



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

ESTUDIO PARA DETERMINAR LA INCIDENCIA DEL DELIRIUM EN POBLACIÓN GERIÁTRICA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, EN EL “INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN”.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO EN ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

P R E S E N T A :

DRA. BETANIA CONCEPCIÓN ROSSETTE LÓPEZ.

TUTOR TEÓRICO: Dra. Margarita C. Becerra Pino.

Profesora del Departamento Psiquiatría, Psicología Médica y Salud Mental,
Facultad de Medicina, UNAM

TUTOR METODOLÓGICO: Dra. Ma. del Carmen Flores Miranda.

Médico adscrito al Departamento de Neurología y Psiquiatría, INCMNSZ.



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.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A mi madre,
a mi esposo,
a mis maestros y pacientes.

Con agradecimiento a todas las personas
que contribuyeron en el logro de este trabajo:

A mis maestros por sus conocimientos.

A la Dr. Margarita C. Becerra Pino y
a la Dra. Ma. del Carmen Flores Miranda
por su dirección en esta tesis y,
al Dr. Guillermo Domínguez Cherritt quien
permitió se lograra este trabajo en la
Unidad de Terapia Intensiva del
“Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán”.

INDICE

Dedicatoria	3	
Introducción	4	
1. Marco Teórico	6	
a. Definición y clasificación	8	
b. Fisiopatología	10	
c. Cuadro clínico	11	
d. Diagnóstico diferencial	13	
e. Prevalencia y curso	14	
f. Etiología	15	
g. Diagnóstico	16	
h. Tratamiento	18	
2. Justificación	21	
3. Objetivo		
4. Hipótesis		
5. Diseño y duración		
6. Material y Métodos	22	
7. Análisis estadístico	23	
8. Ética Médica		
9. Resultados	24	
a. Cuadro 1. Características generales de muestra	26	
b. Cuadro 2. Características de pacientes con delirium	27	
c. Cuadro 3. Características de pacientes sin delirium	28	
d. Gráfica 1. Género-Grupos estudiados	29	
e. Gráfica 2. Delirium-Edad	29	
f. Gráfica 3. Delirium-Dxs. de ingreso a UTI	30	
g. Gráfica 4. Delirium-Evolución UTI	30	
h. Gráfica 5. Delirium y Días de estancia en UTI	31	
10. Discusión	32	
11. Conclusión	33	
12. Referencias Bibliográficas	34	
Apéndice 1. Instrumento-pacientes con ventilación mecánica	38	
Apéndice 2. Instrumento-pacientes sin ventilación mecánica	44	

INTRODUCCION.

El delirium es un síndrome neuropsiquiátrico multicausal caracterizado por alteraciones en el estado de alerta, atención, memoria, lenguaje, percepción y pensamiento, con un curso fluctuante. Es un problema frecuente y grave en los pacientes hospitalizados. Su presencia implica una elevada morbimortalidad, prolongada estancia hospitalaria, merma en la funcionalidad e incremento en los costos del internamiento tanto a nivel personal como institucional. Se ha observado que al encontrarse ingresado en una unidad de cuidados intensivos aumenta el riesgo para desarrollar delirium, debido a que en el paciente en estado crítico usualmente ocurren diversos factores predisponentes para desarrollar el delirium. Cuando el paciente en la unidad de terapia intensiva es geriátrico, asciende la incidencia de delirium hasta un 80%, y dentro de éste grupo etario aumenta aun más en los mayores de 85 años.

El envejecimiento incluye un frágil equilibrio en la homeostasis interna. Dicha condición es más evidente a nivel del sistema nervioso central (SNC), traduciéndose en una mayor sensibilidad ante efectos farmacológicos y la coexistencia de varias enfermedades médicas, favoreciendo la aparición de varios cuadros psiquiátricos. En éste grupo etario la capacidad de adaptación ante los cambios en el medio interno como en el externo, es menor que en otras etapas de la vida.

En los pacientes geriátricos existe incremento, al compararse con la población general, en cuanto a concurrencia de enfermedades médicas, y consecutivamente mayor uso de fármacos. Al sumar éstas circunstancias a la vulnerabilidad del SNC se facilita el desarrollo de síntomas psiquiátricos, sin olvidar que en ésta población la expresión de una enfermedad médica puede, per se, expresarse como una enfermedad psiquiátrica. Consecuentemente, ante un cuadro psiquiátrico manifiesto por primera vez en el paciente geriátrico, debe efectuarse historia clínica y exploración física completa con la finalidad de evaluar la existencia de una probable enfermedad sistémica de base.

La prevalencia de aparición de síntomas psiquiátricos en función a una enfermedad médica subyacente en ancianos es muy elevada, incluso constituye el principal motivo de interconsulta al psiquiatra en el Hospital General. Cerca de un 10% a 30% de éste grupo etareo expresa enfermedad médica no reconocida y potencialmente tratable, a través de sintomatología psiquiátrica, elevándose ésta posibilidad de forma paralela a medida que aumenta la edad en el paciente.

El delirium se presenta en los ancianos hospitalizados con predominio en los ingresados en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), debido a que en ellos es más frecuente encontrar factores condicionantes como falla orgánica múltiple, sepsis, comorbilidad y uso de fármacos con efecto anticolinérgico y sedante. Su presencia conlleva elevada morbimortalidad, alarga la estancia hospitalaria e incrementa los costos tanto del paciente como a nivel institucional, en el mediano y largo plazo.

El diagnóstico de delirium se ha dificultado por la inconsistencia inherente a su definición, en especial en los pacientes de la UTI, dado la exclusión en la mayoría de estudios de pacientes con ventilación mecánica. Frecuentemente no se diagnostica en su presentación hipoactiva, o puede clasificarse como depresión o demencia, requiriéndose el empleo de instrumentos clínicos para diagnóstico, no sólo con fines epidemiológicos, sino para lograr detección temprana y tratamiento adecuado de ésta entidad principalmente por la morbimortalidad y el deterioro inherentes a su reconocimiento tardío.

Consecuentemente surgió la necesidad de desarrollar y validar instrumentos clínicos para diagnosticar certeramente el delirium. Se han usado en éste tipo de pacientes principalmente las siguientes pruebas diagnósticas para delirium: la prueba cognoscitiva para delirium, el método de evaluación de la confusión para unidad de terapia intensiva (CAM-UCI), la escala de medición del delirium y la lista del delirium. En el presente estudio utilizamos *el instrumento guiado y estructurado para el diagnóstico y medición del delirium*, que se describe al hablar de los diferentes instrumentos empleados para valoración del delirium en las Unidades de Terapia Intensiva.

1. MARCO TEÓRICO

El delirium, ocupa una posición central en el paciente geriátrico, debido a que puede constituir y ser un indicador de enfermedad física antes que cualquier otro signo, y puede representar la evolución adversa más frecuente entre los pacientes hospitalizados en ésta edad. De presentación frecuente y con consecuencias que sirven tanto como indicador de gravedad en la patología subyacente como de pronóstico menos favorable. Sin embargo continúa siendo sub-diagnosticado.(3)

Existen factores concurrentes que dificultan su diagnóstico, unos dependientes de la propia entidad y otros de éste grupo etareo en particular. En cuanto a los primeros, las características clínicas de este cuadro contribuyen a dificultar su reconocimiento, especialmente en el tipo hipoactivo, además de que el empleo de sedantes puede conducir a la conclusión errónea de que, al remitir los síntomas disruptivos, el trastorno ha quedado resuelto. Dentro de los ligados a la población anciana hay que tener presente que no se trata únicamente de *adultos con años*, ya que la involución inherente al envejecimiento propicia peculiaridades fisiológicas además de la atipicidad en la manifestación de la enfermedad, explicando esto que el delirium constituya frecuentemente la primera o única manifestación de una enfermedad aguda como un proceso neumónico, razón que lo constituye en una urgencia. (32)

Además de ser común en los pacientes geriátricos, tienen mayor predisposición para los pacientes en estado crítico, los que requieren diversos fármacos simultáneamente o que requirieron cirugía mayor, elevándose también en esta población la morbimortalidad, además de prolongarse la estancia hospitalaria, repercutir en un mayor costo a nivel personal e institucional y conllevar posibles secuelas cognoscitivas de importancia. Pese al conocimiento de éstos datos aun se sub-diagnostica el delirium en aproximadamente un 67% de los casos tanto en el primer contacto como en tercer nivel, ó se hace diagnóstico equivoco de demencia o depresión, y en el peor de los casos se atribuye en el paciente geriátrico a un proceso "normal" del envejecimiento. El delirium es uno de los motivos de interconsulta más frecuentes en un hospital general. (12)

Se define al delirium como un trastorno, que consiste en una alteración de la conciencia manifiesta como disminución en la atención al medio ambiente sin alcanzar el nivel de estupor o coma, se acompaña de cambios en las funciones cognoscitivas que no puede ser explicado por la pre-existencia o desarrollo de una demencia. También hay alteraciones en la percepción, emoción y actividad psicomotriz. La alteración se desarrolla a lo largo de un breve período de tiempo, habitualmente horas o días, y tiende a fluctuar a lo largo del día. A través de la historia clínica y del examen físico o/y de las pruebas de laboratorio se demuestra que el delirium se debe a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, de la intoxicación por o la abstinencia de sustancias, del consumo de medicamentos o de la exposición a tóxicos, o bien a una combinación de estos factores. (2)

El delirium se acompaña con frecuencia de una variación del ciclo sueño-vigilia y de alteraciones del comportamiento psicomotor caracterizadas por oscilar de un extremo a otro en actividad a lo largo del día. En el EEG se encuentra enlentecimiento cerebral cortical difuso (salvo en delirium por privación de sustancias tales como alcohol y benzodiacepinas) pero no aporta información sobre estructuras subcorticales ni de la formación reticular, disfunción que traduce una alteración del metabolismo oxidativo cerebral, que podría explicar uno de los mecanismos de producción del delirium, tales como hipoxemia, hipoperfusión o hipoglucemia. (1,9)

En la evaluación de la capacidad mental debe tenerse en cuenta la cultura y educación del sujeto. Los síntomas del delirium se desarrollan habitualmente en el espacio de horas o días. Puede empezar de forma brusca como en el asociado a traumatismo craneoencefálico (TCE), pero es más típico que los síntomas aislados evolucionen y comprometan todas las funciones mentales, en un período de tres días aproximadamente. El cuadro se puede resolver en horas o persistir durante semanas, en especial en sujetos con demencia coexistente. Si se corrige o autolimita pronto el factor etiológico subyacente, es más probable que la recuperación sea completa. (9, 23, 32)

Lo más habitual es que el diagnóstico diferencial consista en establecer si el sujeto padece una demencia en lugar de un delirium, si tiene sólo un delirium o si éste se sobreañade a una demencia preexistente. Para determinar la preexistencia de una demencia cuando hay síntomas de delirium, la información de los familiares, los cuidadores del enfermo o los datos de la historia son fundamentales. Al asociar delirium y posibles factores etiológicos no es raro que se deba tanto a una enfermedad médica como al consumo de alguna sustancia, incluidos los medicamentos, principalmente si se trata de un paciente geriátrico. (1, 5)

El delirium que se caracteriza por alucinaciones visuales, ideas delirantes, alteraciones del lenguaje y agitación debe distinguirse del trastorno psicótico breve, de la esquizofrenia, del trastorno esquizofreniforme y de otros trastornos psicóticos, así como de los trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos. En el delirium los síntomas psicóticos fluctúan, son fragmentarios y no sistematizados, se presentan en el contexto de una disminución de la capacidad para mantener y dirigir la atención. (2)

1. 1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN.

Conforme al DSM-IV-TR, el delirium generalmente constituye un descenso súbito y significativo del nivel de funcionamiento previo y no se explica por la existencia de demencia previa, tanto en la fase severa como en la leve. Usualmente existe evidencia de que el delirium es una traducción fisiológica directa de una entidad médica, ya sea en los antecedentes, la valoración general y las pruebas de laboratorio a las que sean sometida. En el DSM-IV-TR se incluye al delirium dentro de la categoría compartida por los trastornos cognoscitivos, diferenciándolo en función de su etiología en: (2)

⇒ **Delirium.**

- F05.0 Delirium debido a... (Indicar enfermedad médica)
(en vez de código F05.1 si hay demencia superpuesta)
- .- Delirium inducido por sustancias
(consultar trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas)
- .- Delirium por abstinencia de sustancias
(consultar trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas)
- .- Delirium debido a múltiples etiologías
(codificar cada etiología específica)
- F05.9 Delirium no especificado

DSM-IV

⇒ **Criterios para el diagnóstico de F05.0 Delirium debido a... (293.0)**
(Indicar enfermedad médica).

- A. Alteración de la conciencia (disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- B. Cambio en las funciones cognoscitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteraciones del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.
- C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.

D. Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

Nota de codificación: si el delirium está sobreañadido a una demencia preexistente, F05.1

Nota de codificación: incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F05.0 Delirium debido a encefalopatía hepática (293.0); Codificar también la enfermedad médica en el Eje III. (2)

⇒ **Criterios para el diagnóstico de delirium por intoxicación por sustancias.**

Este diagnóstico debe hacerse en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias sólo cuando los síntomas cognoscitivos excedan de los que son propios del síndrome de intoxicación y cuando los síntomas sean de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

***Nota:** El diagnóstico debe registrarse como delirium inducido por sustancias si está relacionado con el uso de la medicación.

