

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

Departamento de Medicina

**FRECUENCIA DELIRIUM Y SUBSINDROME DE DELIRIUM EN
PACIENTES
CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA**

Trabajo de investigación Septiembre 2010

Realizada en el Servicio de Medicina Interna y el Servicio de Urgencias y Semicríticos.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona.

Autor: **Miguel Alberto Rizzi**

Residente de Medicina Interna
Servicio de Medicina Interna
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Universitat Autònoma de Barcelona

Director: **Mireia Puig Campmany**

Servicio de Urgencias y Semicríticos
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Universitat Autònoma de Barcelona

Co Director: **Olga H. Torres Bonafonte**

Adjunto de Medicina Interna
Servicio de Medicina Interna
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Universitat Autònoma de Barcelona

ÍNDICE

ANEXOS 1	3
RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS.....	6
METODOS.....	6
RESULTADOS.....	8
DISCUSION.....	9
BIBLIOGRAFÍA	11
TABLAS.....	13
ANEXO 2	16

Anexo 1
CERTIFICAT DEL DIRECTOR DEL TREBALL DE
RECERCA

Mireia Puig Campmany, director de Servicio Urgencias del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona,

Fa constar, que el treball titulat “ **Frecuencia de delirium y subsindrome de delirium en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda**” ha estat realitzat sota la meva direcció pel llicenciat Miguel Alberto Rizzi, trobant-se en condicions de poder ser presentat com a treball d’investigació de 12 crèdits, dins el programa de doctorat en Medicina Interna/Diagnòstic per la Imatge (curs 2009-2010), a la convocatòria de setembre.

Barcelona, 1 de setembre de dos mil deu.

CERTIFICAT DEL CO DIRECTOR DEL TREBALL DE RECERCA

Olga H. Torres Bonafonte, adjunto del servicio de Medicina Interna del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona,

Fa constar, que el treball titulat “ **Frecuencia de delirium y subsindrome de delirium en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda**” ha estat realitzat sota la meua direcció pel llicenciat Miguel Alberto Rizzi, trobant-se en condicions de poder ser presentat com a treball d’investigació de 12 crèdits, dins el programa de doctorat en Medicina Interna/Diagnòstic per la Imatge (curs 2009-2010), a la convocatòria de setembre.

Barcelona, 1 de setembre de dos mil deu.

RESUMEN

Fundamento: El delirium es un síndrome de alta prevalencia en ancianos. Se asocia a una elevada morbimortalidad. **Objetivo:** determinar la frecuencia de delirium en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda, características clínicas y la evolución al año.

Métodos: Estudio prospectivo y observacional en pacientes mayores de 18 años de edad que acudieron a urgencias por insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Se evaluó delirium y subsíndrome de delirium. Para el diagnóstico se utilizó Confusional Assessment Method y los criterios de Framingham para insuficiencia cardíaca. Seguimiento telefónico a los 12 meses.

Conclusión: La presencia de delirium en pacientes con ICA atendidos en Urgencias parece relacionarse más con la edad avanzada y la situación basal de dependencia funcional y deterioro cognitivo de los pacientes que con la gravedad o estadio de la insuficiencia cardíaca.

Palabras claves: Delirium. Insuficiencia cardíaca aguda. Servicio de Urgencias. Mortalidad al año.

INTRODUCCION

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome que afecta fundamentalmente a la población anciana, mostrando los estudios más recientes en nuestro medio una prevalencia de IC en el grupo de 65 a 74 años del 8% y del 16% a partir de los 75 años de edad¹. Supone además la tercera causa de muerte en ancianos en España² y la primera causa de ingreso hospitalario en los mayores de 74 años³. De hecho, el 80% de los pacientes con IC tienen 65 o más años. Los pacientes ancianos con IC presentan con frecuencia otras enfermedades o condiciones que empeoran el pronóstico o limitan la utilización de medidas terapéuticas en esta entidad. Así, en los últimos años se está demostrando la importancia de las comorbilidades, los síndromes geriátricos y la valoración geriátrica en el pronóstico y manejo de los pacientes ancianos con IC⁴.

Deterioro cognitivo e insuficiencia cardíaca

La presencia de deterioro cognitivo (DC) en los pacientes con IC va más allá de ser una comorbilidad frecuente en los pacientes de edad avanzada. En 1977 por primera vez la IC se propuso como una posible causa de disfunción cognitiva, expresada con el término de "Demencia cardiogénica"⁵. La asociación entre IC y DC puede atribuirse parcialmente al hecho de que comparten factores de riesgo, pero también se ha relacionado el DC con alteraciones de la perfusión y reológicas que ocasiona la propia IC. Un creciente cuerpo de evidencia sugiere que la disminución de la función cardíaca, medida con índices de gasto cardíaco, se asocia independientemente con el deterioro de diversos dominios cognitivos.^{6,7} Existen además evidencias de que algunas de estas alteraciones cognitivas pueden ser parcialmente reversibles con tratamiento médico estándar de la IC como los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina⁸. También se ha demostrado que la implantación de marcapasos tiene efectos positivos tanto en el funcionamiento cardíaco como en el cognitivo-verbal de los pacientes mayores con bradicardia.⁹ Incluso se ha descrito una clara mejoría de la función cognitiva en los pacientes que han recibido trasplantes cardíacos.¹⁰

En concreto, en la IC se han identificado alteraciones en las medidas globales de cognición, déficit de memoria a corto plazo y problemas de atención. La disfunción ejecutiva se ha asociado a afectación frontal, que ocurre más frecuentemente en pacientes con enfermedad cardiovascular, caracterizándose por pensamiento desorganizado y dificultades en formular objetivos y resolver problemas. Las consecuencias clínicas del DC en pacientes con IC cobran mayor importancia porque pueden dificultar el cumplimiento terapéutico, retardar la consulta ante los primeros síntomas, aumentar la probabilidad de reingresos y empeorar el pronóstico vital y funcional.^{11,12}

