

El síndrome confusional agudo en la demencia: dejando de normalizar una grave complicación

Ana Espino . Neuróloga. HUSLL

1 de diciembre de 2022

← Tuit

En resposta a [@RoberRimbaud](#)

Cuando vea una campaña de "infradiagnóstico" de una enfermedad pregúntate que medicamento se está promocionando.

Y a quién se está pagando para ello.

La campaña migraña como ejemplo.

Las "epidemias silenciosas" claman al cielo, por corrupción.

[Tradueix el tuit](#)

11:28 a. m. · 7 de març de 2022 · Twitter Web App

El infradiagnóstico de la demencia

Demencia no detectada: **61,7%**

(Lang et al., 2017) (metaanálisis de 23 estudios internacionales en AP y residencias)

En España la demencia no detectada **70%**

D. leve: 95% de no-detección

D. moderada: 69% de no-detección

D. grave: 36% de no-detección

(Zunzunegui et al., 2003)

¿Infradiagnóstico o retraso en el diagnóstico?

- En el Registro de Demencias de Girona (ReDeGI), entre las 2.814 demencias diagnosticadas en Girona entre 2007 y 2010, **un 40% de las mismas se diagnosticaron en fase moderada o avanzada**

Censo en Balears > 65 años <i>(INE 2015)</i>	Prevalencia de demencia en >65a en AP 18.5% (<i>Vega et al. 2016</i>)	Datos del Gabinet Tècnic de l'IbSalut-Sistemes d'informació (e-siap) . Demencias activas en 2015
166.592	Lo esperable: 30.819	Lo real: 10.557

- En nuestra CAIB >65% de casos de demencia no están detectados

Infradiagnóstico en nuestra CAIB

¿Tiene ventajas el diagnóstico de demencia?

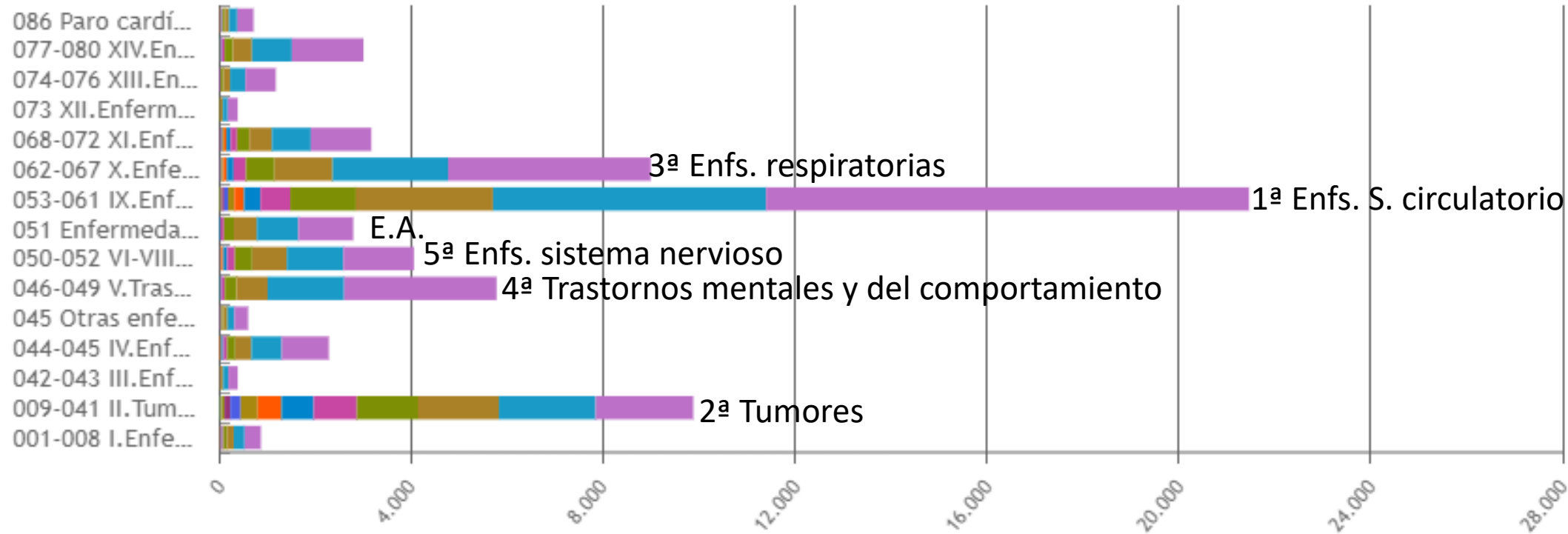
- Para los pacientes
 - Decisiones sobre curatela, patrimonio, PDA...
 - Facilita ayudas sociosanitarias
 - Facilita permanencia en domicilio
 - Previene situaciones de riesgo: conducción, las ligadas al ámbito laboral, vulnerabilidad...
 -
- Para el sistema sanitario
 - Disminuye uso de servicios más costosos: urgencias, ingresos
 - Previene efectos yatrógenos de fármacos
 -
 -
 - Previene sd. confusional en ingreso hospitalario