Códigos para el delirium por intoxicación por (sustancia específica):

F10.03 Alcohol (291.0); F16.0 Alucinógenos (292.81); F15.03 Anfetaminas (o sustancias afines) (292.81); F12.03 Cannabis (292.81); F14.03 Cocaína (292.81); F19.03 Fenciclidina (o sustancias de acción similar) (292.81); F18.03 Inhalantes (292.81); F11.03 Opiáceos (292.81); F13.03 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.81); F19.03 Otras sustancias (o sustancias desconocidas) (292.81) (por ejemplo, cimetidina, digital, benzotropina). (2)

⇒ **Criterios para el diagnóstico de delirium por abstinencia de sustancias.**

Este diagnóstico debe hacerse en lugar del diagnóstico de abstinencia de sustancias sólo cuando los síntomas cognoscitivos excedan de los propios del síndrome de abstinencia y cuando los síntomas sean de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Códigos para el delirium por abstinencia de (sustancia específica):

F10.4 Alcohol (291.0); F13.4 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.81); F19.4 Otras sustancias (o desconocidas) (292.81) (2)

⇒ **Criterios para el diagnóstico de delirium debido a múltiples etiologías.**

⇒

Utilizar los códigos necesarios que reflejen el tipo de delirium y su etiología específica, por ejemplo, F05.0 Delirium debido a encefalitis viral (293.0) y F10.4 Delirium por abstinencia de alcohol (291.0) (2)

Criterios diagnósticos del ICD-10	Criterios diagnósticos del DSM-IV
-----------------------------------	-----------------------------------

<p>Criterios diagnósticos del ICD-10</p> <p>Obnubilación de la conciencia y atención</p> <p>Alteración de la cognición</p> <p>Inicio rápido y fluctuaciones</p> <p>Alteraciones psicomotoras</p> <p>Alteraciones del sueño</p> <p>Evidencia de una causa física</p>	<p>Criterios diagnósticos del DSM-IV</p> <p>Alteraciones de la conciencia, especialmente la atención</p> <p>Cambios en la cognición</p> <p>Inicio rápido y fluctuaciones</p> <p>Evidencia de una causa médica, sustancias o varias.</p>
---	---

1. 2. FISIOPATOLOGÍA.

El delirium ocurre ante la presencia de las siguientes circunstancias: hipoxemia, hipoglucemia, disminución de aminoácidos cerebrales, alteraciones del gasto cerebral, mayor permeabilidad de la barrera hematoencefálica, toxinas, alteraciones en la regulación de la temperatura corporal, daño a membranas celulares y alteraciones en síntesis, recaptura y metabolismo de los neurotransmisores. (9)

Las neuronas funcionan en un medio aeróbico, ante variaciones en la demanda de oxígeno (hipertermia, choque séptico, síndrome de insuficiencia respiratoria del adulto, infarto agudo al miocardio, trauma, cirugía y taquipnea) se altera el metabolismo oxidativo mitocondrial desencadenándose el delirium. Posteriormente no pueden mantenerse los gradientes iónicos neuronales, se altera la síntesis, liberación y metabolismo de los neurotransmisores, además de acumularse neurotoxinas, ante las cuales las neuronas más sensibles son las de axones de mayor longitud, es decir, las colinérgicas, dopaminérgicas, histaminérgicas, noradrenérgicas y serotoninérgicas. (9, 20, 34, 37)

Una parte del ATP producido a nivel neuronal se emplea en mantener el gradiente de sodio, potasio y calcio. Cuando el aporte de oxígeno disminuye de los 10 -12ml x min x 100gr de tejido, la bomba iónica fracasa, penetra calcio a la célula condicionando las principales características del delirium, mientras los otros iones salen de ella; este incremento intracelular de calcio provoca aumento de la liberación de la mayoría de los neurotransmisores, incluyendo al glutamato que estimula la liberación del calcio; a su vez, la dopamina aumenta

la liberación de glutamato cuya remoción no es posible en medio anaerobio. (20, 34, 37)

La dopamina interviene en la actividad motora, la atención, el afecto, la motivación, la memoria, el pensamiento y la percepción. Durante la hipoxemia hay liberación de dopamina, su actividad puede ser regulada por la serotonina. En un medio anaerobio no puede llevarse a cabo la conversión de dopamina a noradrenalina con las consecuentes concentraciones alteradas de ambos. El aumento de la dopamina se traduce en los síntomas psicóticos en el delirium, por ello el medicamento electivo lo constituyen los antipsicóticos, bloqueadores de los receptores D2 de dopamina. (20, 37)

La acetilcolina está involucrada en el despertar, la inducción del sueño de movimientos oculares rápidos, la atención, la orientación, la memoria, el afecto, la percepción, el aprendizaje y el procesamiento de información. Durante la hipoglucemia se compromete la cantidad resultante de la acetil coenzima A al finalizar el ciclo del ácido cítrico, al ser ésta un precursor de acetilcolina repercute por ende en su síntesis. En la utilización de fármacos anticolinérgicos, especialmente si se usa más de uno simultáneamente, se interrumpe la neurotransmisión a nivel de los receptores muscarínicos cerebrales, revirtiéndose dicho efecto mediante un inhibidor de la colinesterasa (fisostigmina, galantamina, rivastigmina, donepecilo), por lo que ésta es una de las evidencias para demostrar que el bloqueo de los receptores muscarínicos está involucrado en el delirium. Los pacientes geriátricos son aun más vulnerables ante la disminución de la liberación de acetilcolina y de la función y adaptabilidad del receptor muscarínico, al existir una relación clínica entre el incremento de la actividad anticolinérgica en plasma y líquido cefalorraquídeo y el déficit cognoscitivo y la memoria. (9, 20, 34, 37)

La serotonina regula la liberación de acetilcolina a través de los receptores 5HT-2, contribuye al delirium tanto al haber excedente o déficit; se le asocia a los datos motores del delirium. La importancia de GABA es mayor en la insuficiencia hepática al aumentar los niveles de glutamato y glutamina que son sus precursores ante la presencia del amonio. (9, 20)

1. 3. CUADRO CLINICO.

La forma de presentación es abrupta y fluctuante durante el tiempo; incluyendo dentro de sus características las siguientes:

- ⇒ Manifestaciones cognoscitivas.
- ⇒ Alteraciones en la percepción.
- ⇒ Trastornos del lenguaje.
- ⇒ Cambios en el afecto.
- ⇒ Trastorno ciclo sueño-vigilia.
- ⇒ Variación en la actividad psicomotora.

La alteración de la conciencia puede observarse como una reducción de la atención al entorno que no alcanza el nivel de otros trastornos del estado de conciencia, como el estupor o el coma. Igualmente suele estar alterada la capacidad para centrar y mantener la atención, lo cual se traduce en distraibilidad fácil. (8, 15, 16)

Generalmente existe una alteración concomitante en otras áreas de la cognición. Puede incluirse el deterioro de la memoria y de la capacidad visuoespacial, desorientación o alteraciones del lenguaje. El deterioro de la memoria frecuentemente es en la de tipo reciente. La desorientación suele ocurrir en tiempo o en espacio, en persona tiende a ser excepcional. Durante la evaluación de las funciones cognoscitivas las principales dificultades son la inatención y la incoherencia con las que puede cursar el paciente. (8)

Dentro de las alteraciones del lenguaje tanto hablado como escrito, frecuentemente se observa disartria, disnomia, disgrafía e incluso afasia global. Las alteraciones de la percepción incluyen falsas interpretaciones, ilusiones o alucinaciones simples y menos frecuentemente complejas. Aunque en el delirium la modalidad de alteraciones sensoriales más frecuente es la visual, también pueden encontrarse auditivas, táctiles, gustativas u olfatorias. Las falsas interpretaciones oscilan entre simples y complejas, pudiendo en ocasiones tratarse de ideas delirantes sistemáticas. (8, 9, 20)

El delirium generalmente se acompaña de alteración del ciclo vigilia-sueño, que puede incluir hipersomnolencia diurna o agitación psicomotora nocturna y dificultad para mantener la continuidad del sueño. En algunas ocasiones el ciclo vigilia-sueño está totalmente invertido o hay fragmentación del patrón circadiano. (9, 20)

En cuanto a las alteraciones en la psicomotricidad, muchos pacientes cursan con inquietud e hiperactividad y el aumento de la psicomotricidad se traduce en actos como rasgar las sábanas e intentos súbitos y repetitivos de ponerse en pie. Por otra parte, puede encontrarse disminuida la psicomotricidad, con inactividad y letargia, o bien, oscilando de un extremo al otro a lo largo de 24 horas. Lipowski describió dos subtipos de delirium conforme a la actividad psicomotora y el nivel de activación: el subtipo "hiperactivo" (agitado o hiperalerta) y el "hipoactivo" (letárgico o hipoalerta). Otros autores incluyen un tercer subtipo "mixto" que comparte características de los dos anteriores. En la forma hiperactiva es más frecuente la presencia de alucinaciones e ideas delirantes, y todos los subtipos

comparten similares niveles de deterioro cognoscitivo. A continuación se describe cada uno por separado. (25, 26, 28)

a. Forma hiperactiva, con aumento de psicomotricidad, hipervigilancia, alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje en volumen y tono aumentados, irritabilidad, heteroagresividad verbal ó física; siendo éste tipo el que provoca la mayoría de interconsultas, constituyendo aproximadamente el 21.7% de los casos de delirium. (26, 28)

b. Forma hipoactiva, con disminución en la percepción al medio ambiente, somnolencia, letargia, mirada fija, lenguaje disminuido en volumen y velocidad; presentándose en el 25.8% aproximadamente; aparentemente el de peor pronóstico según reportes, posiblemente debido a la etiología del mismo o al hecho de que pase desapercibido y no se trate. (26, 28)

c. Forma mixta, con características de ambos tipos alternándose en diferentes tiempos; es la forma más frecuente de presentación, con una frecuencia estimada en el 41.7%. (26, 28)

Las alteraciones en el afecto que el paciente puede manifestar son ansiedad, miedo, depresión, irritabilidad, ira, euforia y apatía. Algunos mantienen el mismo afecto durante el curso del delirium y otros van de un estado emocional a otro de forma aleatoria y rápida. El miedo es frecuente y puede ser el resultado de alucinaciones o ideas delirantes, pudiendo traducirse en que el paciente inicie con heteroagresividad hacia el personal y familiares o se produzca lesiones en los intentos por levantarse, quitándose vías vasculares, tubos respiratorios y otros implementos terapéuticos. Las alteraciones del afecto se evidencian porque el paciente lo externa a través de gritos, llamadas de ayuda, maldiciones y quejas, predominantemente al disminuir los estímulos ambientales como en la noche. (28)

Existen síntomas condicionados por la cultura, la edad y el sexo del paciente con delirium. Al evaluar el estado mental de cada paciente debe tenerse en cuenta tanto la cultura como el grado educacional, debido a que algunos individuos pueden no estar familiarizados con la información empleada en algunas pruebas de cultura general, memoria y orientación. (20)

Según la etiología, el delirium puede asociarse a diversas anomalías neurológicas inespecíficas, como temblor, mioclonías, asterixis y variaciones en los reflejos de estiramiento o en el tono muscular. Por ejemplo, en la intoxicación por litio pueden encontrarse signos cerebelosos, mioclonía e hiperreflexia generalizada; la encefalopatía de Wernicke puede cursar con parálisis de los nervios craneales, y la asterixis puede acompañar a la insuficiencia renal o hepática. El ritmo de fondo del EEG generalmente es anormal, caracterizado por un enlentecimiento generalizado. Sin embargo, en la abstinencia de alcohol o de hipnóticos sedantes, el EEG suele presentar actividad rápida. (18)

Respecto a la resolución del cuadro de delirium los resultados en días son variables, abarcando desde 3 hasta 81 días, con una media de 20 días. En cuanto a las secuelas cognoscitivas del delirium se encontraron porcentajes del 63% al 69% en pacientes seguidos a tres y seis meses posteriores al diagnóstico de delirium. Es frecuente pero en una proporción aun no conocida el hecho de que pacientes con diagnóstico de delirium desarrollen demencia, sin embargo no se ha dilucidado si se encontraban en una etapa inicial de la demencia y ocurrió la superposición del delirium. (9, 20, 21)

1. 4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Generalmente el diagnóstico diferencial consiste en establecer si el paciente cursa con demencia en lugar de un delirium, si tiene sólo un delirium o si éste se sobreañade a una demencia preexistente. El deterioro de la memoria puede estar condicionado tanto por el delirium como por la demencia, pero en esta última el paciente no tiene la alteración de la atención característica del delirium. Para efectuar el diagnóstico diferencial y determinar la preexistencia de una demencia, la información proporcionada por la familia, los cuidadores o el expediente clínico es necesaria. (20)

La etiología determina el diagnóstico específico del delirium conforme a las subdivisiones del DSM-IV-TR. No es raro que exista más de una etiología y también que no sea posible establecer una etiología específica, empleando en el primer caso la subdivisión de delirium debido a múltiples etiologías, y en el segundo la de delirium no especificado. (2)

Se realiza el diagnóstico de delirium por intoxicación o por abstinencia de sustancias en lugar del de intoxicación o abstinencia de sustancias sólo si los síntomas del paciente exceden de los que son propios de los síndromes de intoxicación o de abstinencia y son lo suficientemente graves para ameritar una atención clínica independiente.(2, 20)

En los cuadros caracterizados por alucinaciones vívidas, ideas delirantes, alteraciones del lenguaje y agitación debe hacerse diagnóstico diferencial con: *trastorno psicótico breve, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y otros trastornos psicóticos, así como de los trastornos del ánimo con síntomas psicóticos*. En el delirium los síntomas psicóticos son fluctuantes, fragmentarios y no sistematizados, se encuentran dentro del contexto de una disminución de la capacidad para mantener y dirigir la atención, y a menudo se asocian a las alteraciones electroencefalográficas. (2, 18)

1. 5. PREVALENCIA Y CURSO.

