

11241
15
25

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA

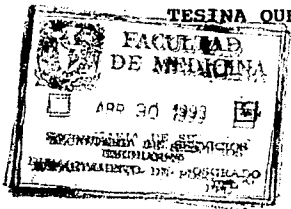
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO DE ALVAREZ"

"DELIRIUM DETECTADO CON EL EXAMEN COGNOSCITIVO BREVE
Y SU RELACION CON LA ESTANCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
ESPECIALES DE UN HOSPITAL PSIQUIATRICO"

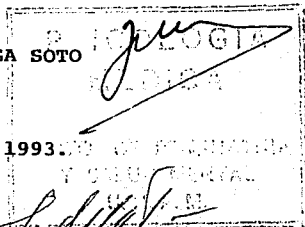
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESINA QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN PSIQUIATRIA PRESENTA :



DR. MAURICIO SANTAMARIA DIAZ

TUTOR: DR. HECTOR A. ORTEGA SOTO



MEXICO, D.F., FEBRERO DE 1993

J. G. [Signature]

[Signature]



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.

INDICE

I N T R O D U C C I O N	1
A N T E C E D E N T E S	2
J U S T I F I C A C I O N	10
O B J E T I V O S	11
M A T E R I A L Y M E T O D O S	11
E S T R A T E G I A D E A N A L I S I S	12
R E S U L T A D O S	13
D I S C U S I O N	15
B I B L I O G R A F I A	17
A N E X O	19

INTRODUCCION

El delirium es el síndrome psiquiátrico encontrado con más frecuencia, tanto en los Hospitales Generales, como en la Consulta Psiquiátrica (19). Sin embargo, y a pesar de su alta prevalencia, este síndrome es mal diagnosticado y recibe poca atención entre los investigadores (2,6,19,8).

El delirium ocurre comunmente en el anciano hospitalizado, se asocia con problemas crónicos y agudos e identifica al anciano en riesgo de muerte y a aquellos con estancia hospitalaria mayor (4).

El delirium complica frecuentemente la hospitalización en el paciente anciano y pudiera asociarse a una alta mortalidad; su estudio ha tenido severos problemas, más de treinta términos han sido usados en el pasado para referirse a confusión aguda (12). Solamente en últimas fechas el consenso y definición de "delirium" se ha desarrollado y utilizado (8). En segundo lugar el delirium ha sido valorado en forma incompleta, los médicos frecuentemente fracasan en reconocer el deterioro cognoscitivo en los pacientes hospitalizados y pudieran errar el diagnóstico debido a sus características fluctuantes y a su presentación sutil. Cuando el diagnóstico médico se requiere

para identificar los casos de delirium, las tasas reportadas han sido bajas (12).

Se ha identificado al delirium como un factor de riesgo en los pacientes ancianos hospitalizados para una estancia prolongada o mortalidad (4,11,12).

Existen estudios previos que indican que el delirium incrementa la estancia hospitalaria independientemente de la gravedad de la enfermedad, el deterioro cognitivo y la dependencia funcional (5). Asimismo, reportes previos indican una tasa de mortalidad elevada que varía del 20 al 65% (6).

En 1975 Folstein (5) desarrolló un método práctico para evaluar las alteraciones cognoscitivas, el "Examen Cognoscitivo Breve" (ECB), el cual se puede aplicar a pacientes ancianos o pacientes que cooperan poco a la entrevista, ya sea delirium o demencia. El ECB se encuentra entre las escalas de evaluación cognoscitiva más ampliamente utilizadas y puede ser aplicado por médicos o personal paramédico con o sin experiencia previa en salud mental (2,7).

Williansons y cols. (18) realizaron un estudio utilizando el ECB, aplicándolo en una población de ancia-

nos a los cuales examinaron, determinando que sólo un 13% de los pacientes que padecían demencia, eran reconocidos como tales por los psiquiatras a su cargo.

El ECB es una prueba la cual ha sido aplicada a grupos de pacientes psiquiátricos con delirium o demencia obteniéndose resultados altamente confiables, los cuales se correlacionan con los hallazgos de coeficiente intelectual de WAIS y la Tomografía Computarizada de Cráneo (3, 16).

