Comité de Investigación de Área III de Salud (Lorca) para la ejecución del proyecto (Anexo 1).
- Recolección de datos. La recolección de datos se llevó a cabo exclusivamente a través de datos de la historia clínica electrónica, evaluando los informes de ingreso y notas de evaluación diarias de los pacientes.
- Aspectos éticos. Para desarrollar este trabajo se han tenido en cuenta los principios fundamentales de la bioética, respetándose los principios de confidencialidad y de anonimato (la información recogida no se usó para otros medios o fines fuera de la investigación, codificándose los datos de los pacientes con un número de identificación al que solo tuvo acceso la investigadora, sin mostrarse ningún tipo de información que permita identificar al participante).

3.6.- Procesamiento de datos.

- Base de datos:

Se recogieron los datos sociodemográficos, variables analíticas y diagnósticos utilizando el programa Microsoft Excel 2021, y se exportaron para

su tratamiento estadístico al programa SPSS versión 29.0. Ante la posible existencia de algún error, se realizó una revisión con una persona ajena al estudio.

- Análisis estadístico:

Se realizó un análisis descriptivo de la población, reflejando las variables categóricas como frecuencia (n) y tanto por ciento (%). Dado que el tamaño muestral es menor de 50, se realizó el estudio de normalidad para las variables continuas mediante Shapiro-Wilk. Para las variables que presentan distribución normal los resultados se muestran con la media y la desviación estándar (DE), mientras que aquellas que no siguen una distribución normal se presentan con mediana y rango intercuartílico (P25-P75). Para analizar la posible asociación estadística entre las variables se utilizó el test de la T de student para aquellas variables cuantitativas con distribución normal, y en el caso de no presentar distribución normal el test no paramétrico U de Mann-Whitney. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó el test de Ji-cuadrado o prueba exacta de FISHER, en el caso en que más de un 25% de los casos esperados fueran menores de 5. La fuerza de asociación se midió mediante la odds ratio, con intervalos de confianza del 95%.

En todos los contrastes de hipótesis se aceptó un valor de significación del 5%. El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 29.0 para Windows.

4. RESULTADOS

A partir de una población inicial de 62 pacientes hospitalizados en la sección de Medicina Interna, atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionó una muestra compuesta por 47 personas mayores de 65 años. Se incluyeron 27 mujeres (57,4%) y 20 varones (42,6%). La media (DE) de edad fue de 82,6 años (8,4), siendo el 66,0% de la muestra igual o mayor de 80 años (31 pacientes). La mayoría vivía en la comunidad, excepto 8 pacientes (17%) que se encontraban institucionalizados. En cuanto a la funcionalidad basal, 19 de los pacientes (40,4%) eran totalmente dependientes mientras que 15 (31,9%) gozaban de independencia total para las actividades básicas de la vida diaria, el resto precisaban ayuda para tareas limitadas. Presentaron deterioro cognitivo basal 10 de los pacientes (21,3%), mientras que 14 (29,8%) mostraban antecedentes de accidente cerebrovascular. 5 pacientes (10,6%) presentaban deterioro visual mientras que solo 1 (2,1%) tenía déficit auditivo. Se consideraban pacientes crónicos complejos 7 (14,9%) de los pacientes. Los motivos de ingreso principales se describen en la Tabla 1.

La mediana de días de ingreso en el momento de la valoración era de 7 (RIC 10). La media (DE) del número de fármacos prescritos previos al ingreso era de 10,3 (3,2). Los valores medios (DE) de los resultados de laboratorio fueron: hemoglobina 11,3 (2,0) g/dL; Creatinina 1,2 (0,5) mg/dL; Sodio 139,8 (3,9) mEq/L. La mediana de los valores de urea fue de 55,0 (RIC 36) mg/dL.

4.1 Delirium

En el momento de la valoración, 16 pacientes (34%) presentaban delirium. Atendiendo a la edad, 14 de ellos (87,5%) tenían 80 años o más. La presentación fue hiperactiva en 9 de los pacientes (56,3%) y en los otros 7 (43,8%), hipoactiva. En el análisis por subgrupos de edad, no se encontraron diferencias significativas en el tipo de presentación clínica del delirium entre los menores y mayores de 80 años.

Las principales diferencias entre los pacientes que presentaron delirium y los que no se muestran en la Tabla 2.