La prevalencia de delirium entre pacientes hospitalizados de diferentes edades oscila entre el 10% y el 30%. En los pacientes geriátricos hospitalizados, la

prevalencia se sitúa entre el 10% y el 40%. Aproximadamente el 51% de los pacientes quirúrgicos desarrollan delirium en el postoperatorio y hasta un 80% de los pacientes con enfermedades terminales desarrollan delirium en el período cercano a la muerte. Los pacientes en el postoperatorio inmediato, especialmente por cirugía cardiotorácica, de cadera o trasplante, así como los pacientes con quemaduras, hemodiálisis o con lesiones o alteración del sistema nervioso central, presentan un mayor riesgo de desarrollar delirium. (20, 21, 27)

Puede presentarse delirium subclínico o síntomas prodrómicos de delirium, consistentes en inquietud, irritabilidad, ansiedad, distraibilidad o alteraciones del sueño durante los días previos a la instalación del delirium. Los síntomas prodrómicos pueden evolucionar hacia delirium franco en 1 a 3 días, denominándose a ésta etapa *predelirium*. La duración del cuadro de delirium oscila entre menos de una semana y más de dos meses, aunque suele resolverse en 10 a 12 días por lo general. En la población geriátrica existe mayor propensión a presentar un curso prolongado, excediendo frecuentemente el mes de duración para resolver el cuadro de delirium. (20, 28)

Aunque la mayoría de los pacientes se recuperan por completo, el delirium puede evolucionar hacia el coma o la muerte, especialmente si no se trata. En los ancianos, la recuperación total es menos probable, las tasas estimadas van del 4% al 40%. Los déficit cognoscitivos persistentes también son comunes entre los pacientes geriátricos que tuvieron delirium, aunque debe determinarse primero si los déficit no corresponden a una demencia previa no diagnosticada. (4, 20)

El delirium se asocia a una notable morbilidad entre los pacientes con enfermedades médicas, sobre todo si son pacientes geriátricos existe un riesgo significativamente mayor de sufrir complicaciones, como neumonía o úlceras hipostáticas asociadas a una estancia hospitalaria más prolongada. En el postoperatorio, el desarrollo de delirium constituye un pronóstico de recuperación parcial y desfavorable en el largo plazo. (4, 10, 19)

El delirium en el paciente médicamente enfermo también se asocia con un aumento en la mortalidad. En los pacientes geriátricos que desarrollaron delirium se encuentra una probabilidad de fallecer durante el internamiento que va del 22% al 76%. De igual forma, el haber desarrollado delirium durante el internamiento, constituye un mayor riesgo de fallecimiento en los meses siguientes al alta. Varios estudios encuentran que hasta el 25% fallecen durante los seis meses posteriores y que la tasa de mortalidad en los tres meses posteriores al diagnóstico de delirium aumenta a 14 veces más que en el resto de pacientes que no desarrollaron delirium. (4, 19, 24, 38)

1. 6. ETIOLOGÍA.

a. Enfermedad médica.

Para determinar que la etiología del delirium es una enfermedad médica, debe establecerse inicialmente la presencia de una enfermedad médica de base y en seguida concluir la asociación etiológica del delirium. Es necesaria una valoración completa, una observación importante es la asociación en el tiempo entre el inicio, la agudización o la remisión de la enfermedad médica y el delirium. Las enfermedades médicas causales son múltiples y diversas y requieren tanto demostración clínica como a través de auxiliares diagnósticos. (4, 32)

b. Intoxicación o abstinencia por sustancias.

Entre las sustancias que potencialmente causan delirium se incluyen tanto las que tienen capacidades psicoactivas como las que no se ha documentado que las tienen. El delirium por intoxicación de sustancias puede aparecer en minutos u horas posteriores a la ingesta de dosis altas de sustancias, como la cocaína o los alucinógenos. En el caso del alcohol, los barbitúricos o la meperidina, el delirium ocurre con el mantenimiento de la intoxicación por días. El delirium se resuelve usualmente luego de que finaliza la intoxicación o en las horas o días posteriores. En el caso del delirium debido a abstinencia, se desarrolla a medida que la concentración de la sustancia va disminuyendo en sangre posterior a la interrupción del consumo de la sustancia dada, tanto en altas como en bajas dosis, dependiendo de la capacidad metabólica de cada individuo. La duración del delirium en estos casos, depende de la vida media de la sustancia en cuestión; las de acción prolongada se asocian a un síndrome de abstinencias menos graves pero más prolongadas y el inicio de los síntomas de abstinencia puede ocurrir días o semanas posteriores a la interrupción del consumo. El curso del delirium por abstinencia puede ir de horas hasta 2 a 4 semanas. (20)

c. Etiología múltiple.

El delirium, principalmente en el paciente médicamente enfermo y en el paciente geriátrico hospitalizado, suele existir múltiples etiologías. En un reporte por Francis y Kapoor se menciona que en cerca del 56% de los pacientes geriátricos hospitalizados que desarrollaron delirium se encontró una etiología única, en el resto (44%) se presentó una media de 2,8 etiologías por paciente.(20, 25, 29, 30)

d. No especificado.

No es infrecuente observar una etiología no clara. El uso no detectado de un medicamento o de una sustancia puede ser la causa de delirium tanto por intoxicación como por abstinencia. Aunque es controversial, se considera que ciertos entornos pueden precipitar por sí mismos delirium, especialmente en poblaciones susceptibles como la geriátrica. (20, 30)

1. 7. MEDIDAS ESPECÍFICAS DE DIAGNÓSTICO (ESCALAS DE MEDICION EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI))

Aunque la evaluación clínica suele ser suficiente para efectuar el diagnóstico de delirium y valorar su gravedad, pueden emplearse medidas adicionales que utilicen instrumentos específicos. Se han diseñado un gran número de métodos para evaluar el delirium, tanto para uso clínico como para investigación. Se describen brevemente en los siguientes apartados las principales escalas internacionales de medición para diagnóstico de delirium en la UTI, así como el instrumento que se aplicó en nuestro estudio, el cual se encuentra validado en población mexicana pero en proceso de publicación.

- a. **Prueba cognoscitiva para delirium.** Valora únicamente el área cognoscitiva, quedando fuera los otros tres criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Incluye a los pacientes con ventilación mecánica pero excluye a los pacientes con sedación. Con una sensibilidad del 100% y especificidad del 95.1%. (11)
- b. **El método de evaluación de la confusión.** Es una prueba únicamente de tamizaje en donde deben cumplirse 3 de 4 características:
 - i. Inicio agudo de los síntomas mentales o curso fluctuante.
 - ii. Inatención.
 - iii. Desorganización del pensamiento.
 - iv. Alteración en la conciencia.

Al incluir pacientes de una UTI con ventilación mecánica y sedación la confiabilidad ínter evaluador entre enfermeras fue de .84 y de .79 entre enfermeras e intensivistas. La sensibilidad varió entre el 95% y el 100% y la especificidad entre el 89% y 93%. Sin embargo al basarse en un algoritmo no se apega a los criterios del DSM-IV-TR ya que valora dos veces el criterio A de dicha clasificación y excluye otras funciones cognoscitivas que pueden encontrarse alteradas en el delirium, tales como déficit de memoria, desorientación o alteraciones en la percepción. (2, 6, 17)

- c. **La escala de medición del delirium.** Se basa en los síntomas del delirium, mide severidad del delirium y es para uso de psiquiatras. En pacientes de una UTI sin ventilación mecánica ni sedación se encontró sensibilidad y especificidad del 100%. (33, 35, 36)
- d. **El instrumento guiado y estructurado para el diagnóstico y medición del delirium en pacientes de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI).**

El instrumento fue construido y validado por la Flores Miranda (**) en la UTI del “Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán” (INCMNSZ) en el 2003, al encontrar que la incidencia de delirium en la UTI del INCMNSZ era elevada (48.3%), además de que observó que el delirium era la interconsulta más común en la UTI, por lo que existía la necesidad de un instrumento que pudiera

ser utilizado en pacientes de la UTI con y sin ventilación mecánica y con y sin sedación.

**** Flores Miranda M. C. *Construcción y validación de un instrumento guiado y estructurado para el diagnóstico y medición del delirium en pacientes de una UTI.* Tesis para obtener el grado de Maestría en Ciencias. UNAM. México, D.F. 2003.**

La justificación consistió en que no existía un cuestionario estructurado para el diagnóstico y medición de la severidad del delirium en pacientes críticamente enfermos, que pudiera aplicarse de manera confiable por médicos no expertos en la materia y/o alguien con mínimo entrenamiento.

El instrumento se construyó con dos formatos: uno para pacientes con ventilación mecánica y el otro para pacientes sin ventilación mecánica. Ambos para aplicarse en pacientes con diferentes niveles de sedación hasta un Ramsay de cuatro. Se elaboraron items en la búsqueda de signos correspondientes a cada uno de los cuatro criterios diagnósticos de delirium, según el DSM-IV, por consenso de tres Psiquiatras del INCMNSZ -una de ellas la autora- y dos residentes de Psiquiatría. Posteriormente fueron revisados por un médico internista, dos intensivistas y cuatro residentes de medicina crítica, sometiendo sus modificaciones al consenso por los Psiquiatras. El puntaje específico asignado a cada item se realizó también mediante consenso entre las mismas personas que realizaron las preguntas, además de por otros cinco psiquiatras externos al protocolo y al INCMNSZ.

El índice kappa dentro y entre los grupos fue mayor a 0.8, así como en los pacientes con diferentes niveles de sedación. El coeficiente de correlación interclase para los puntajes otorgados independientemente del dictamen si/no delirium fue en todos los casos cercano a 0.9. Y tanto sensibilidad como especificidad fueron del 100%.

El instrumento fue dividido en varias secciones:

- ⇒ PRIMERA SECCIÓN. Contiene las instrucciones sobre contenido, definiciones y llenado.
- ⇒ SEGUNDA SECCIÓN. Define el nivel de sedación en que se encuentra el paciente, conforme a la escala de sedación de Ramsay. (31)

Nivel 1. Despierto, ansioso y agitado o inquieto.

Nivel 2. Despierto, orientado y cooperador.

Nivel 3. Despierto, sólo responde a órdenes.

Nivel 4. Respuesta intensa a estímulos.

Nivel 5. Respuesta leve a estímulos.

Nivel 6. Sin respuesta a estímulos

- ⇒ TERCERA SECCIÓN. Constituida por un cuestionario para el paciente y la recopilación de las observaciones e información de enfermeras a cargo, médicos tratantes y familiares respecto a las funciones cognitivas y el comportamiento del paciente. Respecto al cuestionario

debe intentarse preguntar hasta el inciso E, sin repetir más de dos veces cada pregunta.

El cuestionario fue estructurado en preguntas abiertas para los pacientes sin ventilación mecánica y en preguntas cerradas para los pacientes con ventilación mecánica. Incluye la valoración de rubros del estado mental y varias áreas cognoscitivas.

- ⇒ CUARTA SECCIÓN. Se trata del análisis de la información sobre la atención, el estado mental, inicio de los síntomas y fluctuación y la presencia de factores condicionantes del delirium.
 - a. Análisis de la atención (con dos incisos, considerándose alterada la atención al resultar afirmativos cualquiera de estos dos).
 - b. Estado mental.
 - c. Inicio de los síntomas y fluctuación.
 - d. Factores condicionantes del delirium.

- ⇒ QUINTA SECCIÓN. Es la conclusión del instrumento. Dictamina si el paciente tiene o no delirium conforme a la adherencia a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.

El procedimiento de evaluación de la reproducibilidad y validez del instrumento consistió en 298 evaluaciones pareadas. Los pacientes con ventilación mecánica respondieron las preguntas con movimientos de su cabeza o de sus párpados con afirmaciones y negativas luego de contar con la explicación respecto al examen que se les realizaría.

La evaluación de la sensibilidad y especificidad se realizó al comparar las evaluaciones del evaluador de referencia con las del resto de los evaluadores, y al comparar el instrumento con la escala de medición del delirium versión revisada 98. (36)

**** Flores Miranda M. C. *Construcción y validación de un instrumento guiado y estructurado para el diagnóstico y medición del delirium en pacientes de una UTI. Tesis para obtener el grado de Maestría en Ciencias. UNAM. México, D.F. 2003.***

1. 8. TRATAMIENTO DEL DELIRIUM.

El tratamiento del delirium requiere del trabajo conjunto de varias especialidades, teniendo como prioridad la identificación de la causa subyacente al delirium y una intervención inmediata sobre las patologías médicas que constituyan una urgencia. El tratamiento debe ser específico conforme a la etiología del delirium.