ANTECEDENTES

El delirium como término deriva del latín de (de ó desde) y lira (surco o huella). Por su significación el término sugiere un descarrilamiento o separación de una ruta o vía. Supone una desviación brusca del estado habitual en la conducta del individuo. Así incluso en su uso profano, implica cierto cambio en el nivel de conciencia (8).

Podemos definir el delirium como una alteración global de las funciones cognitivas, con fluctuación de la conciencia y disminución de la atención, aumento o disminución de la actividad psicomotora y alteración grave en

el ciclo sueño vigilia, cuya sintomatología refleja una disfunción cerebral difusa, cuya causa etiológica puede ser variable (10,13).

El delirium es debido a uno o más factores orgánicos que ocasionan una disfunción cerebral difusa. En el anciano la etiología es con frecuencia multifactorial (9,10). Se pueden distinguir factores causales, predisponentes, facilitadores y precipitantes. Después de los 60 años el daño cerebral y la enfermedad cerebral crónica con demencia constituyen los factores predisponentes principales. Las tensiones psicológicas, pérdida del sueño, deprivación sensorial y sobrecarga pueden ser consideradas como factores que facilitan el desarrollo del delirium y también ayudan a mantenerlo. Los factores causales precipitantes caen en cuatro clases principales (orgánico): 1) enfermedad cerebral primaria; 2) enfermedad sistémica afectando secundariamente al cerebro: encefalopatías metabólicas, neoplasias, infecciones, enfermedades cardiovasculares y de la colágena; 3) intoxicación con sustancias exógenas, incluyendo drogas médicas y recreacionales, venenos de plantas, animales y de origen industrial; y 4) supresión de abuso de sustancias en una persona adicta a ellas, principalmente alcohol y drogas sedativo-hipnóticas (9,10,11).

En pacientes ancianos más de un factor orgánico está con frecuencia implicado, como intoxicación con anti-colinérgicos, probablemente ésta sea la droga más comúnmente causante del delirium en el paciente anciano (9,11,20).

Otras causas comunes de delirium, incluyen falla cardíaca congestiva, neumonías, infección del tracto urinario, cáncer, uremia, hipokalemia, deshidratación, depleción de sodio, e infarto cerebral involucrando el hemisferio derecho (4,9,10,12).

Es un trastorno que puede aparecer a cualquier edad, aunque es más frecuente en los ancianos, pacientes postquirúrgicos, o con abuso de sustancias psicoactivas (20). En casos graves puede aumentar significativamente el riesgo de muerte respecto a la enfermedad subyacente.

Puede presentar tres formas clínicas fundamentales: 1) desorientación, afectación de la memoria e hipoactividad; 2) delirios paranoides mal estructurados, hipervigilancia, agitación leve y miedo; 3) agitación psicomotriz predominantemente, desorientación, alteración de las memorias y algunas ideas delirantes (13).

El inicio del cuadro es brusco, súbito, a lo largo de pocos días y frecuentemente se manifiesta al caer

la noche (20). Por definición el delirium es un trastorno transitorio, que en raras ocasiones se prolonga más de un mes, y cuando éste se prolonga por más tiempo, ello nos indica que el diagnóstico debe ser cambiado pudiendo ser demencia, total o parcialmente reversible o no reversible (10).

En el paciente anciano, el delirium tiende a ser más duradero que en el joven. En la mayoría de los casos el desenlace es favorable y el paciente retorna a su nivel premórbido de funcionamiento; sin embargo, en muchos pacientes ancianos el delirium es un signo de enfermedad terminal, seguido por la muerte y por tal constituye un signo pronóstico (10,17).

El delirium se produce aproximadamente en el 10% de todos los pacientes ingresados en servicios médicos y quirúrgicos agudos, es casi con toda seguridad el síndrome psiquiátrico orgánico más frecuentemente observado, tanto por psiquiatras como por otros médicos y sería mayor si se sometiera a cada paciente que ingresa a una evaluación psiquiátrica repetida y rigurosa. La incidencia es mayor en las unidades que atienden a población geriátrica, reportándose cifras de hasta 80% (8).

Respecto al manejo del delirium, éste involucra dos aspectos principales: primero; tratamiento de la enfermedad subyacente, condición causante de la disfunción cerebral; y segundo, una terapia sintomática y de apoyo (9,10,11).

