

11274

4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

**"DETERMINAR LA RELACION DE LA FALLA CEREBRAL
AGUDA AL INGRESO HOSPITALARIO, CON LA
CONMORBILIDAD, POLIFARMACIA Y FUNCIONALIDAD
DE LOS PACIENTES GERIATRICOS HOSPITALIZADOS"
SERVICIO DE GERIATRIA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
SUBESPECIALIDAD DE GERIATRIA

PRESENTA EL

DR. JOSE GUILLERMO DORANTES YNURRETA



ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D.F., a 31 de Octubre 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

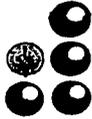


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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).

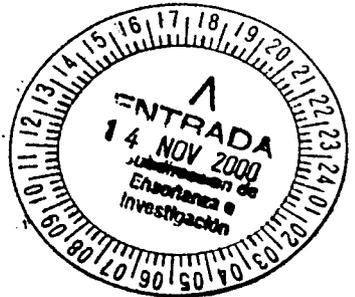
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



INCMNSZ
INSTITUTO NACIONAL
DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION
"DR. SALVADOR ZUBIRAN"
DIRECCION DE ENSEÑANZA
México, D.F.

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
★ NOV. 14 2000 ★
COORDINACION DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION

Dr. Oscar Trejo Solórzano
Coordinación de Capacitación
Desarrollo e Investigación.



Dra. Rosalía Rodríguez García
Profesor titular del curso.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

[Handwritten signature]

Dra. Rosalía Rodríguez García
Asesor de tesis.

[Handwritten signature]

Dra. Victoria Gómez Vázquez
Vocal de Investigación

[Handwritten signature]

M. en C. Hilda Rodríguez Ortiz
Jefe de Investigación

[Handwritten signature]

Dr. Julio César Díaz Becerra
Jefe de Enseñanza.

I. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC ADOLFO LOPEZ MATEOS
NOV. 14 2000
JEFATURA DE
INVESTIGACION

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

| | PAGINAS |
|-----------------------|----------|
| • TÍTULO | |
| • DEDICATORIA | |
| • ÍNDICE | |
| 1. RESUMEN | 1 - 2 |
| 2. SUMMARY | 3 - 4 |
| 3. INTRODUCCIÓN | 5 - 6 |
| 4. JUSTIFICACIÓN | 7 |
| 5. MATERIAL Y MÉTODOS | 8 |
| 6. RESULTADOS | 9 - 10 |
| 7. DISCUSIÓN | 11 - 12 |
| 8. CONCLUSIONES | 13 |
| 9. TABLAS Y GRÁFICOS | 14 - 24 |
| 10. BIBLIOGRAFÍA | 25 - 26. |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIA

A MI ESPOSA GENOVEVA Y A MI HIJA KARLA ANDREA

Les robè su tiempo, me permitieron crecer profesionalmente y las amo.

A LA MEMORIA DE MI PADRE

Por su gran ejemplo.

A MI MADRE

Por su gran amor.

A MIS HERMANAS Y SOBRINAS (OS)

Un ejemplo de esfuerzo y superaciòn.

A MIS AMIGOS:

Hèctor, Nevin y Julio.

Por su amistad incondicional.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La alta prevalencia de el Delirium en la admisión hospitalaria oscila entre el 14% y 24 %. La incidencia durante la hospitalización se encuentra estimada desde un 6% hasta en 56%. Estos representan un alto porcentaje de ocurrencia de Delirium en pacientes ancianos hospitalizados. El problema del Delirium en estos pacientes posee una particular importancia debido a que las personas con edad de 65 años ó más forman parte del 48% del quehacer diario de un hospital, por lo que es muy necesario su reconocimiento y tratamiento en forma temprana para disminuir la alta morbilidad y mortalidad en los ancianos hospitalizados.

OBJETIVOS: Determinar la relación que existe del Delirium en el ingreso hospitalario, con la comorbilidad, polifarmacia y funcionalidad de los pacientes que ingresan al servicio de Geriatría. Todo ello se realizará mediante la evaluación de Escalas de Funcionalidad de Katz, determinación del estado mental mediante el método CAM y la identificación de patologías conmórbidas a su ingreso. El estudio se realizó del 1ro. de Febrero al 30 de Junio del año 2000.

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron aquellos pacientes que ingresaron al servicio de Geriatría con Falla Cerebral Aguda, mismos que se les realizó las escalas de funcionalidad de Katz y la evaluación del estado mental mediante el método de CAM. También se estableció la relación que existe en la predisposición de los fármacos utilizados previos al ingreso, así como la comorbilidad de los pacientes que lo acompañaron al internamiento hospitalario.

RESULTADOS: Se evaluaron un total de 140 pacientes que ingresaron al servicio de Geriatría , de los cuales se excluyeron 8 pacientes del estudio, 80 pacientes pertenecían al sexo femenino con un promedio de edad de 81 años (rango de 66 a 103 años) La población masculina contó con 52 pacientes con un promedio de edad de 83 años (rango de 53 a 97).Se reconoció al Delirium Hiperactivo con mayor frecuencia en las actividades básicas de la vida diaria, y predominando en él, el sexo femenino.

El presentar privación sensorial visual , fue un parámetro de gran relevancia y con muy alto porcentaje para presentar Delirium.

Dentro de las enfermedades conmórbidas las I.V.U., La inmovilidad y la demencia fueron bastante significativas.. Los antihipertensivos , anticolinérgicos ó los antidepresivos tricíclicos , juegan un papel importante en el desarrollo del Delirium.

SUMMARY

INTRODUCTION: The high prevalency of the Delirium in the hospital admission oscillates between 14% and 24%. The incidence during the hospitalization is dear from 6% until in 56%. These represent a high percentage of occurrence of Delirium in hospitalized old patients. The problem of the Delirium in these patients possesses a particular importance because people with 65 year-old age or more is part of 48% of the daily chore of a hospital, for that, is very necessary its recognition and treatment in early form to diminish the high morbidity and mortality in the hospitalized old people.

OBJECTIVES: To determine the relationship that exists of the Delirium in the hospital entrance, with the comorbidity, polifarmacy and the patients' functionality that enter to the service of Geriatrics. Everything will be carried out it by means of the evaluation of Scales of Functionality of Katz, determination of the mental state by means of the method CAM and the identification of pathologies comorbids to their entrance. The study was carried out of the 1ro. of February at June 30th. of the year 2000.

MATERIAL AND METHOD: Those patients were included that entered to the service of Geriatrics with Sharp, same Cerebral Flaw that you/they were carried out the scales of functionality of Katz and the evaluation of the mental state by means of the method of CAM. The relationship that exists in the bias from the previous used drugs to the entrance, also settled down as well as the comorbidity of the patients that accompanied him to the hospital entrance..

