

Síndrome confusional agudo en ancianos hospitalizados en una sala de Medicina Interna

Acute confusional syndrome in the elderly admitted to Internal Medicine

Sr. Editor:

Siendo el síndrome confusional agudo (SCA) el trastorno mental orgánico más frecuente en pacientes geriátricos hospitalizados^{1,9}, realizamos este trabajo con el objetivo de analizar la incidencia, características y pronóstico del mismo en una población de pacientes ancianos hospitalizados en nuestra área geográfica.

Se incluyeron en forma prospectiva 74 pacientes de 65 años o más (media de $72,6 \pm 7,2$) ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Escuela Eva Perón desde noviembre de 2008 a febrero de 2010 por patología médica aguda.

Fueron excluidos los pacientes que se negaron a participar, los que tuvieron una estancia hospitalaria menor de 48 horas y aquellos que en ausencia de un cuidador calificado, no podían colaborar con la entrevista.

Se evaluó el grado de independencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria previo al ingreso hospitalario mediante el índice de Barthel y se valoraron las comorbilidades mediante el índice de Charlson. La capacidad cognitiva fue evaluada mediante el *Mini-Mental State Examination* (MMSE), cuyo punto de corte se ajustó al grado de instrucción del paciente³. Además se investigaron aquellas condiciones conocidas como predisponentes del SCA (déficit auditivo o visual, nivel de escolaridad, cantidad de pacientes por habitación, procedencia, tiempo de hospitalización previo al ingreso en Medicina Interna, instrumentaciones, capacidad de deambulación, motivo de ingreso, número y tipo de medicación previa, antecedentes de consumo de alcohol y episodios previos de SCA). El estado nutricional se estimó mediante la Valoración Global Subjetiva.

Diariamente los pacientes fueron evaluados mediante el *Confusional Assessment Method* (CAM)^{6,7}. Los pacientes que presentaban SCA eran evaluados exhaustivamente para identificar la causa de esta complicación.

Al alta, todos los pacientes fueron evaluados mediante el índice de Barthel¹⁰ y a los 30 días se realizó una consulta telefónica para investigar la presencia de SCA y la mortalidad.

Durante el período de estudio, 8 pacientes (10,8%) presentaron SCA, el 62,5% de los mismos desde el ingreso en la sala. En todos los casos se presentó en su variedad hiperactiva.

La demencia estuvo presente en el 88% de los pacientes con SCA, mientras que su prevalencia en el resto de la población estudiada fue del 38% ($p=0,01$). El puntaje promedio de MMSE fue de $13 (\pm 3,51)$ en el grupo de pacientes con SCA y de $23,52 (\pm 0,56)$ en el resto ($p < 0,01$). De las demás condiciones predisponentes del SCA, ninguna mostró diferencias significativas.

Evaluadas individualmente, tampoco existieron diferencias significativas con respecto a edad, sexo, índice de Charlson, índice de Barthel, PCR (proteína C reactiva), APACHE II, hemograma, glucemia, uremia, creatininemia, ionograma, calcemia, albuminemia, transaminasas, bilirrubinemia, tiempo de protrombina, oxigenación, radiografía de tórax y electrocardiograma entre el grupo de pacientes que presentaron SCA y los que no (tabla 1).

A través del análisis de regresión logística múltiple, en el que se incluyeron 7 variables (Charlson, Barthel, PCR, APACHE, demencia, edad y sexo), únicamente quedaron seleccionadas en el modelo con una influencia estadísticamente significativa sobre la probabilidad de desarrollar SCA: el índice de Barthel, con una OR de 0,98

Tabla 1

Características de los pacientes estudiados

| | SCA | | p |
|-------------------------|----------------------|----------------------|--------|
| | Sí (n=8) | No (n=66) | |
| Edad | 72,75 ($\pm 2,69$) | 72,56 ($\pm 0,75$) | 0,95 |
| Sexo | | | |
| Femenino | 3 (37%) | 24 (36%) | 0,95 |
| Masculino | 5 (63%) | 42 (64%) | |
| Demencia | 7 (88%) | 25 (38%) | 0,01 |
| Charlson | 1,38 ($\pm 0,50$) | 1,91 ($\pm 0,23$) | 0,35 |
| MMSE | 13,00 ($\pm 3,51$) | 23,52 ($\pm 0,56$) | < 0,01 |
| Barthel | 87,50 ($\pm 4,63$) | 84,56 ($\pm 3,20$) | 0,61 |
| PCR | 16,04 ($\pm 4,19$) | 8,82 ($\pm 1,38$) | 0,14 |
| APACHE II | 6,50 ($\pm 1,20$) | 5,06 ($\pm 0,53$) | 0,30 |
| Días previos de ingreso | 1,50 ($\pm 0,80$) | 0,79 ($\pm 0,19$) | 0,41 |

APACHE: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation; MMSE: Mini-Mental State Examination; PCR: proteína C reactiva.