En el contexto de este creciente interés en el estudio del DC en pacientes con IC, llama la atención la inexistencia de estudios que evalúen la presencia de delirium en pacientes con IC. El delirium es uno de los síndromes mentales orgánicos más frecuentes, que si bien puede aparecer en sujetos de todas las edades, suele darse de forma preferente en los pacientes de mayor edad en el momento de un ingreso hospitalario.¹³ La frecuencia de presentación de delirium es muy variable, según la población estudiada y el método empleado para su detección, habiéndose descrito que entre el 10 y 56% de los ancianos pueden presentarlo durante una hospitalización. El delirium puede definirse como un síndrome clínico caracterizado por una alteración aguda o subaguda de la conciencia, la atención y de las capacidades mentales, con tendencia a las fluctuaciones a lo largo del día que suele acompañarse de manifestaciones asociadas como alteraciones del ciclo sueño vigilia, del comportamiento psicomotor y de las emociones.¹⁴ El delirium suele ser infradiagnosticado debido a su carácter fluctuante, a la elevada frecuencia del subtipo hipoactivo y a la inexistencia de un marcador biológico. Por esta razón es imprescindible una actitud de elevada sospecha. Una vez diagnosticado, deben también reconocerse los factores predisponentes y precipitantes de esta entidad habitualmente multifactorial. En su etiopatogenia probablemente se encuentren implicados múltiples mecanismos, pero las hipótesis abogan por el papel de la inflamación y de los neurotransmisores, siendo la disminución de la acetilcolina considerada como uno de los mecanismos más contrastados.¹⁴

Los ancianos con IC descompensada presentan frecuentemente factores predisponentes para el delirium como la necesidad de sondajes vesicales, la malnutrición o la introducción de múltiples fármacos. Algunos de los tratamientos utilizados en la IC pueden aumentar la probabilidad de delirium por su actividad anticolinérgica, como la furosemida o la digoxina. También se han relacionado con alteraciones cognitivas los betabloqueantes, las dihidropiridinas, los antagonistas del calcio, la amiodarona y otros antiarrítmicos.¹¹ Así, nos encontramos ante un síndrome que probablemente sea frecuente en la IC y que no suele ser diagnosticado. Por otra parte, aunque en principio el delirium se consideraba reversible, actualmente se ha demostrado que solo un bajo porcentaje de los ancianos son dados de alta con el cuadro totalmente resuelto¹⁴. En una enfermedad crónica como la IC asociada en si misma a deterioro cognitivo, es de gran interés poder conocer la evolución de los episodios de delirium más allá del ingreso hospitalario.

OBJETIVO

Objetivo principal:

- Detectar la presencia de delirium prevalente y subsíndrome de delirium en los pacientes ingresados en urgencias por insuficiencia cardiaca aguda (ICA).

Objetivos secundarios:

- Determinar las características clínicas y funcionales diferenciales de los pacientes con ICA que presentan delirium prevalente.
- Evaluar un año después del ingreso índice por ICA la mortalidad, el estado funcional y la presencia de delirium.

METODOS:

Lugar y sujetos del estudio

Se realizó un estudio observacional, prospectivo basado en la práctica clínica diaria. Se inició con la selección de los participantes en el servicio de urgencias del "Hospital de la Santa Creu i Sant Pau" de Barcelona. Nuestro centro es un hospital universitario, urbano, de tercer nivel que cuenta con 607 camas de hospitalización.

Se incluyó a los pacientes de una edad igual o mayor a 18 años que acudieron, entre el 15 de abril y el 2 junio del 2008, al servicio de urgencias por insuficiencia cardiaca aguda. Se incluyeron los pacientes que llevaban al menos 12 horas de ingreso en urgencias ya que este es el criterio habitualmente utilizado para detectar los casos de delirium prevalente, con el fin de que nuestros resultados fueran comparables con estudios previos;^{17,15} Se excluyeron los pacientes que estaban inconscientes, con ventilación mecánica invasiva, los que provenían de otros centros o que fueron dados de alta en las 24 horas previas. Además, se excluyeron aquellos pacientes en los cuales los signos y síntomas (disnea, ortopnea, edemas, crepitantes) no eran predominantemente atribuibles a ICA.

Evaluación clínica

Durante el periodo de estudio, los investigadores (M. R. y G. L.) revisaron diariamente (de lunes a viernes) y a la misma hora del día (a las 13:00 horas por ser el horario de información a acompañantes), a los pacientes ingresados en el servicio de urgencias por ICA. Los investigadores confirmaban el diagnóstico de ICA, según los criterios de Framingham⁸, y se realizaba una entrevista inicial con el paciente y sus cuidadores principales. El diagnóstico de delirium y subsíndrome de delirium se estableció mediante el "Confusion Assessment Method" (CAM).^{16,17} Se completaron los datos obtenidos en la entrevista mediante la revisión de la historia clínica del hospital.

Se registraron las siguientes variables: sexo, edad, lugar de residencia, antecedentes de insuficiencia cardiaca incluyendo su etiología, la capacidad funcional previa al ingreso [según la clasificación de la New York Heart Association (NYHA)¹⁸] y la fracción de eyección ventricular izquierda [se consideró que los pacientes presentaban una disfunción sistólica cuando la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) era $< 55\%$ ¹⁹]. También se recopiló antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular, diabetes Mellitus, dislipemia, vasculopatía periférica, tipo de cardiopatía, demencia, delirium y depresión. Así mismo, se recogió el número y clase de fármacos de prescripción continuada. Todos los casos disponían de un análisis de laboratorio estándar (incluía una hemoglobina, urea, creatinina, sodio y albúmina) y un electrocardiograma.

Se evaluó en la entrevista la autonomía del paciente en los 15 días previos a la consulta en urgencias, para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel)²⁰ y para las 7 actividades de vida diaria instrumentales (AVDi). Se valoró la comorbilidad (Índice Charlson)²¹ y la gravedad (APACHE II)²² al ingreso.

También se revisó el informe de urgencias (exploración física y orientación diagnóstica) con el fin de valorar el registro de síntomas y diagnósticos en relación al trastorno cognitivo agudo (por ejemplo: confusión, somnolencia o síndrome confusional agudo.)

Por tratarse de un estudio observacional, el consentimiento informado escrito no se consideró necesario, si bien a todos los pacientes se les solicitó el consentimiento verbal al inicio de la entrevista tanto para el registro de los datos de los pacientes como para el contacto telefónico posterior.

Seguimiento

En todos los pacientes se registraron los días de hospitalización, la mortalidad durante el ingreso índice y el destino al alta. Además, se realizó un seguimiento a los 12 meses que se basó en una entrevista telefónica con el cuidador principal. En la entrevista telefónica se evaluó el índice de Barthel,²⁶ las actividades instrumentales de la vida diaria y la presencia de los criterios del CAM.²³ La aplicación de dichos criterios vía telefónica ha demostrado tener valor para descartar el diagnóstico de delirium.²⁹ La información referente a los reingresos hospitalarios y la mortalidad se obtuvo de la entrevista telefónica y la base de datos del hospital.