RESULTS: They were evaluated a total of 140 patients that you/they entered to the service of Geriatrics, of which 8 patients of the study were excluded, 80 patients belonged to the feminine sex with an average of 81 year-old age (range of 66 to 103 years) The masculine population had 52 patients with an average of 83 year-old age (range of 53 at 97) .Was recognized the Hiperactive Delirium with more frequency in the basic activities of the daily life, and prevailing in him, the feminine sex.

Presenting visual sensorial deprivation, it was a parameter of great relevance and with very high percentage to present Delirium.

Inside the illnesses comorbidity the I.V.U., the immobility and the insanity were quite significant. The antihypertensive ones, anticholinergics or the tricyclic antidepressants, play an important part in the development of the Delirium.

INTRODUCCIÓN

A través de los años, en la medicina hemos arrastrado una gran cantidad de términos ambiguos y erróneos para intentar describir, entender y clasificar al paciente que sufre confusión. Ya Hipócrates hablaba de la psicosis febril y Alois Alzheimer habló de la demencia presenil porque no tuvo oportunidad en su vida de ver a los viejos con el mismo cuadro que su paciente de 52 años. El médico en general prefiere no ahondar en ello por el temor a confundirse él mismo. En Geriatria este problema es tan frecuente y de tanta importancia que resulta imprescindible un estricto orden para estudiar el problema y diagnosticar con precisión al paciente viejo confundido, y no confundirnos nosotros mismos.

El término Falla Cerebral, acuñado en la literatura inglesa, es el que hemos preferido utilizar en Geriatria porque, desde el punto de vista didáctico, resulta especialmente claro y práctico porque abarca tanto a la demencia como al Delirium, que son entidades reconocidas por la Organización Mundial de la Salud.

La característica fundamental del Delirium es la pérdida aguda de la atención. El diagnóstico clínico del Delirium se basa en la observación cuidadosa y en la historia obtenida a través de un informante confiable. Existen numerosos estudios que reflejan un alto porcentaje de ocurrencia de Delirium en pacientes ancianos hospitalizados.

El Delirium se define como una alteración aguda de la atención y la esfera cognoscitiva, es un desorden común grave y potencialmente prevenible, causa de morbilidad y mortalidad en los ancianos hospitalizados. El problema del Delirium en estos pacientes posee una particular importancia debido a que las personas con edad de 65 años ó más, forman parte del 48% del quehacer diario de un hospital.

Una regla de predicción clínica para establecer el riesgo de desarrollo de Delirium en el momento de la hospitalización identifica los siguientes factores predisponentes independientes: enfermedad grave, alteraciones de la visión, alteraciones de la esfera cognoscitiva y un alto índice de urea nitrogenada / creatinina en sangre (índice de deshidratación). El Delirium se relaciona con el número de drogas prescritas durante la hospitalización. A mayor número de drogas, mayor riesgo de que aparezca Delirium.

La combinación de 4 a 5 drogas aumentan este riesgo 9.3 veces, y la utilización de 5 ó más lo aumentan hasta 13.7 veces.

Los factores potencialmente precipitantes para el Delirium son innumerables y pueden incluir cualquier factor nocivo presente durante la hospitalización. Los factores inicialmente identificados en estudios previos incluyen algunos medicamentos, la inmovilización, el uso de sondas vesicales, uso de inmovilizadores físicos, deshidratación, malnutrición, eventos iatrogénicos, reacciones medicamentosas, infecciones, alteraciones metabólicas, deprivación alcohólica o de droga, influencias del medio ambiente y factores psicosociales. La inmovilización puede preceder al Delirium y el declive de las funciones en pocos días.

Los factores predisponentes se encuentran bien esclarecidos y entre ellos se encuentran: alteraciones de la esfera cognoscitiva ó demencia, presencia de enfermedad de base severa o comorbilidad, desórdenes funcionales, edad avanzada, insuficiencia renal crónica, deshidratación, malnutrición, alteraciones de la vista y de la audición.

La demencia es un factor de riesgo muy importante y el paciente demenciado corre el riesgo de desarrollar Delirium hasta cinco veces más que el resto de los pacientes.

En los estudios prospectivos que se han llevado a cabo han demostrado que la prevalencia del Delirium (número de casos nuevos aparecidos durante la hospitalización), se encuentra estimada desde un 6% hasta un 56%. El Delirium postoperatorio se encuentra estimado que aparezca entre el 10% y un 52% de los pacientes operados. Altos niveles de Delirium han sido encontrados en estudios que utilizan métodos de frecuencia y sensibilidad, en los cuales se incluyen a la población anciana, a los postoperados y a los pacientes que se encuentran en las unidades de urgencias y de cuidados intensivos.

Basados en la extrapolación de datos obtenidos de las estadísticas de salud de los Estados Unidos, cada año, el Delirium forma parte de las complicaciones que generan más de 4 billones de dólares (1994) en los cuidados de los pacientes afectados. Por otro lado otros de los gastos generados por este desorden posterior al alta hospitalaria del paciente, son los causados en los cuidados del paciente por una enfermera en el domicilio, los servicios de rehabilitación y los gastos en artículos de salud en el hogar. Todo esto explica porqué el Delirium constituye un problema tanto clínico como social de salud pública.

JUSTIFICACIÓN

El estudio detallado del Delirium en los ancianos es de suma importancia , porque es un padecimiento muy frecuente y sus efectos son devastadores en esta población. Por ello es esencial reconocerlo en su inicio e identificar en forma temprana las causas que lo desencadenan, dado que está correlacionado con gran comorbilidad y aumento de la mortalidad , lo cual justifica el presente estudio.

Uno de los problemas más frecuentes e importantes al que se enfrentan los geriatras es la falla cerebral aguda, en especial si su práctica profesional incluye el ámbito hospitalario, donde esta entidad afecta entre un 20% a un 40% de los pacientes ancianos. Se señala una morbilidad general en caso de falla cerebral aguda de hasta 30%, lo que refleja la gravedad dl problema, describiéndose que a mayor duración del trastorno, mayor morbimortalidad entre los pacientes afectados.

En los ancianos en una gran cantidad de casos, el desencadenante del Delirium puede ser un proceso infeccioso como por ejemplo la Neumonía y las Infecciones de la Vías Urinarias, siendo estas las más frecuentes. De gran importancias son los medicamentos y sus efectos adversos y / o tóxicos, como factores desencadenantes frecuentes.

El Delirium representa un síndrome de origen multifactorial. Este modelo multifactorial representa la compleja interrelación entre el paciente vulnerable con los factores contribuyentes y aquellos que propician la precipitación del cuadro. Es por ello que el Delirium en los pacientes ancianos es clínicamente importante, ya que su bajo reconocimiento y el no llevar a cabo la corrección de los factores predisponentes implican un aumento de la morbilidad y la mortalidad en los pacientes geriátricos.