(Canto et al., 2016; Zunzunegui et al., 2003).

El infradiagnóstico en vida

La infranotificación en la muerte

Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, Causas (lista reducida), Ambos sexos, Edad



INE 2019. Tasas de mortalidad (defunciones por 100.000 hab) por causas (lista reducida), ambos sexos y edad (>20 años).

- NEDICES (Neurological Diseases in Central Spain Study)
 - Seguimiento de 4.197 pacientes durante 12,5 años
 - 403 murieron con el dg. de demencia
 - Solo en el 20.8% se hizo constar este diagnóstico en el certificado

(Romero, Benito-León, Mitchell, Trincado y Bermejo-Pareja, 2014)



El reto de identificar las demencias

El diagnóstico de demencia
es eminentemente clínico

Lo que explican	<i>Lo que no explican pero es obvio que algo está pasando...</i>
Olvidos	Aspecto envejecido
Dificultad al evocar nombres	Pérdida de peso
Desorientación	Abandono del cuidado de su domicilio
Dificultad en actividades complejas	No se presentan a las citas medicas
Problemas de conducta	No toman bien la medicación
	Reingresos hospitalarios
	Caídas, fracturas de cadera
	Negativa a ser ayudados o toma de otras decisiones desfavorables
	Víctimas de abuso económicos, de malos tratos
	Hiperfrecuentación de urgencias o centros de salud

Descripción	Fec. inicio	Fec. fin	Esp./Servicio	Responsable
DERMATOLOGIA	04/01/2013	/ /	DERMATOLOGÍA	
OFT.	06/09/2006	/ /	OFTALMOLOGÍA	
+ 09/02/2018	12/02/2018	Urgencias		
+ 26/01/2018	26/01/2018	Urgencias		
+ 08/01/2018	10/01/2018	Preingreso Cirugia Ger		
+ 20/12/2017	20/12/2017	Urgencias	De Urgencias Medico	
+ 05/12/2017	06/12/2017	Urgencias	De Urgencias Medico	
+ 30/11/2017	30/11/2017	Urgencias	De Urgencias Medico	
+ 22/11/2017	22/11/2017	Urgencias	De Urgencias Medico	
+ 11/10/2017	11/10/2017	Urgencias	De Urgencias Medico	
+ 01/08/2017	02/08/2017	Urgencias	De Urgencias Medico	
+ 28/07/2017	28/07/2017	Urgencias	De Urgencias Medico	
+ cex oft 02/03/2017	02/03/2017	Urgencias	De Urgencias Medico	
+ problema ocular 26/09/2016	26/09/2016	Urgencias	De Urgencias Medico	

Juicio Clínico

DIAGNOSTICO PRINCIPAL:

Caidas frecuentes por Enf de Parkinson muy evolucionada + Hipoglucemia con ADO en paciente dependiente.
Problema social.

DIAGNOSTICO SECUNDARIO:

HTA. PMNID

Enfermedad de parkinson

10482998

50004

Demencia asociada a Parkinson

Hipoglucemias por errores en medicación

A valorar estado cognitivo del cuidador

La importancia de mirar con perspectiva....

