

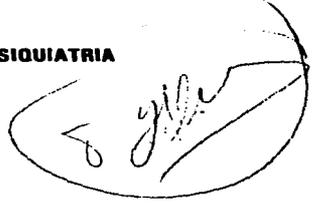
1124113
24.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA

Y SALUD MENTAL



**EL MINI MENTAL STATE EXAMINATION EN LA DETECCION DEL
DELIRIUM EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA MAYOR**



ALUMNA

DRA. EDITH GUERRERO URIBE

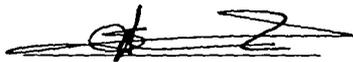
MEDICO RESIDENTE DEL 3er GRADO DE LA ESPECIALIDAD DE

PSIQUIATRIA. ADSCRITA AL HOSPITAL PSIQUIATRICO

"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

TUTOR METODOLOGICO

DR. RAFAEL J. SALIN PASCUAL

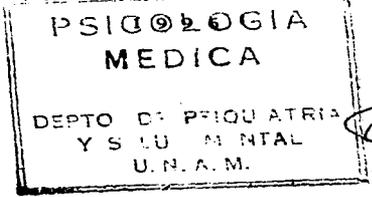


TUTOR TEORICO

DR. CARLOS J. CASTAÑEDA GONZALEZ



TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



1997



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 esta 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA

Y SALUD MENTAL

**EL MINI MENTAL STATE EXAMINATION EN LA DETECCION DEL
DELIRIUM EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA MAYOR**

ALUMNA

DRA. EDITH GUERRERO URIBE

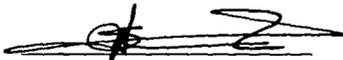
MEDICO RESIDENTE DEL 3er GRADO DE LA ESPECIALIDAD DE

PSIQUIATRIA. ADSCRITA AL HOSPITAL PSIQUIATRICO

"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

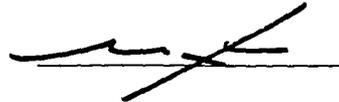
TUTOR METODOLOGICO

DR. RAFAEL J. SALIN PASCUAL



TUTOR TEORICO

DR. CARLOS J. CASTAÑEDA GONZALEZ



TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA

1 9 9 6

ÍNDICE

	pagina
INTRODUCCIÓN.....	2
ANTECEDENTES.....	5
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	14
OBJETIVO E HIPÓTESIS.....	15
MATERIAL Y MÉTODO.....	16
RESULTADOS.....	18
DISCUSIÓN.....	25
REFERENCIAS.....	27
ANEXO 1.....	29

INTRODUCCIÓN

Dentro de las patologías que con más frecuencia se observan en los centros hospitalarios del segundo nivel de atención médica, se encuentran las relacionadas a los servicios de cirugía en donde gran cantidad de pacientes ingresan tanto por los servicios de urgencias como los programados con anticipación.

Una vez que el paciente es sometido a su intervención quirúrgica cualquiera que sea y siempre que no tenga complicaciones pasará como es de esperarse a la sala de recuperación en donde permanecerá el tiempo necesario.

Es así como en el postoperatorio es esencial evaluar integralmente al paciente dado que inicialmente la recuperación de la conciencia se va dando de manera paulatina; sin embargo, no en todos los pacientes sucede lo mismo dado que cuando existe el compromiso en la conciencia, el paciente tendrá que recibir atención especial.

Trasladando este término al campo de la psiquiatría, observamos que el concepto se superpone al concepto de delirium en donde el campo de la conciencia se restringe. Sin embargo, y a pesar de su alta prevalencia, éste síndrome es mal diagnosticado y recibe poca atención entre los investigadores (6,11,17).

El delirium complica frecuentemente la hospitalización en el paciente y pudiera asociarse con una elevada mortalidad su estudio ha tenido severos problemas, pues hasta treinta sinónimos han sido usados en el pasado para referirse a la confusión aguda⁽¹³⁾. Solamente a últimas fechas el consenso y definición de "delirium" se ha desarrollado y utilizado⁽¹¹⁾.

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 pudiera 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 ⁽¹³⁾.

El delirium se produce aproximadamente en el 10 a el 15% de todos los pacientes ingresados en los servicios médicos quirúrgicos agudos^(18,16), 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 no obstante puede presentarse un trastorno psiquiátrico grave en cualquier etapa de una enfermedad, pero su aparición en el postoperatorio tiene particular interés.

En casi todas las personas surge algún grado de ansiedad cuando se enteran que necesitan de una intervención quirúrgica. Sienten temor de perder la vida, perder alguna parte o función corporal⁽¹⁸⁾.

