



UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MEDICO(A) CIRUJANO(A)

TEMA:

“MANEJO TERAPÉUTICO DEL DELIRIUM EN PACIENTES GERIÁTRICOS
INGRESADOS EN EL PROCESO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
PROVINCIAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO AGOSTO 2013 –
ENERO 2014”

Autores:

MIGUEL ANGEL ARTEAGA INTRIAGO
WENDY ELIZABETH ESCOBAR HOLGUIN

Director

DR. ROBERTH LOOR MARQUÍNEZ

PORTOVIEJO– MANABÍ - ECUADOR

2014

DEDICATORIA

Al ser supremo Dios que desde el cielo ha estado a mi lado guiándome por el camino del bien.

A mi Madre María Virginia Intriago un ser excepcional que siempre ha sabido guiarme con sus sabios consejos, apoyándome a pesar de las adversidades, siendo hoy y siempre un ejemplo de vida y ser humano para mí.

A mi abuelita Virginia Mantuano Intriago ser maravilloso que gracias a sus concejos basados en la experiencia me han ayudado a seguir adelante.

A mi hermana Ing. Vanessa Escobar Intriago que siempre ha sido mi amiga y ha estado a mi lado; así como mi cuñado Nexar Cobeña

A mis queridos sobrinos Donato, Belén, Kristel seres maravillosos que han alegrado mi existencia con sus sonrisas y cada ocurrencia que los hacen especiales para mí.

A un ser especial, Luz Alcívar Solórzano, convirtiéndose en una razón de vida para mí, llenado mi vida de mucho amor.

A mi compañera y amiga de proyecto de titulación Wendy Escobar Holguín con quien hemos trabajado juntos para alcanzar nuestros logros. Compañeros, amigos, familiares y demás personas que en el diario vivir fueron participe en mi vida.

MIGUEL ÁNGEL ARTEAGA INTRIAGO

DEDICATORIA

A Dios mi inspiración y fuerza en cada momento, reconociéndolo como mi Padre, amigo y guía en mi vida.

A mis amados padres Sr. Miguel Egberto Escobar Arteaga, y Lcda. Stella Isabel Holguín Santana Mg. quienes con su apoyo y valores inculcaron desde mi infancia el estudio, impulsaron en mí el adquirir conocimientos.

A mi esposo Lcdo. David Alejandro Rivera Segura que además de ser mi amor es mi amigo, que con su comprensión y cariño complementa mi vida.

A mis hermanas María Gabriela y Maholy Noemí, ambas siempre mostrándome su cariño, amor y paciencia en todo momento de mi formación.

A mis tíos, sobre todo al Ing. Luis Alberto Holguín Santana, Lcda. Angelina Escobar Moreira y Lcda. Ana Esther Holguín Santana, quienes siempre estuvieron pendientes de mí.

A mi compañero del proyecto de titulación Miguel Ángel Arteaga Intriago que con su amistad, paciencia, conocimiento y dedicación alcanzamos un nuevo logro en nuestra vida profesional. A mis demás familiares primos y amigos que con su apoyo contribuyeron en cada paso de mi existencia.

WENDY ELISABETH ESCOBAR HOLGUÍN

AGRADECIMIENTO

Este trabajo de investigación, no hubiera sido posible, sin el esfuerzo y dedicación de sus autores y sobre todo por la colaboración de cada una de las personas que contribuyeron para su elaboración, a las cuales citaremos a continuación.

Primeramente nuestro agradecimiento sincero en primer lugar a Dios por permitirnos finalizar esta etapa de nuestras vidas, dotándonos de sabiduría y fortaleza para poder superar las adversidades presentadas en el camino, a la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, y al cuerpo de docentes que laboran en ella, que contribuyeron en nuestra formación profesional.

Al Tribunal de Revisión y Sustentación, Dr. Walter Mecías Zambrano, Dr. Roberth Loo Marquínez, Dr. Félix Zambrano Chávez, por ser nuestros guías durante la elaboración de este Trabajo de Titulación. Al Dr. Rody Saltos por su asesoramiento y sus sugerencias respecto a la investigación. Al Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, especialmente al Área de Medicina Interna, quienes nos brindaron su ayuda incondicional durante la ejecución de la investigación.

ARTEGA INTRIAGO MIGUEL ANGEL

ESCOBAR HOLGUIN WENDY ELIZABETH

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, DR. ROBERT LOOR MARZQUINEZ tengo a bien certificar que el trabajo de titulación: “Manejo Terapéutico del delirium en pacientes geriátricos ingresados en el proceso de medicina interna del Hospital Provincial Verdi Cevallos balda de Portoviejo agosto 2013 – enero 2014”. Ejecutado por: Arteaga Intriago Miguel Ángel y Escobar Holguín Wendy Elizabeth se encuentra concluida en su totalidad.

El presente trabajo es original de los autores y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración del trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico Cirujano. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

DR. ROBERT LOOR MARQUINEZ.
DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN
DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA:

“MANEJO TERAPÉUTICO DEL DELIRIUM EN PACIENTES
GERIÁTRICOS INGRESADOS EN EL PROCESO DE MEDICINA
INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL VERDI CEVALLOS
BALDA DE PORTOVIEJO AGOSTO 2013 – ENERO 2014”.

Trabajo de titulación sometida a consideración del Honorable Consejo Directivo,
requisito previo a la obtención del Título de:

MÉDICO- CIRUJANO

APROBADO

Dra. Yira Vásquez Giler, Mg. Sc.
DECANA DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

Dr. Jhon Ponce Alencastro, MDI
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE
INVESTIGACIÓN FCS

Ab. Abner Bello Molina
ASESOR JURIDICO

Dr. Robert Loor Marquinez
DIRECTOR DEL TRABAJO DE
TITULACION

Dr. Walter Mecías Zambrano.
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DEL
TRABAJO DE TITULACION

Dr. Félix Zambrano Chávez.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA:

“MANEJO TERAPÉUTICO DEL DELIRIUM EN PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS EN EL PROCESO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO AGOSTO 2013 – ENERO 2014”

Trabajo de titulación sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo, requisito previo a la obtención del Título de:

MÉDICO- CIRUJANO

APROBADO

Dr. Walter Mecías Zambrano
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dr. Félix Zambrano Chávez
MIEMBRO DEL TRIBUNAL.

DECLARACIÓN DE AUTORIA

ARTEAGA INTRIAGO MIGUEL ANGEL Y ECOBAR HOLGUIN WENDY ELIZABETH, egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente trabajo de titulación “Manejo Terapéutico del delirium en pacientes geriátricos ingresados en el proceso de medicina interna del Hospital Provincial Verdi Cevallos balda de Portoviejo agosto 2013 – enero 2014”.es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Director del trabajo, Dr. Robert Loor Marquinez.

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en esta investigación, pertenecen exclusivamente a los autores.

Arteaga Intriago Miguel Ángel

Escobar Holguín Wendy Elizabeth

INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	v
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	vii
DECLARACIÓN DE AUTORIA.....	viii
INDICE DE CONTENIDO.....	ix
TEMA:	xiii
RESUMEN.....	xiv
SUMMARY	xv
CAPITULO I.....	1
INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	7
SUBPROBLEMA.....	7
OBJETIVOS.....	8
OBJETIVO GENERAL.....	8
OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
CAPITULO II	9
MARCO TEÓRICO	9
VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACION	33
CAPITULO III.....	36
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.	36
DISEÑO METODOLÓGICO	37
TIPO DE ESTUDIO.	37
POBLACIÓN Y UNIVERSO	37
FÓRMULA DE MUESTREO	37
MUESTRA	38
MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN:	38

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	39
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	39
MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.	39
INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE INFORMACION	39
FICHA DE ENCUESTA:	40
ESCALA DE CAM:	40
HISTORIA CLINICA PERSONALIZADA:	40
TÉCNICA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	40
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41
RECURSOS HUMANOS	41
RECURSOS FÍSICOS	41
RECURSOS INSTITUCIONALES	42
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES VALORADO	43
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	45
TABLA N° 1	46
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	47
TABLA N. 2	48
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	49
TABLA N. 3	50
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	51
TABLA N. 3.1	52
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	53
TABLA N. 4	54
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	55
TABLA N. 4.1	56
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	57
TABLA N. 5	58
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	59
TABLA N. 6	60
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	61
TABLA N. 7	62

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	63
TABLA N. 8	64
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	65
TABLA N. 9	66
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	67
TABLA N. 10	68
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	69
TABLA N. 11	70
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	71
TABLA N. 11.1	72
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	73
TABLA N. 11.2	74
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	75
TABLA N. 11.3	76
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	77
TABLA N. 11.4	78
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	79
CAPITULO IV	80
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES	83
PROPUESTA	84
BIBLIOGRAFÍA	103
ANEXOS	108
ANEXO N°1	109
ANEXO N° 2	110
ANEXO N° 3	111
ANEXO N° 4	112
ANEXO N° 5	114
ANEXO N° 6	115
ANEXO N° 7	116
ANEXO N° 8	116
ANEXO N° 9	117

ANEXO N° 10	117
ANEXO N° 11	118
ANEXO N° 12	118
ANEXO N° 13	119
ANEXO N° 14	119
ANEXO N° 15	120
ANEXO N° 16	120
ANEXO N° 17	121
ANEXO N° 18	121
ANEXO N° 19	122
ANEXO N° 20	122

TEMA:

“MANEJO TERAPÉUTICO DEL DELIRIUM EN PACIENTES
GERIÁTRICOS INGRESADOS EN EL PROCESO DE MEDICINA
INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL VERDI CEVALLOS
BALDA DE PORTOVIEJO AGOSTO 2013 – ENERO 2014”

RESUMEN

En Portoviejo, se realizó una investigación denominada: “Manejo terapéutico del delirium en pacientes geriátricos ingresados en el proceso de medicina interna del hospital provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo agosto 2013 – enero 2014”, cuyo objetivo general fue determinar el manejo terapéutico del delirium en pacientes geriátricos. Fue de tipo prospectivo y descriptivo, la población fueron todos los pacientes de hospitalización edad geriátrica. Se utilizó la ficha de diagnóstico a la escala de CAM para determinar el delirium. Donde se obtuvieron resultados: presentándose en el sexo femenino en mayor frecuencia que el masculino. El segundo grupo 24 presentaron al proceso infeccioso, endocrino y nutricional. Los factores neurológicos revelaron que la mayor frecuencia de eventos fueron lesiones difusas multifocales en 16 casos. Dentro de los factores vasculares, eran lesiones hemorrágicas en 9 casos. 22 casos fueron identificados de origen intrahospitalario, mientras que 25 son de origen extrahospitalario, se identificaron 14 casos con el medicamento Haloperidol. En 45 pacientes si existe cambio agudo en el estado mental basal. En 32 pacientes se comprobó que si existe cambio o fluctuaciones de la conducta durante el día. 45 no tienen un buen estado de conciencia. 36 pacientes con estado de letargia. El estupor en 41 pacientes. En conclusión el tratamiento adecuado requiere de manera conjunta tratar a los factores externos e internos. Se recomendó utilizar de manera regular la escala de CAM, para identificar de manera adecuada al paciente que padece delirium.

PALABRAS CLAVES: Manejo Terapéutico-Delirium–Pacientes geriátricos–factores de riesgos.

SUMMARY

In Portoviejo, an investigation was made called "Therapeutic management of delirium in elderly patients admitted to the internal medicine process Verdi Cevallos Balda provincial hospital Portoviejo August 2013 - January 2014" The overall goal was to determine the therapeutic management of delirium in geriatric patients. Was prospective, descriptive, population were all hospitalized geriatric patients. Record diagnostic scale was used to determine CAM delirium. Where results: appearing in females more frequently than males. The second group 24 had the infectious, endocrine and nutritional process. Neurological factors revealed that the highest frequency of events were diffuse multifocal lesions in 16 cases within vascular factors were hemorrhagic lesions in 9 cases. 22 cases were identified from inpatient origin, while 25 are home-hospital, 14 cases were identified drug haloperidol. In 45 patients if there is acute change in mental status baseline. In 32 patients it was found that if changes or fluctuations in behavior during the day. 45 does not have a good conscience. 36 patients with state of lethargy Stupor in 41 patients. In conclusion requires proper treatment jointly treat external and internal factors. It was recommended to use on a regular scale of CAM to adequately identify a patient suffering from delirium.

KEYWORDS: Management-Therapeutic-Delirium-geriatric patients risk factors.

CAPITULO I

INTRODUCCION.

En la actualidad las patologías tanto de la niñez como del adulto mayor han aumentado de manera significativa, muchos atribuyen a factores externos ambientales, otros a modificaciones internas; sin embargo existen algunas enfermedades que no han sido detectadas de manera adecuada y que son pasadas o inadvertidas en muchos controles médicos, quizás por inobservancia o quizás porque se enmascararan con otras enfermedades, tal es el caso de una enfermedad que aparentemente afecta con mucha frecuencia a los adultos mayores, pero que sin embargo no se la identifica de manera oportuna, además de tener su respectivo tratamiento, esta enfermedad llamada comúnmente Delirium es identificada clínicamente como síndrome confusional agudo, la cual es una alteración en el estado mental de la persona que se caracteriza por ser aguda y reversible.

El desarrollo de este síndrome mantiene una relación estrecha con la función cerebral normal, el déficit de diagnóstico y tratamiento oportuno pudiera resultar en daño cerebral permanente e incluso la muerte.

El delirium o síndrome confusional agudo tiene también consecuencias importantes en los aspectos económico y social de las personas ya que las mismas requieren mayor cuidado de enfermería, y teniendo una estancia intrahospitalaria más prolongada.

La prevalencia de delirium en los adultos mayores hospitalizados se ha estimado en 10-60% a nivel Mundial (OMS, 2002). Al momento del ingreso de un paciente en su hospitalización se diagnostica síndrome confusional agudo con una frecuencia de 11-24%; por otra parte el 5- 35% de los adultos mayores desarrollará el problema durante su estadía en el hospital. (Guía de Práctica Clínica en el SNS de Cataluña., 2004)

Un estudio reciente reportó que el 40% de los pacientes con demencia presentaba delirium a su ingreso al hospital, mientras que del total de enfermos con delirium, solo el 25% tenía demencia (Guía de Práctica Clínica en el SNS de Cataluña., 2004). El delirium, no rara vez es el primer indicador de una demencia subyacente, y a la inversa, la demencia es un factor de riesgo para el desarrollo de delirium. En los enfermos de cirugía general se reporta una incidencia de delirium de 10- 15%; en los operados de corazón de 30%, y en aquellos con cirugía por fractura de cadera, mayor a 50%. Esta frecuencia es mucho menor en los adultos mayores en la comunidad. (Villalpando Berumen, 2006)

En el anciano el nivel o estado de confusión es menor que en el joven, y en los pacientes con demencia senil este nivel es más bajo. Es en términos generales frecuente que los adultos mayores, especialmente aquellos con cierto grado de demencia senil, desarrollen delirium en relación a un malestar, muchas veces infeccioso como Bronco-neumonía, infección urinaria, u otra patología.

El estado confusional es la única manifestación de un infarto en el anciano. No diagnosticarlo es un acto muy frecuente en la práctica médica lo que conlleva un gran riesgo, afectando principalmente a los más viejos y enfermos. (Altimir & Prats, 2002)

El delirium o síndrome confusional en el adulto mayor es un síntoma, y por lo tanto, obliga a buscar la enfermedad de base desencadenante. Hay que sospechar síndrome confusional ante todo paciente que presenta un rápido deterioro en su estado mental. El retraso en el diagnóstico puede traer consecuencias incluso fatales.

Analizado este entorno clínico podemos indicar que se hace necesario detectar esta patología en adultos mayores hospitalizados, sino que se estudie su tratamiento, el cual constituye un verdadero pilar de la recuperación en general del paciente.

JUSTIFICACIÓN

El síndrome confusional o delirium es una enfermedad no tan infrecuente y que no es diagnosticada de manera rutinaria, es necesario evaluar no solo su frecuencia sino su calidad de tratamiento, ya que al no evidenciar de manera adecuada pone en riesgo el resultado de un buen tratamiento integral. (Maxine , Stephen, & McPhee, 2013)

Esta patología interesa desde el punto de vista académico, ya que en los servicios de urgencia hospitalaria está presente hasta en el 10-30% de los pacientes adultos mayores en el momento de llegar a esta área. Su prevalencia en personas mayores de 65 años, puede variar entre el 14 y el 24%, mientras que la incidencia cuando está hospitalizado en este grupo de edad se encuentra entre el 6 y el 56%. (Lázaro del Nogal & Ribera Casado, 2009)

El delirium aparece aproximadamente en el 15-53% de los mayores durante el periodo postoperatorio, y entre el 70-87% de aquellos ingresados en la unidad de cuidados intensivos, en el 60% de los que residen en centros de o clínicas privadas o los denominados hospicios y en el 83% de los pacientes oncológicos que necesitan cuidados paliativos.

Por otra parte desde el punto de vista social el estudio sobre el síndrome confusional agudo (SCA) representa una de las patologías del adulto mayor cuya incidencia y prevalencia es muy alta.

Desde un punto de vista conceptual es correcto calificarlo como ‘síndrome’, a diario muchas veces se define más como un síntoma sobrevenido en el transcurso de una

amplia gama de situaciones patológicas, lo que hace que sea también conocido como estado confusional Agudo.

Por lo mencionado esta investigación mejorará los conocimientos científicos y así poder contribuir al desarrollo académico de la educación superior. Es además importante señalar que los resultados de este estudio beneficiará de manera directa a la comunidad, en primer lugar al paciente con delirium (síndrome confusional agudo), mejorando su calidad de vida a través de insertarlo de nuevo en un entorno social comunicativo, en segundo lugar la familia es beneficiará indirecta de esta situación, ya que el paciente una vez estabilizado en su enfermedad y en consecuencia el confort familiar aumenta de manera importante contribuyendo al esparcimiento, comunicación y bienestar.

Desde el punto de vista personal, se consigue introducir también los datos específicos actualizados sobre tratamiento del síndrome confusional diagnosticados en los pacientes hospitalizados del subproceso de medicina interna.

En cuanto al punto de vista operacional esta investigación contribuirá a desarrollar de manera adecuado un abordaje oportuno del delirium o síndrome confusional, que servirá aportando nuevas estrategias de diagnóstico y tratamiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes con delirium tienen una alteración del nivel de atención, su capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención, está disminuida. Uno de los síntomas que presenta el paciente aquejado de delirium suele comenzar con desorientación temporo-espacial, aumento o disminución de la actividad psicomotriz y con trastorno del ciclo vigilia-sueño, luego se presenta las fases de agitación psicomotriz y desorientación las que suelen alternar con fases de somnolencia diurna. (Millán Calenti, 2011)

Existe aumento de la frecuencia de delirium o síndrome confusional no tratado ni diagnosticado de manera oportuna en el Hospital Verdi Cevallos, de tal manera. el síndrome confusional se lo asocia con una etiología de causa orgánica, en que se caracteriza por una alteración del nivel de conciencia y de la atención, así como de diversas funciones cognitivas, como memoria, orientación, pensamiento, lenguaje o percepción. Esto conlleva a una difícil situación sobre todo en el paciente adulto mayor aquejado con otras patologías que puedan presentarse agregadas tal como diabetes, hipertensión, problemas neumológicos, reumáticos, renales o neurológicos, por lo que el tratamiento se torna multidisciplinario.

Por lo que sería importante después de esta generalización del problema definir en una pregunta la situación misma del delirium en los pacientes adultos mayores, la misma que plantea de la siguiente manera.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuál es el manejo terapéutico del delirium en pacientes hospitalizados geriátricos en el área de Medicina Interna del Hospital Verdi Cevallos Balda?

SUBPROBLEMA

¿Cuáles son las características demográficas en los usuarios del estudio?

¿Cuáles son factores de riesgo que inciden en el delirium y su manejo terapéutico?

¿Cuáles son protocolos de manejo terapéutico del delirium?

¿Cuáles son las estrategias de manejo adecuado terapéutico del delirium en pacientes geriátricos ingresados en el área de medicina interna del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el manejo terapéutico del delirium en pacientes geriátricos ingresados en el proceso de medicina interna del hospital provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo agosto 2013 – enero 2014”

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar las características demográficas en los usuarios del estudio

Indagar los factores de riesgo que inciden en el delirium y su manejo terapéutico

Evidenciar protocolos de manejo terapéutico del delirium

Generar estrategia de manejo adecuado terapéutico del delirium en pacientes geriátricos ingresados en el área de medicina interna durante el período de Agosto 2013 a Enero del 2014

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

El síndrome confusional agudo (SCA) o delirium es una de las alteraciones cognitivas más impactante en el paciente geriátrico, por la presentación clínica además de su pronóstico, pudiendo ser la primera manifestación de deterioro cognitivo. Además, puede ser (Ribera, 2005) la forma clínica de patologías graves en el anciano o aparecer en el curso de ellas, en ocasiones aunado al tratamiento farmacológico utilizado (Lázaro del Nogal & Ribera Casado, 2009)

El delirium se encuadra en los llamados síndromes geriátricos porque representa uno de los grandes capítulos de la patología del anciano. Se da por ser una entidad en primer lugar, cuya incidencia y prevalencia aumentan con la edad, siendo mayor la frecuencia cuando se han superado los 75-80 años y prácticamente desconocida antes de los 60-65. También implica que viene de la mano de otras enfermedades y problema que se presentan en la vejez. Conceptualmente es correcto calificarlo como síndrome, aunque en la práctica diaria muchas veces se comporta más como un síntoma sobrevenido en el transcurso de una amplia gama de situaciones patológicas, lo que hace que sea también conocido como estado confusional agudo. (Ribera, 2005)

El aspecto económico y social tienen una importancia repercusión en el desarrollo del síndrome confusional agudo por el motivos que estos pacientes requiere cuidado especializados por un equipo especializado y conocedor del tema y manejo de estos pacientes debido por el estado de agitación el paciente tiene mayor riesgos de caídas

aumentando el riesgo de presentar una mayor estancia hospitalarias mucho más prolongada. (Ribera, 2005)

El delirium se caracteriza de etiología multifactorial siendo un trastorno autolimitado cognitivo-conductual en la mayoría de los casos de inicio agudo, fluctuante pudiendo ser reversible en la gran mayoría de los casos, en el contexto de patología médica o quirúrgica subyacente.