Mediciones

El CAM es una encuesta de 4 ítems validada para el diagnóstico de delirium en base a los criterios del DSM-III-R, que posee una alta sensibilidad (94-100%) y especificidad (90-95%).²² El diagnóstico de delirium se basa en 4 manifestaciones: 1. inicio agudo y curso fluctuante; 2. inatención; 3. pensamiento desorganizado y 4. alteración del nivel de conciencia; El diagnóstico

de delirium se establece ante la presencia de dos manifestaciones fundamentales (inicio agudo y curso fluctuante y falta de atención), y al menos una de las manifestaciones secundarias (1 + 2 + 3 y/o 4).²² Se definió subsíndrome de delirium como la condición clínica en la que el paciente presenta uno de los síntomas claves de delirium y al menos una de las manifestaciones secundarias (1 o 2 + 3 y/o 4).^{22, 23}

La capacidad para las actividades básicas de vida diaria se midió con el índice (I.) de Barthel.²⁶ Se trata de una escala ordinal con una puntuación total de 0-100, donde 0 significa dependencia total y 100 una autonomía total.

Se valoró la autonomía en las siguientes AVDi: usar el teléfono, salir a comprar, preparar la comida, tareas domesticas, usar transporte publico, tomar la medicación, manejar dinero.²⁴

Se utilizó el I. de Charlson para evaluar la comorbilidad al ingreso. Contempla 17 categorías de comorbilidad obtenidas a través de la anamnesis y/o de la revisión de la historia clínica del paciente. A cada categoría se le asocia una puntuación basada en el riesgo de mortalidad al año.²⁷

El APACHE II es uno de los sistemas utilizados para cuantificar la gravedad de un paciente con independencia del diagnóstico, a través de la valoración de 34 variables fisiológicas, que expresan la gravedad de la enfermedad y, por lo tanto el estado clínico del paciente. Cada parámetro se valora mediante una escala que puntúa de 0-4, según el grado de desviación de la normalidad.²⁸

Análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico descriptivo donde los resultados se expresan en valores absolutos y porcentajes para las variables continuas y como media +/- desviación estándar para las categóricas. La prueba de Chi Cuadrado con el test exacto de Fischer se utilizó en la comparación de variables cualitativas. Para variables cuantitativas se utilizaron pruebas no paramétricas (prueba de Kruskal-Wallis). Se consideraron significativos los valores de $p < 0.05$. Se utilizó el programa SPSS 18 para el análisis estadístico.

RESULTADOS

Fueron incluidos un total de 60 pacientes con una edad media de $80,5 \pm 11$ años. Un 61,7% eran mujeres. 4 pacientes (6,7%) se encontraban institucionalizados. La mayoría de los pacientes vivían en el ámbito familiar (40 pacientes, 66,7 %) y 16 vivían solos (26,7%). 21 pacientes (35%) tenían una dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria (I. Barthel menor de 60). Los pacientes tomaban una media de $8,5 \pm 3,1$ fármacos de prescripción habitual al ingreso y 25 pacientes (41,6%) habían requerido al menos un ingreso en el año previo por causas médicas o quirúrgicas. Las principales características clínicas de los pacientes al ingreso así como las comorbilidades y fármacos de prescripción habitual que recibían se resumen en la **tabla 1**.

La mayoría de los pacientes presentaban insuficiencia cardiaca secundaria a la disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (41,3%), siendo la etiología más frecuente la isquémica y/o hipertensiva (61,7%). La mayoría de los pacientes presentaban una clase funcional II (46,7%) o III (26,7%) de la NYHA. Las características clínicas y funcionales de la insuficiencia cardiaca pueden consultarse en la **tabla 2**.

Delirium

Al momento de la valoración, siete pacientes (11,7 %) reunían criterios de delirium y dos pacientes (3,3 %) de subsíndrome de delirium. Cuatro pacientes (6,7 %) presentaban alguna manifestación clínica sin reunir criterios de delirium o subsíndrome.

En ninguno de los informes de urgencias se vio reflejado el delirium, subsíndrome o equivalentes (por Ej.,síndrome confusional agudo) tanto en el examen físico como la orientación diagnóstica.

Los pacientes con delirium eran más ancianos ($88,4 \pm 4,8$ vs $79,5 \pm 11$, $p=0.004$) y respecto a las comorbilidades, tenían más demencia ($57,1$ % vs $9,4$ %, $p= 0.007$) y vasculopatía periférica ($42,9$ % vs $7,5$ %, $p=0.029$) que los que no presentaban delirium.

También consumían más benzodiazepinas ($85,7$ % vs $26,4\%$, $p=0.004$) y se encontraban institucionalizados en mayor proporción ($28,6$ % vs $3,8$ %, $p= 0.06$); Además tenían una AVDi ($0,57 \pm 0,7$ vs $4,51 \pm 2,7$, $p=0,001$) y un índice de Barthel inferior ($27,6 \pm 26,2$ vs $76,5 \pm 27,1$, $p=0,001$) respecto a los que no lo presentaban.

Cinco ($71,4\%$) de los pacientes con delirium presentaban un I de Barthel menor a 35, respecto de solo $9,4$ % (5 pacientes) de los que no cumplían criterios ($p=0,001$).

En las tablas 3 y 4 se aprecian las principales diferencias según los pacientes presentaran delirium o no en el momento de la valoración.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en sexo, otras comorbilidades, gravedad, etiología, disfunción ventricular, clase funcional de la IC, ni en el tratamiento.

Seguimiento

En la tabla 5 se resume el seguimiento de pacientes evaluados.

Del total de los 60 pacientes ingresados, fallecieron 8 pacientes durante la hospitalización ($13,3$ %). La estancia media hospitalaria de los supervivientes fue de $10,5 \pm 8,6$ días y al alta fueron institucionalizados de novo 3 pacientes (5%).

