UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

"ESTADO CONFUSIONAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON NEUMONÍA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FF.AA N°1"

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE MEDICO GENERAL

DIRECTORA:

Dr. Manolo Ernesto Ortega Gutiérrez. Mg.Sc.

AUTOR:

Daniela Maricel Salinas Rivera

LOJA- ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN

Loja, 16 noviembre del 2015

Dr. Manolo Ortega Gutiérrez

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que la tesis titulada: "**ESTADO CONFUSIONAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON NEUMONÍA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FF.AA N°1**.", de autoría de la Srta. Daniela Maricel Salinas Rivera, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, ha sido dirigida, revisada y aprobada en su integridad, por lo que autorizo su presentación y publicación.

Dr. Manolo Ernesto Ortega Gutiérrez Mg.Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Daniela Maricel Salinas Rivera,** declaro der autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma. Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional, Biblioteca Virtual.

Autor: Daniela Maricel Salinas Rivera

Firma:

Cédula: 1104649643

Fecha: 16 de noviembre del 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Daniela Maricel Salinas Rivera, declaro ser autor de la tesis titulada: ""**ESTADO CONFUSIONAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON NEUMONÍA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FF.AA N°1**". Como requisito para optar al título de Médico General, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, atreves de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido del trabajo en el RDI, redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad. La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veinte días del mes de noviembre del dos mil quince, firma el autor.

Firma:

Autor: Daniela Maricel salinas Rivera

Cedula: 1104649643

Dirección: Juan José Flores y Av. 8 de Diciembre. Barrió Nueva Granada

Teléfono Celular: 0996387101

Dirección electrónica: dmsalinas22@gmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de la Tesis: Dr. Manolo Ernesto Ortega Gutiérrez

Tribunal de Grado:

Presidente: Dr. Patricio Aguirre Aguirre

Vocales: Dra. Angélica Gordillo Iñiguez

Dr. Juan Cuenca Apolo

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, mi ejemplo y admiración. Porque con inagotable energía, amor y sabiduría acompañan mi camino y han hecho que todo sea posible. A mis hermanas, quien con cada palabra de apoyo me han demostrado su cariño y apoyo.

Dedico también este trabajo a aquellos amigos que con el paso del tiempo jamás dejaron de hacerse presentes y han sido participes de este maravilloso camino

A dios, por la bendición que cada día me brinda en esta carrera y hacerla mi forma de vivir.

Daniela

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la energía, oportunidad y los medios para seguir adelante cada día.

A la Universidad Nacional de Loja, en especial a los docentes que han compartido sus experiencias y conocimientos, que han sido valiosas en mi proceso de formación personal y profesional; en especial al, quien me ha orientado Dr. Manolo Ortega durante la realización del presente trabajo investigativo.

Al hospital Militar de Quito quien me abrió sus puertas durante un año y me permitió realizar la actual investigación.

Daniela

1. **TITULO:**

“ESTADO CONFUSIONAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON NEUMONÍA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FF.AA N°1”

2. RESUMEN

Es difícil realizar el diagnóstico de Síndrome Confusional como una manifestación clínica de enfermedades infecciosas como es el caso de la neumonía, debido a que en la mayoría de los casos está acompañado de otras enfermedades específicas de la patología. Sin embargo en algunos casos los pacientes llegan al servicio de emergencias médicas con síntomas caracterizado por alteraciones de la conciencia, y la atención, así también como ideas delirantes, sin saber su causa o razón confundiéndose con patologías psiquiátricas dejando atrás a patologías orgánicas e infecciosas

Por este motivo se planteó este tema de investigación como es el Síndrome Confusional como primera manifestación clínica en Neumonía Adquirida en la comunidad, en el hospital de las FF.AA N°1, para este estudio se utilizó las historias clínicas del hospital que contengan los parámetros para el diagnóstico de esta patología en estudio (ANEXO 1) y CURB-65 (ANEXO 3), los resultados demostraron la presencia de un 46% de los pacientes con diagnóstico de NAC que presentan Síndrome Confusional, de los cuales el 44% no se presentan síntomas acompañantes, además se presentó con mayor prevalencia en el género masculino en edades comprendidas entre los 85-90 años de edad.

Además es importante analizar las enfermedades de base en pacientes con dicha enfermedad, debido a que se pueden descartar algunas causas por alteración de otra patología. En este estudio se demostró que el 35% presenta diabetes mellitus tipo 2, el 26% hipertensión arterial; en menor porcentaje se presentan patologías como infección de vías urinarias, e Insuficiencia Renal crónica.

Este estudio se convertirá en el punto de partida para futuras investigaciones, proyectos de investigación y seguimiento que beneficie tanto a los pacientes de diversos hospitales para un buen diagnóstico y tratamiento.

Palabras Claves: Síndrome Confusional agudo, Neumonía Adquirida en la Comunidad.

ABSTRACT:

It is difficult to diagnose Confusional Syndrome as a clinical manifestation of infectious diseases such as pneumonia, because in most cases is accompanied by other specific disease pathology. However in some cases the patients reach the emergency medical service with symptoms characterized by disturbances of consciousness and attention, as well as delusions, without knowing the cause or reason confused with psychiatric disorders leaving behind organic and infectious diseases

Therefore this research topic was raised as Confusional Syndrome as first clinical manifestation in community-acquired pneumonia in the Armed Forces Hospital No. 1 for this study, hospital records was used containing the parameters for the diagnosis of this disease under study (ANNEX 1) and CURB-65 (ANNEX 3), the results showed the presence of 46% of patients diagnosed with CAP who presented Confusional Syndrome, of which 44% do not accompanying symptoms, also it was presented with the highest prevalence in the male gender aged between 85-90 years old.

It is also important to analyze the underlying diseases in patients with this disease, because it may rule out some causes for alteration of other pathology. This study showed that 35% have type 2 diabetes mellitus, 26% arterial hypertension; pathologies such lesser percentage of urinary tract infection is present, and chronic renal failure.

This study will be the starting point for future research, research and monitoring projects that benefit both patients from different hospitals for proper diagnosis and treatment.

Key: Acute confusional state, community-acquired pneumonia.

3. INTRODUCCIÓN

El Síndrome Confusional Agudo o también conocido como Delirio es uno de los trastornos cognitivos más frecuentes en la población geriátrica. Este cuadro se caracteriza por ser de inicio súbito y fluctuante con alteración del pensamiento, nivel de la conciencia, orientación, memoria, percepción y comportamiento anómalo que responde por lo general a una patología orgánica subyacente, que no es diagnosticada previamente.

A nivel mundial, es cada vez mayor el número de personas que alcanzan edades por encima de los 60 años relacionado con un aumento de la expectativa de vida, sobre todo en los países desarrollados, contribuye al incremento del número de los denominados adultos mayores, que presentan un crecimiento anual de un 2.5% en relación a un 1.7% de la población total. Este grupo poblacional se predispone a diferentes procesos patológicos que quebrantan el estado de salud, siendo el denominado síndrome confusional agudo (SCA), o delirio asociado o no a patologías concomitantes, como procesos infecciosos respiratorios y renales dentro de los más importantes. Estudios realizados por la Sociedad Americana de Psiquiatría, señala cifras que oscilan entre 10 y 40 % entre pacientes hospitalizados de más de 65 años que presentan SCA al momento de su ingreso.

Según estudios realizados en Ecuador por prevalencia de delirio en los adultos mayores hospitalizados se ha estimado en 10- 60%. Al momento del ingreso se diagnostica Síndrome confusional agudo con una frecuencia de 11- 24%; otro 5-35% de los adultos mayores desarrollará el problema durante su estadía en el hospital. Un estudio reciente en la ciudad de Cuenca reportó que el 40% de los pacientes con demencia presentaba delirio a su ingreso al hospital, mientras que del total de enfermos con delirio, solo el 25% tenía demencia. El delirio, 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 delirio.

Además estudios realizados en la ciudad de Quito reportaron que de los pacientes hospitalizados en edades comprendidas entre los 80- 90 años que ingresan en los servicios de medicina Interna y neumología, el 46% ingresaron

con diagnóstico de Neumonía, de los cuales solamente el 5.7% presentaban Estado Confusional al momento del ingreso, mientras que el 10% de los mismos presento durante su hospitalización

Este trabajo investigativo está orientado a demostrar la presencia de este trastorno como manifestación clínica de patologías infecciosas como la Neumonía; por lo que nos hemos planteado como objetivo general: ***Identificar la incidencia de pacientes que presentan estado Confusional como primera manifestación en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad que son ingresados en el servicio de medicina interna del hospital de especialidades FF.AA n°1***, junto con sus objetivos específicos que son: *Determinar la incidencia de pacientes que ingresan con neumonía adquirida en la comunidad que presentan estado Confusional como primera manifestación clínica. Establecer la edad en la que se presenta estado Confusional como primera manifestación clínica en pacientes con neumonía, determinar el género en la que se presenta estado Confusional como primera manifestación clínica en pacientes con neumonía. Establecer el grado de severidad y pronóstico de los pacientes que presentan estado Confusional y neumonía adquirida en la comunidad. Identificar a los pacientes que presentan estado Confusional y neumonía y la enfermedad crónica concomitante*,

La metodología utilizada en este trabajo fue de tipo observacional – retrospectivo y se aplicó como instrumentos las Historias clínicas de pacientes Hospitalizados en el servicio de medicina interna que presenten Criterios de CAM (Confusion Assesment Method) en el Hospital Militar De Especialidades De Las Fuerzas Armadas #1 de la ciudad de Quito, Hoja de Recolección de datos ,CURBS-65

Al término de este trabajo se pudo demostrar que los pacientes que son ingresados al servicio de medicina interna del hospital de las FF.AAN°1 de la ciudad de Quito, con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad, en el 46% presentó Síndrome Confusional agudo, el 44% no presentan síntomas acompañantes el 56% presentan síntomas acompañantes como tos, alza térmica, crepitantes etc, además el Síndrome Confusional se da con mayor prevalencia en pacientes en edades comprendidas entre los 85- 90 años, siendo a mayor edad mayor probabilidad de que se pueda presentar Síndrome

Confusional Agudo como manifestación clínica de Infecciones del tracto respiratorio y puedan enmascarar la enfermedad de base. Además dentro de los análisis de este estudio el género en el que predomina el Síndrome Confusional es el género Masculino.

Es importante mencionar que las enfermedades crónica asociada, fueron la diabetes mellitus tipo 2, seguida por la hipertensión Arterial, las cuales mediante monitoreo y exámenes de laboratorio se encontraban dentro de parámetros normales, descartando así la posibilidad de que influyan en el diagnóstico.