(IC 0,96-0,99), y la presencia de demencia, con una OR de 5,94 (IC 1,15-30,62).

Los factores desencadenantes del SCA fueron múltiples y se presentaron en forma simultánea en la mayoría de los pacientes, siendo la infección la causa más frecuente.

Se realizó TAC de cráneo a todos los pacientes que presentaron SCA. En dos pacientes se demostró lesión cerebral sugestiva de ACV isquémico.

Los pacientes que presentaron SCA tuvieron una capacidad funcional en el momento del alta significativamente menor que el resto de la población estudiada (Barthel al alta 39,38 vs 79,47; $p=0,04$), y se observó una tendencia a una mayor mortalidad a los 30 días ($p=0,06$).

El SCA se presentó en el 10,8% de los pacientes ancianos internados y los principales factores de riesgo para su desarrollo fueron el deterioro cognitivo previo y la baja capacidad funcional^{2,8}. Los pacientes que presentaron esta complicación tuvieron una disminución significativa de su funcionalidad al alta y una tendencia a una mayor mortalidad a los 30 días del egreso hospitalario.

La mayor incidencia de SCA en pacientes de riesgo y su pronóstico desfavorable^{4,5} obligan a implementar medidas preventivas y a evaluar sistemáticamente las funciones cognitivas para el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de esta complicación.

Bibliografía

- Formiga F, Marcos E, Sole A, Valencia E, Lora-Tamayo J, Pujol R. Síndrome confusional agudo en pacientes ancianos ingresados por patología médica. *Rev Clin Esp.* 2005;205:484-8.
- Formiga F, San José A, López-Soto A, Ruiz D, Urrutia A, Duaso E. Prevalencia de delirium en pacientes ingresados por procesos médicos. *Med Clin (Barc).* 2007;129:571-3.
- Vázquez F, O'Flaherty M, Michelangelo H, Quiros R, Garfi L, Janson J, et al. Epidemiología del delirio en ancianos hospitalizados. *Medicina (Buenos Aires).* 2000;60:555-60.
- Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med.* 2006;354:1157-65.
- Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol.* 2009;5:210-20.
- Wei LA, Fearing MA, Sternberg EJ, Inouye SK. The Confusion Assessment Method: a systematic review of current usage. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56:823-30.
- Gustafson Y, Brannstrom B, Norberg A, Bucht G, Winblad B. Underdiagnosis and poor documentation of acute confusional states in elderly hip fractures patients. *J Am Geriatr Soc.* 1991;39:760-5.
- Schor JD, Levkoff SE, Lipsits LA. Risk factors for delirium in hospitalized elderly. *JAMA.* 1992;263:1097-101.
- Ferreira A, Belletti G, Yorio M. Síndrome confusional agudo en pacientes internados. *Medicina (Buenos Aires).* 2004;64:385-9.
- Formiga F, López-Soto A, Sacanella E, Jacob X, Masanes F, Vidal M. Valoración de la capacidad funcional después de un ingreso hospitalario en pacientes nonagenarios. *Med Clin (Barc).* 2000;115:695-6.

Mauro Druetta^a, Leticia Di Domenica^{a,b,*}, María Macoc^c,
Jorge Kilstein^d
y Daniel Horacio Bagilet^e

^a Médico especialista en Clínica Médica, Carrera Universitaria de Postgrado de Especialización en Clínica Médica, Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina

^b Servicio de Urgencias, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Gran Rosario, Santa Fe, Argentina

^c Alumna de 3^{er} año de la Carrera Universitaria de Postgrado de Especialización en Clínica Médica, Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina

^d Instructor de Residentes de la Carrera Universitaria de Postgrado de Especialización en Clínica Médica, Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina

^e Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Gran Rosario, Profesor Titular de Clínica Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ldidomenica@yahoo.com.ar (L. Di Domenica).

doi:10.1016/j.regg.2011.06.005

Anciana de 87 años con disnea, aumento del perímetro abdominal y exceso de incapacidad

A 87-year-old woman with dyspnea, increased abdominal perimeter and increased disability

Sr. Editor:

Presentamos el caso de una mujer de 87 años que ingresa por cuadro de 10 días de evolución consistente en dolor abdominal, disnea progresiva y aumento del perímetro abdominal.

Sin antecedentes de interés salvo hipertensión arterial.

La paciente presenta un exceso de incapacidad en los 6 últimos meses con un índice de Barthel modificado por Shah de 7. No presenta deterioro cognitivo. Pérdida de peso de 16 kg en los últimos 8 meses. Vive con una hija, que es su cuidadora principal.

Al ingreso, presenta tiraje supraclavicular. Mamas sin alteraciones groseras y no se aprecian adenopatías axilares. La auscultación reveló un soplo sistólico panfocal y crepitantes en base derecha. El abdomen se mostraba distendido con signo de la oleada ascítica.