La enfermedad o intervención quirúrgica, sobre todo cuando son prolongadas, son amenazas a la integridad del organismo en el aspecto tanto somático como psicológico. En el momento en el que aparecen los trastornos psiquiátricos durante la enfermedad es variable y la duración del intervalo latente entre la intervención quirúrgica y el trastorno psicológico puede ser de días o semanas. Wilkelstein y cols.⁽¹⁶⁾ informaron que en la sala de recuperación, los enfermos que se habían sometido a intervenciones quirúrgicas con anestesia general no manifestaban preocupación por la operación, ni respuesta afectiva, a pesar de que estaban suficientemente orientados para responder a la entrevista.

Es así como nos propusimos realizar este trabajo con el fin de evaluar a un grupo de pacientes postoperados en las primeras 48 horas para corroborar tanto las cifras señaladas en la bibliografía médica a través de un instrumento de investigación de fácil aplicación conocido como Mini Mental State Examination (Exámen Cognositivo Breve).

ANTECEDENTES

Desde el punto de vista psiquiátrico consideramos que la integridad de la conciencia se demuestra cuando una persona es capaz de reaccionar apropiadamente, y de forma psicológicamente comprensible, a estímulos internos y externos⁽⁹⁾. Según esto, las alteraciones de la conciencia se dividen en aquellas donde se demuestra una patología en la reactividad del sensorio, y en segundo lugar con ostensibles alteraciones del conocimiento y reactividad sensorial más o menos conservada, y finalmente, aquellos estados en los que no es posible objetivar alteraciones del sensorio o del conocimiento, pero que la conducta y contenidos mentales del paciente sugieren una alteración de la conducta ⁽¹⁹⁾.

El delirium como término deriva del latín de (de o desde) y lira (surco o huella). Por su significado 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⁽¹¹⁾.

Podemos definir el delirium como una alteración global de las funciones cognitivas, con la 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 disminución cerebral difusa, y de etiología variable ⁽¹⁶⁾.

El delirium se debe a uno o más alteraciones orgánicas que ocasionan una disfunción cerebral difusa. Pudiéndose distinguir factores causales predisponentes y facilitadores como la enfermedad cerebral crónica con demencia que constituye uno de los factores predisponentes principales. Las tensiones psicológicas, pérdida de sueño, deprivación sensorial y sobrecarga pueden ser consideradas como factores que facilitan el desarrollo del delirium y también ayudan a mantenerlo⁽¹²⁾.

Los factores causales precipitantes caen en cuatro clases principales de tipo orgánico: 1) enfermedad cerebral primaria, 2) enfermedad sistémica afectando secundariamente al cerebro, 3) encefalopatías metabólicas, neoplasias, infecciones, enfermedades cardiovasculares y de la colágena; y 4) supresión de abuso de sustancias en una persona adicta a ellas, principalmente alcohol, drogas hipnóticas y sedantes. Otras causas comunes de delirium, incluye falla congestiva, neumonías, infección de tracto urinario, cáncer, uremia, hipokalemia, deshidratación, depleción de sodio e infarto cerebral involucrando el hemisferio derecho⁽¹²⁾.

Es un trastorno que puede aparecer a cualquier edad, aunque es más frecuente en los ancianos, pacientes postoperados, o con abuso de sustancias psicoactivas. En casos graves puede aumentar significativamente el riesgo de muerte respecto a la enfermedad subyacente⁽¹⁷⁾.

El delirium puede estar marcado por una alteración de ciertas capacidades mentales normales, como alerta, orientación, memoria, o bien por la aparición de ciertos rasgos mentales claramente anormales, como un temor extremo, alucinaciones o delirios paranoides. Estas últimas manifestaciones suelen provocar mayor preocupación que las anteriores. Las primeras, que con frecuencia se conocen como delirium tranquilo, o silencioso, no suelen suscitar una gran preocupación médica, o incluso atención a menos que las manifestaciones sean graves. Las segundas suelen resultar en un delirium grave

o agitado, y por lo tanto, en un estado clínico que requiere asistencia psiquiátrica⁽¹¹⁾.

Otro rasgo chocante del delirium es su pleomorfismo clínico manifestado por sus muchas caras clínicas que presentan los pacientes con delirium. El médico puede hallar a pacientes que además de los defectos cognitivos subyacentes, presenten cuadros depresivos paranoides, esquizofrénicos, fóbicos y de tipo histérico. En otras palabras, los pacientes delirantes suelen ser bastante diferentes entre sí. Los pacientes que experimentan delirios recurrentes, empero, aunque deriven de causas diferentes, presentan a menudo el mismo aspecto clínico durante cada episodio delirante⁽⁷⁾.

