

Delirium en personas mayores con cáncer hospitalizadas en un centro oncológico chileno

Marliz Pérez Bahamonde^{1,*}, Rocío Quilodrán Loyola², Claudia Chávez Oyanadel^{3,5}, Magaly Díaz Vega⁴.

Delirium in Older Patients With Cancer Hospitalized in a Chilean Private Center

RESUMEN

El delirium es un síndrome geriátrico y complicación frecuente en personas mayores con cáncer hospitalizadas, cuya ocurrencia se asocia con mayor morbilidad y mortalidad en esta población especialmente vulnerable. **Objetivo:** Determinar la incidencia del delirium y los factores de riesgo asociados en adultos mayores con cáncer hospitalizados en un centro oncológico chileno. **Material y Métodos:** Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes de 75 años o más hospitalizados en la Fundación Arturo López Pérez (FALP) en un periodo de 6 meses. Los datos se obtuvieron a través de la revisión de registros clínicos anonimizados. Se realizó estudio uni y bivariado, así como análisis por regresión logística múltiple. **Resultados:** Se incluyeron 246 pacientes, de los cuales un 55,7% (n= 137) eran hombres, la edad promedio fue de 79 años. El promedio de días de hospitalización fue de 5,3 días. La incidencia de delirium fue de 10,2% (n= 25). Se asociaron con mayor riesgo de delirium el ingreso no programado (21,8% versus 5%), el nivel de riesgo calculado como alto, medio o bajo según VGI previo a la hospitalización (p=0,0014) y la presencia de síntomas anímicos (14,5% versus 3,7%). Además, los pacientes con delirium tuvieron una estadía más prolongada (13,4 días versus 4,4 días) y una menor supervivencia global (48% versus 17,07%). **Conclusiones:** La incidencia de delirium fue de 10,2%. Los factores de riesgo más significativos fueron: el ingreso de urgencia, los pacientes de alto riesgo de delirium, la falta de evaluación geriátrica previa y la presencia de síntomas anímicos. Esta baja incidencia se obtuvo debido a la correcta implementación

¹Terapeuta Ocupacional, Unidad de Medicina Interna, Fundación Arturo López Pérez OECI Cancer Center, Santiago de Chile.

²Geriatria, Unidad de Medicina Interna, Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez OECI Cancer Center, Santiago de Chile.

³Metodóloga Cuantitativa. Unidad de Gestión de Proyectos de Investigación. Centro de Investigación e Innovación en Cáncer. Fundación Arturo López Pérez OECI Cancer Center, Santiago, Chile.

⁴Lider Proyectos de Investigación. Unidad de Gestión de Proyectos de Investigación. Centro de Investigación e Innovación en Cáncer. Fundación Arturo López Pérez OECI Cancer Center, Santiago, Chile.

⁵Investigadora. Programa Trabajo, Empleo, Equidad y Salud, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Chile.

*Correspondencia: Marliz Pérez Bahamonde / marliz.perez@ialp.org

Terapia Ocupacional, Fundación Arturo López Pérez OECI Cancer Center, Santiago de Chile.

Financiamiento: El trabajo no recibió financiamiento.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: 14 de junio de 2025.
Aceptado: 27 de octubre de 2025.

del protocolo preventivo de delirium en el centro oncológico.

Palabras clave: Anciano; Delirio; Neoplasias.

ABSTRACT

*Delirium is a geriatric syndrome and a frequent complication in hospitalized elderly people with cancer, whose occurrence is associated with increased morbidity and mortality in this particularly vulnerable population. **Aim:** To determine the frequency of delirium and associated risk factors in older adults with cancer hospitalized in a Chilean cancer center. **Material and methods:** Retrospective cohort study. Patients aged 75 years or older hospitalized at the Fundación Arturo López Pérez (FALP) over a 6-month period were included. Data were obtained by reviewing anonymized clinical records. A uni- and bi-variate study was performed, as well as multiple logistic regression analysis. **Results:** Retrospective cohort study. Patients aged 75 years or older hospitalized at the Fundación Arturo López Pérez (FALP) during a 6-month period were included. Data were obtained by reviewing anonymized medical records. A uni- and bi-variate study was performed, as well as a multiple logistic regression analysis. **Conclusion:** The frequency of delirium was 10.2%. The most significant risk factors were: emergency admission, patients at high risk of delirium, lack of previous geriatric evaluation and the presence of mood symptoms. This low frequency was obtained due to the correct implementation of the delirium preventive protocol in the oncology center.*

Keywords: Aged; Delirium; Neoplasms.