En el paciente anciano todas las drogas, principalmente aquellas con acción anticolinérgica, son sospechosas y por tal deben ser suprimidas o su dosis debe ser reducida. La polifarmacia está contraindicada. La etiología del delirium es establecida por una exploración física y neurológica y pruebas de laboratorio seleccionadas.

El tratamiento sintomático involucra el tratamiento de la agitación con haloperidol oral o parenteralmente, en una dosis de 0.5 a 5 mgs. dos veces al día. Medidas de apoyo general implican el aporte de agua y balance electrolítico, adecuada nutrición y suplemento vitamínico. El paciente necesita ser cuidado en un salón quieto tranquilo y bien iluminado. El buen cuidado por enfermería es esencial y debe de caracterizarse por dar reorientación al paciente, tranquilidad y apoyo emocional. La consulta psiquiátrica es con frecuencia indicada para ayudar con el diagnóstico, manejo y aspectos médico-legales (consentimiento para el tratamiento). La prevención del delirium severo debe de ser el blanco en todos los casos;

ello se ha logrado en muchos casos de fractura de cadera (pelvis), por ejemplo, una condición asociada con una incidencia tan alta como del 50% (10,11).

La importancia clínica del delirium se enfatiza por el hecho de que en la vida tardía puede ser la principal forma de presentación de enfermedades tales como miocardiopatías y neumopatías (10,20). El inicio del delirium en el paciente anciano puede ser interpretado como una exacerbación de la demencia, con el consecuente fracaso para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad subyacente.

El delirium tiene una mortalidad elevada, con margen entre el 20 y el 40%, que es cerca del doble en comparación de los pacientes sin delirium (20).

Rabins y Folstein (14), encontraron que en el servicio de consulta psiquiátrica los pacientes internados con trastornos médicos y diagnóstico de delirium, tuvieron una tasa de mortalidad mayor que los pacientes internados deprimidos o sin alteraciones cognitivas. Ellos observaron que estos pacientes tenían un electroencefalograma difusamente lento, taquicardia, hipertermia y tensiones arteriales diastólicas más bajas que los pacientes vistos en la consulta (14).

Estudios previos hacen referencia a la elevada mortalidad en pacientes con delirium, señalando que hasta una tercera parte de los pacientes con delirium, fallecieron en los tres meses posteriores a la consulta psiquiátrica, comparándolos con 43 pacientes deprimidos, de los cuales solamente uno murió (2.3%) (9).

Otros estudios sugieren una asociación entre la morbilidad y el incremento en la mortalidad de los pacientes con delirium (17).

La hospitalización prolongada y la morbilidad experimentada por los pacientes con delirium, sugiere que debe intentarse establecer el diagnóstico de delirium oportunamente e instaurarse las medidas para minimizar las complicaciones y la prolongación de la estancia. Estas pudieran incluir las consultas psiquiátricas tempranas y otro tipo de consultas o la transferencia de los pacientes a unidades médicas que tuvieran los recursos necesarios (15).

El mal pronóstico de los pacientes con delirium es un problema poco reconocido por los médicos y los psiquiatras. Se hace énfasis en que los pacientes con delirium deben de manejarse en unidades médicas o quirúrgicas, más que en las unidades psiquiátricas, donde pudiera fal-

tar la experiencia médica o de enfermería necesaria para el manejo de estas condiciones fisiológicas rápidamente cambiantes (9).

JUSTIFICACION

El diagnóstico en el curso del delirium precede al tratamiento; sin embargo, si el médico no encuentra una razón específica para el delirium, no hay un tratamiento específico que pueda disminuir los síntomas, la morbilidad y por lo tanto la mortalidad. El pronóstico del delirium sin un adecuado diagnóstico y tratamiento pertinente es sombrío (19,20).

El diagnóstico de delirium en el paciente anciano es importante no sólo por su prevalencia sino también porque constituye una forma de presentación de enfermedades médicas o intoxicación por drogas (12,19). Además de que un paciente con delirium, agitado, es difícil de cuidar, tiene mayores riesgos de lesiones o autolesiones, complicaciones médico legales y mayor estancia hospitalaria que otros pacientes (5,15,20).