Nuevas Investigaciones han determinado que la prevalencia en los adultos mayores hospitalizados varía entre un 10% - 30% en el área de medicina interna, de este grupo de pacientes alrededor de un 30% desarrollan algún episodio de delirium durante su estancia hospitalaria. Con respecto al área quirúrgica esta cifra cambia de un 10 a 50%, siendo mayor en cirugías cardíacas (30%) y de cadera (mayor a 50%). (OMS, 2002)

Semejante como otros síndromes geriátricos el SCA tiene factor de riesgos propios, conocido y a la vez más estudiado, y muchas veces suele requerir para su presentación de la existencia de algún factor que lo desencadene. Para el diagnóstico sindrómico en la mayoría de los casos no suele presentar muchas dificultades siempre y cuando el médico lo llegue a sospechar. En la actualidad existe evidencia de que entre los pacientes hospitalizados el delirium puede pasar desapercibido. (Inouye, 2004), esto se debe especialmente porque la sintomatología característica no está tanto presidida por alucinaciones ya sea agitación y cuanto por letargia y somnolencia. En todo personal de salud que este en contacto con línea de primera de primera atención es necesario que establezca puntos fundamentales para poder llegar hacer un diagnóstico oportuno teniendo en cuenta si es de comienzo agudo o fluctuante si existe la presencia de un

pensamiento desorganizado, o algún tipo de alteración en el nivel de conciencia. (Rodríguez García & Lazcano Botella, 2007). Las unidades de cuidados intensivos es otra localización en donde hay elevada prevalencia, que requiere un alto índice de sospecha (McNicoll, Pisani, Ely , Gifford , & Inouye, 2005) en pacientes ambulatorios la prevalencia de delirium es considerablemente menor y entre aquellos que residen en “nursing home” se estima en 9 a 10. En el momento de la atención de urgencia han reportado estudios recientes una incidencia de delirium de un 10%, pero lo que más llama la atención es que sólo uno de cada cinco casos es reconocido por el médico de emergencia. (Formiga Pérez, 2010)

En la actualidad estudios han determinado que existe una relación clara entre delirium y demencia: siendo un 40% del delirium presenta en pacientes con demencia al momento del ingreso al hospital, mientras que del total de enfermos con delirium sólo el 25% tiene demencia. Estos datos estadísticos nos llevan a determinar que el delirium muchas veces es un signo capital en la demencia. (Sharon , Inouye, Marquis, & Foreman, 2001)

Es necesario llegar a la conclusión de que la incidencia aumenta con la edad, aunque estudios epidemiológicos demuestran que esto varía de acuerdo con las diversas características de los pacientes analizados, así como la asistencia donde se llevado el estudio a cabo y de la sensibilidad y especificidad de los métodos empleados para detección de los resultados. En la emergencia de los hospitales el cuadro confusional suele presentarse en un promedio de 10-30% de los pacientes mayores al momento de acudir a esta unidad debido a que muchas veces el delirium es un signo desencadenante o producto de una patología de base. (Formiga , y otros, 2007)

Según datos estadísticos determinan que las personas mayores de 65 años, tienen una incidencia de ingreso hospitalario, alrededor 14% con un intervalo de 24%, mientras que el periodo de hospitalización se encuentra entre el 6 y el 56% de desarrollar o presentar una crisis de delirium. (Agostini, y otros, 2003)

Durante el periodo postoperatorio la frecuencia es significativa y esta está asociado por los medicamentos que recibe durante la intervención quirúrgica; esta va desde un 15 hasta 53% (Fricchione, y otros, 2008), pero esta prevalencia aumenta más en los adultos mayores que son ingresados en la unidad de cuidados intensivos 70 hasta 87% esto se debe por la presencia de diversas patologías que desencadena el cuadro de delirium en algún momento de la enfermedad (Chevrolet & Jolliet, 2007) otro grupo en el 60% de los que residen en centros de recuperación funcional o residencia (Kiely, y otros, Characteristics Associated with Delirium Persistence Among Newly Admitted Post-Acute Facility Patients, 2005), y por ultimo con una tasa de prevalencia muy alta de aproximadamente del 83% de aquéllos adultos mayores quienes precisan cuidados paliativos. (David, Casarett, Sharon, & Inouye, 2001)

Es de gran importancia nombrar las cifras de nuestra población rural, en donde la prevalencia presenta cantidades menores siendo alrededor del 1-2% de pacientes que presentan delirium; esto se debe a que la mayoría de las personas de edad avanzada migran a las áreas urbanas porque a esta edad no pueden atenderse por s solos y en la gran mayoría de los casos los hijos ya han emigrado a la ciudad (Rahkonen, y otros, 2001)

El delirium es un síntoma que se presenta en una frecuencia baja en pacientes jóvenes pero esto no los excluye del todo porque pueden existir patologías de base o infecciosas como la neumonía la fiebre tifoidea y pueden precipitar un cuadro confusional agudo. Debemos considerar que la demencia y el delirium van de la mano y la demencia constituye un factor de riesgo para el delirium. Se debe tener en cuenta que los pacientes jóvenes tienen un umbral para la confusión menor a diferencia de los ancianos. (Altimir & Prats, 2002)

Desde el punto de vista etiológico y patogénico han existido dudas y las teorías no están definidas totalmente es por este motivo que el delirium obliga al personal de salud en pacientes ancianos a entrar la patología desencadenante del mismo; entre más rápido de llegar al diagnóstico más rápido se instaure un tratamiento oportuno reduciendo la morbi-mortalidad

American Psychiatric Association (2005) dice que desde el punto de vista Psiquiátrico el delirium o Síndrome Confusional Agudo se considera como una manifestación neuropsiquiátrica producidas básicamente por un desbalance entre el metabolismo cerebral y los neurotransmisores (acetilcolina, GABA, dopamina) de esta manera se observa un predominio del grupo colinérgicos por lo que los fármacos derivados de este grupo pueden causar delirium.

Por otra parte, a pesar que no se conoce con exactitud determinadas teorías consideran que la interleucinas así como el interferón alfa participaría de forma directa o indirecta en el desarrollo a alguna crisis de delirium.

El Delirium se produce por múltiples causas orgánicas, entre estas: Enfermedad cerebral primaria: siendo las de origen vasculares (isquemia/hemorragia arterial o venosa) las principales sobre todo si abarca un gran territorio a nivel cerebral. (Millán Calenti, 2011)

Algún tipo de neoplasia o la presencia de metastásis. Infecciones (encefalitis, absceso, empiema). Cuando existe alguna crisis epiléptica en estos casos el delirium se puede presentar previo a una crisis o posterior a ella. Encefalopatía hipóxica. (Zarranz Imirizaldu, 2013)

Enfermedades sistémicas: Alteraciones metabólicas (hidroelectrolíticas: deshidratación, hiper o hiponatremia) hipoxia/hipercapnia, acidosis/alcalosis metabólica/respiratoria).

Enfermedades infecciosas: brucelosis, endocarditis infecciosa, fiebre reumática, infecciones de vías urinarias, neumonía, sepsis. (Millán Calenti, 2011)

Enfermedades endocrinas: hiper o hipotiroidismo, hiper o hipoparatiroidismo, insuficiencia suprarrenal, síndrome de Cushing, hipoglucemia, descompensación diabética. (Millán Calenti, 2011)

Enfermedades Hematológicas: anemia grave, Enfermedades Cardiovasculares: Enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca, shock, arritmias, encefalopatía hipertensiva. (Gómez, Morales, & Isoza, 2010)

Enfermedades pulmonares: TEP (tromboembolismo pulmonar).

Enfermedades digestivas: hepatopatías, encefalopatía hepática, enfermedades pancreáticas.

Enfermedades renales: insuficiencia renal.

Agentes ambientales: hipotermia, quemaduras.

Intoxicaciones o por abstinencia: ya sea por alcohol etílico y metílico, alucinógenos, anfetaminas, ansiolíticos, antidepresivos, cocaína, entre otras sustancias con efectos alucinógenos. (Zarranz Imirizaldu, 2013)

Medicamentos: por lo general cualquier clase de fármaco puede producir algún efecto adverso pero dentro de los principales encontramos: agonistas dopaminérgicos, aminofilina, antiarrítmicos, antibióticos, anticolinérgicos, antidepresivos, antiepilépticos, antihistamínicos, antiinflamatorios, baclofén, inhibidores H2 además de interferían, litio, anticonvulsivantes, L-dopa, metrizamida, omeprazol, salicilatos, ciclosporina, benzotropina, citostáticos, clonidina, cocaína, corticoides, digitálicos, (Leslie, y otros, 2005)

Durante la vejez en nuestro organismo se producen una serie de cambios siendo a nivel del sistema nervioso central donde se producen los primeros cambios, existiendo ya sean estos estructurales como también metabólicos caracterizados por una disminución del flujo sanguíneo, metabolismo, y asociada a una disminución de las conexiones interneuronales. Siendo las aéreas más afectadas a nivel cerebral el locus ceruleus y la sustancia negra.

Varios estudios han llegado a la conclusión que cuando existe una variación en la concentración de sustancias denominados neurotransmisores (siendo el principal la acetilcolina) en determinadas estructuras cerebrales como el tálamo, la corteza prefrontal y los ganglios de la base provocan delirium. Entre estos encontramos: la serotonina, el GABA el gluconato, dopamina, el triptófano en la actualidad no sé como el mecanismo de acción y su función en el desarrollo del delirium.

Debido a todos los cambios que se expusieron anteriormente hace que la persona llega a la vejez se haga mucho más susceptible para desarrollar en cualquier momento y por las diversas causas o factores de riesgos que fueron numerado una episodio de delirium.

Desde otro punto de vista llegamos a concluir que el delirium tiene mayor vulnerabilidad para una demencia secundaria a un proceso cerebro-vascular que para la enfermedad de Alzheimer. (Formiga Pérez, 2010)

Voyer, et. Al (2007)refieren que estilo de vida que lleva nuestra población y a la poca prevención de los mismos muchas veces el delirium es producido secundariamente por accidentes cerebro- vasculares con cierta prevalencia los localizados en los lóbulos frontal y temporal. La gravedad de la demencia es el factor más relacionado con la gravedad del delirium.

De todos los neurotransmisores que encontramos en el sistema nervioso central parece el que tiene una mayor importancia en el delirium es la acetilcolina, ya que en ella se ve reducida su síntesis y liberación; también podemos observar una disminución

de serotonina, existiendo un aumento de la secreción de dopamina y se llegan a producir neurotransmisores neurotóxicos siendo en mayor cantidad el glutamato lo cual conlleva a un desequilibrio en estos componentes produciendo el delirium. (Rodríguez García & Lazcano Botella, 2007)

En una situación de estrés ya sea una enfermedad aguda, en una intervención quirúrgica la demanda metabólica aumenta más un desequilibrio de los neurotransmisores más una reserva cognitiva contribuyen a la fisiopatología desencadenando la aparición del síndrome confusional agudo.

Diversos estudios han llegado a la conclusión que las citocinas desempeñan un papel fisiopatológico para el desarrollo del delirium. Es por este motivo que los estudios se han centrado en determinar la importancia entre el sistema inmunológico y los neurotransmisores los cuales están asociados a marcadores de envejecimiento como la interleucina 2,6 y el TNF-alfa. Las interleucinas son las principales relacionadas con la disminución de la liberación de la acetilcolina. Por este motivo debemos tener precaución con los fármacos de actividad anticolinérgica porque pueden llevar a un episodio de delirium. Esto nos lleva a catalogar al delirium como una etiología múltiple de factores. (Millán Calenti, 2011)

En las personas de edad avanzada se presentan diversos cambios sean estos bioquímicos y morfológicos a nivel neuronal produciendo una disminución del flujo plasmático basal de la cantidad de neuronas y por ende de los receptores de las mismas. Por esta vía llegamos a la interpretación de la adecuada frecuencia de aparición en los casos de insuficiencia cardíaca que se presenta de forma brusca, en el postoperatorio de

cualquier otro tipo de cirugía, esto también suele ocurrir en una agudización brusca de una enfermedad crónicamente establecida, en los ancianos con hipoglucemia, y, sobre todo en las situaciones que dan lugar a una deshidratación sea cual fuere la causa que la origine. (Kiely, y otros, 2005)

Como ya se ha venido explicando la acetilcolina es la responsable de diversas patologías orgánicas cerebrales como la ansiedad, la demencia, la depresión e inclusive el deterioro cognitivo de ahí la importancia de conocer y estudiar esta.

Los factores ambientales, un entorno familiar conflictivo algún tipo de aislamiento, alteración, trastornos del sueño o alguna situación de dolor o pena son comunes en el medio donde habita las personas mayores esto conlleva a una situación de estrés pudiendo desencadenar alguna crisis de delirium.

En estos años se confirma que la hospitalización, la desubicación del anciano, es otro factor predisponente (a veces, desencadenante), sobre todo cuando se asocia a circunstancias como enfermedad aguda, o aquellos ancianos con alguna patología crónica múltiple, cuando existe algún aislamiento, necesidad de cuidados intensivos, inclusive una cambios de habitación o restricciones físicas.

Todos estos puntos son, probablemente, uno de los factores predisponentes de delirium más importante ya que el estado de ánimo, la depresión u otros son y serán factores desencadenantes.

Se han identificado diversos factores desencadenantes del delirium que ya fueron descritos, entre ellos las: Infecciones. Debido a la gran frecuencia de la misma es necesario mencionarla ya que las infecciones las encontramos en todas partes; de esta manera pueden hacer que el delirium sea una forma frecuente de presentación atípica por la presencia de alguna infección en pacientes ancianos sobre todo en aquellos casos en que existe ausencia de fiebre, leucocitosis u otros síntomas de localización, que son característico, por lo que cuando aparece obliga a buscar sistemáticamente signos de infección en cualquier localización, incluida la sepsis generalizada en estos casos existe un desequilibrio orgánico que lleva a un estado de estrés e inclusive llevar a la falla multi- orgánica y a la muerte .

Es necesario tomar en cuenta en aquellos pacientes de edad avanzada que son ingresados por la presencia de algún cuadro clínico se han determinado cuatro factores de riesgos fundamentales: una leucocitosis ya sea no secundaria a un proceso infeccioso, una infección de vías urinarias, la presencia de proteinuria que puede ser asociada a una infección de vías urinarias e hipoalbuminemia. Estos factores orientan al personal médico sobre la alta posibilidad de que estos pacientes desarrollen algún cuadro de delirium. (Rodríguez García & Lazcano Botella, 2007)

Es indispensable recalcar que los pacientes oncológicos, o aquellos que tiene alguna patología importante de base clínica, la hipoalbuminemia parece tener una importancia para desarrollar la presencia de un cuadro confusional agudo a diferencia de la demencia.

Existen además medicamentos y grupos farmacológicos que ocasionan delirium entre ellos los q destacan son: Antiarrítmicos como son: Digoxina, Propanolol, Antihipertensivos, Metildopa, Antiparkinsonianos, Antihistamínicos, Anestésicos, Antidepresivos, Amitriptilina, Litio, inhibidores de la recaptación de serotonina, Benzodiacepinas que igual son de elección restringida.

Para poder llegar a un diagnóstico preciso del delirium es necesario utilizar las herramientas básicas de la historia clínica mediante el interrogatorio al paciente pero si él se encuentra en un estado de agitación se le realizara el interrogatorio a los familiares e incluso al personal de salud cercano al paciente. El interrogatorio estará dirigido a obtener información sobre la forma de inicio , la duración en que se presentó el delirium, circunstancias que le precedieron, síntomas de relevancias, actuales, estado de conciencia previa del paciente, condiciones sociales, ambientales y afectivas, antecedentes de enfermedades sistémicas, neurológicas o psiquiátricas previas o pasadas en esto caso es necesario conocer antecedentes familiares , uso reciente o continuado de sustancias ya sean estos fármacos y alguna sustancia con efectos aditivos , exposición a algún tóxicos antecedentes de trabajo, hábitos nutricionales deficitarios, disminución de peso, cirugía reciente, uso de fármacos con efecto anticolinérgico o serotoninérgico, hipotensión, cefalea o focalidad neurológica, hipertermia o hipotermia.

Por este motivo la historia clínica y el examen físico en los ancianos debe de ser realizado con técnicas apropiadas para poder llevar a buen diagnóstico.

En la exploración física detallamos: La exploración física general: Tratar de identificar el factor o factores desencadenantes del delirium observando algún signos de

deshidratación ya sea conjuntivas mucosa bucal cutánea secas , la presencia de alguna alteración metabólica secundaria a una enfermedad o independiente , traumatismo por alguna caída o accidente , fiebre, infecciones, insuficiencia cardiaca, TEP, insuficiencia renal agua .

La exploración general deberá incluir una exploración neurológica minuciosa determinando la presencia de algún signo meníngeo, crisis convulsivas evidentes, déficit neurológico, temblor o mioclonía. (Zarranz Imirizaldu, 2013)

Es necesario realizar de forma minuciosa la exploración de funciones mentales: como la atención, la orientación, el pensamiento/abstracción, la conciencia, cada una se realizara con los respectivos ejercicios siempre y cuando sabiendo controlar la situación ya que muchos familiares quieren ayudar al enfermo a responder cada una de las preguntas que el médico realiza lo que puede llevar a obtener un resultado falso positivo y no diagnosticar de forma oportuna para de esta forma reducir riesgo al enfermo.

Dentro de la exploración de funciones no intelectivas se investigara a nivel de la conducta y comportamiento de igual forma la actividad psicomotora puede estar disminuida (siendo por lo general más frecuente en ancianos) o lo más común, aumentada sobre todo si el paciente se encuentra en un estado de agitación. En el estado afectivo el cual puede varias duran el día siendo necesario que este punto sea tratado con los pacientes euforia, agresividad, ansiedad, temor o rabia, depresión, perplejidad, apatía, indiferencia.

Otro punto que se debe obtener información cuando se realiza la historia clínica, sin dejar de ser importante el ciclo sueño-vigilia: el insomnio es lo más frecuente que lleva a un empeoramiento de la confusión durante la noche acompañado de hipersomnia diurna.

Dentro de los exámenes complementarios tenemos: Hemograma completo se lo realiza con el fin de obtener información sobre una infección y tomando muy en cuenta los resultados de la fórmula bioquímica para comprobar o descartar intoxicaciones por sustancias nitrogenadas. La gasometría, electrocardiograma se lo realiza sobre todo en pacientes anciano con alguna cardiopatía de esta forma se identificarían arritmias, Infarto agudo de miocardio-

Es necesario en los pacientes geriátricos en donde existe la sospecha de delirium realizar un electroencefalograma: la que constituye una gran ayuda en la evaluación del Síndrome confusional agudo, la presencia de algunos patrones electro-encefalográficos pueden orientar a descubrir la etiología del proceso. Además es una herramienta de gran utilidad para el diagnóstico diferencial con la gran gama de patologías que pudieran presentar como demencia, la depresión, crisis epilépticas la cual debido a la gran descarga muchas personas presentan delirium post crisis, episodios psicóticos no orgánicos y. Es importante mencionar que en el delirium existe un trazado lento. (Zarranz Imirizaldu, 2013).

En la abstinencia de benzodiazepinas, por ejemplo, existe una actividad rápida cerebral. De forma diferida se pueden solicitar otras pruebas para completar el

diagnóstico, como la Velocidad de sedimentación globular, función hepática y amonio; estudios hormonales, como la Hormona Tiroestimulante, vitamina B12, ácido fólico, porfirinas, cuantificación de inmunoglobulinas, autoanticuerpos, tóxicos en fluidos orgánicos, estudios microbiológicos, estudios Líquido cefalo raquídeo, Electroencefalograma, estudios de neuroimagen (TAC craneal, RMN, SPECT/PET), exploraciones vasculares (ecodoppler, angio-RM, arteriografía), hemocultivos, niveles de medicamentos, punción lumbar.

Rodríguez R; et. al (2007) se existen tres tipos clínicos de presentación del síndrome confusional agudo:

Hiperactivo: este tipo de presentación del síndrome confusional agudo se caracteriza por hiperactividad, agitación, agresividad, confusión, alucinaciones e ideación delirante esto se presenta con una incidencia 15-25%. Suele asociarse principalmente a la abstinencia o intoxicación por tóxicos o si no al efecto que producen los anticolinérgico de algunos fármacos. En este tipo es frecuente observar una disminución de la actividad inhibitoria del sistema GABA y además un aumento de la neurotransmisión noradrenérgica. Es el más fácil de diagnosticar por los síntomas tan floridos lo cual facilita siempre y cuando el médico lo sospeche. (Rodríguez García & Lazcano Botella, 2007)

Hipoactivo: en cambio este tipo de presentación se da con más frecuencia en ancianos y como su nombre lo dice se caracteriza por hipoactividad, enlentecimiento psicomotor, bradipsiquia, lenguaje lento, inexpresividad facial, letargia, actitud apática,

inhibición. Se debe hacer diagnóstico diferencial con la demencia y la depresión. (Rodríguez García & Lazcano Botella, 2007)

Es el tipo de delirium que se desarrolla en las alteraciones metabólicas. Se cree que se debe a un aumento de la inhibición por parte del sistema gabaérgico. Se desarrolla en un 20-25%. Son los más difíciles de identificar, pues sus síntomas no son tan evidentes y puede pasar desapercibido para el médico si no se piensa en esta forma de presentación del síndrome confusional. . (Rodríguez García & Lazcano Botella, 2007)

Mixto, hiper e hipoactivo: en él la incidencia es amplia 35-50% de los síndromes confusionales. Y se caracteriza por alternar la hiper e hipoactividad en el tiempo. . (Rodríguez García & Lazcano Botella, 2007)

Inclasificables, como se dijo al principio del tema el síndrome confusional agudo, se caracteriza por ser un cuadro donde existe una alteración de la conciencia y la atención que comienza de forma aguda y que fluctúa en el tiempo, además de alterarse la memoria, el lenguaje o de aparecer alucinaciones e ideas delirantes, con una inversión del ciclo vigilia sueño.

