

## SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES INTERNADOS

ANDREA FERREYRA, GERARDO BELLETTI, MARCELO YORIO

*Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Córdoba*

**Resumen** El síndrome confusional agudo (SCA) o delirio es uno de los trastornos mentales más frecuentes en pacientes hospitalizados por enfermedades médicas. Se analizaron 278 pacientes de los cuales 30 (10.8%) presentaron SCA. Los pacientes que presentaron esta complicación eran mayores de 70 años, con antecedentes de accidente cerebrovascular y demencia, con un menor desempeño de la actividad diaria previo a la internación y requirieron mayor utilización de alimentación enteral. Las infecciones y la fractura de cadera fueron las causas de internación más frecuentes. La mortalidad fue significativamente superior en los pacientes con SCA que en pacientes sin SCA.

**Palabras clave:** delirium, síndrome confusional agudo, confusión, desórdenes cognitivos

**Abstract** *Acute confusional state in hospitalized patients.* Delirium or acute confusional status (ACS) is a common mental disorder found in hospitalized patients. A total of 278 patients were evaluated. Of these, 30(10.8%) developed ACS. The patients who developed ACS were 70 years of age or older, had history of stroke or dementia, as well as impairment in activities of daily living, and required enteral feeding more frequently. The infections and hip fracture were the most frequent reasons for hospitalization. The mortality in patients with ACS was significantly higher than in patients without ACS.

**Key words:** delirium, acute confusional state, confusion, cognitive disorders

El síndrome confusional agudo(SCA) o delirio es uno de los trastornos mentales más frecuentes encontrados en pacientes hospitalizados, particularmente entre ancianos, ya que hasta un 30% de ellos presentan esta complicación. En los pacientes internados por enfermedades quirúrgicas el riesgo varía de un 10% a un 50%<sup>1, 2</sup>.

Se han establecido distintos factores de riesgo para el desarrollo de SCA: edad mayor a 70 años, mal estado funcional previo a la internación, trastornos de la visión, trastornos auditivos, enfermedades graves, utilización de determinados fármacos, particularmente los que tienen efecto anticolinérgico. Las condiciones que frecuentemente se asocian al SCA son la demencia, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad de Parkinson<sup>3, 4, 5</sup>.

Las causas más comunes de SCA en pacientes ancianos son: las infecciones, tales como neumonía e infección urinaria; las enfermedades que producen hipoxemia,

como enfermedad pulmonar obstructiva crónica(EPOC) o insuficiencia cardíaca congestiva(ICC); y las intoxicaciones o el abandono de medicaciones con efectos en el sistema nervioso central. Dentro de las patologías quirúrgicas, los pacientes con reemplazo de cadera son los que tienen mayor riesgo de desarrollar SCA. Otras cirugías que presentan este riesgo son: artroplastia total de rodilla, cirugías torácicas cardíacas y no cardíacas, y cirugía de aneurisma de aorta<sup>3,6</sup>.

El SCA tiene un enorme impacto en la salud de los ancianos. Estos pacientes tienen hospitalizaciones más prolongadas, declinación funcional, y algunos de los síntomas del *delirium* pueden durar seis meses o más hasta en un 80% de ellos. Aunque el SCA se considere un cuadro reversible, a menudo representa una señal de un futuro deterioro de las funciones cognitivas<sup>2, 7</sup>.

La mortalidad asociada con el SCA es alta, variando de un 14% a 22% al primer mes, y a los seis meses respectivamente<sup>8</sup>.

En el siguiente trabajo se analizaron 278 pacientes internados en el Hospital Italiano de Córdoba entre los meses de noviembre del 2001 y agosto del 2002, de los cuales 30 presentaron SCA. El objetivo fue conocer las características de esta población y su mortalidad, y compararla con el grupo que no presentó la complicación.

---

Recibido: 23-V-2003

Aceptado: 7-VI-2004

**Dirección postal:** Dra. Andrea Ferreyra, Servicio de Clínica Médica. Hospital Italiano de Córdoba. Roma 550, 5000 Córdoba, Argentina.  
Fax: (54-0351) 4106500 e-mail: ferreyra\_andrea@hotmail.com

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo; se incluyeron 278 pacientes internados sucesivamente entre el 1º noviembre del 2001 y el 30 de agosto del 2002 en el Hospital Italiano de Córdoba, que fueron asistidos por el servicio de Clínica Médica.

