

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11241

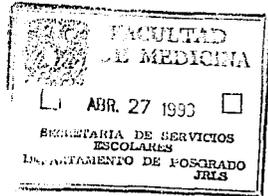
5  
201

SECRETARIA DE SALUD

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

FACULTAD DE MEDICINA



TRASTORNOS PSIQUIATRICOS ASOCIADOS AL SINDROME DE DELIRIUM

SEGUN EL EXAMEN COGNOSCITIVO BREVE EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO

Tesina que para obtener el grado de:

Especialista en Psiquiatría

presenta:

Dr. Mariano García Bartolo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

México, D. F., 1993.



## **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.

## I N D I C E

	Página
INTRODUCCION .....	4
ANTECEDENTES .....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	15
JUSTIFICACION .....	15
HIPOTESIS .....	15
OBJETIVOS .....	15
MATERIAL Y METODOS .....	16
RESULTADOS .....	20
DISCUSION Y CONCLUSIONES .....	24
BIBLIOGRAFIA .....	27
ANEXO .....	30

## I N T R O D U C C I O N

En el estudio y tratamiento de los pacientes psiquiátricos es sumamente importante el examen del estado mental. Existen dificultades para realizarlo en la evaluación diagnóstica de muchos pacientes psiquiátricos durante la entrevista inicial.

Las alteraciones cognoscitivas son frecuentes entre los sujetos clínicamente enfermos, la prevalencia reportada oscila entre el 24 y el 28% (18). Sin embargo, existen evidencias de que los médicos frecuentemente enfrentan dificultades para diagnosticar dichas alteraciones (10, 13, 38, 43).

Jacobs (26) menciona que el trastorno orgánico cerebral es una entidad frecuente en la consulta externa en medicina general. A pesar del énfasis que se realiza para concientizar a los médicos generales al respecto, dichos trastornos pasan desapercibidos en cerca del 70% de los pacientes, cuando los síntomas son mínimos o transitorios (27, 28, 43, 44, 45).

Williamson (1), en una población de ancianos, encontró que sólo un 13% de los sujetos demenciados fueron reconocidos como tales por los médicos participantes en la investigación.

Knight y Folstein (2), encontraron que un 37% de los pacientes con deterioro cognoscitivo, en la sala médica general, no fueron identificados por su médico, el servicio de Enfermería cometió errores en el 55% y los estudiantes de medicina en un 46%.

DePaulo y Folstein (3), evaluaron a 33 pacientes del servicio de Neurología de un hospital general que cursaban con alteraciones cognoscitivas,

de ellos sólo el 70% fue diagnosticado correctamente.

Regier y cols (4), estiman que el 15% de los pacientes de los médicos de cuidados primarios tienen una alteración mental.

Cavanaugh y Wettstein (5), en una revisión de la literatura, reportaron que la prevalencia de aflicción emocional, sintomatología psiquiátrica y trastornos psiquiátricos en la población médica ambulatoria oscila entre el 10 al 20%; la sintomatología ansiosa y la depresiva constituye la principal alteración emocional. Consideran que las disfunciones emocionales en pacientes internados están menos definidas debido al reducido número de estudios en esta área.

Well y cols (6), encontraron una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos agudos, así como crónicos, entre la población general con una o más de ocho condiciones médicas crónicas, siendo las principales entidades: trastorno por abuso de sustancias, trastornos afectivos y de ansiedad (42.2%).

Rovner y cols (7), aplicando una entrevista estandarizada encontraron que el 94% de la muestra tomada de residentes en una casa de enfermería de cuidados intermedios, tuvieron trastornos mentales de acuerdo a los criterios del DSM-III; los diagnósticos más comunes fueron: demencia degenerativa primaria y demencia por infartos múltiples.

En el medio clínico se utilizan varias pruebas de tipo psicológico como ayuda para determinar el estado mental, sin embargo pocas de ellas tienen utilidad en los pacientes que cooperan poco. Halstead (8), menciona que las pruebas disponibles para la evaluación del área cognoscitiva ocupan

mucho tiempo para su aplicación y calificación. Por ejemplo, la prueba de Hinton y Withers (9) incluye 33 preguntas y requiere cerca de 30 minutos para su aplicación y evaluación. La prueba estándar "WAIS" requiere, aún, de más tiempo. Pocas de ellas tienen utilidad, principalmente en pacientes ancianos que cooperan poco, sobre todo en aquéllos con delirium o síndrome de mencial, que cooperan por períodos cortos (10, 11, 12, 13).

La evaluación de la cognición tradicionalmente incluye preguntas acerca de la orientación, la atención, la memoria y las funciones del lenguaje. Por esto Folstein y cols (13), diseñaron en 1975 el "Examen Cognoscitivo Breve" (ECB) o "Mini-Mental State Examination" (MMS), que es una prueba de tamizaje que puede ser utilizada por médicos y personal paramédico con o sin experiencia en la salud mental (12, 13), así como en la comunidad. Tiene la ventaja de contar con estudios que evalúan su sensibilidad y especificidad para diagnosticar deterioro cognitivo; además cuantifica la severidad del deterioro de las funciones cognoscitivas. Otras ventajas de esta prueba es su fácil aplicación, que requiere poco tiempo y que se interpreta en forma inmediata, lo que la hace atractiva para un hospital psiquiátrico en donde se manejan pacientes delicados (13, 11, 42, 29).