La variabilidad temporal, que ha sido considerada por muchos es un signo que frecuentemente produce confusión diagnóstica. El paciente delirante puede parecer bastante lúcido e intacto durante el examen y mostrarse falto de atención y desorientado sólo unos minutos después. Esto es posiblemente el resultado de amplias fluctuaciones del estado metabólico del paciente. En ocasiones, esta variabilidad orienta al médico cuando se plantea un problema en el diagnóstico. Por ejemplo, si el consultante lee notas de las observaciones de médicos y enfermeras que describen diferencias notables en el paciente entre una y otra observación debe plantearse inmediatamente la posibilidad de un delirium sobre todo si estos cambios siguen un curso temporal diario^(7,11).

La variabilidad diurna es otra faceta clínica del delirium. Casi con toda seguridad, el delirium es más grave e incapacitante durante la noche y primeras horas de la mañana, una observación que ha hecho que los pacientes delirantes sean denominados "trasnochadores". De hecho, algunos pacientes pueden mostrarse delirantes sólo por la noche, recuperando la lucidez durante el día. No están claras las razones de esta variación diurna, aunque pueden contribuir varios factores. Las ilusiones y alucinaciones visuales pueden ser precipitadas o empeoradas por la oscuridad o semioscuridad. Las noches son también periodos

durante los cuales los estímulos visuales, auditivos e incluso táctiles son cuantitativamente escasos, creando quizás, un estado de privación sensorial que pueden producir en sí, delirium^(2,11).

El insomnio suele ser grave en el delirium y no es raro observar a pacientes con delirium despiertos y agitados casi toda la noche y que duermen lo que pueden durante las horas diurnas. Este cambio del ciclo sueño-vigilia, además de la privación del sueño por sí sola, pueden producir delirium, con lo que es muy probable que el insomnio grave, tan común es el propio delirium^(2,11).

Aunque todas las personas tienen potencial para desarrollar un delirium si la provocación es grave, parece haber una amplia variación en la susceptibilidad individual. Algunas personas lo presentan (y en ocasiones repetidamente) en respuesta a cambios metabólicos o a medicamentos que en otras no producen delirium, mientras que otras más no se vuelven delirantes con aberraciones metabólicas que suelen producir delirium en la mayoría de las personas. Se ha sugerido cierta susceptibilidad genética al delirium, pero no existen pruebas inequívocas en favor de esta tesis⁽⁷⁾.

La incidencia de delirium es mayor en ciertos grupos, y el médico debe mantener una acentuada sospecha para el diagnóstico en estos grupos. Se dice que el delirium es más frecuente en jóvenes que en ancianos. Aunque la evidencia de una mayor incidencia en la lactancia y la niñez es esencialmente anecdótica, no hay duda de su mayor frecuencia en la vejez. Sin embargo, se desconoce en que medida éste es un rasgo de la propia edad, más que un rasgo de la frecuencia de la enfermedad cerebral orgánica y de la enfermedad sistémica en la vejez. Cualquiera que sea su edad, los pacientes con lesiones cerebrales orgánicas tienen serias posibilidades de desarrollar delirium, como también los pacientes con adicción al alcohol o las drogas. Además, los pacientes con enfermedades cardíacas, hepáticas, pulmonares o renales crónicas son

especialmente susceptibles al delirium, incluso si esta enfermedad por sí sola no es de suficiente gravedad como para producir un delirium(19).

Aunque la intervención quirúrgica suele considerarse una causa de delirium, probablemente es más preciso considerar la cirugía como factor predisponente al delirium. Ciertamente, el delirium es más frecuente después de una intervención, bien inmediata o bien después de un periodo lúcido de varios días, y el número de elementos que pueden contribuir al desarrollo del delirium en el periodo postoperatorio es considerable. Estos elementos incluyen el estrés físico de la propia intervención, el estrés psicológico de la cirugía y los cuidados postoperatorios, el dolor, insomnio, el uso de múltiples medicamentos, un entorno molesto y frecuentemente confuso, infecciones, alteraciones electrolíticas, mala ventilación, fiebre y pérdida de sangre. Igual que en otras situaciones, es raro que se identifique una única causa para el delirium que aparece en el periodo postoperatorio(7).

Por ello, en cierto sentido, puede concebirse al delirium como un fenómeno de umbral. Probablemente todo individuo tiene un cierto umbral para el delirium. Una lesión cerebral preexistente, adicción y ciertos trastornos médicos crónicos, posiblemente sitúan al paciente cerca de este umbral, incluso si lo superan, con lo que cambios metabólicos relativamente pequeños pueden impulsar al paciente a superar el umbral del delirium(7,16).

