



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS”.

Laura Merino Domínguez

Fecha: 26 de mayo de 2014

Trabajo Fin De Máster

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas las personas que con su ayuda han hecho posible que pudiera llevar a cabo este trabajo.

En primer lugar dar las gracias a mi tutor, D. Joaquín Morís de la Tassa, por su entera dedicación, su apoyo y ayuda continua. Gracias por hacer que este camino fuera sencillo.

Por su puesto agradecer al servicio de documentación clínica del hospital Cabueñes, por facilitarme la documentación necesaria para llevar a cabo este trabajo.

Dar las gracias a mi familia, en especial a mis padres, quienes siempre han confiado en mí haciendo que lo me proponga salga siempre a delante. Mil gracias.

Y por último agradecer a mis amigas y compañeras de este máster, por estar ayudándome continuamente.

ÍNDICE

	Páginas
1. GLOSARIO DE ABREVIATURAS.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4-8
3. OBJETIVOS.....	9
3.1. Objetivo principal	
3.2. Objetivos secundarios	
4. METODOLOGÍA.....	10-17
4.1. Diseño del estudio	
4.2. Criterios de inclusión y exclusión	
4.3. Procedimiento de recogida de datos	
4.4. Periodo de estudio	
4.5. Descripción de las variables a estudio	
4.6. Aspectos éticos	
4.7. Análisis y tabulación de datos	
5. RESULTADOS.....	18-27
6. DISCUSIÓN.....	28-32
6.1. Confrontación de los resultados con la literatura	
6.2. Limitaciones	
6.3. Fortalezas	
6.4. Utilidad del trabajo	
7. CONCLUSIONES.....	33-34

8. BIBLIOGRAFÍA.....	35-37
9. ANEXOS.....	38-44
9.1. Hoja de recogida de datos	
9.2. Permiso del comité ético del HUCA	
9.3. Permiso del comité ético del Área V	

1. GLOSARIO DE ABREVIATURAS

SCA: Síndrome confusional agudo

IAM: Infarto agudo de miocardio

TEP: Tromboembolismo pulmonar

ACV: Accidente cerebro vascular

SNC: Sistema nervioso central

TCE: Traumatismo cráneo-encefálico

DM: Diabetes mellitus

HTA: Hipertensión arterial

2. INTRODUCCIÓN

El síndrome confusional agudo (SCA), es un síndrome clínico, que se caracteriza por ser de instauración brusca, en el cual se produce un cambio tanto en la atención como en las competencias mentales, con tendencia a la fluctuación a lo largo del día. Está determinado por la combinación de déficit de atención, discurso incoherente, desorientación, agitación psicomotriz o somnolencia, alucinaciones o falsos reconocimientos y alteraciones del ciclo sueño-vigilia.

Es una manifestación clínica muy frecuente en el medio hospitalario, sobre todo en ancianos, pacientes con deterioro cognitivo previo o daño vascular cerebral, alcohólicos y los tratados con benzodiazepinas. Dicho síndrome también es frecuente hallarlo en aquellos pacientes que han sufrido un trauma craneoencefálico, los cuales suelen tener una recuperación satisfactoria¹⁻³.

El SCA también es conocido como delirio, no debe ser confundido con el término delirium tremens que se define como un conjunto de cambios en el sistema nervioso de forma súbita y enérgica tras una abstinencia alcohólica⁴.

El delirio puede ser hipoactivo, hiperactivo o mixto. El hipoactivo se caracteriza por una disminución de la actividad y de la vigilancia. Puede presentarse como una disminución de la interacción con el medio hasta un estado de letargo o estupor. Cabe señalar que dicho tipo pasa desapercibido a menudo por el personal sanitario a pesar de que suele presentarse con frecuencia.

El cuadro clínico del delirio hiperactivo se caracteriza por un estado de hiperalerta e hiperactividad. Los pacientes presentan frecuentemente alteraciones del ciclo sueño-vigilia, alucinaciones, ideas delirantes e ilusiones. Se ha observado que quienes desarrollan este cuadro clínico presentan una estancia hospitalaria más corta dado que la duración del cuadro es más corto.

En el delirio mixto los enfermos alternan estados hiperactivos con hipoactivos de forma impredecible.

La frecuencia de presentación de cada uno de los tipos varía según diferentes estudios, pero se ha visto que en la mayoría el delirio mixto es el que se presenta con mayor frecuencia en los ancianos seguido del hipoactivo^{5,6}.

El SCA no tiene una única causa, sino que es multifactorial^{7,8}. Las principales causas son:

➤ Farmacológico:

El uso de ciertos fármacos puede ser uno de los mecanismos desencadenantes. Destacamos por ejemplo analgésicos opiáceos, anticolinérgicos, antagonistas de los receptores H2, antiparkinsonianos, antiepilépticos, antimigrañosos, corticoides, broncodilatadores, antiarrítmicos, cardiotónicos, antihipertensivos, diuréticos, anticoagulantes, antidiabéticos, antieméticos, antimicrobianos, AINES, antineoplásicos, entre otros.

➤ Trastornos en el metabolismo:

Hipoxia, endocrinopatías, insuficiencias hepáticas, renales, pancreáticas, cardíacas o respiratorias, alteraciones hidroelectrolíticas o carencias vitamínicas.

➤ Infecciones que pueden cursar o no con fiebre:

Infección urinaria, neumonía, sepsis, endocarditis, bacteriemia, meningitis, encefalitis...

➤ Alteraciones vasculares:

IAM, TEP, ACV, hemorragia subaracnoidea, migraña, encefalopatía hipertensiva, vasculitis del SNC.

➤ Asociado a la epilepsia:

Síndrome confusional agudo ictal, postictal e interictal y status no convulsivo.

➤ Cirugías mayores.

➤ Otras causas:

Causas no neurológicas (lupus eritematoso, porfiria, electrocución...), causas neurológicas (TCE, hematoma subdural crónico, encefalopatía de Wernicke...)⁹.