Analizando los 7 pacientes con delirium al ingreso, 2 ($28,6\%$) fallecieron durante la hospitalización mientras que fallecieron 6/53 pacientes sin delirium ($11,3\%$), la diferencia no alcanzó significación estadística ($p=0,23$). De forma similar, no observamos diferencias significativas respecto a la estancia hospitalaria ($12 \pm 3,3$ días vs. $10,5 \pm 8,6$ días, $p=0,6$) ni la institucionalización al alta ($4,3\%$ vs 20%), $p=0,2$.

A los 12 meses de seguimiento, de nuestra cohorte de 60 pacientes habían fallecido 31 ($51,7\%$). Treinta y nueve pacientes (65%) habían presentado uno o más reingresos hospitalarios durante esos 12 meses. De los 29 pacientes supervivientes al año, solo uno cumplía criterios de delirium ($3,4\%$) y 3 cumplían criterios de subsíndrome ($10,3\%$).

Analizando la evolución al año de los 7 pacientes con delirium en el ingreso índice, observamos que únicamente 2 permanecían vivos al año ($28,6\%$ vs. 51% del resto de la cohorte, $p=0,4$). Ambos pacientes presentaban alteración cognitiva (uno cumplía criterios de delirium y el otro de subsíndrome), dependencia severa para las actividades de la vida diaria básicas (I. Barthel < 20) y dependencia total para las actividades instrumentales (AVDi = 0). De los 2 pacientes con subsíndrome en el ingreso índice, observamos que ambos permanecían vivos al año (uno presentaba un síntoma del CAM, sin cumplir criterios de delirium / subsíndrome) y presentaban una dependencia moderada para las actividades de vida diaria (Barthel = 60) y total para las actividades instrumentales.

DISCUSION

En nuestro estudio un $11,7\%$ de los pacientes ingresados en Urgencias por ICA presentaron delirium prevalente y un $3,3\%$ cumplieron criterios de subsíndrome de delirium. Estos datos son compatibles con la prevalencia de delirium al ingreso de entre el 7 % al 24% descrita en pacientes ancianos atendidos en servicios de urgencias por patologías médicas.^{25,26,27,28} No obstante, en la literatura no hemos encontrado trabajos que evalúen la presencia de delirium en los pacientes atendidos por ICA en Urgencias, pese a que diversos estudios en ancianos nos muestran que el delirium puede ser la forma de manifestarse de un episodio de IC aguda.^{29 30} En un estudio estadounidense realizado en centros residenciales se describió la presencia de delirium en el $35,3\%$ de los pacientes con IC.¹² De hecho, entre los pacientes con delirium de servicios de Medicina Interna la ICA se ha identificado como el motivo de ingreso más frecuente.^{29,30}

Los pacientes de nuestro estudio se caracterizaron por ser de edad avanzada, presentar una dependencia moderada para las actividades de la vida diaria y una elevada comorbilidad, por lo que pudieran ser especialmente proclives a desarrollar delirium. Las características descritas

reflejan el alto porcentaje de población mayor de 65 años (22%) de nuestra área de referencia,³¹ pero se trata de una población comparable a la de otros estudios de nuestro medio realizados en pacientes atendidos en Urgencias por ICA.³² Si analizamos los pacientes con delirium de nuestro estudio, vemos que destacaron especialmente por presentar una edad muy avanzada, severa dependencia para las actividades de la vida diaria y un mayor grado de institucionalización. A diferencia de otros estudios,³³ en nuestro trabajo el Índice de Charlson de los pacientes con delirium no fue significativamente mayor respecto al de aquellos que no presentaron delirium. En cambio, dos comorbilidades se presentaron con mayor frecuencia: la vasculopatía periférica y la demencia. La presencia de demencia previa alcanzó al 57,1% de los pacientes con delirium frente sólo al 9,4% del grupo sin delirium. Este hecho es puesto en evidencia en diversos estudios.^{34, 35, 36} Llama la atención que no observamos diferencias entre los pacientes con o sin delirium en relación a ninguna de las características de la insuficiencia cardíaca (gravedad, etiología, disfunción o clase funcional de la insuficiencia cardíaca).

En el seguimiento de los pacientes del estudio, observamos que globalmente los resultados de salud a corto y largo plazo fueron peores para los pacientes con delirium, si bien no se alcanzó para ninguna de las variables la significación estadística (posiblemente en relación al pequeño tamaño de la muestra).

De hecho, diversos autores destacan el aumento de la estancia media en los pacientes con delirium y la mayor mortalidad hospitalaria.^{34,35, 37} Si bien en algunos trabajos no parece observarse tan claramente el aumento de estancia o de mortalidad hospitalaria atribuibles al delirium,^{29,38,39} Sería el delirium incidente, en mayor medida, el que contribuiría a provocar peores resultados durante la hospitalización que el delirium prevalente, ya que el primero puede ser consecuencia de enfermedades intercurrentes o complicaciones que además conducen a investigaciones complementarias y tratamientos.³⁹

Estudios de McCusker y col.^{40,41} han demostrado que, tras el ajuste del resto de las variables, el hecho de presentar delirium es el mejor predictor independiente de mal funcionamiento general al año de la hospitalización y que la mortalidad al año no difiere entre los pacientes con delirium incidente o prevalente.⁴¹ De acuerdo con estos datos, en los pacientes de nuestro estudio con delirium no sólo la mortalidad intrahospitalaria y al año fue mayor, sino que aquellos que lograron sobrevivir al año del ingreso presentaron una severa dependencia funcional y persistencia del trastorno cognitivo.

Pese a ser el delirium un problema relevante en los servicios de Urgencias, una gran proporción de pacientes no son diagnosticados. Estudios previos informan que el delirium no es reconocido por los médicos de urgencias en un 57-83% de los casos.^{26, 34} En nuestro trabajo, hemos observado que en ninguno de los informes de urgencias de los pacientes con delirium se dejó constancia escrita de algún síntoma en relación al trastorno cognitivo agudo. La omisión en la orientación diagnóstica del delirium o equivalentes en nuestra cohorte de pacientes, probablemente se deba a que ante una patología como la ICA con signos y síntomas fáciles de objetivar (disnea, edemas...) la presencia de delirium pase desapercibida. Aún así, cabe insistir en la identificación del delirium ya que en los servicios de UCIAS se ha constatado mejor pronóstico a largo plazo en los pacientes en que se identificó el delirium durante su estancia en UCIAS respecto a los que no se detectó la presencia de delirium.³⁴

Las principales limitaciones del presente estudio radican en tratarse de un estudio realizado en un único centro, con un tamaño muestral pequeño y no haber podido incluir todos los pacientes atendidos en Urgencias con ICA durante el periodo en estudio. No obstante, se realizó una evaluación detallada de los pacientes, siendo sus características comparables a las de los pacientes atendidos por ICA en nuestro medio.³³ Además debemos destacar la perspectiva que ofrece este estudio, que se aparta de otros similares publicados, ya que se ha realizado en un servicio de urgencias, en una población de pacientes con insuficiencia cardíaca aguda y con un seguimiento a los 12 meses.

