



Síndrome confusional agudo, uno de los grandes problemas geriátricos en ancianos hospitalizados

Acute confusional syndrome, one of the major geriatric problems in hospitalized elderly

Nurmy Hernández-Falcón^{1*}  <https://orcid.org/0000-0001-8194-3323>

Aliuska Noa-Ortega¹  <https://orcid.org/0009-0006-2903-1646>

Bárbara Madeleidy Martínez-González¹  <https://orcid.org/0009-0000-0351-1058>

Yanelkys Rodríguez-Domínguez¹  <https://orcid.org/0009-0004-5883-1285>

Larisa Hernández-Falcón²  <https://orcid.org/0000-0002-0826-3265>

María Isabel Garay-Crespo²  <https://orcid.org/0000-0001-9406-1637>

¹ Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.

* Autora para la correspondencia: nurmis.mtz@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El síndrome confusional agudo es uno de los grandes síndromes geriátricos —a mayor edad, aumenta su incidencia y prevalencia. Produce mayor morbimortalidad, estancia hospitalaria, riesgo de institucionalización y deterioro funcional en los pacientes afectados.



Objetivo: Caracterizar el síndrome confusional agudo en adultos mayores hospitalizados.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal en los pacientes hospitalizados en el Servicio de Geriátrica del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández, de Matanzas, en el período comprendido entre septiembre de 2020 y septiembre de 2021. El universo estuvo representado por 92 ancianos, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. La metódica se sustentó en una planilla de recolección de datos y la historia clínica.

Resultados: Se obtuvo como resultado un predominio en la investigación de femeninas, en edad promedio de 73 años. La polifarmacia y las comorbilidades fueron los factores predisponentes que predominaron. La fractura de cadera y las infecciones fueron los factores precipitantes con mayor representatividad. El modo hiperactivo fue la forma clínica más frecuente en los ancianos con estadía hospitalaria prolongada, lo que aumenta el uso del tratamiento farmacológico con neurolépticos, siendo el haloperidol es el más utilizado.

Conclusiones: El síndrome confusional agudo es un problema de salud en los adultos mayores. Constituye en ocasiones la forma de presentación de enfermedades graves y se considera una urgencia médica en la práctica clínica, que puede prevenirse y es con frecuencia subdiagnosticado.

Palabras clave: síndrome; síndrome confusional agudo; delirium; adulto mayor; polifarmacia.

ABSTRACT

Introduction: Acute confusional syndrome is one of the major geriatric syndromes — at an older age, its incidence and prevalence increases. It produces greater morbidity and mortality, hospital stay, risk of institutionalization and functional deterioration in affected patients.

Objective: To characterize acute confusional syndrome in hospitalized older adults.

Methods: An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out on patients hospitalized in the provincial Geriatrics service of the Clinical Surgical University Hospital Comandante Faustino Perez Hernandez, in Matanzas, in the period from September 2020 to September 2021. The universe was represented by 92 elderly people who met the inclusion and exclusion criteria. The method was based on a data collection form and the clinical record.

Results: As a result, there it was a predominance of females with an average age of 73 years in the research. Polypharmacy and comorbidities were the predominant predisposing factors. Hip fracture and infections were the most representative precipitating factors. Hyperactive mode was the most frequent clinical form in alder people with prolonged hospital stay, which increases the use of pharmacological treatment with narcoleptics, haloperidol being the most used.

Conclusions: Acute confusional syndrome is a health problem in older adults. It is sometimes the form of presentation of serious diseases, and is considered a medical emergency in clinical practice, which can be prevented and is frequently underdiagnosed.

Key words: syndrome; acute confusional syndrome; delirium; older adult; polypharmacy.

Recibido: 03/07/2024.

Aceptado: 02/01/2025.

INTRODUCCIÓN

Los síndromes geriátricos representan un desafío clave en la atención a los adultos mayores, dada su alta prevalencia y el impacto que tienen en la calidad de vida, la funcionalidad y la autonomía de este grupo poblacional.