El mecanismo de producción del delirio no es conocido totalmente, pero una de las hipótesis principales se refiere a un desequilibrio en los neurotransmisores. Durante el delirio se cree que los niveles de acetilcolina están disminuidos mientras que los niveles de dopamina son elevados (algunos estudios defienden la hipótesis contraria: niveles bajos de dopamina y altos de acetilcolina). La importancia de la dopamina en la producción del delirio puede apoyarse en el efecto terapéutico del haloperidol (potente bloqueante de la dopamina). Ciertos estudios apoyan que el uso de haloperidol disminuye los síntomas y la gravedad del SCA.

Existe evidencia de que otros neurotransmisores como el triptófano, pueden influir de forma significativa en el delirio. Un metabolismo anormal de triptófano puede ser modulador del delirio, es decir, delirio hiperactivo o hipoactivo.

Este síndrome clínico es bastante común en los pacientes hospitalizados. Los pacientes de edad avanzada son más susceptibles de padecerlo, hasta el 50% de los pacientes geriátricos pueden desarrollar un delirio en algún momento de su evolución hospitalaria. En el servicio de urgencias un 11%, un 37% en post operatorios y hasta un 80% los críticamente enfermos ancianos sujetos a ventilación mecánica¹⁰.

Con respecto a la terapéutica que se debe llevar a cabo existen ciertas recomendaciones. En primer lugar se debería realizar un tratamiento de la causa siempre y cuando fuera posible. En segundo lugar es importante tratar la sintomatología, donde podemos destacar la importancia de mantener unas medidas ambientales necesarias como mantener una iluminación adecuada, recibir el apoyo familiar, evitar los ruidos ambientales y los cambios de emplazamiento entre otros. Por otro lado se debe de tener en cuenta la medicación que el paciente tiene prescrita, haciendo especial hincapié en retirar aquellos medicamentos innecesarios o que pueda ser causa del síndrome. La

medicación por excelencia recomendada para el control del delirio son los neurolépticos usándose, siempre que sea posible, los atípicos extrapiramidales, por producir menos efectos secundarios (risperidona, olanzapina, triapizal, haloperidol...)¹¹.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo principal

- Determinar las causas contribuyentes a la aparición del Síndrome confusional agudo en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Medicina Interna del hospital Cabueñes, Gijón.

3.2. Objetivos secundarios

- Estudiar el impacto de las características sociodemográficas, estado cognitivo, comorbilidad, medicación habitual en el síndrome confusional.
- Evaluar las circunstancias relacionadas con la hospitalización, día de ingreso, turno, unidad de enfermería, duración de la estancia así como la duración del episodio en el SCA.
- Estudiar la repercusión del SCA sobre el paciente, la existencia de complicaciones y los cuidados de enfermería necesarios para su control.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño del estudio

Se diseñó un estudio descriptivo retrospectivo de un conjunto de pacientes con un diagnóstico principal o secundario de síndrome confusional agudo ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital de Cabueñes durante el año 2013. Para la identificación de dichos pacientes se procedió a contactar con el servicio de Documentación Clínica de dicho hospital, quienes facilitaron una lista con el número de historia clínica, nombre, apellidos, fecha de ingreso y de alta del servicio de aquellos pacientes que fueron diagnosticados de síndrome confusional agudo durante el ingreso en el año 2013.

4.2. Criterios de inclusión y de exclusión

Los criterios de inclusión fueron:

Aquellos pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del hospital de Cabueñes a lo largo del año 2013 con una edad superior de 65 años y cuyo diagnóstico fuera el de síndrome confusional agudo.

Los criterios de exclusión fueron:

Aquellos pacientes con una enfermedad psiquiátrica de base excepto síndrome ansioso-depresivo.

4.3. Procedimiento y recogida de datos

Para la realización de la recogida de datos sobre los pacientes se elaboraron unas hojas (anexo 1) para cumplimentar tras la revisión de las diferentes historias clínicas de aquellos pacientes que fueron diagnosticados de dicho Síndrome durante el año 2013 en el hospital de Cabueñes en el servicio de Medicina Interna. Se revisaron de forma rigurosa todos los documentos, médicos y de enfermería, del episodio asistencial en el que se produjo el Síndrome Confusional en busca de las variables recogidas en el anexo 1.

4.4. Periodo de estudio

Todos los datos clínicos y demográficos fueron recogidos de manera retrospectiva tras revisar todas las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de Síndrome Confusional Agudo en el servicio de Medicina Interna del hospital de Cabueñes en la fechas comprendidas entre el 01/01/2013 hasta el 31/12/2013.

4.5. Descripción de las variables

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. EDAD: variable cuantitativa continua referida a los años registrados en el informe de alta.
2. SEXO: variable cualitativa dicotómica referido al fenotipo.
3. PROCEDENCIA: variable cualitativa politómica que hace referencia al lugar de vivienda en el momento del ingreso, categorizada tres opciones: vive solo, domicilio o institucionalizado.
4. NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA: variable cuantitativa discreta referido al número de historia identificativo del paciente en Cabueñes.
5. FECHA DE NACIMIENTO: variable cuantitativa discreta expresada en día/mes/año en el que el paciente nació.

VARIABLES RELACIONADAS CON LOS ANTECEDENTES CLÍNICOS:

1. ENFERMEDADES CRÓNICAS: variable cualitativa dicotómica que indica la presencia de enfermedades previas al ingreso, categorizada en dos opciones: sí o no.
2. NÚMERO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS: variable cuantitativa discreta referido a la cantidad de enfermedades presentes.
3. EXISTENCIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: variable cualitativa dicotómica categorizada en dos opciones: sí o no.

