



BIBLIOTECA CENTRAL
USO ÚNICAMENTE EN SALA

UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA

ESCUELA DE ENFERMERÍA



El oportuno diagnóstico de delirio
en pacientes ancianos del
Hospital del ISSSTE, Puebla. 1999

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

MINERVA ROSARIO HERNÁNDEZ VIVEROS
ESTHER MARGARITA BARRALES CARREÓN
IRENE PICHARDO GUIZARNOTEGUI

ASESOR INTERNO:

M.C. Guadalupe Josefina Pérez Gutiérrez

ASESOR EXTERNO:

Dr. Enrique Pérez Romero

Médico Geriatra, H.R. ISSSTE, Puebla.



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, 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 de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA
DEL ESTADO DE PUEBLA**

Escuela de Enfermería



BIBLIOTECA CENTRAL
USO ÚNICAMENTE EN SALA

**El oportuno diagnóstico de delirio en pacientes
ancianos del Hospital del ISSSTE, Puebla
1999**

TESIS

**Que para obtener el título de:
LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Presentan:

**MINERVA ROSARIO HERNÁNDEZ VÍVEROS
ESTHER MARGARITA BARRALES CARREÓN
IRENE PICHARDO GUIZARNOTEGUI**

Asesor Interno

M.C. Guadalupe Josefina Pérez Gutiérrez

Asesor Externo

**Dr. Enrique Pérez Romero
Médico Geriatra, H. R. ISSSTE, Puebla**

61052



M.S.P. GUADALUPE JOSEFINA PÉREZ GUTIÉRREZ
Asesor de la Materia de Seminario de Tesis
En la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Por medio de la presente hago constar que el trabajo de Tesis titulado “ El oportuno diagnóstico de delirio en pacientes ancianos del Hospital ISSSTE, Puebla”, presentado por las alumnas, Barrales Carreón María Esther Margarita, Hernández Viveros Minerva del Rosario y Pichardo Guizarnotegui Irene se ha concluido en contenido y metodológicamente para su presentación como examen profesional.

ATENTAMENTE
“LA CULTURA AL SERVICIO DEL PUEBLO”

M.S.P. GUADALUPE JOSEFINA PÉREZ GUTIÉRREZ
ASESOR DE TESIS PROFESIONAL





H. Puebla de Z. a 21 de Noviembre de 1997

**ASUNTO: ACEPTACIÓN DE PROTOCOLO
DE INVESTIGACIÓN.**

La que suscribe **DRA. DULCE MARÍA PÉREZ SUÁREZ**, Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, establece la **A C E P T A C I Ó N** del Protocolo de Investigación titulado "El oportuno diagnóstico de delirio en pacientes ancianos del Hospital ISSSTE, Puebla" presentado por Barrales Carreón María Esther Margarita, Hernández Viveros Minerva del Rosario y Pichardo Guizarnotegui Irene, alumnas de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, continuando así su investigación para sustentar examen profesional como requisito de titulación que establece el Reglamento General de Titulación de la Universidad y la Escuela de Enfermería.

ATENTAMENTE
"LA CULTURA AL SERVICIO DEL PUEBLO"

DRA. DULCE MARÍA PÉREZ SUÁREZ
DIRECTORA DE LA ESCUELA





DR. ENRIQUE PÉREZ ROMERO
MEDICO GERIATRA

Por medio del la presente hago constar que el trabajo de Tesis titulado "El oportuno diagnóstico de delirio en pacientes ancianos del Hospital ISSSTE, Puebla" presentado por las alumnas Barrales Carrón María Esther Margarita, Hernández Viveros Minerva del Rosario y Pichardo Guizarnotegui Irene se ha concluido en contenido para su presentación como examen profesional.

ATENTAMENTE
"LA CULTURA LA SERVICIO DEL PUEBLO"

DR. ENRIQUE PÉREZ ROMERO
ASESOR DE TESIS



CON RESPETO Y AMOR A DIOS
POR EL PRECIADO DON DE LA VIDA

A NUESTROS FAMILIARES
POR SU APOYO Y COMPRENSION

A NUESTROS ASESORES
M.C. GUADALUPE JOSEFINA PÉREZ GUTIÉRREZ
DR. ENRIQUE PÉREZ ROMERO
POR SU INVALUABLE AYUDA
PARA LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO

Y CON GRATITUD DEDICAMOS ESTA TESIS
A TODOS AQUELLAS PERSONAS QUE
CONTRIBUYERON PARA SU REALIZACION.

“ VIVE ”
ORACION DEL ANCIANO

Héme aquí, Padre Celestial, para agradecerte
por haberme dado larga vida; lo que
significa que guardas un amor especial por mí,
pues me has ofrecido la oportunidad de
ir acumulando más y más méritos para no
llegar ante tu trono con las manos vacías,
sino rebosante de denarios celestiales.

Te suplico que en el tiempo que todavía
me concedas vivir en la Tierra, sea Jesucristo
mi Maestro: para aprender a perdonar de
corazón a quienes me hayan hecho daño
y hacer el bien a mis enemigos; que yo
disfrute y sonría con Jesús, de las cosas
amables y bellas que Tú me prodigas cada
día; y también sepa sufrir heroicamente
pensando en los dolores que por mi padeció
mi Redentor en el Calvario. Sobre todo,
que a cada momento me vaya pareciendo a El
en el amor, sobre todo en el amor, para
que cuando Tú, mi Padre, vengas por mí,
porque ya ansías abrazarme, veas en el
rostro de mi alma algún rasgo del parecido
con Jesucristo y me lleves en brazos a gozar
de su GLORIA ETERNA.

Emma Gadey

LISTA DE ABREVIATURAS

I.S.S.S.T.E.	Instituto de Seguridad Social al Servicio de los trabajadores del Estado
A.P.A.	Asociación Americana de Psiquiatría (cifras en inglés)
DSM - III	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 3ª edición
DSM - III - R	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 3ª edición revisada
DSM - IV	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 3ª edición
MMSE	Examen de Estado Mental Mínimo
EEG	Electroencefalograma
C.I.E.	Clasificación Internacional de las Enfermedades
C.I.E. - 10	10ª Clasificación Internacional de las Enfermedades
U.C.I	Unidad de Cuidados Intensivos
DM II D	Diabetes Mellitus II descompensada
IRC - A	Insuficiencia renal crónica agudizada
STDA - B	Sangrado de tubo digestivo alto - bajo
TCE	Traumatismo craneo encefálico
EVC	Enfermedad vascular cerebral
IRAS	Infecciones respiratorias agudas
FX	Fractura
IVU	Infección de vías urinarias
HTA	Hipertensión arterial
GE	Gastroenteritis
DHE	Desequilibrio hidroeléctrico
RTU -A	Retención urinaria aguda
CA	Cáncer
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
FOM	Falla orgánica múltiple

INDICE

I	Introducción	1
	Planteamiento del problema	3
	Objetivos	4
	Justificación	5
	Marco teórico	7
II	Envejecimiento	
	2.1. Definición	10
	2.2. Cambios físicos asociados con el proceso de envejecimiento	10
III	Delirio	
	3.1. Definición	14
	3.2. Etiología	16
	3.2.1. Factores predisponentes	18
	3.3. Criterios de diagnóstico	19
	3.3.1. Valoración de los cambios conductuales y cognitivos en los exámenes del estado mental	19
	3.4. Evaluación clínica	21
	3.5. Instrumentos del diagnóstico	22
	3.6. Delirio versus demencia: condiciones separadas o un espectro de daño cognitivo	25
	3.7. Tratamiento	29
	3.8. Delirio como complicación medicamentosa	30
	3.9. Enfermedad metabólica	34
	3.10. Embolismo pulmonar	34
	3.11. Postquirúrgico	35
	3.12. Alteraciones del sueño	39
IV	Escalas del delirio	
	4.1. Manejo del delirio	41
	4.2. Escala de medición	
V	Hipótesis	44
VI	Vulnerabilidad para el delirio, es así como se desarrolla un modelo predictivo	46
VII	Historia natural del delirium en pacientes ancianos hospitalizados: un síndrome de heterogeneidad	47
VIII	Metodología	50
IX	Universo de trabajo	51
X	Resultados	52
XI	Comprobación de hipótesis	66
XII	Conclusiones	68
XIII	Sugerencias	70
	Referencia bibliográfica	71
	Anexos	72
	Bibliografía	80

I. INTRODUCCION

La vejez, como todo hecho que afecta al hombre es el resultado de su interacción con la naturaleza misma que no es estática sino cambiante, por esto, el hombre en su proceso de adaptación la transforma, modificando su estado de salud. De tal manera que el ambiente que rodea al hombre puede actuar de diversas maneras en la recuperación de la salud, en la conservación de la misma o ejerciendo influencias desagradables que rompan este equilibrio.

Así como parte de algunas influencias, se presenta en pacientes hospitalizados un desequilibrio denominado delirio. El **delirio** es una alteración mental orgánica caracterizada por inicio agudo, alteraciones del nivel de conciencia, curso fluctuante y disturbios en: orientación, memoria, pensamiento y comportamiento.

Se presenta del 11% al 26% de los pacientes ancianos internados, y está fuertemente asociado a una estancia hospitalaria prolongada.

A pesar de los beneficios potenciales que representa el tratamiento oportuno, incluyendo las intervenciones médicas y de enfermería muchos de los casos no son reconocidos por el equipo de salud.

Esto sugiere que los hospitales deben instituir programas para la detección clínica y la investigación del delirio.

Este trastorno se puede diagnosticar utilizando los criterios del DSM (Manual de Enfermedades Psiquiátricas), para la averiguación de su presencia o cuantificación de síntomas, se complementa mejor utilizando un instrumento de

evaluación semejante al uso corriente de escalas de grado de síntomas de depresión junto con los criterios del DSM (Manual de Enfermedades Psiquiátricas).

El delirio no puede ser valorado con una sola prueba cognitiva debido a que hay mucho que aprender sobre él: su epidemiología, neuropatofisiología y sus complicaciones.

El acostumbrarse al uso de estos instrumentos puede tener un impacto significativo en la detección, prevención y tratamiento del delirio principalmente en ancianos hospitalizados.

La participación del profesional de la Salud es importante para el Dx., Tx. Y pronóstico de pacientes con delirio, por tanto, con este trabajo de investigación para obtener el grado de Licenciatura en Enf. y Obst., sentamos las bases científicas de la necesidad en la capacitación y actualización sobre el síndrome de Delirio en pacientes ancianos que ingresan por urgencias, así como en la hospitalización.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El delirio es una alteración mental orgánica caracterizada por un inicio agudo, alteraciones del nivel de conciencia, curso fluctuante y disturbios en orientación, memoria, pensamiento y comportamiento, se presenta en el 11% al 26 % de los pacientes ancianos internados, esta fuertemente asociado a estancia hospitalaria prolongada, así como en pacientes que ingresan por urgencia.

Siendo el Hospital ISSSTE, una institución de tercer nivel con derechohabientes de diferentes grupos de edad, sexo, diagnóstico y tratamiento que, ameritan ser admitidos por urgencias y siendo además las investigadoras trabajadoras con una media de antigüedad de 15 años, deseamos conocer.

¿Existen registros de delirio en ancianos ingresan por Urgencias, y pacientes hospitalizados en los diferentes servicios del hospital ISSSTE. Puebla?.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la necesidad de educación en el personal de enfermería sobre la enfermedad denominada delirio en pacientes ancianos, en relación a los resultados de las encuestas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Identificar los registros de pacientes con diagnóstico de delirio.
2. Conocer la etiología, el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y apoyo familiar de pacientes identificados con diagnóstico de delirio.
3. Conocer las características socioeconómicas de pacientes con delirio.
4. Identificar los factores predisponentes
5. Identificar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre el tema.

JUSTIFICACION

En la mayoría de los hospitales, el 60% de las camas están ocupadas por viejos, excepto las de pediatría y gineco-obstetricia.

En algunos hospitales de especialidades pueden encontrarse hasta un 80% de ocupación.

También encontramos que más del 50% de los mayores de 60 años en México tienen por lo menos una enfermedad, alrededor del 30% tienen más de dos enfermedades y cerca de un 10% tienen tantas que se consideran inválidos y por tanto necesitan de asistencia.

El 10% de la población referida de más de cinco millones de ancianos casi un 95% son residentes en las instituciones gerontológicas, esto es en los asilos.

Se calcula que el país cuenta con 18.05% con camas gerontológicas y cerca de 120 médicos con calificación para prestar la asistencia geriátrica.