De forma menos frecuente puede aparecer ansiedad, un cuadro vegetativo, alteraciones de la marcha, temblor o mioclonías. Existen además escalas de detección del SCA (Síndrome confusional), las que sirven en la aproximación diagnóstica del SCA, existen una serie de instrumentos o escalas, y que se clasifican según su utilidad:

a) Escalas de detección: Clínical Assessment of Confusión-A. Confusión Rating
Scala Delirium Symptom Interview. NEECHAM Confusión Scala

b) Escalas de diagnóstico: Confusional Assessment Method (CAM), que se basa en los criterios del DSM III y se adapta bien a los criterios del DSM IV. (Millán Calenti, 2011)

Recoge el inicio agudo con curso fluctuante, inatención, pensamiento desorganizado y nivel de conciencia alterado. Es sencillo y eficaz; además puede ser usado por personal no facultativo pero teniendo una base simple de conocimiento sobre el tema. Tiene una sensibilidad del 94% y una especificidad del 100%. (Millán Calenti, 2011)

c) Cuantificación: Delirium Rating Scala Organic Brain Síndrome Scala

En ocasiones el cuadro confusional se puede parecer sindrónicamente a otros cuadros, por lo que es necesario realizar un buen diagnóstico diferencial. La demencia, depresión, psicosis o la ansiedad puede desarrollar síntomas que se dan también en el síndrome confusional agudo. La demencia se caracteriza por tener un curso progresivo, suele ser estable, y lo que corresponde al nivel de conciencia no suele alterarse, la atención se afecta menos y la desorientación aparece en las fases más tardías.

El trastorno de ansiedad se caracteriza por la aparición de miedo o malestar intensos, de comienzo brusco y que se acompaña de síntomas como sudoración intensa, náuseas, parestesias, disnea, palpitaciones, opresión torácica. La depresión cursa con humor triste, anorexia, fatiga, apatía, insomnio. Otros cuadros menos frecuentes con los que se

debe realizar diagnóstico diferencial: esquizofrenia, episodio maníaco, afasia de Wernicke, amnesia global transitoria. (Maxine , Stephen, & McPhee, 2013)

Es importante hablar de las medidas de prevención dentro de estas tenemos que a pesar de la importancia de tratar adecuadamente el SCA, la medida quizás más importante es la prevención de la aparición del cuadro. Por ello, se han desarrollado estrategias para prevenir la aparición del SCA en ancianos hospitalizados que tratan de reducir los principales factores de riesgo.

En donde se han desarrollado estrategias para el tratamiento preventivo el principal objetivo se basa en reducir el número y sobre todo la duración de los episodios de delirium en pacientes geriátricos ingresados en un hospital, hasta en el 50% de los pacientes ingresados. Inouye y cols. (2004) demostraron que una estrategia de intervención precoz es capaz de optimizar los resultados obtenidos en comparación con los cuidados médicos habituales.

Es necesario conocer que está demostrado un aumento en las tasas de mortalidad cuando la comparación se establece con pacientes con problemas análogos pero en los que no se ha producido un SCA, bien tenga ello lugar en unidades generales del hospital, bien ocurra en pacientes ingresados en unidades especiales (Curyto, Johnson, TenHave, Mossey, & Knott, 2001)

La importancia que todos el personal de salud conozcamos que las medidas de prevención radica en que una vez instaurado el delirium el tratamiento es menos eficaz, por eso las medidas preventivas constituyen la terapia más eficaz.

Otra característica que tiene en común con los grandes síndromes geriátricos y que son de gran importancia es la necesidad de una intervención multidisciplinar que tienen a la hora tanto de prevenirlo como de tratarlo. (Milisen, y otros, 2001)

La utilidad de las medidas preventivas en este terreno está ampliamente contrastada. Algún estudio ha puesto de manifiesto el valor de estas medidas, incluso en términos económicos, con una reducción de costos superior al 15% tan sólo midiendo la duración de las estancias de los ancianos (Leslie, y otros, 2005). Un buen conocimiento de los factores de riesgo del SCA, así como de sus mecanismos de producción más habituales, unido a una supervisión mantenida por parte del equipo multidisciplinar, constituyen las claves para llevar a cabo una prevención adecuada.

En la tabla 6 se expone, una serie de medidas de intervención para prevenir la aparición del delirium.

Desde el punto de vista práctico para poder aplicar medidas intervencionistas de prevención, es necesaria la identificación de aquellos pacientes que presentan mayor riesgo de desarrollar un delirium según los diversos factores asociados a la vulnerabilidad expuestos anteriormente.

Considerando la importancia de conocer aquellos pacientes geriátricos que son de alto riesgo resulta imprescindible nombrarlos: Ancianos. Postcirugía. Neoplasia terminal. Pluripatología grave, Quemados. Hábitos tóxicos. Traumatismo previo. Deterioro cognitivo previo y antecedente de delirium. Ingreso en UCI, con escaso estímulo ambiental.

Considerando que muchas veces los pacientes geriátricos cursan su estancia hospitalaria por periodos largos durante el día solos es necesario que se instruya bien al personal sanitario, los síntomas prodrómicos pueden ser detectados por el personal de salud más próximo ya sea internos enfermeros o auxiliares de enfermería, pudiendo mejorar el control de estos pacientes, al acortarse el tiempo de estancia en el hospital y reduciendo su morbimortalidad además de esta forma se reducirán costos a la institución

Dentro del manejo en el síndrome confusional agudo se utiliza los neurolépticos típicos: entre ellos el medicamento de elección es el haloperidol: su inicio de acción es de 10 a 30 minutos por vía IM (intramuscular). Comenzar con dosis de 0,5 mg (por cualquier vía) y repetir cada 30 minutos doblando la dosis hasta controlar la agitación. Al día siguiente, dar por vía oral la mitad de la dosis total requerida y mantenerla hasta que ceda el cuadro repartida en tres tomas y siempre que se pueda por vía oral. (Millán Calenti, 2011)

Tiene menor efecto anticolinérgico y menor poder sedativo e hipotensor que otros antipsicóticos. Existe en presentación oral (gotas y comprimidos) y parenteral. Se usará la vía oral siempre que se pueda.

En pacientes muy agitados donde sea difícil controlar los síntomas, se usará la vía secundaria pudiendo ser la parenteral, incluida la IV (intravenosa), en los es necesario y se tendrá que realizar monitorización cardíaca sobre todo en ancianos y cardiópatas por lo general, por la alta posibilidad de que aparezcan arritmias y prolongación del intervalo QT. Los efectos secundarios más frecuentes son los extrapiramidales, y más

raramente el síndrome neuroléptico maligno teniendo en cuenta que la mayoría de estos pacientes con delirium tiene patologías de bases. (Millán Calenti, 2011)

Otros: Tioridacina (Meleril), que se ha retirado del mercado por sus efectos secundarios, por tal motivos se puede utilizar la levopromacina (Sinogan), clorpromacina (Largactil), son más sedantes, pero tienen más efectos cardiovasculares, como hipotensión y anticolinérgicos (puede agravar el delirium).

Deben Evitarse en el síndrome confusional agudo los Neurolépticos atípicos pero dentro de esto es necesario recalcar que en medicina muchas veces se toma en cuenta el riesgo beneficio por el factor socio-económico de paciente entro de estos los más utilizados son: Risperidona: Es el de elección dentro de este grupo por su rapidez de acción. No tiene efectos anticolinérgicos. No disponemos de presentación parenteral, lo que supone una desventaja en los pacientes muy agitados en los que frecuentemente no es posible usar la vía oral. Se usará cuando, tras el haloperidol, no se consigam controlar los síntomas o sea necesario prolongar el tratamiento en el tiempo. De elección en ancianos con deterioro cognitivo previo o reserva cognitiva baja, por su menor actividad anticolinérgica. Se utilizará una dosis de 0,25-0,5 mg cada cuatro horas. (Millán Calenti, 2011)

La dosis de la noche puede aumentarse, disminuyendo la del día. La última presentación aparecida es la presentación FLAS, que supone un avance en el tratamiento de la fase aguda del delirium. Según la organización mundial de la salud, la risperidona a bajas dosis es el fármaco de primera elección.

Clozapina: El menos usado de su grupo por los efectos secundarios hematológicos

Olanzapina: favorece el aumento de peso y aumenta el estado de ánimo. Escasa respuesta en ancianos, antecedentes de demencia o delirium hipoactivo. Se recomienda una dosis de 2,5-5 g por la noche, pudiéndose aumentar hasta 20 mg. (Rodríguez García & Lazcano Botella, 2007)

Quetiapina: Se puede usar si los síntomas no se controlan con haloperidol. Dosis de 25 a 50 mg cada 4-12 h. No produce síntomas extrapiramidales.

Los medicamentos de elección en el delirium en pacientes con enfermedades extrapiramidales, por ejemplo, enfermedad de Parkinson. Ziprasidona: Tiene acción proadrenérgica por lo que puede no ser beneficiosos en algunos casos de delirium hiperactivo. Tiene presentación IM, lo que supone una ventaja frente a los fármacos de su grupo.

Benzodiazepinas: de elección en el delirium causado por la abstinencia del alcohol o de hipnóticos sedantes. Los pacientes con delirium que pueden tolerar dosis más bajas de medicaciones antipsicóticas pueden beneficiarse de la combinación de una benzodiazepina y de un neuroléptico como coadyuvante de este o cuando se necesite una acción sedante o ansiolítica.

Los efectos secundarios de los medicamentos son la principal causa del cuadro confusional agudo en el anciano, a través de la intoxicación directa del sistema nervioso central por su empleo inadecuado. La toma de tres o más fármacos se considera un

factor de riesgo independiente. (Kaufman, Kelly, Rosemberg, Anderson, & Mitchell, 2002)

Hay que tener en cuenta que en ancianos pueden producir mayor desorientación y agravar el delirium. Se usan de vida media-corta, como Lorazepam y Midazolam.

Este último sólo se debe dar durante un corto período de tiempo, ya que puede producir agitación paradójica. Se usará en dosis de 2,5-5 mg IM. Otros: Clormetiazol. Sólo por vía oral, actúa rápidamente.

VARIABLE

VARIABLE INDEPENDIENTE

Delirium en pacientes geriátricos

VARIABLE DEPENDIENTE

Manejo terapéutico.

VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACION

VARIABLE INDEPENDIENTE: DELIRIUM EN PACIENTES GERIÁTRICOS					
CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA		
El SCA es un síndrome de causa orgánica, en ocasiones plurietiológico, que se caracteriza por una alteración del nivel de conciencia y de la atención, así como de diversas funciones cognitivas, como la memoria, orientación, pensamiento, lenguaje o percepción.	Característica demográfica de los usuarios en estudio	GÉNERO	Masculino () Femenino ()		
		EDAD	Años cumplidos 65 a 70 años 71 a 76 años 77 y más		
		PROCEDENCIA	Zona	Urbana Rural	
		ANTECEDENTES PERSONALES	Delirio Intrahospitalario Delirio extrahospitalario	Escala de CAM	
	Factores de riesgo del delirium	FACTORES PREDISPONENTES SISTÉMICOS	Metabólicas	Hipoxia, Anemia, Deshidratación, Insuficiencias renal, hepática, cardiaca	
			Infecciones	Bacteriana () Virales ()	
			Endocrinas	Diabetes	
			Deficiencias Nutricionales	Malnutrición.	

		Factores predisponentes Neurológicos	Lesiones difusas/multifocales	Traumatismo,Encefalopatía hepática, Epilepsia (crisis,postcrisis), Demencia
			Lesiones focales	Evento cerebro vascular Isquémico () Hemorrágico ()

VARIABLE DEPENDIENTE: MANEJO TERAPÉUTICO

CONCEPTUALIZACION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<p>Cantidad y tipo de medicamento aplicado según la condición de cada paciente</p>	<p>Tratamiento Farmacológico</p>	<p>Tipo de neurolépticos</p>	<p>Neuroléptico típicos:</p>
			<p>Haloperidol Levoprocamina Clorpromicina</p>
			<p>Neuroléptico atípicos:</p>
			<p>Risperidona Clozapina Olanzapina Quetiapina Ziprasidona</p>
			<p>Benzodiacepina: Lorazepam y midazolan Clormetiazol</p>

CAPITULO III

DELIMITACIÒN DEL PROBLEMA.

CAMPO: Educativo.

ÀREA: Medicina.

ASPECTO: Delirium en pacientes geriátricos.

DELIMITACIÒN ESPACIAL: La investigación se desarrolló en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda ubicado en la calle 12 Marzo y Rocafuerte.

DELIMITACIÒN TEMPORAL: La presente investigación se desarrolló durante el periodo agosto 2013 – enero 2014.

LÌNEA DE INVESTIGACIÒN: Salud en los diferentes ciclos de la vida: neonatos, infantes, adolescentes, adulto mayor y salud sexual reproductiva.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO.

El estudio fue de tipo prospectivo y descriptivo, prospectivo ya que se realizó desde el mes de agosto del 2013 hasta Enero del 2014, y Descriptivo, por cuanto solo se limitó a las variables del estudio en su forma descriptiva, es decir indicó las características de la misma en frecuencia, condición etc.

POBLACIÓN Y UNIVERSO

El universo lo constituyeron 146 pacientes atendidos en la sala de Medicina Interna del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo Agosto 2013 - Febrero -2014.

FÓRMULA DE MUESTREO

n: muestra.

N: población.

P: Nivel de ocurrencia o probabilidad a favor.

Q: Nivel de no ocurrencia o probabilidad en contra.

e: Margen de error.

Z: Nivel de confiabilidad o confianza.

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{e^2}$$

$$(Z)^2 \times P \cdot Q + N \cdot e^2$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 146}{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 + 146 \times (0.05)^2}$$

$$n = \frac{3.84 \times 36.3}{3.84 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{0.96 + 2}{2.96}$$

$$n = \frac{140}{2.96}$$

$$n = 47$$

$$n = 47$$

n: 47

MUESTRA

La muestra estuvo integrada por 47 Pacientes los cuales cumplieron los criterios establecidos para el delirium, fueron escogidos de forma aleatoria, atendidos en la sala de Medicina Interna del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, Agosto 2013 - Enero 2014

MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN:

Bibliográfica y de campo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Se consideraron dentro de este estudio los siguientes criterios: Pacientes que cumple el criterio geriátrico de ser mayor de 65 años de edad. Pacientes Hospitalizados en Medicina Interna Pacientes con criterios de la escala de CAM para diagnóstico de delirium

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Se considera los siguientes criterios: Pacientes con otras patologías psiquiátricas, Pacientes que no corresponden a medicina interna; Pacientes sin criterios geriátricos

MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

MÉTODOS:

Científico

Clínico

Estadístico

INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE INFORMACION

Para la investigación se utilizarán dos tipos de instrumento.

FICHA DE ENCUESTA:

Cual está formada por preguntas a través de las mismas obtenemos la información correspondiente, respetando el derecho a la confidencialidad, mediante el consentimiento informado de recolección,

ESCALA DE CAM:

Un instrumento mediante él se estableció los pacientes con dicha patología

HISTORIA CLINICA PERSONALIZADA:

Para establecer el estado de salud del paciente.

Se utilizó el programa anti-plagio URKUND para corroborar la autenticidad de la investigación.

TÉCNICA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Con el respectivo permiso de las autoridades del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda; se hizo uso de una ficha estructurada para recolectar la información de los pacientes que previa al resultado de la información de la escala de CAM se diagnosticaron como delirium.

La información fue procesada y obtenida a través de ayuda del programa de Excel, proporcionando los respectivos porcentajes facilitando así la tabulación de datos. Para poder cuantificar los datos se emplearon grafitablas y cuadros estadísticos para de esta manera interpretar y analizar los resultados de la investigación y se dio respuesta a la problemática establecida corroborando los objetivos proyectados.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

RECURSOS HUMANOS

Director de Tesis.

Autoridades de la institución educativa.

Pacientes geriátricos con delirium.

Personal médico y laboral del Hospital.

Tribunal de revisión del proyecto.

Autores del proyecto.

RECURSOS FÍSICOS

Cámara digital.

Revistas.

Folletos.

Fichas bibliográficas

Computadoras y material informático.

Cuadernos.

Hojas de papel Bond.

Impresora.

Tinta de impresora.

Scanner.

Libros.

Pen Drive.

RECURSOS INSTITUCIONALES

Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de la Ciudad de Portoviejo.

Universidad Técnica de Manabí.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES VALORADO

ACTIVIDADES	Meses						RECURSOS A UTILIZAR			
	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Humano	Materiales	Otros	Costos
Durante estos meses se procede a realizar la recopilación de la información para sociabilizar con el Director del trabajo de titulación							Autores de la investigación	Fotocopias e internet Hojas de papel	Alimentación y transporte	200,00
Elaboración de los instrumentos para la recolección de datos para presentarle al Director del trabajo de titulación							Autores de la investigación	Lapiceros, marcadores, CDs y cuadernos	Imprevistos y transporte	200,00
Definición de hallazgos y elaboración del informe preliminar para ser presentado al Director y los miembros del trabajo de titulación.							Autores de la investigación	Copias	Imprevistos y transporte	100,00
Tabulación de resultados y elaboración del informe para ser presentado al director del trabajo							Autores de la investigación	Copias	Transporte e	150,00

Revisión y corrección final del trabajo de titulación para que el Director y miembros del trabajo de evolución y seguimiento							Autores de la investigación	Impresión y transcripción	Empastado, derechos y otros	300,00
Aprobación del Director y los miembros del trabajo de titulación							Autores de la investigación	Especies y valores	Alquiler del infocus	50.00
							TOTAL			1000,00

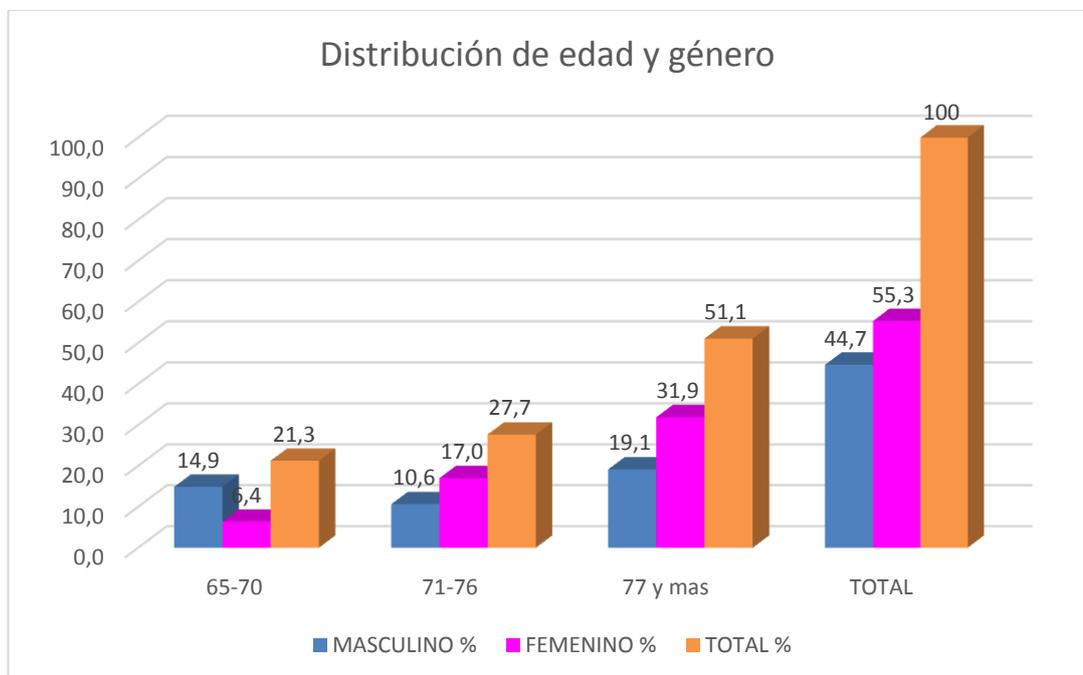
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

TABLA N° 1

Distribución por edad y género en pacientes geriátricos ingresados en el proceso de medicina interna del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda De Portoviejo agosto 2013 – enero 2014

EDAD/AÑOS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	f	%	f	%	F	%
65-70	7	14,9	3	6,4	10	21,3
71-76	5	10,6	8	17,0	13	27,7
77 y mas	9	19,1	15	31,9	24	51,1
TOTAL	21	44,7	26	55,3	47	100

GRÁFICO N° 1



Fuente: Subproceso de Medicina Interna del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda 2013
 Elaborado por: I/M Miguel Arteaga Intriago I/M Wendy Escobar Holguín

