

6. Peral-Aguirregoitia J, Lertxundi-Etxebarria U, Saracho-Rotaache R, Iturrizaga-Correcher S, Martínez-Bengochea MJ. Estimación de la tasa de filtración glomerular para el ajuste posológico de los fármacos. Reina la confusión. Nefrología (Madr). 2012;32:115-7.

Manuel Heras^{a,*}, María José Fernández-Reyes^a, María Teresa Guerrero^b y Rosa Sánchez^a

^a Servicio de Nefrología, Hospital General de Segovia, Segovia, España

^b Servicio de Geriatria, Hospital General de Segovia, Segovia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mherasb@saludcastillayleon.es (M. Heras).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.10.002>

Valoración del síndrome confusional agudo en pacientes ancianos ingresados en un servicio de medicina interna

Assessment of acute confusional syndrome in elderly patients admitted to an internal medicine ward

El presente trabajo fue presentado en forma de *abstract* (Póster A EA-035), resultando premiado en el xxxii Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), celebrado en Maspalomas (Gran Canaria) del 26 al 28 de octubre de 2011.

El síndrome confusional agudo (SCA) es un problema frecuente y grave, que afecta fundamentalmente a ancianos hospitalizados. Su prevalencia en la comunidad es baja, oscilando entre el 1-2%, aunque esta cifra asciende al 14% si consideramos sujetos de más de 85 años¹. Su prevalencia en el medio hospitalario es más elevada, alcanzando cifras del 14-24% en mayores de 65 años. El impacto sobre la salud de los ancianos no es nada desdeñable ya que se ha demostrado que el SCA se asocia con un mayor deterioro funcional, una estancia media hospitalaria más larga y un mayor riesgo de institucionalización posterior². Además, se relaciona de manera directa con un aumento de la mortalidad³.

El objetivo de nuestro trabajo fue determinar la incidencia de SCA en pacientes ancianos ingresados en un servicio de medicina interna y los factores de riesgo asociados.

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. Incluimos todos los pacientes de 70 años o más, que ingresaron por afección médica en este servicio durante un mes, y excluimos a aquellos con síndrome confusional agudo al ingreso, bajo nivel de conciencia, trastorno psiquiátrico grave, déficit visual o auditivo severo u otra afección que impidiera la entrevista. En el momento del ingreso se evaluó a todos los pacientes mediante el *Mini-Mental Test* (MMT) para detectar el deterioro cognitivo previo⁴ y con el índice de Charlson (IC) para valorar comorbilidad asociada⁵. El diagnóstico de SCA fue clínico, siguiendo los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4.ª ed.* (DSM-IV)⁶. Todos los pacientes fueron seguidos diariamente hasta el alta para detectar la aparición de SCA u otras posibles complicaciones.

Se incluyeron 118 pacientes con una edad media de $83,2 \pm 6,6$ años, 69 mujeres (58,5%) y 49 varones (41,5%). El 22% (26) procedía de centro geriátrico. Entre los antecedentes personales, 23 (19,5%) de ellos padecían demencia tipo Alzheimer, 9 (7,6%) ACV y 4 (3,4%) enfermedad de Parkinson. Asimismo, 22 (18,6%) eran portadores de sondaje vesical, 21 (17,8%) tenían dolor no controlado y 11 (9,3%) tomaban opiáceos. Un 50,8% (N=60) de los pacientes presentó función cognitiva normal al ingreso, mientras que el 16% (N=19) presentó deterioro cognitivo grave, el 5% (N=6) deterioro moderado y el 28% (N=33) deterioro leve. La puntuación del IC fue de $2,6 (\pm 1,8)$ existiendo comorbilidad alta en el 45% (N=53).