La mortalidad se ha modificado considerablemente en las últimas décadas. En México en 1900 la tasa de mortalidad era de 40 por 1000 habitantes. En 1950 fue de 16.1 por 1000 habitantes, en la actualidad se estima de 7 por 1000 habitantes, pero esto no es válido para los viejos ya que en ellos poco a poco o nada se ha ganado.

En nuestro país las tasas más altas de mortalidad se dan en los extremos de la vida, es mayor en el grupo de 60 y más años que para los infantes de 1 a 14 años.

A pesar de su impacto clínico, el delirio es frecuentemente irreconocible por los médicos al cuidado del paciente, en estudios recientes del 32% al 67% de los pacientes delirantes no fueron reconocidos por sus médicos.

El delirio es frecuentemente pasado por alto, confundiéndolo con demencia o alteración psiquiátrica tales como: depresión o mal atribuido a la senectud.

Por lo tanto la importancia en la identificación oportuna de pacientes con delirio, a su ingreso por urgencias, así como en pacientes hospitalizados permitirá un abordaje oportuno por parte del personal de enfermería capacitado, mismo que disminuirá los días de estancia, el costo de la atención y la solución de su problema de ingreso.

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

Los viejos siempre han tenido una gran ascendencia en la vida social tal vez por los ancianos que sobrevivían por estricta selección natural, que eran unos verdaderos sujetos llenos de dinamismo y de gran sabiduría. Para el abordaje del tema de investigación que nos ocupa se presenta una revisión bibliográfica general sobre la importancia de los ancianos dentro de la sociedad.

AMERICA: Los Ojiwas de América del Norte respetan y honran a sus ancianos, pero al final de la vida les hacían gran fiesta y uno de sus hijos con el corazón contrito de dolor se acercaba por detrás y daba muerte a sus padres con el tomahawk. Las mismas prácticas las realizaban los Chacos de Sudamérica.

Sin embargo, la mayoría de las tribus americanas desde Alaska, Canadá hasta la Tierra del Fuego, los consideran como sagrados, los cuidan y los respetan.

Los esquimales en cambio, al final de la vida acostumbraban dejarlos en el hielo en parajes abandonados, pues en su tradición decían que si eran devorados por un oso tendrían un futuro en la otra vida y reencarnarían en la fuerza y en la presencia de ese animal tan poderoso.

ASIA: China ha sido uno de los países donde los ancianos han sido más venerados y respetados a través de toda la historia de la humanidad.

TIBET: En el Tíbet los honran cuidándolos amorosamente porque dicen que los ancianos son los que están más cerca de los antepasados.

SIBERIA: Lo contrario sucede en este país, donde existe la costumbre de maltratarlos en venganza de los maltratos que ellos les dieron cuando eran jóvenes e incluso se mencionan ceremonias en donde los ancianos de la comunidad se les mata a lanzazos y puñaladas.

AUSTRALIA: Los australianos respetan y cuidan a sus viejos, en general las costumbres muestran una gran prevalencia del status y del rol en la sociedad de los ancianos a través de la historia tomados como guías, consejeros, ejemplo para la comunidad.

En México las transiciones demográficas y epidemiológicas provocan que se experimente un proceso de envejecimiento demográfico que incrementa los números absolutos porcentuales de la población en edad avanzada. Se proyecta que las cifras de 1900 de 3.1 millones de personas con edad de 65 y más componiendo el 3.7% de la población sean de 15.2 millones y 11.7% para 2030.

En México la población de 60 años y más ascendió en 1900 a casi 5 millones de personas lo que representa 6.1% de la población total del país, esto es resultado de una tasa de crecimiento anual de 3.1% superior a la registrada por la población total en los últimos 20 años por lo que se puede hablar de un envejecimiento de la población mexicana.

Estos cambios demográficos han traído consigo transformaciones en el perfil epidemiológico que se suma a los hallazgos existentes y al repunte de problemas que se consideraban superados.

En este sentido las necesidades de la población mayor de 60 años son un ejemplo claro del complejo reto que enfrentan los servicios de salud, los cuales idealmente deberían anticiparse a las necesidades de atención o al menos adecuar su respuesta a la atención demandada de este grupo.

Otras características importantes de esta población son la combinación de los efectos del envejecimiento con la aparición o el agravamiento de procesos patológicos preexistentes así como la confluencia de varias enfermedades crónicas, agudas y/o degenerativas en un mismo individuo.

II. ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso natural que comienza con el nacimiento, cuando una persona aumenta de edad, desarrolla un caudal de conocimientos, habilidades y aptitudes. Entreteje estas experiencias en su forma de vida y se convierte en un individuo único. Por tanto, merece respeto, atención, aceptación, afecto y cuidados cuando lo necesite.

El promedio de vida se ha incrementado aproximadamente a los 70 años, por lo que tenemos mayor número de personas de edad, que deberán tener mayor atención a sus necesidades.

2.1. DEFINICION.

El envejecimiento es un proceso biológico universal, endógeno, intrínseco, progresivo e irreversible que se caracteriza por un deterioro bioquímico y fisiológico que conduce a una disminución de las capacidades del organismo para adaptarse tanto en su medio interno como al medio ambiente externo, a la detención de nuestros sistemas autorregulados y que llevan inevitablemente como destino final la muerte.

2.2. CAMBIOS FISICOS Y FISIOLÓGICOS ASOCIADOS CON EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.

SISTEMA NERVIOSO: Cuando un individuo envejece, experimenta algunos cambios en su sistema nervioso, el cerebro recibe menos aporte sanguíneo. Las células del sistema nervioso central disminuyen en número y tamaño especialmente las del lóbulo frontal, y la velocidad de reacción disminuye.

Una persona anciana detecta con menos rapidez los cambios de temperatura de los objetos en contacto con su piel. La disminución del riego sanguíneo cerebral puede originar cambio en los procesos mentales. La memoria reciente es menor que la pasada. El anciano generalmente necesita menos horas de sueño.

METABOLISMO Y DIGESTION. El metabolismo de un individuo disminuye con la edad, lo que origina un pobre ajuste a los cambios de temperatura. Las glándulas salivales secretan menos saliva que contiene menos enzimas, y el sentido del gusto disminuye.

El estómago tiene menos ácido clorhídrico y menos enzimas; también disminuye la capacidad total del estómago y el paciente come menos. El intestino grueso disminuye de tono lo que origina estreñimiento crónico. La capacidad del hígado para desintoxicar al organismo de los medicamentos disminuye con la edad, por esta razón algunos medicamentos como el fenobarbital pueden acumularse en el cuerpo del paciente anciano y volverse tóxicos. Los dientes naturales probablemente necesitarán reemplazarse con prótesis.

SISTEMA CIRCULATORIO. Con la edad disminuye la capacidad del corazón de aumentar la fuerza y rapidez de los latidos cuando se realiza algún ejercicio.

Las arterias se vuelven menos elásticas y disminuye el nivel de tolerancia a la glucosa. Puede estar elevada la presión sanguínea del individuo como resultado de enfermedad. La anemia puede deberse a los hábitos alimenticios deficientes.

El anciano responde muy lentamente a los cambios de posición de su cuerpo como por ejemplo: el salir rápidamente de la cama puede originar caída de la presión arterial, lo que hará sentir al anciano vértigo, desfallecimiento y probablemente desmayo, durante un corto periodo de tiempo.

SISTEMA ENDOCRINO. Con la edad disminuye la producción de hormonas, puede haber muy fácilmente diabetes mellitus.

SISTEMA URINARIO. Como el individuo tiene disminución de la capacidad cardíaca para bombear la sangre, los riñones tiene menor cantidad de flujo sanguíneo; por lo cual, puede disminuir de tamaño y tener menos capacidad para concentrar la orina.

Puede haber nicturia, que es la presencia de micciones por la noche. En los varones, el crecimiento de la próstata puede dificultar el vaciamiento de la vejiga.

SISTEMA RESPIRATORIO. Los cambios en laringe y faringe pueden causar cambios de la voz; dichos cambios serán más notables si el paciente ha perdido el oído. El tejido pulmonar se vuelve menos elástico, lo cual aumenta el peligro de neumonía en el anciano.

SISTEMA MUSCULAR Y ESQUELETICO. Con la edad, disminuye el tono muscular, las células musculares se atrofian y los músculos por lo tanto se vuelven menos elásticos.

Esta pérdida de la elasticidad puede originar hernia. También puede haber osteoporosis, una situación patológica en la cual los huesos se vuelven más porosos y fácilmente se fracturan.

Los cartílagos se contraen y pueden endurecerse, dicha contracción origina disminución de peso. Puede haber cambios degenerativos en las articulaciones.

SISTEMAS REPRODUCTOR. Los ovarios en la mujer y los testículos en el hombre dejan de funcionar. El tono muscular de genitales externos disminuye con la edad. La disminución de la función hormonal no es indicio absoluto de cese de las relaciones sexuales.

PIEL. El anciano tiene menos tejido subcutáneo; por lo tanto, la piel pierde su efecto de aislante, por lo que las temperaturas extremas del medio ambiente afectan notablemente al anciano.

Las células de la piel disminuyen su capacidad de regeneración y se vuelven menos elásticas. El cabello se adelgaza y se vuelve gris. Las glándulas sebáceas y sudoríparas disminuyen su funcionamiento. Esto origina sequedad de la piel. Las uñas de los dedos de los pies y manos, se vuelven duras, gruesas y quebradizas.

SISTEMA SENSORIAL.

VISION. Debilitamiento de la estructura hística de sostén y disminución de la elasticidad del músculo del párpado.

EFFECTOS: Disminución de la movilidad ocular, desviación de los ojos, movimientos oculares espasmódicos. Entropion (inversión del borde del párpado inferior). Ectropion (Eversión del borde del párpado inferior).

CONSECUENCIAS: Arrugas y flojedad de la piel alrededor de los párpados.

Lesión en córnea y conjuntiva por la inversión o eversión del párpado.

III. DELIRIO

3.1. DEFINICION.

Trastorno agudo, transitorio de la cognición y la atención, acompañado a menudo por alteraciones del ciclo sueño-vigilia y del comportamiento psicomotor, como insomnio, desorientación, somnolencia y alucinaciones.

El deliro es un síndrome clínico caracterizado por una alteración aguda de la atención y el conocimiento, ha sido descrito desde hace 2500 años atrás, y hasta 1980 con la publicación del DSM III (Manual de Enfermedades Psiquiátricas) se establecieron los criterios de diagnóstico. Aún a pesar de su frecuencia, del 14% al 56% en los ancianos hospitalizados y a su asociación con el índice de mortalidad, sólo un puñado de estudios recientes han estudiado prospectivamente los factores de riesgo a este importante problema clínico. A pesar de su impacto clínico, el delirio es frecuentemente irreconocible por los médicos al cuidado del paciente.

En estudios recientes el 32% al 67% de los pacientes delirantes no fueron reconocidos por sus médicos. El delirio es frecuentemente pasado por alto, confundido como demencia o alteración psiquiátrica tales como depresión o un mal atribuido a la senectud.

Se han hipotetizado varias razones de esta falta de reconocimiento. Hay una falta de apreciación del delirio como una potencial emergencia médica y

muchos médicos desconocen que el delirio puede ser la única manifestación de un compromiso grave del organismo: por infección, sepsis o infarto al miocardio.

Por otra parte el delirio no es observado como un importante síndrome clínico porque sus etiologías variadas y múltiples rompen con el patrón clásico de enfermedad y la tendencia a la búsqueda de causas simples de enfermedad.

Médicos y enfermeras esperan que el delirio se presente con agitación, alucinaciones y un comportamiento inapropiado, mientras que en anciano frecuentemente se presenta con aletargamiento y disminución de las actividad, lo cual es fácilmente pasado por alto. Finalmente la naturaleza fluctuante del delirio puede confundir los diagnósticos, inclusive los médicos pueden equivocarse al apreciar intervalos de lucidez como una característica del síndrome.

El conocimiento de la evolución del daño es esencial para distinguir delirio de demencia, o para distinguir al delirio sobre impuesto a una demencia preexistente. Finalmente, la ausencia de criterios de diagnóstico aplicados así como de un instrumento aceptado para su evaluación han contribuido al no reconocimiento del problema.

El punto clave en el reconocimiento del delirio es el diagnóstico. El diagnóstico del delirio es inicialmente clínico, basado en la cuidadosa observación y conocimiento de los factores claves. Inicio agudo y fluctuante de curso, falta de atención, pensamiento desorganizado y nivel alterado de la conciencia.