Con la ayuda de la escala de valoración para determinar la tasa de mortalidad en pacientes con Neumonía Adquirida en la Comunidad que presentan Síndrome Confusional Agudo, utilizamos la escala de CURB-65, cuyos resultados reportan una mortalidad grado 2 que corresponde a un riesgo bajo con una tasa de mortalidad del 9,2%, y presentándose en menor proporción en el grado 5 que corresponde a una tasa de mortalidad del 31%.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

1. SÍNDROME CONFUSIONAL

1.1 DEFINICIÓN

El delirio, o Síndrome Confusional agudo (SCA), puede estar formado por varios síntomas y signos, siendo pues múltiples las formas de presentación, lo que dificulta el diagnóstico. Más que una enfermedad en si mismo, representa una complicación de otra enfermedad subyacente, que muchas veces pasa desapercibida y que generalmente es la que marca el pronóstico, por lo que debe ser descubierta y tratada, siendo pues el diagnóstico etiológico del delirium una urgencia médica.

La característica clínica fundamental de este Síndrome es una alteración en el nivel de conciencia y atención (facultad del individuo de responder a estímulos externos), acompañada de una disfunción de las funciones cognoscitivas (memoria, orientación, percepción, razonamiento), pudiendo acompañarse de cambios emocionales (ansiedad, agresividad, hipomanía), cambios autonómicos (sudoración, frialdad…) y conductuales, todo ello de instauración más o menos aguda (horas o días), progresiva y fluctuante a lo largo del día.

El SCA es 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 cognitiva.

Los criterios de diagnóstico son:

1. Alteración de la conciencia con disminución para centrar, mantener o dirigir la atención adecuadamente.
2. Cambio en las funciones cognitivas o alteración perceptiva.
3. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (horas o días) y tiende a fluctuar durante el día.

4. Demostración a través de la historia clínica, la exploración física y los exámenes complementarios de una etiología orgánica. Por todo ello, el delírium debe ser entendido como una enfermedad médica potencialmente tratable y, lo que es más importante, prevenible. (Crespo, 2014)

1.2 FISIOPATOLOGIA

El delirium se caracteriza por una incapacidad del cerebro para responder eficazmente a las demandas, siendo una respuesta a un daño cerebral, fundamentalmente neuroquímico difuso (alteraciones metabólicas, hormonales y de neurotransmisores en todo el tejido cerebral) más que anatómico (daño encefálico directo). Sus mecanismos exactos son muy complejos, y aun no se conocen en su totalidad.

Para que se produzca un delirium se precisan dos cosas, por un lado las noxas o factores precipitantes (responsables últimos del cuadro) y por otro lado un individuo susceptible. No todas las personas tienen la misma facilidad para presentar este Síndrome, las hay más o menos resistentes, esa resistencia viene determinada en parte por la reserva cognitiva, concepto que hace referencia a los recursos cerebrales disponibles. (Benavides 2012)

Dicha reserva cognitiva no es calculable, lo que sí se puede hacer es determinar que procesos disminuyen dicha reserva facilitando el desencadenamiento de un Síndrome Confusional agudo (factores predisponentes). Dichos factores predisponentes de mayor a menos intensidad son: Demencia, Enfermedad grave (cáncer en estadios terminales, Edad, Factores de riesgo vascular, Déficit nutricional / alteraciones metabólicas, Alcoholismo, Déficit sensoriales, Catéteres, Depresión, Antecedentes de delirium

Todos ellos de alta prevalencia entre los pacientes ingresados en un hospital, lo que explica la alta incidencia de los cuadros de delirium. Pero no son capaces de desencadenar el cuadro, y generalmente no son corregibles a corto plazo, con lo que no se puede actuar sobre ellos para tratar de prevenir el SCA. Su utilidad radica en que nos permiten determinar que pacientes son más susceptibles de desarrollar un delirium, extremando en dichos enfermos las

medidas preventivas y estableciendo un diagnóstico (y un tratamiento) precoz cuando aparezca.

1.2.1 NEUROTRANSMISORES EN EL DELIRIUM

En el delirium frecuentemente existen alteraciones en los neurotransmisores, responsables en parte de la clínica del mismo, y cuyo conocimiento nos puede ayudar a determinar que fármacos estarían contraindicados y cuáles pueden ser útiles como tratamiento sintomático. La afectación principal parece ser un déficit colinérgico central, responsable de las alteraciones cognitivas y perceptivas, asimismo como de los déficits amnésicos, alteraciones emocionales y desregulación del ciclo sueño-vigilia.

Por todo ello hay que evitar el uso de fármacos anticolinérgicos (entre los que se encuentran amitriptilina, clorazepato, clorpromacina, corticoides, codeína, diazepam, fenobarbital, levomepromacina, entre otros). Inversamente a la acetilcolina la dopamina está hiperfuncionante, siendo responsable de la incapacidad de mantener la atención. La mayoría de neurolépticos bloquean receptores dopaminérgicos, algunos estimulando secundariamente la producción de acetilcolina, por lo que son útiles.

La serotonina puede estar disminuida (sobre todo en el delirium alcohólico) o aumentada (como en la encefalopatía hepática), al igual que el ácido gamma-aminobutírico. El glutamato suele estar aumentado, siendo el responsable, cuando ocurre, de la persistencia del déficit cognitivo tras el cuadro agudo, ya que puede provocar muerte neuronal (escitotoxicidad por glutamato). Por último también puede darse una hiperactividad de endorfinas, lo que explica el grado de anestesia que ocurre durante el cuadro, que justifica la alta frecuencia de autolesiones de los pacientes. Benavides (2012)

1.3 FACTORES ETIOLÓGICOS Y PRECIPITANTES

El delirium es plurietiológico, prácticamente cualquier enfermedad o intervención grave puede desencadenar este Síndrome sobre una persona susceptible, es por ello que hay que considerarlo como un signo de alarma, ya que es un indicador muy sensible de enfermedad aguda subyacente, sobre todo en el anciano. Así ante un paciente con delirium, una vez establecido dicho

diagnóstico sindrómico, hay que tratar de llegar a establecer el diagnóstico etiológico concreto, lo que nos permitirá un mejor tratamiento y pronóstico.

No obstante no siempre hay un claro factor desencadenante, muchas veces son múltiples los agentes implicados, ninguno de ellos especialmente “grave”, o “llamativo” individualmente como para ser la causa, pero en conjunto y sobre una persona susceptible pueden llegar a provocar el cuadro. Prácticamente cualquier enfermedad moderadamente grave puede ser responsable de un SCA, bien sea una infección, una alteración iónica, una alteración endocrina, patología cardiaca, pulmonar, neurológica, neoplásica, toma de fármacos (incluso a dosis apropiadas), abstinencia a los mismos, especialmente opioides y benzodiacepinas, consumo de tóxicos, aunque lógicamente algunas patologías suelen están más implicadas:

1.3.1Patología del sistema nervioso central

Convulsiones, Ictus, Encefalopatía hipertensiva, Enfermedad degenerativa, Lesión ocupante de espacio, Hematoma subdural, Hemorragia subaracnoidea, Migraña complicada, Arteritis de la temporal, Hidrocefalia normotensiva, Meningoencefalitis y encefalitis.

1.3.2 Otras patologías

a) Alteraciones metabólicas: Fallo renal, Fallo hepático, Anemia, Hipoxia, Hipoglucemia, Déficit de tiamina, ácido fólico y vit B12, Endocrinopatía: o Hipo e hipertiroidismo o Hipo e hiperparatiroidismo o Síndrome de Cushing o Insuficiencia suprarrenal, Alteración hidroelectrolítica: o Deshidratación o Hiper e hipocalcemia o Hiper e hiponatremia o Hiper e hipomagnesemia, Alteración equilibrio ácido base.
b) Alteraciones cardiopulmonares: IAM, ICC, Arritmia cardiaca, Shock Insuficiencia respiratoria
c) Enfermedades sistémicas: Infecciones. o Sepsis o ITU o Neumonía o Encefalitis o VIH o Neurosífilis, Neoplasias, Trauma grave, Privación sensorial, Fiebre o hipotermia, Situación postoperatoria: o Dolor o Anemia
e) Sustancias y toxinas (consumo o abstinencia): Alcohol, Anfetaminas,

Cannabis, Cocaína, Alucinógenos, Opiáceos, Fenciclidina, Sedantes, Hipnóticos.

d) Tóxicos: Metales pesados, Anticolinesterasicos, Insecticidas órgano fosforados, CO y CO2, Fuel o solventes orgánicos, Envenenamiento

d) Fármacos: Antidepresivos tricíclicos, Inhibidores de la recaptación de serotonina, Venlafaxina, Buspirona, IMAO, Litio, Benzodiacepinas, Opiáceos, Neurolépticos y antipsicóticos, Anticomiciales, Antiparquinsonianos, AINES, Corticoides, Cimetidina y ranitidina, Antihistamínicos H1, Digoxina, Quinidina, Propafenona, Betabloqueantes, Tiazidas. (Crespo, 2014).

1.4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas suelen cursar con un sustrato común con independencia de la etiología subyacente. Las principales manifestaciones clínicas se encuentran recogidas en los propios criterios diagnósticos del SCA establecidos en el DSM-IV, donde se precisa “comienzo agudo con fluctuaciones en el curso del día, capacidad reducida para mantener o dirigir la atención, pensamiento desorganizado y evidencia de enfermedad médica o neurológica subyacente”.

La instauración de los síntomas suele ser rápida, generalmente en horas o días. Si es brusca debe presuponerse una etiología vascular cerebral. Un dato característico (y que puede inducir a un error de apreciación al explorador no experimentado) es que son muy frecuentes las fluctuaciones a lo largo de un mismo día, con lo que una exploración aislada en un momento dado puede no revelar toda la trascendencia clínica del cuadro, siendo imprescindible, por tanto, obtener información evolutiva de los acompañantes y del personal de enfermería.

Esta combinación de comienzo agudo y curso fluctuante, junto con un nivel de conciencia alterado es tan típica del SCA que facilita, en sí misma, su distinción de otras entidades, como la demencia. El síntoma cardinal, presente en todos los casos, es el trastorno de la atención. El paciente se distrae con facilidad puesto que los estímulos externos llaman su atención de forma indiscriminada (uno trivial puede conseguir más atención que uno importante)

por lo que es muy difícil conseguir su cooperación para obtener una historia adecuada. Las respuestas verbales suelen ser incoherentes y ponen de manifiesto, además, una alteración del juicio crítico y del razonamiento.

El paciente hiperactivo responde a cualquier estímulo externo sin discriminación alguna, mientras que en el hipoactivo existe una capacidad de respuesta al medio muy reducida. La memoria se encuentra alterada en todas sus formas, es decir, en el registro, retención y recuerdo (en especial de lo reciente). Característicamente, tras la recuperación, los pacientes quedan con cierto grado de amnesia del episodio. Esta dificultad para registrar y para recordar condiciona, de forma secundaria, que el paciente “rellene” sus lagunas amnésicas con información errónea (confabulación). (Benavides 2012)

La orientación es defectuosa. Los pacientes están confusos. Primero se altera la esfera temporal y, si el proceso evoluciona, se afectará también la orientación espacial. Es característico que confundan lo familiar con lo no familiar (la habitación del hospital con su casa) y que, al mismo tiempo y de forma un tanto paradójica, no reconozcan a sus familiares como tales, sino que los perciban como extraños o incluso como “impostores”. Son frecuentes los trastornos perceptivos, bien sea como simples ilusiones o, en los casos más serios, en forma de alucinaciones (más frecuentes en el SCA hiperactivo). Existe de forma constante, una disrupción del ritmo sueño-vigilia. (Crespo,2014).