Posteriormente se efectúa la valoración psiquiátrica del paciente para determinar su estado mental en un primer momento y realizar un seguimiento de control durante la evolución del delirium. A través de éstas evaluaciones se enfocará el manejo hacia mejorar su estado y garantizar la seguridad y el bienestar tanto del paciente como de sus familiares. (4, 14, 30)

Las alteraciones conductuales y el déficit cognoscitivo pueden suponer un riesgo para el paciente y para los demás. Debe evaluarse la potencial violencia de los pacientes e indicar intervenciones que la minimicen. También debe prevenirse el riesgo de caídas y autoagresiones involuntarias, especialmente en la población geriátrica. (12, 13)

Es recomendable que las medidas empleadas sean poco restrictivas, por lo que de primera elección se sugiere optar por un cuidador de 24 horas y limitar la contención física exclusivamente para los casos en los que otras medidas de control fracasen, debido a que puede exacerbar la agitación, especialmente en los pacientes con ideas delirantes o alucinaciones. (4, 29)

La valoración psiquiátrica del paciente con delirium debe ser periódica, tanto del estado mental como de los síntomas asociados, debido a que pueden fluctuar y ameritar un reajuste de las estrategias terapéuticas. Para sistematizar el seguimiento es útil emplear los instrumentos clinimétricos existentes. (20)

Establecer y mantener alianzas es crucial para obtener y mantener la colaboración y el apoyo del paciente, sus familiares y el personal tanto médico como paramédico. El psiquiatra que valora a un paciente con delirium, debe informarle tanto a él, como a su familia respecto a la enfermedad, su etiología y su pronóstico. El saber que el delirium suele ser pasajero y que el cuadro es parte de una enfermedad médica puede ser positivo para el paciente y sus familiares. (4, 8)

El tratamiento del delirium incluye las intervenciones ambientales, por parte del personal de enfermería, médicos tratantes, psiquiatras y familiares o cuidadores del paciente. El objetivo consiste en reducir los factores del entorno facilitadores del delirium, así como modificar el entorno, logrando una mayor familiaridad y un equilibrio en el nivel de estimulación. En las unidades de terapia intensiva el entorno es estable durante el día y la noche, esto se traduce en la alteración del ciclo vigilia-sueño, lo cual, a su vez, aumenta la confusión y la fatiga. Los déficit sensoriales pueden constituir otro factor precipitante o agravante de delirium; en la medida que el estado del paciente lo permita, se debe reiniciar el uso de aditamentos correctivos, tales como lentes graduados, amplificador auditivo, calendario y reloj, visitas de familiares y fotografías. El tratamiento del delirium dependerá de la enfermedad clínica del paciente, de la etiología del delirium y de la presencia de comorbilidad. (4, 8)

a. Antipsicóticos.

Son los fármacos de elección en el tratamiento del delirium. La evidencia sobre su eficacia para tratar la agitación y los síntomas psicóticos de los pacientes con enfermedades médicas y en población geriátrica se encuentra demostrada en una serie de ensayos controlados. Se han escrito varios reportes de casos sobre el empleo de risperidona, pero no hay publicaciones de ensayos clínicos sobre la eficacia de ninguno de los nuevos antipsicóticos en el tratamiento del delirium. (4, 8, 38)

Las butirofenonas, especialmente el haloperidol, están consideradas como los antipsicóticos más seguros y efectivos en el tratamiento del delirium. Ocasionalmente puede incrementar el intervalo QT, con riesgo de *torsades des pointes*.(7)

Se recomienda iniciar el haloperidol en 1-2 mg cada 2-4 horas. En el paciente geriátrico la dosis debe ser más baja, de 0,25-0,5mg cada 4 horas (81). Ante agitación grave puede requerirse del incremento progresivo de la dosis. Existen reportes de administración en bolo de dosis de haloperidol por encima de los 50mg, y de dosis diarias de hasta 500mg con buena tolerancia del paciente (4, 20).

Se recomiendan perfusiones continuas de haloperidol en pacientes que ameritan más de 8 bolos de 10mg de haloperidol en 24 horas, o más de 10mg/hora durante 5 horas, con inicio sugerido de 10mg seguido de perfusión continua de 5-10mg/hora (84). Debido al riesgo cardiovascular se recomienda durante la administración de este tipo de medicación vigilancia electrocardiográfica (85,86). También debe monitorearse el nivel sérico de magnesio y potasio, especialmente en pacientes críticos o geriátricos (7).

b. Benzodiazepinas.

Las benzodiazepinas son el tratamiento de elección para el delirium asociado a alcohol o a la abstinencia de benzodiazepinas, y son de utilidad cuando se necesita de una medicación que aumente el umbral convulsivo o cuando los efectos secundarios anticolinérgicos o la acatisia asociados a los antipsicóticos pueden exacerbar la enfermedad de base del paciente.(20)

Existen estudios abiertos que emplearon haloperidol y lorazepam intravenosos, encontrando reducción en la duración del delirium y menor presentación de síntomas extrapiramidales comparado con la monoterapia con haloperidol. (7, 8)

En los pacientes que sólo toleran dosis bajas de antipsicótico, las benzodiazepinas pueden ser útiles en combinación con éstos para potencializar su efecto. Se recomienda como dosis inicial de Lorazepam IV de 0,5 a 1,0mg en población general, y de no observarse mejoría en 20 minutos, otra dosis de 0,5 a 2,0mg. En cuanto a población geriátrica hay escasa información sobre el empleo de esta

terapia dual y no existe una unificación en las dosis recomendadas de benzodiazepinas. (4, 7, 8)

c. Otros.

El mecanismo anticolinérgico participa en la patogénesis de algunos casos de delirium por medicamentos. La fisostigmina, inhibidor de la colinesterasa y con acción central es el más conocido. Se administra por vía parenteral, la dosis sugerida oscila entre 0,16 y 2,00mg IM ó IV; en perfusión continua se recomiendan 3mg/hora IV (8, 38).

La Terapia Electroconvulsiva (TEC) no está demostrada como un tratamiento efectivo para el delirium. Los primeros reportes contenían grandes limitaciones al no emplear criterios diagnósticos e instrumentos estandarizados e incluir a pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Además, puede constituir un riesgo significativo para los pacientes médicamente enfermos, especialmente si se trata de un paciente geriátrico porque tiene mayor susceptibilidad. (8, 38).

2. JUSTIFICACIÓN.

Efectuar el diagnóstico de delirium de forma temprana para incidir sobre la elevada morbimortalidad que conlleva su presencia, el alargamiento del internamiento, la merma en la funcionalidad del paciente, y por último la repercusión económica que no se limita al paciente y su familia, sino también de las instituciones.

Se espera que se emplee con mayor regularidad el Instrumento guiado y estructurado para diagnóstico y medición del delirium; idealmente como una evaluación clínica de rutina que sería sumamente beneficiosa en cuestión de pronóstico y desenlace para el paciente.

3. OBJETIVO.

Establecer la incidencia del delirium en la Unidad de Terapia Intensiva (*UTI*) en población geriátrica con y sin ventilación mecánica y, con y sin sedación, en el “Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán” (*INCMNSZ*).

4. HIPÓTESIS.

La aplicación del Instrumento guiado y estructurado para el diagnóstico y medición del delirium demostrará que más de un 30% de los pacientes geriátricos ingresados a la UTI del INCMNSZ con y sin ventilación mecánica y con diferentes niveles de sedación hasta un Ramsay de cuatro, desarrollarán delirium durante su estancia.

- Hipótesis nula.

La aplicación del Instrumento guiado y estructurado para el diagnóstico y medición del delirium demostrará que menos de un 30% de los pacientes geriátricos ingresados a la UTI del INCMNSZ con y sin ventilación mecánica y con diferentes niveles de sedación hasta un Ramsay de cuatro, desarrollarán delirium durante su estancia.

5. DISEÑO Y DURACIÓN.

Se realizó un estudio longitudinal, descriptivo y prolectivo. Se captó a los pacientes geriátricos que fueron ingresados a la UTI del INCMNSZ y que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio, aplicando diariamente a cada uno de ellos y desde el día de ingreso el Instrumento guiado y estructurado para el diagnóstico del delirium, hasta que egresaron del servicio por alta a piso o por defunción.

El estudio tuvo una duración de 8 meses, inició el día primero del mes de Junio del 2004 y se finalizó en el último día del mes de Enero del 2005.

6. MATERIAL Y MÉTODOS.

a. Criterios de inclusión.

- i. Pacientes ingresados en la Unidad de Terapia Intensiva del INCMNSZ, mayores de 55 años de edad, que no presente delirium.
- ii. Fecha de ingreso entre el primer día del mes de Junio del 2004 y el último del mes de Enero del 2005, con estancia igual o mayor a 48 horas cumplidas.
- iii. Pacientes geriátricos sin ventilación mecánica y sin sedación.
- iv. Pacientes geriátricos con ventilación mecánica y con sedación con un nivel máximo de 4 en la escala de Ramsay de sedación. (24)
- v. Consentimiento verbal del paciente de ser posible, sino por escrito del familiar responsable.

b. Criterios de exclusión.

- i. Pacientes menores de 55 años de edad.
- ii. Pacientes con delirium previo al ingreso a la UTI.
- iii. Estancia menor a las 48 horas cumplidas.
- iv. Pacientes geriátricos ingresados a la UTI del INCMNSZ con sedación que supere al máximo de 4 en la escala de Ramsay de sedación y que permanezcan así durante toda su estancia (hasta su defunción). (24)
- v. Pacientes de quienes no se tenga el consentimiento verbal para la aplicación del Instrumento guiado y estructurado para el diagnóstico y medición del delirium.

c. Cálculo del Tamaño de muestra.

El Número total de los pacientes ingresados a la UTI del INCMNSZ que reunieron los criterios de inclusión el periodo comprendido entre el primero de Junio del 2004 y el último día de Enero del 2005.

d. Variables a medir.

1. Edad geriátrica, escala dimensional y dicotómica.
2. Dictamen de la presencia o ausencia de delirium, escala dicotómica.
3. Sexo, escala dicotómica.
4. Número de diagnósticos, escala dimensional y dicotómica.
5. Días de estancia hospitalaria, escala dimensional y dicotómica.
6. Mortalidad, escala dicotómica.

7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Tomando al delirium como desenlace, se midió:

Incidencia: $\frac{\text{número de nuevos casos}}{\text{tamaño de población}}$

- a. Frecuencias simples de las variables para conocer las características generales de los pacientes seleccionados en la UTI del INCMNSZ: Sexo, edad, comorbilidad, desarrollo de delirium, día de detección del delirium, días estancia en la Unidad de Terapia Intensiva y mortalidad.
- b. Prueba de T para muestras independientes, es decir pacientes con y sin desarrollo de delirium con relación a las variables independientes morbilidad (en escala dimensional) y días de estancia (en escala dimensional).
- c. Chi - cuadrada para determinar asociación entre el delirium y diferentes grupos etareos (55 a 75 años y mayores de 75 años), número de diagnósticos (un diagnóstico y 2 o más diagnósticos), estancia hospitalaria (menor a diez días y diez o más días) y por último, mortalidad.

8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Este estudio fue aprobado por el comité de ética del INCMNSZ. En los casos que la condición del paciente ha permitido, se solicitó su consentimiento verbal para la realización del cuestionario, utilizando un lenguaje entendible. Se explicó detalladamente al familiar responsable respecto al estudio para recabar el consentimiento informado por escrito, quedando en poder del investigador principal.

- Recursos disponibles

Unidad de Terapia Intensiva del INCMNSZ e intensivistas y enfermeras a cargo, sin que nuestro estudio interviniera en las actividades del servicio antes mencionado.

- Recursos a solicitar por partida

Ninguno.

9. RESULTADOS

a. Características generales de los pacientes estudiados: (64 pacientes)

Se incluyeron al estudio un total de 64 pacientes ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, 30 pacientes fueron del sexo masculino (46.9%) y 34 del sexo femenino (53.1%).

Su distribución por edad fue la siguiente: de 55 a 75 años se registraron 44 pacientes (68.8%) y dentro de los mayores de 75 años los restantes 20 pacientes (31.3%).

37 pacientes desarrollaron delirium (57.8%) y 27 no lo hicieron (42.2%), por lo tanto se obtuvo una incidencia general de delirium de 57.8%.

25 pacientes registraron mejoría clínica (39.1%) y los 39 pacientes restantes fallecieron (60.9%).

En cuanto a los días de estancia en la UTI, 40 pacientes (62.5%) tuvieron una estancia menor a los 10 días y los 24 restantes (37.5%) mayor a 10 días.

Analizando los diagnósticos de ingreso de cada uno de los pacientes estudiados se encontró que 25 de ellos tuvieron menos de dos diagnósticos de ingreso (39.1%) y 39 más de dos diagnósticos (60.9%).

b. Características de los pacientes que desarrollaron delirium: (37 pacientes)

31 pacientes desarrollaron delirium durante los primeros cuatro días de estancia (48.43%) y 6 en un tiempo mayor a cuatro días (9.37%).

20 pacientes correspondieron al sexo masculino (31.25%) y los 17 restantes al femenino (26.56%).

27 pacientes se encontraron en el grupo de 55 a 75 años de edad (42.18%) y, en el de mayores de 75 a 10 pacientes (15.62%).

15 pacientes tuvieron 1 a 2 diagnósticos de ingreso a la UTI (23.43%) y los 22 restantes más de 2 diagnósticos de ingreso (34.37%).

19 pacientes permanecieron en la UTI menos de 10 días (29.68%) y 18 pacientes más de 10 días (28.12%).

Respecto a su destino, 13 pacientes egresaron por mejoría a piso (20.31%) y 24 fallecieron (37.5%).

c. Características de los pacientes sin desarrollo de Delirium: (31 pacientes)

27 pacientes no desarrollaron delirium (42.2%), 14 correspondieron al sexo masculino (21.87%) y 13 al femenino (20.31%).

17 pacientes se encontraron en el grupo de 55 a 75 años (26.56%) y 10 (15.62%) en el de mayores de 75 años.

11 pacientes tuvieron 1 a 2 diagnósticos de ingreso a la UTI (17.8%) y 16 más de 2 diagnósticos (25.0%).

La estancia en la UTI fue menor a 10 días en 21 pacientes (32.81%) y mayor a 10 días en los otros 6 (9.37%).