En conclusión, la presencia de delirium en pacientes con ICA atendidos en Urgencias parece relacionarse más con la edad avanzada y la situación basal de dependencia funcional y deterioro cognitivo de los pacientes que con la gravedad o estadio de la insuficiencia cardíaca. Identificar a los pacientes con delirium nos permitiría distinguir a un grupo de pacientes con ICA con peor pronóstico que pudieran beneficiarse de una valoración geriátrica integral.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ *Anguita Sánchez M, Crespo Leiro MG, De Teresa Galván E, Jiménez Navarro M, Alonso Pulpón L, Muñiz García J, et al.* Prevalencia de la insuficiencia cardiaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61:1041-9
- ² Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte 2004. En INEbase.Salud. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase>. Acceso 1 de abril 2010.
- ³ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria. 2004. En:INEbase. Salud. Disponible en <http://www.ine.es/inebase/cgi/um>. Acceso 1 de Abril 2010.
- ⁴ Manuel Martínez-Sellés; Tomás Datino; Óscar Díaz-Castro; Ramón López-Palop. Actualización en cardiología geriátrica. *Rev Esp Cardiol.*2010; 63(Supl.1) :17-28
- ⁵ Cardiogenic Dementia. *Lancet* 1977;1:27-28.
- ⁶ Trojano L, Antonelli Incalzi R, Acanfora D, Picone C, Mecocci P, Rengo F; Congestive Heart Failure Italian Study Investigators. Cognitive impairment: a key feature of congestive heart failure in the elderly. *J Neurol.* 2003 Dec; 250(12):1456-63.
- ⁷ Bennet S J. Sauve MJ. Cogestive déficits in patients with heart failure: A reviews of the literature. *J cardiovasc Nurs* 2003; 18:219-242.
- ⁸ Mckee PA, Castelli WP, McNamara PM, et al. The natural history of congestive heart failure: The Framingham study. *N Engl J Med* 1971; 26: 1441-1446.
- ⁹ Hiromi Koide, Shotai Kobayashi, Mitsuhiro Kitani, Tokugoro Tsunematsu, Yoshio Nakazawa. Improvement of Cerebral Blood Flow and Cognitive Function following Pacemaker Implantation in Patients with Bradycardia. *Gerontology* 1994;40:279-285.
- ¹⁰ Schall RR, Petrucci RJ, Brozena SC, Cavarocchi NC, Jessup M. Cognitive function in patients with symptomatic dilated cardiomyopathy before and after cardiac transplantation. *J Am Coll Cardiol.* 1989 Dec;14(7):1666-72
- ¹¹ Heckman GA, Patterson CJ, Demers C, St Onge J, Turpie ID, McKelvie RS. Heart failure and cognitive impairment: challenges and opportunities. *Clin Interv Aging.* 2007;2(2):209-18
- ¹² Hutt E, Frederickson E, Ecord M, Kramer AM. Associations among processes and outcomes of care for Medicare nursing home residents with acute heart failure. *J Am Med Dir Assoc.* 2003 Jul-Aug;4(4):195-9.
- ¹³ Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med.* 2006; 354:1157-65.
- ¹⁴ Ruiz D. Pronóstico del síndrome confusional agudo en ancianos. *Rev Mult Ger* 2007;17:685-9.
- ¹⁵ Han JH, Shintani A, Eden S, Morandi A. Delirium in the Emergency Department: An Independent Predictor of Death Within 6 Months. *Annals of Emerg Med.* 2010. Vol xx, Nrox 1-8
- ¹⁶ Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI, Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. *Ann Intern Med* 1990; 113 (12):941-948.
- ¹⁷ Cole M, McCusker J, Dendukuri N and Han Ling. The Prognosis significance of subsyndromal Delirium in Elderly Medical Inpatients. *JAGS* 2003; 51:754-760.
- ¹⁸ Rossi G. Nomenclature and diagnostic criteria in cardiology set by the New York Heart Association. Considerations on the 6th edition. *Cuore Circ.* 1967;51:287-93.
- ¹⁹ Roberto M. Lang,Michelle Bierig, Richard B. Devereux, Frank A. Flachskampf, Elyse Foster, Patricia A. Pellikka, Michael H. Picard, Mary J. Roman, James Seward, Jack Shanewise, Scott Solomon, Kirk T. Spencer, Martin St. John Sutton, and William Stewart Recommendations for chamber quantification *Eur J Echocardiogr (2006) 7(2): 79-108.*
- ²⁰ *Mahoney FI, Barthel DW.* Functional evaluation: the Barthel Index. A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Md State Med J.* 1965;14:61-5
- ²¹ *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;40:378-83.
- ²² Knaus W, Draper E, Wagner D, Zimmerman JE, APACHE II. A severity of disease classification system. *Critic Care Med* 1985;13:818-829
- ²³ Marcantonio ER, Michaels M, Resnick NM. Diagnosing Delirium by telephone. *J Gen Intern Med* 1998; 13: 621-623.
- ²⁴ Sager M, Rudberg M. Hospital admission risk profile (HARP): Identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: N° 3.
- ²⁵ L.M. Lewis, D.K. Miller and J.E. Morley *et al.*, Unrecognized delirium in ED geriatric patients, *Am J Emerg Med* 13 (1995), pp. 142–145.

