

11274



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

10

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.



DELIRIUM, INCIDENCIA Y FACTORES ETIOLOGICOS
EN EL SERVICIO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL
GENERAL DE MEXICO O.D.
U. N. A. M.

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO



T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GERIATRIA
P R E S E N T A :

DIRECCION DE ENSEÑANZA **DR. MIGUEL ANGEL RIVERO NAVARRO**

DIRECTOR DE TESIS: DR. ARMANDO PICHARDO FUSTER

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
2000

MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE DEL 2000

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

TITULO

**DELIRIUM : INCIDENCIA Y FACTORES ETIOLÓGICOS EN
EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL
DE MÉXICO O.D.**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: NIQUEL ANGEL
RIVERA NAVARRO

FECHA: 01-10-02

FIRMA: 

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

Introducción.	1
Marco teórico	2
Planteamiento del problema	12
Justificaciones	13
Hipótesis	14
Objetivos	15
Metodología	16
Resultados	17
Cuadro 1	19
Gráfica 1	19
Cuadro 2	20
Gráfica 2	20
Cuadro 3	21
Gráfica 3	21
Cuadro 4	22
Gráfica 4	22
Cuadro 5	23
Gráfico 5	23
Cuadro 6	24
Gráfico 6	24
Cuadro 7	25
Gráfico 7	25
Cuadro 8	26
Gráfico 8	26
Discusión	27
Conclusiones	29
Sugerencias	30
Resumen	31
Bibliografía	32

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

El cerebro envejecido es un órgano extraordinariamente vulnerable y sensible a los cambios del medio interno y externo: fármacos, enfermedades de otros aparatos y órganos, cambios ambientales y muchos otros factores.

El síndrome de delirium constituye la manifestación más dramática de la influencia de estos factores sobre el cerebro, y sin duda es una de las patologías de mayor trascendencia en geriatría; se sabe que éste es uno de los síndromes más frecuentes en la población vieja, sin embargo es desconocido para muchos médicos y más aún poco diagnosticado por el propio geriatra.

Este síndrome es de suma importancia ya que se considera en medicina una urgencia médica y en pacientes ancianos hospitalizados se asocia a un incremento en la morbilidad, además de que incrementa el riesgo de demencia, estancia y costos hospitalarios.

En una sociedad con tendencia al incremento de la expectativa de vida, como la nuestra, se requiere establecer medidas destinadas a evitar en lo posible, que se instaure un cuadro de estas características; por lo que es importante conocer los factores de riesgo con el fin de tener especial cuidado para su manejo y evitar su presentación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARCO TEÓRICO

El delirium es un síndrome común, grave y amenazador para la vida en los pacientes ancianos. Habitualmente desconocido por los médicos; considerado como el segundo síndrome más frecuente relacionado con el deterioro cognoscitivo y hospitalización del adulto mayor. (1,2,3)

El delirium es el primer síndrome clínico que se distingue en el viejo, conocido desde las épocas de Hipócrates. La palabra deriva del latín "de" y "lira", que en conjunto significa "al final del camino", refiriéndose a veces a conductas extrañas asociadas a dicho estado. Antigüamente los Griegos la describían como "arrebato" y "letárgia", acompañándose frecuentemente de fiebre u otras enfermedades serias. (1,2,3)

Existen aproximadamente 30 sinónimos de esta patología o estado clínico y los más empleados son (1,2,3):

- Síndrome cerebral agudo
- Estado confusional agudo
- Encefalopatía tóxica
- Psicosis tóxica aguda
- Demencia reversible
- Síndrome cerebral tóxico
- Encefalopatía metabólica

La variedad de nombres para este síndrome dificultan su definición. En general se refiere a un estado de hiperactividad demostrada, confusión aguda y desorientación leve. (3)

Los pacientes presentan daño de la memoria, pérdida de la atención, dificultad de concentración y para obedecer una orden. Los cambios en la conducta pueden fluctuar con reentradas de agitación y síntomas psicóticos no francos. (1,2,3)

Las ilusiones e ideas paranoicas ocurren por mala interpretación de estímulos visuales y auditivos. Los disturbios del estado de vigilia o sueño son comunes al anochecer, con incremento de la agitación. (1,2,3,4)

EPIDEMIOLOGÍA

El Delirium es poco frecuente en jóvenes de mediana edad a menos que se asocie al uso de drogas ilícitas o alcohol, su incidencia se incrementa por arriba de los 40 años, siendo más frecuente en los mayores de 80. (1,2,3,4,5)

Entre el 10 y 24% de los pacientes viejos, presentan signos de delirium en su habitación, aunque se ha reportado en otros estudios una incidencia mayor al 80%. (1,2,3,4)

Más del 50% de los pacientes con demencia admitidos al hospital presentan delirium a su ingreso, y de los pacientes viejos que ingresan a un hospital con delirium éste no se reconoce de 32 a 67% de los casos. (1,2,3,4,5)

La incidencia de delirium entre los viejos hospitalizados varía de acuerdo a su patología fundamental o principal. Encontrándose que del 3 al 31% de los admitidos a pisos médicos desarrollan este síndrome; mientras que en pacientes viejos sometidos a cirugía se encuentra del 10 al 15%. (4)

El síndrome del delirium en los pacientes hospitalizados se asocia al incremento de la morbimortalidad, reportándose una mortalidad del 10 al 65%; si se trata de sujetos provenientes de un asilo se prolonga la estancia y se incrementan los costos; en tanto que en la población ambulatoria se observa que la presencia del delirium se asocia a la polifarmacia y a la gran comorbilidad de padecimientos que presentan. (1,2,3,4)