Se egresaron por mejoría a 12 pacientes (18.75%) y los 15 restantes fallecieron (23.43%).

Tabla 1. Resultados de la muestra total (64 pacientes)

Variables	Número	Porcentaje (%)
Sexo		
Masculino	30	46.9
Femenino	34	53.1
Edad (años cumplidos)		
55 a 75 años	44	68.8
Mayores de 75 años	20	31.3
Núm. de Dxs. en Ingreso		
Uno a dos Dxs.	25	39.1
Más de dos Dxs.	39	60.9
Desarrollo o no de delirium		
Si	37	57.8
No	27	42.2
Núm. de día de estancia en UTI (DEU) en el que hicieron delirium (37 pacientes con el Dx.)		
Primero a cuarto DEU	31	48.43
Más del cuarto DEU	6	9.37
Evolución		
Mejoría	25	39.1
Defunción	39	60.9
Días de estancia total (DET) en la UTI habiendo o no desarrollado delirium		
Menos de 10 DET en UTI	40	62.5
10 ó más DET en UTI	24	37.5

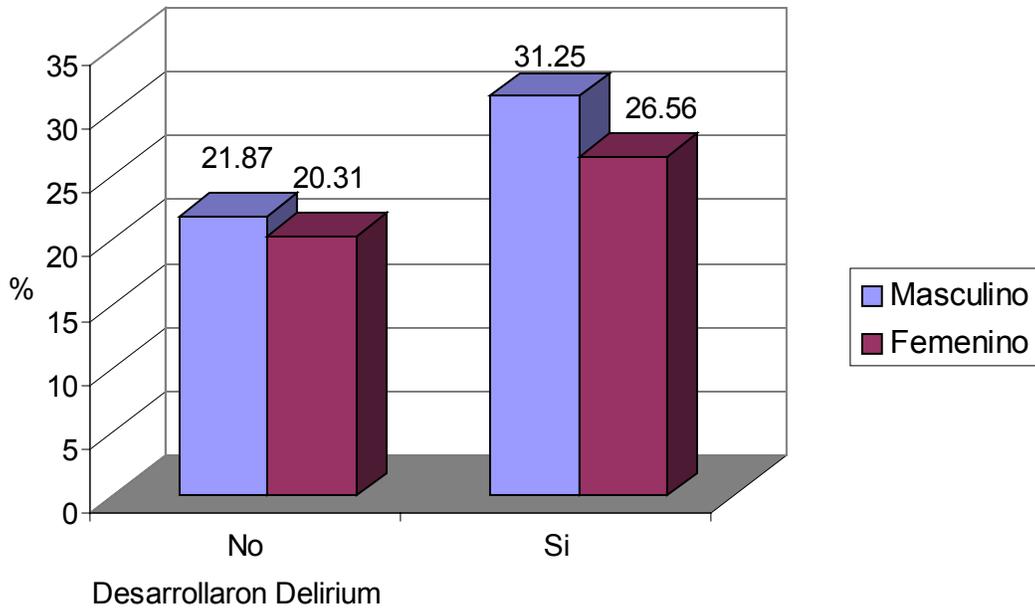
Tabla 2. Resultados del grupo que desarrolló delirium (37 pacientes)

Variables	Número	Porcentaje (%)
Sexo		
Masculino	20	31.25
Femenino	17	26.56
Edad (años cumplidos)		
55 a 75 años	27	42.18
Mayores de 75 años	10	15.62
Núm. de Dxs. en Ingreso		
Uno a dos Dxs.	15	23.43
Más de dos Dxs.	22	34.37
Núm. de día de estancia en UTI (DEU) en el que hicieron delirium (37 pacientes con el Dx.)		
Primero a cuarto DEU	31	48.43
Más del cuarto DEU	6	9.37
Evolución		
Mejoría	13	20.31
Defunción	24	37.5
Días de estancia total (DET) en la UTI habiendo o no desarrollado delirium		
Menos de 10 DET en UTI	19	29.68
10 ó más DET en UTI	18	28.12

Tabla 3. Resultados del grupo que NO desarrollo delirium (27 pacientes)

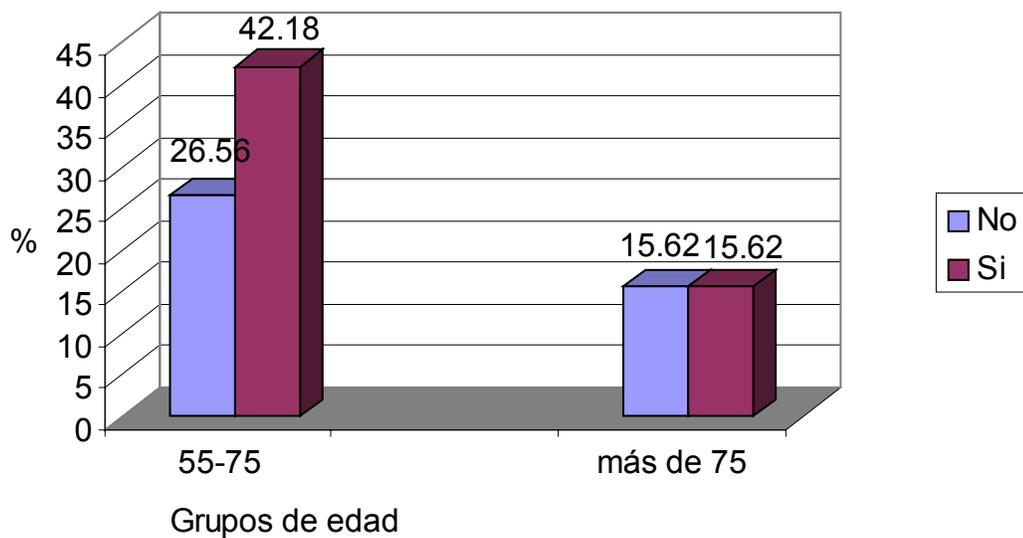
Variables	Número	Porcentaje (%)
Sexo		
Masculino	14	21.87
Femenino	13	20.31
Edad (años cumplidos)		
55 a 75 años	17	26.56
Mayores de 75 años	10	15.62
Núm. de Dxs. en Ingreso		
Uno a dos Dxs.	11	17.18
Más de dos Dxs.	16	25.0
Evolución		
Mejoría	12	18.75
Defunción	15	23.43
Días de estancia total (DET) en la UTI habiendo o no desarrollado delirium		
Menos de 10 DET en UTI	21	32.81
10 ó más DET en UTI	6	9.37

**Gráfica 1. Género y grupos de estudio (dos).
UTI, "INCMNSZ" Julio 2004 - Enero 2005**

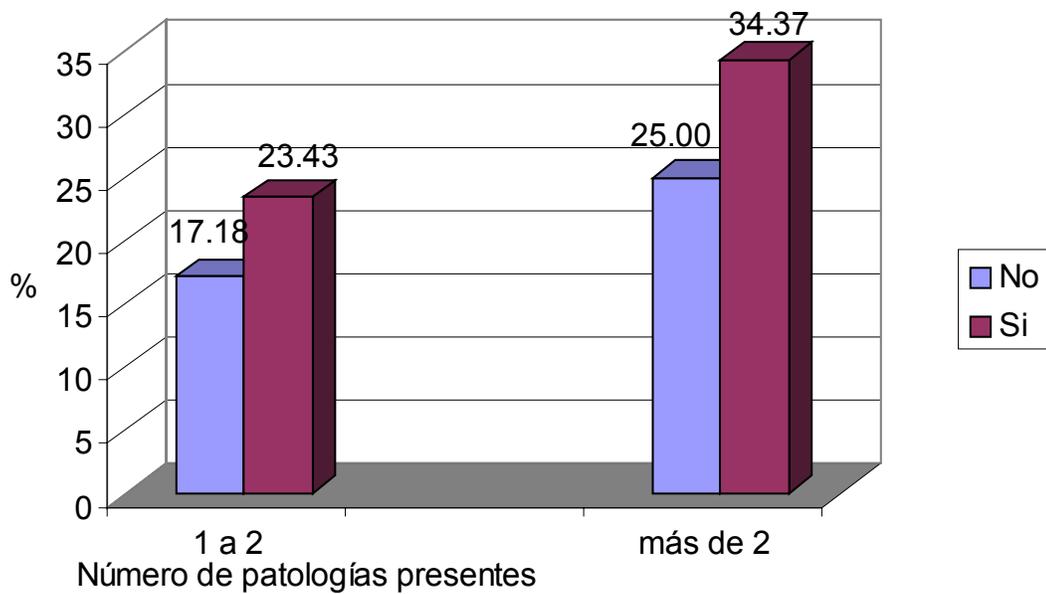


Gráfica 2. Desarrollo o no de delirium y grupos de edad.

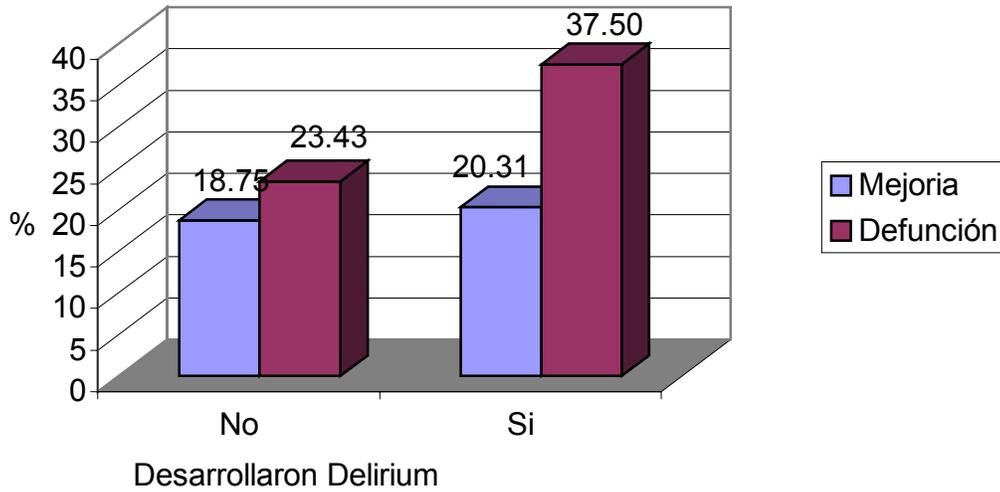
UTI, "INCMNSZ" Julio 2004 - Enero 2005.



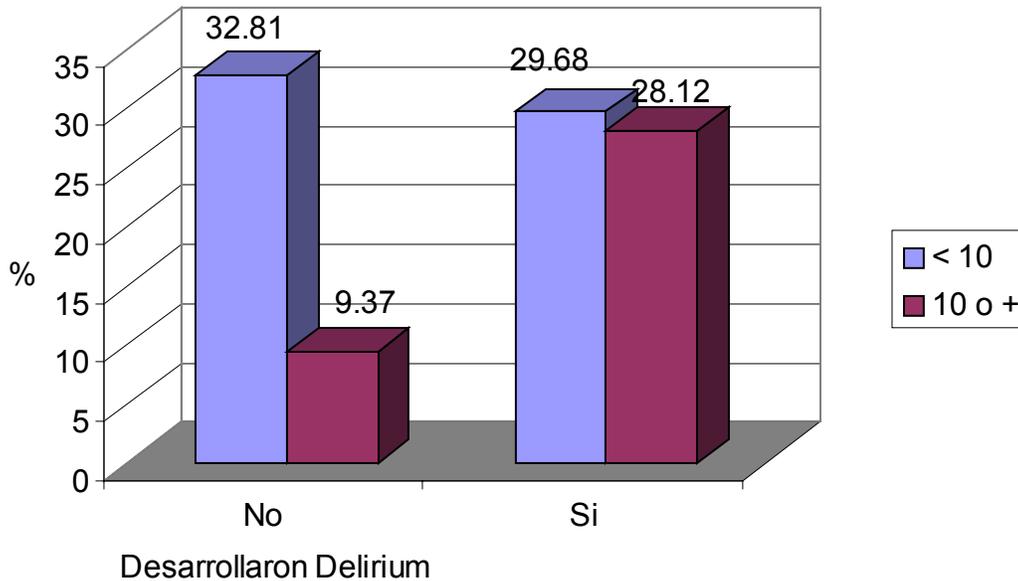
Gráfica 3. Desarrollo o no de delirium y número de Dxs. de ingreso. UTI," INCMNSZ" Julio 2004 - Enero 2005.



**Gráfica 4. Desarrollo o no de delirium y Evolución durante estancia en UTI.
UTI, "INCMNSZ"
Julio 2004 - Enero 2005.**



**Gráfica 5. Desarrollo o no de delirium y días de estancia total en la UTI.
UTI, "INCMNSZ" Julio 2004 - Enero 2005.**



10. DISCUSIÓN.

Las interconsultas para el diagnóstico y tratamiento del delirium en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de hospitales de tercer nivel e Institutos Nacionales tienden a ser menores a la incidencia de este trastorno. Esto se explica, en parte, porque se le considera una consecuencia habitual en un paciente ingresado a la UTI.

Varios autores consideran que la incidencia de delirium en los pacientes geriátricos ingresados a las Unidades de Terapia Intensiva han aumentado sustancialmente, se ha explicado este incremento atribuyéndolo tanto a la mayor expectativa de vida, como al interés creciente respecto a este síndrome neuropsiquiátrico en médicos psiquiatras y no psiquiatras. Además de que se relaciona el aumento en la incidencia al uso cada vez más frecuente de instrumentos diagnósticos como el Instrumento guiado y estructurado para el diagnóstico del delirium, que fue empleado en nuestro estudio.