4. EXISTENCIA DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS: variable cualitativa dicotómica categorizada en dos opciones: sí o no.
5. EXISTENCIA DE ENFERMEDADES CARDÍACAS: variable cualitativa dicotómica categorizada en dos opciones: sí o no.
6. EXISTENCIA DE DIABETES MELLITUS: variable cualitativa dicotómica categorizada en dos opciones: sí o no.
7. EXISTENCIA DE OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS: variable cualitativa politómica categorizada en ocho opciones: no, hipertensión arterial, síndrome ansioso-depresivo, dislipemia, HTA y dislipemia, hipercolesterolemia, enfermedad endocrina+ síndrome depresivo o enfermedad circulatoria.
8. ENFERMEDADES ANTERIORES RESUELTAS: variable cualitativa politómica que hace referencia a aquellas enfermedades que ha padecido el paciente anteriormente, categorizada en ocho opciones: enfermedades respiratorias, intervenciones quirúrgicas, neoplasias, fracturas óseas, accidentes cerebro-vasculares, enfermedades cardiacas, todas o ninguna.
9. DETERIORO COGNITIVO PREVIO: variable cualitativa dicotómica que indica la presencia de alteraciones cognitivas antes del ingreso, categorizada en dos opciones: sí o no.
10. GRADO DE AUTONOMÍA: variable cuantitativa discreta referida al grado de independencia del paciente para realizar las actividades básicas de la vida diaria, categorizada en cinco opciones: independiente, leve, moderado, grave, dependiente.
11. NÚMERO DE FÁRMACOS EN EL DOMICILIO: variable cuantitativa discreta referida a la mediación habitual.
12. INGRESOS ANTERIORES: variable cualitativa dicotómica categorizada en dos opciones: sí o no.

VARIABLES RELACIONADAS CON EL SINDROME CONFUSIONAL

AGUDO:

1. NÚMERO DE FÁRMACOS EN EL INGRESO: variable cuantitativa discreta referida a la medicación prescrita durante el ingreso.
2. TRATAMIENTO CON BENZODIACEPINAS: variable cualitativa politómica referida al uso de benzodiazepinas categorizada en cuatro opciones: no, domicilio, ingreso o ambos.
3. TRATAMIENTO CON NEUROLÉPTICOS: variable cualitativa politómica referida al uso de neurolépticos categorizada en cuatro opciones: no, domicilio, ingreso o ambos.
4. TRATAMIENTO CON OPIÁCEOS: variable cualitativa politómica referida al uso de opiáceos categorizada en cuatro opciones: no, domicilio, ingreso o ambos.
5. TRATAMIENTO CON ANTIDEPRESIVOS: variable cualitativa politómica referida al uso de antidepresivos categorizada en cuatro opciones: no, domicilio, ingreso o ambos.
6. MOTIVO DE INGRESO EN EL HOSPITAL: variable cualitativa politómica referida a la causa de ingreso en Medicina Interna categorizada en seis opciones: caída, intervención quirúrgica, desorientación de corta evolución, disnea, alteración renal o deterioro general.
7. FECHA DE INGRESO EN PLANTA: variable cuantitativa discreta expresada en día/mes/año en el que el paciente ingresó en el servicio de medicina interna.

8. FECHA DE DESARROLLO DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO: variable cuantitativa discreta expresada en día/mes/año en el que el paciente desarrolló dicho delirio.
9. NÚMERO DE DÍAS DE INGRESO: variable cuantitativa discreta referida al tiempo de duración del ingreso.
10. TURNO: variable cualitativa politómica que hace referencia al turno de trabajo en que se produjo dicho síndrome categorizado en tres opciones: mañana, tarde o noche.
11. TERAPIA: variable cualitativa politómica referida a la actitud terapéutica llevada a cabo cuando se produjo el síndrome confusional agudo, categorizada en seis opciones: medicación, contención, colaboración familiar, todas, medicación y contención o medicación y colaboración familiar.
12. DURACIÓN DEL EPISODIO: variable cuantitativa discreta referida al número de días en que estuvo presente el síndrome.
13. PRESENCIA DE LESIONES: variable cualitativa dicotómica referida a la aparición de lesiones secundarias al desarrollo del síndrome confusional agudo categorizada en dos opciones: sí o no.
14. FIEBRE: variable cualitativa dicotómica referida a la presencia de fiebre previo al ingreso o durante el mismo categorizada en dos opciones: sí o no.
15. HIPONATREMIA: variable cualitativa dicotómica referida a la presencia de niveles de sodio elevados previo al ingreso o durante el mismo categorizada en dos opciones: sí o no.
16. HIPOXEMIA: variable cualitativa dicotómica referida a la presencia de niveles de oxígeno en sangre bajos previo al ingreso o durante el mismo categorizada en dos opciones: sí o no.

17. HIPOGLUCEMIA: variable cualitativa dicotómica referida a la presencia de niveles de glucosa séricos bajos previo al ingreso o durante el mismo categorizada en dos opciones: sí o no.

18. HIPOTENSIÓN: variable cualitativa dicotómica referida a la presencia de presión arterial baja previo al ingreso o durante el mismo categorizada en dos opciones: sí o no.

19. OTRAS ALTERACIONES: variable cualitativa dicotómica referida a la presencia de alguna otra alteración analítica previo al ingreso o durante el mismo categorizada en dos opciones: sí o no.

20. EXITUS: variable cualitativa politómica que hace referencia al fallecimiento del paciente categorizada en tres opciones: durante el ingreso, en el mismo año tras el ingreso o no.

21. OTROS SINDROMES CONFUSIONALES: variable cualitativa dicotómica que hace referencia a la existencia de otro episodio de síndrome confusional agudo categorizada en dos opciones: sí o no.

4.6. Aspectos éticos

El estudio fue aprobado tanto por el Comité Ético de Investigación Clínica del HUCA (anexo 2) como por la Comisión de Investigación Clínica de la Gerencia del Área V (anexo 3).

En todo momento se garantizó la confidencialidad y custodia de los documentos.

4.7. Tabulación y análisis de los datos

Los datos se tabularon en una base de datos elaborada a tal efecto mediante el programa SPSS.

El análisis estadístico fue realizado mediante el mismo programa.

Las variables cuantitativas se presentan mediante la media y la desviación estándar, el rango y la mediana si aporta información adicional.

Las variables cualitativas se detallan mediante proporciones.

El análisis para las diferencias de un valor cuantitativo en las diferentes categorías de una variable cualitativa dicotómica se utilizó el test de T de Student. Si la variable cualitativa era politómica se utilizó el test de ANOVA.

Para analizar la relación entre variables cualitativas se utilizó el test de CHI cuadrado.

Todo a lo largo del estudio las diferencias se consideraron significativas para un valor de $p < 0,05$.

5. RESULTADOS

El servicio de Documentación Clínica del Hospital de Cabueñes nos informó que un total de 55 pacientes cumplieron los criterios de inclusión en el estudio. Pudimos acceder a la historia clínica de 48 (87,3%) de ellos y el resto, por diversos motivos, no estuvo disponible para su análisis.