El Examen Cognoscitivo Breve es una prueba de 11 reactivos, que se aplica en un tiempo de 5 a 10 minutos, evalúa, principalmente, los aspectos cognoscitivos de las funciones mentales. Consta de dos secciones; la primera, requiere de respuestas verbales para juzgar la orientación, la memoria y la atención; su calificación máxima es de 21 puntos. En tanto, la segunda parte evalúa el reconocimiento de objetos, la capacidad de ejecutar órdenes verbales y escritas, escribir una frase y copiar dos polígonos que se inter-

ceptan, su puntuación máxima es de 9 puntos. De esta manera, la puntuación máxima total es de 30 puntos (13, 43).

Folstein advierte que el ECB no puede sustituir una valoración clínica integral, en un diagnóstico final de cualquier paciente. Las alteraciones cognoscitivas tienen su origen en diferentes condiciones clínicas. En la agudeza diagnóstica, el valor significativo del deterioro cognitivo evaluado por el ECB, depende de la historia psiquiátrica, el examen integral del estado mental y el estado físico y, pertinentes datos de laboratorio.

Buena parte de las investigaciones con el ECB utilizan el punto de corte de 23 o 24 para evaluar la validez y confiabilidad del instrumento como prueba diagnóstica para las alteraciones cognoscitivas. Una puntuación por debajo de 23 en el ECB sugiere una alteración en la función cognoscitiva (10, 12, 13, 17, 43).

## A N T E C E D E N T E S

M. Folstein y S. Folstein (13, 24), mencionan que las alteraciones cognitivas se originan en diferentes entidades clínicas. Estas son frecuentes tanto en la consulta médica como psiquiátrica (10, 19, 33), y los divide en dos categorías: trastornos de la cognición y trastornos del estado de ánimo. En la primera categoría las entidades clínicas más frecuentes son el delirium y la demencia, las menos frecuentes son los síndromes cognitivos focales, la esquizofrenia y el retardo mental.

El delirium es uno de los trastornos mentales más comúnmente encontrado en la práctica médica general como psiquiátrica. Ha sido llamado la "psicosis del hombre" para subrayar el hecho de que cada uno de nosotros es potencialmente susceptible de padecerlo, y se han expresado de él como la locura reversible. A pesar de ser tan común en la práctica médica, con frecuencia se fracasa en su diagnóstico. Su cuadro clínico proteico puede, a veces, sugerir un trastorno mental funcional tal como la depresión, manía o una psicosis paranoide. A menudo el delirium está sobrepuesto a una demencia, otra condición que se caracteriza por una disminución global de las funciones cognitivas, y puede ser diagnosticado erróneamente como demencia (19, 20, 21, 22, 14, 15).

Estudios epidemiológicos del delirium reportados son escasos. Dos estudios en pacientes de 70 años o más presentaron delirium en un 30 a 50% respectivamente durante su admisión al hospital (19).

El estudio de los trastornos cognoscitivos transitorios ha estado plagado por un embrollo terminológico que ha impedido la comunicación y la educación (14, 20). Casi 30 sinónimos para delirium han sido encontrados en la li-

o

teratura médica, incluyendo términos tales como "confusión aguda", "estado obnubilado", "pseudosenilidad", "encefalopatía", "síndrome cerebral agudo" y "falla cerebral aguda" (25). La reciente clasificación revisada de los trastornos mentales en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, tercera edición, (DSM-III-R) (30), aporta una terminología consistente y criterios diagnósticos explícitos para tales síndromes mentales orgánicos. Aparte en la importancia en el diagnóstico, los pacientes con esta entidad clínica frecuentemente se complican durante su hospitalización, principalmente en ancianos, los cuales presentan un aumentado riesgo en la mortalidad (14), mayor tiempo en la hospitalización y por lo tanto costo a la institución (31, 32).

Su incidencia del delirium es mucho más alta en personas de edad avanzada que en jóvenes (24). Hay varios factores que predisponen al anciano (20), a padecerlo, en éstos está el proceso de envejecimiento cerebral, la enfermedad cerebral estructural, la reducción en la capacidad para la regulación homeostática y por lo tanto en los mecanismos de resistencia a la aflicción, el deterioro en la visión y la audición, la prevalencia de enfermedades crónicas, la disminución en la resistencia a las enfermedades agudas y a los cambios relacionados con la edad en la farmacocinética y farmacodinamia de las drogas.

Su prevalencia del delirium se desconoce. Anthony y cols (12) usaron el FCB y evaluaron a los pacientes admitidos en forma consecutiva en una sala médica general del hospital John Hopkins; encontraron una prevalencia de delirium del 24%; y un 34% de los pacientes tuvieron cierto deterioro cognoscitivo el día de su admisión.

El delirium se define como un síndrome mental orgánico, caracterizado por una alteración cognoscitiva global, con alteración de la atención, una reducción del nivel del estado de conciencia, un aumento o una disminución de la actividad psicomotora y una alteración del ciclo sueño-vigilia. Esta entidad tiene un inicio agudo y una duración breve (máximo hasta un mes). La severidad de los síntomas es fluctuante e impredecible durante el curso de día y puede ser más marcado durante la noche (signo crepuscular o de la puesta del sol). Este conjunto de signos y síntomas característico del delirium reflejan aparte de un trastorno mental total, una disfunción cerebral difusa (19, 20, 23). Puede ocurrir a cualquier edad, pero es más común en los ancianos.

