

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**“Factores Asociados a Trastornos del Nivel y Contenido de la
Conciencia en Pacientes del Pabellón E-1 del Hospital Nacional
Hipólito Unanue durante el 2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO
CIRUJANO**

Picón Alcántara, Salvador Orfilio

**DR. JHONY ALBERTO DE LA CRUZ VARGAS
DIRECTOR**

**ASESORA:
MAGISTER PATRICIA SEGURA NUÑEZ**

LIMA - PERU

AGRADECIMIENTO:

A Dios por su infinita bondad, sabiduría y por colmar mi vida de tantas bendiciones, a mis queridos padres quienes estuvieron conmigo siempre durante mis años de carrera y a mis grandes maestros que llegue a conocer y quienes me apoyaron para hacer de mi vocación una realidad.

DEDICATORIA:

A mis padres Lucho y Lilian quienes me dieron fuerzas para que culmine mi vocación de Medico; a mis abuelos Vicente y Elvia y a papa “Orfilio” y a mi querida Mama “Lucha” quien desde el cielo me guía en mi camino y me acompañan en cada paso que doy en la Vida.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores asociados a trastornos del nivel y contenido de la conciencia en pacientes del pabellón E1 del HNHU durante el 2016.

Métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo y analítico en el servicio de Medicina Pabellón E-1 del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Resultados: La mayoría de la población en estudio resultaron ser adultos mayores (más de 60 años) además que dentro del grupo de adultos menores de 60 años sólo el 22.2% presento estado confusional con ideación delirante; el género en el que más predominó fue en el femenino, 74 de los 199 pacientes en estudio usaron ventilación mecánica en algún momento; 152 de los 199 pacientes usaron sonda nasogástrica en algún momento durante su hospitalización.

Conclusiones: Se determinó que el principal factor asociado en este caso es la edad; para tal caso se vio está relacionada también con la menor presencia de estado confusional con ideación delirante. No se encontró relación significativa con el resto de variables estudiadas.

Palabras Claves: **Conciencia, niveles de conciencia, alteraciones de la conciencia**

SUMMARY

Objective: To identify the factors associated with disorders of level and content of consciousness in patients of the E1 HNHU pavilion during 2016.

METHODS: An observational, retrospective and analytical study was performed at the Medical Service Pavilion E-1 of the National Hospital Hipólito Unanue.

Results: The majority of the study population were older adults (over 60 years of age); in the group of adults under 60, only 22.2% had a confusional state with delusional ideation; The gender in which most predominated was in the female, 74 of the 199 patients under study used mechanical ventilation at some point; 152 of the 199 patients used a nasogastric tube at some point during their hospitalization.

Conclusions: It was determined that the main factor associated in this case is age; For this case was also related to the lower presence of confusional state with delusional ideation. No significant relationship was found with the other variables studied.

Key Words: Consciousness, levels of consciousness, alterations of consciousness

INDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCION.....	7
1.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN Y LUGAR DE EJECUCIÓN.....	7
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	8
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
1.6 HIPÓTESIS.....	9
CAPÍTULO II : MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 BASES TEÓRICAS.....	11
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
CAPÍTULO III : METODOLOGÍA DEL ESTUDIO.....	21
3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	21
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO.....	21
3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	21
3.4 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	22
CAPÍTULO IV : RESULTADOS.....	23
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	50
CONCLUSIONES.....	54
RECOMENDACIONES.....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ANEXOS.....	58

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Línea de Investigación y Lugar de Ejecución

- El presente trabajo tiene como línea de investigación el área de Medicina Interna y Neurocirugía, el lugar de ejecución es el departamento de Medicina Interna pabellón E-1 del Hospital Nacional Hipólito Unanue

1.2 Planteamiento del Problema

Siendo los trastornos del nivel de Conciencia las causas de atención cotidiana en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, es importante determinar los diversos factores asociados a los trastornos de conciencia, ya que este cuadro clínico predispone con frecuencia a la complicación y muerte de los pacientes. (1) (13)

En los últimos años se ha apreciado grandes avances en la fisiopatología de los trastornos de Conciencia lo cual ha favorecido el desarrollo de nuevas medidas diagnósticas y terapéuticas, la atención inmediata en trauma shock ha progresado notablemente en este tipo de entidad, se están perfeccionando las unidades neurointensivas. Paralelo a esto se está generando un incremento en la gravedad de las secuelas lo que plantea un auténtico reto para la sociedad.

Conocer las variables tales como la edad, sexo, duración del periodo de coma, naturaleza de la lesión, complicaciones desarrolladas, uso de la ventilación mecánica, puntuación en la Escala de Coma de Glasgow, nos ayudará a establecer un pronóstico sobre la mortalidad, así como el nivel de discapacidad futuro, de modo que se pueda actuar desde el inicio para mejorar el grado de reintegración social y optimizar la atención que posteriormente debe ser dada.

1.3 Formulación del Problema:

1.3.1 Pregunta General

¿CUÁLES SON LOS FACTORES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DEL NIVEL Y CONTENIDO DE LA CONCIENCIA EN PACIENTES DEL PABELLON E-1 DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE DURANTE EL 2016?

1.4 Justificación:

Se considera importante la siguiente investigación, debido a que en el Hospital Nacional Hipólito Unanue es frecuente el cuadro clínico de trastorno del nivel de conciencia, y es aún más frecuente las complicaciones que demuestran dichos pacientes por diversos factores asociados que ya presentan al ingreso a la emergencia. Cuando un individuo está despierto y con adecuada comprensión de sí mismo y del entorno se denomina que esta consciente. La alteración de conciencia necesita precisar si define alteración del nivel y entonces el paciente podrá estar obnubilado, estuporoso, o en coma en sus distinto grados (superficial, profundo) o alteración del contenido, es decir estar confuso (desorientado tempero-espacialmente, con dificultad para mantener la atención), con o sin ideación delirante. (1)

Los diversos factores asociados que pueden estar presente en los pacientes que llegan con trastornos de conciencia; influyen de manera que contribuyen y complican el cuadro clínico, siendo así un problema social y económico para la institución. Debido a que los pacientes se complican con la estadía continúa en cama, y el estar expuesto a diversas enfermedades en el nosocomio. Esto aumenta los días de hospitalización que se requerirán. Así como en algunos casos, también influye en reiterativos ingresos al hospital.

Es por eso, que con este trabajo, al determinar los factores asociados al trastorno del nivel de conciencia, se podrá implementar las medidas de atención adecuada en emergencia para que nuestros pacientes no tengan secuelas que requieren atención de toda la familia y aumenta el costo en su cuidado.

1.5 Objetivos:

- General:

Identificar los factores asociados a trastornos del nivel y contenido de la conciencia en pacientes del pabellón E1 del HNHU durante el 2016.

- Específicos:

- Identificar el factor asociado de mayor prevalencia en los pacientes con trastorno del nivel y contenido de la conciencia en pacientes del pabellón E1 del HNHU durante el 2016.
- Demostrar que la existencia de una enfermedad crónica de fondo es un factor muy importante para llegar a desarrollar trastorno del nivel y contenido de conciencia en pacientes del pabellón E1 del HNHU durante el 2016
- Demostrar que existen relación entre las distintas variables y el estado confusional con ideación delirante

1.6 Hipótesis:

Hipótesis general:

Existen factores asociados al trastorno del nivel y contenido de la conciencia en pacientes del pabellón E1 del HNHU durante el 2016.

Hipótesis específicas:

- El factor edad es el factor asociado de mayor prevalencia en los pacientes con trastorno del nivel y contenido de la conciencia del pabellón E1 del HNHU durante el 2016.