De ellos 24 fueron hombres (50%) y 24 mujeres (50%). La media de edad fue de 82,90 años con una desviación típica de 6,4. La edad mínima fue de 67 años y la máxima de 92. No mostró diferencias con significación estadística entre ambos sexos.

La figura adjunta número 1 muestra la residencia habitual de los pacientes. Se representan pacientes totales seguidos de porcentaje. No mostró diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos, ni respecto a la edad.

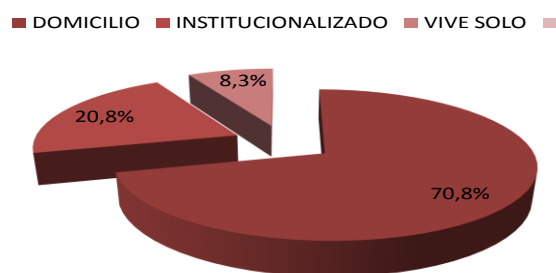


Figura 1: Lugar de residencia de los paciente

Cuarenta y seis pacientes (95,8%) presentaron enfermedades crónicas como comorbilidad. Únicamente dos pacientes no presentaron otra enfermedad más que la que motivó su ingreso.

Las comorbilidades más frecuentes fueron las relacionadas con el sistema cardiovascular, tal como se detalla en la figura 2.

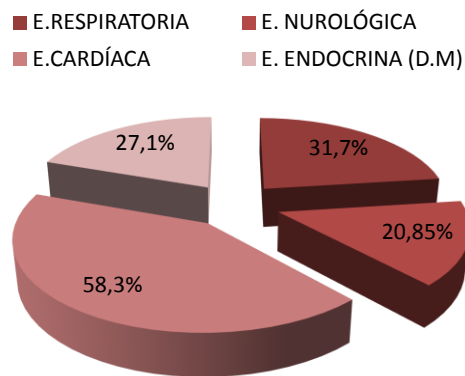


Figura 2: Comorbilidades.

Respecto a las enfermedades anteriores resueltas, veinte pacientes (41,7%) referían el antecedente de al menos una intervención quirúrgica anterior que fue el de mayor frecuencia. Veintiséis (54,2%) pacientes presentaron deterioro cognitivo previo.

Para evaluar la situación funcional de los pacientes se utilizó la escala de Barthel con los siguientes resultados. Veinte (41,7%) pacientes presentaron una dependencia

moderada para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, quince (31,3%) eran independientes. Dependientes totales fueron once pacientes (22,9%) y los dos restantes (4,1%), uno presentaba una dependencia leve y el otro dependencia grave para realizar las ABVD.

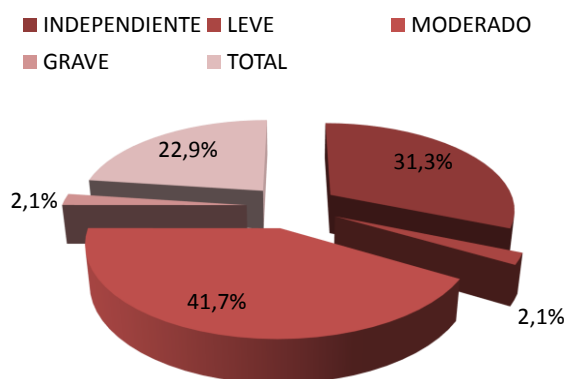


Figura 3: índice de Barthel.

Con respecto al número de fármacos en el domicilio, la media fue de 8,83 con una desviación típica de 4,2 y una mediana de 8,50. El número mínimo de fármacos fue de dos y el máximo de diecinueve.

Al analizar los fármacos que se administraron en el hospital, la media fue de 9,67 con una desviación media de 4,03, una mediana de 9,50, un mínimo de 1 y un máximo de 20.

Dentro de los fármacos administrados en el domicilio como los suministrados en el hospital, se decidió analizar si alguno pertenecía a la familia de las benzodiacepinas, neurolépticos, opiáceos o antidepresivos aunque no se mostraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo ni a la edad.

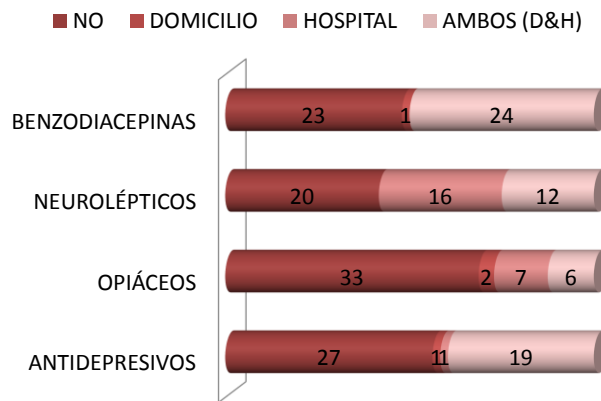


Figura 4: Tipo de tratamiento.

Con respecto al tratamiento con benzodiacepinas veintitrés (47,9%) pacientes no fueron tratados en ningún momento con este tipo de medicación, solo uno recibió el tratamiento tratado en el domicilio (2,1%), mientras que veinticuatro (50%) lo recibieron tanto en su domicilio como durante el ingreso.

Sobre el tratamiento con neurolépticos veinte (41,7%) pacientes no recibían tratamiento con este fármaco, dieciséis (33,3%) solo fueron tratados con dicha mediación durante su ingreso y doce (25%) tanto en su domicilio como durante su estancia en el hospital.

Acercas del tratamiento con opiáceos del total de los pacientes, treinta y tres (68,8%) no recibieron este tratamiento, dos (4,2%) fueron tratados con estos fármacos en su domicilio únicamente, siete (14,6%) únicamente durante el ingreso y seis (12,5%) tanto en su domicilio como durante su ingreso.

Sobre el tratamiento con antidepresivos veintisiete (56,3%) pacientes no estaban tratados con esta medicación, uno (2,1%) era tratado solo en su domicilio y otro (2,1%) durante el ingreso únicamente, mientras que diecinueve (39,6%) eran tratados con antidepresivos tanto en su domicilio como en el ingreso.