En cuanto a su curso y desenlace, puede haber una recuperación total, o una progresión irreversible hacia un síndrome amnésico o una demencia; también, puede progresar al coma y finalmente llegar a la muerte. Esto último puede hasta en un 20 a 30% de los pacientes probablemente porque el síndrome se desarrolla, a menudo, en la etapa terminal de una enfermedad como el cáncer (23, 31).

Como se mencionó previamente, el delirium es una manifestación psicopatológica inespecífica que obedece a una reducción difusa del metabolismo cerebral y a una alteración de la neurotransmisión (23, 35), la cual puede ser consecuencia de un numeroso grupo de causas. Pueden diferenciarse cuatro grupos principales de factores causales: 1) enfermedad intracraneal primaria; 2) enfermedades sistémicas que secundariamente afectan el cerebro; 3) agentes tóxicos exógenos y 4) supresión de abuso de sustancias principalmente alcohol y agentes hipnóticos-sedantes.

Por otro lado, se considera que existen 6 grupos de pacientes que tienen un riesgo elevado para desarrollar delirium: 1) los pacientes quemados, 2) los ancianos, 3) los niños, 4) los pacientes post-cardiotomía, 5) los pacientes con antecedentes de lesión cerebral y 6) los pacientes adictos a drogas (14).

Es importante, como mencionamos previamente, distinguir el delirium de otras entidades clínicas que cursan con alteraciones en las funciones cognitivas; vg, las demencias, los síndromes orgánicos focales y las psicosis funcionales. La historia clínica del paciente es crucial para hacer esta diferenciación (13, 14, 24).

El Examen Cognoscitivo Breve es una de las pruebas psicológicas más ampliamente usada para la detección y localización de enfermedad cerebral difusa y la evaluación de las disfunciones cognitivas (13, 14, 15, 17, 42, 43).

Folstein y cols (13), compararon los resultados del Examen Cognoscitivo Breve con los diagnósticos clínicos y los resultados del "WAIS" y mostró con que su capacidad para distinguir entre disfunción cortical difusa o local, o función cortical normal es satisfactoria; además sus resultados concuerdan con la presencia de lesiones detectadas mediante tomografía axial computarizada del cerebro, así como con hallazgos electroencefalográficos (17, 16, 38).

Cavanaugh (10) reportó que el 28% de las alteraciones cognitivas se encuentran asociadas a enfermedades médicas y que son detectadas por el ECB. Los pacientes con enfermedad neurológica, respiratoria y enfermedad del tejido conectivo, son las categorías diagnósticas con una alteración cognoscitiva mayor.

En una clínica psiquiátrica se encontró que pocos pacientes con deli-

rium o demencia tuvieron puntuaciones en el ECB por arriba de 23 puntos (12, 13).

DePaulo y Folstein (18), reportaron que ninguno de los 26 pacientes neurológicos, con lesión del cordón medular, lesión de los nervios periféricos o lesión neuromuscular, en ausencia de daño cerebral, tuvieron puntuaciones totales de 24 puntos en el ECB.

En otro estudio (26), con 99 pacientes admitidos en un hospital general en forma consecutiva, dentro de las primeras 24 horas de haber ingresado, se encontró a 18 pacientes con demencia y 9 sujetos con delirium, reportándose una prevalencia del 24% para los pacientes con este último diagnóstico.

Trzepazz y cols (34), en su estudio con 108 pacientes candidatos a trasplante hepático aplicaron el ECB y 18 resultaron con delirium. Koponen y cols (35), en pacientes con delirium, encontraron una reducción de la inmunorreactividad tipo somatostatina en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y una correlación significativa entre los niveles de inmunorreactividad tipo somatostatina y los resultados del ECB. Esto sugiere un papel que la somatostatina pudiera estar involucrada en la génesis de ciertos síntomas del delirium.

Francis y cols (36) en su estudio con 229 pacientes de 70 años o más, admitidos en forma consecutiva a un servicio médico general, observaron que 50 pacientes (22%) tuvieron criterios para delirium y éstos mostraron puntuaciones más bajas de todo el grupo, en tanto que los ancianos sin delirium tuvieron puntuaciones superiores a los 25.

Primavera y cols (38) en pacientes con demencia senil tipo Alzheimer y

sujetos ancianos normales reportan una correlación estadísticamente significativa entre los resultados del ECB y algunos parámetros del FEG.

Blessed (39), en una muestra de 222 ancianos, con el diagnóstico de demencia, evaluaron la utilidad del ECB como prueba de tamizaje. La correlación entre el GAMGOS y el ECB fue de 0.87.

Larson y cols (37) reportaron el deterioro cognoscitivo causado por las reacciones adversas a las drogas en el anciano. En su estudio la severidad del deterioro cognoscitivo en los pacientes con efectos de las drogas no fue significativamente diferente del observado en los pacientes sin efectos secundarios. Como podemos apreciar el ECB evalúa satisfactoriamente los aspectos cognoscitivos del estado mental.

Sin embargo Steingart y cols (40) en su estudio en ancianos con depresión de inicio tardío encontraron que esta entidad está asociada con deterioro cognoscitivo; los resultados en el ECB de 41 ancianos deprimidos se correlacionaron con la edad de inicio de la depresión. La relación entre la edad de inicio de la depresión y el deterioro cognoscitivo apoya la hipótesis de que los trastornos afectivos de inicio tardío, en el anciano, pueden estar asociados con una enfermedad cerebral oculta. Los resultados de este estudio indican que hay una correlación significativa entre la edad de inicio de la depresión tardía y el grado de deterioro cognoscitivo medido en el ECB. De aquí se deriva la hipótesis de que la enfermedad depresiva que se origina por primera vez en la vida tardía es diferente a la depresión que ocurre en la vida temprana.