1.5 DIAGNÓSTICO

Debemos recordar que el SCA es una entidad aún infradiagnosticada en nuestros hospitales, posiblemente infravalorada (y por ende no estudiada en profundidad) y, con frecuencia, incorrectamente tratada. Un mejor conocimiento del mismo ha de conducir a una detección precoz y a la instauración de un tratamiento encaminado a solucionar el problema y reducir sus complicaciones. No existe un test específico para establecer el diagnóstico del SCA.

Aquí, como en otras muchas áreas de la Medicina, es esencial realizar una anamnesis exhaustiva que, junto con la observación cuidadosa del comportamiento (a pie de cama), permitirán establecer el diagnóstico. Los

estudios complementarios irán dirigidos a filiar la etiología responsable subyacente.

Anamnesis La historia clínica del paciente se recoge a través de sus familiares o de las personas que han estado en contacto con él. Interesa la situación basal (autónomo, dependiente, etc.), patologías previas, hábitos tóxicos, trastornos psiquiátricos, traumatismo craneal reciente, cronología del proceso, medicaciones habituales.

El Síndrome Confusional agudo no siempre se presenta con el cuadro típico de agitación, alucinaciones y trastornos psicomotores, en pacientes ancianos puede presentarse como un cuadro de letárgica e hipoactividad. Hay que tener en cuenta que estos cuadros pueden sufrir rápidas fluctuaciones o pueden asociarse a otras patologías que afecten a funciones corticales como la demencia.

Comenzaremos indagando, entre los familiares o allegados, las circunstancias de aparición de los síntomas, la forma de inicio y evolución seguida hasta el momento de consulta, los posibles factores precipitantes o predisponentes, la utilización o exposición a fármacos o tóxicos, el estado cognitivo previo del paciente (el principal factor de riesgo para el desarrollo de un SCA es la demencia subyacente), etc.

La aproximación inicial al paciente suele hacerse preguntándole su nombre y cómo se encuentra. De sus respuestas inferiremos una primera impresión. Mientras los pacientes más encefalopáticos pueden requerir estímulos auditivos y táctiles intensos, los agitados reaccionan con hiperrespuesta (incluso con violencia) a cualquier estímulo ambiental. El diagnóstico deberá establecerse por los profesionales responsables del paciente (médicos y enfermeras), actuando como consultores los Servicios necesarios en función de la etiología primariamente sospechada. Benavides (2012)

El reconocimiento precoz de un SCA, la correcta identificación de las causas precipitantes y el establecimiento más adecuado de las pautas terapéuticas, mejora el pronóstico de los pacientes dado que una vez establecido el cuadro éste incrementa las complicaciones médicas y en ocasiones puede establecerse

un daño cerebral permanente con deterioro cognoscitivo irreversible. El personal de las salas de hospitalización donde están ingresados pacientes de riesgo sobre los que se realizan de forma habitual, técnicas diagnósticas o terapéuticas potencialmente favorecedoras de este proceso, deberán estar muy sensibilizados y adiestrados en la detección precoz del mismo, lo que sin duda redundará en un mejor pronóstico del paciente, en el acortamiento de su estancia media y en una mayor eficiencia del servicio.

Debe incluir las constantes habituales. Una minuciosa exploración sistémica y neurológica puede orientarnos hacia una patología sistémica concreta (hepatopatía, cardiopatía, alteración endocrina, meningismo,). Un temblor prominente aparece en el Sindrome de deprivación (alcohol, barbitúricos, benzodiacepinas...) y algunos tóxicos (antidepresivos tricíclicos, teofilina). Mioclonías y asterixis sugieren encefalopatía metabólica (hepática, urémica hipercápnica).

La exploración neurológica irá enfocada a descartar signos de focalidad, Síndrome meníngeo, hipertensión intracraneal, mioclonías focales. También se debe valorar el estado mental, explorando los siguientes puntos: Conciencia: es el estado en el cual uno se da cuenta de sí mismo y del entorno. La conciencia tiene dos componentes, el contenido y el grado de alerta. El contenido se altera siempre en el Síndrome Confusional agudo.

El grado de alerta varía desde la somnolencia a la hiperactividad, pudiendo fluctuar a lo largo de la evolución del cuadro. Atención: es la capacidad para concentrarse en una tarea u objeto. En el Síndrome Confusional agudo está siempre alterada. Para explorarla se le puede pedir al paciente que repita dígitos, uno por segundo (normal hasta 5). Otro método es hacer que el paciente cuente los meses del año hacia delante y atrás (una persona normal puede nombrar hacia atrás los meses del año en 20 segundos).

Si es incapaz de realizar esta tarea se la pide que haga lo mismo con los días de la semana. Orientación: está alterada en el Síndrome Confusional agudo. Por orden se afecta la esfera temporal, espacial y personal. Memoria: siempre se afecta en el Síndrome Confusional agudo afecte principalmente la memoria reciente. Se puede explorar haciendo que el paciente recuerde algunos

acontecimientos históricos, año, mes, día (memoria remota) o bien diciéndole 3 palabras y pidiéndolo que las repita pasados 3 minutos (memoria reciente). Pensamiento: se alteran la organización y el contenido del pensamiento.

Así el paciente presenta perseveración, repetición y fuga de ideas constantemente. Percepción: se altera dependiendo del nivel de conciencia. Pueden existir alucinaciones e ilusiones, generalmente visuales. Alteraciones de funciones no intelectivas: se alteran el estado afectivo (ansiedad, depresión, euforia, apatía...), conducta o comportamiento (hipo o hiperactividad) y el sistema neurovegetativo (diaforesis, taquicardia, hipertermia...)

1.5.1 **Diagnóstico neuropsicológico**

Está dirigido a constatar la existencia de alteraciones en la atención y en la concentración. Así son útiles el test de repetición de dígitos (Digit Span Test), los test de sustracción de números (p. ej.: ir restando de 7 en 7 partiendo de 100) o los de identificación de una letra determinada en una “sopa de letras”. El Mini-Mental test generalmente está alterado (en el 30% de los pacientes por debajo del punto de corte de 23) aunque su mayor problema es que, por sí solo, no permite hacer una distinción entre un SCA y una demencia. La escala para estado Confusional de Strub y Black facilita evaluar periódicamente a estos pacientes y su puntuación total permite establecer una correlación con la intensidad del cuadro.

1.5.2 Diagnóstico clínico.

La exploración general debe ir guiada a identificar las patologías subyacentes (hepatopatía, nefropatía, infección). Por su parte la exploración neurológica nos permitirá concluir si el SCA es debido a una lesión cerebral focal, y en tal sentido se valorarán los signos meníngeos, el lenguaje, la campimetría, la indemnidad de las vías motoras o sensitivas, etc. En los pacientes en los que el SCA está motivado por una causa sistémica (tóxica o metabólica) no existirán, habitualmente, signos neurológicos anormales, salvo mioclonías, temblor o asterixis. 3.- Estudios complementarios: a) Análisis de sangre (hemograma, glucemia, iones, vit B12 y ácido fólico, función renal, función hepática, y función tiroidea. Amoniemia (en caso de patología hepática), gasometría arterial y

detección de tóxicos si procede. Niveles plasmáticos de fármacos - litio, anticonvulsivos, digoxina,... -. b) Analisis de orina (sedimento y urinocultivo). c) Estudio radiológico de tórax y EKG. d) Punción lumbar.: debe realizarse ante todo paciente con signos meníngeos, cuadro febril sin foco, o SCA de causa no aparente. e) TC craneal. Dirigida a descartar patología estructural (hematoma subdural, infartos estratégicos). EEG. Puede ser de ayuda en algunos casos al constatarse patrones EEG característicos (ondas trifásicas en la encefalopatía hepática, PLEDs en algunos estados Confusionales críticos del anciano, etc.).

Los criterios diagnósticos más utilizados por los Psiquiatras son los establecidos por la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales. (Michelangelo,2013)

1.5.3 CRITERIOS OPERATIVOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DELIRIUM (DSM-IV)

A) Dificultad para mantener la atención ante estímulos externos y para dirigir la atención de forma apropiada a estímulos nuevos.

B) Pensamiento desorganizado que se manifiesta a través de un lenguaje vago, irrelevante e incoherente.

C) Al menos dos de los siguientes síntomas: - Alteraciones del ciclo sueño-vigilia, con insomnio o somnolencia durante el día. - Desorientación en tiempo, espacio y persona. - Aumento o disminución de la actividad motora.

D) Síntomas clínicos que se desarrollan en un corto periodo de tiempo (Habitualmente horas o días) y que tienden a fluctuar en el curso del día.

E) Cualquiera de los siguientes:

• Demostración a través de la Historia, del examen físico y de las pruebas de Laboratorio de una causa orgánica específica que se estima etiológicamente relacionada con la alteración.

• En ausencia de tal evidencia, puede presuponerse un factor etiológico orgánico si la alteración no puede atribuirse a ningún tipo de trastorno mental no orgánico. Benavides, (2012)

1.5.4 ESCALAS DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA DEL DELIRIUM

No existe un test específico para establecer el diagnóstico de SCA., y se han utilizado varios métodos que van desde algunos sencillos, rápidos y prácticos al alcance del personal médico y de enfermería de las diferentes unidades hasta otros más complejos que requieren el concurso de personal más especializado. El más utilizado en nuestro medio es el “MINI EXAMEN COGNOSCITIVO” que ofrece información sobre el deterioro cognoscitivo pero que no permite diferenciar entre el Delirium y la Demencia.

No reconoce si la implantación del proceso es agudo o crónico y no establece el Diagnostico de Delirium per se. Una escala inferior a 25 puntos en esta prueba puede significar un cierto grado de deterioro. La inatención como factor clave en el diagnóstico de Delirium se puede valorar directamente mediante "test cortos de atención": series de siete, nombrar al revés los días de la semana, deletrear palabras al revés, recitar los meses del año etc. Un método que puede ser utilizado por profesionales en las unidades de hospitalización y que no requiere la presencia de personal especializado es el CAM (Confusión Assessment Method) que además tienen la ventaja de poder ser realizado en poco tiempo.

Relativamente fácil de manejar tiene una especificidad del 90-95% y una sensibilidad del 95-100%. Representa un algoritmo para el establecimiento del diagnóstico si el paciente presenta cambios en su estado mental, con inicio agudo, curso fluctuante, y alteraciones en la atención, más uno de los siguientes: pensamiento desorganizado y alteraciones del nivel de conciencia.