El impacto financiero del delirium es enorme, y se estima que en Estados Unidos de Norteamérica se emplean alrededor de 8 billones de dólares anuales para el tratamiento de estos pacientes. (4,5)

Además, se incrementan los días de estancia y los costos hospitalarios. Un estudio demostró que los pacientes viejos con delirium tienen una estancia prolongada en promedio de 20 días a diferencia de los pacientes viejos sin delirium con promedio de 9 días. Otros estudios demuestran que el 46% de los pacientes geriátricos con delirium previo fueron hospitalizados aproximadamente un mes comparado con el 18% de los que no tenían delirium. (1,2,3,4)

La mortalidad de los pacientes con delirium tiene una frecuencia del 20 al 40% y se presenta en un tiempo corto que puede ir desde las 2 a las 20 horas. El porcentaje de mortalidad en los primeros 6 meses después del delirium es del 14 al 22% comparado con el 5 al 11% de los pacientes que no presentan delirium.(1,2,3,4,5,6)

Estos pacientes tienen un alto riesgo de desarrollar alteraciones cognoscitivas crónicas, descondicionamiento funcional, problemas médicos múltiples e incremento del riesgo de muerte, encontrando en el seguimiento de estos pacientes que el declive cognoscitivo se presenta a los 2 años posterior al desarrollo del mismo. (1,2,3,4,5,6)

FISIOPATOLOGÍA

La fisiología básica del delirium es mal conocida o comprendida. El mecanismo exacto es difícil de precisar, por las fluctuaciones inherentes a las manifestaciones clínicas, enfermedades asociadas, demencias y drogas.(1,2,3,7,8,9)

La alteración en el metabolismo oxidativo cerebral es un mecanismo potencial de delirium, ya que produce una disminución de neurotransmisores, implicándose en su desarrollo los siguientes:

- a) **Acetilcolina:** Se ha visto que medicamentos anticolinérgicos o en pacientes con enfermedad de Alzheimer en tratamiento con estos fármacos desarrollan delirium. Encontrándose aumento de la actividad anticolinérgica en los pacientes viejos con delirium o en los que presentan delirium postquirúrgico, así como en los que reciben tratamiento anticonvulsivo. Los inhibidores de la colinesterasa revierten las alteraciones de la conducta y los cambios del electroencefalograma.
- b) **Dopamina:** El alivio sintomático del delirium ocurre con haloperidol que es un potente bloqueador de la dopamina.
- c) **Serotonina:** Se encuentra elevada en la encefalopatía hepática y en el delirium séptico y se cree que es secundario a la presencia de su precursor la L-5 hidroxitriptofano.
- d) **GABA:** Neurotransmisor inhibitorio implicado en la encefalopatía hepática y en el delirium, probablemente porque aumenta el glutamato que es su precursor y provoca disminución de la acetilcolina.

- e) **Beta-endorfinas:** Se ha encontrado un aumento de sus niveles en el delirium, así como alteraciones en el ritmo circadiano semejantes al cortisol, además se conoce que la supresión de los esteroides puede ser causa de delirium, ya que aumentan los niveles de beta-endorfinas.(1,2,3,7,8,9)

Otras sustancias como las linfoquinas muestran un papel mediador en los síntomas del delirium relacionado con infecciones o inflamación. Los signos clínicos y electroencefalográficos del delirium se han descrito también en pacientes que reciben interferón - alfa, pacientes con cáncer avanzado que reciben como tratamiento interleucina 2 y linfoquinas-activadoras de células asesinas; en ellos se ha reportado delirium hasta en 50% de los casos. (1,2,3,7,8,9)

ETIOLOGÍA

La etiología del delirium es multifactorial, que involucra pacientes vulnerables así como al número y severidad de sus padecimientos; siendo la edad avanzada uno de los más importantes factores de riesgo para su desarrollo. (1,2,3,10,11,12,13,14)

Los cambios fisiológicos relacionados con la edad en los pacientes viejos son: menor resistencia al estrés a enfermedades agudas y mayor susceptibilidad a los efectos farmacológicos.(1,2,3,4,10,11,12,13,14)

Además es importante mencionar que hay cambios en todos los sistemas del organismo por ejemplo a nivel hepático hay disminución del riego sanguíneo, de la función enzimática y por lo tanto alteración del metabolismo de los fármacos a ese nivel. El riñón sufre disminución de flujo sanguíneo, del número de glomérulos y del aclaramiento de creatinina afectando los niveles de excreción de los fármacos. El sistema nervioso sufre pérdida de neuronas y disminución de neurotransmisores particularmente acetilcolina y dopamina. (1,3,10,11,12,13,14)

Los fármacos son la causa más común de delirium en la población y está relacionada con múltiples factores como: reacción a drogas, intoxicación y suspensión. (10)

Es importante reconocer los factores de riesgo del delirium al ingreso de un paciente para prevenir el desarrollo del mismo como son : hipoalbuminemia, pluripatología, demencia, polifarmacia, poca interacción social, edad avanzada, fracturas, psicotrópicos y alteraciones sensorperceptivas. (1,2,3,10,11,12,13,14)

En suma los cambios fisiológicos normales, el incremento de la comorbilidad agregada, la polifarmacia, el incremento en la incidencia de patología cerebral en todos los pacientes geriátricos, aumenta el porcentaje de desarrollo de delirium en este grupo. (1,2,3,10)

CUADRO CLÍNICO

Es importante recordar que cada paciente es único y que la presentación de las alteraciones mentales puede tener un curso de unos cuantos minutos a días. Generalmente los síntomas y signos aumentan y disminuyen por tiempos y se presentan en muchas combinaciones.(1,2,3,4,5,6,15,16)

Clínicamente se distinguen 3 subtipos de delirium(15,16):

- Hiperactivo o Hipervigilante.
- Hipoactivo o hipersomnoliento.
- Mixto.

