

11241

13

24

TESINA PARA OBTENER EL GRADO DE:  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

DELIRIUM: INTERFASE ENTRE LA PSIQUIATRIA Y LA  
MEDICINA

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y DE DIAGNOSTICO DEL DELIRIUM:

ESTUDIO DE INTERCONSULTAS A PSIQUIATRIA EN UN HOSPITAL GENERAL

ALUMNO: DR. HARRY BAKER ISRAEL  
SERVICIO DE PSIQUIATRIA, HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

TUTOR: ING. JOSE CORTEZ

ASESOR: DR. LAURO A. CASTANEDO DE A.

1990



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

**INDICE**

|    |                                  |
|----|----------------------------------|
| 1  | I) TITULO                        |
| 2  | INDICE                           |
| 3  | PROPOSITO                        |
| 4  | II) MARCO TEORICO                |
| 4  | *INTRODUCCION                    |
| 5  | HISTORIA                         |
| 6  | *FACTORES PREDISPONENTES         |
| 7  | EPIDEMIOLOGIA                    |
| 8  | *ETIOLOGIA                       |
| 8  | ETIOLOGIA                        |
| 8  | FISIOPATOLOGIA                   |
| 9  | *MANIFESTACIONES CLINICAS        |
| 10 | CARACTERISTICAS GENERALES        |
| 11 | COGNICION                        |
| 12 | CONDUCTA                         |
| 13 | DORMIR-VIGILIA                   |
| 13 | CARACTERISTICAS ASOCIADAS        |
| 13 | NIÑOS                            |
| 14 | ANCIANOS                         |
| 14 | CURSO                            |
| 14 | *DIAGNOSTICO                     |
| 15 | EXAMEN COGNITIVO                 |
| 15 | ELECTROENCEFALOGRAFIA            |
| 16 | DIAGNOSTICO DIFERENCIAL          |
| 17 | *ASPECTOS ETICO-LEGALES          |
| 18 | *TRATAMIENTO                     |
| 18 | CAUSA DESENCADENANTE             |
| 19 | MEDIDAS GENERALES                |
| 19 | TRATAMIENTO PSICOLOGICO          |
| 20 | RITMOS BIOLÓGICOS                |
| 20 | CONTROL CONDUCTUAL               |
| 22 | *PREVENCIÓN                      |
| 24 | III) INVESTIGACION               |
| 24 | *OBJETIVOS                       |
| 24 | *HIPOTESIS                       |
| 24 | *MATERIAL Y METODOS              |
| 24 | MATERIAL                         |
| 24 | METODO                           |
| 25 | -Criterios de inclusión          |
| 25 | -Criterios de exclusión          |
| 26 | ANALISIS                         |
| 26 | CONSIDERACIONES ETICAS-PACIENTES |
| 26 | *RESULTADOS                      |
| 29 | *DISCUSION                       |
| 33 | IV) CONCLUSIONES                 |
| 34 | V) REFERENCIAS                   |
| I  | VI) APENDICE A: TABLAS Y FIGURAS |
|    | B: FORMATO DE CAPTURA            |

## **PROPOSITO**

El Delirium es una emergencia médico-psiquiátrica, en la que el psiquiatra interactúa con médicos no-psiquiatras, personal paramédico y familiares no acostumbrados a reconocer y tratar manifestaciones mentales.

Se realizó una revisión bibliográfica y un estudio acerca de las características demográficas y clínicas de los pacientes que sufren Delirium y que son referidos al servicio de Psiquiatría de un hospital general (Hospital Español de México).

## II) MARCO TEORICO

### INTRODUCCION

La mente y el cuerpo estan interrelacionados. Las enfermedades mentales tienen manifestaciones corporales y viceversa. Actualmente, cuando la Psiquiatria vuelve a ser "aceptada" como una especialidad integral de la medicina, el Delirium es, probablemente, el mejor ejemplo de interacción entre los médicos no-psiquiatras y la Psiquiatria. El Delirium es un síndrome multicausal, en el cual las manifestaciones cerebrales son resultado de enfermedades somáticas. Este cuadro cobra gran interés e importancia por varios motivos: su alta frecuencia, sus manifestaciones aparatosas, el que ensombrece el pronóstico del paciente y su potencial reversibilidad; todo ello obliga a conocerlo y a manejarlo adecuadamente en beneficio de los pacientes.

El nombre Delirium proviene del latin ("de": fuera de; "lira": surco, ruta), aunque esta entidad ha sido denominada de múltiples maneras (Tabla 1).

Existen otros síndromes cerebrales orgánicos (demencia, síndrome amnésico, alucinosis orgánica, síndrome delirante orgánico, síndrome afectivo orgánico, síndrome ansioso orgánico, síndrome orgánico de la personalidad, intoxicación y supresión) los que no serán objeto de discusión en el presente trabajo.

El Delirium ha sido objeto de numerosos estudios, de los que destacan las excelentes revisiones de Bleuler (7) y de Lipowski (29), este ultimo considera que se trata de un trastorno transitorio de la cognición (Cognición: proceso involucrado en operaciones simbolicas, como la percepción, la memoria, creación de imagenes y el pensar) y de la atención, que se acompaña de trastornos en el ciclo dormir-

vigilia y en la conducta psicomotora (30). Otros lo definen como un deterioro reversible y global del proceso cognitivo; en tanto que los neurologos Victor y Adams proponen que se trata de un estado confusional especial, caracterizado por desorientación, en presencia de estado de alerta y vigilia (50). Un diccionario medico lo enmarca como trastorno de las facultades mentales, con alteración de las morales o sin ella, que se manifiesta por lenguaje incoherente, excitación nerviosa e insomnio (10). La Asociación Psiquiátrica Americana, a través del DSM-III-R resalta, como punto central el trastorno en la atención (5).

## HISTORIA

Desde la mas remota antigüedad, el hombre ha observado cuadros de alteraciones mentales relacionados a procesos febriles y tóxicos y les ha conferido un significado de posesión demoniaca o de espíritus. Hipocrates describia ya las "Frenitis" como un estado confusional agudo; en tanto que Areteo de Capadocia comentaba los procesos mentales que se encontraban en los procesos febriles. En el Siglo II, Galeno distinguia los delirios primarios de los secundarios (7).

En tiempos mas cercanos, Sydenham en el siglo XVII describió los delirios febriles, en tanto que, una entidad similar a la que llamo estupidez fue descrita por Georget en 1820. En 1851 Delasiauve hizo una magistral descripción del cuadro y fue el primero en llamarle confusión mental (14). En 1887 Savage describio un cuadro caracterizado por locura postquirúrgica despues del uso de anestesia (44). Bonhoffer en Alemania describió las reacciones exógenas agudas ("Verwirrtheit") desatando importantes controversias con los autores franceses de la época (40).

Ya en nuestro siglo, se publico un reporte que integraba de manera definitiva las características del Delirium (54), en

el cual se enfatizaron las manifestaciones de un estado de conciencia anormal para su diagnóstico, lo que fue validado posteriormente (12).

## **FACTORES PREDISPONENTES**

Todas las personas son susceptibles de padecer Delirium, aunque su presencia se facilita por una vulnerabilidad individual y algunos factores predisponentes; entre estos se encuentran los extremos de la vida, ya que en ambos los mecanismos homeostáticos son menos eficientes.

En la práctica clínica diaria se ve este cuadro con alta frecuencia en los viejos (31,49) ya que en ellos existe un nivel inferior de albúmina sanguínea, un bajo volumen de distribución, una menor capacidad de metabolismo renal y hepático, así como una mayor incidencia de desnutrición y es frecuente el uso de múltiples medicamentos. Además de que coexisten, se exacerban y se facilita la presentación de otros padecimientos.

Otros factores son: los hereditarios; la disminución de la visión y de la audición; las lesiones y/o enfermedades cerebrales; la disminución en la síntesis de neurotransmisores (principalmente acetilcolina). Se ha relacionado el Delirium con privación sensorial y del dormir; con inmovilización; estrés psicosocial y a cambio de medio ambiente, principalmente en ancianos.

Las enfermedades crónicas tiene un papel importante, entre ellas destacan el alcoholismo, las enfermedades cardíacas, hepáticas, pulmonares, renales y psiquiátricas. Estos padecimientos actúan en relación directa con el grado influencia que ejercen sobre las funciones cerebrales, así como con la

gravedad del padecimiento. El acto quirúrgico y la anestesia son otros factores importantes de riesgo.

Podrían estar relacionados los rasgos de personalidad paranoides, aunque esto no ha sido confirmado. A pesar de que se ha discutido la relación entre la ansiedad preoperatoria y la posibilidad de desarrollar Delirium postoperatorio, artículos recientes no apoyan esta asociación (46).

Finalmente señalaremos que se ha reportado que la presencia de Delirium puede ayudar en la resolución de cuadros depresivos (8).

## EPIDEMIOLOGIA

La literatura médica indica que se han encontrado datos de Delirium en el 10 al 13% de los pacientes de hospital general (48,52); en estos, el Delirium ocupa del 20 al 40% de las interconsultas para los psiquiatras (20,35). En pacientes ancianos, el problema es mayor, ya que hay evidencia de Delirium en el 14-50% de ellos (19,34,51). Otro grupo de alto riesgo son los pacientes psiquiátricos, ya que se ha encontrado que hasta en un 93% sufren de padecimientos médicos no detectados y que ameritan tratamiento (43). Por sexo se ha encontrado frecuencia similar (36).

La mortalidad de los pacientes con diagnóstico de Delirium es de alrededor del 23%, lo que es bastante alto, si se considera que la mortalidad de los paciente hospitalizados sin deterioro cognitivo es de alrededor del 4%. Este diagnóstico tiene implicaciones para el pronóstico, ya que, en seguimiento de un año, la mortalidad puede alcanzar hasta el 45% (41), además de que duplican la estancia hospitalaria, con el incremento en costos inherente (47).

## ETIOPATOGENIA

### ETIOLOGIA

El Delirium es un padecimiento en el cual el metabolismo cerebral se encuentra alterado, ya sea por factores intrínsecos o factores extrínsecos. En su etiología la multicausalidad es la regla, aunque este puede ser desencadenado por un solo trastorno, pero siempre y cuando sea de la suficiente intensidad para romper el equilibrio homeostático.

Se pueden resumir a 4 categorías de causas principales:

- 1.- Enfermedad primaria cerebral.
- 2.- Enfermedad sistémica que afecta el cerebro.
- 3.- Intoxicación con sustancias endógenas
- 4.- Supresión a sustancias depresoras y de abuso.

En las Tablas 2, 3 y 4 se enumeran las principales enfermedades causales, los medicamentos reportados que lo pueden desencadenar y las causas reportadas en los últimos 3 años en la literatura médica respectivamente.

### FISIOPATOLOGIA

En la fisiopatología del Delirium se han involucrado diversas teorías para explicar los mecanismos por los cuales se desarrolla el síndrome, aunque todavía se desconocen los mecanismos íntimos de este, aunque se presume un trastorno difuso del metabolismo del sistema nervioso central. Todas las teorías involucran un sustrato cerebral, con un metabolismo trastornado y pueden coexistir entre ellas. Las principales son las siguientes:

- a) Metabolismo cerebral alterado a nivel de sustratos (glucosa, oxígeno, etc.) (45).