El delirium es un síndrome neuropsiquiátrico que afecta a personas de distintas edades y en diferentes escenarios. Se define como “una alteración de la atención y la conciencia, que aparece en poco tiempo, fluctuando su gravedad a lo largo del día y presenta una alteración cognitiva adicional”¹.

Los factores de riesgo de delirium son múltiples, destacando la edad avanzada como uno de ellos². A su vez, las personas mayores con cáncer tienen un riesgo aumentado debido a la presencia de factores asociados a la toxicidad y los efectos secundarios del tratamiento oncológico,

posibles metástasis cerebrales, deterioro cognitivo acelerado relacionado con la quimioterapia y deterioro del sistema inmunitario³.

El delirium es una de las complicaciones neurológicas más prevalentes en pacientes con cáncer, especialmente en pacientes hospitalizados, donde se describen frecuencia de 22,6%⁴. El delirium se asocia con complicaciones a corto y largo plazo que prolongan la estadía hospitalaria y reducen la sobrevida⁵.

En Chile, un estudio realizado por Carrasco et al, el año 2012⁶ encontró una incidencia de delirium de 35,4% en pacientes mayores de 65 años no oncológicos, mientras que el estudio realizado por Cabezas el año 2023⁷ en la misma población, una frecuencia global de 51,72%, no existiendo actualmente en Chile investigaciones específicas en pacientes con cáncer.

El propósito de nuestro estudio fue determinar la incidencia de delirium en la población mayor con cáncer en un centro oncológico local e identificar los factores de riesgo asociados a su ocurrencia.

Material y Métodos

Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes de 75 años o más que fueron hospitalizados en Fundación Arturo López Pérez (FALP) entre el 01/01/2023 y el 31/07/2023, para un procedimiento programado (quirúrgico o quimioterapia) y que contaran con una Valoración Geriátrica Integral (VGI) previa no mayor a tres meses. También aquellos ingresos por una urgencia (hospitalización no programada) y que pudieron o no haber tenido la VGI previa a la hospitalización, en las unidades de paciente crítico y hospitalización general.

Se excluyeron pacientes pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos, aquellos que ingresaron para tratamiento de Lutecio-177 o administración de radioyodo, pacientes hospitalizados para toma de exámenes, y pacientes con compromiso de conciencia previo.

Los datos se obtuvieron a través de la revisión de registros clínicos anonimizados, que incluye la VGI realizada por geriatra previa a la hospitalización.

Los dominios incorporados en la VGI y las escalas utilizadas se muestran en la tabla 2, incluyendo los factores de riesgos relacionados con delirium y corresponden a lo reportado por los pacientes al momento de la valoración. Finalmente, se estableció como riesgo de delirium aquellos pacientes que tenían uno o más factores de riesgo medidos al momento de la evaluación. Los pacientes, además, contaron con una evaluación diaria durante su hospitalización por parte de Terapeuta Ocupacional para detectar la presencia de delirium, en la cual se aplicaba una vez al día la herramienta *Confusion Assessment Method* (CAM)¹², cuya duración era de 15 a 20 minutos. Mediante esta medición se estableció la incidencia de delirium en los casos ingresados al estudio con hospitalizaciones programadas y no programadas.

La sobrevida se estimó entre la fecha de la hospitalización hasta fecha de seguimiento a los 12 meses.

Análisis estadístico

Este estudio contempló variables demográficas como el sexo y la edad, y variables clínicas obtenidas de la VGI. Las principales variables clínicas obtenidas fueron el diagnóstico oncológico, existencia de evaluación geriátrica previa y síndromes geriátricos (Tabla 2), el riesgo de delirium calculado, y variables relacionadas con la hospitalización (motivo de ingreso, unidad hospitalaria, número de hospitalizaciones y días de hospitalización).