Durante el periodo de hospitalización 19 pacientes desarrollaron SCA, calculándose una incidencia en nuestra población del 16%. La aparición de SCA fue más frecuente en mujeres que en varones (21,7 vs. 8,2%, $p=0,048$), en los de mayor edad (86,4 años vs. 82,6, $p=0,023$) y en los derivados de centros geriátricos (30,8 vs. 12%, $p=0,033$). El tiempo medio transcurrido desde el ingreso hasta la aparición del SCA fue de 2,37 días ($\pm 1,3$). La mayoría de los pacientes que sufrió SCA durante el ingreso presentaba deterioro cognitivo previo, así, tan solo el 6,7% no lo tenía. Por otro lado, los pacientes sin comorbilidad presentaron menos frecuentemente SCA. El dolor no controlado (33,3 vs. 12,4%, $p=0,043$) y la demencia tipo Alzheimer (39 vs. 10,5%, $p=0,002$) fueron factores de riesgo para el desarrollo de SCA. Sin embargo, el sondaje vesical, la toma de opiáceos o de corticoides y la presencia de antecedentes de ACVA y Parkinson no lo fueron. No se observaron diferencias en la estancia media hospitalaria y en la mortalidad durante el ingreso pero hubo un mayor índice de reingresos en los 3 meses siguientes al alta (37,5 vs. 18,3%, $p=0,04$).

En nuestro estudio la incidencia de SCA en ancianos hospitalizados fue del 16%, dato parecido al descrito por otros estudios⁷⁻¹⁰. El antecedente de demencia tipo Alzheimer, el deterioro cognitivo previo, el sexo femenino, la edad avanzada, la institucionalización, el dolor no controlado y la comorbilidad fueron factores de riesgo para el desarrollo de SCA. La presencia de SCA no incrementó la morbimortalidad durante el ingreso.

Dadas las importantes consecuencias negativas que produce el SCA en los ancianos durante su hospitalización y el mayor deterioro funcional posterior que conlleva, es necesario aplicar medidas preventivas para evitar su aparición, y si esto no fuese suficiente, medidas terapéuticas precoces para limitar el daño.

Bibliografía

- Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med.* 2006;354:1157-65. Erratum in: *N Engl J Med.* 2006;354:1655.
- O'Keefe S, Lavan J. The prognostic significance of delirium in older hospitalised patients. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45:247-8.
- Curyto KJ, Johnson J, TenHave T, Mossey J, Knott K, Katz IR. Survival of hospitalized elderly patients with delirium. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2001;9:141-7.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12:129-98.
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* 1987;40:373-83.
- American Psychiatric Association. Delirium, dementia, and amnesic and other cognitive disorders. En: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994. p. 123-63.
- González-Colaço Harmand M, Medina Domínguez L, Hornillos Calvo M. Prevalencia de delirium al ingreso en una unidad de agudos de geriatría. *Med Clin (Barc).* 2008;131:117.
- Regazzoni CJ, Aduriz M, Recondo M. Síndrome confusional agudo en el anciano internado. *Medicina (Buenos Aires).* 2000;60:335-433.
- Ferreira A, Belletti G, Dorio M. Síndrome confusional agudo en pacientes internados. *Medicina (Buenos Aires).* 2004;64:385-9.

10. Vidán MT, Sánchez E, Alonso M, Montero B, Ortiz J, Serra JA. An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57:2029-36.

Tamara Gómez-Traveso*, Laisa Socorro Briongos-Figuero, Lidia Hernanz Román y José Luis Pérez-Castrillón

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tgraveso@hotmail.com (T. Gómez-Traveso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.07.005>

Cuantificación de las horas de encamamiento en pacientes hospitalizados por afección médica y deterioro funcional y mortalidad secundarios

Determining the hours hospitalised patients are bedridden due to their medical condition and functional impairment and secondary mortality

Sr. Editor:

A pesar de la sensibilización que existe respecto a los efectos deletéreos de la hospitalización y el deterioro funcional en ancianos^{1,2}, no existe en la literatura nacional (hasta donde los autores conocen) ningún estudio que cuantifique pormenorizadamente las horas de encamamiento a las que sometemos a esta población y lo relacione con sus consecuencias funcionales y vitales. En la literatura internacional tampoco hay demasiadas referencias al respecto, pero se ha demostrado que hasta el 83% del tiempo hospitalizado se invierte encamado a pesar de que los pacientes tuvieran la capacidad de deambular³ y que la disminución de la movilidad durante el ingreso se asociaba al deterioro funcional⁴. Dicho deterioro durante la hospitalización puede deberse evidentemente a las afecciones que condicionan dicho ingreso, pero de manera iatrogénica también a las horas que obligamos a nuestros pacientes a estar encamados o sentados. Para reforzar esta argumentación nos gustaría presentar el análisis de los resultados asistenciales de nuestro servicio.