Problemas Seguimientos Alergias Preferencias				
	Descripción	Fec. inicio	Fec. fin	Esp./Servicio
	OTITIS EXTERNA AGUDA (380.10)	18/03/2014	18/03/2014	Urgencias
	FUGA SIN SER VALORADO POR FACULTATIVO	17/03/2014	17/03/2014	Urgencias
		15/03/2014	15/03/2014	Urgencias
		15/03/2014	16/03/2014	Urgencias
		15/03/2014	15/03/2014	Urgencias
	ACUFENOS (388.30)	14/03/2014	14/03/2014	Urgencias
	DOLOR TORACICO DE CARACTERISTICAS MECANICAS.	14/03/2014	14/03/2014	Urgencias
	: FUGA SIN SER VALORADO POR FACULTATIVO	13/03/2014	13/03/2014	Urgencias
	FUGA SIN SER VALORADO POR FACULTATIVO	12/03/2014	12/03/2014	Urgencias
	OTITIS EXTERNA AGUDA (380.10)	11/03/2014	11/03/2014	Urgencias
	PALPITACIONES	10/03/2014	10/03/2014	Urgencias
	ACUDE POR SENSACIÓN DE PALPITACIONES	07/03/2014	07/03/2014	Urgencias
	DOLOR CERVICAL SIN SIGNOS DE ALARMA.	07/03/2014	07/03/2014	Urgencias
	388.30 ZUMBIDO.NEOM	06/03/2014	06/03/2014	Urgencias
	RITMO SINUSAL. NORMALIDAD.	04/03/2014	04/03/2014	Urgencias
	FUGA	03/03/2014	03/03/2014	Urgencias
	ACUFENOS	02/03/2014	02/03/2014	Urgencias
	HIPOACUSIA CRÓNICA	28/02/2014	28/02/2014	Urgencias
	ACÚFENOS (388.30)	28/02/2014	01/03/2014	Urgencias
	SE REALIZA LLAMADO POR MEGAFONIA, SE BUSCA PERSONAL	25/02/2014	25/02/2014	Urgencias
	DOLOR TORÁCICO ATÍPICO	24/02/2014	24/02/2014	Urgencias
	: FUGA SIN SER VALORADO POR FACULTATIVO	23/02/2014	23/02/2014	Urgencias
	CONSULTA BUROCRATICA	21/02/2014	21/02/2014	Urgencias
	HIPOACUSIA CRONICA	20/02/2014	20/02/2014	Urgencias
	OTITIS MEDIA AGUDA (382.9)	20/02/2014	20/02/2014	Urgencias
		18/02/2014	18/02/2014	Urgencias
	TRAS AVISAR EN REITERADAS OCASIONES NO CONTESTA.	15/02/2014	15/02/2014	Urgencias
		14/02/2014	14/02/2014	Urgencias
		13/02/2014	13/02/2014	Urgencias
	FUGA SIN SER VALORADO POR FACULTATIVO	11/02/2014	11/02/2014	Urgencias
		10/02/2014	10/02/2014	Urgencias
	: OTALGIA	07/02/2014	07/02/2014	Urgencias
	ACUFENOS (388.30)	02/02/2014	02/02/2014	Urgencias
	FUGA SIN SER VALORADO POR FACULTATIVO	28/01/2014	28/01/2014	Urgencias
	FUGA SIN SER VALORADO POR FACULTATIVO	27/01/2014	27/01/2014	Urgencias
	SENSACIÓN DE OCUPACIÓN AUDITIVA	23/01/2014	24/01/2014	Urgencias

La demencia no diagnosticada y la atención hospitalaria

Si el diagnóstico no se ha realizado en atención ambulatoria, difícilmente se hará en la atención hospitalaria

Los pacientes con demencia en A.H. sufren:

- mayores tasas de frecuentación en Urgencias
- altas tasas de ingresos: x10 veces más que no dementes
- mayor mortalidad: x3-5 veces que no dementes
- estancias más prolongadas
- mayor riesgo de institucionalización al alta o traslado a CSS
- **mayor riesgo de delirium: 2/3 de los delirium ocurren en ya dementes**