- b) Transmisión sináptica alterada (23).
- c) Cambios en la barrera hemato-encefálica (23).
- d) Trastornos en la circulación sanguínea cerebral (6).

Otras teorías incluyen la reacción aguda a estrés mediada por hipercortisolemia con efecto negativo en la zona cerebral del procesamiento de la información (32) y lesiones agudas en el sustrato anatómico de la atención (18).

Es importante señalar que se ha demostrado una correlación entre la presencia de Delirium y el nivel sérico de actividad anticolinérgica (20). El sitio de colocación de los electrodos durante la terapia electroconvulsiva (unilateral o bilateral) no parece tener influencia en la aparición de Delirium (28).

El Delirium no se ha asociado con ninguna alteración característica o patognomónica de la morfología cerebral (53), de tal manera que los cambios encontrados son reportados habitualmente como cambios inespecíficos, ya sea el cerebro edematoso con ensanchamiento de los espacios perivasculares y perineuronales, además de palidez; en el examen microscópico se puede observar edema neuronal cortical, hiperemia perivascular y algo de disolución de los granulos de Nissl.

## **MANIFESTACIONES CLINICAS**

El Delirium es un cuadro pleomórfico (7). Su rango clínico de severidad es amplio; desde aquel en el cual sus manifestaciones son muy tenues y pasan desapercibidas; hasta el ser extraordinariamente severo y que se convierte en un problema serio de manejo, no solo para el personal médico y paramédico, sino también para los familiares.

Es un cuadro dinámico, con gran variabilidad temporal, tanto en intensidad como en el tipo de datos con que se manifiesta; por ello el paciente puede estar lucido y prácticamente asintomático en una exploración y minutos después aparecer con datos importantes.

Su diagnóstico no es difícil cuando cubre de manera espectacular todos los criterios de las diversas clasificaciones; lo es cuando es leve, cuando se presenta en pacientes que son atendidos por médicos que no conocen o que no piensan en esta entidad o aquellos que, por diversas razones no solicitan apoyo de especialistas en el campo. Esto depriva al paciente de la ayuda para resolver rápida y efectivamente el problema, prevenir complicaciones, disminuir la morbi-mortalidad y bajar la ansiedad del paciente, la familia y del equipo de salud tratante.

El diagnóstico ha evolucionado con las diversas clasificaciones; las más recientes y vigentes, como el DSM-III-R (5) y el ICD-10 (38) han establecido criterios operacionales para su diagnóstico, con ventajas para estandarización en terminología e investigación (tabla 5).

#### **CARACTERISTICAS GENERALES (14,37,53)**

La instalación del cuadro es rápida, habitualmente de horas a semanas; lo que puede ser más aparente que real, ya que los datos prodrómicos llegan a pasar desapercibidos o ser atribuidos a otras causas; estos datos son: inquietud diurna, ansiedad, miedo, hipersensibilidad a la luz y al sonido, insomnio, pesadillas, cefalea e hiporexia. Como prueba diagnóstica se sugiere el presionar ligeramente los globos oculares: mientras que las personas sanas reportan luces y colores, aquellos que sufren Delirium refieren imágenes más complejas.

Es habitual que se presente fluctuaciones rápidas con variación circadiana del cuadro en forma de un habitual empeoramiento durante la noche ("sundowning" o "atardecimiento"), por lo que el paciente puede estar lúcido, tranquilo o somnoliento durante el día y mostrarse agitado y confuso al oscurecer.

## COGNICION

Los trastornos cognitivos varían desde los muy sutiles, con imposibilidad para concentrarse y dirigir la atención, hasta trastornos en el nivel de conciencia, pasando por somnolencia, obnubilación, estupor y puede llegar al coma.

La atención siempre se está alterada; el paciente no puede movilizarla, cambiarla de nivel, sostenerla o dirigirla; por lo tanto se distrae fácilmente. Puede encontrarse hipo o hiperalerta con respuesta disminuida o aumentada a los estímulos. La atención es fluctuante y se encuentra relacionada al ciclo circadiano con el deterioro nocturno ya descrito.

Se encuentra al paciente desorientado, inicialmente en tiempo, posteriormente en espacio y llega a estarlo en persona, aunque esto último es raro.

La memoria se encuentra afectada, principalmente la de hechos recientes, con trastornos en el registro, la retención y la evocación. Se puede encontrar falsos recuerdos y confabulación. Al terminar el cuadro el paciente tiene un muy pobre registro de lo sucedido durante este.

El pensamiento se encuentra enlentecido, fragmentado y desorganizado; no puede llevar un curso adecuado, reflejado en el lenguaje (con o sin disartria). El juicio es pobre; su habilidad para el pensamiento abstracto y para el aprendizaje se encuentran disminuidas, así como la capacidad para

resolver problemas. Es frecuente encontrar ideas delirantes poco estructuradas y cambiantes (habitualmente paranoides) relacionadas a los trastornos sensorio-perceptivos, lo que puede generar conducta. Otras alteraciones son la acalculia, y la disgrafia la que parece ser un dato sensible para detectar alteraciones cognitivas.

A nivel sensorio-perceptivo se encuentran distorsiones y malas interpretaciones por disminución en la capacidad discriminativa y en la comprensión del significado de lo percibido, así, los pacientes confunden el medio que les rodea, a los médicos y a sus familiares. A veces hay fenómeno de deja vu (fenómeno "de lo ya visto"). Las ilusiones y alucinaciones varían de simples a complejas; son predominantemente visuales y ocasionalmente auditivas; en raras ocasiones se pueden presentar alucinaciones olfatorias, quinestésicas y táctiles. Frecuentemente producen miedo (lo que puede provocar conducta de huida o de agresión, como quitarse la vía intravenosa o intentar salir del cuarto, y pueden agredir a quien los intenta detener, pues lo interpretan como un ataque); no tienen las implicaciones personales de aquellas que se presentan en la esquizofrenia.

## **CONDUCTA**

La actividad psicomotriz muestra una gama desde la anergia con baja motilidad hasta la hiperactividad y gran agitación; presenta variabilidad en el transcurso del día. Los movimientos pueden ser estereotipados, con torpeza de ellos; temblor fino de intención, asterixis y mioclonus multifocal. La fisionomía se caracteriza por una máscara de confusión, da la impresión de embotamiento y extravío, con mirada vacía y lejana; la fisionomía es rígida y la mímica inadaptada.

## **DORMIR-VIGILIA**

El ciclo dormir-vigilia se encuentra alterado con fluctuación entre somnolencia diurna e insomnio nocturno. Las pesadillas y sueños vividos son comunes.

## **CARACTERISTICAS ASOCIADAS**

El afecto es labil y puede encontrarse embotado, aunque en otros puede ser intenso. Ansiedad, irritabilidad, enojo, euforia y apatia lo matizan. La asociación con depresión y/o con ideación paranoide es de peligro por el riesgo de suicidio que conlleva.

Todo tipo de manifestaciones autonómicas pueden estar presentes: palidez, vasodilatación, diaforesis, anhidrosis, miosis, midriasis, taquicardia, bradicardia, hipotensión, hipertensión, fiebre, hipotermia, náusea, vómito, diarrea, constipación, etc. Estas pueden estar en relación con los factores etiologicos y desencadenantes del cuadro.

No se debe de olvidar la presencia de otros padecimientos y síntomas psiquiátricos, contribuyentes o coexistentes, en el mismo paciente.

## **NIÑOS**

En los niños (2), su vulnerabilidad esta relacionada al grado de maduración, siendo también de importancia la personalidad premórbida y el ambiente familiar. Todas estas las pueden acompañarse de convulsiones. Sus manifestaciones se caracterizan por:

- A.- Alteraciones confusionales.
- B.- Trastornos tímicos.
- C.- Síndrome delirante.

- D.- Afección psicomotora de tipo oposicional.
- E.- Trastornos del comportamiento polimórfico.

## **ANCIANOS**

En los ancianos (55) en Delirium los signos y síntomas descritos pueden presentarse de manera muy obvia, con trastornos espectaculares en el paciente que pueden alarmar al médico y a la familia. Sin embargo, también puede convertirse en un singular problema diagnóstico ya que muchos de los signos que acompañan a enfermedades físicas pueden ser muy tenues y pasar desapercibidos (ej. dolor con rigidez abdominal, fiebre, etc.). Por otro lado, si el cambio en conducta y en el estado de conciencia es hacia la baja, existe el riesgo de que no se le preste la suficiente atención y cuidados al paciente ("no se queja"). La agitación y la irritabilidad en el pueden dificultar la búsqueda de signos y síntomas asociados o la adecuada administración de las medidas terapéuticas.

## **CURSO**

El curso variable, con inicio agudo o subagudo, y la duración habitual es de aproximadamente una semana, pero puede llegar en hasta meses, lo que puede cronificar el cuadro y convertirlo así en una demencia con daño irreversible.

## **DIAGNOSTICO**

El diagnóstico de Delirium es clínico, y debe validarse de acuerdo a los criterios de alguna de las clasificaciones vigentes más usadas, como el DSM-III-R o el ICD-10; este se basa en una minuciosa historia clínica, una exhaustiva exploración física y se complementa, para apoyar, confirmar o descartar el diagnóstico con exámenes de laboratorio y

gabinete (Tabla 6); estos últimos los dividimos en indispensables, como aquellos que se deben realizar de rutina en todo paciente en que lo sospechemos, y pruebas que se debe considerar su utilidad en cada caso específico de acuerdo a criterios fundamentados (indudablemente que esta lista esta abierta; se debe realizar los exámenes necesarios para confirmar o descartar cualquier otra entidad de la que se crea que es causa o que contribuye al Delirium).

### EXAMEN COGNITIVO

Se han desarrollado algunos exámenes rápidos, efectivos y validados para valorar el estado cognitivo; son conocidos como "Exames Mini-Mentales"; de estos destacan dos: el de Folstein (17) (que es mas completo) y el de Pfeiffer (39) (que es de aplicación mas rápida y sencilla). El primero, con un umbral de corte de 24 puntos tiene una sensibilidad del 87% y 82% de especificidad (3); en tanto que el segundo tiene una sensibilidad del 88.7% y especificidad del 75% para detectar deterioro cognitivo en pacientes con Delirium o Demencia con un punto de corte mínimo de 2 puntos para Delirium (13). Su utilidad estriba en que permite identificar daño cognitivo y servir como de base cuantitativa para valorar la evolución del paciente.

### ELECTROENCEFALOGRAFIA

El Electroencefalograma (EEG) es un metodo del gabinete neurofisiológico de gran ayuda para el diagnostico de Delirium, ya que la frecuencia del EEG refleja la tasa de metabolismo de oxígeno cerebral y como consecuencia el flujo sanguíneo.

