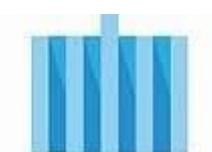




UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



HOSPITAL DE CLÍNICAS
Dr. Manuel Quintela



UDA Cuidados Paliativos
Hospital de Clínicas - UdelaR

Delirium en Cuidados Paliativos: prevalencia y valor de una pregunta única como herramienta de cribado.

Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital de Clínicas.
Montevideo, Uruguay. Agosto - Octubre 2019

Ciclo de Metodología Científica II-2019
Grupo: 85

ESTUDIANTES

Br. Morales Lucia

Br. Teles Marcia

Br. Mutti Camila

Br. Tub Damian

Br. Ramírez Damián

ORIENTADORAS

Dra. Natalia Bernardi

Lic.Psic. Ana García Pérez

Índice

Resumen	2
Introducción	4
Delirium, generalidades.	4
Delirium, fisiopatología	5
Delirium, herramientas de Cribado.	6
Delirium en pacientes en cuidados paliativos	8
Objetivos	9
Materiales y métodos	10
Resultados	12
Discusión	16
Conclusiones	18
Bibliografía	19
Agradecimientos	20
Anexos	21

Resumen

Introducción: El delirium es un síndrome clínico con alta prevalencia aunque infradiagnosticado en pacientes en seguimiento por Unidades de Cuidados Paliativos (UCP). No se dispone de datos de prevalencia a nivel nacional en esta población. Resulta imprescindible contar con una herramienta de cribado práctica para su diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.

Objetivos: Determinar la prevalencia de delirium en pacientes asistidos por la UCP del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” (HC). Valorar sensibilidad y especificidad de una pregunta única como herramienta de cribado.

Metodología: Estudio observacional prospectivo en pacientes mayores de 18 años en seguimiento ambulatorio y hospitalizados por la UCP del HC en el periodo Agosto-October 2019.

Se excluyeron aquellos pacientes en agonía, con antecedentes de deterioro cognitivo moderado-severo, cirrosis descompensada, y los que no pudieran colaborar con la aplicación de la herramienta diagnóstica. Los pacientes ingresados fueron evaluados con la escala de valoración Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) al ingreso y cada 72 hs hasta el alta, fallecimiento o desarrollo de delirium. En los casos que contaban con acompañante presente en las últimas 48 hrs a este se le formuló la pregunta única para el cribado de delirium con el fin de comparar ambas herramientas.

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes. La prevalencia total de delirium registrada mediante la escala de valoración MDAS fue de un 26,4% (n=14). En la subpoblación de pacientes hospitalizados (n=40) la prevalencia fue de un 35%(n=14) y en pacientes en seguimiento ambulatorio (n=13) fue de 0%.

La totalidad de los pacientes presentó patología oncológica avanzada. El subtipo de delirium más frecuente fue el hipoactivo en el 100 % de los casos .

El 50% (n=7) de los pacientes que presentaron MDAS positivo para delirium carecían de diagnóstico previo por parte de equipo tratante.

La herramienta de cribado de pregunta única mostró una sensibilidad de 90,9% y una especificidad de 87,2% para el diagnóstico de delirium con un Valor Predictivo Positivo (VPP) de 83% y un Valor Predictivo Negativo (VPN) de 93%.

Conclusiones: La prevalencia de delirium en pacientes con cáncer avanzado es similar a la reportada en estudios internacionales, siendo el subtipo con mayor prevalencia el hipoactivo. Existe sub-diagnóstico de este cuadro clínico aún en unidades especializadas de CP.

La pregunta única formulada al acompañante mostró buena sensibilidad y especificidad, por lo que es útil como herramienta de cribado para el diagnóstico de delirium.

Palabras claves: *Delirium, Cuidados Paliativo, MDAS, Cáncer avanzado, Herramienta de cribado*

Abstract

Background: Delirium is a highly prevalent, underdiagnosed, clinical syndrome, on patients assisted by the Palliative Care Units (PCU). Local prevalence registry of this population is lacking. To have a practical screening tool for the early diagnosis of this entity its mandatory to achieve good treatment outcomes.

Objectives: To assess the prevalence of delirium in patients assisted by the Hospital de Clinicas (HC) PCU and determinate the sensibility and specificity of a single question as a diagnostic screening tool.

Methods: Prospective, observational study, in ambulatory and inward adult patients (Age > 18), assisted by the HC-PCU, between August and October 2019. The exclusion criteria were: patients in agony, previous moderate-sever cognitive impairment, uncompensated cirrhosis, and those unable to collaborate with the application of the diagnostic tool. The patients were evaluated using the "Memorial Delirium Assessment Scale" (MDAS) at baseline and every 72hs until endpoint was reached (discharge, death, delirium). The single question tool was applied, when possible, on the patient companion, in order to compare both methods.

Results: 53 patients were included. Total delirium prevalence registered using the MDAS tool was 26.4% (N=14), all of the hospitalized patients, representing 35% of this sub-population (n=40). All of the cases were advanced stage oncology patients. The totality of the cases identified corresponds to the hypoactive delirium sub-type. Half of the MDAS-positive delirium patients (50%, n=7) lacked previous diagnosis from the treating staff. The single question screening tool showed a 90.9% sensibility and a 87,2% specificity for the diagnosis of delirium, with a 83% positive prediction value and a 93% negative prediction value.

Conclusion: Delirium prevalence in advanced stage oncologic patients was similar to previous international studies. The most prevalent sub-type was hypoactive delirium. There is underdiagnoses of this clinical entity, even in specialized palliative care units. The single question tool, applied to the patient's companion, presented good sensitivity and specificity profile, showing its usefulness as a screening test for the diagnosis of delirium.

Introducción

Delirium, generalidades.

El delirium o síndrome confusional se define como un trastorno médico caracterizado por la alteración del nivel de conciencia y atención, con afectación global de la cognición y de la percepción, de inicio agudo y curso fluctuante¹, Se clasifica en tres subtipos en función de la alteración psicomotora que presente el paciente: hiperactivo, hipoactivo y mixto (combinando aspectos hiper e hipo activos). El subtipo hiperactivo suele presentar mejor pronóstico mientras que el subtipo hipoactivo suele ser confundido con depresión y en general presenta mayor tasa de infra-diagnóstico.

En general, la aparición de delirium se ha descrito como un factor independiente, o asociado a índices pronósticos de mal pronóstico vital.

Existen factores predisponentes y precipitantes de delirium. Dentro de los factores predisponentes se encuentran: edad avanzada, sexo masculino, alteraciones visuales, demencia, depresión, dependencia física, inmovilidad, fractura de fémur, alcoholismo, enfermedad física grave y accidentes cerebrovasculares. Dentro de los factores precipitantes se encuentran: fármacos, afectación orgánica del sistema nervioso central, enfermedad aguda grave, insuficiencia de órgano (cardíaca, hepática, renal, respiratoria), infecciones, alteraciones metabólicas: (hiponatremia, hipercalcemia, hipomagnesemia, hipoglucemia), deshidratación, anemia, coagulación intravascular diseminada,, cirugía mayor. Dentro de los fármacos precipitantes se encuentran: cimetidina, prednisona, teofilina, antidepresivos tricíclicos, digoxina, nifedipina, fenotiazidas, furosemida, ranitidina, dinitrato de isosorbide, warfarina, captopril, escopolamina/hioscina, atropina/belladona, todos estos con marcada actividad anticolinérgica. Otros fármacos sin actividad anticolinérgica son factores precipitantes de delirium, tales como: opioides, benzodiazepinas (abuso o privación), AINES, antiparkinsonianos, antihistamínicos, alcohol (abuso o privación) ,quimioterápicos, ciprofloxacina¹.