Conocidos también como “los gigantes de la geriatría”, estos síndromes se caracterizan por ser problemas de salud multifactoriales, que surgen de la interacción de varias enfermedades y condiciones propias del envejecimiento.⁽¹⁾

Entre los grandes síndromes geriátricos está el síndrome confusional agudo (SCA) o delirium; trastorno neuropsiquiátrico común y grave que condiciona un aumento de la mortalidad, hospitalizaciones prolongadas y mayor riesgo de deterioro cognitivo posterior a largo plazo.⁽²⁾ Se presenta entre el 14 y el 56 %, según estudios epidemiológicos, y en mayor frecuencia cuando se asocia con alguna enfermedad aguda de emergencia. Produce mayor morbimortalidad, estancia hospitalaria, riesgo de institucionalización y deterioro funcional en los pacientes afectados.^(3,4)

Está formado por varios síntomas y signos relacionados con el nivel de conciencia y deterioro de funciones cognitivas. Representa una complicación de otra enfermedad subyacente, que en ocasiones pasa desapercibida, modifica el pronóstico de los pacientes⁽⁵⁾ y dificulta el diagnóstico, por lo que el reconocimiento precoz de un SCA, la correcta identificación de las causas precipitantes y el establecimiento adecuado de las pautas terapéuticas resulta de crucial importancia.^(5,6)

Algunos estudios revelan que entre el 20 y el 40 % de los pacientes ancianos ingresados lo presentan en algún momento de su estancia hospitalaria; constituye un fenómeno que cada vez se observa con mayor frecuencia. La incidencia y prevalencia de este trastorno varían según la edad, el paciente y el lugar de hospitalización. La incidencia aproximada del delirium es del 10 y el 15 %, y su prevalencia entre el 10 y el 40 %. Afecta del 10 al 52 % durante el postoperatorio (más frecuente en cirugías ortopédicas y, dentro de ellas, la de cadera). Tienen mayor predisposición aquellos pacientes que han sufrido un SCA previo. En un estudio realizado en España, se determinó una incidencia del 16 % en pacientes hospitalizados. Por su parte, en Cuba se registran cifras de afectación del 10 al 56 % de los ancianos en el medio hospitalario; se destaca que aparece con mayor frecuencia en el sexo masculino.^(7,8)

Existe escasa revisión documentada sobre este tema en pacientes geriátricos de la provincia de Matanzas, que pudieran establecer la base necesaria para el correcto diagnóstico y tratamiento de esta entidad. Si se tiene en cuenta lo antes expuesto, resulta imprescindible investigar cómo se caracteriza el SCA en ancianos hospitalizados.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, en pacientes ingresados en el Servicio de Geriátrica del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández, de la provincia de Matanzas, en el período septiembre de 2020 a septiembre de 2021.

El universo de estudio estuvo constituido por 92 ancianos ingresados durante el período de estudio con el diagnóstico al ingreso o durante el mismo de un SCA, teniendo en cuenta los criterios del "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-V" y del "Método de evaluación de confusión"; se excluyen a los pacientes que presentaron enfermedades psiquiátricas descompensadas.

La recogida de la información se realizó previo consentimiento informado, a través de una planilla de recolección de datos confeccionada por las autoras para los efectos de la investigación, así también la revisión de la historia clínica académica y geriátrica del universo de estudio.

Las variables utilizadas en la investigación fueron: edad, sexo, factores predisponentes, factores precipitantes, formas clínicas de presentación, tiempo de evolución y tratamiento farmacológico empleado.

Se empleó el procesador estadístico SPSS versión 13.0 para Windows.

Los datos obtenidos fueron procesados según estadística descriptiva y se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas. Los resultados están representados en tablas; se determinaron valores absolutos, que junto al cálculo porcentual permitieron llegar a conclusiones sobre el tema.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra el predominio de los pacientes con SCA en edades comprendidas entre 71 y 80 años (60,87 %). Más de la mitad de los ancianos estudiados corresponden al sexo femenino (56,52 %).

Tabla 1. SCA, según edad y sexo

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
60-70 años	11	11,96	7	7,61	18	19,57
71-80 años	30	32,61	26	28,26	56	60,87
81-90 años	7	7,61	5	5,43	12	13,04
91 o + años	4	4,34	2	2,18	6	6,52
Total	52	56,52	40	43,48	92	100

En la tabla 2 se puede apreciar que la polifarmacia ocupa el primer lugar como factor predisponente en los ancianos con SCA, y representa la tercera parte de los pacientes estudiados (75 %), seguido del delirium previo (56,52 %) y de múltiples comorbilidades (48,91 %).