- ii. La existencia de una enfermedad crónica de fondo es un factor muy importante para llegar a desarrollar trastorno del nivel y contenido de conciencia en pacientes del pabellón E1 del HNHU durante el 2016
- iii. Existe relación entre las distintas variables planteadas y estado confusional con ideación delirante

CAPÍTULO II : MARCO TEÓRICO

2.1 BASES TEÓRICAS

El vocablo conciencia proviene del término latino “conscientia” y éste del griego συνείδησις, que a su vez deriva del verbo consciere del mismo origen; de acuerdo con la Real Academia de la Lengua Española, se define como el “conocimiento inmediato que el sujeto tiene de sí mismo, de sus actos y reflexiones”, y como la “capacidad de los seres humanos de verse y reconocerse a sí mismos y de juzgar sobre esa visión y reconocimiento”. En la misma referencia se encuentra la palabra conciencia, que deriva de la misma palabra latina conscientia, y se define como la “propiedad del espíritu humano de reconocerse en sus atributos esenciales y en todas las modificaciones que en sí mismo experimenta”, y también como el “conocimiento interior del bien y del mal”. (2) El concepto de consciencia es frecuentemente abordado desde las perspectivas filosóficas y psiquiátricas en razón de estar muy vinculado con el significado de mente.(6) Desde estas visiones, se asume que en la medida que sepamos de la consciencia humana será posible conocer el comportamiento de la mente y su relación o superposición con el funcionamiento del cerebro; aquí es donde la perspectiva neurobiológica tiene su propia acepción, ya que parte de la premisa de que el cerebro es la estructura donde se procesan las funciones mentales indispensables para la elaboración de la conciencia. A partir de la concepción neurobiológica, el cerebro humano discurrió por varios pasos de especialización filogenética para lograr la capacidad de autopercibirse; (7) así, antes de conseguir la facultad funcional de “conciencia” tuvo que adquirir la capacidad de mantenerse en contacto con el medio (despierto), atenderle (atención) y finalmente interactuar con él; estas funciones encefálicas rompen el paradigma de funcionalidad especializada limitada en áreas cerebrales específicas, ya que para su realización son necesarias la activación y el funcionamiento normal de todo el encéfalo (“función encefálica global”) y particularmente la corteza. (2)

La conciencia es una función que se realiza en las diversas estructuras derivadas del telencéfalo, fundamentalmente en la corteza cerebral. La corteza cerebral es una estructura extensa que mide alrededor de 2,500 cm², en la que, de manera conservadora se calcula que existen 10,000 millones de neuronas, con cerca de 50

trillones de sinapsis. (3) De estos datos puede desprenderse que para que las lesiones anatómicas corticales induzcan pérdida de la vigilia deben ser muy amplias o, bien, inmiscuir de alguna manera al sistema activador reticular ascendente; y por supuesto, las causas extra neurológicas suelen obedecer a trastornos sistémicos, intoxicaciones o fármacos que llegan a través del torrente sanguíneo o a un defecto en el mismo. Obviamente las situaciones que afecten la funcionalidad o integridad anatómica de ambas estructuras (sistema activador reticular ascendente y corteza cerebral) producirán deterioro del estado de alerta (vigilia); estas eventualidades suelen estar asociadas con hipoxia, hipoglucemia, sustancias depresoras de la función neurológica (aquéllas producto de malfunción de un órgano, como ocurre en la insuficiencia hepática, renal, etc.) o con efectos de fármacos depresores (barbitúricos) o tóxicos exógenos.

La relación entre el sueño fisiológico y el patológico (coma) pudo aclararse cuando se conoció que la capacidad de un individuo para mantenerse despierto depende del correcto funcionamiento de la sustancia reticular activadora ascendente (SRAA), proyectándose sobre la corteza cerebral. Cuando esta activación disminuye, el individuo se duerme, si bien puede despertarse fácilmente con estímulos sensitivos.

La SRAA se extiende desde la parte media pontina a los núcleos intralaminares de línea media y reticulares del tálamo. Cualquier lesión de estas estructuras, directa o indirecta por haberse originado conos de presión, va a producir en mayor o menor grado una disminución del nivel de vigilancia. (8) Inicialmente se intentó restringir el nombre de coma para las situaciones clínicas derivadas únicamente del daño de la SRAA, pero en los casos de daño cortical masivo, aunque la SRAA esté íntegra, no podrá activar la corteza y la apariencia clínica será muy similar a la derivada de lesiones de SRRA, por lo que actualmente suele aceptarse la denominación de coma, para las situaciones de falta de respuesta a estímulos externos derivadas tanto de daño cortical, y subcortical difuso bihemisférico, como de lesiones focales que afecten al tegmento pontomesencefálico o al tálamo paramediano bilateral. La disfunción de la SRRA puede depender no sólo de alteraciones estructurales sino de alteraciones funcionales en relación con hipoxia, alteraciones metabólicas o ingesta de fármacos o tóxicos. Se denomina coma de origen neurológico al primero y de origen metabólico al segundo. En este caso la alteración funcional compromete a todo el encéfalo y no sólo a los circuitos de la SRRA. (1)

Cuando se utiliza el término alteración de conciencia para explicar la situación de un individuo, tenemos que precisar que podemos estar refiriéndonos a su nivel de vigilancia o a su capacidad de interactuar con el entorno y comprender adecuadamente la realidad que le rodea. Por tanto, en lo referente a la conciencia con independencia del estado general y de las causas que estén actuando, un paciente puede presentar alteración del nivel y en este caso puede estar: obnubilado, estuporoso, o en coma en sus distintos grados (superficial, profundo). Pero también puede presentar alteración del contenido, es decir, estar confuso (desorientado témporo-espacialmente, con dificultad para mantener la atención) con o sin ideación delirante. En este segundo supuesto, denominado síndrome confusional, pueden darse todas las posibilidades intermedias, entre que el paciente mantenga una actitud pacífica o que esté agitado con una conducta autoagresiva o violenta hacia el entorno, que haga imposible explorarle y practicarle pruebas y por tanto obligue a una sedación forzada. La situación de confusión puede ser la etapa inicial tanto de un proceso que va a llevar gradualmente al coma como de un proceso que va a ocasionar una grave alteración conductual.

Fuente: Paciente con alteración de conciencia en urgencias - P. de Castro. Departamento de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. Anales Sis San Navarra vol.31 supl.1 2008

Las pérdidas transitorias del nivel de conciencia constituyen un motivo de consulta muy frecuente (hasta un 3% de las consultas en Urgencias y el 1% de los ingresos hospitalarios).

Las alteraciones en el nivel de conciencia son debidas a una disfunción de las estructuras cerebrales responsables de generar y mantener la reacción de despertar (sustancia reticular ascendente del tronco cerebral, de sus vías de conexión o de la propia corteza). El deterioro del nivel de conciencia (coma, estupor y somnolencia) y las alteraciones en su contenido (síndrome confusional), se manifiestan como la incapacidad para pensar de forma coherente, es decir, con la claridad y la rapidez acostumbradas. (4)

Etiología

Como ya fue analizado, cualquier proceso que afecte en forma significativa los hemisferios cerebrales o las estructuras subcorticales descritas puede determinar alteraciones de la conciencia. Las causas más frecuentes incluyen: trauma encefalocraneano (TEC), ataque cerebrovascular, encefalopatía anoxo-isquémica, sobredosis de drogas, tumores encefálicos e infecciones del SNC. (9) Esquemáticamente, estas etiologías pueden dividirse en dos grandes grupos: a. Injurias primarias del SNC, como: TEC, ataque cerebrovascular, etc. b. Manifestaciones cerebrales secundarias a alteraciones sistémicas, como: patologías tóxicas, metabólicas y endocrinológicas

Tabla I. Etiología de las alteraciones del estado de conciencia.	
I) Injurias cerebrales primarias	Ic) Lesiones de tronco encefálico:
Ia) Lesiones hemisféricas bilaterales o difusas:	Hemorragia, infarto o trauma
Trauma encefalocraneano.	Mielinólisis central pontina
Isquemia encefálica.	Compresión por desplazamiento cerebral (infarto, hematoma, tumor)
Hemorragia (subaracnoidea, parenquimatosa, intraventricular)	II) Injurias sistémicas
Encefalopatía anoxo-isquémica	Ila) Tóxicas:
Trombosis venosa cerebral.	Sobredosis de fármacos (opioides, benzodiacepinas, barbitúricos, neurolépticos, acetaminofeno, etc.)
Neoplasia encefálica.	Drogas de abuso (alcohol, etilenglicol, cocaína)
Meningoencefalitis.	Exposición a tóxicos (monóxido de carbono, metales pesados)
Estado epiléptico.	Ilb) Metabólicas:
Encefalopatía hipertensiva.	Sepsis
Síndrome de encefalopatía posterior reversible	Encefalopatía neumógena (Hipoxia, hipercapnia)
Encefalomieltitis aguda diseminada (ADEM)	Hipotermia
Hidrocefalia	Hipoglicemia, hiperglicemia.
Ib) Lesiones hemisféricas unilaterales (con desplazamiento de estructuras de línea media):	Hiponatremia, hipernatremia
Trauma encefalocraneano.	Hipercalemia
Infarto cerebral extenso	Falla hepática
Hemorragia intracerebral espontánea	Insuficiencia renal (uremia)
Absceso cerebral	Encefalopatía de Wernicke
Tumor cerebral	Ilc) Endócrinas:
	Panhipopituitarismo.
	Insuficiencia adrenal
	Hipertiroidismo, hipotiroidismo

Modificado de Stevens et al.⁴

Fuente: Alteraciones del estado de conciencia en la sala de emergencia. Dr. Pedro Grille. Profesor Adjunto de Medicina Intensiva. UCI Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UDELAR. Montevideo, Uruguay. Arch Med Interna 2013; 35(3):85-92 85- ISSN 0250-3816.