El Delirium se asocia con un incremento de la morbimortalidad, alarga las estancias hospitalarias y tiene efectos negativos sobre los tratamientos que recibe el paciente dirigidos a tratar su patología de base. Es por lo dicho con anterioridad que el diagnóstico y el tratamiento precoz del Delirium son de suma importancia. A su vez, la falta de entrenamiento por parte de los profesionales para la detección del delirium predispone a un infra-diagnóstico, y en muchos casos este cuadro es confundido con otras patologías de similares manifestaciones clínicas como lo son la astenia o la depresión²

Delirium, fisiopatología

El Delirium se produce como consecuencia de una disfunción cerebral difusa de causas varias, donde están implicadas moléculas tales como la melatonina, noradrenalina, serotonina, histamina o el neurotransmisor GABA, pero en todas las posibles etiologías, como denominador común existe una disfunción colinérgica y dopaminérgica central. Las alteraciones inmunológicas, metabólicas, inflamatorias o neurológicas propias de los diversos estados clínicos que conducen al delirium pueden afectar el metabolismo oxidativo y disminuir, en consecuencia, la neurotransmisión colinérgica central con un aumento relativo de la actividad dopaminérgica.

La combinación entre la vulnerabilidad individual (predisposición) y la gravedad de los factores etiológicos (desencadenantes) precipita el trastorno. La predisposición aumenta con la edad o cuando hay un deterioro neurocognitivo previo, dado que ambos factores pueden reducir la actividad colinérgica basal (es decir, la reserva cognitiva del paciente). Otros factores predisponentes son los déficits sensoriales o la desnutrición, así como las enfermedades crónicas y sus tratamientos

Delirium, manifestaciones clínicas.

La sintomatología del delirium consta de tres pilares clínicos: las alteraciones cognitivas (atención, orientación, capacidad visoespacial, memoria), las del pensamiento de orden superior (función ejecutiva, lenguaje, forma del pensamiento) y las circadianas (sueño/vigilia, motricidad). Los síntomas accesorios, los cuales no están presentes en todos los casos, son la alteración en el control afectivo-emocional y los psicóticos (alucinaciones y delirios).³

Generalmente, el cuadro inicia de forma aguda (horas a días) y los síntomas son fluctuantes con tendencia a empeorar en la tarde o en la noche.

Típicamente, un paciente con delirium puede evolucionar desde la irritabilidad emocional prodrómica, atravesando un período subsindrómico, hasta la instauración aguda y fluctuante del episodio clínico donde las dificultades en la atención son prominentes. En casos leves puede haber únicamente alteración en la orientación temporal, en casos más graves la persona está completamente desorientada, “perdida en sus cosas”.

La alteración circadiana puede ir desde somnolencia diurna a inversión del ciclo sueño-vigilia. La actividad motora puede variar desde el retardo motor (que puede hacer pasar inadvertido el diagnóstico), la inquietud moderada en la cama, manipulación por parte del paciente de vías y sondas, la deambulación constante o la agitación.

Los pacientes pueden presentar elementos de trastorno de realidad tales como alucinaciones, generalmente visuales, y/o ideas delirantes.

La duración de un episodio de delirium puede ser variable siendo de mayor duración en los casos graves o donde no hay posible tratamiento de la causa. En muchos pacientes pueden persistir síntomas subsindrómicos semanas después de un episodio agudo. Un estudio reciente plantea que un 74% de los pacientes sufren un episodio de delirium lo recuerdan con claridad y como consecuencia presentan mayor distrés (estrés postraumático)⁴.

Delirium, herramientas de Cribado.

Existen varias herramientas de cribado para delirium que se basan en los criterios diagnósticos del DSM-V los cuales son:

- A. Alteración de la atención: Capacidad disminuida de dirigir, enfocar, sostener o cambiar la atención y alerta (disminución de la orientación al ambiente).
- B. La alteración aparece en un corto período de tiempo (horas o pocos días), representa un cambio del estado basal de atención y alerta y tiende a fluctuar en severidad durante el curso del día
- C. Otra alteración cognitiva: Déficit de memoria, desorientación, lenguaje, habilidad visuoespacial o percepción.
- D. Los criterios A y C no se explican mejor por otra patología neurocognitiva preexistente, establecida o en evolución y no ocurre en el contexto de una grave disminución de conciencia como un coma.
- E. Existe evidencia en la historia, examen físico o hallazgos de laboratorio que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra condición médica, intoxicación o privación de sustancias (ej. Por drogas de abuso o por medicamentos) o exposición a toxinas o de múltiples etiologías⁵.

Dentro de las herramientas utilizadas en el cribado de delirium se encuentran:

- Confusion Assessment Method (CAM)

Diseñado por Inouye et al. (1990) para detectar delirium en población geriátrica. Su aplicación toma cinco minutos y puede usarlo personal no especializado.

- Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) de Ely et al. (2001)

Es utilizada en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) La sedación y el coma se descartan previamente mediante la RASS y sus ítems pueden ser evaluados de forma no verbal en caso de

necesidad. Esta herramienta incluye pruebas específicas para evaluar la atención y guía al evaluador para que la administre de forma estandarizada, lo que influye positivamente en su fiabilidad y especificidad para el diagnóstico. Su aplicación toma de tres a cinco minutos y es la herramienta más utilizada en el medio hospitalario.

- Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC)

Esta escala, para ser aplicada por el personal de enfermería, consta de cinco ítems (desorientación, comportamiento y comunicación inadecuados, alucinaciones y retardo psicomotor), que se califican según la observación del examinador. No tiene ítems para evaluar el componente cognitivo de forma precisa. Su aplicación toma sólo un minuto y puede ser realizada varias veces al día, lo que es favorable para el seguimiento del paciente por parte de enfermería ⁶.

- Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS).

Esta última es la escala elegida para utilizar en el estudio. La escala MDAS fue diseñada por Breitbart et al. (año 1997), para valorar el grado de severidad del delirium. Se puede aplicar varias veces en un día y toma 15 minutos realizarlo. Está compuesta por dos factores, uno neurocomportamental, y otro neurocognitivo. Evalúa tanto el grado de alerta como características cognitivas, el curso del pensamiento, la actividad motora, el ciclo sueño vigilia y la psicosis (anexo 1). También valora el grado de severidad de los síntomas basándose en la relación actual con el sujeto o valoración de su conducta o experiencia en las últimas horas. Si bien esta herramienta fue diseñada para valorar la severidad del delirium, en el estudio *Clinical Utility, Factor Analysis, and Further Validation of the Memorial Delirium Assessment Scale in Patients with Advanced Cancer* ⁷. Bruera y colaboradores se proponen evaluar el potencial diagnóstico y la validación de esta herramienta para su uso clínico. La misma fue aplicada en una población homogénea de pacientes con cáncer avanzado con diagnóstico previo de delirium que cumplieran con los criterios diagnósticos de DMS IV. De esta validación se desprende que el punto de corte con mayor Sensibilidad, Especificidad y Likelihood Ratio en comparación con el resto de los puntos de cortes ensayados (6, 8, 9 y 13) es de igual o mayor a 7 puntos, siendo este el punto de corte elegido para este estudio. Esta herramienta está validada al idioma español, para ser aplicada en pacientes con cáncer avanzado y en las unidades de cuidados paliativos.

La falta de entrenamiento por parte de los profesionales para la detección de delirium hace que en ocasiones no se diagnostique en los pacientes que lo sufren, o que se confunda con otros síntomas o patologías como la astenia o la depresión ⁸. Esto ha llevado a la búsqueda de otros métodos de cribado. Los registros de enfermería son una fuente relevante de información dado que muestran el estado del paciente de las últimas 24 hs, por ello se podría sugerir que para el

cribado de delirium se deberían combinar diferentes pruebas cognitivas con la evaluación del personal de enfermería.

Existen autores que difieren de los distintos modelos de cribados de delirium.

El artículo de Sands et al: *Single Question in Delirium (SQiD): testing its efficacy against psychiatrist interview, the Confusion Assessment Method and the Memorial Delirium Assessment Scale* demostró un alto VPN pero con un bajo número de pacientes (n=21). Sin embargo en el estudio descriptivo transversal realizado por Iratxe Sancho-Espinosa⁸ con una muestra de 42 pacientes, concluye que una herramienta de «pregunta única» puede ser útil para el cribado de delirium en pacientes con cáncer.