Los pacientes con delirium presentaban mayor edad y mayor dependencia, así como una mayor prevalencia de deterioro cognitivo y antecedentes de accidente cerebrovascular, mostrándose una tendencia a mayor institucionalización. Sin embargo, la regresión logística no identificó variables relacionadas de manera independiente con el desarrollo de delirium.

En cuanto a los diagnósticos principales que motivaron el ingreso de los pacientes que presentaron delirium en el momento de la valoración (Figura 2):

- 68,9%: Procesos infecciosos. Este apartado incluye 4 pacientes con neumonía nosocomial (25,0 %), 3 con úlceras por presión (18,8%), 2 con infecciones del tracto urinario (12,5%), 1 con endocarditis (6,3%) y 1 con diverticulitis aguda (6,3%).
- 12,5% (2 pacientes) : Insuficiencia cardíaca descompensada.
- 6,3% (1 paciente): Ictus.
- 6,3% (1 paciente): Anemia.
- 6,3% (1 paciente): Agudización asmática.

5. DISCUSIÓN

La literatura muestra una amplia variabilidad al describir la frecuencia de aparición del delirium en pacientes hospitalizados. Entre los motivos que podrían justificar esta diversidad se encuentran los distintos métodos diagnósticos empleados, la posibilidad de infradiagnóstico del subtipo hipoactivo, los distintos servicios de hospitalización incluidos, o la no distinción entre casos incidentes y prevalentes, entre otros.

En nuestro caso, al realizar un estudio de corte transversal, el objetivo era determinar la prevalencia de delirium en una planta de hospitalización de medicina interna, y así cuantificar la magnitud de este síndrome en los pacientes del servicio. Esta resultó de un 34%, valor que concuerda con lo descrito en la bibliografía ⁴, y no se aleja demasiado del 25,4% observado en un estudio nacional anterior de características similares ⁹. La mayor prevalencia objetivada en nuestro estudio puede estar justificada por la selección de la muestra, que en nuestro caso solo incluye a mayores de 65 años, a diferencia del estudio de 2007 que incluye a todos los pacientes ingresados en planta de medicina interna sin distinción de edad. Este criterio resulta relevante ya que la bibliografía objetiva una mayor predisposición al desarrollo de delirium conforme aumenta la edad ⁹⁻¹⁴, con una elevada prevalencia en los ancianos mayores de 80 años ¹⁵. Esto se pone en evidencia en nuestro estudio, donde la edad media de los pacientes que presentaron delirium era significativamente mayor que en aquellos que no lo habían desarrollado.

La mayor susceptibilidad para el desarrollo de delirium en los pacientes mayores podría explicarse en parte mediante la fisiología del envejecimiento. Es conocido que durante el envejecimiento normal, se produce una pérdida de la reserva funcional del cerebro, consecuencia de una disminución del flujo sanguíneo cerebral, junto a una progresiva pérdida neuronal y alteraciones en gran cantidad de neurotransmisores. Estos cambios los hacen más vulnerables ante el estrés y la enfermedad, facilitando en este contexto el desarrollo de un síndrome confusional agudo ¹⁶.

El diagnóstico previo de demencia constituye el factor de riesgo para el desarrollo de delirium más constante en la literatura ⁹⁻¹⁴. Esto se refleja también en nuestro estudio, donde los pacientes con delirium muestran una mayor prevalencia de deterioro cognitivo previo al ingreso. Parece ser que la vulnerabilidad cognitiva de los pacientes con demencia les hace más propensos a desarrollar delirium ante una enfermedad aguda u otros elementos precipitantes como la introducción de un fármaco o una perturbación ambiental ¹⁷. Sin embargo, la bibliografía describe esta relación como recíproca, ya que también se ha identificado al delirium como un factor de riesgo independiente para el deterioro cognitivo a largo plazo y el desarrollo de demencia ¹⁸. Por todo esto se considera al delirium un marcador de vulnerabilidad cognitiva.

Otra de las diferencias significativas que encontramos en nuestro estudio entre aquellos que presentan delirium y los que no, es el estado funcional de los pacientes. Al igual que en la bibliografía, se muestra una mayor predisposición a desarrollar delirium en los pacientes dependientes ^{9,13}. De igual manera, la evidencia muestra que los pacientes ancianos que presentan delirium durante el ingreso muestran un mayor deterioro funcional posterior al alta ¹⁵.