NIVELES DE CONCIENCIA

Hace más de 50 años, Delay y Pichot describieron siete niveles de conciencia, que van desde un estado de hipervigilancia hasta el sueño profundo.

Nivel I Es un estado de vigilancia excesiva como resultado de emociones intensas; en tales circunstancias, la conciencia del mundo exterior se encuentra debilitada y los procesos de atención están disminuidos, por lo que son difusos y engañosos. El electroencefalograma tiene un trazado desincronizado. El comportamiento es ineficaz y mal controlado.

Nivel II Es el estado de la conciencia vigilante por excelencia, corresponde a la existencia de atención selectiva, capaz a su vez de flexibilidad en función de las necesidades de adaptación; le pertenece la concentración. El electroencefalograma muestra un trazado parcialmente sincronizado. El comportamiento es eficaz, las reacciones son rápidas y óptimas en su adaptación.

Nivel III Corresponde a la existencia de una atención “flotante”, no concentrada, con producción de asociaciones libres en el pensamiento y con decremento relativo de la conciencia del mundo exterior. El electroencefalograma muestra un trazado sincronizado, con ritmo alfa bien organizado. Vigilancia relajada, donde coinciden la actividad automática y otras formas del pensamiento creador.

Nivel IV Es la conciencia que se observa durante la ensoñación. Los estímulos del mundo exterior son percibidos de forma muy atenuada. La conciencia se afecta, sobre todo el desarrollo de las ideas, que a menudo se expresan en forma de imágenes visuales. En el electroencefalograma se observa una disminución de ondas alfa y aparición ocasional de ondas lentas de baja amplitud. Hay somnolencia. La calidad del comportamiento es inadecuada, ya que es mal coordinado y desordenado en el tiempo.

Nivel V La pérdida de la conciencia de los estímulos del mundo exterior es casi total, el contenido de la conciencia es el pensamiento del sueño. En el electroencefalograma se nota la desaparición de las ondas alfa; el trazado es de bajo voltaje, relativamente rápido. La actividad fusiforme indica el paso a un estado más profundo, sin actividad de soñar.

Nivel VI La pérdida de la conciencia de los estímulos es completa. No existe ningún contenido de conciencia del que sea posible acordarse. En el electroencefalograma,

las ondas son lentas y de gran amplitud. Hay respuesta motora a los estímulos moderados. Sueño profundo.

Nivel VII Igual al anterior, pero las respuestas motoras a los estímulos son débiles o ausentes. En el electroencefalograma, las ondas son lentas e irregulares y tienden a un trazado isoelectrico.

ASPECTOS A VALORAR EN LA ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA

Son cinco puntos básicos que deben observarse en un paciente con alteración del estado de conciencia:

Clasificación de su estado de conciencia al ingreso

1- . Patrón Respiratorio

La respiración es controlada por dos sistemas, metabólico y conductal. El metabólico es el encargado de mantener una adecuada oxigenación así como un equilibrio ácido-básico óptimo. El control conductal se refleja en los cambios respiratorios durante el habla y con los estados emocionales. Ambos sistemas se integran en la porción inferior del tallo cerebral y la médula espinal. Las principales alteraciones del patrón respiratorio que se encuentran en la alteración de su estado de conciencia son:

a- Respiración de Cheyne-Stokes: se manifiesta por fases de hiperpnea que alternan con apneas. El ciclo respiratorio es regular y no puede interrumpirse. Es consecuencia de lesión diencefálica o de conexiones pontobulbares. coma metabólico. (10)

b- Hiperventilación neurógena central: el paciente hiperventila de manera sostenida y constante. Es consecuencia de lesión mesencefálica o de la parte superior de la protuberancia. coma estructural

c- Respiración apnéusica: es una detención prolongada luego de una inspiración completa. Refleja un daño en la porción medial o caudal del puente. coma estructural y metabólico (estado terminal) (11)

d- Respiración atáxica: sin ninguna periodicidad en el cual respiraciones superficiales y profundas que se localizan a lo largo de todo el ciclo respiratorio. Refleja un daño en la formación reticular del bulbo. Coma estructural

2-Tamaño y Reactividad de las Pupilas

Las características de las pupilas son de ayuda para el diagnóstico diferencial del coma metabólico y estructural. Las vías pupilares son relativamente resistentes a la alteración metabólica. Por ello, frente a un paciente con alteración del reflejo luminoso, debe considerarse primero la posibilidad de un daño estructural.

A nivel de mesencéfalo producirán pupilas de tamaño medio, redondas, regulares, con ausencia de respuesta frente al estímulo luminoso pero con conservación de la acomodación.

A nivel de puente producirá miosis intensa Pero con conservación de la reactividad a la luz.

Sustancias como la atropina y escopolamina producen pupilas dilatadas y fijas. Los opiáceos producen miosis intensa con reactividad a la luz conservada.

3- Movimientos Oculares

Al igual que el reflejo pupilar, los movimientos se alteran con mayor frecuencia en coma estructural. Se debe hacer lo siguiente: observar si los ojos se encuentran en ejes conjugados. para ello colocar una linterna a unos 30 cms de la cara y observar si la luz se refleja de manera similar en ambas pupilas. Si hay desviación conjugada de la mirada hacia el lado del hemicuerpo comprometido, la lesión es protuberancial. Si por el contrario, la mirada se desvía de manera conjugada hacia el hemicuerpo sano, la lesión es a nivel de hemisferios cerebrales.

Si hay movimientos oculares espontáneos, llamados movimientos errantes, nos indican integridad del tallo cerebral.

Parpadeo: el parpadeo espontáneo o en respuesta a un estímulo, nos indica la integridad de la formación reticular a nivel del puente.

Reflejo corneal: indica la integridad de las vías del tallo desde el mesencéfalo (III) hasta el puente(VII).

Respuesta oculocefálica: al mover la cabeza en cualquier dirección, los ojos permanecen en posición neutra o siguen el movimiento de la cabeza. En el paciente estuporoso o en coma superficial el movimiento se hace en sentido opuesto a la

cabeza. En el profundo este desaparece y los ojos permanecen en la línea media. Se pierden cuando hay una lesión en tallo.

Respuesta oculovestibulares: la cabeza elevada 30 grados. Se irrigan 120 ml de agua helada por el conducto auditivo. La respuesta normal es un nistagmus con un componente rápido hacia el lado opuesto al del oído irrigado. Abolidos en una lesión del tallo cerebral.

4- Respuestas Motoras

Estas alteraciones deben considerarse como actitudes motoras que reflejan un daño a diferentes niveles, se pueden considerar:

- la decorticación: nos indica desconexión de la corteza con el resto del sistema nervioso. Se caracteriza por flexión de los brazos, puños y dedos, con miembros superiores en aducción, en tanto que los miembros inferiores se encuentran en extensión, rotación interna y flexión plantar.
- La descerebración: se caracteriza por miembros superiores extendidos en hiperpronación y rotación interna, y aducción con empuñamiento de las manos y atrapamiento del pulgar entre ellos, con miembros inferiores en extensión y flexión plantar. El daño se encuentra entre los núcleos vestibulares y la formación reticular a nivel del puente.
- Hemiparesia con parálisis facial ipsi o contralateral.
- Disminución o ausencia de reflejos de retirada al dolor.
- Flacidez (12)

La evaluación y el manejo inicial de los pacientes con alteraciones del estado de conciencia constituyen un verdadero desafío clínico en la emergencia. Constituyen un continuo de alteraciones, muy dinámicas en su presentación y evolución, que van desde el estado normal de conciencia a la no respuesta total. Pueden deberse a factores muy variados, que incluyen tanto injurias primarias del SNC como fenómenos sistémicos que afectan secundariamente al encéfalo. El objetivo de su manejo inicial es maximizar la posibilidad de recuperación neurológica de estos pacientes, lo que incluye: la estabilización sistémica y neurológica, seguida de una intervención terapéutica dirigida a la etiología subyacente. Su pronóstico, difícil de

predecir en las primeras etapas, depende de la etiología del proceso, del grado de afectación encefálica y del adecuado manejo clínico inicial, constituyéndose por tanto en una real emergencia neurológica.