En la literatura internacional se reporta una incidencia en pacientes geriátricos hospitalizados del 10 al 40% y en enfermedades terminales cerca de la muerte del 80%. Nosotros en el presente estudio encontramos una incidencia del 57.8%, por lo que los hallazgos en la población mexicana tiene similitud a los reportados previamente.

Nuestros resultados concuerdan con lo reportado en la literatura mundial tanto en el día en que se desarrolla el delirium (los primeros cuatro días de estancia hospitalaria en la UTI), como en el porcentaje de mortalidad.

Perspectivas: Abrir la posibilidad de realizar estudios con una muestra mayor; en donde se detecten tanto los puntos débiles como los fuertes del avance en cuanto al diagnóstico del delirium. Otra opción de estudios futuros será la medición de la severidad del delirium, la comparación entre los diferentes tratamientos, la respuesta a los mismos y el porcentaje de recaída con cada tratamiento, así como la evolución a largo plazo según el diagnóstico y tratamiento recibidos.

11. CONCLUSIÓN.

- a. En una muestra de 64 pacientes geriátricos ingresados a la UTI del INCMNSZ que reunieron los criterios de inclusión para nuestro estudio, se detectaron 37 casos nuevos de delirium en un lapso de siete meses, por lo tanto, la incidencia que se encontró en el presente estudio fue del 57.8%.
- b. Se puede inferir que tanto el sub-diagnóstico como el abuso del diagnóstico del delirium, se asocia probablemente a la ausencia de una búsqueda propositiva del síndrome empleando instrumentos diagnósticos.
- c. Al comparar los grupos derivados del estudio existen diferencias entre los mismos, pero no son estadísticamente significativas, excepto en la mortalidad y en la estancia mayor a 10 días en la UTI. Esto probablemente se deba a dos causas:
 - ⇒ El tamaño de la muestra, y
 - ⇒ El grupo etareo, ya que al aumentar la expectativa de vida se van adquiriendo un número mayor de enfermedades (ver tabla 1. de resultados).Sin embargo tal como está descrito en la bibliografía sí hubo una diferencia significativa en los días de estancia en la UTI cuando se convirtió la variable a dicotómica y en la variable mortalidad.
- d. El Instrumento guiado y estructurado para el diagnóstico de delirium es un auxiliar útil para la detección y medición de la severidad del delirium, aunque en el presente estudio no se midió severidad del delirium.
- e. El delirium requiere una intervención médica asertiva , desde el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado, ya que de el depende el pronóstico de los pacientes que sufren este síndrome neuropsiquiátrico, de lo contrario el cursar con delirium puede condicionar secuelas e incluso la muerte.
- f. Este estudio es valioso ya que es uno de los pocos realizados en población geriátrica en una Unidad de Terapia Intensiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alagiakrishnan K, Wiens CA. An approach to drug induced delirium in the elderly. *Postgraduate Medical Journal* 2004; 80: 388-93.
2. Asociación Psiquiátrica Americana, *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Editorial Masson, Primera Edición (texto revisado). Barcelona, España. 1995: 129-39.
3. Caine E, Line J. Delirium, dementia, and other cognitive disorders. In: Kaplan HI and Sadock BJ. *Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins, Seventh Edition. Baltimore, Maryland. 2000: 865-73.
4. Casarett DJ, Inouye SK, for the American College of Physicians–American Society of Internal Medicine (ACP–ASIM) End-of-Life Care Consensus Panel. Members of the ACP–ASIM End-of-Life Care Consensus Panel were Lo B, Abraham J, Block S, Breitbart W, Byock IR, Faber-Langendoen K, Meier D, Quill TE, Thibault G, Tulsky J. Diagnosis and Management of Delirium near the End of Life. *Annals of Internal Medicine* 2001; 135(1): 32-40.
5. Dubois MJ, Bergeron N, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. Delirium in an intensive care unit: A study of risk factors. *Intensive Care Medicine* 2001; 27(8): 1297-1304.
6. Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R, Speroff T, Gautman S, Bernard GR, Inouye S. Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Critical Care Medicine* 2001; 29(7): 1370-79.
7. Ely EW, Shintani A, Truman B, Seroff T, Gordon SM, Harrel FE Jr, Inouye SK, Bernard GR, Dittus RS. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *The Journal of the American Medical Association* 2004; 291(14): 1753-62.
8. Ely EW, Stephens RK, Thomaso JW, Jackson J, Truman B, Gordon S, Dittus R, Bernard G. Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: A survey of 912 healthcare professionals. *Critical Care Medicine* 2004; 32(1): 106-112.
9. Flores Miranda MC. Aspectos del delirium para el médico internista. En: Salín Pascual R. *Psiquiatría en Medicina Interna*. Editorial McGraw-Hill, Primera Edición, México. 2003: 99-114.

10. Hall P, Schroder C, Weaver L. The last 48 hours of life in long-term care: a focused chart audit. *Journal of the American Geriatrics Society* 2002; 50(3): 501-6.
11. Hart RP, Levenson JL, Sessler CN, Best AM, Schwartz SM, Rutherford LE. Validation of a cognitive test for delirium in medical ICU patients. *Psychosomatics* 1996; 37(6): 533-46.
12. Hustey FM, Meldon SW. The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. *Annals of Emergency Medicine* 2002; 39(3): 348-53.
13. Inouye SK. Delirium in hospitalized older patients: recognition and risk factors. *Journal of geriatric psychiatry and neurology* 1998; 11(3): 118-25.
14. Inouye SK, Bogardus ST Jr, Carpentier PA, Leo L, Acampora D, Holford TR, Cooney LM Jr. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England Journal of Medicine*, 1999; 340(9): 669-76.
15. Inouye SK, Charpenter P. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. *The Journal of the American Medical Association* 1996; 275(11): 852-57.
16. Inouye SK, Schlesinger MJ, Lydon TJ. Delirium: a symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *American Journal of Medicine* 1999; 106(5): 565-73.
17. Inoye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine* 1990; 113(12): 941-48.
18. Jacobson S, Leuchter A, Walter D. Conventional and quantitative EEG in the diagnosis of delirium among the elderly. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry* 1993; 56(1) 158-58.
19. Lin SM, Liu Ch, Wang Ch, Lin H, Huang Ch, Huang P, Fang Y, Shieh M, Kuo H. The impact of delirium on the survival of mechanically ventilated patients. *Critical Care Medicine* 2004; 32(11): 2254-59.
20. Markham T. Basic Mechanisms in the Pathogenesis of Delirium. In: Stoudemire A, Fogel B, Greenberg D. *Psychiatric Care of the Medical Patient*. Second edition. Oxford University Press, Second Edition. NY, USA. 1999: 571-80.

21. McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Belzile E. Delirium predicts 12-month mortality. *Archives of Internal Medicine* 2002; 162(4): 457-63.
22. McCusker J, Cole MG, Dendukuri N, Belzile E. Does delirium increase hospital stay? *Journal of the American Geriatrics Society* 2003; 51(11):1539-1546.
23. McCusker J, Cole M, Dendukuri N, Belzile E, Primeau F. Delirium in older medical inpatients and subsequent cognitive and functional status: a prospective study. *Canadian Medical Association Journal* 2001; 163(3): 375-83.
24. McNicoll L, Pisani MA, Zhang Y, Ely EW, Siegel MD, Inouye SK. Delirium in the intensive care unit: occurrence and clinical course in older patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003; 51(5): 591-8.
25. Meagher DJ, O'Hanlon D, O'Mahony E, Casey PR, Trzepacz PT. Relationship between etiology and phenomenologic profile in delirium. *Journal of Geriatric psychiatry and neurology* 1998; 11(3): 146-9.
26. Meagher DJ, O'Hanlon D, O'Mahony E, Casey PR, Trzepacz PT. Relationship between symptoms and motoric subtype of delirium. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2000; 12(1): 51-6.
27. Milbrandt EB, Deppen S, Harrison PL, Shintani AK, Speroff T, Stiles RE, Truman B, Bernard GR, Dittus RS, Ely EW. Cost associated with delirium in mechanically ventilated patients. *Critical Care Medicine* 2004; 32(4): 955-62.
28. O'Keeffe ST. Clinical Subtypes of delirium in the elderly. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 1999; 10(5) 380-85.
29. Pandharipande PA, Jackson JB, Ely EW. Delirium: acute cognitive dysfunction in the critically ill. *Current Opinion in Critical Care* 2005; 11(4):360-368.
30. Pompei P, Foreman M, Cassel CK, Alessi C, Cox D. Detecting delirium among hospitalized older patients. *Archives of Internal Medicine*. 1995; 155(3): 301-7.
31. Ramsay MAE, Savege TM, Simpson BRJ, Goodwin R. Controlled Sedation with Alphaxone-Alphadolone. *British Medical Journal* 1974; 2: 656-59.
32. Sánchez Ayala MI. Delirium y otros trastornos psicoorgánicos. En: Agüera Ortiz L, Martín Carrasco M, Cervilla Ballesteros J. *Psiquiatría Geriátrica*.

Editorial Masson, Reimpresión de primera Edición. Barcelona, España. 2002: 315-32.

33. Secín R, Sponda J, Rivera B, Pujol G, Rodríguez S, Sepúlveda J. Validación del Delirium Rating Scale (DRS) en español en una unidad de cuidados intensivos. *Psiquis* 1998; 7(1): 7-14.
34. Trzepacz PT. Is there a final common neural pathway in delirium? Focus on acetylcholine and dopamine. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 2000; 5(2): 132-148.
35. Trzepacz PT. The delirium Rating Scale. Its use in Consultation-Liaison Research. *Psychosomatics* 1999; 40(3): 193-204.
36. Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, Canary K, Norton J, Jimerson N. Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98: Comparison with the Delirium Rating Scal and the Cognitive Test for Delirium. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience* 2001; 13(2): 229-42.
37. Trzepacz PT, Van der Mast RC. Pathophysiology of delirium. In: Lindesay J, Rockwood K, MacDonald A, Editors. *Delirium in old age*. First edition. Oxford: Oxford University Press, First Edition. NY, USA. 2002: 51-90.
38. Weddington WW Jr. The mortality of delirium: An underappreciated problem? *Psychosomatics* 1982; 23(12): 1232-35.

INSTRUMENTO GUIADO Y ESTRUCTURADO PARA EL DIAGNOSTICO Y MEDICION DEL DELIRIUM EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA SIN VENTILACION MECANICA Y DIFERENTES NIVELES DE SEDACION DE ACUERDO AL DSM IV R

PRIMERA SECCION

El instrumento está diseñado para guiarlo en realizar el diagnóstico de delirium de acuerdo a los cuatro criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales versión revisada (DSM-IV-TR) además de medir su severidad y clasificar el tipo de delirium en hipoactivo, hiperactivo o mixto. No todo hospital o unidad de cuidados intensivos cuenta con el personal con la experiencia necesaria para diagnosticarlo sobre todo en pacientes con diferentes niveles de sedación, es por esto que el instrumento pretende a través de sus diferentes secciones guiarlo independientemente de la experiencia previa que usted tenga para el diagnóstico de este padecimiento.

El instrumento evalúa el estado mental y el comportamiento del paciente a lo largo de un período de 24 horas y por lo tanto se requiere reunir su información, la de la enfermera a cargo y solo en caso de que ésta responda que no conoce lo suficiente al paciente o que usted tenga dudas sobre la información recabada acuda con el médico a cargo o familiar. El instrumento está dividido en varias secciones para facilitar su uso, la segunda determina el nivel de sedación del paciente, la tercera es la recopilación de la información que consta de un cuestionario para el paciente y otro para el evaluador y otros observadores, en esta sección realizará las preguntas en no más de dos ocasiones en el caso del paciente, las preguntas se requieren leer textualmente, sin agregar ni omitir nada, la cuarta es el análisis de la información y la quinta son las conclusiones con las que usted primero determinará si el paciente tiene o no un cuadro de delirium, posteriormente procederá a sumar todos los puntos para medir su severidad y finalmente determinará a que tipo de delirium corresponde.

Dada la fluctuación del delirium se requiere marcar la observación más grave entre los diferentes observadores en las 24 horas previas.

El instrumento le sirve de tres formas, una para diagnosticar si el paciente cumple con los criterios del DSM IV-TR de delirium que son: 1)disminución de la atención, 2)alteraciones del estado mental, 3) inicio de los síntomas en horas o días y fluctuación en un período de 24 horas y 4) presencia de una causa orgánica; otra para determinar su severidad y una tercera para determinar el subtipo de delirium. Usted podrá utilizarlo únicamente como instrumento diagnóstico.

Reúna aquí los resultados

Nombre del paciente	Registro	Edad
Escolaridad	Ramsay	Delirium si no
Puntuación	Evaluador	
Leve	Moderado	Severo

SEGUNDA SECCION-NIVEL DE SEDACION DEL PACIENTE

Determina el nivel de sedación en que se encuentra el paciente, solo se pueden evaluar pacientes que tengan niveles de 1 al 3 en la escala de Ramsay.

Escala de Ramsay:

En que nivel se encuentra su paciente?

Ramsay 1 El paciente está despierto, inquieto o agitado

Ramsay 2 El paciente está despierto, orientado y cooperador

Ramsay 3 El paciente está despierto, solo responde a órdenes

Ramsay 4 El paciente está dormido y tiene respuesta intensa a estímulos

Ramsay 5 El paciente está dormido y tiene respuesta leve a estímulos

Ramsay 6 El paciente está dormido y no tiene respuesta a estímulos

Anote los medicamentos potencialmente sedantes y hora de última dosis _____

TERCERA SECCION -RECOPILACIÓN DE LA INFORMACIÓN CON EL PACIENTE

Valora el exámen mental del paciente mediante un cuestionario que responde el paciente y un cuestionario para el evaluador y otros observadores.