Andreasen y cols (41), en su estudio de pacientes esquizofrénicos con

síntomas positivos y negativos, encontró en estos últimos resultados significativamente más bajos en el FCB. Estos hallazgos sugieren que los pacientes con esquizofrenia de sintomatología negativa pueden tener un proceso patológico subyacente, involucrando atrofia cerebral que es reflejado por tales mediciones del sensorium como la orientación, la capacidad para calcular y funciones de la memoria.

La brevedad y la facilidad para su aplicación en este apartado hacen del FCB un instrumento atractivo para profundizar en su uso.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se debe reconocer al diagnóstico de delirium, para distinguir aquellas psicosis que requieren una intervención psiquiátrica primaria de aquéllas en la que es indispensable la detección de enfermedades orgánicas subyacentes como causa directa del trastorno psiquiátrico. Una vez detectado, lo esencial del manejo es el tratamiento de la condición médica.

## JUSTIFICACION

Existen serias dificultades para la detección del delirium, así como su diagnóstico diferencial con otras enfermedades psiquiátricas que también cursan con alteraciones cognoscitivas. La importancia del diagnóstico diferencial realizado en forma temprana radica en que el tratamiento es diferente y mejora el pronóstico de los pacientes cuando se realiza oportunamente.

## HIPOTESIS

En el presente estudio se plantea que el ECB es útil en el diagnóstico de delirium entre los pacientes psiquiátricos delicados que cursan con alteraciones médicas. Cuando se ha establecido el diagnóstico de delirium se puede inferir un pronóstico de estos pacientes y por tanto se puede modificar el tratamiento para disminuir la estancia hospitalaria y la morbimortalidad.

## OBJETIVOS

- Determinar qué trastornos psiquiátricos cursan con delirium.

## M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se estudió a 100 pacientes internados en la Unidad de Cuidados Especiales del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" (HPFBA), en el período comprendido entre diciembre de 1990 a mayo de 1991, los cuales, previa información acerca del estudio, aceptaron participar en él.

Al 50% de los pacientes (grupo 1) se les sometió a una entrevista semiestructurada-estructurada, dos horas después se realizó la primera aplicación del ECR; dos horas más tarde se efectuó una segunda evaluación con el ECR. Las tres evaluaciones fueron realizadas por diferentes médicos.

En el otro 50% de los pacientes (grupo 2) se aplicó de primera instancia el ECR, dos horas más tarde una segunda evaluación y, dos horas después, se realizó la entrevista semiestructurada. También las evaluaciones fueron realizadas por diferentes médicos.

Todas las evaluaciones fueron aplicadas durante las primeras 48 horas de su admisión de todos los pacientes a esta unidad.

La entrevista semiestructurada que se utilizó fue elaborada de acuerdo a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, en su tercera edición revisada (DSM-III-R), para Delirium y Demencia (30).

Criterios para el diagnóstico de delirium:

- A. Reducción de la capacidad para mantener la atención hacia estímulos externos (p. ej.: hay que repetirles las preguntas debido a la dispersión de la atención) y para dirigir la atención de forma apropiada a estímulos nuevos (p. ej.: sigue contestando a preguntas hechas anteriormente).
- B. Pensamiento desorganizado, que se manifiesta a través de un lenguaje vago, irrelevante o incoherente.
- C. Al menos dos de los siguientes síntomas:
  - 1) reducción del nivel de conciencia; por ejemplo, dificultad para mantenerse despierto durante el examen médico;
  - 2) trastornos perceptivos: falsas interpretaciones, ilusiones o alucinaciones;
  - 3) alteración del ciclo sueño-vigilia, con insomnio o somnolencia durante el día;
  - 4) aumento o disminución de la actividad psicomotora;
  - 5) desorientación en cuanto al tiempo, el espacio o el reconocimiento de las personas;
  - 6) deterioro de la memoria, por ejemplo: incapacidad para aprender cualquier tipo de información nueva, como recordar al cabo de cinco minutos los nombres de varios objetos no relacionados entre sí, o para recordar hechos pasados, como la historia del episodio actual de la enfermedad.
- D. Síntomas clínicos que se desarrollan en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y que tienden a fluctuar en el curso del día.

E. 1) ó 2):

- 1) demostración, a través de la historia, del examen físico y de las pruebas de laboratorio, de una causa orgánica específica que se estima etiológicamente relacionada con la alteración;
- 2) en ausencia de tal evidencia, puede presuponerse un factor etiológico orgánico si la alteración no puede atribuirse a ningún tipo de trastorno mental no orgánico, por ejemplo: un episodio maniaco que explicaría la agitación y la alteración del sueño.

Criterios para el diagnóstico de demencia:

A. Pruebas evidentes de deterioro de la memoria a corto y algo plazo.

B. Al menos uno de los siguientes síntomas:

1. deterioro del pensamiento abstracto, manifestado por la incapacidad para encontrar semejanzas y diferencias entre palabras relacionadas entre sí; dificultad en la definición de palabras y conceptos, así como en otras tareas similares;
- 2) deterioro de la capacidad de juicio;
- 3) otros trastornos de las funciones corticales superiores, como afasia, apraxia, agnosia, "dificultades constructivas" y
- 4) modificaciones en la personalidad.