El 97,9%(cuarenta y siete) de los pacientes habían presentado ingresos previos al estudiado. Al estudiar la distribución de la edad y el sexo no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

La siguiente figura adjunta número 5 muestra el motivo de ingreso en el hospital. Encontramos que sí existían diferencias estadísticamente significativas con respecto a la edad ($p=0,009$) tal y como se muestra en la figura número 6 donde podemos ver que los pacientes que ingresan por disnea tienen una edad media más elevada que el resto (media: 84,96 años) mientras que los ingresados por desorientación de corta evolución son más jóvenes que el resto (media: 74,25 años).

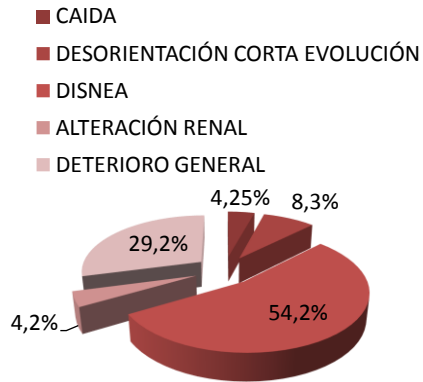


Figura 5: Motivo de ingreso en el hospital.

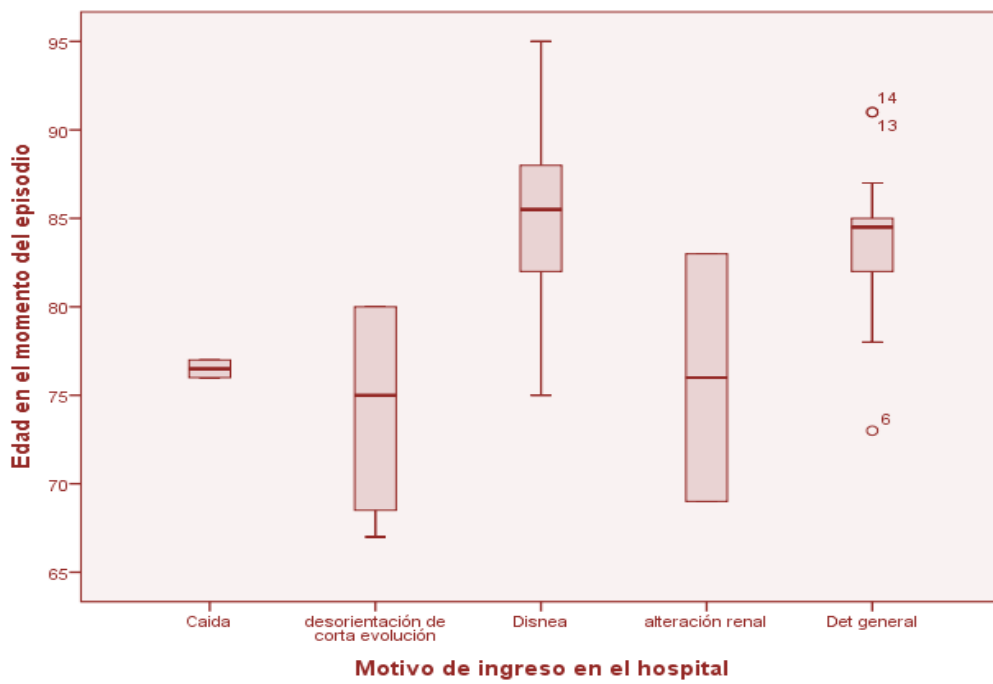


Figura 6: Motivo de ingreso y edad.

La media de días de ingreso estuvo en 9,35 días con una mediana de 7,37 con un valor mínimo de cuatro y un máximo de cuarenta y dos.

En la figura número 7 se representa el turno en el que se produjo el síndrome confusional agudo durante el ingreso, siendo durante la noche el turno donde más se produjeron.

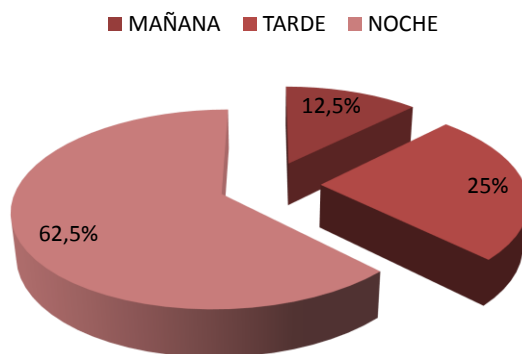


Figura 7: Turno en que se produjo el SCA.

Tras el desarrollo del síndrome confusional agudo se llevaron a cabo diferentes tipos de terapéutica siendo la administración de medicación (haloperidol) la más frecuentemente empleada como es posible observar en la figura número 8.

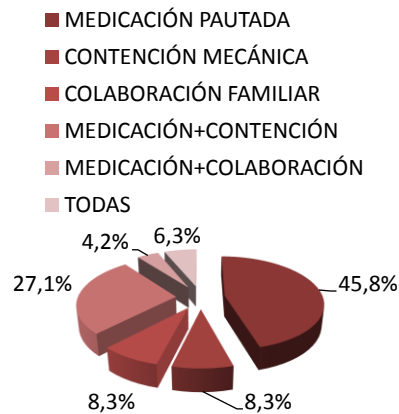


Figura 8: Terapéutica llevada a cabo.

La media de duración del episodio del síndrome confusional agudo fue de 1,96 días con una desviación típica de 1,51. La duración mínima fue de un día y la máxima de nueve.

Con respecto al síndrome confusional agudo se observó la posibilidad de presencia de lesiones mientras se produjo dicho episodio, así como la presencia de fiebre, hiponatremia, hipoxemia, hipoglucemia e hipotensión:

Cuarenta y seis pacientes (95,8%) de los pacientes no sufrieron lesiones durante el síndrome confusional y dos (4,2%) sí.

Con respecto a la presencia de fiebre se observó que veintiuno pacientes (43,8%) sí la presentaron durante el ingreso y veintisiete (56,3%) no, observándose diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo ($p=0,009$) siendo mayor número de mujeres que presentaron fiebre que el de hombres, como se puede observar en la siguiente figura.

