

Síndrome confusional agudo en el anciano internado

El trabajo de Regazzoni et al. sobre síndrome confusional agudo (SCA) en el anciano¹ es loable por llamar la atención sobre un cuadro muy frecuente en la práctica diaria pero, acaso por su "expresión clínica multidisciplinaria" (medicina interna, neurología, psiquiatría), relativamente desdeñado por la investigación clínica. Años atrás presentamos una experiencia multicéntrica, en un grupo similar² y contamos con una más reciente para ser sometida a publicación. Quisiera hacer los siguientes comentarios. El término adoptado internacionalmente en los DSM e ICD para denominar al SCA es "delirium", que fue introducido por Celso en la Antigua Roma³. Es probable que en medios hispanohablantes se prefiera usar la denominación francesa "SCA" para evitar la confusión con el término "delirio", que es obviamente el mismo, pero que se refiere en psiquiatría a la noción distinta de "idea delirante" y equivale al inglés "delusion". Por la profusión de sinonimias que han cundido ("excitación psicomotriz" en nuestro medio), quizás convenga adoptar "delirium" como término común.

Los criterios diagnóstico CAM, si bien adecuadamente validados, no son aún de uso generalizado, su sensibilidad depende del entrenamiento del operador⁴, y no incluyen el criterio "factor orgánico causal", importante para el diagnóstico de "deliria" en medicina interna. La validación del CAM se hizo por cotejo con diagnósticos hechos por psiquiatras, alcanzando una confiabilidad interobservador "casi perfecta" (kappa 0.81-1.0, lo que no deja de ser llamativo)⁵ y acercando el CAM a los "deliria" de origen psiquiátrico. El DSM-IV⁶ sí incluye el factor orgánico causal, pero, como todos los criterios DSM, es el resultado de opiniones de expertos y no de una validación formal.

El puntaje del examen Mini-Mental State (MMS), tomado al seleccionar los pacientes, o sea, se entiende, en ausencia de delirium (de lo contrario éste mismo sería la causa de su descenso), fue significativamente menor entre los que desarrollaron el síndrome. Sin embargo, el MMS varía con la escolaridad⁷, por lo que los pacientes estudiados deben tener una escolaridad similar (por ej. primaria completa), o sea que deben estar controlados para escolaridad. Este dato, importante en un país de contrastes como la Argentina, puede ser un factor de sesgo y no se menciona en el trabajo.

La patología cerebral preexistente es un factor de riesgo de delirium⁸. Así lo sugiere el grupo que muestra MMS menores. No obstante, sería de interés saber si en el grupo que no desarrolló delirium hubo pacientes con

patología cerebral, en cuyo caso sería probablemente el síndrome de deterioro y no la patología específica el factor de riesgo. La privación de sueño, sobrecarga sensorial (multiplicación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos) e inmovilización son factores desencadenantes y agravantes en el paciente internado⁸. ¿En cuánto contribuyeron estos factores en el grupo con delirium?

¿Cuál fue el estado de los paciente al alta? Si el delirium cedió o retrogradó, se hubiera podido efectuar un nuevo MMS para correlacionarlo con el previo: existe la posibilidad de que el delirium deje deterioro cognitivo como secuela⁹, aunque en este estudio los casos sean pocos como para arribar a tales conclusiones.

Finalmente, llama la atención que no se hayan encontrado accidentes cerebrovasculares (ACV) con delirium como forma de presentación, que en nuestra serie fue la causa estructural más frecuente². Ello puede deberse quizás a que en este caso el delirium suele ser el motivo de ingreso, y este grupo fue excluido del estudio, orientado en particular al delirium desarrollado en el paciente internado. ¿Hubo ACV en los "deliria" de ingreso que no fueron incluidos? La observación valdría para señalar lo multifactorial del cuadro, y que su incidencia, prevalencia y causas dependerán del escenario en que el mismo es evaluado.

Es bienvenido que se estudie el delirium, porque es mal conocido y desdeñado en la práctica diaria, y en mi experiencia personal compruebo con frecuencia que se lo diagnostica equivocadamente como demencia cuando se trata de un cuadro en gran medida reversible.

Oswaldo Fustinoni

JE Uriburu 1578, 1114 Buenos Aires, Argentina
e-mail: osvaldof@sminter.com.ar

1. Regazzoni CJ, Aduriz M, Recondo M. Síndrome confusional agudo en el anciano internado. *Medicina (Buenos Aires)* 2000; 60: 335-8.
2. Fustinoni O, Chalita EF, Kaplan R. Síndrome confusional agudo en la edad avanzada. Estudio multicéntrico. XXIX Congreso Argentino de Neurología, Paraná, Entre Ríos, 1989.
3. Celsus AC. De Medicina. London: Heinemann 1938.
4. Rolfson DB, McElhaney JE, Jhangri GS, Rockwood K. Validity of the confusion assessment method in detecting postoperative delirium in the elderly. *Int Psychogeriatr* 1999; 11: 431-8.
5. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990; 113: 941-8.
6. American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed Was-

hington DC: APA 1994.

7. Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-based norms for the Mini-Mental State examination by age and education level. *JAMA* 1993; 269: 2386-91.
8. Lipowski ZJ: Delirium (acute confusional states) New York: Oxford University Press 1990.
9. Rockwood K: The occurrence and duration of symptoms in elderly patients with delirium. *J Geront* 1993; 48: M162-6.

- - - -

Coincido con el Dr. Fustinoni acerca del uso de la designación "Síndrome confusional agudo" (SCA) como equivalente castellano del término "delirium" del inglés. Respecto al uso del CAM (*Confusion Assessment Method*), esta herramienta no incluye el criterio de "factor orgánico causal" para el diagnóstico de SCA, lo cual creemos es una ventaja, ya que el mismo no siempre se encuentra presente en pacientes que por otro lado padecen verdaderamente SCA. Además, atribuir causalidad es muy difícil en una patología donde se desconoce casi todo acerca de su fisiopatología¹ y los pacientes suelen estar sometidos a gran cantidad de intervenciones terapéuticas y alteraciones fisiológicas. Esta limitación puede extenderse a todos los reportes previos que vinculan determinados factores fisiológicos o terapéuticos con el desarrollo de SCA, donde no se siguen los criterios necesarios para establecer "causalidad". En nuestro trabajo el CAM fue utilizado como método de seguimiento, pero el diagnóstico de

SCA fue establecido mediante los criterios del DSM-IV² con la supervisión de un médico psiquiatra. El dato más importante para determinar el nexo es la mejoría del SCA con la remoción de la posible "causa".

Es importantísima la observación del Dr. Fustinoni acerca de las limitaciones del *Mini-Mental-State* (MMS) en referencia a la escolaridad; nosotros evaluamos el grado de alfabetización y el mismo no mostró relación en referencia al desarrollo de SCA durante la internación. En cuanto a los accidentes cerebrovasculares, nosotros excluimos los pacientes con SCA de ingreso, o aquellos con severas alteraciones del lenguaje, lo que explicaría la ausencia de esta patología en nuestros casos.

Nuestra conclusión fue que el SCA desarrollado durante la internación, es más frecuente en pacientes con deterioro cognitivo previo, y obliga a descartar una complicación de origen nosocomial.

Carlos J. Regazzoni

Migueletes 1184, 1426 Buenos Aires, Argentina
e-mail: cregazzoni@intramed.net.ar

1. Rothman KJ. Causes, 1976 (Historical paper). *Am J Epidemiol* 1995; 141: 90-5.
2. Delirium, Dementia, and Amnesic and other Cognitive Disorders. *In: American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed* Washington DC: American Psychiatric Association, 1994, p 123-63.