Una catástrofe común en la sala hospitalaria es encontrar pacientes ancianos clasificados como dementes con un delirio irreconocible.¹

3.2. ETIOLOGIA.

El delirio se puede presentar en todos los grupos de edad, pero su incidencia aumenta con cada década después de los 40. Es una causa significativa de morbilidad y mortalidad entre la población anciana. Del 15% al 30% de los casos progresan al estupor, coma y muerte. La muerte puede ocurrir en cuestión de días o semanas si la causa del delirio no se detecta y trata.

La prevalencia del delirio en los ancianos es el resultado de una degeneración de cambios fisiológicos y al incremento de incidencia de enfermedad y medicamento.

Cabe hacer notar, que los pacientes con demencia están predispuestos al delirio, debido a su daño cerebral.

Sin embargo, no se encuentra con frecuencia una etiología específica del delirio.

El cerebro sufre cambios degenerativos durante la ancianidad, lo cual predispone al anciano a los efectos colaterales de los medicamentos y a las complicaciones cognitivas de una enfermedad sistémica.

Los efectos de las drogas también afectan más al anciano, aún a dosis bajas. Todo esto por sus cambios fisiológicos.

La albúmina disminuye un 25% manteniendo la circulación de drogas libre en el suero sanguíneo.

Hay disminución del flujo sanguíneo, del hígado y células hepáticas; disminuyendo la función enzimática y por ende un metabolismo bajo de las drogas.

La disminución del flujo sanguíneo renal y del número de glomérulos funcionales da como resultado disminución en la depuración de creatinina.

Cambios normales de la edad relacionados con el cerebro incluyen: pérdida de neuronas, disminución de la conexión dendrítica entre neuronas, disminución de flujo sanguíneo cerebral, y disminución de neurotransmisores son particularmente sensibles a los cambios de la edad y se piensa que una predisposición del paciente anciano al delirio incluyen dopamina y acetil colina.

La etiología del delirio en el anciano es compleja y multifactorial, incluyendo la interacción de factores precipitantes superimpuestos a un paciente vulnerable con condiciones predisponentes. La identificación de las causas subyacentes es de vital importancia en cuanto que es más fácil el tratamiento de muchas causas y el no tratarlas resulta en una elevada mortalidad.

En suma el diagnóstico diferencial en el paciente anciano es más difícil por la frecuencia inespecífica, atípica o presentación muda de las enfermedades subyacentes en este grupo. De hecho, el cambio del estado mental es comúnmente el único signo de padecimiento subyacente: neumonía, sepsis o IAM, en el paciente anciano.²

3.2.1. FACTORES PREDISPONENTES

a) FACTORES FISICOS. En varios prospectivos se han tratado de identificar los factores predisponentes al delirio en el paciente anciano; se identificaron algunos factores de riesgo comunes: edad avanzada, daño cognitivo subyacente preexistente, enfermedad crónica severa y daño funcional. Estos estudios tienen importantes limitaciones metodológicas para la identificación de los factores predisponentes. Algunos de ellos fallan al separar los casos prevalentes de delirio (presenta en la admisión) de los casos incidentes (suceden durante la hospitalización), paso necesario que define el riesgo o el factor de riesgo que antecede el inicio del delirio. Es necesario por lo tanto, un modelo predictivo válido para el delirio.

Se han propuesto muchos factores precipitantes para el delirio pero lo que sucede durante la hospitalización incluyendo medicaciones, padecimientos interrecurrentes, infecciones, alteraciones metabólicas, deshidratación, deprivación alcohólica, retención urinaria aguda, factores del medio ambiente psicosociales.

Los medicamentos son la causa más común de delirio reversible principalmente aquéllos con efectos psicoactivos tales como hipnóticos sedativos, narcóticos y otros con efectos anticolinérgicos. Muchos otros medicamentos contribuyen también al delirio: digitálico, beta bloqueadores, drogas antiinflamatorias no esteroides y antibióticos.

b) FACTORES PSICOSOCIALES. Estos contribuyen a delirio en el hospital: depresión, estrés psicológico, y soporte social bajo; y han sido sistemáticamente examinados en pocos estudios.

3.3. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

El desarrollo de criterios de diagnóstico para el delirio ha sido un proceso reciente el DSM III-R (Manual de Enfermedades Psiquiátricas en su versión revisada), proporciona criterios estándares que han sido utilizados como la base para estudios previos del delirio.

Sin embargo, estos criterios no han sido valorados por su especificidad y sensibilidad diagnóstica.

Existe un considerable desacuerdo en cuanto a los factores esenciales en el diagnóstico del delirio y los que son meramente soportivos. Así, la definición de delirio no se ha establecido y se esperan los nuevos criterios en el DSM - IV (Manual de Enfermedades Psiquiátricas), y en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición (ICD - 10) basados en una concienzuda opinión de expertos.

3.3.1. VALORACION DE LOS CAMBIOS CONDUCTUALES Y COGNITIVOS EN LOS EXAMENES DEL ESTADO MENTAL.

Con frecuencia se presentan en el servicio de urgencias pacientes, con un cambio agudo del comportamiento.

Los pacientes con trastorno conductual o cognitivo, deben tratarse de una manera organizada. La parte más importante de su atención consiste en determinar si la etiología de su disfunción es orgánica o funcional. La historia clínica, el examen físico, junto con los estudios complementarios y de laboratorio, deben estar orientados hacia este objetivo.

El examen del estado mental desempeña un papel crítico en el establecimiento del diagnóstico, éste debe ser conciso y focalizado hacia un examen del estado mental del paciente en siete áreas principales: sentimientos, atención, lenguaje, orientación, memoria, habilidad viso de espacialización y conceptualización:

Muchos cuestionarios han surgido como factores relacionados con la hospitalización: privación del sueño, medio ambiente no familiar, cambios frecuentes de cuarto, ausencia de ventanas, dolor, disminución de la movilidad, instalación de catéteres, sondas vesicales, y otras causas de atrogenias. Sin embargo, todos los estudios evaluaron los factores precipitantes en pequeños grupos ejemplos, sin un adecuado control de los factores de confusión: edad o enfermedad subyacente. Así las conclusiones acerca del papel independiente de los factores de riesgo para el delirio no se pueden delimitar de estos estudios, mas aún, múltiples causas interactuantes no han sido consideradas.

En suma los casos prevalentes del delirio presentes en la admisión, deben ser cuidadosamente separados de los casos incidentes desarrollados durante la hospitalización, los cuales comúnmente difieren en etiología y pronóstico.³

3.4. EVALUACION CLINICA

Con la presencia de rangos de presentación del delirio del 14% al 56% y de demencia 3% al 25% la evaluación de ingreso hospitalarios de los pacientes ancianos hospitalizados, debe incluir una valoración cognitiva formal. Esta debe establecer el estado base del paciente, determinar la presencia del delirio o demencia y definir la capacidad de decisión juzgada por el médico, así como su habilidad de comunicarse.

Hay muchos métodos breves válidos : mini mental, state evaluation de 30 y el cognitive capacity screening. Se puede emplear el test de aproximación empírica a la evaluación del delirio en pacientes ancianos hospitalizados, que si bien proporcionan únicamente una guía general que debe ser complementada por otros instrumentos de evaluación más específicos.

En vista de que los medicamentos contribuyen en un 22% al 39% de los casos de delirio, la revisión de los medicamentos actuales del paciente incluyendo los agregados, debe ser revisada minuciosamente en la entrevista; particularmente aquellos con efecto sedativos-hipnóticos (fluracepan, diasepam), narcóticos y medicamentos con efectos anticolinérgicos (difenhidramina), los cuales deben retirarse o al menos cambiarlos por otros menos tóxicos.

61052

3.5. INSTRUMENTOS DEL DIAGNOSTICO

La examinación del estado mental - mínimo (MMSE - Prueba mínima para la determinación del Estado Mental) es una breve prueba estructurada de la función cognitiva. Es frecuentemente usada como proyección o un instrumento de hallazgo - casos para la detección desordenes mentales orgánicos o daño cognitivo.

Sin embargo, muchos clínicos han incorporado el MMSE dentro de su examinación clínica del estado mental. E n ambos contextos, con frecuencia se utilizan valoraciones intermedias para la interpretación de los resultados, al final se toma como evidencia de la disfunción cognitiva. Sin embargo, cuando la prueba es aplicada como parte de una examinación del estado mental, la aplicación de una corte de valoración falla al tomar en cuenta la información clínica prioritaria la cual es crítica para la interpretación de todos los test de diagnóstico.

En el método propuesto, los lineamientos para la interpretación están basado en la probabilidad de ausencia de enfermedad orgánica en cada puntaje potencial. Los registros son interpretados en términos de su consistencia o inconsistencia con una impresión diagnóstica anterior. Tomando en cuenta la información clínica anterior y juicio clínico. Aunque muy diferente de la forma tradicional de interpretar el MMSE, el método propuesto puede proponerse en un nivel intuitivo y no requiere cálculos matemáticos que sean incómodos en encamados.

La popularidad del MMSE se debe en parte a su brevedad (se puede aplicar aproximadamente en 1 ó 5 minutos) y también al hecho de que un test clínico breve no alternativo había demostrado un desarrollo superior.

El MMSE puede ser utilizado como instrumento de evaluación auxiliar en la detección de delirio, demencia u otro padecimiento caracterizado por disfunción cognitiva ya sea en la clínica o en un grupo base de la población, sin embargo, ésta no es su única aplicación.

Cuando el MMSE es utilizado como búsqueda o hallazgo de casos, la interpretación de los resultados es directa: todos los pacientes con riesgo menor al establecido (o de escala de corte) son positivos al examen, y requieren de una evaluación más minuciosa. Pero cuando el MMSE es incorporado a la valoración del estado mental clínico, su interpretación es más compleja, la razón principal de su complejidad es el clínico que aplica la evaluación en la práctica clínica, usualmente tiene un considerable conocimiento previo del paciente. La aplicación de un corte de registro se integra pobremente dentro del proceso usual del juicio clínico. El registro de corte usual para el MMSE es de 24. En un programa de evaluación puede ser aceptable clasificar todos los resultados como "pasa o falla" si el resultado es menor de 24 o mayor respectivamente. En contraste, en la práctica clínica es menos aceptable para el clínico al interpretar los puntajes decir 3 ó 4 equivale al puntaje de 23.

Uno de los inconvenientes de utilizar un corte de recuento al interpretar el test es que esta aproximación no toma en cuenta información clínica anterior. En la práctica clínica, antes de emplear el MMSE, el clínico ya tiene información

suficiente sobre el paciente, por ejemplo, si se va a aplicar el MMSE como parte de una entrevista antes de aplicar la prueba. En muchos casos con la simple historia clínica se tienen datos clínicos o signos que sugieren si el paciente tiene disfunción cognitiva. De esta forma, cuando el médico podría aplicar un MMSE él ya tiene la impresión clínica del daño cognitivo del paciente. Es bien sabido que la probabilidad pretest tiene mayor impacto en el valor predictivo del test diagnóstico, así parece más apropiado que la información pretest debiera ser incorporada a la interpretación de los resultados del MMSE.

Hay mucha discusión en la literatura sobre cómo incorporar la información clínica previa a la interpretación de los test diagnósticos. La discusión generalmente está enfocada sobre los principios de la probabilidad condicional (Teorema de Bayes).

La interpretación del MMSE en la práctica clínica incluye tomar un resultado como: congruente con o, incongruentemente, una interpretación diagnóstica previa si el médico ya tiene una impresión clínica de que su paciente tiene una alteración orgánica que le condiciona una disfunción cognitiva, el MMSE podría proveer una calificación de si es congruente con la impresión diagnóstico original, en este caso, la interpretación del test es directa, la impresión diagnóstica permanece sin cambio, segundo un resultado podría cambiar o sugerir el nuevo análisis del clínico de la impresión original. Esto pudiera ocurrir si la impresión diagnóstica no dio la calificación sobre el test. Así una aproximación a la interpretación es libremente análoga a la estructura lógica de un test estadístico utilizando la investigación; hay una hipótesis anterior (en la investigación

usualmente hay una hipótesis nula), esta hipótesis si el dato observado aparece incongruente con ella.

Si un clínico tiene un diagnóstico anterior de que el paciente tenga disfunción cognitiva, una forma de interpretar la calificación del MMSE es permitir la suma de puntajes y permitir el cambio de la impresión diagnóstica si el resultado es incongruente con los resultados de calificación. Si el MMSE proporciona un puntaje altamente incongruente con el diagnóstico, éste debe ser reevaluado. Los datos públicos sugieren que si hay una fuerte impresión diagnóstica de que el paciente no tiene delirio, demencia, o alteración cognitiva, solamente calificaciones muy bajas de aproximadamente 10 - 12 o menos, son suficientes para ser compatibles con tal impresión diagnóstica y cambiarla.