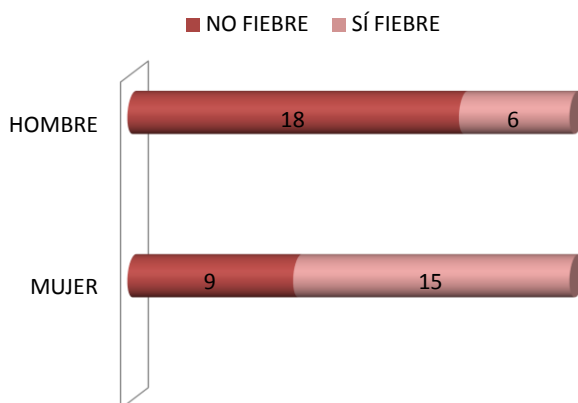


Figura 9: Fiebre durante el ingreso y sexo.

Acerca de los niveles de sodio en el momento del ingreso treinta y nueve pacientes (18,8%) presentaron niveles bajos y nueve (81,3%) tuvieron unos niveles normales.

Sobre los niveles de oxígeno, veintiocho pacientes (58,3%) presentaron hipoxemia durante el ingreso y veinte (41,7%) no.

Cuatro pacientes (8,3%) presentaron hipoglucemia durante su estancia en el hospital y cuarenta y cuatro (91,7%) no lo padeció.

Respecto a los niveles de presión arterial nueve pacientes (18,8%) presentaron hipotensión y treinta y nueve (81,2%) no.

En total fallecieron diecisiete (35,4%) pacientes y en ocho casos (16,7%) la muerte estuvo relacionada con el motivo de su ingreso. Tal como muestra la figura adjunta.

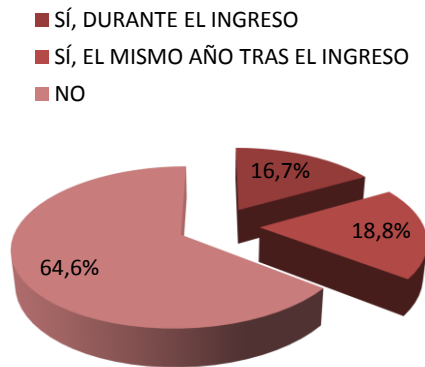


Figura 11: Exitus.

En relación con la presencia de otros síndromes confusionales previos o posteriores al actual cinco pacientes (10,4%) lo padecieron, mientras que cuarenta y tres (89,6%) no.

6. DISCUSIÓN

6.1. Confrontación de los resultados con la literatura

En el presente estudio se ha realizado una revisión de historias clínicas de 48 pacientes quienes fueron ingresados por diferentes motivos en el servicio de Medicina Interna del hospital Cabueñes. Dichos pacientes durante este ingreso desarrollaron un síndrome confusional agudo.

El SCA en una psicopatología frecuente en los pacientes de edad avanzada en nuestro país, presentando una mortalidad asociada entre el 10% y el 65%¹².

El delirio puede pasar inadvertido. Sabemos que esto puede conllevar consecuencias negativas para el propio paciente, no solo en su patología, sino también en su pronóstico. Esto hace que surja la necesidad de que los profesionales sanitarios encargados de su cuidado, como es el caso del personal de enfermería, sean capaces de reconocer tanto los síntomas como los signos que definen al SCA, pudiendo así tener la posibilidad de aplicar medidas preventivas de manera inmediata¹³. Los pacientes hospitalizados que lo desarrollan necesitan que el personal de enfermería les aporte unos cuidados más exhaustivos porque aumenta el riesgo de presentar más complicaciones, mayor riesgo de caídas, siendo estas causas de aumento de los costes sanitarios ya que la estancias sanitarias se pueden ver aumentadas en el tiempo^{14,15}.

En la literatura que se ha revisado, encontramos que la demencia es uno de los factores que han sido identificados como uno de mayor vulnerabilidad para el

desarrollo del SCA. Otros factores también relacionados son la edad, la depresión, la comorbilidad alta o el tratamiento con benzodiazepinas y opiáceos. Se observó también que la incidencia del delirio aumentaba en aquellos pacientes que habían sido sometidos a intervenciones quirúrgicas cuya frecuencia parece estar influida por la gravedad de la intervención, el uso de analgésicos y de sedantes^{3,16,17,18}.

Esto también ha sido observado en el presente estudio donde se vio que la edad media de la muestra fue de 82,90 años, aunque no se observaron diferencias en cuanto al sexo porque los dos grupos eran homogéneos. Se observó también que existía un mayor porcentaje de pacientes que presentaban deterioro cognitivo previo (demencia) y lo mismo sucedió con respecto a la comorbilidad donde las más frecuentes fueron las enfermedades cardiovasculares, seguidas por las respiratorias, en el tercer lugar lo ocupaba la DM y por último las enfermedades de tipo neurológico. También se contempló la posibilidad de que existieran otro tipo de enfermedades crónicas diferentes a las referidas anteriormente, observándose que las HTA era la de mayor frecuencia. Sobre las enfermedades anteriores resultas, las intervenciones quirúrgicas se han mostrado como la más usual.

En el estudio también se han descrito el uso o no de ciertos fármacos como las benzodiazepinas, neurolépticos, antidepresivos y opiáceos contemplándose que el número de pacientes con dichos fármacos era elevado, sobre todo con respecto al uso de benzodiazepinas, ya que observamos que la mitad de los pacientes estaban siendo tratados con este tipo de fármaco tanto en su domicilio como durante en el ingreso previamente a que se desarrollara el delirio.

Cabe destacar la relación que existe entre los factores que desencadenan el SCA y la fragilidad del paciente. Esto quiere decir que cuando un paciente presenta una mala situación funcional o una demencia puede desarrollar un SCA ante una causa

desencadenante menos lesiva a priori (infección del tracto urinario), mientras que un paciente con una vulnerabilidad menor requiere una causa más nociva (sepsis grave) para llegar a desarrollar un delirio¹⁹, se vio que la totalidad de los pacientes excepto uno habían presentado ingresos hospitalarios anteriores al que nos ocupaba en éste caso.