Por lo anterior (se aplicaron y/o aplicamos) escalas de funcionalidad de Katz, también el método de Cam (valoración del estado mental) para Delirium, al ingreso hospitalario, lo que nos permitirá detectar oportunamente a los pacientes en riesgo de falla cerebral aguda (Delirium).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó el presente estudio prospectivo, descriptivo en el servicio de Geriátría del Hospital Regional "Adolfo López Mateo", del Instituto de Seguridad Social y Servicio de los Trabajadores del Estado; durante el periodo comprendido entre el 1ro. de Febrero al 30 de Junio del año 2000.

Se evaluaron aquellos pacientes que ingresaron con Falla Cerebral Aguda, al servicio de Geriátría, mediante interrogatorio directo ó al familiar cuando el paciente no se encontraba alerta y orientado. En este estudio el término de Falla Cerebral Aguda se utiliza como sinónimo de Delirium.

Todos los pacientes fueron evaluados en hojas clínicas de clinimetría, las cuales comprendían la Escala de Funcionalidad de Katz (actividades básicas de la vida diaria). Se valoró el estado mental mediante el método de CAM (Inouye), el cual actualmente es el más utilizado como instrumento diagnóstico de Delirium. Al mismo tiempo se analizó la presencia de polifarmacia y qué enfermedades se relacionaban con más frecuencia con el Delirium en el momento del ingreso.

Los parámetros evaluados en la funcionalidad, que son las actividades básicas de la vida diaria, comprendían : el acudir al baño sin ayuda, con ayuda ó si era incapaz de realizar dicha actividad, también se evaluó la alimentación (con ó sin ayuda ó si era incapaz de realizarla), al igual que la movilización . Se evaluaron también la presencia o no de privación sensorial visual y auditiva, así como el control de esfínteres.

La presencia de polifarmacia al ingreso fue otro parámetro que se evaluó al relacionar los medicamentos de control como factores precipitantes del Delirium. Se consideró como factores predisponentes a las alteraciones de la esfera cognoscitiva ó demencia, la presencia de enfermedad de base severa ó estados conmórbidos más frecuentes.

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 140 pacientes que ingresaron al servicio de Geriatria del Hospital Regional "Adolfo López Mateo", excluyéndose 8 de ellos que no se pudo obtener en forma completa la valoración requerida.

De un total de 132 pacientes, la distribución por sexo fue de 80 mujeres con una edad mínima de 66 años y máxima de 103 años, correspondiendo una media de 81 años. Con un porcentaje de 60.6%. Cincuenta y dos(52) pacientes correspondieron al sexo masculino, con una edad mínima de 53 años y máxima de 97 años., correspondiendo una media de 83 años, representando el 39.3% de la población (Tabla 1).

La Falla Cerebral Aguda se encontró en 60 pacientes de los cuales al Delirium Hiperactivo correspondieron 32 pacientes, al Hipoactivo 20, al Mixto 8 y 72 pacientes no presentaron ningún tipo de Delirium (Gráfico 1).

En las pacientes femeninas, 16 de ellas presentaron Delirium Hiperactivo, 4 Hipoactivo y 8 Mixto. El resto no presentó ningún tipo de Delirium.(Tabla1, Gráfico2). En los pacientes masculinos , 16 presentaron Delirium Hiperactivo, 16 del tipo Hipoactivo y 0 pacientes en el grupo Mixto., mientras que 20 pacientes masculinos no presentaron algún tipo de Delirium.(Tabla 1, Gráfico 3)

Los medicamentos que se encontraron con mayor frecuencia en el Delirium Hiperactivo fueron los siguientes: Felodipino en 8 pacientes, Ácido Acetil Salicílico 4, Imipramina 4, Carbamazepina 4 y Ácido Valproico 4 pacientes (Gráfico 4).En el Delirium Hipoactivo se presentaron los siguientes fármacos: Difenilhidantoinato de Sodio 8, Imipramina 8, Ácido Acetil Salicílico 4, Clonazepam 4, Captopril 4, Haloperidol 4 y Glibenclamida 4 (Gráfico 5). Los medicamentos encontrados en el grupo Mixto fueron: Amitriptilina 8, Ranitidina 4, Tolbutamida 4, Clonazepam 4, Diclofenaco 4, Captopril 4 y Tramadol 4(Gráfico 6).

Las enfermedades encontradas al ingreso hospitalario por orden de frecuencia fueron las siguientes: para el Delirium Hiperactivo Infección de Vías Urinarias 20 pacientes, Diabetes Mellitus Descompensada 8, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 8, Evento Cerebral Vascular en 8 pacientes, Hipertensión Arterial Sistémica en 8 y Desequilibrio Hidroelectrolítico en 4 pacientes (Gráfico 7).

En relación al grupo de Delirium Hipoactivo se encontró: para el Síndrome de inmovilidad 12 pacientes, Demencia en 12, Úlcera de presión en 8, Diabetes Mellitus Descompensada en 8, para la Neumonía 8 y Depresión 4.(Gráfico 8). En el Delirium Mixto se encontraron: Angina de Pecho en 4 pacientes, Descontrol hipertensivo en 4, Síndrome de Inmovilización en 4, Neumonía en 4 pacientes, Depresión 4, y para la Ansiedad 4 pacientes.(Gráfico 9)

En la búsqueda de funcionalidad al ingreso hospitalario de un total de 128 pacientes evaluados se encontró que: La alimentación 88 pacientes eran capaces de realizarla sin ayuda, 28 se alimentaban con ayuda y 12 eran totalmente incapaces de alimentarse. (Tabla 2). Para asistir al baño sin ayuda se encontraron a 88 pacientes , con ayuda 12 y 28 eran totalmente incapaces de realizar esta actividad (Tabla 3) Para la movilización dentro y fuera del hogar se encontró: sin ayuda 88, con ayuda 24 y 16 eran incapaces (Tabla 4). En la continencia urinaria y fecal los resultados fueron: 56 pacientes eran totalmente continentes, 28 con ayuda y 44 pacientes eran totalmente incontinentes.(Tabla 5).

Los resultados en la búsqueda de Deprivación Sensorial Auditiva correspondió a 132 pacientes , de los cuales 60 presentaron deprivación y 72 no la presentaron (Tabla 6). En la Deprivación sensorial visual , se realizó la búsqueda en 132 pacientes de los cuales 16 pacientes no presentaron deprivación , mientras que 116 si la presentaban (Tabla 7).

DISCUSIÓN

El objetivo fué determinar la relación de la Falla Cerebral Aguda (Delirium) en los resultados de un hospital, después de conocer y controlar las variables de edad, sexo, deterioro cognoscitivo y / o demencia, las enfermedades graves y el estado funcional basal que guardan los pacientes. Se demostró que el Delirium es una patología importante que se debe tener en cuenta sobre todo en los pacientes ancianos que presentan deterioro en el estado de su funcionalidad y con alta prevalencia en la privación sensorial visual.