-
- ²⁶ M. Elie, F. Rousseau and M. Cole *et al.*, Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients, *CMAJ* 163 (2000), pp. 977–981.
- ²⁷ F.M. Hustey, S.W. Meldon and M.D. Smith *et al.*, The effect of mental status screening on the care of elderly emergency department patients, *Ann Emerg Med* 41 (2003), pp. 678–684
- ²⁸ Bruce J Naughton, Maureen B Moran, Hayssam Kadah, Yolanda Heman-Ackah, John Longano *Delirium and other cognitive impairment in older adults in an emergency department. Annals of Emergency Medicine, Volume 25, Issue 6, June 1995, Pages 751-755*
- ²⁹ F. Formiga, E. Marcos, A. Sole, E Valencia, J. Lora-Tamayo y R. Pujol. *Síndrome confusional agudo en pacientes ancianos ingresados por patología médica. Rev. Clin Esp. 2005;(10):484-8*
- ³⁰ Gail J. McAvay, Peter H. Van Ness, w Sidney T. Bogardus, Jr., Ying Z., Douglas L. Leslie, Linda S. Leo-Summers and Sharon K. Inouye. Older Adults Discharged from the Hospital with Delirium: 1-Year Outcomes *JAGS* 2006 54:1245–1250.
- ³¹ Institut Nacional de Estadística. Institut d'Estadística de Catalunya. Evolución del distrito según grandes grupos de edad y sexo. 1991-2008. www.bcn.es/estadistica/castella/dades/guiadt07/pob07/t9.htm.
- ³² Òscar Miró; P. Llorens; F. J. Martín-Sánchez; P. Herrero; J. Pavon; M.J. Pérez-Durá; A.B. Álvarez; J. Jacob; C. González; J.J. González-Armengol; V. Gil; H. Alonso. Factores pronósticos a corto plazo en los ancianos atendidos en urgencias por insuficiencia cardiaca aguda *Rev Esp Cardiol.* 2009; 62(07):757-64
- ³³ Kakuma R, du Fort GG, Arsenault L, *et al.* *Delirium in older emergency department patients discharge home: Effect on survival. J Am Geriatric Soc* 2003;51:443-50.
- ³⁴ Francis J, Martin O, Kapoor WN. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *JAMA* 1990;263: 1097-101.
- ³⁵ Pompei P, Foreman M, Redberg MA, *et al.* Delirium in hospitalized older persons: outcomes and predictors. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:809-15.
- ³⁶ Schor JO, Levkoff SE, Lipsitz LA, *et al.* Risk factors for delirium in hospitalized elderly. *JAMA* 1992;267:827-31.
- ³⁷ Cole MG, Primeau FJ. Prognosis of delirium in elderly hospitalized patients. *Can Med Assoc J* 1993; 149:41-6.
- ³⁸ McCusker J, Cole MG, Dendukuri N, Belzile E. Does delirium increase hospital stay? *J Am Geriatric Soc.* 2003;51:1539-46
- ³⁹ Síndrome confusional agudo en pacientes mayores de 65 años ingresados en un servicio de medicina interna de un hospital general. A. Selva, A. Laporte, C. Escarcelle, R. Laque, M. Vilardell Tarrés. Unitat de Geriatria. Servei de Medicina Interna. Htal General Vall d'Hebron. *Rev geront* 1998;8:42-4
- ⁴⁰ Delirium Predicts 12-Month Mortality. Jane McCusker, MD, DrPH; Martin Cole, MD; Michal Abrahamowicz, PhD; Francois Primeau, MD; Eric Belzile, MSc *Arch Intern Med.* 2002;162:457-463.
- ⁴¹ McCusker J, Cole M, Dendukuri N, Belzile E, Primeau F. *Delirium* in older medical inpatients and subsequent cognitive and functional status: a prospective study. *CMAJ* 2001; 165(5):575-83.

Tabla1: Características basales de los pacientes al ingreso.

COMORBILIDADES		n (%)
n=60		
Dislipemia	25	(41,7)
Hipertensión	44	(73,3)
Diabetes	22	(36,7)
Ictus	13	(21,7)
C. isquémica	26	(43,3)
Fibrilación auricular	25	(41,7)
EPOC ¹	22	(36,7)
Enf. Vasc periférica	9	(15)
Insuficiencia renal	15	(25)
Anemia crónica	33	(55)
Demencia	9	(15)
Depresión	15	(25)
FARMACOS		n (%)
n=60		
IECA ²	29	(48,3)
ARA II ³	12	(20)
Beta bloqueantes	14	(23)
Antialdosteronicos	11	(18,3)
Digoxina	15	(25)
Anticoagulantes	17	(28,3)
Benzodiazepinas	20	(33,3)
Antidepresivos	13	(21,7)
INDICES		± DS
n=60		
Barthel	70,7	± 31,2
AVDi ⁴	3,1	± 2
Charlson	3,1	± 2
APACHE II	15,6	± 4,3
VALORES DE LABORATORIO		± DS
Hemoglobina (g/l)	12,2	± 2
Urea (mmol/l)	11	± 5
Creatinina (mmol/l)	120,5	± 68
Sodio (mmol/l)	139,2	± 4,5
Albúmina (g/l)	36	± 4,8

1: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

2: Inhibidores de la enzima convertidora.

3: Antagonistas de los receptores de angiotensina II

4: Actividades de vida diaria instrumentales

Tabla 2: Características clínicas y funcionales de la insuficiencia cardiaca

Insuficiencia cardiaca		n = 60
Etiología		n (%)
Isquémica	13	(21,7)
HTA	12	(20)
Valvular	8	(13,3)
Mixta	12	(20)
Desconocida	12	20
Misceláneas	3	(5)
NYHA		2,35 ± 0,8 DS
I	(9)	15 %
II	(28)	46,7 %
III	(16)	26,7 %
IV	(7)	11,7 %
Disfunción VI		n (%)
Sistólica	25	(41,7)
Preservada	23	(38,3)
Desconocida	12	(20)