Se debe hacer un especial hincapié en aquellos factores de riesgo que pueden ser modificados para evitar la aparición del delirio. Entre estos podemos destacar, a elección y dosificación de los sedantes y analgésicos. En el estudio se observó que en uno de los pacientes le fue suspendido el tratamiento con benzodiacepinas que estaba realizando. Esto se vio en la literatura consultada que se refería a que las benzodiacepinas pueden ser factores que contribuyan a la aparición del SCA debería evitarse su uso en la medida de lo posible y emplear otros fármacos tales como el propofol o la dexmedetomida, que en cuyo caso no se han visto como factores productores del mismo²⁰.

Se asocia el delirio con un aumento de la mortalidad, con un estado funcional pobre, con una rehabilitación limitada, con un aumento de las complicaciones intrahospitalarias, con mayor riesgo de institucionalización, con estancias hospitalarias alargadas y mayores gastos de salud¹⁸.

En el estudio que nos ocupa, también se observó que la duración media del episodio del SCA fue aproximadamente de unos dos días y la estancia media en el servicio de medicina interna fue de 9,35 días.

Existe un estudio que afirma que el uso del haloperidol disminuya la duración y severidad de los síntomas del SCA²⁰, lo que se observa también en este estudio que nos ocupa ya que la terapéutica que se llevó a cabo en la mayoría de los casos fue de tipo farmacológico usándose el haloperidol por vía intramuscular.

A pesar de la incidencia que existe en el desarrollo del SCA en los pacientes hospitalizados, no existen terapias farmacológicas aprobadas para ello¹⁶, en cuyo caso esta podría ser una línea de investigación importante.

El perfil, por tanto, del paciente que puede llegar a desarrollar un delirio durante su periodo de hospitalización es un hombre o mujer con edad avanzada, con deterioro cognitivo previo ya sea debido a una demencia o a accidentes cerebrovasculares, tratado con varios fármacos simultáneamente con gran número de comorbilidades y con alteraciones de ciertos parámetros analíticos tales como los niveles de glucosa o de sodio anormales, la hipertermia e hipoxemia, la cual puede explicarse por la disnea, que fue el motivo de ingreso más frecuente.

6.2. Limitaciones

Por ser un estudio retrospectivo, es posible que no todos los pacientes que realmente hayan padecido un síndrome confusional estén representados. Y al ser únicamente en un área médica los resultados serán aplicables a este tipo de pacientes y no se podrán generalizar a otros colectivos en los que se presenta con frecuencia, fracturas de cadera o otros politraumatizados, pacientes intervenidos, etc.

Respecto a las historias clínicas de los pacientes, no se pudo acceder al total de ellas por diversos motivos.

En las historias clínicas no existía un control exhaustivo de las características de los pacientes, por lo que no se puede hablar de factores de riesgo como tal.

6.3. Fortalezas

Debido a que en este estudio solo ha intervenido un único investigador, podemos afirmar que los datos han sido recogidos de forma exhaustiva a partir de las historias clínicas que fueron facilitadas, así como la homogeneidad a la hora de analizar los resultados e interpretarlos.

6.4. Utilidad del trabajo

Este estudio aporta características sobre las causas que contribuyen a la aparición del síndrome confusional agudo en pacientes ingresados en medicina interna en el hospital de Cabueñes, Gijón, durante el año 2013.

Conocer cuáles son las dichas características contribuyentes de la aparición de este delirio, puede ser muy útil para los profesionales de enfermería dado que tal podría llegar a evitarse su desarrollo aplicando una serie de medidas preventivas sobre aquellos pacientes con un especial riesgo.

7. CONCLUSIONES

1. Las causas que conllevan la aparición del SCA son multifactoriales.
2. Acerca de las circunstancias relacionadas con la hospitalización, la disnea es el motivo ingreso de mayor frecuencia y la media de días de hospitalización es de 9,35.
3. El prototipo de paciente que presentó un SCA en nuestro estudio es el de una persona de edad avanzada, institucionalizado, pluripatológico con deterioro cognitivo previo al que se asocian factores desencadenantes: fiebre, hipoxia, hiponatremia y mal control diabético.
4. La comorbilidad también se identifica como factor predisponente, este caso las comorbilidades de mayor frecuencia son las de tipo cardíacas.
5. El turno de noche es en el que se produce con mayor frecuencia el SCA, y la duración media del proceso fue de 1,96 días.
6. Tras el desarrollo del delirio, la terapéutica empleada para su control es fundamentalmente farmacológica, empleándose como fármaco estrella el haloperidol por vía intramuscular.

7. Tras el desarrollo del SCA no se produjeron complicaciones a corto plazo dados los cuidados prestados por el personal de enfermería que recurrió en algunos casos a las contenciones mecánicas pautadas por el personal médico, con el fin de evitar caídas y otras lesiones.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. P. de Castro. Paciente con alteración del nivel de conciencia. An. Sist. Sanit. Navar. 2008;31 (1):87-97.
2. García Antelo M.J. Síndrome confusional agudo. Cad Aten Primaria. 2012; 18 (4): 33-55.
3. Vasilevskis EE, Han JH, Hughes CG, Ely EW. Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2012; 26 (3): 277-287.
4. Medline Plus. Delirium tremens. Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000766.htm>. Acceso el 20.05.2014.
5. Villalpando B JM. Delirium. En: D'Hyver, e y Gutiérrez-Robledo, LM. Geriátría. México: Editorial El Manual Moderno; 2006. p 371 -390.
6. Marcantonio E, Flacker J, Michaels M, Resnick N. Delirium is independently associated with poor functional recovery after hip fracture. J Am Geriatric Soc 2000;48 (6): 618-624.

7. Síndrome confusional agudo. Demencia. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 6ª edición. Capítulo 73, p 997.
8. Lázaro-Del Nogal m. Función mental y estado confusional agudo. In Ribera-Casado JM, Gil-Gregorio p. eds. Función mental y envejecimiento. Madrid: Edimsa; 2002. p 241-254.
9. Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, Katz KH, COoney LM. Nurses' recognition of delirium and its symptoms comparison of nurse and researcher rating. Arch Intern Med 2001;161 (20): 2467-2473.
10. Watson PL, Ceriana P, Fanfulla F. Delirium: is sleep important?. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2012; 26 (3): 355-356.
11. Tejeiro Martínez J, Gómez Sereno B. Guía diagnóstica y terapéutica del síndrome confusional agudo. Rev Clin Esp. 2002; 202(5):280-288.
12. Guillén F. Delirium en pacientes ancianos hospitalizados. Med Clin (Barc). 2005; 124 (14): 538-540.
13. Vollmer C, Rich C, Robinson S. Cómo prevenir el delirio: un protocolo práctico. Nursing. 2008; (6):40-41.
14. Cofer, M. Un compañero inoportuno del anciano: el delirio postoperatorio. Nursing. 2006; 24 (1): 21-23.