El electrocardiograma objetiva fibrilación auricular; radiografía de tórax normal; gasometría arterial con hipoxemia e hipocapnia; estudio analítico: trombocitosis 560.000/ μ l; PCR 50 mg/dl; fibrinógeno 570 mg/dl; dímero D 4.026 ng/ml (punto de corte 500 μ g/ml); hemoglobina 12,5 g/dl; albúmina sérica 2,9 g/dl; antígeno anti CA-125 957 kU/l (0-35 kU/l); antígeno carcinoembrionario (CEA) 78 μ g/l (0-2,5 μ g/l). Gammagrafía de alta probabilidad de tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral; CT abdominal con derrame pleural bilateral, ascitis e «infiltración de la grasa peritoneal» de forma difusa. Se procede a realizar paracentesis diagnóstica extrayendo 40 cc de líquido claro para baciloscopia, cultivo de micobacterias, citología, bioquímica (glucosa 120 mg/dl, albúmina 2,6 g/dl, CEA 429 μ g/l y ADA 9,5 U/l) y conteo celular (leucocitos 240/mm³ con 90% de mononucleares y 10% de polimorfonucleares).

En los días posteriores presenta un empeoramiento del estado general con hipotensión, oligoanuria y vómitos alimentarios y «en posos de café», falleciendo al decimotercer día de ingreso, solicitándose consentimiento para necropsia, que informa de diseminación linfática, peritoneal y sistémica de adenocarcinoma poco diferenciado de probable origen pancreático o gastrointestinal, junto a TEP periférico en lóbulo inferior derecho.

Discusión

Analíticamente presenta elevación de reactantes de fase aguda, ello sugestivo de proceso sistémico, iniciando un proceso diagnóstico diferencial.

Se ha observado un aumento fisiológico del dímero D en la edad avanzada y se ha indicado que, por encima de los

80 años, hay una baja relación coste/efectividad, por lo que no se recomienda su determinación indiscriminada¹. La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) es una complicación frecuente en individuos con enfermedad neoplásica, con una incidencia del 4-20% de los pacientes. Es un marcador de mal pronóstico y una de las causas principales de muerte al presentarse en estados avanzados de la neoplasia. Los tipos de tumores que con más frecuencia se asocian a ETE son los de páncreas, cerebro, próstata, pulmón y colorrectal en varones, y mama, ovario y pulmón en mujeres².

El líquido obtenido en la paracentesis mostraba predominio mononuclear y un gradiente sero-ascítico de albúmina (GSA) menor de 1,1 g/dl; este gradiente es un test muy sensible (97%) para diferenciar entre ascitis por hipertensión portal (HTP) y la relacionada con otras causas^{3,4} (tabla 1). Las entidades en las que hay que pensar cuando hay predominio mononuclear son la tuberculosis peritoneal y la carcinomatosis peritoneal.

Las manifestaciones clínicas de la peritonitis tuberculosa se caracterizan por fiebre, anorexia, dolor abdominal, síndrome tóxico y ascitis. Es característica una concentración de proteínas superior a 25 g/l en líquido ascítico y un recuento celular con predominio de linfocitos. El Mantoux fue negativo, así como la baciloscopia y el cultivo de micobacterias (recibido con posterioridad al exitus), por lo que el diagnóstico de tuberculosis peritoneal parecía poco probable.

El examen citológico es el método más común para detectar células malignas en el líquido ascítico; sin embargo, la citología positiva tiene una especificidad del 100% en ascitis por carcinomatosis peritoneal, pero la sensibilidad global neoplásica se cifra en el 60%, ya que tumores como el linfoma, el hepatocarcinoma y las metástasis hepáticas masivas producen ascitis por obstrucción linfática o HTP, pero no por carcinomatosis peritoneal, y en estos casos la citología acostumbra a ser negativa.

El antígeno CA-125 es expresado en el epitelio celómico fetal y en muchos tejidos adultos. La insuficiencia cardíaca, enfermedades

Tabla 1

Diagnóstico diferencial de ascitis según el gradiente sero-ascítico de albúmina

| Gradiente \geq 1,1 g/dl | Gradiente < 1,1 g/dl |
|------------------------------------|---------------------------------|
| Cirrosis hepática | Carcinomatosis peritoneal |
| Hepatitis alcohólica | Tuberculosis peritoneal |
| Ascitis por insuficiencia cardíaca | Ascitis pancreática |
| Ascitis mixta | Ascitis biliar (sin cirrosis) |
| Metástasis hepáticas masivas | Infarto intestinal |
| Síndrome de Budd-Chiari | Síndrome nefrótico |
| Insuficiencia hepática aguda | Enfermedad del tejido conectivo |
| Mixedema | Hipoalbuminemia severa |
| Relacionada con la diálisis | |
| Trombosis portal | |