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

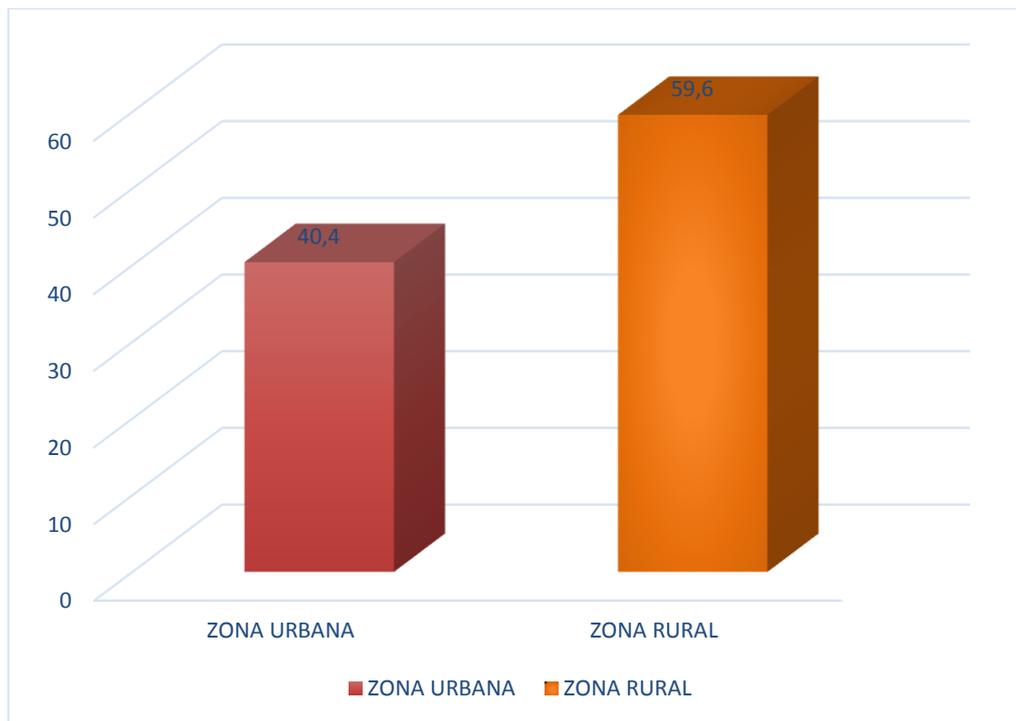
Se puede observar que del total de 47 pacientes del estudio de delirium, 26 eran de género femenino y 21 de género masculino; representando el 55,3% frente a un 44,7% respectivamente. Dentro de este grupo el rango más prevalente fue el de 77 y más años con 9 hombres y 15 mujeres con un porcentaje de 19,1% frente a un 31,9% lo cual fue corroborado por los estudios realizados por (Formigaa, y otros, 2005)

TABLA N. 2

Distribución por Residencia en pacientes geriátricos ingresados en el proceso de medicina interna del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda De Portoviejo agosto 2013 – enero 2014

RESIDENCIA	#	%
ZONA URBANA	19	40,4
ZONA RURAL	28	59,6
TOTAL	47	100,0

GRÁFICO N. 2



Fuente: Subproceso de Medicina Interna del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda 2013
 Elaborado por: I/M Miguel Arteaga Intriago I/M Wendy Escobar Holguín

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

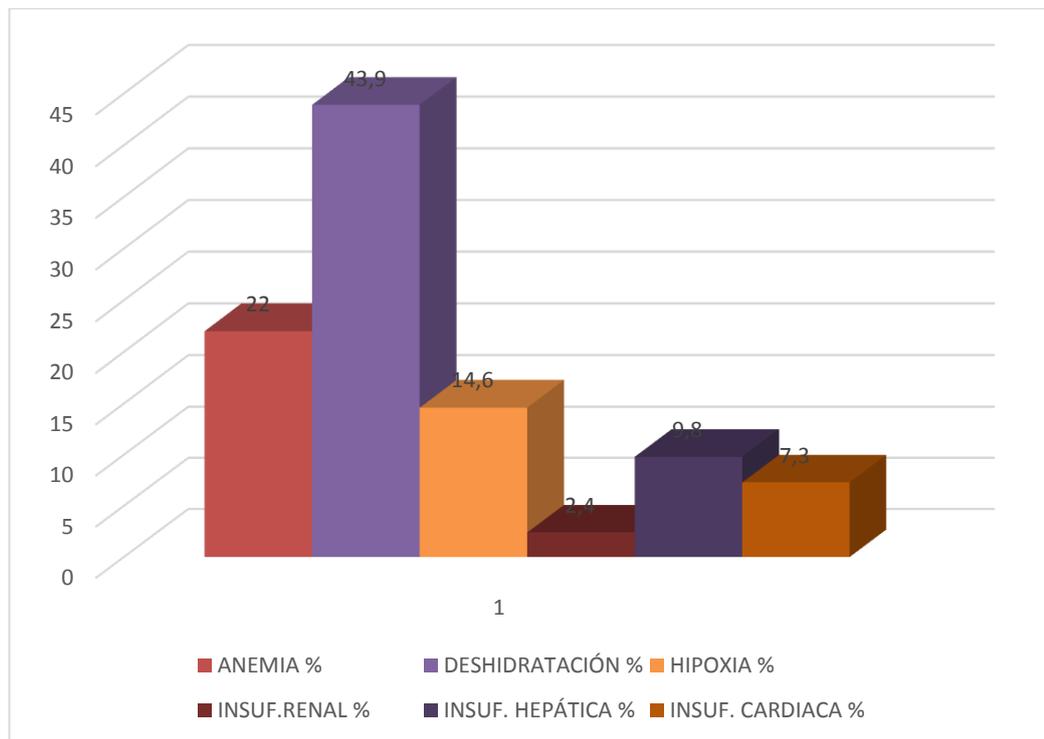
De los 47 pacientes en estudios la gran mayoría, 28 (59,6%) acudió desde la zona rural, mientras que 19 (40,4%) lo hicieron de la zona urbana. El cuestionamiento de los pacientes es que en la zona rural no existen las mismas comodidades y facilidades de salud como existe en las grandes ciudades, por lo que la migración se hace evidente. Este resultado se ve invidente en diferentes estudios que nos determina que la frecuencia e incidencia varía del lugar de procedencia del paciente según estudios. (Formigaa, y otros, 2005)

TABLA N. 3

Distribución por Factores sistémicos metabólicos en pacientes geriátricos ingresados en el proceso de medicina interna del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda De Portoviejo agosto 2013 – enero 2014

ANEMIA		DESHIDRATACIÓN		HIPOXIA		INSUF. RENAL		INSUF. HEPÁTICA		INSUF. CARDIACA		SUBTOTAL	
f.	%	f.	%	f.	%	f.	%	f.	%	f.	%	f.	%
9	22,0	18	43,9	6	14,6	1	2,4	4	9,8	3	7,3	41	100

GRÁFICO N. 3



Fuente: Subproceso de Medicina Interna del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda 2013
Elaborado por: I/M Miguel Arteaga Intriago I/M Wendy Escobar Holguín

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

De acuerdo a la presencia de factores predisponentes metabólicos de la enfermedad de carácter sistémico, se pudo encontrar que: 9 pacientes de 41 presentaron anemia (22%), 18 deshidratación (43,9%), 6 (14,6%) Hipoxia, 1 Insuficiencia renal (2,4%), 4 Insuficiencia hepática (9,8%), 3 insuficiencia cardiaca (7,3%).

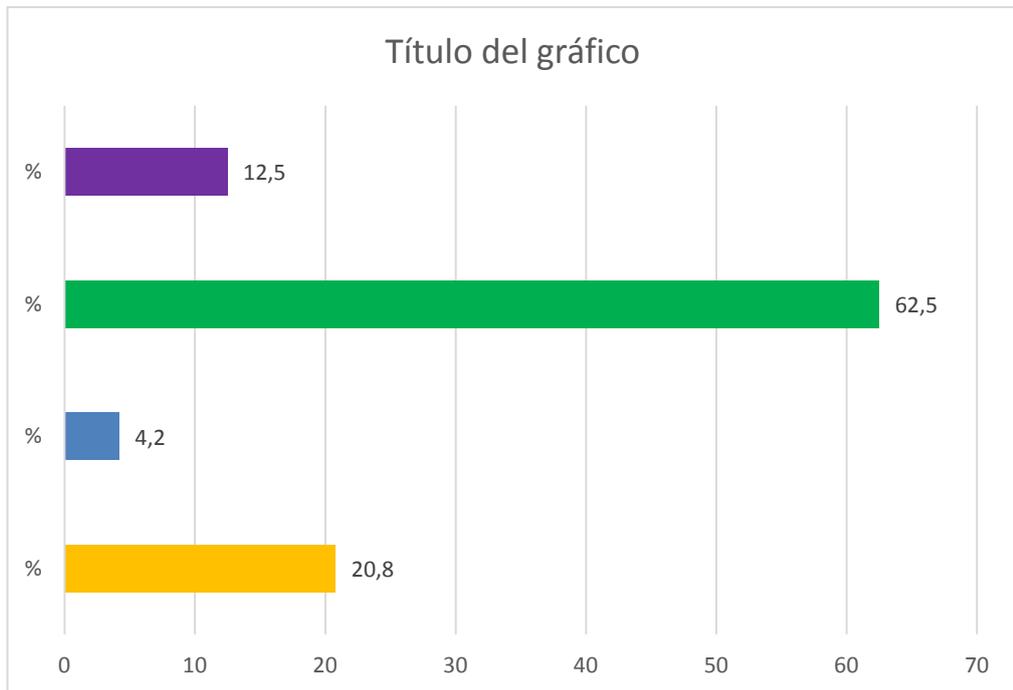
Estos resultados obtenidos tienen cierta semejanza con el estudio de (Ferreira, Belletti, & Yorio, 2005) el cual concluyo determinado que el delirium es un síndrome plurifactorial.

TABLA N. 3.1

Distribución por Factores sistémicos INFECCIOSO – ENDÓCRINO – NUTRICIONAL en pacientes geriátricos ingresados en el proceso de medicina interna del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda De Portoviejo agosto 2013 – enero 2014

INFECCIOSO		ENDÓCRINO		NUTRICIÓN		SUBTOTAL			
Bacteriana		Viral		Diabetes		Mal Nutrición			
f.	%	f.	%	f.	%	f.	%		
5	20,8	1	4,2	15	62,5	3	12,5	24	100

GRÁFICO N. 3.1



Fuente: Subproceso de Medicina Interna del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda 2013
 Elaborado por: I/M Miguel Arteaga Intriago I/M Wendy Escobar Holguín

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Según este informe a la presencia de factores predisponentes metabólicos de la enfermedad de carácter sistémico, se pudo encontrar que: 5 pacientes presentaron infección bacteriana (20,3%), 1 infección viral (4,2%), 15 Diabetes Mellitus (62,5%), y 3 mal nutrición (12,5%).

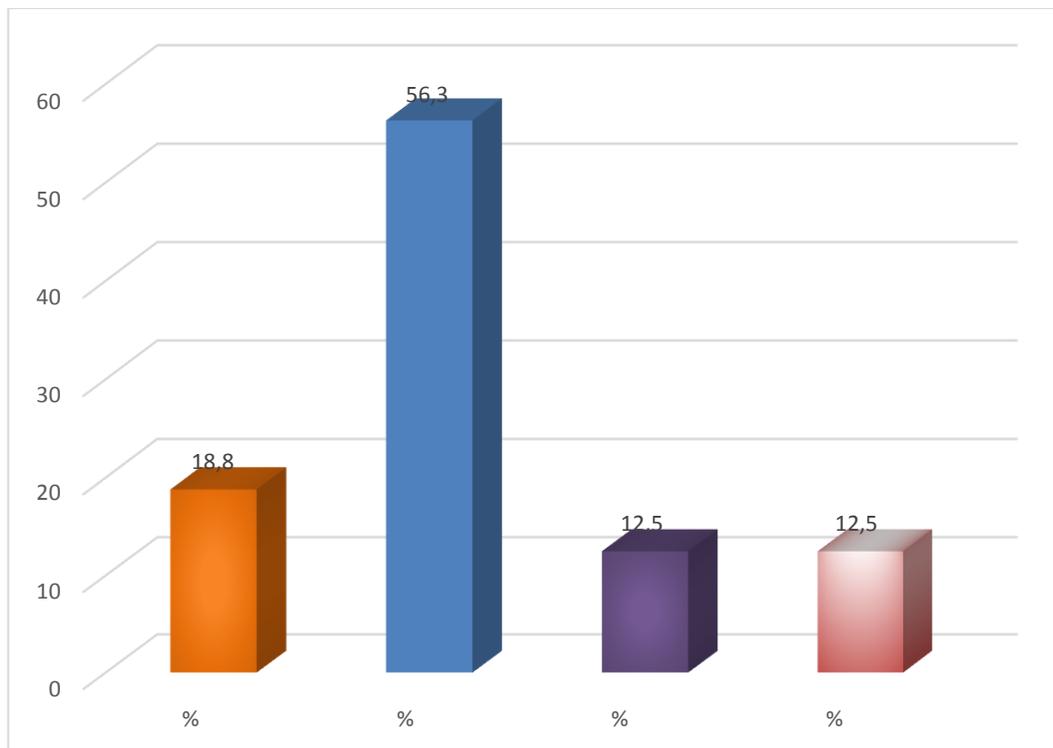
(Ferreira, Belletti, & Yorio, 2005) el cual concluyo determinado que el delirium es un síndrome plurifactorial. Por lo que hay recalcar que en la tabla N. 3 sumaron 41 pacientes con las patologías mencionadas y que ahora son 24, esto no significa que son 66 pacientes, ya que no hablamos en este caso de pacientes sino de patologías y un paciente puede tener más d una patología.

TABLA N. 4

Distribución por problemas Neurológicos en pacientes geriátricos ingresados en el proceso de medicina interna del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda De Portoviejo agosto 2013 – enero 2014

FACTORES PREDISONENTES NEUROLÓGICOS									
LESIONES DIFUSAS					MULTIFOCAL				
TRAUMATISMO		ENCEFALOPÁTICA		EPILEPSIA		DEMENCIA		SUBTOTAL	
f.	%	f.	%	f.	%	f.	%	f.	%
3	18,8	9	56,3	2	12,5	2	12,5	16	100

GRÁFICO N. 4



Fuente: Subproceso de Medicina Interna del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda 2013
 Elaborado por: I/M Miguel Arteaga Intriago I/M Wendy Escobar Holguín

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Se puede observar la distribución de lesiones por problemas neurológicos ocurridos en los pacientes del estudio, siendo la frecuencia de traumatismo de 3 (18,8%), 9 casos con encefalopatía hepática (56,3%), 2 casos con epilepsia (12,5%), y 2 casos con demencia (12,5%).

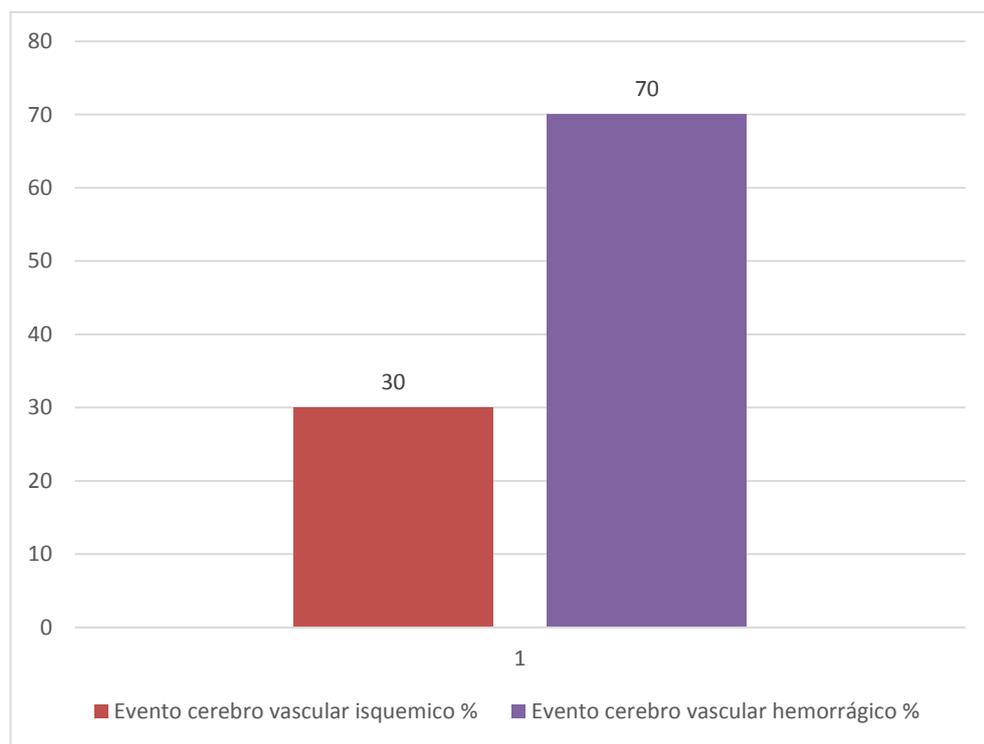
(Ferreyra, Belletti, & Yorio, 2005) considero que el delirium es secundario a diversas patologías siendo las de origen del SNC las principales como c evidencia en este estudio.

TABLA N. 4.1

Distribución por Factores Neurológicos vasculares de los pacientes del estudio en pacientes geriátricos ingresados en el proceso de medicina interna del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda De Portoviejo agosto 2013 – enero 2014

FACTORES PREDISPONENTES NEUROLÓGICOS					
LESIONES FOCALES					
Evento cerebro vascular isquémico		Evento cerebro vascular hemorrágico		SUBTOTAL	
f.	%	f.	%	f.	%
3	30,0	7	70,0	10	100

GRÁFICO N. 4.1



Fuente: Subproceso de Medicina Interna del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda 2013
 Elaborado por: I/M Miguel Arteaga Intriago I/M Wendy Escobar Holguín

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Dentro de los factores vasculares, se evidencian así mismo lesiones focales en 3 casos de origen vascular isquémico 3 casos (30%), y 7 casos (70%) enfermedad vascular hemorrágica.

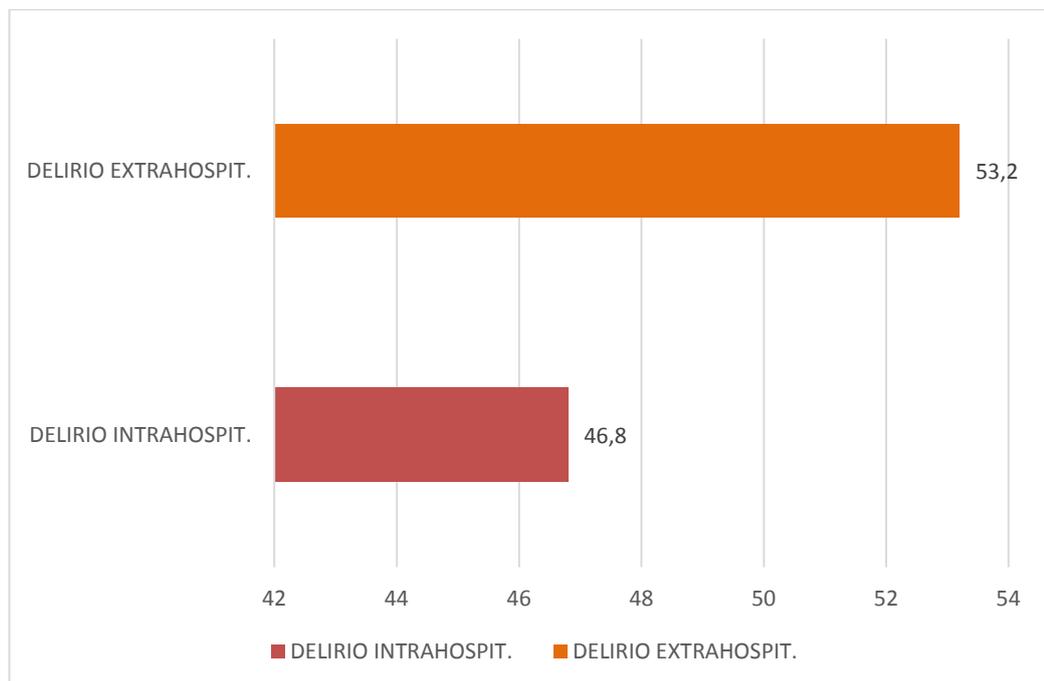
De lo mencionado podemos identificar que la mayor cantidad de lesiones vasculares son hemorrágicas presentándose en menor porcentaje las isquémicas como desencadenantes del delirium lo cual está en relación con lo expresado por (Ferreyra, Belletti, & Yorio, 2005)

TABLA N. 5

Distribución de la presentación DELIRIUM en pacientes geriátricos ingresados en el proceso de medicina interna del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda De Portoviejo agosto 2013 – enero 2014

ESCALA	#	%
DELIRIO INTRAHOSPIT.	22	46,8
DELIRIO EXTRAHOSPIT.	25	53,2
TOTAL	47	100,0

GRÁFICO N. 5



Fuente: Subproceso de Medicina Interna del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda 2013
 Elaborado por: I/M Miguel Arteaga Intriago I/M Wendy Escobar Holguín

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Del total de 47 casos estudiados de delirium, 22 (46,8%) fueron identificados de origen intrahospitalario, mientras que 25 (53,2%) de origen extrahospitalario (estos detectados mediante la anamnesis de la historia clínica).

