

SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA EN EL HOSPITAL GERIATRICO "Juana Francisca Cabral"

Mónica Ester Vera, Priscila Quintana, María del Carmen Niveyro.
Méd. Rolando Altamirano

Jefe del Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Geriátrico, "Juana Francisca Cabral".

Resumen:

Introducción: El Delirium o síndrome confusional agudo (SCA) es un síndrome clínico de origen generalmente multifactorial, caracterizado por pensamiento desorganizado, compromiso del nivel de conciencia y de la atención. Se presenta en edades avanzadas de la vida predominando por encima de los 75 años. **Objetivo:** Conocer la frecuencia del síndrome confusional agudo (SCA) en pacientes internados en unidad de terapia intensiva (UTI) del hospital geriátrico Juana Francisca Cabral en la ciudad de Corrientes. **Materiales y métodos:** es un trabajo observacional y longitudinal en salas de terapia intensiva. Se incluyeron 87 pacientes evaluados con fichas de evaluación geriátrica integral durante seis meses. Para el diagnóstico se utilizó el test Confusión Assesment Method (CAM). Se analizó estadísticamente con el programa SPSS. **Resultados:** la edad media fue de 77,47 años (DS+ 10,18), respecto al sexo, participaron 55,2% (48 p) de sexo femenino y 44,8% (39 p) de sexo masculino. El 86,2 % (74 p) presentó SCA, de los cuales el 82,75% lo hicieron desde el ingreso y el 3,45% durante la internación. La forma más frecuente fue la hipoactiva (60 p). Sobre los factores de riesgo, los predisponentes estadísticamente significativos fueron ($p < 0,5$): la deshidratación, la depresión y el SCA previo; de los precipitantes: la polifarmacia, sondaje vesical, iatrogenia, restricción física, sondaje nasogástrico y albúmina $< 3g/l$. Las complicaciones observadas fueron: úlceras por presión, deterioro funcional, incontinencia urinaria, infección intranosocomial y sedación excesiva. Los diagnósticos fueron: NAC (Neumonía Adquirida en la Comunidad) 32,2 %; ICC (Insuficiencia Cardíaca Congestiva) 13,8%; EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) 10,3 %; ACV (Accidente Cerebro Vascular) y Sepsis Grave 6,9 %. La mortalidad fue del 27,6 % (24p). **Conclusión:** El SCA en pacientes internados en ITU, fue frecuente en esta población de estudio, siendo la forma más frecuente la hipoactiva y en cuanto a los factores de riesgo se observó que favorecieron la aparición de SCA. Las complicaciones y la mortalidad fueron mayores en este grupo de pacientes.

Palabras claves: delirium, anciano, internado en unidad de terapia intensiva.

Summary:

Introduction: Delirium or Acute confusional syndrome (ACS) is a clinic syndrome with a multiple-factor origin. It is characterized by disorganized thinking, difficulty as regards awareness and attention. It occurs mainly in the elderly, prevalent over 75 years old. **Objectives:** Determine the frequency of acute confusional syndrome (ACS) in hospitalized patients at the intensive care unit (ICU) in the acutes geriatric hospital Juana Francisca Cabral in Corrientes's city. **Materials and Methods:** We made an observational and longitudinal study in ICU's rooms, in which 87 patients were included and evaluated by comprehensive geriatric assessment sheets during six months. The confusion Assesment method (CAM) was employed for establishing diagnosis. These patients were statistically analyzed with the SPSS program. **Results:** the average age was 77, 47 years old (SD + 10,18); regarding gender 55,2 (48p) were female and 44,8 (39p) were male. 86, 2 % (74p) has ACS, which 82,75% from admission and 3,45% during hospitalization. The most common form was the hypoactive (60p). Regarding risk factors, the statistically significant predisposition was ($p < 0,5$) of dehydration, depression and previous ACS. The precipitating factors were: polypharmacy, local cathetering, iatrogenic, physical restraint, nasogastric tube and albumin $< 3g/l$. The complications were: pressure ulcers, functional impairment, urinary incontinence, nosocomial infection and excessive sedation. The diagnoses were: CAP (Community-acquired pneumonia) 32, 2 %; CHF (congestive heart failure) of 13,8%; COPD (Chronic obstructive pulmonary disease) of 10,3%; Stroke and severe sepsis of 6,9%. Mortality was of 27,6%. **Conclusion:** ACS in hospitalized patients in ICU was common in the actual population study, being the most common form the hypoactive, and concerning risk factors, it was observed that these components favored the ACS emergency. The complications and mortality were higher in this group of patients.