Se realizó análisis estadístico univariado utilizando medidas de tendencia central, dispersión y posición. Para evaluar la normalidad de las variables se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk. Posteriormente, se realizó un análisis bivariado empleando medidas de asociación a través de la prueba Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher, según correspondiera; y U Mann-Whitney para comparar variables numéricas. Además, se modeló el Odds Ratio mediante regresión logística y se estimó la curva de sobrevida entre pacientes con y sin delirium utilizando las curvas de Kaplan Meier y la prueba de Log-Rank. Se calculó la sobrevida global considerando el

tiempo entre hospitalización y los 12 meses de seguimiento. Los análisis se realizaron en RStudio v2024.04.2, considerando un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Este estudio contó con la aprobación del Comité Ético Científico FALP con fecha 25 de octubre de 2023, bajo el N° 2023-096-GER-NML-INT.

Resultados

Características clínicas

Se incluyeron 246 pacientes, de los cuales un 55,7% ($n = 137$) eran varones, la mediana de la edad fue de 78 años (IQR= 5 años). El 64,6% de los pacientes era menor de 80 años. La mediana de días de hospitalización fue de 3 días (IQR= 5 días). Los diagnósticos oncológicos más frecuentes fueron urológicos (26%), digestivos (25,2%), de cabeza y cuello (13,4%) y de pulmón (8,5%). Del total de pacientes, 86,2% tenían evaluación geriátrica previa, 73,6% ingresó para un procedimiento programado y 80,2% estaba en hospitalización general al momento de la evaluación (Tabla 1).

Presencia y riesgo de delirium

La incidencia de delirium fue 10,2% ($n = 25$), con un promedio de edad para el grupo de 80,3 años ($de = 4,2$), concentrándose la mayoría de los casos de delirium entre los mayores de 80 años. No hay casos de pacientes con delirium al ingreso de la hospitalización. En relación al tipo de ingreso, en el grupo de pacientes de cirugías no programada ($n = 55$) se detectó delirium en un 21,8%, versus sólo un 5% de delirium en aquellos pacientes con cirugía programada ($n = 181$), esta relación es estadísticamente significativa ($p = 0,0004$). Por su parte, el riesgo de síndrome geriátrico medido por la VGI tuvo una correlación directa con la incidencia de delirium ($p = 0,0014$), esto quiere decir que a medida que el riesgo de síndrome geriátrico medido por la VGI aumenta el riesgo de presentar delirium también. De los pacientes sin evaluación geriátrica previa ($n = 34$) un 23,5% presentó delirium, a diferencia de quienes tuvieron evaluación geriátrica previa

($n = 212$) quienes presentaron solo un 8% de delirium, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,0134$). Por otro lado, de los pacientes sin trastorno del ánimo ($n = 136$), sólo un 3,7% presentó delirium, mientras que los pacientes con trastornos del ánimo ($n = 76$) un 14,5% presentaron delirium, esta diferencia también es estadísticamente significativa ($p = 0,0063$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto delirium y nivel de dependencia y fragilidad, deterioro cognitivo, trastornos del sueño, polifarmacia, prescripciones de medicamentos inapropiados. Finalmente, los pacientes con delirium estuvieron hospitalizados en mediana 8 días, en comparación con los 3 días de los pacientes sin delirium, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabla 3). Luego de ajustar distintos modelos de regresión logística con diversas variables, se obtuvo el modelo final, en el cual se observó que presentar la categoría de alto riesgo en la evaluación geriátrica previa se asoció con una probabilidad aproximadamente de ocho veces mayor de desarrollar delirium, en comparación con los pacientes clasificados como de bajo riesgo (OR=8,07; IC95% [1,85;43,78]; $p = 0,008$).

Por otra parte, cada día de hospitalización aumenta la probabilidad de desarrollar delirium con un OR 1,18 (aumento de 18% por día; IC95% 1,07–1,32) (Tabla 4).

Sobrevida global

Se realizó un seguimiento a los 12 meses a la totalidad de los pacientes, y la mortalidad total fue de 16,7% ($n = 41$), mientras que del grupo que presentan delirium, la mortalidad fue de un 48% ($n = 12$). Del total de 6 pacientes que fallecieron durante la hospitalización e incluidos en el análisis, cuatro presentaron delirium. Las curvas de sobrevida muestran que los pacientes que presentaron delirium durante la hospitalización tuvieron una sobrevida menor en comparación con aquellos que no lo desarrollaron en el periodo de seguimiento ($p < 0,001$) (Figura 1).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de la población estudiada.