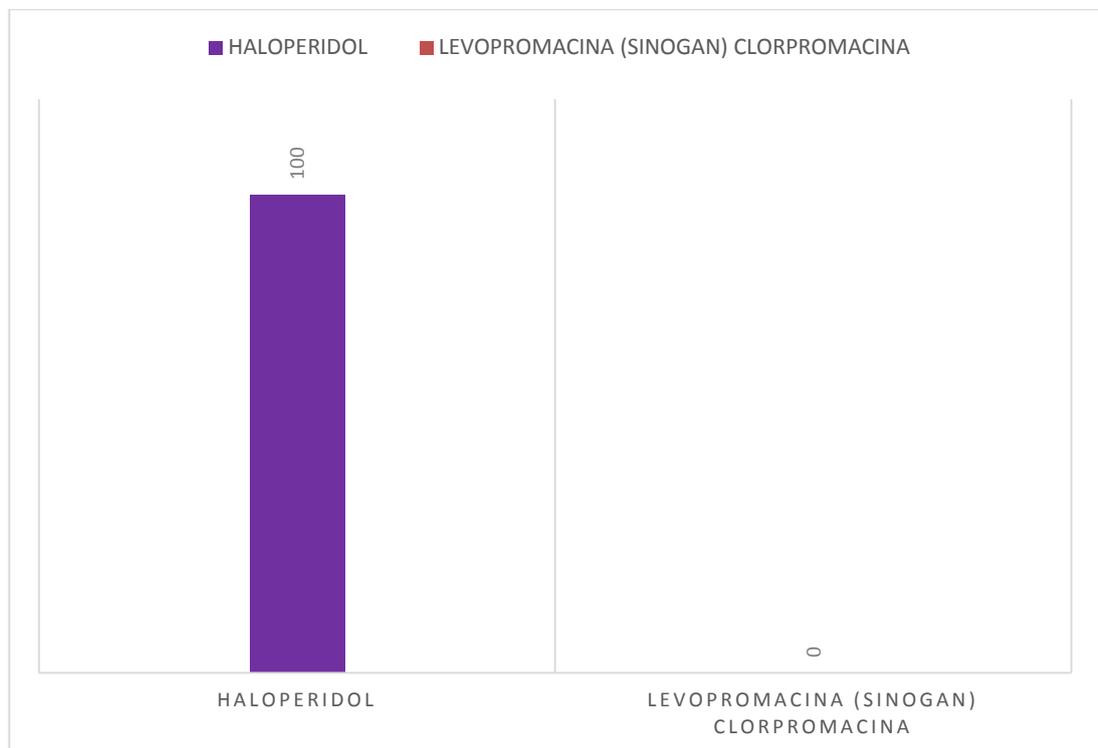
Según (Marulanda, Ocampo, & Agudelo, 2004) es importante poder identificar de manera correcta y científica el delirium, situación que en una gran mayoría de casos se subdiagnóstica por parte de los profesionales médicos, asociando este a otras enfermedades como alzheimer e incluso como parte del tratamiento, lo que a nuestro juicio deberá ser socializado de mejor manera entre los médicos.

TABLA N. 6

Distribución de uso de fármacos neuroléptico TÍPICO en pacientes geriátricos ingresados en el proceso de medicina interna del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda De Portoviejo agosto 2013 – enero 2014

NEUROLÉPTICOS		#	%
HALOPERIDOL		14	100,0
LEVOPROMACINA (SINOGAN) CLORPROMACINA		0	0,0
TOTAL		14	100,0

GRÁFICO N. 6



Fuente: Subproceso de Medicina Interna del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda 2013
 Elaborado por: I/M Miguel Arteaga Intriago I/M Wendy Escobar Holguín

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

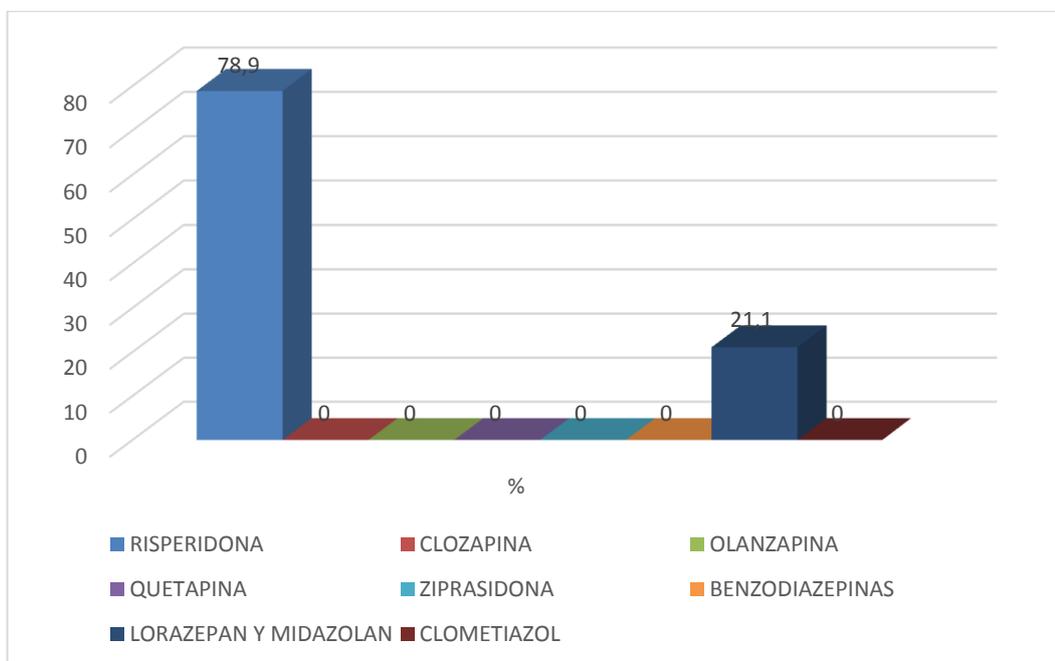
El uso del medicamento correcto en los casos de tratamiento de delirium, conlleva a un mejor control de la patología, en este estudio solo se identificó 14 casos con el medicamento Haloperidol, considerado la primera línea de tratamiento en estos casos, mientras que los restantes utilizaron otros medicamentos. Lo que es aceptado por (Guerrero Frías, Carrasco Meza, Jiménez Páez, Revuelta Argomániz, & Guillén Llera, 2001) que considera como medicamento de primera elección al Haloperidol.

TABLA N. 7

Distribución de uso de fármacos neuroléptico atípico en pacientes geriátricos ingresados en el proceso de medicina interna del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda De Portoviejo agosto 2013 – enero 2014

NEUROLÉPTICOS/ATÍPICO	#	%
RISPERIDONA	15	78,9
CLOZAPINA	0	0,0
OLANZAPINA	0	0,0
QUETAPINA	0	0,0
ZIPRASIDONA	0	0,0
BENZODIAZEPINAS	0	0,0
LORAZEPAN Y MIDAZOLAN	4	21,1
CLOMETIAZOL	0	0,0
TOTAL	19	100,0

GRÁFICO N. 7



Fuente: Subproceso de Medicina Interna del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda 2013
 Elaborado por: I/M Miguel Arteaga Intriago I/M Wendy Escobar Holguín

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

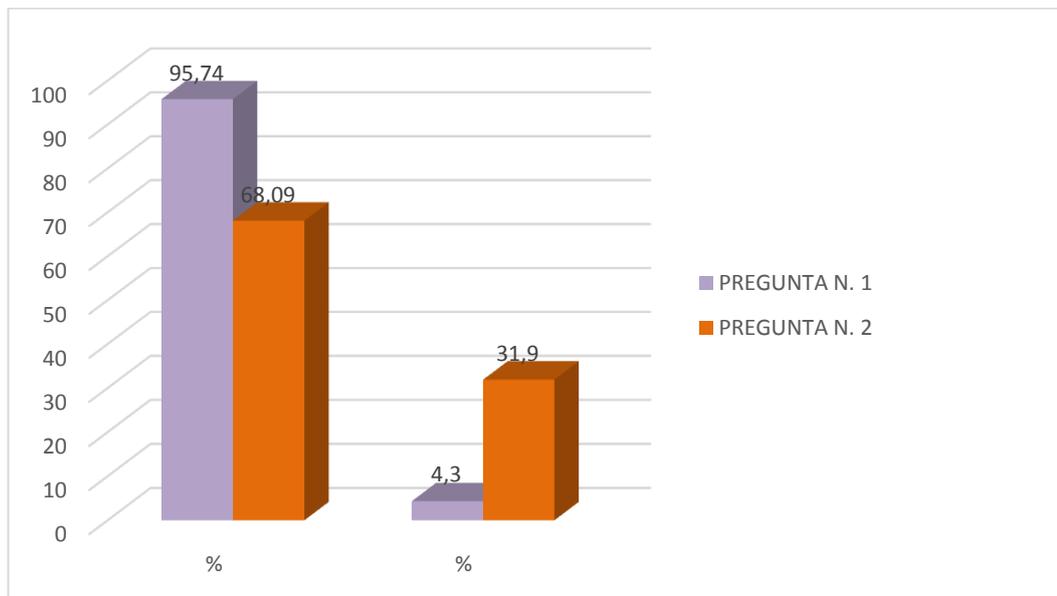
Para la parte restante de pacientes se utilizó medicamentos como neurolepticos atípicos tal como la risperidona en 15 casos (78,9%) de 19, y en 4 casos (21,1%), se usó lorazepan y midazolam (21,%), en total 19 casos más los 14 anteriores suman 33, los 14 restantes utilizaron otros fármacos que no se evidencian en la historia clínica. Lo cual es comprobado por (Guerrero Frías, Carrasco Meza, Jiménez Páez, Revuelta Argomániz, & Guillén Llera, 2001) quien considera una alternativa de tratamiento a la Risperidona.

ESCALA DE CAM

TABLA N. 8

ITEM 1: INICIO AGUDO Y CURSO FLUCTUANTE	#	%	#	%	#	%
	SI		NO		SUBTOTAL	
PREGUNTA N. 1 HAY ALGUNA EVIDENCIA DE UN CAMBIO AGUDO EN EL ESTADO MENTAL BASAL DEL PACIENTE	45	95,7	2	4,3	47	100
PREGUNTA N. 2 HAY CAMBIOS O FLUCTUACIONES DE LA CONDUCTA DURANTE EL DIA, ES DECIR TENDENCIA A APARECER Y DESPARECER O MEJORAR O EMPEORAR?	32	68	15	31,9	47	100

GRÁFICO N. 8



Fuente: Subproceso de Medicina Interna del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda 2013
 Elaborado por: I/M Miguel Arteaga Intriago I/M Wendy Escobar Holguín

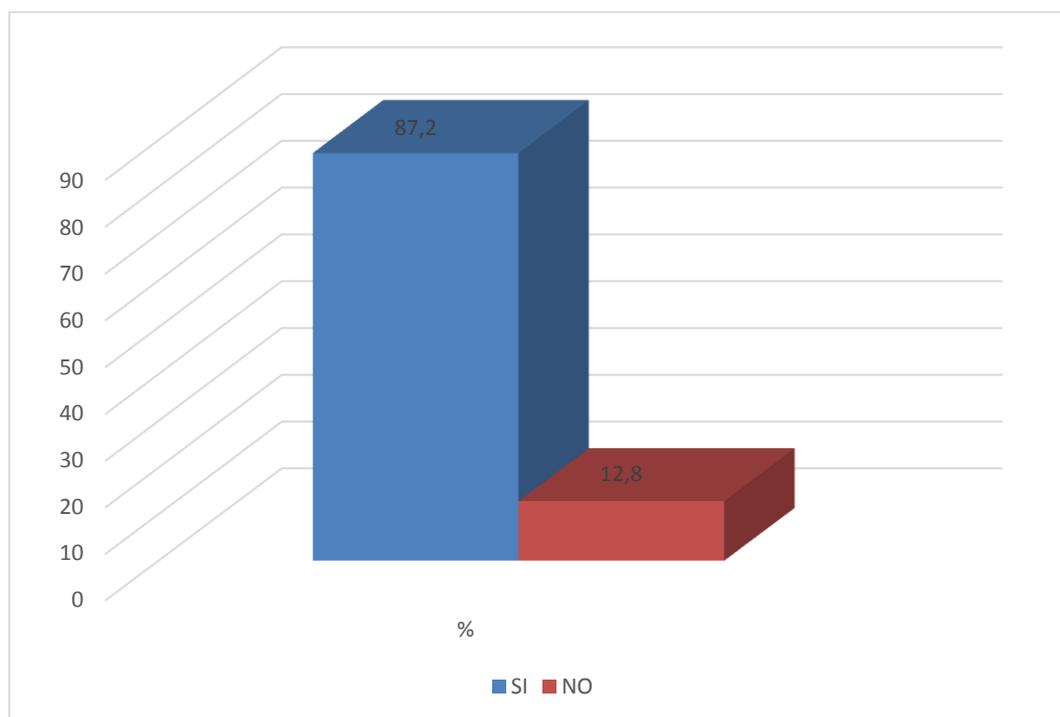
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Para desarrollar el formulario de CAM se utilizó la opinión del propio paciente y en algunos casos del familiar, en relación al ítems relacionado con el inicio agudo y fluctuante tenemos que en 45 pacientes se comprobó que si existe cambio (95,7%), evidente en el estado mental basal del paciente mientras que 2 no (4,3%). Mientras que en los cambios o fluctuaciones de la conducta durante el día, en 32 pacientes se comprobó que si existe cambio (68,1%), mientras que 15 no (31,9%). Esto está relacionado con lo expuesto por (Millán Calenti, 2011)

TABLA N. 9

ITEM 2: DISPERSIÓN O INATENCIÓN		
PREGUNTA N. 3	#	%
TIENE EL PACIENTE DIFICULTAD PARA FOCALIZAR SU ATENCION, SE DISTRAE CON FACILIDAD? O TIENE DIFICULTAD PARA SEGUIR EL HILO DE LO QUE DICE?		
SI	41	87,2
NO	6	12,8
TOTAL	47	100,0

GRÁFICO N. 9



Fuente: Subproceso de Medicina Interna del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda 2013
 Elaborado por: I/M Miguel Arteaga Intriago I/M Wendy Escobar Holguín

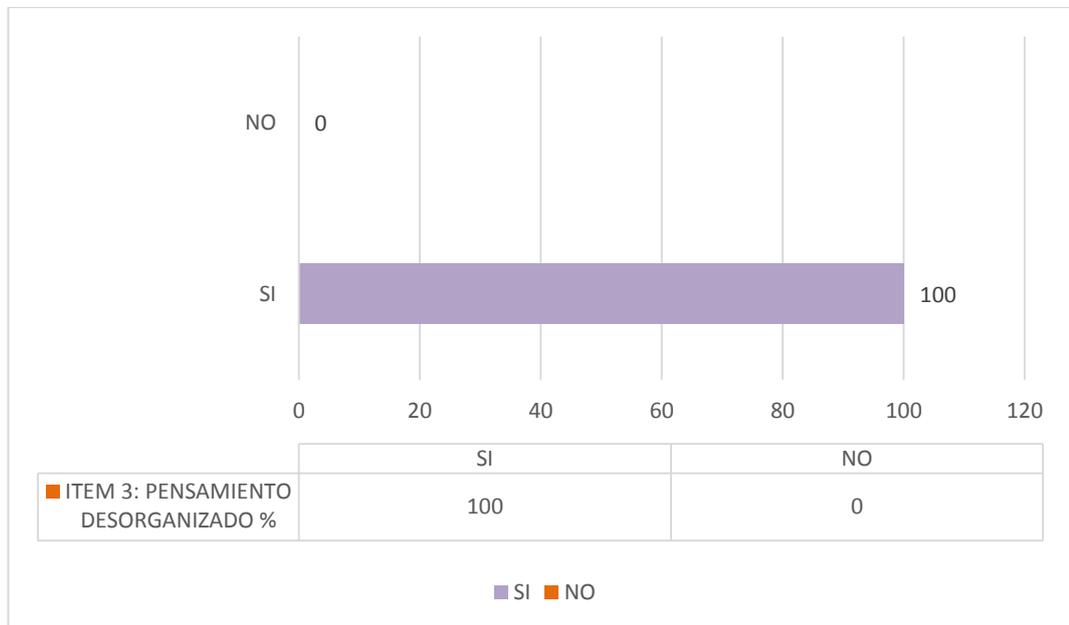
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En cuanto a la dificultad para focalizar su atención, tenemos que 41 (87,2%) pacientes se notó que si existe cambio en la atención, mientras que 6 no (12,8%). Existe una alteración en el estado de conciencia del paciente en la cual su capacidad de atención se ve afectada, no pudiendo realizar un permanente intercambio de funciones de comunicación con el exterior esto está relacionado con lo expuesto por (Rodríguez García & Lazcano Botella, 2007)

TABLA N. 10

ITEM 3: PENSAMIENTO DESORGANIZADO		
PREGUNTA N. 4 ES EL PENSAMIENTO DEL PACIENTE INCOHERENTE O DESORGANIZADO? MUESTRA UNA IDEACION ILOGICA O CAMBIA DE MANERA IMPREDECIBLE DE UN TEMA A OTRO, MOSTRANDO UNA CONVERSACION IRRELEVANTE?	#	%
SI	47	100,0
NO	0	0,0
TOTAL	47	100,0

GRÁFICO N. 10



Fuente: Subproceso de Medicina Interna del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda 2013
 Elaborado por: I/M Miguel Arteaga Intriago I/M Wendy Escobar Holguín

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

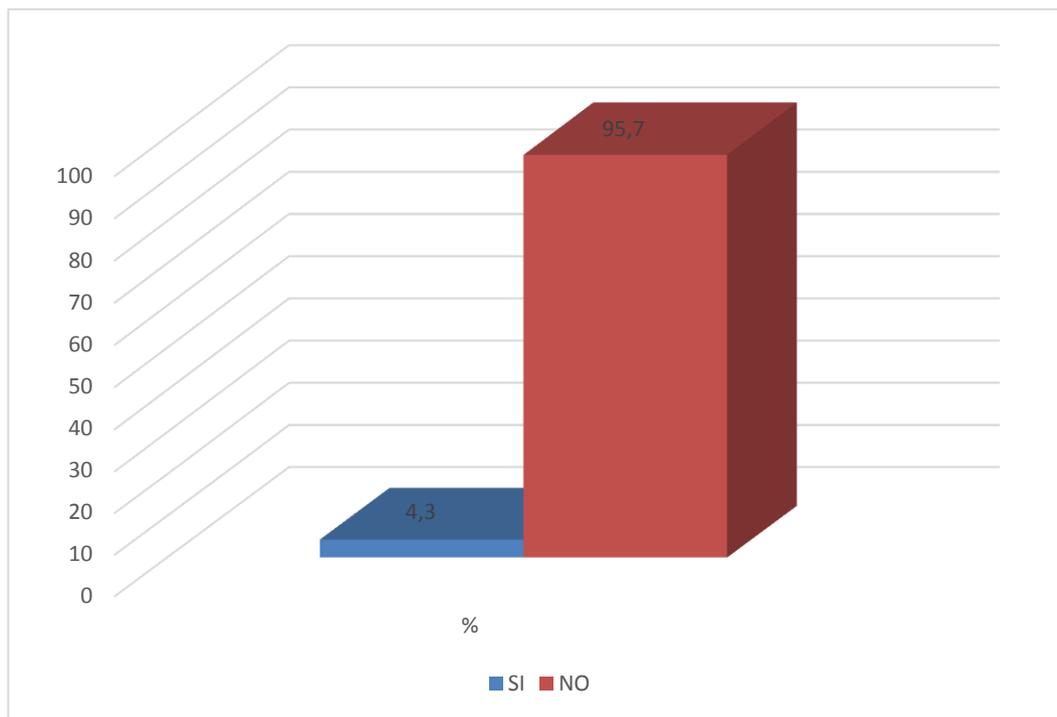
En lo que respecta al pensamiento incoherente o desorganizado, siendo la observación en 47 (100%) pacientes que existe incoherencia en sus expresiones ante la realidad.

Esta apreciación fue calificada de manera categórica por los familiares de los pacientes. Podemos afirmar que el estado de delirium desconecta a la persona con su mundo exterior (Marulanda, Ocampo, & Agudelo, 2004)

TABLA N. 11

ITEM 4. ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA		
PREGUNTA N. 5	ESTADO DE CONCIENCIA GENERAL DEL PACIENTE	
ALERTA (NORMAL)	#	%
SI	2	4,3
NO	45	95,7
TOTAL	47	100,0

GRÁFICO N. 11



Fuente: Subproceso de Medicina Interna del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda 2013
 Elaborado por: I/M Miguel Arteaga Intriago I/M Wendy Escobar Holguín

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

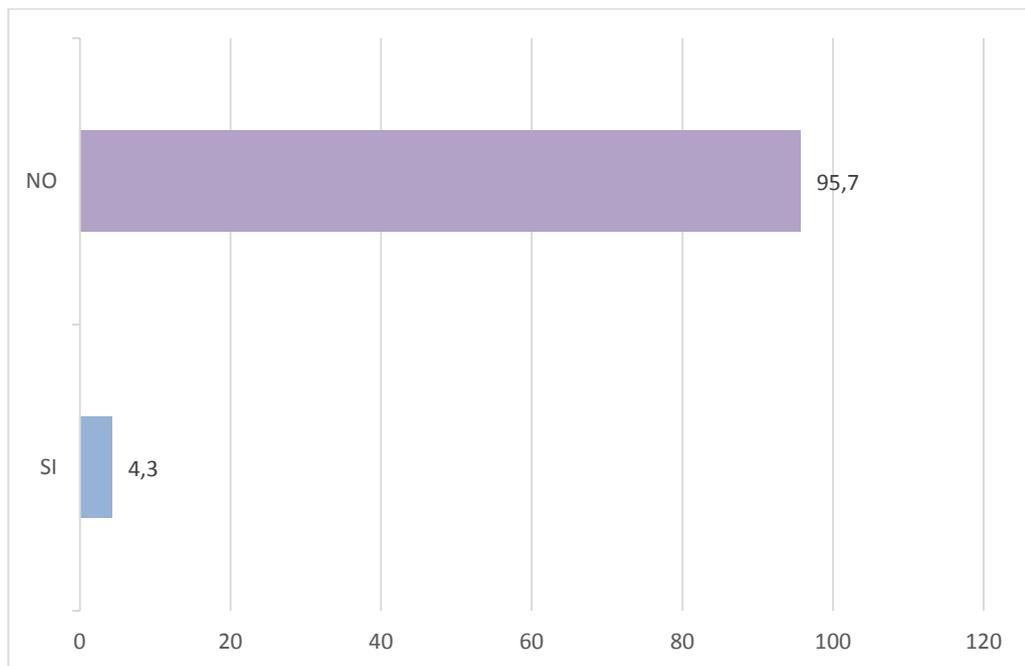
Básicamente el paciente con delirium esta desconectado con la realidad su estado de alerta de conciencia y no es normal, así lo mencionaron 45 familiares de los pacientes (95,7%).

Según Marulanda (2004), el estado de alerta del paciente esta alterado, e incluso muchos llegan a tener sobre-alerta, esto denota que otras funciones en el paciente son las que se alternan.