Keywords: Delirium, elderly, hospitalized in intensive care unit

INTRODUCCION

El síndrome confusional agudo (SCA), o delirium, es un síndrome clínico de inicio sutil y curso fluctuante de origen generalmente multifactorial, caracterizado por pensamiento desorgani-

zado, compromiso del nivel de conciencia y de la atención⁽¹⁾.

Según el DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) se trata de una alteración del nivel de conciencia acompa-

ñado de trastornos cognitivos que se instaura en un periodo breve de tiempo (en general horas o días) y que tiende a ser fluctuantes⁽²⁾.

Hablamos entonces, de un síndrome cerebral, orgánico, de etiología multifactorial, caracterizado por alteración de la conciencia, atención, percepción, pensamiento, memoria, conducta psicomotriz, emociones y/o del ciclo sueño-vigilia⁽³⁾.

Representa uno de los grandes capítulos de la patología del anciano y puede encuadrarse con pleno derecho dentro de los llamados 'grandes síndromes geriátricos'. Lo es por muchas razones. En primer lugar, por ser una entidad cuya incidencia y prevalencia aumentan con la edad, siendo frecuentísima cuando se han superado los 75-80 años y prácticamente desconocida antes de los 60-65. En segundo lugar, lo es por presentarse acompañado de otras enfermedades y problemas muy habituales en la vejez. Desde un punto de vista conceptual es correcto calificarlo como 'síndrome', aunque en la práctica clínica diaria muchas veces se comporta más como un síntoma sobrevenido en el transcurso de una amplia gama de situaciones patológicas, lo que hace que sea también conocido como 'estado confusional agudo'⁽⁴⁾. Se observan como factores predisponentes, el envejecimiento, la disminución de visión y/o audición, una enfermedad mental o física crónica preexistente (Parkinson, demencia, depresión, enfermedades psiquiátricas) reacciones adversas a drogas, cambios orgánicos propios del envejecimiento, uso de alcohol y benzodiazepinas, factores ambientales tales como cambio de ambiente, exceso de estímulos, deshidratación, falta de sueño y fatiga, entre otros⁽⁵⁾.

La clasificación del *delirium*, de acuerdo con el nivel de actividad psicomotora, es un método común y útil a la hora de categorizar el síndrome, aun cuando en un mismo paciente pueden verse las diferentes formas clínicas:

- I. **Hiperactiva:** la hiperactividad (incremento de la actividad psicomotora) es la forma más comúnmente reconocida. Se asocia casi siempre con los efectos de drogas anticolinérgicas, intoxicación por drogas ilícitas, alcohol y los síndromes de supresión. Los pacientes se tornan combativos, con resistencia, no cooperan con los cuidados médicos y hasta se oponen agresivamente.
- II. **Hipoactiva:** la hipoactividad (disminución de la actividad psicomotora) es la forma más común en el anciano, pero es menos frecuentemente reconocida. Las condiciones metabólicas tales como las encefalopatías hepáticas o insuficiencia renal, que pueden iniciarse con cierta agitación, lo hacen más frecuentemente de esta forma;

los enfermos se muestran letárgicos, confundidos, ensimismados y desorientados.

- III. **Mixta:** es una combinación de ambas formas clínicas; se plantea que es la más riesgosa y sin duda la más frecuente⁽⁶⁾.

Existe evidencia que entre los pacientes hospitalizados puede pasar desapercibido, especialmente cuando la sintomatología dominante no está tanto presidida por agitación y alucinaciones, cuanto por letargia y somnolencia⁽⁷⁾.