Características		Porcentaje pacientes (%) (n)
Sexo	Hombres	55,7% (n= 137)
	Mujeres	43,7% (n=109)
Edad	≥80 años	64,6% (n=159)
	<80 años	35,4% (n=87)
Diagnóstico oncológico	Cánceres urológicos	26% (n=64)
	Cánceres digestivos	25,2% (n=62)
	Cánceres de cabeza y cuello	13,4% (n=33)
	Cánceres de pulmón	8,5% (n=21)
	Cánceres de mama	6,5% (n=16)
	Hematológicos	4,9% (n=12)
	Cánceres de piel	4,9% (n=12)
	Cánceres del sistema nervioso	2,8% (n=7)
	Cánceres ginecológicos	2,4% (n=6)
	Otros (Sarcoma, endocrinos, otros)	5,3% (n=13)
Síndromes geriátricos	Fragilidad	7,3% (n=18)
	Dependencia en las actividades de la vida diaria básicas	17,1% (n=42)
	Deterioro cognitivo	12,2% (n=30)
	Sintomatología anímica (depresión - ansiedad)	30,9% (n=76)
	Trastorno del sueño	32,1% (n=79)
	Polifarmacia	39,8% (n=98)
Evaluación geriátrica integral	Si	86,2% (n=212)
	No	13,8% (n=34)
Motivo de hospitalización	Procedimiento programado (quirúrgico, quimioterapia)	73,6% (n=181)
	Ingreso no programado (urgencia)	22,4% (n=55)
Unidad hospitalización	Unidad Cuidados Intensivos	4,2% (n=10)
	Unidad Tratamiento Intensivos	15,6% (n=38)
	Médico Quirúrgico	80,2% (n=195)
Número hospitalizaciones	Una	96,7% (n=238)
	Dos	2% (n=5)
	Tres	1,2% (n=3)

n=número de pacientes.

Tabla 2. Dominios incorporados en la Valoración Geriátrica Integral (VGI) y las escalas utilizadas.

Dominio de la VGI	Herramienta utilizada	Puntuación
Fragilidad	FRAIL ⁸	0-5 puntos
Trastorno del ánimo	Antecedentes de Trastorno del ánimo conocido	Sí/No
Trastorno del sueño	Antecedentes de Trastornos del sueño	Sí/No
Deterioro cognitivo previo	Antecedentes de deterioro cognitivo previo	Sí/No
Funcionalidad	Actividades básicas de la vida diaria: Índice de Barthel ⁹	0-100 puntos
Polifarmacia	Uso de 5 o más fármacos	Sí/No
Prescripción inapropiada de medicamentos	Criterios Beers ¹⁰ y STOPP/START ¹¹	Sí/No
Riesgo de Delirium ²	Se considera la presencia de 1 o más factores de riesgo: - Deterioro cognitivo mayor - Uso de altas dosis de Benzodiacepinas u otros psicofármacos - Uso de altas dosis de alcohol, tabaco o drogas - Delirium previo - Alteración sensorial no corregida - Neoplasia cerebral (primaria o metástasis)	Alto/Bajo