TABLA N. 11.1

ITEM 4. ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA		
PREGUNTA N. 6 ESTADO DE CONCIENCIA GENERAL DEL PACIENTE		
VIGILANTE (HIPERALERTA)	#	%
SI	2	4,3
NO	45	95,7
TOTAL	47	100,0

GRÁFICO N. 11.1



Fuente: Subproceso de Medicina Interna del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda 2013
 Elaborado por: I/M Miguel Arteaga Intriago I/M Wendy Escobar Holguín

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

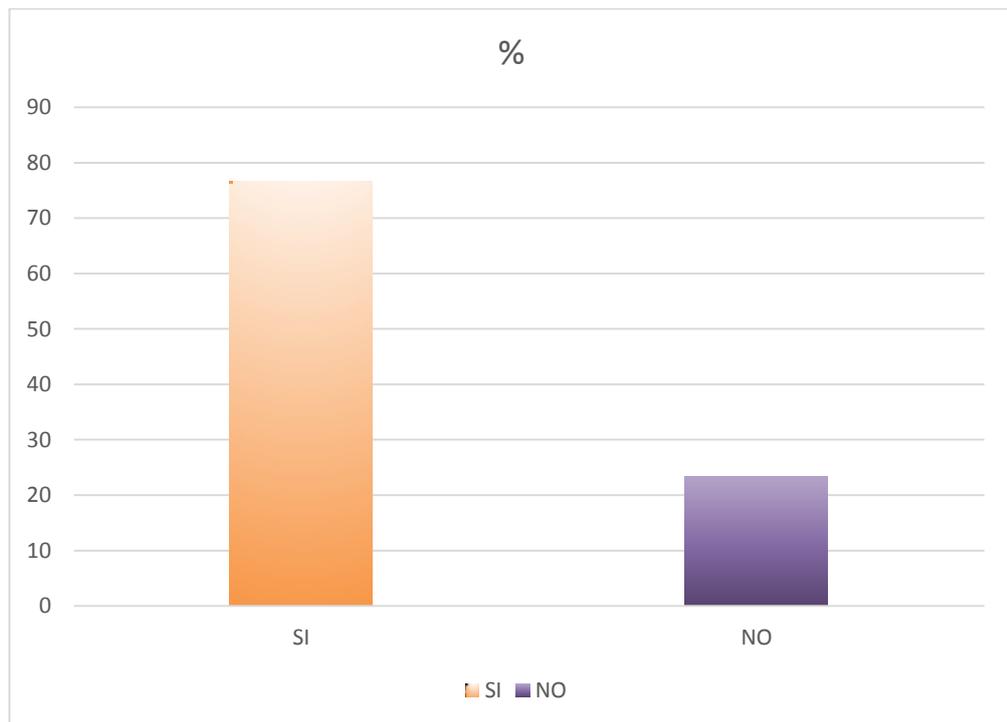
De los 47 pacientes de estudio, el familiar lo calificó; 45 sin un buen estado de conciencia (95,7%), mientras que 2 (4,3%) que tenían un estado de vigilancia.

Según Marulanda, (2004) al evaluar esta respuesta se puede notar que el estado de conciencia está realmente afectado lo que se demuestra en nuestro estudio.

TABLA N. 11.2

ITEM 4. ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA		
PREGUNTA N. 7 ESTADO DE CONCIENCIA GENERAL DEL PACIENTE		
LETARGICO (SOMNOLIENTO Y FACILMENTE DESPERTABLE)	#	%
SI	36	76,6
NO	11	23,4
TOTAL	47	100,0

GRÁFICO N. 11.2



Fuente: Subproceso de Medicina Interna del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda 2013
 Elaborado por: I/M Miguel Arteaga Intriago I/M Wendy Escobar Holguín

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

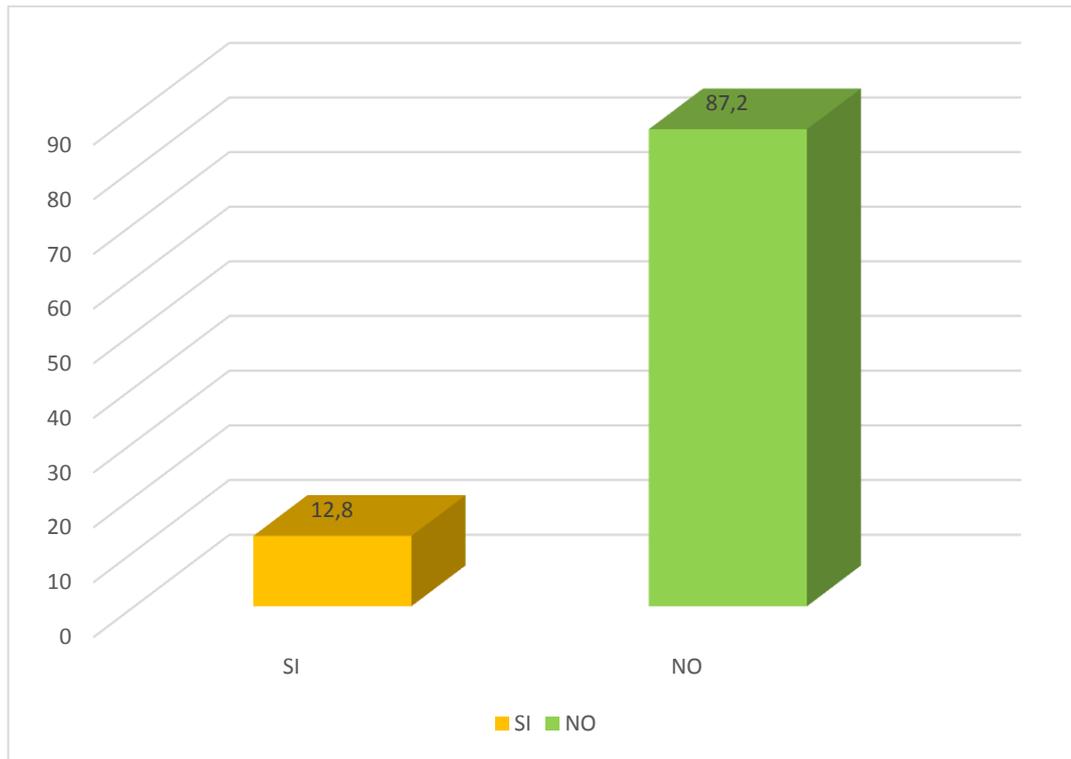
El estado letárgico de los pacientes, se presentó en 36 (76,6%), mientras que 11 (23,4%) no tuvieron este estado.

Es evidente considerar el tipo de medicamentos a los cuales debe someterse el paciente para mantener su enfermedad, en donde muchos de estos se les dificulta el despertar sobre todo si no se utiliza el medicamento correspondiente (Marulanda, Ocampo, & Agudelo, 2004)

TABLA N. 11.3

ITEM 4. ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA			
PREGUNTA N. 8		ESTADO DE CONCIENCIA GENERAL DEL PACIENTE	
ESTUPOROSO (DIFÍCIL DE DESPERTAR)		#	%
SI		6	12,8
NO		41	87,2
TOTAL		47	100,0

GRÁFICO N. 11.3



Fuente: Subproceso de Medicina Interna del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda 2013
 Elaborado por: I/M Miguel Arteaga Intriago I/M Wendy Escobar Holguín

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

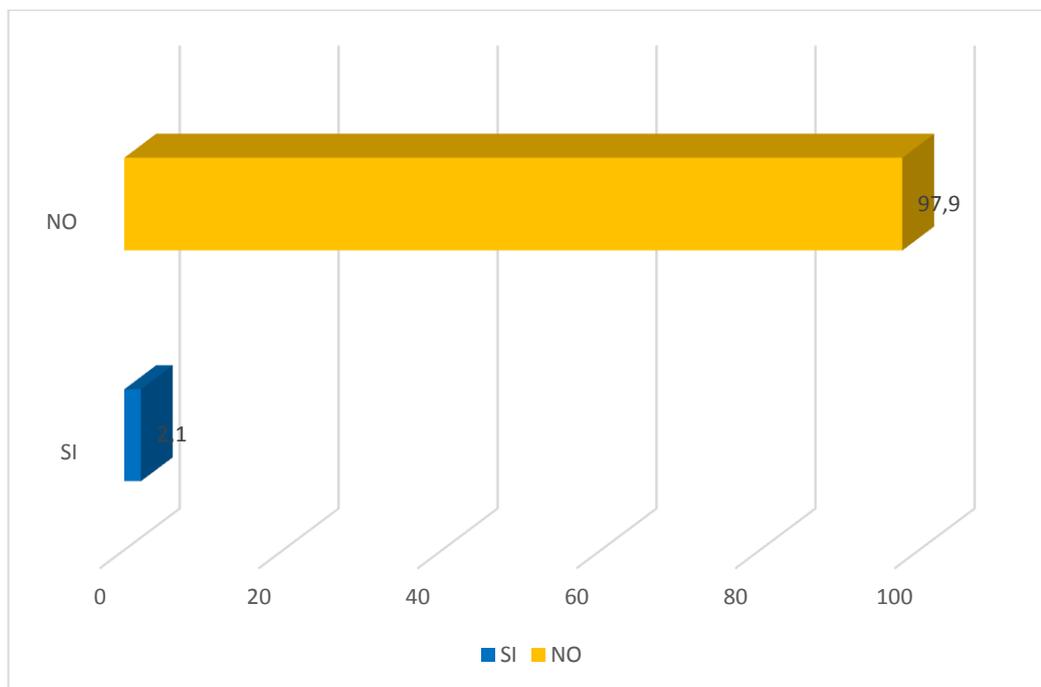
Dentro de esta respuesta 41 (87,2%), no presentó el mismo, mientras que 6 (12,8%) si lo presentaron.

Según (Marulanda, Ocampo, & Agudelo, 2004) el estupor es considerado también como una respuesta al tratamiento en muchos casos o por la propia enfermedad por lo que en muchos caso es difícil de estable un diagnostico oportuno.

TABLA N. 11.4

ITEM 4. ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA		
PREGUNTA N. 9	ESTADO DE CONCIENCIA GENERAL DEL PACIENTE	
EN COMA	#	%
SI	1	2,1
NO	46	97,9
TOTAL	47	100,0

GRÁFICO N. 11.4



Fuente: Subproceso de Medicina Interna del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda 2013
 Elaborado por: I/M Miguel Arteaga Intriago I/M Wendy Escobar Holguín

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

De los 47 pacientes de estudio, se pudo conocer que solo 1 paciente presentó coma, una complicación de las múltiples patologías de desencadenan el delirium que en muchos casos a la muerte llevan a los pacientes. (Marulanda, Ocampo, & Agudelo, 2004)

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

Una vez concluida la investigación sobre el delirium en pacientes geriátricos atendidos en Medicina Interna del hospital provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, Agosto 2013 – Enero del 2014 se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Se determinó que la población de estudio fue de 146 pacientes de los cuales 47 usuarios presentaron delirium, siendo la edad de mayor afectación los pacientes geriátricos de más de 77 años con un porcentaje de 51,1% seguido de los la edad de 71-76 años con un porcentaje de 27,7%, en lo que respecta a la edad el seso femenino tuvo un porcentaje de 55.3% en relación al sexo masculino que presento un 47,7%. Siendo el aérea rural con un 59,6% el lugar con mayor incidencia. La presentación del delirium se dio con una mayor incidencia en la extrahospitalaria con un porcentaje de 53,2%

Dentro de los factores metabólicos los resultados se dividieron en dos subgrupos debido a él delirium es un síndrome plurifactorial pudiéndose presentar más de una patología en los pacientes en estudios: siendo la enfermedad con mayor frecuencia en el primer grupo la deshidratación con un porcentaje 43.3% seguido de la anemia 22%. El segundo grupo la Diabetes tuvo un 62,5% seguido de las Infecciones bacterianas con un 20,8%

En cuanto a los factores neurológicos el estudio se dividió en dos subgrupos en lesiones difusas multifocales donde la encefalopatía hepática tuvo un porcentaje de 56.3% seguido de la demencia con un 12,5% el segundo grupo corresponde a lesiones focales en donde los eventos cerebros vasculares de tipo hemorrágicos presentaron un 70%

Dentro de nuestro estudio llegamos a la conclusión del manejo terapéutico del delirium se basa en dos tipos de neurolépticos dentro de los típicos tenemos que le mas utilizado por sus efectos adversos son menores el Haloperidol en catorces paciente representando el 100% en este grupo y en el caso de los neurolépticos atípicos el más utilizados es la Risperidona con un porcentaje de 78,9%

Con relación al uso de la ESCALA DE CAM sobre la pregunta si; de un cambio agudo del paciente, se presentó en el 95,7% en relación al cambio fluctuante de la conducta que solo se presentó en 68,0%; mientras que los paciente que tienen dificultad para focalizar su atención, se distrae con facilidad se presentó en un 87,2% a diferencia del pensamiento incoherente que se presentó en el 100% de los pacientes en estudio.

En lo que respecta al estado de conciencia tenemos que un 95,7% no presentaban un estado de alerta normal, en el estado de hiperalerta lo presento en un 95,7%, el estado letárgico no lo presentaron en un 87,2 y los paciente en coma el 97,9% no lo presento

En conclusión general el delirium es un trastorno subdiagnosticado, responde a multifactores. El tratamiento adecuado requiere de manera conjunta tratar a los factores

externos e internos. Los fármacos deben utilizarse para los casos más difíciles y que no han tenido respuesta con otras alternativas.

RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones realizadas se recomendó lo siguiente:

Se recomienda que el personal de salud socialice con los usuarios la necesidad de una alimentación balanceada

Debido a que el delirium es un síndrome plurifactorial es necesario de los médicos de las diferentes especialidades conozcan y manejen este síndrome debido a su gran facilidad de aparición, considerando que todo el personal de salud debería estar capacitado para diagnosticarlo.

Recomendamos a las autoridades del Hospital mejorar la infraestructura creando un área destinada a los pacientes geriátricos debido a que sus defensas están disminuidas y pueden adquirir otra patología durante su estancia hospitalaria aumentando la morbimortalidad.

Solicitar a las autoridades del Hospital Verdi Cevallos Balda que dentro de la medicación disponible en la farmacia se encuentre el Haloperidol

Utilizar de manera regular la escala de CAM, para identificar de manera adecuada al paciente que padece delirium.

PROPUESTA

PROPUESTA PARA DIFUNDIR INFORMACIÓN SOBRE
ESTRATEGIAS DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL
DELIRIUM A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEL
SUBPROCESO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL VERDI
CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO

INDICE

- I. DATOS GENERALES DEL PROYECTO.
 - I.I. Título del proyecto.
 - I.II. Responsables.
 - I.III. Ubicación sectorial y física.
 - I.IV. Monto.
 - I.V. Plazo de ejecución.
- II. DIAGNOSTICO Y PROBLEMA.
 - II.I. Identificación, descripción y diagnóstico del problema.
 - II.II. Línea de base del proyecto.
 - II.III. Identificación y caracterización de la población objetiva.
- III. OBJETIVO DEL PROYECTO.
 - III.I. Objetivos general y específicos.
 - III.II. Indicadores de factibilidad.
 - III.III. Indicadores de resultados.
- IV. SISTEMA DE MARCO LÓGICO.
 - IV.I. FODA.
 - IV.II. Árbol del problema.
 - IV.III. Árbol de objetivos.
 - IV.IV. Análisis de los involucrados.
 - IV.V. Matriz de marco lógico.
- V. ANEXOS.

I. DATOS GENERALES DEL PROYECTO.

I. I Título del proyecto.

Propuesta para difundir información sobre estrategias del diagnóstico y tratamiento del delirium a los profesionales de la salud del subproceso de medicina interna del hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

II. Responsables.

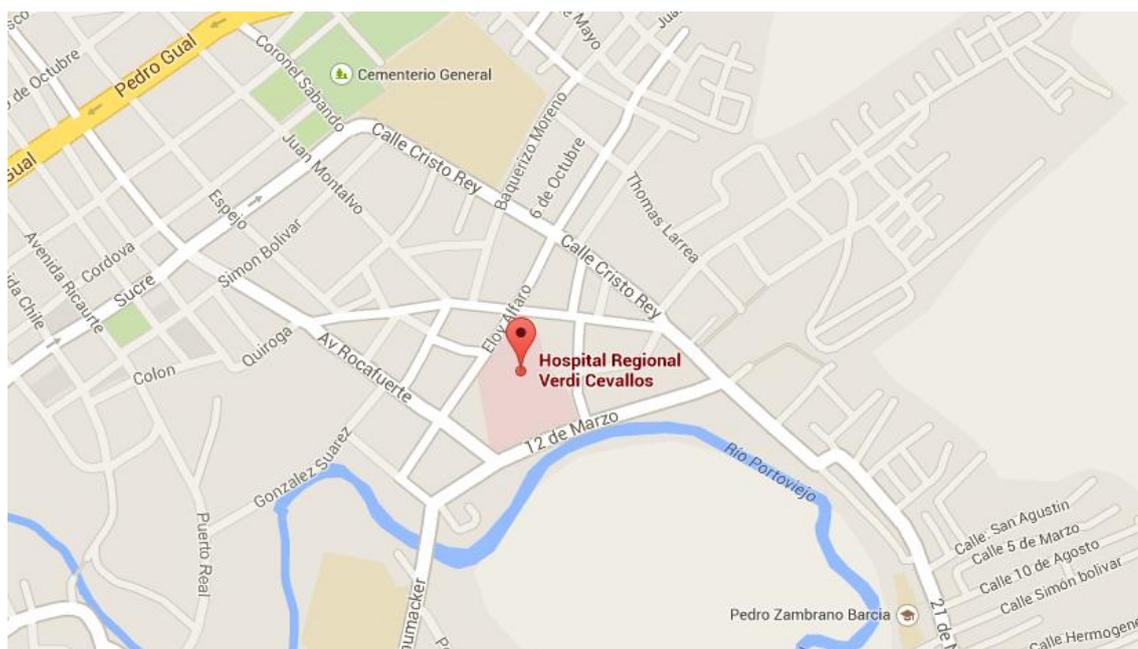
Egresadas de la carrera de medicina:

Miguel Ángel Arteaga Intriago

Wendy Elizabeth Escobar Holguín

III. Ubicación sectorial y física.

El presente proyecto se realizara en el subproceso de Medicina Interna del Hospital Verdi Cevallos Balda



Fuente: Google Maps

I.IV. Monto.

ACTIVIDADES	TIEMPO	RECURSOS			COSTO
		HUMANOS	MATERIALES	OTROS	\$ USD
Elaboración de la propuesta	Semana 2 de marzo /2014				70
Presentación de la propuesta	Semana 3 de Marzo /2014				90
Ejecución de la propuesta	Semana 3 de Abril /2014				80
Otros gastos	Semana 1 de Abril /2014				60
			TOTAL		\$ 300

I.V. Plazo de ejecución.

Actividades	Mes	Marzo				Abril			
	Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración de la propuesta									
Presentación de la propuesta									
Ejecución de la propuesta									

I. DIAGNOSTICO Y PROBLEMA.

II. Identificación, descripción y diagnóstico del problema.

El síndrome confusional agudo (SCA) o delirium, caracterizado por una desorientación temporo-espacial, aumento o disminución de la actividad psicomotriz y con desequilibrio del ciclo vigilia-sueño. Se acompaña con agitación psicomotriz y desorientación temporo-espacial, o también puede alternar con fases de somnolencia diurna. En consecuencia, el delirium suele aparecer de manera más insidiosa en la noche y en lugares más tranquilos y con disminución de ruidos externos o en lugares que son desconocidos para el paciente.

Mencionado las características generales del delirium es necesario plantearse los siguientes objetivos para poder mejorar el diagnóstico y tratamiento de esta patología.

II.II. Línea de base del proyecto.

No existe un antecedente de diagnóstico y tratamiento socializado y generalizado en los profesionales de la salud, por lo que se parte exclusivamente del conocimiento general de lo aprendido en las aulas universitarias sobre delirium; sin embargo se hace necesario socializar algunas estrategias para mejorar el diagnóstico y tratamiento del síndrome confusional agudo o delirium.

II.III. Identificación y caracterización de la población objetiva.

Beneficiarios

Los beneficiarios directos del proyecto serán los usuarios con síndrome confusional agudo, los mismos que tendrán la oportunidad de tener un diagnóstico y tratamiento oportuno.

El proyecto está dirigido hacia la capacitación de los profesionales médicos que trabajan en el área del subproceso de medicina interna, y que de manera permanente se enfrentan a diagnosticar múltiples patologías, las que si no son reconocidas de manera adecuada pueden convertirse en problemas o complicaciones de otros tratamientos.

Es por esto que los lineamientos básicos sobre el diagnóstico y tratamiento del delirium, podrán ser compartidos y definidos por el cuerpo de profesionales.

Mejorando la calidad de vida del paciente con patología de delirium

III. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo General

Difundir información sobre estrategias del diagnóstico y tratamiento del delirium a los profesionales de la salud del subproceso de medicina interna del hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

Objetivos Específicos.

Identificar los principales signos y síntomas característicos del delirium

Determinar los parámetros que diagnostican delirium

Desarrollar un algoritmo de diagnóstico y tratamiento del delirium

Capacitar a médicos residentes, internos de medicina y personal de enfermería con la finalidad de que participen de manera inmediata y eficiente a la atención de los pacientes con Síndrome Confusional Agudo para contribuir a un mejor pronóstico.

IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS
CARACTERÍSTICOS DEL DELIRIUM

Signos de deshidratación como sequedad mucocutánea

Alteraciones metabólicas

Traumatismo, fiebre, infecciones, insuficiencia cardiaca.

Retención aguda de orina, impactación fecal

La exploración general deberá incluir una exploración neurológica minuciosa; signos meníngeos, crisis convulsivas, déficit neurológico, temblor, mioclonías

DETERMINAR LOS PARÁMETROS QUE DIAGNOSTICAN DELIRIUM

Exploración física general:

Con los síntomas y signos anotados

Exploración de funciones mentales:

Atención:

Recitar meses del año o días de la semana en orden inverso.