Owens y Cols. encontraron que 73 de 215 (37%) pacientes ancianos con enfermedad aguda hospitalizados recibían uno ó más medicamentos incorrectamente indicados.

El Delirium ha sido considerado como un proceso transitorio y reversible durante mucho tiempo, pero estudios realizados en la duración y la persistencia de esta entidad, han evidenciado que el Delirium es un estado mucho más persistente de lo que antes se creía.

La revisión de las indicaciones médicas incluyendo el total de medicamentos y las dosis que ha estado recibiendo el paciente es un procedimiento que debe llevarse a cabo con cualquier enfermo que se encuentra hospitalizado y / o en forma externa, principalmente en la población más susceptible. que son los ancianos.

Tomando como base los planteamientos anteriores podemos decir que, el Delirium favorece al detrimento de los resultados a largo plazo en los pacientes afectados . Este deterioro está relacionado con la duración del cuadro, su severidad y la presencia de enfermedades subclínicas, así como por la vulnerabilidad y el grado de deterioro funcional de los pacientes.

Dentro de las medidas no farmacológicas que se deben de aplicar a todos los pacientes con Delirium, incluyen la presencia de un familiar, la transferencia del paciente a una habitación privada y mantenerlo bajo estrecha vigilancia . El contacto interpersonal es muy importante. El uso de lentes y dispositivos auditivos puede ayudar a reducir el déficit sensorial. El validismo, la deambulacion asistida y el retiro de inmovilizadores físicos también deberán ser promovidos para evitar la aparición de cuadros de agitación y la capacidad potencial de causar algún daño.

Se deberá poner especial atención al medio ambiente, el cual deberá ser agradable y la presencia en el mismo de relojes y calendarios ayudarán de manera notable a la orientación del paciente.

CONCLUSIONES

El Delirium es un problema común y serio en los pacientes ancianos hospitalizados . Este problema se encuentra en incremento en la población más añosa.

El Delirium es generalmente, una entidad de etiología compleja y multifactorial la cual incluye la interrelación de la vulnerabilidad y funcionalidad del paciente , aunado a factores precipitantes.

Esta entidad está relacionada con un mal pronóstico y con el aumento de la estancia hospitalaria, el declive de las funciones cognoscitivas y la muerte.

Varios medicamentos pueden provocar Delirium y los más comunes son aquellos que provocan efectos psicoactivos conocidos como los sedantes hipnóticos , los narcóticos y medicamentos con efectos anticolinérgicos. El número total de interacciones medicamentosas y de medicamentos con la enfermedad de base del paciente, van aumentando a medida que avanza la edad, trayendo consigo la aparición del Delirium como una consecuencia prevenible.

El Delirium se puede prevenir eliminando factores de riesgo como por ejemplo : evitar la inmovilización, la deprivación del sueño, la deshidratación, la malnutrición, tener un control adecuado de los medicamentos prescritos considerando los efectos secundarios, así como evitar el uso de medicamentos psicoactivos en los pacientes ancianos.

Con las medidas de prevención apropiadas se puede reducir sustancialmente la morbimortalidad asociada al Delirium, lo cual conlleva a que exista la educación y el entrenamiento del personal médico y enfermeras en el cuidado de los pacientes geriátricos.

Debido a que los cuadros de Delirium se presentan en su mayoría durante la estancia hospitalaria , éste constituye un marcador de la calidad y la atención del personal médico y de enfermería de un hospital.

TABLA 1. DELIRIUM : DISTRIBUCIÓN POR TIPO Y SEXO

| | HIPERACTIVO | HIPOACTIVO | MIXTO | NINGUNO | TOTAL |
|-----------|-------------|------------|-------|---------|-------|
| TOTALES | 32 | 20 | 8 | 72 | 132 |
| FEMENINO | 16 | 4 | 8 | 52 | 80 |
| MASCULINO | 16 | 16 | 0 | 20 | 52 |

TABLA 2. FUNCIONALIDAD: CAPACIDAD DE ALIMENTACIÓN

| | A (SIN AYUDA) | B (CON AYUDA) | C (INCAPAZ) |
|-------------|----------------|----------------|--------------|
| HIPERACTIVO | 20 | 4 | 4 |
| HIPOACTIVO | 4 | 8 | 4 |
| MIXTO | 4 | 4 | 0 |

TABLA 3. FUNCIONALIDAD: CAPACIDAD PARA IR AL BAÑO

| | A (SIN AYUDA) | B (CON AYUDA) | C (INCAPAZ) |
|-------------|----------------|---------------|--------------|
| HIPERACTIVO | 24 | 0 | 4 |
| HIPOACTIVO | 4 | 8 | 4 |
| MIXTO | 0 | 0 | 8 |

TABLA 4. FUNCIONALIDAD: CAPACIDAD DE MOVILIZACIÓN

| | A (SIN AYUDA) | B(CON AYUDA) | C (INCAPAZ) |
|-------------|-----------------|----------------|--------------|
| HIPERACTIVO | 20 | 4 | 4 |
| HIPOACTIVO | 4 | 8 | 4 |
| MIXTO | 4 | 0 | 4 |

TABLA 5. FUNCIONALIDAD : CONTINENCIA URINARIA Y FECAL

| | A (SIN AYUDA) | B (CON AYUDA) | C (INCAPAZ) |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| HIPERACTIVO | 8 | 4 | 16 |
| HIPOACTIVO | 4 | 8 | 4 |
| MIXTO | 4 | 0 | 4 |