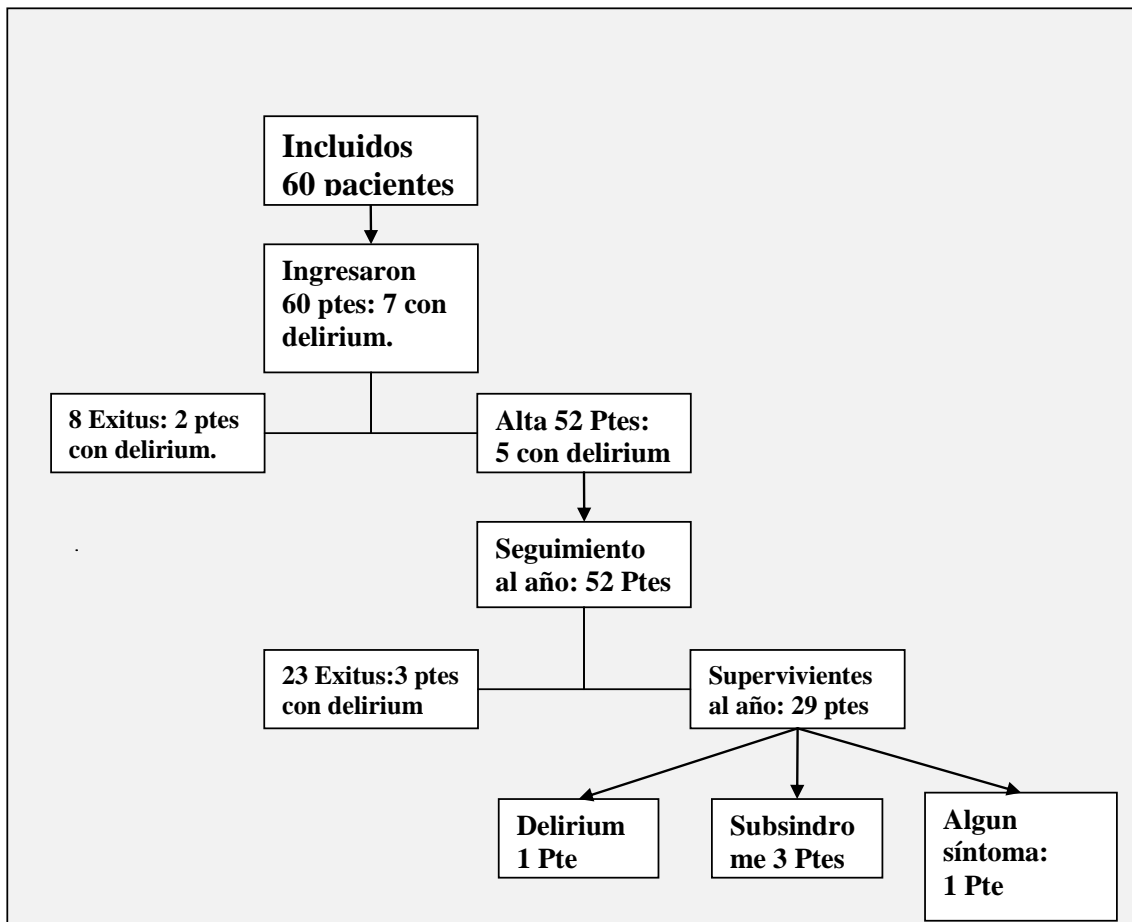
Tabla 3: Características clínicas de los pacientes con/sin delirium.

Pacientes n = 60	Delirium n 7	No delirium n 53	p
SEXO (Mujer)	71,4 %	60,4 %	0.693
EDAD	88,4 ± 4,8	79,5 ± 11	0.048
COMORBILIDADES	%	%	
Dislipemia	42,9	41,5	1
Hipertensión	85,7	79,2	0,662
Diabetes	57,1	34	0,411
Ictus	28,6	20,8	0,637
C. Isquémica	42,9	43,4	1
Fibrilación auricular	57,1	39,6	0,434
EPOC	28,6	37,7	1
Enf vasc periférica	42,9	7,5	0,029
Insuficiencia renal	28,6	24,5	1
Anemia crónica	42,9	56,6	0,694
Demencia	57,1	9,4	0,007
Depresión	42,9	22,6	0,351
FARMACOS	%	%	
IECA	42,9	49,1	1
ARA II	14,3	20,8	1
Beta bloqueantes	0	26,4	0,195
Antialdosteronicos	14,3	18,9	1
Digoxina	28,6	24,5	1
Anticoagulantes	42,9	26,4	0,411
Antiagregantes	57,1	60	1
Benzodiazepinas	85,7	26,4	0,004
Antidepresivos	28,6	20,8	0,623
INDICES	± DS	± DS	
Barthel	27,14 ± 26,2	76,5 ± 27,1	0.001
AVDi	0,57 ± 0,7	4,51 ± 2,7	0.001
Charlson	3,43 ± 2	3,06 ± 2	0.651
APACHE II	14,7 +/- 3,3	15,51 +/- 4,4	0.801

Tabla 4: Características clínicas y funcionales de la insuficiencia cardíaca, según la presencia o ausencia de delirium.

Insuficiencia cardíaca	Delirium n 7	No delirium n 53	p
Etiología	%	%	
Isquémica	14,3	22,6	0,195
Hipertensiva	14,3	20,8	
Valvular	14,3	13,2	
Mixta	42,9	17	
Desconocida	14,2	20,8	
Misceláneas	0	5,6	
NYHA	2,57 ± 0,97	2.34 ± 0,86	0,672
Disfunción	%	%	
Sistólica	42,9	41,5	0,823
Preservada	14,3	41,5	
Desconocida	42,4	17	

Tabla 5: Pacientes incluidos en el análisis.



ÍNDICES UTILIZADOS

1. EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD

1.1. APACHE II (“ACUTE PHYSIOLOGY AND CHRONIC HEALTH EVALUATION”)

APACHE II

Variables fisiológicas	Rango elevado					Rango Bajo			
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Temperatura rectal (Axial +0,5°C)	≥41 ^o	39-40,9 ^o		38,5-38,9 ^o	36-38,4 ^o	34-35,9 ^o	32-33,9 ^o	30-31,9 ^o	≤29,9 ^o
Presión arterial media (mmHg)	≥160	130-159	110-129		70-109		50-69		≤49
Frecuencia cardíaca (respuesta ventricular)	≥180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	≤39
Frecuencia respiratoria (no ventilado o ventilado)	≥50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		≤5
Oxigenación: Elegir a o b									
a. Si FiO ₂ ≥ 0,5 anotar P A-aO ₂	≥500	350-499	200-349		< 200 > 70	61-70		55-60	<55
b. Si FiO ₂ < 0,5 anotar PaO ₂									
pH arterial (Preferido) ó	≥7,7	7,6-7,59		7,5-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	<7,15
HCO ₃ sérico (venoso mEq/l)	≥52	41-51,9		32-40,9	22-31,9		18-21,9	15-17,9	<15
Sodio sérico (mEq/l)	≥180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	≤110
Potasio sérico (mEq/l)	≥7	6-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9		<2,5
Creatinina sérica (mg/dl)									
Doble puntuación en caso de fallo renal agudo	≥3,5	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		<0,6		
Hematocrito (%)	≥60		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		<20
Leucocitos (Total/mm ³ en miles)	≥40		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		<1
Escala de Glasgow									
Puntuación=15-Glasgow actual									
A. APS (Acute Physiology Score) Total: Suma de las 12 variables individuales									
B. Puntuación por edad (≤44 = 0 punto; 45-54 = 2 puntos; 55-64 = 3 puntos; 65-74 = 5 puntos; ≥75 = 6 puntos)									
C. Puntuación por enfermedad crónica (ver página siguiente)									
Puntuación APACHE II (Suma de A+B+C)									

C. Puntuación por enfermedad crónica:

Si el paciente tiene antecedentes de insuficiencia grave de sistemas orgánicos o está inmunocomprometido, asignar puntos del siguiente modo:

- a: Para pacientes no quirúrgicos o postoperatorios de urgencias: **5 puntos**, o
 b: Para pacientes postoperatorios electivos: **2 puntos**.

