UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
TELEFAX: 042-288086
Guayaquil - Ecuador

Of.EG#059-PROY

Mayo 13 del 2015

Médica
Glenda Patricia Jaramillo Chacón
RESIDENTE ESPECIALIDAD PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS
Ciudad

Por medio del presente oficio comunico a usted, que su **ANTEPROYECTO** de investigación titulado:

"URGENCIAS NEUROPSIQUIATRICAS EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR ATENDIDAS EN EL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE LA JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL 2014".

Tutor de tesis: Dra. Elva Carreño Cortez

Ha sido aprobado por el Dirección de esta Escuela de Graduados, el día **08 de mayo del 2015**, por lo tanto puede continuar con la ejecución del **Borrador final**.
Revisor: Dra. Clara Jaime Game

Atentamente,

Dr. Raúl Intriago López
DIRECTOR

C. archivo

Revisado y Aprobado	Dr. Raúl Intriago L.
Elaborado	Nadia Guerrero V.

APROBADO
BORRADOR
DE TESIS
11/Jun/2015

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

UNIDAD CURRICULAR DE TITULACIÓN

FORMULARIO DE REGISTRO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

FECHA: Día: 22 Mes: OCTUBRE Año: 2015

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

UNIDAD ASISTENCIAL DOCENTE (UAD)
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS

Fecha Inicio Programa:					
Día:	09	Mes:	04	Año:	2012

Fecha Culminación Programa:					
Día:	08	Mes:	04	Año:	2105

DATOS DEL POSGRADISTA			
NOMBRES:	**GLENDA PATRICIA**	APELLIDOS:	**JARAMILLO CHAC ON**
Cédula No:	**0924289051**	Dirección:	**Terranostra etapa Vilanova MZ 1512 V 2**
E-mail Institucional:		E-mail personal.	**chiquita15_myg@yahoo.com glenda_jaramillo@hotmail.com**
Teléfono convencional:	**046011117**	Teléfono móvil:	**0924289051**

TRABAJO DE TITULACIÓN
TÍTULO:
URGENCIAS NEUROPSIQUIATRICAS EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR ATENDIDAS EN EL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE LA JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL.2014

MODALIDAD/OPCIÓN DE TITULACIÓN:		
1. TRABAJO DE INVESTIGACION (X)	**2. EXAMEN COMPLEXIVO** ( )	**3. ARTICULO CIENTIFICO** ( )

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.	
UNIDAD DE POSGRADO, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO – UG.	
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:	SALUD HUMANA, ANIMAL Y DEL AMBIENTE
SUBLÍNEA:	NEUROCIENCIAS COGNOTIVAS DEL COMPORTAMIENTO
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.	
ÁREA/LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:	NEUROLOGICAS / ALZHEIMER
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL	
SUBLÍNEA	

PALABRAS CLAVE: ADULTO MAYOR. URGENCIAS NEUROPSIQUIATRICAS. FACTORES DE RIESGO

TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:
DESCRIPTIVO DE CORTE TRANSVERSAL
NO EXPERIMENTAL

TUTOR:	**DRA. ELVA CARREÑO**
REVISOR METODOLÓGICO:	**DRA. CLARA JAIME**
COORDINADOR DEL PROGRAMA:	**DR. CARLOS ORELLANA**

No. DE REGISTRO: No. CLASIFICACIÓN:

VALIDACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN. DIRECTOR / COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN.		
F)	F)	F)

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

Dr. Guillermo Campuzano C.
SUBDIRECTOR

INSTITUTO
DE NEUROCIENCIAS
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

INC-DDI-DOF 0154

Guayaquil, agosto 24 del 2015

APROBACIÓN DEL BORRADOR FINAL DE INVESTIGACIÓN
ANTEPROYECTO DE TESIS

En mi calidad de Jefe de Docencia del Postgrado de Psiquiatría y Salud Mental que se lleva a efecto en el Instituto de Neurociencias, APRUEBO el Trabajo final de Investigación – Anteproyecto de Tesis previo a la obtención del Título de Especialista en Psiquiatría y Salud Mental, presentado por el Dra. Glenda Jaramillo Chacón, el que cumple los lineamientos, metodología requeridos por la Universidad de Guayaquil.

Anteproyecto de tesis aprobado:

"URGENCIAS NEUROPSIQUIATRICAS EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR ATENDIDAS EN EL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE LA JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL. 2014"

Por la atención a la presente, quedo agradecida.

Atentamente

Dra. Adelaida Alvear M.
Jefe de Docencia e Investigación

copia. Archivo

INSTITUTO
DE NEUROCIENCIAS
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

DIRECCIÓN TÉCNICA
DIRECTO 2395198
Guayaquil - Ecuador

INC-DIC-DOF-0006

Agosto 24 del 2015

APROBACION DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION DE TESIS

En mi calidad de Director del Postgrado de Psiquiatría y Salud Mental que se lleva a efecto en el Instituto de Neurociencias, APRUEBO el Trabajo Final de Investigación - Tesis previo a la obtención del Título de Especialista en Psiquiatría y Salud Mental, presentado por la por el Dra. Glenda Jaramillo Chacón, el que cumple los lineamientos, metodología requeridos por la Universidad de Guayaquil.

Trabajo final de tesis aprobado:

"URGENCIAS NEUROPSIQUIATRICAS EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR ATENDIDAS EN EL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE LA JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL. 2014"

Por la atención a la presente, quedo agradecido.

Atentamente

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS
DIRECTOR TÉCNICO

Dr. Carlos Orellana Román.
Director Técnico
Director del Postgrado de Psiquiatría y Salud Mental

Cc: Sr. Ing. Benjamin Rosales, Inspector
Dra. Adelaida Alvear- Jefe de Docencia
File.

Janeth Herreraa.

Guayaquil, 01 de junio de 2015

DRA ELVA CARREÑO CORTEZ
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
Ficus 123 A entre Victor Emilio Estrada y Acacias 2do piso

APROBACION DEL TRABAJO DE INVESTIGACION
BORRADOR FINAL DE TESIS

En mi calidad de Tutor de Tesis, **APRUEBO** el Borrador Final del Trabajo de Investigación de Tesis para la obtención del Título de Especialista en Psiquiatría y Salud Mental, presentado por la Dra. Glenda Patricia Jaramillo Chacón, el que cumple los lineamientos, metodología requeridos por la Universidad de Guayaquil.

Tema Aprobado:

"URGENCIAS NEUROPSIQUIÁTRICAS EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR ATENDIDAS EN EL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE LA JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL. 2014"

Por la atención a la presente, quedo agradecida.

Atentamente

Dra. Elva Carreño C.
MÉDICO-PSIQUIATRA
Reg. Nac. Polo 1643 No 4746

Dra. Elva Carreño Cortez
Médico Psiquiatra

INSTITUTO
DE NEUROCIENCIAS
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

CERTIFICADO

Certifico que la Dra GLENDA JARAMILLO CHACÓN, solicitó en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, mediante oficio con fecha 23 de Abril del 2015 al Director Técnico Dr. Fabrizio Delgado, autorizar la realización del Proyecto de Tesis:"**Urgencias Neuropsiquiátricas en el paciente Adulto Mayor atendidas en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil 2014**"; para obtener el Título de Especialista en Psiquiatría y Salud Mental.

Pasa oficio a la Coordinación de Investigación siendo aprobado. Además comunico que los Datos Estadísticos, fueron solicitados a través de la mencionada área.

Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad.

Guayaquil, Agosto 20 del 2015

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS

Dra. Paola Escobar M.
JEFATURA DE INVESTIGACIÓN

DRA. PAOLA ESCOBAR MASSUH
JEFE DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

c.c: file

Cecilia/.-

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PREVIO PARA LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

TEMA

"URGENCIAS NEUROPSIQUIÁTRICAS EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR ATENDIDAS EN EL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE LA JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL. 2014"

AUTOR

MD. GLENDA JARAMILLO CHACÓN

TUTOR

DRA. ELVA CARREÑO CORTEZ

AÑO

2016

GUAYAQUIL-ECUADOR

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE CONTENIDOS II
ÍNDICE DE TABLAS IV
ÍNDICE DE GRÁFICOS VI
ABSTRACT VIII
INTRODUCCIÓN 1
OBJETIVOS E HIPÓTESIS 6
1.1 Objetivos 6
1.1.1 General 6
1.1.2 Específicos 6
1.2 Hipótesis 7
1.2.1 Enunciado 7
1.2.2 Operacionalización de variables 7
MARCO TEÓRICO 9
2.1 Marco teórico 9
2.1.1 Antecedentes 9
2.1.2 Epidemiología 10
2.1.3 Definición de Urgencias Neuropsiquiátricas 11
2.1.4 Necesidad de los servicios de atención de urgencias neuropsiquiátricas en pacientes adultos mayores 12
2.1.5 Prevalencia enfermedad neuropsiquiátrica 12
2.1.6 Evolución de las enfermedades neuropsiquiátricas en la población de adultos mayores 13
2.1.7 Comorbilidad médica 14
2.1.8 Utilización de recursos en salud mental 16
2.1.9 Consecuencias e implicaciones 17
2.1.10 Principales patologías que cursan con urgencias neuropsiquiátricas 20

2.1.11 Urgencias Neuropsiquiátricas 25
2.1.12 Tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos 29
MATERIALES Y METODO 33
3.1 Materiales 33
3.1.1 Lugar de la investigación 33
3.1.2 Período de investigación 33
3.1.3 Presupuesto 33
3.1.4 Universo y muestra 33
3.2 Métodos 35
3.2.1 Tipo de investigación 35
3.2.2 Diseño del estudio 35
3.2.3 Recolección de información 35
3.2.4 Análisis de datos 36
RESULTADOS Y DISCUSIÓN 37
4.1 Resultados 37
4.1.1 Identificar la frecuencia de las urgencias neuropsiquiátricas atendidas en el servicio 37
4.1.2 Características demográficas de los pacientes adultos mayores 49
4.1.3 Factores de riesgo de urgencias neuropsiquiátricas en adultos mayores 52
4.2 Discusión 55
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 58
5.1 Conclusiones 58
5.2 Recomendaciones 58
BIBLIOGRAFÍA 60
ANEXOS 68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 4-1: Incidencia de agresividad entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014 37
Tabla 4-2: Incidencia de depresión entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014 38
Tabla 4-3: Incidencia de apatía entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014 39
Tabla 4-4: Incidencia de hiperactividad motora / agitación psicomotriz entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014 40
Tabla 4-5: Incidencia de psicosis entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014 41
Tabla 4-6: Incidencia de euforia/manía entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014 42
Tabla 4-7: Incidencia de alteraciones del apetito entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014..... 43
Tabla 4-8: Incidencia de trastornos del sueño entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014..... 44
Tabla 4-9: Número de urgencias neuropsiquiátricas en adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014 45
Tabla 4-10: Diagnósticos psiquiátricos por Código CIE 10 en adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014..... 48
Tabla 4-11: Clasificación por género de los pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014 49
Tabla 4-12: Edad de los adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014 50
Tabla 4-13: Relación entre presencia de factores de riesgo y la urgencia neuropsiquiátrica en adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014 53

Tabla 4-14: Relación entre el estado civil y la urgencia neuropsiquiátrica en adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014 54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 4-1: Incidencia de agresividad entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014 37
Gráfico 4-2: Incidencia de depresión entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014 38
Gráfico 4-3: Incidencia de apatía entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014 39
Gráfico 4-4: Incidencia de hiperactividad motora / agitación psicomotriz entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014 40
Gráfico 4-5: Incidencia de psicosis entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014 41
Gráfico 4-6: Incidencia de euforia / manía entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014 42
Gráfico 4-7: Incidencia de alteraciones del apetito entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014..... 43
Gráfico 4-8: Incidencia de trastornos del sueño entre pacientes adultos mayores atendidos en el hospital Psiquiátrico. 2014 44
Gráfico 4-9: Número de urgencias neuropsiquiátricas en adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014 45
Gráfico 4-10: Número de urgencias neuropsiquiátricas en adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014 46
Gráfico 4-11: Diagnósticos psiquiátricos por Código CIE 10 en adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014..... 48
Gráfico 4-12: Edad de los adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014 50

RESUMEN

La población de pacientes geriátricos está aumentando de manera importante en el mundo, un fenómeno que puede observarse también en el Ecuador. Esta población representa demandas especiales en salud, aunque se están haciendo esfuerzos por caracterizar esta demanda. Sin embargo, en lo referente a salud mental, los trabajos en este sentido son casi inexistentes, lo que es un problema al momento de preparar a las instituciones que brindan servicios de atención de urgencias neuropsiquiátricas para la futura situación frente a las demandas de esta población. Con el objetivo de determinar la incidencia de atenciones por urgencias neuropsiquiátricas brindadas a pacientes adultos mayores en el Servicio de Emergencia del Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil en el 2014, se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron 174 pacientes de manera aleatoria. Los resultados mostraron que los trastornos del sueño (63%), la psicosis (54%) y la agresividad (51%) fueron las 3 primeras causas de consulta por urgencia neuropsiquiátrica. Entre los factores de riesgo, solo la presencia de enfermedad concomitante se asoció con un aumento significativo del número de casos de trastornos de sueño (p 0.000). La proporción de hombres y mujeres fue similar (48% vs 52%). La edad promedio de las pacientes fue de 77 ± 8 años. Se concluye que las urgencias neuropsiquiátricas presentes entre los pacientes no son las que han sido informadas en la mayor parte de los estudios, y esto determina la necesidad de realizar un análisis de tal hallazgo.

Palabras clave: ADULTO MAYOR. URGENCIAS NEUROPSIQUIATRICAS. FACTORES DE RIESGO

ABSTRACT

The geriatric population is significantly increasing in the world, a phenomenon that can also be observed in Ecuador. This population presents special demands on health, although efforts are being made to characterize this demand. However, with regard to mental health, work in this area are almost nonexistent, which is a problem when preparing the institutions that provide care services for future neuropsychiatric emergency situation facing the demands of this population. In order to establish the incidence of emergency care for neuropsychiatric given to elderly patients in the emergency department of the Psychiatric Hospital of the Institute of Neurosciences, Junta de Beneficencia de Guayaquil in 2014, a descriptive retrospective study was conducted in which 174 patients were randomly included. The results showed that sleep disorders (63%), psychosis (54%) and aggressiveness (51%) were the three leading causes of neuropsychiatric emergency consultation. Among risk factors, only the presence of concomitant disease was associated with a significant increase in the number of cases of sleep disorders (p 0.000). The proportion of men and women was similar (48% vs 52%). The average age of the patients was 77 ± 8 years. It is concluded that the neuropsychiatric emergencies observed in the patients are not among those that have been reported in most part of the studies, and this determines the need for an analysis of those findings.

Keywords: ELDERLY. NEUROPSYCHIATRIC EMERGENCY. RISK FACTORS

INTRODUCCIÓN

Se prevé que la población de más edad (>65 años de edad) aumente (Vincent y Velkoff, 2010). Debido al crecimiento del envejecimiento de la población, los sistemas sanitarios se enfrentarán a numerosos desafíos en el cuidado de los adultos mayores. De hecho, las salas de emergencias son cada vez más visitadas por los adultos mayores que son pacientes "particulares" ya que presentan generalmente condiciones médicas complejas que son propensas a requerir estancias más largas, un mayor número de pruebas, y regímenes de tratamiento más complicados y extensos (Wilber y cols, 2016).

Por otro lado, los pacientes geriátricos son un grupo único con muchas consideraciones muy específicas que deben incluirse en las intervenciones que se tomen para con estos pacientes. Con esta consideración, respecto a los pacientes psicogeriátricos, es necesario tomar en cuenta, que éstos pueden tener una variedad de manifestaciones clínicas que pueden complicar el diagnóstico de una urgencia neuropsiquiátrica, incluyendo delirio, cambios de conducta, trastornos del estado de ánimo, y otras. Si se tiene presente que la alteración del estado mental se presenta en aproximadamente una cuarta parte de todos los pacientes de mayor edad que acuden a la sala de emergencia puede notarse lo importante del problema (Hustey y Meldon, 2002). Mientras se han llevado a cabo, varios estudios que se centran en el reconocimiento y la presentación de pacientes de psicogeriatría atendidos en salas de emergencia (Mittal y cols, 2011), sólo unos pocos estudios analizan el manejo del paciente y la disposición después de la visita inicial de emergencia.

Los visitantes de edad avanzada son más propensos a tener múltiples trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, demencia o *delirium* y menos probabilidades de tener esquizofrenia y trastornos relacionados

con sustancias. El traslado a un hospital general para los ancianos en la sala de emergencia psiquiátrica se asoció con la edad y un mayor número de hospitalización psiquiátrica anterior (Lin y cols, 2009). Además, los adultos mayores con alteraciones en el estado mental, en particular, alteraciones de la conciencia y el *delirium*, están en alto riesgo de ingreso en una unidad de hospitalización e institucionalización al alta (Naughton y cols, 1995). Se ha reportado como peligro para sí mismo, la gravedad de la psicosis, el diagnóstico de demencia, el sexo femenino, y la derivación al hospital por el médico para favorecer la hospitalización (Mittal y cols, 2011). En el paciente adulto mayor, las necesidades son altas debido a los niveles graves de dependencia física y problemas de comportamiento (25). Su experiencia en una hospitalización puede ser pobre (Abdul-Hamid, 1997), al igual que los resultados, incluyendo la supervivencia, la duración de la estancia y el destino al alta (Gelberg y cols, 1990).

Wetterling, Gutzmann y Haupt, (Wetterling y cols, 2008), en una unidad de psiquiatría, informaron que el 30% de los pacientes provienen del servicio de urgencias y el resto de los médicos en la práctica privada o de otro departamentos u hospitales, con la mayor parte de la práctica privada. En su investigación también reportaron que el principal motivo del ingreso de psiquiatría en pacientes adultos mayores es *delirium*, que pone en peligro el comportamiento a sí mismo y a los demás.

Hay una falta de datos sistemáticos que cuantifiquen los resultados de salud para esta población, a pesar de su importancia para la planificación de servicios que satisfagan sus necesidades. Estudios anteriores se han centrado en los diagnósticos específicos de salud mental. Sin embargo, muchos de los problemas de salud mental son mal diagnosticados, tanto en la comunidad y en el hospital. El personal y los cuidadores a menudo identifican los síntomas y comportamientos en lugar de los diagnósticos, y hay un considerable enmascaramiento del diagnóstico (Gelberg y cols,

1990).

Desgraciadamente, tampoco estos informes consideraban las urgencias neuropsiquiátricas de emergencia, y cómo pueden verse afectados los Servicios de Emergencia (SE) por la población que envejece, o la dirección de las necesidades específicas de salud mental de los pacientes en edad avanzada (Wilber y cols, 2006). Además se considera que actualmente el sistema de salud asiste adecuadamente a los adultos mayores con enfermedad neuropsiquiátrica y no está preparado para cumplir con la próxima crisis en la salud mental en la población geriátrica (Jeste y cols, 1999).