La baja capacidad funcional basal puede estar relacionada con otro factor de riesgo descrito en la literatura como es la institucionalización ^{12,14-15}. En nuestro estudio las diferencias no llegan a ser estadísticamente significativas, aunque sí que se observa una mayor procedencia de centros geriátricos en el grupo de los pacientes con delirium.

Por último, los pacientes con delirium en nuestro estudio presentaron antecedentes de ictus con mayor frecuencia, siendo esta diferencia también estadísticamente significativa. Esto no se ha observado en estudios nacionales similares realizados en plantas de medicina interna ^{9,11}, mientras que sí que se observa en un estudio de 2013 realizado en una planta de hospitalización de neurología ¹⁹. De hecho, la literatura describe el antecedente de accidente cerebrovascular como factor predisponente para el desarrollo de delirium ^{1,5}. Es cierto que los ictus representan lesiones a nivel cerebral que condicionan la

reserva cognitiva, lo que justificaría un aumento de la vulnerabilidad para el desarrollo de delirium ante agentes precipitantes.

El deterioro visual o auditivo constituye un factor predisponente descrito en la bibliografía ^{1,5,20}, pese a no haber encontrado diferencias significativas en nuestro estudio. No obstante, es cierto que, al igual que para el resto de variables, se extrajo la información exclusivamente de los informes de los pacientes y la sensibilidad se vería aumentada si se hubiera examinado la capacidad auditiva y visual de todos los pacientes en el momento del estudio.

Tampoco se hallaron diferencias significativas en cuanto a antecedentes psiquiátricos, la media de fármacos prescritos, o valores de laboratorio más recientes de los pacientes. Sin embargo, la literatura describe a la depresión como un factor predisponente para el desarrollo de delirium, mientras que la polifarmacia y las alteraciones hidroelectrolíticas representan posibles factores precipitantes ^{1,20}. Asimismo, no se encontraron diferencias en cuanto a las patologías crónicas de los pacientes.

Al observar los diagnósticos principales de los pacientes que presentaron delirium, destaca el alto porcentaje de procesos infecciosos como motivo de ingreso. En un reciente estudio que incluyó a todos los servicios de medicina interna españoles, se identificaron como factores de riesgo independientes para el desarrollo de delirium el presentar neumonía, infección del tracto urinario o sepsis ¹². En nuestro caso, no se realizó este análisis dado el pequeño tamaño muestral de pacientes con delirium. La bibliografía incluye las infecciones como uno de los factores precipitantes de delirium más frecuentes en los pacientes mayores ¹. De hecho, es habitual la aparición de un delirium como presentación atípica de un proceso infeccioso, en ausencia de hallazgos clásicos como serían la fiebre, leucocitosis o síntomas localizadores. Por todo esto, ante un paciente anciano con delirium se deben descartar posibles patologías responsables como neumonía, infección urinaria, infecciones intraabdominales o endocarditis, entre otras ¹⁷. De manera inversa, ante pacientes mayores hospitalizados por patología infecciosa, consideramos precisa una especial prevención del desarrollo de SCA.

Como vemos, en el desarrollo del delirium interviene la interacción de múltiples factores predisponentes y desencadenantes. Diversos estudios han evaluado el efecto de medidas no farmacológicas en pacientes de moderado y alto riesgo, con un enfoque multidisciplinario y multicomponente, basándose en este modelo multifactorial ²¹⁻²³. Todos ellos comparten que la prevención primaria es la estrategia más efectiva para el manejo del delirium, mostrando una reducción de su incidencia en pacientes hospitalizados. En 2010, el National Health Institute for Health and Care Excellence (NICE), publicó una guía para el abordaje del delirium, considerando la prevención de este como una medida coste-efectiva. Las recomendaciones de esta guía incluyen la evaluación y modificación de factores clínicos clave que pueden precipitar el delirio, incluyendo la polifarmacia, infección, hipoxia, limitación de la movilidad, malnutrición, deshidratación o estreñimiento, dolor no controlado, trastornos del sueño, entre otros ²⁴. Vidán et al. ²¹ consideran que la supervisión diaria de la aplicación de estas medidas garantiza que se implementen de manera consistente. Además, la literatura concluye que la mayoría de intervenciones educativas para profesionales sanitarios en torno a prevención del delirium son efectivas ²⁵. Creemos por tanto que la formación continua y seguimiento uniforme de protocolos basados en la evidencia son elementos esenciales de las estrategias preventivas del SCA, sin olvidar las necesidades individuales del paciente.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