La disminución de la conciencia asociada a delirium característicamente es llamada "conciencia borrosa" y fluctúa entre estado de alerta y coma. (1,2,3,15,16)

La disminución de conciencia y la incapacidad de concentración afecta la memoria causando agitación y mal interpretación con cambios en la actividad psicomotora normal, personalidad y afectividad. (1,2,3,4,5,15,16)

Generalmente el estado hiperactivo es típico de suspensión de medicamentos para delirium, los estados de estupor o hipervigilancia se encuentran más ligados a alteraciones del estado metabólico. Los signos de incremento de la actividad motora incluyen: saltar, caminar, e intranquilidad generalizada. (1,2,3,4,5,6,15,16)

La conducta violenta es frecuente con una incidencia del 10%; las ilusiones y alucinaciones ocurren en cerca del 40%. Las alucinaciones son generalmente visuales pero también pueden ser auditivas y táctiles. (15,16).

Algunos pacientes desarrollan hipersensibilidad al estímulo visual o auditivo. Otros pueden presentar hipoactividad, paranoia, aislamiento y frecuentemente están incomunicados. (15,16)

En el anciano otras presentaciones no específicas de la enfermedad como incontinencia o tropiezos pueden coexistir con los síntomas ya mencionados. Un estudio de pacientes ancianos en una sala de urgencias mostró que el 46% de los pacientes con delirium también tenían el diagnóstico de "estado postrauma". (16)

Sería conveniente considerar al delirium como un diagnóstico de la vejez con nuevos ataques de pérdida de la memoria o aumento en demencia hasta que se demuestre otra cosa. (16)

La pérdida inmediata, a corto o mediano plazo de la memoria puede ser agravada por el síndrome de delirium. La memoria anterógrada es dañada por la incapacidad de fijar la atención. La memoria retrógrada es afectada por cambios en neurotransmisores cerebrales. (1,2,3,4,5,6,15,16)

Aproximadamente el 10 % de los pacientes con delirium confabulan. Las alteraciones del lenguaje son frecuente y reflejan alteraciones del pensamiento. El lenguaje puede ser caótico y desorganizado, lento o rápido con uso de neologismos y afasia. (1,2,3,4,5,6,7,15,16)

Los patrones de alimentación y del sueño pueden estar alterados; los marcados disturbios en el ciclo del sueño pueden conducir a la "puesta del sol" una condición en la cual el paciente se encuentra muy confuso, agitado o psicótico por la noche, siendo este estado frecuentemente el 1er. signo de presentación del delirium. (1,2,3,4,5,6,7,15,16)

La "puesta del sol" esta ligada a la obscuridad y silencio y es fácilmente reconocida por el médico más que otros síntomas más sutiles.(15,16)

Puede haber cambios autonómicos en pacientes con delirium, especialmente en aquellos que tienen hiperactividad. La taquicardia e hipertensión son los signos más comunes. Los pacientes con síntomas y signos autonómicos con frecuencia tienen elevada irritabilidad y respuestas de sobresalto y son más sensibles a la luz y ruido.(15,16)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de delirium es puramente clínico y el primer paso es obtener la historia clínica geriátrica completa y reconocer el síndrome. Con frecuencia no se reconoce debido a que los síntomas pueden ser sutiles y fácilmente confundidos y fluctúan en el transcurso del día.(1,2,3)

El manual de Diagnóstico y Estadística de los Desordenes Mentales (DSM – IV) se apoya para el diagnóstico de delirium en los siguientes criterios, que deben incluir 3 elementos principales (1,2,3,4,5,6,7,8):

- 1) Cambios agudos o repentinos del estado mental o de la conducta**
- 2) Alteraciones del pensamiento.**
- 3) Incapacidad para razonar correctamente los procesos de información de su entorno.**

También se puede utilizar el método de evaluación de la confusión (3):

- A) Curso agudo y fluctuante.**
- B) Desatención.**
- C) Desordenes del pensamiento.**
- D) Alteración de los niveles de conciencia.**

Las pruebas cognoscitivas son el siguiente paso para el diagnóstico de delirium. Es necesario realizar pruebas del estado mental y el conversar simplemente con el paciente puede ser suficiente(1,2,3,4,5,6,7,8).

El uso de diferentes pruebas cognoscitivas pueden ayudar a diferenciar el delirium de otras alteraciones y documentar la fluctuación a través del tiempo. Las pruebas cognoscitivas no son el “ estándar de oro “ para el estado confusional agudo.