La característica electroencefalografica (24) mas importante del Delirium es el enlentecimiento de la frecuencia (mas que la frecuencia absoluta dominante), por lo que es de gran

importancia en pacientes con demencia previa, quienes pueden tener un enlentecimiento previo del EEG. Por ejemplo, una frecuencia de 8-9 Hz puede ser significativamente anormal. Si esta ha reemplazado a un ritmo alfa de frecuencia más alta. Ello resalta la importancia de tomar EEG seriados, aunque debe recordarse que estos hallazgos son inespecíficos (12). Cuando la confusión es evidente, resalta actividad en las bandas theta y delta, particularmente en las regiones frontales. El pronóstico del paciente es mejor cuando el EEG se muestra reactivo a estímulos aferentes. Algunos autores han sugerido que es requisito estos cambios en el EEG para confirmar el diagnóstico de Delirium.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial más importante a efectuar es la demencia (la que no es reversible y clásicamente se ha descrito que no hay alteraciones en el nivel de conciencia), cuya característica es la presencia de deterioro cognitivo global crónico; sin embargo es importante recalcar que ambos diagnósticos pueden coexistir.

Otros trastornos orgánicos se denominan de acuerdo al trastorno predominante (no afectan las funciones de manera global), así hay trastornos orgánicos amnésico, delirante, alucinatorio, afectivo, ansioso y de personalidad. Finalmente, es importante considerar aquellos cuadros que surgen a partir de la intoxicación, supresión, reacciones idiosincráticas, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas específicas, las que tienen su propio apartado diagnóstico.

Los trastornos psicóticos, dentro del espectro de la esquizofrenia, se distinguen por que la presencia de ideas delirantes y otros trastornos del juicio son más constantes y sistematizados; además en estos, el curso no es fluctuante, no hay trastornos en la memoria y la orientación. Una

piedra angular es que en el Delirium se presenta habitualmente un enlentecimiento difuso del EEG, lo que sirve para distinguirlo de los trastornos por simulación.

## ASPECTOS ETICO-LEGALES

El tratamiento de pacientes con Delirium tiene implicaciones ético-legales (16), pues es frecuente, en momentos críticos, que los pacientes rehusen las intervenciones terapéuticas, aunque estas tengan la posibilidad de prevenir daño en ellos o en otras personas.

El paciente con Delirium, al presentar trastornos en la atención, en la memoria, en el juicio, en la sensopercepción y estar desorientado; presumiblemente no es competente de otorgar consentimiento informado (tomar una decisión voluntaria con conocimiento de riesgos, beneficios y alternativas) sobre su padecimiento. Evidentemente estas decisiones recaen en el padre, tutor legal o familiar mas cercano. Pero, ¿que sucede con los pacientes que gozan de sus derechos legales y que caen en Delirium y que no han otorgado consentimiento informado para el tratamiento? el conflicto estriba en la urgencia de recibir tratamiento frente a la espera prolongada que implica un juicio de interdicción (art. 450 del código penal de la República Mexicana) además del esfuerzo para la restitución de estos derechos una vez que ha cedido este cuadro, habitualmente reversible.

El concepto de consentimiento implícito establece que una persona razonable desearía recibir tratamiento frente a una emergencia, cuando su estado le impide tomar esta decisión. Esto siempre debe de complementarse (cuando el tiempo lo permita) con la discusión y autorización por la persona que mas cerca este del paciente y quien vele por los intereses de este. Tambien es útil solicitar una segunda opinión

médica, principalmente cuando el procedimiento planeado conlleve un alto riesgo.

Todo lo anterior no descarta la necesidad de tomar las acciones legales pertinentes si la situación lo permite, enmarcado en las consideraciones éticas de "primum non nocere", actuar siempre en beneficio del paciente, considerando como valores máximos la vida y la calidad de esta.

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento del Delirium se basa en 3 puntos principales:

- 1.-Corregir la(s) causa(s) desencadenante(s)
- 2.-Medidas generales
- 3.-Control conductual

## **CAUSA DESENCADENANTE**

Dado que el Delirium siempre es secundario a otro padecimiento, y que su manifestación es a través de síntomas mentales, su mejoría depende, necesariamente, de la resolución del padecimiento o primario. Es por ello que es importante actuar rápida y eficientemente, ya que al mismo tiempo se previene su cronificación y el daño que el padecimiento primario esta generando. Finalmente, el corregir el trastorno primario, resolverá el Delirium, en tanto que la sola intervención farmacológica para tratamiento del Delirium puede agravar la situación por acumulación de efectos secundarios.

Algunos trastornos son comunes. La fiebre y los trastornos hidroelectrolíticos deben de ser controlados rápidamente.

Los procesos infecciosos ameritan una terapia antimicrobiana eficiente y racional.

## MEDIDAS GENERALES (37,55)

El paciente debe permanecer encamado, con vigilancia estrecha las 24 horas, para prevenir autolesiones y caídas. La buena atención de enfermería es esencial y debe realizar cuidados generales frecuentes (limpieza de boca, tratamiento ocular, cuidado de la piel, mudas de ropas, etc.); este personal debe estar entrenado para detectar tempranamente los signos de Delirium y reportarlos inmediatamente. Dentro de lo posible se deben evitar los cambios de medio ambiente, como el cuarto y el personal que lo atiende. Las visitas deberán ser frecuentes, pero no perturbadoras, estas deberán reorientar frecuentemente al paciente: su actitud debe de ser tranquilizadora.

Para reorientación al paciente, este debe de contar con ventanas donde pueda identificar el día de la noche, así como un calendario de hoja y un reloj con manecillas con números fácilmente visibles. El cuarto puede ser decorado con fotografías, cuadros y objetos familiares del paciente.

## TRATAMIENTO PSICOLOGICO (42)

El tratamiento psicologico se orienta en 2 direcciones:

A) Compensar los trastornos cognitivos. Esto se logra a través de clarificar, verificar y validar las percepciones; la explicación de los eventos y la repetición de la información importante.

B) Tratar las emociones potencialmente abrumadoras. Ello por medio del reconocimiento de estas; el proveer un ambiente familiar; aliviar la soledad; así como promover la sensación de control sobre lo que está sucediendo y responder a la necesidad de esperanza y de información realista.

A la familia, siempre se le debe dar una visión realista, en un lenguaje que puedan comprender, pero sin que la información sea otorgada de manera cruenta. Hay que considerar el apoyar y discutir los sentimientos de esta y del personal médico y paramédico a cargo del paciente, para identificar y resolver fuentes de stress y agresividad con el fin de orientarlos a lo largo del curso del padecimiento y dirigirlos en un camino que vaya en beneficio del paciente.

La intervención psicológica se puede ver afectada por los sentimientos del médico, el que, ante un paciente agitado y poco cooperador puede suponer que este no se beneficiara al hablarle; otros factores personales que pueden estar involucrados incluyen la tendencia a evitar personas poco cooperativas, la incapacidad para reconocer la tensión psíquica (en comparación con el dolor físico), e ignorancia de como resolver este y miedo de que los esfuerzos para ayudar psicológicamente al paciente requiera de demasiado tiempo y esfuerzo.

### **RITMOS BIOLÓGICOS**

Con el fin de regularizar el ciclo dormir-vigilia se debe mantener al paciente despierto durante el día; para ello la habitación debe de contar con adecuada luz y se puede tener prendido un radio o televisor. En las noches, además de un ambiente tranquilo, con luz tenue (para evitar traumatismos por la oscuridad) se puede apoyar con fármacos del tipo hipnótico para inducir y mantener el dormir.

### **CONTROL CONDUCTUAL**

Actualmente es poco necesario el uso de métodos físicos para la restricción de la agitación del paciente, es por ello que la piedra angular es el tratamiento farmacológico. Un buen principio del cual partir es el de usar el menor número de

medicamentos posibles, a la menor dosis (util: la polifarmacia con los efectos secundarios acumulados lo intensifican y perpetúan favorecer deterioro cognitivo (26).

Para sedación y control conductual del paciente agitado se han utilizado diversos fármacos. La mayor parte de la literatura sugiere utilizar dosis bajas de neurolepticos de alta potencia (ej. Haloperidol de 0.5 a 5mg. para impregnación; aunque se ha sugerido el uso de dosis mayores, hasta 15mg), a repetir cada 20-60 minutos hasta tranquilizar al paciente y, posteriormente la mitad de la dosis total administrada (que será la dosis de mantenimiento) se divide en 2-4 tomas por día (22); es conveniente dar una mayor parte de la dosis al anochecer, porque es en estas horas cuando es más frecuente e intensa la agitación psicomotriz y con el fin de ayudar a regularizar el ciclo dormir-vigilia. Ultimamente han aparecido reportes sobre la utilidad de este medicamento por vía intravenosa (33). También se ha propuesto el uso de otros neurolepticos (14), como la Clorpromazina (50-400mg.), la Levomepromacina (25-300mg.), la Tioproperacina (10-120mg.) etc., pero cuentan con el inconveniente de provocar un bloqueo mayor de los receptores muscarínicos y pueden provocar hipotensión y trastornos del ritmo cardiaco, lo que podría agravar el cuadro.

En caso de tener reacciones parkinsonicas por el uso de estos medicamentos, se sugiere el uso de antagonistas de la dopamina (ej. amantadina) a la que se le ha reportado provocar un menor déficit de memoria (15) en comparación con los anticolinérgicos tradicionales (ej. Eperiden).

El uso de Benzodiazepinas es controversial, porque si bien puede ser de utilidad como sedantes o como hipnóticos, conllevan el riesgo de reacciones paradójicas, las que se han relacionado a aquellas de vida media más larga como el Diazepam y Clorodiazepóxido (9), quienes tienen mayor

peligro de acumulación. Por esto es preferible el uso de las Benzodiacepinas de vida media mas corta (especialmente en los casos de supresión a alcohol y sedantes), y si existe datos de insuficiencia hepática, esta indicado el uso de las que no sufren un metabolismo hepático complejo (Lorazepam y Oxazepam).

En caso de intoxicación por anticolinérgicos se preconiza el uso de Fisostigmina (1-2mg. I.V. c/15 minutos); desgraciadamente no existe comercialmente en México. Se debe valorar el uso de Neostigmina, pero esta tiene el inconveniente de no cruzar eficientemente la barrera hemato-encefálica.

Otros tratamientos poco usados son: la terapia electroconvulsiva (25), las vitaminas (14) (se han sugerido la Vit. B1, la Vit. C, y la Vit. B12) y los corticoides.

## **PREVENSIÓN**

La instalación del Delirium puede prevenirse (53). El primer paso es el conocimiento de esta entidad por parte del médico, para saber que todos los pacientes, principalmente los ancianos, los que tienen daño cerebral previo, aquellos con enfermedades múltiples coexistentes o con alteración en los mecanismos homeostáticos o aquellos que toman medicamentos que afectan el sistema nervioso central están en mayor riesgo de presentarlo.

Medidas preventivas prácticas son: evitar la polifarmacia; la prescripción juiciosa y valorada de nuevos medicamentos; evitar la suspensión brusca de aquellos a los que ya estaba acostumbrado; la preparación psicológica preoperatoria; el reducir los factores de riesgo (ej. el alcoholismo); la prevención, el diagnóstico y tratamiento temprano de enfermedades coexistentes en el paciente. Evidentemente el

diagnóstico y tratamiento temprano son medidas de prevención secundaria esenciales para evitar secuelas en un padecimiento potencialmente reversible.