Delirium en pacientes en cuidados paliativos

Según el estudio “*Prevalencia de delirium mediante la escala Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) en pacientes oncológicos avanzados ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos. Factores de riesgo, reversibilidad y tratamiento recibido*” publicado en 2017 la prevalencia de delirium en pacientes ingresados en UCP fue del 75% donde el 29% de los casos se diagnosticaron al ingreso y el 71% durante estudio, siendo el subtipo mayoritario el hipoactivo (56%)⁹.

La revisión literaria “*Delirium Prevention*” publicada en Colombia en el 2016, describe que estudios prospectivos han encontrado una incidencia de delirium en hospitales de agudos de entre 5-44%¹⁰. En un estudio llevado a cabo en Uruguay en 2017, la prevalencia de Delirium fue de 7.5% en pacientes internados en un hospital de agudos, pero no hace referencia a la prevalencia en UCP¹¹.

Dada la incidencia y relevancia clínica resulta de interés conocer la prevalencia de delirium en grupos de pacientes asistidos por la UCP, siendo éste el objetivo principal de nuestro trabajo. Como se mencionó anteriormente, los episodios de delirium prontamente diagnosticados y correctamente tratados son reversibles hasta en un 50% de los casos, y de allí surge la necesidad de la aplicación de una herramienta eficaz para un correcto diagnóstico.

Objetivos

Objetivo general:

- Determinar la prevalencia de Delirium en pacientes asistidos por la UCP del Hospital de Clínicas.

Objetivos específicos:

- Comparar la sensibilidad de la herramienta de pregunta única como método de tamizaje de delirium con la herramienta MDAS.
- Comparar la prevalencia de delirium en pacientes ambulatorios con la prevalencia de delirium en pacientes internados, ambos asistidos por la UCP.
- Determinar el subtipo de delirium con mayor prevalencia.
- Determinar los factores precipitantes del cuadro confusional con mayor prevalencia.

Hipótesis:

- La prevalencia del delirium en pacientes asistidos por la UCP del HC es significativa
- La prevalencia del delirium en pacientes asistidos de forma ambulatoria por la UCP del HC es significativa
- La prevalencia de delirium es mayor en pacientes asistidos por la UCP que en el resto de los pacientes ingresados según estudios nacionales.
- La prevalencia de delirium es mayor dentro de los pacientes ingresados en seguimiento por la UCP que en los pacientes en seguimiento de forma ambulatoria.
- El subtipo de delirium más frecuente es el hipoactivo.

Hipótesis:

- Ho: La herramienta de pregunta única es menos eficaz que la Escala MDAS para el tamizaje de Delirium.
- H1: La herramienta de pregunta única es igual de eficaz que la Escala MDAS para el tamizaje de Delirium.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio prospectivo observacional de los pacientes ingresados en la UCP del HC desde agosto hasta octubre del año 2019 con el objetivo de establecer la prevalencia de delirium y evaluar la herramienta de pregunta única como método de cribado de delirium.

Para la realización del estudio se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos *Pubmed*, utilizando los siguientes términos MESH: *delirium, palliative care, delirium prevalence, Prevalence Uruguay*. El algoritmo de búsqueda inicial fue *delirium y palliative care* utilizando el operador booleano AND. Se encontraron 783 artículos por lo que se utilizaron los siguientes filtros para acotar la búsqueda: realizados en humanos y publicados en los últimos 10 años, encontrando así 434 artículos. Se revisaron de forma exhaustiva todos los títulos de los artículos encontrados, seleccionando los relacionados con el objetivo de nuestro estudio.

Los criterios de inclusión al estudio fueron: edad (mayores de 18 años) asistidos por la UCP en forma ambulatoria o ingresados en el hospital. Se excluyeron a los siguientes pacientes: en agonía, con antecedentes de deterioro cognitivo moderado-severo, cirrosis descompensada y los que no pudieron colaborar por diversas causas con la aplicación del test (enfermedad psiquiátrica grave, enfermedad neurológica severa, afasia u otras alteraciones neurológicas que impedían responder al test de cribado).

Ingresaron al estudio los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que accedieron al mismo de forma voluntaria con previo consentimiento informado firmado por escrito. En los casos donde los pacientes se encontraban confusos al momento de la entrevista se solicitó el consentimiento delegado al cuidador a cargo del paciente. Para la aplicación del test de pregunta única al acompañante también se le solicitó el consentimiento informado del mismo.

Tanto el Protocolo de estudio como el permiso para el uso de datos, fueron presentados ante el Comité de Ética del Hospital de Clínicas siendo validados por el mismo.

El objetivo principal de nuestro estudio fue determinar la prevalencia de delirium en pacientes asistidos por la UCP mediante la aplicación del test de cribado seleccionado (MDAS) por parte de un estudiante entrenado. El punto de corte definido para el diagnóstico de delirium fue de igual o mayor a 7 puntos en dicho test¹². En simultáneo un segundo estudiante, de forma ciega e independiente, realizó el test de pregunta única al cuidador principal del paciente, formulando la siguiente pregunta con respuesta dicotómica (sí/no): “¿Ha percibido usted algún cambio significativo en la conducta, personalidad o pensamiento de su familiar en las últimas 48 horas?”⁸.

Ante un resultado negativo, el paciente fue reevaluado cada 48-72 horas según criterio del investigador. .

Se recogieron variables sociodemográficas tales como edad y sexo y las siguientes variables clínicas: tipo de patología de base del paciente (oncológica / no oncológica), Índice de Comorbilidad de Charlson en la aplicación móvil (anexo 2), performance status al ingreso según la escala Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) (anexo 3), días de estadía, causa de ingreso, alta o fallecimiento. Se relevaron también los antecedentes personales de privación sensorial auditiva o visual, consumo de alcohol u otras sustancias, antecedentes personales de patología psiquiátrica, tratamiento farmacológico al momento del ingreso, dosis diaria de opioides, tratamiento onco específico (quimioterapia/radioterapia 15 días previo al ingreso) alteraciones metabólicas (función renal, hepática, disionias, presencia de anemia), parámetros infecciosos inespecíficos como leucocitosis, Proteína C Reactiva (PCR), presencia de estreñimiento o retención aguda de orina en las últimas 48 hs. Finalmente se recogieron las medidas implementadas para el tratamiento del delirium en aquellos pacientes con diagnóstico previo luego de la aplicación del test de cribado.

El periodo de seguimiento finalizó en base al alta del paciente, su fallecimiento o al finalizar el periodo de recolección de datos. Los pacientes que presentaron MDAS positivo no fueron reevaluados.

El análisis descriptivo de la muestra se realizó utilizando frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, y para variables cuantitativas se utilizó la mediana, media y desvío estándar.

Para el análisis comparativo de las variables cualitativas se utilizó el test Chi-cuadrado y en instancias puntuales el test exacto de Fisher.

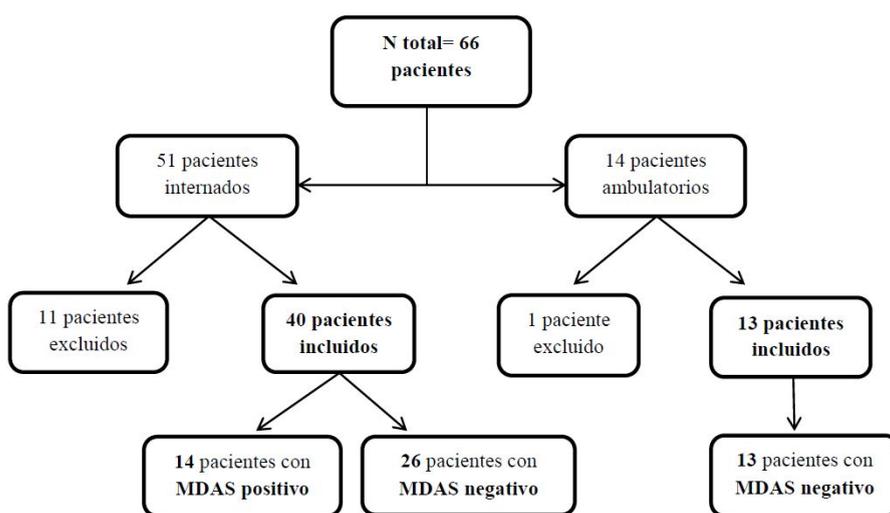
Para valorar la herramienta de cribado de pregunta única se utilizó el test de prueba diagnóstica buscando evaluar sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de esta herramienta.