El Minimental test, es la prueba más usada; es breve, estructurada para probar la función cognoscitiva y utilizada como herramienta para el deterioro cognoscitivo y alteraciones mentales orgánicas, tiene una sensibilidad de 82 % y especificidad de 87 % pero no hace diferenciación entre delirium y demencia.(1,2,3,4,5,6,7,8)

También se pueden utilizar estudios de gabinete como el electroencefalograma que es un marcador de la actividad cortical, y muestra una correlación entre el grado de declive y de actividad de la disfunción cognoscitiva en los pacientes con delirium; sin embargo no es un estudio específico y fundamental para establecer el diagnóstico de delirium. (1,2,3,4,5)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Otras alteraciones cerebrales orgánicas así como algunos padecimientos psiquiátricos pueden simular delirium. Es importante la diferenciación entre estas alteraciones ya que el delirium amenaza la vida y debe recibir una pronta atención.(1,2,3,4,5,6,7,8,12,13,14)

Las alteraciones orgánicas cerebrales que pueden simular delirium son: Síndrome de Charles Bonnet, intoxicación por anfetaminas, psicosis de Korsakoff, y el hipertiroidismo. Las sospechas de estas alteraciones se obtienen por la historia medica de los pacientes y por los resultados de laboratorio.(1,2)

Las crisis convulsivas parciales y las parciales complejas pueden simular delirium . Pacientes con estas entidades muchas veces tienen historia previa de crisis, pero el electroencefalograma muestra el patrón característico de las mismas. (1,2,3,4)

El delirium debe de diferenciarse de padecimientos psiquiátricos que incluye: Depresión mayor, alucinaciones, psicosis reactiva, esquizofrenia y reacciones catastróficas asociadas a demencia. en estos desordenes los niveles de conciencia son normales y la atención y orientación se encuentran intactas. Las alucinaciones y las ilusiones están presentes. Las alucinaciones auditivas son típicas de los desordenes psicóticos, mientras que en el delirium las alucinaciones son más de tipo visual o táctiles. Además las fluctuaciones de los síntomas que caracterizan al delirium no están presentes. (1,2,3,4,5,6,7,8,12,13,14)

Muchos de los pacientes con depresión tienen alteraciones de la memoria, causadas por alteraciones de la atención y de la concentración, mostrando pruebas cognoscitivas pobres o malas y falta de motivación evidente.

La demencia es otro de los diagnósticos diferenciales del delirium y puede ser confundida con este. La demencia y el delirium son las dos enfermedades psiquiátricas que prevalecen en la población geriátrica. Pueden tener similitud clínica y la demencia es un factor de riesgo para delirium. Debe recordarse que el delirium puede estar sobre puesto a la demencia, sin embargo estos cambios agudos en el estado mental en un paciente con demencia debe sugerir delirium.(1,2,3,4,5)

Una vez que el síndrome se ha reconocido, debe de ser considerado una emergencia médica que pone en riesgo la vida, de tal manera, debe de ser tratado rápidamente e identificar su causa etiológica.

La evaluación inicial del delirium usualmente debe enfocarse a toxicidad por drogas, problemas cardiovasculares, anomalidades metabólicas y estados neurológicos agudos; además hay que realizar un examen físico completo, identificando síntomas y signos de los padecimientos anteriormente comentados, así como enfocar la exploración neurológica a la identificación de lesiones ocupativas o déficit localizado.

Deben realizarse pruebas diagnósticas para descartar etiología común del delirium, las pruebas incluyen biometría hemática completa con diferencial, química sanguínea, examen general de orina, hemocultivos, pruebas toxicológicas, electrocardiograma, radiografía de tórax, gasometría, y en caso necesario punción lumbar, electroencefalograma, tomografía, resonancia magnética y otros estudios como niveles de B12, pruebas de funcionamiento de tiroides, VDRL .(12,13,14,15,16)

TRATAMIENTO

La prevención del delirium es importante ya que beneficia a los viejos hospitalizados, disminuye costos, cuidados de enfermería y días de estancia. El delirium es altamente predecible si tratamos las enfermedades de base. El tratamiento específico es diferente en cada paciente y depende de sus problemas médicos, además de que es necesario iniciar prontamente el mismo. (12,13,14,15,)

El principio general del tratamiento del delirium es iniciarlo antes de contar con el diagnóstico etiológico de base, posteriormente debe de otorgarse una restitución de líquidos y una nutrición adecuada ya que el paciente con delirium es incapaz de ingerir cantidades necesarias para una buena hidratación además de que ocasiona mala nutrición por lo que está indicado un aporte adecuado de proteínas, vitaminas, minerales, calorías y en caso de ser necesario hay que hacerlo por vía parenteral, esto es más importante en los que consumen grandes cantidades de alcohol o en aquellos que suspendieron la ingesta del mismo. (1,2,3,4,5,15)

Las restricciones físicas elegidas difieren en cada uno de los pacientes y en cada hospital. Se prefiere el uso de una tela suave a nivel de torso superior, con vigilancia cada 2 horas de la conducta, signos vitales, cambios en el estado mental y vigilancia de las evacuaciones. (1,2,3,4,5,6,7,8,15)

La terapia farmacológica se evalúa de acuerdo a las necesidades de cada paciente, además de que deben encontrarse la dosis adecuadas y ser manejadas por periodos cortos de tiempo. (1)

El haloperidol es un neuroléptico de potencia alta y que es muy efectivo, con mecanismo de acción rápido, de vida media corta y con una incidencia baja de efectos anticolinérgicos en el anciano; además de que sus presentaciones son tanto para vía oral, intramuscular e intravenosa lo que lo hace aún más efectivo. Para la agitación severa se recomienda una dosis --

intravenosa de 5 mg cada 6 u 8 horas, pero se puede administrar en caso necesario cada 30 minutos sin exceder los 40 mg hasta lograr el control de la conducta. Una vez que el paciente presenta un equilibrio entre el sueño y el estado de alerta la dosis se puede espaciar cada 12 horas y si el paciente permanece estable por un periodo de 36 horas o más el medicamento debe de ser suspendido. (1,2,3,4,5,15,16)

Las benzodiazepinas de acción corta son usadas para el control de la agitación y la ansiedad en pacientes con delirium, tiene un efecto sedante, con un mecanismo de acción rápido. Y son utilizadas más frecuentemente en los pacientes que presentan síndromes de supresión. (1,2,3,4,5,6,7,8,15,16)

Las benzodiazepinas más usadas son el clonazepam y lorazepam para los síntomas del síndrome del delirium en el viejo, el clonazepam tiene una vida media corta y se puede administrar por vía oral, solo o en combinación con antipsicóticos y las dosis habituales son de 0.3 a 0.5 mg (3 a 5 gotas). Puede ocasionar depresión respiratoria así como otros efectos. (1,2,3,4,5,6,7,8,15,16)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ CÚAL ES LA INCIDENCIA DEL DELIRIUM Y SUS FACTORES ETIOLÓGICOS EN AQUÉLLOS PACIENTES QUE SE HOSPITALIZAN EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D EN UN PERIODO DE 6 MESES?