Utilizando este método de interpretación parece ser que solamente, calificaciones extremas son capaces por ellas mismas de cambiar el diagnóstico anterior. Lo mismo pasa con puntajes muy altos el diagnóstico puede cambiar la impresión diagnóstica de existencia del delirio, demencia o daño cognitivo.

3.6. DELIRIO VERSUS DEMENCIA: CONDICIONES SEPARADAS O UN ESPECTRO DE DAÑO COGNITIVO.

Demencia y delirio se han reconocido y definido como dos condiciones por separado en la literatura médica y psiquiátrica. Son realmente dos condiciones separadas que representan el final de un daño cognitivo. Varios puntos de evidencia sugieren una interrelación o una parte en común de estas dos

condiciones. Primero, la demencia reversible se ha reconocido como una identidad clínica, si bien menos frecuente que previamente creído y segundo, el delirio puede ser por mucho más persistente, en un estudio reciente el 18% y 21% respectivamente resolvieron sus síntomas de delirio en 6 - 3 meses respectivamente posterior a su egreso hospitalario; finalmente la demencia se considera un factor de riesgo para el delirio y se estima que cerca de dos tercios de delirio ocurren sobreimpuestos a la demencia. En este punto, diagnosticar el delirio de la demencia es particularmente difícil, puesto que los instrumentos de evaluación pierden sensibilidad y especificidad en la fase de demencia severa. El delirio conduce a la demencia, investigadores anteriores han postulado que el delirio en pacientes ancianos hospitalizados pudiera representar una demencia irreconocida enmascarada por enfermedad aguda, sin embargo, otros hipotetizan que el delirio por sí mismo puede llevar a daño cognitivo crónico, todavía la pregunta se mantiene sin respuesta.

Son necesarios estudios posteriores para establecer los factores clínicos específicos del delirio, para mejorar los criterios de diagnóstico (incluyendo aquéllos que diagnostican el delirio en la fase aguda de demencia) y establecer los instrumentos más eficaces para los propósitos de investigación.

Entre los pacientes ancianos médicos o quirúrgicos hospitalizados, el 30% estaban delirantes en la admisión o iniciaban su delirio en algún momento de su atención hospitalaria. Cabe hacer que más de la mitad de los pacientes dementes admitidos al hospital también estaban delirantes.

Cuatro factores asociados a la presencia del delirio y su diagnóstico en los ancianos hospitalizados fueron: infección de vías urinarias, albúmina en suero baja, leucos elevados y proteinuria. La existencia de uno o más de estos elementos, deben poner en alerta al médico ante la sospecha de delirio.

Las características principales del delirio son pensamientos desorganizados y reducida capacidad para sostener o desviar la atención. Otros síntomas incluyen nivel reducido de conciencia, alteraciones perceptuales, alteraciones del ciclo sueño. Cambios en la actividad psicomotora, desorientación y alteración de la memoria.

El inicio de los síntomas es relativamente rápido, el curso fluctúa rápidamente en el transcurso del día lleno de confusión extrema a periodos de lucidez y la duración varía desde muy breve hasta horas o días.

Existe un considerable desacuerdo en cuanto a los factores esenciales en el diagnóstico del delirio y los que sólo son meramente de soporte. Así la definición de delirio no se ha establecido todavía y se esperan los nuevos criterios en el DSM-IV (Manual de Enfermedades Psiquiátricas) y en la clasificación internacional de enfermedades, décima edición (ICD-10) basados en una concienzuda opinión de expertos.

Instrumento de diagnóstico, 18 instrumentos publicados, diseñados específicamente para la evaluación del delirio, solo 2 completan 4 criterios básicos para el diagnóstico del delirio: el (CAM) Método de evaluación de confusión y la Escala del Grado de Confusión (DRS) 1) validación específica para usarse en el

delirio, 2)capacidad para distinguir delirio de demencia 3)valoración de múltiples factores del delirio y 4)posibilidad de usarse en pacientes delirantes.

La demencia junto con el delirio, son los dos desórdenes mentales más prevalentes entre la población anciana psiquiátrica. Aunque ambas tienen alteraciones cognitivas, el delirio es usualmente transitorio y amenazador que indica disfunción fisiológica o cerebral. Mientras que la demencia es un proceso crónico de deterioro que significa pérdida patológica de neuronas. Cabe hacer notar que con mucha frecuencia el delirio se superpone a la demencia y que los dos síndromes se pueden presentar simultáneamente en la misma persona. Así el paciente con demencia es sospechoso de delirio como diagnóstico adicional.

Otros aspectos que pueden ayudar en el diagnósticos diferencial:

- Alucinaciones comunes vividas en el delirio pero relativamente raras en la demencia excepto en etapas muy tardías.
- Intervalos lúcidos.
- Sueño generalmente muy alterado en el delirio y menos en la demencia.
- E.E.G. anormal en muchos de los pacientes delirantes y muchas veces normal en los pacientes con demencia temprana. Cabe hacer notar que un E.E.G. marcadamente alterado en una persona con daño cognitivo medio., sugiere fuertemente delirio; pero un registro medianamente lento es compatible tanto con delirio como con demencia.

En el paciente demente conocido, se produce un estado agitado producido por tensión psicológica o por el medio ambiente que con frecuencia tiene que ver con el cuidador. Orden complicado, impaciencia, acusación y cambios del medio

ambiente suelen ser los factores precipitantes. Aunque este tipo de reacción puede parecerse al delirio, es esencialmente deferente. El inicio, duración y factores de atención del delirio y la reacción catastrófica son similares, pero en el delirio usualmente faltan los precipitantes del medio ambiente que caracterizan esta reacción catastrófica. Las alucinaciones son frecuentes en el delirio pero raras en la reacción catastrófica, igualmente esta última no se acompaña de alteraciones en el E.E.G.

3.7. TRATAMIENTO

El delirio es más frecuente en los ancianos debido a sus cambios fisiológicos, incidencia incrementada de enfermedad médica y el uso incrementado de medicamentos. El paciente anciano demente está particularmente predispuesto a presentar delirio por su asociación a las alteraciones neurológicas. El delirio por su asociación a las alteraciones neurológicas, con frecuencia se sobrepone a una condición de demencia y esto puede complicar, diferenciar una demencia atípica o una reacción catastrófica. El diagnóstico correcto es necesario, así como una investigación minuciosa de alguna causa oculta,

El delirio se resuelve si se trata adecuadamente la causa subyacente. El tratamiento requiere mantener un medio ambiente cómodo para el paciente y cuando sea necesario, la administración de neurolépticos de alta potencia.

El delirio se puede presentar en todos los grupos de edad. Pero su incidencia aumenta con cada década después de los 40. Es una causa significativa de morbilidad y mortalidad entre la población anciana.

Del 15% al 30% de los casos progresan al estupor, coma y muerte; ésta puede ocurrir en cuestión de días o semanas si la causa del delirio no se detecta y trata.

El delirio se define como un estado caracterizado por déficit en la atención, pensamiento desorganizado y curso fluctuante. Las causas subyacentes ocultas son numerosas, pero la más frecuente son problemas médicos múltiples y los efectos colaterales de los medicamentos. Los pacientes con demencia están predispuestos a sufrir delirio.

Más del 50% de pacientes dementes admitidos en los hospitales están delirantes haciendo el diagnóstico apropiado complicado.

En este artículo se revisa el abordaje en primer nivel de atención para el diagnóstico y tratamiento de las causas más comunes del delirio. Se incluye también una discusión de cómo manejar al paciente demente con delirio concomitante.⁴

3.8. DELIRIO COMO COMPLICACION MEDICAMENTOSA

La complicación medicamentosa es la causa número uno del delirio. En forma particular se incluyen agentes colinérgicos, incluyendo antidepresivos y antipsicóticos (amitriptilina, doxepin, clorpromacina y tioridazina), así como

preparados para la tos no indicados, agregando el antidiarreico difenoxilato con sulfato de atropina, el cual es un potente anticolinérgico.

Otras drogas psiquiátricas incluyen las benzodiacepinas (diacepam o fluoracepam), los cuales tienden a acumularse gradualmente debido a su larga vida media.

Agentes cardiovasculares. Incluyen los diuréticos metildopa, propanol y digitálicos, aunque muchos de estos medicamentos actúan centralmente en el cerebro, los diuréticos usualmente causan delirio por desequilibrio hidroelectrolítico o deshidratación. Más del 20% de los pacientes digitalizados presentaron delirio o depresión.

Cimetidina una antagonista de receptor H_2 ha sido asociado con estados confusionales reversibles, especialmente en pacientes graves. También inhiben la actividad enzimática del hígado, resultando en un aumento en la concentración sérica de otras drogas con efectos sobre el sistema nervioso central, como los anticolinérgicos.

Analgésicos narcóticos, principalmente meperidina y pentazocina. Xantinas tales como cafeína y teofilina, que actúan desencadenando delirio en el anciano, aún cuando estas sustancias habían sido bien toleradas por el mismo individuo en su juventud.

Los efectos de las drogas también afectan más ancianos aún en dosis bajas. Todo esto por sus cambios fisiológicos.

La albúmina disminuye en un 25% manteniendo la circulación de drogas libre en el suero sanguíneo, hay disminución del flujo sanguíneo del hígado y

células hepáticas, disminuyendo la función enzimática y por ende un metabolismo bajo de las drogas.

La disminución del flujo sanguíneo renal y del número de glomérulos funcionales, da como resultado disminución en la depuración de creatinina. Cambios normales de la edad relacionados con el cerebro incluyen: pérdida de neuronas, disminución de la conexión entre neuronas, disminución del flujo sanguíneo cerebral y disminución de neurotransmisores y receptores a través del cerebro.

Los neurotransmisores son particularmente sensibles a los cambios de la edad y se piensa que una predisposición del paciente anciano al delirio incluyen dopamina y acetilcolina.

Hospitalización: entre los pacientes ancianos con tratamiento, médico o quirúrgico hospitalizados, el 30% estaban delirantes en la admisión o iniciaban su delirio en algún momento de su estancia hospitalaria.

~~Cabe hacer~~ que más de la mitad de los pacientes dementes admitidos al hospital también estaban delirantes.

Cuatro factores asociados a la presencia del delirio y su diagnóstico en los ancianos hospitalizados fueron: Infección de vías urinarias, albúmina en suero baja, leucos elevados y proteinuria. La existencia de uno o más de estos elementos, debe poner al médico ante la sospecha de delirio.

Privación de sustancias.

Típicamente el paciente inicia confusión y agitación como resultado del delirio 2 a 3 días después de su admisión.

Las sustancias implicadas son: alcohol en el varón; y sedativo - hipnóticos en la mujer.

Signos y síntomas.

Las características principales del delirio son pensamiento desorganizado y reducida capacidad para sostener o desviar la atención.

Otros síntomas incluyen nivel reducido de conciencia, alteraciones perceptuales, alteraciones de un ciclo de sueño, despierto, cambios en la actividad psicomotora, desorientación y alteración de la memoria.

El inicio de los síntomas es relativamente rápido, el curso fluctúa rápidamente en el transcurso del día yendo de confusión extrema a periodos de lucidez y la duración varía desde muy breve hasta horas o días.

Diagnóstico diferencial.

La demencia junto con el delirio, son los dos desórdenes mentales más prevalentes entre la población anciana psiquiátrica. Aunque ambas tienen alteraciones cognitivas, el delirio es usualmente transitorio y amenazador que indica disfunción fisiológica o cerebral. Mientras que la demencia es un proceso crónico de deterioro que significa pérdida patológica de neuronas. Cabe hacer notar que con mucha frecuencia el delirio se superpone a la demencia y que los dos síndromes se pueden presentar simultáneamente en la misma persona. Así el paciente con demencia es sospechoso de delirio como diagnóstico adicional.

Otros aspectos que pueden ayudar en el diagnósticos deferencial:

- Alucinaciones comunes vividas en el delirio pero relativamente raras en la demencia excepto en etapas muy tardías.

- Intervalos lúcidos.
- Sueño generalmente muy alterado en el delirio y menos en la demencia.
- Electroencefalograma anormal en muchos de los pacientes delirantes y muchas veces normal en los pacientes con demencia temprana. Cabe hacer notar que un E.E.G. marcadamente alterado en una persona con daño cognitivo medio, sugiere fuertemente delirio; pero un registro medianamente lento es compatible tanto con delirio como con demencia.