Para valorar la evolución la ya mencionada Escala para el estado Confusional (Strub y Black) y más especializada la Escala de valoración de síntomas de delirium de Trepacz 1988 (adaptación castellana de Bulbena y cols. 1996). Para evaluar la gravedad hay que tener en cuenta la fluctuación de síntomas y elegir fracciones de tiempo que puedan aportar cambios significativos. En los casos de deprivación alcohólica puede utilizarse la escala CIWAAr (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale-r) que valora la gravedad del Síndrome de abstinencia alcohólica y se ha mostrado eficaz en

demostrar que pacientes precisan tratamiento farmacológico activo y cómo ajustar las dosis de tratamiento según los síntomas. (Regazzoni, 2010)

1.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La presentación aguda y el carácter fluctuante son determinantes a la hora de establecer el diagnóstico diferencial con otros procesos psiquiátricos semejantes.

Los principales cuadros con los que hay que realizar un diagnóstico diferencial son:

- La demencia: Ambos presentan alteraciones cognitivas y fallos de memoria pero en la demencia el paciente se encuentra alerta y sin alteración de conciencia a diferencia del delirium. En la demencia el inicio es insidioso, por lo que es importante recoger información sobre sus síntomas previos al ingreso y en su evolución se mantiene o empeora el deterioro cognitivo.

- Episodio depresivo mayor: un delirium hipoactivo puede confundirse fácilmente con una depresión con inhibición importante. La disminución del nivel de conciencia y la variabilidad de síntomas en el día no están presentes en la depresión. - Los episodios psicóticos agudos: En los que predomina la ideación delirante, manteniendo un curso estable sin alteración de la conciencia y con una alteración parcial de la atención más en la línea de la hipervigilancia.

- Otros: En pacientes que toman Neurolépticos hay que pensar en un Síndrome Neuroléptico maligno si aparece fiebre, rigidez e hiperactividad autónoma sobre el delirium. Así mismo el Síndrome serotoninérgico (Delirium, mioclono, hiperreflexia, diaforesis y temblor) puede aparecer en pacientes que están tomando antidepresivos ISRS solos o asociados con agentes serotoninérgicos como selegilina o dextrometorfano, o con algunos mórficos.

En la historia clínica del paciente afectado de *delirium* habrá que insistir en los antecedentes de consumo de alcohol o de sustancias que puedan relacionarse cronológicamente con los trastornos conductuales. En la entrevista será importante recoger información sobre el estado cognitivo basal y el grado de independencia previo para las actividades básicas e instrumentales de la vida

diaria. La exploración física y neurológica se deberá completar con una cuidadosa exploración de los sentidos.

A todos los pacientes con *delirium* debería realizárseles una batería básica de pruebas complementarias que incluyera radiografía de tórax, electrocardiograma, hemograma, bioquímica general, urinoanálisis y gasometría arterial o determinación de la saturación de oxígeno. Otras exploraciones como el estudio del líquido cefalorraquídeo, la tomografía computarizada cerebral o el electroencefalograma deberán reservarse en función de la sospecha clínica. Ante la sospecha de intoxicación por sustancias o reacción adversa medicamentosa, será necesaria su identificación en orina o la determinación de concentraciones séricas.(Fearing, 2013)

2. NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

2.1 DEFINICIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es la infección respiratoria aguda que compromete el parénquima pulmonar ocasionado por microorganismos adquiridos fuera del ambiente hospitalario, correspondiendo a un proceso incubado en el ambiente comunitario. La gravedad de la neumonía puede variar desde un cuadro banal, en sujetos jóvenes previamente sanos, que puede confundirse con infecciones del tracto respiratorio superior, bronquitis o gripe, hasta cuadros graves que deben ser manejados en unidades especializadas de cuidado intensivo y ponen en peligro la vida de los pacientes.

Los principales mecanismos de adquisición de una neumonía son la aspiración de contenido bucofaríngeo o gástrico, la inhalación de aerosoles (virus, *Legionella sp, Mycobacterium tuberculosis*), la diseminación hematógena de otro foco infeccioso, la iatrogénica (por instrumentalización de la vía aérea o espacio pleural) y la infección por vecindad. Castillo, 2008)

2.2 EPIDEMIOLOGIA

La neumonía es una de las infecciones más comunes en las personas mayores de 65 años, grupo que engloba en el momento actual a algo más del 15% de la población española, y que según las previsiones será del 17,9% en el año 2010 y del 20,3% en el 2015. La incidencia de neumonía adquirida en la

comunidad (NAC) es de 15,4 casos/1000 habitantes /año en las personas con edades comprendidas entre los 60 y los 74 años, y de 34,2 casos /1000 habitantes /año en los mayores de 75 años, mientras que en las de edades entre 15 y 59 años la incidencia es de 6 casos /1.000 habitantes/año.

Además, mientras que en la población general la necesidad de ingreso por neumonía es de 1 caso/1.000 habitantes /año, en los ancianos llega a ser 11 ó 12 veces superior. La mortalidad de la NAC en el anciano, es más elevada que la que se observa en los adultos de edad media, siendo en la mayoría de las series entre el 20-30% (2) y hasta del 40% en los que requieren ingreso en una unidad de cuidados intensivos.

Se trata por tanto de un importante problema de salud pública, ya que es la primera causa de muerte de etiología infecciosa en mayores de 65 años, la quinta entre las causas de mortalidad global, y la cuarta causa de hospitalización en dicho grupo de edad. La neumonía en los ancianos puede clasificarse, de acuerdo con el lugar de adquisición, en neumonía adquirida en la comunidad, neumonía en pacientes institucionalizados y neumonía adquirida en el hospital.

El proceso de mejoramiento de la calidad de la atención médica, implica necesariamente incorporar precisamente el nuevo conocimiento en el proceso de atención médica. La calidad de la atención médica se puede definir como el grado en el que los servicios de salud para los individuos y poblaciones incrementa la posibilidad de desenlaces deseables y son congruentes con el conocimiento actual. La calidad de la atención médica se mide generalmente evaluando el desempeño del proceso y los desenlaces de atención médica. (Lama, 2012).

La medida del proceso de atención incluye la frecuencia con que se practican los conocimientos aceptados, o bien evitar prácticas que se sabe son dañinas o poco efectivas. La proporción de la administración del antibiótico recomendado para neumonía es un ejemplo del proceso de atención médica. Una medición más útil es si la medida de proceso evaluada se asocia a un mejor desenlace, por ejemplo, en un estudio realizado por Meehan y colaboradores, se documentó que la administración del antibiótico para neumonía dentro de las primeras ocho horas a partir del ingreso del paciente al hospital, se asoció a una

disminución de la mortalidad a 30 días; por ello, ahora este proceso se incluye como uno de los indicadores de CAM para NAC.

A la fecha se han descrito varios procesos de la CAM que son aceptados por expertos en neumonía y constituyen elementos importantes para lograr una elevada CAM, algunos de los indicadores son derivados de estudios de cohorte, que sustentan su utilización y otros derivan de la opinión de expertos. Por otra parte, los desenlaces del proceso de atención que son útiles para evaluar la CAM incluyen: mortalidad, morbilidad, disminución del costo de la atención y satisfacción del paciente entre otros.

La mortalidad es un indicador de desenlace que se utiliza frecuentemente para evaluar el impacto de una medida de proceso, el mejor ejemplo al respecto es la asociación que existe con la disminución de la mortalidad cuando la primera dosis del tratamiento antibiótico se administra dentro de las primeras ocho horas del ingreso del paciente al hospital, y que éste sea acorde a las guías. Otra medida de proceso que se ha asociado a disminución de la mortalidad es la realización de hemocultivos antes de la administración de la primera dosis del antibiótico.

Las intervenciones que promueven la adherencia a las Guías de Práctica Clínica para el Tratamiento de la NAC son seguras, y en términos generales, se asocian a un mejor proceso de calidad de la atención médica y desenlace de los pacientes.

Un metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados realizado en la ciudad de Buenos Aires (Argentina) basados en la adherencia a las guías como intervención, demostró mejoramiento en algunos procesos de la atención médica como la selección apropiada del antibiótico, decisión de admisión apropiada, disminución de los días de estancia hospitalaria, duración del tratamiento intravenoso y tendencia a la disminución de la mortalidad a corto plazo entre otros.

También se documentó que la adherencia a las guías es menor a lo óptimo, y que las barreras que afectan la adherencia se relacionan con el paciente como la comorbilidad y sus demandas individuales; con el médico,

como el conocimiento de las guías y actitudes conservadoras; y las relacionadas al sistema, como complejidad de las guías o dificultad para su adaptación, falta de guías locales, tiempo limitado y recursos.

2.3 ETIOLOGIA

Etiología Existen más de 100 microorganismos que pueden causar una infección respiratoria, aunque sólo un reducido número de ellos está implicado en la mayor parte de los casos de NAC. El diagnóstico etiológico de la NAC no supera, en general, el 40-60% de los casos, dependiendo del número de técnicas empleadas para conseguir el mismo. En la neumonía leve, en general tratada fuera del hospital, pocas veces está indicado establecer su causa. Streptococcus pneumoniae (S. pneumoniae) supone la primera causa de NAC, tanto entre el total de aquellos con diagnóstico etiológico, como entre los que necesitan hospitalización.

Mycoplasma pneumoniae es, asimismo, una de las principales causas de neumonía en pacientes jóvenes, sobre todo en menores de 20 años. Chlamydia pneumoniae puede presentarse tanto en jóvenes como en adultos con enfermedades subyacentes. Tanto Chlamydia psittaci como Coxiella burnetti son causas poco frecuentes de la NAC. Con menos frecuencia el virus influenza y el virus respiratorio sincitial pueden causar una neumonía en adultos durante los meses fríos. Legionella pneumophila causa entre el 2 y el 6% de las NAC en la mayoría de las series de los pacientes hospitalizados.

Los casos comunitarios pueden ocurrir en el contexto de un brote epidémico o como casos aislados, afectando generalmente a adultos y, por lo que se puede observar en este contexto, gran parte de los casos son benignos. Haemophilus influenzae es una causa infrecuente de neumonías en adultos, afectando principalmente a ancianos y a pacientes con enfermedades subyacentes como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el tabaquismo. Una causa también infrecuente de las NAC son otros bacilos gramnegativos. Entre las enterobacterias, Klebsiella spp. supuso tan sólo el 1,2% de los 2.458 casos de NAC con diagnóstico etiológico, siendo K. pneumoniae la especie más frecuente8,13. Por último, la frecuencia de NAC

debida a anaerobios es desconocida, aunque se estima en aproximadamente un 10%. Castillo, (2008).

2.4 FISIOPATOLOGÍA

Los microorganismos pueden llegar al parénquima pulmonar por distintas vías. Los virus, organismos “atípicos”, hongos y micobacterias suelen utilizar la vía inhalatoria para alcanzar el tracto respiratorio inferior. Sin embargo, el mecanismo habitual de producción de la NAC es la colonización previa de las vías aéreas superiores por microorganismos potencialmente patógenos y la aspiración posterior de secreciones orofaríngeas contaminadas.