2.2 ANTECEDENTES:

En la investigación, se encontraron escasos trabajos sobre el trastorno del nivel y del contenido de la conciencia, no obstante, debido a que esta patología es una de las principales causas de morbimortalidad en el HNHU. Es de interés citar algunos trabajos de importancia.

P. de Castro. (2008 España) En el estudio se realiza una revisión de aspectos básicos de los trastornos del nivel y de la conciencia y del manejo de pacientes en la emergencia.

La alteración del nivel; el paciente podrá estar obnubilado, estuporoso, o en coma en sus distintos grados (superficial, profundo) o alteración del contenido, es decir estar confuso (desorientado temporo-espacialmente, con dificultad para mantener la atención), con o sin ideación delirante. El coma, en sentido estricto, se origina por disfunción estructural (neurológico) o funcional (metabólico) del sistema reticular activador ascendente, pero se admite que pueda también derivarse de daño cortico-subcortical difuso bihemisférico. En urgencias se comenzará con el triaje de situaciones que requieren tratamiento inmediato aplicando el protocolo habitual (ABC), a continuación se descartan patologías con riesgo vital que pueden ocasionar hipoxia cerebral: gasto cardíaco disminuido, shock e insuficiencia respiratoria y posteriormente se hace la valoración neurológica.

Dr. Pedro Grille (2013 – Uruguay) Las alteraciones del estado de conciencia constituyen una emergencia neurológica y/o neuroquirúrgica, que se presenta frecuentemente en la Sala o Departamento de Emergencia. La habilidad para establecer un diagnóstico correcto y manejar adecuadamente al paciente con una afectación neurológica de este tipo, requiere la actuación de un médico clínico entrenado, lo que va a impactar en una disminución de la morbimortalidad de estos pacientes. En esta revisión, se analizaron los aspectos fisiopatológicos, clínicos, terapéuticos y pronósticos de esta

situación clínica, poniendo énfasis en sus aspectos prácticos con vistas a realizar un adecuado manejo sistemático inicial de este tipo de pacientes.

Silvia García, Sergio Sauri Suárez (enero-marzo 2013- España) El estado de alerta y la conciencia son fenómenos biológicos de vital trascendencia en el ser humano, por lo que el conocimiento neurobiológico de estas funciones y de sus alteraciones proporcionará al clínico herramientas útiles para un apropiado diagnóstico, manejo y pronóstico del paciente aquejado de tales anormalidades. Ésta es la primera de dos partes de una revisión de procesos de tipo orgánico. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de Medline, Pubmed, Artemisa y LILACs de 1980 a 2012 de los siguientes vocablos: brain integrative functions, vegetative states, minimally conscious states, disorders of consciousness, behavioral of consciousness; además, se incluyeron textos y artículos clásicos sobre el tema más antiguos. De un despliegue de cientos de publicaciones, se eligieron las revisiones de autoridades en la materia y las que tenían niveles de evidencia mayor de 3. Los estados de vigilia y el sueño normal son eventos fisiológicos con mecanismos neurofuncionales en parte comprendidos, su disfunción produce alteraciones del estado de alerta y trastornos del sueño, su conocimiento y adecuada evaluación son indispensables en la práctica clínica.

Silvia García, Sergio Sauri Suárez (abril-junio 2013- España)

La conciencia es un fenómeno neurobiológico complejo en el que el individuo interactúa con su ambiente; cuando esta interacción se altera se habla de niveles de conciencia que se traducen en fenómenos clínicos diversos. En este artículo se revisan sus alteraciones y los niveles de conciencia. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de Medline, Pubmed, Artemisa y LILACS de 1980 a 2012 con los siguientes vocablos: consciousness, disorders of consciousness, behavioral of consciousness; se incluyeron textos y artículos clásicos más antiguos. De un despliegue de decenas de publicaciones se eligieron las revisiones de autoridades en la materia.

CAPITULO III: METODOLOGIA DEL ESTUDIO

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo y analítico en el departamento de Medicina Interna pabellón E-1 del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2016.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO

La población de estudio está conformada por la totalidad de pacientes (1815) atendidos en el departamento de Medicina Interna pabellón E-1 del hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2016, que ingresaron por Emergencia y que posteriormente fueron hospitalizados en el pabellón E-1 del departamento de Medicina Interna.

Aplicando criterios de inclusión y exclusión; así como haciendo uso de un muestreo aleatorio, se obtuvieron 199 pacientes en total que forman parte del presente estudio.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes que ingresan por emergencia del hospital nacional Hipólito Unanue con trastornos del nivel y contenido de la conciencia.
- Pacientes mayores de 18 años que ingresan al HNHU con trastornos del nivel y contenido de la conciencia.

2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con trastornos psiquiátricos agregados.
- Pacientes que reingresan al hospital con trastornos del nivel y contenido de la conciencia durante el 2016.

- Pacientes en estado de ebriedad
- Mujeres gestantes

3.4 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó mediante una ficha de recolección de información elaborada a partir de los objetivos del estudio, los cuales se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes.

Para realizar este estudio, previamente se solicitó permiso a las autoridades del Hospital Nacional Hipólito Unanue: departamento de estadística, departamento de docencia e investigación, pabellón E1, departamento de ética, a quienes se les expuso la importancia de realizar esta investigación en el Hospital. Luego de realizada la solicitud y habiendo sido aprobada para realizar la investigación, se acordó con los encargados del departamento de estadística para poder obtener el número de cada historia clínica y acudir al departamento de archivos en donde se obtuvo las historias clínicas y se recolectaron los datos necesarios.

La recolección de la información se realizó de acuerdo al cronograma establecido, y se procedió a recolectar los datos en una ficha de recolección de datos.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA N ° 1: Edad de los pacientes con Trastorno del Nivel y Contenido de la Conciencia y su relación con presencia o No de Ideación delirante en el pabellón E-1 del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2016

Tabla de contingencia Rango/edad * CONTENIDO DE CONCIENCIA

			CONTENIDO DE CONCIENCIA		Total
			Confuso c/ideación delirante	Confuso s/ideación delirante	
Rango/ edad	Adulto	Recuento	14	49	63
		% dentro de Rango/edad	22,2%	77,8%	100,0%
	Adulto Mayor	Recuento	51	85	136
		% dentro de Rango/edad	37,5%	62,5%	100,0%
Total		Recuento	65	134	199
		% dentro de Rango/edad	32,7%	67,3%	100,0%

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Rango/edad (Adulto / Adulto Mayor)	,476	,239	,947
Para la cohorte CONTENIDO DE CONCIENCIA = Confuso c/ideación delirante	,593	,356	,987
Para la cohorte CONTENIDO DE CONCIENCIA = Confuso s/ideación delirante	1,244	1,034	1,498
N de casos válidos	199		