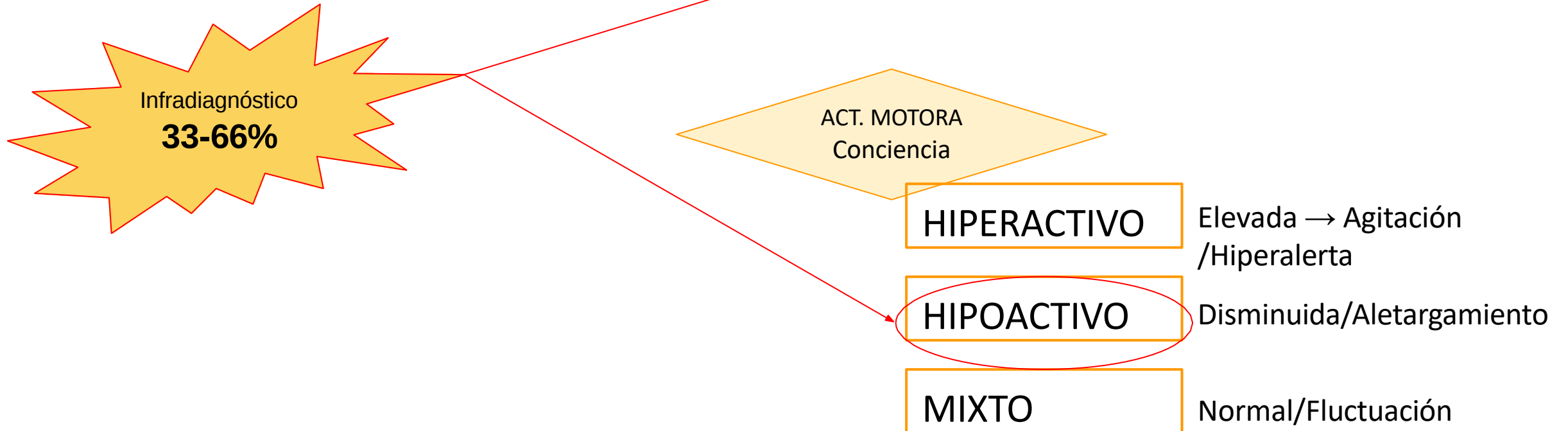
(Flaherty et al., 2007; Inouye, 2006; Sampson et al., 2009).

El síndrome confusional agudo hospitalario

- En los hospitales de agudos:
 - **31% de los pacientes mayores sufrirán delirio durante la hospitalización** (sobre todo en COT, UCI...)
 - **Sin embargo el SCA no es reconocido en 1/3 o 2/3 de los casos**
 - especialmente en su *forma hipoactiva*
 - *cuando es subagudo*

(Flaherty et al., 2007)

Fluctuación transitoria
conciencia y atención,
percepción (alucinaciones),
memoria, orientación, lenguaje,
pensamiento (delirios)



FACTORES DE RIESGO

PREDISPONENTES

Edad > 65 años

Deterioro cognitivo

SCA previo

Déficit funcional/sensorial

Tno afectivo: Depresión/Ansiedad

Psicofármacos

Enfermedad grave: Neurológicas

Hábitos tóxicos

Institucionalización

PRECIPITANTES

Polifarmacia (> 3 F)

F: BZD, anticolinérgicos, opioides

Deprivación alcohol o fármacos

Catéter urinario (procedimientos)

Cirugía: Trauma/Cardiaca

Dolor

Restricción física

Malnutrición (albúmina < 3 g/dl). **Infecciones**

Deshidratación. Anemia. Alt metabólicas

Factores ambientales estresantes (sueño)

- Un SCA supone:
 - altas **tasas de mortalidad: 25-33% (comparable al IAM y la sepsis)**
 - declinación cognitiva y funcional al alta
 - aumento de estancias hospitalarias
 - aumento de institucionalización
 - gran carga asistencial para los profesionales

(Flaherty et al., 2007; Kalisvaart i Vreeswijk, 2008)

- Sufrir un SCA puede **aumentar 8-12 veces el riesgo de “contraer demencia” en los siguientes 5 años** *(Witlox et al., 2010). (Davis et al., 2012)*