Siempre pregunte a todos los pacientes hasta el inciso E y pregunte en no más de dos ocasiones cada inciso.

Pueden ocurrir tres situaciones:

-Que en cualquier momento del cuestionario el paciente pida que se le aplique el instrumento en otro momento y dé una razón, entonces regrese en otro momento

-Que el paciente no tenga una grave disminución de la atención o somnolencia pero se rehuse de manera irritable o agresiva a contestar o lo ignore, marque si en el inciso E1 y pase al cuestionario para el evaluador y otros observadores, en tal caso se considera que el paciente tiene alterado el exámen mental ya que este inciso valora juicio.

-Que el paciente tenga una grave disminución de la atención o somnolencia de manera que no conteste alguna de los primeros cuatro incisos del cuestionario encierre el inciso E 2 y pase al cuestionario para el evaluador y otros observadores.

Diga al paciente:

Le voy a hacer unas preguntas muy importantes aunque algunas de ellas pueden parecer extrañas, obvias o tontas pero son equivalentes a la exploración física que se le realiza todos los días

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

		Correcta		Incorrecta	
A	¿Cómo se llama?	(C)	0	(I)	4
B	¿Porqué está Usted aquí?	(C)	0	(I)	2
C	¿En que mes estamos?, ¿En la primera o segunda quincena o a la mitad del mes? (si la desorientación en tiempo es total marcar cuatro, si es parcial marcar dos)	(C)	0	(I)	2 1
D	¿En que año estamos?	(C)	0	(I)	3
E1	El paciente no tiene una grave disminución de la atención o somnolencia pero se rehusa de forma irritable o agresiva a contestar o lo ignora pase a la sección de observaciones	(Si)	18	(No)	0
E2	El paciente tiene una grave disminución de la atención o somnolencia pase a la sección de observaciones	(Si)	17	(No)	0
F	¿Dónde estamos?	(C)	0	(I)	2
G	Le voy a decir 3 palabras dos veces: (elija una opción) Por favor repítalas, en un momento más cuando le indique se las voy a preguntar: A: Cama, lápiz, ratón. B: Cuaderno, botella, pelota. C: Casa, carro, niño D: Corbata, mesa, gato E: Tornillo, árbol, manzana F: Madera, camino, flor G: Martillo, rueda, zapato				
H	¿Si Usted fuera por la calle y un hombre que no conoce le pide que le guarde dinero, se lo guardaba?	(No)	0	(Si)	2
I	Vamos a hacer unas cuentas (elija una opción, no la considere si el paciente es analfabeta) ¿Cuánto es? ¿100-100? ¿100-10? ¿10-10 ? ¿Cuánto es? ¿150-150? ¿150-10? ¿50-50 ? ¿Cuánto es? ¿190-190? ¿190-20? ¿20-20? (incorrecto si falla en dos o tres)	(C)	0	(I)	1
J	¿Me puede repetir las palabras que le pedí que recordara? (incorrecto si falla en dos o tres)	(C)	0	(I)	1
K	¿Hemos hablado antes de este momento? ¿Cuándo? (verifique el expediente)	(C)	0	(I)	1
L	¿En las últimas 24 hrs ha escuchado cosas extrañas como voces cuando disminuye el ruido de este lugar y no hay personas hablando cerca de Usted?	(No)	0	(Si)	4
M	¿En las últimas 24 hrs ha visto cosas extrañas como animales, niños, gente que ya murió o luces de colores?	(No)	0	(Si)	4
N	¿En las últimas 24 hrs ha notado sensaciones extrañas en su piel, como si lo tocaran cuando no hay nadie cerca ?	(No)	0	(Si)	4
O	¿Se ha dado cuenta si alguien aquí o afuera desea molestarlo, o hacerle algún daño? (solo si es afirmativa continúe preguntando) Desde cuando lo nota? , podría ser que esto que percibe sea una interpretación errónea producida por el medio ambiente diferente en que se encuentra ahora? ;(si responde que es una interpretación errónea o duda de su respuesta se califica no)	(No)	0	(Si)	4

RECOPIACION DE INFORMACIÓN DEL EVALUADOR Y OTROS OBSERVADORES

De acuerdo a sus observaciones, las de las notas de enfermería y la enfermera a cargo, en caso de que ésta le responda que no conoce lo suficiente al paciente acuda con el médico a cargo o familiar.

Se puede marcar más de un inciso ya que no son mutuamente excluyentes.

Para marcar cada inciso considere solo la más grave entre observadores a lo largo de las 24 horas previas.

CUESTIONARIO PARA EL EVALUADOR Y OTROS OBSERVADORES

p) ¿En las últimas 24 hrs ha observado al paciente con la mirada fija en un punto como si estuviera observando algo, sin que haya un estímulo que desencadene esta actitud?

Evaluador (No) (Si) Otros (No) (Si) No = 0 Si = 4

q) ¿ En las últimas 24 hrs ha observado al paciente balbuceando cuando está a solas o intenta hablar sin embargo lo que se percibe es incoherente?

Evaluador (No) (Si) Otros (No) (Si) No = 0 Si = 4

r) ¿ En las últimas 24 hrs ha observado al paciente realizando movimientos como si tocara algo en el aire sin que haya un estímulo que desencadene esta actitud?

Evaluador (No) (Si) Otros (No) (Si) No = 0 Si = 4

s) ¿ En las últimas 24 horas el paciente presenta conductas inapropiadas como querer irse a su casa a pesar de la gravedad de su estado, o se trata de retirar catéteres o sondas o la cánula del ventilador estando despierto o se descubre sabiendo que está desnudo?

Evaluador (No) (Si) Otros (No) (Si) No = 0 Si = 4

t) Ha notado que el paciente requiera que se le repitan en más de dos ocasiones las indicaciones o las preguntas ?

Evaluador (No) (Si) Otros (No) (Si)

u) La conducta y/o atención del paciente se modifican en las últimas 24 horas?

Evaluador (No) (Si) Otros (No) (Si)

v) ¿Desde cuando nota la disminución de la atención y las alteraciones en la conducta del paciente? _____

CUARTA SECCION-ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE

Para marcar, considere la más grave entre observadores a lo largo de las 24 horas previas

Disminución de la atención cuando:

a) falla en alguna resta del inciso i del cuestionario al paciente, página 3,

b) o no recuerda alguna palabra del inciso j del cuestionario al paciente, página 3

c) o requiere que se le repitan las preguntas o indicaciones en al menos dos ocasiones inciso t del cuestionario a otros observadores

Evaluador (No) (Si) Otros (No) (Si)

2) Somnolencia prominente y/o pérdida grave de la atención con dificultad o imposibilidad para entrevistare Evaluador (No) (Si) Otros (No) (Si)

A) El paciente tiene disminución de la atención? (si) (no)

ANÁLISIS DEL EXAMEN MENTAL

Se evalúa a través del cuestionario al paciente y el cuestionario al evaluador y a otros observadores que evalúa la actitud del paciente.

Bases para la calificación:

Se considera que el paciente tiene alteraciones del estado mental si tiene al menos una respuesta incorrecta o marcada afirmativa en el cuestionario al paciente y/o al menos una en el cuestionario al evaluador y otros observadores (incisos p al s) ya que la actitud del paciente es un reflejo de su estado mental.

B) ¿ El paciente tiene alteraciones en su estado mental ¿ (si) (no)

ANÁLISIS DEL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y FLUCTUACION

Bases para la calificación:

La disminución de la atención del paciente y sus alteraciones del estado mental deben tener un inicio en horas o días y fluctuar en un periodo de 24 horas, esta información usted la recopiló con las últimas dos preguntas del cuestionario al evaluador y otros observadores, página 4 o a través de la observación del paciente durante el cuestionario que usted le realizó ya que si la atención del paciente no se mantiene constante durante todo el interrogatorio su paciente estará fluctuando. Esta sección no tiene puntuación para severidad.

Nota: Si el paciente tiene alteraciones del estado mental con una duración mayor a 30 días no lo excluya ya que si además tiene disminución en la atención, fluctuación en horas o días y al menos un condicionante el paciente tendrá un padecimiento psiquiátrico comórbido con delirium, ej demencia y delirium.

C) La alteración de la atención y del examen mental inició en horas o días y fluctúa en 24 horas? (si) (no)

ANÁLISIS DE LOS CONDICIONANTES

Pregunte al médico tratante si el paciente presenta cualquiera de los padecimientos de la tabla o busque en las notas médicas y de enfermería y enciérrelas en un círculo.

Bases para la calificación:

El paciente debe tener al menos uno de los condicionantes de delirium. Esta sección no tiene puntuación para severidad.

1	Alteración metabólica	11	Síndrome de intoxicación a sustancias	20	Bloqueadores H1 y H2
2	Disminución de la oxigenación cerebral	12	Síndrome de abstinencia a sustancias	21	Esteroides
3	Desequilibrio hidroelectrolítico	13	Antiarrítmicos	22	Antiespasmódicos
4	Infección activa	14	Antihipertensivos	23	Opioides
5	Hipertermia	15	Diuréticos	24	Antivirales
6	Sepsis	16	Dopa	25	Xantinas
7	Hipoxemia	17	antiparkinsonicos	26	AINES
8	Antipsicóticos de baja potencia	18	antibióticos	27	Aumento de CO2
9	Benzodiacepinas	19	antieméticos	28	Estimulación sensorial
10	Tricíclicos			29	Anestésicos

D) El paciente tiene al menos un condicionante ¿ (si) (no) ?

QUINTA SECCION- CONCLUSION-DIAGNOSTICO DE DELIRIUM

Su paciente debe tener los siguiente cuatro puntos para decir que tiene delirium:

1-Disminución de la atención

2-Alteraciones del estado mental

3-Inicio en horas o días y fluctuación en un período de 24 horas

4- Al menos un condicionante de la tabla anterior

¿SU PACIENTE TIENE DELIRIUM? (si) (no)

SEXTA SECCION

CONTINUE EN ESTA SECCION SOLO SI SU PACIENTE TUVO DELIRIUM

CONCLUSION-SEVERIDAD DEL DELIRIUM

Proceda a sumar los incisos que haya respondido afirmativamente o de forma incorrecta el paciente del a al o de la sección de recopilación de información al paciente y los incisos p al s de la sección de recopilación del evaluador y otros observadores.

CONCLUSION-TIPO DE DELIRIUM

Evalúa la actividad psicomotora del paciente de las últimas 24 horas de acuerdo a sus observaciones, las notas de enfermería y la enfermera a cargo, en caso de que ésta le responda que no conoce lo suficiente al paciente, acuda con el médico a cargo o familiar.

Bases para la calificación

Marque las diferentes observaciones a lo largo de las 24 horas,

-un paciente tendrá un delirium hipoactivo si cumple con los incisos a o b

-un delirium agitado si cumple al menos un inciso del c al f

-un delirium mixto si cumple el a o el b y uno del c al f

- a) Paciente tranquilo 0
- b) Paciente con reducción de la actividad psicomotora no explicable por la enfermedad (p. Ej. Miastenia gravis) 5
- c) Paciente inquieto ante cualquier estímulo 1
- d) Paciente inquieto o ansioso a la observación 2
- e) Paciente agresivo verbalmente o realiza señas ofensivas 3
- f) Paciente intenta retirarse catéteres, cánula, sondas y/o es agresivo físicamente y/o está sujeto 4

INSTRUMENTO GUIADO Y ESTRUCTURADO PARA EL DIAGNOSTICO Y MEDICION DEL DELIRIUM EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA CON VENTILACION MECANICA Y DIFERENTES NIVELES DE SEDACION DE ACUERDO AL DSM IV R

PRIMERA SECCION

El instrumento está diseñado para guiarlo en realizar el diagnóstico de delirium de acuerdo a los cuatro criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales versión revisada (DSM-IV-TR) además de medir su severidad y clasificar el tipo de delirium en hipoactivo, hiperactivo o mixto. No todo hospital o unidad de cuidados intensivos cuenta con el personal con la experiencia necesaria para diagnosticarlo sobre todo en pacientes con diferentes niveles de sedación, es por esto que el instrumento pretende a través de sus diferentes secciones guiarlo independientemente de la experiencia previa que usted tenga para el diagnóstico de este padecimiento.

El instrumento evalúa el estado mental y el comportamiento del paciente a lo largo de un período de 24 horas y por lo tanto se requiere reunir su información, la de la enfermera a cargo y solo en caso de que ésta responda que no conoce lo suficiente al paciente o que usted tenga dudas sobre la información recabada acuda con el médico a cargo o familiar. El instrumento está dividido en varias secciones para facilitar su uso, la segunda determina el nivel de sedación del paciente, la tercera es la recopilación de la información que consta de un cuestionario para el paciente y otro para el evaluador y otros observadores, en esta sección realizará las preguntas en no más de dos ocasiones en el caso del paciente, las preguntas se requieren leer textualmente, sin agregar ni omitir nada, la cuarta es el análisis de la información y la quinta son las conclusiones con las que usted primero determinará si el paciente tiene o no un cuadro de delirium y procederá a sumar todos los puntos para medir su severidad y finalmente a que tipo de delirium corresponde.

Dada la fluctuación del delirium se requiere marcar la observación más grave entre los diferentes observadores en las 24 horas previas.