Nuestras fuentes de información estaban limitadas a los informes de ingreso en planta y notas de evolución diarias. Esto podría considerarse un sesgo en la recolección de datos, ya que en los informes/notas revisados se describían los criterios DSM-V del síndrome confusional pero sin llegar a constar en el diagnóstico. El infradiagnóstico de delirium no es despreciable en la asistencia hospitalaria ²⁶. De hecho, un estudio reciente que evaluó sistemáticamente todos los informes de alta de los servicios de medicina interna españoles durante varios años, evidenció una prevalencia del delirio reportado de 2,5% ¹², cifra mucho menor a las que recogen otros estudios

donde se explora de manera sistemática a los pacientes ^{10,11}. Un estudio multicéntrico reciente realizado en Reino Unido demostró que al implementar un cribado más exhaustivo, el porcentaje de reconocimiento de delirium era significativamente mayor, hasta cinco veces más alto que en las situaciones de práctica clínica de rutina ¹⁰. Otra limitación, es que, dado el carácter transversal del estudio, tampoco se ha hecho distinción entre casos ya prevalentes a su llegada a planta o incidentes durante el ingreso.

FORTALEZAS

En nuestro caso, se detectó una prevalencia de delirium importante. Sería interesante ampliar la muestra en futuros proyectos, distinguiendo entre casos presentes al ingreso e incidentes durante el mismo, así como evaluar si se incluye en los diagnósticos secundarios del informe de alta.

Por otro lado, este estudio puede servir para establecer recomendaciones con vistas a prevenir el desarrollo de SCA de cara al ingreso hospitalario en aquellos pacientes mayores, sobre todo en los más añosos, institucionalizados, con dependencia importante y patología neurológica previa (bien deterioro cognitivo/demencia, bien ACV), que acuden con un proceso infeccioso.

6. CONCLUSIONES:

- El delirium presentó una importante prevalencia (34%) entre los pacientes mayores hospitalizados por patología médica.
- La mayoría (87,5%) tenían 80 años o más, siendo la presentación hiperactiva la más frecuente (56,3%). Presentaban también mayor dependencia y mayor prevalencia de deterioro cognitivo y antecedentes de accidente cerebrovascular.
- El motivo de ingreso más frecuente, en dos tercios de los casos, fue la infección.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *The Lancet*. 8 de marzo de 2014;383(9920):911-22.
2. Leslie DL, Inouye SK. The Importance of Delirium: Economic and Societal Costs. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. noviembre de 2011 [citado 16 de diciembre de 2023];59(s2). Disponible en: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2011.03671.x>
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: FITFH edition, text revision: DSM-5-TR. Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2022.
4. Alonso Ganuza Z, González-Torres MÁ, Gaviria M. Delirium: A review focused on clinical practice. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. junio de 2012;32(114):247-59.
5. Inouye Sharon K. Delirium in Older Persons. *N Engl J Med*. 2006;354(11):1157-65.
6. Martins S, Fernandes L. Delirium in Elderly People: A Review. *Front Neurol* [Internet]. 19 de junio de 2012 [citado 4 de enero de 2024];3. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/neurology/articles/10.3389/fneur.2012.00101/full>
7. Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA*. 26 de septiembre de 2017;318(12):1161-74.