Las personas con determinadas características de personalidad, sobre todo los que tienen rasgos paranoides, han sido consideradas por algunos como especialmente vulnerables al delirium, pero los datos al respecto son escasos. Se ha dicho lo mismo de las personas con trastornos psiquiátricos en general(9,13). Los pacientes psiquiátricos tratados con agentes psicotrópicos tiene indudablemente cierto riesgo para el desarrollo de un delirium, pero esto está probablemente más en función de los medicamentos, que en los trastornos psiquiátricos en sí. Las reacciones psicológicas intensas, especialmente la

ansiedad y el miedo, pueden predisponer también al delirium, y no sería irrazonable que estos intensos afectos estuvieran acompañados de cambios metabólicos del tipo de los que aumentan la susceptibilidad cerebral al delirium. Existen algunas pruebas de que los pacientes más temerosos de las intervenciones médicas y quirúrgicas son los que tienen más posibilidades de presentar delirium⁽¹⁶⁾.

La primera descripción del trastorno psiquiátrico postoperatorio fue dada por Dupuytren en 1834, quien escribió que “el cerebro en sí puede sobrecogerse de terror, dolor o incluso júbilo, y la razón abandona al paciente cuando más necesita conservar la calma y sin trastorno para la mejoría”. Lewis⁽¹⁵⁾ sugirió una frecuencia de 1 en 1500. Scot describió 11 casos en 2000 intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, la validez de estas cifras es discutible, puesto que el delirium postoperatorio no aparece en la nomenclatura standard y muchas veces no se incluye en el expediente médico. Los criterios diagnósticos se han refinado con los años. Además, algunos cirujanos pueden o no estar sensibilizados para reconocer conductas que son psicodiagnósticas^(7,18).

Ronald Golinger⁽¹⁸⁾ refiere que el delirium es un síndrome común y frecuentemente no reconocido por el médico en los pacientes quirúrgicos hospitalizados debido en muchos casos a anormalidades físicas diferentes que son potencialmente corregibles y que se asocia a un elevado porcentaje de mortalidad, menciona que si se corrigen estas alteraciones tempranamente el pronóstico mejora considerablemente por lo que el diagnóstico temprano es imprescindible.

Dyer y Aston⁽⁴⁾ después de revisar 80 trabajos manifiestan que la incidencia del delirium postoperatorio es de 36.8%, de los que pocos son diagnosticados por el personal médico y paramédico; por lo tanto pasan desapercibidos, además dan información sobre los factores de riesgo como la edad, el tipo de cirugía, el uso de anticolinérgicos como coadyuvantes para la presentación de ésta entidad.

Por otro lado, Fisher y cols⁽⁵⁾ elaboran un instrumento sencillo para el diagnóstico del delirium postoperatorio, en pacientes seniles sometidos a cirugía ortopédica electiva, así mismo manifiestan que en el 17.5% identificaron factores de riesgo como el tiempo de permanencia intrahospitalario prolongado, y el hecho de pertenecer al sexo masculino.

Aakerlund y cols⁽¹⁾ en 1994 realizan un trabajo, observando la capacidad para la ejecución de la escritura, antes y después de la cirugía como parámetros predictores de delirium postoperatorio, viendo que de 24 pacientes estudiados, 5 tuvieron incapacidad motora y alteración espacial, los mismos que presentaron delirium, concluyendo que la capacidad para la ejecución de la escritura pudiera servir como parámetro en el diagnóstico del delirium.

Existen otros estudios, en donde se observa que la incidencia según el sexo varía, así Hashimoto⁽⁸⁾ en 1994 reporta que de 160 pacientes estudiados mayores de 60 años, 37 % fueron varones en relación a 29% mujeres.

McCartney en el año de 1988⁽¹⁴⁾ menciona que existe un riesgo especial de delirium en pacientes con demencia y quienes presentan alteración metabólica se incrementa su riesgo para la encefalopatía tóxica como una forma de delirium, considerándose que el riesgo postoperatorio para el delirium es una amenaza severa para la vida del paciente por lo que se deben de tomar las medidas precautorias pertinentes en los pacientes añosos con este tipo de patología.

Otro estudio que apoya esta hipótesis fue realizado por Seibert⁽¹⁷⁾ que sostiene que las disfunciones neurofisiológicas tienen particular interés en la aparición del delirium postoperatorio, por lo que recomienda un meticuloso estudio bioquímico en este tipo de pacientes para la prevención racional y efectiva.

Para terminar nuestra revisión bibliográfica en relación al delirium postoperatorio mencionaremos a McInstosh y cols⁽¹⁵⁾ que asevera que durante la

recuperación dentro de las primeras 48 horas de postoperatorio, la frecuencia del delirium se asocia a un incremento de beta endorfinas y cortisol circulante y una total disrupción de los ritmos circadianos normales, lo que nos habla de que hay una severa descompensación metabólica en esta entidad.