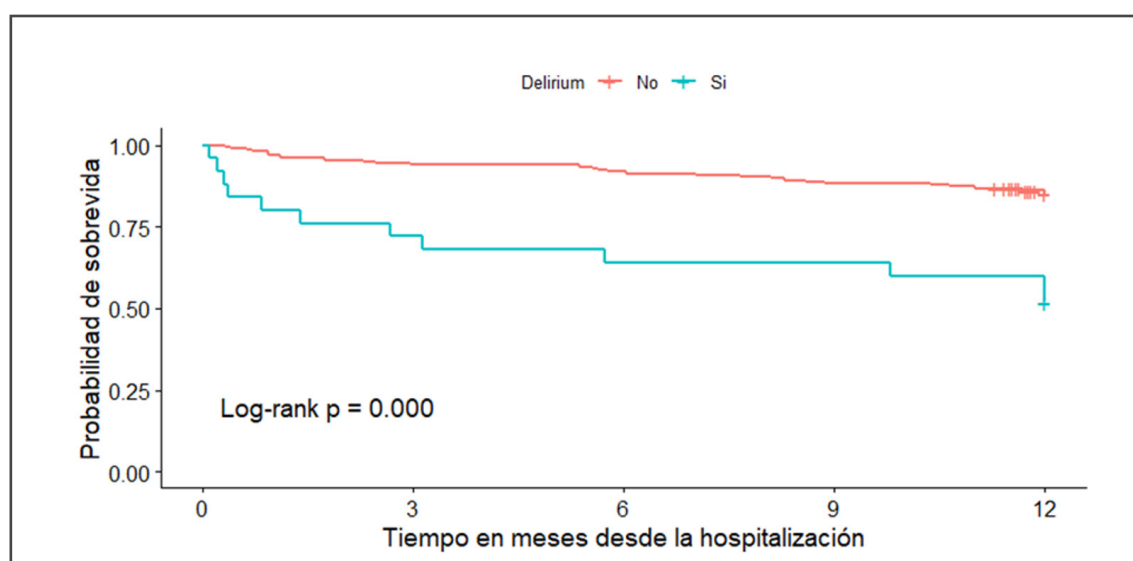
Tabla 3. Diferencia de incidencia de delirium según variables.

Variable		n	Con Delirium	Sin Delirium	Valor p
Delirium		246	10,2%	89,8%	
Días hospitalización	Mediana en días	246	8	3	< 0,001*
Edad	<80 años	159	7,5%	92,5%	0,1064
	≥ 80 años	87	17,6%	82,4%	
Tipo de ingreso	Programado	181	5,0%	95,0%	0,0004*
	No programado	55	21,8%	78,2%	
Riesgo VGI	Bajo	112	2,7%	97,3%	0,0014*
	Moderado	69	10,1%	89,9%	
	Alto	32	21,9%	78,1%	
Fragilidad	Robusto	102	5,9%	94,1%	0,2329
	Prefrágil	89	7,9%	92,1%	
	Frágil	18	16,7%	83,3%	
Evaluación previa geriátrica	Sin evaluación previa	34	23,5%	76,5%	0,0134*
	Con evaluación previa	212	8,0%	92,0%	
Trastornos del ánimo	Sin trastorno del ánimo	136	3,7%	96,3%	0,0063*
	Con trastornos del ánimo	76	14,5%	85,5%	
Dependencia	Independiente	173	6,4%	93,6%	0,2071
	Dependiente	42	11,9%	88,1%	
Deterioro cognitivo	Sin deterioro	140	7,0%	93,0%	0,4714
	Con deterioro	79	10,0%	90,0%	
Trastorno del sueño	Sin trastorno del sueño	136	9,3%	90,7%	0,3053
	Con trastorno del sueño	76	5,1%	94,9%	
Polifarmacia	No polifarmacia	111	5,4%	94,6%	0,2057
	Si polifarmacia	98	10,2%	89,8%	
Prescripciones inapropiadas	No	161	6,8%	93,2%	0,5403
	Si	50	10,0%	90,0%	

*Significancia estadística de la diferencia de incidencia de delirium entre grupos valor p<0,005. n=número de pacientes.

Tabla 4. Odd Ratio variables relevantes en modelo de regresión logística.

Variable	Con Delirium	Sin Delirium	OR	IC 95% (Límite inferior)	IC 95% (Límite superior)	Valor p
Riesgo Alto VGI	21,9%	78,1%	8,07	1,85	43,78	0,008
Días Hospitalización	Mediana 8	Mediana 3	1,18	1,07	1,32	< 0,001

**Figura 1:** Supervivencia global pacientes posterior a hospitalización.

Discusión

La incidencia de delirium encontrada en el grupo de pacientes oncológicos mayores de 75 años analizados en este estudio fue 45,1% inferior al comunicado en una revisión sistemática internacional en adultos mayores de 65 años con diagnóstico oncológico⁴.