La información se tomó de una base de datos informatizada creada para el control de los pacientes internados. Los encargados de cargar los datos eran especialistas de medicina interna encargados de los pacientes. El SCA se consideró una complicación de la internación, por lo que sólo se lo informaba si este aparecía en el transcurso de la misma. El diagnóstico de SCA fue clínico siguiendo los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ta ed (DSM-IV) citado en<sup>9</sup>. Se identificaron a los pacientes que presentaron SCA, y se los comparó con el grupo de pacientes que no presentaron esta complicación.

Se registraron las siguientes variables: sexo, edad, comorbilidades, índice de la actividad de la vida diaria (ABVD), días y lugar de internación, diagnóstico al alta, complicaciones intra hospitalarias, necesidad de tratamiento quirúrgico, cantidad de análisis de laboratorio y estudios complementarios, cantidad de medicación en ambulatorio y recibida en la internación, requerimiento de alimentación enteral o parenteral.

No se analiza la presencia de SCA en unidades de cuidados intensivos, ni en cirugías cardíacas. Tampoco se analiza el tratamiento, ni las medidas preventivas del SCA.

### Definición de términos

*Síndrome confusional agudo (SCA)*: alteración de la conciencia con dificultad para centrar la atención, con cambios en las funciones cognitivas (déficit de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o trastorno perceptivo, que se presenta en un corto período de tiempo y tiende a fluctuar a lo largo del día<sup>9</sup>.

*Índice de actividad de la vida diaria (ABVD)*: valora la actividad del paciente calificándolo de 0 a 6, correspondiendo 5 y 6 puntos a autoválido, 4 a semidependiente, y 3 o menos a dependiente<sup>10</sup>.

*Número de exámenes de laboratorio*: se tiene en cuenta el número de extracciones sanguíneas durante la internación.

*Número de estudios "no-laboratorio"*: se tiene en cuenta a todos los estudios complementarios que no son de laboratorio hechos en la internación.

*Cantidad de fármacos*: se tiene en cuenta el número de medicamentos que utiliza el paciente

### Análisis estadístico

Los datos se procesaron con *Epi Info 2000* y para el análisis estadístico se utilizó  $\chi^2$  y *test exacto de Fisher* para variables dicotómicas, y *Test t* para las continuas. Se considera significativa una  $p < 0.05$ .

## Resultados

Del total de 278 pacientes hospitalizados en este período, 30 (10.8%) presentaron SCA. De este grupo 16 (53.3%) eran de sexo masculino, el promedio de edad fue de 78.2 años (rango de 54-95), mientras que el grupo sin SCA, el promedio de edad fue de 63.3 (rango 15-96) ( $p < 0.001$ ). El promedio de días de internación fue de 6.4 días ( $\pm 3.7$ ), y 9 (30%) requirieron internación en unidad de cuidados intensivos (UTI), con un promedio

de estadía en UTI de 5.1 días ( $\pm 3.4$ ). No hubo diferencias significativas en sexo y tiempo de internación con el grupo sin SCA (Tabla 1).

El índice de ABVD promedio fue de 3 para los pacientes con SCA, y 15 (50%) de los pacientes eran dependientes. En el otro grupo, el ABVD promedio fue de 5 ( $p = 0.009$ ).

Los antecedentes patológicos más frecuentes que presentaron los pacientes con SCA fueron: hipertensión arterial: 20 (66.6%); diabetes tipo 2: 12 (40%); demencia: 10 (33%); accidente cerebrovascular (ACV): 7 (23.3%); cardiopatía isquémica: 7 (23.3%); enfermedad obstructiva pulmonar crónica (EPOC): 6 (20%); e insuficiencia renal crónica (IRC): 4 (13.3%). Sólo los antecedentes de ACV y demencia fueron significativamente superiores en pacientes con SCA (Tabla 1).

Se realizaron 59 diagnósticos al alta en los 30 pacientes. De ellos 52 (88%) correspondieron a enfermedades con tratamiento médico-clínico y 7 (22%) a enfermedades quirúrgicas. Dentro de las primeras, las enfermedades infecciosas fueron las más frecuentes con 22 (42%) de los diagnósticos, seguidas por las enfermedades respiratorias no infecciosas 7 (13.5%), las enfermedades cardiovasculares 4 (7.8%), digestivas 4 (7.8%), y neoplásicas 3 (5.7%). No hubieron diferencias significativas en los diagnósticos con los pacientes sin SCA.

