

Una intervención múltiple previene el síndrome confusional agudo en pacientes ancianos hospitalizados

A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. Sharon K. Inouye, MD., M.P.H., Sidney T. Bogardus, Jr. M.D., Peter A. Charpentier, M.P.H., Linda Leo-Summers, M.P.H., Denise Acampora, M.P.H., Theodore R. Holford, Ph.D., and Leo M. Cooney, Jr., M.D. N. Engl. J Med. 1999; 340: 669-721.

Objetivo

Evaluar la efectividad de una estrategia múltiple para prevenir la ocurrencia del Síndrome Confusional Agudo (SCA).

Diseño

Ensayo clínico prospectivo y controlado no aleatorizado para comparar pacientes admitidos al grupo intervención, o al grupo de cuidado habitual (control).

Lugar

Los pacientes potenciales asignados al estudio fueron admitidos a un servicio de medicina general (no terapia intensiva) en un hospital escuela (Yale-New Haven Hospital), desde Marzo 1995 hasta Marzo 1998.

Pacientes

Se incluyeron inicialmente 2434 \geq 70 años sin SCA al ingreso y con riesgo mediano a elevado de desarrollarlo. Se excluyeron 1265 por no poder participar en las entrevistas y 250 casos porque la familia o el paciente rehusaron participar. En 67 casos no se encontró un paciente para compararlo. La muestra final incluyó un $n=852$, lo cual constituyó 426 pares de pacientes comparados.

Intervención

La intervención consistió en el uso de protocolos de manejo estandarizados de 6 factores de riesgo para SCA: deterioro cognitivo, privación del sueño, inmovilidad, deterioro visual, deterioro auditivo y

deshidratación. El resultado principal (SCA) fue evaluado diariamente hasta el alta del paciente.

Medición de resultados principales

El resultado principal (SCA) se definió de acuerdo con el criterio del Confusion Assesment Method 1 (Sensibilidad=94-100%, Especificidad=90-95% y alta concordancia interobservador).

Resultados principales

Hubo un 9.9% de SCA en el grupo intervención, comparado con un 15% del grupo control (RR de 0.60, IC95% de 0.39 a 0.92). El número total de días con SCA (105 vs. 161, $p=0.02$), y el número total de episodios (62 vs. 90, $p=0.03$) fueron significativamente más bajos en el grupo intervención. La severidad y la tasa de recurrencias no fueron diferentes. En pacientes deteriorados al ingreso, hubo una sustancial mejoría con la intervención, en su grado de deterioro cognitivo, y una significativa reducción en el uso de psicofármacos hipnóticos en todos los pacientes.

Conclusiones

La estrategia preventiva sobre factores de riesgo reduce significativamente el número y duración de los episodios de SCA en ancianos hospitalizados, pero no altera la severidad ni la posibilidad de recurrencia. Estos hallazgos sugieren que una intervención de prevención primaria del SCA sea probablemente la estrategia más efectiva.

Fuente de financiamiento: Financiado en parte por una beca del Instituto Nacional para el Envejecimiento.

COMENTARIO

El SCA es la forma más frecuente de presentación atípica de las enfermedades en los ancianos. Genera un monto tal de iatrogenia y manejo inadecuado en los hospitales sin educación geriátrica, que sin lugar a dudas condiciona la evolución y pronóstico de los pacientes¹, en parte debido a la baja costo-efectividad de las estrategias convencionales con que se lo enfrenta (contención mecánica-psicofármacos-sobreutilización de recursos)²⁻³. En el presente trabajo de Inouye y col., se presenta una novedosa estrategia de intervención múltiple dirigida a prevenir los factores de riesgo más comunes para sufrir SCA con resultados alentadores en cuanto a la disminución del número de eventos y la reducción del tiempo de ocurrencia de los mismos. Si bien hubo bastante contaminación* por difusión boca a boca entre los médicos de planta y enfermeras de las distintas salas del hospital acerca de las estrategias de intervención que se estaban aplicando, esto no impidió que se hallaran diferencias significativas. Sin embargo la mayor limitación observable es la falta de aleatorización para seleccionar la población en estudio. La participación de los investigadores en la asignación a uno u otro grupo puede sesgar, conscientemen-

te o no, la selección de los pacientes. Esta conducta fue justificada por los autores basándose en un estudio piloto en el que, al aleatorizar pacientes, se encontraban frecuentemente con falta de disponibilidad de camas. Aunque es cierto que el mejor diseño es el diseño posible, el mal menor hubiera sido la prolongación del período de inclusión frente a la posibilidad de contaminación que puede atentar contra la validez interna* del estudio. Este trabajo nos muestra la posibilidad de que el SCA en ancianos hospitalizados puede ser prevenido. Obviamente se necesita más información, idealmente de estudios aleatorizados, para evaluar la eficacia y la costo-efectividad de esta estrategia, sus efectos en resultados tales como mortalidad, reinternaciones, institucionalizaciones, uso de cuidado domiciliarios, función cognitiva a largo plazo, etc. También es importante comentar que la necesidad de comenzar a planificar estrategias preventivas en los sistemas de salud que atienden ancianos es mandatorio puesto que ya tenemos evidencia que algunas de ellas, como la prevención del ACV a través del tratamiento de la hipertensión sistólica aislada, y de las caídas, estimulando el entrenamiento físico, son verdaderamente costo-efectivas.

*Ver glosario

Dr. Ricardo Jauregui

Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Referencias

1. Geriatrics review syllabus 3rd. Ed. A core curriculum in Geriatric Medicine. American Geriatric Society 1996.
2. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horowitz, RI. Clarifying confusion: The Confusion Assesment Method: A new method for detection of delirium. Ann Int Med 1990; 113:941-8
3. Inouye SK. The dilemma of Delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. Am J Med 1994;97:278-88.