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

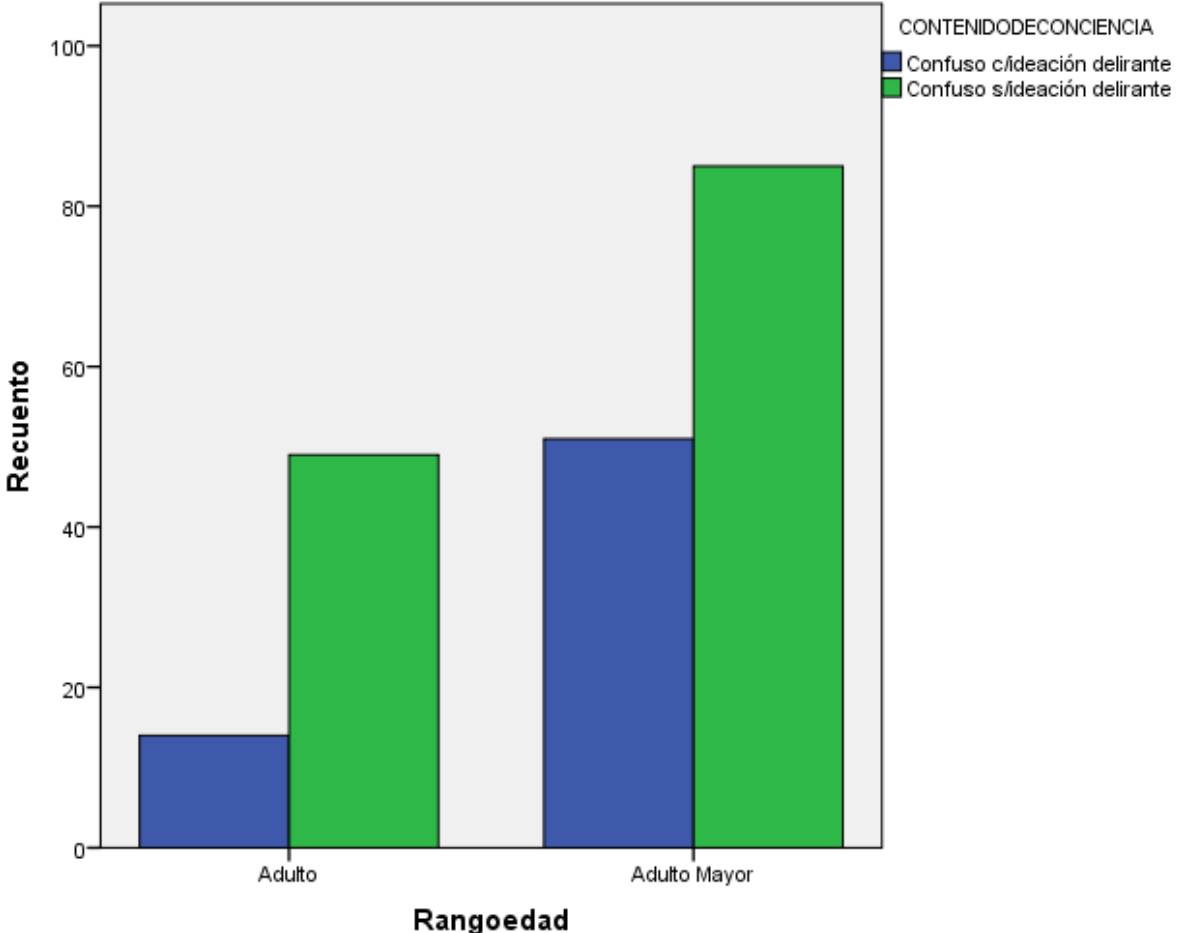
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,569 ^a	1	,033		
Corrección por continuidad ^b	3,901	1	,048		
Razón de verosimilitudes	4,756	1	,029		
Estadístico exacto de Fisher				,036	,023
N de casos válidos	199				

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

En la tabla **Nº 1** se puede apreciar que de los 199 pacientes con Trastorno del nivel y contenido de la conciencia 136 eran adultos mayores (mayores de 60 años). En relación a adulto (menores de 60 años) y estado de Confusión c/ ideación delirante se encontró un OR de 0.476 (ic 95% 0.239 – 0.947 p: 4.569) por lo tanto se puede afirmar que es un factor protector y es significativamente estadístico

Gráfico N° 1: Distribución según edad (adulto o adulto mayor) y la presencia o no de Ideación delirante en pacientes con Trastorno del Nivel y Contenido de la conciencia atendidos en el pabellón E-1 durante el 2016



FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

TABLA N ° 2: Distribución del sexo de los pacientes con Trastorno del Nivel y Contenido de la Conciencia y su relación con presencia o No de Ideación delirante en el pabellón E-1 del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2016

Tabla de contingencia sexo * CONTENIDODECONCIENCIA

			CONTENIDODECONCIENCIA		Total
			Confuso c/ideación delirante	Confuso s/ideación delirante	
Sexo	Femenino	Recuento	41	74	115
		% dentro de sexo	35,7%	64,3%	100,0%
	Masculino	Recuento	24	60	84
		% dentro de sexo	28,6%	71,4%	100,0%
Total		Recuento	65	134	199
		% dentro de sexo	32,7%	67,3%	100,0%

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para sexo (Femenino / Masculino)	1,385	,754	2,544
Para la cohorte CONTENIDODECONCIENCIA = Confuso c/ideación delirante	1,248	,822	1,895
Para la cohorte CONTENIDODECONCIENCIA = Confuso s/ideación delirante	,901	,744	1,091
N de casos válidos	199		

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

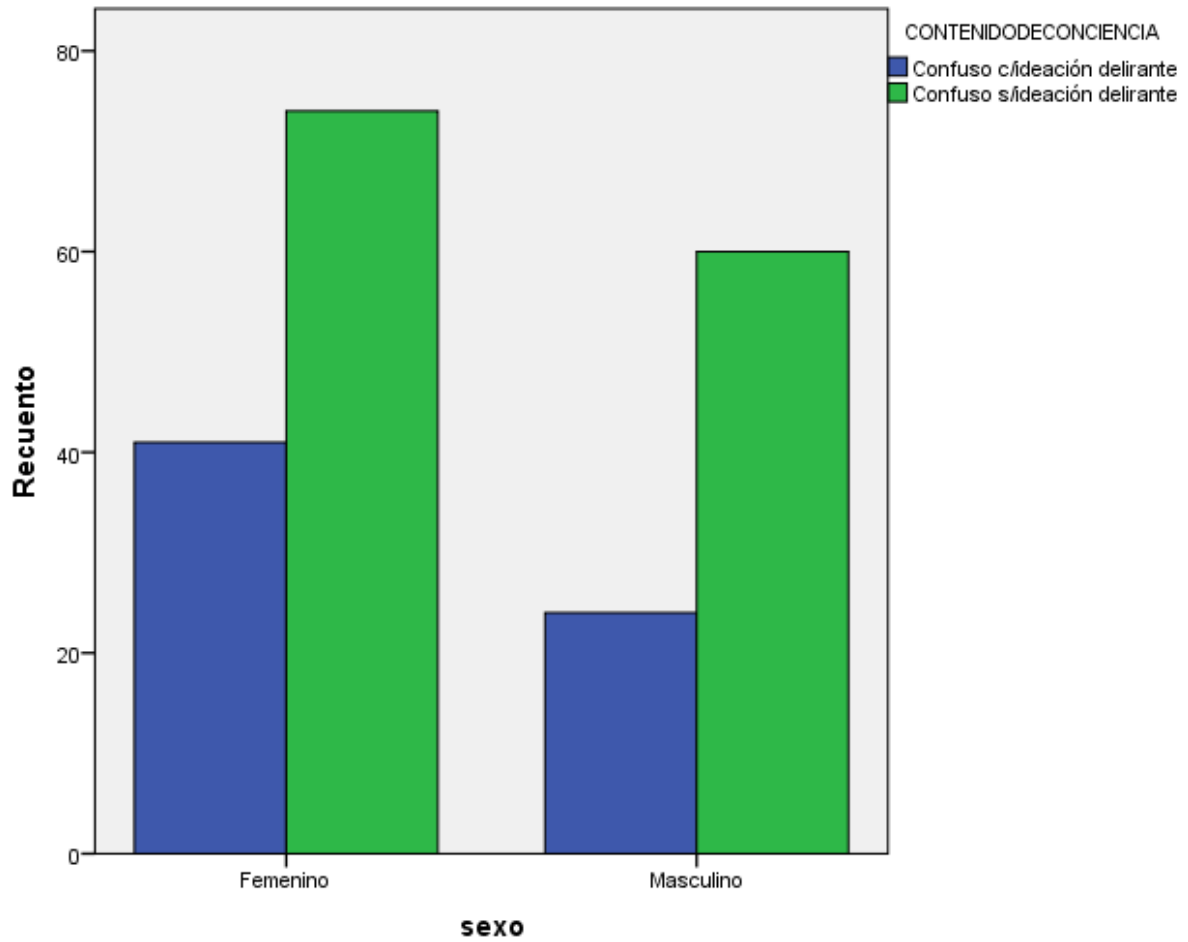
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,107 ^a	1	,293		
Corrección por continuidad ^b	,808	1	,369		
Razón de verosimilitudes	1,115	1	,291		
Estadístico exacto de Fisher				,359	,185
N de casos válidos	199				