A nivel nacional, no se han identificado estudios que reporten la incidencia de delirium en pacientes con diagnóstico oncológico, sin embargo, se conoce la frecuencia de delirium del 51,7%⁷ en población geriátrica general hospitalizados en unidades de mediana y alta complejidad. A su

vez, en Chile, no se dispone de una guía clínica emitida por el Ministerio de Salud para el manejo del delirium en pacientes oncológicos. No obstante, se encuentra disponible la guía clínica de delirium en pacientes con cáncer elaborada por la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO)³. En el centro oncológico, se implementó un protocolo institucional orientado a la prevención del delirium, el cual incorpora las recomendaciones de la guía clínica de la ESMO, incluyendo la identificación de factores de riesgo predisponentes, así como intervenciones farmacológicas y no farmacológicas

durante la hospitalización. La implementación de este protocolo podría explicar las diferencias en la incidencia de delirium respecto a la literatura nacional.

En esta investigación se evidencia asociación de variables con delirium que han sido mencionadas en la literatura, pero también se identificaron diferencias.

Se observa que el riesgo de hospitalización de urgencia es un factor determinante en casos de enfermedades críticas, como el cáncer. En esta investigación, se observó que los pacientes que fueron hospitalizados de manera urgente también presentaron una mayor incidencia de delirium¹³.

La evaluación geriátrica es una valoración integral que permite identificar factores de riesgo predisponentes y desencadenantes de diversas complicaciones en las personas mayores durante su hospitalización. Este proceso resulta relevante para disminuir los riesgos asociados, como los largos periodos de hospitalización y complicaciones postquirúrgicas¹⁴, siendo el delirium una de estas complicaciones. Los hallazgos de la presente investigación, que muestran una asociación significativa entre el riesgo de delirium identificado mediante la VGI y el desarrollo de delirium, se alinea con la evidencia reportada en la revisión sistemática y metaanálisis de Chen¹⁵, donde se demuestra que la VGI permite identificar a pacientes de riesgo y reducir la incidencia de delirium postoperatorio. La incorporación de la VGI en los pacientes programados y la posibilidad de estimar su riesgo de desarrollar delirium, permitió implementar estrategias preventivas que pudieron influir en los resultados demostrados.

Por su parte, la presencia de trastornos del ánimo autorreferidos por el paciente, ya sea ansiedad o depresión asociada al proceso oncológico, se relacionó con una mayor probabilidad de desarrollar delirium. Este hallazgo coincide con lo reportado por Gaba¹⁶, quien concluyó que la presencia de síntomas depresivos predice el riesgo de delirium durante la hospitalización.

Mientras que otras variables como la dependencia funcional y el deterioro cognitivo previo que están descritas en el trabajo de Seiler⁵ como factores de riesgo predisponentes de delirium, en

nuestra investigación no tuvo una relación significativa, pues al igual que los pacientes frágiles, los pacientes con dependencia funcional y deterioro cognitivo eran categorizados como pacientes de alto riesgo, lo que implicaba la implementación de medidas preventivas para disminuir el riesgo de delirium.

A diferencia del trabajo de Lin¹⁷, quién menciona diversos estudios en los que se evidencia una fuerte asociación entre trastornos del sueño y desarrollo de delirium en esta investigación, no se logró demostrar el trastorno del sueño como un factor de riesgo significativo. Este resultado puede explicarse por la pesquisa prehospitalaria de trastornos del sueño, en la que los pacientes recibieron indicaciones de higiene de sueño general, uso de tapones y antifaces y evitando en la estadía suspender el uso de hipnóticos de uso crónico, disminuyendo el riesgo de privación y favoreciendo el descanso nocturno.

Si bien la literatura describe la edad superior a 75 años como un factor de riesgo predisponente al desarrollo de delirium¹⁸, en el estudio de Seiler⁵, que utilizó un análisis de regresión múltiple, no se encontró una relación significativa entre la edad avanzada (>65 años) y el desarrollo de delirium. En esta investigación, la edad no se asocia al desarrollo de delirium, y este fenómeno se puede explicar dado que los pacientes mayores de 75 años de la población incluida son independientes en las actividades de la vida diaria, robustos y tienen buen desempeño cognitivo, es decir sus características previas son factores protectores, y el delirium se presenta más en los pacientes que tienen complicaciones agudas por la enfermedad y/o por los efectos secundarios de los tratamientos, más que en aquellos cuyo riesgo se asocia a factores predisponentes previos. En estos últimos casos, cuando corresponde, se implementa el protocolo preventivo de delirium para reducir dicho riesgo.