*** Definiciones:**

Un estado de insuficiencia orgánica o inmunodeficiencia ha de ser evidente antes del ingreso hospitalario y cumplir los criterios siguientes:

Hígado: Cirrosis demostrada por biopsia e hipertensión portal documentada; episodios de hemorragia GI alta y previa, atribuida a la hipertensión portal, o episodios previos de insuficiencia hepática/encefalopatía/coma.

Cardiovascular: Clase funcional IV de la New York Heart Association.

Respiratoria: Enfermedad restrictiva, obstructiva crónica, o vasculopatía que origina una grave limitación del ejercicio, por ejemplo, incapaz de subir escaleras o realizar actividades domésticas; o hipoxia crónica, hipercapnia, policitemia secundaria, hipertensión pulmonar grave (> 40 mmHg) documentadas, o dependencia de un ventilador.

Renal: Dependencia de diálisis crónica.

Inmunocomprometido: El paciente ha recibido tratamiento que suprime la resistencia a las infecciones, por ejemplo, tratamiento inmunosupresor, quimioterapia/radioterapia, tratamiento esteroide prolongado o reciente con dosis elevadas; o padece una enfermedad que está lo bastante avanzada como para suprimir la resistencia a las, por ejemplo, leucemia, linfoma, SIDA.

Interpretación de la puntuación:

Puntuación	Mortalidad
0-4	4 %
5-9	8 %
10-14	15 %
15-19	25 %
20-24	40 %
25-29	55 %
30-34	75 %
> 34	85 %

2. EVALUACIÓN DE LA COMORBILIDAD

2.1. ÍNDICE DE CHARLSON

INDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON

1 punto	Infarto de miocardio
	Insuficiencia cardíaca congestiva
	Enfermedad vascular periférica
	Enfermedad cerebrovascular
	Demencia
	Enfermedad respiratoria crónica
	Enfermedad del tejido conectivo
	Úlcus péptico
	Hepatopatía leve
	Diabetes mellitus sin evidencia de afectación de órganos diana
2 puntos	Hemiplejia
	Insuficiencia renal crónica moderada-severa
	Diabetes con afectación de órganos diana
	Tumor sin metástasis
	Leucemia
3 puntos	Linfoma
	Enfermedad Hepática moderada o severa
6 puntos	Tumor Sólido con metástasis
	SIDA (no únicamente HIV positivo)

* Definiciones:

Infarto agudo de miocardio: Evidencia en la historia clínica de hospitalización por IAM, se excluyen los cambios electrocardiográficos sin antecedentes médicos.

Insuficiencia cardíaca: Antecedentes de disnea de esfuerzo y/o signos de insuficiencia cardíaca en la exploración física que respondieron favorablemente con el tratamiento con diuréticos o vasodilatadores.

Enfermedad arterial periférica: Incluye claudicación intermitente, intervenidos de by-pass periférico, isquemia arterial aguda y pacientes con aneurisma de aorta (torácica o abdominal) de más de 6 cm. de diámetro

Interpretación de la puntuación:

En general, se considera *ausencia de comorbilidad:* 0-1 puntos, *comorbilidad baja:* 2 puntos y *alta* > 3 puntos.

3. EVALUACION DEL ESTADO FUNCIONAL.

3.1. ÍNDICE DE BARTHEL

ÍNDICE DE BARTHEL

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Interpretación de la puntuación:

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
21-60	Grave
61-90	Moderada
91-99	Escasa
100	Independiente

4. CRITERIOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS.

4.1 CRITERIOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE FRAMINGHAM

Para el diagnóstico se requieren 2 criterios mayores o 1 mayor y 2 menores si estos no pueden atribuirse a otra causa

CRITERIOS MAYORES

- Disnea paroxística nocturna u ortopnea
- Ingurgitación yugular
- Crepitantes
- Cardiomegalia
- Edema agudo de pulmón
- Galope S3
- Presión venosa > 16 cm. H₂O
- Tiempo circulatorio > 25 seg.
- Reflujo hepatoyugular

CRITERIOS MENORES

- Edema en tobillos
- Tos nocturna
- Disnea de esfuerzo
- Hepatomegalia
- Derrame pleural
- Capacidad vital pulmonar descendida 1/3 del máximo
- Taquicardia (frecuencia > 120 pm)

CRITERIO MAYOR O MENOR

- Pérdida de más de 4,5 Kg. de peso tras el tratamiento

4.2 ESCALA CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

1. Comienzo agudo y curso fluctuante

¿Existe evidencia de algún cambio agudo en el estado mental con respecto al basal del paciente?

¿La conducta anormal fluctúa durante el día, alternando períodos normales con estados de confusión de severidad variable?

2. Inatención

¿Tuvo el paciente dificultad en enfocar la atención, por ejemplo estuvo distraído o perdió en algún momento el hilo de lo que estaba diciendo?

3. Pensamiento desorganizado

¿Tuvo el paciente pensamientos incoherentes, o mantuvo una conversación irrelevante, poco lógica o con ideas poco claras; o inexplicablemente cambió de tema de conversación?

4. Alteración de conciencia

Observando al paciente, se considera normal al estado alerta

Estados anormales:

Vigil (hiperalerta, muy sensible a estímulos ambientales)

Somnoliento (Fácilmente despertable)

Estuporoso (Difícil de despertar)

Coma (Imposible de despertar)

DELIRIUM: Criterios 1 + 2 + 3 ó 4.

SUBSINDROME: Criterios 1 o 2 + 3 o 4