Objetivos:

A través del presente trabajo pretendemos conocer la frecuencia de presentación del SCA y de los factores de riesgo precipitante y predisponente para esta población de estudio.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un trabajo observacional y longitudinal en las salas de unidad de terapia intensiva (UTI) de un hospital geriátrico. Se incluyeron en forma consecutiva 87 pacientes que fueron evaluados utilizando una ficha de valoración geriátrica integral durante un período de seis meses, se consideraron factores predisponentes: deshidratación, depresión y SCA previo; los factores precipitantes: sonda vesical, iatrogenia, restricción física, sondaje nasogástrico y albúmina menor de 3 g/l; los factores de vulnerabilidad: alteración de la agudeza visual y MMSE (Mini-Mental State Examination). Para el diagnóstico de SCA se empleó el Confusion Assessment Method (CAM) y se recolectaron mediante una ficha las otras variables clínicas relacionadas a este síndrome. Se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales).

RESULTADOS

La edad media de la población fue de 77.47 años (DS \pm 10.18). Con respecto al sexo, el 55.2 % correspondió al sexo femenino (48 p) y el 44.8 % al sexo masculino (39 p). De los 87 pacientes internados, el 86.2 % (74 p) presentó SCA de los cuales el 82.75 % fue desde el ingreso y el 3.45 % durante la internación. La forma de presentación más frecuente fue la hipoactiva (60 p), siguiendo en frecuencia la forma mixta (12 p) y la hiperactiva (2 p). El tiempo medio de internación fue de 10.80 días (DS \pm 8.75). En cuanto al tiempo de duración del SCA, fue de 6.46 días (DS \pm 4.0). Se analizaron los factores predisponentes presentes en cada paciente, siendo la media para la población general de 3.77 (DS \pm 1.09) dentro de los cuales fueron estadísticamente significativos ($p < 0.5$) en los pacientes con SCA vs. sin SCA la deshidratación, depresión y SCA previo.

TABLA Nº 1: Características de la población

Total de la Población		87 pacientes
Sexo	Femenino	55,2% (48 pctes)
	Masculino	44,8% (39 pctes)
Edad		77,5% (DS ± 10,18) años
Tiempo de Internación		10,80 (DS ± 8,75) días
Delirium	Con SCA	10,68 (DS ± 8) días
	Desde el ingreso	86,2% (74 pctes)
	Durante la internación	82,75% (71 pctes)
Forma de Presentación (Con SCA 75 p = 100%)	Hipoactivo	3,45% (3 pctes)
	Mixta	81% (60 pctes)
	Hiperactiva	16,2% (12 pctes)
Factores Predisponentes SCA		2,8% (2 pctes)
Factores Precipitantes SCA		3,77 (DS ± 1,09)
Factores de Vulnerabilidad SCA		2,82 (DS ± 1,28)
Mortalidad		3,54 (DS ± 0,46)
	SCA Hipoactivo	27,6% (24 pctes)
		20,6% (18 pctes)

FACTORES DE VULNERABILIDAD EN DELIRIUM

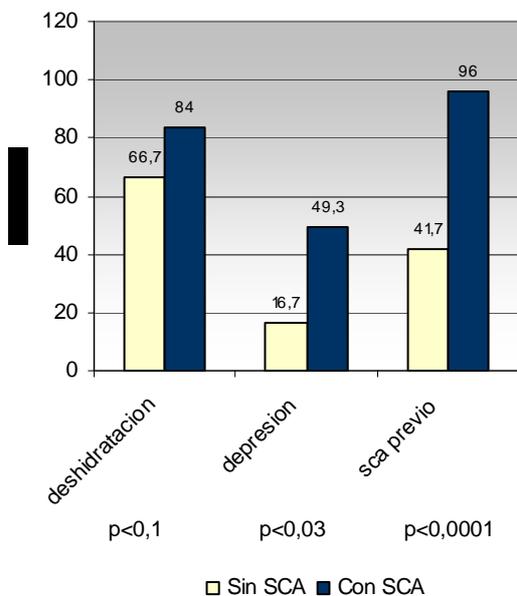


GRAFICO N 1: Deshidratación sin SCA 66,7%; con SCA 84%. Depresión sin SCA 16,7%; con SCA 49,3%. SCA Previo sin SCA 41,7%; con SCA 96%.