La infección más frecuente fue la neumonía (Tabla 2). El reemplazo de cadera fue la enfermedad quirúrgica más frecuente.

La cantidad promedio de fármacos que tomaban los pacientes con SCA en su domicilio era de 3 (0-8); y en la internación 7 (3-15). Se realizaron en promedio 6 (2-13) exámenes de laboratorio en la internación a cada paciente, y 3 (1-12) exámenes complementarios. No hubo diferencias con el grupo sin SCA (Tabla 1).

Recibieron alimentación enteral 11 (36.7%) de los pacientes con SCA y ninguno alimentación parenteral. De los pacientes sin SCA 29 (12.3%) tuvieron alimentación enteral ( $p = 0.02$ ); mientras que 5 (2.1%) utilizaron alimentación parenteral.

Murieron en la internación 6 (20%) de los pacientes con SCA, en tanto que en el otro grupo fallecieron 9 (3.6%) ( $p = 0.002$ ).

## Discusión

La incidencia del SCA fue del 10.8%, lo cual es similar a lo informado por otras series, que varía entre 11% y 50%<sup>2, 11</sup>. La incidencia es menor que la informada en otros trabajos argentinos<sup>12, 13</sup>, que presentaron una incidencia aproximada del 20%. Esta diferencia puede deberse a que estos trabajos prospectivos utilizaron como parámetro para el diagnóstico el *Confusión*

*Assessment Method (CAM)*, que permite una mejor estandarización en el diagnóstico.

Los pacientes con SCA presentaron una edad promedio mayor a 70 años, tuvieron un bajo nivel de actividad previo a la internación; los antecedentes de demencia y ACV, fueron significativamente superiores en este grupo. Se valoró el número de fármacos utilizados, pero no el tipo de droga, por lo que no se puede determinar su influencia en el desarrollo de SCA<sup>3, 4, 5</sup>.

Los diagnósticos más frecuentes fueron las infecciones, dentro de ellas la neumonía; y la fractura de cadera, lo cual se correlaciona con otras series<sup>3, 6, 12</sup>.

Los pacientes con SCA tuvieron mayor necesidad de alimentación enteral, lo que se relaciona con su mal estado funcional previo a la internación, acompañado de trastornos de la deglución.

Diversos estudios establecen que los pacientes con SCA tienen internaciones más prolongadas, mayor po-

sibilidad de institucionalización al alta, y mayor mortalidad<sup>8, 13, 14</sup>. Nuestros pacientes con SCA no tuvieron mayor tiempo de hospitalización; la institucionalización luego del alta no fue valorada. La mortalidad fue significativamente superior en los pacientes con SCA. Este incremento en la mortalidad, no se debería al SCA *per se*, sino que este sería un indicador de gravedad de la enfermedad de base, o un factor de mal pronóstico en pacientes ancianos con un mal estado funcional previo.

En conclusión: La incidencia de SCA fue del 10%. Los pacientes eran mayores de 70 años, con antecedentes de ACV y demencia, con un mal estado funcional previo a la internación, y requirieron mayor utilización de alimentación enteral. Las infecciones, en particular la neumonía, y la fractura de cadera, fueron las condiciones médicas y quirúrgicas más frecuentes asociadas a SCA. La mortalidad fue significativamente superior en pacientes con SCA.

