

4. Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación. Campaña de vacunación contra la gripe y el neumococo para la temporada 2010-2011. Valladolid: Consejería de Sanidad/Junta de Castilla y León; 2010.
5. Pons Sempere J, Beltrán Redondo B, Riera Mestre A, Bella Cueto F. Vacunación antigripal y antineumocócica en pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2005;205:302.
6. Hernández-García I, García-Iglesias MA, Pablos-Hernández C. Cobertura de vacunación frente a gripe y factores asociados en pacientes hospitalizados de 60 o más años. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* En prensa 2011.
7. Gavazzi G, Wazieres B, Lejeune B, Rothan-Tondeur M. Influenza and pneumococcal vaccine coverages in geriatric health care settings in France. *Gerontology.* 2007;53:382-7.
8. Andrews RM, Skull SA, Byrnes GB, Campbell DA, Turner JL, McIntyre PB, et al. Influenza and pneumococcal vaccine coverage among a random sample of hospitalised persons aged 65 years or more, Victoria. *Commun Dis Intell.* 2005;29:283-8.
9. Ariñez-Fernández MC, Carrasco-Garrido P, García-Carballo M, Hernández-Barrera V, de Miguel AG, Jiménez-García R. Determinants of pneumococcal vaccination among patients with chronic obstructive pulmonary disease in Spain. *Hum Vaccin.* 2006;2:99-104.
10. Honkanen PO, Keistinen T, Miettinen L, Herva E, Sankilampi U, Läärä E, et al. Incremental effectiveness of pneumococcal vaccine on simultaneously

administered influenza vaccine in preventing pneumonia and pneumococcal pneumonia among persons aged 65 years or older. *Vaccine.* 1999;17:2493-500.

Ignacio Hernández-García<sup>a,\*</sup>, María-Aránzazu García-Iglesias<sup>a</sup> y Carmen Pablos-Hernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

<sup>b</sup> Unidad de OrtoGeriatría, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ignaciohernandez79@yahoo.es](mailto:ignaciohernandez79@yahoo.es) (I. Hernández-García).

doi:10.1016/j.regg.2011.07.006

## Prevalencia de delirium en un área de monitorización de urgencias

### Prevalence of delirium in emergency department observation areas

Sr. Editor:

El delirium es un síndrome de causa orgánica caracterizado por una alteración del nivel de conciencia y de la atención, así como de diversas funciones cognitivas. Tiene un comienzo agudo y un curso fluctuante<sup>1</sup>.

Este síndrome puede resultar con mayor deterioro funcional durante el ingreso, una mayor intensidad en los cuidados de enfermería, un mayor uso de medidas de contención física, un aumento del tiempo de hospitalización y una mayor mortalidad hospitalaria<sup>2</sup>.

El objetivo principal del estudio fue estimar la prevalencia de delirium del área de monitorización de urgencias (AMU). Secundariamente analizar la asociación entre la presencia de delirium con los factores de riesgo y precipitantes en el AMU.

Se realizó un estudio observacional prospectivo y analítico con una muestra de conveniencia entre los meses de julio de 2009 hasta febrero de 2010. Fue aprobado por el comité ético del hospital.

Se reclutó a todos los pacientes ingresados en el AMU, durante el turno de tarde, de edad  $\geq 65$  años y que hablaran español o inglés. Se excluyeron aquellos con trastornos del lenguaje, que impidieran una correcta valoración.

Para evaluar la prevalencia de delirium se utilizó la escala Neecham. Es una herramienta con una validez diagnóstica probada, que evalúa durante las 24 h del día el nivel de procesamiento de la información, el nivel de comportamiento, y la condición fisiológica del paciente en una escala del 0 al 30, clasificando a los pacientes en 4 grupos: no delirium, riesgo, confusión media y delirium moderado o severo<sup>3</sup>.

La presencia de factores de riesgo y precipitantes se recogieron como variables dicotómicas descritas en la historia clínica del paciente.

Para estudiar la relación entre la presencia de delirium con los factores de riesgo y precipitantes, se categorizaron los 4 grupos de delirium en dos variables: no delirium (no delirium y riesgo) y delirium (delirium moderado y severo).

Se reclutaron 90 pacientes, la edad media de los cuales fue 80,5 años (DE: 7,32). El 62,2% fueron mujeres.

Los pacientes estuvieron ingresados en el AMU una mediana de 20,79 h (mín.: 3,25; máx.: 95,50; RIC: 22,06).

La prevalencia de pacientes con delirium (moderado y severo) fue del 15,56%. Los pacientes en riesgo de sufrir delirium fueron un 18,89%.