La relevancia del SCA



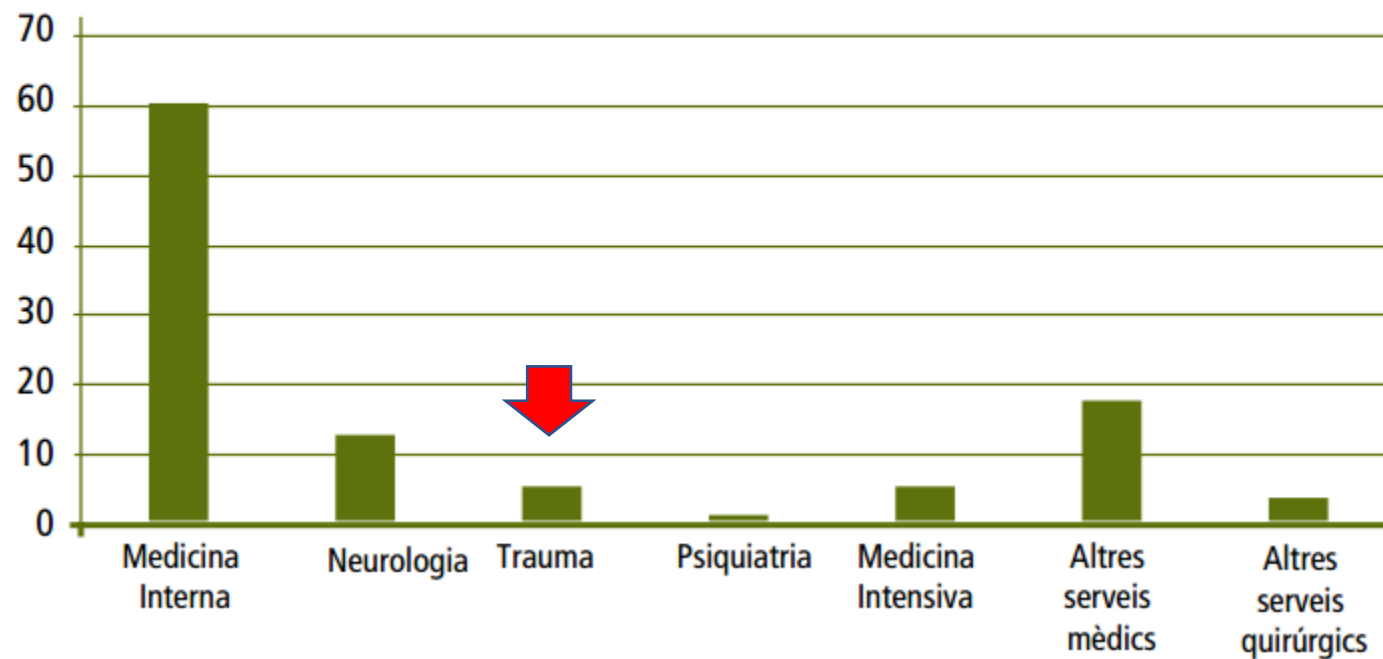
- **El SCA como alerta** de demencia
 - 2/3 de los delirios ocurren en pacientes dementes
 - **“delirio sobreimpuesto a demencia”** *(Inouye, 2006) (A Morandi et al. 2017)*
- **El SCA como riesgo** para el desarrollo posterior de demencia *(Witlox et al. 2010)*

Análisis de la casuística de SCA en HSLL - 2015

- HSLL: 17.438 ingresos en 2015
- Códigos CIE-9: 293.0, 293.1 y 789.09
 - Solo se identificaron **216 pacientes** (57% H 73,4±13,3 a y 43% M 81,3±12,8 a)

1,24% de los ingresos (???)

Gràfic 1 | Unitats d'hospitalització dels pacients amb SCA



Pacientes con SCA registrados en el informe de alta

Diagnóstico de demencia conocida antes del ingreso	26%
Diagnóstico de demencia después de IC a NRL durante ingreso	47%

Dificultades para el diagnóstico de demencia y SCA en A.H.