Tabla 2. SCA, según factores predisponentes

Factores predisponentes	No.	%
Demencia	12	13,04
Enfermedad grave en estadios terminales	10	10,86
Delirium previo	52	56,52
Déficit nutricional	7	7,60
Alcoholismo	16	17,39
Déficit sensorial	18	19,52
Depresión	34	36,95
Ictus, enfermedades neurológicas	21	22,82
Cirugías recientes	22	23,91
Múltiples comorbilidades	45	48,91
Polifarmacia (más de 4 medicamentos)	69	75

La tabla 3 muestra los factores precipitantes en el SCA. Se destaca el predominio de las infecciones a cualquier nivel, en un 30,43 % de los ancianos estudiados, seguido de la fractura de cadera, en el 26,1 % de los casos.

Tabla 3. SCA, según factores precipitantes

Factores precipitantes del SCA	No.	%
Infección a cualquier nivel	28	30,43
Enfermedad grave en estadios terminales	3	3,26
Enfermedades crónicas descompensadas	5	5,43
Infarto miocárdico agudo	2	2,17
Accidente vascular encefálico agudo	4	4,35
Abstinencia a drogas o alcohol	3	3,26
Desequilibrio hidroelectrolítico	7	7,61
Intoxicación aguda	1	1,09
Dolor	2	2,17
Cirugías recientes	5	5,43
Fractura de cadera	24	26,1
Fármacos	8	8,70
Total	92	100

Como se demuestra en la tabla 4, la tercera parte de los pacientes presentó la forma de delirium hiperactivo (69,57 %). En cuanto a tiempo de evolución, se observó predominio en los pacientes con varios días posterior al ingreso (53,26 %), lo que representa más de la mitad de los pacientes estudiados.

Tabla 4. SCA, según formas clínicas y tiempo de evolución en relación al ingreso

Formas clínicas	Tiempo de evolución en relación al ingreso								Total	
	Antes				Después					
	Días		Semanas		Días		Semanas		No.	%
	No.	%	N	%	No.	%	No.	%		
Hipoactivo	11	11,96	2	2,17	9	9,78	1	1,09	23	25,00
Hiperactivo	15	16,30	3	3,26	37	40,22	9	9,78	64	69,57
Mixto	1	1,09	-	-	3	3,26	1	1,09	5	5,43
Total	27	29,35	5	5,43	49	53,26	11	11,96	92	100

La tabla 5 refleja el análisis del tratamiento farmacológico de los ancianos con SCA. Se observa que los fármacos más empleados fueron los neurolépticos típicos (haloperidol), lo que representa cerca de la totalidad porcentual del tratamiento (97,82 %); seguido de los neurolépticos atípicos, como la olanzapina, con excelentes resultados terapéuticos.

Tabla 5. Tratamiento farmacológico en pacientes con SCA

Tratamiento farmacológico	No.	%
Neurolépticos atípicos	62	67,39
Neurolépticos típicos	90	97,82
Ansiolíticos y sedantes	60	65,21

DISCUSIÓN

El SCA es un síndrome clínico frecuente y de gran importancia en la práctica clínica, con mayor relevancia en los servicios geriátricos. La hipótesis del envejecimiento neuronal apoya que los pacientes ancianos tienen más riesgo de desarrollarlo. Según esta teoría, debido a los cambios cerebrales relacionados con la edad en los neurotransmisores de regulación de estrés y los sistemas de transducción de señales intercelulares, se asocia la edad avanzada como el factor de riesgo predisponente más significativo identificado en la mayoría de los estudios. Dicha edad está considerada por encima de los 65 años, y con mayor frecuencia en el sexo masculino.

Estos resultados se corresponden con lo planteado en la bibliografía, donde se estima, de forma global, que más de un tercio de los adultos mayores de 70 años que ingresan desarrollan SCA, lo que deja en evidencia que, a mayor edad, mayor riesgo de desarrollar el SCA.⁽⁹⁻¹¹⁾

Es el criterio de las autoras que los resultados de la investigación, en cuanto al predominio del sexo femenino pudieran estar relacionados con la esperanza de vida en Cuba, la cual se elevó en 2020 hasta 78,89 años, y es mayor en las mujeres (80,86 años) que en los hombres (76,94 años).⁽¹²⁾

Los factores predisponentes son aquellos que aumentan la vulnerabilidad del paciente a desarrollar el SCA.^(6,13) Resultado similar al estudio obtuvieron Gutiérrez-Valencia y Martínez-Velilla,⁽¹⁴⁾ donde predominó la polifarmacia como factor predisponente, y Guerrero Gamboa,⁽¹⁵⁾ donde la mayoría (63,7 %) de los pacientes estudiados presentaron polifarmacia.