C. La alteración en A y en B interfiere de forma significativa en las actividades laborales o sociales habituales, o en las relaciones con los demás.

D. No aparece exclusivamente durante el curso de un delirium.

E. Además 1) ó 2):

- 1) demostración, a través de la historia, el examen físico, o las pruebas de laboratorio, de una causa (o factor) orgánica específica que se estima etiológicamente relacionada con la alteración;
- 2) en ausencia de tal evidencia, puede presuponerse un factor etiológico orgánico si la alteración no puede atribuirse a ningún tipo de trastorno mental no orgánico (p. ej.: una depresión mayor que fuera responsable del deterioro cognitivo).

Por la falta de homogeneidad en los diagnósticos, de forma arbitraria se dispusieron categorías diagnósticas para evaluar su relación con el delirium y un resultado positivo o negativo en el FCB.

Las categorías diagnósticas utilizadas fueron, a saber:

- oo. Diagnóstico no definido.
01. Síndrome orgánico cerebral tóxico.
02. Síndrome orgánico cerebral secundario a TCE, tumores.
03. Depresión mayor.
04. Psicosis maniaco-depresiva, manía.
05. Trastornos psicóticos con inteligencia normal.
06. Trastornos psicóticos con déficit de la inteligencia.
07. Epilepsia: crisis convulsivas generalizadas tónico-clónicas (CCGTC); crisis parciales (simples, complejas).

Se utilizaron como estadísticos de resumen frecuencias, proporciones y para contraste de proporciones se usó  $X^2$ , el nivel alfa se fijó en 0.05.

## R E S U L T A D O S

Los 100 pacientes que participaron en el estudio fueron agrupados por categorías diagnósticas para evaluar cuáles se relacionan más frecuentemente con el síndrome delirium y un resultado en el ECB positivo.

De la muestra total 36 pacientes (36%) resultaron con delirium y al ECB tuvieron un resultado positivo, de acuerdo a las categorías diagnósticas quedaron distribuidos de la siguiente manera (ver figura 1 y tabla I): 11 pacientes de los 36 tuvieron la categoría diagnóstica de síndrome orgánico cerebral tóxico; 4 pacientes tuvieron la categoría diagnóstica de síndrome orgánico cerebral secundario a TCE, tumores; un paciente tuvo la categoría diagnóstica de episodio depresivo mayor; otro paciente tuvo la categoría diagnóstica de psicosis maniaco-depresiva: manía; 5 pacientes tuvieron la categoría diagnóstica de trastorno psicótico con inteligencia normal; 9 pacientes tuvieron la categoría diagnóstica de trastorno psicótico con déficit en la inteligencia, y finalmente 5 pacientes tuvieron la categoría diagnóstica de epilepsia. De los 36 pacientes con delirium, en 29 de ellos, su diagnóstico tenía una base orgánica y los 7 pacientes restantes una base funcional.

Sesenta y cuatro de ellos (64%) resultaron sin delirium y su evaluación en el ECB fue negativo; su distribución en las categorías diagnósticas fue de la siguiente manera: un paciente de los 64, tuvo la categoría diagnóstica de "diagnóstico no definido"; 29 pacientes tuvieron el diagnóstico de síndrome orgánico cerebral tóxico; 5 pacientes tuvieron el diagnóstico de síndrome or-

gánico cerebral secundario a TCE, tumores; 8 pacientes tuvieron el diagnóstico de episodio depresivo mayor; 6 pacientes tuvieron el diagnóstico de psicosis maniaco-depresiva: manía; 7 pacientes tuvieron el diagnóstico de trastorno psicótico con inteligencia normal; 4 pacientes tuvieron el diagnóstico de trastorno psicótico con déficit en la inteligencia; los siguientes 4 pacientes tuvieron el diagnóstico de epilepsia. De estos pacientes sin delirium, 42 de ellos su diagnóstico tenía una base orgánica y los 22 pacientes restantes una base funcional.

Al realizar el contraste de las proporciones de cada categoría diagnóstica entre los grupos con y sin delirium la  $\chi^2$  fue de 1.8820 con un grado de libertad ( $P = .1739$ ).