En el adulto sano, la densidad de la población bacteriana en las secreciones faríngeas es de 1089,16 unidades formadoras de colonias (UFC), lo que indica que la aspiración de muy pequeñas cantidades de esas secreciones puede suponer inóculos capaces de ocasionar una neumonía. A pesar de ello, las vías aéreas inferiores se mantienen relativamente estériles gracias a la acción conjunta de una serie de mecanismos defensivos.

En primer lugar, la estructura y la función de la glotis y el reflejo tusígeno limitan la aspiración de secreciones faríngeas. Las vías aéreas de conducción disponen además de un sistema mucociliar y un conjunto de factores humorales (inmunoglobulinas, complemento, lactoferrina, lisozima) que destruyen los microorganismos y evitan su adhesión al epitelio bronquial. Factores como el alcohol, el tabaquismo, la deshidratación, la edad avanzada, la acidosis, las enfermedades crónicas de las vías aéreas, ciertos fármacos y las infecciones víricas o por gérmenes atípicos pueden limitar la eficacia del mecanismo mucociliar y predisponer a estas infecciones.

Por último, el macrófago es la célula fagocítica básica que se encarga de la eliminación de los microorganismos que consiguen llegar al alvéolo. Si el inóculo bacteriano es relativamente pequeño o de baja virulencia, el macrófago puede eliminar esta carga bacteriana en menos de media hora. Si por el contrario, el inóculo bacteriano es mayor o los microorganismos son más agresivos, el macrófago inicia una respuesta inflamatoria reclutando

polimorfonucleares circulantes al espacio alveolar, con participación del complemento y diversas citosinas. (Chavez, 2006)

2.5 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El diagnóstico sindrómico de la NAC se basa en la existencia de una clínica de infección aguda acompañada de un infiltrado pulmonar de reciente aparición en la radiografía de tórax. Así, toda condensación radiológica acompañada de fiebre de una semana de evolución debe considerarse y tratarse como una neumonía mientras no se demuestre lo contrario.

Sin embargo, se ha estimado que entre un 5 y un 30% de los pacientes inicialmente diagnosticados de NAC tienen otro proceso responsable de sus manifestaciones clínicas y radiológicas. Por otro lado, ante la dispar presentación clínica de la NAC, se necesita conocer la epidemiología del área geográfica en la que se trabaja. También puede ser útil, sobre todo en adultos jóvenes y sin enfermedades asociadas, la diferenciación entre cuadros clínicos “típicos” y “atípicos”.

El cuadro clínico “típico” se caracteriza por un comienzo agudo de menos de 48 horas de evolución con escalofríos, fiebre mayor de 37,8 °C, tos productiva, expectoración purulenta o herrumbrosa, dolor torácico de características pleuríticas y, eventualmente, herpes labial. Los datos más significativos del cuadro clínico “atípico” son la tos no productiva, las molestias torácicas inespecíficas y las manifestaciones extrapulmonares (artromialgias, cefalea, alteración del estado de conciencia y trastornos gastrointestinales como vómitos y diarreas).

Con frecuencia los pacientes presentan inicialmente síntomas de afectación del tracto respiratorio superior. Recientemente se ha sugerido que en función de las características clínicas y epidemiológicas y de los hallazgos complementarios se podrían definir 3 grandes grupos de NAC: neumonía con sospecha de etiología neumocócica, neumonía con sospecha de gérmenes atípicos y neumonías en las que no hay una orientación definida clínicamente hacia una etiología concreta.

Un cuarto grupo sería la sospecha de neumonía por aspiración. El primer grupo de neumonía indicativa de etiología neumocócica se caracterizaría por el cuadro clínico “típico” definido anteriormente, observándose en la exploración signos de consolidación pulmonar (crepitantes y soplo bronquial) y suele haber leucocitosis con neutrofilia. En la radiografía de tórax aparece un infiltrado alveolar único con broncograma, aunque puede haber una afectación multilobular o bilateral en casos graves. La visualización de cocos grampositivos en la tinción de Gram de un esputo purulento y representativo o la detección de antígeno neumocócico en orina en adultos sería de valor diagnóstico añadido.

La segunda forma clínica sería la indicativa de NAC por gérmenes atípicos. Se presentaría con el cuadro clínico “atípico” indicado anteriormente. En la exploración hay una disociación clínica y radiológica, con escasa semiología respiratoria en relación con la afectación radiológica existente. En la radiografía torácica suele observarse un patrón intersticial, multilobular, de predominio en los lóbulos inferiores, aunque en algunos casos se observa una afectación lobular alveolar. Los principales causantes de este grupo de neumonías son M. pneumoniae y C. pneumoniae. Con menor frecuencia otros agentes causales son C. psittaci, C. burnetii y los virus.

Por último, la neumonía por aspiración es el resultado de la entrada de material procedente del aparato digestivo alto o de las vías aéreas superiores contaminado por bacterias patógenas en las vías aéreas inferiores. Inicialmente suele presentarse como una neumonitis con curso subagudo, aunque puede manifestarse en ocasiones también de forma crónica o aguda. La mayoría de los pacientes con neumonitis refiere fiebre y tos con expectoración purulenta copiosa que es fétida en el 5% de los casos.

2.6 DIAGNOSTICO

Las exploraciones complementarias indicadas van a depender de la gravedad de la neumonía y, por tanto, de los cuidados que requiera. En general, se sugiere que en pacientes con neumonías más leves no es necesaria la realización de pruebas de laboratorio sistemáticas, mientras que en toda NAC que llegue al hospital se debe realizar un hemograma, bioquímica elemental y

pulsioximetría o gasometría arterial para evaluar su gravedad y su posible ingreso.

Dado que las manifestaciones clínicas de la NAC en ocasiones son inespefícas, la radiografía de tórax es obligada para establecer su diagnóstico, localización, extensión, posibles complicaciones (como derrame pleural o cavitación), la existencia de enfermedades pulmonares asociadas, otros posibles diagnósticos alternativos y también confirmar su evolución hacia la progresión o la curación.

La recomendación, por tanto, de la realización de una radiografía de tórax de rutina en sus 2 proyecciones convencionales a los pacientes con sospecha de neumonía es universal y obligatoria tanto en pacientes estudiados en el hospital, ingresen o no, como en los atendidos de forma ambulatoria, sobre todo si no hay una mejoría clínica tras 48 horas de tratamiento empírico. No hay ningún patrón radiológico que permita reconocer la etiología de la neumonía, ni siquiera diferenciar entre grupos de patógenos.

La afectación radiológica bilateral o de más de 2 lóbulos y la existencia de derrame pleural indican gravedad. Por otro lado, la curación radiológica es casi siempre posterior a la clínica y en ocasiones puede tardar más de 8 semanas, por lo que, aunque no es necesario realizar una exploración radiológica previa al alta hospitalaria, es imprescindible confirmar radiológicamente la curación de la neumonía. La investigación clínica continuamente genera nuevos conocimientos en el campo de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), pero estos conocimientos no necesariamente se incorporan automáticamente al proceso de atención médica del paciente, por lo que frecuentemente existe una brecha entre el proceso de atención médica de un paciente con NAC, cuando se compara con las recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible.

La Organización Mundial de la Salud la define como una infección de los pulmones provocada por una gran variedad de microorganismos adquiridos fuera del ámbito hospitalario y que determinan la inflamación del parénquima pulmonar y de los espacios alveolares. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es aquella patología que adquiere la población en general y se desarrolla

en una persona no hospitalizada o en los pacientes hospitalizados que presentan esta infección aguda en las 24 a 48 horas siguientes a su hospitalización.

La Sociedad Británica de Tórax (BTS por sus siglas en inglés) define a la neumonía adquirida en la comunidad como una enfermedad aguda con opacidades radiográficas al menos segmentarias o presentes en más de un lóbulo, y de las que no se sabía que previamente estaban presentes o que sean debidas a otra causa. Incluye síntomas y signos de infección de la vía respiratoria inferior.

Esta definición excluye los casos de neumonía postobstructiva. Otra definición aceptada para considerar el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en un paciente incluye los siguientes elementos: paciente que presenta en la radiografía de tórax una opacidad nueva en el parénquima pulmonar, asociada al menos a uno de los siguientes signos o síntomas: tos de reciente inicio, fiebre o hipotermia, leucocitosis, desviación a la izquierda, o leucopenia. (Carrillo, 2008).

El criterio que se utilizará en este documento será el siguiente: enfermedad aguda con opacidades radiográficas al menos segmentarias o presentes en más de un lóbulo, y de las que no se sabía que previamente estaban presentes o que sean debidas a otra causa, éstas deberán asociarse al menos a uno de los siguientes signos o síntomas: tos de reciente inicio, fiebre o hipotermia, leucocitosis, desviación a la izquierda o leucopenia.

Se considerará neumonía adquirida en la comunidad si el paciente no tiene historia de hospitalización durante las dos semanas previas a la admisión.

2.6.1 Escala de mortalidad CURB-65

La escala CURB-65 sirve para predecir la mortalidad de un paciente a los 30 días que ha sido diagnosticado con neumonía. Esta escala fue descrita por Lib y colaboradores en el 2003 y es recomendada por la Sociedad Britania de Tórax (British Thoracic Society).

Esta escala abarca 3 grupos de riesgo y se le asigna cierto puntaje, y dependiendo el puntaje obtenido es el riesgo de mortalidad adquirido, también

en esta clasificación se ha tomado en cuenta si está disponible la toma y valoración de estudios de sangre.

CURB-65 es el acrónimo de las siguientes palabras:

• **C**: Confusión

• **U:** Urea (mayor de 44 mg/dl o BUN mayor 19 mg / dl) Tener especial cuidado en este espacio, NO confundir BUN con UREA, recordando la formula siguiente: UREA = BUN x 2.146

• **R**: (Respiratory Rate); Frecuencia respiratoria (Mayor de 30 por minuto)

• **B**: (Blood presure) - Presión sanguínea (PAS menor de 90 mmHg o PAD menor de 60 mmHg.

• 65: Edad mayor de 65 años.

A cada uno de estos valores se le asigna 1 punto. Es decir el resultado MAXIMO es de 5 puntos y el MINIMO de 0.

A continuación describiremos a los pacientes en los que, se cuenta con el recurso y se PUEDE obtener una muestra y así medir el valor de UREA.

1. Grupo 1 (CURB de 0 a 1 Bajo riesgo y serían candidatos a ser tratados de forma ambulatoria (1.5% de mortalidad).
2. Grupo 2 (CURB-65 de 2) Riesgo Intermedio y se debería considerar la posibilidad de ingreso hospitalario (9.2 % de mortalidad).
3. Grupo 3 (CURB_65 de 3 o mas) Alto riesgo serían susceptibles de ingreso hospitalario y posibles candidatos a ser tratados en Cuidados Intensivos (22 % de mortalidad.)