De hecho la mayor necesidad de atención neuropsiquiátrica para adultos mayores permanece ignorada a pesar de que en el futuro existirá un aumento dramático en el número de personas mayores con trastornos neuropsiquiátricos (Piechniczek-Buczek, 2006).

En la población de adultos mayores hay varios factores clínicos establecidos no psiquiátricos de riesgo para la enfermedad mental, incluyendo la diabetes, factores de riesgo cardiovascular y la lesión en la cabeza (Rockett y cols, 2006). Muchos estudios, aunque no todos (Xu y cols, 2009), han evaluado estos factores, pero esto puede ser problemático, ya que la edad avanzada puede modular su asociación con enfermedad psiquiátrica. Por ejemplo, la hipertensión y la hiperlipidemia durante la adultez puede provocar demencia (Kloppenborg, 2008). Consideraciones similares pueden aplicarse a la diabetes, aunque la duración de la diabetes puede ser un factor de riesgo de enfermedad neuropsiquiátrica más potente (Bender, 2004).

Se necesitan estrategias de prevención y tratamiento para hacer frente a los aumentos esperados en todo el mundo en la prevalencia enfermedades neuropsiquiátricas en la población de adultos mayores. Dado que falta un

tratamiento eficaz en muchos de estos padecimientos, existe la necesidad de una mayor comprensión de los factores de riesgo de estas patologías potencialmente modificables en esta población (National Institute of health State-of-the-Science Conference. 2010).

Por otro lado, actualmente, tampoco existen directrices o recomendaciones relativas a la indicación de ingreso psiquiátrico en este grupo etario (Wetterling y cols, 2008). La identificación y comprensión de estos factores puede ayudar a asegurar un método más eficiente y eficaz para el manejo de los pacientes de psicogeriatría en el entorno de la emergencia y dado que el servicio de urgencias psiquiátricas se ha convertido en la principal puerta de entrada a la salud mental como paciente y una localización importante de referencia (Cully y cols, 2005), es fundamental que se incluyan en los estudios y se determinen las cuestiones importantes subyacentes de la demanda futura de Servicios de Emergencias Neuropsiquiátricas en adultos mayores como las características sociodemográficas, la prevalencia de enfermedad psiquiátrica, comorbilidad médica, efectos de cohorte, los recursos de salud mental y de la utilización y el estigma.

Considerando que la población de adultos mayores aumentará de forma importante en los próximos 5 años en casi 200.000 personas y que en Guayas esto podría corresponder a 57500 pacientes de 65 años o más y en Guayaquil esto podría corresponder a un aumento de entre 18.000 a 20.000 personas en edad geriátrica (INEC, 2012) la comprensión de estos factores puede ayudar a asegurar un método más eficiente y eficaz para el manejo de los pacientes de psicogeriatría en el entorno de la emergencia. Por lo tanto, el propósito de este estudio es examinar científicamente la presentación, administración y disposición de los pacientes de psicogeriatría que acuden a la Sala de Emergencias del Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias. Además, también se

pretende evaluar los factores asociados a la consulta psiquiátrica en la emergencia para una mayor población de pacientes. Los factores únicos para cada paciente pueden dar lugar a diferentes estrategias de tratamiento. Tomando en cuenta que el Servicio de Emergencia de esta institución atendió en el 2014 5813 pacientes, se hacía imprescindible identificar cuántas de estas se hacían a éstos pacientes, y el estudio que se acaba de efectuar, ofrece una gran contribución en este sentido.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1.1 Objetivos

1.1.1 General

Determinar las urgencias neuropsiquiátricas más frecuentes en pacientes adultos mayores atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil en el 2014 mediante la revisión de los expedientes clínicos para determinar la magnitud de las atenciones prestadas a este grupo etario en esta institución.

1.1.2 Específicos

- Identificar las urgencias neuropsiquiátricas que demandan atención por parte de pacientes adultos mayores.
- Determinar las características demográficas de los pacientes adultos mayores.
- Describir los factores de riesgo de las urgencias neuropsiquiátricas presentes en pacientes adultos mayores.

1.2 Hipótesis

1.2.1 Enunciado

"La incidencia de urgencias neuropsiquiátricas atendidas en adultos mayores en el Servicio de Emergencia del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia Guayaquil en el 2014 fue de aproximadamente el 20%"

1.2.2 Operacionalización de variables

Variables	Valor Final	Indicador	Tipo de escala
Género	*Masculino *Femenino	*Características fenotípicas	*Cualitativa nominal
*Edad	*65 - 97 años	*Años desde el nacimiento hasta el ingreso en el estudio	*Cuantitativa continua
*Estado Civil	*Casado *Soltero	*Existencia o no de un contrato jurídica de matrimonio	*Cualitativa nominal
*Factores de riesgo	*Cardiológica *Neoplásica *Endocrinológica *Inmunosupresora *Infecciosa *Respiratoria *Hematológica *Traumatológica *Reumatológica *Nefrológica *Otras	*Características fisiopatológicas	*Cualitativa polinómica

Variables	Valor Final	Indicador	Tipo de escala
*Urgencias neuropsiquiátricas	*Agresividad *Depresión *Apatía *Hiperactividad / Agitación psicomotriz *Psicosis *Euforia / Manía *Alteraciones del apetito *Trastornos del sueño	*Características psicológicas y conductuales del proceso patológico	*Cualitativa polinómica
*Diagnóstico	*Demencia en la enfermedad de Alzheimer *Demencia Vascular *Demencia no especificada *Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción orgánica *Episodio depresivo *Trastornos neuróticos, trastornos relacionados *Trastorno mental, no especificado *Otros	Características neuropsiquiátricas	*Cualitativo nominal

MARCO TEÓRICO

2.1 Marco teórico

2.1.1 Antecedentes

Un estudio efectuado en Japón en el que se incluyeron 192 pacientes adultos mayores consecutivos que fueron evaluados por un médico general y un psiquiatra se encontró que existía una baja concordancia entre los diagnósticos de ambos, y se subestimaba el desorden psiquiátrico. Existen más concordancia en desórdenes muy evidentes, pero ésta es baja en patologías que requieren más conocimiento encontrándose que el *delirium* y el consumo de sustancias psicoactivas a menudo son mal diagnosticados como depresión (Yamada y cols, 2012).

Un estudio efectuado en la Unión Europea con el objetivo de evaluar el nivel y analizar los determinantes de la falta de reconocimiento de la depresión sintomática por geriatras en pacientes geriátricos hospitalizados incluyó 155 pacientes internados de forma consecutiva en la unidad geriátrica de un hospital universitario. Los resultados mostraron que los psicogeriatras diagnosticaron depresión sintomática en 67 de los 155 pacientes (43%). En contraste, el geriatra identificó depresión sintomática en 29 (19%) de los 155 pacientes. El estudio concluye que la presencia de un psicogeriatra en una unidad geriátrica podría evitar la subestimación de los síntomas depresivos en pacientes geriátricos (Pepersack y cols, 2006).

Una investigación efectuada para estudiar los cambios en los patrones de referencia psiquiátricos para pacientes hospitalizados geriátricos se efectuó en los Estados Unidos, informó una elevación notable de referencia en los pacientes mayores de 80 años. En comparación con los pacientes más jóvenes, los pacientes geriátricos fueron referidos con

mayor frecuencia para la consulta psiquiátrica, pero las tasas globales de referencia siguen siendo bajos (<4%). Los pacientes geriátricos fueron diagnosticados con mayor frecuencia con demencia y *delirium*; con menor frecuencia dependencia de sustancias y fueron propensos a ser diagnosticados con depresión. Los pacientes geriátricos recibían con mayor frecuencia medicamentos antipsicóticos atípicos y menos probabilidades de recibir benzodiazepinas que los pacientes más jóvenes. En los pacientes con diagnóstico de depresión, el seguimiento psiquiátrico es más probable que se haga mediante consulta ambulatoria por geriatras y médicos en hogares para ancianos (Schellhorn y cols, 2009).

Un estudio efectuado en Lima (Perú) por Dávila y Alejandro en 340 pacientes seniles atendidos ambulatoriamente en el Hospital Central de Aeronáutica entre Enero y Junio de 1986 para establecer la frecuencia de desórdenes psiquiátricos en pacientes geriátricos encontró que el 26% era atendido por problemas psiquiátricos. Las principales patologías son neurosis, demencia senil, psicosis afectivas tardías, etc.; la mayoría de pacientes presentaban enfermedades asociadas, eran de sexo femenino y tenían entre 65 a 69 años de edad (Dávila y Alejandro, 1987).

2.1.2 Epidemiología

Para el 2030, se calcula que en los Estados Unidos de Norteamérica, el número de adultos mayores será más del doble y pasará del 12.4% de la población al 19,7% (U.S. Census Bureau, 2004). La población de ancianos, aproximadamente el 4.8% será más diversa racial y étnicamente en el futuro (He y cols, 2005). Las proporciones de afroamericanos, asiáticos e hispanos se incrementarán en las próximas décadas, con los ancianos hispanos casi cuadruplicando para el 2030.

2.1.3 Definición de Urgencias Neuropsiquiátricas

Las alteraciones psiquiátricas pueden aparecer en cualquier persona mayor, con mayor frecuencia se encuentran asociadas a patologías orgánicas del sistema nervioso central (demencia, enfermedad vasculocerebral, enfermedad de Parkinson y epilepsia) (Abizanda y cols, 2012).

La conferencia de consenso canadiense sobre la demencia establece que las alteraciones psicológicas – conductuales se encuentran con frecuencia en los pacientes con demencia y las define como síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o de la conducta (Abizanda y cols, 2012).

Este conjunto heterogéneo de reacciones psicológicas y conductuales engloban una serie de síntomas de difícil identificación: Agresividad, irritabilidad, chillidos, lenguaje inapropiado, comportamiento social inapropiado, desinhibición sexual o conducta sexual inapropiada, conducta motora aberrante (acatisia, inquietud, agitación, hiperactividad, seguimiento de otro), vagabundeo, alteraciones del sueño, trastornos del apetito, ansiedad, ánimo depresivo, labilidad emocional, apatía, ilusiones, alucinaciones, ideas delirantes, cuadros de identificación errónea (López-Monguil y López-Tigo, 2009).

Pueden fluctuar a lo largo de la evolución del proceso y, aunque en algunos momentos pueden no estar presentes, son altamente recurrentes una vez que han aparecido. El curso clínico de los diferentes síntomas neuropsiquátricos es a menudo heterogéneo y no se correlaciona con la severidad del deterioro cognitivo o funcional. También son muy inespecíficos y puede ser presentado por sujetos normales o con otras patologías premórbidas. Cada tipo de síntoma tiene una base fisiológica diferente y una aproximación terapéutica distinta, por lo que es

importante para su manejo identificar claramente el síntoma y valorar la repercusión que produce (López-Monguil y López-Tigo, 2009).

2.1.4 Necesidad de los servicios de atención de urgencias neuropsiquiátricas en pacientes adultos mayores

Las necesidades de salud mental de los futuros adultos mayores se verán afectadas por el individuo, la familia y los cambios sociales. El apoyo social deficiente y no estar casado se relacionan con una alta utilización de los servicios de urgencia neuropsiquiátricas (Pasic y cols, 2005) y esto último es importante ya que existirá también un incremento sustancial en la cantidad de mujeres adultas mayores divorciadas (He y cols, 2005). El acceso a recursos deberá incorporar a la mayoría de los adultos mayores que no se encuentran amparados en servicios sociales de cuidado de salud (Elie y cols, 2000). También la relación de pacientes mayores de 65 años por cada 100 personas en edad laboral está cambiando (McCaig y Burt, 2005). La educación y los factores de empleo también influyen en la demanda de atención de salud mental. La próxima generación de adultos mayores será por lo tanto la población con más alto nivel de educación y tener educación superior se ha relacionado con un mayor uso de atención psiquiátrica ambulatorio (Klap y cols, 2003).

El cambio de las expectativas y la integración de las mujeres al mercado de trabajo se han sugerido como factores potenciales para los índices de depresión mayor entre las cohortes más recientes de las mujeres (Johnson, 2000).

2.1.5 Prevalencia enfermedad neuropsiquiátrica

La prevalencia global de los trastornos neuropsiquiátricos para los adultos mayores se estima en un 20-25% (Alzheimer's Society, 2009; Gelberg y cols, 1990). Las estimaciones específicas de prevalencia

incluyen un 6% con trastorno depresivo diagnosticable (Bartels y cols, 2005), 0,6% con esquizofrenia (Bartels y cols, 2005) y de 0,6 a 3,7% con abuso y dependencia de alcohol (Piechniczek-Buczek, 2006). Un creciente porcentaje de adultos mayores que abusan de las recetas, drogas ilícitas, medicamentos y consumo abusivo de alcohol, en conjunto pueden representar cerca de 20% (Bartels y cols, 2005). Se prevé que el número de adultos mayores con Alzheimer aumente en 2030 (Hebert y cols, 2003). Las cifras de demencia entre adultos residentes en la comunidad de 65 años, incluyendo la enfermedad de Alzheimer, se ha elevado de 4,5 a 16,8% (Rockett y cols, 2006). Las cifras aumentan con la edad hasta alcanzar un 30% más para personas mayores de 85 años (Chapman y cols, 2003). Las personas mayores en hogares de ancianos tienen incluso una mayor prevalencia de condiciones de salud mental con trastornos psiquiátricos en general, incluyendo la demencia, de 51 a 94% (López-Monguil y López-Tigo. 2009). Los pacientes geriátricos que acuden tienen los índices de depresión mayor del 20% (Meldon y cols, 1997). Los índices de delirio de 10%, y las tasas por deterioro cognitivo o delirium de 26 a 40% (Hustey y Meldon, 2002). En el momento de la presentación en las sala de emergencias dos tercios de los pacientes de hogares de ancianos están deteriorados cognitivamente de manera crónica o aguda (Terrell y Miller, 2007).

2.1.6 Evolución de las enfermedades neuropsiquiátricas en la población de adultos mayores

Hay evidencia de efectos de cohorte con respecto a las condiciones psiquiátricas (Lewinsohn y cols, 1993).Los aumentos en las tasas de trastornos psiquiátricos para los grupos de edad más jóvenes implican que en comparación con las personas de edad la prevalencia de trastornos mentales de las próximas generaciones de mayor edad será mayor (Hybels y Blazer, 2004). Las tasas de depresión se ha demostrado

que será mayor para los grupos que nacieron en la década de 1940 (Lewinsohn y cols, 1993). Se ha sugerido que en los nuevos grupos de personas que entran en la vejez han aumentado los riesgos de suicidio (Pearson y Brown, 2000). La necesidad percibida también puede diferenciar a los ancianos de la gente más joven. Los adultos mayores que cumplen criterios para trastornos de salud mental son menos propensos que los pacientes más jóvenes de percibir la necesidad de cuidado de la salud mental, recibir atención especializada en salud mental o para obtener referencias a la atención especializada de salud mental (Klap y cols, 2003). La falta de percepción de la necesidad de cuidado de salud mental puede contribuir a las bajas tasas de uso de los servicios de salud mental en los adultos mayores. Los efectos de seguimiento podrían revertir la infrautilización actual de atención psiquiátrica, incluyendo los servicios de emergencia de atención psiquiátrica para adultos mayores en los próximos años, sobre todo si se llegara a existir una disminución de las actitudes negativas de los proveedores y de los pacientes adultos mayores con enfermedad mental (Bartels y cols, 2005).

2.1.7 Comorbilidad médica

La salud general de las personas mayores está mejorando con la disminución de las tasas de mortalidad por enfermedades del corazón y disminución de las tasas de discapacidad (Demmler, 1998). Sin embargo, el 80% de las personas mayores de 65 años tienen al menos una condición médica crónica (He y cols, 2005).

La comorbilidad médica en adultos mayores con trastornos psiquiátricos representa una seria preocupación por los Servicios de Emergencia Neuropsiquiátrica que probablemente aumentará a medida que envejece la población (Kushel y cols, 2001). El enmascaramiento de síntomas psiquiátricos por condiciones médicas es una complicación inherente a

pacientes geriátricos con problemas de salud mental. De hecho la depresión geriátrica puede ser difícil de evaluar debido a las condiciones físicas comórbidas frecuentes (Lebowitz y cols, 1997) y los médicos de emergencia con frecuencia no reconocen la depresión de los pacientes geriátricos (Meldon y cols, 1997). Los pacientes adultos mayores con muchas condiciones médicas diferentes, tales como trastornos metabólicos o infecciones pueden presentar *delirium* (Kushel y cols, 2001). Mientras que el deterioro del estado mental en pacientes de edad avanzada en el Servicio de Emergencia es comúnmente mal reconocido por los médicos de emergencia (Hustey y Meldon, 2002). Es evidente que una porción significativa de los pacientes son dados de alta delirantes de los servicios de emergencia (Hustey y Meldon, 2002). Los pacientes en los servicios de emergencia con *delirium* desapercibido tienen tasas de mortalidad más altas dentro de los 6 meses del alta que aquellos pacientes cuyo *delirium* fue reconocido en el servicio de emergencia (Elie y cols, 2000). En general, la evaluación del deterioro cognitivo no se realiza adecuadamente en el Servicio de urgencias (Birrer y cols, 1999). Los proveedores de Servicios de Emergencia pueden asumir incorrectamente que los médicos de atención primaria son conscientes del estado mental de los pacientes (Hustey y Meldon, 2002).

La polifarmacia es una preocupación creciente entre los proveedores de servicios geriátricos y estos ancianos frágiles corren especial riesgo de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) (Hahn y cols, 2006). Las reacciones adversas a medicamentos en los ancianos a menudo conducen a la hospitalización y con frecuencia ocurren durante la hospitalización, y son una causa importante de morbilidad y muerte así como un impacto importante para los recursos económicos en salud. Un estudio sobre la participación de los pacientes ambulatorios de edad avanzada que toman más de 5 medicamentos encontró que el 35% experimentó una reacción a medicamentos en el 29% de estos pacientes que requirieron servicios de

urgencias de hospitalización (Hahn y cols, 2006). El 67% de los residentes de hogares de ancianos han experimentado RAM y 16% tienen un evento RAM asociado a hospitalización (Cooper, 1999). La polifarmacia se ha señalado como una de las principales causas de *delirium* entre los pacientes geriátricos (Thienhaus y Piasecki, 2004). Sin embargo, pocos (<1%) los ingresos hospitalarios de los adultos mayores por diagnósticos psiquiátricos a través de los servicios de urgencias son inducidas por medicamentos y menos del 5% de estos son el resultado de medicamentos psicotrópicos (Chapman y cols, 2003).