15. Formiga F, Riera-Mestre A, Chivite D, Pujol R. Delirium en pacientes mayores de 94 años con fractura de fémur. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008; 43(3):154-156.
16. Holroyd-Leduc JM, Khandwala F, Sink KM. How can delirium best be prevented and managed in older patients in hospital? *CMAJ.*2010;182(5):465-470.
17. Moreno A. El delirio en enfermos con fractura de cadera su incidencia. *Enfermería Global.* 2010; 20 (3): 1-7.
18. Carperter CR, ShaH MN, Hustey FM, Heard K, Gerson LW, Miller DK. High yield research opportunities in geriatric emergency medicine: prehospital care, delirium, adverse drug events, and falls. *J. Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2011;66(7): 775-783.
19. Sanders RD, Maze M. Contribution of sedative-hypnotic agents to delirium via modulation of the sleep pathway. *Can J Anaesth.* 2011; 58(2):149-156.
20. Campbell N, Boustani MA, Ayub A, Fox GC, Munger SL, Ott C et al. Pharmacological management of delirium in hospitalized adults- a systematic evidence review. *J Gen Intern Med.* 2009;24(7):848-853.

9. ANEXOS

9.1. Hoja de recogida de datos

RECOGIDA DE DATOS:

Nº Hª Clínica:

Nº Protocolo

EDAD: FECHA DE NACIMIENTO __/__/____

SEXO:

HOMBRE

MUJER

HISTORIA CLÍNICA (Especificar cuáles):

ENFERMEDADES CRÓNICAS :

ENFERMEDADES ANTERIORES RESUELTAS:

¿PRESENTA DE DETERIORO COGNITIVO PREVIO?

SI

NO

PROCEDENCIA:

DOMICILIO

INSTITUCIONALIZADO

GRADO DE AUTONOMÍA:

PUNTUACIÓN DE ÍNDICE DE BARTHEL_____

MEDICACIÓN HABITUAL (Especificar cuáles):

PSICOFÁRMACOS:

NEUROLÉPTICOS:

BENZODIACEPINAS:

OTROS:

MOTIVO DEL INGRESO EN EL HOSPITAL:

FECHA DE INGRESO EN PLANTA:

FECHA EN LA QUE DESARROLLO EL SINDROME CONFUSIONAL TRAS EL
INGRESO:

NÚMERO DE DIAS DE INGRESO:

INGRESOS ANTERIORES:

SI

NO

Motivo:

TURNO EN EL QUE SE PRODUJO DICHO SINDROME:

MAÑANA

TARDE

NOCHE

ACTITUD TERAPEÚTICA LLEVADA A CABO TRAS EL SINDROME:

MEDICACIÓN PAUTADA

USO DE CONTENCIÓN MECANICA

COLABORACIÓN FAMILIAR

DURACIÓN DEL EPISODIO DEL SINDROME CONFUSIONAL:

¿LESIONES DURANTE EL EPISODIO CONFUSIONAL?

- SI
- NO

PRESENCIA DE FIEBRE DURANTE EL INGRESO Y/O EL MISMO DÍA EN QUE SE PRODUJO EL SINDROME:

- SI
- NO

PRESENCIA DE:

- HIPONATREMIA
- HIPOXEMIA
- HIPOGLUCEMIA
- HIPOTENSIÓN
- OTROS (Especificar cuál)

FALLECIMIENTO DEL PACIENTE:

- SÍ, DURANTE EL INGRESO
- SÍ, EN EL MISMO AÑO DEL ULTIMO INGRESO
- NO

OTROS EPISODIOS DE SINDROME CONFUSIONAL AGUDO:

- SÍ
- NO

9.2. Permiso del comité de ética del HUCA



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Comité Ético de Investigación Clínica
Regional del Principado de Asturias
C/ Celestino Villamil s/n
33006 -Oviedo
Tfno: 985 10 79 27/985 10 80 28
Fax: 985 10 87 11
e-mail: ceicr_asturias@hca.es

Área Sanitaria

Oviedo, 25 de Febrero de 2014

El Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias ha evaluado el Estudio nº 33/2014, titulado: "SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS". Investigadora Principal Dña. Laura Merino Domínguez DUE. Trabajo Fin de Master

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado estudio reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y, en consecuencia, emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardar la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este estudio.

Le saluda atentamente.

Fdo. Eduardo Arnáez Moral
Secretario del Comité Ético de Investigación
Clínica Regional del Principado de Asturias



9.3. Permiso del comité de ética del área V



Autorización proyecto de investigación

SOLICITUD

Investigador/es: Laura Merino Dominguez

Tutor/ Asesor metodológico: D. Joaquín Morís De La Tassa

Título del proyecto de investigación: "SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS"

Fecha:

REVISIÓN UNIDAD DE INVESTIGACIÓN


¿Precisa autorización de la Dirección?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Precisa visto Bueno de la Comisión de Investigación	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se adjunta Acta nº
¿Precisa autorización del Comité Ético de Investigación Clínica en Asturias?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se adjunta informe

AUTORIZACIÓN

Leído el proyecto y vistos los informes de la Comisión de investigación y, en su caso, del Comité Ético de Investigación Clínica en Asturias, la Gerencia del Área V /Dirección de Asistencia Sanitaria y Salud Pública del Área V, autoriza la realización del proyecto con las siguientes consideraciones:

Consideraciones:

APROBACION

 ELABORADO: Fecha Grupo Investigador	REVISADO: Fecha Unidad de Investigación D. Patricio Suárez Gil	AUTORIZADO: Fecha Director A. Sanitaria y Salud Pública
--	---	---

