



## 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 recopilaron 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 morbimortalidad 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 infecciosa<sup>1</sup>. En cuanto a las comorbilidades, destaca la prevalencia de patología cardiovascular y neurodegenerativa<sup>2,3</sup>. 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<sup>4,5</sup>. 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, Hshieh 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.