Si el diagnóstico de delirium es detectado en forma temprana, puede implementarse un tratamiento adecua-

do y mejorar tanto el pronóstico como la estancia en la unidad de cuidados especiales, disminuyendo así el costo hospitalario.

OBJETIVO

En el presente estudio se pretende evaluar la correlación entre el diagnóstico de delirium y la estancia hospitalaria en la unidad de cuidados especiales de un hospital psiquiátrico.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó a 100 pacientes de la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino de Alvarez", los cuales estuvieron internados entre el período de diciembre de 1990 a mayo de 1991.

Se incluyó en el estudio a todos los pacientes de reciente ingreso a la unidad. Aplicándose la prueba a los pacientes previa información y aceptación, procurando que el paciente estuviera lo mejor informado para lograr mayor cooperación.

Al grupo 1 constituido por el 50% de los pacientes se les aplicó una entrevista semiestructurada, de acuerdo a los criterios del DSM-III-R ⁽¹⁾ para delirium. Dos horas después se aplicó el ECB y a las 2 horas se hizo una segunda aplicación con el ECB.

Al grupo 2, constituido por el otro 50% de los pacientes, se les aplicó en primer lugar el ECB, dos horas después una segunda aplicación del ECB y finalmente dos horas más tarde se realizó la entrevista semiestructurada para delirium.

En cada caso la aplicación fue realizada por diferentes médicos, los cuales no conocían los diagnósticos de los pacientes.

ESTRATEGIA DE ANALISIS ESTADISTICO

En el presente estudio se utilizaron como estadísticas de resumen: porcentajes, promedios y desviación estándar.

Además, se realizó el contraste de promedios mediante análisis de varianza y la prueba "t" de student; para comparar proporciones se aplicó la χ^2 cuadrada.

RESULTADOS

De los 100 pacientes estudiados se encontró a 64 pacientes sin delirium y 36 pacientes con delirium; de los cuales 26 son hombres y 10 son mujeres.

La estancia hospitalaria de los pacientes sin delirium fue de 7.4 días, con una desviación estándar de 4.3 días.

Los pacientes con delirium tuvieron una estancia hospitalaria de 10.4 días, con una desviación estándar de 9.1 días.

El valor de "t" con 98 grados de libertad fue de -2.143, por lo que el valor de "p" fue de 0.03. Es decir la estancia hospitalaria entre ambos grupos es desigual.

El coeficiente de correlación entre la puntuación del ECB de los pacientes con delirium y la estancia hospitalaria fue de -0.153 lo cual nos indica que la relación es nula entre ambas variables.

ESTANCIA HOSPITALARIA Y DELIRIUM

	PACIENTES SIN DELIRIUM GPO 1	PACIENTES CON DELIRIUM GPO 2
Estancia hosp. > 0 = 7 días	38	20
Estancia hosp. < de 7 días	25	16
T O T A L	63	36

$$\chi^2 = 6.28$$

$$P = 80.$$

$$\text{Riesgo relativo aproximado} = 1.2$$

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos señalan que la estancia hospitalaria de los pacientes con delirium es mayor que en aquellos que no lo presentan; lo cual concuerda con reportes previos de estancia hospitalaria prolongada en pacientes con delirium (5.13,19).

Es posible que la diferencia en los tiempos de estancia observados en este estudio y los reportes previos pudiera obedecer al hecho de que los trabajos previos se realizaron en hospitales generales, con pacientes con trastornos médicos y/o quirúrgicos, con co-morbilidad psiquiátrica en tanto que el presente estudio se realizó en un hospital psiquiátrico donde la mayor parte de los trastornos tienden a la cronicidad.

En el presente estudio destaca la frecuencia con la cual es necesario el traslado de los pacientes psiquiátricos con delirium a otros hospitales con mejores recursos, siendo ésta de 4 (11.1%) contra 0 de los pacientes sin delirium. Este dato es importante pues coincide con la recomendación previa que sugiere que los pacientes con delirium deben atenderse en unidades médicas no psiquiátricas, con mejores recursos médicos (5,15,7).

Aunque se observó que, la estancia hospitalaria es mayor en los pacientes psiquiátricos con delirium que en aquellos que no lo tienen, es imposible establecer una relación causa efecto; sin embargo puede decirse que los pacientes con delirium ameritan con mayor frecuencia el traslado a otros hospitales con mejores recursos médicos. Ello pudiera deberse a que en las complicaciones médicas son más frecuentes en los pacientes con delirium.