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

En la **Tabla Nº 2** se observa que de los 199 pacientes con Trastorno del nivel y contenido de la conciencia 115 eran del sexo femenino y 84 del sexo masculino. En relación al sexo femenino y estado confuso con ideación delirante se encontró un OR de 1.385 (IC 95% 0,501 – 1,699, P: 0.795) No obstante, es importante mencionar que lo hallado No es estadísticamente significativo

Gráfico N° 2: Distribución del sexo de los pacientes con Trastorno del Nivel y Contenido de la Conciencia atendidos en el pabellón E-1 durante el 2016



FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

TABLA N ° 3: Uso o No de ventilación mecánica de los pacientes con Trastorno del Nivel y Contenido de la Conciencia y su relación con presencia o No de Ideación delirante en el pabellón E-1 del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2016

Tabla de contingencia UsodeVentilaciónMecanica * CONTENIDODECONCIENCIA

		CONTENIDODECONCIENCIA		Total
		Confuso c/ideación delirante	Confuso s/ideación delirante	
UsodeVentilaciónMecanica	No	Recuento 40	Recuento 85	125
		% dentro de UsodeVentilaciónMecanica 32,0%	% dentro de UsodeVentilaciónMecanica 68,0%	100,0%
	Si	Recuento 25	Recuento 49	74
		% dentro de UsodeVentilaciónMecanica 33,8%	% dentro de UsodeVentilaciónMecanica 66,2%	100,0%
Total		Recuento 65	Recuento 134	199
		% dentro de UsodeVentilaciónMecanica 32,7%	% dentro de UsodeVentilaciónMecanica 67,3%	100,0%

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para UsodeVentilaciónMecanica (No / Si)	,922	,501	1,699
Para la cohorte CONTENIDODECONCIENCIA = Confuso c/ideación delirante	,947	,629	1,425
Para la cohorte CONTENIDODECONCIENCIA = Confuso s/ideación delirante	1,027	,839	1,257
N de casos válidos	199		

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

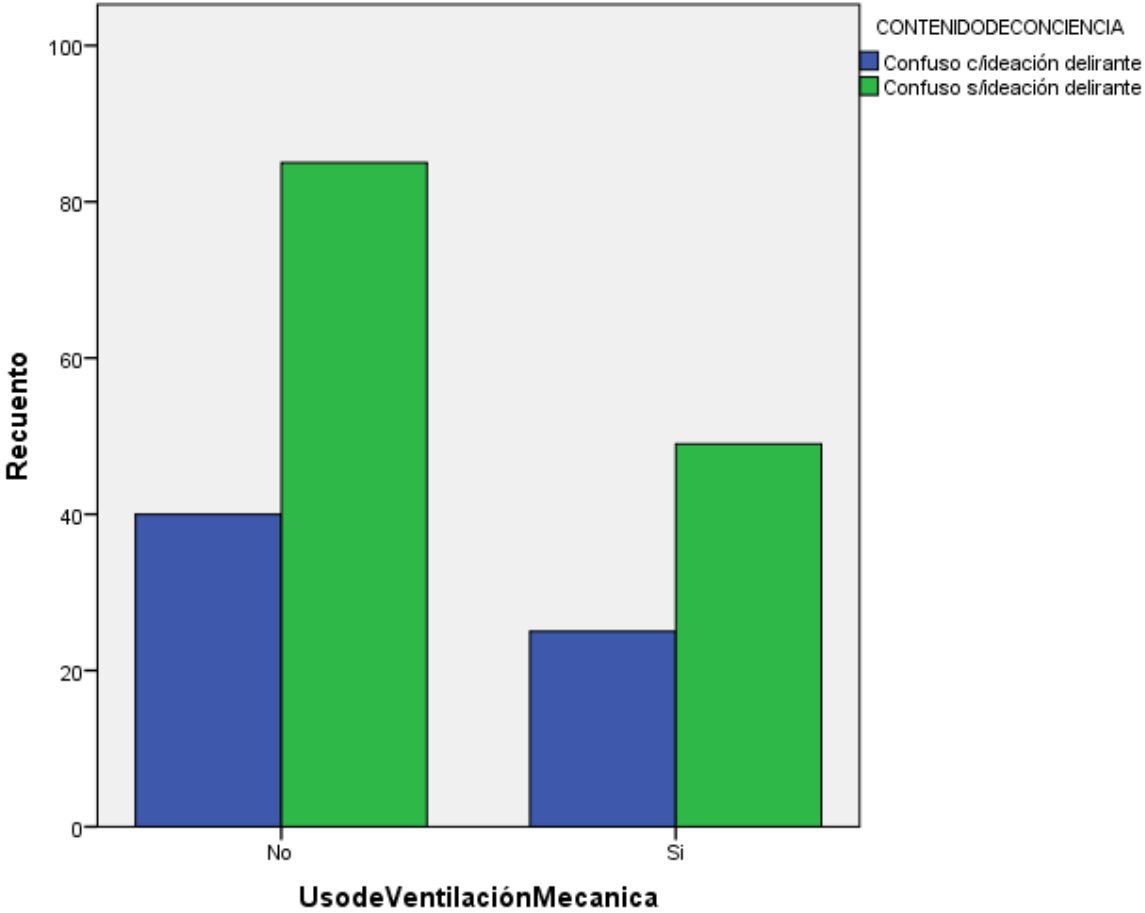
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,067 ^a	1	,795		
Corrección por continuidad ^b	,011	1	,918		
Razón de verosimilitudes	,067	1	,796		
Estadístico exacto de Fisher				,876	,457
N de casos válidos	199				

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

En la **Tabla Nº 3** se observa que de los 199 pacientes con Trastorno del nivel y contenido de la conciencia 125 No usaron VM durante su estancia hospitalaria. En relación al no uso de ventilación mecánica y estado confuso con ideación delirante se encontró un OR de 0. 922 (IC 95% 0,501 – 1,699, P: 0.795) No obstante, es importante mencionar que lo hallado No es estadísticamente significativo

Gráfico N° 3: Distribución según el Uso o No de ventilación mecánica de los pacientes con Trastorno del Nivel y Contenido de la Conciencia y su relación con presencia o No de Ideación delirante en el pabellón E-1 del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2016



FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

TABLA N ° 4: Uso o No de sonda nasogástrica de los pacientes con Trastorno del Nivel y Contenido de la Conciencia y su relación con presencia o No de Ideación delirante en el pabellón E-1 del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2016

Tabla de contingencia UsodeSondaNasogastricaOrogastrica * CONTENIDODECONCIENCIA

			CONTENIDODECONCIENCIA		Total
			Confuso c/ideación delirante	Confuso s/ideación delirante	
UsodeSondaNasogastricaOrog astrica	No	Recuento % dentro de UsodeSondaNasogastricaOrog astrica	12 25,5%	35 74,5%	47 100,0%
	Si	Recuento % dentro de UsodeSondaNasogastricaOrog astrica	53 34,9%	99 65,1%	152 100,0%
Total		Recuento % dentro de UsodeSondaNasogastricaOrog astrica	65 32,7%	134 67,3%	199 100,0%

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para UsodeSondaNasogastricaOrogastrica (No / Si)	,640	,307	1,336
Para la cohorte CONTENIDODECONCIENCIA = Confuso c/ideación delirante	,732	,429	1,250
Para la cohorte CONTENIDODECONCIENCIA = Confuso s/ideación delirante	1,143	,933	1,402
N de casos válidos	199		