### III) INVESTIGACION

#### **OBJETIVOS**

Se describirán las características demográficas y la forma clínica de presentación de los pacientes con diagnóstico de Delirium, para los cuales se solicitó interconsulta al servicio de Psiquiatría de un hospital general.

Se estudiará la frecuencia de presentación de los criterios del DSM-III-R (5). Se buscarán correlaciones significativas de importancia entre las variables descritas.

#### **HIPOTESIS**

El estudio es descriptivo, no habrán maniobras experimentales. Se prevén características clínicas similares a las descritas en la literatura médica internacional.

#### **MATERIAL Y METODOS**

##### **MATERIAL:**

Recursos humanos:

-Un médico residente, el asesor y el tutor.

Recursos materiales:

-Registro de interconsultas al servicio de Psiquiatría del Hospital Español de México.

-Archivo clínico del Hospital Español de México.

-Formato anexo para captura de información (apéndice B).

-Una microcomputadora.

##### **METODO:**

1.- Se hará una revisión de la bibliografía sobre el tema.

2.- Se identificarán las solicitudes de interconsulta al servicio de psiquiatría del Hospital Español de México provenientes de: el servicio de urgencias, los pacientes adultos internados y los pacientes hospitalizados en el servicio de Psiquiatría, dentro del periodo comprendido de enero de 1987 al final de febrero de 1988.

3.- Aquellos expedientes de los casos que hallan sido diagnosticados con Delirium se les aplicarán estrictamente los criterios diagnósticos del DSM-III-R y se descartarán aquellos que no los cumplan.

4.- De aquellos casos que hallan sido diagnosticados con Delirium, se obtendrá información demográfica, de las características clínicas y de la evolución del padecimiento del expediente clínico.

5.- Se analizarán los resultados.

6.- Se discutirán los resultados y se intentará obtener conclusiones relevantes.

#### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

Todos los pacientes de los servicios de urgencias, de hospitalización de adultos y los internados en la sala de Psiquiatría que tuvieran diagnóstico de Delirium efectuado por médicos adscritos y/o residentes del servicio de Psiquiatría y cuyos expedientes consignaran información suficiente para cumplir con los criterios diagnósticos para Delirium del DSM-III-R.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

-Los pacientes que no cumplen los criterios de inclusión.  
-Los pacientes con intoxicaciones por intento de suicidio, así como las intoxicaciones y casos de supresión por alcohol y drogas. También se excluyeron otros síndromes cerebrales.

orgánicos (demencia, síndrome amnésico, alucinosis orgánica, síndrome delirante orgánico, síndrome afectivo orgánico, síndrome ansioso orgánico, síndrome orgánico de la personalidad, intoxicación y supresión).

### ANALISIS

Se aplicarán pruebas de estadística descriptiva y análisis por pruebas no paramétricas habituales (Prueba exacta de Fisher y prueba de  $\chi^2$ ) (27). La codificación para el análisis se muestra en la tabla 7.

### CONSIDERACIONES ETICAS

Se respetará la confidencialidad de los pacientes. No se realizarán maniobras experimentales.

### RESULTADOS

De acuerdo al registro de interconsultas solicitadas al servicio de Psiquiatría del Hospital Español de México, en el periodo descrito se recibieron 53 solicitudes de interconsulta con diagnóstico de Delirium (Tabla 8); de estas solamente en 32 de ellas se registró en el expediente información suficiente para cumplir los criterios diagnósticos del DSM-III-R. En esta tabla encontramos que de las interconsultas de la unidad de hospitalización de adultos, el 11% correspondió a probable Delirium.

En la tabla 9 se muestran las características demográficas de los pacientes. Se puede observar que el promedio de edad fue de 72 años (un poco mayor para los hombres); solo 5 pacientes eran menores de 60 años, lo que nos confirma que este es un padecimiento que se presenta con mayor frecuencia según se incrementa la edad, con un pico entre los 70 y los 90 años (figura 1); fue igual la proporción por sexo (1:1). La mitad de los pacientes se estaban casados y en relación

con la edad, la mayoría de los que no lo estaban, era porque eran viudos. Dado que el Hospital Español sirve principalmente a la comunidad española en México se explica el que la mayoría de los pacientes sean oriundos de España.

En la tabla 10 aparecen algunos factores de importancia clínica como: a) el uso de alcohol y tabaco, donde aparece una importante proporción de abstemios a ambas sustancias; b) el servicio que solicitó la interconsulta; las unidades de medicina crítica y los servicios de medicina interna fueron los que más requirieron a los psiquiatras para apoyar en este padecimiento; además se evidencia que son muy pocos los internamientos directos en el servicio de Psiquiatría; c) los días de estancia (43 días de promedio) y finalmente, d) la mortalidad, que casi alcanza a 1 de cada 5 pacientes y que se presentó siempre en pacientes mayores de 60 años.

La frecuencia de presentación de los criterios del DSM-III-R en nuestra muestra se resumen en la tabla 11, con su representación gráfica en la figura 2. Los criterios A, B, y D mostraron una frecuencia del 100%, ya que son requisitos para el diagnóstico. El criterio C-2 fue el que menos se presentó, en tanto que el C-5 fue el que más lo hizo. La instalación de los cuadros fue en días más que en horas. Se demuestra que la variación del cuadro clínico durante el día es bastante frecuente (81%).

Al realizar el análisis estadístico, se cruzaron entre sí todas las variables (tabla 7). En la tabla 12 aparecen los resultados estadísticamente significativos (12a) y aquellos con tendencia a la significancia (12b). Es de señalar que salvo la relación Escolaridad vs Origen (que sugiere una mayor escolaridad en los nacidos en México), ninguna de las pruebas de  $\chi^2$  se pueden interpretar adecuadamente ya que la mayor parte de las casillas de datos esperados son menores a 5, lo que implica la posibilidad de que estos

resultados sean espúrios. Se encontraron las siguientes relaciones significativas: mayores de 60 años/Originarios de España; mortalidad/originarios de España; hombres/Casados y mujeres/sin pareja; mayores de 60 años/ausencia del criterio C-3; mujeres/presencia del criterio D. Las siguientes relaciones mostraron una tendencia a la significancia: presencia del criterio C-3/ausencia de fluctuación diurna; con pareja/presencia del criterio C-1; masculino/muerte; presencia del criterio C-2/ausencia de criterio C-4; ausencia de criterio C-1/presencia del criterio C-6; masculino/presencia del criterio C-6; sin pareja/presencia del criterio C-6.

En las tablas 13 se resumen los antecedentes personales patológicos de los pacientes. Resalta la alta frecuencia de reporte de antecedentes cardiológicos (1a, 4a y 6a lugar), en tanto que dentro de los antecedentes psiquiátricos resaltó la enfermedad afectiva y la demencia. La diabetes mellitus fue la enfermedad que tuvo el mayor tiempo de promedio de duración. Otro aspecto importante es la presencia de múltiples antecedentes reportados (promedio de 3.2 causas/paciente), ya que solamente 3 pacientes no reportaron ningún antecedente patológico y 10 reportaron solamente 1.

La(s) causa(s) consideradas como contribuyentes o desencadenantes del cuadro de Delirium se encuentran en la tabla 14. Destaca el desequilibrio hidroelectrolítico, el cual puede ser acompañante o resultado de otra(s) patología(s). Las causas neumológicas y urológicas (frecuentemente infecciosas) también fueron frecuentes. El uso de fármacos (con frecuente polifarmacia -promedio de 3.5 fármacos/paciente) fue un factor importante, y dentro de estos destacaron aquellos con efecto anticolinérgico. La patología cardiovascular está en relación con la alta frecuencia de este tipo de antecedentes. Es llamativa la baja frecuencia de causas quirúrgicas y ello puede ser que sea por no

haberse identificado el problema y/o solicitar la interconsulta correspondiente.

Solamente 14 de los 32 pacientes fueron estudiados con EEG; las características principales en la interpretación de estos se encuentran en la tabla 15. En esta tabla se ve la importante tendencia a la lentificación, lo que además de estar asociado al Delirium, también está en relación con el promedio de edad de la muestra. No se utilizó el EEG como método de seguimiento de evolución en ningún paciente.

Sobre el tratamiento que recibieron los pacientes, en la tabla 16 se sintetizan los medicamentos y el rango de dosis usado de psicotrópicos; mientras que, con otros fármacos como antibióticos, los corticoides y las soluciones intravenosas prescritas se señala el número de pacientes que las recibieron. Todos los pacientes fueron tratados con neurolepticos, sin embargo, el rango de dosis y las características de estos varía ampliamente, lo que puede explicar que se utilizara el haperiden en 5 pacientes. Es llamativo el uso en 3 pacientes de antidepresivos. En relación a los medicamentos no psicotrópicos, fueron prescritos un variado tipo de antibióticos. Las soluciones sirvieron para corregir desequilibrios hidroelectrolíticos y como vía de administración de medicamentos.

## DISCUSION

El presente estudio, dado lo pequeño de la muestra, revela solo un panorama general de las características de los pacientes para los quienes se les solicitó interconsulta al servicio de Psiquiatría del Hospital Español de México por Delirium. Las causas de que el número de estos sea reducido se debe fundamentalmente a 3 factores:

BOLETIN DE PSICIA-  
TRIA  
1973  
NO. 1152

- a) Algunas interconsultas son solicitadas de manera verbal, directa é informal a los médicos del servicio.
- b) No necesariamente todas las interconsultas fueron registradas en el lugar correspondiente.
- c) No siempre se registró de manera adecuada la información en el expediente clínico, por lo que estos pacientes fueron excluidos del estudio.

Por otro lado, no se contó con el registro de las interconsultas realizadas en las salas de Geriatria del hospital, lo que impidió la inclusión en el estudio una fuente de pacientes de la que sabemos que existen un gran número de pacientes que padecen este cuadro (en el reporte interno se consideró que era el 58% de las causas de interconsulta a Psiquiatria de este servicio). No se nos solicitan interconsultas por el servicio de Pediatria (no contamos con Psidopsiquiatra). Finalmente, (sin intención de atribuir causas o culpas) hay un número de médicos que no solicitan los servicios del servicio de Psiquiatria del hospital (quizá lo soliciten a médicos asociados externos, de lo cual no se cuenta con un registro), por lo que también se perdieron estos pacientes de la posibilidad de inclusión en el estudio.

El Delirium es una enfermedad frecuentes en ancianos: nuestros datos concuerdan con los del resto de la literatura médica. La estancia intrahospitalaria encontrada duplica la ya alta reportada en un artículo (47) (lo puede deberse a características propias de la muestra -demograficas y clínicas- o pudiera reflejar la eficiencia y calidad de la atención médica). La mortalidad (6 pacientes, 17%) fue exclusiva de los pacientes mayores de 60 años, en quienes hay mas patologia y donde los mecanismos homeostáticos son mas debiles; si la comparamos con la mortalidad general del hospital en el mismo periodo (3.3%) observamos que el Delirium multiplica en mas de 5 veces el riesgo de muerte.