- *Se acepta como normal que un paciente ingresado haga un SCA*
- *Se acepta como normal que los pacientes ancianos tengan deterioro cognitivo*
- Tendencia a ver solo el problema agudo del paciente
- No se hace valoración de las funciones cognitivas o funcionales PREVIAS O DURANTE al ingreso
- Reticencia al diagnóstico de demencia : puede complicar las altas hospitalarias
- Se disfraza la demencia bajo sus consecuencias: se usa “distocia social” como diagnóstico principal

Estudio retrospectivo de la incidencia de SCA en las fracturas de cadera en HUSLL

Casuística de SCA en fractura de cadera > 65 años en nuestro hospital (2015)

Comparar características de grupos con y sin SCA

Trabajo realizado con Dra Nieves Mesa mientras fue R2 de PSQ

IMPORTANCIA DE LA FRACTURA DE CADERA

EPIDEMIOLOGICO

Problema de salud pública
OMS 2050: 6 mill FC/ año

Mortalidad 1er año: 18-28 %
España: 50.000 - 60. 000 FC/año



COSTE

ECONOMICO

Reto para la Gestión Hospitalaria:

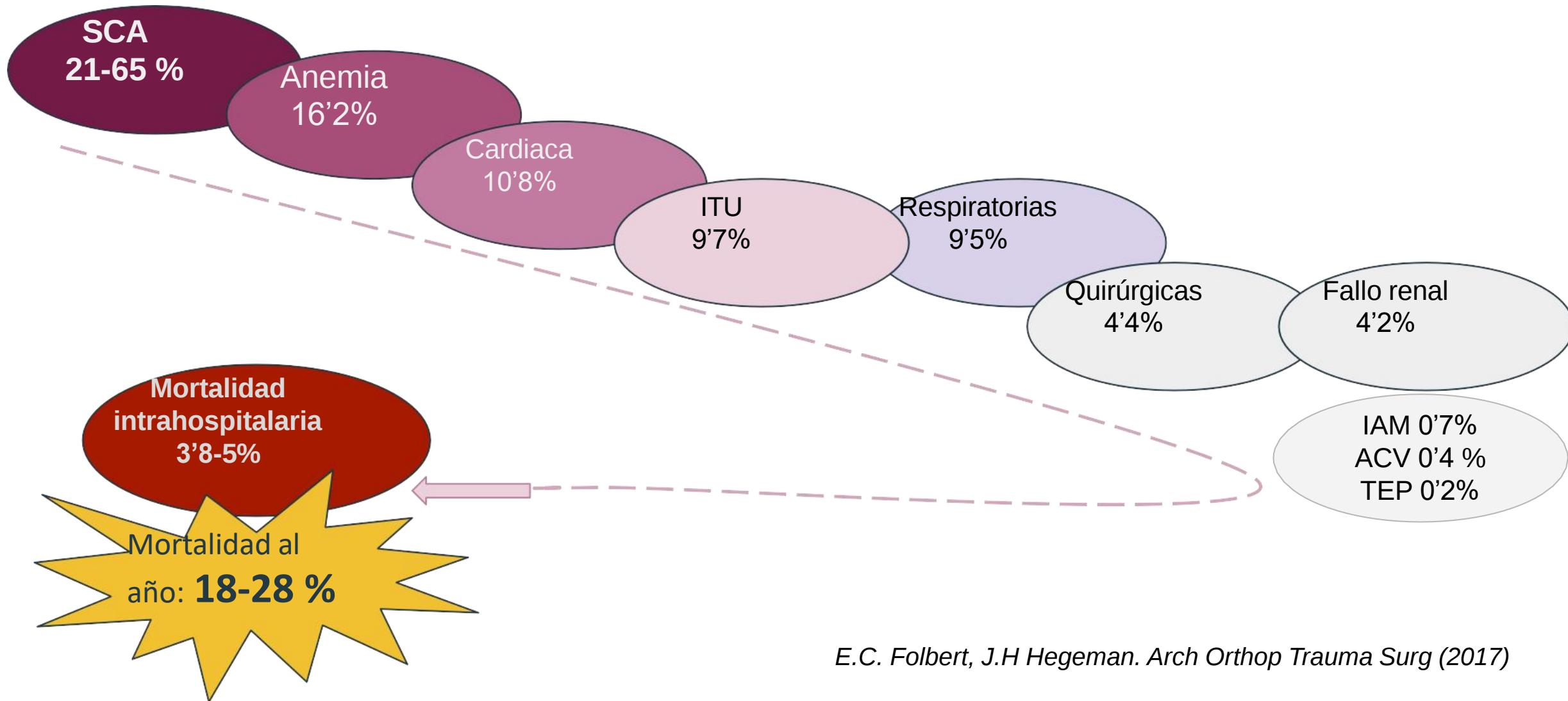
- Complejidad clínica elevada
- ↑ Complicaciones médicas
- Hospitalizaciones prolongadas
- Recursos multidisciplinarios
- Problemas sociales