JUSTIFICACIONES

1ro. Constituye una de las primeras causas de hospitalización en el Servicio de Geriatría, estos pacientes requieren de un diagnóstico y tratamiento oportuno, para evitar complicaciones futuras como la demencia.

2do. Es un padecimiento que ocasiona una morbilidad importante, así como un costo hospitalario elevado, tanto económico como de la dinámica familiar del paciente; por lo que el reconocerlo y tratarlo, pero sobre todo prevenirlo, disminuye días estancia, recursos económicos y otorga una mejor dinámica familiar.

HIPÓTESIS

EL CONOCER LOS FACTORES ETIOLÓGICOS MÁS FRECUENTES EN NUESTRO MEDIO, NOS PERMITIRÁ INFLUIR EN ESTE PADECIMIENTO TANTO PARA EVITARLO COMO PARA DISMINUIR SUS COMPLICACIONES.

Variable independiente: Delirium.

Variable dependiente: edad, etiología, factores de riesgo.

OBJETIVOS

Mediatos :

- **Determinar la incidencia del síndrome de delirium en los paciente viejos ingresados a nuestro servicio de Geriatria.**
- **Saber cuáles son las causas etiológicas más frecuentes que desencadenan dicho síndrome.**
- **Tratar de conocer en nuestro servicio de Geriatria los factores que intervienen en el desarrollo del delirium (edad, sexo, enfermedades concomitantes).**
- **Señalar las principales medidas para la prevención y control del delirium.**

Tardíos:

- **Mostrar la casuística de pacientes viejos con delirium**
- **En base a los resultados obtenidos demostrar a la comunidad médica de que el síndrome de delirium es un problema de salud en los pacientes adultos mayores.**
- **Implementar normas y manuales específicos para homogenizar los procedimientos y criterios que faciliten el trabajo del personal que maneja a éstos pacientes.**

METODOLOGÍA

El estudio se llevará a cabo en el Servicio de Geriátria (unidad de atención de agudos) del Hospital General de México O.D., en donde se incluirán a todos los pacientes que ingresen al mismo y que cuenten con el diagnóstico de delirium y cumplan los criterios de inclusión.

1ra. Etapa: Al ingresar el paciente se realizará la historia clínica geriátrica donde se debe incluir todo el historial social, económico y médico del paciente y se solicitaran exámenes de laboratorio que incluyan: Biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos y examen general de orina; además de estudios de gabinete como son radiografía de tórax y electrocardiograma.

2da. Etapa: Se determinará cual fue la causa del delirium, los días de estancia hospitalaria, la mortalidad.

3ra. Etapa: Se analizaran los resultados obtenidos y se realizará el manejo estadístico de los resultados así como su publicación.

La incidencia se define como el número de casos nuevos de una enfermedad en un tiempo específico, dividido entre la población de riesgo y multiplicado por una constante, la cual puede dar origen a una tasa. Se puede determinar a través de la siguientes fórmula:

$$TI = \frac{\text{No. de individuos con Delirium}}{\text{Población estudiada}} \times K$$

Análisis y presentación de los resultados: Los resultados obtenidos se van a procesar mediante medidas de tendencia central y se presentaran mediante cuadros y gráficas.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 34 pacientes con síndrome de delirium en el período comprendido del 1ro de Abril al 31 de Octubre del 2000.

De los pacientes estudiados (N=34), 15 pertenecieron al sexo masculino (44%) y 19 al sexo femenino (56%). (cuadro 1 y gráfico 1).

El rango de edad fue de 65 a 115 años, con un promedio de 84 años +/- . (cuadro 2 y gráfico 2).

La estancia hospitalaria por paciente fue de 8 días.

En cuanto al estado civil encontramos que el porcentaje de hombres casados fue de 36% y viudos de 64%; mientras que en mujeres fue 10% de solteras, 10% de casadas y 80% de viudas. (cuadro 3 y gráfico 3).

El tipo de delirium fue de 24 pacientes con delirium hiperactivo (71%), 7 con delirium hipoactivo (20%) y 3 con delirium mixto (9%). (cuadro 4 y gráfico 4).

Las principales causas desencadenantes de delirium fueron infección de vías urinarias 10 pacientes (23%), Neumonías 7 pacientes (16%), Hipokalemias 6 pacientes (14%)Eventos vasculares cerebrales aterotrombóticos 5 pacientes (11%), Insuficiencia cardíaca congestiva venosa 4 pacientes (9%), sangrado de tubo digestivo alto 3 pacientes (10%) y otras causas como fractura de cadera, estado hiperosmolar, hiponatremia, hipernatremia (20%). (cuadro 5 y gráfico 5).