Se considera que en los últimos años se ha producido un aumento progresivo de la proporción y el número de personas mayores de 65 años a nivel mundial y nacional. Cuba es uno de los países más envejecidos de América Latina, dependiendo de la esperanza de vida, por lo que son frecuentes las comorbilidades en este grupo etario, lo que conlleva a mayor consumo de fármacos. Los problemas ocasionados por el uso de estos en los ancianos están relacionados con las interacciones entre ellos, así como los aspectos fisiológicos del envejecimiento, que influyen en la alteración de la farmacocinética y modifican la respuesta a determinados medicamentos con la consecuente predisposición al desarrollo del SCA. La acetilcolina es uno de los neurotransmisores determinantes en la fisiopatología del SCA. Numerosos fármacos presentan actividad anticolinérgica y favorecen la aparición de este síndrome en los adultos mayores.

El SCA es una forma frecuente de presentación atípica de la infección, por lo que cuando aparece obliga a buscar signos de infección en cualquier localización, incluida la sepsis generalizada. Resultados similares se mostraron en un estudio realizado por Wshebor et al.,⁽¹⁶⁾ donde un 25 % de los pacientes presentaron infecciones como factor precipitante, al igual que el estudio de Guerrero Gamboa,⁽¹⁵⁾ que representó un 74,8 % de su muestra. Dionisio Caja⁽¹⁷⁾ también constató las causas infecciosas como factor precipitante más frecuente.

En la bibliografía consultada se describe entre los factores precipitantes frecuentes, las infecciones y los fármacos, suponiendo estos la causa evitable más común en el SCA, y que representa, de manera general, el 40 % de los casos, así como la fractura de cadera y otras intervenciones quirúrgicas.⁽¹⁸⁾ Es difícil que el SCA sea causado por un solo factor, más bien es el resultado de la interacción multifactorial asociado a la vulnerabilidad de cada paciente y a los mecanismos fisiopatológicos planteados que justifican el desarrollo de esta entidad clínica, sobre todo la hipótesis inflamatoria, donde existe una respuesta sistémica que provoca un incremento en la producción de citoquinas. Estas, activadoras de las células gliales, generan reacción inflamatoria en el cerebro y desencadenan una alteración en la síntesis y liberación de neurotransmisores.^(19,20)

Se reconocen tres tipos de delirium: hiperactivo, hipoactivo y mixto. Es un cuadro frecuente en pacientes hospitalizados y se ha demostrado su incremento en dependencia de la estancia hospitalaria.

Rogelio Serrano,⁽¹³⁾ en su estudio del SCA en pacientes geriátricos hospitalizados, tanto en servicios clínicos como quirúrgicos, demostró el predominio del tipo hiperactivo (55,7 %), que se corresponde con más de la mitad de los pacientes participantes, con una evolución de más de diez días en ambos servicios; resultado similar al estudio.

A criterio de las autoras, los resultados del estudio son secundarios a la sumatoria de factores precipitantes y a la vulnerabilidad de cada paciente, sumado a los factores ambientales, dado por la propia institucionalización. La susceptibilidad aumenta de forma proporcional a la estadía hospitalaria, la agitación psicomotriz es la más evidente ante familiares y profesionales de la salud, por lo que constituye el SCA hiperactivo el de mayor diagnóstico y existe un infradiagnóstico del subtipo hipoactivo.

El SCA es un síndrome complejo, difícil de diagnosticar y tratar. En la mayoría de la bibliografía consultada se muestra que el uso del haloperidol a bajas dosis constituye el fármaco de elección para el tratamiento del delirium hiperactivo, lo que coincide con los resultados del estudio.⁽²¹⁾ En una investigación realizada por Varga Martínez,⁽²²⁾ el fármaco más utilizado fue el haloperidol, para un 84,89 %. Palmero-Picazo et al.,⁽²³⁾ en una revisión actual sobre delirium, plantean que es este el fármaco de primera línea; sin embargo, pueden emplearse de igual forma la quetiapina, la risperidona y la olanzapina.