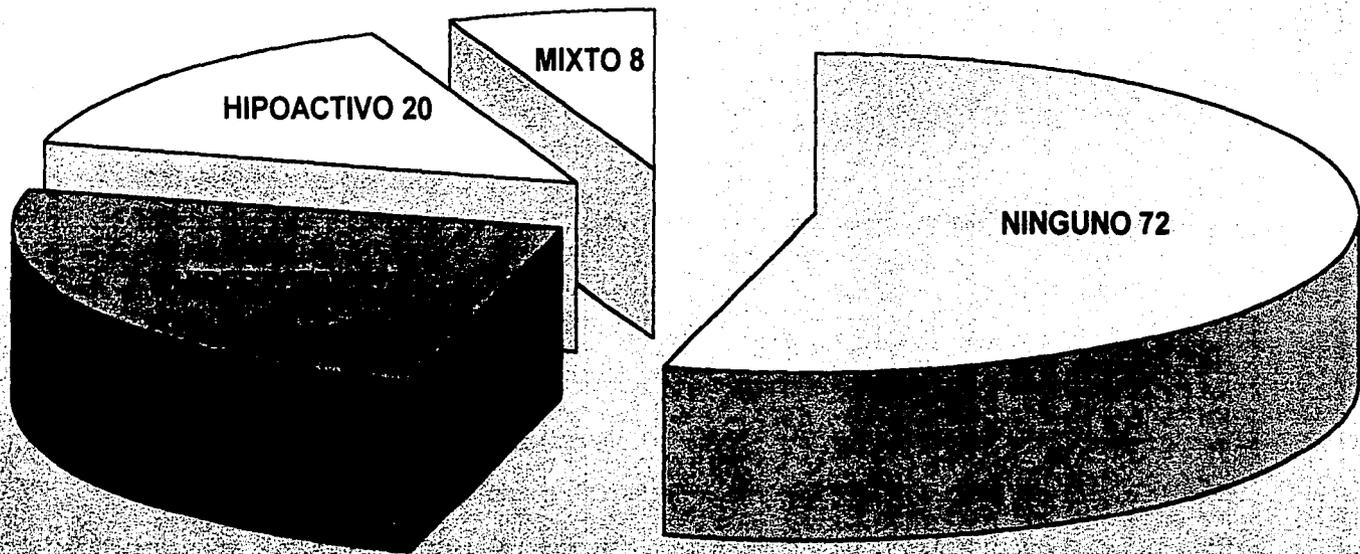
TABLA 6. FUNCIONALIDAD : DEPRIVACIÓN AUDITIVA

| | SIN DEPRIVACIÓN | CON DEPRIVACIÓN |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| HIPERACTIVO | 20 | 8 |
| HIPOACTIVO | 8 | 8 |
| MIXTO | 8 | 0 |
| NINGUNO | 36 | 44 |
| TOTAL | 72 | 60 |

TABLA 7. FUNCIONALIDAD : DEPRIVACIÓN VISUAL

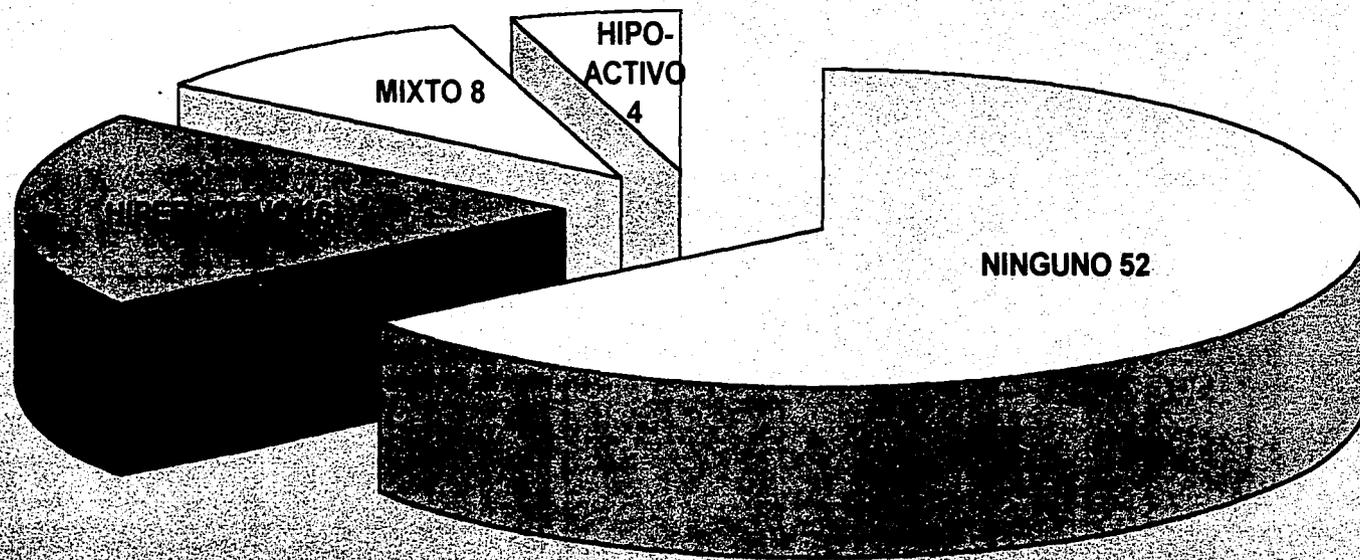
| | SIN DEPRIVACIÓN | CON DEPRIVACIÓN |
|--------------------|------------------------|------------------------|
| HIPERACTIVO | 8 | 20 |
| HIPOACTIVO | 4 | 12 |
| MIXTO | 0 | 8 |
| NINGUNO | 4 | 76 |
| TOTAL | 16 | 116 |

GRÁFICO 1. TIPO DE DELIRIUM



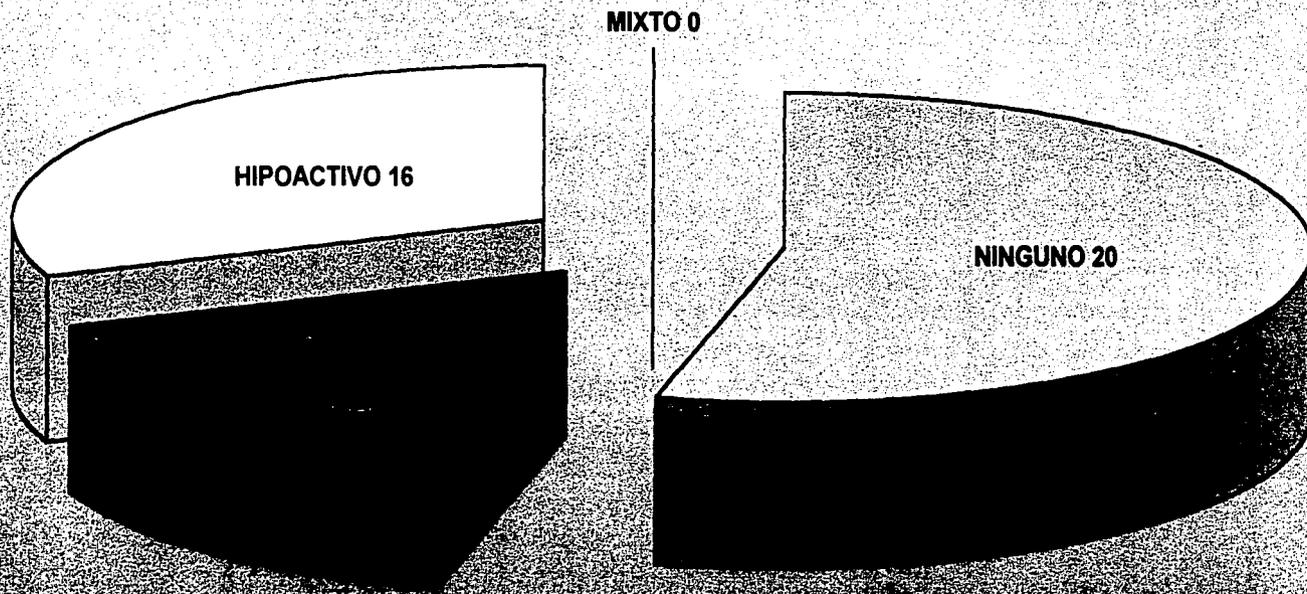
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE DELIRIUM EN LA POBLACIÓN FEMENINA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