Ahora, describiremos a los pacientes a los cuales NO SE PUEDE obtener la muestra de UREA., en este caso el ACRONIMO CRUB es sustituido por CRB-65 y se usan los mismos parámetros.

• C: Confusión

• B: (Blood presure) - Presión sanguínea (PAS menor de 90 mmHG o PAD menor de 60 mmHG

• 65: Edad mayor de 65 años.

- ✓ Grupo 1 (CRB de 0) bajo riesgo y serían candidatos a ser tratados de forma ambulatoria (1.2% de mortalidad)
- ✓ Grupo 2 (CRB-65 de 1 a 2) Riesgo Intermedio y se debería considerar la posibilidad de ingreso y valoración hospitalaria (8.5 % de mortalidad)
- ✓ Grupo 3 (CRB_65 de 3 a 4) Alto riesgo se debe actuar inmediatamente para un hospitalario (31 % de mortalidad.)

Esta escala debe de ser usada para pensar en la gravedad de la neumonía que ha sido diagnosticada y así tomar la decisión de referir al paciente a un hospital o en caso de que se encuentre dentro de uno, la referencia a la UCI para iniciar un tratamiento adecuado y temprano y así disminuir la mortalidad en los pacientes con un CURB 65 de 3 o más puntos.(Lama,2002)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO.-

El presente trabajo de investigación titulado "**ESTADO CONFUSIONAL COMO PRIMERA MANIFESTACION CLINICA EN PACIENTES CON NEUMONIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FF.AA N°1.**" es un estudio de carácter observacional - retrospectivo

UNIVERSO.- Lo constituyen todos los 2950 pacientes que fueron hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades De Las Fuerzas Armadas de Quito que corresponde a los meses de enero a diciembre del 2014 en el Hospital de Especialidades De Las Fuerzas Armadas de la Ciudad de Quito.

Muestra: los 1361 pacientes que ingresan con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad y Síndrome Confusional.

Criterio de Inclusión:

- ✓ Pacientes que ingresan con Diagnostico de neumonía Adquirida en la Comunidad acompañado de Estado Confusional.
- ✓ Pacientes que acepten participar en este estudio

Criterio de exclusión:

- ✓ Pacientes que presentan Estado Confusional por otras causas.
- ✓ Pacientes que no acepten participar en este estudio.

Métodos, **técnicas e instrumentos de recolección de la información**:

Método: Se obtuvo la información mediante método Científico, con la recopilación bibliográfica, Observación y Recolección de resultados,

Instrumentos: Historias clínicas de pacientes Hospitalizados en el servicio de medicina interna que presenten Criterios de CAM (Confusion Assesment Method en el Hospital Militar De Especialidades De Las Fuerzas

Armadas #1 de la ciudad de Quito. (anexo 1); Hoja de Recolección de datos (anexo 2), CURBS (anexo 3)

Procedimiento

Posterior a la revisión de la literatura sobre el tema en cuestión, y a la estructuración y aprobación del proyecto de investigación, se procedió a solicitar la autorización respectiva a la dirección de docencia e Investigación del hospital Militar de las FF.AA Quito N°1, una vez obtenido éste, se inició con la recolección de información. En primer lugar, se procedió a revisión de Historias Clínicas, luego mediante la hoja de recolección de datos (anexo 2) se obtuvo los datos necesarios para el análisis, posterior a esto, se analizaron los datos con forme a CURB-65 (anexo1).

Una vez obtenidos los datos de los formularios acerca, se analizó la información realizando una base de datos, utilizando la herramienta de Excel, se procedió a determinar los datos estadísticos necesarios; finalmente se elaboró el presente trabajo final.

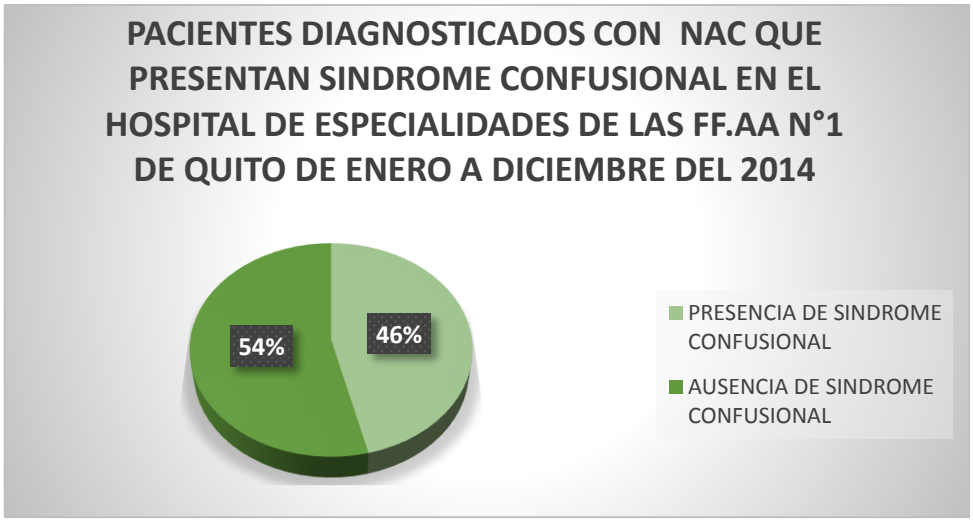
6. RESULTADOS

TABLA N°1

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON NAC QUE PRESENTAN SÍNDROME CONFUSIONAL EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LAS FF.AA N°1 DE QUITO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014		
PRESENCIA DE SINDROME CONFUSIONAL	1361	46 %
AUSENCIA DE SINDROME CONFUSIONAL	1589	54%
TOTAL	2950	100%

Fuente: Historias Clínicas Hospital de FFAA N°1
Elaborado por: Daniela Salinas R.

GRAFICO N°1



Análisis:

Los pacientes que ingresan con NAC el 46% presentan Síndrome confusional, mientras que el 54% no presentan síndrome confusional**.**

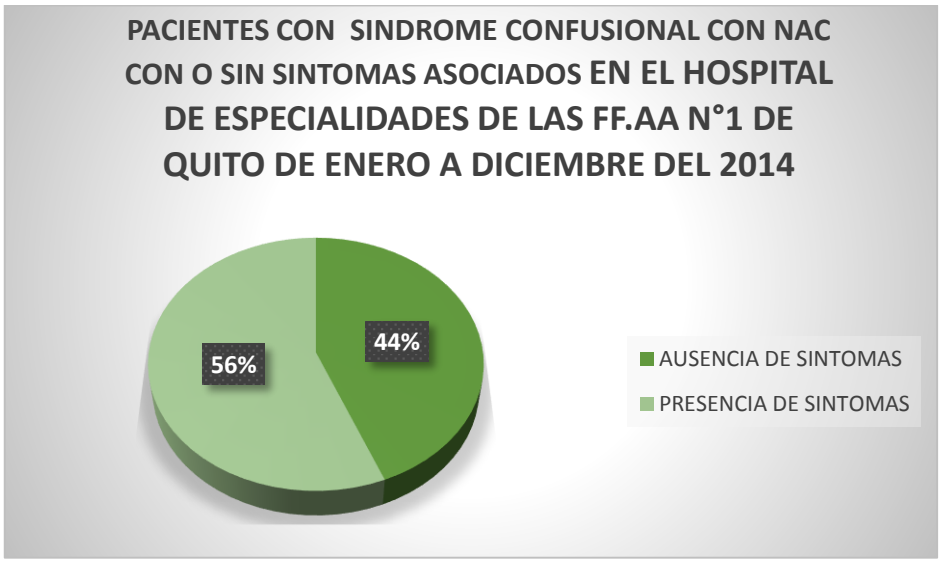
TABLA N°2

PACIENTES CON SINDROME CONFUSIONAL CON NAC CON O SIN SINTOMAS ASOCIADOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LAS FF.AA N°1 DE QUITO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014

AUSENCIA DE SÍNTOMAS	597	44%
PRESENCIA DE SÍNTOMAS	764	56%
TOTAL	**1361**	**100%**

Fuente: Historias Clínicas del Hospital de FFAA N°1
Elaborado por: Daniela Salinas R.

GRAFICO N°2



ANALISIS:

Los pacientes que han ingresado al servicio de medicina Interna con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad y que presenta Estado Confusional Agudo, encontramos que el 56% de estos pacientes presentan síntomas acompañantes al Estado Confusional.

TABLA N°3

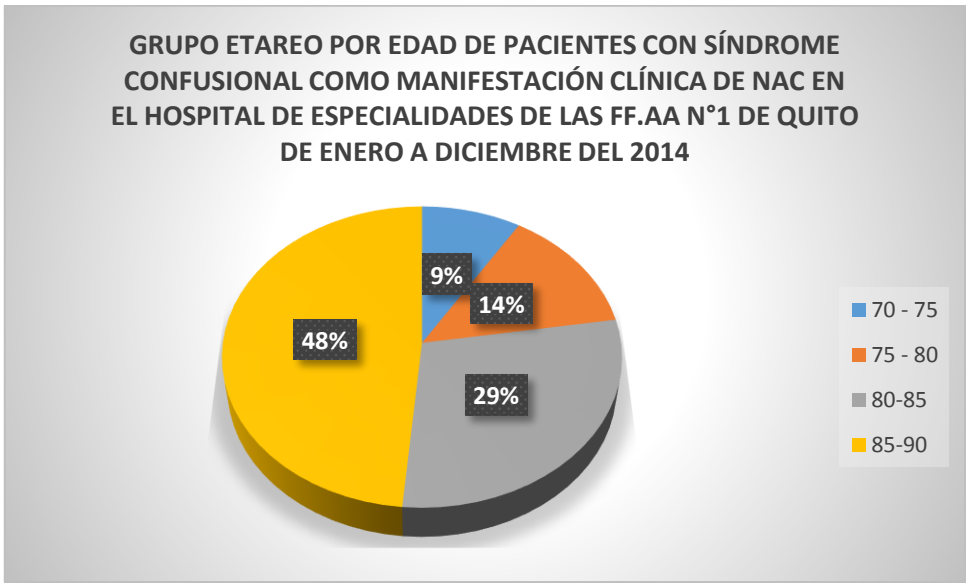
GRUPO ETAREO DE PACIENTES CON SINDROME CONFUSIONAL COMO MANIFESTACION CLINICA DE NAC EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LAS FF.AA N°1 DE QUITO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014

70 - 75	120	9%
75 - 80	186	14%
80-85	394	29%
85-90	661	48%
TOTAL	1361	100%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital de FFAA N°1

Elaborado por: Daniela Salinas R

GRAFICO N°3



ANALISIS:

Según la edad de pacientes se evidencia que de los 1361 pacientes que corresponde al 100% del total de la población en estudio; el 48% de estos se presentó en pacientes en edades dentro de los 85 – 90 años de edad y el 29 % en edades comprendidas entre los 80-85 años.