B I B L I O G R A F I A

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorder Revised. Washington, DC., 1987.
2. FOLSTEIN M F, FOLSTEIN S E. Minimental State: a practical method for grading the cognitive state of patient for the clinican. J Psy Res 12:189 198,1975.
3. FOLSTEIN MF. Psychopatology of dementia: Implications for Neurophatology in congenital and adquired cognitive disorders. Rev Press New York pp 17-30, 1979
4. FRANCIS J M: A prospective study of delirium in hospitalized elderly. JAMA 263: 1097-1101, 1990.
5. FULOP G, STRAIN JJ, VITA J. Impact of psychiatryc comorbidity on lenngth of hospital stay for medical/ - surgical patients. Am J Psychiatry 144:878-82, 1987.
6. GUZE SB, CANTWEL DP. The prognosis in organic brain' sindromes. Am J Psychiatry 120:878-881, 1964.
7. JAMES C. Limits of minimental state as a scree ning test for dementia and delirium among hospital patients. Psychological Medicine 12: 397-99, 1982.
8. KAPLAN H I, SADOK JB. Comprensive Texbook of Psychiatry. Willians and Wilkins Baltimore, 1987.
9. LIPOWSKI ZJ. Delirium: Acute brain Failure in man. Springfield, III, Charles C Thomas, 1980.
10. LIPOWSKI ZJ: Delirium (Acute Confusional State). En: Principles of geriatric medicine and gerontology (Hazzard W R ed). American Psychiatric Press. 5ta. ed. pp 920-25, 1991.

11. LIPOWSKI ZJ. Transient cognitive disorders in the elderly. JAMA 258:1789-93, 1987.
12. LISTON EH. Delirium in the aged. Psychiatric Clin North Am 5: 49-66, 1982.
13. NED H CASSEN. Handbook of General Hospital Psychiatry Chapter 6 (confusion, delirium and dementia). Massachusetts General Hospital, 1991.
14. RABINS PV, FOLSTEIN MF. Delirium and dementia: diagnostic and fatality rates. Br. J. Psych. 140:149-53, 1982.
15. THOMAS RI, CAMERON DJ. A prospective study of delirium and prolonged hospital stay. Arch Gen Psychiatry 45: 937-40, 1988.
16. TSAI L AND SUANG MT. The minimal state test and computerized tomographic. Am J Psy 136:436-39, 1979.
17. WEDDINTON WW. The mortality of delirium: an underrappreciated problem? Psychosomatics 23: 1232-1235, 1982.
18. WILLIANSON J STROKE IH, GRAY. Old people at home: their unreported needs. Lancet 1: 1117-1120, 1964.
19. WISE MG. Textbook of neuropsychiatry. Chapter 5 (delirium). The American Psychiatry Press. Washington DC, 1987.
20. ZBIGNIEW J L.: Delirium in the elderly. NEJM 2: 578-581, 1989.

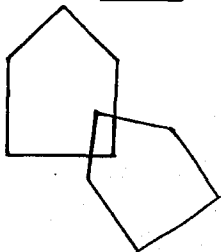
HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"
UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES PSIQUIATRICOS
EXAMEN COGNOSCITIVO BREVE

NOMBRE: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ REG: _____
 FECHA: _____ CAMA: _____ EXAMINADOR: _____ ESC: _____

PUNTAJE MAXIMO PUNTAJE OBTENIDO

- 5 _____ Orientación:
¿Qué fecha es hoy? (año, estación, mes día de la semana, fecha completa).
- 5 _____ ¿En dónde estamos? (piso, hospital, ciudad, estado, país).
- 3 _____ Memoria:
Nombre de 3 objetos (1 seg. c/u). Pida que repita y aprenda (cortina, bata, botón).
- 5 _____ Atención y cálculo:
Que reste de 7 en 7 empezando de 100 (93, 86, 79, 65): - que deletree radio al revés.
- 3 _____ Capacidad de fijación:
Pregunte por los tres objetos aprendidos.
- 2 _____ Lenguaje:
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.

CFI
Sju
MLP
MCI
M
M
Eaf
er