El delirium se presenta con mayor frecuencia en pacientes que desarrollan complicaciones agudas relacionadas con la enfermedad o con los efectos secundarios de los tratamientos. En este estudio no se encontró una relación entre tipo de cáncer y presencia de delirium, lo que

podría explicarse por el tamaño muestral y la gran variabilidad de diagnósticos oncológicos, siendo necesario estudios futuros con muestras representativas por patología para estudiar esta asociación.

Los resultados obtenidos en este estudio deben analizarse considerando algunas limitaciones. La herramienta CAM utilizada para evaluar la presencia de delirium es una escala validada al español, pero no así en Chile. Otra limitación del estudio es que el registro de pacientes no se incluyó información sobre la causa de ingreso, diferenciándose únicamente entre ingresos programados y no programados. Esta limitación impide analizar la asociación entre el diagnóstico de ingreso y el riesgo de delirium, lo que podría haber aportado información relevante sobre factores predisponentes específicos. Finalmente, no se incluyeron datos como la etapa del cáncer y los factores de riesgo precipitantes de delirium, tales como infecciones, alteraciones metabólicas y/o sistémicas, presencia de dolor, y alteraciones físicas, lo que podría entregar información acerca de la asociación entre estos datos y el riesgo de delirium.

A pesar de estas limitaciones, este estudio destaca como el primer reporte a nivel nacional sobre la incidencia de delirium en pacientes hospitalizados con una patología oncológica, asimismo, sobre la importancia del diagnóstico y evaluación temprana de delirium, el trabajo interdisciplinario entre equipos médicos y terapéuticos para el manejo temprano de sintomatología vinculada a otros diagnósticos no oncológicos y que podrían afectar la estadía hospitalaria y el pronóstico de las personas mayores con cáncer.

Esta investigación abre líneas futuras de trabajo que incluyan factores de riesgo precipitantes no evaluados en esta instancia, así como desarrollar estudios prospectivos que permitan un seguimiento de los pacientes por tiempos más prolongados para determinar no sólo su supervivencia, sino además su calidad de vida posterior al episodio de delirium.

Conclusiones

En esta investigación, los factores de riesgo

asociados a delirium en personas mayores de 75 años fueron: la hospitalización de urgencia, la clasificación en categoría de alto riesgo en la evaluación geriátrica previa, la ausencia dicha evaluación, la presencia de sintomatología anímica y la hospitalización prolongada. Esta última, además, se identificó como una consecuencia del delirium.

De aquí se recoge la importancia de un abordaje preventivo y multidisciplinario de delirium, que inicia con una evaluación geriátrica completa que permita establecer la presencia de factores predisponentes y la jerarquización del riesgo previo de delirium definido por los geriatras, sumado a la atención temprana de terapia ocupacional al ingreso hospitalario favorecerá la prevención y diagnóstico temprano de delirium en pacientes oncológicos hospitalizados.

Agradecimientos

Agradecemos a la Fundación Arturo López Pérez por la oportunidad de poder desarrollar la investigación. A la unidad de Investigación Epidemiológica y Clínica, por el apoyo y guía constante, su experiencia y conocimiento aportaron con valiosos comentarios para enriquecer la investigación. A la Unidad de Salud Digital y a la Subgerencia de Datos, por el apoyo en el acceso a la data retrospectiva. Asimismo, quisiéramos expresar nuestra gratitud a todas las personas que contribuyeron con el desarrollo de la investigación.

Referencias

1. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 5ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Tobar E, Álvarez E. Delirium en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Med Clin Condes*. 2020; 31(1): 28-35. [citado 12 mar 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-delirium-en-el-adulto-mayor-S0716864019301142>
3. Bush SH, Lawlor PG, Ryan K, Centeno C, Lucchesi M, Kanji S, et al. Delirium in adult cancer patients: *ESMO Clinical Practice Guidelines*. *Ann Oncol*. 2018; 29(Suppl 4): iv143-iv165. [citado 26 ago 2025] doi: 10.1093/annonc/mdy147. Disponible en: [https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)31696-5/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)31696-5/fulltext)
4. Martínez-Arnau FM, Buigues C, Pérez-Ros P. Incidence of delirium in older people with cancer: Systematic review and meta-analysis. *Eur J Oncol Nurs*. 2023; 67: 102457.