Contar hacia atrás comenzando en 20.

Series de letras.

Deletrear la palabra mundo al revés.

Palabras que comiencen por una letra determinada.

Formación de categorías semánticas.

Orientación:

Fecha, país, provincia, ciudad, hospital...

Identificar personas por su nombre.

Memoria:

Fecha y lugar de nacimiento, por qué está ingresado, recordar palabras...

Pensamiento/abstracción: Diferencias entre palabras, similitudes, interpretación de proverbios, definición de palabras comunes, fluidez verbal.

Conciencia:

Alteración del contenido y del nivel de conciencia.

Exploración de funciones no intelectivas.

Conducta y comportamiento: La actividad psicomotora puede estar disminuida (más frecuente en ancianos) o lo más común, aumentada.

Estado afectivo: Euforia, agresividad, ansiedad, temor o rabia, depresión, perplejidad, apatía, indiferencia.

Ciclo sueño-vigilia: Insomnio es lo más común con empeoramiento de la confusión durante la noche e hipersomnia diurna.

Sistema neurovegetativo: Temblor, sudoración, taquicardia, HTA, midriasis, hipertermia, rubor facial, fiebre, incontinencia.

Exámenes complementarios:

Hemograma:

Anemia (déficit de B12, ácido fólico, ferro-penia...).

Leucocitosis (infección o sepsis).

Trombopenia (PTI, CID).

Estudio de coagulación.

Bioquímica: electrolitos, glucosa, calcio, albúmina, urea, creatinina, transaminasas, bilirrubina, FA, CPK...

Gasometría (equilibrio ácido-base): hiper-capnia, acidosis metabólica...

Electrocardiograma: Arritmias, IAM, hiperpo-tasemia, TEP...

Orina: leucocitos, nitritos en infección de orina.

Rx de tórax: Insuficiencia cardiaca, TEP, neumonía, masas...

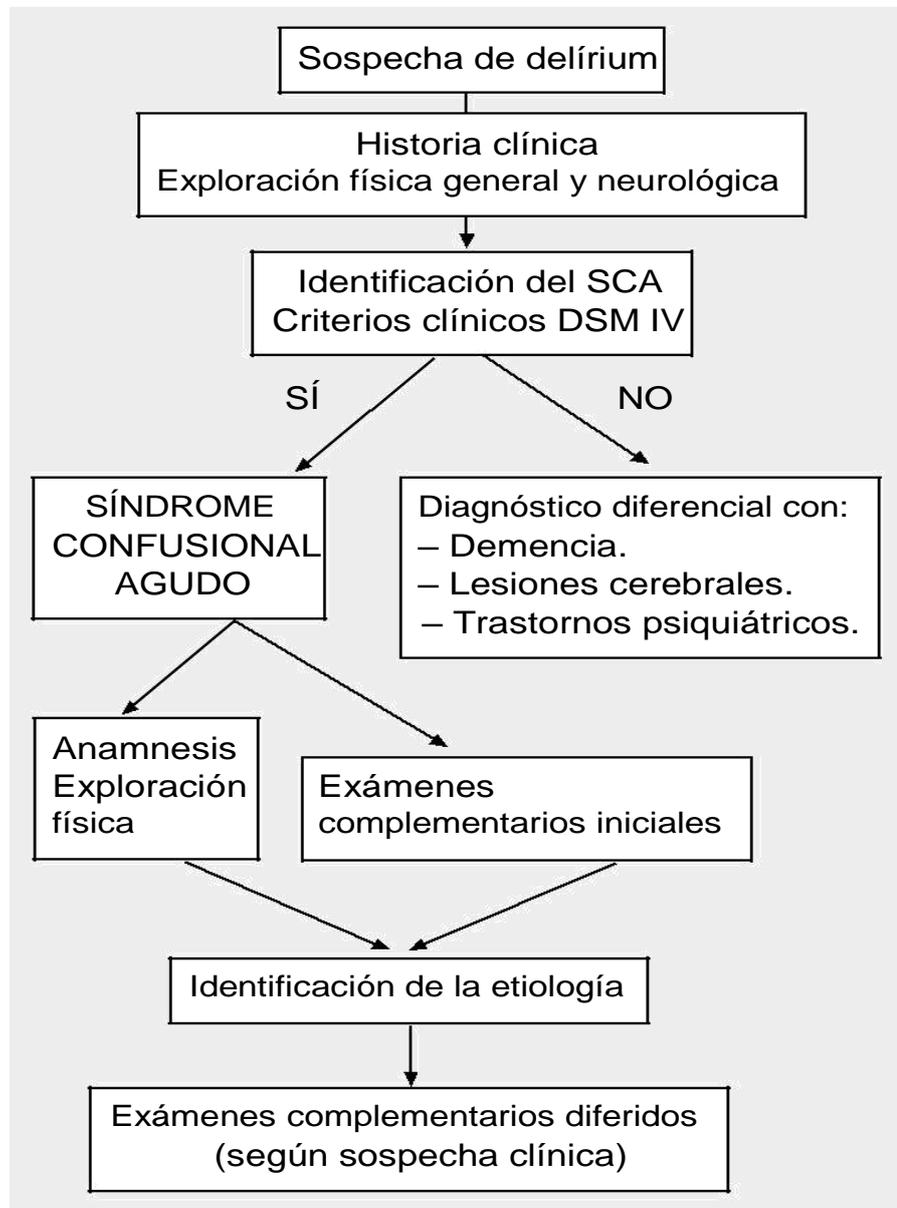
Electroencefalograma: En el diagnóstico diferencial con la demencia, depresión, crisis epilépticas, simulación, episodios psicóticos no orgánicos y ansiedad. En el delirium existe un trazado lento. En la abstinencia de benzodiazepinas, por ejemplo, existe una actividad rápida cerebral.

Otras pruebas para completar el diagnóstico, como la VSG, función hepática y amonio; estudios hormonales, como la TSH, vitamina B12, ácido fólico, porfirinas, cuantificación de inmunoglobulinas, autoanticuerpos, tóxicos en fluidos orgánicos, estudios microbiológicos, estudios LCR, EEG, estudios de neuroimagen (TAC craneal, RMN, SPECT/PET), exploraciones vasculares (eco-doppler TSA, angio-RM, arteriografía), hemocultivos, niveles de medicamentos, punción lumbar.

DESARROLLAR UN ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DELIRIUM

A continuación se propone el algoritmo general para diagnóstico y tratamiento de la patología delirium.

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO DEL DELIRIUM



Fuente: Manuel Antón Jiménez. 2010. DELÍRIUM O SÍNDROME

A este algoritmo los autores sugieren en la identificación del SCA o delirium la ESCALA DE CAM.

Además se propone definir el protocolo farmacológico adecuado para el tratamiento, a continuación;

Neurolépticos típicos:

Haloperidol: Dentro del tratamiento del delirium este es uno de los neurolépticos típico más usado. Existe en presentación oral (gotas y comprimidos) y parenteral. Se usará la vía oral siempre que se pueda. En pacientes muy agitados donde no se controlen los síntomas, se usará la vía parenteral, incluida la IV (intravenosa). Por lo general se comienza con dosis de 0,5 mg (por cualquier vía) y repetir cada 30 minutos doblando la dosis hasta controlar la agitación. Al día siguiente, dar por vía oral la mitad de la dosis total requerida y mantenerla hasta que ceda el cuadro repartida en tres tomas y siempre que se pueda por vía oral mientras que la agitación del paciente lo permita.

Neurolépticos atípicos

Risperidona: Dentro de este grupo el neuroléptico atípico más utilizado dentro de este grupo por su rápida acción. No tiene efectos anticolinérgicos. De elección en ancianos con deterioro cognitivo previo o reserva cognitiva baja, por su menor actividad anticolinérgica. Se utilizará una dosis de 0,25-0,5 mg cada cuatro horas.

Quetiapina: Se puede usar si los síntomas no se controlan con haloperidol. Dosis de 25 a 50 mg cada 4-12 h. No produce síntomas extrapiramidales, por lo que es DE ELECCIÓN en SCA en pacientes con enfermedades extrapiramidales, por ejemplo, enfermedad de Parkinson.

Benzodiazepinas: de elección en el delirium causado por la abstinencia del alcohol o de hipnóticos sedantes. Lorazepam y Midazolam. Este último sólo se debe dar durante un corto período de tiempo.

III.II. Indicadores de factibilidad.

Indicadores	Factibilidad
Capacitación	· Asistencia del personal
Población involucrada	· Apoyo logístico de alta gerencia
	· Personal médico del área del subproceso de medicina interna

III.II. Indicadores de resultados.

Indicadores	Factibilidad
Capacitación	· Asistencia del personal
	· Apoyo logístico de alta gerencia
Población involucrada	· Personal médico del área del subproceso de medicina interna

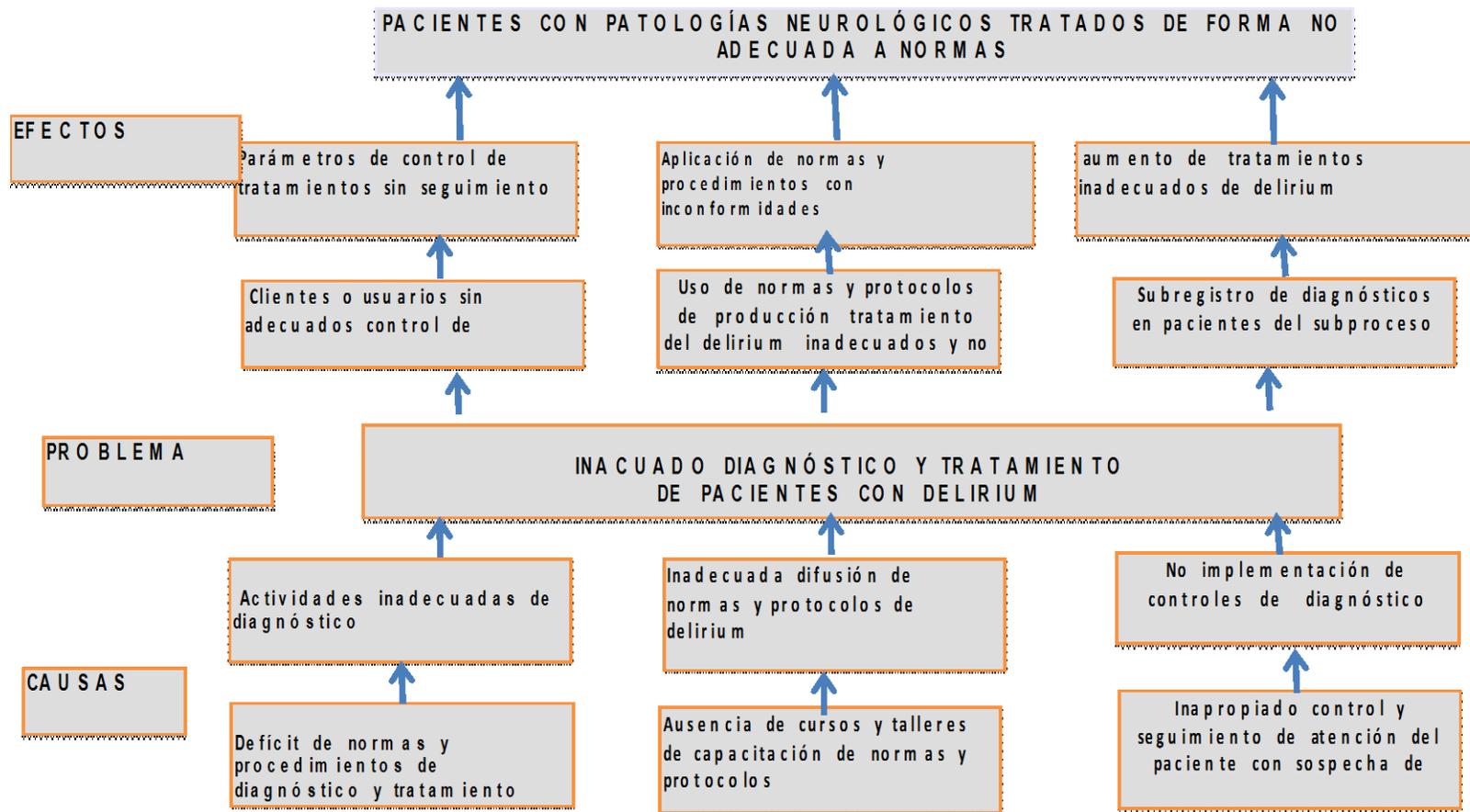
Indicadores	Resultados
Diagnóstico de delirium	Algoritmo de diagnóstico conocido por el personal
Tratamiento de delirium	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de protocolos para el manejo adecuado del síndrome coronario agudo • Protocolo de tratamiento del delirium implementado

I. SISTEMA DE MARCO LÓGICO.

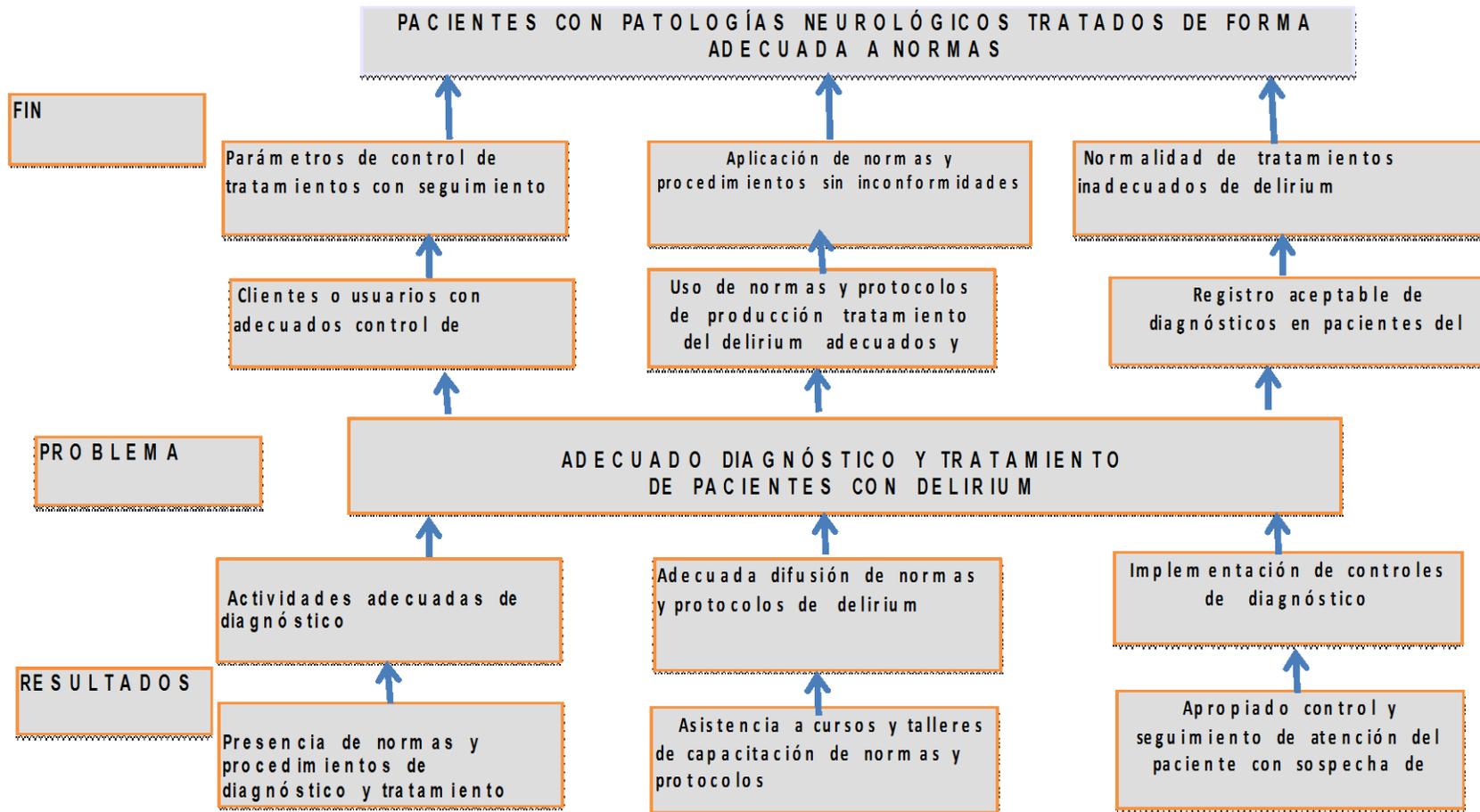
IV.I. F.O.D.A.

F	El subproceso de medicina interna con el personal adecuado Existe experiencia en el diagnóstico y tratamiento del delirium Espacios adecuados para los pacientes Protocolos actualizados sobre diagnóstico
O	Socializar algoritmo en las demás instituciones de salud Coordinación intersectorial de salud bajo la ley Apoyo de alta gerencia Nuevos fármacos para el tratamiento Interacción con los familiares
D	Déficit de fármacos institucionales Protocolo vigente desactualizado Diagnóstico desapercibido por muchos profesionales
A	Variabilidad de medicamentos para el tratamiento Disponibilidad presupuestaria para ejecutar cambios

IV.II. Árbol del problema



IV.II. Árbol de Objetivos



IV.IV. Análisis de los involucrados.

GRUPOS	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Población de usuarios con síndrome confusional	Diagnosticar y tratar de manera adecuada el síndrome confusional	RECURSOS. Humanos, materiales. MANDATOS. Implementar algoritmo de diagnóstico y tratamiento	Diagnósticos inadecuados Tratamiento inadecuados
Personal de salud	Manejo adecuado del síndrome confusional agudo	RECURSOS. Humanos y materiales MANDATOS. Actualización del protocolo del síndrome confusional agudo RECURSOS.	Protocolo inadecuado
Pacientes o usuarios con calidad de vida adecuada	Mejorar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de delirium	Humanos y materiales MANDATOS. Calidad de vida del paciente con delirium con adecuado diagnóstico y tratamiento RECURSOS.	Calidad de vida desmejorada en el paciente con delirium
Investigadores	Identificar de manera adecuada los linemamientos del delirium	Humanos y materiales MANDATOS. Desarrollar estrategias de mejoramiento para diagnóstico y tratamiento del delirium	Tratamiento inadecuado del delirium

IV.V .Matriz de marco lógico.

ASPECTOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Contribuir a mejorar el diagnóstico y tratamiento del delirium tratados de forma adecuada a normas	Hasta Mayo del 2014 haber contribuido a mejorar el tratamiento y diagnóstico del paciente con delirium	Estadísticas de atención	autoridades comprometidas
PROPÓSITO Desarrollar mediante un algoritmo un adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con delirium	Hasta Mayo del 2014 el 100% de los pacientes del subproceso de medicina interna identificados con algoritmo de diagnóstico y tratamiento de delirium	Resultados de tratamientos en Historias clínicas	Equipo de salud involucrado.
RESULTADOS			
1.Actividades adecuadas de diagnóstico	Hasta el 1 de Abril del 2014 socializar el algoritmo a los profesionales de salud del subproceso de medicina interna Hasta el 15 Mayo del 2014, equipo de salud con algoritmo de diagnóstico implementado	Normas y Protocolos de diagnóstico y tratamiento del delirium realizadas Estadísticas de atención	Equipo de salud aplicando el programa
2. Adecuada difusión de normas y protocolos de delirium	Hasta el 30 de Abril gigantografía con algoritmo difundido en el área de Medicina Interna del Hospital	Gigantografía realizada	Equipo de salud beneficiado por la información
3. Implementación de controles de diagnóstico	Hasta el 30 de Mayo el 100% de los diagnósticos realizados son comparados con el algoritmo de delirium	Oficios Informe de seguimiento de diagnósticos	Autorización y apoyo de las autoridades del Hospital

OBJETIVOS	INDICADORES	LÍNEA DE BASE	METAS	FUENTE DE VERIFICACIÓN
<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Desarrollar mediante un algoritmo un adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con delirium</p>	<p>El algoritmo a utilizarse tendrá como valor agregado integrar a la escala de CAM, cuyo propósito es medir el nivel de respuestas compatibles con diagnóstico de delirium</p>	<p>No existe un antecedente de ningún instrumento utilizado para medir e identificar el delirium en pacientes del subproceso de medicina interna del Hospital verdi Cevallos Balda de Portoviejo</p>	<p>Es integrar por primera un algoritmo que pueda ser socializado por los profesionales de la salud tratantes del subproceso</p>	<p>Historias clínicas que evidencian el diagnóstico y tratamiento del paciente</p>

OBJETIVOS	INDICADORES	LÍNEA DE BASE	METAS	FUENTE DE VERIFICACIÓN
OBJETIVO ESPECÍFICOS				
1. Determinar las actividades adecuadas de diagnóstico del delirium	Se monitorea el total de actividades inherentes a socializar el algoritmo de delirium	Solo existen actividades rutinarias de tratamiento de pacientes con sintomatología de delirium, las mismas que se plasman dentro de las Historias clínicas	3 actividades básicas para implementar el algoritmo; 1) socialización o difusión 2) Integrar el algoritmo a la Historia clínica 3) Seguimiento de los diagnósticos	Historias clínicas que evidencian el diagnóstico y tratamiento del paciente
2. Adecuada difusión de normas y protocolos de delirium	Una socialización del algoritmo entregada a los profesionales del subproceso de medicina interna del Hospital	Evidencia que demuestra la reunión efectuada y el algoritmo plasmado en una gigantografía	Una gigantografía realizada y entregada	Información plasmada en una gigantografía
3. Implementación de controles de diagnóstico	Actividades realizadas por el Jefe del subproceso	No existe monitorización de los diagnósticos, por tanto se contará desde línea base de cero	Un control mensual de diagnósticos por parte del jefe del servicio sobre las historias clínicas	Historias clínicas que evidencian el diagnóstico y tratamiento del paciente

BIBLIOGRAFÍA

- Agostini, J., Inouye, S., Hazzard, W., Blass, J., Halter, J., Ouslander, J., & Tinetti, M. (2003). *Principles of geriatric medicine and gerontology*.
- Altimir, S., & Prats, M. (2002). Síndrome confusional en el anciano. *Medicina clinica de Barcelona*, 386-390.
- Association American Psychiatric. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and statistical manual of mental disorders--fifth edition. *Journal of Abnormal Psychology*, 494-504.
- Chevrolet, J. C., & Jolliet, P. (Mayo de 2007). Clinical review: Agitation and delirium in the critically ill – significance and management. *Critical Care*, 11.
- Curyto, K., Johnson, J., TenHave, T., Mossey, J., & Knott, K. K. (2001). Survival of hospitalized elderly patients with delirium. *Am J Geriatr Psychiatry*, 7(9), 141.
- David, J., Casarett, M., Sharon, K., & Inouye, M. (2001). Diagnosis and Management of Delirium near the End of Life. *Ann Intern Med*, 32-40.
- Ferreira, A., Belletti, G., & Yorio, M. (2005). Síndrome confusional agudo en pacientes internados. *SciELO*, 64(5).
- Formiga, F., San José, A., López Soto, A., Ruiz, D., Urrutia, A., & Duaso, E. (2007). Prevalence of delirium in patients admitted because of medical conditions. *Medicina Clinica*, 129(15).
- Formiga Pérez, F. (2010). El delirium en pacientes ancianos durante un ingreso hospitalario . 78-81. Obtenido de www.jano.es
- Formigaa, F., Marcosa, E., Solea, A., Valenciaa, E., Lora Tamayoa, J., & Pujola, R. (2005). Acute confusional syndrome in elderly patients hospitalized due to medical condition. *Revista Clinica Española*, 205(10), 484.
- Fricchione, L., Nejad, S., Esses, J., Cummings, T., Querques, J., Cassem, N., & Murray, G. (Julio de 2008). Postoperative delirium. *Am J Psychiatry*, 803.
- Gómez, L., Morales, C., & Isoza, L. (2010). *El Paciente de Urgencia*. Elsevier.