TABLA N°4

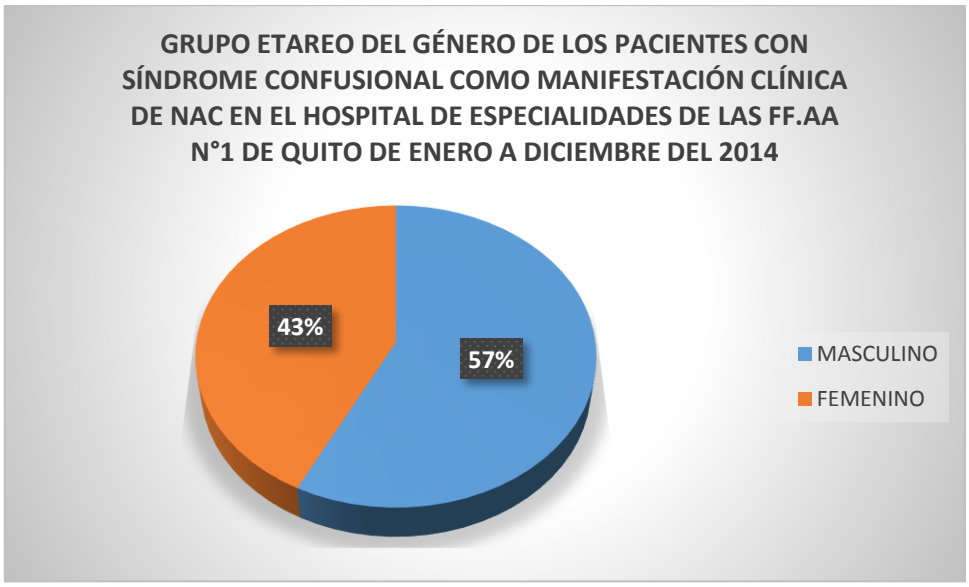
GÉNERO DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME CONFUSIONAL COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE NAC EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LAS FF.AA N°1 DE QUITO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014

	F	%
MASCULINO	782	57%
FEMENINO	579	43%
TOTAL	1361	100%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital de FFAA N°1

Elaborado por: Daniela Salinas R.

GRAFICO N°4



ANALISIS:

Según los datos obtenidos de los pacientes que ingresan con Diagnostico de Síndrome Confusional como manifestación clínica de neumonía; tenemos como resultados que el 57% de los pacientes que ingresan con Síndrome Confusional corresponde al género masculino, lo que constituye mayor prevalencia.

TABLA N°5

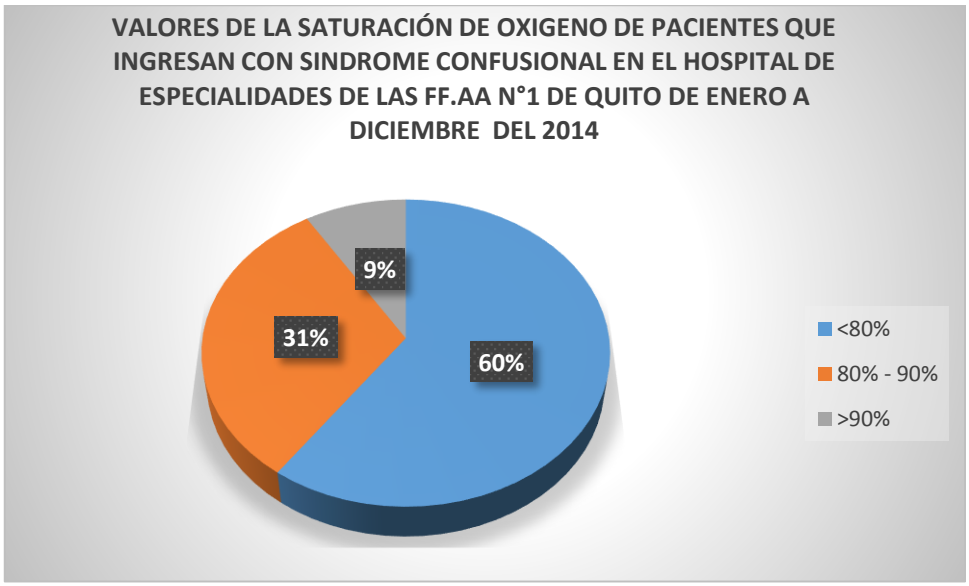
VALORES DE LA SATURACIÓN DE OXIGENO DE PACIENTES QUE INGRESAN CON SINDROME CONFUSIONAL EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LAS FF.AA N°1 DE QUITO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014

<80%	815	60%
80% - 90%	426	31%
>90%	120	9%
Total	1361	100%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital de FFAA N°1

Elaborado por: Daniela Salinas R.

GRAFICO N°5



ANALISIS:

Según los datos obtenidos en esta investigación podemos determinar que de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de Síndrome Confusional el 60% de los pacientes presentaron saturación menor a 80%, el 31% entre 80 % - 90%, mientras que el 9% de todos los pacientes presentaron saturación de oxigeno dentro de parámetros normales.

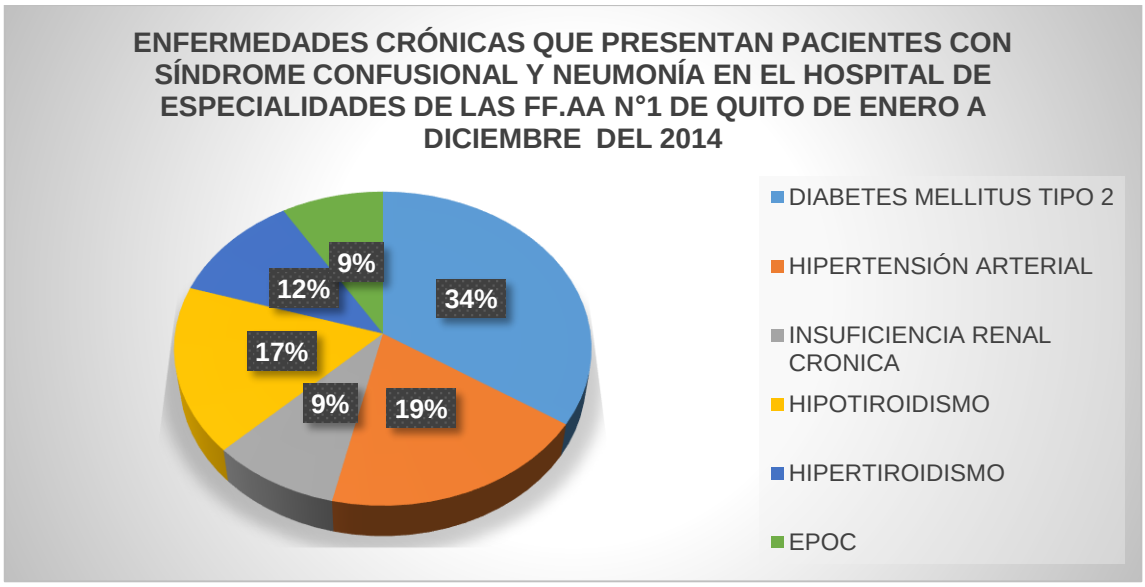
TABLA N° 6

ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE PRESENTAN PACIENTES CON SÍNDROME CONFUSIONAL Y NEUMONÍA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LAS FF.AA N°1 DE QUITO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014

DIABETES MELLITUS TIPO 2	**467**	**35%**
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	**262**	**26%**
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	**124**	**8%**
HIPOTIROIDISMO	**234**	**14%**
HIPERTIROIDISMO	**156**	**10%**
EPOC	**118**	**7%**
TOTAL	**1361**	**100%**

Fuente: Historias Clínicas del Hospital de FFAA N°1
Elaborado por: Daniela Salinas R.

GRAFICO N°6



ANALISIS:

De los pacientes que ingresan con diagnóstico de Síndrome Confusional y neumonía, el 34% presentan diabetes mellitus tipo 2 como enfermedad crónica acompañante, precedido por el 19% presentan hipertensión arterial, siendo estas las patologías más frecuentes.

TABLA N° 9

GRADO DE SEVERIDAD Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN ESTADO CONFUSIONAL Y NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LAS FF.AA N°1 DE QUITO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014

GRADO 0	0	0%
GRADO 1	458	34%
GRADO 2	531	39%
GRADO 3	123	9%
GRADO 4	153	11%
GRADO 5	96	7%
TOTAL	1361	100%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital de FFAA N°1
Elaborado por: Daniela Salinas R.

GRAFICO N°9

ANALISIS:

Basados en la clasificación de severidad de pacientes con NAC, CURB-65, de los pacientes que presentan estado Confusional que corresponde a 1361 que es el 100%, de estos el 39% presentan grado 2 que corresponde a riesgo intermedio, el 34% presentaron grado 1 de severidad siendo este bajo riesgo de complicaciones.

7. DISCUSIÓN

El Síndrome Confusional es un trastorno de inicio brusco y curso fluctuante, que se caracteriza por alteraciones de la conciencia, la atención y el pensamiento, y en el que pueden aparecer ideas delirantes y alucinaciones.

Es importante mencionar que existen pocos estudios sobre la incidencia del Síndrome Confusional Agudo como primera manifestación clínica en Neumonía, en especial en nuestro país. Debido a que muchas investigaciones están orientadas a las múltiples causas de este Síndrome y los factores predisponentes de dicha patología.

En estudios realizados Argentina, en la ciudad de Buenos Aires, elaborados por Carlos J. Regazzoni (y otros), en el año 2008, con una muestra de 185 pacientes, denominado "SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL ANCIANO", tuvo como resultado que de los pacientes con diagnóstico de Síndrome Confusional Agudo, el 29.3% presentaban Neumonía Adquirida en la Comunidad. Al comparar con la presente investigación, observamos que el 46% de los pacientes que ingresaron con NAC presentaron Síndrome Confusional Agudo, existiendo mayor porcentaje de incidencia. A diferencia del estudio realizado en la Ciudad de Quito, en el Hospital de la policía N°1 de la Policía Nacional, en el año 2012, por Benavidez Andrea y Rivadeneira Jimmy, denominado "PREVALENCIA DE SÍNDROME CONFUSIONAL EN ADULTOS MAYORES INTERNADOS EN EL HOSPITAL QUITO N1 POLICIA NACIONAL, DE MAYO A SEPTIEMPRE DEL 2012", cuya muestra fue de 240 pacientes, de los cuales el 6,7% de los pacientes con Síndrome Confusional Agudo tenían como patología de base Neumonía Adquirida en la Comunidad, teniendo así menor prevalecía que en nuestro estudio.

Otro estudio titulado "NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN EL ADULTO, CUADRO CLÍNICO Y FACTORES PRONÓSTICOS" realizado en Chile ciudad Santiago en el año 2007, por Fernando Saldías (y otros), realizado en una población de 463 pacientes con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad, de los cuales el 19 % presentaron Síndrome Confusional como único síntoma acompañante de la Neumonía a diferencia de nuestra investigación en la cual se registraron el 44% pacientes.