2.1.8 Utilización de recursos en salud mental

Los adultos mayores con problemas psiquiátricos en la actualidad subutilizan los recursos de salud mental (Gallo y Lebowitz, 1999). Se estima que sólo la mitad de las personas de edad avanzada que tienen problemas de salud mental reciben tratamiento de cualquier proveedor y que sólo el 3% de las personas mayores de 65 años reciben tratamiento ambulatorio de un profesional psiquiátrico (Lebowitz y cols, 1997). Los adultos mayores representan sólo el 9% de la atención psiquiátrica privada, 7% de los servicios de hospitalización de salud mental, y el 6% de los servicios comunitarios de salud mental (Klap y cols, 2003).

Aunque las personas mayores con alteraciones endócrinas son más propensas a visitar a los médicos por problemas médicos / quirúrgicos que los adultos más jóvenes (He y cols, 2005), la población geriátrica es insuficientemente representadas en los servicios de atención psiquiátrica de emergencia, que comprende sólo el 5% y el 6% de las visitas (Gabrel, 2000). De los pacientes en servicios de emergencia que se les da un diagnóstico primario de depresión, sólo el 6,8% son mayores de 65 años (Harman y cols, 2004). Los afroamericanos utilizan los servicios, y son más propensos a presentarse a la atención de emergencia

programada (Lebowitz y cols, 1997). Los ancianos afroamericanos también son más propensos a ser diagnosticados con demencia, psicosis secundaria, y esquizofrenia en relación con los adultos blancos de edad avanzada que tienen tasas más altas de diagnóstico de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Hendrie y cols, 2013). Las minorías raciales y étnicas son menos propensos a buscar tratamiento de salud mental. La desconfianza es una barrera para las minorías que buscan atención y algunos grupos minoritarios, como los asiáticos y los hispanos, tienen creencias más estigmatizantes con respecto a la salud mental (United States Public Health Service Office of the Surgeon General, 2001).

El estigma juega un papel en la asistencia sanitaria mental de los ancianos porque dificulta el diagnóstico, la prevención de un tratamiento adecuado, obstaculiza a los individuos y sus familias en el reconocimiento de los trastornos del humor y la búsqueda de ayuda (Charney y cols, 2003). Esta influencia se hace sentir en los diferentes maneras de cómo se utiliza la atención geriátrica, incluidos los Servicios de Emergencia (Meldon y cols, 1997), y puede interferir con la continuación de los adultos mayores de la atención (Charney y cols, 2003), que resulta en su regreso al SE. Sin embargo, el estigma de la salud mental ha ido disminuyendo, aunque lentamente, en la sociedad estadounidense (Bender, 2004). La discriminación por edad, sin embargo, todavía ofrece preocupaciones para los adultos mayores con problemas de deterioro cognitivo, depresión y pérdida de independencia (Chapman y cols, 2006).

2.1.9 Consecuencias e implicaciones

Las consecuencias potenciales de los temas anteriores (más suicidios, sistemas de prestación congestionados, aumento de la hospitalización, y

mayores costos), determinan la necesidad de más Servicios de Emergencia para la atención de salud mental.

Al respecto, se espera que la prevalencia de enfermedades psiquiátricas en los adultos mayores y la consiguiente demanda de servicios de salud aumente (Hybels y Blazer, 2004). Los pacientes de más de 70 años de edad han experimentado un incremento en las visitas relacionadas a la salud mental. Se espera un futuro aumento sustancial en el número y la proporción de pacientes geriátricos que necesitan atención de salud mental de emergencia.

El promedio de edad de más de 65 años que se suicidan aumenta cada día (Wisqars, 2007). Las personas > de 65 años, representan el 12,4% de la población total y comprometía el 18,1% de los suicidios (Wisqars, 2007). La tasa de suicidios en hombres que envejecen es del 57,5 por 100.000 (Wisqars, 2007). En este sentido, las tendencias de edad y género intensificará el problema del suicidio en adultos.

El aumento de la prevalencia de trastornos psiquiátricos y una mayor percepción de la necesidad de atención de salud mental congestionan los sistemas de prestación de atención médica mental. Los efectos debilitadores tanto del estigma y la discriminación por edad también influyen en el comportamiento de la búsqueda de tratamiento en los próximos años. El estigma reducido aumentará la auto-referencia a servicios de emergencia y los síntomas psiquiátricos informados por otros proveedores de atención médica. Este aumento de las denuncias a su vez podría conducir a un aumento de las referencias a servicios de urgencias neuropsiquiátricas. El aumento de los pacientes psiquiátricos afecta negativamente el acceso a la atención médica de emergencia (Nami, 2004).

Las tasas de hospitalización para pacientes internos se verán afectados

por el aumento de casos de urgencias psiquiátricas. La presentación de pacientes psiquiátricos en edad avanzada con respecto a los pacientes más jóvenes, son médicamente complejos y más probable que resulten en hospitalización (Larkin y cols, 2005). Los pacientes adultos diagnosticados con un trastorno psiquiátrico son admitidos con más frecuencia en un servicio de emergencia que los pacientes sin un diagnóstico psiquiátrico. Los pacientes de urgencias con una condición relacionada con la salud mental son hospitalizados a una velocidad un 50% mayor que aquellos con todas las condiciones (Hasin y cols, 2005). A medida que la necesidad global de los pacientes geriátricos de un aumento del interés por la salud mental, la necesidad del paciente por Servicios de urgencias neuropsiquiátricas aumentará (Brown y cols, 2012). Esto se traducirá en un mayor uso del hospital. Además, sin una asistencia sanitaria mental ambulatoria adecuada y aceptable para la próxima generación de adultos mayores, el uso de la atención hospitalaria se elevará (De Hert y cols, 2011).

Los gastos de hospitalización psiquiátrica como proporción del gasto en salud mental han disminuido casi a la mitad (López-Monguil y López-Tigo, 2009). Las visitas a urgencias por pacientes de edad avanzada suelen costar más que las visitas de los pacientes más jóvenes, y las visitas de los pacientes con una condición psiquiátrica cuestan más que las visitas de los pacientes sin esta condición (Unutzer y cols, 1997). La futura financiación sanitaria tendrá que dar cabida a una mayor presencia geriátrica en los servicios de emergencia neuropsiquiátrica y un probable aumento de las hospitalizaciones. Estos incrementos se deben en parte a mayores tasas de hospitalización por ancianos. La visita de pacientes a los Servicios de Emergencia será en la mayoría de los casos relacionada a consultas psiquiátricas. La falta de preparación para esta probable evolución potencialmente conducirá a mayores costos de salud para el sistema de salud.

2.1.10 Principales patologías que cursan con urgencias neuropsiquiátricas

El paciente suicida

Estudios poblacionales sugieren que el intento de suicidio puede alcanzar cifras muy elevadas. Es un grave problema de frecuente consulta en los servicios de urgencia y además constituye una gran dificultad diagnóstica y de manejo para el médico no especialista. El conocimiento de factores de riesgo que diversos estudios han determinado, parece ser la herramienta más valiosa con que cuenta el clínico para asegurar el manejo apropiado de estos pacientes. Se ha encontrado una asociación muy alta en pacientes que intentan suicidarse y que padecen trastornos afectivos (depresión) o que abusan de alcohol; si bien otras causas que lo precipitan incluyen situaciones asociadas a estrés psicológico (pérdidas significativas, desempleo, etc.) Los ancianos se han considerado grupos de edad muy especiales en esta patología, pues la frecuencia de intento suicida en estas poblaciones, es particularmente alta. Ciertas enfermedades mentales y condiciones médicas generales tienen un fuerte vínculo con los intentos suicidas (Climent y cols, 2008).

Síndrome depresivo

El síndrome depresivo es un trastorno común con una prevalencia estimada del 15%, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres, en una relación de 2 a 1. Sólo la mitad de los pacientes con un trastorno depresivo mayor recibe tratamiento médico adecuado. Los síntomas suelen subvalorarse muy a menudo (Demmler, 1998). La tristeza, pérdida de interés y trastornos del sueño y del apetito, son síntomas importantes en la depresión del adulto, El síndrome depresivo no tratado tiende a hacerse crónico, y los pacientes suelen recaer. En

general, a medida que el paciente sufre más episodios depresivos, el tiempo entre estos se reduce y la gravedad se incrementa. Por el contrario, episodios leves, ausencia de síntomas psicóticos y hospitalizaciones cortas se consideran indicadores de buen pronóstico (Climent y cols, 2008).

Crisis de pánico

Las crisis de pánico fueron descritas hace muchos años, pero sólo en las últimas décadas se ha reconocido como una patología perfectamente delimitada, con características clínicas especiales. Muchos pacientes buscan ayuda en los servicios de urgencia y muchos casos son diagnosticados de manera incorrecta con el consiguiente resultado de tratamiento inadecuado. Su prevalencia en la población general oscila entre 1.5 y 2% aparece antes de los 45 años y hay una tendencia familiar entre pacientes cercanos. En cuanto a su fisiopatología, existen varias hipótesis, pero parece tener más peso una disfunción de neurotransmisores a nivel del sistema nervioso central. Se requiere de un diagnóstico preciso y de un tratamiento apropiado pues el paciente comienza a presentar ataques o crisis repetidas que le generan preocupación o serias limitaciones, hasta el punto de obligarlo a modificar su vida laboral, familiar y social. Con mucha frecuencia esta sintomatología se acompaña de fobias; temor a los espacios abiertos (agorafobia), en las cuales, el individuo evita situaciones de encierro que impliquen dificultad para buscar ayuda si le sobreviene un ataque. El diagnóstico diferencial incluye otros trastornos psiquiátricos como el trastorno por estrés postraumático. El cuadro puede coexistir con otras entidades como la depresión, abuso de sustancias y el intento de suicidio (Climent y cols, 2008).

Paciente agitado-violento

Una situación muy dramática en el ejercicio médico es el caso del paciente agitado o violento. Esto puede ocurrir como parte de una consulta de urgencias médicas o quirúrgicas, como referencia de la comunidad al médico más cercano o como complicación clínica de un paciente médico o quirúrgico hospitalizado. En cualquier circunstancia, se trata de una situación amenazante, para la cual el médico y el personal auxiliar deben estar preparados. Es indispensable que el médico disponga de los elementos para la adecuada identificación de este síndrome, su manejo en condiciones de rapidez, eficacia y seguridad para el equipo médico, y las debidas consideraciones para con el enfermo (Climent y cols, 2008).

Psicosis aguda

La psicosis es un trastorno que implica desconexión con la realidad, y presenta sintomatología grave como delirios, alucinaciones, alteración del afecto y el comportamiento. Sus causas son orgánicas, tóxicas o "funcionales", como se denomina al grupo de las psicosis para las cuales no se ha demostrado un agente causal orgánico definitivo. En su origen hay importante elementos psicológicos, emocionales y sociales. Las psicosis "funcionales" más frecuentes incluyen: La esquizofrenia, que es la psicosis más frecuentemente vista en centros especializados. También se incluye a la manía, Trastorno caracterizado por un estado de ánimo eufórico, exaltado y expansivo, con una fácil tendencia a la irritación y la presencia de delirios. La depresión, que en su forma psicótica aguda, puede tener una sintomatología intensa: delirios, alucinaciones, catatonia y si bien su presentación agitada es rara, representa un peligro inminente para el paciente. La psicosis reactiva breve, es un cuadro súbito, precipitado por un estrés psicosocial importante, de menos de un mes de

duración, con un retorno adecuado al comportamiento premórbido; la sintomatología es dramática, consta generalmente de delirios, alucinaciones y conducta desorganizada (Climent y cols, 2008).

Delirium

Es un síndrome cerebral orgánico agudo, caracterizado por una significativa alteración de la cognición, la atención y el comportamiento psicomotor. Su presencia se da hasta en un 15% en pacientes médico- 21 quirúrgicos ambulatorios y en un 30% en unidades de cuidados intensivos; compromete preferencialmente a pacientes mayores de 60 años. El cuadro es de carácter transitorio y en su inicio existen manifestaciones prodrómicas como inquietud, ansiedad, irritabilidad y alteraciones del sueño. Los síntomas más relevantes incluyen alteraciones en conciencia, atención, orientación, pensamiento, actividad psicomotora, sensopercepción y afecto (Climent y cols, 2008).

Trastornos somatomorfos

Son estados en los cuales hay presencia de sintomatología física, por causas psicoemocionales. Los más frecuentes son el trastorno conversivo, que consiste en la alteración de una función física, de manera súbita, sin la presencia de patología orgánica que la sustente y ante la evidencia de factores psicológicos relevantes, como precipitantes o acompañantes. El trastorno de somatización, donde el paciente presenta síntomas múltiples, crónicos, sin evidencia de alteración orgánica; suelen encontrarse alteraciones físicas que no explican la sintomatología. La hipocondriasis es un trastorno crónico, donde hay una creencia, no delirante, de tener una enfermedad grave, basada en la interpretación inadecuada de sensaciones (Climent y cols, 2008).

Abuso de sustancias

La dependencia de sustancias se caracteriza por un compromiso del individuo en sus áreas cognitiva, comportamental y fisiológica. Existe un patrón de autoadministración repetida que usualmente resulta en tolerancia, retiramiento y comportamiento compulsivo de consecución de la droga.

Demencia

La demencia es una causa mayor de incapacidad y muerte en los países desarrollados. En la medida del mejoramiento de condiciones de vida en los países en vías de desarrollo, se obtiene un incremento en los promedios de vida de la población, y, la presencia de síndromes demenciales se incrementa. El diagnóstico temprano de demencia es importante para detectar las demencias reversibles o cuyo proceso de deterioro puede ser frenado o disminuido en la rapidez como se presenta. Ese mismo diagnóstico temprano permite al clínico proveer una guía para el manejo tanto del paciente como de la familia (Climent y cols, 2008).

Aunque la atención de urgencias neuropsiquiátricas es un tema frecuentemente abordado, generalmente los informes sobre las cifras generadas en éstas, se ha centrado en la atención brindada a los niños y adolescentes y en la población joven.

Los resultados surgidos de la atención a los pacientes geriátricos, muy pocas veces se ha abordado. Esto es lamentable debido a que en este grupo, la existencia de condiciones particulares como la comorbilidad, puede determinar dificultades diagnósticas que hacen que las patologías psiquiátricas puedan ser sobreestimadas o infraestimadas. En el caso particular de las urgencias neuropsiquiátricas, es imprescindible conocer

la frecuencia de las consultas por estas condiciones patológicas que generan los pacientes adultos mayores. Se considerará para propósito de este estudio que las consultas en el Servicio de Emergencia del Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil son bajas y que esto se debe a que aún muchas de éstas son confundidas con patologías de medicina general o crítica que son frecuentemente atendidos por médicos generales, sin preparación en geriopsiquiatría.

2.1.11 Urgencias Neuropsiquiátricas

Agresividad

Es un síndrome que incluye conductas agresivas físicas (golpear, morder, escupir tirar objetos) y verbales (maldecir, insultar, blasfemia, etc.) contra objetos o personas, irritabilidad (voz elevada, arranques de enfado) y desinhibición (sexual y social), con claras demostraciones faciales de malestar y malhumor notorio; todo esto con claros y connotaciones sociales. Sin embargo en algunos casos puede existir excesiva simpatía o amabilidad, comentarios inapropiados y violación de las normas de conducta. Algunas veces pueden existir consecuencias legales. Hay una clara afectación para cuidadores y familiares (López-Mongil y López-Tigo, 2009).

Depresión

La prevalencia de la depresión en los adultos mayores es inusitadamente alta. Los síntomas depresivos que discriminan con más fuerza son ideación culpable, pérdida de energía, insomnio, pérdida de peso, retraso psicomotor / agitación, falta de concentración, y la pérdida de interés, anhedonia. Los pacientes son más propensos a reportar una disminución de la capacidad para concentrarse o indecisión desarrollan cambio

depresivo estado de ánimo, pérdida de interés, y los sentimientos de desesperanza. Existe una disminución de la capacidad para concentrarse en pacientes con enfermedades neurológicas. Características psiquiátricas de culpa, autorreproche o sentimientos de culpa y el castigo en ocasiones se manifiestan en la depresión. Además, el ritmo circadiano del estado de ánimo y el estado maníaco son excepcionales. Quejas somáticas tales como fatiga, estreñimiento, dolor de cabeza, insomnio, pérdida de apetito, mareos y sudoración anormal son frecuentes. Los síntomas son menos prevalentes. Existe una relación importante con la ansiedad (López-Mongil y López-Tigo, 2009).

Apatía

La apatía, o el síndrome de la disminución de la iniciación y motivación, es un síntoma neuropsiquiátrico frecuente en los síntomas en pacientes adultos mayores con trastornos cognitivos graves. Constituye un problema importante para los cuidadores, y en fases iniciales o moderadas es un síntoma que afecta su vida social y ocupacional, disminuyendo su rendimiento funcional. Aunque existe cierta superposición entre la apatía y la depresión, estas dos condiciones son independientes en el curso de la enfermedad. La apatía se asocia significativamente con déficit cognitivo más grave y se ha señalado que podría reflejar la interacción entre la deficiencia colinérgica y cambios neuropatológicos en regiones frontales del cerebro. El aumento de la apatía se asocia con mala calidad de vida. Las características neurovegetativas de la apatía y de la depresión son muy parecidas pero son diferentes y difíciles de diferenciar, pero es importante considerar la respuesta emocional, el aumento de la indiferencia y la pérdida del comportamiento u obligaciones sociales (López-Mongil y López-Tigo, 2009).

Hiperactividad motora o agitación

La agitación es cualquier actividad motriz, verbal o vocal inapropiadas, que no se explica por necesidades aparentes o por *delirium*. Se presenta comúnmente en la etapa inicial de un trastorno neuropsiquiátrico en un paciente adulto mayor. Sin embargo, por lo general se hace menos evidente conforme continúa el progreso de deterioro cognitivo senil. La ansiedad, mezclada con estado de ánimo depresivo o disforia, es uno de los síntomas neuropsiquiátricos más comunes en estos pacientes, especialmente cuando existen algunas patologías neurológicas. Pueden clasificarse como agresivas (ya referidas anteriormente) y no agresivos, verbales y no verbales. Las conductas agresivas verbales (negativismo, peticiones constantes de información, frases reiterativas o el uso repetido de frases idénticas, quejas o gemidos, interrupciones son más frecuentes en mujeres. Estas conductas también incluyen caminar constante, vagabundeo, manejo inapropiado de objetos, vestirse y desvestirse de manera inadecuada, gesticulación repetitiva y la inquietud. Este síntoma puede encontrarse influido por fármacos, estrés, desorientación temporoespacial, ansiedad, malestar, incapacidad para reconocer a personas, lugares u objetos familiares. Pone en riesgo a familiares, cuidadores y al paciente mismo (López-Mongil y López-Tigo, 2009).

Psicosis

Son muy frecuentes en estos pacientes. Se presentan delirios, que son creencias falsas generadas en un reconocimiento erróneo de la realidad. Pueden clasificarse como paranoia, persecución, megalomanía, culpa, pobreza, delirios monotemáticos, delirios de tabique, Capgras, Frégoli, erotomanía o síndrome de Clérambault, síndrome de Cotard. También pueden existir alucinaciones que son impresiones sensoriales que aparecen sin estímulo y pueden ser visuales, sensoriales, gustativas,

auditivas, olfativas psíquicas (Lebowitz y cols, 1997).