Se estableció un intervalo de confianza (IC) de 95%, considerando una significación estadística a un valor $p < 0,05$. Dichos análisis fueron realizados mediante el programa estadístico SPSS 25.0.

Resultados

Durante el periodo de estudio se incluyeron un total de 66 pacientes; 51 en sala de internación y 14 ambulatorios. De estos fueron excluidos 12 pacientes; 1 por deterioro cognitivo severo, 1 por Síndrome de Down, 4 por situación de últimos días, 3 por imposibilidad de comunicarse y 3 se negaron a ser entrevistados, quedando así un total de 53 pacientes incluidos en el estudio.

Figura 1: Diagrama de flujo



	Total incluidos (n=53)	Pacientes en internación (n=40)	Pacientes ambulatorios (n=13)
Edad (mediana años)	62 (21-87)	64 (39-87)	61 (21-87)
Sexo			
Femenino	27 (50,9%)	20 (50%)	7 (53,8%)
Masculino	25 (47,2)	19 (47,5%)	6 (46,2%)
Trans	1 (1,9%)	1 (2,5%)	0
Patología de base			
Oncológica		40 (100%)	
No oncológica		0	
Metástasis			
Si		40(100%)	
No		0	
Infecciones			
Si		10 (25%)	
No		30 (75%)	
Opioides			
Si		28 (70%)	
No		12 (30%)	
Días de internación (media días)		23(1-150)	
Hemograma			
Normal		12 (30%)	
Alterado		28 (70%)	
Función Renal			
Normal		28 (70%)	
Alterado		12 (30%)	
Ionograma			
Normal		34 (85%)	
Alterados		6 (15%)	

Tabla 1: Características generales de los pacientes ingresados

No se recolectaron datos de los pacientes asistidos de forma ambulatoria ya que no es el objetivo del presente trabajo.

Las características generales de los pacientes incluidos en el estudio se muestran en la Tabla 1. La prevalencia de delirium en el total de los pacientes incluidos en el estudio (n=53) fue de 26,4%, siendo la prevalencia en pacientes hospitalizados (n=40) de 35%. En los pacientes asistidos de forma ambulatoria, se destaca una prevalencia de delirium de 0% como se muestra en Tabla 2. El subtipo de delirium en el 100% de los casos fue el hipoactivo.

Dentro del total de pacientes con MDAS positivo (n=14) y que contaban con acompañante (n=11) la herramienta de cribado de pregunta única presentó una sensibilidad de 90,9% y una especificidad de 87,2%.

Dentro de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de delirium se relevaron los posibles factores precipitantes, encontrando así que el 85,7% de los pacientes se encontraba bajo tratamiento con opioides, el 100% presentaba metástasis, el 71,5% recibió radioterapia o quimioterapia en los últimos 15 días, el 28,6% se encontraba cursando una infección aguda, el 28,6% presentó disfunción renal, el 14,3% presentó un ionograma alterado y un 71,4% de los pacientes presentó alteraciones en el hemograma.

Tabla 2. Prevalencia de Delirium

MDAS	N internados	N ambulatorio	
	(n=40)	(n=13)	
Positivo	14 (35%)	0	14 (26,4%)
Negativo	26 (65%)	13 (100%)	39 (73.6%)
Total	40	13	53

Tabla 3: Relación MDAS con pregunta al acompañante

		Pregunta al acompañante		Total	Valor-p	Sensibilidad	1-Especificidad
		Negativo	Positivo				
MDAS	Negativo	14	2	16	0,00001 ^a	0,909 ^b	0,125 ^b
	Positivo	1	10	11			
		15	12	27			

^a Test exacto de Fisher

Tabla 4: Parámetros de validez de la prueba

	Estimación
Sensibilidad	90,9%
Especificidad	87,5%
Valor predictivo positivo	83%
Valor predictivo negativo	93%

Tabla 5: Relación diagnóstico con MDAS y Opioides

		Opioides		Total	Valor-p
		NO	SI		
MDAS	Negativo	10	16	26	0,108 ^a
	Positivo	2	12	14	
Total		12	28	40	

^aTest exacto de Fisher

Tabla 6: Relación de pacientes diagnosticos por la escala MDAS con diagnóstico previo de delirium.

		Diagnóstico previo		Total	Valor-p
		NO	SI		
MDAS	Negativo	26	0	26	0,00001 ^a
	Positivo	7	7	14	
Total		33	7	40	

^aTest exacto de Fisher

Discusión

Del total de los pacientes incluidos en el estudio, el 26,4% presentó diagnóstico positivo de delirium. Si tenemos en cuenta únicamente a los pacientes hospitalizados, la prevalencia de delirium es de un 35% (tabla 2). Estos hallazgos demuestran resultados similares a los encontrados en el trabajo español *“Prevalencia de delirium en pacientes con enfermedad oncológica avanzada ingresados en una UCP”*². Se trató de un estudio observacional descriptivo con un seguimiento de varios años y un tamaño muestral significativo (n=1995 pacientes) en el cual la prevalencia de delirium fue de 27,2%.

De nuestra búsqueda bibliográfica no encontramos publicaciones relacionadas al seguimiento de los pacientes ambulatorios en UCP con delirium. En nuestro trabajo, en el periodo de estudio analizado se incluyeron 13 pacientes seguidos por la UCP en forma ambulatoria de los cuales ninguno presentó diagnóstico positivo de delirium. El bajo número de pacientes captados en policlínica se debió a que el número de cupos es limitado ya que requiere un enfoque multidimensional lo que conlleva mayor tiempo de consulta por paciente. Para poder llegar a una muestra significativa se hubiese requerido un periodo de estudio más prolongado. A pesar de no ser una muestra significativa, se destaca que ninguno de los pacientes presentó diagnóstico positivo de delirium. Esto concuerda con la evidencia de que la internación y las causas que conducen a esta se encuentran dentro de los principales factores desencadenantes de delirium. Se destaca que la población ambulatoria presenta un mayor control de sus síntomas, minimizando así los factores precipitantes de delirium.

Estos resultados nos permiten confirmar las hipótesis planteadas:

1. La prevalencia de delirium en pacientes asistidos por la UCP es significativa.
2. La prevalencia de delirium es mayor en el grupo de los pacientes ingresados que en aquellos pacientes asistidos de forma ambulatoria (tabla 2).
3. Se confirma también que el subtipo de delirium predominante es el hipoactivo, siendo este el observado en el 100% de los casos.

En relación a la herramienta de pregunta única en el cribado de delirium se concluye que dicha herramienta es igual de eficaz que la escala de valoración MDAS en el tamizaje de delirium presentando una muy buena sensibilidad (90,9%) y especificidad (87,5%), con un valor P menor a 0,0001 (tabla 3). Estos parámetros superan a los encontrados en el estudio que utilizamos como guía para plantear este objetivo: *“Valor de una herramienta de cribado de una sola pregunta en el despistaje de delirium por parte de enfermería en pacientes con cáncer en un servicio de oncología”*. Dichos resultados confirman, al igual que el trabajo antes

mencionado, la utilidad de esta herramienta en el tamizaje de delirium, ya sea como herramienta única o complementaria a otras escalas.

Asimismo destacamos la aplicabilidad de dicha herramienta ya que en nuestro trabajo fue implementada por estudiantes de medicina avanzados, con un entrenamiento básico en la misma y en el trabajo guía mencionando fue realizado por personal de enfermería entrenado.