Los factores precipitantes presentaron una media de 2.82 (DS ± 1.28) siendo significativos estadísticamente la polifarmacia, sondaje vesical, iatrogenia, restricción física, sondaje nasogástrico y albúmina < 3g/L para el grupo de pacientes con SCA. Con respecto a los factores de vulnerabilidad, la media fue de 3.54 (DS ± 0.42) siendo estadísticamente significativa el deterioro cognitivo en pacientes con SCA. Al evaluar las complicaciones, se observaron: úlceras por presión = s/SCA: 17%, c/ SCA: 41%; deterioro funcional =s/SCA: 75%, c/SCA: 97%; incontinencia urinaria = s/SCA: 50%, c/SCA: 80%; infección intranosocomiales = s/SCA:

17%, c/SCA: 32%; sedación excesiva = s/SCA: 8%, c/SCA: 16%. Los diagnósticos más frecuentes fueron: NAC 32,2%, ICC 13,8%, EPOC 10,3%, ACV y sepsis grave 6,9%. La mortalidad de la población fue (score APACHE II < a 16,13%, > 16,83%) del 27.6% (24 p), siendo en su mayoría pacientes con SCA hipoactivo.

FACTORES PRECIPITANTES PARA DELIRIUM

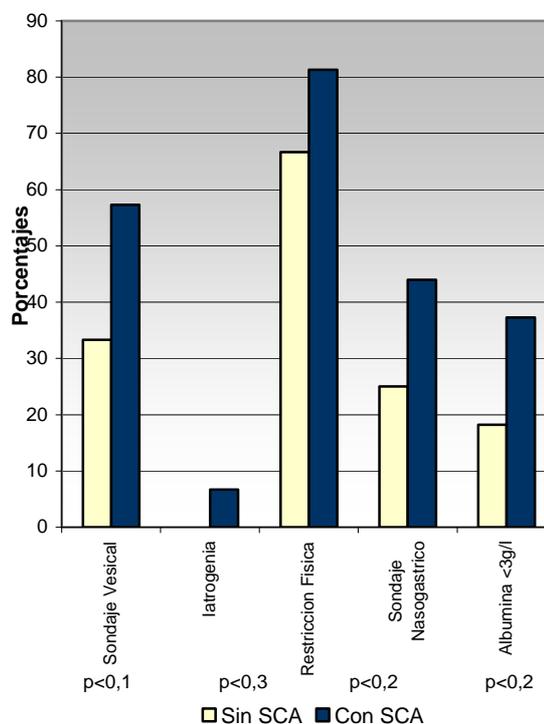


GRAFICO N 2: Sonda vesical: Sin SCA 33,3%-Con SCA 57,3%; Iatrogenia: Sin SCA 0%-Con SCA 6,7%; Restricción Física: Sin SCA 66,7%-Con SCA 81,3%; Sondaje Nasogástrico Sin SCA 25%-Con SCA 44%; Albúmina <3g/l Sin SCA 18,2%-Con SCA 37,3%.