8. Murcia C de SR de. Murciasalud. Hospital Rafael Mendez. Datos generales [Internet]. [citado 14 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=6275&idsec=977>
9. Formiga F, San José A, López-Soto A, Ruiz D, Urrutia A, Duaso E. Prevalencia de delirium en pacientes ingresados por procesos médicos. *Med Clínica*. 1 de octubre de 2007;129(15):571-3.
10. Welch C, McCluskey L, Wilson D, Chapman GE, Jackson TA, Trembl J, et al. Delirium is prevalent in older hospital inpatients and associated with adverse outcomes: results of a prospective multi-centre study on World Delirium Awareness Day. *BMC Med*. 14 de diciembre de 2019;17(1):229.
11. Formiga F, Marcos E, Sole A, Valencia E, Lora-Tamayo J, Pujol R. Síndrome confusional agudo en pacientes ancianos ingresados por patología médica. *Rev Clínica Esp*. 1 de octubre de 2005;205(10):484-8.
12. Marco J, Méndez M, Cruz-Jentoft AJ, García Klepzig JL, Calvo E, Canora J, et al. Características clínicas del delirio y sus implicaciones pronósticas en los servicios de medicina interna españoles: análisis de una gran base de datos clínico-administrativa. *Rev Clínica Esp*. 1 de noviembre de 2019;219(8):415-23.
13. Negro A, Leggieri C, Villa G, Lembo R, Signò F, Lanzalaco MR, et al. Delirium prevalence point: an observational monocentric study in a tertiary university hospital. *Ir J Med Sci* 1971 -. 1 de mayo de 2021;190(2):793-8.
14. Gómez-Traveso T, Briongos-Figuero LS, Hernanz Román L, Pérez-Castrillón JL. Valoración del síndrome confusional agudo en pacientes ancianos ingresados en un servicio de medicina interna. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 1 de marzo de 2013;48(2):95-6.

15. Marquetand J, Bode L, Fuchs S, Ernst J, Känel R von, Boettger S. Delirium: Prevalence and outcome in the very old in 27 medical departments during a one-year prospective study. *Palliat Support Care*. diciembre de 2022;20(6):779-84.
16. Maldonado JR. Neuropathogenesis of Delirium: Review of Current Etiologic Theories and Common Pathways. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1 de diciembre de 2013;21(12):1190-222.
17. Veiga Fernández F, Cruz Jentoft AJ. Delirium: etiology and pathophysiology. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43 Suppl 3:4–12.
18. Fong TG, Davis D, Growdon ME, Albuquerque A, Inouye SK. The interface between delirium and dementia in elderly adults. *Lancet Neurol*. 1 de agosto de 2015;14(8):823-32.
19. Ruiz Bajo B, Roche Bueno JC, Seral Moral M, Martín Martínez J. Incidencia y factores predictivos del delirium en pacientes neurológicos hospitalizados. *Neurología*. 1 de julio de 2013;28(6):356-60.
20. Elie M, Cole MG, Primeau FJ, Bellavance F. Delirium risk factors in elderly hospitalized patients. *J Gen Intern Med*. 1 de marzo de 1998;13(3):204-12.
21. Vidán MT, Sánchez E, Alonso M, Montero B, Ortiz J, Serra JA. An Intervention Integrated into Daily Clinical Practice Reduces the Incidence of Delirium During Hospitalization in Elderly Patients. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(11):2029-36.

22. Abraha I, Trotta F, Rimland JM, Cruz-Jentoft A, Lozano-Montoya I, Soiza RL, et al. Efficacy of Non-Pharmacological Interventions to Prevent and Treat Delirium in Older Patients: A Systematic Overview. The SENATOR project ONTOP Series. PLOS ONE. 10 de junio de 2015;10(6):e0123090.
23. Zhao Q, Liu S, Zhao H, Dong L, Zhu X, Liu J. Non-pharmacological interventions to prevent and treat delirium in older people: An overview of systematic reviews. *Int J Nurs Stud*. 1 de diciembre de 2023;148:104584.
24. O'Mahony R, Murthy L, Akunne A, Young J, for the Guideline Development Group. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline for Prevention of Delirium. *Ann Intern Med*. 7 de junio de 2011;154(11):746-51.
25. Lee SY, Fisher J, Wand APF, Milisen K, Detroyer E, Sockalingam S, et al. Developing delirium best practice: a systematic review of education interventions for healthcare professionals working in inpatient settings. *Eur Geriatr Med*. 1 de febrero de 2020;11(1):1-32.
26. Ibitoye T, So S, Shenkin SD, Anand A, Reed MJ, Vardy ERLC, et al. Delirium is under-reported in discharge summaries and in hospital administrative systems: a systematic review. *Delirium* [Internet]. 15 de mayo de 2023 [citado 25 de abril de 2024]; Disponible en: <https://deliriumjournal.com/article/74541-delirium-is-under-reported-in-discharge-summaries-and-in-hospital-administrative-systems-a-systematic-review>

FIGURAS

Figura 1: Área III de Salud del Sistema Murciano de Salud.