En cuanto a los factores precipitantes de delirium no se estableció asociación estadísticamente significativa entre la aparición de delirium y las variables establecidas, (infección, tratamiento con opioides, días de internación, metástasis, alteración en la función renal, ionograma y hemograma). Es llamativa la falta de asociación entre el consumo de opioides y la aparición de delirium (tabla 4), ya que en varios de los trabajos revisados se marcaba al tratamiento con opioide como factor precipitante de esta patología.

De los 14 pacientes que presentaron diagnóstico positivo de delirium, solamente el 50% tenía diagnóstico previo realizado por la UCP o por el propio equipo de sala (tabla 5), resaltando así la importancia de la utilización de una herramienta práctica y sensible para el diagnóstico de delirium. Este hallazgo es llamativo ya que las UCP tienen mayor entrenamiento en el despistaje de delirium en relación a otras disciplinas médicas lo que nos lleva a pensar en el posible subregistro de datos. La presencia de tratamiento con fármacos antipsicóticos en muchos de los pacientes sin diagnóstico previo sustentan esta hipótesis. Además como ya fue mencionado, la herramienta seleccionada presenta mayor sensibilidad de detección del subtipo hipoactivo, el cual puede confundirse con declinación funcional propia de los pacientes con necesidades paliativas o depresión contribuyendo así a un infradiagnóstico.

A pesar de que nuestro estudio intentó abarcar a todos los pacientes con necesidades paliativas (oncológicos y no oncológicos) no podemos dejar de mencionar que todos los pacientes del estudio resultaron ser pacientes oncológicos avanzados. Esto se debe a que la población asistida por la UCP del HC según un estudio retrospectivo realizado por dicha unidad, asiste en su mayoría (90,3%) a este grupo de pacientes.

Como fortaleza del trabajo, destacamos que no hay estudios similares en Uruguay, sentando así las bases para futuros estudios de similares características. Se destaca también que el artículo guía *“Valor de una herramienta de cribado de una sola pregunta en el despistaje de delirium por parte de enfermería en pacientes con cáncer en un servicio de oncología”*⁸, el cual formula la pregunta única como posible herramienta para el tamizaje de delirium está escrito en idioma Español, facilitando así la extrapolación de dicha herramienta de cribado a nuestro estudio.

Dentro de las limitaciones del trabajo realizado, se destaca que el tamaño de la muestra es pequeño pudiendo esto influir la misma en la validez externa de resultados, aunque al ser comparables con la bibliografía encontrada, no representaría un sesgo significativo.

Conclusiones

La prevalencia de delirium en pacientes con cáncer avanzado es similar a la reportada en estudios internacionales, así como el subtipo prevalente. Existe subdiagnóstico de este cuadro clínico aún en unidades especializadas de cuidados paliativos.

La pregunta única formulada al acompañante mostró una mayor sensibilidad y especificidad que la hallada en el estudio guía, por lo que podemos concluir que esta herramienta es útil para el cribado de delirium, además de haber sido formulada originariamente en español facilitando así la extrapolación a nuestra población.

No encontramos asociación estadísticamente significativa entre el delirium y la utilización de opioides e infecciones.

En cuanto a los pacientes seguidos de forma ambulatoria, no podemos afirmar que la prevalencia de delirium sea nula, debido a que la muestra no es representativa por tener un tamaño muestral muy bajo. Esto deja la puerta abierta a futuras investigaciones en pacientes con necesidades paliativas en seguimiento ambulatorio.

Bibliografía

1. Porta Sales J, Gómez-Batiste Alentorn X, González J, Tuca A, Serrano Bermúdez G, Sánchez D. Delirium en cuidados paliativos oncológicos: revisión. *Psicooncología Investig y clínica biopsicosocial en Oncol.* 2004;1(2):113–30.
2. Farriols C, Pamela C, Teran L, Ruiz AI. Medicina paliativa. *Rev da Fac Ciências Médicas Sorocaba ISSN eletrônico 1984-4840.* 2010;12(3):III–IV.
3. Wschebor M, Aquines C, Lanaro V, Romano S. Delirium: una comorbilidad oculta asociada a mayor mortalidad. *Rev Médica del Uruguay.* 2017;33(1):16–45.
4. E. Bruera, S.H. Bush, J. Willey, T. Paraskevopoulos, Z. Li, J.L. Palmer, et al. Impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregivers. *Cancer*, 115 (2009), pp. 2004-2012
5. Fuentes C, Schonfeldt M, Rojas O, de Los Ángeles Briganti M, Droguett M, Muñoz E, et al. Delirium En El Paciente Oncológico. *Rev Médica Clínica Las Condes [Internet].* 2017;28(6):855–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.10.009>
6. Velásquez Gaviria LM. Instrumentos para el diagnóstico de delirium en hispanohablantes: artículo de revisión. *Med UPB.* 2016;35(2):100–10.
7. Lawlor PG, Nekolaichuk C, Gagnon B, Mancini IL, Pereira JL, Bruera ED. Clinical utility, factor analysis, and further validation of the memorial delirium assessment scale in patients with advanced cancer: Assessing delirium in advanced cancer. *Cancer.* 2000;88(12):2859–67.
8. Sancho-Espinosa I, Calvo-Espinós C, Arasanz Esteban H, Lacalle Emboroujo A, Ruiz de Gaona Lana E. Valor de una herramienta de cribado de una sola pregunta en el despistaje de delirium por parte de enfermería en pacientes con cáncer en un servicio de oncología. *Med Paliativa.* 2018;25(4):214–21
9. Díaz García V, López Pérez M, Zuriarrain Reyna Y. Prevalence of delirium using the Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) in advanced oncology patients admitted to a Palliative Care Unit. Risk factors, reversibility and treatment received. *Med Paliativa [Internet].* 2018;25(4):245–54. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2017.05.002>
10. Restrepo Bernal D, Niño García JA, Ortiz Estévez DE. Prevención del delirium. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016;45(1):37–45.
11. Wschebor M, Aquines C, Lanaro V, Romano S. Delirium: una comorbilidad oculta asociada a mayor mortalidad. *Rev Médica del Uruguay.* 2017;33(1):16–45.
12. Lawlor PG, Nekolaichuk C, Gagnon B, Mancini IL, Pereira JL, Bruera ED. Clinical utility, factor analysis, and further validation of the memorial delirium assessment scale in patients with advanced cancer: Assessing delirium in advanced cancer. *Cancer.* 2000;88(12):2859–67.

Agradecimientos

Se agradece la colaboración a la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Clínicas, por toda la ayuda prestada, en especial a Jannet Trindade, Nurse del equipo de la UCP, sin ellos no hubiese sido posible el desarrollo de este estudio.

Le agradecemos también a Ricardo Robaina por su colaboración con el manejo del programa estadístico. En esta línea le agradecemos a la Cátedra de Metodología Científica por la orientación brindada.

Por último, un especial agradecimiento a las tutoras Natalia y Ana, ya que ellas hicieron de éste trabajo una experiencia amena y constructiva.