Resultados similares a la presente investigación se encuentran en Vitolo,⁽²⁴⁾ una revisión sobre delirium en el adulto mayor hospitalizado. Dicho autor plantea que, considerando la disponibilidad, el menor costo y la mayor experiencia en uso, es el haloperidol el antipsicótico más utilizado (75-80 %). Las autoras consideran que se debe tener en cuenta el medio, la existencia y la disponibilidad de cada fármaco, debido a que de esto depende el resultado investigativo. Si bien el reconocimiento y el tratamiento farmacológico precoz son muy importantes, la prevención y el tratamiento no farmacológicos constituyen el mejor método para evitar las complicaciones del SCA.

Se concluye que el SCA es un problema de salud en los adultos mayores hospitalizados, y en ocasiones constituye la forma de presentación de enfermedades graves. Se considera una urgencia médica en la práctica clínica, que puede prevenirse, y es con frecuencia subdiagnosticado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parada-Peña K, Rodríguez-Morera M, Otoya-Chaves F, et al. Síndromes geriátricos: caídas, incontinencia y deterioro cognitivo. Rev Hispano Cienc Sal. 2021;6(4):201-10. DOI: 10.56239/rhcs.2020.64.450.
2. Sánchez Artero MJ, Nadales Rojas MI, Nava García P, et al. Protocolo diagnóstico y tratamiento del Síndrome Confusional agudo. Medicine. 2023;13(85):5046-50. DOI: 10.1016/j.med.2023.08.016.
3. Dries DJ. Delirium. Air Medical. 2018;37(4);225-8. DOI: 10.1016/j.amj.2018.04.007.
4. Ramírez Echeverría MdL, Schoo C, Paul M. Delirium. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2020 [citado 15/06/2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29261982/>
5. Lupiáñez Seoane P, Muñoz Negro JE, Torres Parejo Ú, et al. Estudio descriptivo del síndrome confusional agudo en Urgencias. Atención Primaria. 2021;53(6):102042. DOI: 10.1016/j.aprim.2021.102042.
6. Tobar E, Alvarez E. Delirium en el adulto mayor hospitalizado. Rev méd Clín Las Condes. 2020;31(1):28-35. DOI: 10.1016/j.rmcl.2019.11.008.
7. Trogrlić Z, Van der Jagt M, Lingsma H, et al. Improved Guideline Adherence and Reduced Brain Dysfunction after a Multicenter Multifaceted Implementation of ICU Delirium Guidelines in 3,930 Patients. Crit Care Med [Internet]. 2019 [citado 15/06/2024];47(3):419-27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30608279/>
8. Rodríguez Pascual Y, Solarana Ortíz JA, Hernández Aguilar I, et al. Caracterización de adultos mayores con Síndrome Confusional Agudo postquirúrgico. CCM [Internet]. 2021 [citado 15/06/2024];25(2). Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3784/1918>
9. Cristo Nuñez MA, Gómez Fernández N, Baster Moro JC, et al. Síndrome Confusional Agudo en el servicio de Geriátrica. Hospital "V. I. Lenin". CMM [Internet]. 2006 [citado 04/04/2019];10(2). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no102/n102ori1.htm>
10. Bombino AD, Domínguez SN, Brenes HL. Aplicación de la taxonomía NANDA, NOC y NIC en Síndrome Confusional agudo. Geroinfo [Internet]. 2020 [citado 15/06/2024];15(1):18. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95981>