Figura 1

# RESULTADOS ECB Y DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS

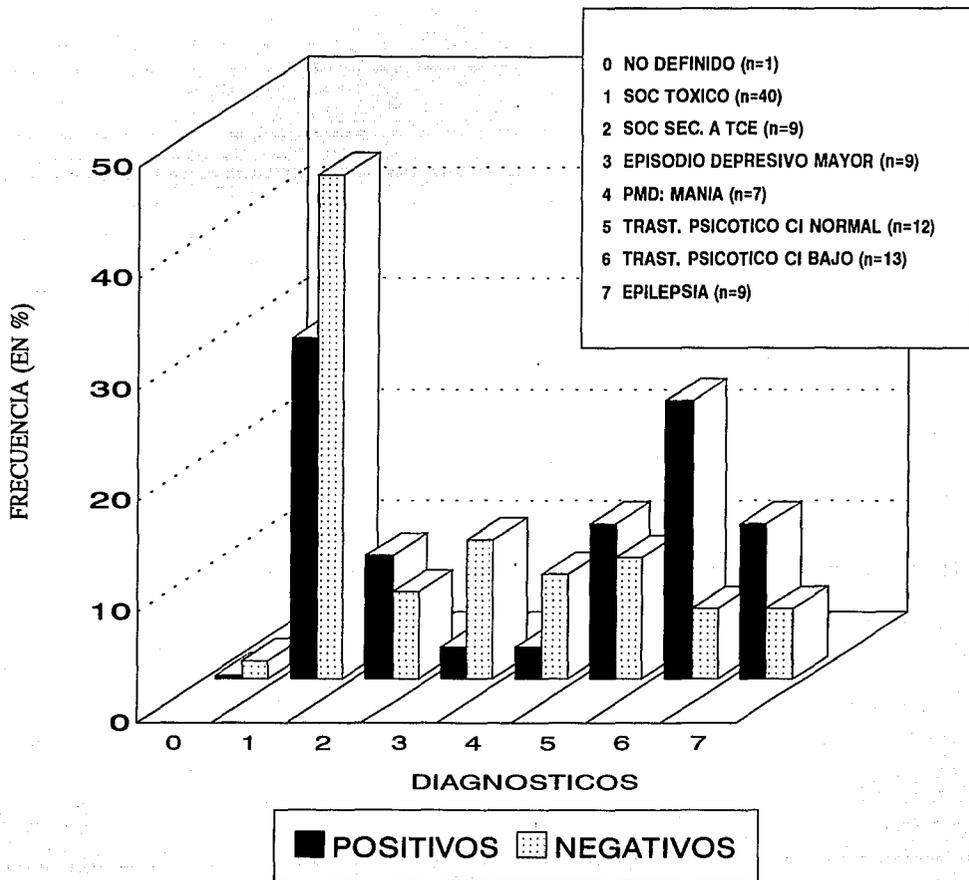


TABLA 1

## Exámen Cognoscitivo Breve\*

Categorías diagnósticas	Positivo	%	Negativo	%
00. Diagnóstico no definido			1	1.6
01. S.O.C. Tóxico	11	30.6	29	45.3
02. S.O.C. sec. a TCE, tumores	4	11.1	5	7.9
03. Episodio depresivo mayor	1	2.8	8	12.5
04. PMD: manía	1	2.8	6	9.4
05. Trastorno psicótico con inteligencia normal	5	13.9	7	10.9
06. Trastorno psicótico con déficit en la inteligencia	9	25.0	4	6.3
07. Epilépsia: CCGTC;CP(S,C)	5	13.9	4	6.3
TOTAL	36	100%	64	100%
Base orgánica	29		42	
Base funcional	7		22	

\* +: puntuación < 18

-: puntuación > 18

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

El ECB es un instrumento extensamente utilizado en los hospitales generales, así como en los hospitales psiquiátricos, para evaluar condiciones tanto médicas como psiquiátricas que cursan principalmente con alteración en las funciones cognoscitivas gruesas, como el delirium y la demencia.

Diferentes estudios han mostrado que el ECB tiene una validez y una confiabilidad aceptables (12, 13, 16, 17). Sin embargo, otras investigaciones han reportado que el ECB es inadecuado para evaluar las funciones cognoscitivas en forma exhaustiva como lo hacen las baterías neuropsicológicas, vg., "Luria-Nebraska" o el "Halstead-Reitan" (8); otros reportan una alta frecuencia de falsos positivos y falsos negativos, especialmente en muestras exclusivamente compuestas de pacientes psiquiátricos, esto ha llevado a concluir que el ECB es inadecuado para distinguir pacientes psiquiátricos con y sin déficit cognoscitivo (42). Debe enfatizarse que estos últimos estudios olvidan que el ECB que se origina en la experiencia clínica, en la valoración de pacientes agudos, con disfunciones cognoscitivas gruesas y por lo tanto, en pacientes que sólo cooperan por cortos períodos de tiempo. Esta característica no la poseen otros instrumentos tales como el "WAIS", que fue diseñado para otros propósitos.

En el presente estudio la proporción de pacientes con un resultado negativo en el ECB fue mayor en las siguientes categorías diagnósticas: SOC tóxico, Episodio Depresivo Mayor y Psicosis Maniaco-Depresiva (manía). Llama la atención el resultado observado en la primera categoría, el SOC tóxico. Esto podría explicarse porque en estos pacientes el ECB se aplicó durante las primeras 48 horas, y sabemos que el delirium usualmente se presenta a los 2 ó 3 días posteriores a la suspensión o reducción de la ingesta etí-

lica. La intensidad máxima de los síntomas es al cuarto o quinto día (44). Por otro lado, el episodio depresivo mayor de inicio tardío en ancianos, está relacionado con deterioro cognoscitivo por lo que en la evaluación al ECB presentaron resultados positivos. Esto apoya la hipótesis de que en el episodio afectivo de inicio tardío, así como otros síndromes "psiquiátricos" de igual inicio, incluyendo manía y trastornos paranoides, están asociados con daño cerebral (23, 24, 40). En nuestro estudio el inicio de estos últimos trastornos fue en etapas tempranas de la vida, sugiriendo una base funcional y, por tanto, un menor deterioro cognoscitivo.

El valor obtenido de  $\chi^2$  al realizar el contraste de proporciones en cada categoría diagnóstica mostró una tendencia a la significancia. Este resultado sugiere que el ECB pudiera ser útil en la evaluación de los pacientes con diagnósticos de base orgánica, en relación a los de base funcional.