En los resultados del análisis bivalente donde se estima la presencia de delirium con los factores de riesgo y precipitantes se encontró una asociación estadísticamente significativa en la alteración del nivel cognitivo (*odds ratio* [OR]=20,45; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,95-214,47), acidosis (OR=5,68; IC del 95%: 1,30-27,75), fiebre/infección/sepsis (OR=9,37; IC del 95%: 2,59-33,85), problemas respiratorios (OR=4,63; IC del 95%: 1,41-15,18), alta severidad de la enfermedad (OR=6,48; IC del 95%: 1,64-25,63), inmovilización (OR=8,72; IC del 95%: 2,51-30,31). También se asociaron a la presencia de delirium la hipoxia (OR=5,80; IC del 95%: 1,72-19,54), fiebre/hipotermia (OR=18,61; IC del 95%: 4,81-71,95) y el catéter urinario (OR=8,72; IC del 95%: 2,51-30,31).

La prevalencia de delirium en el AMU es baja comparada con los resultados en otras áreas de hospitalización (29% en áreas de hospitalización, 30-70% en Unidades de Cuidados Intensivos), pero si comparamos con otros servicios de urgencias (SU), donde la prevalencia oscila entre el 8,3 y el 9,6%, los resultados de nuestro estudio muestran una elevada tasa de delirium<sup>4-7</sup>.

La detección del riesgo de sufrir delirium es un tema ampliamente debatido en la literatura médica; en la revisión de Perelló<sup>8</sup> identifican y describen los instrumentos predictivos de delirium en pacientes mayores hospitalizados, pero debido a la heterogeneidad de herramientas, concluyen que no existe un dispositivo general que mida la vulnerabilidad de una persona a padecer delirium. En el presente estudio, se describen cómo pacientes en riesgo, aquellos que por la escala utilizada quedaban clasificados como tales.

El hecho de detectar los pacientes en riesgo de sufrir delirium, debería promover estrategias futuras de prevención, como las propuestas en otros artículos<sup>9,10</sup>.

Los factores de riesgo y precipitantes que se asociaron estadísticamente a la presencia de delirium fueron los relacionados con la enfermedad, la inmovilidad, la alteración del nivel cognitivo y el catéter urinario. Estos resultados se asemejan a los encontrados en la literatura<sup>5,9</sup>.

La prevalencia de delirium establecido en el AMU es elevada, más aún si le añadimos la existencia de pacientes en riesgo.

Esto supone un problema de salud nada despreciable en un Servicio de Urgencias considerando que se trata de un síndrome potencialmente prevenible y tratable con posibles complicaciones graves.

El AMU, lugar de realización de este estudio es una zona muy específica que puede comprometer la validez externa de este estudio. Otras limitaciones han sido la baja frecuencia de algunos factores analizados y la falta de una versión validada en español de la escala Neecham.

### Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.regg.2011.06.008.

### Bibliografía

1. Antón M, Giner A, Villalba E. Delirium o síndrome confusional agudo. En: Sociedad española de geriatría y gerontología (SEGG). Tratado de geriatría para residentes. 1ª ed. Madrid: IM&C; 2006. p. 189.
2. Virani T, Santos J, McConell H, Mason M, Scott C, Gerolas E, et al. Screening for delirium, dementia and depression in older adults [internet]. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario; 2003 [citado 20 marzo 2009]. Disponible en: <http://www.rnao.org/bestpractices>
3. Neelon VJ, Champagne MT, Carlson JR, Funk SG. The NEECHAM Confusion Scale: construction, validation and clinical testing. Nurs Res. 1996;45:324-30.
4. Korevaar JC, Van Munster BC, De Rooij SE. Risk factors for delirium in acutely admitted elderly patients: a prospective cohort study. BMC Geriatr. 2005;5:6.

5. Van Rompaey B, Elseviers MM, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Bossaert L. Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study. Critical Care. 2009;13:160.
6. Han JH, Zimmerman EE, Cutler N, Schnelle J, Morandi A, Dittus RS, et al. Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. Acad Emerg Med. 2009;16:193-200.
7. Élie M, Rousseau F, Cole M, Primeau F, McCusker J, Bellavance F. Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. CMAJ. 2000;163:977-81.
8. Perelló Campaner C. Valoración del riesgo de delirium en pacientes mayores hospitalizados. Rev Esp Gerontol. 2010;45:285-90.
9. Durán Alonso JC, Pageo Giménez MM. Tratamiento no farmacológico del delirium. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43 suppl 3:S25-32.
10. Vidan MT, Sánchez E, Alonso M, Montero B, Ortiz J, Serra JA. An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. JAGS. 2009;57:2029-36.