Por otro lado ante la incidencia elevada de esta patología, se han empleado una serie de instrumentos diversos para su reconocimiento; así, en 1975 Folstein⁽⁶⁾, desarrolla un método práctico para evaluar alteraciones cognoscitivas, que denomina como "Mini Mental State Examination" (Examen Cognoscitivo Breve, o ECB), el cual se puede aplicar a pacientes ancianos o que cooperen poco en la entrevista, como en el caso del delirium o demencia. El Mini Mental State Examination 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 obteniéndose resultados altamente confiables, los cuales se correlacionan con los hallazgos de coeficiente intelectual del WAIS^(6,10).

Este instrumento es el que utilizamos para la evaluación de nuestros pacientes en el trabajo que realizamos y que se ejemplifica en el anexo 1. Cuya brevedad y facilidad de aplicación lo hacen sumamente atractivo para la proliferación de su uso.

Esta prueba nos evalúa algunos aspectos del área cognoscitiva como la orientación, memoria, concentración, lenguaje, escritura. La aplicación de la misma incluye un tiempo breve de tan solo unos 5 a 10 minutos. Está dividida en dos secciones una de las cuales requiere de respuestas verbales que se califica con un máximo de 21 puntos. La segunda parte se refiere a la capacidad del paciente de realizar pequeñas ordenes verbales o escritos, calificándose con una puntuación máxima de 9 puntos; en suma ambas partes nos darán una calificación final de 30 puntos.

Folstein⁽⁹⁾ en su trabajo menciona que calificaciones por debajo de 20 puntos deben ser consideradas como participes de alteración cognoscitiva como delirium, demencia, esquizofrenia o algún trastorno afectivo; sin embargo otros autores⁽¹⁰⁾ manifiestan que un punto de corte recomendado seria entre los 23 y 24 puntos ya que según esto se incrementa la sensibilidad en un 87% y la especificidad en un 82%. Para nuestro trabajo concebimos la idea original del autor haciendo nuestro punto de corte en 21 puntos.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

En los hospitales generales es muy frecuente que los pacientes postoperados presenten delirium el cual pasa desapercibido por el personal médico.

Por las características de éste padecimiento, encontramos variabilidad de sus síntomas, pues influyen factores como (sexo, edad, hora de aplicación de la entrevista, tipo de anestesia, etc) y a pesar de su importancia es poco diagnosticado por médicos no psiquiatras. Por lo que deseamos conocer cual es la frecuencia de delirium en un hospital general utilizando la entrevista semiestructurada del DSM III-R para delirium y por la aplicación del Mini Mental State Examination.

OBJETIVO E HIPÓTESIS

Por lo anterior realizamos un proyecto de investigación con la finalidad de corroborar los datos previamente enunciados, utilizando de un instrumento validado previamente y traducido al español como el Exámen Cognositivo Breve .Lo que justifica de alguna manera su implementación; es así como se pretende evaluar en un Hospital General a una muestra de la población que es sometida a una cirugía mayor en donde intentamos observar la frecuencia del delirium a través del uso de un instrumento de medición cognoscitiva.

Nuestra hipótesis consiste mostrar que si la escala denominada "Mini Mental State Examination" (Exámen Cognositiva Breve) detecta alteraciones cognoscitivas, entonces será capaz de detectar pacientes con delirium en el postoperatorio inmediato.

MATERIAL Y MÉTODO.

De la población que habitualmente asistió de manera regular a un Hospital General perteneciente a la Secretaria de Salud, a los servicios de cirugía, ortopedia, ginecología y urología se seleccionaron 30 pacientes que fueron sometidos a cirugía mayor, detectados en un lapso de tres meses y que cumplieron con los siguientes criterios:

- 1.-De ambos sexos.
- 2.- De 18 a 60 años de edad.
- 3.-Sin antecedentes de cirugías previas.
- 4.-Sin antecedentes de enfermedad psiquiátrica.
- 5.- Que el paciente acepte participar en el estudio.
- 6.-Postoperatorio de cuando menos 48 hs.
- 7.-Sin complicaciones postquirúrgicas.

Quando el paciente candidato cumplió con los criterios previos, fueron entrevistados antes de la intervención quirúrgica por el psiquiatra adscrito al hospital, mientras que el residente de psiquiatría hizo lo mismo con sus familiares, esto con el objeto de descartar patología y antecedentes de enfermedad psiquiátrica; posterior a la cirugía, se tomó en consideración la opinión de los cirujanos tratantes quienes nos indicaron cuales pacientes no fueron aptos por presentar alguna complicación médica. De esta manera se examinaron en total 36 pacientes en un lapso de tres meses, de los cuales desecharos 6 por diferentes causas (5 no pudieron elaborar los gráficos de la prueba por tener venoclisis en sitios que impidieron la motilidad de la mano, uno que se negó a contestar adecuadamente) quedando 30 pacientes. A cada uno de los cuales les explicamos el objeto del estudio, sus características y la nulidad de riesgos, obteniendo su consentimiento y el de la familia. Posteriormente encargamos y capacitamos a un médico interno ajeno al estudio para que aplicara la escala conocida como Mini Mental State Examination (Examen Cognoscitivo Breve), lo cual realizó con todos los pacientes (para evitar sesgos), mientras que el residente de psiquiatría sólo los evaluó clínicamente siguiendo los criterios del DSM III-R en las primeras 48 hs. del postoperatorio (ambos médicos no tuvieron ningún contacto de ninguna indole). El diseño que empleamos tuvo las características de ser descriptivo, transversal, no experimental y observacional. Posteriormente los resultados fueron vaciados y analizados estadísticamente a través del análisis de varianza, la X^2 y la prueba de T de Student para la correlación entre ambos grupos, obteniendo los resultados que a continuación se detallan.