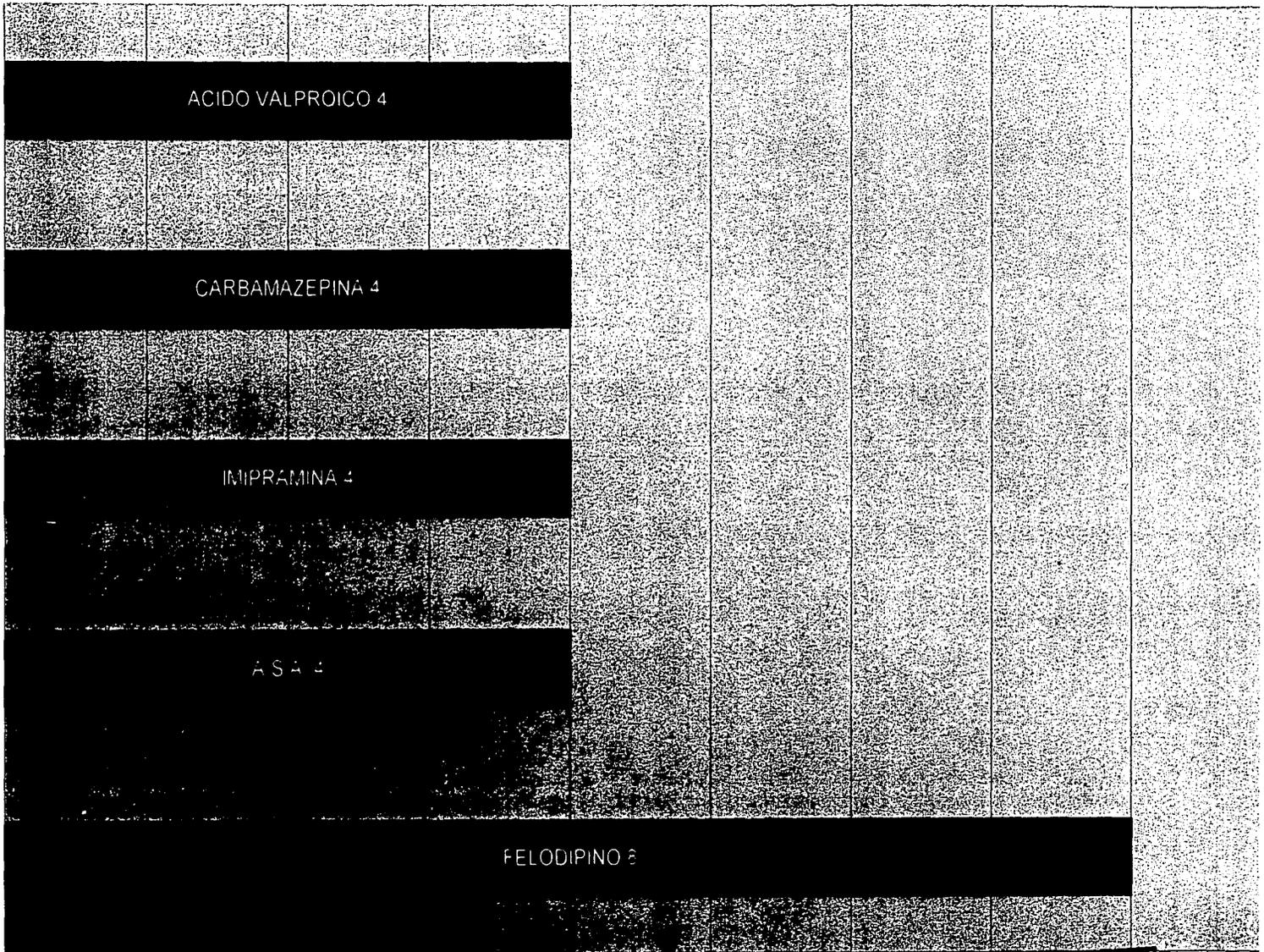
GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE DELIRIO EN LA POBLACIÓN MASCULINA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICO 4. FÁRMACOS DEL GRUPO HIPERACTIVO

FÁRMACOS



No. DE PACIENTES

19

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICO 5. FÁRMACOS DEL GRUPO HIPOACTIVO

FÁRMACOS

| | | | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| GLIBENCLAMIDA 4 | | | | | | | | |
| HALOPERIDOL 4 | | | | | | | | |
| CAPTOPRIL 4 | | | | | | | | |
| CLONAZEPAM 4 | | | | | | | | |
| ASA 4 | | | | | | | | |
| IMIPRAMINA 6 | | | | | | | | |
| DFH 6 | | | | | | | | |