La pobre referencia de pacientes por parte de los servicios quirúrgicos evidencia la necesidad de mayor comunicación con estos, ya sea para informar las ventajas posibles de la interconsulta a Psiquiatría o bien a fin de educar para el diagnóstico y tratamiento de este tipo de padecimientos.

Recordamos que la presencia de los criterios A, B y D del DSM-III-R en el 100% de los pacientes se debe a que son requisito para el diagnóstico. El análisis mostró que es más rara la desorientación en persona que en tiempo o en espacio. Las relaciones estadísticamente significativas o tendientes a la significancia se deben interpretar simplemente como asociaciones, no se puede fundamentar adecuadamente las relaciones causales. Los altos porcentajes reportados en los diversos criterios sugiere que no se identificaron cuadros más sutiles, o bien que no se solicitó interconsulta para ellos.

Los antecedentes reflejan las características del grupo de edad donde la muestra se ubica (enfermedades crónico-degenerativas, infecciones, trastornos hidroelectrolíticos, múltiples antecedentes) y obliga a llevar un control más estricto de padecimientos como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, etc. Por otro lado, es llamativo que dentro de las causas contribuyentes o desencadenantes se encuentren algunas prevenibles (ej. polifarmacia) o que se deben diagnosticar y tratar rápidamente (ej. infecciones).

Es triste que a pesar de conocerse la utilidad del EEG en el diagnóstico y seguimiento del Delirium, este método solamente se utilizó en el 44% de los pacientes: en ellos solamente uno fue interpretado como normal, por lo que el EEG apoyó el diagnóstico en el 93% de los casos.

Finalmente, el tratamiento sugiere algunas deficiencias importantes: el uso de dosis de neurolepticos que alcanzan

rangos de acción antipsicótica, en lugar de ser usados como sedantes e inductores del dormir; la selección de medicamentos con importante efecto anticolinérgico (neurolepticos, antidepressivos y antiparkinsonicos), algunos de ellos prácticamente contraindicados en el Delirium. Los antibioticos reflejan de manera indirecta la posible ignorancia sobre cuales son de primera elección, aunque este juicio se debe realizar de manera individual.

Las deficiencias mencionadas en lineas previas se reflejan en la alta mortalidad y prolongada estadía observada (con los costos inherentes -economicos, de tiempo y dolor- para aquellos que estan involucrados en este tipo de patologia -pacientes, familiares, médicos y personal paramédico).

#### IV) CONCLUSIONES

El Delirium es un cuadro interesante e importante, el cual no recibe la atención, ni se le conoce como se debiera. La progresión de este padecimiento puede llevar a daño permanente e incluso a la muerte; además aumenta de manera significativa los costos, tanto económicos como emocionales. Esto es una más grave, si se considera que es en buen grado prevenible, y que habitualmente su manejo no es especialmente complejo.

Indudablemente el Delirium es una de las patologías que más obligan al conocimiento tanto de psiquiatría como de medicina general, ya para el control de las manifestaciones (mentales), como para el tratamiento de las causas (médicas). Desgraciadamente, existe un déficit en el nivel de conocimientos por parte de los médicos para su prevención, diagnóstico y manejo. Es imperativo exigir y proporcionara una mayor preparación al psiquiatra en medicina general, así como un mayor entrenamiento en Psiquiatría al no-psiquiatra, sin olvidar la formación del personal paramédico.

Para el diagnóstico, tratamiento e investigación adecuados de este cuadro, es indispensable implementar una mayor presencia de los psiquiatras en áreas críticas, así como fomentar el desarrollo de la Gerontopsiquiatría y la Psiquiatría de Enlace/Interconsulta. Se deberán conseguir los recursos humanos y materiales apropiados e indispensables (laboratorio, gabinete, instrumental, material didáctico, fármacos, etc.).

Evidentemente, el presente estudio es solo un primer intento, el cual ofrece solamente una visión panorámica sobre las características de este padecimiento. Esperamos motive mayor investigación sobre este tema en nuestro medio.

## V) REFERENCIAS

- 1) Adler SN, Lam M, Connors AF. A Pocket Manual of Differential Diagnosis. Boston. Little Brown & Co. 1982.
- 2) Ajuriaquerria J. Manual de Psiquiatria Infantil. Barcelona. Masson Ed. 1983.
- 3) Anthony JC, LeResche L, Niaz U, Von Korff MR, Folstein MF. Limits of the "Mini-Mental State" as a Screening Test for Dementia and Delirium Among Hospital Patients. *Psychological Med* 1982, 12:397-408.
- 4) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III), 3a. edition. Washington DC. American Psychiatric Association. 1980.
- 5) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R) 3rd. edition revised. Washington DC. American Psychiatric Association. 1987.
- 6) Berglund M, Nielgen S, Risberg J. Regional Cerebral Blood Flow in a Case of Bromide Psychosis. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1977, 223:197-201.
- 7) Bleuler M, Willi J, Buhler HS. *Sindromes Psíquicos Agudos en las Enfermedades Somaticas*. Madrid. Ed. Morata. 1968.
- 8) Borchardt CM, Popkin MK. Delirium and the Resolution of Depression. *J Clin Psychiatry* 1987. 48(9):373-5.
- 9) Davis JM. Minor Tranquilizers, Sedatives, and Hypnotics. En: Kaplan AI, Sadock BJ. eds.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV*. Baltimore. Williams & Wilkins. 1985.
- 10) *Diccionario Etimológico de Ciencias Medicas*. Barcelona. Salvat ed. 1984.
- 11) Engel GL, Romano J. Delirium, a Syndrome of Cerebral Insufficiency. *J Chron Dis* 1959, 9:260.
- 12) Engel G, Romano J. Studies of Delirium II: Reversibility of the Encephalogram with Experimental Procedure. *Arch Neurol Psychiatry* 1944, 51:378-92.
- 13) Erkinjuntti T, Sulkava R, Wikstrom J, Autio L. Short Portable Mental Status Questionnaire as a Screening Test for Dementia and Delirium Among the Elderly. *J Am Geriatr Soc* 1987. 35(5):412-6.
- 14) Ey H, Bernard P, Brisset Ch. *Psicosis Funcionales* (cap. 6, pp. 277-93). En: *Tratado de Psiquiatria* 8a. ed.

México. Masson Ed. 1978.

- 15) Fayer M, Goldman MB, Moulthrop MA, Luchins DJ. Differential Memory Function with Dopaminergic versus Anticholinergic Treatment of Drug-Induced Extrapyramidal Symptoms. *Am J Psychiatry* 1988, 145(4)483-6.
- 16) Fogel BS, Mills MJ, Landen JE. Legal Aspects of the Treatment of Delirium. *Hosp Comm Psychiatry* 1986, 37(2)154-8.
- 17) Folstein MF, Folstein SE, McHugh FR. "Mini-Mental State". A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *J Psychiatric Res* 1975, 12:189-198.
- 18) Geschwind N. Disorders of Attention. *Philos Trans R Soc Lond Biol* 1982, 298:173-85.
- 19) Gillick MR, Serrell NA, Gillick LS. Adverse Consequences of Hospitalization in the Elderly. *Soc Sci Med* 1982, 16:1033-38.
- 20) Golinger RC. Delirium in Surgical Patients Seen at Psychiatric Consultation. *Surg Gynecol Obstet* 1986, 163:104-6.
- 21) Golinger RC, Peet T, Tune LE. Association of Elevated Plasma Anticholinergic Activity with Delirium in Surgical Patients. *Am J Psychiatry* 1987, 144:1218-20.
- 22) Hyman SE, Raymond LW. Agitation, Delirium, and Psychosis in the Medically Ill Patient. En: Hyman SE ed.: *Manual of Psychiatric Emergencies*. Boston. Little Brown & Co. 1984.
- 23) Jellinger K. Morphologische Grundlagen des Organischen Psychosyndroms. *Wien Klin Wochenschr* 1975, 87:229-34.
- 24) Kiloh LG, McComas AJ, Osselton JW. Infective and Non-Infective Encephalopathies. Delirium and Coma (pp. 139-141). En: *Clinical Encephalography*, 3rd ed. London. Butterworths. 1972.
- 25) Kramp P, Bolwing TG. Electroconvulsive Therapy in Acute Delirious States. *Comprehensive Psychiatry* 1991, 22(4)368-71.
- 26) Larson EB, Kukull WA, Buchner D, Reifler V. Adverse Drug Reactions Associated with Global Cognitive Impairment in Elderly Persons. *Ann Intern Med* 1987, 107:169-173.
- 27) Leaverton PE. *A Review of Biostatistics* 2nd ed. Boston. Little Brown & Co. 1978.

- 28) Leechuy I, Abrams R, Kohlhas J. ECT-Induced Postictal Delirium and Electrode placement. *Am J Psychiatry* 1988, 145:880-881.
- 29) Lipowski ZJ. Delirium -Acute Brain Failure in Man. Springfield. Charles C. Thomas. 1980.
- 30) Lipowski ZJ. Delirium (Acute Confusional States). *JAMA* 1987, 258(13):1789-92.
- 31) Liston EH. Delirium in the Aged. *The Psychiatric Clinics of North America: Aging* 1982, 5(1):49-66.
- 32) McIntosh TK, Bush HL, Yeston NS, et al. Beta-Endorphin, Cortisol and Postoperative Delirium: A Preliminary Report. *Psychoneuroendocrinology* 1985, 10:303-13.
- 33) Menza MA, Murray GB, Holmes VF, Rafuls WA. Controlled Study of Extrapiramidal Reactions in the Management of Delirious, Medically Ill Patients: Intravenous Haloperidol versus Intravenous Haloperidol plus Benzodiazepines. *Heart Lung* 1988, 17(3):238-41.
- 34) Millar HR. Psychiatric Morbidity in Elderly Surgical Patients. *Brit J Psychiatry* 1981, 138:17-20.
- 35) Montero I, Sanjuan J, Frades B. A Spanish Experience of DSM III in a Consultation-Liason Psychiatric Service. *Acta Psychiatr Scand* 1986, 74:536-41.
- 36) Morse RM, Litin EM. Postoperative Delirium: A Study of Etiologic Factors. *Am J Psychiatry* 1969, 126:388-95.
- 37) Murray GB. Confusion, Delirium, and Dementia. En: Hackett TP, Cassem NH. *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry* 2a. ed. Littleton, PSG Publishing Co. 1987.
- 38) Organizacion Mundial de la Salud. *Trastornos Mentales: Glosario y Guia para su Clasificacion de Acuerdo con la Decima Edicion de la Clasificacion Internacional de las Enfermedades*. Ginebra. O.M.S. 1988.
- 39) Pfeiffer E. A Short Portable Mental Status Questionnaire for the Assesment of Organic Brain Deficits in Elderly Patients. *J Am Geriatr Soc* 1975, 23:263-69.
- 40) Pichot P. La Psiquiatria entre 1880 y la Primera Guerra Mundial (pp. 75). En: *Un Siglo de Psiquiatria*. Paris. Roger Dacosta. 1983.
- 41) Rabins PV, Folstein MF. Delirium and Dementia: Diagnostic Criteria and Fatality Rates. *Brit J*