MORBIMORTALIDAD

- 50% no recupera capacidad funcional previa (discapacidad permanente)
- 20 % ayudas por largos periodos
- Mortalidad 18-28%

49.7%

COMPLICACIONES DE LAS FRACTURAS DE CADERA



Método:

242 fracturas > 65 años (Excluidas 24) → **218**

(informes ingreso)

- Sexo
- Edad al ingreso
- Deterioro cognitivo/Demencia
- Polifarmacia (> 3 F)
- Psicofármacos
- Anticoagulantes
- Déficits sensoriales
- Depresión
- Consumo de alcohol
- Enfermedad neurológica (ACV/Parkinson)
- Comorbilidades médicas
- Dependencia ABVD (dependiente/no dependiente)
- Institucionalización

VARIABLES INTRAHOSPITALARIAS:(notas méd/enf)

- **SCA preoperatorio/postop/pre y postop**
- Días de espera a IQ
- Transfusión
- Complicaciones médicas
- Mortalidad intrahospitalaria

VARIABLES AL ALTA:(informe alta, notas médicas, Hª Salud)

- Días de estancia
- Destino (domicilio/CSS)
- Mortalidad en el primer año

Resultados

Variables descriptivas (N= 218)	Resultado
Sexo	70%M; 31% H
Edad: 65-75 años	14.7%
76-85 años	31.3%
> 85 años	54%
DC/Demencia	21.5%
Déficits sensoriales	21.8%
Comorbilidades médicas	83%
Otras enfs. neurológicas	24%
Alcohol	4.4%
Polifarmacia	76%
Psicofármacos	58.7%
Dependencia ABVD	37%
Institucionalización	11.5%

Resultados

Presencia de SCA	44.7% de los pacientes
65-75 años	14%
76-85 años	41.1%
> 85%	56.4%

Presencia de SCA en función de la existencia de DC, otra enfermedad NRL o dependencia en ABVD			
	DC/Demencia	Enf. NRL	Dep ABVD
Con SCA	36'7 %	30'6 %	60'2 %
Sin SCA	10'2 %	18'5 %	22'7 %

Resultados

Relación del SCA con otras complicaciones					
	Días ingreso	Transfusión	Complicac. médicas	Mortalidad Hosp	Días hasta IQ
Con SCA	11.6	54'8 %	48 %	10'2 %	3'59
Sin SCA	8.7	38'9 %	17'8 %	1'7 %	2'49

Relación del SCA con destino al alta y mortalidad a 1 año		
	Centro socio-sanitario	Mortalidad a 1 año
Con SCA	46'4 %	50%
Sin SCA	26'4 %	17.4%

Conclusiones SCA y fractura de cadera

- SCA frecuente (44'7 %)
- Mucho más en ancianos > 75 años
- Esperan más a la IQ (3'5 días vs 2'4)
- Ingresos más prolongados (11 días vs 8 días)
- Requieren más transfusiones
- Tienen más complicaciones médicas
- Más prevalencia en grupo SCA de:
 - DC (36 % vs 10 %)
 - Enf NRL (30 % vs 18 %)
 - Dep. ABVD (60 % vs 22 %)
- **Mortalidad intrahospitalaria es más alta en SCA (10'2 % vs 1'7 %)**
- **Mortalidad < 1 a. es mucho más alta en SCA (50 % vs 17 %)**