3.9. ENFERMEDAD METABOLICA

Dentro de las principales para el delirio:

- Hipoxia secundaria a enfermedad pulmonar obstructiva, anemia y otros.
- Desequilibrio electrolítico con o sin deshidratación.
- Carcinoma: por metástasis cerebral o en fase terminal.
- Hipoperfusión cerebral; por enfermedad vascular (cardiovascular)
- Por enfermedad endocrina; de tiroides o Diabetes Mellitus.

3.10. EMBOLISMO PULMONAR.

Causa de confusión aguda en el anciano. Numerosos ancianos se admiten en el hospital con un estado confusional agudo. En muchos de ellos, la causa subyacente se encuentra fácilmente pero en buena proporción el diagnóstico correcto es muy difícil.

Se presentan dos casos de confusión aguda debida a hipoxia en los que el dx. de embolia pulmonar se hizo muy tarde.

Se discute la importancia de consolidar este diagnóstico en todos los pacientes con un ACS (Causa de Confusión Aguda), así como la valoración del análisis de gasometría.

La confusión aguda es común en el anciano y se reconoce a la hipoxia cerebral por neumonía y/o falla cardíaca como causa.

La otra causa común de hipoxia, embolismo pulmonar, es clínicamente difícil de diagnosticar y también olvidada o solamente encontrada postmortem.

Presentamos dos casos de pacientes ancianos que presentaron confusión aguda embólica pulmonar múltiple y problemas neuropsiquiátricos.

Es muy importante considerar embolia pulmonar en todos los casos de confusión aguda, aún así, como en el primer caso, no hay signos o síntomas de referencia respiratoria.

El análisis de la gasometría es una investigación simple, frecuentemente animal en este tipo de pacientes confundidos por hipoxia.

Recomendamos el análisis de gasometria sanguínea primeramente en toda confusión aguda de causa incierta.

3.11. POSTQUIRURGICO

La incidencia del delirio postquirúrgico depende de muchos factores aparte del procedimiento quirúrgico, incluyendo la edad, estado cognitivo preoperatorio y estado médico del paciente así como las drogas en la premedicación y anestesia.

La incidencia de delirio en intervalos fue del 7 - 14%, los pacientes que mantuvieron un riesgo elevado para el delirio. La incidencia postquirúrgica de aneurisma aórtica fue del 46%.

El delirio se presenta en un 10% de los ancianos de cirugía general postquirúrgica y es mayor del 50% en aquellos que sufrieron fractura de cadera y reparación de la misma, la etiología es multifactorial. El delirio presagia un daño cognitivo permanente.

Lipowski ha distinguido entre delirio postquirúrgico 2 emergencias (emergencia e intervalo). Esta se desarrolla dentro de las 24 horas postquirúrgicas.

Delirio intervalo: el cual ocurre después de un intervalo lúcido de uno o más días.

Excitación de emergencia: se refiere a una inquietud transitoria o agitación transitoria.

Somnolencia de emergencia: se refiere a una recuperación retardada de la función cognitiva o coma prolongado después de la anestesia.

El delirio usualmente se presenta en los primeros 4 días después del acto quirúrgico esto se reconoce en la primera noche cuando se encuentra al paciente desorientado y agitado, se puede identificar en muchos pacientes una fase de prodromos: en esta fase, el paciente se observa irritable, perplejo o separado, ser evasivo o molesto.

El daño en la tensión es el factor central del delirio. El paciente está altamente distraído e incapaz para dirigir, sostener, o desviar la atención apropiadamente, las preguntas se le deben repetir varias veces y el paciente presenta problemas en la valoración para decir los meses del año hacia atrás o contar hacia atrás. Aquí se debe tomar en cuenta el nivel de educación del paciente.

El daño cognitivo en el delirio característico fluctúa en el tiempo, en forma típica hay periodos lúcidos en la mañana con alteraciones máximas por las noches.

Se pueden reconocer dos tipos clínicos del delirio en base al comportamiento y estado de alerta del paciente, la variante agitado o hiperalerta, hiperactivo del delirio, se caracteriza por signos de una sobreactividad del sistema nervioso simpático alerta incrementada a los estímulos e hiperactividad psicomotora. Esta sobreactividad puede ser repetitiva en episodios tales como "arranques en coma o incluir agresión física o verbal.

En la forma tranquila del delirio o hipoalerta, hipoactivo los pacientes muestran una disminución en la respuesta a estímulos y comportamiento de aislamiento.

Algunos pacientes muestran un patrón mixto psicomotor con episodios impredecibles de agitación o letargia.

Se ha demostrado que el paciente con un delirio tranquilo tiene mayor daño cognitivo y una estancia hospitalaria más prolongada que los pacientes agitados.

El delirio agitado es típico de la privación alcohólica y el delirio tranquilo de alteraciones metabólicas.

El pensamiento se altera progresivamente en el delirio. El lenguaje se vuelve errante, ilógico e incoherente y éste daña su capacidad de juicio.

Las ilusiones están presentes en el 70% de los pacientes con delirio postquirúrgico.

Asterixis, temblor en sacudidas de extensiones, manos hiperextendidas, son características de alteraciones metabólicas mioclonos multifocal, más frecuente en los músculos de la cara y hombros y signos parietales transitorios como aproxia, afasia, y agafia se han descrito también en los pacientes con delirio.

El delirio es un síndrome psiquiátrico común en los ancianos postquirúrgicos, es frecuentemente confundido por demencia o por depresión. La demencia se confunde porque está asociada con un daño global de la función cognitiva y la distinción con el delirio puede ser difícil en cuanto que los dos síndromes comúnmente coexisten en los ancianos.

El patrón que los distingue en el inicio del daño cognitivo o pseudodemencia un comportamiento agitado o de aislamiento, puede presentarse en los pacientes deprimidos y las alteraciones del humor suele ser un factor para el delirio. La distinción entre estas dos alteraciones es usualmente directa, aunque las dificultades suelen presentarse en la fase prodrómica del delirio.

Una lentitud generalizada del trazo encefalográfico, particularmente del ritmo alpha sucede en la mayoría de los pacientes con delirio y el grado de lentitud se relaciona con la severidad del daño cognitivo.

La lentitud del ritmo alpha se presenta con el incremento de la edad y es muy marcado en los pacientes dementes. El alcohol y drogas están más asociados con registros rápidos de EEG que con lentos.

El EEG puede ser un método adecuado para los pacientes en los que se tiene duda del delirio, aunque en los pacientes ancianos y aquéllos con demencia se puede requerir registros seriados para confirmar el diagnóstico y progreso del monitoreo.

El manejo del delirio requiere de un tratamiento vigoroso de la causa reversible, aplicación de medidas de soporte para disminuir en la medida de lo posible las consecuencias de una confusión aguda.

Los sedativos generalmente no son necesarios hay evidencia que el cuidado meticuloso de médicos y enfermeras en mantener la orientación del paciente, puede reducir la incidencia del delirio.

3.12. ALTERACIONES DEL SUEÑO

Mucha gente cree que los ancianos necesitan dormir menos, sin embargo no es la necesidad de dormir como la habilidad para dormir lo que disminuye con la edad.

Adultos ancianos están objetivamente dormidos durante el día, indicando que no durmieron en la noche. Su sueño se ve interrumpido por cambios en el ritmo circadiano, alteraciones con la apnea y los movimientos límbicos periódicos de sueño (PLMS) enfermedad, alteración psiquiátrica, medicaciones malos hábitos para dormir.

El médico puede dirigir cada mes una guía que reporte las posibles alteraciones y causas.

El médico puede dirigir cada de estas causas, proveyendo su tiempo nocturno de sueño y las funciones y actividades durante el día. A fin de corregir posibles hábitos malos que estén dando origen a este tipo de problema.⁵

IV. ESCALAS DEL DELIRIO

4.1. MANEJO DEL DELIRIO

Delirio demencia y depresión complican a menudo la asistencia de los parámetros y ponen en peligro su capacidad para aceptar el Tx. prolongan su estancia en el hospital, incrementando la morbilidad postoperatoria y obstaculizan la recuperación funcional.

Investigación pre-operatoria: valoración de la capacidad para tomar decisiones, compete investigar si el paciente tiene un trastorno que producen esta alteración incluyen demencia y delirio (trastorno cognoscitivo que puede poner en dificultad la capacidad del paciente para comprender los riesgos y beneficios del Tx.), los trastornos delirantes presencias paranoides sobre el personal médico o de enfermería.

Se debe saber si el complejo sintomático psiquiátrico observado está influyendo de manera específica en la decisión que debe tomarse, los pacientes delirantes pueden tener intervalos lúcidos durante los cuales pensarán de manera racional sobre sus opciones terapéuticas.

Los que experimentan delirios pueden ser totalmente capaces de repetir las indicaciones para operarse y los riesgos y beneficios acompañantes, lo mismo que expresar y explicar sus decisiones.

Por otra parte, los pacientes delirantes y dementes pueden ser muy olvidadizos, desorientados o desatentos para comprender sus necesidades y sus elecciones. Incluso cuando parecen coincidir con las indicaciones de los pacientes

con delirio pueden resistirse a la operación porque creen que ya están muertos o que los cirujanos podrían implantar equipo de radio transmisor en su cuerpo.

En casos como estos, el estado psiquiátrico trastorna directamente la capacidad de los individuos para tomar decisiones médicas específicas por lo que podría decirse que carecen de capacidad de decisión.

Es recomendable realizar una historia psiquiátrica leve; preguntar por Txs. por probable salud mental o si han recibido alguna vez medicamentos para sus "nervios" (tx. Ansiedad o depresión) o sobre síntomas psicóticos, delirios, alucinaciones o ambas, preguntar sobre consumo de alcohol.

Cuestionario CAGE de 4 preguntas:

- Examen breve de la función cognoscitiva, desorientación y trastornos de la memoria son piedras angulares del delirio y la demencia.

El mini-mental Stutz examina breve y claramente validado para el delirio y la demencia en ancianos.

Requiere 5 - 10 minutos para realizarse y lograr la calificación. 30 puntos indica ejecución perfecta.

Los pacientes que obtienen una calificación de 24 puntos suelen estar delirantes o dementes, requieren valoración más concreta

Por lo general, se observan puntuaciones bajas en consecuencia de delirio en personas ignorantes (menos de 8 años de educación formal), o retraso mental.⁶

4.2. ESCALA DE MEDICION

La escala de delirio (DRS) es una evolución clínica de 10 puntos síntomas según su grado para valorar la severidad del delirio.

El análisis revelo que hay sólo dimensión subyacente que además se divide en dos componentes:

Uno que comprende ilusiones, comportamiento pricomotor concomitante, desorden del ciclo sueño - despertar y labilidad del humor.

El otro comprende inicio temporal de los síntomas, alteraciones perceptuales, alucinaciones y fluctuación de síntomas.

ESCALA DEL DELIRIO	PUNTAJE MAXIMO
INICIO TEMPORAL	3
ALT. PERCEPTIBLES	3
ALUCINACIONES	3
ILUSIONES	3
PSICOMOTOR	3
CONOCIMIENTO	4
ETIOLOGIA FISICA	2
CICLO SUEÑO - DESPIERTO	4
LABILIDAD EMOCIONAL	3
FLUCTUACION	4
T O T A L	32

V. HIPOTESIS

El conocimiento de delirio por parte del personal de enfermería del ISSSTE, Puebla; permite identificar sus manifestaciones para su atención oportuna.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable independiente: conocimiento de delirio.

Manejo de la historia natural de la enfermedad.

Dimensiones:

- a) etiología
- b) diagnóstico
- c) tratamiento
- d) pronóstico

Variable dependiente: identificación de manifestaciones.

Consideramos como manifestaciones a la aplicación de la prueba mínima para determinación del estado mental (mmse).

Dimensiones

Conocimiento del anciano en relación a :

Fecha

Lugar

Registro de palabras

Operaciones aritméticas simples

Lenguaje

Comprensión

Escritura

Dibujo

VI. VULNERABILIDAD PARA EL DELIRIO, ES ASI COMO SE DESARROLLA UN MODELO PREDICTIVO.

Consecuencias clínicas relacionadas con el delirio:

Se examinaron posteriormente las medidas para el desarrollo del sistema de estratificación de riesgo para predecir las consecuencias clínicas más importantes asociadas al delirio, llámense muerte durante la hospitalización o asistencia institucional o colocación de enfermera en casa (del hospital). Estudios anteriores han mencionado que la existencia de delirio es asociado con un incremento del riesgo de requerir de enfermería en casa quizás, porque se asocia con aumento de la morbilidad.

Incremento funcional o más aún se ha encontrado que el delirio puede ser anticipadamente más persistente de lo que se creía previamente.