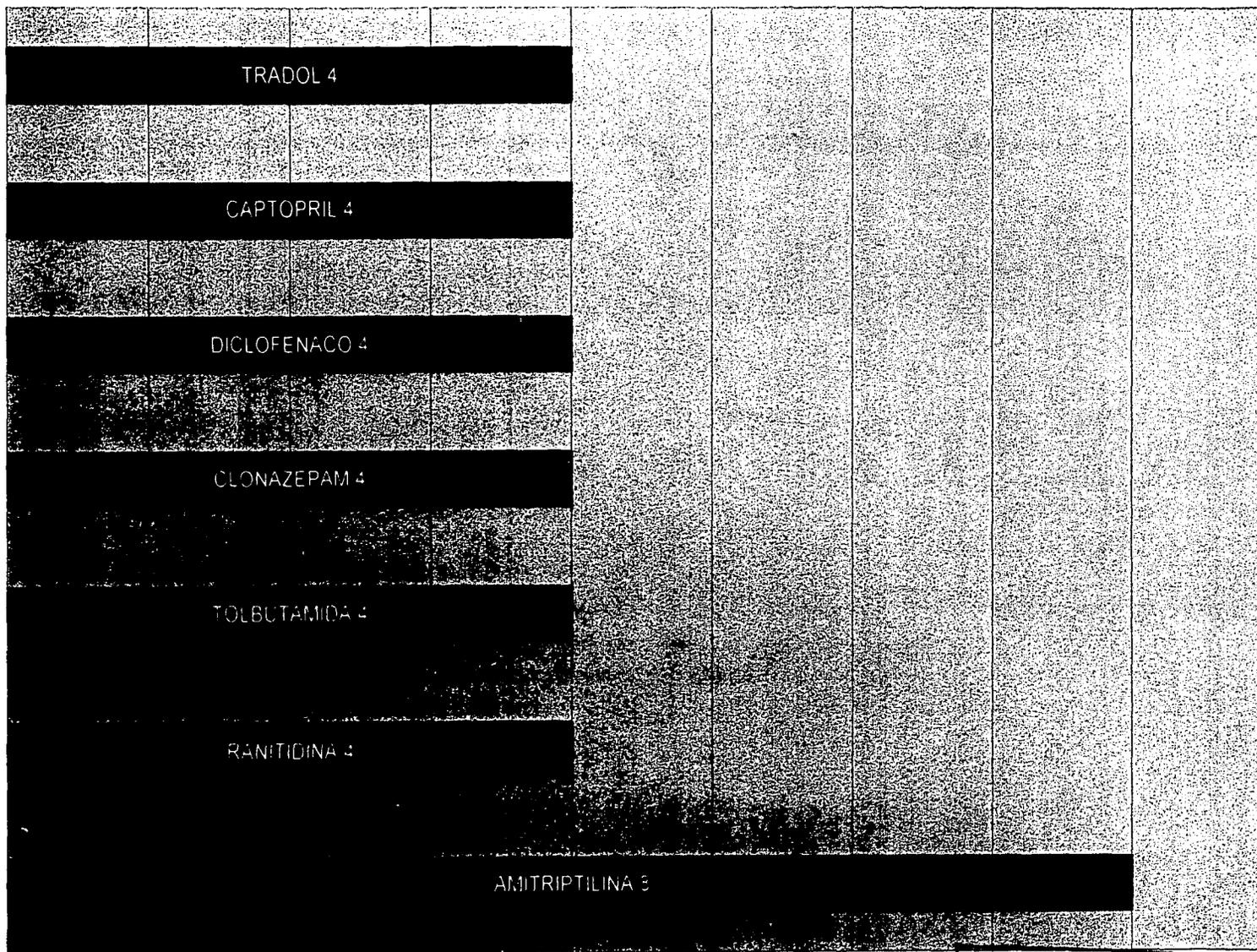
No. DE PACIENTES

20

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICO 6. FÁRMACOS DEL GRUPO MIXTO

FÁRMACOS

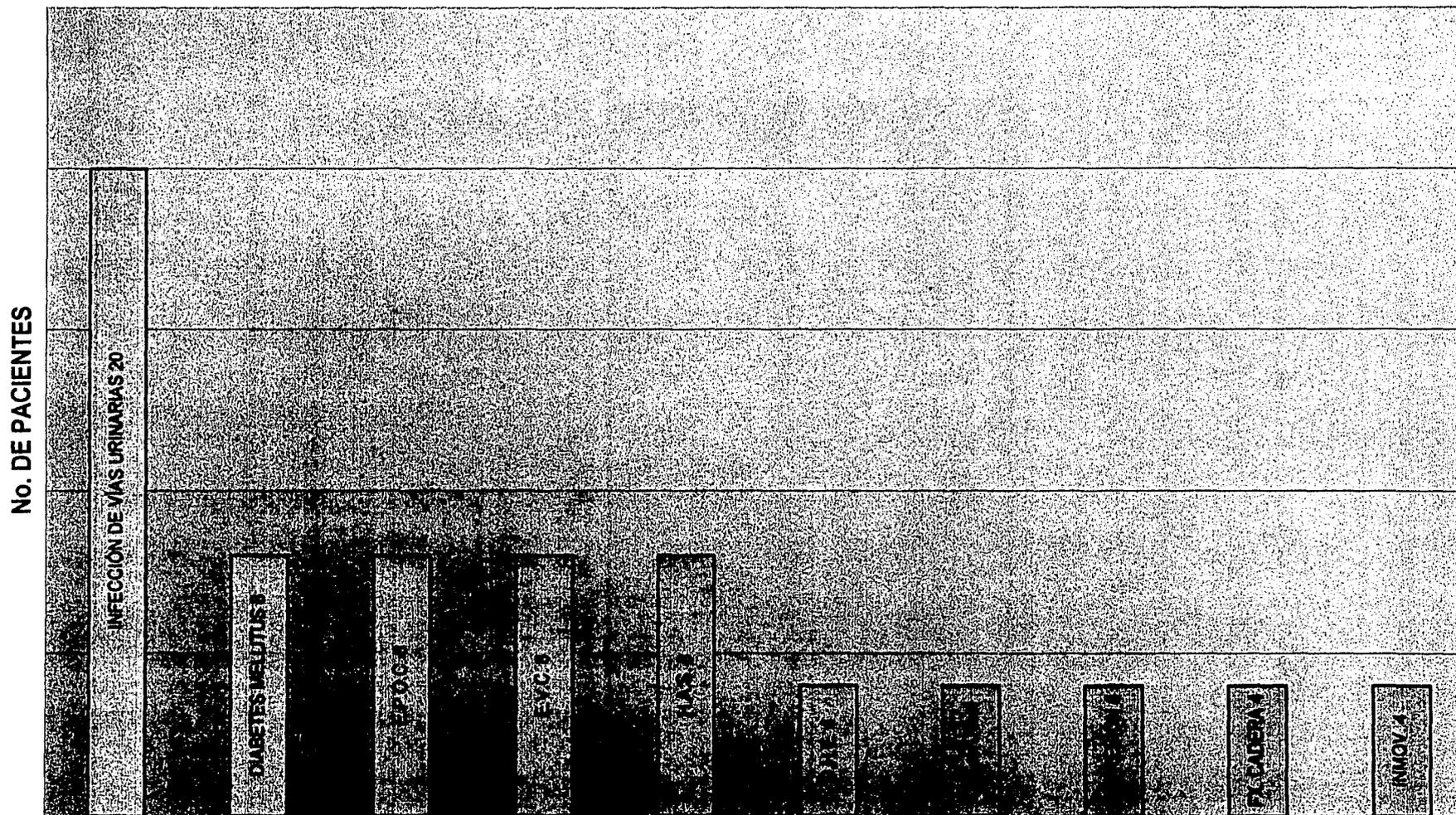


No. DE PACIENTES

21

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICO 7. ENFERMEDADES EN EL GRUPO HIPERACTIVO