Aurora Fontova Almató<sup>a,\*</sup>, Xavier Basurto Oña<sup>b</sup>  
y Laura Congost Devesa<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Enfermeras del Servicio de Urgencias, Fundació Salut Empordà, Hospital de Figueres, Figueres, Girona, España*

<sup>b</sup> *Médico de familia, Fundació Salut Empordà, Hospital de Figueres, Figueres, Girona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [aurorafontova@gmail.com](mailto:aurorafontova@gmail.com)

(A. Fontova Almató).

doi:10.1016/j.regg.2011.06.008

## Penfigoide bulloso: abordaje multidisciplinar de un síndrome dermatológico en el anciano

### *Bullous pemphigoid: multidisciplinary approach to a dermatological syndrome in the elderly*

Sr. Editor:

El penfigoide ampolloso (PA) es la enfermedad ampollosa autoinmune más común en el anciano. Los casos ocurren esporádicamente entre la sexta y octava década de la vida sin evidencia de desencadenante genético ni preferencia por raza o sexo<sup>1</sup>. Tradicionalmente considerada de curso benigno (en parte debido a la comparación con otras enfermedades ampollosas de peor pronóstico, como el pénfigo vulgar), existen estudios de cohortes que muestran una mortalidad al año entre el 23 y el 28%. Dicha mortalidad se ha puesto más en relación a la avanzada edad y a las condiciones médicas de los pacientes que con factores propios de la enfermedad<sup>2</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 94 años, que acudió al hospital por cuadro de tres semanas de evolución de lesiones ampollosas en brote, de inicio en las 4 extremidades y posterior extensión a tronco. Inicialmente eran pruriginosas, respetando mucosas. En cuanto a sus antecedentes médicos, presentaba una diabetes mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico en tratamiento con antidiabéticos orales, con un episodio de hemorragia digestiva alta por antiinflamatorios no esteroideos hacía un mes; vivía solo en su domicilio recibiendo asistencia social domiciliar mañana y tarde, con supervisión estrecha de sus dos hijas. Mantenía deambulación autónoma con andador dentro de casa y utilizaba puntualmente absorbentes por incontinencia urinaria de urgencia. Manifestaba olvidos de hechos recientes y reiteración de ideas, sin otras alteraciones cognitivo-conductuales evidentes.

A la exploración se objetivaron lesiones ampollosas flácidas, serohemorrágicas, de entre varios milímetros y centímetros de

diámetro con afectación de la práctica totalidad de la superficie cutánea, con amplias zonas de piel desnuda y lesiones urticariiformes sobreelevadas a nivel de abdomen y espalda. Se tomaron biopsias de piel, que mostraron ampollas subepidérmicas con importante concentración de eosinófilos local, sugerentes de penfigoide bulloso de acuerdo a la literatura descrita<sup>3</sup>. Igualmente mostraron positividad a la inmunofluorescencia directa para IgG y C3. Ante la importante extensión y la severidad del cuadro, se decidió ingreso en el servicio de Geriatría.

Durante su estancia hospitalaria se realizaron curas diarias dos veces al día con fomentos de sulfato de zinc en las zonas de piel afectadas. Tras 15 minutos, en las lesiones exudativas se aplicaban apósito cicatrizante (tipo tulgrasum), sulfadiazina argéntica y compresas oclusivas y en las lesiones secas, vaselina líquida. A las dos semanas aparecieron nuevas lesiones ampollosas, escasas, de varios centímetros de diámetro, que fueron controladas con corticoides tópicos (clobetasol). Resueltas las lesiones exudativas, fueron suspendidos los fomentos de zinc.

En cuanto al tratamiento farmacológico oral, se administraron según indican recientes revisiones dosis elevadas de corticoides en la fase inicial (deflazacort 120 mg/día) junto a inhibidores de bomba de protones y suplementos orales de calcio y vitamina D<sup>4,5</sup>. Con vistas a disminuir la dosis de corticoides sistémicos empleados dado su antecedente reciente de hemorragia digestiva se introdujo en el tratamiento azatioprina a dosis de 50 mg/día. Esto permitió disminuir la dosis diaria de deflazacort al 50% tras 10 días de tratamiento. La retirada secuencial de corticoides debe plantearse una vez se alcanza la estabilización del cuadro; dicha estabilización en ausencia de otros parámetros fiables se establece mediante el criterio clínico de la no aparición de nuevas lesiones.

Cuando las lesiones aún no se habían reepitelizado y existía exposición de más del 70% de la superficie corporal, tras pico febril acompañado de hemocultivos positivos para *Staphylococcus aureus* meticilín resistente se administró vancomicina intravenosa con