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

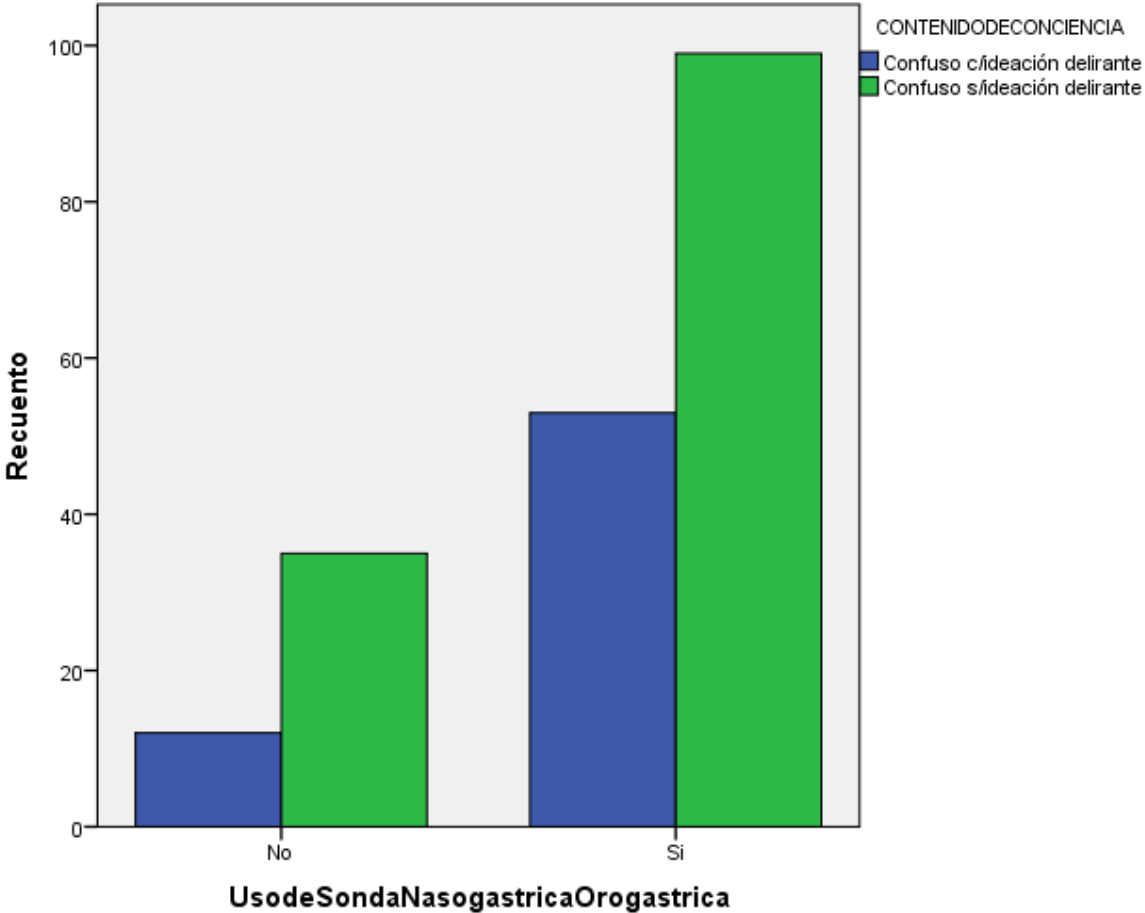
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,423 ^a	1	,233		
Corrección por continuidad ^b	1,030	1	,310		
Razón de verosimilitudes	1,467	1	,226		
Estadístico exacto de Fisher				,287	,155
N de casos válidos	199				

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

En la **Tabla Nº 4** se observa que de los 199 pacientes con Trastorno del nivel y contenido de la conciencia 152 Si usaron sonda nasogástrica durante su estancia hospitalaria. En relación al no uso de sonda nasogástrica y estado confuso con ideación delirante se encontró un OR de 0. 640 (IC 95% 0,307 – 1,336, P: 0.233) No obstante, es importante mencionar que lo hallado No es estadísticamente significativo

Gráfico N° 4: Distribución según el Uso o No de sonda nasogástrica de los pacientes con Trastorno del Nivel y Contenido de la Conciencia y su relación con presencia o No de Ideación delirante en el pabellón E-1 del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2016



FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

TABLA N ° 5: Tiempo de enfermedad en años de los pacientes con Trastorno del Nivel y Contenido de la Conciencia y su relación con presencia o No de Ideación delirante en el pabellón E-1 del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2016

Tabla de contingencia Tiempo de Enfermedad * CONTENIDO DE CONCIENCIA

			CONTENIDO DE CONCIENCIA		Total
			Confuso c/ideación delirante	Confuso s/ideación delirante	
Tiempo de Enfermedad	1,0	Recuento	1	7	8
		% dentro de Tiempo de Enfermedad	12,5%	87,5%	100,0%
	2,0	Recuento	11	28	39
		% dentro de Tiempo de Enfermedad	28,2%	71,8%	100,0%
	3,0	Recuento	9	24	33
		% dentro de Tiempo de Enfermedad	27,3%	72,7%	100,0%
	4,0	Recuento	6	10	16
		% dentro de Tiempo de Enfermedad	37,5%	62,5%	100,0%
	6,0	Recuento	4	11	15
		% dentro de Tiempo de Enfermedad	26,7%	73,3%	100,0%
7,0	Recuento	13	20	33	
	% dentro de Tiempo de Enfermedad	39,4%	60,6%	100,0%	
8,0	Recuento	12	19	31	
	% dentro de Tiempo de Enfermedad	38,7%	61,3%	100,0%	
9,0	Recuento	7	9	16	
	% dentro de Tiempo de Enfermedad	43,8%	56,3%	100,0%	
10,0	Recuento	2	6	8	
	% dentro de Tiempo de Enfermedad	25,0%	75,0%	100,0%	
Total	Recuento	65	134	199	
	% dentro de Tiempo de Enfermedad	32,7%	67,3%	100,0%	

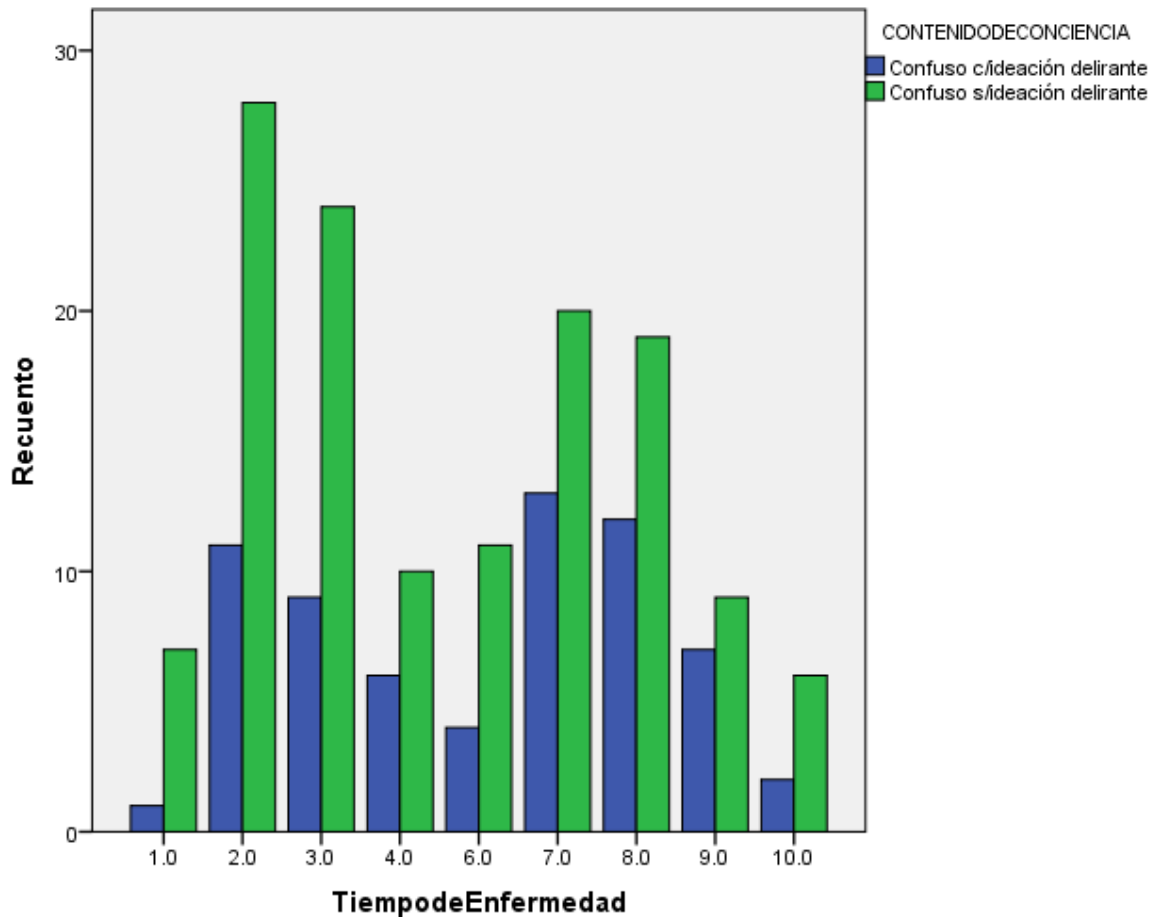
FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,985 ^a	8	,759
Razón de verosimilitudes	5,215	8	,734
N de casos válidos	199		