Otros síntomas

Manía

Es una anormalidad del estado de ánimo, en el que éste se encuentra persistentemente aumentado y que se caracteriza por aumento de autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distractibilidad e implicación excesiva en actividades placenteras. En pacientes adultos mayores es frecuente (López-Mongil y López-Tigo, 2009).

Alteraciones del apetito

Puede haber pacientes con aumento de peso debido a la hiperoralidad y deseos y ansias insaciables hacia los dulces, aunque después puede ser multifactorial. Cuando existe depresión puede disminuir la ingesta de alimentos y presentarse anorexia. En algunos trastornos mentales puede existir agnosis visuales o apraxia motora que interfiere con la alimentación, requiriendo de ayuda para nutrición (López-Mongil y López-Tigo, 2009).

Alteraciones del sueño

Son un trastorno frecuente y difícil y se constituyen en una carga para el paciente y los cuidadores. Generalmente existe insomnio que es la dolencia subjetiva de falta de conciliación de sueño que produce un notable deterioro en el funcionamiento diurno o en el estado de ánimo. El enfermo aqueja sueño de calidad deficiente, somnolencia diurna excesiva, fatiga, irritabilidad, falta de concentración y una mayor tendencia a la depresión (López-Mongil y López-Tigo, 2009).

2.1.12 Tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos

El primer paso en la aproximación terapéutica a los síntomas neuropsiquiátricos, es determinar si la manifestación neuropsiquiátrica es un síntoma más, dentro del conjunto de los atributos propios de una enfermedad, o más bien corresponde a la expresión clínica de un estado confusional subyacente, secundario a un proceso intercurrente, tal como una infección, constipación, deshidratación, modificación del tratamiento o a un cambio del hábitat del paciente (López-Mongil y López-Tigo, 2009). Si se descarta lo segundo, el primer paso es la caracterización exacta de los síntomas a través de una detallada historia clínica y del uso de instrumentos específicos, tales como los cuestionarios específicos. Luego se debe establecer un diagnóstico conductual sindromático, a objeto de orientar mejor las intervenciones terapéuticas. Finalmente, deben valorarse cuidadosamente las repercusiones de los síntomas neurosiquiátricos sobre el paciente o el cuidador, puesto que no siempre se requerirá una intervención farmacológica. Los síntomas neuropsiquiátricos poco disruptivos para el medio o el paciente no requieren ser tratados (López-Mongil y López-Tigo, 2009). Las intervenciones terapéuticas son de dos tipos: las no farmacológicas y las farmacológicas. Actualmente, se carece de evidencia consistente acerca de la efectividad de intervenciones no farmacológicas, tales como luminoterapia, modificación ambiental o musicoterapia. Sin embargo, un metaanálisis reciente de intervenciones psicosociales para cuidadores, reveló que reducen la morbilidad psicológica de aquellos y ayudan a los pacientes con demencia para permanecer por mayor tiempo en su propio hogar. Con respecto a los tratamientos con drogas, éstos deberían estar basados en evidencia científica y orientados a síndromes específicos, clínicamente significativos por su duración o severidad (López-Mongil y López-Tigo, 2009).

En la psicosis se pueden implementar intervenciones medio ambientales; estas intervenciones son particularmente útiles para psicosis leves o conductas no agresivas. En cuanto al tratamiento farmacológico, se deben preferir tratamientos basados en la evidencia, particularmente en ensayos realizados en pacientes con demencia, y evitar aquellos medicamentos pobremente tolerados por pacientes ancianos. Los estudios controlados con neurolépticos típicos, sugieren un efecto benéfico leve de estas clases de neurolépticos en pacientes con alteraciones conductuales (López-Mongil y López-Tigo, 2009).

En los casos de agitación como en las otras alteraciones conductuales, deben considerarse primeramente estrategias no farmacológicas, que incluyan medidas de seguridad, adecuación del ambiente físico, comunicación verbal apropiada y establecimiento de rutinas con actividades regulares y predecibles. Los medicamentos psicotrópicos deben ser usados a la menor dosis y por el período de tiempo más corto posible, monitorizando siempre los efectos secundarios. Los antipsicóticos son los fármacos mejor estudiados para la agitación y agresión, y se ha demostrado eficacia modesta pero consistente. En relación a los anticonvulsivantes, existen pocos estudios controlados. Las benzodiazepinas son ampliamente usadas en pacientes con demencia, a menudo como medicación *pro re nata*, sin embargo, su uso se ha asociado con confusión mental, riesgo de caídas y desinhibición conductual. Dada la alta frecuencia de síntomas depresivos asociados a la agitación en demencia, se ha estudiado la utilización de agentes antidepresivos. Los anticolinesterásicos tienen propiedades psicotrópicas, por lo cual se recomienda, cuando la agitación es de magnitud leve, esperar durante un período razonable una eventual respuesta al agente anticolinesterásico y en caso de fracaso instaurar un tratamiento con inhibidores de recaptación de serotonina (IRSS). No se recomienda como de primera línea, la fluoxetina o paroxetina por las

mayores interacciones medicamentosas. En caso de agitación importante, se recomienda iniciar el tratamiento con neurolépticos atípicos o anticonvulsivantes (López-Mongil y López-Tigo, 2009).

Para los trastornos del sueño, en ausencia de tal trastorno específico del sueño o de una causa secundaria bien determinada, se deben intentar inicialmente medidas no farmacológicas, como restricción del sueño diurno, actividad física liviana y luminoterapia. En caso de respuesta insuficiente a esas medidas cabe iniciar un tratamiento con drogas con propiedades hipnóticas. No obstante, hay que tener presente que el uso de hipnóticos, incluso de vida media corta, contribuyen al riesgo de caídas nocturnas, por lo que se prefiere iniciar el tratamiento con dosis baja de un antidepresivo, que posea propiedades hipnóticas. Los antipsicóticos atípicos presentan también algunas propiedades hipnóticas para el manejo de la conducta agitada nocturna de estos pacientes. El uso de anticolinesterásicos no se ha asociado ni a agravación ni a mejoría de los trastornos del sueño. Cabe destacar que no es recomendable el uso de antihistamínicos para tratar los trastornos del sueño, debido a que en general tienen propiedades anticolinérgicas que pueden agravar la confusión mental del paciente (López-Mongil y López-Tigo, 2009).

En lo relativo a la depresión, las opciones terapéuticas incluyen terapia farmacológica, terapias conductuales dirigidas al paciente, sus familias o ambos y terapia electroconvulsiva. Existen pocos estudios sistemáticos que hayan evaluado cada una de estas opciones. En cuanto al tratamiento medicamentoso es fundamental evitar el uso de fármacos con propiedades anticolinérgicas, como tricíclicos, que pueden resultar en una agravación de los trastornos cognitivos. Las intervenciones no farmacológicas como terapias cognitivo-conductuales también aparecen eficaces, particularmente para síntoma depresivo leve. El uso de electroterapia convulsiva (TEC) aun cuando resulta controvertido, es

también una opción para tratar síntoma depresivo. La seguridad del método no ha sido adecuadamente evaluada, pero parece ser aceptable siempre que se administre con precaución y no más de dos veces por semana. El tratamiento farmacológico debe mantenerse a dosis altas por varias semanas antes de considerarlo como fracaso terapéutico. Cuando se ha juzgado ausencia de respuesta terapéutica o no se ha conseguido beneficio con la adición de un segundo agente, que podría ser un anticonvulsivante o un antipsicótico, lo pertinente es considerar otro agente antidepresivo (López-Mongil y López-Tigo, 2009).

En la apatía, el tratamiento farmacológico consiste en manejar agentes anticolinesterásicos empleados para manejar los síntomas cognitivos pero la respuesta, sin embargo es pobre (López-Mongil y López-Tigo, 2009).

MATERIALES Y METODO

3.1 Materiales

3.1.1 Lugar de la investigación

Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil

3.1.2 Período de investigación

1 de enero del año 2014 hasta el 31 de diciembre del año 2014.

3.1.3 Presupuesto

Fuente de financiación

El trabajo fue financiado en su totalidad por el investigador con recursos propios

Recurso humano

- Director de Investigación
- Investigador

3.1.4 Universo y muestra

Universo

319 pacientes adultos mayores que fueron atendidos en el Servicio de Emergencia del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil en el 2014.

Muestra

La población de estudio deberá cumplir con los siguientes criterios de selección.

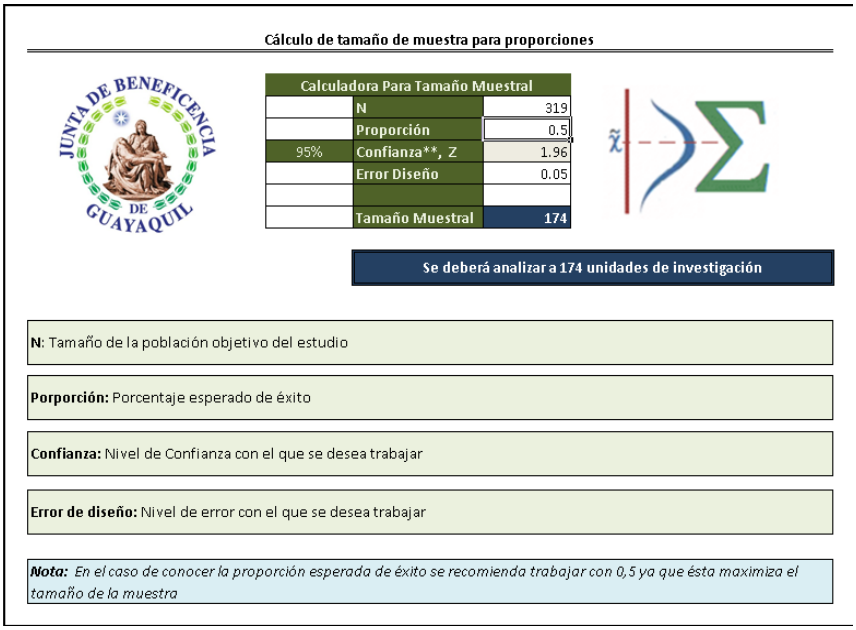
- **Criterios de inclusión:**

  - Pacientes mayores a 65 años
  - Pacientes que acudieron al área de Emergencia del Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias en el período de estudio
  - Pacientes que acudieron al área de Emergencia del Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias por presentar una urgencia neuropsiquiátrica

- **Criterios de exclusión:**

  - Pacientes mal referidos
  - Pacientes que acudieron solos al área de Emergencia del Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias y que no pudieron aportar datos a la historia clínica

Se escogerán por aleatorización sistemática 174 casos, considerando los siguientes parámetros:



Cálculo de tamaño de muestra para proporciones

Calculadora Para Tamaño Muestral		
	N	319
	Proporción	0.5
95%	Confianza**, Z	1.96
	Error Diseño	0.05
	Tamaño Muestral	174

Se deberá analizar a 174 unidades de investigación

N: Tamaño de la población objetivo del estudio

Porporción: Porcentaje esperado de éxito

Confianza: Nivel de Confianza con el que se desea trabajar

Error de diseño: Nivel de error con el que se desea trabajar

Nota: *En el caso de conocer la proporción esperada de éxito se recomienda trabajar con 0,5 ya que ésta maximiza el tamaño de la muestra*

3.2 Métodos

3.2.1 Tipo de investigación

- Descriptivo de corte Transversal

3.2.2 Diseño del estudio

- No experimental

3.2.3 Recolección de información

<u>Procedimientos para la recolección de la información</u>

El departamento de Estadística proporcionó la base de datos de las atenciones en 2014. A partir de esa base de datos y con la ayuda de un programa estadístico se realizó el muestreo aleatorio y la tabulación de los datos.

Instrumentos y técnicas de recolección de datos

- Sistema MIS
- Excel de Microsoft Office

3.2.4 Análisis de datos

Método y modelo para el Análisis de datos

Para la descripción de variables cualitativas se utilizarán frecuencias relativas y frecuencias absolutas. Para la descripción de variables cuantitativas numéricas se estimarán promedio, desviación típica, rangos y percentiles. Para estimar la existencia de diferencias entre grupos se empleó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, considerándose significativos valores de $P < 0.05$

Programas para el análisis de datos

- PASW statistics 18.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

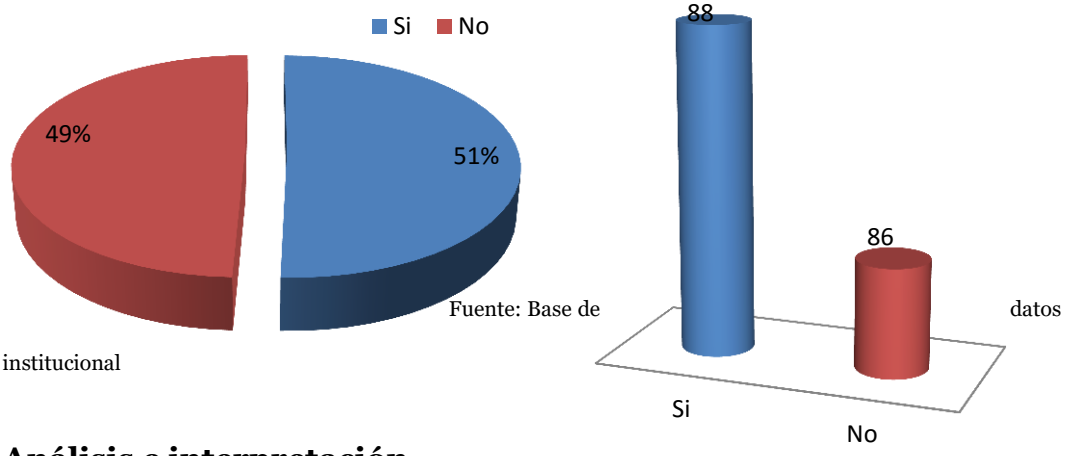
4.1.1 Identificar la frecuencia de las urgencias neuropsiquiátricas atendidas en el servicio

Tabla 4-1: Incidencia de agresividad entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014

Agresividad	f	%
Si	88	51%
No	86	49%
TOTAL	174	100%

Fuente: Base de datos institucional

Gráfico 4-1: Incidencia de agresividad entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014



Fuente: Base de datos institucional

Análisis e interpretación

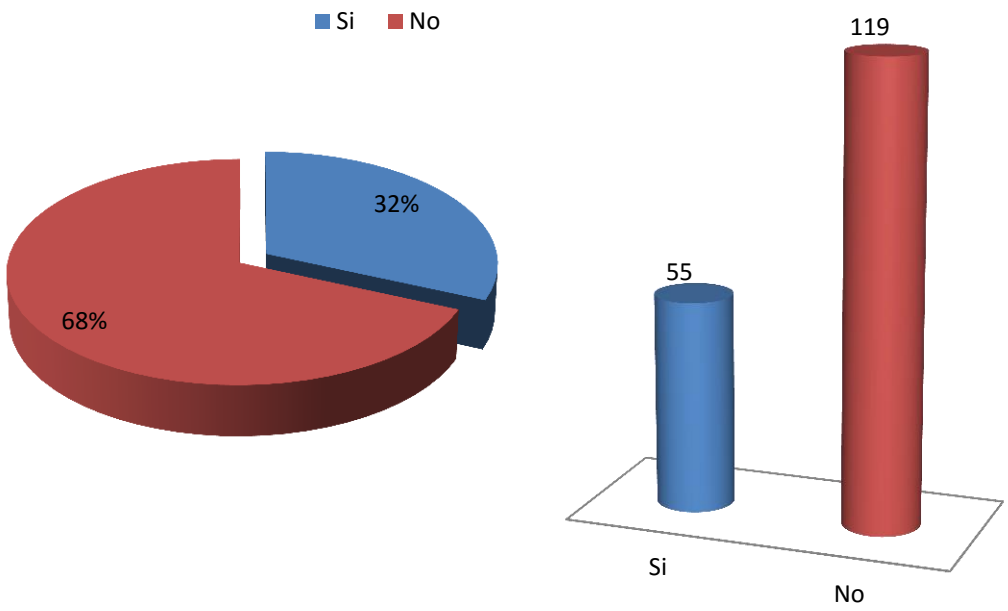
Del 51% de los adultos mayores que presentaron agresividad como urgencia neuropsiquiátrica la mayor parte fue de tipo física (lanzamiento de objetos) y heteroagresiva.

Tabla 4-2: Incidencia de depresión entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014

Depresión	f	%
Si	55	32%
No	119	68%
TOTAL	174	100%

Fuente: Base de datos institucional

Gráfico 4-2: Incidencia de depresión entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014



Fuente: Base de datos institucional

Análisis e interpretación

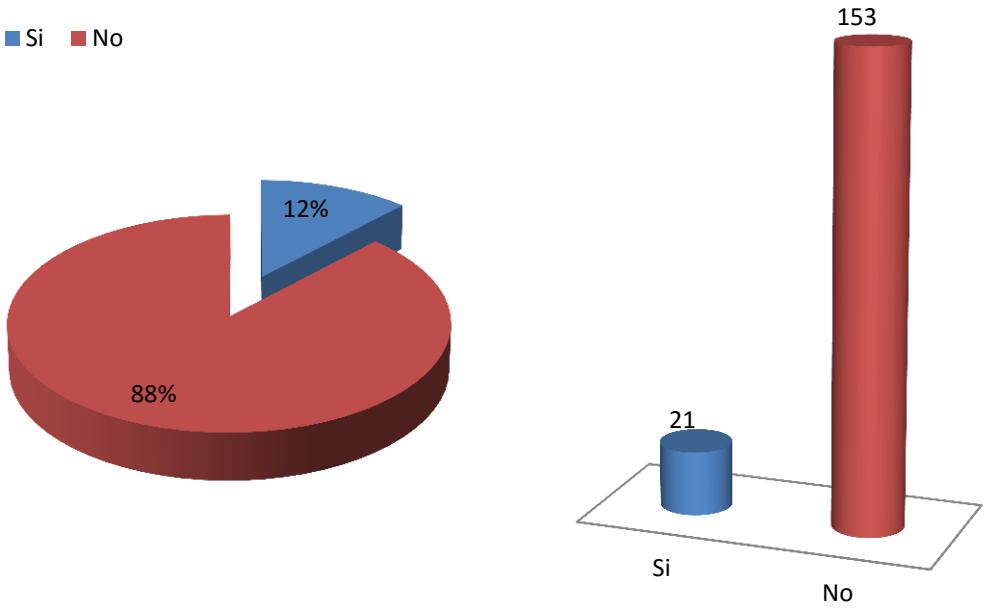
El 32% de los adultos mayores que fueron atendidos por depresión presentaron con mayor frecuencia tristeza y llanto fácil.

Tabla 4-3: Incidencia de apatía entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014

apatía	f	%
Si	21	12%
No	153	88%
TOTAL	174	100%

Fuente: Base de datos institucional

Gráfico 4-3: Incidencia de apatía entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014



Fuente: Base de datos institucional

Análisis e interpretación

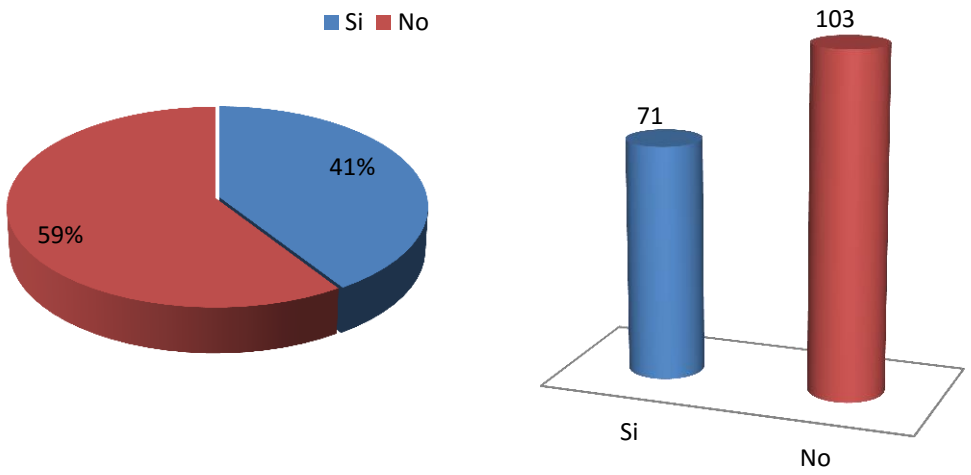
El 12% de los adultos mayores que fueron atendidos en el área de Emergencia del Hospital Psiquiátrico presentaron apatía como urgencia neuropsiquiátrica.

Tabla 4-4: Incidencia de hiperactividad motora / agitación psicomotriz entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014

Hiperactividad motora / agitación psicomotríz	f	%
Si	71	41%
No	103	59%
TOTAL	174	100%

Fuente: Base de datos institucional

Gráfico 4-4: Incidencia de hiperactividad motora / agitación psicomotriz entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014



Fuente: Base de datos institucional

Análisis e interpretación

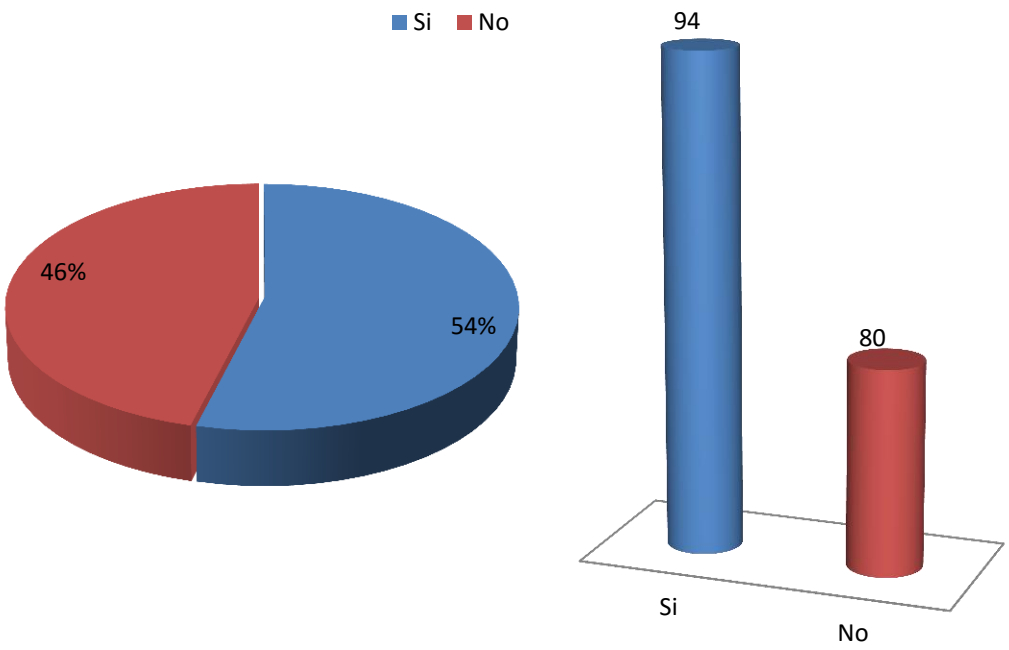
Aquellos adultos mayores (41%) que fueron atendidos por desvestirse, vagabundear presentaron hiperactividad motora / agitación psicomotriz como urgencia neuropsiquiátrica.

Tabla 4-5: Incidencia de psicosis entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014

psicosis	f	%
Si	94	54%
No	80	46%
TOTAL	174	100%

Fuente: Base de datos institucional

Gráfico 4-5: Incidencia de psicosis entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014



Fuente: Base de datos institucional

Análisis e interpretación

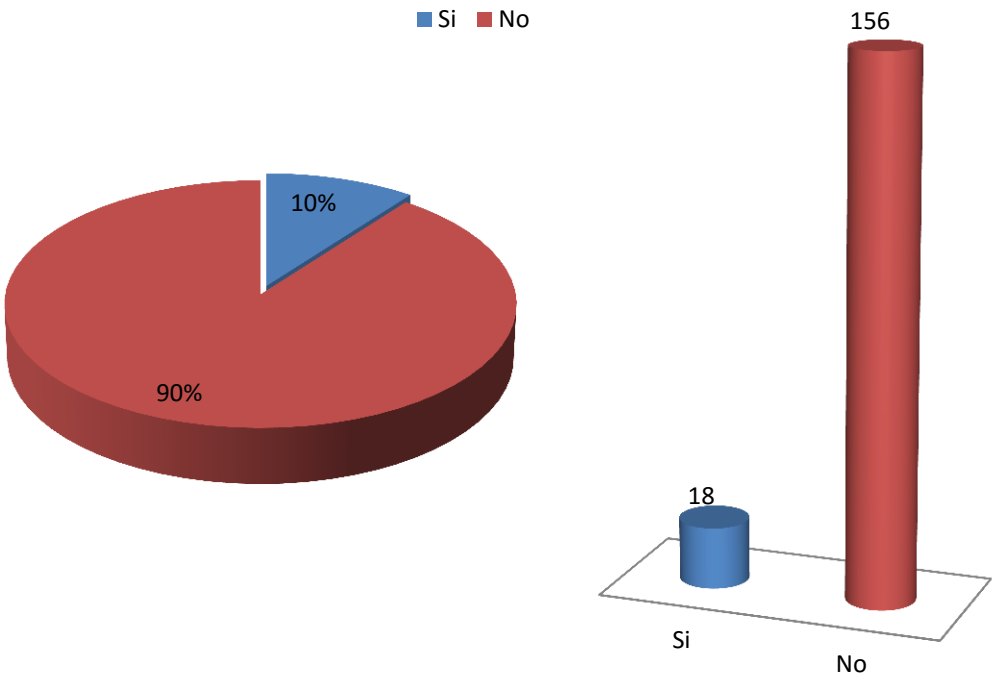
Entre los que presentaban psicosis (54%) con mayor frecuencia tenían alucinaciones visuales, auditivas y delirios paranoides.

Tabla 4-6: Incidencia de euforia/manía entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014

Euforia / manía	f	%
Si	18	10%
No	156	90%
TOTAL	174	100%

Fuente: Base de datos institucional

Gráfico 4-6: Incidencia de euforia / manía entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014



Fuente: Base de datos institucional

Análisis e interpretación

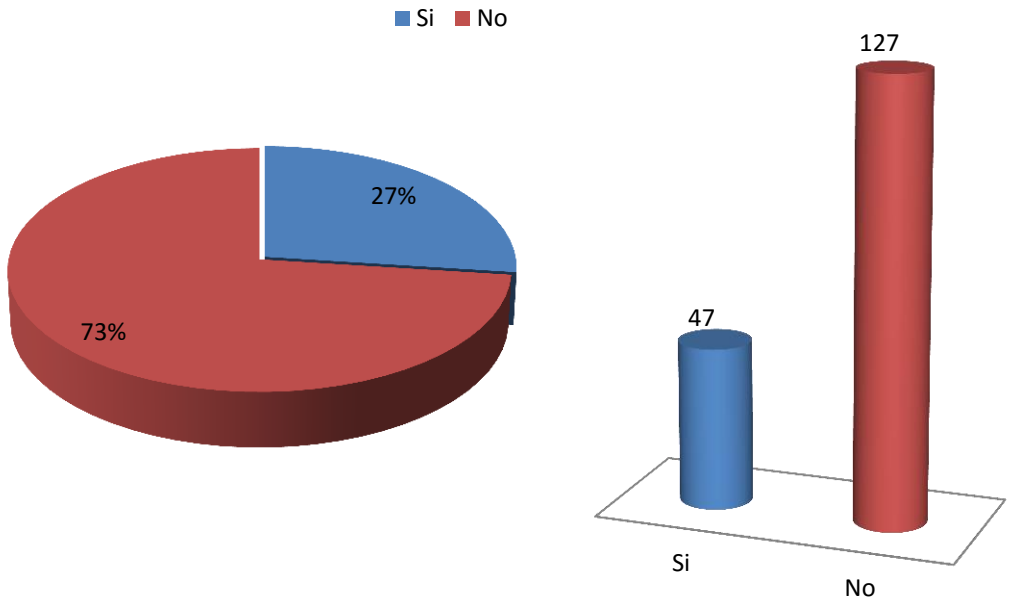
Entre el 10% de los que fueron atendidos por euforia / manía, la mayoría presentaba taquilalia y verborrea.

Tabla 4-7: Incidencia de alteraciones del apetito entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014

Alteraciones del apetito	f	%
Si	47	27%
No	127	73%
TOTAL	174	100%

Fuente: Base de datos institucional

Gráfico 4-7: Incidencia de alteraciones del apetito entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014



Fuente: Base de datos institucional

Análisis e interpretación

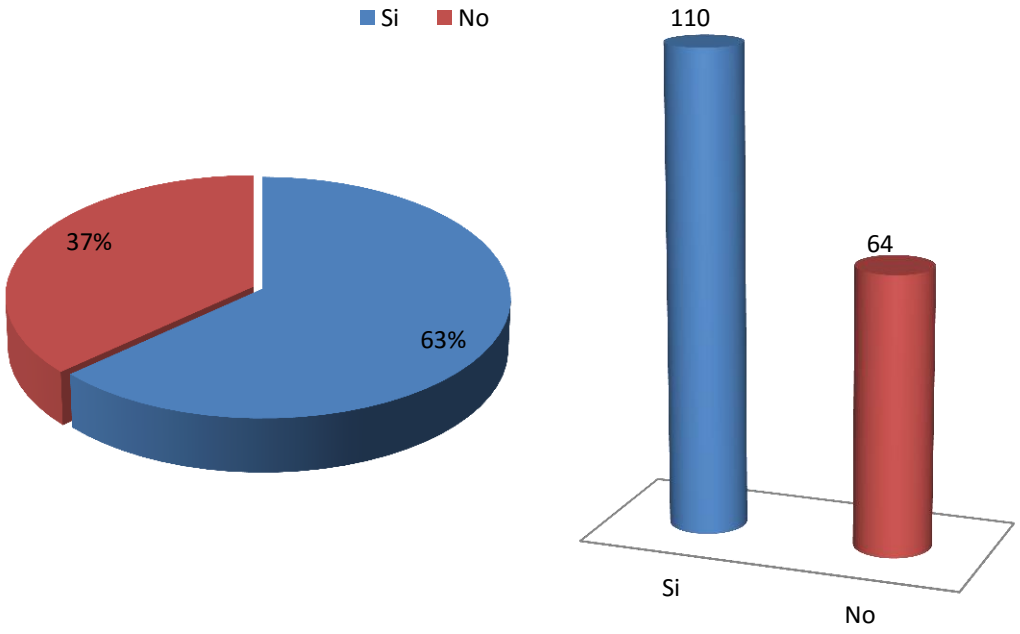
Entre los adultos mayores con alteraciones del apetito (27%), la mayoría de las atenciones que se realizó fue por hiporexia.

Tabla 4-8: Incidencia de trastornos del sueño entre pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014

Trastornos del sueño	f	%
Si	110	63%
No	64	37%
TOTAL	174	100%

Fuente: Base de datos institucional

Gráfico 4-8: Incidencia de trastornos del sueño entre pacientes adultos mayores atendidos en el hospital Psiquiátrico. 2014



Fuente: Base de datos institucional

Análisis e interpretación

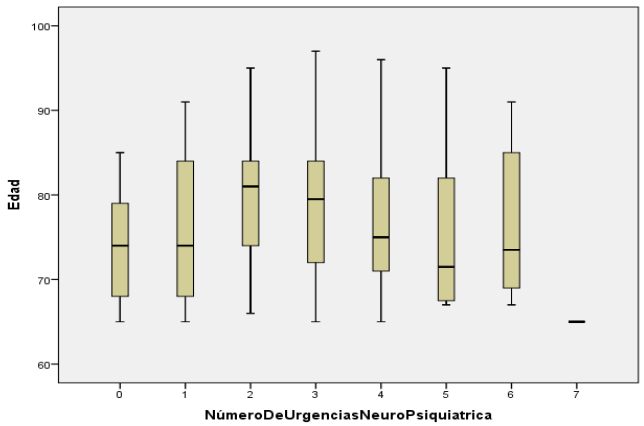
El tipo de insomnio más frecuente en los adultos mayores que fueron atendidos en el Instituto de Neurociencias fue el insomnio global (63%)

Tabla 4-9: Número de urgencias neuropsiquiátricas en adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014

Estadísticos		
Número de urgencias neuropsiquiátricas		f
N	Válidos	174
	Perdidos	0
Media		2,00
Mediana		3,00
Moda		4
Desv. típ.		1,000
Varianza		2,000
Rango		7
Mínimo		0
Máximo		7
Suma		504
Percentiles	25	2,00
	50	3,00
	75	4,00

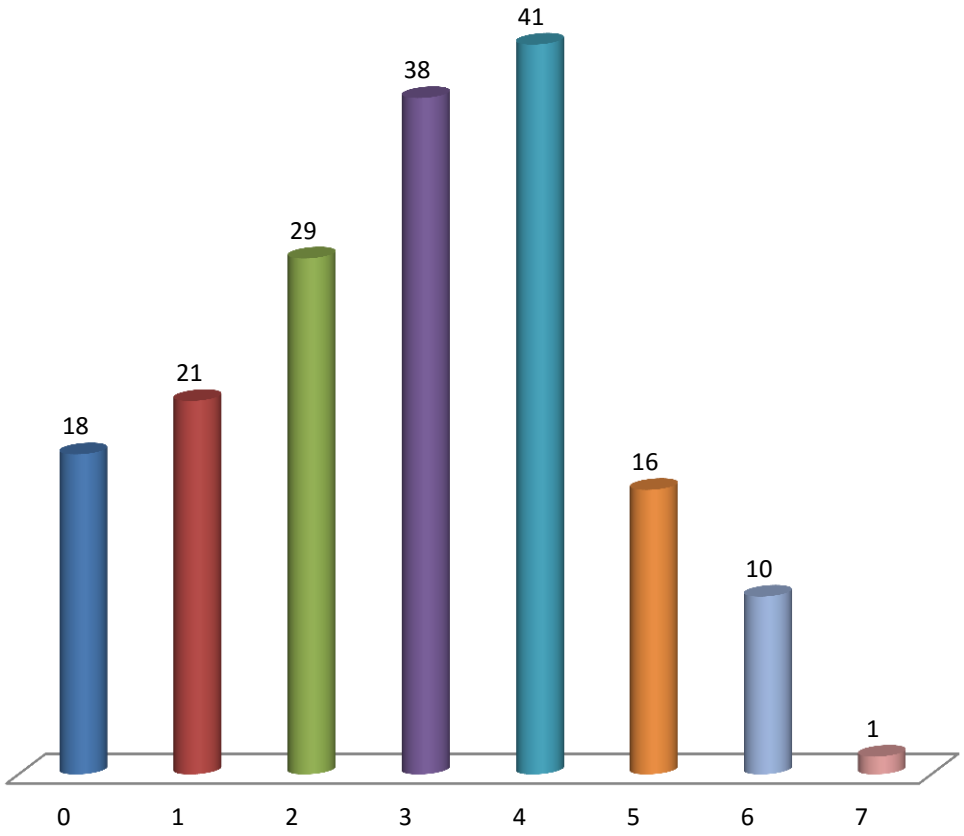
Fuente: Base de datos institucional

Gráfico 4-9: Número de urgencias neuropsiquiátricas en adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014



Fuente: Base de datos institucional

Gráfico 4-10: Número de urgencias neuropsiquiátricas en adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014



Fuente: Base de datos institucional

Análisis e interpretación

El promedio del número de urgencias neuropsiquiátricas presentadas por los adultos mayores atendidos en el área de Emergencia del Hospital Psiquiátrico fue de 2.

El valor central del número de urgencias neuropsiquiátricas presentadas por los adultos mayores fue de 3.

Las urgencias neuropsiquiátricas que más se atendieron en los adultos mayores que acudieron al área de Emergencia del Hospital Psiquiátrico fueron hiperactividad o agitación psicomotriz y psicosis, presentándose 38 y 41 casos de cada una.

Existe poca dispersión debido a que se obtuvo un valor de desviación estándar de 1, lo cual significa que es baja.

Hay una diferencia de 7 casos entre el adulto mayor atendido en el área de Emergencia del Hospital Psiquiátrico que presentó menos urgencias neuropsiquiátricas y el que presentó mayor cantidad de éstas.

La cantidad mínima de urgencias neuropsiquiátricas presentadas por los adultos mayores atendidos en el área de Emergencia del Hospital Psiquiátrico fue de cero.

La cantidad máxima de urgencias neuropsiquiátricas presentadas por los adultos mayores atendidos en el área de Emergencia del Hospital Psiquiátrico fue de siete.

El 25% de los adultos mayores atendidos en el área de Emergencia del Hospital Psiquiátrico presentaron menos de 2 urgencias neuropsiquiátricas.

El 50% de los adultos mayores atendidos en el área de Emergencia del Hospital Psiquiátrico presentaron menos de 3 urgencias neuropsiquiátricas.

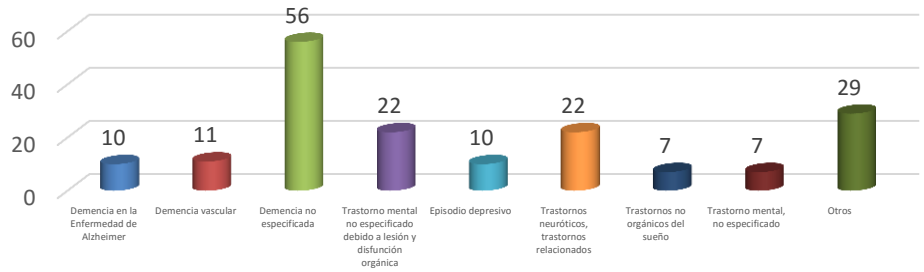
El 75% de los adultos mayores atendidos en el área de Emergencia del Hospital Psiquiátrico presentaron menos de 4 urgencias neuropsiquiátricas.

Tabla 4-10: Diagnósticos psiquiátricos por Código CIE 10 en adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014

Frecuencia de Diagnósticos por código CIE10	f
Demencia en la Enfermedad de Alzheimer	10
Demencia vascular	11
Demencia no especificada	56
Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción orgánica	22
Episodio depresivo	10
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados	22
Trastornos no orgánicos del sueño	7
Trastorno mental, no especificado	7
Otros	29
Total	174

Fuente: Base de datos institucional

Gráfico 4-11: Diagnósticos psiquiátricos por Código CIE 10 en adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014



Fuente: Base de datos institucional

Análisis e interpretación

El diagnóstico de CIE 10 que más se atribuyó a los pacientes adultos mayores atendidos por urgencias neuropsiquiátricas en el área de Emergencia del Hospital Psiquiátrico fue Demencia no especificada (F03) con un número de 56 casos.

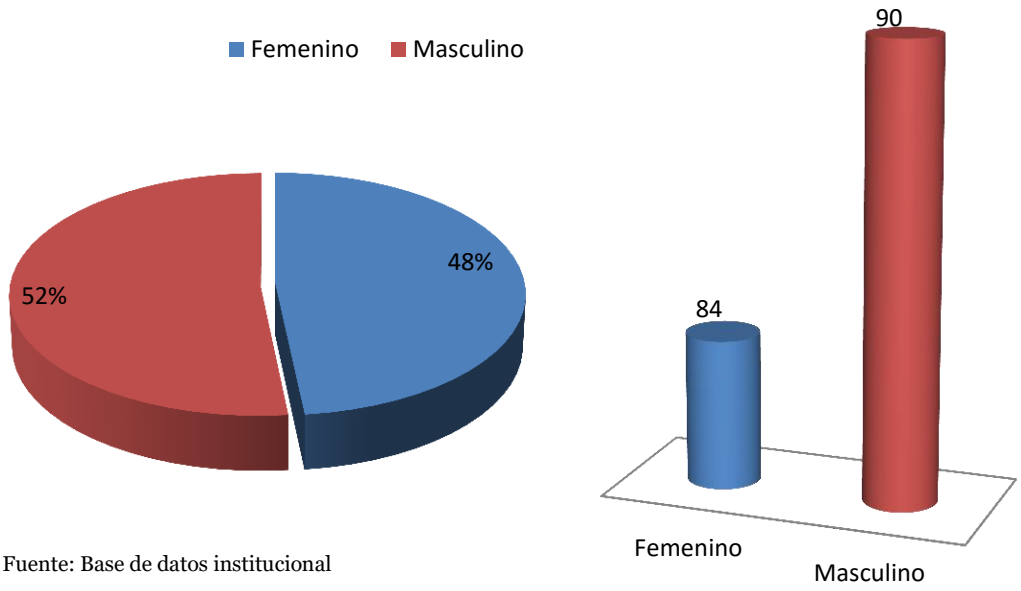
4.1.2 Características demográficas de los pacientes adultos mayores

Tabla 4-11: Clasificación por género de los pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014

Sexo	f	%
Femenino	84	48%
Masculino	90	52%
TOTAL	174	100%

Fuente: Base de datos institucional

Gráfico 4-12: Clasificación por género de los pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014



Fuente: Base de datos institucional

Análisis e interpretación

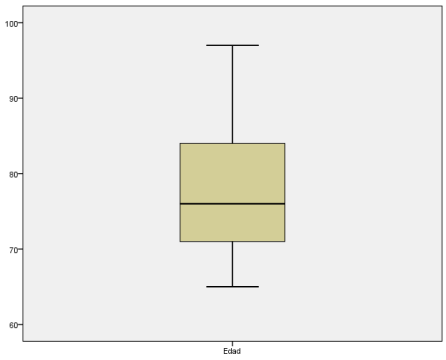
El 48% de los adultos mayores con urgencias neuropsiquiátricas atendidos en el área de Emergencia del Hospital Psiquiátrico fueron de sexo femenino.

Tabla 4-12: Edad de los adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014

Estadísticos		
Edad		f
N	Válidos	174
	Perdidos	0
Media		77
Mediana		76
Moda		72
Desv. típ.		8
Varianza		69
Rango		32
Mínimo		65
Máximo		97
Percentiles	25	71
	50	76
	75	84

Fuente: Base de datos institucional

Gráfico 4-12: Edad de los adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014



Fuente: Base de datos institucional

Análisis e interpretación

El promedio de edad de los adultos mayores que se atendieron en el área

de Emergencia del Hospital Psiquiátrico por presentar urgencias neuropsiquiátricas fue de 77 años. El valor central de las edades es de 76 años.

Las edades de los adultos mayores que más acudieron al área de Emergencia del Hospital Psiquiátrico por urgencias neuropsiquiátricas fueron de 72 y 84 años, presentándose 12 casos de cada uno.

Existe poca dispersión debido a que se obtuvo un valor de desviación estándar de 8, lo cual significa que es baja.

Hay una diferencia de 32 años entre el adulto mayor de menor edad y el adulto mayor de más edad que fue atendido por urgencias neuropsiquiátricas en el área de Emergencia del Hospital Psiquiátrico.

La edad mínima del adulto mayor atendido por urgencias neuropsiquiátricas en el área de Emergencia del Hospital Psiquiátrico fue de 65 años.

La edad máxima del adulto mayor atendido por urgencias neuropsiquiátricas en el área de Emergencia del Hospital Psiquiátrico fue de 97 años.

El 25% de los adultos mayores que se presentaron a la consulta por urgencias neuropsiquiátricas tenían una edad menor a 71 años.

El 50% de los adultos mayores que se presentaron a la consulta por urgencias neuropsiquiátricas tenían una edad menor a 76 años.

El 75% de los adultos mayores que se presentaron a la consulta por urgencias neuropsiquiátricas tenían una edad menor a 84 años.

4.1.3 Factores de riesgo de urgencias neuropsiquiátricas en adultos mayores

Tabla 4-13: Relación entre el sexo y la urgencia neuropsiquiátrica en adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014

		Género		
Emergencia		Femenino	Masculino	Valor p
Agresividad	Si	39 (46,4%)	49 (54,4%)	0,183
	No	45 (53,%)	41 (45,6%)	
Depresión	Si	32 (38,1%)	23 (25,6%)	0,053
	No	52 (61,9%)	67 (74,4%)	
Apatía	Si	14 (16,7%)	7 (7,8%)	0,058
	No	70 (83,3%)	83 (92,2%)	
Hiperactividad / agitación psicomotriz	Si	29 (34,5%)	42 (46,7%)	0,070
	No	55 (65,5%)	48 (53,3%)	
Psicosis	Si	45 (53,6%)	49 (54,4%)	0,515
	No	39 (46,4%)	41 (45,6%)	
Euforia / manía	Si	8 (9,5%)	10 (11,1)	0,463
	No	76 (90,5%)	80 (88,9%)	
Alteraciones del apetito	Si	28 (33,3%)	19 (21,1%)	0,50
	No	56 (66,7%)	71 (78,9%)	
Trastornos del sueño	Si	51 (60,7%)	59 (65,6%)	0,307
	No	33 (39,3%)	31 (36,8%)	

Fuente: Base de datos institucional

Análisis e interpretación

En relación al sexo, en el estudio se puede observar que ninguna de las urgencias neuropsiquiátricas se asoció de manera significativa con el sexo.

Tabla 4-13: Relación entre presencia de factores de riesgo y la urgencia neuropsiquiátrica en adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014

		Factores de riesgo		
Urgencias neuropsiquiátricas		Si	No	Valor p
Agresividad	Si	55 (62,5%)	33 (37,5%)	0,547
	No	54 (62,8%)	32 (37,2%)	
Depresión	Si	40 (72,7%)	15 (27,3)	0,043
	No	69 (58%)	50 (42%)	
Apatía	Si	16 (76,2%)	5 (23,8%)	0,129
	No	93 (60,8%)	60 (39,2%)	
Hiperactividad / agitación psicomotriz	Si	47 (43,1%)	24 (36,9%)	0,260
	No	62 (56,9%)	41 (63,1%)	
Psicosis	Si	64 (58,7%)	30 (46,2%)	0,073
	No	45 (41,3%)	35 (53,8%)	
Euforia / manía	Si	11 (10,1%)	98 (89,9%)	0,539
	No	7 (10,8%)	58 (89,2%)	
Alteraciones del apetito	Si	33 (30,3%)	14 (21,5%)	0,140
	No	76 (69,7%)	51 (78,2%)	
Trastornos del sueño	Si	80 (73,4%)	30 (46,2%)	0,000
	No	29 (26,6%)	35 (53,8%)	

Fuente: Base de datos institucional

Análisis e interpretación

Con relación con los factores de riesgo, se pudo observar que entre aquellos pacientes que presentaban trastornos del sueño, existía un número significativamente mayor de esta urgencia neuropsiquiátrica que entre los que no lo presentaban, lo que representó una relación indirecta de 3 casos de alteraciones del sueño en el grupo con factor de riesgo por cada caso este trastorno en el grupo sin esta sintomatología (OR: 3,2184; IC 95% 1,6856 – 6,1450)

Tabla 4-14: Relación entre el estado civil y la urgencia neuropsiquiátrica en adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico. 2014

		Estado civil		
Urgencias neuropsiquiátricas		pareja	Solo	Valor p
Agresividad	Si	45 (55,6%)	43 (46,2%)	0.141
	No	36 (44,4%)	50 (53,8%)	
Depresión	Si	30 (37%)	25 (26,9%)	0,191
	No	51 (63%)	68 (73,1%)	
Apatía	Si	11 (13,6%)	10 (10,8%)	0,644
	No	70 (86,4%)	83 (89,2%)	
Hiperactividad / agitación psicomotriz	Si	34 (42%)	37 (39,8%)	0,455
	No	47 (58%)	56 (60,2%)	
Psicosis	Si	48 (59,3%)	46 (49,5%)	0,127
	No	33 (40,7%)	(47 (50,5%)	
Euforia / manía	Si	7 (8,6%)	11 (11,8%)	0,332
	No	74 (91,4%)	82 (88,2%)	
Alteraciones del apetito	Si	23 (28,4%)	24 (25,8%)	0,415
	No	24 (25,8%)	69 (74,2%)	
Trastornos del sueño	Si	56 (69,1%)	54 (58,1%)	0,088
	No	25 (30,9%)	39 (41,9%)	

Fuente: Base de datos institucional

Análisis e interpretación

En relación al estudio de la asociación entre el estado civil y las diferentes urgencias neuropsiquiátricas, en un paciente con enfermedad concomitante, se pudo informar que no existió asociación estadística.

4.2 Discusión

En el trabajo que se acabó de presentar se pudo observar que la cantidad de urgencias atendidas en pacientes geriátricos en relación a la totalidad de los pacientes adultos mayores atendidos en la Emergencia del Hospital Psiquiátrico de la Junta de beneficencia fue bajo. En el estudio de Hazlett y colegas (Hazlett y cols, 2004), también la proporción de atenciones a pacientes geriátricos fue baja en relación al total de consultas por emergencias médicas en una población general. Es muy posible que estas tasas más bajas de visitas para diagnósticos de urgencias neuropsiquiátricas sea el reflejo de una tasa más bajas de enfermedades mentales entre los adultos mayores como ha señalado Hasin y colegas (Hasin y cols, 2005) y Klap y colegas (Klap y cols, 2003) en sus estudios señalan que entre los pacientes geriátricos con enfermedad mental, hay una menor percepción de la necesidad de tratamiento de salud mental y esto disminuye su asistencia a los servicios de emergencia.

Hendrie y colegas (Wisqars, 2007) en su investigación encontró que la media fue de 74 años, valor que fue algo menor que lo que se encontró en el presente estudio (77 años).

Se ha señalado que la prevalencia de varias condiciones médicas comórbidas, incluyendo la obesidad, diabetes y los síntomas de las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias, es por lo menos dos veces mayor en los pacientes con enfermedades mentales graves que la población general (De Hert y cols, 2011; Scott y Happell, 2011). De hecho Hazlett y colaboradores (Hazlet y cols, 2004), encontraron que los adultos mayores tenían una tasa de patología concomitante cardiovascular, neurológica, gastrointestinal y afecciones respiratorias que es un hallazgo consistente con los hallazgos de nuestro estudio. En la investigación actual, se pudo observar que se presentó

enfermedad concomitante en más de las dos terceras partes de los casos e incluso, la presencia de una enfermedad concomitante se asoció de manera significativa con el desarrollo de trastornos del sueño. Al respecto Hendrie H y colegas (Hendrie y cols, 2013) y De Hert M, y colaboradores (De Hert y cols, 2011) han señalado que la presencia de enfermedades comórbidas produce un elevado nivel de estrés que empeora la expresión de los síntomas neuropsiquiátricos. Brown y colegas (Brown y cols, 2012), Pearson y colegas (Pearson y Brown, 2000) y Glebert y colegas (Gelberg y cols, 1990) también han encontrado tasas más altas de arribo al departamento de emergencia producto de tasas más altas de condiciones médicas agudas (por ejemplo, infarto de miocardio) en este tipo de pacientes.

En el estudio de Cully y colegas (Cully y cols, 2005) dentro de la muestra de adultos mayores, los trastornos cognitivos, psicóticos y bipolares fueron las consultas más frecuentes y las que se relacionaron con mayor número de hospitalización mientras que el consumo de sustancias, y trastornos de ansiedad, depresión se asociaron con un menor número de hospitalizaciones. En este estudio los pacientes con mayor número de consultas por urgencias neuropsiquiátricas fueron los de 60 a 69 años que también concuerda con los datos actuales. Sin embargo Hendrie y colegas (Hendrie y cols, 2013) encontraron que la principal fueron los trastornos psicóticos y en segundo lugar la depresión (39,2%). En nuestro estudio si la psicosis se encontró entre las 3 primeras causas de demanda de atención por urgencia neuropsiquiátrica, otras condiciones no concordaron. La menor tasa de diagnósticos relacionados con las drogas entre los adultos mayores incorporados al estudio es consistente con investigaciones como las de Gelberg y colegas (Gelberg y cols, 1990), Rockett y colegas (Rockett y cols, 2006), Johnson y Parsons (Johnson y Parsons, 1994) que muestran que los adultos mayores son menos propensos a usar drogas ilegales aunque Hahn y colegas (Hahn y cols, 2006), Johnson (Johnson, 2000),

Abdul-Hamid (Abdul-Hamid, 1997) y Gelberg y colegas (Gelberg y cols, 1990) han encontrado que este grupo etario suele ser propenso a beber en exceso, lo que conduce a más visitas a urgencias y más diagnósticos de alta relacionados con el alcohol, pero esto tampoco fue parte de los resultados de la investigación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

En relación a los resultados que se acaban de presentar, puede concluirse que las tres urgencias neuropsiquiátricas con mayor prevalencia en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Psiquiátrico de la Junta de Beneficencia de Guayaquil en el año 2014 fueron los trastornos del sueño, la psicosis y la agresividad, en orden de frecuencia. Generalmente los pacientes cuando solicitan atención tienen mínimo dos urgencias.

El estudio también muestra que las urgencias neuropsiquiátricas se presenta en adultos mayores sin distinción de sexo, con una edad promedio de 77 años, con enfermedad concomitante que afecta a cerca de las dos terceras partes de éstos pacientes.

En relación a los factores de riesgo, el sexo femenino, un estado civil casado y enfermedad concomitante, se asocia a un aumento del riesgo de desarrollar la mayor parte de urgencias neuropsiquiátricas.

5.2 Recomendaciones

En relación a las conclusiones que se acaban de presentar pueden realizarse las siguientes recomendaciones:

- Realizar un estudio efectuado en los Servicios de Emergencia General para determinar el número de atenciones psiquiátricas que atendidas pueden ser confundidas con una patología clínica.
- Determinar si la presencia de personal capacitado en psiquiatría en el adulto mayor, en los servicios de emergencia general, aumenta la identificación de los casos de urgencias neuropsiquiátricas.

- Identificar los factores de riesgo de desarrollo de urgencias neuropsiquiátricas entre pacientes adultos mayores.
- Identificar las causas de urgencias neuropsiquiátricas que determinan internamiento en el Servicio de Emergencia del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.
- Socializar y publicar los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abdul-Hamid W. 1997. The elderly homeless men in Bloomsbury hostels: their needs for services. Int J Geriatr Psychiatry; 12(7): 724–727.
2. Abizanda P, Romero L, Luengo C, *et al.* 2012. Síntomas psicológicos y conductuales. Medicina geriátrica; 25: 237.
3. Alzheimer's Society. 2009. Counting the Cost—Caring for People with Dementia on Hospital Wards. London: Alzheimer's Society.
4. Bartels SJ, Blow FC, Brockmann LM, *et al.* 2005. Substance abuse and mental health among older adults: the state of the knowledge and future directions. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
5. Bender E. 2004. Stigma of mental health in partial retreat. Psychiatric News; 39(16): 6.
6. Birrer R, Singh U, Kumar DN. 1999. Disability and dementia in the emergency department. Emerg Med Clin North Am; 17(2): 505–517.
7. Brown RT, Kiely DK, Bharel M, Mitchell SL. 2012. Geriatric syndromes in older homeless adults. J Gen Intern Med; 27(1): 16–22.
8. Catalano RA, Coffman JM, Bloom JR, *et al.* 2005. The impact of capitated financing on psychiatric emergency services. Psychiatr Serv; 56(6): 685–690.
9. Chapman DP, Currier GW, Miller JK, *et al.* 2003. Medication-induced emergency hospitalizations for psychiatric disorders among older adults in the US. Int J Geriatr Psychiatry; 18(2): 185–186.
10. Chapman DP, Williams SM, Strine TW, *et al.* 2006. Dementia and its implications for public health. Prev Chronic Dis; 3(2): A34.
11. Charney DS, Reynolds CF, Lewis L, *et al.* 2003. Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment in of mood disorders in late life. Arch Gen Psychiatry; 60(7).

12. Climent E. *et al.* 2008. Urgencias psiquiátricas. ASCOFAME. Colombia.
13. Colenda CC. Written testimony from the Special Committee on Aging, held in United States Senate, September 14, 2006. American Association for Geriatric Psychiatry; 2006. Prevalence of suicide among older adults.
14. Cooper JW. 1999. Adverse drug reaction-related hospitalizations of nursing facility patients: a 4-year study. Southern Medical Journal; 92(5): 485–90.
15. Cully JA, y cols, 2005. Utilization of emergency center services by older adults with a psychiatric diagnosis. Aging & Mental Health: 9.
16. Currier GW, Allen MH. 2003. Organization and function of academic psychiatric emergency services. Gen Hosp Psychiatry; 25: 124–129.
17. Dávila B, Alejandro E. 1987. Estudio epidemiológico de los desórdenes psicogeriátricos en un hospital general. Tesis. Lima-Perú.
18. De Hert M, Cohen D, Bobes J, *et al.* 2011. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. World Psychiatry; 10: 138–151.
19. Demmler J. 1998. Utilization of specialty mental health organizations by older adults: U.S. national profile. Psychiatr Serv; 49(8): 1079–1081
20. Elie M, Rousseau F, Cole M, *et al.* 2000. Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. CMAJ; 163(8) 977–81.
21. Gabrel CS. 2000. Advance data from vital and health statistics. 312. National Center for Health Statistics; Hyattsville, MD. Characteristics of elderly nursing home current residents and discharges: data from the 1997 National Nursing Home Survey.
22. Gallo JJ, Lebowitz BD. 1999. The epidemiology of common late-life mental disorders in the community: themes for the new century.

PsychiatrServ; 50(9): 1158–66.

23. Gelberg L, Linn LS, Mayer-Oakes SA. 1990. Differences in health status between older and younger homeless adults. J Am Geriatr Soc; 38(11): 1220–1229.
24. Givens JL, Jones RN, Inouye SK. 2009. The overlap syndrome of depression and delirium in older hospitalized patients. J Am Geriatr Soc; 57: 1347–53.
25. Goldberg SE, Whittamore KH, Harwood RH, *et al.* 2012. The prevalence of mental health problems among older adults admitted as an emergency to a general hospital. Age Ageing; 41: 80–6.
26. Hahn JA, Kushel MB, Bangsberg DR, Riley E, Moss AR. 2006. BRIEF REPORT: The aging of the homeless population: fourteen-year trends in San Francisco. J Gen Intern Med; 21(7): 775–778.
27. Hanlon JT, Schmader KE, Koronkowski MJ, *et al.* 1997. Adverse drug events in high risk older outpatients. J Am Geriatr Soc; 45(8): 945–8.
28. Harman JS, Scholle SH, Edlund MJ. 2004. Emergency department visits for depression in the United States. PsychiatrServ; 55(8): 937–9.
29. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. 2005. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry; 62(10): 1097–1106.
30. Hazlett SB, McCarthy ML, Londner MS, *et al.* 2004. Epidemiology of adult psychiatric visits to U.S. emergency departments. AcadEmergMed; 11(2): 193–195.
31. Hazlett SB, McCarthy ML, Londner MS, Onyike CU. 2004. Epidemiology of adult psychiatric visits to US emergency departments. Acad Emerg Med; 11(2): 193–195.
32. He W, Sengupta M, Velkoff VA, *et al.* Current Population Reports, P23-209, U.S. Census Bureau, 2005. U.S. Government Printing Office; Washington, DC: 2005. 65+ in the United States: 2005.

33. Hebert LE, Scherr PA, Bienias JL, *et al*. 2003. Alzheimer disease in the US population. Arch Neurol; 60: 1119–1122.
34. Hendrie H y cols. 2013. Comorbidity Profile and Health Care utilization in Elderly Patiennts with serious mental illnesses. Am J Geriatr Psychiatri, Dec: 21(12).
35. Husaini BA, Sherkat DE, Levine R, *et al*. 2002. Race, gender, and health care service utilization and costs among medicare elderly with psychiatric diagnoses. J Aging Health; 14(1): 79–95.
36. Hustey FM, Meldon SW. 2002. The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients.Annals of Emergency Medicine; 39(3): 248–253.
37. Hybels CF, Blazer DG. 2004. Epidemiology of mental disorders in older adults. In: Levin BL, Petrila J, Hennessy KD, editors. Mental Health Services: A Public Perspective. Second Edition Oxford UniversityPress; USA: pp. 212–231.
38. INEC. Proyecciones poblacionales Ecuador 2010 – 2020. 2012 (acceso abr 18 2015, actualizado ene 3 2012) Disponible en: www.ecuadorencifras.gob.ec.
39. Jeste DV, Alexopoulos GS, Bartels SJ, *et al*. 1999. Consensus statement on the upcoming crisis in geriatric mental health: research agenda for the next 2 decades. Arch Gen Psychiatry; 56(9): 848–853.
40. Johnson I. 2000. Alcohol problems in old age: a review of recent epidemiological research. Int J Geriatr Psychiatry; 15(7): 575–581.
41. Johnson TP, Parsons JA. 1994. Interviewer effects on self-reported substance use among homeless persons. Addict Behav; 19(1): 83–93.
42. Kasen S, Cohen P, Chen H, Castille D. 2003. Depression in adult women: age changes and cohort effects. American Journal of Public Health; 93(12): 2061–6.
43. Klap R, Unroe KT, Unutzer J. 2003. Caring for mental illness in the United States: a focus on older adults. Am J Geriatr Psychiatry; 11(5):

517–24.

44. Kloppenborg RP, van den Berg E, Kappelle LJ, Biessels GJ. 2008. Diabetes and other vascular risk factors for dementia which factor matters most? A systematic review. Eur J Pharmacol; 585: 97–108.
45. Kushel MB, Vittinghoff E, Haas JS. 2001. Factors associated with the health care utilization of homeless persons. JAMA; 285(2): 200–206.
46. Lagomasino I, Daly R, Stoudemire A. 1999. Medical assessment of patients presenting with psychiatric symptoms in the emergency setting. PsychiatrClin North Am; 22(4): 819–850.
47. Larkin GL, Claassen CA, Emond JA, *et al.* 2005. Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. Psychiatr Serv; 56(6): 671–677.
48. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, *et al.* 1997. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. JAMA; 278(14).
49. Lewinsohn PM, Rohde P, Seele JR, *et al.* 1993. Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. J Ab Psychol; 102(1): 110–120.
50. Lin CH, Hsu CW, *et al.* 2009. Factors predicting transferal after psychiatric emergency management in the elderly. Psychiatry and Clinical Neurosciences; 63(6): 741–746.
51. López-Mongil R; López-Tigo J. 2009. Síntomas neuropsiquiátricos en residencias de ancianos. En López Mongil R, López Trigo JA, Castrodeza Sanz FJ, Tamames Gómez S, León Colombo T. Grupo de trabajo de Atención sanitaria en residencias de ancianos de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Prevalencia en pacientes institucionalizados: estudio Resydem. Rev Esp Geriatr Gerontol; 44: 5-11.
52. Mark TL, Coffey RM, McKusick DR, *et al.* 2005. National Estimates of Expenditures for Mental Health Services and Substance Abuse

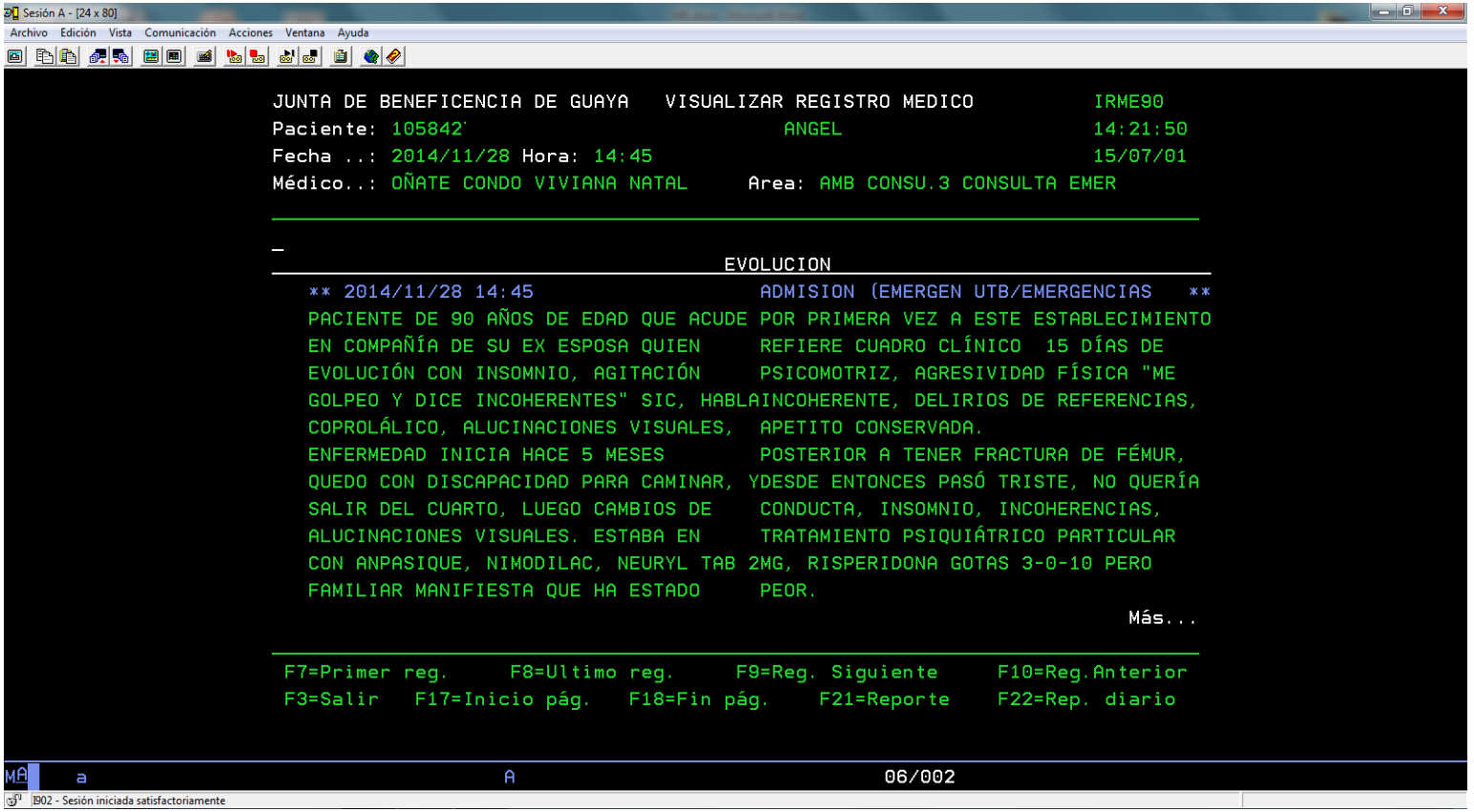
Treatment, 1991 – 2001. Substance Abuse and Mental Health Services Administration; Rockville, MD.

53. McCaig LF, Burt CW. 2005. Advance data from vital and health statistics. 358. National Center for Health Statistics; Hyattsville, MD. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2003. Emergency Department Summary.
54. Meldon SW, Emerman CL, Schubert DSP. 1997. Recognition of depression in geriatric ED patients by emergency physicians. Ann Emerg Med; 30: 4.
55. Mittal V, Muralee S, Williamson D, *et al.* 2011. Delirium in the elderly: a comprehensive review. The American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias; 26(2): 97–109.
56. NAMI. Apr 27, 2004. Emergency departments see dramatic increase in people with mental illness seeking care [Web site].
57. National Institute of Health State-of-the-Science Conference statement preventing Alzheimer's disease and cognitive decline April 26-28, 2010.
58. Naughton BJ, Moran MB, Kadah H, Heman-Ackah Y, Longano J. 1995. Delirium and other cognitive impairment in older adults in an emergency department. Annals of Emergency Medicine; 25(6): 751–755.
59. Pasic J, Russo J, Roy-Byrne P. 2005. High utilizers of psychiatric emergency services. Psychiatr Serv; 56(6): 678–684.
60. Pearson JL, Brown GK. 2000. Suicide prevention in late life: directions for science and practice. Clin Psychol Review; 20(6): 685–705.
61. Pepersack T, De Breucker S, Mekongo YP, Roggiers A, Beyer I. 2006. Correlates of unrecongnized depression among hospitalized geriatric patients .J Psychiatr Pract; 12(3): 160-7.
62. Piechniczek-Buczek J. 2006. Psychiatric emergencies in the elderly population. Emerg Med Clin North Am; 24(2): 467–490.

63. Pressley C, Trott C, Tang M, *et al.* 2003. Dementia in community-dwelling elderly patients: a comparison of survey data, medicare claims, cognitive screening, reported symptoms, and activity limitations. Journal of Clinical Epidemiology; 56: 896–905.
64. Rockett IR, Putnam SL, Jia H, Smith GS. 2006. Declared and undeclared substance use among emergency department patients: a population-based study. Addiction; 101(5): 706–712.
65. Rusanen M, Kivipelto M, Quesenberry CP, Jr, Zhou J, Whitmer RA. 2011. Heavy smoking in midlife and long-term risk of Alzheimer disease and vascular dementia. Arch Intern Med; 171: 333–9.
66. Ryan JM, Kidder SW, Daiello LA. 2002. Mental health services in nursing homes: Psychopharmologic interventions in nursing homes: what do we know and where should we go? Psychiatr Serv; 53: 1407–1413.
67. Schellhorn, *et al.* A comparison of psychiatric consultation between geriatric and non-geriatric medical inpatient. Int J Geriatr Psychiatri 24(10): 1054-61.
68. Scott D, Happell B. 2011. The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. Issues Ment Health Nurs; 32: 589–597.
69. Stone RI. 2000. Long term care for the elderly with disabilities: current policy, emerging trends, and implications for the 21st century. Milbank Memorial Fund.
70. Terrell KM, Miller DK. 2007. Critical review of transitional care between nursing homes and emergency departments. Annals of Long-Term Care; 15(2): 33–38.
71. Thienhaus OJ, Piasecki MP. 2004. Assessment of geriatric patients in the psychiatric emergency service. Psychiatr Serv; 55(6): 639–40.
72. U.S. Census Bureau. Mar 18, 2004. Projected Population of the United States, by Age and Sex: 2000 to 2050.

73. United States Public Health Service Office of the Surgeon General. 2001. Mental health: Culture, race, and ethnicity: A Supplement to mental health: A report of the Surgeon General. Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service; Rockville, MD.
74. Unutzer J, Patrick DL, Simon G, *et al.* 1997. Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older. A 4-year prospective study. JAMA; 277(20): 1618–23.
75. Vincent GK, Velkoff VA. 2010. The Next Four Decades, the Older Population in the United States: 2010 to 2050 Current Population Reports. Washington, DC, USA: U.S. Census Bureau.
76. Wetterling T, Gutzmann H, Haupt K. 2008. Reasons for referral to a gerontopsychiatric department. Nervenarzt; 79(3): 340–347.
77. Wilber ST, Gerson LW, Terrell KM, *et al.* 2006. Geriatric Emergency Medicine and the 2006 Institute of Medicine Reports from the Committee on the Future of Emergency Care in the U.S. Health System. Academic Emergency Medicine; 13(12): 1345–1351.
78. WISQARS Injury Mortality Reports, 1999 – 2004 [CDC Web site] Mar 29, 2007.
79. Xu W, Qiu C, Gatz M, Pedersen NL, Johansson B, Fratiglioni L. 2009. Mid- and late-life diabetes in relation to the risk of dementia a population-based twin study. Diabetes; 58: 71–7.
80. Yamada K, Hosoda M, Nakasima S Furuta K, Awata S. 2012. Psychiatric diagnosis in the elderly referred to a consultation-liaison psychiatry service in a general geriatric hospital in Japan. Geriatr Gerontol Int; 12(2): 304-9.

ANEXOS


Sesión A - [24 x 80]
Archivo Edición Vista Comunicación Acciones Ventana Ayuda
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYA VISUALIZAR REGISTRO MEDICO IRME90
Paciente: 105842 ANGEL 14:21:50
Fecha ..: 2014/11/28 Hora: 14:45 15/07/01
Médico..: OÑATE CONDO VIVIANA NATAL Area: AMB CONSU.3 CONSULTA EMER
EVOLUCION
** 2014/11/28 14:45 ADMISION (EMERGEN UTB/EMERGENCIAS **
PACIENTE DE 90 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE POR PRIMERA VEZ A ESTE ESTABLECIMIENTO
EN COMPAÑÍA DE SU EX ESPOSA QUIEN REFIERE CUADRO CLÍNICO 15 DÍAS DE
EVOLUCIÓN CON INSOMNIO, AGITACIÓN PSICOMOTRIZ, AGRESIVIDAD FÍSICA "ME
GOLPEO Y DICE INCOHERENTES" SIC, HABLAINCOHERENTE, DELIRIOS DE REFERENCIAS,
COPROLÁLICO, ALUCINACIONES VISUALES, APETITO CONSERVADA.
ENFERMEDAD INICIA HACE 5 MESES POSTERIOR A TENER FRACTURA DE FÉMUR,
QUEDO CON DISCAPACIDAD PARA CAMINAR, YDESDE ENTONCES PASÓ TRISTE, NO QUERÍA
SALIR DEL CUARTO, LUEGO CAMBIOS DE CONDUCTA, INSOMNIO, INCOHERENCIAS,
ALUCINACIONES VISUALES. ESTABA EN TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO PARTICULAR
CON ANPASIQUE, NIMODILAC, NEURYL TAB 2MG, RISPERIDONA GOTAS 3-0-10 PERO
FAMILIAR MANIFIESTA QUE HA ESTADO PEOR.
Más...
F7=Primer reg. F8=Ultimo reg. F9=Reg. Siguiente F10=Reg.Anterior
F3=Salir F17=Inicio pág. F18=Fin pág. F21=Reporte F22=Rep. diario
MA a A 06/002
I902 - Sesión iniciada satisfactoriamente

No.	CIE-10	Estado Civil	Género	Edad	Agresividad	Depresión	Apatía	Hiperactividad motora / agitación	Psicosis	Euforia / manía	Alteraciones del apetito	Trastornos del sueño	Enfermedades concomitantes	Número de Urgencias Neuropsiquiatricas
30	F41	CASADO	M	72	2	1	2	1	2	2	2	1	NO HAY DATOS	3
31	F32	SOLTERO	F	82	2	1	1	2	2	2	1	1	HEMORROIDES / CATARATA / DESCENSO DE VEJIGA	4
32	F03	CASADO	M	92	1	2	2	2	1	2	2	1	BRONQUIECTASIA	3
33	F03	CASADO	M	84	1	2	2	2	1	2	1	1	HTA / ARRITMIA CARDIACA / CATARATA	4
34	F41	CASADO	M	67	2	1	1	1	1	2	2	1	PROBLEMAS DE COLON	5
35	F03	SOLTERO	M	65	1	2	2	1	2	2	1	1	TCE	4
36	F51	CASADO	M	73	2	2	2	2	2	2	2	1	CANCER DE PROSTATA	1
37	F41	CASADO	F	71	2	2	2	2	2	2	2	1	HTA / COLELITIASIS	1
38	R06	SOLTERO	M	79	2	2	2	2	2	2	2	2	NO HAY DATOS	0
39	F32	VIUDO	F	73	2	2	2	1	1	2	1	1	CARDIOPATIA HIPERTENSIVA / COLITIS	4
40	F51	CASADO	F	79	2	2	2	2	2	2	2	1	HTA / TROMBOCITOPENIA	1
41	F01	CASADO	M	68	1	2	2	1	1	2	1	2	ECV	4
42	G44	SOLTERO	M	76	2	2	2	2	2	2	2	2	HTA	0
43	F03	VIUDO	M	84	1	2	2	1	1	2	2	1	TCE	4
44	F51	CASADO	M	68	2	2	2	2	2	2	2	1	HERPES ZOSTER	1
45	I10	CASADO	M	67	2	2	2	2	2	2	2	2	EPILEPSIA / ALCOHOL	0
46	F32	SOLTERO	M	72	2	1	2	1	2	2	1	1	HTA / DM 2	4
47	R55	CASADO	M	78	2	2	2	2	2	2	2	2	NINGUNO	0
48	F03	CASADO	M	84	1	1	2	1	1	2	2	1	HTA / EPOC	5
49	F99	CASADO	M	87	2	2	2	1	2	2	2	1	CARDIOPATIA / ARRITMIA	2
50	F00	CASADO	M	71	1	1	2	1	1	2	2	1	NINGUNO	5