Reacciones catastróficas:

El paciente demente presenta un estado agitado producido por estrés psicológico o por medio ambiente que con frecuencia tiene que ver con el cuidador; orden complicado, impaciencia, acusación y cambio del medio ambiente suelen ser los factores precipitantes. Aunque este tipo de reacción puede parecerse al delirio es esencialmente diferente. El inicio, duración y factores de atención del delirio y las reacciones catastróficas, las alucinaciones son frecuentes en el delirio, pero rara en la reacción catastrófica igualmente, esto último no se acompaña de alteraciones en el EEG.

VII. HISTORIA NATURAL DEL DELIRIUM EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS: UN SINDROME DE HETEROGENEIDAD.

Se sabe poco sobre las características del delirio, cómo éstas cambian durante su curso. En otras palabras, cuáles son las diferencias entre aquéllas con delirio en términos de presentación, tipo severidad y duración de los síntomas.

Puede ser una hipótesis el por qué el delirio es un síndrome y no una enfermedad, las variaciones deben esperarse en cuanto que la población anciana contiene mucha heterogeneidad.

En base de esta hipótesis, Rockwood demostró que la duración del delirio en los ancianos hospitalizados varía enormemente en una media de 7 días y un rango de 9 días, y Wada/Yumaguchi demostraron que la intensidad de los síntomas como lo mide DRS depende o se relaciona con la duración del delirio.

Evaluación del delirio. se utilizaron uno de cuatro instrumentos de valoración para detectar cambios en la atención, conocimiento o niveles de conciencia: distancia digital, una prueba de vigilancia, valoración clínica de confusión y un método de evaluación de confusión.

El diagnóstico del delirio se basó en la evaluación independiente de acuerdo a los criterios del DSM - III - R (Manual de Enfermedades Psiquiátricas).

Casos prevalentes, pacientes que tuvieron delirio dentro de los tres días de su admisión.

Los casos incidentes, pacientes que iniciaron el delirio durante su hospitalización, aún en los pacientes quirúrgicos, el 40% de los casos no tuvieron delirio dentro de los 3 días de la cirugía. Así como los patrones del delirio son diferentes, también lo son las causas del delirio. La causa primaria más común es el uso de medicamentos.

2ª Anormalidades metabólicas.

3ª Infecciones siguiendo progresivamente cardiovascular, neurológica, depresión/psicosis, obstrucción gastrointestinal/genito urinario y por último causas no sospechosas.

Discusión. En la gente adulta hospitalizada por enfermedad aguda el delirio es un síndrome común. El diagnóstico fue específico basándose exclusivamente en los criterios DSM - III - R (Manual de Enfermedades Psiquiátricas).

La heterogeneidad de este grupo es mucha. Los cambios sobre el tiempo y la variabilidad entre los sujetos puede de hecho ser una causa de algunas de las variaciones del grupo de delirio, en estudios previos, así como de su duración. Esto probablemente esté relacionado en la fisiología de base en los eventos incitantes y a mecanismos compensatorios, medicaciones e investigaciones asociadas, así como a los factores del medio ambiente.

El diagnóstico del delirio en algunos casos puede ser difícil, desde que el tiempo de uso sea tranquilo o por la variabilidad de los síntomas.

Los estudios que midan al delirio deben tomar en cuenta esta heterogeneidad.

La severidad del delirio como lo midió el DRS puede ser importante para predecir quién tendrá delirio en varios días. Una posible explicación de esto que es el daño cerebral y los mecanismos compensatorios asociados. (Inflamación y fisiología alterada), que pudieran contribuir los síntomas, pueden ser más severos o numerosos.

IX. UNIVERSO DE TRABAJO:

POBLACION TOTAL DE PERSONAL DE ENFERMERIA 354 ENFERMERAS

TAMAÑO DE LA MUESTRA $\frac{Z^2 P}{E^2}$

LIMITES:

ESPACIADOS: HOSPITAL REGIONAL ISSSTE, DEPARTAMENTO DE
ENFERMERIA.

TEMPORALES: ENERO A JUNIO DE 1999.

RECURSOS: HUMANOS: 3 TESISISTAS

1 ASESOR

MATERIALES: HOJAS

LAPICES

GOMA

CALCULADORA

COPIAS

FOLDERS

COMPUTADORA

FINANCIEROS: \$10,000.00

X. RESULTADOS.

Los resultados de la investigación se presentan en dos grandes apartados, de acuerdo a los objetivos específicos; en el primero están considerados cuatro, referentes al número de pacientes con Dx. de delirio, su etiología, Dx, Tx y pronóstico; sus características socioeconómicas y los factores predisponentes y en el segundo se identifica el nivel del conocimiento del personal de enfermería sobre delirio; mismos que permitieron alcanzar el objetivo general y probar la hipótesis de la investigación.

La presentación de los datos en relación a pacientes con Síndrome de Delirio del Hospital Regional del ISSSTE Puebla, se agrupan de acuerdo a los objetivos específicos para su descripción. Es importante señalar que para su obtención se contó con la colaboración del Dr. Enrique Pérez Romero.

Del período de enero a junio de 1998 fueron internados 649 pacientes mayores de 65 años; 365 mujeres (56.24%) y 284 hombres (43.76%); de los cuales 174 resultaron sugestivos de Delirio según la aplicación del Test evolutivo del estado mental mínimo (MMSE), de éstos, 90 mujeres y 84 hombres internados en diferentes servicios del Hospital (cuadro I), siendo Medicina Interna (49.42%) con la mayor frecuencia de internamiento.

Cuadro I
Pacientes con delirio por servicio
Hospital Regional ISSSTE, Puebla
1998

Servicio	No.	%
Medicina Interna	86	49.42
Cirugía General	49	28.16
UCI	14	8.04
Ortopedia	11	6.32
Otros	14	8.04
Total	174	100

Fuente: Dr. Enrique Pérez Romero. Geriatra del Hospital Regional ISSSTE Puebla.

En relación a la etiología se identificarán 46 diagnósticos en pacientes hospitalizados con un número de patologías de: 82 pacientes con una, 58 con dos, 28 con tres, 5 con cuatro y 1 con cinco patologías.

En los pacientes que ingresaron por urgencias se encontraron 26 patologías que se describen en el cuadro II.

Cuadro II

Patología	No.
Diabetes Mellitus t2	21
S. T. D. A y B	18
I R C	11
Cardiopatías	11
T. C. E.	10
Enf. Vascular Cerebral	9
Encefalopatías	8
Insuficiencia Resp.	7
Cirrosis hepática	6
Otras	34

En todos los casos el tratamiento fue según la exigencia y el pronóstico se estableció en relación al apoyo familiar.

Las características socioeconómicas consideradas para este trabajo son: el nivel educativo y el apoyo económico por parte de la familia. Resultando que el 48.85% son analfabetas (cuadro III) y el 82.75% (144) sólo contaban con el apoyo familiar mínimo.

Cuadro III
Nivel Socioeconómico Pacientes con Delirio
H. R. ISSSTE, Pue.
1998

Nivel Educativo	No.
Analfabetas	85
Primaria	33
Secundaria	13
Medio Superior (maestro)	41
Nivel Superior	2
Total	174

Fuente: Dr. Enrique Pérez Romero. Geriatra del Hospital Regional ISSSTE Puebla.

Por último de los 174 pacientes identificados, los factores predisponentes que en mayor número presentaron fueron: edad mayor de 80 años, daño cognitivo, más de dos patologías asociadas, estado de salud grave, inmovilización, fracturas; así como soledad y abandono.

Y en relación al 2º apartado, el total del personal de enfermería del Hospital Regional ISSSTE Puebla., está integrado por 350 Enfermeras de diferentes categorías según el tamaño de la muestra considerado; de acuerdo a la fórmula $Z^2 \cdot P \cdot q$

E^2 se obtuvo un número de 167 que corresponde al 95% de nivel de confianza con un error del 5%, sin embargo al aplicar las encuestas en el tiempo señalado se obtuvieron 110 encuestas que nos da un 68% de confiabilidad para la presentación de resultados.

La edad de las 110 enfermeras encuestadas es de una media de 36 años con una desviación estándar de 10.17

En relación a la antigüedad la media es de 12.5 y la desviación estándar es de ± 8 años, lo que nos indica que el personal de enfermería son adultos jóvenes con más de 10 años de experiencia laboral.

Se presentan 13 cuadros como resultado de las 24 preguntas del cuestionario aplicado al personal de enfermería.

Cuadro 1
Nivel académico del personal de Enfermería
Hospital Regional ISSSTE Puebla
1999

NIVEL ACADEMICO	No.	%
Licenciada	10	9.09
Especialista	20	18.18
General	50	45.45
Auxiliar	30	27.27
Total	110	100

Fuente: Encuesta directa al personal de Enfermería Hospital Regional ISSSTE Puebla, Mayo de 1999

El nivel académico que predomina es el personal profesional 72.72% de los cuales el 45.45% lo integra la enfermera general, el 18.18% enfermera especialista y sólo el 9.09% licenciadas en enfermería, y el personal no profesional (auxiliar en enfermería) el 27.27%

Cuadro 2
Nivel de conocimiento sobre el concepto de delirio
Personal de Enfermería Hospital Regional ISSSTE Puebla.
1999

CONOCIMIENTO	CIERTO		FALSO		IGNORO	
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%
Deterioro bioquímico y fisiológico	81	73.63%	23	20.90%	6	5.45%
Trastorno de la cognición, atención y comportamiento	70	63.63%	22	20%	18	16.36%
Proceso natural	62	56.36%	41	37.27%	7	6.36%
Se presenta sin importar edad, Dx. Tx.	49	44.54%	48	43.63%	13	11.81%
Problema por efecto de ingreso y estancia hospitalaria	25	22.72%	71	64.54%	14	12.72%
Total	287	52.18%	205	37.27%	58	10.54%

Fuente: Encuesta directa al personal de enfermería Hospital Regional ISSSTE Puebla, mayo de 1999

Como se puede apreciar en el cuadro 2 en relación al nivel de conocimiento sobre el concepto de delirio, encontramos:

El 73.63% lo definió como un deterioro bioquímico y fisiológico, el 63.63% como un trastorno de la cognición, atención y comportamiento, el 56.36% aludió diciendo que es un proceso natural, mientras que el 44.54% se presenta sin importar edad, diagnóstico y tratamiento. Por otra parte el 22.72% lo define como un problema por efectos causados por el ingreso y la estancia hospitalaria.

Del total el 52.10% considera tener conocimiento sobre el concepto de delirio, el 37.27% no y el 10.54% lo ignora.

Cuadro 3
Consideraciones sobre sinónimos de delirio
Personal de Enfermería Hospital Regional ISSSTE Puebla.
1999

SINONIMOS	CIERTO		FALSO		IGNORO	
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%
Depresión	48	43.63%	54	49.09%	8	7.27%
Demencia	36	32.72%	66	60%	8	7.27%
Total	84	38.18%	120	54.45%	16	7.27%

Fuente: Encuesta directa al personal de enfermería Hospital Regional ISSSTE Puebla, mayo de 1999

En relación a los términos de demencia y depresión, el 54.45% del personal encuestado contestó que no son sinónimos de delirio y el 7.27% lo ignora.

Cuadro 4
Manifestaciones del delirio
Personal de Enfermería Hospital Regional ISSSTE Puebla.
1999

Personal de enfermería	NUM.	%
Conoce	71	64.54%
Desconoce	32	29.10%
Ignora	7	6.36%
Total	110	100%

Fuente: Encuesta directa al personal de enfermería Hospital Regional ISSSTE Puebla, mayo de 1999.

En el cuadro anterior encontramos que el 64.54% del personal de enfermería conoce que las manifestaciones del delirio son el insomnio, la desorientación, la somnolencia y las alucinaciones, el 29.10% no las conoce y el 6.36% las ignora.

Cuadro 5
Causas de delirio
Personal de Enfermería Hospital Regional ISSSTE Puebla.
1999

Causas	NUM.	%
Sociedad y abandono	45	30.40%
Alteraciones fisiológicas	43	29.05%
Medicación propia de la edad	32	21.63%
Internamiento	21	14.20%
Otras causas	7	4.72%
Total	148	100%

Fuente: Encuesta directa al personal de enfermería Hospital Regional ISSSTE Puebla, mayo de 1999.

El personal de enfermería señala que la causa principal del delirio en un 30.40% es la soledad y el abandono, en segundo lugar 29.05% las alteraciones

fisiológicas, la medicación propia de la edad el 21.63%, el internamiento el 14.20% y otras causas el 4.72%.