FACTORES DE VULNERABILIDAD PARA DELIRIUM

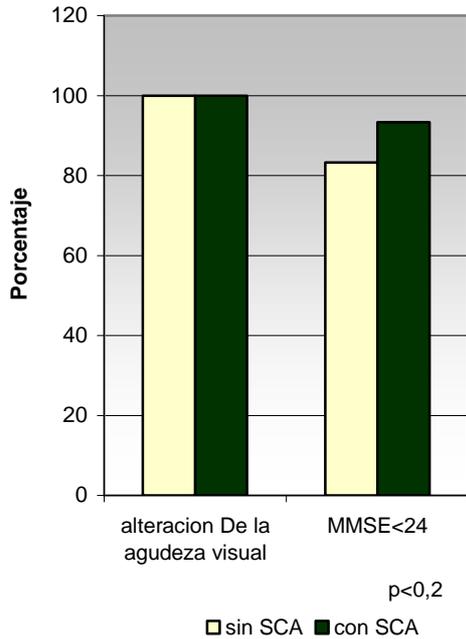


GRAFICO N 3: Alteración de la Agudeza Visual Sin SCA 100%-Con SCA 100%; MMSE<24 Sin SCA 83,3%-Con SCA 93,3%

COMPLICACIONES EN PACIENTES CON Y SIN DELIRIUM

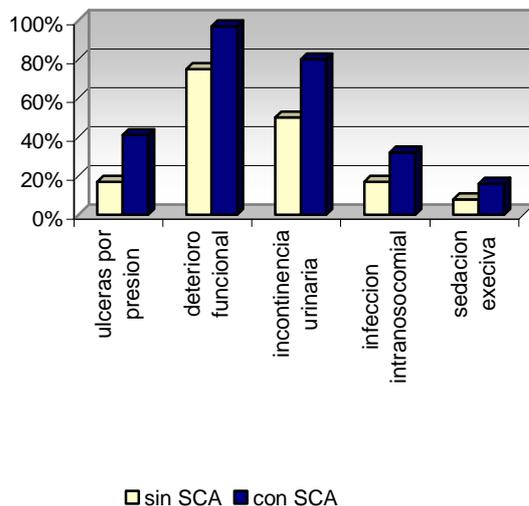


GRAFICO N 4: Ulcera por Presión: Sin SCA 17%-Con SCA 41%; Deterioro Funcional: Sin SCA 75%-Con SCA 97%; Incontinencia Urinaria: Sin SCA 50%-Con SCA 80%; Infección Intranosocomial: Sin SCA 17%-Con SCA 32%; Sedación Excesiva: Sin SCA 8%-Con SCA 16%.

DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES EN INTERNACION EN UTI

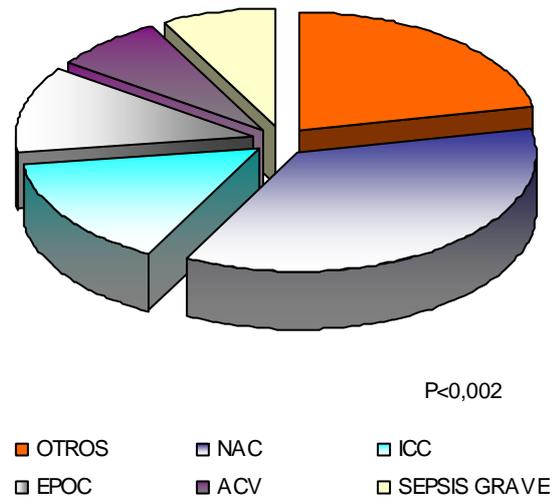


GRAFICO N 5: Sepsis Graves: 6.9,8%; ACV 6.9,8%; EPOC 10.3,11%; ICC 13.8,15%; NAC 32.2,36%; Otros 19.5,22%

MORTALIDAD EN RELACION A LA PUNTUACION DE SCORE DE APACHE II

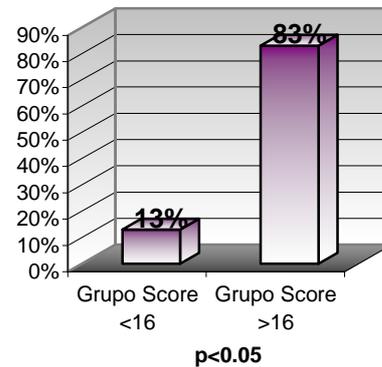


GRAFICO N 6

DISCUSION

Es habitual, en ambientes médicos, afirmar que en un paciente anciano la simple internación puede desencadenar SCA debido al cambio de ambiente o el estrés asociado a la misma.