Debe reconocerse que el presente estudio adolece de ciertas fallas que podrían explicar los hallazgos:

- 1) ausencia de homogeneidad diagnóstica;
- 2) desigualdad en el número de pacientes por categorías diagnósticas;
- 3) desigualdad en el número de pacientes con diagnóstico de base orgánica y funcional y
- 4) el tamaño de la muestra es pequeña.

Los pacientes con delirium observados contrastan con los vistos en los hospitales generales en donde suelen ser mayor de edad. Esto, probablemente se deba a la naturaleza del hospital donde se realizó, un hospital psiquiátrico para enfermos agudos; es decir, un lugar en donde los ancianos son rechazados sistemáticamente.

Quizás por lo expuesto, nuestros hallazgos difieran de los de otros estudios, que han documentado la utilidad del ECB en pacientes agudos con disfunción cognoscitiva de base orgánica.

Investigaciones deberán resolver las irregularidades mencionadas para dilucidar si este instrumento, el ECB, es útil en la evaluación del estado mental, principalmente en el área cognoscitiva. También deberá evaluarse su uso en forma rutinaria en un hospital psiquiátrico, particularmente en la Unidad de Cuidados Especiales, en donde se manejan pacientes graves, que cursan con trastornos psiquiátricos agudos como el delirium pues, en teoría, debe facilitar su detección inmediata y así prevenir sus consecuencias (morbimortalidad, tiempo de estancia hospitalaria y costo).

## BIBLIOGRAFIA

1. WILLIAMSON J, STOKE IH, GRAY S: Old people at home: their unreported needs. *Lancet* 1: 1117-1120, 1964.
2. KNIGHTS EB, FOLSTEIN MF: Unsuspected emotional and cognitive disturbance in medical patients. *Ann Intern Med* 87: 723-724, 1977.
3. DEPAULO JR, FOLSTEIN MF: Psychiatric disturbance in neurological patients: detection, recognition and hospital course. *Ann Neurol* 4: 225-228, 1978.
4. REGIER DA, GOLDBERG DP, TAUBE CA: The DeFacto U.S. mental health service system. *Arch Gen Psychiatry* 35: 685-693, 1978.
5. CAVANAUGH S, WETTSTEIN R: The prevalence of psychiatric morbidity in medical populations. En: *Psychiatric Update, The American Psychiatric Association Annual Review, Vol. III (GRINSPOON ed.)*. Washington, DC, 1984.
6. WELLS KB, GOLDING JM, BURNAM MA: Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 145: 976-981, 1988.
7. ROVNER BW, KAFONEK S, FILIPP L, LUCAS MJ, FOLSTEIN MF: Prevalence of mental illness in a community home. *Am J Psychiatry* 143: 1446-1449, 1986.
8. HALSTED HA: Psychometric study of senility. *J Ment Sci* 89: 363, 1943.
9. HINTON J, WITHERS E: Usefulness of the clinical test of the sensorium. *Brit J Psychol* 136: 436-439, 1971.
10. CAVANAUGH AS, WETTSTEIN R: Emotional and cognitive dysfunction associated with medical disorders. *J Psychosomatic Res* 33: 505-514, 1989.
11. MCHUGH PR, FOLSTEIN MF: Organic mental disorders. En: *Psychiatry Vol. I, (CAVENAR JO, Jr. ed.) LIPPINCOTT CO, Philadelphia, 1975, pp. 1-2.*
12. 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. *Psychol Med* 12: 397-408, 1982.
13. FOLSTEIN MF, FOLSTEIN SE, MCHUGH PR: Mini-Mental State: a practical method for grading cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatry Res* 12: 189-198, 1975.
14. WISE MG: *Textbook of Neuropsychiatry. Chapter 5 (Delirium)*. The American Psychiatry Press. Washington DC, 1987.
15. MURRAY GB: *Handbook of General Hospital Psychiatry. Massachusetts General Hospital. 1991, pp. 89-120.*

16. PRO JD, WELLS CE: The use of the electroencephalogram in the diagnosis of delirium. *Dis Nerv Sys* 38: 804-808, 1977.
17. TSAI L, TSUANG M: The Mini-Mental State Test and Computerized Tomography. *Am J Psychiatry* 136: 436-439, 1979.
18. DRPAULO JR, FOLSTEIN MF: Psychiatric disturbance in neurological patients: detection, recognition, and hospital course. *Ann Neurol* 4: 225-228, 1978.
19. LIPOWSKI ZJ: Delirium (Acute Confusional States). *JAMA* 258: 1789-1792, 1987.
20. LIPOWSKI ZJ: Delirium in the elderly patient. *NEJM* 2: 578-581, 1989.
21. LIPOWSKI ZJ: Transient cognitive disorders (delirium, acute confusional states) in the elderly. *Am J Psychiatry* 140: 1426-1436, 1983.
22. TRZEPACZ PT, TEAGUE GR, LIPOWSKI ZJ: Delirium and other organic mental disorders in a general hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 7: 101-106, 1985.
23. LIPOWSKI ZP: Delirium (Acute Confusional State). *Fn: Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. (HAZZARD WR, ed.). American Psychiatric Press. Washington, 5ta. ed., 1991. pp. 920-925.
24. FOLSTEIN MF, FOLSTEIN SF: Syndromes of Altered Mental State. *Fn: Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. (HAZZARD WR, ed.). American Psychiatric Press. Washington, 5ta. ed., 1991. pp. 1080-1101.
25. BERRIOS GE: Delirium and confusion in the 19th century: a conceptual history. *Brit J Psychiat* 139: 439-449, 1981.
26. JACORS JW, BERNHARD MR, DELGADO, STRAIN JJ: Screening for organic mental syndromes in the medically ill. *Ann Internal med* 86: 40-46, 1977.
27. PERRY SW, CELLA DE: Missed diagnoses of organic mental syndromes in hospitalized medical patients. *Am J Psychiatry* 142: 525-526, 1985.
28. WETTSTEIN RM: The mini-mental state in mild cognitive disfunction. *Am J Psychiatry* 143: 128, 1986.
29. ERKINJUNTTI T, WIKSTROM J, PALO J, AUSTIO L: Dementia among medical inpatients: evaluation of 2000 consecutive admissions. *Arch Intern Med* 146: 1923-1926, 1986.
30. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, 3ra. edición revisada (DSM-III-R). APA, Washington D. C., 1987.
31. RABINS PV, FOLSTEIN MF: Delirium and dementia: Diagnostic criteria and fatality rates. *Br J Psychiat* 140: 149-153, 1982.