Con la intención futura de desarrollar un ensayo clínico sobre el impacto de la reducción del encamamiento en ancianos hospitalizados, hemos realizado un estudio prospectivo observacional de una cohorte de 31 pacientes ingresados en un Servicio de Geriatria (> 75 años), para conocer las cifras reales de dicho encamamiento a las que sometemos en nuestro entorno y sus consecuencias. Las horas se cuantificaron de manera coordinada por parte de enfermería y auxiliares en cada uno de los turnos durante todos los días del ingreso. Se valoró la situación funcional previa al ingreso, durante el ingreso y en el momento del alta con el índice de Barthel. Mediante un protocolo de estudio se hizo una valoración geriátrica integral y se analizaron las características sociodemográficas, síndromes geriátricos, situación nutricional, y diferentes parámetros clínicos y analíticos. Hicimos una valoración inicial descriptiva de la evolución funcional y mediante el programa SPSS® 15.0 clasificamos a los pacientes en cuartiles según las horas de encamamiento. Para valorar la relación de los cuartiles de encamamiento con el deterioro funcional y con la mortalidad se realizó la prueba de Jonckheere-Terpstra y la prueba de tendencia en las proporciones, respectivamente.

El 51,6% de los pacientes estudiados fueron mujeres, con una edad media de 87,3 (DE: ±6,3) años, el 71% con un bajo nivel de escolarización y un 29% institucionalizados, que estuvieron ingresados una media de 10,6 días (DE: ±5,0). La prevalencia de síndromes geriátricos fue la siguiente: úlceras por presión: 25,8%; incontinencia urinaria: 74,2%; estreñimiento: 51,6%; caídas pre-

vias: 22,6%; déficit visual: 71%; déficit auditivo: 48,4%; síntomas depresivos: 67,7%. y demencia: 48,4%. Fallecieron 3 pacientes durante el ingreso (9,7%). El tiempo medio de encamamiento fue de 19,7 h por día (DE: ± 1,7) y el 58,1% estuvo encamado una media de 20 h por día. El 48,4% de los pacientes sufrieron deterioro funcional en el momento del ingreso (cuantificado mediante el índice de Barthel), persistiendo dicho deterioro en el 38,7% al alta. Cuando se consideraban solo los pacientes susceptibles de deterioro (Barthel \geq 15; n = 18), el porcentaje de pacientes con deterioro al ingreso fue del 72,7%, persistiendo al alta en el 50%. En estos pacientes se ha encontrado asociación significativa entre el grado de encamamiento y el deterioro del índice de Barthel al ingreso (p 0,035), pero no al alta (p 0,089) (probablemente por la escasa n). La asociación entre el grado de encamamiento y la mortalidad también fue significativa (p 0,01).

Con estos datos podemos concluir, que a pesar de que está ampliamente reconocida la importancia de prevenir el deterioro funcional durante la hospitalización de los ancianos, el modelo actual asistencial en nuestro entorno condiciona que casi el 60% de los pacientes ingresados en un Servicio de Geriatria permanezcan encamados durante su estancia una media de 20 h diarias. El tiempo diario de encamamiento se asocia al deterioro funcional y a la mayor mortalidad siendo susceptible de intervenciones que mejoren la trayectoria de nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51:451-8.
2. Abizanda Soler P, Romero Rizos L, Sánchez Jurado PM, Luengo Márquez C, Domínguez Martín L, Lozano Berrio V. La pérdida funcional al ingreso, principal variable explicativa de discapacidad y mortalidad al alta y al mes en ancianos hospitalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42:201-11.
3. Brown CJ, Redden DT, Flood KL, Allman RM. The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57:1660-5.
4. Zisberg A, Shadmi E, Sinoff G, Gur-Yaish N, Srulovici E, Admi H. Low mobility during hospitalization and functional decline in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59:266-73.

Nicolás Martínez-Velilla^{a,*}, Gloria Urbistondo-Lasa^b, Edurne Veintemilla-Erice^b y Koldo Cambra-Contín^c

^a *Servicio de Geriatria, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España*

^b *Servicio de Geriatria, Clínica San Miguel, Pamplona, Navarra, España*

^c *Fundación Miguel Servet, Pamplona, Navarra, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nicolas.martinez.velilla@cfnavarra.es (N. Martínez-Velilla).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.05.003>