Cuadro 6
Factores predisponentes del delirio

Factores	NUM.	%
Edad avanzada	57	51.81%
Enfermedad crónica		
Daño funcional		
Depresión	23	20.90%
Estrés		
Soporte social bajo		
Ambos	30	27.27%
Total	110	100%

Fuente: Encuesta directa al personal de enfermería Hospital Regional ISSSTE Puebla, mayo de 1999

El personal encuestado indica que algunos factores predisponentes del delirio, lo ocupan la edad avanzada, las enfermedades crónicas y el daño funcional en un 51.81%; la depresión, estrés y soporte social bajo un 20.90% y ambos el 27.27%.

Cuadro 7
Conocimiento sobre DX, TX y pronóstico
Personal de Enfermería Hospital Regional ISSSTE Puebla.
1999

INDICADORES	SI		NO	
	NUM.	%	NUM.	%
Pronóstico	37	33.63%	73	66.36%
Tratamiento	36	32.72%	74	67.27%
Pruebas diagnóstico	22	20%	88	80%
Total	95	28.79%	235	71.21%

Fuente: Encuesta directa al personal de enfermería Hospital Regional ISSSTE Puebla, mayo de 1999

En relación al nivel de conocimiento sobre Dx. Tx. y Pronóstico de delirio, observamos que el 71.21% **no** tiene conocimiento y sólo un 28.79% **si** lo tiene.

Cuadro 8
Participación del personal de enfermería en la atención
de pacientes con delirio.
Hospital Regional ISSSTE Puebla.
1999

PARTICIPACION	SI		NO		IGNORO	
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%
Prioridad de atención en pacientes con Dx. de delirio	71	64.54%	39	35.45%		
Examen mental para establecer el Dx.	69	62.72%	32	29.09%	9	8.18%
Atención a pacientes con Dx. de delirio	37	33.63%	62	56.36%	11	10%
Total	177	53.63%	133	40.30%	20	6.06%

Fuente: Encuesta directa al personal de enfermería Hospital Regional ISSSTE Puebla, mayo de 1999

Para identificar la participación del personal de enfermería en pacientes con diagnóstico de delirio se agruparon tres preguntas del cuestionario, que arrojaron los siguientes resultados: el 53.63% ha participado en la atención general de pacientes con delirio. De éstas el 64.54% indica que un paciente con diagnóstico de delirio debe tener prioridad de atención que ha participado en el examen mental para establecer el diagnóstico el 62.72%, en su atención el 33.63% y de acuerdo a los resultados el 40.30% no ha participado.

Cuadro 9
Necesidad de capacitación y actualización
del personal de enfermería
Hospital Regional ISSSTE Puebla.
1999

NECESIDADES	SI		NO	
	NUM	%	NUM.	%
Cursos sobre delirio	83	75.45%	27	24.54%
Participación en sesiones clínicas	66	60%	44	40%
Total	149	67.77%	71	32.27%

Fuente: Encuesta directa al personal de enfermería Hospital Regional ISSSTE Puebla, mayo de 1999

La capacitación y actualización disciplinaria es importante para proporcionar atención de calidad según los resultados de las encuestas; y así, identificamos que el 75.45% del personal manifiestan la necesidad de cursos de educación sobre delirio y el 60% de la participación en sesiones clínicas.

Cuadro 10
Personal Responsable en la valoración de
pacientes con delirio
Hospital Regional ISSSTE Puebla.
1999

RECURSOS HUMANOS	NUM.	%
Equipo de salud	57	47.10%
Psicólogos	25	20.66%
Médico	20	16.52%
Enfermeras	19	15.70%
Total	121	100%

Fuente: Encuesta directa al personal de enfermería Hospital Regional ISSSTE Puebla, mayo de 1999

La encuesta reporta que la responsabilidad para valorar a los pacientes con Dx. de delirio debe recaer en el equipo de salud en un 47.10%, seguido de un

20.66% asignado a psicólogos, el 16.52% se atribuye al personal médico y el 15.70% a enfermería.

Cuadro 11
Beneficios del diagnóstico y tratamiento certero del delirio.
Hospital Regional ISSSTE Puebla.
1999

BENEFICIOS	NUM.	%
Disminución de días estancia hospitalaria	51	34.22%
Optimización de recursos	36	24.16%
Satisfacción del usuario	36	24.16%
Satisfacción del personal	26	17.44%
Total	149	100%

Fuente: Encuesta directa al personal de enfermería Hospital Regional ISSSTE Puebla, mayo de 1999

Un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno del delirio según la encuesta, conllevan a la disminución de días de estancia hospitalaria en un 34.22% a la optimización de recursos y a la satisfacción del usuario el 24.16% respectivamente y por último con un 17.44% a la satisfacción del personal.

CONCLUSIONES

La causa directa del delirio en los mayores de 60 años de edad se debe al efecto que produce el ingreso y la estancia hospitalaria; según los resultados sólo el 22.72% la conoce; situación que indica que el personal de enfermería no tiene conocimiento sobre el problema, por no tanto identifican sus manifestaciones que conducirán a su atención.

Por otro lado señala que los términos de demencia y depresión no son sinónimos, aunque en la práctica los asocian y confunden en relación a los factores predisponentes sólo el 27.27% sabe que el delirio es consecuencia de la edad, de otras enfermedades, del estrés y del bajo soporte social, aunado al internamiento; por tanto no establecer un diagnóstico por parte del médico que atiende al anciano en urgencias, provoca que el personal de enfermería no proporcione la atención específica y/o requerida, no conozca la prueba diagnóstica, el tratamiento, ni el pronóstico.

De esta forma el profesional de enfermería consciente y responsable de que su formación y actualización deben ser permanentes, indican la necesidad de educación sobre el tema y de la participación en sesiones clínicas así, como un conocimiento profundo del tema; los beneficios del paciente, de la institución y del personal se alcanzarán en el menor tiempo y en el menor costo.

Cuadro 12
El paciente y su entorno para la valoración del delirio
Hospital Regional ISSSTE Puebla
1999

INDICADORES	NUM	%
Antecedentes patológicos y no patológicos	48	34.04%
Dinámica familiar	39	27.65%
Hábitos y costumbres en relación con su enfermedad	27	19.14%
Nivel social, económico, cultural y educativo	27	19.14%
Total	141	100%

Fuente: Encuesta directa al personal de enfermería Hospital Regional ISSSTE Puebla, mayo de 1999

El 34.04% opina que un aspecto importante para valorar el delirio son los antecedentes patológicos y no patológicos, para el personal encuestado en segundo término es importante el aspecto psicológico como parte de la dinámica familiar con un 27.65%, y un 19.14% en los aspectos de hábitos y costumbres; así como el nivel social, económico y cultural en relación a su enfermedad respectivamente.

Para la valoración, diagnóstico y tratamiento oportuno del delirio, es necesario considerar, no sólo al paciente, sino al entorno que determina su estado; de esta forma se agruparan los datos que se especifican en el cuadro 12.

Cuadro 13
Escala de la valoración diaria en el anciano con delirio
Personal de enfermería Hospital Regional ISSSTE Puebla
1999

PUNTOS A VALORAR	NUM	%
Diálogo	52	26.80%
Lugar	41	21.13%
Fecha	41	21.13%
Dibujo y lectura	30	15.46%
Escritura y lenguaje de palabras y operaciones aritméticas	25	12.88%
Ninguna	5	2.5%
Total	194	100%

Fuente: Encuesta directa al personal de enfermería Hospital Regional ISSSTE Puebla, mayo de 1999

Para un 26.80% del personal, el diálogo es un punto de referencia importante para valorar a pacientes con diagnóstico del delirio, mientras que la

ubicación en fecha y lugar aporta un 21.13% seguido de un 15.46% que considera importante la lectura y el dibujo, solamente el 2.5% señala que ninguno de estos puntos son necesarios para la valoración.

XI. COMPROBACION DE HIPOTESIS

La hipótesis de investigación planteada para este trabajo se describe:

"El conocimiento de delirio por parte del personal de enfermería del Hospital Regional ISSSTE, Puebla: permite identificar sus manifestaciones para su atención oportuna".

Para probar esta hipótesis se empleó la fórmula de la Chi cuadrada para variables cualitativas.

Con los datos obtenidos de las encuestas se construyó una tabla de contingencia de cuatro casillas.

Conocimiento:	SI	NO	
Causa	25	71	96
Factores predisponentes	30	80	110
	55	151	206

O	E	$\frac{(O-E)^2}{E}$
25	25.63	.01
71	70.36	5.82
30	29.36	.01
80	80.63	4.92

$$X^2=10.76$$
$$g^1=1$$

De acuerdo a la tabla de X^2 , el nivel de confianza de .05 es igual a 3.481 y de .01 es igual a 6.635; por tanto se acepta la hipótesis de investigación dado que la X^2 de nuestros resultados es de 10.76 cifra superior a la tabla.

Así concluimos que se identificaron las manifestaciones del delirio para una atención oportuna por parte de enfermería de acuerdo a los conocimientos sobre el síndrome.

XII. CONCLUSIONES

En el Hospital Regional ISSSTE, Puebla, no existe un registro médico y estadístico que permita el Dx. y el Tx. oportuno de pacientes con delirio.

La única fuente estadística confiable es la proporcionada por el Dr. Enrique Pérez Romero, médico geriatra asignado al servicio de medicina interna del turno nocturno del hospital, que con un alto grado de responsabilidad ética y médica identifica según las manifestaciones y causas del interrumbimiento a los ancianos mayores de 65 años con diagnóstico de delirio para llevar un seguimiento y control de cada caso.

Su participación desinteresada, permitió a las tesisistas; contar con información bibliográfica y de campo, para el logro del trabajo de investigación y de sentar las bases para las sugerencias que se proponen sobre educación médica y de enfermería sobre el tema de estudio: "El Delirio".

Los ancianos corresponden al grupo de edad con necesidades y problemas que los conduce al aislamiento y abandono físico, social y económico; situación que por falta de formación profesional no es atendida, y que por tanto se presentan complicaciones como aumento en los días de estancia hospitalaria y del costo en su atención.

La causa directa del delirio en pacientes mayores de 65 años es por el efecto del ingreso y la estancia hospitalaria o según los resultados: sólo el 22.72% del personal de enfermería la conoce, situación que indica que el personal no tiene conocimiento sobre el problema, por tanto no identifica sus manifestaciones que conducirán a su atención; por otro lado señala que los términos de demencia y depresión no son sinónimos aunque en la práctica los asocian y confunden.

En relación a los factores predisponentes sólo el 27.27% sabe que el delirio es consecuencia de la edad, de otras enfermedades, del estrés y del bajo soporte social, aunado al internamiento; por tanto no establecer un diagnóstico por parte del médico que atiende al anciano en urgencias, el personal de enfermería no proporciona la atención específica y/o requerida, no conoce la prueba diagnóstica, el tratamiento, ni el pronóstico.

De esta forma el profesional de enfermería consciente y responsable de que su formación y actualización deben ser permanentes, indican la necesidad de educación sobre el tema y de la participación en sesiones clínicas así, con un conocimiento profundo del tema; los beneficios del paciente, de la institución y del personal se alcanzarán en el menor tiempo y en el menor costo.

XIII. SUGERENCIAS

- ☒ Programa de educación dirigido al equipo de salud del servicio de urgencias sobre la etiología, tratamiento y atención de pacientes con diagnóstico de delirio.
- ☒ Un seguimiento durante la estancia hospitalaria en pacientes diagnosticados con delirio al ingreso, para su atención específica y oportuna.
- ☒ Difusión del tema a todo el personal médico y paramédico, así como a familiares para una atención preventiva.
- ☒ Integración de un equipo de salud, para la atención de ancianos a su ingreso por urgencias y por consulta externa.
- ☒ A todo paciente mayor de 65 años, aplicarle la escala a su ingreso y durante el tiempo de hospitalización.
- ☒ Impulsar la formación de enfermeras y médicos geriatras.
- ☒ Asignar en el servicio de urgencias, en los diferentes turnos un médico geriatra.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

¹ CARTENSEN, L. and Edelstein, B. Handbook of Clinical Gerontology. New York; Pergamon Press, 1987, pág 26

² TUETH, Michael J., Delirio: Diagnóstico y tratamiento en el paciente anciano. MD ET AL Geriatrics, vol. 48N.3 March 1993

³ BAVER, John, ROBERTS, Mont R. y REISDOR, Earl J.