El estudio realizado por Matías González, (y otros), denominado “DELIRIUM: LA CONFUSIÓN DE LOS CLÍNICOS” en el año 2003, con una población de 463 pacientes tuvo como resultado que el Síndrome Confusional, como manifestación clínica de la Neumonía se presentaban en edades comprendidas entre los 69 ± 19 años , con un porcentaje que corresponde al 36.6% de los cuales el 55% pertenecen al género masculino sin embargo en estudios antes mencionado realizado en la ciudad de Quito en el Hospital de la Policía, reportan que las edades en las que prevalece el Síndrome Confusional es entre los 80-90 años con un porcentaje de 38,6% de los cuales el 58.8% corresponde al género masculino, al comparar con los resultados obtenidos en esta investigación, tenemos como resultados que en edades entre los 85-90 años (48%) tiene mayor prevalencia. Al igual que nuestro existe mayor prevalencia en pacientes en edades mayores de 80 años con incidencia en el género masculino con un 57%. Con esta comparación nos damos cuenta que los datos obtenidos en esta investigación, concuerdan con estudios realizados en diferentes poblaciones, ya se demuestra que a mayor edad de un individuo es más propenso a padecer diversas patologías.

En el estudio realizado en Chile ciudad Santiago en el año 2007, por Fernando Saldías (y otros), ya mencionado, reporta que dentro de las características clínico-epidemiológicas de los pacientes que presentan Neumonía Adquirida en la comunidad acompañada de Síndrome Confusional, el 16% de los pacientes presentas diabetes mellitus tipo 2, el 33% hipertensión Arterial, el 6% insuficiencia renal crónica, el 17% presenta EPOC; en cambio en el estudio realizado en la ciudad de Quito en el Hospital de la policía, se evidencia pacientes con diabetes mellitus 9%, hipertensión Arterial con un valor de 11.7%, en comparación con los resultados obtenidos en nuestra investigación en la cual predomina el 43% con pacientes que padecen diabetes mellitus, seguida por la Hipertensión Arterial con el 19%.

En el estudio denominado “LA ESCALA CURB-65 COMO ÍNDICE PRONÓSTICO INICIAL EN LA ENFERMEDAD NO QUIRÚRGICA”, realizado por Castillo Armiñanzas Carlos, en Chile en el año 2011, con una población de 263 pacientes, dentro los datos más relevantes, tenemos 26% de los pacientes con grado 2 y una tasa de mortalidad del 9,2%, mientras que el 32% presento

grado 3 con una tasa de mortalidad de 22%; En otro estudio realizado en la ciudad de Quito titulado “COMPARACIÓN Y UTILIDAD CLÍNICA DE DOS ESCALAS PRONÓSTICAS EN LA EVOLUCIÓN DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD”, realizado por Davalos Natalia (y otros) en el año 2013, con una muestra de 263 pacientes, se presentó el grado 2 en el 9,9%, grado 3 en el 14,6%; a comparación de nuestro estudio que se presentó en el 32% grado 2 que corresponde a una tasa de mortalidad de 9,2%, precedida por el grado 1 que corresponde a una tasa de mortalidad de 1,5%. .

8. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en la presente investigación se puede concluir lo siguiente:

- Existe el 46% de pacientes que ingresan al servicio de medicina interna con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad que presentaron Síndrome Confusional como primera manifestación Clínica.
- La edad en la que se presenta con mayor frecuencia Síndrome Confusional y Neumonía esta en pacientes en edades comprendidas entre los 85 – 90 años de edad
- El género en el que se presenta con mayor frecuencia Síndrome Confusional y neumonía es en pacientes de género masculino.
- El grado se severidad más prevalente de acuerdo al CURB-65 es de 2, que equivale a un pronóstico de mortalidad del 9,2%.
- De las Enfermedades Crónicas más frecuentes que presentan los pacientes con Síndrome Confusional y neumonía se encuentran la diabetes mellitus tipo 2, seguido por la hipertensión arterial.

9. RECOMENDACIONES

1. Capacitar al personal de salud sobre la existencia de este Síndrome de manera que la sospecha clínica y el diagnóstico del mismo sea temprano. Evitando así errores en el manejo y tratamiento del paciente que empeoren el cuadro.
2. Informar y educar a cuidadores y familiares de los pacientes sobre la existencia de esta patología. De esta forma habrá mayor probabilidad de detectar precozmente este trastorno.
3. Implementar programas de prevención sobre el Síndrome Confusional agudo a nivel hospitalario, especialmente en pacientes con factores de riesgo.
4. Tomar como iniciativa este trabajo para profundizar en el estudio de esta patología, tomando en cuenta que en nuestro país es un área poco investigado, y que podría disminuir costos sanitarios junto con las complicaciones y morbimortalidad de quienes lo sufren.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Ferreyra Andrea; Belletti, Gerardo. *Síndrome Confusional agudo en pacientes internados. Medicina (B. Aires) [online]. 2004, vol.64, n.5 [citado 2015-08-0*6], pp. 385-389. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802004000500001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1669-9106.

2. Reyes-Ortiz C, Uriel Largo J. *Cárdenas, Síndrome Confusional agudo en un nonagenario hospitalizado*. 2010. Barcelona: Printed in Belgium.

3. Amado J. *Factores asociados a Síndrome Confusional agudo en adultos mayores internados en emergencia de un hospital terciario*. An. Fac. med.[online]. 2013, vol.74. pp. 193-198. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000300006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1025-5583.

4. Crespo F, Castellon R. *Prevalencia y factores de riesgo del Síndrome Confusional agudo en el adulto mayor en emergencias médicas*. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Volumen 11 No.2 - 2014

5. Benavides A, Rivadeneira J. *Prevalencia de Síndrome Confusional agudo en adultos mayores internados en el hospital de Quito n°1 policía nacional*. 2012. Pag 124-128.

6. Fernando M, Michelangelo h, Quiros R. *EPIDEMIOLOGIA DEL DELIRIO EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS*. (ON LINE: 2013. RECUPERADO DE :http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol60-00/5-/Delirioenancianos.Htm

7. Regazzoni C,Aduriz M, Recondo M. *SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL ANCIANO INTERNADO. MEDICINA* (Buenos Aires) 2010. RECUPERADO DE: http://www.medicinabuenosaires.com/demo/revistas/vol60-00/3/v60_n_3_p335_338.pdf

8. Fearing m, Inouye.S. Chapter. *Delirium. The American Psychiatric Publishing Textbook of Geriatric Psychiatry*, 4th Edition. RECUPERADO DE:

http://hinarigw.who.int/whalecompsychiatryonline.org/whalecom0/content.aspx? bookid=19&sectionid=1301760.

9. Foreman. M. *Confusion In The Hospitalized Elderly: Incidence, Onset, And Associated Factors. Res Nurse Health*. Feb; 12

10. Arestegui, Z *España, Sociedad Española de Geriatría Y Gerontología (2005). Tratado de Geriatría para Residentes*. Madrid: International Marketing and Communication S.A.

11. Ellie. M, Cole. M, Primeau. F, Bellavance. *Delirium Risk factor in Elderly Hospitalized Patients. Canada: JGIM;* Volumen 13 (PAG 204-2011).

12. Chavez. M, Virgen. M, Guzmán. J, De la Rosa. C, Castañeda. C. (2006),*Delirium En Ancianos Hospitalizados. Detección Mediante Evaluación DelEstado Confusional*. Revista Médica del Instituto mexicano del Seguro Social.45 (4; 321-328).

13. Carrillo. S, Maldonado. D. Prevalencia de desnutrición, riesgo de desnutrición en adultos mayores ingresados en el Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional de junio a agosto del 2008. Quito, Ecuador: PontificiaUniversidad Católica del Ecuador.

14. Eeles. E, Hubbard. R, White. S, O´Mahony. M, Sawa. G, Bayer. A. (2010). Hospital use, institutionalisation and mortality associated with delirium. Age and Ageing 2010; (39): 470–475

15. Lama. J, Varela. L, Ortiz. P. (2002), Prevalencia y factores de riesgo del estado Confusional agudo en el adulto mayor en una sala de emergencias medicas. Rev Med Hered.

11. ANEXOS

ANEXO 1

DETECCIÓN DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (DELIRIUM). CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

Criterio1
Comienzo agudo y fluctuante
Hay evidencia de un cambio agudo o reciente en el estado mental del paciente, o bien la conducta o el estado mental del paciente, o buen la conducta o el estado mental fluctúa durante el día

Criterio 2
Desatención
El paciente tiene dificultad para concentrarse, se distrae fácilmente

Criterio 3
Pensamiento desorganizado
El paciente tiene una conversación vaga, incoherente, ilógica, flujo de ideas o cambios no justificados de un tema a otro

Criterio 4
Nivel de conciencia disminuido
La respuesta a preguntas es lenta, o bien esta somnoliento.

Para estableces la sospecha de Síndrome Confusional (delirio) se requiere los criterios 1y2 de forma obligada y uno cualquiera de los criterios 3 y 4

Fuente: sociedad española de geriatría y gerontología 2015

ANEXO 2

Hoja de Recolección de Datos

Numero de HCL: ……..

Género: Femenino ( ) Masculino ( )

Edad: 70-75 ( ) 76-80 ( ) 81-85 ( ) 86-90 ( )

Enfermedad de Ingreso: …….

Enfermedades crónicas: Si ( ) No ( )

Enfermedades Crónicas: …….....

Servicio al q Ingresa: ……..…….

Antecedentes de Estado Confusional: ……

Síndrome Confusional: Si ( ) No ( )

Valores de urea: …….

Valores de sat O2:…….

TA: …… PULSO:…….

ANEXO 3

CURB -65

Calificación	Mortalidad (%)	Recomendación
0	0.6%	Bajo riesgo, tratamiento ambulatorio
1	2.7%	Bajo riesgo, tratamiento ambulatorio
2	6.8%	Riesgo intermedio, hospitalización de corta estancia o tratamiento ambulatorio con supervisión estricta
3	14.0%	Neumonía grave, considerar hospitalización
4	27.8.%	Neumonía severa, considerar hospitalización
5	27.8%	Neumonía muy grave, considerar ingreso en UCI[4]

PRELIMINARES **Pág.**

CARÁTULA…….....i

CERTIFICACIÓN……....ii

AUTORÍA……..iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN……iv

DEDICATORIA……..…..v

AGRADECIMIENTO……..……..vi

PRINCIPAL

TÍTULO……..1

RESUMEN…….2

INTRODUCCÍON……..4

REVISIÓN DE LA LITERATURA……...7

MATERIALES Y MÉTODOS……30

RESULTADOS…….32

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN……...39

CONCLUSIONES……42

RECOMENDACIONES……...43

BIBLIOGRAFÍA……..…….……44

ANEXOS……...…….46