El instrumento le sirve de tres formas, una para diagnosticar si el paciente cumple con los criterios del DSM IV-TR de delirium que son:

1)disminución de la atención, 2)alteraciones del exámen mental, 3) inicio de los síntomas en horas o días y fluctuación de los mismos en un período de 24 horas y 4) presencia de una causa orgánica; una segunda para determinar su severidad y una tercera para determinar el subtipo de delirium. Usted podrá utilizarlo únicamente como instrumento diagnóstico.

Reúna aquí los resultados

Nombre del paciente	Registro	Edad
Escolaridad	Ramsay	Delirium si no
Puntuación	Evaluador	
Leve	Moderado	Severo

SEGUNDA SECCION-NIVEL DE SEDACION DEL PACIENTE

Determina el nivel de sedación en que se encuentra el paciente, solo se pueden evaluar pacientes que tengan niveles de 1 al 4 en la escala de Ramsay.

Escala de Ramsay:

En que nivel se encuentra su paciente

- Ramsay 1 El paciente está despierto, inquieto o agitado
Ramsay 2 El paciente está despierto, orientado y cooperador
Ramsay 3 El paciente está despierto, solo responde a órdenes
Ramsay 4 El paciente está dormido y tiene respuesta intensa a estímulos
Ramsay 5 El paciente está dormido y tiene respuesta leve a estímulos
Ramsay 6 El paciente está dormido y no tiene respuesta a estímulos

Anote los medicamentos potencialmente sedantes y hora de la última dosis _____

TERCERA SECCION -RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN CON EL PACIENTE

Valora el exámen mental del paciente (criterio B) mediante un cuestionario que responde el paciente y sus observaciones sobre el comportamiento de este que son el reflejo las mismas.

Siempre pregunte a todos lo pacientes hasta el inciso E y pregunte en no más de dos ocasiones cada inciso.

Pueden ocurrir tres situaciones:

- Que en cualquier momento del cuestionario el paciente pida que se le aplique el instrumento en otro momento y dé una razón, entonces regrese en otro momento
- Que el paciente no tenga una grave disminución de la atención o somnolencia pero se rehuse de manera irritable o agresiva a contestar o lo ignore, encierre el inciso E 1 y pase al cuestionario para el evaluador y otros observadores, en tal caso se considera que el paciente tiene alterado el exámen mental ya que este inciso valora juicio.
- Que el paciente tenga una grave disminución de la atención o somnolencia de manera que no conteste alguna de los primeros cuatro incisos del cuestionario marque el inciso E 2 y pase al cuestionario para el evaluador y otros observadores.

Diga al paciente:

Le voy a hacer unas preguntas muy importantes, algunas de ellas pueden parecer extrañas, obvias o tontas pero son equivalentes a la exploración física que se le realiza todos los días. Por favor conteste con movimientos de su cabeza ya sea si o no o cierre sus párpados una vez si es si y no los cierre si es no, o apriete mi mano una vez si es si y no la apriete si es no.

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

		Correcta	incorrecta
A	¿Su nombre es? (Decirle cinco nombres diferentes entremezclados con su nombre)	(C) 0	(I) 4
B	¿Usted está aquí por alguna enfermedad?	(C) 0	(I) 2
C	¿El mes en el estamos es? (Mencione cinco meses diferentes al actual entremezclados con el actual), ¿En la primera o segunda quincena o a la mitad del mes? (si la desorientación en tiempo es total marcar cuatro, si es parcial marcar dos)	(C) 0	(I) 2 1
D	¿El año en el que estamos es? (Decirle cinco años diferentes al actual entremezclados con el actual)	(C) 0	(I) 3
E1	El paciente no tiene una grave disminución de la atención o somnolencia pero se rehusa de forma irritable o agresiva a contestar o lo ignora pase a la sección de observaciones	(Si) 18	(No) 0
E2	El paciente tiene una grave disminución de la atención o somnolencia pase a la sección de observaciones	(Si) 17	(No) 0
F	¿ Nos encontramos en su casa, una tienda?, una escuela?, un hospital?, en otro lugar diferente a un hospital?	(C) 0	(I) 2
G	Le voy a decir 3 palabras dos veces: Por favor trate de memorizarlas, en un momento más cuando le indique se las voy a preguntar: A: Cama, lápiz, ratón. B: Cuaderno, botella, pelota. C: Casa, carro, niño D: Corbata, mesa, gato E: Tornillo, árbol, manzana F: Madera, camino, flor G: Martillo, río, zapato		
H	¿Si Usted fuera por la calle y un hombre que no conoce le pide que le guarde dinero, se lo guardaba?	(No) 0	(Si) 2
I	Vamos a hacer unas cuentas (no la considere si el paciente es analfabeta) A:100-100 es 10, es 0, es 90? 100-10 es 80, es 10, es 90? 10-10 es 0, es 100 es 20? B:150-150 es 50, es 0, es 100? 150-10 es 150, es 130 es 140? 10-10 es 40, es 2?, es 0? C:190-190 es 10, es 90, es 0? 190-20 es 180 es 170 es 150? 20 - 20 es 0?, es 10? Es 30? (incorrecto si falla en dos o tres)	(C) 0	(I) 1
J	¿Dentro de las palabras que le pedí que recordara se encuentran? (Decirle tres palabras incorrectas entremezcladas con las del grupo que usted le mencionó y que no correspondan a las de ningún otro grupo del inciso G) (incorrecto si falla en dos o tres)	(C) 0	(I) 1

K	¿Hemos hablado usted y yo antes de este momento? (verifique el expediente)	(C)	0	(I)	1
L	¿ En las últimas 24 hrs ha escuchado cosas extrañas como voces cuando disminuye el ruido de este lugar y no hay personas hablando cerca de usted?	(No)	0	(Si)	4
M	¿En las últimas 24 hrs ha visto cosas extrañas como animales, niños, gente que ya murió o luces de colores?	(No)	0	(Si)	4
N	¿En las últimas 24 hrs ha notado sensaciones extrañas en su piel, como si lo tocaran cuando no hay nadie cerca de Usted?	(No)	0	(Si)	4
O	¿Se ha dado cuenta si alguien aquí o afuera desea molestarlo, o hacerle algún daño? (solo si es afirmativa, continúe preguntando), desde cuando lo nota?, ¿podría ser que esto que percibe sea una interpretación errónea producida por el medio ambiente diferente en que se encuentra ahora? ; (si responde que es una interpretación errónea o duda de su respuesta se califica no) Cumple con el criterio B si tiene una o más alteraciones en las funciones cognitivas: (Si) (No)	(No)	0	(Si)	4
				Total	

RECOPIACION DE INFORMACIÓN DEL EVALUADOR Y OTROS OBSERVADORES

De acuerdo a sus observaciones, las de las notas de enfermería y la enfermera a cargo, en caso de que ésta le responda que no conoce lo suficiente al paciente acuda con el médico a cargo o familiar.

Se puede marcar más de un inciso ya que no son mutuamente excluyentes.

Para marcar cada inciso considere solo la más grave entre observadores a lo largo de las 24 horas previas

CUESTIONARIO PARA EL EVALUADOR Y OTROS OBSERVADORES

p)¿En las últimas 24 hrs ha observado al paciente con la mirada fija en un punto como si estuviera observando algo, sin que haya un estímulo que desencadene esta actitud?

Evaluador (No) (Si) Otros (No) (Si) No = 0 Si = 4

q) ¿ En las últimas 24 hrs ha observado al paciente realizando movimientos como si tocara algo en el aire sin que haya un estímulo que desencadene esta actitud?

Evaluador (No) (Si) Otros (No) (Si) No = 0 Si = 4

r) ¿ En las últimas 24 horas el paciente presenta conductas inapropiadas como querer irse a su casa a pesar de la gravedad de su estado, o se trata de retirar catéteres o sondas o la cánula del ventilador estando despierto o se descubre sabiendo que está desnudo?

Evaluador (No) (Si) Otros (No) (Si) No = 0 Si = 4

s) Ha notado que el paciente requiera que se le repitan en más de dos ocasiones las indicaciones o las preguntas ?

Evaluador (No) (Si) Otros (No) (Si)

t)La conducta y/o atención del paciente se modifican en las últimas 24 horas?

Evaluador (No) (Si) Otros (No) (Si)

u) ¿Desde cuando nota la disminución de la atención y las alteraciones en la conducta del paciente? _____

CUARTA SECCION-ANALISIS DE LA INFORMACION

ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE

Para marcar, considere la más grave entre observadores a lo largo de las 24 horas previas

Disminución de la atención cuando:

- a) falla en alguna resta del inciso i del cuestionario al paciente, página 3,
 - b) o no recuerda alguna palabra del inciso j del cuestionario al paciente, página 3
 - c) o requiere que se le repitan las preguntas o indicaciones en al menos dos ocasiones inciso t del cuestionario a otros observadores
- Evaluador (No) (Si) Otros (No) (Si)

Somnolencia prominente y/o pérdida grave de la atención con dificultad o imposibilidad para entrevistarse

Evaluador (No) (Si) Otros (No)

A) El paciente tiene disminución de la atención? (si) (no)

ANÁLISIS DEL EXAMEN MENTAL

Evalúa el examen mental a través del cuestionario al paciente y el cuestionario al evaluador y a otros observadores que evalúa la actitud del paciente.

Bases para la calificación:

Se considera que el paciente tiene alteraciones del examen mental si tiene al menos una respuesta incorrecta o marcada afirmativa en el cuestionario al paciente y/o al menos una en el cuestionario al evaluador y otros observadores (incisos p al s) ya que la actitud del paciente es un reflejo de su estado mental.

B) ¿ El paciente tiene alteraciones en su examen mental ¿ (si) (no)

ANÁLISIS DEL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y FLUCTUACION

Bases para la calificación:

La disminución de la atención del paciente y sus alteraciones del examen mental deben tener un inicio en horas o días y fluctuar en un periodo de 24 horas, esta información usted la recopiló con las últimas dos preguntas del cuestionario al evaluador y otros observadores, página 4 o a través de la observación del paciente durante el cuestionario que usted le realizó ya que si la atención del paciente no se mantiene constante durante todo el interrogatorio su paciente estará fluctuando. Esta sección no tiene puntuación para severidad.

Nota: Si el paciente tiene alteraciones del estado mental con una duración mayor a 30 días no lo excluya ya que si además tiene disminución en la atención, fluctuación en horas o días y al menos un condicionante el paciente tendrá un padecimiento psiquiátrico comórbido con delirium, ej demencia y delirium.

C) La alteración de la atención y del examen mental inició en horas o días y fluctúa en 24 horas (si) (no)

ANÁLISIS DE LOS CONDICIONANTES

Pregunte al médico tratante si el paciente presenta cualquiera de los padecimientos de la tabla o busque en las notas médicas y de enfermería y enciérrelas en un círculo.

Bases para la calificación:

El paciente debe tener al menos uno de los condicionantes de delirium. Esta sección no tiene puntuación para severidad.

1	Alteración metabólica	11	Síndrome de intoxicación a sustancias	20	Bloqueadores H1 y H2
2	Disminución de la oxigenación cerebral	12	Síndrome de abstinencia a sustancias	21	Esteroides
3	Desequilibrio hidroelectrolítico	13	Antiarrítmicos	22	Antiespasmódicos
4	Infección activa	14	Antihipertensivos	23	Opioides
5	Hipertermia	15	Diuréticos	24	Antivirales
6	Sepsis	16	Dopa	25	Xantinas
7	Hipoxemia	17	antiparkinsonicos	26	AINES
8	Antipsicóticos de baja potencia	18	antibióticos	27	Aumento de CO2
9	Benzodiacepinas	19	antieméticos	28	Estimulación sensorial
10	Tricíclicos			29	Anestésicos

D) El paciente tiene al menos un condicionante ¿ (si) (no)

CUARTA SECCION- CONCLUSION-DIAGNOSTICO DE DELIRIUM

Su paciente debe tener los siguiente cuatro puntos para decir que tiene delirium:

1-Disminución de la atención

2-Alteraciones del exámen mental

3-Inicio en horas o días y fluctuación en un período de 24 horas

4- Al menos un condicionante de la tabla anterior

¿SU PACIENTE TIENE DELIRIUM? (si) (no)

CONTINUE EN ESTA SECCION SOLO SI SU PACIENTE TUVO DELIRIUM

CONCLUSION-SEVERIDAD DEL DELIRIUM

Proceda a sumar los incisos que haya respondido afirmativamente o de forma incorrecta el paciente del a al o de la sección de recopilación de información al paciente y los incisos p al s de la sección de recopilación del evaluador y otros observadores.

CONCLUSION-TIPO DE DELIRIUM

Evalúa la actividad psicomotora del paciente de las últimas 24 horas de acuerdo a sus observaciones, las notas de enfermería y la enfermera a cargo, en caso de que ésta le responda que no conoce lo suficiente al paciente, acuda con el médico a cargo o familiar.

Bases para la calificación

Marque las diferentes observaciones a lo largo de las 24 horas,

Bases para la calificación

Marque las diferentes observaciones a lo largo de las 24 horas,

-un paciente tendrá un delirium hipoactivo si cumple con los incisos a o b

-un delirium agitado si cumple al menos un inciso del c al f

-un delirium mixto si cumple el a o el b y uno del c al f

- | | |
|---|---|
| a) Paciente tranquilo | 0 |
| b) Paciente con reducción de la actividad psicomotora no explicable por la enfermedad (p. Ej. Miastenia gravis) | 5 |
| c) Paciente inquieto ante cualquier estímulo | 1 |
| d) Paciente inquieto o ansioso a la observación | 2 |
| e) Paciente agresivo verbalmente o realiza señas ofensivas | 3 |
| f) Paciente intenta retirarse catéteres, cánula, sondas y/o es agresivo físicamente y/o está sujeto | 4 |