TABLA 1.– Características de los pacientes con y sin síndrome confusional agudo

|  | Grupo con SCA |        | Grupo sin SCA |        | P       |
|--|---------------|--------|---------------|--------|---------|
|  | Nº            | (%)    | Nº            | (%)    |         |
| Nº pacientes                               | 30            |        | 248           |        | –       |
| Sexo                                       |               |        |               |        |         |
| Masculino                                  | 16            | (53.3) | 123           | (49.6) | –       |
| Femenino                                   | 14            | (46.7) | 125           | (50.4) | 0.69    |
| Promedio de edad                           | 78.20         |        | 63.33         |        | < 0.001 |
| Promedio días de internación               | 6.40          |        | 6.06          |        | 0.6     |
| Promedio días en UTI                       | 5.13          |        | 4.69          |        | 0.68    |
| Promedio ABVD                              | 3             |        | 5             |        | 0.009   |
| Autoválidos                                | 15            | (50)   | 206           | (84.1) | –       |
| Antecedentes patológicos                   |               |        |               |        |         |
| HTA  | 20            | (66.6) | 122           | (49.2) | 0.07    |
| ICC  | 3             | (10)   | 39            | (15.7) | 0.40    |
| DBT tipo 2                                 | 12            | (40)   | 77            | (31.1) | 0.29    |
| ACV  | 7             | (23.3) | 17            | (6.9)  | 0.002   |
| Demencia                                   | 10            | (33)   | 21            | (8.5)  | 0.00002 |
| IRC  | 4             | (13.3) | 25            | (10.1) | 0.58    |
| EPOC                                       | 6             | (20)   | 30            | (12.1) | 0.25    |
| Cantidad de fármacos en el hogar           | 3             |        | 3             |        | 0.3     |
| Cantidad de fármacos en internación        | 7             |        | 6             |        | 0.29    |
| Requirieron alimentación enteral           | 11            | (36.7) | 29            | (12.3) | 0.02    |
| Requirieron alimentación parenteral        | 0             |        | 5             | (2.1)  | –       |
| Promedio de exámenes de laboratorio        | 6             |        | 5.58          |        | 0.56    |
| Promedio de otros exámenes complementarios | 2.97          |        | 2.74          |        | 0.61    |
| Muertes                                    | 6             | (20)   | 9             | (3.6)  | 0.002   |

UTI: unidad de terapia intensiva; ABVD: índice de actividad de vida diaria; HTA: hipertensión arterial; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva; DBT: diabetes; IRC: insuficiencia renal crónica; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

TABLA 2.- Diagnósticos médicos al alta de los pacientes con y sin síndrome confusional agudo

| Enfermedad                              | Nº Pacientes con SCA | Nº Pacientes sin SCA |
|---|----------------------|----------------------|
| <b>INFECCIOSA</b>                       |                      |                      |
| Neumonía aguda de la comunidad          | 4                    | 28                   |
| Neumonía por broncoaspiración           | 4                    | 2                    |
| Neumonía intranosocomial                | 3                    | 1                    |
| Bronquitis aguda                        | 1                    | 14                   |
| ITU                                     | 3                    | 16                   |
| Escaras                                 | 2                    | 1                    |
| Infección de lecho quirúrgico           | 1                    | 4                    |
| Pie diabético infectado                 | 0                    | 7                    |
| Infección de partes blandas             | 2                    | 7                    |
| Bacteriemia                             | 1                    | 3                    |
| Meningitis                              | 1                    | 3                    |
| Tuberculosis extrapulmonar              | 0                    | 2                    |
| subtotal N° (%)                         | 22 (42.5)            | 88 (30.4)            |
| <b>RESPIRATORIA</b>                     |                      |                      |
| Insuficiencia respiratoria              | 1                    | 4                    |
| Asma descompensado                      | 0                    | 7                    |
| EPOC descompensado                      | 3                    | 12                   |
| TEPA                                    | 1                    | 1                    |
| Derrame pleural                         | 2                    | 5                    |
| subtotal N° (%)                         | 7 (13.4)             | 29 (10)              |
| <b>CARDIOVASCULAR</b>                   |                      |                      |
| ICC descompensada                       | 3                    | 4                    |
| Fibrilación auricular                   | 1                    | 4                    |
| TVP                                     | 0                    | 8                    |
| Otros                                   | 0                    | 7                    |
| subtotal N° (%)                         | 4 (7.7)              | 24 (8.3)             |
| <b>DIGESTIVA</b>                        |                      |                      |
| Hemorragia digestiva baja               | 1                    | 1                    |
| Hemorragia digestiva alta               | 0                    | 3                    |
| Abdomen agudo oclusivo                  | 1                    | 0                    |
| Cirrosis                                | 2                    | 5                    |
| Otros                                   | 0                    | 15                   |
| subtotal N° (%)                         | 4 (7.7)              | 24 (8.3)             |
| <b>RENAL</b>                            |                      |                      |
| Insuficiencia renal crónica reanudizada | 1                    | 2                    |
| Insuficiencia renal aguda               | 1                    | 11                   |
| Otros                                   | 0                    | 3                    |
| subtotal N° (%)                         | 2 (3.8)              | 16(5.5)              |
| <b>NEUROLOGICA</b>                      |                      |                      |
| ACV isquémico                           | 1                    | 15                   |
| ACV hemorrágico                         | 0                    | 7                    |
| Convulsiones                            | 1                    | 3                    |
| subtotal N° (%)                         | 2 (3.8)              | 25 (8.6)             |
| <b>NEOPLASICA</b>                       |                      |                      |
| Mieloma múltiple                        | 1                    | 1                    |
| Carcinoma de colon                      | 1                    | 1                    |
| Metástasis hepática                     | 1                    | 0                    |
| Carcinoma broncopulmonares              | 0                    | 5                    |
| Carcinoma de mama                       | 0                    | 3                    |
| Otros                                   | 0                    | 8                    |
| subtotal N° (%)                         | 3 (5.8)              | 18 (6.2)             |
| <b>OTRAS</b>                            |                      |                      |
| Deshidratación                          | 1                    | 4                    |
| Hiponatremia                            | 1                    | 4                    |
| Anemia                                  | 2                    | 14                   |
| Fiebre de origen desconocido            | 1                    | 2                    |
| Desnutrición                            | 1                    | 5                    |
| Síndrome isquémico crónico              | 1                    | 13                   |
| Sin diagnóstico                         | 1                    | 1                    |
| No incluido en diagnósticos previos     | 0                    | 23                   |
| subtotal N° (%)                         | 8 (15.3)             | 66 (22.7)            |
| <b>TOTAL</b>                            | <b>52</b>            | <b>290</b>           |