11. Blanco Artola C, Gómez Solórzano N, Arce Chaves A. Delirium en el adulto mayor. Rev Méd Sinerg [Internet]. 2020 [citado 11/11/2024];5(3):e391. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/391>
12. Velázquez Ricardo A. El envejecimiento de la población. Cuba y sus territorios-2022 [Internet]. Santiago de Cuba: Infomed Santiago; 2023 [citado 15/06/2024]. Disponible en: <https://www.infomed.scu.sld.cu/el-envejecimiento-de-la-poblacion-cuba-y-sus-territorios-2022/>
13. Rogelio Serrano L, Samaniego Díez de Corcuera ME, Subirón Valera AB. Estudio del Síndrome Confusional agudo en pacientes geriátricos hospitalizados con interconsulta a psiquiatría. Gerokomos [Internet]. 2021 [citado 15/06/2024];32(4):210-5. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000500210
14. Gutiérrez-Valencia M, Martínez-Velilla N. Prevención farmacológica del delirium: un largo camino por recorrer. Revista Española de Geriatria y Gerontología [Internet]. 2018 [citado 15/06/2024];53(4):185-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prevencion-farmacologica-del-delirium-un-S0211139X18300416>
15. Guerrero Gamboa L. Perfil clínico y epidemiológico de los pacientes con Delirium a su egreso posterior a internamiento en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología en el periodo de Junio 2017 hasta Junio 2019 [tesis en Internet]. San José: Universidad de Costa Rica; 2020 [citado 15/06/2024]. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/items/e900c6b3-9211-4f70-bb00-e09a024d056f>
16. Wshebor M, Aquines C, Lanaro V, et al. Delirium: Una comorbilidad oculta asociada a mayor mortalidad. Rev Méd Urug [Internet]. 2017 [citado 05/06/2024];33(1):16-45. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902017000100016
17. Dionisio Caja CS. Características clínicas y epidemiológicas del Síndrome Confusional Agudo en pacientes hospitalizados del servicio de medicina Interna Hospital Nacional Ramiro Priale Essalud – Huancayo 2017 [tesis en Internet]. Huancayo: Universidad Nacional del centro del Perú; 2018 [citado 05/06/2024]. Disponible en: <https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/4348/>
18. Inouye SK. Delirium in older persons. N Engl J Med [Internet]. 2006 [citado 05/06/2024];354:1157-65. Disponible en: <https://www.schulich.uwo.ca/geriatrics/docs/Overview%20Article%20-%20Delirium%20-%20Inouye%20-%20NEJM%202006.pdf>
19. Fahrni ML, Azmy MT, Usir E, et al. Prescripción inadecuada definida por los criterios STOPP y START y su asociación con eventos adversos medicamentosos entre pacientes mayores hospitalizados: un estudio prospectivo multicentrico. PloS One [Internet]. 2019 [citado 05/06/2024];14(7):e0219898. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0219898>

20. Espericueta-Gómez K, Kawano-Soto CA, Dehesa-López E, et al. Factores asociados con el desarrollo de delirium en pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna. Rev Med UAS [Internet]. 2021 [citado 05/06/2024];11(4):311-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=106500>

21. Paizano Vanega G, Araya Oviedo A, Chacón Díaz S. Tratamiento farmacológico del delirium en el adulto mayor. Rev méd sinerg [Internet]. 2021 [citado 15/11/2024];6(10):e725. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/725>

22. Varga Martínez O. Desarrollo y validación de una escala predictora de riesgo de delirium en cirugía cardíaca: DELIPRECA (delirium prevention cardiac surgery) [tesis en Internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2021 [citado 15/11/2024]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/48688>

23. Palmero-Picazo J, Lassard-Rosenthal J. Delirium: una revisión actual. Aten Fam. 2021;28(4):284-90. DOI: 10.22201/fm.14058871p.2021.4.80600.

24. Vitolo F. Síndrome confusional agudo (delirium) en el adulto mayor hospitalizado [Internet]. Buenos Aires: Noble Compañía de Seguros; 2020 [citado 15/11/2024]. Disponible en: <http://asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/September2020/qQm uXvaBjlRUQA1YXrxB.pdf>

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflictos de intereses.

Contribución de autoría

Nurmy Hernández-Falcón: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, supervisión, validación y redacción, revisión y edición.

Aliuska Noa-Ortega: curación de datos, análisis formal, investigación, metodología y redacción, revisión y edición.

Bárbara Madeleidy Martínez-González: curación de datos, análisis formal, investigación, metodología y redacción, revisión y edición.

Yanelkys Rodríguez-Domínguez: investigación, metodología y redacción, revisión y edición.

Larisa Hernández-Falcón: investigación, metodología y redacción, revisión y edición.

María Isabel Garay-Crespo: investigación, metodología y redacción, revisión y edición.

Editor responsable: Silvio Soler-Cárdenas.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Hernández-Falcón N, Noa-Ortega A, Martínez-González BM, Rodríguez-Domínguez Y, Hernández-Falcón L, Garay-Crespo MI. Síndrome confusional agudo, uno de los grandes problemas geriátricos en ancianos hospitalizados. Rev Méd Electrón [Internet]. 2025 [citado: fecha de acceso];47:e5924. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/5924/6070>