- [citado 12 mar 2025] doi: 10.1016/j.ejon.2023.102457. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388923001916>
5. Seiler A, Blum D, Deuel JW, Hertler C, Schettler M, Zipser CM, et al. Delirium is associated with an increased morbidity and in-hospital mortality in cancer patients: Results from a prospective cohort study. *Palliat Support Care*. 2021; 19(3): 294-303. [citado 12 mar 2025] doi: 10.1017/S147895152000139X. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/delirium-is-associated-with-an-increased-morbidity-and-in-hospital-mortality-in-cancer-patients-results-from-a-prospective-cohort>
 6. Carrasco M, Accatino-Scagliotti L, Calderón J, Villarroel L, Marín P, González M. Impacto del delirium en pacientes de edad avanzada hospitalizados: un estudio prospectivo de cohortes. *Rev Med Chile*. 2012; 140: 847-52. [citado 14 mar 2025] doi: 10.4067/S0034-98872012000700003. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000700003
 7. Cabezas C, Ebner R, Lignay K, Godoy I, Arévalo I, Pérez MJ, et al. Frecuencia del delirium posoperatorio en pacientes mayores de 65 años en Hospital Base San José de Osorno, Chile. *Rev Chil Anest*. 2023; 54(5): 489-496. [citado 14 mar 2025] doi: 10.25237/revchilanestv52n5-07. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv52n5-07>
 8. Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. Un cuestionario simple de fragilidad (FRAIL) predice resultados en afroamericanos de mediana edad. *J Nutr Health Aging*. 2012; 16(7): 601-608. doi: 10.1007/s12603-012-0084-2.
 9. Mahoney FI, Barthel D. Evaluación funcional: el índice de Barthel. *Md State Med J*. 1965; 14: 56-61.
 10. By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2023; 71(7): 2052-2081. doi: 10.1111/jgs.18372
 11. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denking M, Beuscart JB, Onder G, Gudmundsson A, Cruz-Jentoft AJ, Knol W, Bahat G, van der Velde N, Petrovic M, Curtin D. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Eur Geriatr Med*. 2023; 14(4): 625-632. doi: 10.1007/s41999-023-00777-y
 12. González M, de Pablo J, Fuente E, Valdés M, Peri JM, Nomdedeu M, et al. Instrument for detection of delirium in general hospitals: Adaptation of the confusion assessment method. *Psychosomatics*. 2004; 45(5): 426-431. doi: 10.1176/appi.psy.45.5.426. PMID: 15345788.
 13. Tao J, Seier K, Marasigan-Stone C, Simondac J, Pascual A, Kostecky N, et al. Delirium as a risk factor for mortality in critically ill patients with cancer. *JCO Oncol Pract*. 2023; 19(6): e838-e847. [citado 2 abr 2025] doi: 10.1200/OP.22.00395. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6057317>
 14. Uscanga MI, Suárez MJA, Robledo MP, et al. La importancia de valoración geriátrica integral preoperatoria como predictor de complicaciones posquirúrgicas en el adulto mayor. *Cir Gen*. 2024; 46(2): 110-113. [citado 2 abr 2025] doi: 10.35366/118279. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2024/cg242e.pdf>
 15. Chen L, Zong W, Luo M, Yu H. The impact of comprehensive geriatric assessment on postoperative outcomes in elderly surgery: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2024; 19(8): e0306308. [citado 26 ago 2025] doi: 10.1371/journal.pone.0306308.
 16. Gaba A, Li P, Zheng X, Gao C, Cai R, Hu K, et al. Associations between depression symptom burden and delirium risk: A prospective cohort study. *Innov Aging*. 2024; 8(5): igae029. doi: 10.1093/geroni/igae029. PMID: 38660114; PMCID: PMC11041407.
 17. Lin D, Huang X, Sun Y, Wei C, Wu A. Perioperative sleep disorder: A review. *Front Med*. 2021; 8: 640416. [citado 2 abr 2025] doi: 10.3389/fmed.2021.640416. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34164409/>
 18. Palmero-Picazo J, Lassard-Rosenthal J. Delirium: Una revisión actual. *Aten Fam*. 2021; 28(4): 284-290. [citado 2 abr 2025] doi: 10.22201/fm.14058871p.2021.4.80600. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2021/af214h.pdf>