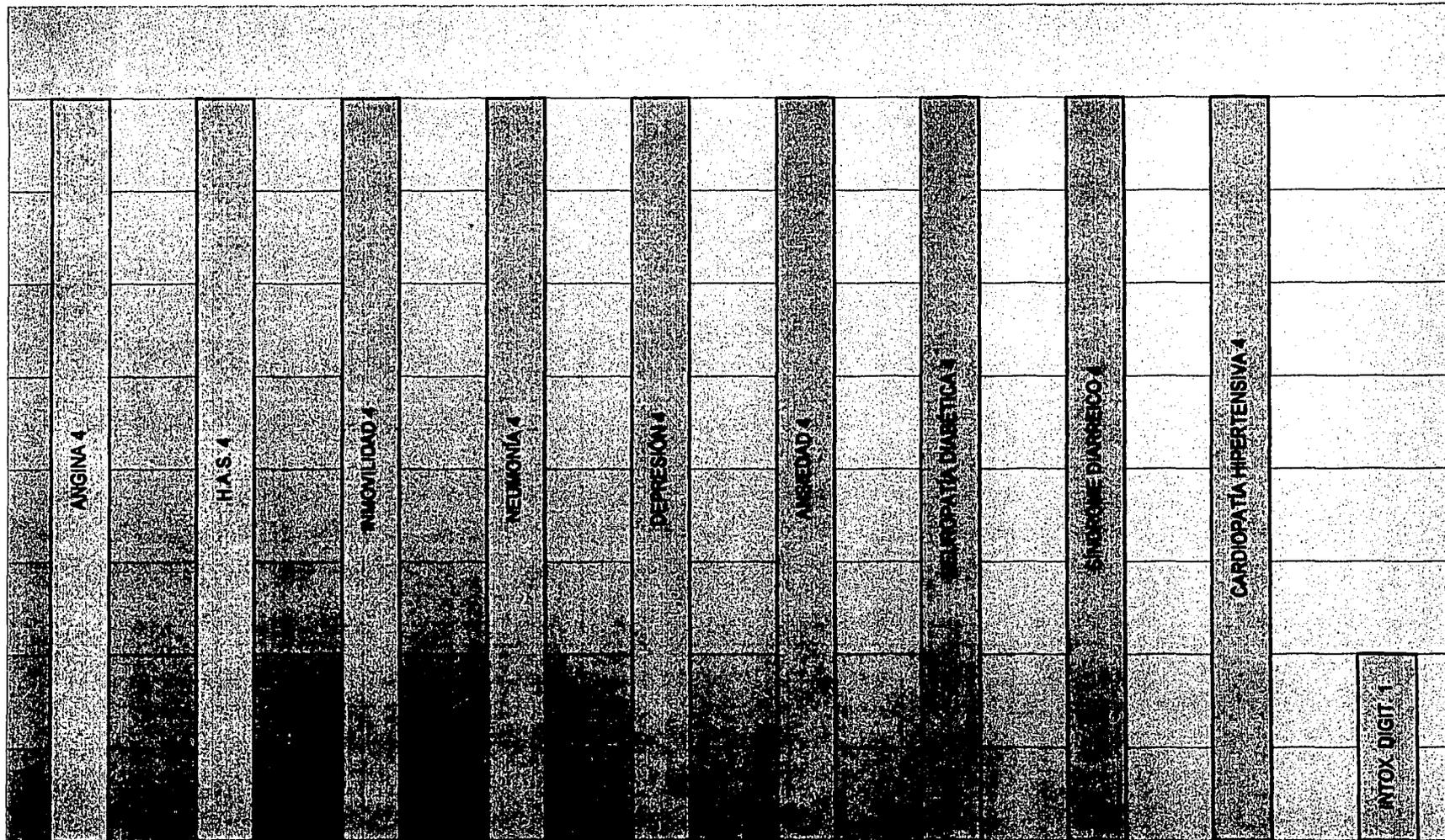


ENFERMEDADES

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRÁFICO 9. ENFERMEDADES DEL GRUPO MIXTO

No. DE PACIENTES

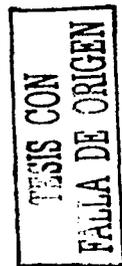


ENFERMEDADES

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

1. Sharon K. Inouye, MD. MPH. Delirium In hospitalized Older Patients. Clinics In geriatrics Medicine. November 1998, Vol. 14, Number 4, pags: 745-764.
2. R. Rodríguez, J. Morales, J. Encinas, Z. Trujillo. CD Hyver. Falla Cerebral Geriatria 2000. pags:206-215.
3. Rummans, Teresa A. MD.; Evans, Jonathan M. MD; Krahn, , Lois E. MD; Fleming, Kevin C. MD. Delirium in elderly patients : Evaluation and Management. Mayo Clinic Proceeding. Vol 70, October 1995, pags: 989-998
4. Williams R. Hazzard, John P. Blass, Walter H. Ettinger. Jr. JeffreyB. Halter, Joseph G. Ouslander. Principles of Geriatrics Medicine ans Gerontology. Fourth Edition 1998, Chapter 93, pags: 1229-1237.
5. Jonathan M. Flacker; Lewis A. Lipsitz. Neural Mechanisms Of Delirium : Current Hypotheses ans envolving conceps . The Juornals of Gerontology. Jun. 199, Vol 54 A, PAGS: 239-246.
6. David J. Meagher; Paula T. Delirium Phenomenology Illuminates Pathophysiology, Management and course . Journal Of Geriatrics Psychiatric and Neurology Fall, 1998 Vo.II, pag. 150.
7. Federico E. Michelli, Manuel María Fernández Pardal. Delirium (Síndrome Confusional Agudo). Neurología en el anciano. 1996 Agosto. Pags.:67-72.
8. Williams B. Abrams,M.D., Robert Berkow, M.D. Manual Merck de Geriatria. Reimpresión 1998. Capítulo82, pags:1010-1013.
9. Robert L. Kane, Joseph G. Ouslander, Itamar B. Abrass. Geriatria Clínica. Tercera Edición. Enero1999. pags:78-83.



10. I. Ruipérez Cantera; J.J. Baztan Cortéz; C. Jiménez Rojas; D. Sepúlveda Moya. El paciente anciano. 1ra. Edición, 1988. pags: 497-509.
11. Inouye S. et als. Clarifying confusion: The confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Int Med. 1990; 113: 941-948.
12. Lipowski ZJ. Delirium in the elderly patients. N. Eng. J. Med. 1989. March.2.
13. Miller Lipowski ZJ. , Banny L. Delirium advances in the search and clinical practice, IPA international Phychogeriatrics, 1991; 3 (2).
14. Becker PM, Mc Vey LJ. Saltz CC, et al: Hospital acquired complications in a ramdomized controlled clinical trial of geriatrics consultation team. JAMA 257: 2313, 1982.
15. Benelín EU: Delirium in the elderly . J. Geriatric Phsyiatry Neurol. 1: 127, 1988.
16. Francis J., Martin D., Kadoor WN: A prospective study of delirium in hospitalized elderly. JAMA 263: 1097, 1990.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN