



UNSA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

FACULTAD DE MEDICINA

**“DELIRIUM ASOCIADO A DEMENCIA Y DEPENDENCIA
FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES EN EMERGENCIA DEL
HOSPITAL GOYENECHÉ DE AREQUIPA”.**

Tesis presentada por el Bachiller en Medicina:

JESUS QUISPE ANCCO

Para Optar:

TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Tutora:

Dra. BLANCA MARITZA LINARES SILVA

AREQUIPA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios y a la Virgencita de Chapi, gracias por guiarme por el buen camino y darme fuerzas para seguir adelante; a mis padres Rufino y Cristina gracias por sus consejos y su aliento en todo momento; a mis dos amores, mi esposa Luisa y a mi hija Adriana que son la razón de mi vida y mi felicidad.

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a la Virgencita de Chapi

Por bendecir cada día de mi vida, me brindaron personas maravillosas, condujeron cada uno de mis pasos y me brindaron el regalo más hermoso que podría tener mi esposa y mi hija.

A mis padres

Por su amor, por haberme inculcado valores, por su apoyo incondicional, por sus consejos, por su sabiduría, por su ejemplo de perseverancia que me motivo siempre a seguir adelante cada día.

A mi amada

Luisa Elvira, es difícil decir lo que siento por ti en pocas palabras, me llenas de orgullo mi reina., gracias por estar a mi lado inclusive en los momentos y situaciones más difíciles. Esto ha sido en gran parte gracias a ti, no fue sencillo culminar, sin embargo siempre fuiste mi más grande motivación. Muchas gracias cariño.

A mi pequeña princesa

Adriana Sofía, aun eres muy pequeña hija pero el amor que siento por ti es infinito, con tu sonrisa me motivaste a seguir adelante más de una vez. Te amo.

A Oswaldo Prado y Doris Montoya

Por su paciencia, por sus consejos, su apoyo, su cariño, gracias por ser mis segundos padres.

A la doctora Blanca Linares

Por su ayuda, dedicación y asesoramiento. Por su generosidad brindada durante el tiempo de la elaboración de esta tesis.

Finalmente a maestros y amigos, los cuales marcaron cada etapa de este largo pero hermoso camino de mi formación universitaria, los cuales siempre recordare con mucho cariño.

INDÍCE

RESUMEN	01
ABSTRACT	02
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	03
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	06
CAPÍTULO III: MÉTODOS	21
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	27
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	36
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	42

RESUMEN

Introducción Como resultado de los grandes cambios demográficos ocurridos en nuestro país, la estructura por edad y sexo de la población ha sufrido un incremento importante de la población adulta mayor, donde se registra con frecuencia la presencia de delirium, demencia y dependencia funcional. El propósito del estudio es establecer si existe asociación entre Delirium, demencia y dependencia funcional en adultos mayores en emergencia del Hospital Goyeneche de Arequipa.

Objetivo general Asociar Delirium con demencia y dependencia funcional en adultos mayores en emergencia del Hospital Goyeneche de Arequipa.

Métodos Según Altman D. el presente trabajo es un estudio observacional, prospectivo y transversal, según el propósito estadístico es de asociación sin relación de dependencia. La población de estudio estuvo constituida por 132 pacientes adultos mayores de 60 años a más, que acudieron por emergencia, durante el mes de febrero del 2018, a los cuales se les aplicó una encuesta previa explicación de la finalidad del estudio.

Resultados Se observó una frecuencia de delirium del 50%, además el 28.8% de los adultos mayores que presentan delirium son ancianos (edad comprendida entre 75-90 años según la OMS); el 15.9% presenta demencia moderadamente severa y el 15,9% presenta demencia severa. El 36.4% de los adultos mayores tienen dependencia funcional severa. La prueba de chi cuadrado mostro relación estadística significativa ($P < 0.05$) para: delirium y demencia en donde se observa que el 15.9% de los adultos mayores que presentan delirium tiene demencia grave; en delirium y dependencia funcional se observa que el 34.1% de los adultos mayores que presentan delirium tienen dependencia funcional severa; en dependencia funcional y el demencia se observa que el 15.9% de los adultos mayores que presentan dependencia funcional severa tienen demencia grave.

Conclusión Si existe asociación entre Delirium con Demencia, Delirium con Dependencia Funcional y Demencia con Dependencia Funcional en adultos mayores con Delirium en emergencia del Hospital Goyeneche de Arequipa.

Palabras clave: Delirium, déficit cognitivo, dependencia funcional, adulto mayor.

ABSTRACT

Introduction As a result of the great demographic changes that have occurred in our country, the structure by age and sex of the population has suffered a significant increase in the older adult population, where the presence of delirium, dementia and functional dependence is frequently recorded. The purpose of the study is to establish if there is an association between Delirium, dementia and functional dependence in older adults in emergency at the Goyeneche Hospital of Arequipa.

General objective To associate Delirium with dementia and functional dependence in older adults in emergency at the Goyeneche Hospital of Arequipa.

Methods According to Altman D. the present work is an observational, prospective and transversal study, according to the statistical purpose it is of association without dependency relationship. The study population consisted of 132 adult patients over 60 years of age, who attended by emergency, during the month of February 2018, to whom a survey was applied after explaining the purpose of the study.

Results A frequency of delirium of 50% was observed, in addition, 28.8% of the elderly who have delirium are elderly (age between 75-90 years according to WHO); 15.9% presented moderately severe dementia and 15.9% presented severe dementia. 36.4% of older adults have severe functional dependence. The chi-squared test showed statistically significant relationship ($P < 0.05$) for: delirium and dementia, where it is observed that 15.9% of the elderly who have delirium have severe dementia; in delirium and functional dependence it is observed that 34.1% of the elderly who have delirium have severe functional dependence; In functional dependence and dementia, it is observed that 15.9% of older adults with severe functional dependence have severe dementia.

Conclusion If there is an association between Delirium with Dementia, Delirium with Functional Dependence and Dementia with Functional Dependence in older adults with Delirium in emergency at Goyeneche Hospital in Arequipa.

Key words: Delirium, cognitive deficit, functional dependence, older adult.

CAPITULO I

INTRODUCCION

Como resultado de los grandes cambios demográficos ocurridos en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos, la proporción de la población adulta mayor es de 5,7% en el año 1950 y ha se incrementado a 10,1% en el año 2017 (1).

En nuestro país al igual que en el resto del mundo la población envejece progresivamente y las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen la principal causa de mortalidad. La mayoría de los pacientes portadores de patologías crónicas son los adultos mayores, los cuales tienen más probabilidad de presentar delirium (Síndrome confusional agudo), demencia e incapacidad funcional; y el sitio más frecuente de diagnóstico es el área de emergencia, la unidad de cuidados intensivos, y hospitalización. A pesar de su importancia, tradicionalmente el delirium ha sido subvalorado, no ha sido reconocido como una entidad que requiere un diagnóstico y manejo específico independiente de la causa que lo origina. El subdiagnóstico alcanza cifras entre 32% y 67%. Es por ello que los datos obtenidos de la presente investigación serán de importancia para mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento de este serio problema (2, 3, 4, 10).

Rosado Nelson en el 2006, realizó el estudio Delirium en Pacientes Mayores de 65 años durante la hospitalización en el Servicio de Medicina interna HNCASE de Arequipa de julio a diciembre del 2005. Hizo una observación directa de las historias clínicas y utilizó el CAM para determinar la presencia de delirium. Encontró una prevalencia del 56,8% y una incidencia 32,5%. Así mismo estudio los tipos clínicos de delirium encontrando como más frecuente la hipoactiva (60%). El delirium independientemente del tipo se asocia a mayor mortalidad y estancia hospitalaria (4).

Chalco Claudia en el 2011, realizó un estudio de Factores de Riesgo Asociados a Delirium en Pacientes Adultos Mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital III Yanahuara en los meses de julio, agosto y setiembre del 2011. Utilizo una ficha de recolección de datos donde evalúa actividades de la vida diaria (dependencia funcional) mediante el índice de Barthel; actividades instrumentales con la escala de Lawton y Brody; estado cognitivo mediante Test de Pfeiffer; estado afectivo mediante

el Test de Yesavage y delirium mediante el CAM. Encontró una prevalencia de 8.8% de adultos mayores con delirium, 9,28% de los varones presentan delirium; encontró que un 33,2% presentó dependencia funcional; encontró relación significativa entre delirium y dependencia funcional, el 14,3% de pacientes con delirium presentaba dependencia funcional grave y el 14,3% de pacientes con delirium presentaba dependencia funcional total (5).

Supo Juan en el 2013, realizó un trabajo de investigación en el servicio de Medicina del hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa durante el mes de febrero del 2013. Se entrevistó a 103 pacientes de 60 años o más; se utilizó el CAM para el diagnóstico de delirium. Encontró una frecuencia de 36.89 % de pacientes con delirium, tienden a ser mayor en los adultos mayores del grupo etario de 71-80 años con el 39,47%, con predilección por el sexo femenino 55,3%; además la patología más frecuente resulto la pulmonar con un 26,3% (6).

Lama Jaime en el 2002, realizó un trabajo de investigación en adultos mayores de 60 años admitidos por el servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima (Perú), durante el periodo de enero - abril del 2000. Tuvo un total de 110 adultos mayores. Para el diagnóstico del delirium se empleó CAM. Para la función cognitiva se empleó el test de Pfeiffer, el nivel funcional con la escala de Katz, además se evaluó síntomas depresivos y estado nutricional. Resultados: Se encontró una prevalencia de 42.7% al momento del ingreso. Se obtuvo que 51% de los pacientes con síndrome confusional tienen deterioro cognitivo crónico, además se encontró que síndrome confusional se asocia a dependencia parcial y dependencia total en 40,4% y 29,8% respectivamente.

Castro Eloy en el 2016, realizó un estudio en pacientes mayores de 65 años, hospitalizados en el servicio medicina interna que ingresaron con el diagnóstico de delirium y de aquellos pacientes que presentaron delirium durante la estadía en el hospital Nacional Ramiro Prialé ESSALUD Huancayo de Abril a Diciembre del 2015. Con un total de 1097 pacientes, realizo revisión de historias clínicas, para el diagnóstico de delirium utilizo el CAM; el 57,4% eran de sexo masculino y el 53,5% eran mayores de 80 años, en la distribución de grupos etarios la mayoría se encontró en el grupo de 81-90 años con un 34,2%. Obtuvo una prevalencia de delirium de 14,13%.

En cuanto a la posible etiología del delirium obtuvo que las infecciones representaran un 67,7%, de los cuales un 54,3% presentó Infección del tracto urinario.

Rodríguez José y col. en el 2011 realiza un estudio en ancianos mayores de 65 años hospitalizados en 6 residencias de Asturias para personas mayores; analizó los posibles factores clínicos, funcionales y mentales asociados. Realizo un estudio epidemiológico transversal. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas funcionales (índice de Barthel [IB]), mentales (Mini-Mental State Examination). El diagnóstico de delirium se realizó en base al Confusion Assessment Method. El estudio realizó en 505 sujetos, el 11,7% de los sujetos institucionalizados presenta delirium. Según los resultados obtenidos la situación funcional medida por el Índice de Barthel y el diagnóstico de demencia medido con Mini-Mental State Examination mostraron asociación con delirium.

Este estudio surge con el propósito de establecer si existe asociación entre Delirium, demencia y dependencia funcional en adultos mayores en emergencia del Hospital Goyeneche de Arequipa.

OBJETIVO GENERAL

- Asociar Delirium con demencia y dependencia funcional en adultos mayores en emergencia del Hospital Goyeneche de Arequipa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Asociar Delirium con demencia en adultos mayores en emergencia del Hospital Goyeneche de Arequipa.
- Asociar Delirium con dependencia funcional en adultos mayores en emergencia del Hospital Goyeneche de Arequipa.
- Asociar Demencia con dependencia funcional en adultos mayores con Delirium en emergencia del Hospital Goyeneche de Arequipa.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

1. CONCEPTO DE DELIRIUM.

También conocido como estado confusional agudo, psicosis tóxica, síndrome cerebral agudo, encefalopatía metabólica tóxica, síndrome mental orgánico agudo (10). El delirium esta infradiagnosticado por los profesionales de salud. Parte del problema radica en que el síndrome tiene una diversidad de nombres (11).

El delirium se define por el inicio agudo de un deterioro cognitivo fluctuante y una alteración de la conciencia. El delirium es un síndrome, no una enfermedad tiene muchas causas que terminan en un patrón similar de signos y síntomas referentes al nivel de conciencia y deterioro cognitivo del paciente (11). Síndrome transitorio que tiene una duración de horas o días, mayormente una semana, rara vez un mes. El síntoma fundamental es un estado de anublamiento o entorpecimiento de la conciencia, es decir, una dificultad de identificar y reconocer el entorno, de estar vigilante (12). Con desasosiego, desenfreno de los sentimientos, labilidad emocional y abundantes fantasías, alucinaciones y sobretodo ilusiones. Aunque el mundo del delirante se parece al individuo que sueña, la actitud es distinta: el delirante participa de manera activa en las escenas que produce su imaginación, generalmente angustiosas o terroríficas, siendo a veces difícil impedir que cometa actos insensatos, que incluso puedan poner en peligro su vida. Pasado el delirium, que dura horas o días a menudo deja amnesia completa o parcial (13).

Aunque el paciente está despierto responde a los estímulos en forma inadecuada; como consecuencia hay desorientación en el tiempo, lugar, persona, dificultad en fijar la atención, mantenerla o cambiarla voluntariamente, siendo fácil la distracción por estímulos irrelevantes; hay incapacidad de registro en la memoria reciente, por lo cual, pasado el síndrome, habrá una laguna amnésica de lo sucedido, total o parcial, según las fluctuaciones del trastorno. El pensamiento es fragmentado e inconexo (lenguaje incoherente, embrollado) (12).

Según la CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión), el delirium es un síndrome cerebral orgánico que carece de una etiología específica, caracterizado por la presencia simultánea de trastornos de la conciencia y atención, de la percepción, del pensamiento, de la memoria, de la psicomotricidad, de las emociones y del ciclo sueño-vigilia (11,14).

Anteriormente la definición de Delirium que establecía el DSM-IV era de un síndrome caracterizado por una alteración en el estado de conciencia y de las funciones cognitivas, tales como la memoria, orientación, pensamiento, lenguaje o percepción; el cual debe de manifestarse de manera aguda con un curso fluctuante que puede llegar a durar varios días y sobretodo que la causa del padecimiento sea debido a las consecuencias fisiológicas de una condición médica previamente establecida (15,16). Actualmente el DSM-5, comparte las mismas características mencionadas previamente por el DSM-IV y que se establece como el síndrome multifactorial más importantes del adulto mayor, tanto por su prevalencia como por su implicación pronóstica (16,17)

Según Renato Alarcón el delirio (Delirium) se refiere al estado con trastorno de la conciencia que subyace en los episodios agudos confuso-oníricos. Los adultos mayores con delirium y demencia casi siempre presentan ansiedad. La ansiedad es usualmente proporcional al reconocimiento de la deficiencia cognitiva; por lo tanto, será más severa en el delirium leve y la demencia incipiente (18).

2. EPIDEMIOLOGIA.

Según el DSM-5 la mayor prevalencia de delirium se da entre los individuos ancianos hospitalizados y varía en función de las características del individuo, del ámbito de tratamiento y de la sensibilidad del método de detección. La prevalencia global del delirium en la comunidad es baja (1-2%) pero aumenta con la edad, llegando al 14% entre los individuos de más de 85 años. La prevalencia es del 10-30% en los individuos ancianos que acuden a los servicios de urgencias, donde el delirium a menudo indica una enfermedad médica (17).

Cuando los individuos ingresan en el hospital, la prevalencia del delirium oscila entre el 14 y el 24%, y las estimaciones de la incidencia del delirium que aparece durante el ingreso oscilan entre el 6 y el 56% entre las poblaciones hospitalarias generales. El

delirium aparece en hasta el 60% de los individuos que están en residencias o en dispositivos de cuidados subagudos y hasta en 83% de los individuos al final de su vida (17).

El delirium puede progresar a estupor, coma, convulsiones y muerte, en especial si no se trata la causa subyacente. La mortalidad entre los individuos hospitalizados con delirium es elevada (17).

Hasta el 40 % de los individuos con delirium, en especial aquellos con neoplasias malignas y otras enfermedades médicas significativas de base, fallece en el primer año tras el diagnóstico (17).

3. CONSECUENCIAS FUNCIONALES DEL DELIRIUM.

El delirium en sí se asocia a un mayor declive funcional y un mayor riesgo de institucionalización. Los individuos hospitalizados de 65 años o más con delirium tienen 3 veces más riesgo que los pacientes hospitalizados sin delirium de ser trasladados a una residencia, y alrededor de 3 veces más declive funcional tanto al alta como 3 meses después (17).

4. FACTORES DE RIESGO.

Ambientales: El delirium puede aumentar en los contextos de deterioro funcional, inmovilidad, antecedentes de caídas, niveles de actividad bajos y uso de drogas y medicamentos con propiedades psicoactivas (en especial, alcohol y anticolinérgicos) (17).

Genéticos y fisiológicos: Tanto el TNC mayor como el leve pueden aumentar el riesgo de delirium y complicar el curso. Los individuos ancianos son especialmente vulnerables al delirium en comparación con los adultos más jóvenes. La susceptibilidad al delirium en la primera infancia y a lo largo de la niñez puede ser mayor que en la edad adulta temprana y mediana. En la infancia, el delirium puede estar relacionado con enfermedades febriles y con ciertos medicamentos (p. ej., anticolinérgicos) (17).

Se han identificado desde hace tiempo muchos factores predisponentes y factores precipitantes, habrá más posibilidad de aparición del delirium (10, 12, 21).

FACTORES PREDISPONENTES	FACTORES PRECIPITANTES
Características demográficas Edad avanzada Sexo masculino	Fármacos Sedantes hipnóticos Narcóticos Anticolinérgicos Polifarmacia Deprivación alcohol/fármacos
Situación mental Demencia Deterioro cognitivo Antecedentes de delirium Depresión y ansiedad	Enfermedades Neurológicas Accidente cerebro vascular Meningitis o Encefalitis
Situación Funcional Dependencia Funcional Síndrome de Inmovilidad Caídas	Cirugía Ortopédica Cardíaca Cirugía no cardíaca
Alteraciones de los Sentidos Pérdida de visión Pérdida de audición	Deprivación del sueño
Fármacos Polifarmacia Medicamentos psicotrópicos Alcoholismo	Ambientales Ingreso en cuidados intensivos Contenciones físicas Sondaje vesical Múltiples intervenciones Estrés
Enfermedades coexistentes Gravedad de la enfermedad Pluripatología Insuficiencia Renal o Hepática Antecedentes de Ictus Enfermedades Neurológicas Alteraciones Metabólicas Fracturas o traumatismos Enfermedad Terminal Infección por VIH	Enfermedades Intercurrentes Infecciones Iatrogenia Enfermedad Aguda Grave Hipoxia Shock Fiebre o hipotermia Anemia Deshidratación o desnutrición Alteraciones metabólicas
Disminución de la ingesta oral Deshidratación Malnutrición	

5. ETIOLOGIA.

Las principales causas de delirium son las enfermedades del sistema nervioso central (ej. Epilepsia) enfermedades sistémicas (ej., insuficiencia cardiaca) y la intoxicación o la abstinencia a fármacos o agentes tóxicos (11).

6. FISIOPATOLOGÍA.

Los mecanismos más estudiados en el desarrollo del delirium son:

El principal neurotransmisor implicado en el delirium es la acetilcolina, y la principal área neuroanatómica es la formación reticular. La formación reticular del tronco cerebral es el área principal que regula la atención y la vigilia; la principal vía implicada en el delirium es la vía tegmental dorsal, que se proyecta desde la formación reticular mesencefálica al tectum y al tálamo. Una de las causas más habituales que causan reducción de la acetilcolina es el uso excesivo de fármacos con actividad anticolinérgica. Además de fármacos empleados en psiquiatría como atropina, amitriptilina, doxepina, fenotiazinas entre otras (11, 19).

Otros neurotransmisores.

El exceso en la actividad de las vías de dopamina o glutamato, así como la actividad GABA, también se han estudiado en delirium (11, 19). La vía GABAérgica está bien documentada, en particular por la asociación entre uso de benzodiazepinas y delirium (19).

Inflamación y delirium.

Un incremento en mediadores inflamatorios como IL-6 e IL-8 ha sido observado en pacientes con delirium, en comparación con controles. Un aumento de quimiocinas ha sido observado en pacientes sometidos a cardiocirugía que desarrollan delirium.

En pacientes quirúrgicos, se ha documentado asociación entre la curva de proteína C reactiva y la evolución temporal del delirium (19).

Ambiente no farmacológico.

La evidencia del impacto de la prevención no farmacológica en la incidencia de delirium, sugiere que en el cerebro frágil la preservación de ciertas rutinas, la estimulación cognitiva y motora temprana, y la reducción de los estímulos nociceptivos, son capaces de reducir el impacto del delirium. Los mecanismos por los que ello tiene un impacto positivo, son desconocidos (4, 20).

7. CLASIFICACIÓN.

En la última clasificación de la DSM-5 se diferencian subtipos de delirium según su etiología (17):

a) Delirium por intoxicación por sustancias.

Este diagnóstico debe establecerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia cuando los síntomas de los Criterios A y C predominen en el cuadro clínico y sean suficientemente graves para exigir atención clínica.

b) Delirium por abstinencia de sustancia.

Este diagnóstico solamente debe establecerse en lugar de un diagnóstico de síndrome de abstinencia de una sustancia cuando los síntomas de los Criterios A y C predominen en el cuadro clínico y sean suficientemente graves para exigir atención clínica.

c) Delirium inducido por medicamento.

Este diagnóstico se aplica cuando los síntomas de los Criterios A y C surgen como efecto secundario de un medicamento tomado con receta.

d) Delirium debido a otra afección médica.

En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración puede atribuirse a una consecuencia fisiológica de otra afección médica. (Por ejemplo: delirium debido a una encefalopatía hepática).

e) Delirium debido a etiologías múltiples.

En la anamnesis, en la exploración física o en los análisis clínicos se obtienen evidencias de que el delirium tiene más de una etiología (Por ejemplo más de una

afección médica etiológica, otra afección médica más una intoxicación por una sustancia o un efecto secundario de un medicamento).

Especificar:

Agudo: Dura unas horas o días.

Persistente: Dura semanas o meses.

Especificar:

Hiperactivo: El individuo tiene un nivel hiperactivo de actividad psicomotora que puede ir acompañado de humor lábil, agitación o rechazo a cooperar con su asistencia médica.

Hipoactivo: El individuo tiene un nivel hipoactivo de actividad psicomotora que puede ir acompañado de lentitud y aletargamiento próximos al estupor.

Nivel de actividad mixto: El individuo tiene un nivel normal de actividad psicomotora aunque atención y la percepción estén alteradas. También incluye individuos cuyo nivel de actividad fluctúa rápidamente.

f) Otro delirium especificado.

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un delirium que provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del delirium ni de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos neurocognitivos. Un ejemplo es el siguiente:

'Delirium atenuado: Este síndrome se aplica en los casos de delirium en que la gravedad del trastorno cognitivo se queda corto con respecto a lo que exige el diagnóstico, o bien cumple algunos de los criterios diagnósticos del delirium pero no todos.

g) Delirium no especificado.

La categoría de delirium no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de delirium, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en las salas de urgencias).

Según la Clasificación de trastornos mentales CIE-10, Criterios de la OMS clasifican al delirium en: (14)

F05. Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

- a) F05.0 Delirium no superpuesto a demencia.
- b) F05.1 Delirium superpuesto a demencia.
- c) F05.8 Otro delirium no inducido por alcohol o droga.
- d) F05.9 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas sin especificación.

8. DIAGNÓSTICO.

La guía diagnóstica del CIE-10, maneja como criterios diagnósticos: La alteración de la conciencia y disminución de la capacidad de dirigir, enfocar y mantener la atención. Alteración global de la cognición. Trastornos psicomotores. Alteración del ciclo vigilia-sueño. Problemas emocionales: depresión, ansiedad, miedo, irritabilidad, euforia y apatía (14).

Según la DSM-5 los criterios diagnósticos son (17):

- A. Una alteración de la atención (p. ej., capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno),
- B. La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.
- C. Una alteración cognitiva adicional (p. ej., déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).
- D. Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.
- E. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen datos indicando que alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección

médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (p. ej., debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

9. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Trastornos psicóticos y trastornos bipolares y depresivos con características psicóticas: El delirium que se caracteriza por alucinaciones vividas, delirios, alteraciones del lenguaje y agitación debe distinguirse del trastorno psicótico breve, la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme y otros trastornos psicóticos, y también de los trastornos bipolares y depresivos con características psicóticas (17).

Trastorno de estrés agudo: El delirium asociado a temor, ansiedad o síntomas disociativos, como la despersonalización, debe distinguirse del trastorno de estrés agudo, que está precipitado por la exposición a un acontecimiento traumático grave (17).

Simulación y trastorno facticio: El delirium puede distinguirse de estos trastornos en base a la presentación a menudo atípica que aparece en la simulación y el trastorno facticio, y a la ausencia de otra afección médica o sustancia etiológicamente relacionada con la aparente alteración cognitiva (17).

Otros trastornos neurocognitivos: El problema más común en el diagnóstico diferencial de la confusión en los ancianos es distinguir los síntomas del delirium de los de la demencia. El clínico debe determinar si el individuo tiene un delirium, un delirium superpuesto a una TNC (Trastorno Neurocognitivo) preexistente, como el debido a la enfermedad de Alzheimer, o un TNC sin delirium. La tradicional distinción entre el delirium y la demencia en base a lo agudo del inicio y al curso temporal es especialmente difícil en los ancianos que ya tienen un TNC previo no diagnosticado o que desarrollan deterioro cognitivo persistente tras un episodio de delirium (17).

El diagnóstico diferencial debe establecerse principalmente con trastornos psiquiátricos y demencia. En la siguiente tabla se describen los diagnósticos diferenciales con otros trastornos psiquiátricos (10).

	DEMENCIA	DEPRESION	ESQUIZOFRENIA	DELIRIUM
Inicio	Insidioso	Subagudo	Subagudo	Agudo
Curso en 24 Hrs	Estable	Estable	Estable	Fluctuante
Conciencia	Vigil	Vigil	Vigil	Alterado
Orientación	Alterada	Intacta	Intacta	Alterada
Memoria	Deterioro	Conservada	Conservada	Deterioro
Atención	Déficit parcial	Déficit parcial	Déficit parcial	Déficit Grave
Delirios y alucinaciones	Baja frecuencia	Baja frecuencia	Frecuentes	Frecuentes

10. ADULTO MAYOR Y OTROS ASPECTOS IMPORTANTES.

A. CONCEPTO DE ADULTO MAYOR

Según la OMS, todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad o adulto mayor (20).

Las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos (20).

B. CONCEPTO DE GERIATRÍA

La Geriatria es la rama de la medicina que se ocupa de atender a las personas mayores de 60 años. Aunque existen médicos geriatras, que son los especialistas en la materia, todos los profesionales de la salud reconocen que la atención de los adultos mayores representa una proporción cada vez mayor de la atención primaria a la salud. El médico de atención primaria necesita conocer la peculiaridad de los aspectos médicos del envejecimiento, que incluyen la presentación atípica de enfermedades, las cuales demandan un abordaje específico y una evaluación y manejo integral (21).

C. ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDAD

Existe una relación epidemiológicamente demostrada entre la enfermedad y el envejecimiento, esto no quiere decir que todas las enfermedades aumenten en función de la edad. Brody señaló dos grupos: enfermedades que se relacionan con la edad, las

cuales se asocian con más frecuencia a una edad específica y las enfermedades que dependen de la edad, las que aumentan su incidencia de forma exponencial en la medida que aumenta la edad (20).

D. CONCEPTO DE DEMENCIA.

Aunque el término Demencia se traduce como “ausencia del pensamiento”, su definición no está uniformemente establecida, llegándose a describir como la pérdida adquirida de habilidades cognitivas y emocionales que alteran las actividades de la vida diaria e impide efectuarlas de manera autónoma (16).

Sin embargo, actualmente el término de Demencia ya no se usa debido a los excesivos problemas de comorbilidad que se producen como resultado de las estrictas categorías que implica este concepto. Condicionando una alta discriminación relacionada con su diagnóstico, llegando incluso a asociarse con incapacidad, pérdidas económicas o incluso, como método de exclusión de algunos de los sistemas de salud (16).

Se ha llegado a apreciar como un concepto estigmatizante y es quizá uno de los cambios más importante realizados en el DSM-5 por el término de TNC (Trastorno Neurocognitivo). A parte de quitar dicha connotación discriminativa, también retira el vínculo de demencia como enfermedad mental y lo deja más como un problema de deterioro orgánico de los procesos neurocognitivos (16, 17).

El término demencia se conserva en el DSM-5 para mantener la continuidad y puede utilizarse en aquellos ámbitos en los que médicos y pacientes estén acostumbrados a este término. Aunque demencia es el término utilizado habitualmente para trastornos como las demencias degenerativas que habitualmente afectan a las personas mayores, el término trastorno neurocognitivo se utiliza ampliamente y a menudo se prefiere para los trastornos que afectan a sujetos más jóvenes, como la disfunción secundaria a un traumatismo cerebral o a la infección por el VIH. Además, la definición de TNC mayor es algo más amplia que la del término demencia, ya que los individuos con un declive sustancial en un único dominio pueden recibir este diagnóstico, en particular la categoría DSM-IV de Trastorno amnésico, que ahora se diagnosticaría como TNC mayor debido a otra afección médica y para la cual no se utilizaría el término demencia (15,17).

El DSM-5 ha modificado sustancialmente sus criterios con respecto a la versión anterior. Al ser una clasificación de enfermedades tampoco incluye los estadios preclínicos, pero sí contempla un estadio patológico predominante al estilo del deterioro cognitivo leve de Petersen. Se introduce el concepto de ‘trastorno neurocognitivo’, que ocupa el lugar de los ‘trastornos mentales orgánicos’ de ediciones anteriores. Así, los trastornos neurocognitivos se dividirán en tres categorías: delirium, trastorno neurocognitivo menor y trastorno neurocognitivo mayor. Los dominios sintomáticos estudiados para el diagnóstico serán: atención, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, lenguaje, funciones visuoperceptivas y visuoespaciales y cognición social (22). El trastorno neurocognitivo mayor y el menor se diferencian en función de la intensidad de los síntomas y su repercusión en la funcionalidad del paciente (22).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PROPUESTOS EN EL DSM-5 PARA TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MENOR (17).
A. Evidencia de un declive cognitivo modesto desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de uno de los dominios cognitivos referidos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive modesto en las funciones cognitivas 2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de una dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente
B. Los déficits cognitivos son insuficientes para interferir con la independencia (p. ej., actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o de dinero), pudiendo ser preciso esforzarse más, utilizar estrategias compensatorias o hacer una acomodación para mantener la independencia.
C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium
D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PROPUESTOS EN EL DSM-5 PARA TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR (17).

A. Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos:

1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas.

2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.

B. Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (p. ej., requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o dinero).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

E. VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR

La valoración clínica del adulto mayor es el proceso diagnóstico multidimensional y usualmente multidisciplinario. Incluye cuatro esferas: la clínica, la mental, la social y la funcional, que configuran, una vez enlazadas, la imagen real adulto mayor. El fin es elaborar un plan de promoción, prevención, atención y/o rehabilitación, según corresponda (20, 23).

a) VALORACIÓN DE LA ESFERA FUNCIONAL

La valoración funcional es la capacidad del anciano para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra. Las actividades de la vida diaria son aquellas tareas que la persona debe realizar diariamente para su autocuidado (aseo, vestido, alimentación). Conforme avanza el grado de deterioro funcional aumentan el riesgo de mortalidad, el número de ingresos hospitalarios y la estancia media, las visitas médicas, el consumo de fármacos, el riesgo de hospitalización y la necesidad de recursos sociales (23).

En el momento de explorar la esfera funcional se hace imprescindible interrogar acerca de la dependencia o independencia a la hora de comer, de vestirse, de realizar el aseo personal, la necesidad de pañales, sondas o colectores por incontinencia de esfínteres, sin olvidar conocer aspectos relacionados con la capacidad para la deambulaci3n con o sin ayuda (humana o t3cnica, en la cual se incluyen bastones, muletas, andadores, silla de ruedas), la habilidad para las transferencias y antecedentes de caídas.

Las escalas más utilizadas para evaluar las ABVD son (23):

- Índice de actividades de la vida diaria (KATZ).
- Índice de Barthel.
- Escala de incapacidad física de la Cruz Roja.
- Escala Plutchik.

b) VALORACIÓN COGNITIVA.

La prevalencia de deterioro cognitivo en el anciano es alta (20% en los mayores de 80 años). La importancia del deterioro cognitivo esta en asociaci3n con trastornos conductuales, por la mayor utilizaci3n de recursos sociosanitarios, apareciendo durante su curso alguno de los principales síndromes geriátricos (inmovilidad, incontinencia, caídas, impactaci3n fecal, úlceras por presi3n). Conocer el grado de deterioro cognitivo nos permite, por un lado, estimar la calidad de la informaci3n que aporta el paciente sobre sí mismo y su enfermedad y valorar su capacidad para comprender la informaci3n que recibe (23).

La evaluaci3n cognitiva, adem3s, permite detectar los cambios en el nivel cognitivo a lo largo del tiempo, lo cual influirá en las decisiones diagn3sticas, terap3uticas y de ubicaci3n futuras. Por lo general, el proceso de diagn3stico se inicia ante la queja del paciente o de sus familiares de p3rdida de memoria. No obstante, sigue siendo frecuente encontrar ancianos con deterioro cognitivo grave a quienes la familia nunca ha detectado problemas de memoria, achacando todo a «cosas de la edad». Por este motivo, independientemente de lo que diga tanto la familia como el paciente, resulta conveniente hacer una pequeña exploraci3n mental que, a modo de screening, permita detectar cualquier problema a este nivel (23).

Para la valoración de la esfera cognitiva contamos con múltiples test, de los que destacamos, por su amplia difusión en nuestro medio, comodidad y sencillez de aplicación, los siguientes (23):

- Global Deterioration Scale
- Cuestionario de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ).
- Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE).
- Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC).
- Test del reloj.
- Test de los siete minutos.

CAPÍTULO III

MÉTODOS

3.1. LUGAR Y TIEMPO.

El presente estudio se llevó a cabo en el servicio de Emergencia del Hospital Goyeneche Nivel III-1 de Arequipa, que cuenta con especialidades de medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría y oncología, ubicado en el centro de la ciudad de Arequipa. Asisten pacientes asegurados (SIS) y particulares. El estudio se realizó durante Febrero del 2018.

3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Pacientes adultos mayores que ingresaron por admisión al servicio de Emergencia del Hospital Goyeneche Nivel III-1 de Arequipa desde su domicilio, que accedieron a la encuesta y que fueron un total de 132 pacientes adultos mayores durante el mes planteado.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes con 60 años o más, de sexo masculino y femenino que ingresaron por admisión de emergencia durante el mes de febrero y que en el momento de la entrevista se encuentren con un familiar y/o cuidador.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Aquellos que ingresaron con diagnóstico de accidente cerebro vascular agudo, con intubación endotraqueal o en coma.

Aquellos que no den su consentimiento.

Analfabetos.

3.3. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

a) TIPO DE ESTUDIO.

El presente trabajo según Altman D. es un estudio observacional, prospectivo y transversal. Según el propósito estadístico es de asociación sin relación de dependencia.

b) PRODUCCION Y REGISTRO DE DATOS

Previa coordinación con el jefe del servicio de Emergencia se procedió a la recolección de la información. Los pacientes y/o cuidadores eran encuestados luego de ser registrados en admisión de Emergencia y/o después de ser atendidos en las diferentes especialidades de emergencia donde se les explicaba la finalidad del estudio y solicitaba su participación en el mismo a ellos y sus cuidadores, una vez aceptada se procedía con las preguntas pertinentes y se llenaba el documento respectivo.

Para evaluar Delirium (anexo 1) se utilizó el CAM, de su nombre en inglés: Confusion Assessment Method). El instrumento consta de un cuestionario de 4 preguntas: Esquematizado en 2 partes: en la primera parte se realiza la entrevista mediante el cuestionario. En la segunda parte el clínico responde el cuestionario en base a lo observado para determinar la presencia o ausencia de Delirium. Será positivo para delirium si en la segunda parte son positivos los dos primeros ítems y el tercero y/o el cuarto.

Para la medición del Déficit Cognitivo y/o Demencia (anexo 2) se utilizó el Global Deterioration Scale, útil para seguir de una forma global la evolución de la demencia del anciano y para definir sus etapas, leve moderada y demencia severa incluyendo los límites entre la demencia propiamente dicha y el deterioro cognitivo señil. Se aplica mediante entrevista, a partir de datos observacionales, de cuestiones planteadas al propio enfermo, a sus cuidadores o las personas que estén en contacto con él.

A partir de los datos observacionales durante la entrevista o en base a cuestiones planteadas al propio enfermo y, según la gravedad al cuidador, se establece 7 estadios posibles, que van desde la normalidad (GDS-1) hasta deterioro cognitivo muy grave (GDS-7).

GLOBAL DETERIORATION SCALE

Estadio	Déficit cognitivo	Características Clínicas
1	Inexistente	Normal
2	Muy leve	Olvidos subjetivos, pero con exploración normal
3	Leve	Dificultad en el trabajo, en la comunicación verbal o al recorrer lugares poco familiares; detectable por la familia; déficit sutil de memoria en la exploración.
4	Moderado (Se corresponde con una demencia en estadio leve)	Disminución de la capacidad para viajar, para contar o para recordar acontecimientos recientes.
5	Moderadamente grave (Se corresponde con una demencia en estadio moderado)	Necesita ayuda para elegir la ropa; desorientación en tiempo o espacio; recuerda peor el nombre de sus nietos.
6	Grave (Se corresponde con una demencia en estadio moderadamente grave)	Necesita la supervisión para comer y asearse, posible incontinencia; desorientación en tiempo, espacio y posiblemente en identidad.
7	Muy Grave Se corresponde con una demencia en estadio moderadamente grave	Pérdida importante de capacidad verbal, incontinencia y rigidez motora.

Descripción de cada estadio
GDS-1 (Ausencia de alteración cognitiva o inexistente): Ausencia de quejas subjetivas y de trastornos evidentes de la memoria.
GDS-2 (Disminución cognitiva muy leve): Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en: <ul style="list-style-type: none"> • Olvido de donde ha colocado objetos familiares. • Olvido de nombre previamente conocidos. No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico. No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS-3 (Defecto cognitivo leve): Primeros defectos claros. Manifestaciones en una o más de estas áreas: <ul style="list-style-type: none"> • El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar. • Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre. • Personas más cercanas aprecian defectos de la evocación de palabras y nombres. • Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material. • Capacidad muy disminuida en el recuerdo de conocidos nuevos • Perder o colocar en un lugar erróneo un objeto de valor. • Hacerse evidente un defecto de concentración en la exploración clínica. Un defecto objetivo de memoria solo se observa con entrevista intensiva. Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes. Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta-moderada.
GDS-4 (Defecto cognitivo moderado o demencia leve): Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes. • El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal. • Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de siete. • Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc. Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Orientación tiempo y persona. • Reconocimiento de personas y caras familiares. • Capacidad de desplazarse a lugares familiares Incapacidad para realizar tareas complejas. La negación es el mecanismo de defensa dominante. Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.
GDS-5 (Defecto cognitivo moderado grave o demencia moderada): El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia. No recuerda datos relevantes de su vida actual: dirección, teléfono, etc. Es frecuente cierta desorientación en tiempo: fecha, día, etc. Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2. Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros.

<p>Invariablemente sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos. No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados.</p>
<p>GDS-6 (Defecto cognitivo grave o demencia moderadamente grave): Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa, de la que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir. Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada pero muy fragmentaria. Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc. Puede ser incapaz de contar hasta diez hacia atrás ya a veces hacia delante. Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas. Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares. El ritmo diurno esta frecuentemente alterado. Casi siempre recuerda su nombre. Frecuentemente sigue siendo incapaz de distinguir entre las personas, familiares y no familiares de su entorno. Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conducta delirante: puede acusar de impostor a su esposa, o hablar con personas inexistentes o con su imagen en el espejo. • Síntomas obsesivos como actividades repetitivas de limpieza. • Síntomas de ansiedad, agitación e incluso de conducta violenta previamente inexistente. • Abulia cognitiva, perdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propósito.
<p>GDS-7 (Defecto cognitivo muy grave o demencia grave): Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas frases no hay lenguaje, únicamente gruñidos. Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación. Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas como la deambulaci3n. El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que hay que hacer. Frecuentemente aparecen signos y sntomas neurol3gicos generalizados corticales.</p>

Para evaluar la dependencia funcional (anexo III) se utiliz3 el ndice de katz de actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living - ADL).

El cuestionario presenta 6 ítems **heteroadministrado** dicot3micos. El ndice de Katz presenta ocho posibles niveles:

A. Independiente en todas sus funciones.

B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.

C. Independiente en todas las funciones menos en el ba1o y otra cualquiera,

D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.

E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del retrete otra cualquiera.

F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del retrete, movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.

G. Dependiente en todas las funciones.

H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como **C, D, E o F**.

Interpretación:

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. Una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Otra manera de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc, de independencia. Atendiendo al orden jerárquico del Índice de Katz, al comparar ambas puntuaciones, se observa que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de dependencia o dependencia leve.
- Grados C-D o 2 - 3 puntos = dependencia moderada.
- Grados E-G o 4 - 6 puntos = dependencia severa.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

La información obtenida se colocó en una base de datos del programa Excel. Para determinar la relación entre las variables de estudio y considerando que éstas son de tipo nominal y ordinal, (relación entre delirium y demencia, delirium y dependencia funcional, demencia con dependencia funcional en adultos mayores con delirium) el método estadístico elegido fue el chi cuadrado, utilizando el programa SPSS versión 23.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA N° 1

SEXO, EDAD, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES ESTUDIADOS

VARIABLE		N°	%
SEXO	Masculino	63	47.70
	Femenino	69	52.30
		132	100.00
EDAD	Edad avanzada	63	47,7
	Viejos o ancianos	57	43,2
	Grandes longevos	12	9,1
		132	100.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria Incompleta	66	50,0
	Primaria Completa	30	22,7
	Secundaria Incompleta	9	6,8
	Secundaria Completa	15	11,4
	Superior Incompleta	3	2,3
	Superior Completa	9	6,8
	132	100.00	
ESTADO CIVIL	Soltero (a)	9	6,8
	Casado (a)	63	47,7
	Viudo (a)	57	43,2
	Divorciado (a)	3	2,3
		132	100.00

TABLA N° 2

**DELIRIUM EN ADULTOS MAYORES DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
GOYENECHÉ DE AREQUIPA**

DELIRIUM	N°.	%
Si	66	50,0
No	66	50,0
TOTAL	132	100

TABLA N° 3

RELACION ENTRE EL DELIRIUM, EDAD, ESTADO CIVIL Y GRADO DE INSTRUCCION EN ADULTOS MAYORES DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA

VARIABLES	DELIRIUM				X ²	P
	Si		No			
	N°.	%	N°.	%		
SEXO						
Femenino	36	27,3	33	25,0	0.27	P>0.05
Masculino	30	22,7	33	25,0		P=0.60
EDAD						
Edad avanzada	18	13,6	45	34,1	23.24	P<0.05
Viejos o ancianos	38	28,8	19	14,4		P=0.00
Grandes longevos	10	7,6	2	1,5		
ESTADO CIVIL						
Soltero	6	4,5	3	2,3	18.73	P<0.05
Casado	21	15,9	42	31,8		P=0.00
Viudo	39	29,5	18	13,6		
Divorciado	0	0,0	3	2,3		
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Primaria incompleta	42	31,8	24	18,2	23.31	P<0.05
Primaria completa	15	11,4	15	11,4		P=0.00
Secundaria incompleta	0	0,0	9	6,8		
Secundaria completa	3	2,3	12	9,1		
Superior incompleta	3	2,3	0	0,0		
Superior completa	3	2,3	6	4,5		
TOTAL	66	50,0	66	50,0		

TABLA N°. 4

NIVEL DE DEFICIT COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA

DÉFICIT COGNITIVO	N°.	%
Inexistente	9	6,8
Muy leve	45	34,1
Leve	9	6,8
Moderado	18	13,6
Moderadamente grave	9	6,8
Grave	21	15,9
Muy grave	21	15,9
TOTAL	132	100

TABLA N° 5

**DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE EMERGENCIA
DEL HOSPITAL GOYENECHÉ DE AREQUIPA**

DEPENDENCIA FUNCIONAL	N°.	%
Dependencia leve	57	43,2
Dependencia moderada	27	20,5
Dependencia severa	48	36,4
TOTAL	132	100

TABLA N°. 6

**RELACION ENTRE EL DELIRIUM Y EL DEFICIT COGNITIVO EN LOS
ADULTOS MAYORES EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ DE
AREQUIPA**

DÉFICIT COGNITIVO	DELIRIUM				TOTAL	
	Si		No		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Inexistente	0	0,0	9	6,8	9	6,8
Muy leve	0	0,0	45	34,1	45	34,1
Leve	3	2,3	6	4,5	9	6,8
Moderado	12	9,1	6	4,5	18	13,6
Moderadamente grave	9	6,8	0	0,0	9	6,8
Grave	21	15,9	0	0,0	21	15,9
Muy grave	21	15,9	0	0,0	21	15,9
TOTAL	66	50,0	66	50,0	132	100

$X^2=108.00$

$P<0.05$

$P=0.00$

TABLA N° 7

**RELACION ENTRE DELIRIUM Y DEPENDENCIA FUNCIONAL EN
ADULTOS MAYORES EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ DE
AREQUIPA**

DEPENDENCIA FUNCIONAL	DELIRIUM				TOTAL	
	Si		No		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Dependencia leve	3	2,3	54	40,9	57	43,2
Dependencia moderada	18	13,6	9	6,8	27	20,5
Dependencia severa	45	34,1	3	2,3	48	36,4
TOTAL	66	50,0	66	50,0	132	100

$X^2=85.38$

$P<0.05$

$P=0.00$

TABLA N° 8

**RELACION ENTRE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEFICIT COGNITIVO
EN LOS ADULTOS MAYORES DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
GOYENECHÉ DE AREQUIPA**

DÉFICIT COGNITIVO	DEPENDENCIA FUNCIONAL						TOTAL	
	Leve		Moderada		Severa		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Inexistente	9	6,8	0	0,0	0	0,0	9	6,8
Muy leve	39	29,5	6	4,5	0	0,0	45	34,1
Leve	9	6,8	0	0,0	0	0,0	9	6,8
Moderado	0	0,0	15	11,4	3	2,3	18	13,6
Moderadamente grave	0	0,0	6	4,5	3	2,3	9	6,8
Grave	0	0,0	0	0,0	21	15,9	21	15,9
Muy grave	0	0,0	0	0,0	21	15,9	21	15,9
TOTAL	57	43,2	27	20,5	48	36,4	132	100

$X^2=192.16$

$P<0.05$

$P=0.00$

TABLA N°. 9

RELACION ENTRE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y EL DEFICIT COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES CON DELIRIUM EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ DE AREQUIPA

DÉFICIT COGNITIVO	DEPENDENCIA FUNCIONAL						X ²	P
	Leve		Moderada		Severa			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
SEXO								
Femenino	3	4,50	12	18,2	21	31,8	4.69	P>0.05
Masculino	0	0,0	6	9,1	24	36,4		P=0.09
EDAD								
Edad avanzada	3	4,5	6	9,1	9	13,6	13.58	P<0.05
Viejos o ancianos	0	0,0	12	18,2	26	39,4		P=0.01
Grandes longevos	0	0,0	0	0,0	10	15,2		
ESTADO CIVIL								
Soltero	0	0,0	0	0,0	6	9,1%	12.33	P<0.05
Casado	3	4,5	3	4,5	15	22,7		P=0.01
Viudo	0	0,0	15	22,7	24	36,4		
GRADO DE INSTRUCCIÓN								
Primaria incompleta	0	0,0	12	18,2	30	45,5	16.72	P<0.05
Primaria completa	3	4,5	6	9,1	6	9,1		P=0.03
Secundaria incompleta	0	0,0	0	0,0	3	4,5		
Secundaria completa	0	0,0	0	0,0	3	4,5		
Superior completa	0	0,0	0	0,0	3	4,5		
TOTAL	3	4,5	18	27,3	45	68,2		

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Con respecto a la Tabla N° 1 el 52.3% de los adultos mayores son de sexo femenino; el 47.7% de los adultos son de edad avanzada, mientras que el 9.1% son grandes longevos; el 47.7% de los adultos mayores son casados, mientras que el 2.3% son divorciados: el 50.0% de los adultos tienen instrucción primaria incompleta, mientras que el 2.3 % tienen instrucción superior incompleta; de manera similar Supo Juan en su estudio encuentra resultados similares a las mostradas en este estudio.

En la Tabla N° 2 se muestra que el 50.0% de los adultos mayores presenta delirium, mientras que el 50.0% no presentan delirium al momento de su ingreso por emergencia. Resultados similares presento Lama Jaime quien encontró en su estudio 42,7% de adultos mayores con delirium, esta frecuencia es posiblemente alta porque se realizó al ingreso de emergencia al igual que nuestro estudio; Rosado Nelson obtuvo una prevalencia de 56,8% y él explica esta cifra porque una parte de su población de adultos mayores (87 pacientes) ya presentaba delirium al momento de la hospitalización y un número menor de adultos mayores (50 pacientes) lo presento durante su hospitalización; por su parte Supo Juan encontró en su estudio una frecuencia de 36.89% en adultos mayores hospitalizados; Chalco Claudia encontró en su estudio una prevalencia 8,8% de adultos mayores con delirium y Rodríguez José y col. encuentran una prevalencia de 11,7% donde es muy posible que la prevalencia sea reducida porque el estudio se realizó en residencias para adultos mayores y no en un centro hospitalario.

En la Tabla N° 3 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=23.24$) muestra que el delirium y la edad presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$). Asimismo se observa que el 28.8% de los adultos que presentan delirium son ancianos (edad comprendida entre 75-90 años según la OMS). Lama Jaime encontró que una edad mayor o igual a 85 años estuvo asociada al desarrollo de delirium. Supo Juan encontró que en los grupos etarios de 71-80 años y de 80 años a más presentaban 39,47% y 28,95% de delirium respectivamente. Nuestro estudio no tuvo relación estadística significativa con respecto al sexo.

La Tabla N° 4 muestra que el 15.9% presenta déficit cognitivo grave que se correlaciona con demencia moderadamente grave y 15,9% presenta déficit cognitivo grave que se correlaciona con demencia grave.

La Tabla N° 5 muestra que el 43.2% de los adultos mayores presentan dependencia funcional leve, mientras que el 36.4% de los adultos mayores tienen dependencia funcional severa

La Tabla N° 6 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=108.00$) muestra que el delirium y el déficit cognitivo presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$) se observa que el 15.9% de los adultos mayores delirium presentan déficit cognitivo grave que se correlaciona con demencia grave. Asimismo Rodríguez José y col. Encontraron relación estadística significativa entre delirium y demencia.

La Tabla N° 7 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=85.38$) muestra que el delirium y la dependencia funcional presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$). Asimismo se observa que el 34.1% de los adultos mayores en emergencia del Hospital Goyeneche de Arequipa que presentan delirium tienen dependencia funcional severa. Para Lama Jaime el 40,4% y 29,8% presentan dependencia parcial y total respectivamente de los adultos mayores con delirium. En el estudio de Chalco Claudia se muestra que el que el 14.3% de adultos mayores con delirium presentan dependencia grave y total. Asimismo Rodríguez José y col. Encontraron relación estadística significativa entre delirium y dependencia funcional.

La Tabla N° 8 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=192.16$) muestra que la dependencia funcional y el déficit cognitivo presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$). Se observa que el 15.9% de los adultos mayores que presentan dependencia funcional severa tienen déficit cognitivo muy grave (se relaciona con una demencia grave).

La Tabla N°. 9 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=13.58$) muestra que la dependencia funcional y la edad presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$). Asimismo se observa que el 39.4% de los adultos mayores en emergencia del Hospital Goyeneche de Arequipa que presentan dependencia funcional severa son viejos o ancianos.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

En los pacientes adultos mayores que ingresaron por admisión del servicio de Emergencia del Hospital Goyeneche Nivel III-1 de Arequipa, se encontró:

1. Si existe asociación entre Delirium y demencia en adultos mayores en emergencia del Hospital Goyeneche de Arequipa.
2. Si existe asociación entre Delirium y dependencia funcional en adultos mayores en emergencia del Hospital Goyeneche de Arequipa.
3. Si existe asociación de Demencia con dependencia funcional en adultos mayores con Delirium en emergencia del Hospital Goyeneche de Arequipa.

RECOMENDACIONES:

1. Difundir y publicar los resultados de la investigación dentro del servicio y en el hospital, con la finalidad de tener a este como línea de base y comparar a futuro los avances que se pueda lograr respecto al delirium, demencia y dependencia funcional en adultos mayores.
2. Realizar un estudio en el que se investigue los factores de riesgo asociados para delirium, demencia y dependencia funcional.
3. Realizar un estudio similar en el área de hospitalización del Hospital Goyeneche de Arequipa y comparar sus resultados.
4. Realizar un estudio de casos y controles en el mismo ámbito de nuestro estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEI. Situación de la Población Adulta Mayor. Perú. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-n04_adulto-jul-ago-set2017.pdf (Fecha de acceso 03 de enero del 2018).
2. Jaque J, Miranda J, et al. Prevalencia, Intensidad y Características del Dolor en Pacientes Hospitalizados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Revista El Dolor* 54. Chile. 2010. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/pt/lil-682500> (Fecha de Acceso 03 de enero del 2018).
3. Carrasco M. H, Trinidad M. P, et al. Subdiagnóstico de delirium en adultos mayores hospitalizados. *Revista Médica de Chile*. 2005. Santiago- Chile. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005001200006. (Fecha de ingreso 03 de enero del 2018).
4. Rosado N, Delirio en Pacientes Mayores de 65 años durante la hospitalización en el Servicio de Medicina interna HNCASE de julio a diciembre del 2005; Especialidad; Arequipa – Perú. Universidad Nacional de San Agustín. 2006.
5. Chalco C. Factores de Riesgo Asociados a Delirio en Pacientes Adultos Mayores Hospitalizados en el Servicio de medicina del Hospital III Yanahuara en los meses de julio, agosto y setiembre del 2011; especialidad; Arequipa – Perú. Universidad Nacional de San Agustín. 2011.
6. Supo J, “Frecuencia de delirium en adultos mayores, al ingreso a hospitalización en el servicio de medicina del hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa”. Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Arequipa - Perú. Universidad Nacional de San Agustín, 2013.
7. Lama J, Varela L, et al. Prevalencia y factores de riesgo del estado confusional agudo en el adulto mayor en una sala de emergencias médicas. *Revista Médica Herediana*. Lima-Perú. 2002. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-30X2002000100003
(Fecha de ingreso 03 de enero del 2018).

8. Castro E, La Cruz E. Etiología del Delirium en Pacientes Ancianos Hospitalizados en el Hospital Nacional Ramiro Priale ESSALUD de Huancayo-Perú. Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Huancayo – Perú. Universidad Nacional del Centro del Perú. 2015. Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/471> (Fecha de ingreso 05 de enero del 2018).

9. Rodríguez J, Piñera M et al. Delirium en centros residenciales para personas mayores. Estudio de la prevalencia y los factores asociados. Revista Española de Geriátría y Gerontología. Asturias-España. 2013. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X1200248X> (fecha de acceso 13 de marzo del 2018).

10. Toro J, Yepes L. Fundamentos de medicina, Psiquiatría; 5ª ed. Medellín: Fondo editorial CIB 2010: 69-75.

11. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría. 10ª Ed. Estados Unidos: LIPPINCOTT Williams and Wilkins; 2009: 323-328.

12. Rotondo H, Seguin C, Gaviria M. Manual de psiquiatría de Humberto Rotondo. 2ª Ed. Lima: UNMSM; 1998: 177-181.

13. Delgado H. Curso de Psiquiatría. 6ª Ed. Lima - Perú. FONDO Editorial; 1993:178.

14. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento: criterios diagnósticos de investigación. Organización Mundial de la Salud. 2003: 37-39.

15. ASOCIACION DE PSIQUIATRIA AMERICANA. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4 Ed Barcelona: Elsevier Masson 2002: 5-45.

16. Hernández A, Hernández H. et al. Actualización en los criterios diagnósticos de los Trastornos neurocognitivos. Clínica del Sistema Nervioso Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro. México. 2016. Disponible en: http://www.uaq.mx/investigacion/revista_ciencia@uaq/ArchivosPDF/v9-n1/MED-3.pdf (Fecha de acceso 19 de enero del 2018).

17. ASOCIACION DE PSIQUIATRIA AMERICANA. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Colombia D.F: Editorial El Manual Moderno; 2014: 591-643.
18. Alarcón R, Mazzotti G, et al. Psiquiatría. 2ª Ed. México D.F: Manual Moderno; 2005: 287,802.
19. Veiga F, Cruz A. Etiología y fisiopatología del delirium. Revista Española Geriátrica Gerontología. Madrid-España. 2008. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-etilogia-fisiopatologia-del-delirium-X0211139X0834521X> (Fecha de acceso 07 de enero del 2018).
20. OMS. Valoración Clínica del Adulto Mayor. Organización Panamericana de la Salud - Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo1.pdf> (Fecha de acceso: 08 de enero del 2018).
21. Martínez H, Aguirre C, et al. Salud del Adulto Mayor - Gerontología y Geriatria. Manual de Medicina Preventiva y Social I. Argentina. 2013. Disponible en: <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf> (Fecha de acceso: 08 de enero del 2018).
22. López J, Agüera L, Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. Unidad de Investigación Proyecto Alzheimer; Fundación Reina Sofía; Instituto de Salud Carlos III. Madrid- España. 2015. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0501/501_0003_0014.pdf (Fecha de acceso 19 de enero del 2018).
23. Sanjoaquin A, Fernández E, et al. Valoración geriátrica integral. España. 2004. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2004_I.pdf. (Fecha de ingreso 04 de enero del 2018).

ANEXOS.

FICHA DE REGISTRO

DATOS GENERALES:

Sexo: Femenino..... Masculino.....

Edad:.....

Estado civil: soltero(a).....casado(a).....viudo(a).....divorciado(a).....

Grado de instrucción: Primaria incompleta.....Primaria completa.....Secundaria incompleta.....Secundaria completa.....Superior incompleta.....Superior completo.....

ANEXO 1: CUESTIONARIO CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM).

PRIMERA PARTE. (Entrevista)

A. Preguntar al cuidador más cercano (familiar y/o enfermería):

A1. “¿Ha observado algún cambio en el comportamiento del paciente los últimos días?”

(Valorar cambios conductuales y/o mentales) SI / NO

A2. “¿Estos cambios varían a lo largo del día?” (Valorar fluctuaciones en el curso del día) SI/NO

B. Preguntar al paciente:

B1. “Díganos cuál es la razón por la que está ingresando aquí” “¿Cómo se encuentra actualmente?” Dejar que el paciente hable durante un minuto. ¿El paciente es incapaz de seguir el curso de la conversación y de dar explicaciones claras y lógicas? SI / NO

B2. “Dígame: el día, la fecha, el mes, la estación del año, y el año en que estamos ahora .“¿Hay más de una respuesta errónea? SI / NO

B3. “Dígame el hospital(o el lugar), la planta (o el servicio), la ciudad, la provincia y el país” ¿Hay más de una respuesta errónea? SI / NO

B4. “Repita los números: 5-9-2. Ahora repítalos hacia atrás.” ¿La respuesta es errónea? SI / NO

SEGUNDA PARTE. (El clínico responde en base a lo observado para determinar la presencia o ausencia de Delirium).

1. ¿El paciente presenta un cambio en el estado mental basal de inicio agudo y curso fluctuante a lo largo del día? Responder basándose en Ítem A.1 y A.2. SI / NO

2. ¿El paciente presenta dificultad para mantener la atención y se distrae fácilmente?
Responder basándose en Ítem B.1 y B.4. SI / NO

3. ¿El paciente presenta un pensamiento desorganizado? La respuesta será afirmativa si en algún momento de la entrevista se observa dificultad en organizar los pensamientos reflejados en:

Frecuentes cambios de tema

Comentarios irrelevantes

Interrupciones o desconexiones del discurso

Pérdida de la lógica del discurso (discurso confuso y/o delirante)

Responder basándose en Ítem B.1. SI / NO

4. ¿El paciente presenta alteración del nivel de conciencia? Se considerará alteración de conciencia a cualquier alteración de la capacidad de reaccionar apropiadamente a los estímulos.

Vigil (conciencia normal)

Hiperalerta (vigilante, hiperreactivo)

Somnoliento (se duerme con facilidad)

Estupor (responde a estímulos verbales)

Coma (responde a estímulos dolorosos)

Responder basándose en Ítem B.1, B.2 y B.3. SI / NO

INTERPRETACION:

El instrumento será positivo para delirium si en la segunda parte son positivos los dos primeros ítems y el tercero y/o el cuarto.

ANEXO 2: GLOBAL DETERIORATION SCALE

Indicación: Es útil para seguir de una forma global la evolución de la demencia del anciano y para definir sus etapas, leve moderada y demencia severa incluyendo los límites entre la demencia propiamente dicha y el deterioro cognitivo señal.

Administración: Se aplica mediante entrevista, a partir de datos observaciones, de cuestiones planteadas al propio enfermo, a sus cuidadores o las personas que estén en contacto con él.

Interpretación: A partir de los datos observacionales durante la entrevista o en base a cuestiones planteadas al propio enfermo y, según la gravedad al cuidador, se establece 7 estadios posibles, que van desde la normalidad (GDS-1) hasta deterioro cognitivo muy grave (GDS-7).

GLOBAL DETERIORATION SCALE

Estadio	Déficit cognitivo	Características Clínicas
1	Inexistente	Normal
2	Muy leve	Olvidos subjetivos, pero con exploración normal
3	Leve	Dificultad en el trabajo, en la comunicación verbal o al recorrer lugares poco familiares; detectable por la familia; déficit sutil de memoria en la exploración.
4	Moderado (Se corresponde con una demencia en leve)	Disminución de la capacidad para viajar, para contar o para recordar acontecimientos recientes.
5	Moderadamente grave (Se corresponde con una demencia moderada)	Necesita ayuda para elegir la ropa; desorientación en tiempo o espacio; recuerda peor el nombre de sus nietos.
6	Grave (Se corresponde con una demencia moderadamente grave)	Necesita la supervisión para comer y asearse, posible incontinencia; desorientación en tiempo, espacio y posiblemente en identidad.
7	Muy Grave Se corresponde demencia moderadamente grave	Pérdida importante de capacidad verbal, incontinencia y rigidez motora.

Descripción de cada estadio
<p>GDS-1 (Ausencia de alteración cognitiva): Ausencia de quejas subjetivas y de trastornos evidentes de la memoria.</p>
<p>GDS-2 (Disminución cognitiva muy leve): Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Olvido de donde ha colocado objetos familiares. • Olvido de nombre previamente conocidos. <p>No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico. No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.</p>
<p>GDS-3 (Defecto cognitivo leve): Primeros defectos claros. Manifestaciones en una o más de estas áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar. • Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre. • Personas más cercanas aprecian defectos de la evocación de palabras y nombres. • Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material. • Capacidad muy disminuida en el recuerdo de conocidos nuevos • Perder o colocar en un lugar erróneo un objeto de valor. • Hacerse evidente un defecto de concentración en la exploración clínica. <p>Un defecto objetivo de memoria solo se observa con entrevista intensiva. Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes. Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta-moderada.</p>
<p>GDS-4 (Defecto cognitivo moderado o demencia leve): Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes. • El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal. • Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de sietes. • Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc. <p>Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación tiempo y persona. • Reconocimiento de personas y caras familiares. • Capacidad de desplazarse a lugares familiares <p>Incapacidad para realizar tareas complejas. La negación es el mecanismo de defensa dominante. Disminución de la afecto y abandono en las situaciones más exigentes.</p>
<p>GDS-5 (Defecto cognitivo moderado grave o demencia moderada): El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia. No recuerda datos relevantes de su vida actual: dirección, teléfono, etc. Es frecuente cierta desorientación en tiempo: fecha, día, etc.</p>

Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2.

Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a si mismo y a otros.

Invariablemente sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos.

No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados.

GDS-6 (Defecto cognitivo grave o demencia moderadamente grave):

Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa, de la que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir.

Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida

Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada pero muy fragmentaria.

Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.

Puede ser incapaz de contar hasta diez hacia atrás ya a veces hacia delante.

Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas. Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares.

El ritmo diurno esta frecuentemente alterado.

Casi siempre recuerda su nombre.

Frecuentemente sigue siendo incapaz de distinguir entre las personas, familiares y no familiares de su entorno.

Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como:

- Conducta delirante: puede acusar de impostor a su esposa, o hablar con personas inexistentes o con su imagen en el espejo.
- Síntomas obsesivos como actividades repetitivas de limpieza.
- Síntomas de ansiedad, agitación e incluso de conducta violenta previamente inexistente.
- Abulia cognitiva, perdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propósito.

GDS-7 (Defecto cognitivo muy grave o demencia grave):

Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas frases no hay lenguaje, únicamente gruñidos.

Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación.

Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas como la deambulacion.

El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que hay que hacer. Frecuentemente aparecen signos y síntomas neurológicos generalizados corticales.

ANEXO 3: VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -
ÍNDICE DE KATZ

1. Baño	Independiente: Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.
2. Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.
3. Uso del retrete	Independiente: Va al retrete solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al retrete.
4. Movilidad	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.
5. Continencia	Independiente. Control completo de micción y defecación.
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.
6. Alimentación	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.

El cuestionario presenta 6 ítems **heteroadministrado** dicotómicos. El índice de Katz presenta ocho posibles niveles:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.

E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del retrete otra cualquiera.

F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del retrete, movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.

G. Dependiente en todas las funciones.

H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como **C, D,**

E o F.

Interpretación:

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. Una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Otra manera de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc, de independencia. Atendiendo al orden jerárquico del Índice de Katz, al comparar ambas puntuaciones, se observa que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- Grados A-B o 0 - 1 puntos = dependencia o dependencia leve)
- Grados C-D o 2 - 3 puntos = dependencia moderada.
- Grados E-G o 4 - 6 puntos = dependencia severa.

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....
de.....años de edad, identificado(a) con DNI.....

Yo.....
de.....años de edad, identificado(a) con
DNI.....en calidad de familiar y/o cuidador
de.....

Habiendo sido informado sobre el estudio “Delirium asociado a demencia y dependencia funcional en adultos mayores en emergencia del Hospital Goyeneche de Arequipa”; a realizarse en el presente mes, DOY MI CONSENTIMIENTO, para participar y se realicen las preguntas a mi persona.

En fe de lo cual por mi propia voluntad firmo el presente documento, no mediando ningún tipo de presión o coacción.

Arequipa,.....de.....del 2018

FIRMA