Propuestas para mejorar la atención al SCA

- Que el estado mental sea considerado otra constante vital (TA, FC, FR, Tª, Dolor, Estado mental) (Flaherty et al., 2007)

Puntaje	Clasificación	Descripción
+4	Combativo	Combativo, violento, peligro inmediato para el grupo
+3	Muy agitado	Agresivo, se intenta retirar tubos o catéteres
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito, lucha con el respirador
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o violentos
0	Despierto y tranquilo	
-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene despierto más de 10 segundos
-2	Sedación leve	Despierta brevemente a la voz, mantiene contacto visual de hasta 10 segundos
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular a la voz, sin contacto visual
-4	Sedación profunda	Sin respuesta a la voz, con movimiento o apertura ocular al estímulo físico
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz o al estímulo físico

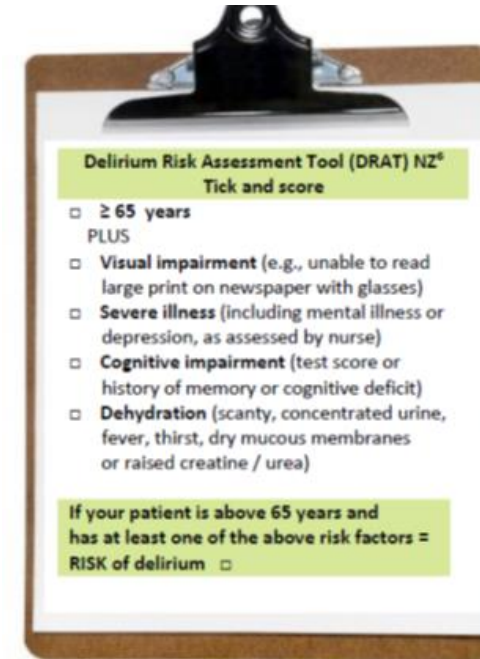
Ely E, Truman B, Shintani A, et al. *Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)*. JAMA.2003;289(22):2983-2991.

- **Detectar precozmente síntomas prodrómicos: Monitorizar CAM en todos los pacientes ingresados > 65 años**
- **Identificar factores de riesgo o predisponentes**
 - edad > 65 años
 - deterioro cognitivo previo
- **Identificar factores precipitantes**
 - enfs. infecciosas
 - hipoxia
 - polifarmacia
 - ...

Propuestas para mejorar la atención al SCA

- Alertas hospitalarias “*think delirium*”

<https://www.aci.health.nsw.gov.au/chops>



The image shows a clipboard with a black clip at the top, holding a white form titled "Delirium Risk Assessment Tool (DRAT) NZ". Below the title is a green header with the text "Tick and score". The form contains a list of risk factors, each preceded by a checkbox. The first item is "≥ 65 years" followed by "PLUS". The other items are "Visual impairment (e.g., unable to read large print on newspaper with glasses)", "Severe illness (including mental illness or depression, as assessed by nurse)", "Cognitive impairment (test score or history of memory or cognitive deficit)", and "Dehydration (scanty, concentrated urine, fever, thirst, dry mucous membranes or raised creatine / urea)". At the bottom, there is a green box with the text "If your patient is above 65 years and has at least one of the above risk factors = RISK of delirium" followed by a checkbox.

Delirium Risk Assessment Tool (DRAT) NZ[®]
Tick and score

- ☐ ≥ 65 years PLUS
- ☐ Visual impairment (e.g., unable to read large print on newspaper with glasses)
- ☐ Severe illness (including mental illness or depression, as assessed by nurse)
- ☐ Cognitive impairment (test score or history of memory or cognitive deficit)
- ☐ Dehydration (scanty, concentrated urine, fever, thirst, dry mucous membranes or raised creatine / urea)

If your patient is above 65 years and has at least one of the above risk factors = RISK of delirium ☐

- Que el SCA sea **registrado** en los informes de alta
- Que la **SCA** sea un **indicador de calidad asistencial** de los centros hospitalarios



"Bad news, its curiosity"

Si SCA,... *bad news*....