RESULTADOS

Los resultados se ejemplifican en los siguientes cuadros que explicamos a continuación. En el cuadro 1, se observan las características sociodemográficas del grupo seleccionado en total, en donde observamos que los hombres predominaron sobre las mujeres razón de casi 2 por 1; es decir, hubo 19 hombres por 11 mujeres, el promedio de edad fue de 36.6 años, con una desviación estandar de 2.46, una mediana de 34 lo que se evidenció al observarse el intervalo que va de los 30 a los 39 años donde se detectaron 10 pacientes. En relación al estado civil se observa que hubo más casados que solteros, y con un nivel de escolaridad prácticamente bajo observándose 6 pacientes analfabetas, predominando los del nivel secundaria con 10 pacientes, en relación a sólo dos profesionistas. Y para finalizar mencionamos a la ocupación, se observó en la muestra, que los desempleados prevalecieron en mayor proporción que el resto de los pacientes.

CUADRO 1
PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA MAYOR
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

SEXO	hombres	19
	mujeres	11
EDAD	< de 20 años	2
	21 a 29 años	7
	30 a 39 años	10
	40 a 49 años	7
	50 a 60 años	4
EDO. CIVIL	soltero	8
	casado	20
	separados	2
ESCOLARIDAD	analfabeta	6
	primaria	9
	secundaria	10
	preparatoria	3
	profesional	12
OCUPACIÓN	ninguna	11
	estudiante	3
	empleado	9
	otra	7

De acuerdo a lo señalado en el cuadro 2, observamos que de los 30 pacientes sometidos a la intervención quirúrgica, la mayoría como era de esperarse correspondieron al servicio de cirugía con 17 pacientes, seguido por el servicio de ortopedia con 9, gineco-obstetricia con 3 y urología con 1.

CUADRO 2
PACIENTES OPERADOS
POR ESPECIALIDAD Y TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA

SERVICIO	Cirugía general	17
	Ortopedia	9
	Gineco-obstetricia	3
	Urología	1
TIPO DE ANESTESIA	General	17
	Bloqueo	13

En el mismo cuadro colocamos el tipo de anestesia utilizada para la intervención quirúrgica, se observa que 17 pacientes fueron sometidos a la anestesia general, mientras que en los 13 restantes se utilizó el bloqueo epidural.

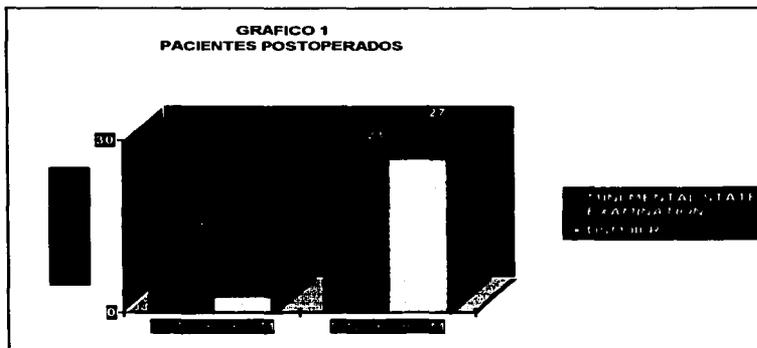
CUADRO 3
PACIENTES POSTOPERADOS

	MINI MENTAL STATE EXAMINATION	DSM III-R
CON DELIRIUM	7	3
SIN DELIRIUM	23	27

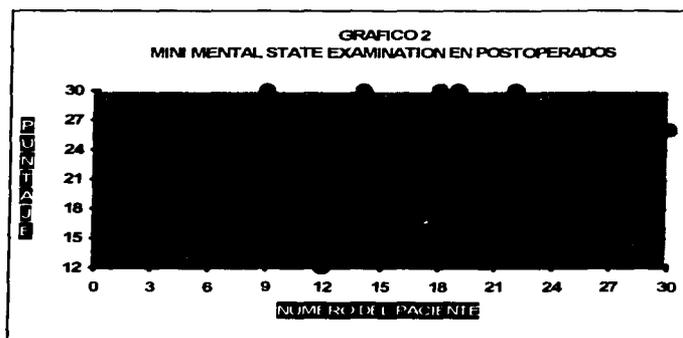
X² YATES 1.08 P 0.29
VALOR T 1.34

De acuerdo a el cuadro 3, observamos que con la aplicación de la escala del Mini Mental State Examination detectamos a 7 pacientes con puntajes por debajo de 21, que para términos prácticos de nuestro trabajo consideramos como portadores de delirium y el resto de los pacientes encuestados fueron considerados como dentro de los límites normales.