ITU: Infección del tracto urinario; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; TEPA: Tromboembolismo pulmonar agudo; ICC: Insuficiencia cardíaca congestiva; ACV: Accidente cerebro vascular.

## Bibliografía

1. Francis J. Delirium in older patients. *J Am Geriatr Soc* 1993; 40: 829.
2. Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD, et al. Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. *J Gen Intern Med* 1998; 13: 234-42.
3. Rummans T, Jonathan E, Khahn L, et al. Delirium in elderly patients: Evaluation and management. *Mayo Clin Proc* 1995; 70: 989-98.
4. Inouye SK, Viscolich CM, Horwits RI, Hurst LD, Tinetti ME. A predictive model for delirium in hospitalised elderly medical patients based on admission characteristics. *Ann Intern Med* 1993; 119: 474-81.
5. Hill CD, Risby E, Morgan N. Cognitive deficits in delirium assessment overt time. *Psychopharmacol Bull* 1992; 28: 401-7.
6. Marcantonio ER, Golman L, Mangione CM, et al. A clinical prediction rule for delirium after elective non-cardiac surgery. *JAMA* 1994; 271: 134-9.
7. Leukoff SE, Evans DA, Liptzin B, et al. Delirium: the occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalised patients. *Arch Intern Med* 1992; 152: 334-9.
8. Cole MG, Primeau FJ. Prognosis of delirium in elderly hospitalised patients. *Can Med Assoc* 1993; 149: 41-6.
9. Kaplan H, Sadock B. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos. En: Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría. 8ª ed. Madrid: Médica Panamericana, 1999, p 362-98.
10. Losada A, Alemany C. Aspectos diagnósticos y terapéuticos específicos del anciano. En Ferreras-Rosman. Medicina Interna 14ª ed. Madrid: Harcourt, 2000, p 1491-7.
11. Dyer CB, Ashton CM, Teasdale TA. Postoperative delirium: A review of 80 primary data-collection studies. *Arch Intern Med* 1995; 155: 461-5.
12. Regazzoni C, Aduriz M, Recondo M. Síndrome confusional agudo en el anciano internado. *Medicina (Buenos Aires)* 2000; 60: 335-8.
13. Vazquez F, O'Flaherty M, Michelangelo H, et al. Epidemiología del delirio en ancianos hospitalizados. *Medicina (Buenos Aires)* 2000; 60: 555-60.
14. Francis J, Martin D, Kapoor WN. A prospective study of delirium in hospitalised elderly. *JAMA* 1990; 263: 1097-101.

-----

### LA PORTADA

Ana Piazzardi. **Arbol 2**, 2003. Acrílico sobre tela, 50 × 60 cm. Cortesía de la autora y del Lic. Augusto Mengelle, Galería Arroyo (Buenos Aires).

Ana Piazzardi nació en Arrecifes (Buenos Aires), vive y trabaja en Rosario de Santa Fe. Asistió al taller del maestro Juan Grella (1914-1992). Participó en muestras individuales y colectivas en el país y en Uruguay, EE.UU. e Italia. Recibió numerosas distinciones. Figura en el Anuario EOS de pintores santafesinos, en la página [www.rosariarte.com.ar](http://www.rosariarte.com.ar), y en el libro "Arte Argentino para el Tercer Milenio" (Ediciones de Arte Gaglianone, 1999).