El promedio de enfermedades concomitantes en los pacientes estudiados fue de 4 y las principales fueron diabetes mellitus 13 pacientes (25%) , hipertensión arterial sistémica 11 pacientes (21%) , insuficiencia cardiaca congestiva 10 pacientes (19%) , fibrilación auricular 5 pacientes (10%) , enfermedad pulmonar obstructiva crónica 5 pacientes (10%) , prostatectomía 5 pacientes (10%) y deterioro cognoscitivo 3 pacientes (5%). (cuadro 6 y gráficos 6).

La incidencia del síndrome de delirium encontrada en el estudio fue de 24 % (cuadro 7 y gráfico 7).

Durante el estudio fallecieron 8 pacientes (24%) y de estos 3 correspondieron al sexo masculino (38%) y 5 al sexo femenino (62 %). (cuadro 8 y gráfico 8).

**DELIRIUM
DISTRIBUCION POR SEXO**

CUADRO 1

HOMBRES	MUJERES
44%	56%

**FUENTE: ARCHIVOS DE GERIATRIA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D..**

**DELIRIUM
DISTRIBUCION POR SEXO
GRAFICO 1**



■ HOMBRES ■ MUJERES

FUENTE: CUADRO 1

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

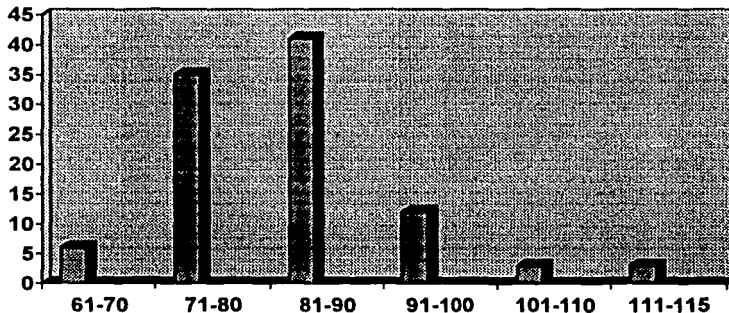
**DELIRIUM
EDAD DE LOS PACIENTES**

CUADRO 2

RANGO DE EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
61 - 70 AÑOS	2	6%
71 - 80 AÑOS	12	35%
81 - 90 AÑOS	14	41%
91 - 100 AÑOS	4	12%
101 - 110 AÑOS	1	3%
111 - 115 AÑOS	1	3%

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE GERIATRIA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D

**DELIRIUM
EDAD DE LOS PACIENTES
GRAFICA 2**



FUENTE: CUADRO 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

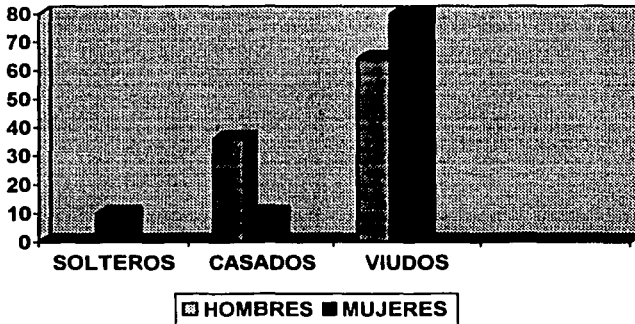
**DELIRIUM
ESTADO CIVIL**

CUADRO 3

ESTADO CIVIL	HOMBRES	MUJERES
SOLTEROS	0%	10%
CASADOS	36%	10%
VIUDOS	64%	805

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE GERIATRIA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D

**DELIRIUM
ESTADO CIVIL
GRAFICO 3**



FUENTE: CUADRO 3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

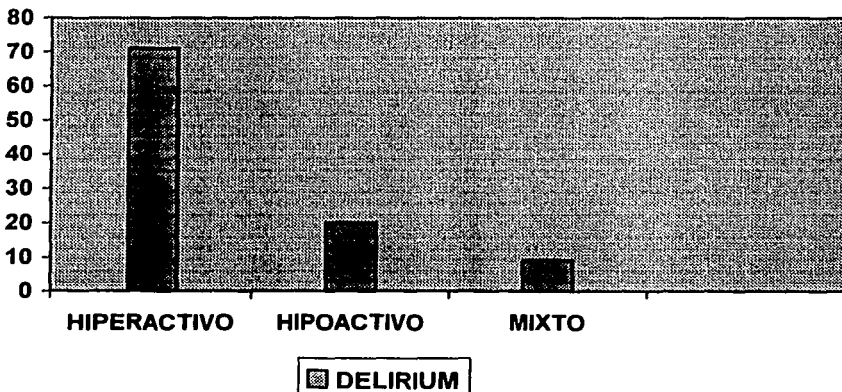
TIPOS DE DELIRIUM

CUADRO 4

TIPO DE DELIRIUM	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
HIPERACTIVO	24	71%
HIPOACTIVO	7	20%
MIXTO	3	9%

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE GERIATRIA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D

TIPOS DE DELIRIUM GRAFICA 4



FUENTE : CUADRO 4

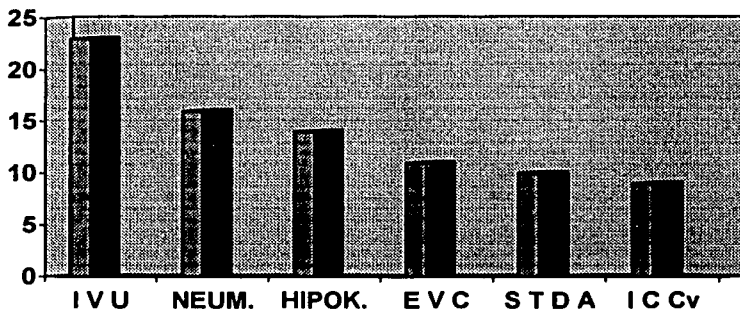
DELIRIUM Y SU ETIOLOGIA

CUADRO 5

ETIOLOGIA	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
IVU	10	23%
NEUMONIA	7	16%
HIPOKALEMIA	6	14%
EVC	5	11%
ICCV	4	9%
STDA	3	10%

