



Revista Clínica Española



<https://www.revlinesp.es>

1644 - *EARLY, DELIRIUM AND MORTALITY*: ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Pere Medina Martí, Andrea Parra Plaza, Silvia Bellés Andreu, Carlota Lisset Toapanta Gaibor, Mireia Navas Rabasco, Marta Arroyo Huidobro y Eduarda Micaela da Cunha Ferreira Gonçalves Alves

Hospital Clínic, Barcelona, España.

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas, sociodemográficas, comorbilidades y polifarmacia en una cohorte de pacientes con síndrome confusional agudo (SCA) y su evolución.

Métodos: *EARLY* es un estudio descriptivo y retrospectivo, en pacientes ingresados en Hospital Clínic en Medicina Interna, durante 2022, diagnosticados de SCA. Se recopilaban los datos vía Redcap y se analizaron con Excel.

Resultados: De un total de 180 pacientes, 89 mujeres y 91 hombres, la media de edad fue de 81,6 años. El 17% eran ancianos robustos según la Clinical Frailty Scale y el 43%, frágiles; el 60% presentaba un Charlson ajustado por edad comprendido entre 5 y 7 puntos; y el Barthel medio fue de 48 puntos. En cuanto a los síndromes geriátricos, el 35% sufrieron caídas el mes previo y el 71% algún episodio de SCA. El 77% tenían polifarmacia: IBP (57%), diuréticos y antipsicóticos (41%), y antidepresivos e hipnóticos (24%). Considerando las comorbilidades, destaca HTA (78%), cardiopatía isquémica (38%), diabetes mellitus (30%) y deterioro cognitivo filiado (19%). El motivo de ingreso más frecuente fue la infección respiratoria (32,2%), la del tracto urinario (28,9%), descompensación de insuficiencia cardíaca y patología abdominal (7,2%). Como complicaciones, el 20% tuvo agudización de enfermedad renal crónica (ERC) o estreñimiento, el 15,5% deterioro funcional, el 14% retención aguda de orina y el 5,5% broncoaspiración o ITU. Para el manejo del SCA, el 46% requirió de contención mecánica; el neuroléptico más empleado fue la quetiapina (61,1%) seguido de risperidona y haloperidol (17,2%). Al alta, requirieron ajuste, cambio o reinicio de neuroléptico el 33%, hipnótico el 12,22% y antidepresivo el 2,78%. La estancia media fue de 11 días. Finalmente, el 58% fueron dados de alta a domicilio, el 25,81% a un centro sociosanitario y el 16,12% a residencia. El 15,6% fue *exitus vitae*.

Discusión: El delirium es un síndrome frecuente en el anciano ingresado. Es conocido que aumenta la estancia hospitalaria y la morbilidad y supone un impacto en los recursos sanitarios. Los factores de riesgo predisponentes y precipitantes del SCA en la literatura son numerosos. En nuestro estudio, constatamos que no había diferencias respecto al género, que era más frecuente en pacientes frágiles y en aquellos que ingresaban por patología infecciosa¹. En cuanto a las comorbilidades, destaca la prevalencia de patología cardiovascular y neurodegenerativa^{2,3}. Numerosas complicaciones alargan la estancia media, como agudización de ERC, estreñimiento o deterioro funcional, minimizables con adecuada hidratación y fisioterapia. Frecuentemente se ha recurrido a contención física y al uso de fármacos antipsicóticos, conocidos factores precipitantes del SCA^{4,5}. Sería recomendable priorizar la contención verbal y reducir el

uso de fármacos psicotrópicos, especialmente de cara al alta.

Conclusiones: La población geriátrica es la más propensa a presentar SCA, especialmente aquellos con comorbilidades y con polifarmacia, expuestos a factores de riesgo intrínsecos al proceso mórbido y su tratamiento. Es imperativo conocer los factores precipitantes de SCA para minimizarlos y realizar un adecuado manejo para reducir las complicaciones, la estancia media hospitalaria y la introducción de nuevos fármacos al alta; así como contar con un equipo multidisciplinar.

Bibliografía

1. Krinitski D, Kasina R, Klöppel S, *et al.* Associations of delirium with urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in adults aged 65 and older: A systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2021;69(11):3312-23.
2. Stelmokas J, Gabel N, Flaherty JM, *et al.* Delirium Detection and Impact of Comorbid Health Conditions in a Post-Acute Rehabilitation Hospital Setting. *PLoS One.* 2016;11(11):e0166754.
3. Savaskan E. Delirium and multimorbidity in the elderly. *Praxis (Bern 1994).* 2012;101(25):1633-6.
4. Potter J, George J; Guideline Development Group. The prevention, diagnosis and management of delirium in older people: concise guidelines. *Clin Med (Lond).* 2006 May-Jun;6(3):303-8. doi:10.7861/clinmedicine.6-3-303. PMID: 16826866; PMCID: PMC4953674.
5. Oh ES, Fong TG, Hsieh TT, *et al.* Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA.* 2017 Sep 26;318(12):1161-74. doi:10.1001/jama.2017.12067. PMID: 28973626; PMCID: PMC5717753.