No.	CIE-10	Estado Civil	Género	Edad	Agresividad	Depresión	Apatía	Hiperactividad motora / agitación	Psicosis	Euforia / manía	Alteraciones del apetito	Trastornos del sueño	Enfermedades concomitantes	Número de Urgencias Neuropsiquiatricas
51	F01	UNION LIBRE	M	80	1	1	2	2	1	2	2	1	HTA / ECV / PROBLEMAS DE PROSTATA	4
52	F06	CASADO	F	67	1	2	2	1	2	2	2	2	NO HAY DATOS	2
53	F00	CASADO	M	72	1	1	2	2	1	2	1	1	TCE	5
54	F03	SOLTERO	M	84	1	2	2	2	1	2	2	1	NO HAY DATOS	3
55	F03	CASADO	M	71	1	2	2	1	1	2	1	1	LES / DM 2 / HERPES	5
56	F03	SOLTERO	F	84	1	2	2	2	2	2	2	1	HTA / HIPOTIROIDISMO	2
57	F41	CASADO	F	65	2	1	1	2	2	2	2	1	HTA / DM 2	3
58	R03	SOLTERO	F	84	1	2	2	1	1	2	1	1	HTA / POLITRAUMATISMO	5
59	F51	CASADO	M	65	1	1	1	1	2	1	1	1	COLITIS	7
60	F44	CASADO	F	70	1	2	2	1	2	2	2	2	NINGUNO	2
61	F06	CASADO	F	89	2	2	2	2	1	2	2	2	NINGUNO	1
62	F03	SOLTERO	M	74	2	2	2	1	2	2	2	2	DM 2	1
63	F41	SOLTERO	F	70	2	1	1	1	2	2	2	1	NINGUNO	4
64	F06	SOLTERO	M	73	1	2	2	2	1	2	2	1	HTA / TCE / HIPOACUSIA / DEFICIT VISUAL / DISFRASIA / ALCOHOL	3
65	F03	SOLTERO	M	85	1	1	2	1	1	1	2	1	HTA	6
66	F06	SOLTERO	F	88	1	1	2	2	2	2	2	2	TCE	2
67	F41	SOLTERO	M	66	2	1	2	1	2	2	1	1	TUBERCULOSIS	4
68	F41	VIUDO	M	80	2	2	2	2	2	2	2	2	NINGUNO	0
69	F03	CASADO	F	91	1	2	2	1	2	2	1	2	NO HAY DATOS	3
70	F03	SOLTERO	M	74	1	2	2	1	1	2	2	1	ASMA / TCE	4
71	F00	UNION LIBRE	M	85	2	2	2	2	2	2	2	2	NINGUNO	0

No.	CIE-10	Estado Civil	Género	Edad	Agresividad	Depresión	Apatía	Hiperactividad motora / agitación	Psicosis	Euforia / manía	Alteraciones del apetito	Trastornos del sueño	Enfermedades concomitantes	Número de Urgencias Neuropsiquiatricas
72	F03	DIVORCIADO	M	71	1	2	2	1	2	1	2	1	NO HAY DATOS	4
73	F23	SOLTERO	F	78	2	2	2	2	1	2	2	1	ARTROSIS / TUMOR EN PALADAR	2
74	F06	VIUDO	M	83	1	2	2	2	2	2	1	1	HTA / DM 2 / ECV / MARCAPASO	3
75	F41	UNION LIBRE	F	69	1	1	2	1	1	2	1	1	NINGUNO	6
76	F32	SOLTERO	F	73	2	1	2	1	1	2	2	1	PROLAPSO VAGINAL	4
77	F41	UNION LIBRE	F	75	2	2	2	1	2	2	1	2	NO HAY DATOS	2
78	F32	UNION LIBRE	F	79	1	1	1	2	1	2	1	1	HTA	6
79	F03	SOLTERO	F	71	1	2	2	1	1	1	1	1	DM 2 / HTA	6
80	F99	SOLTERO	M	82	2	1	2	1	1	2	2	1	ESTREÑIMIENTO / FX DE FEMUR	4
81	F41	VIUDO	F	82	2	1	2	2	1	2	2	1	FX DE PIERNA / TCE	3
82	F03	SOLTERO	M	68	1	2	2	1	1	2	2	2	NO HAY DATOS	3
83	F99	SOLTERO	F	74	2	1	2	2	2	2	1	2	NO HAY DATOS	2
84	F03	UNION LIBRE	F	74	1	2	2	1	1	1	1	1	CX OCULAR / PROLAPSO UTERINO	6
85	F03	CASADO	M	75	1	2	2	1	1	2	2	1	HTA / ECV	4
86	F51	SOLTERO	M	90	2	2	2	2	2	2	2	1	HTA / CATARATAS / HIPOACUSIA	1
87	F03	SOLTERO	M	79	2	1	2	2	2	1	1	2	NINGUNO	3
88	F03	CASADO	M	86	1	2	2	2	1	2	1	1	BRONQUITIS / CONSUMO DE ALCOHOL	4
89	F06	SOLTERO	F	68	1	2	2	1	2	2	2	2	HTA	2
90	F41	CASADO	F	67	2	1	2	2	2	2	2	2	NO HAY DATOS	1
91	F03	SOLTERO	M	70	1	2	2	1	1	2	2	1	PROBLEMAS DE COLON	4
92	F32	CASADO	F	72	2	1	1	2	2	2	2	1	NINGUNO	3
93	F03	VIUDO	F	79	1	2	2	2	1	2	2	1	HTA / DM 2	3

No.	CIE-10	Estado Civil	Género	Edad	Agresividad	Depresión	Apatía	Hiperactividad motora / agitación	Psicosis	Euforia / manía	Alteraciones del apetito	Trastornos del sueño	Enfermedades concomitantes	Número de Urgencias Neuropsiquiatricas
94	F03	CASADO	M	80	1	2	2	1	1	2	2	1	HTA	4
95	F01	CASADO	M	72	1	2	2	1	1	1	1	2	HTA / HPB / ECV	5
96	F99	VIUDO	F	82	1	2	2	2	1	2	1	1	NO HAY DATOS	4
97	F06	SOLTERO	F	89	2	2	2	1	1	2	1	1	HIGROMA FRONTOPARIETAL	4
98	F00	UNION LIBRE	M	74	1	2	2	2	1	2	1	1	NINGUNO	4
99	F01	CASADO	M	79	2	2	2	2	2	2	2	2	HTA / OPERADO DE PROSTATA / CANCER DE CUERDAS VOCALES / TABACO	0
100	F00	SOLTERO	M	86	2	2	2	2	1	2	2	2	NINGUNO	1
101	I10	VIUDO	F	72	2	2	2	2	2	2	2	2	DM 2	0
102	F01	SOLTERO	F	76	2	1	1	2	1	2	2	1	HTA / ESTREÑIMIENTO	4
103	F99	VIUDO	F	73	1	1	1	2	1	2	1	2	NO HAY DATOS	5
104	F32	SOLTERO	M	74	2	1	2	2	1	2	2	1	HTA / ECV / ESTREÑIMIENTO / ENFERMEDAD PROSTATICA	3
105	F03	CASADO	M	81	1	2	2	2	2	2	2	1	HTA / ENFERMEDAD PROSTATICA	2
106	F03	VIUDO	M	93	1	2	2	2	1	2	2	1	NINGUNO	3
107	F03	CASADO	M	74	2	2	2	1	2	2	2	2	DM 2 / HIPOTIROIDISMO / HIPERCOLESTEROLEMIA	1
108	F03	SOLTERO	F	85	1	2	2	1	1	2	2	2	CATARATA	3
109	F06	CASADO	M	71	2	1	1	1	1	2	2	1	HTA / ECV / PROBLEMAS DE PROSTATA	5
110	F41	VIUDO	M	69	2	1	1	2	1	2	2	1	NODULO TIROIDEO / MIOCARDIOESCLEROSIS /	4

No.	CIE-10	Estado Civil	Género	Edad	Agresividad	Depresión	Apatía	Hiperactividad motora / agitación	Psicosis	Euforia / manía	Alteraciones del apetito	Trastornos del sueño	Enfermedades concomitantes	Número de Urgencias Neuropsiquiatricas
111	F03	SOLTERO	M	84	1	2	2	1	2	2	2	1	NINGUNO	3
112	F03	VIUDO	F	95	1	2	2	1	1	2	1	1	NO HAY DATOS	5
113	F03	SOLTERO	F	76	1	2	2	1	1	2	2	2	NINGUNO	3
114	F03	CASADO	M	71	2	2	2	1	1	2	1	1	ALCOHOL	4
115	F06	CASADO	F	70	2	2	2	2	1	2	1	1	TCE / HIPOACUSIA / ARTRITIS	3
116	F00	CASADO	M	84	1	1	2	2	2	2	2	1	IAM	3
117	F06	SOLTERO	M	73	1	2	2	1	1	2	2	2	EPILEPSIA	3
118	F03	VIUDO	M	88	2	2	2	2	1	2	2	1	GLAUCOMA + CATARATA + ESTREÑIMIENTO	2
119	F03	VIUDO	F	92	1	2	2	2	1	2	2	1	NINGUNO	3
120	F44	SOLTERO	F	66	2	2	1	2	2	2	1	2	ASMA	2
121	F03	CASADO	M	68	1	1	2	1	1	1	2	1	HTA	6
122	F41	CASADO	M	66	2	1	2	2	2	2	2	2	HEMORROIDES	1
123	F99	VIUDO	F	80	2	2	2	2	1	2	2	1	NO HAY DATOS	2
124	F06	CASADO	M	73	1	2	2	1	2	2	2	2	NO HAY DATOS	2
125	F06	CASADO	M	65	1	1	2	2	1	2	2	2	HIPERURICEMIA / ALCOHOL / TABACO	3
126	F32	CASADO	F	72	2	1	2	2	1	2	2	1	ENCOPRESIS / DM 2	3
127	G20	SOLTERO	F	70	2	2	2	2	2	2	2	1	NINGUNO	1
128	G40	SOLTERO	M	65	2	2	2	2	2	2	2	2	EPILEPSIA	0
129	F20	SOLTERO	M	72	2	2	2	1	1	2	1	1	HTA / LITIASIS RENAL	4
130	F23	CASADO	F	87	1	1	2	2	1	2	2	1	NO HAY DATOS	4
131	F01	CASADO	M	84	2	2	2	1	1	2	2	2	PARALISIS FACIAL / HTA / INSUFICIENCIA	2

No.	CIE-10	Estado Civil	Género	Edad	Agresividad	Depresión	Apatía	Hiperactividad motora / agitación	Psicosis	Euforia / manía	Alteraciones del apetito	Trastornos del sueño	Enfermedades concomitantes	Número de Urgencias Neuropsiquiatricas
132	F03	CASADO	F	82	2	2	2	2	1	2	1	1	NO HAY DATOS	3
133	F23	CASADO	F	67	1	1	1	2	1	2	2	1	DM 2	5
134	G44	CASADO	F	70	2	2	2	2	2	2	2	2	NO HAY DATOS	0
135	F99	CASADO	M	73	1	1	1	1	1	2	2	1	HTA / DM 2 / TUMOR RENAL	6
136	F03	SOLTERO	F	85	1	2	2	2	1	2	2	2	HTA	2
137	F03	VIUDO	F	80	2	2	2	1	1	2	1	2	NO HAY DATOS	3
138	F02	CASADO	M	93	1	2	2	2	1	2	2	2	NINGUNO	2
139	F41	SOLTERO	F	66	2	2	2	2	2	2	2	2	HTA / DM 2	0
140	F06	CASADO	M	67	1	1	2	1	1	2	1	1	EPILEPSIA / TCE / ALCOHOL	6
141	F07	SOLTERO	M	73	2	2	2	2	2	2	2	2	TCE	0
142	G43	CASADO	M	66	2	2	2	2	2	2	2	1	NINGUNO	1
143	F03	CASADO	F	80	1	1	2	1	1	2	2	1	HTA / DM 2	5
144	S06	SOLTERO	M	68	2	2	2	2	2	2	2	2	HTA / CARDIOPATIA / DM 2	0
145	F06	CASADO	F	65	2	2	2	2	2	2	1	2	HIPOTIROIDISMO	1
146	F02	VIUDO	F	77	2	1	2	2	1	2	1	1	HTA / DM 2	4
147	F03	DIVORCIADO	M	72	2	2	2	2	2	2	2	2	COREA DE HUNTINTONG / TABACO	0
148	F06	UNION LIBRE	M	70	2	2	2	2	2	2	1	1	GLAUCOMA / DEPRESION Y ANSIEDAD	2
149	F03	VIUDO	M	83	1	2	2	2	2	2	2	2	NO HAY DATOS	1
150	F03	SOLTERO	F	84	2	2	2	1	2	2	2	2	NO HAY DATOS	1
151	F41	SOLTERO	F	68	1	2	2	1	1	2	2	2	NO HAY DATOS	3
152	G44	SOLTERO	F	83	2	2	2	2	2	2	2	2	NINGUNO	0
153	F31	DIVORCIADO	F	74	2	2	2	1	2	1	1	1	HIPOTIROIDISMO / TUMOR PULMONAR	4

No.	CIE-10	Estado Civil	Género	Edad	Agresividad	Depresión	Apatía	Hiperactividad motora / agitación	Psicosis	Euforia / manía	Alteraciones del apetito	Trastornos del sueño	Enfermedades concomitantes	Número de Urgencias Neuropsiquiatricas
154	F00	SOLTERO	M	68	2	2	2	2	2	1	2	2	NINGUNO	1
155	F01	VIUDO	F	89	2	1	2	2	1	1	2	1	HTA / SOPLO CARDIACO	4
156	F06	VIUDO	F	90	2	2	2	2	1	2	2	1	HTA	2
157	F03	SOLTERO	F	91	2	2	2	2	2	2	2	1	HTA	1
158	F06	SOLTERO	F	71	1	2	2	1	2	2	1	2	NO HAY DATOS	3
159	F03	CASADO	M	83	1	2	2	2	1	2	2	2	NO HAY DATOS	2
160	F06	SOLTERO	F	91	1	1	1	1	2	1	2	1	NO HAY DATOS	6
161	F20	CASADO	F	84	1	2	2	2	1	2	2	1	NINGUNO	3
162	F03	SOLTERO	F	91	1	2	2	2	2	2	2	2	NINGUNO	1
163	F03	VIUDO	F	83	1	2	2	2	1	1	2	2	NO HAY DATOS	3
164	F06	SOLTERO	M	83	1	2	2	2	2	2	2	1	NO HAY DATOS	2
165	F03	SOLTERO	F	84	2	2	2	1	2	2	2	2	NINGUNO	1
166	F06	VIUDO	F	78	1	2	2	1	1	2	2	1	PERDIDA DE VISION	4
167	F03	VIUDO	M	88	1	2	2	1	2	2	1	1	EPOC / ALCOHOL	4
168	F41	UNION LIBRE	F	73	2	2	1	1	1	2	1	2	CATARATA	4
169	F41	CASADO	F	68	1	1	2	2	2	2	2	1	NO HAY DATOS	3
170	F00	CASADO	M	73	1	2	2	1	1	2	2	1	MO HAY DATOS	4
171	F51	CASADO	F	72	1	2	2	2	1	2	2	1	DM 2 / IRC	3
172	F41	SOLTERO	F	66	2	2	2	2	2	2	2	2	NO HAY DATOS	0
173	F33	SOLTERO	F	71	2	1	2	1	2	2	1	1	HTA	4
174	F41	CASADO	M	67	2	1	1	1	1	2	2	1	PROBLEMAS DE COLON	5

Presidencia de la República del Ecuador

Plan Nacional de Ciencia y Tecnología

SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR, CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: "URGENCIAS NEUROPSIQUIÁTRICAS EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR ATENDIDAS EN EL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE LA JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL. 2014"		
AUTOR: Md. Glenda Jaramillo Chacón	**TUTOR:** Dra. Elva Carreño Cortez	
	REVISOR: Dra. Clara Jaime Game	
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	**FACULTAD:** Ciencias Médicas	
CARRERA: Psiquiatría y Salud Mental		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	**No. DE PÁGS:** 83	
ÁREAS TEMÁTICAS: Neurológicas		
PALABRAS CLAVE: Adulto mayor. Urgencias neuropsiquiátricas. Factores de riesgo		
RESUMEN: La población de pacientes geriátricos está aumentando de manera importante en el mundo, un fenómeno que puede observarse también en el Ecuador. Esta población representa demandas especiales en salud, aunque se están haciendo esfuerzos por caracterizar esta demanda. Sin embargo, en lo referente a salud mental, los trabajos en este sentido son casi inexistentes, lo que es un problema al momento de preparar a las instituciones que brindan servicios de atención de urgencias neuropsiquiátricas para la futura situación frente a las demandas de esta población. Con el objetivo de determinar la incidencia de atenciones por urgencias neuropsiquiátricas brindadas a pacientes adultos mayores en el Servicio de Emergencia del Hospital Psiquiátrico del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil en el 2014, se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron 174 pacientes de manera aleatoria. Los resultados mostraron que los trastornos del sueño (63%), la psicosis (54%) y la agresividad (51%) fueron las 3 primeras causas de consulta por urgencia neuropsiquiátrica. Entre los factores de riesgo, solo la presencia de enfermedad concomitante se asoció con un aumento significativo del número de casos de trastornos de sueño (p 0.000). La proporción de hombres y mujeres fue similar (48% vs 52%). La edad promedio de las pacientes fue de 77 ± 8 años. Se concluye que las urgencias neuropsiquiátricas presentes entre los pacientes no son las que han sido informadas en la mayor parte de los estudios, y esto determina la necesidad de realizar un análisis de tal hallazgo.		
No. DE REGISTRO (en base de datos):	**No. DE CLASIFICACIÓN:**	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	x **SI**	☐ **NO**
CONTACTO CON AUTOR/ES:	**Teléfono:** 0990223759	**E-mail:** chiquita15_myg@yahoo.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	**Nombre:** SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS	
	Teléfono: 2288086	
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com	