Anexos

Anexo 1

Nombre del paciente:

Fecha:

Realizado por:

Escala de Valoración del Delirium del Memorial (MDAS)

INSTRUCCIONES: *Valore el grado de severidad de los siguientes síntomas de delirium basándose en la relación actual con el sujeto o valoración de su conducta o experiencia en las últimas horas (tal y como se indica en cada ítem).*

ÍTEM 1-DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA. *Valore el nivel de conciencia actual del paciente respecto a su interacción con el entorno (entrevistador, otras personas u objetos en la habitación; por ejemplo, pida a los pacientes que describan lo que hay a su alrededor).*

- 0: No** (el paciente *de forma espontánea* es totalmente consciente del entorno e interactúa correctamente)
- 1: Leve** (el paciente no reconoce algunos elementos de su entorno o no interactúa correcta y espontáneamente con el entrevistador, pero *llega a estar totalmente consciente cuando se le insiste*; la entrevista se prolonga pero no se deteriora significativamente)
- 2: Moderada** (el paciente no reconoce algunos o todos los elementos de su entorno o no interactúa espontáneamente con el entrevistador; está consciente de forma incompleta y *no llega a interactuar correctamente aunque se insista*; la entrevista *se prolonga pero no se deteriora significativamente*)
- 3: Grave** (el paciente *no reconoce* los elementos del entorno, *no es consciente* de la presencia del entrevistador, *ni existe interacción espontánea*, de manera que la entrevista se hace difícil o imposible aunque el entrevistador insista continuamente)

ÍTEM 2-DESORIENTACIÓN: *Valore el estado actual preguntando los siguientes 10 ítems sobre orientación: día de la semana, día del mes, mes, año, estación, piso o planta, nombre del hospital, ciudad, comunidad autónoma y país.*

- 0: No** (el paciente responde correctamente 9-10 ítems)
- 1: Leve** (el paciente responde correctamente 7-8 ítems)
- 2: Moderada** (el paciente responde correctamente 5-6 ítems)
- 3: Grave** (el paciente no responde correctamente más de 4 ítems)

ÍTEM 3-DETERIORO DE LA MEMORIA A CORTO PLAZO: Valore el estado actual pidiendo la *repetición inmediata de 3 palabras y la capacidad posterior para recordarlas* (el paciente debe repetir las palabras inmediatamente y recordarlas a los 5 minutos de haber estado realizando una tarea). Utilice grupos de 3 palabras diferentes para evaluaciones sucesivas (por ejemplo, manzana, mesa, mañana, cielo, cigarro, justicia).

- 0: No** (el paciente repite y recuerda las 3 palabras)
- 1: Leve** (el paciente repite las 3 palabras pero no recuerda una de ellas)
- 2: Moderada** (el paciente repite las 3 palabras pero no recuerda 2 ó 3)
- 3: Grave** (el paciente no logra repetir 1 o más palabras)

ÍTEM 4-DETERIORO EN LAS SERIES NUMÉRICAS: Evalúe la capacidad actual del paciente, pidiéndole que repita, *primero 3, 4, 5 números contando hacia delante, y después 3 y 4 números contando hacia atrás*; continúe con el paso siguiente *sólo si el paciente realiza correctamente el anterior*.

- 0: No** (el paciente puede contar como mínimo 5 números hacia adelante y 4 hacia atrás)
- 1: Leve** (el paciente puede contar como mínimo 5 números hacia adelante, 3 hacia atrás)
- 2: Moderada** (el paciente puede contar 4-5 números hacia adelante, no puede contar 3 hacia atrás)
- 3: Grave** (el paciente no puede contar más de 3 números hacia adelante)

ÍTEM 5-DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE MANTENER LA ATENCIÓN Y DE CAMBIAR EL FOCO DE ATENCIÓN: *Manifestada durante la entrevista a través de las preguntas que necesitan ser reformuladas y/o repetidas* debido a las pérdidas de atención del paciente, a la pérdida del hilo de la conversación por el enfermo o a las distracciones por estímulos externos o por estar absorto en otra tarea.

- 0: No** (nada de lo mencionado anteriormente; el paciente mantiene y cambia la atención de forma totalmente normal)
- 1: Leve** (los problemas de atención descritos suceden *una o dos veces* sin prolongar la entrevista)
- 2: Moderado** (los problemas de atención descritos *son frecuentes, prolongando la entrevista pero sin imposibilitarla*)
- 3: Grave** (los problemas de atención descritos *ocurren constantemente, alterando la entrevista y haciéndola difícil o imposible*)

ÍTEM 6-PENSAMIENTO DESORGANIZADO: Manifestado durante la entrevista por *divagaciones, un discurso irrelevante o incoherente, o por un razonamiento imperfecto o desordenado*. Formular al paciente alguna *pregunta compleja* (por ejemplo pedirle que describa su situación clínica).

- 0: No** (el discurso del paciente es *coherente y bien dirigido*)
- 1: Leve** (el discurso del paciente es *ligeramente difícil de seguir*; las respuestas a las preguntas se alejan un poco del objetivo pero no tanto como para prolongar la entrevista)
- 2: Moderado** (el discurso o pensamiento *desorganizado* está claramente presente, de modo que *la entrevista se prolonga aunque no llega a ser interrumpida*)
- 3: Grave** (la entrevista es *muy difícil o imposible* debido al *discurso o pensamiento desorganizado*)

ÍTEM 7-ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN: Valore las *percepciones erróneas, ilusiones, alucinaciones* deducidas de una *conducta inapropiada* durante la entrevista o *admitidas por el propio sujeto*, así como aquellas referidas por los *familiares, la enfermera* o descritas en la *historia clínica* en las últimas horas o desde la última valoración.

- 0: No** (*no existen* percepciones erróneas, ilusiones ni alucinaciones)
- 1: Leve** (percepciones erróneas o ilusiones relacionadas con el *sueño, alucinaciones fugaces* en 1 ó 2 ocasiones *sin conducta inapropiada*)
- 2: Moderado** (alucinaciones o *frecuentes* ilusiones en *varias ocasiones* con *alteraciones mínimas del comportamiento que no interrumpen la entrevista*)
- 3: Grave** (ilusiones o alucinaciones *frecuentes o intensas* con *conductas persistentemente inadecuadas que interrumpen la entrevista o interfieren con los cuidados médicos*)

ÍTEM 8-IDEACIÓN DELIRANTE¹: Evalúe la *ideación delirante* inferida por la presencia de *conductas inadecuadas* durante la entrevista, *admitidas por el paciente*, así como la ideación delirantes referidas por los *familiares, la enfermera*, o descritas en la *historia clínica* en las últimas horas o desde la última valoración.

- 0: No** (no hay evidencia de interpretaciones erróneas ni de ideación delirante)
- 1: Leve** (*interpretaciones erróneas o suspicaces* sin ideación delirante manifiesta ni conducta inapropiada)
- 2: Moderada** (Ideación delirante *admitida por el paciente o evidenciada por su conducta*, que no interrumpen o *interrumpen de forma tangencial* la entrevista, y *no interfieren con los cuidados médicos*)
- 3: Grave** (Ideación delirante intensas y/o persistente que llevan a una *conducta inapropiada, interrumpiendo la entrevista o interfiriendo seriamente con el cuidado médico*)

ÍTEM 9-DISMINUCIÓN O AUMENTO DE LA ACTIVIDAD PSICOMOTORA: Valore la actividad en las últimas horas, así como la actividad durante la entrevista *categorizando al paciente*. Marque con un círculo: (a) *hipoactivo*, (b) *hiperactivo*, o (c) *ambos elementos presentes*.

- 0: No** (actividad psicomotora normal)
- a b c 1: Leve** (la hipoactividad es apenas perceptible, expresada como *ligera reducción del movimiento*. La hiperactividad es apenas perceptible o se presenta como *simple inquietud*)
- a b c 2: Moderado** (la hipoactividad es innegable, con *marcada reducción en el número de movimientos o marcada lentitud del movimiento*; el paciente raramente habla o se mueve espontáneamente. La hiperactividad es innegable, el paciente se *mueve casi constantemente*; en ambos casos, el examen clínico se prolonga como consecuencia)
- a b c 3: Grave** (la hipoactividad es grave; el paciente *no se mueve o habla sin que se insista o está catatónico*. La hiperactividad es grave; el paciente está *constantemente moviéndose, reacciona exageradamente ante estímulos, requiere vigilancia y/o restricciones físicas*; realizar el examen clínico es difícil o imposible)

ÍTEM 10-ALTERACIÓN DEL CICLO VIGILIA-SUEÑO (TRASTORNO DEL DESPERTAR): Valore la capacidad del paciente para *dormirse o mantenerse despierto en los momentos apropiados*. Utilice la *observación directa* durante la entrevista, así como los *informes de enfermería, la familia, el paciente o gráficas* que describan el trastorno del ciclo vigilia-sueño durante las últimas horas o desde la última entrevista. Utilizar las observaciones de la noche previa sólo para las evaluaciones matutinas.