⁴ TUETH, Michael J., MD ET AL Geriatrics, vol 48V 3 marzo 1993

⁵ ANCOLI, Sonia - Israel PhD., Geriatrics, vol. 52N I January 1997, pág. 20-30

⁶ ROCCL, Robert, MD, MPH, Aspectos psicosociales de la asistencia quirúrgica, clínicas de Norteamérica, clínicas 1994

ANEXOS

PRUEBA MINIMA PARA DETERMINACION DEL ESTADO MENTAL (MMSE)

Nombre _____

Sexo _____ Edad _____

Fecha _____

Escolaridad (en años) _____

Calificación _____

Calificación

Máxima

Obtenida

Orientación

Pregunte. ¿Qué fecha es hoy?, después complete sólo las partes omitidas, formulando las siguientes preguntas:

5 ¿En qué año estamos? _____

¿En qué mes estamos? _____

¿Qué día del mes es hoy? _____

¿Qué día de la semana? _____

¿Qué hora es aproximadamente? _____

Pregunte: ¿En dónde nos encontramos ahora? (Casa, consultorio, hospital), para obtener la información haga las siguientes preguntas:

5 ¿En qué lugar estamos? _____

¿En qué país? _____

¿En qué estado? _____

¿En qué ciudad o población? _____

¿En qué colonia o delegación? _____

REGISTRO

3 Diga clara y lentamente las palabras: FLOR, COCHE, NARIZ.

Después pida al paciente: repita las tres palabras, califique la ejecución en el primer intento.

FLOR _____

COCHE _____

NARIZ _____

Número de ensayos (1 a 6)

ATENCION Y CALCULO

5 Pida al paciente reste de 4 en 4 a partir de 40. Se trata de contar hacia atrás, restando cada vez 4 por ejem. 40 menos 4 igual a 36.

Continúe hasta que yo le diga que se detenga (deténgalo después de cinco restas, no proporcione ayuda).

32 () 28 () 24 () 20 () 16 ()

Si el paciente se niega se le pide que deletree la palabra MUNDO hacia atrás.

O () D () N () U () M ()

EVOCACION

- 3 Pida al paciente las tres palabras que le pidió que recordara.

FLOR () COCHE () NARIZ ()

LENGUAJE

- 2 NOMBRAR. Muestre al paciente un reloj y una moneda y pregúntele:
¿cómo se llama esto?

Reloj ()

Moneda ()

- 1 REPETICION. Repita lo siguiente: **no voy si tú no llegas temprano**

- 3 COMPRENSION. Siga estas instrucciones.

Tome un papel en su mano derecha ()

Dóblelo por la mitad ()

Y póngalo sobre el piso ()

- 1 LECTURA.: Por favor haga lo que dice aquí. Muestre la frase (**cierre sus ojos**)

- 1 ESCRITURA: Escriba una oración que tenga sentido con sujeto y verbo.

- 1 COPIA DE MODELO: Copie este diseño.

Muestre la figura de los pentágonos.

CUESTIONARIO

U P A E P

ESCUELA DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Instrucciones: Solicitamos a usted de respuesta a cada una de las preguntas que se formulan, los métodos serán confidenciales.

I DATOS GENERALES

Edad _____ Sexo _____ Antigüedad _____
Nivel académico _____ Categoría _____

II MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA

1. El envejecimiento es un proceso natural que inicia en el nacimiento.

CIERTO _____ FALSO _____ IGNORO _____

2. El envejecimiento se caracteriza por un deterioro bioquímico y fisiológico, que conduce a la disminución de las capacidades del organismo.

CIERTO _____ FALSO _____ IGNORO _____

3. El delirio es un trastorno agudo, transitorio de la cognición, la atención y del comportamiento psicomotor.

SI _____ NO _____ IGNORO _____

4. El delirio es un problema de salud provocado por el ingreso y estancia hospitalaria.

SI _____ NO _____ IGNORO _____

5. El delirio se presenta en pacientes de todas las edades, diagnósticos y tratamiento.

CIERTO _____ FALSO _____ IGNORO _____

6. El delirio es sinónimo de demencia.

CIERTO _____ FALSO _____ IGNORO _____

7. El delirio es sinónimo de depresión, atribuido por la edad.

CIERTO _____ FALSO _____ IGNORO _____

8. El delirio se manifiesta por insomnio, desorientación, somnolencia y alucinaciones.

CIERTO _____ FALSO _____ IGNORO _____

9. Son causas de delirio en el anciano:

- a) Alteraciones fisiológicas
- b) La medicación propia de la edad
- c) El internamiento para tratamiento médico o quirúrgico
- d) La soledad y abandono
- e) Ninguna de las anteriores

10. Son factores predisponentes del delirio:

- a) Edad avanzada
- b) Depresión

Enfermedad crónica

Estrés

Daño funcional

Soporte social bajo

c) Sólo a

d) a y b

11. ¿Conoce sobre las pruebas diagnósticas del delirio?

SI _____ NO _____ ESPECIFIQUE _____

12. Al diagnosticar un paciente con delirio, ¿sabe cuál es su tratamiento?

SI _____ NO _____ ESPECIFIQUE _____

13. ¿Sabe cuál es el pronóstico de un paciente con delirio?

SI _____ NO _____ ESPECIFIQUE _____

14. ¿Es importante un examen mental para establecer el diagnóstico de delirio?

SI _____ NO _____ IGNORO _____

15. Durante su trabajo, ¿ha participado con pacientes con diagnóstico de delirio?

SI _____ NO _____

16. Considera que un paciente con diagnóstico de delirio, agregado a su diagnóstico de ingreso, ¿deba ser atendido con prioridad?

SI _____ NO _____

17. La formación académica que tiene, ¿le permite hacer diagnóstico de delirio?

SI _____ NO _____ EN PARTE _____

18. ¿Cree necesario se planee un curso de educación y capacitación sobre delirio?

SI _____ NO _____

19. ¿Participa en sesiones clínicas?

SI _____

NO _____

A VECES _____

20. La valoración de pacientes con probable diagnóstico de delirio es responsabilidad de:

- a) Médico
- b) Enfermera
- c) Psicólogo
- d) El equipo de salud

21. Un diagnóstico certero de delirio y un tratamiento oportuno conllevan.

- a) Disminución de días estancia hospitalaria
- b) Optimización de recursos
- c) Satisfacción del usuario
- d) Satisfacción del personal

22. Como parte de la atención de sus pacientes, usted incluye:

- a) Valoración
- b) Diagnóstico de enfermería
- c) Planeación de cuidados
- d) Ejecución de actividades
- e) Evaluación de resultados

23. Como parte de la valoración a usted le interesa conocer:

- a) Nivel social, económico, cultural, educativo
- b) Antecedentes patológicos y no patológicos
- c) Dinámica familiar

d) Hábitos y costumbres en relación con su enfermedad

24. En un paciente anciano, como parte de su valoración diaria, usted incluye preguntas en relación a:

a) Fecha

b) Lugar

c) Escritura y lenguaje de palabras y operaciones aritméticas

d) Dibujo y lectura

e) Diálogo (comprensión de su enfermedad)

f) Ninguna de las anteriores

BIBLIOGRAFIA

- 1 Taylor D. Lewis S. "Delirium", Neurological emergencies: 742-752
- 2 American Psychiatric Association "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª edición rev. DSM-III-R. 1987.- Versión en español pp 117-125
- 3 Johnson J.C. "Delirium en el anciano" Urgencias clínicas de Norteamérica 1995; 57:283-296
- 4 Lipowsky S. J. "Delirium (Estado confusional agudo)" Diseases of the organ systems, Manual of Psychiatric diseases 1994, 1021-1025
- 5 Trzepacz P. T. "A review of delirium assessment instruments" General Hospital Psychiatry 1994; 16:397-405
- 6 Brown M. M. Hachinski V. C. "Estados confusionales agudos, amnesia y demencia". Principios de Medicina Interna, Harison 12ª edic. I;30:217-222
- 7 Inouye S. K. "The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients." The American Journal of Medicine 1994, 97:278-287
- 8 Gustafson Y. Brännstrom B. et cols. "Underdiagnosis and poor documentation of acute confusional states in elderly hip fracture patients." JAGS 1991; 39:760-765
- 9 Hertogn C. M.; Eikelenboom P. "Delirium in the elderly and DSM-IV: is there clarity about confusion?" Gerontol Geriatr 1995;26:51-56
- 10 Rummans T. A., Evans J. M. et cols. "Delirium in elderly patients: evaluation and management" Mayo Clin Proc 1995; 70:989-998
- 11 Kishi Y., Iwasaky Y., et cols. "Delirium in critical care unit patients admitted through an emergency room." General Hospital Psychiatry 1995; 17:371-379
- 12 Casey D. A., Defazio J. V. et cols. "Delirium, quick recognition careful evaluation, and appropriate treatment." Psotgrad Med. 1996;100:121-133
- 13 Roca R. "Aspectos psicossociales de la asistencia quirúrgica" Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. 1995;12:265-281
- 14 García E. Albea "Confusional state and cerebral infarcts". Postgraduate Medical Journal 1989;65:286-290
- 15 Farrell K. R., Ganzini L. "Misdiagnosing delirium as depression in medically ill elderly patients" Areg Intern Med 1995;11/12: 2459-2464
- 16 Bauer J., Roberts M. R. "Valoración de los cambios conductuales y cognitivos: examen del estado mental", Urgencias clínicas de Norteamérica 1996;23: 1-12
- 17 Folstein M. F. and Folstein S. E., "Mental Status examination, (MSE)". Manual Merck of Geriatric 1996;80: 929-941
- 18 Ancoli S., Israel. "Sleep problems in older adults: putting Wyths to bed". Geriatrics 1997;52: 20-30
- 19 Breitner J. C. Welsh K. A. "Diagnosis and management of memory loss and cognitive disorders among alderly persond". Psychiatric Serv. 1995;46: 29-35
- 20 Gorbien M. J. "When your older patient can't sleep: how to put insomnia to rest". Geriatrics 1993;48: 65-75
- 21 Gregorio P. G. "Teorias del envejecimiento" Medicina geriátrica 1994; 2918-1922
- 22 Lewis L. M. Miller D. K. et cols. "Unrecognised delirium in emergency department geriatric patients. Am. J. Emerg Med 1995; 13:142-145
- 23 Francis J. and Kapoor W. N. "Prognosis after hospital discharge of older medical patients with delirium". JAGS. 1992; 40:601-606
- 24 Forman L. J. Cavaleri T. A. et cols. "Ocurrence and impa-rt of suspected delirium in hospitalized elderly patients". J. Am. Osteopath Assoc. 1995; 95:588-591
- 25 Tueth M. J. And Cheong J. A. "Delirium: diagnosis and treatment in the older patient". Geriatrics 1993; 48:75-80
- 26 O'keeffe S. T. and Chonchubhair A. N. "Postoperative delirium in the elderly" BR. J. Anaesth. 1994; 73:673-687
- 27 Robert' sson B., Karlsson Y. and Gottfries C. G. "Confusional State Evaluation (CSE): an instrument for measuring severity of delirium in the elderly". Br. J. Psychiatry 1997;170: 565-570

- 28 Inouye S. K., Visconli C. M. et cols "A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics". *Ann Intern Med.* 1993;119: 474-481
- 29 Inouye S. K., Charpentier P. A. "Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons" *JAMA* 1996;275: 852-857
- 30 Schor J. D., Levkoff S. E. et cols. "Risk factors for delirium in hospitalized elderly" *JAMA* 1992;
- 31 Rudberg M. A., Pompie P., Foreman M. D. et cols. "The natural history of delirium in older hospitalized patients: a syndrome of heterogeneity". *Age and Ageing* 1997; 26:169-174
- 32 Merck Manual "Delirium, (Acute confusional state)". 1995;90:1141-1146
- 33 Patten S. B. and Fick G. H. "Clinical interpretation of the Mini- mental state". *General Hospital Psychiatry* 1993; 15:254-259
- 34 Jacobson S. A. "Delirium in the elderly" *Psychiatric Clin North Am.* 1997; 20:91-110
- 35 Cole M. G., Primeau F. J. "Prognosis of delirium in elderly hospital patients" *Can Med Ass J.* 1993; 149:41-46
- 36 Dansky K. H., Dellasega C. et cols. "After hospitalization homecare for elderly persons". *Clin Nurs Res.* 1996; 5:185-198
- 37 Lachs M. S. et al "A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients". *Am Intern Med.* 1990; 112:699-705
- 38 Shneider L. B. "Overview of generalized anxiety disorder in the elderly". *Clin Psychiatry* 1996; 57:34-45
- 39 Trzepacz P. T. and Dew M. A. "Further analyses of the delirium rating scale". *General Hospital Psychiatry* 1995; 17:75-79