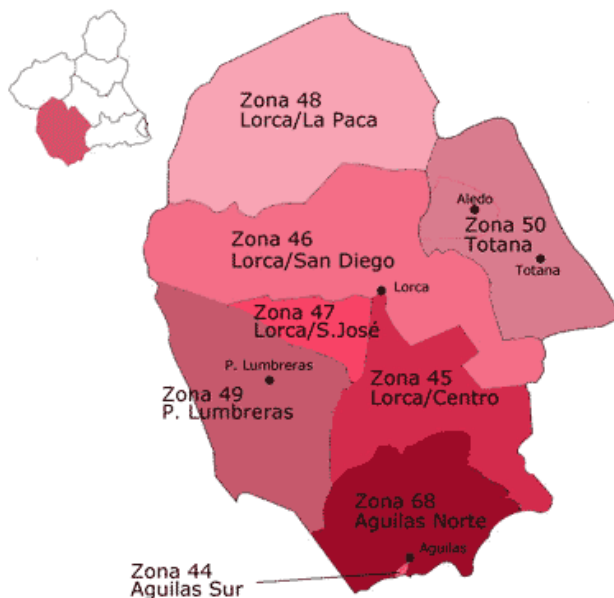
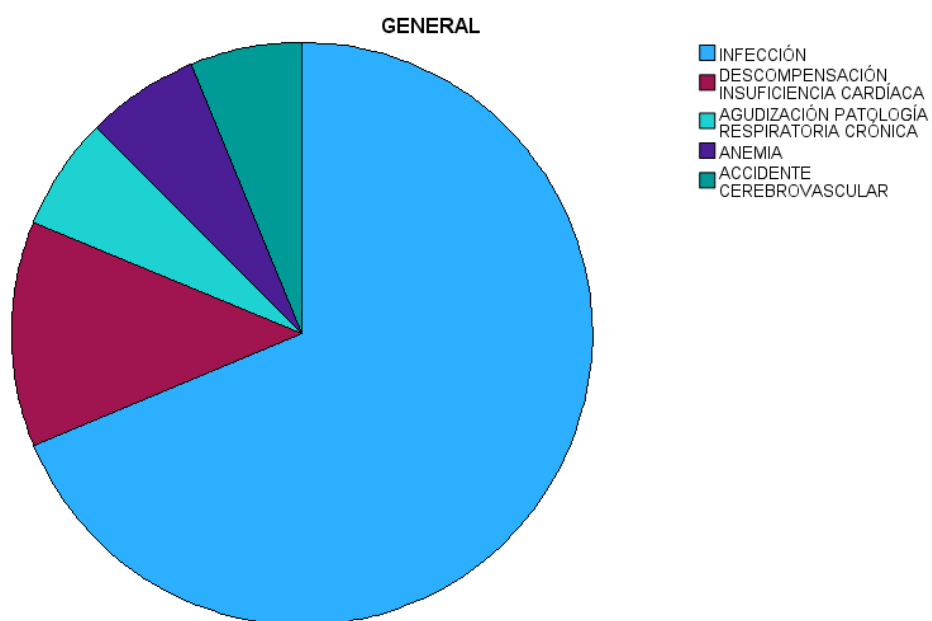


Figura 2: Motivos de ingreso de los pacientes que presentaron delirium.



TABLAS


Tabla 1: Motivos principales de ingreso.

Diagnóstico	Casos, n (%)
Accidente cerebrovascular	2 (4,3%)
Anemia	3 (6,4%)
Agudización asma	1 (2,1%)
Agudización EPOC	3 (6,4%)
Endocarditis	2 (4,3%)
Insuficiencia cardíaca descompensada	7 (14,9%)
Fallo renal agudo	1 (2,1%)
Infección tracto urinario	2 (4,3%)
Neoplasia	1 (2,1%)
Neumonía	11 (23,4%)
Osteomielitis	2 (4,3%)
Úlcera por presión	3 (6,4%)
Otros diagnósticos	9 (19,1%)


Tabla 2. Diferencias de los pacientes según presentaran delirium o no.