32. THOMAS RI, CAMERON DJ, FAHS MC: A prospective study of delirium and prolonged hospital stay. *Arch Gen Psychiatry* 45: 937-940, 1988.
33. MACKENZIE TB, POPKIN MK: Stress response syndrome occurring after delirium. *Am J Psychiatry* 137: 1433-1435, 1980.
34. TRZEPACZ PT, BRENNER RP, COFFMAN G: Delirium in liver transplantation candidates: Discriminant analysis of multiple test variables. *Biol Psychiatry* 24: 3-14, 1988.
35. KOPONEN H, REINKANEN, RIEKKINEN PJ: Cerebrospinal fluid somatostatin in delirium. II changes at the acute stage and at one year follow-up. *Psychol Med* 20: 501-505, 1990.
36. FRANCIS J, MARTIN D, KAPOOR WN: A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *JAMA* 263: 1007-1101, 1990.
37. LARSON ER, KUKULL WA, BUCHNER D: Adverse drug reactions associated with global cognitive impairment in elderly persons. *Ann In Med* 107: 169-173, 1987.
38. PRIMAVERA A, NOVELLO P, FINOCCHI C: Correlation between Mini-Mental State Examination and quantitative electroencephalography in senile dementia of Alzheimer type. *Neuropsychobiol* 23: 74-78, 1990.
39. BLESSED G, BLACK SE, BUTLER T: The diagnosis of dementia in the elderly; a comparison of CAMCOG (the cognitive section of CAMDEX), the AGPCAT program, DSM-III, the Mini-Mental State Examination and some Short Tasting Scales. *Brit J Psychiatry* 159: 103-108, 1991.
40. STEINGART A, HERRMANN N: Major depressive disorder in the elderly: the relationship between age of onset and cognitive impairment. *Int J Geriatric Psychiat* 6: 593-598, 1991.
41. ANDREASEN NC, OLSEN S: Negative vs Positive Schizophrenia. Definition and validation. *Arch Gen Psychiatry* 39: 789-794, 1982.
42. FAUSTMAN WO, MOSES JA, CSERNANSKY JG: Limitations of the Mini-Mental State Examination in predicting neuropsychological functioning in a psychiatric sample. *Acta Psychiatr Scand* 81: 126-131, 1990.
43. STRAIN JJ, FULOP G, GINSBERG R, ROBINSON M: Screening devices for diminished cognitive capacity. *Gen Hosp Psychiatry* 10: 16-23, 1988.
44. GILLIG P: Alcohol. En: *Manual of Clinical Emergency Psychiatry*. (HILLARD JM. ed.). American Psychiatric Press. Washington, Ira. ed., 1991. pp. 193-206.

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"  
 UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES PSIQUIATRICOS  
 EXAMEN COGNOSCITIVO BREVE

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ REG: \_\_\_\_\_  
 FECHA: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_ EXAMINADOR: \_\_\_\_\_ ESC: \_\_\_\_\_

PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJE OBTENIDO	
5	_____	<u>Orientación:</u> ¿Qué fecha es hoy? (año, estación, mes día de la semana, fecha completa).
5	_____	¿En dónde estamos? (piso, hospital, ciudad, estado, país).
3	_____	<u>Memoria:</u> Nombre de 3 objetos (1 seg. c/u). Pida que repita y aprenda (cortina, bata, botón).
5	_____	<u>Atención y cálculo:</u> Que reste de 7 en 7 empezando de 100 (93, 86, 79, 65): - que deletreee radio al revés.
3	_____	<u>Capacidad de fijación:</u> Pregunte por los tres objetos aprendidos.
2	_____	<u>Lenguaje:</u> Muestre una pluma y un reloj y pida que los identifique.
1	_____	Que repita la frase "tres tristes tigres".
3	_____	Que ejecute la siguiente orden verbal: tome una hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad y colóquela en el piso.
1	_____	Que lea la frase "cierre los ojos".
1	_____	Que escriba una oración.
1	_____	Que copie un diseño geométrico.
TOTAL:	_____	

NIVEL DE CONCIENCIA : \_\_\_\_\_

Alerta, somnolencia, estupor o coma.