Mientras que desde el punto de vista clínico y siguiendo los criterios diagnósticos del DSM III-R, se detectaron 3 pacientes con delirium y 27 pacientes aparentemente sin la entidad nosológica investigada, éstos mismos resultados se observan de manera demostrativa en el gráfico 1.



En el gráfico 2, se muestran los puntajes de los pacientes encuestados a través del Mini Mental State Examination. En donde se observan los pacientes detectados con las puntuaciones más bajas y portadoras de delirium por debajo de la línea de 21 puntos, y que tres de ellos fueron también detectados clínicamente bajo los criterios del DSM III-R y que correspondieron a los pacientes con los números .12, 21 y 26



De los pacientes con puntajes de menos de 21, detectamos que cinco fueron del sexo masculino y dos fueron mujeres, así mismo 6 pertenecieron al servicio de cirugía y uno al servicio de gineco-obstetricia, tres de estos fueron anestesiados con bloqueo epidural y los cuatro restantes con anestesia general, siendo el promedio de edad de 34 años, y curiosamente cinco de estos tuvieron intervenciones abdominales del tipo de la apendicectomía y laparotomías exploradoras, tal como lo mostramos en el cuadro 4.

CUADRO 4
CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES POSTOPERADOS CON DELIRIUM
DETECTADOS CON LA ESCALA MINI MENTAL STATE EXAMINATION

SEXO	Hombres	5
	Mujeres	2
EDAD	18 a 30 años	2
	31 a 40 años	3
	41 a 50 años	2
POR SERVICIO	Cirugía	6
	Gineco-obstetricia	1
TIPO DE CIRUGÍA	Apéndicectomía	2
	Laparotomía	2
	Colesistectomía	1
	Safenoexéresis	1
	Cesárea	1

DISCUSIÓN

Es interesante observar los resultados que la literatura internacional nos muestra en donde como mencionamos en los antecedentes la frecuencia de delirium en pacientes postoperados es de 10 al 15% como lo refiere Ronald C. G.⁽¹⁶⁾. Lo cual comparado con nuestro trabajo observamos que la diferencia es de 8% más que dicho autor (23%); además vemos que en nuestro análisis dichas cifras no son significativas ya que los resultados obtenidos en el valor de P (0.29) así lo muestra, por lo que consideramos que existen otros factores que influyen en la detección del delirium y que quizás no se percibieron a tiempo como puede ser el tamaño de la muestra que fue pequeña.

Lo mismo observamos al realizar nuestro análisis a través de la prueba T cuyos resultados obtenidos, tampoco nos muestran significancia lo cual podríamos explicar como una situación válida si tomamos en cuenta que el enfoque médico empleado para el diagnóstico médico del delirium no puede superar los criterios del Mini Mental State Examination, que detectó en nuestra muestra a 7 pacientes de los 30 seleccionados, nos podríamos explicar que su fineza es mayor dado que los pacientes también trabajan objetivamente a través de la escritura⁽¹⁾, cosa que no sucede la entrevista médica común y corriente en donde la subjetividad del médico impera.

Sin embargo; a nuestro parecer, consideramos que no sería muy factible el uso generalizado de ésta escala que aún siendo muy objetivos sus resultados carece de la calidez propia de la relación médico paciente.

Podríamos entonces concluir bajo esta perspectiva que la relación clínica con el paciente de manera directa nunca podrá ser sustituida por un instrumento de investigación.

En relación a los servicios, se observó la mayor frecuencia de pacientes postoperados con delirium las primeras 48 hs. Fue en el servicio de cirugía general lo cual es entendible por las características propias del servicio.

Esto no sería nada raro que se repitiera en todos los hospitales de segundo nivel dado que el resto de los servicios encuestados la cantidad de cirugías fué mucho menor.

De acuerdo a la media, la edad oscilo en los 34 años, lo que se considera como algo ya estudiado dado que otros autores⁽⁶⁾ han hablado al respecto confirmando que los procesos confusionales postquirúrgicos se observan en pacientes catalogados en los rangos de la juventud, aun cuando hay otros autores que enfatizan que en la vejez es cuando los índices son más elevados⁽⁸⁾.