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE GERIATRIA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D

DELIRIUM Y SU ETIOLOGIA
GRAFICA 5



FUENTE: CUADRO 5

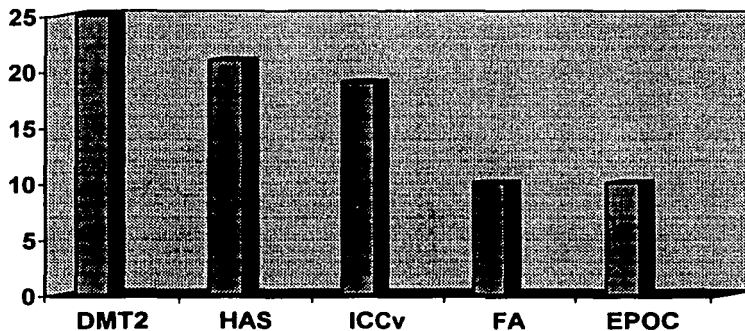
**DELIRIUM
ENFERMEDADES CONCOMITANTES**

CUADRO 6

ENFERMEDADES	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
DMT2	13	25%
HAS	11	21%
I C Cv	10	19%
F A	5	10%
EPOC	5	10%

**FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE GERIATRIA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D**

**DELIRIUM
ENFERMEDADES CONCOMITANTES
GRAFICA 6**



FUENTE: CUADRO 6

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

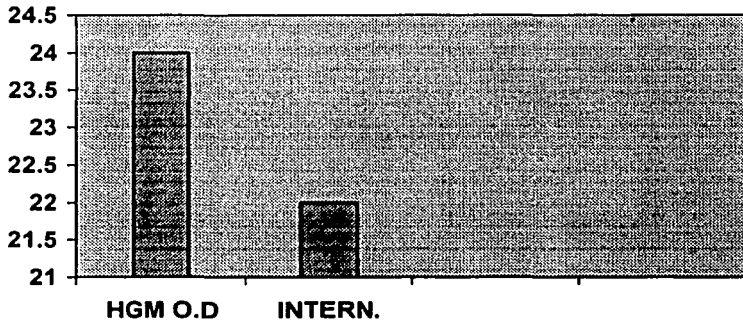
INCIDENCIA DE DELIRIUM

CUADRO 7

DELIRIUM	INCIDENCIA
HOSP. GENERAL DE MEXICO	24%
INTERNACIONAL	22%

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE GERIATRIA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D
(1), (2), (3), (4)

INCIDENCIA DE DELIRIUM GRAFICO 7



FUENTE: CUADRO 7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

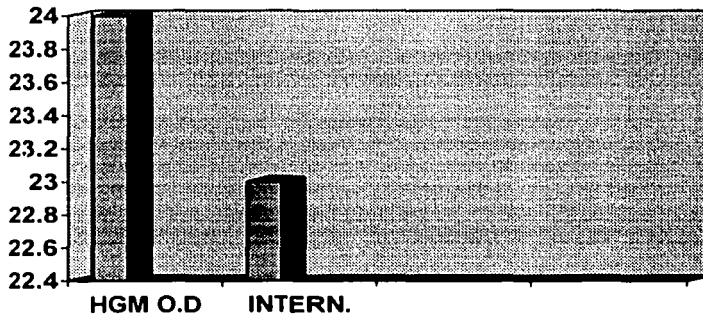
DELIRIUM Y MORTALIDAD

CUADRO 8

LUGAR	PORCENTAJE
HGM O.D	24%
INTERN.	23%

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE GERIATRIA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D
(1), (2), (3)

MORTALIDAD DE DELIRIUM GRAFICA 8



FUENTE: CUADRO 8

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION

La incidencia del síndrome de delirium en los pacientes estudiados fue de 20% que es similar a la reportada en la literatura ; encontrándose una mayor incidencia en pacientes del sexo femenino, lo cuál esta acorde a lo reportado en la literatura, sin embargo debemos considerar que el estudio abarco un mayor número de pacientes del sexo femenino. El promedio de edad que fue de 84 años confirma el aumento de la sobre vida de la población (1, 2, 3, 4).

Referente al estado civil de los pacientes se encontró una mayor incidencia de viudez en la mujer, que esta acorde a la literatura y lo que además demuestra que la mujer vieja difícilmente vuelve a establecer una relación de pareja y que por otro lado, existe un porcentaje a considerar de mujeres viejas solteras (1, 2, 3, 4, 5).

Algo que llamó la atención en nuestro estudio es lo referente a la estancia hospitalaria de nuestros pacientes la cuál fue de 10 días, mucho menor a la reportada en la literatura de 20 días, lo cual puede deberse a que iniciamos en forma temprana movilización del paciente fuera de su cama, la dieta y un control adecuado de los factores desencadenantes , así como de la misma sintomatología del delirium y además creemos influye el como esta estructurada las habitaciones donde se encuentran hospitalizados los pacientes (1, 2, 3, 4, 5,).

El tipo de delirium, que prevaleció, como en lo encontrado en la literatura fue el hiperactivo o hipervigilante 71% (6, 7, 8).