Tras la realización de este estudio, hallamos que el SCA fue frecuente en pacientes internados en UTI, siendo la forma de presentación más representativa la hipoactiva que se observo en 60 pacientes de los 87 estudiados.

Coincidiendo con lo reportado en la literatura (11,12) la comorbilidad y los antecedentes de enfermedades crónicas, cerebro vascular, polifarmacia y sondajes vesicales, se asociaron en nuestro estudio a la aparición de SCA. Coincidimos en que es fundamental determinar con certeza cuales son los factores precipitantes modificables para intervenir de manera precoz y evitar

el desarrollo del SCA y así reducir sus complicaciones en temas de morbimortalidad ⁽¹⁾. Se observó que la aparición de complicaciones, en el grupo con SCA fueron estadísticamente significativas comparadas con los pacientes que no desarrollaron SCA. En cuanto a la mortalidad se halló que la frecuencia fue mayor en los pacientes con SCA, siendo éstos datos similares a los hallados en la bibliografía ^(1,10).

CONCLUSION

El SCA en pacientes internados en UTI fue frecuente, siendo la forma más representativa la hipoactiva, observamos que los factores predisponentes, precipitantes y de vulnerabilidad favorecieron la presencia de SCA.

Las complicaciones y la mortalidad fueron mayores en el grupo de pacientes que presentaron síndrome confusional agudo.

BIBLIOGRAFIA

1. Vázquez FJ, Benchimol J, Giunta D y col. Delirium en Ancianos Hospitalizados Seguimiento de 18 Meses. Revista Medicina (Buenos Aires) [en línea] 2010 [Diciembre de 2010]; 70: 8-14. URL disponible en <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v70n1/v70n1a03.pdf>
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. Washington DC: APA; 2000
3. Altimir S. Síndrome confusional en el anciano. En: Cruz-Jentoft AJ. Delirio y trastornos afines en geriatría. Barcelona: Glosa; 2005. 9-17.
4. Ribera-Casado JM. El síndrome confusional agudo en alza. Rev Clin Esp 2005; 205: 469-71.
5. Levkoff SE, Safran C, Cleary PD et al. Identification of factors associated with the diagnosis of delirium in elderly hospitalized patients. JAm Geriatr Soc 1988; 36: 1099-1104
6. González Pérez AC, Llibre Rodríguez J. Estado confusional agudo en el paciente anciano. Rev Cubana Med Milit 2001; 30(Supl.): 89-96.
7. Inouye SK. A Practical Program for Preventing Delirium in Hospitalized elderly Patients. Cleveland Clin J Med 2004; 71: 890-6.
8. Chalfin DB, Fain AM Cost-containment in the United States: Critical Care Medicine in Managed Competition and Managed Care Environment. New Horizons 1994; 2:275-82.
9. Regazzoni CJ, Aduriz M, Recondo M. Síndrome Confusional Agudo en el Anciano Internado. Revista Medicina (Buenos Aires) 2000; 60: 335-338
10. Ferreyra A, Belletti G, Yorio M. Síndrome Confusional Agudo en Pacientes Internados. Revista medicina (Buenos Aires) 2004; 64: 385-389
11. Lázaro-del Nogal M, Ribera-Casado JM. Síndrome Confusional (delirium) en el Anciano Viguera editores sl 2009. Psicogeriatría 2009; 1 (4): 209-221
12. Lama Valdivia J, Varela Pinedo L, Ortiz Saavedra PJ. Prevalencia y Factores de Riesgo del Estado Confusional Agudo en el Adulto Mayor en una Sala de Emergencias Médicas. Revista medica Hered 13 (1), 2002
13. NIH Consensus Development Conference on Critical Care Medicine. Crit Care Med 1983; 6:466-9.
14. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmermann JE. APACHE II: a severity of disease classification system. Crit. Care Med 1985; 10:818-29
15. Knaus WA. APACHE II. Final form and national validation results of severity and prognosis in intensive care: classification system. Crit. Care Med 1984; 12(3):213-263.