- Psychiatry 1982, 140:149-53.
- 42) Richeimer SH. Psychological Intervention in Delirium. Postgrad Med 1987, 81(5):173-80.
  - 43) Roca RP, Breakey WR, Fischer FJ. Medical Care of Chronic Psychiatric Outpatients. Hosp Community Psychiatry 1987, 38(7):741-5.
  - 44) Savage GH. Insanity Following the Use of Anaesthetics in Operations. Brit Med J 1887. (Dec 3rd): 1999-1200.
  - 45) Siesjo BIC, Carlsson C, Hagerdahl M. et al. Brain Metabolism in the Critically Ill. Crit Care Med 1976, 4:283-94.
  - 46) Simpson CJ, Kellett JM. The Relationship Between Pre-Operative Anxiety and Post-Operative Delirium. J Psychosom Res 1987, 31(4):491-7.
  - 47) Thomas RI, Cameron DJ, Fahs MC. A Prospective Study of Delirium and Prolonged Stay. Exploratory study. Arch Gen Psychiatry 1988, 45:937-940.
  - 48) Trzepacz PT, Teague GR, Lipowski ZJ. Delirium and other Organic Mental Disorders in a General Hospital. Gen Hosp Psychiatry 1985, 7(2):101-6.
  - 49) Vernadakis A. The Aging Brain. Clinics in Geriatric Medicine: The Aging Process 1985, 1(1):61-94.
  - 50) Victor M, Adams Rd. Confusion, Delirium, Amnesia and Dementia. En: Braunwald E. et al eds.: Harrison's Principles of Internal Medicine (pp. 127-35.), 11a. ed. Nueva York. Mc Graw-Hill Book Co. 1987.
  - 51) Warshaw GA, Moore JT, Friedman SW, et al. Functional Disability in the Hospitalized Elderly. JAMA 1982, 248:847-50.
  - 52) Weddington WW jr. The Mortality of Delirium: An Underappreciated Problem? Psychosomatics 1982, 23(12):1232-5.
  - 53) Wells CE. Organic Syndromes: Delirium. En: Kaplan AI, Sadock BJ. eds.: Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV. Baltimore. Williams & Wilkins. 1985.
  - 54) Wolff HG, Curran D. Nature of Delirium and Allied States: The Dysergastic Reaction. Arch Neurol Psychiatry 1935, 51:378-92.
  - 55) Zisook S, Braff DL. Delirium: Recognition and Management in Older Patients. Geriatrics 1986, 41(6):67-78.

VI) APENDICE:  
TABLAS Y FIGURAS

**TABLA 1**

OTRAS DENOMINACIONES PARA DELIRIUM (31)

DISFUNCION COGNITIVA REVERSIBLE  
ENCEFALOPATIA METABOLICA  
ENCEFALOPATIA TOXICA  
ESTADO CONFUSIONAL AGUDO  
ESTADO CONFUSO-ONIRICO  
ESTADO CONFUSIONAL TOXICO  
FALLA CEREBRAL AGUDA  
INSUFICIENCIA CEREBRAL AGUDA  
PSEUDOSENILIDAD  
PSICOSIS EXOGENA  
PSICOSIS SINTOMATICA  
PSICOSIS TOXICA  
REACCION EXOGENA AGUDA  
REACCION ORGANICA AGUDA  
REACCION TOXICA DELIRANTE  
SINDROME ORGANICO CEREBRAL AGUDO  
SINDROME INSUFICIENCIA CEREBRAL  
SINDROME INFECCIOSO-EXHAUSTIVO  
SINDROME PSICO-ORGANICO AGUDO  
OTRAS

## TABLA 2

### CAUSAS COMUNES DE DELIRIUM (1,55)

#### A) CAUSAS SISTEMICAS

- |                             |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| -SUPRESION A DROGAS         | -CAUSAS METABOLICAS     |
| ALCOHOL                     | T. HIDROELECTROLITICOS  |
| BARBITURICOS                | FALLA HEPATICA O RENAL  |
| SEDANTES                    | FALLA FULMONAR          |
| -INTOXICACION POR DROGAS Y  | HIPOGLICEMIA            |
| TOXICOS                     | HIPOTERMIA, HIFERTERMIA |
| -MEDICAMENTOS ASOCIADOS A   | HIPOXIA                 |
| DELIRIUM (VER TABLA 3)      | HIPERCARBIA             |
| -ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y | PORFIRIA                |
| FEBRILES                    | -ENDOCRINOPATIAS        |
| SEPTICEMIA                  | DIABETES MELLITUS       |
| NEUMONIA                    | HIPER, HIFOTIROIDISMO   |
| FIEBRE TIFOIDEA             | -NEOPLASIAS             |
| INF. DE VIAS URINARIAS      | -TRAUMATISMOS           |
| FIEBRE REUMATICA            | FOLITRUMATISMO          |
| -ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR  | QUEMADURAS              |
| FALLA CARDIACA CONGESTIVA   | FRACTURA DE CADERA      |
| ARRITMIAS                   | -PSICOSIS ESTEROIDEA    |
| INFARTO MIOCARDICO          | -ESTADO POSTQUIRURGICO  |
| HIPOVOLEMIA                 | -ANESTESIA              |
| ESTENOSIS AORTICA           | -OTRAS                  |

#### B) TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

- |                                |                          |
|--------------------------------|--------------------------|
| -ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL  | -INFECCIOSOS             |
| ISQUEMIA TRANSITORIA           | MENINGITIS               |
| APOFLEJIA                      | ENCEFALITIS              |
| HEMATOMA SUBDURAL CRONICO      | EMBOLOS SEPTICOS         |
| VASCULITIS                     | NEUROSIFILIS             |
| ARTERIOESCLEROSIS              | ABCESOS CEREBRALES       |
| ENCEFALOPATIA HIFERTENSIVA     | -TRAUMA CRANEOENCEFALICO |
| HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA       | HEMATOMA SUBDURAL        |
| -TUMORES CEREBRALES            | HEMATOMA EXTRADURAL      |
| INTRACRANEALES PRIMARIAS       | CONTUSION                |
| METASTASICAS                   | -CRISIS CONVULSIVAS Y    |
| -TERAPIA ELECTROCONVULSIVA     | ESTADO POSTICTAL         |
| -DEMENCIA MAS STRESS ADICIONAL | -OTRAS                   |

### TABLA 3

#### MEDICAMENTOS ASOCIADOS A DELIRIUM

##### POR GRUPO (55)

|                  |                   |               |
|------------------|-------------------|---------------|
| ANALGESICOS      | ANTIPARKINSONICOS | ESTEROIDES    |
| ANTICOLINERGICOS | BLOQUEADORES H2   | NEUROLEPTICOS |
| ANTIDEPRESIVOS   | DIGITALICOS       | SEDANTES      |
| ANTIISTAMINICOS  | DIURETICOS        | OTROS         |

##### ESPECIFICOS (37)

|                  |                    |                 |
|------------------|--------------------|-----------------|
| ACTH             | DISULFIRAM         | METRONIDAZOL    |
| ALFRAZOLAM       | EFEDRINA           | MEXILETINA      |
| AMANTADINA       | ERGOTAMINA         | NAFROXEN        |
| AMINOGLUCOSIDOS  | ESCOPOLAMINA       | PENTAZOCINA     |
| AMINOFILINA      | ETAMBUTOL          | PODOFILINA      |
| AMITRIPTILINA    | FENELCINA          | FREDNISONA      |
| AMODIAQUINA      | FENILEFRINA        | PROCAINAMIDA    |
| ANFETAMINA       | FENILPROFANOLAMINA | PROCARBAZINA    |
| ANFROSTICINA B   | FENITOINA          | PROFANOLOL      |
| ATROPINA         | FLUORACILO         | PROTRIPTILINA   |
| BACLOFEN         | METENAMINA         | RANITIDINA      |
| BARBITURICOS     | IBUPROFEN          | RIFAMPICINA     |
| BLOQUEADORES H1  | INDOMETACINA       | SULFONAMIDAS    |
| BENZOTROFINA     | ISONIACIDA         | SULINDAC        |
| BROMOCRIPTINA    | L-ASFARGINASA      | TAMOXIFEN       |
| CAPTOPRIL        | LEVODOPA           | TETRACICLINAS   |
| CEFALOSPORINAS   | LIDOCAINA          | TEOFILINA       |
| CICLOSPORINA     | LITIO              | TIORIDAZINA     |
| CITOARABINA      | LORAZEPAM          | TICARCILINA     |
| CLOANFENICOL     | MEPERIDINA         | TRIHEXIFENIDILO |
| COLISTINA        | METROTEXATE        | VANCOMICINA     |
| CORTICOSTEROIDES | METILDOFA          | VINBLASTINA     |
| DIGITAL          | METRIZAMIDA        | VINCRISTINA     |

**TABLA 4****CAUSAS DE DELIRIUM REPORTADAS DE 1986-1988**

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| -T.E.C. Y DROPERIDOL                         | -PROFANOLOL Y MAPROPTILINA    |
| -L-5-HIDROXITRIPTOFANO                       | -IMIPRAMINA                   |
| -SALICILATOS                                 | -DIGITAL                      |
| -T.E.C. Y ATENDOLOL                          | -PELAGRA POR DIALISIS         |
| -LIQUIDO CORRECTOR DE<br>MAQUINA DE ESCRIBIR | -MEFERIDINA                   |
| -LIDOCAINA                                   | -FENELCINA                    |
| -VERAPAMIL                                   | -METOCLOPRAMIDA               |
| -APOPLEJIA NO OBVIA                          | -SUFRESION A BENZODIACEPINAS  |
| -REVASCULARISACION CARDIACA                  | -EDEMA PULMONAR POST-MARATHON |
| -GOTAS OFTALMICAS DE<br>HOMATROPINA          | -TRIAZOLAM                    |
| -SALICILATOS                                 | -AMIODARONA                   |
|  | -MIANSERINA                   |
|  | -HIPERPARATIROIDISMO          |

**TABLA 5****CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA DELIRIUM****A.-COMPARACION ENTRE DSM-III(5) VS. DSM-III-R(4)**

| <u>DSM-III</u>                  | : | <u>DSM-III-R</u>             |
|---------------------------------|---|------------------------------|
| a.-Conciencia turbia            | : | a.-Atencion disminuida       |
| b.-Al menos 2:                  | : | b.-Pensamiento desorganizado |
| 1) T. perceptivos               | : | c.-Al menos 2:               |
| 2) Lenguaje incoherente         | : | 1) Baja de conciencia        |
| 3) T. ciclo sueño-vigilia       | : | 2) T.perceptual              |
| 4) Cambio act. psicomotora      | : | 3) T.ciclo sueño-vigilia     |
| c.-Desorientacion y t. memoria: | : | 4) Cambio act. psicomotriz   |
| d.-Desarrollo en poco tiempo    | : | 5) Desorientacion            |
| e.-Factor organico etiologico   | : | 6) D. de memoria             |
|                                 | : | d.-Desarrollo en poco tiempo |
|                                 | : | e.-F. organico etiologico    |
|                                 | : | conocido o sospechado        |

**B.-CRITERIOS ICD-10(38)**

- 1.- Deterioro de conciencia y atencion
- 2.- T. cognitivo global
- 3.- T. psicomotores
- 4.- T. ciclo sueño-vigilia
- 5.- T. emocionales

**TABLA 6****EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE A SOLICITAR EN DELIRIUM****Exámenes de Laboratorio General Indispensables**

Biometría Hemática, Electrolytos sericos (incluye Ca y Mg), Química Sanguinea completa, Gases arteriales, Examen general de Orina.