	Delirium (n= 16)	No delirium (n=31)	p
Edad (años), media (DE)	87,2 (6,3)	80,3 (8,5)	0,006
<u>Sexo</u>			
Mujeres, n (%)	11 (68,8%)	16 (51,6%)	0'26
Varones, n (%)	5 (31,3%)	15 (48,4%)	
Institucionalizados, n (%)	5 (31,3 %)	3 (9,7%)	0,06
<u>Funcionalidad previa:</u>			
Totalmente dependientes, n (%)	13 (81,3%)	6 (19,4%)	< 0,001
Necesitan ayuda, n (%)	2 (12,5%)	11 (35,5%)	
Independientes, n (%)	1 (6,3%)	14 (45,2%)	
Deterioro cognitivo previo, n (%)	8 (50%)	2 (6,5%)	< 0,001
Accidente cerebrovascular previo , n (%)	10 (62,5%)	4 (12,9%)	<0,001
<u>Deterioro sensorial</u>			
Audición, n (%)	0	1 (3,2%)	0,74
Visual, n (%)	2 (12,5%)	3 (9,7%)	
Días ingresado, mediana (RIC)	9,5 (9)	5 (8)	0,12
Nº de fármacos previos, media (DE)	11 (2)	9,9 (3,6)	0,29
Hipertensos, n (%)	15 (93,8%)	29 (93,5%)	0,98
Diabéticos, n (%)	7 (43,8%)	15 (48,4%)	0,76
Dislipémicos, n (%)	7 (43,8%)	18 (58,1%)	0,35
Comorbilidad psiquiátrica, n (%)	2 (12,5%)	6 (19,4%)	0,55
<u>Cardiópata:</u>			
Insuficiencia cardíaca, n (%)	1 (6,3%)	7(22,6%)	0.34
Cardiopatía isquémica, n (%)	1 (6,3 %)	5 (16,1%)	
Alteraciones del ritmo, n (%)	4 (25,0%)	3 (9,7%)	
Valvulopatía, n (%)	1 (6,3%)	1 (3,2%)	
<u>Respiratorios crónicos:</u>			
Asma, n (%)	1 (6,3%)	1 (3,2%)	0,64
EPOC, n (%)	1 (6,3%)	5 (16,1%)	
SAHS, n (%)	0	1 (3,2%)	
Enfermedad renal crónica, n (%)	6 (37,5%)	9 (29,0%)	0,55
Paciente crónico complejo, n (%)	3 (18,8%)	4 (12,9%)	0,59
Hemoglobina (g/dl), media (DE)	10,8 (1,9)	11,5 (2,1)	0,24
Creatinina (mg/dl), media (DE)	1,24 (0,5)	1,16 (0,5)	0,65
Sodio (mEq/L), media (DE)	139,7 (3,4)	139,8 (4,3)	0,96
Urea (mg/dl), mediana (RIC).	52,0 (41)	66 (45)	0,63


ANEXO I . CONFORMIDAD COMITÉ DE INVESTIGACIÓN



Región de Murcia
Consejería de Salud



Servicio
Murciano
de Salud



CEI

CONFORMIDAD DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN ÁREA III DE SALUD PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN.

D^ª Deseada Palma Sánchez, como presidenta, del Comité de Ética de la Investigación del Área III de Salud de Lorca

CERTIFICA:

-Que este Comité ha evaluado en su reunión del 01/02/2024 la propuesta del investigador para la realización del estudio de investigación:

“Prevalencia y factores de riesgo del síndrome confusional agudo en pacientes mayores hospitalizados en servicio de medicina interna”

Tipo de estudio: Observacional retrospectivo.
Investigador principal: D^ª ISABEL LEONOR SUÁREZ FERNÁNDEZ.

Nº Registro: CEI-2023-11-32

Y considera que:


1. El estudio evaluado cumple los requisitos éticos, metodológicos y técnicos.
2. Los riesgos y molestias previsibles de la investigación son aceptables en relación con los beneficios esperados
3. Se considera adecuado el procedimiento previsto para información y obtención del consentimiento informado o, alternativamente, se acepta la exención del consentimiento propuesto para este estudio

Por tanto, este CEI emite un INFORME FAVORABLE para la realización de dicho estudio de investigación

Lorca, a 01 de febrero del 2024

Presidenta del CEI del Área III

Fdo: Deseada Palma Sánchez



Vicepresidenta del CEI del Área III

Fdo: Magdalena Molina Olier