En cuanto a la etiología del delirium los padecimientos infecciosos ocuparon el primer lugar y de estos la infección de vías urinarias fue la que prevaleció y que también se encuentra acorde a lo reportado a la literatura. Dentro de la polipatología sobresale los procesos crónico degenerativos como DM, HAS y padecimientos como ICCV y que es semejante a lo encontrado en otros estudios (3, 10, 11, 12, 13, 14).

Referente a la mortalidad encontramos una incidencia idéntica a la reportada en la literatura (1, 2, 3, 4, 5, 6).

La importancia en el estudio radica en la demostración de una importante incidencia del síndrome de delirium en nuestro medio, lo cuál debe de alertar al personal médico, con la finalidad de estructurar métodos que ayuden a mejorar el manejo de estos pacientes, de tal manera que permita disminuir dicha patología; así como brindar una información y educación a los adultos mayores, familiares o cuidadores primarios para alertarlos sobre la presentación de dicho síndrome y con ello mejorar la calidad de vida de los pacientes que desarrollan delirium y de sus familias.

CONCLUSIONES

1.- En relación a la hipótesis, encontramos que el educar a nuestros pacientes, familiares o cuidadores primarios permite la detección temprana del padecimiento y por lo tanto una atención pronta del mismo, por lo tanto una incidencia menor de días de estancia.

2.- Los padecimientos infecciosos continúan siendo la etiología principal de delirium.

3.- Se demuestra una mayor sobre vida de la población de adultos mayores y que nos habla del incremento de la expectativa de vida en esta población.

4.- Las enfermedades crónico degenerativas continúan siendo los padecimientos más frecuentes encontrados en los adultos mayores.

5.- La mortalidad fue muy similar a la reportada en la literatura.

SUGERENCIAS

- 1.- Que el presente trabajo sirva como base para la realización de futuras investigaciones en el campo del deterioro cognoscitivo en los pacientes viejos.**
- 2.- Que los resultados del presente trabajo sea difundido entre el personal médico de los servicios de Medicina Interna y Geriátria con la finalidad de que estos pacientes sean detectados oportunamente.**

RESUMEN

El síndrome de delirium es común, grave y amenazador para la vida en los pacientes ancianos y que habitualmente es desconocido por muchos médicos.

Objetivo.- Determinar la incidencia del síndrome de delirium en los pacientes hospitalizados en el servicio de geriatría del Hospital General de México O.D.

Pacientes y Métodos.- Se realizó un estudio prospectivo, observacional y descriptivo para determinar la incidencia del síndrome de delirium en el servicio de geriatría del Hospital General de México O.D del 1ro de abril al 31 de octubre del 2000, a quien se les realizó una Historia clínica geriátrica, exploración física completa, electrocardiograma, biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, examen general de orina y radiografía de tórax, en paciente con Diagnóstico de delirium, registrándose el estado civil de los pacientes, su edad, sexo, etiología, enfermedades concomitantes, días de estancia, y mortalidad.

Resultados.- se estudiaron 34 pacientes, de estos 44% fueron hombres y 56% mujeres. El promedio de edad fue de 84 años y la estancia hospitalaria de 8 días, encontrándose un mayor porcentaje de viudez en mujeres 645 contra 36% de hombres. El delirium hipoactivo fue el más frecuente 71%. Los procesos infecciosos fueron la causa principal de delirium; el promedio de enfermedades concomitantes fue de 4 , siendo la diabetes mellitus y la hipertensión sistémica las principales . La incidencia fue de 24% y la mortalidad fue de 24%.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- By Joshua et al. Delirium in the elderly. *Psychiatr* 1999; 1–28.
- 2.- Larry E. Tune. *Delirium: Principles of geriatric medicine and gerontology*, 3ra. Ed. McGraw-Hill. 1999; 1229–1237.
- 3.- Daniel Chan et al. *Delirium: Making the diagnosis, improving the prognosis*. *Geriatr* 1999; 54: 28–43.
- 4.- Jacobsen S et al. Delirium in the elderly. *Psichiatr Clin North Am* 1997; 20(1): 91–105.
- 5.- Dobbmeyer K. Delirium in elderly medical patients. *Clin Geriatr* 1996; 4: 43–68.
- 6.- Liptzin B. Delirium *Arch Fac Med* 1995; 4: 453–457.
- 7.- Trzepac Z et al. Advances in diagnostic, pathophysiology and treatment. *Psichiatr Clin North Am* 1996; 19(3): 429-449.
- 8.- Mach J et al. Serum anticholinergic activity in hospitalized elderly with delirium. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 491-495.
- 9.- Inouye SK et al. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. *JAMA* 1996; 275: 852-857.
- 10.- Rockwood K et al. Increasing the recognition of delirium in elderly patients. *J Am Geriatr soc* 1994; 42: 252-256.
- 11.- Rudberg M et al. The natural history of delirium in older hospitalized patients. *Age Ageing* 1997; 26: 164-174.
- 12.- Leukoff SE et al. Delirium: The occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients. *Arch Intern Med* 1997; 152: 334-344.

13.- Fanel KR et al. Misdiagnosing delirium as depression in medically ill elderly patients. Arch Intern Med 1995; 155(22): 2459-2464.

14.- Berkow R. Cognitive failure: Delirium and demencia. The Merck manual of geriatrics; 2^a ed. Whitehouse station, NJ. Merck 1995; pp 1139-1146.

15.- Tueth et al. Delirium Diagnosing and treatment in the older patients. Geriatrics 1993; 48: 75-80.

16.- O'keefe S et al. The prognostic significance of delirium in older patients. J Am Geriatr Soc 1994; 42: 252-256.