**Exámenes de Gabinete Indispensables**

Rx de tórax, Electroencefalograma, Electrocardiograma.

**Exámenes de Laboratorio General a Considerar**

Pruebas de función hepática, Pruebas de Función Tiroidea, Cultivos, Nivel serico de vit. B12 y de folato, Electroforesis de proteínas, Líquido Cefalo-Raquideo, NH3, Otros.

**Exámenes de Gabinete a Considerar**

Rx craneo, Tele tórax, Rx abdomen, Tomografía Computada, Pruebas neuropsicológicas, Otros.

**TABLA 7****CODIFICACION DE VARIABLES PARA EL ANALISIS ESTADISTICO**

- \***EDAD.**- 1) MENORES DE 59 AÑOS **vs** 2) MAYORES DE 60 AÑOS
  - \***SEXO.**- 1) MASCULINO **vs** 2) FEMENINO
  - \***ESCOLARIDAD.**- 1) PRIMARIA **vs** 2) SECUNDARIA, PREPARATORIA **vs** 3) UNIVERSIDAD
  - \***ORIGEN.**- 1) ESPAÑA **vs** 2) MEXICO
  - \***EDO. CIVIL.**- 1) S/PAREJA (SOLTERO, VIUDO, DIVORCIADO) **vs** 2) C/PAREJA (CASADO)
  - \***SERVICIO CONSULTANTE.**- 1) MEDICINA CRITICA **vs** 2) MEDICINA INTERNA **vs** 3) PSIQUIATRIA **vs** 4) CIRUGIA (CON SUBESPECIALIDADES RESPECTIVAS)
  - \***DIAS DE INGRESO.**- 1) MENOS DE 15 **vs** 2) 15-30 **vs** 3) 30-60 **vs** 4) 60 o +
  - \***MORTALIDAD.**- 1) EGRESOS VIVOS **vs** 2) EGRESOS MUERTOS
  - \***ADICCION.**- 1) ABSTEMIOS **vs** 2) USO DE ALCOHOL **vs** 3) USO DE TABACO **vs** 4) USO DE AMBOS
  - \***CRITERIOS.**- 1) PRESENTE **vs** 2) AUSENTE (DE ACUERDO A DSM-III R);
- ADEMÁS:**
- \***CRITERIO C-5.**- SUBDIVISION POR DESORIENTACION EN:
    - \*ESPACIO (C-5e), \*TIEMPO (C-5t) Y \*PERSONA (C-5p)
  - \***CRITERIO D** SUBDIVISION POR: \*INSTALACION EN HORAS (Dh) **vs** \*EN DIAS (Dd)
  - \***FLUCTUACION DIURNA.**- 1) PRESENCIA **vs** 2) AUSENCIA

TABLA 8

INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL  
SERVICIO DE PSIQUIATRIA

HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO  
(Ene/87 A Feb/88)

|                                       |       | Probable     | Reportes   |
|---------------------------------------|-------|--------------|------------|
|                                       | Total | Delirium (%) | Literatura |
| Hospitalizados                        | 141   | 15 (11%)     | 10-13%     |
| Urgencias                             | 319   | 27 (8%)      |            |
| Internados en sala:<br>de Psiquiatria | 490   | 11 (2%)      |            |
| Geriatrica                            | 79    | 46 (58%)     | 14-50%     |

TABLA 9

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE PACIENTES CON  
DELIRIUM

| TOTAL                          | MASCULINO         | FEMENINO          |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|
| NUMERO : 22 (100%)             | 16 (100%)         | 16 (100%)         |
| EDAD (a.)* : 72.0 (25-93;16.5) | 75.5 (30-93;15.1) | 68.6 (25-86;17.6) |
| ESCUELA (a.)* : 9.3 (3-21;4.1) | 9.9 (3-21;5.1)    | 8.7 (6-13;2.7)    |
| EDO. CIVIL :                   |                   |                   |
| C/PAREJA :                     |                   |                   |
| -CASADO : 16 (50%)             | 11 (69%)          | 5 (31%)           |
| S/PAREJA : 16 (50%)            | 5 (31%)           | 11 (69%)          |
| -SOLTERO : 4 (25%)             | 1 (6%)            | 3 (19%)           |
| -DIVORCIO : 1 (6%)             | 0 (0%)            | 1 (6%)            |
| -VIUDO : 11 (74%)              | 4 (25%)           | 7 (44%)           |
| ORIGEN :                       |                   |                   |
| -MEXICO : 12 (58%)             | 4 (25%)           | 8 (50%)           |
| -ESPANA : 10 (42%)             | 12 (75%)          | 8 (50%)           |

\* Media (rango; D.S.)

TABLA 10

## FACTORES DE IMPORTANCIA CLINICA EN PACIENTES CON DELIRIUM

|                     | TOTAL             | MASCULINO         | FEMENINO          |
|---------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| ALCOHOL Y TABACO :  |                   |                   |                   |
| -ABSTENIO :         | 17 (53%)          | 5 (31%)           | 12 (75%)          |
| -ALCOHOL :          | 3 (9%)            | 2 (13%)           | 1 (6%)            |
| -TABACO :           | 4 (13%)           | 3 (19%)           | 1 (6%)            |
| -ALCOHOL Y TABACO : | 8 (25%)           | 6 (36%)           | 2 (13%)           |
| INTERCONSULTANTE :  |                   |                   |                   |
| -S. MED. CRITICA :  | 13 (41%)          | 5 (31%)           | 8 (50%)           |
| -S. MED. INTERNA :  | 11 (34%)          | 6 (36%)           | 5 (31%)           |
| -PSIQUIATRIA :      | 3 (9%)            | 1 (6%)            | 2 (13%)           |
| -S. QUIRURGICO :    | 5 (16%)           | 4 (13%)           | 1 (6%)            |
| DIAS DE ESTANCIA* : | 43.3 (2-322;63.4) | 40.6 (2-176;46.1) | 46.1 (3-322;78.6) |
| MUERTES :           | 6 (19%)           | 5 (31%)           | 1 (6%)            |

\* Media (rango; D.S.)

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA 11

## FRECUENCIA DE PRESENTARON DE CRITERIOS PARA DIAGNOSTICO DE DELIRIUM (293.00), DSM-III-R

|                                  | TOTAL     | HOMBRES   | MUJERES   |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| NUMERO PACIENTES :               | 32 (100%) | 16 (100%) | 16 (100%) |
| 1.- A :                          | 32 (100%) | 16 (100%) | 16 (100%) |
| 2.- B :                          | 32 (100%) | 16 (100%) | 16 (100%) |
| 3.- C-1 :                        | 19 (59%)  | 11 (69%)  | 8 (50%)   |
| 4.- C-2 :                        | 18 (56%)  | 7 (44%)   | 11 (69%)  |
| 5.- C-3 :                        | 26 (81%)  | 15 (94%)  | 11 (69%)  |
| 6.- C-4 :                        | 28 (88%)  | 15 (94%)  | 13 (81%)  |
| 7.- C-5 :                        | 32 (100%) | 16 (100%) | 16 (100%) |
| 7a.- C-5 ESPACIO :               | 31 (97%)  | 15 (94%)  | 16 (100%) |
| 7b.- C-5 TIEMPO :                | 31 (97%)  | 16 (100%) | 15 (94%)  |
| 7c.- C-5 PERSONA :               | 5 (16%)   | 4 (25%)   | 1 (6%)    |
| 8.- C-6 :                        | 22 (69%)  | 9 (56%)   | 13 (81%)  |
| 9.- D :                          | 32 (100%) | 16 (100%) | 16 (100%) |
| 9a.- D-HORAS :                   | 7 (22%)   | 6 (38%)   | 1 (6%)    |
| 9b.- D-DIAS :                    | 25 (78%)  | 10 (62%)  | 15 (94%)  |
| 10.- E :                         | 32 (100%) | 16 (100%) | 16 (100%) |
| 11.- FLUCTUACION<br>CIRCADIANA : | 26 (81%)  | 13 (81%)  | 13 (81%)  |

**TABLA 12**  
(TABLA 12 A)

ANALISIS ESTADISTICO (CODIGO.- TABLA 7)  
TABLAS DE CONTINGENCIA (EJE Y vs EJE X)

A) RESULTADOS SIGNIFICATIVOS (P < 0.05)

PRUEBA EXACTA DE FISCHER

EDAD vs ORIGEN

|   | 1  | 2 |
|---|----|---|
| 1 | 0  | 5 |
| 2 | 20 | 7 |

(p=0.0039)

ORIGEN vs MORTALIDAD

|   | 1 | 2  |
|---|---|----|
| 1 | 6 | 14 |
| 2 | 0 | 12 |

(p=0.0304)

SEXO vs EDO. CIVIL

|   | 1  | 2  |
|---|----|----|
| 1 | 5  | 11 |
| 2 | 11 | 5  |

(p=0.0317)

EDAD vs CRITERIO C-3

|   | 1 | 2  |
|---|---|----|
| 1 | 3 | 2  |
| 2 | 3 | 24 |

(p=0.0323)

SEXO vs CRITERIO D

|   | 1  | 2 |
|---|----|---|
| 1 | 10 | 6 |
| 2 | 15 | 1 |

(p=0.0381)

PRUEBA DE  $\chi^2$

MORTALIDAD vs ADICCION

|   | 1  | 2 | 3 | 4 |
|---|----|---|---|---|
| 1 | 3  | 0 | 3 | 0 |
| 2 | 14 | 3 | 1 | 8 |

[ $\chi^2(3)=10.86$ ; p=0.0128]

ORIGEN vs SERVICIO CONSULTANTE

|   | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 7 | 8 | 0 | 5 |
| 2 | 5 | 3 | 3 | 0 |

[ $\chi^2(3)=8.91$ ; p=0.0304]

ESCOLARIDAD vs FLUCTUACION CIRCADIANA

|   | 1 | 2  |
|---|---|----|
| 1 | 0 | 13 |
| 2 | 0 | 8  |
| 3 | 6 | 5  |

[ $\chi^2(2)=8.91$ ; p=0.0304]

(TABLA 12 B)

B) PRUEBAS CON TENDENCIA A LA SIGNIFICANCIA (0.05 < P < 0.1)PRUEBA EXACTA DE FISCHER

CRITERIO C-3 vs FLUCT. DIURNA

|   | 1 | 2  |
|---|---|----|
| 1 | 3 | 3  |
| 2 | 3 | 23 |

(p=0.0574)