- 0: No** (duerme bien durante la noche; no tiene problemas para permanecer despierto durante el día)
- 1: Leve** (leve alteración en los estados de sueño y vigilia; *durante la noche resulta difícil conciliar el sueño o existen despertares nocturnos transitorios, necesita medicación para dormir bien; durante el día, refiere periodos de somnolencia o, durante la entrevista está somnoliento pero puede despertarse fácilmente*)
- 2: Moderado** (alteración moderada en los estados de sueño y vigilia; *durante la noche hay repetidos y prolongados despertares; durante el día, refiere sueños frecuentes y prolongados o, durante la entrevista, puede sólo ser despertado completamente mediante fuertes estímulos*)
- 3: Grave** (alteraciones graves en los estados de sueño y vigilia; *durante la noche permanece despierto; durante el día, el paciente permanece la mayor parte del tiempo durmiendo o, durante la entrevista, no puede ser despertado completamente mediante ningún estímulo*)

PUNTUACIÓN: ____

Anexo 2

Índice de comorbilidad de Charlson (versión original)

Infarto de miocardio: debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en enzimas y/o en ECG	1
Insuficiencia cardíaca: debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardíaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diuréticos o vasodilatadores. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos, no se incluirán como tales	1
Enfermedad arterial periférica: Incluye claudicación intermitente, intervenidos de <i>by-pass</i> arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm de diámetro	1
Enfermedad cerebrovascular: pacientes con AVC con mínimas secuelas o AVC transitorio	1
Demencia: pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico	1
Enfermedad respiratoria crónica: debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma	1
Enfermedad del tejido conectivo: Incluye lupus, polimiositis, enf. mixta, polimialgia reumática, arteritis cel. gigantes y artritis reumatoide	1
Úlcera gastroduodenal: incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un úlcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras	1
Hepatopatía crónica leve: sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica	1
Diabetes: incluye los tratados con insulina o hipoglicemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta	1
Hemiplejía: evidencia de hemiplejía o paraplejía como consecuencia de un AVC u otra condición	2
Insuficiencia renal crónica moderada/severa: Incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dl objetivadas de forma repetida y mantenida	2
Diabetes con lesión en órganos diana: evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperosmolar	2
Tumor o neoplasia sólida: Incluye pacientes con cáncer, pero sin metástasis documentadas	2
Leucemia: incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas	2
Linfoma: incluye todos los linfomas, Waldstrom y mieloma	2
Hepatopatía crónica moderada/severa: con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía)	3
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	6
Sida definido: no incluye portadores asintomáticos	6

Índice de comorbilidad (suma puntuación total) =

Anexo 3

ESCALA ECOG

Escala diseñada por el Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) de Estados Unidos y validada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para evaluar la calidad de vida del paciente con cáncer. La principal función de esta escala es la de objetivar la calidad de vida del paciente o "performance status".

La escala ECOG valora la evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria manteniendo al máximo su autonomía. Este dato es muy importante cuando se plantea un tratamiento, ya que de esta escala dependerá el protocolo terapéutico y el pronóstico de la enfermedad. La escala ECOG se puntúa de 0 a 5 y sus valores son:

- ECOG 0: El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.
- ECOG 1: El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos, aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. El paciente sólo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.
- ECOG 2: El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales solo.
- ECOG 3: El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse.
- ECOG 4: El paciente permanece encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación.
- ECOG 5: Paciente fallecido.

Anexo 4

Formulario de Recolección de datos

Fecha de la entrevista: ___/___/___

Cuestionario: Prevalencia de Delirium en UCP

Criterios de exclusión :

- Pacientes en agonía
- Antecedentes de deterioro cognitivo o severo o demencia
- Cirrosis descompensada
- Pacientes que no puedan colaborar por causas diversas con la aplicación del test. (Enfermedad psiquiátrica grave, enfermedad neurológica severa (afasia y otras alteraciones neurológicas que impidan responder al test de cribado).

Ficha del paciente

Nombre:			
Ocupación:	Cédula de identidad		
Procedencia	Edad		

Sexo	Mujer	
	Hombre	
	Intersexual	
	Cis/trans	

Estado civil	Soltero	Casado	Divorciado	Viudo	Unión libre
---------------------	---------	--------	------------	-------	-------------

Nivel de Instrucción	Ninguno	
	Primaria incompleta	
	Primaria completa	
	Secundaria incompleta	
	Secundaria completa	
	Nivel terciario incompleto	

	Nivel terciario completo	
	UTU incompleto	
	UTU completa	

Asistencia	Ambulatoria		Internación	
-------------------	-------------	--	-------------	--

Sala	
Piso	
Cam a	

Fecha de ingreso	Día:	Mes:	Año:
-------------------------	------	------	------

Días de internación	
----------------------------	--

Patología de base	Oncológica Tipo: Metástasis: Si/No Localización	No oncológica	
--------------------------	--	----------------------	--

Tratamiento oncológico (en los últimos 15 días) o en curso	Quimioterapia	Radioterapia	
---	----------------------	---------------------	--

Performance status al ingreso (ECOG)	0	El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.
	1	El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos, aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. El paciente sólo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.
	2	El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama

		durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales solo.
	3	El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse.
	4	El paciente permanece encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación.
	5	Paciente fallecido.

Antecedentes personales	Fumador	SI		Cuanto?	
		NO		Abstinencia, ¿Desde cuando?	
	Consumidor de alcohol	SI		Cuanto?	
		NO		Abstinencia, ¿Desde cuando?	
	Consumo de sustancias	Cannabis		Cuanto?	
		Cocaína		Abstinencia,	
		PBC		¿Desde cuando?	
		Otras			
	Consumo de Psicofármacos	SI	Cual ?	Cuanto?	
		No		Abstinencia, ¿Desde cuando?	

	Consumo de otros Fcos	SI	Cual ?	Cuanto? Abstinencia,
		NO		¿Desde cuando?

Deprivación sensorial	Auditiva	S I	N o	Visual	S I	N O
	¿corregida ?	S I	N o	¿corregida ?	S I	N O

Deterioro cognitivo previo	SI		NO	
----------------------------	----	--	----	--

Índice de Charlson al ingreso	
-------------------------------	--

Valor de Escala MDAS	Al ingreso	
	Control N°2	
	Control N°3	
	Control N°4	

Diagnostico médico al ingreso	
-------------------------------	--

Tiene diagnóstico de delirium al momento de la entrevista ?	SI	
	N O	

*Mirar registros de enfermería y evolución médica en las últimas horas

Se instaló Tratamiento para delirium?	SI	NO	Dosis
---------------------------------------	----	----	-------

¿Cual ?	Haloperidol		
	Quetiapina		
	Risperidona		
	Levomepromazina		
	Otros		

¿Recibio interconsulta con psiquiatría?	SI	
	N O	

¿Recibe algún fármaco ?	Tipo	Nombre	Dosis diaria
	Opioides		
	Esteroides		
	Antipsicótico		
	Antidepresivos		
	Benzodiazepinas		
Otros			

Variables clínicas		
Estado de Hidratación	Bien hidratado	Mal hidratador
Constipación	Mayor a 48hs	Fecaloma
RAO	SI	NO

Cuadro infeccioso actual (constatado en el hospital)	Pulmonar	
	Urinario	
	Piel y partes blandas	
	Encefálico	

	Síndrome tóxico-infeccioso	
	Fiebre	
	Otro	

Valores de Paraclínica Sanguínea					
	Al ingreso	Visita N°__	Visita N°__	Visita N°__	Visita N°__
Fecha	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Hemoglobina					
Glóbulos Blancos					
Azoemia					
Creatinina					
Bilirrubina Total					
Fosfatasa Alcalina					
GGT					
TGO/TGP					
K⁺					
Na⁺					
Calcemia					
PCR					

Observaciones	
----------------------	--

Evolución del paciente:	
--------------------------------	--

Fecha del Alta	___/___/___	Observaciones:
-----------------------	-------------	-----------------------

Destino	Derivación a Cuidados Paliativos Domiciliario	
	Derivación a Policlínica	

Fallecimiento	Fecha: ___/___/___
----------------------	-----------------------

Sedación	SI		Causa:
	No		

Respuesta a pregunta única : “<i>Ha percibido usted un cambio significativo en la conducta, personalidad o pensamiento de su familiar en las últimas 48 hs?</i>”	SI		N O	
---	-----------	--	----------------	--

Anexo 5

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Proyecto de investigación: Prevalencia de delirium en pacientes asistidos por Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Clínicas. Valor de una sola pregunta como herramienta de cribado en el diagnóstico de Delirium, en el periodo de Julio-Septiembre 2019.