- Guerrero Frías, F., Carrasco Meza, V., Jiménez Páez, J., Revuelta Argomániz, A., & Guillén Llera, F. (2001). Estudio del síndrome confusional agudo en pacientes hospitalizados en una unidad geriátrica de agudos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36.
- Guía de Práctica Clínica en el SNS de Cataluña. (2004). Guía de Práctica Clínica. *Guía de Práctica Clínica en el SNS de Cataluña*.
- Inouye, S. (2004). A practical program for preventing delirium in hospitalized elderly patients. *The New England Journal of Medicine*, 1157-1165. Obtenido de <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra052321>
- Kaufman, D., Kelly, J., Rosemberg, L., Anderson, T., & Mitchell, A. (2002). Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population in the United States. *JAMA*, 287.
- Kiely, D., Bergmann, M., Jones, R., Murphy, K., Orav, E., & Marcantonio, R. (2005). Characteristics Associated with Delirium Persistence Among Newly Admitted Post-Acute Facility Patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 59, 344-349.
- Lázaro del Nogal, M., & Ribera Casado, M. (2009). Viguera.com. *Psicogeriatría*, 209-221. Obtenido de Vigera.com: http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0104/0104_209_221.pdf
- Leslie, D., Zhang, Y., Bogardus, S., Holford, T., Leo Summers, L., & Inouye, S. (2005). Consequences of preventing delirium in hospitalized older adults on nursing home costs. *J Am Geriatr Soc*, 53, 405.
- Marulanda, F., Ocampo, J. M., & Agudelo, C. (2004). Delirium in the elderly patient. *Aforismos*.
- Maxine, A., Stephen, J., & McPhee. (2013). *Diagnostico Clinico y Tratamiento*.
- McNicoll, L., Pisani, M., Ely, E., Gifford, D., & Inouye, S. (2005). Detection of delirium in the intensive care unit: comparison of confusion assessment method for the intensive care unit with confusion assessment method rating. *Journal of the American Geriatrics Society*, 495-500.

- Milisen, K., Foreman, M., Abraham, I., De Geest, S., Godderis, J., Ahalan, I., & al., e. (2001). A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. *J Am Geriatr Soc*, 49(32), 523.
- Millán Calenti, J. C. (2011). *Gerontologia y Geriatria*. Médica Panamericana.
- OMS. (2002). Salud del adulto mayor. *Salud del adulto mayor*, 1-5.
- Rahkonen, T., Eloniemi Sulkava, U., Paanila, S., Halonen, P., Sivenius, J., & Sulkava, R. (2001). Systematic intervention for supporting community care of elderly people after a delirium episode. *Int Psychogeriatr*, 13, 37-49.
- Ribera, J. (2005). El síndrome confusional agudo. *Revista clinica española*.
- Rodríguez García, R., & Lazcano Botella, G. (2007). *Práctica de la Geriatria*. México, D.F.: Mcgraw-Hill.
- Sharon, K., Inouye, M., Marquis, D., & Foreman. (2001). Nurses' Recognition of Delirium and Its Symptoms. *161*(20), 2467-2473.
- Villalpando Berumen, J. (2006). Delirium. *Geriatria*, 371-390. Obtenido de fadmed.unam.mx:
<http://www.fadmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/villalpando.pdf>
- Voyer, P., McCusker, J., Cole, M., St. Jackes, S., & Khomenko, L. (2007). Factors associated with delirium in hospitalized elderly. *J Clin Nurs*, 16(31), 89.
- Zarranz Imirizaldu, J. J. (2013). *Neurología* (5ta ed.). España: Elsevier.

PRESUPUESTO

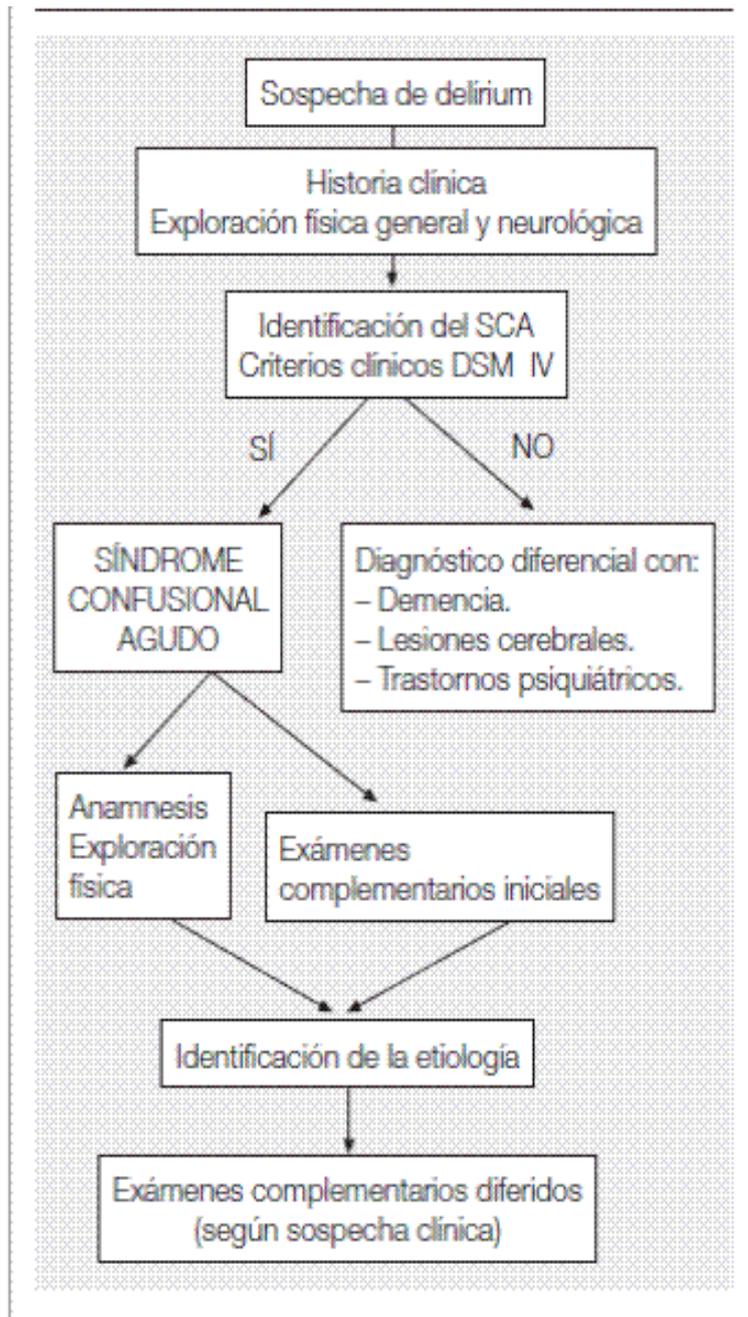
DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
Horas de internet	50	1	50
Movilización	50	2	100
Impresión (De tesis y proyecto)	10	15	150
Empastado (de tesis)	5	10	50
Cartuchos de tinta (negros y color)	4	50	200
CD (regrabables por unidad)	4	1,25	5
PENDRIVER	2	30	70
Copias (hojas)	1000	0,04	40
10% imprevistos			3335
TOTAL			\$ 1.000.00

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MESES																								
MESES HÁBILES	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO			
ACCIONES A REALIZARSE	2013				2013				2013				2013				2013				2014			
	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S
Primera Reunión del tribunal			X																					
Revisión del Protocolo por miembros del tribunal			X																					
Planteamiento del Problema				X																				
Elaboración de objetivos generales y específicos				X																				
Segunda Reunión del tribunal							X																	
Elaboración del marco teórico								X																
Tercera reunión del tribunal										X														
Elaboración de las Variables											X													
Aplicación del instrumento													X	X	X	X								
Recolección de datos																	X	X	X					
Cuarta reunión del Tribunal															X									
Análisis de datos																								
Tabulación de datos																	X							
Quinta reunión del Tribunal																		X						
Revisión de Informe final																				X				
Sexta Reunión del tribunal																					X			
Elaboración Final de tesis																						X		
Presentación de la Tesis																								X

ANEXOS

ANEXO N°1



Algoritmo de Diagnostico del delirium.

Fuente: Manuel Antón Jiménez. 2010. DELÍRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

ANEXO N° 2

ITEM 1: INICIO AGUDO Y CURSO FLUCTUANTE	SI	NO
<p>¿Hay alguna evidencia de un cambio agudo en el estado mental basal del paciente?</p> <p>¿Hay cambios o fluctuaciones de la conducta durante el día, es decir tendencia a aparecer y desaparecer o mejorar y empeorar?</p> <p>ITEM 2: DISPERSIÓN O INATENCIÓN</p> <p>¿Tiene el paciente dificultad para focalizar su atención, se distrae con facilidad? ¿O tiene dificultad para seguir el hilo de lo que dice?</p> <p>ITEM 3: PENSAMIENTO DESORGANIZADO</p> <p>¿Es el pensamiento del paciente incoherente o desorganizado? ¿Muestra una ideación ilógica o cambia de manera impredecible de un tema a otro, mostrando una conversación irrelevante?</p> <p>ITEM 4. ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA</p> <p>¿Cómo clasifica el estado de conciencia general del paciente?</p> <p>(Cualquier respuesta diferente de “alerta”)</p> <p>Alerta (Normal)</p> <p>Vigilante (Hiperalerta)</p> <p>Letárgico (Somnoliento y fácilmente despertable)</p> <p>Estuporoso (Difícil de despertar)</p> <p>En coma</p>		

TABLA CAM DE VALORACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (Traducido y adaptado por Dra. Graciela Jacob). El diagnóstico de delirium exige la presencia de 3 ítemsEl ítem 1 y 2 presente y además el ítem 3 ó el ítem 4

ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De la manera más respetuosa, nosotras los investigadores, le solicitamos su colaboración para que nos conteste unas preguntas; que nos permita recolectar datos sobre usted y su salud porque presenta un diagnóstico de Delirium en pacientes geriátricos.

Este tipo de estudio se realiza para poder saber más sobre su enfermedad y así poder encontrar mejores tratamientos, estudios de diagnóstico, parámetros de seguimiento para personas con dicha patología.

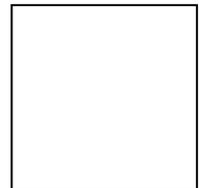
Su participación es completamente voluntaria; si no desea hacerlo su médico continuará con su atención habitual y su negativa no le traerá ningún inconveniente. Lea toda la información que se le ofrece en este documento y haga todas las preguntas que necesite al investigador que se lo está explicando, antes de tomar una decisión.

A CONTINUACIÓN COLOQUE SUS NOMBRES COMPLETOS, FIRMA O HUELLA DIGITAL Y NUMERO DE CEDULA PARA CONTINUAR CON LA PRESENTE ENCUESTA SI ESTA USTED DE ACUERDO.

NOMBRE COMPLETOS:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

FIRMA:



ANEXO N° 4



Universidad técnica de Manabí
Facultad Ciencias de la Salud.
Escuela de Medicina.



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL ESTUDIO DE DELIRIUM O
SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

GÉNERO	MASCULINO	<input type="checkbox"/>	
	FEMENINO	<input type="checkbox"/>	
EDAD	65 a 70 años	<input type="checkbox"/>	
	71 a 76 años	<input type="checkbox"/>	
	77 y más	<input type="checkbox"/>	
PROCEDENCIA	Zona	Urbana	<input type="checkbox"/>
		Rural	<input type="checkbox"/>
ANTECEDENTES PERSONALES	Delirio Intrahospitalario	Escala de CAM	<input type="checkbox"/>
	Delirio extrahospitalario		<input type="checkbox"/>
FACTORES PREDISPONENTES SISTÉMICOS	Metabólicas	Hipoxia, Anemia, Deshidratación, Insuficiencias renal, hepática, cardíaca	<input type="checkbox"/>
	Infecciones	Bacteriana () Virales ()	<input type="checkbox"/>
	Endocrinas	Diabetes	<input type="checkbox"/>
	Deficiencias Nutricionales	Malnutrición.	<input type="checkbox"/>

FACTORES PREDISPONENTES Neurológicos	Lesiones difusas/multifocales	Traumatismo, Encefalopatía hepática, Epilepsia (crisis, postcrisis), Demencia	<input type="checkbox"/>
	Lesiones focales	Evento cerebro vascular Isquémico () Hemorrágico ()	<input type="checkbox"/>

Tipos de neurolepticos	Neurolepticos típicos:	<input type="checkbox"/>
	Haloperidol:	<input type="checkbox"/>
	levopromacina (Sinogan), clorpromacina	<input type="checkbox"/>
	Neurolepticos atípicos:	<input type="checkbox"/>
	Risperidona:	<input type="checkbox"/>
	Clozapina:	<input type="checkbox"/>
	Olanzapina:	<input type="checkbox"/>
	Quetiapina:	<input type="checkbox"/>
	Ziprasidona:	<input type="checkbox"/>
	Benzodiazepinas:	<input type="checkbox"/>
	Lorazepam y Midazolam.	<input type="checkbox"/>
Clometiazol.	<input type="checkbox"/>	

TRATAMIENTO

NEUROLEPTICOS TIPICOS:

Haloperidol: Es el más usado.

Existe en presentación oral (gotas y comprimidos) y parenteral. Comenzar con dosis de 0,5 mg (por cualquier vía) y repetir cada 30 minutos doblando la dosis hasta controlar la agitación.

Al día siguiente, dar por vía oral la mitad de la dosis total requerida y mantenerla hasta que ceda el cuadro repartida en tres tomas y siempre que se pueda por vía oral.

NEUROLÉPTICOS ATÍPICOS

Risperidona: Es el de elección dentro de este grupo por su rapidez de acción. No tiene efectos anticolinérgicos. Se utilizará una dosis de 0,25-0,5 mg cada cuatro horas.

Clozapina: El menos usado de su grupo por los efectos secundarios hematológico (agranulocitosis), con necesidad de controles periódicos.

Benzodiazepinas: de elección en el delirium causado por la abstinencia del alcohol o de hipnóticos sedantes. Lorazepam y Midazolam. Este último sólo se debe dar durante un corto período de tiempo.



ELABORADO POR:

- Miguel Angel Arteaga Intriago
- Wendy Elizabeth Escobar Holguín

Universidad técnica de
Manabí
Facultad de Ciencias de la
Salud
Escuela De Medicina



"MANEJO TERAPEÚTICO DEL
DELIRIUM EN PACIENTES
GERIÁTRICOS INGRESADOS
EN EL PROCESO DE
MEDICINA INTERNA DEL
HOSPITAL PROVINCIAL
VERDI CEVALLOS BALDA DE
PORTOVIEJO
AGOSTO 2013 - ENERO
2014"



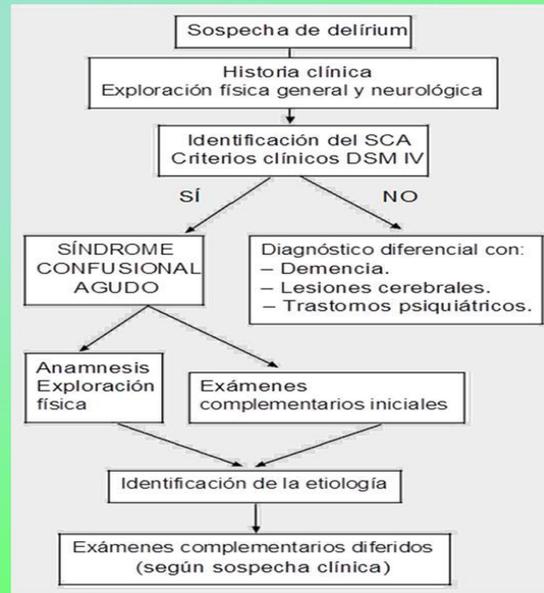
ANEXO N° 6



CONCEPTO

El síndrome confusional agudo o delirium es uno de los trastornos cognitivos más impactante en el adulto mayor, por lo florido de su clínica además de su implicancia pronóstica, pudiendo ser la primera manifestación de deterioro cognitivo.

Además, puede ser la forma clínica de presentación de patologías graves en el anciano o aparecer en el curso de ellas, a veces asociado al tratamiento farmacológico utilizado



A este algoritmo los autores sugieren en la identificación del SCA o delirium la ESCALA DE CAM.

TABLA CAM DE VALORACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

ITEM 1: INICIO AGUDO Y CURSO FLUCTUANTE	SI	NO
¿Hay alguna evidencia de un cambio agudo en el estado mental basal del paciente?		
¿Hay cambios o fluctuaciones de la conducta durante el día, es decir tendencia a aparecer y desaparecer o mejorar y empeorar?		
ITEM 2: DISPERSION O INATENCIÓN		
¿Tiene el paciente dificultad para focalizar su atención, se distrae con facilidad? ¿O tiene dificultad para seguir el hilo de lo que dice?		
ITEM 3: PENSAMIENTO DESORGANIZADO		
¿Es el pensamiento del paciente incoherente o desorganizado? ¿Muestra una ideación ilógica o cambia de manera impredecible de un tema a otro, mostrando una conversación irrelevante?		
ITEM 4. ALTERACION DEL NIVEL DE CONCIENCIA		
¿Cómo clasifica el estado de conciencia general del paciente? (Cualquier respuesta diferente de "alerta")		
Alerta (Normal)		
Vigilante (Hiperalerta)		
Letárgico (despertable) (Somnoliento y fácilmente despertable)		
Estuporoso (Difícil de despertar)		
En coma		

El diagnóstico de delirium exige la presencia de 3 ítems
El ítem 1 y 2 presente y además el ítem 3 o el ítem 4

ANEXO N° 7



IMAGEN N° 1 Recolección de datos utilizando la escala de CAM y la ficha de recolección de datos a las pacientes geriátricas y familiares (10/10/13 a las 15:30)

ANEXO N° 8



IMAGEN N°2 Recolección de datos utilizando la escala de CAM y la ficha de recolección de datos a las pacientes geriátricas y familiares (10/10/13 a las 15:30)

ANEXO N° 9



Recolección de datos utilizando la escala de CAM y la ficha de recolección de datos a las pacientes geriátricos y familiares (10/10/13 a las 15:30)

ANEXO N° 10



Recolección de datos utilizando la escala de CAM y la ficha de recolección de datos a las pacientes geriátricos y familiares (10/10/13 a las 15:30)

ANEXO N° 11



Aplicando la propuesta mediante la entrega de tríptico informativo a personal de salud (02/03/14 a las 12:00)

ANEXO N° 12



Aplicando la propuesta mediante la entrega de tríptico informativo a personal de salud (02/03/14 a las 12:00)

ANEXO N° 13



Aplicando la propuesta mediante la entrega de tríptico informativo a personal de salud (02/03/14 a las 12:00

ANEXO N° 14



Aplicando la propuesta mediante la entrega de tríptico informativo a personal de salud (02/03/14 a las 12:00

ANEXO N° 15



Aplicando la propuesta mediante la entrega de tríptico informativo a personal de salud (02/03/14 a las 12:00

ANEXO N° 16



Aplicando la propuesta mediante la entrega de tríptico informativo a personal de salud (02/03/14 a las 12:00

ANEXO N° 17



Aplicando la propuesta mediante la entrega de tríptico informativo a personal de salud (02/03/14 a las 12:00)

ANEXO N° 18



Aplicando la propuesta mediante la entrega de tríptico informativo a personal de salud (02/03/14 a las 12:00)

ANEXO N° 19



Sociabilizando con el Dr. Roddy Saltos medico geriatra sobre una algoritmo de manejo terapéutico del delirium junto a la escala de Cam para el diagnóstico precoz del delirium (05/03/14 a las 10:30)

ANEXO N° 20



Sociabilizando con el Dr. Roddy Saltos medico geriatra sobre una algoritmo de manejo terapéutico del delirium junto a la escala de Cam para el diagnóstico precoz del delirium (05/03/14 a las 10:30)