EDO. CIVIL vs CRITERIO C-1

|   | 1 | 2  |
|---|---|----|
| 1 | 9 | 7  |
| 2 | 4 | 12 |

(p=0.0599)

SEXO vs MORTALIDAD

|   | 1 | 2  |
|---|---|----|
| 1 | 5 | 11 |
| 2 | 1 | 15 |

(p=0.0771)

CRITERIO C-2 vs CRITERIO C-4

|   | 1 | 2  |
|---|---|----|
| 1 | 0 | 14 |
| 2 | 4 | 14 |

(p=0.0851)

CRITERIO C-1 vs CRITERIO C-6

|   | 1 | 2  |
|---|---|----|
| 1 | 2 | 11 |
| 2 | 8 | 11 |

(p=0.0914)

EDO. CIVIL vs CRITERIO C-6

|   | 1 | 2  |
|---|---|----|
| 1 | 3 | 13 |
| 2 | 7 | 9  |

(p=0.0993)

SEXO vs CRITERIO C-6

|   | 1 | 2  |
|---|---|----|
| 1 | 7 | 9  |
| 2 | 3 | 13 |

(p=0.0993)

PRUEBA DE  $\chi^2$ 

DIAS ESTANCIA vs CRITERIO C-2

|   | 1 | 2 |
|---|---|---|
| 1 | 9 | 3 |
| 2 | 2 | 6 |
| 3 | 1 | 4 |
| 4 | 2 | 5 |

[ $\chi^2(3)=7.71$ ; p=0.0520]

ESCOLARIDAD vs MORTALIDAD

|   | 1 | 2 |
|---|---|---|
| 1 | 9 | 3 |
| 2 | 2 | 6 |
| 3 | 1 | 4 |

[ $\chi^2(2)=5.63$ ; p=0.0529]

S. CONSULTANTE vs CRITERIO C-5p

|   | 1  | 2 |
|---|----|---|
| 1 | 11 | 2 |
| 2 | 10 | 1 |
| 3 | 1  | 2 |
| 4 | 5  | 0 |

[ $\chi^2(3)=7.21$ ; p=0.0648]

ADICCION vs CRITERIO D

|   | 1  | 2 |
|---|----|---|
| 1 | 17 | 0 |
| 2 | 1  | 2 |
| 3 | 3  | 1 |
| 4 | 4  | 4 |

[ $\chi^2(3)=12.0076$ ; p=0.0078]

ESCOLARIDAD vs ORIGEN

|   | 1  | 2 |
|---|----|---|
| 1 | 11 | 2 |
| 2 | 4  | 4 |
| 3 | 5  | 6 |

[ $\chi^2(2)=4.61$ ; p=0.0981]

**TABLA 13**

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS REPORTADOS EN  
PACIENTES CON DELIRIUM**

|                                      | NUMERO DE : MEDIA DE AÑOS<br>PACIENTES : DE DURACION |        |
|--------------------------------------|--|--------|
| 1) HIPERTENSION ARTERIAL             | 17 (53%):  | 13.7 . |
| 2) ENFERMEDAD AFECTIVA               | 9 (28%):   | 10.1 . |
| 3) DEMENCIA                          | 7 (22%):   | 4.8 .  |
| 4) INSUFICIENCIA CORONARIA           | 7 (22%):   | 8.0 .  |
| 5) ENF. PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA | 7 (22%):   | 14.6 . |
| 6) ARRITMIA CARDIACA                 | 6 (19%):   | 12.5 . |
| 7) DIABETES MELLITUS                 | 5 (16%):   | 25.5 . |
| 8) PROSTATISMO                       | 4 (13%):   | 15.0 . |
| 9) ENFERMEDAD DE PARKINSON           | 4 (13%):   | 1.7 .  |
| 10) BAJA AGUDEZA VISUAL              | 4 (13%):   | 7.6 .  |

OTROS ANTECEDENTES REPORTADOS: ALCOHOLISMO, ARTRITIS REUMATOIDE, ASMA, BOCIU, CANCER BASOCELULAR, CANCER DE VEJIGA, DELIRIUM, ENF. VASCULAR CEREBRAL, ENF. VASCULAR MESENTERICA, GLAUCOMA, GOTA, HIPERTENSION PULMONAR, HIFOACUSIA, INSUF. SUPRARENAL, INSUF. ARTERIAL PERIFERICA, MENINGIOMA, NEFROLITIASIS.

TABLA 14

CAUSAS CONSIDERADAS CONTRIBUYENTES O  
DESENCADENANTES DE DELIRIUM

|                                     | NUMERO (%) : |
|-------------------------------------|--------------|
| DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO    | 22 (69%) :   |
| NEUMOLOGICAS                        | 15 (47%) :   |
| FARMACOS (ANTICOLINERGICOS- 8.-25%) | 14 (44%) :   |
| (PROMEDIO 3.5 FARMACOS/PACIENTE)    | :            |
| CARDIOLÓGICAS                       | 11 (34%) :   |
| NEUROLOGICAS                        | 10 (31%) :   |
| UROLOGICAS                          | 10 (31%) :   |
| GASTROINTESTINALES                  | 8 (25%) :    |
| SUPRESION A DROGAS                  | 3 (9%) :     |
| ENDOCRINOLÓGICAS                    | 2 (6%) :     |
| HEMATOLÓGICAS                       | 2 (6%) :     |
| ONCOLOGICAS                         | 2 (6%) :     |
| PARO CARDIORESPIRATORIO Y SCHOEN    | 2 (6%) :     |
| FIEBRE                              | 1 (3%) :     |
| POSTQUIRURGICO                      | 1 (3%) :     |
| TRAUMATOLÓGICAS                     | 1 (3%) :     |

\*PROMEDIO.- 3.2 CAUSAS/PACIENTE

**TABLA 15****ELECTROENCEFALOGRAMA EN DELIRIUM****ETC.: REPORTE**

- 1.- TETHA Y DELTA DIFUSO
- 2.- TETHA Y OCASIONALMENTE DELTA IRREGULAR
- 3.- TETHA Y DELTA DE PREDOMINIO IZQUIERDO
- 4.- TETHA Y OCASIONAL DELTA; DESORGANISACION DIFUSA
- 5.- TETHA DESORGANIZADO
- 6.- TETHA. LENTIFICACION
- 7.- TETHA Y BETA POSTERIOR; ACTIVACION.- TETHA EPISODICA
- 8.- TETHA; ESCASO ALFA POSTERIOR LENTO Y DESORGANIZADO
- 9.- ALFA Y TETHA POSTERIOR
- 10.- ALFA Y TETHA; BROTES BETA (MEDICAMENTO)
- 11.- ALFA LENTO, DESORGANIZADO
- 12.- ALFA LENTO IRREGULAR
- 13.- ALFA IRREGULAR DIFUSO
- 14.- ALFA PARIETO-OCCIPITAL; ESCASO BETA

TABLA 16

FARMACOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE DELIRIUM

## A) PSICOTROPICOS

|                   | # PACIENTES | : | RANGO DE DOSIS |
|-------------------|-------------|---|----------------|
|                   |             | : | (mg./DIA)      |
| NEUROLEPTICOS     |             | : |                |
| HALOPERIDOL       | 27 (84%)    | : | 1 a 15         |
| LEVOMEPRIMACINA   | 13 (41%)    | : | 4 a 50         |
| SULFIRIDE         | 3 (9%)      | : | 50 a 150       |
| TRIFLUOPERAZINA   | 1 (3%)      | : | 2 a 4          |
| BENZODIACEPINAS   |             | : |                |
| LORAZEPAM         | 4 (13%)     | : | 1 a 4          |
| BROMACEPAM        | 1 (3%)      | : | 1.5            |
| DIACEPAM          | 1 (3%)      | : | 5 a 30         |
| OXAZEPAM          | 1 (3%)      | : | 37.5           |
| ANTIDEPRESIVOS    |             | : |                |
| AMITRIPTILINA     | 1 (3%)      | : | 75             |
| DOXEFINA          | 1 (3%)      | : | 175            |
| IMIPRAMINA        | 1 (3%)      | : | 30             |
| ANTIPILEPTICOS    |             | : |                |
| CARBAMAZEPINA     | 5 (16%)     | : | 600 a 1200     |
| DIFENILFIDANTOINA | 3 (9%)      | : | 300 a 375      |
| BIFERIDEN         | 5 (16%)     | : | 4 a 8          |

## B) OTROS MEDICAMENTOS

NUMERO DE PACIENTES (%)

ANTIBIOTICOS

|               |         |                 |         |
|---------------|---------|-----------------|---------|
| CEFALEXINA    | 8 (25%) | TMF + SMX       | 7 (22%) |
| PENICILINA    | 4 (13%) | TOBRAMICINA     | 4 (13%) |
| AMPICILINA    | 2 (6%)  | AMIKACINA       | 1 (3%)  |
| CLORANFENICOL | 1 (3%)  | DICLOXACILINA   | 1 (3%)  |
| METRONIDAZOL  | 1 (3%)  | NITROFURANTOINA | 1 (3%)  |
| NORFLOXACINA  | 1 (3%)  |                 |         |

CORTICOESTEROIDES

|              |        |                  |        |
|--------------|--------|------------------|--------|
| DEXAMETASONA | 3 (9%) | HIDROXICORTISONA | 1 (3%) |
|--------------|--------|------------------|--------|

SOLUCIONES

|              |          |             |         |
|--------------|----------|-------------|---------|
| GLUCOSADA 5% | 4 (13%)  | MIXTA       | 5 (16%) |
| MIXTA AL 1/3 | 11 (34%) | FISIOLOGICA | 1 (3%)  |

FIGURA 1 DISTRIBUCION POR EDAD

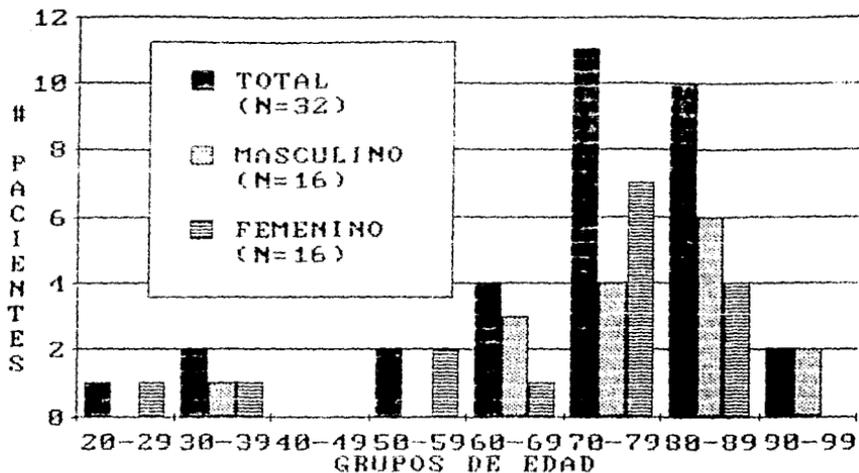


FIGURA 2 CRITERIOS DSM-III R DELIRIUM (293.00)