La Clínica Médica B del Hospital de Clínicas y la Unidad de Cuidados Paliativos estamos realizando en conjunto un trabajo de investigación con el objetivo de establecer la prevalencia y conocer ciertas características del síndrome confusional, para poder así, conocer más a fondo la patología y proponer herramientas simples para un mejor diagnóstico de la misma.

Por esto le proponemos a usted y a la persona que lo acompaña (familiar/cuidador) que colabore con nosotros, participando en una encuesta.

Por ello, los estudiantes le harán dos cuestionarios, el primero con una duración de aproximadamente 15 minutos y el siguiente con una duración de aproximadamente 3 minutos, el cual se le será realizado a su acompañante.

Toda la información derivada de la entrevista será totalmente anónima.

Aspectos importantes:

Su participación es totalmente voluntaria

Su negativa en nada cambiará la atención brindada a usted por el servicio

No recibirá ni usted ni su familiar/cuidador ningún tipo remuneración económica por la participación.

Dra. Natalia Bernardi, Coordinadora Unidad de Cuidados Paliativos y Prof. Adjunta de Clínica Médica B (nbernardi79@gmail.com)

Asist UDA Cuidados Paliativos Lic. Psic. Ana Garcia Perez 24871515 int 2497

Consentimiento informado

Fecha: ____/____/____

Me han informado sobre la existencia y han solicitado mi aceptación de participar del proyecto de investigación:

Prevalencia de delirium en pacientes asistidos por Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Clínicas. Valor de una sola pregunta como herramienta de cribado en el diagnóstico de Delirium, en el periodo de Julio-Septiembre 2019.

La investigación estará a cargo de la **Dra. Natalia Bernardi** - Prof. Adj. de la cátedra Clínica Médica B, **Lic. Ana García**- Profesora Adj. Psicología Médica y Asist. De Cuidados Paliativos y contará con la participación de estudiantes de 6to año de la Facultad de Medicina- Universidad de la República : Br. Lucia Morales, Br. Camila Mutti, Br.Damian Ramirez, Br. Marcia Teles, Br. Damian Tub.

El mismo se realizará en el Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.

La investigación se realizará en pacientes como usted, que se encuentran en seguimiento por el equipo de Cuidados Paliativos. Un estudiante de medicina entrenado realizará una serie de preguntas de una Escala avalada científicamente (MDAS) con el objetivo de diagnosticar confusión mental y evaluar su severidad.

Luego por parte de otro estudiante, se le realizará una pregunta a su acompañante sobre cambios en su comportamiento.

Entiendo que mi información personal recabada en el curso de la investigación es estrictamente confidencial y la misma será usada solo con fines académicos.

Se me informó acerca de los aspectos de la investigación, reconozco mi derecho a realizar preguntas pertinentes (despejar dudas surgidas ante y durante la investigación); a retirarme del estudio cuando lo considere conveniente, no habiendo riesgos de daño ni perjuicio para con mi persona ni tampoco en la asistencia brindada en el hospital.

Frente a cualquier duda puedo comunicarme con la Dra. Natalia Bernardi a nbernardi79@gmail.com

Una vez aceptado dicho consentimiento, se me entregará una copia del mismo.

Ante la finalización de la investigación los resultados pueden ser publicados con fines académicos, pudiendo solicitar una copia de los mismos.

Firma de/la participante: _____

Aclaración de Firma del paciente: _____

C.I _____

Anexo 6

INFORMACIÓN AL ACOMPAÑANTE

Proyecto de investigación: Prevalencia de delirium en pacientes asistidos por Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Clínicas. Valor de una sola pregunta como herramienta de cribado en el diagnóstico de Delirium, en el periodo de Julio-Septiembre 2019.

La Clínica Médica B del Hospital de Clínicas y la Unidad de Cuidados Paliativos estamos realizando en conjunto un trabajo de investigación con el objetivo de establecer la prevalencia y conocer ciertas características del síndrome confusional, para poder así, conocer más a fondo la patología y proponer herramientas simples para un mejor diagnóstico de la misma.

Por esto le proponemos a usted y a la persona que está bajo su cuidado que colabore con nosotros, participando en una encuesta.

Para ello, los estudiantes harán dos cuestionarios, el primero con una duración de aproximadamente 15 minutos al paciente y el siguiente con una duración de aproximadamente 3 minutos, a usted.

Toda la información derivada de la entrevista será totalmente anónima.

Aspectos importantes:

Su participación es totalmente voluntaria

Su negativa en nada cambiará la atención brindada a usted por el servicio

No recibirá ni usted ni su familiar/cuidador ningún tipo remuneración económica por la participación.

Dra. Natalia Bernardi, Coordinadora Unidad de Cuidados Paliativos y Prof. Adjunta de Clínica Médica B (nbernardi79@gmail.com)

Asist UDA Cuidados Paliativos Lic. Psic. Ana Garcia Perez 24871515 int 2497

Consentimiento Informado para el acompañante

Fecha: ____/____/____

Me han informado sobre la existencia y han solicitado mi aceptación para participar del proyecto de investigación:

Prevalencia de delirium en pacientes asistidos por Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Clínicas. Valor de una sola pregunta como herramienta de cribado en el diagnóstico de Delirium, en el periodo de Julio-Septiembre 2019.

La investigación estará a cargo de la **Dra. Natalia Bernardi** - Prof. Adj. de la cátedra Clínica Médica B, **Lic. Ana García**- Profesora Adj. Psicología Médica y Asist. De Cuidados Paliativos y contará con la participación de estudiantes de 6to año de la Facultad de Medicina- Universidad de la República : Br. Lucia Morales, Br. Camila Mutti, Br.Damian Ramirez, Br. Marcia Teles, Br. Damian Tub.

El mismo se realizará en el Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.

La investigación se realizará en pacientes que se encuentran en seguimiento por el equipo de Cuidados Paliativos. Para dicho estudio se requiere la participación de los acompañantes de estos pacientes a los cuales solamente se les realizará un pequeño cuestionario con el objetivo de poder evaluar en profundidad el estado del paciente.

Un estudiante de medicina entrenado le realizará una serie de preguntas de una Escala avalada científicamente (MDAS) al paciente con el objetivo de diagnosticar confusión mental y evaluar su severidad.

Luego por parte de otro estudiante, se le realizará un pregunta a usted con el objetivo de evaluar cambios en el comportamiento del paciente al cual usted está acompañando.

Entiendo que la información personal recabada en el curso de la investigación es estrictamente confidencial y la misma será usada solo con fines académicos.

Se me informó acerca de los aspectos de la investigación, reconozco mi derecho a realizar preguntas pertinentes (despejar dudas surgidas ante y durante la investigación); a retirarme del estudio cuando lo considere conveniente, no habiendo riesgos de daño ni perjuicio para con mi persona ni tampoco en la asistencia brindada en el hospital.

Frente a cualquier duda puedo comunicarme con la Dra. Natalia Bernardi a nbernardi79@gmail.com

Una vez aceptado dicho consentimiento, se me entregará una copia del mismo.

Ante la finalización de la investigación los resultados pueden ser publicados con fines académicos, pudiendo solicitar una copia de los mismos.

Firma de/la participante: _____

Aclaración de Firma: _____

C.I _____