Lo mismo sucede en relación a las medidas anestésicas en donde en nuestro trabajo no encontramos ninguna diferencia significativa en relación a los estudios realizados por otros autores⁽¹⁸⁾.

Por lo anterior, concluimos que el instrumento llamado Mini Mental State Examination es un instrumento de investigación confiable en la detección del paciente con delirium en el postoperatorio, pero que no supera a las apreciaciones clínicas realizadas por el médico. Así, mismo que muestra estudiada no fue lo suficientemente grande para ser demostrativa de dicho evento, lo anterior nos lleva a manifestar la inquietud de modificar este parámetro en algún otro estudio similar.

Por ultimo, mencionamos que nuestras observaciones hicieron patente que dicha entidad nosológica no es diagnosticada facilmente por el médico en los servicios de especialidad de los hospitales correspondientes al segundo nivel de atención, lo cual muy posiblemente obedezca a la gran demanda de pacientes que recurren, por lo que quizás quede como sugerencia que los pacientes postoperados sean evaluados por un psiquiatra.

REFERENCIAS

1. Aakerlund, L.P., Rosemberg, J. Writing disturbances: An indicator for postoperative delirium. *Int. J. of Psychiatry in Med.* 24-3: 245-257; 1994.
2. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorder Revised. III Ed.* Washington, DC. 1987.
3. Cassem, Ned H.: *Confusión, delirium y demencia. Psiquiatría de Enlace en el Hospital General, Massachusetts General Hospital, 3a Edición* 113-121, Ed. Díaz Santos, 1991.
4. Dyer, C.B.; Ashton, C.M.: *Postoperative delirium: A review of 80 primary data collection studies.* *Arch. Intern. Med.* 155-5: 461-465, 1995.
5. Fisher, B.W., Flowerdew, G. : *A Simple model for predicting postoperative delirium in older patients undergoing elective ortopedic surgery.* *J. Am. Geriatr. Soc.* 43-2:175-178, 1995.
6. Folstein, M.F., Folstein, S.E.: *Minimental State: A practical method, for grading the cognitive state of patient for the clinican.* *J. Psych. Rev.* 12:189-198, 1975.
7. Fulop, G.; Strain, J.J., Vita, J.: *Impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stay for medical surgical patients: A preliminary report.* *Am. J. Psychiatry.* 144: 878-882, 1987.
8. Hashimoto, H., Yamashiro, M: *Postoperative delirium and abnormal behaviour related with preoperative QOL of edery patients.* *JPN J. Geriatr.* 31-8: 633-638, 1994.
9. J. Vallejo Ruiloba: *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 3a edición.* Edit. Salvat, 1991.

10. James. C.: Limits of the Mini Mental State as a screening test for dementia an delirium among hospital patients. *Psychological Medicine*, 12:397-408, 1982.
11. Kaplan. H., Shadok. J.B.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams and Wilkins, Baltimore, 1987.
12. Lipowski, Z.J.: Transiet cognitive disorders in the elderly. *JAMA* 258: 1789-93, 1987.
13. Liston. E.H.: Delirium in the aged. *Psych. Clin. North Am.* 5: 49-66, 1982.
14. McCartney. J.R.: Postoperative delirium: Perioperative management and assessment of surgical patients. *Prob. Gen. Surg.* 5-3:355-359, 1988.
15. McInstosh, T.K., Bush, H.L., Yeston, N.S., et. al.: Beta endorphin, cortisol and postoperative delirium: A preliminary report. *Psychoneuroendocrinology*, 10-3: 303-313, 1985.
16. Ronald, C. Golinger, M.D.: Delirium in the surgical patients. *The American Surgeon*, 55-9: 549-551, 1989.
17. Seirbert, C.P.: Recognition, management and prevention of neuropsychological dysfunction after operation. *Int. Anest. Clin.* 24-4: 39-58, 1986.
18. Swartz, S.I., Shires, G.T., Spencer, F.C. : *Principios de Cirugía*, 4a Edición. Edit. McGraw Hill, 1987.
19. Wise, M.G.: *Texbook of Neuropsychiatry*, Chapter 5 (Delirium). The Am. Psych. Press. Washington, DC. 1987.

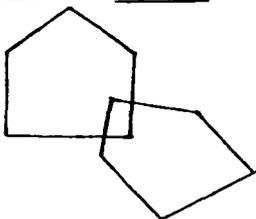
FALTA PAGINA

No. 29

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 deletree 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. Que repita la frase "tres tristes tigres".
1	_____	
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 les 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.

11
12
13
14
15
16
17
18

HOSPITAL PSIQUIATRICO
 FRAY BERNARDINO ALVAREZ
 BIBLIOTECA MEDICA