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

En la **Tabla Nº 5** podemos observar que de 199 pacientes con trastorno del nivel y contenido de la conciencia 39 presentan alrededor de 2 años de enfermedad; en segundo lugar 33 pacientes con alrededor de 7 años de enfermedad y en tercer lugar 31 pacientes con alrededor de 8 años de enfermedad. También se observa que en paciente con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 9 años el 43.8% presento estado confuso con ideación delirante. Con la prueba estadística del chi cuadrado se obtuvo un p valor de 0.759 por lo que se concluye que no hay una asociación significativa entre el tiempo de enfermedad y el contenido de la conciencia

Gráfico N° 5: Distribución según el tiempo de enfermedad en años de los pacientes con Trastorno del Nivel y Contenido de la Conciencia y su relación con presencia o No de Ideación delirante en el pabellón E-1 del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2016



FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

TABLA N ° 6: Presencia de enfermedad renal crónica en pacientes con trastorno del nivel y contenido de conciencia y su relación con presencia o No de Ideación delirante en el pabellón E-1 del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2016

Tabla de contingencia EnfermedadRenalCrónica * CONTENIDODECONCIENCIA

		CONTENIDODECONCIENCIA		Total
		Confuso c/ideación delirante	Confuso s/ideación delirante	
EnfermedadRenalCrónica	No	Recuento 31 % dentro de 27,7%	81 72,3%	112 100,0%
	Si	Recuento 34 % dentro de 39,1%	53 60,9%	87 100,0%
Total		Recuento 65 % dentro de 32,7%	134 67,3%	199 100,0%

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para EnfermedadRenalCrónica (No / Si)	,597	,328	1,084
Para la cohorte CONTENIDODECONCIENCIA = Confuso c/ideación delirante	,708	,476	1,055
Para la cohorte CONTENIDODECONCIENCIA = Confuso s/ideación delirante	1,187	,968	1,455
N de casos válidos	199		

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

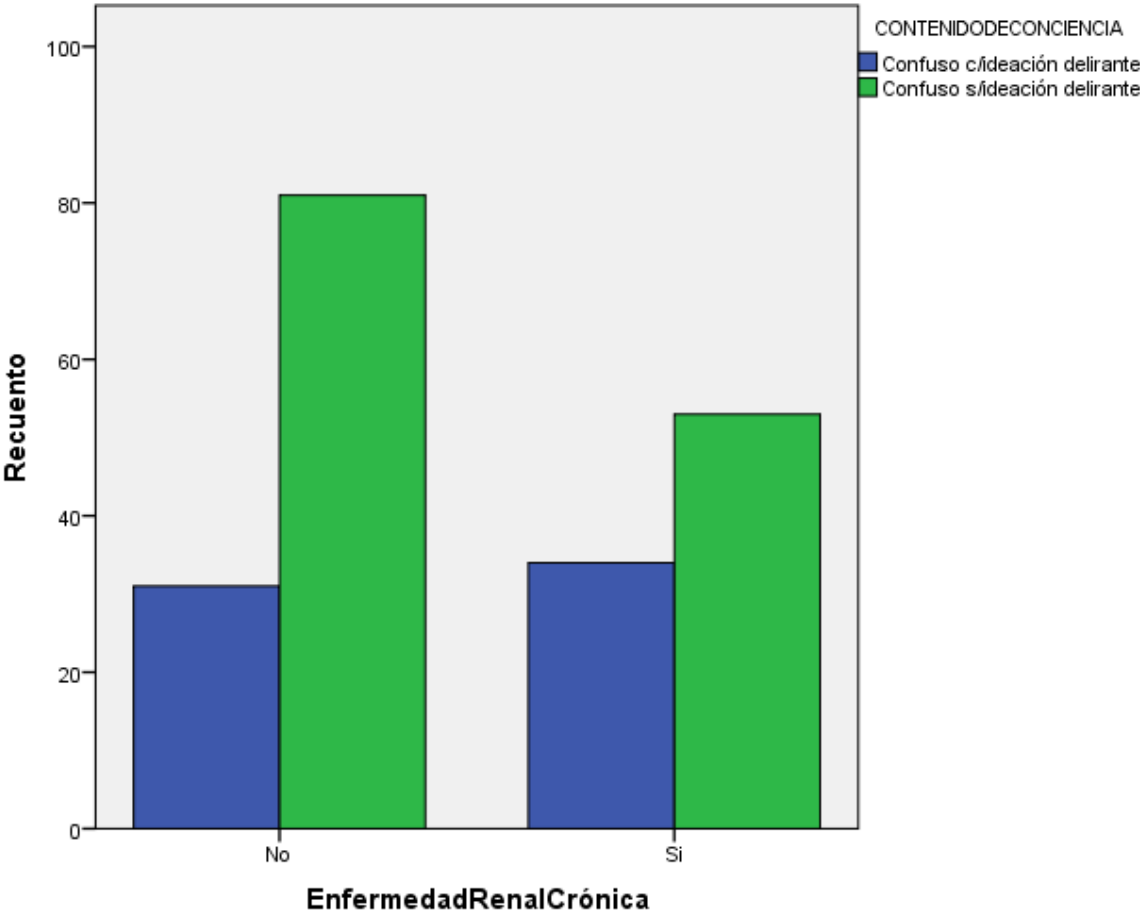
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,894 ^a	1	,089		
Corrección por continuidad ^b	2,399	1	,121		
Razón de verosimilitudes	2,884	1	,089		
Estadístico exacto de Fisher				,096	,061
N de casos válidos	199				

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

En la **Tabla Nº 6** se puede observar que de 199 pacientes con trastorno del nivel y contenido de la conciencia 87 presentar enfermedad renal crónica y de estos 34 presentan estado confuso con ideación delirante. En relación a la No presencia de enfermedad renal crónica y estado confuso con ideación delirante se encontró un OR de 0.597 (IC 95% 0,328 – 1,084, P: 0.089) No obstante, es importante mencionar que lo hallado No es estadísticamente significativo

Gráfico N° 6: Presencia de enfermedad renal crónica en pacientes con trastorno del nivel y contenido de conciencia y su relación con presencia o No de Ideación delirante en el pabellón E-1 del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2016



FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

TABLA N ° 7: Presencia de enfermedad respiratoria crónica en pacientes con trastorno del nivel y contenido de conciencia y su relación con presencia o No de Ideación delirante en el pabellón E-1 del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2016

Tabla de contingencia EnfermedadRespiratoriaCrónica * CONTENIDODECONCIENCIA

			CONTENIDODECONCIENCIA		Total
			Confuso c/ideación delirante	Confuso s/ideación delirante	
EnfermedadRespiratoriaCr ónica	No	Recuento % dentro de EnfermedadRespiratoriaCróni ca	38 31,4%	83 68,6%	121 100,0%
	Si	Recuento % dentro de EnfermedadRespiratoriaCróni ca	27 34,6%	51 65,4%	78 100,0%
Total		Recuento % dentro de EnfermedadRespiratoriaCróni ca	65 32,7%	134 67,3%	199 100,0%

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Enfermedad Respiratoria Crónica (No / Si)	,865	,473	1,582
Para la cohorte CONTENIDODECONCIENCIA = Confuso c/ideación delirante	,907	,606	1,357
Para la cohorte CONTENIDODECONCIENCIA = Confuso s/ideación delirante	1,049	,858	1,283
N de casos válidos	199		

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

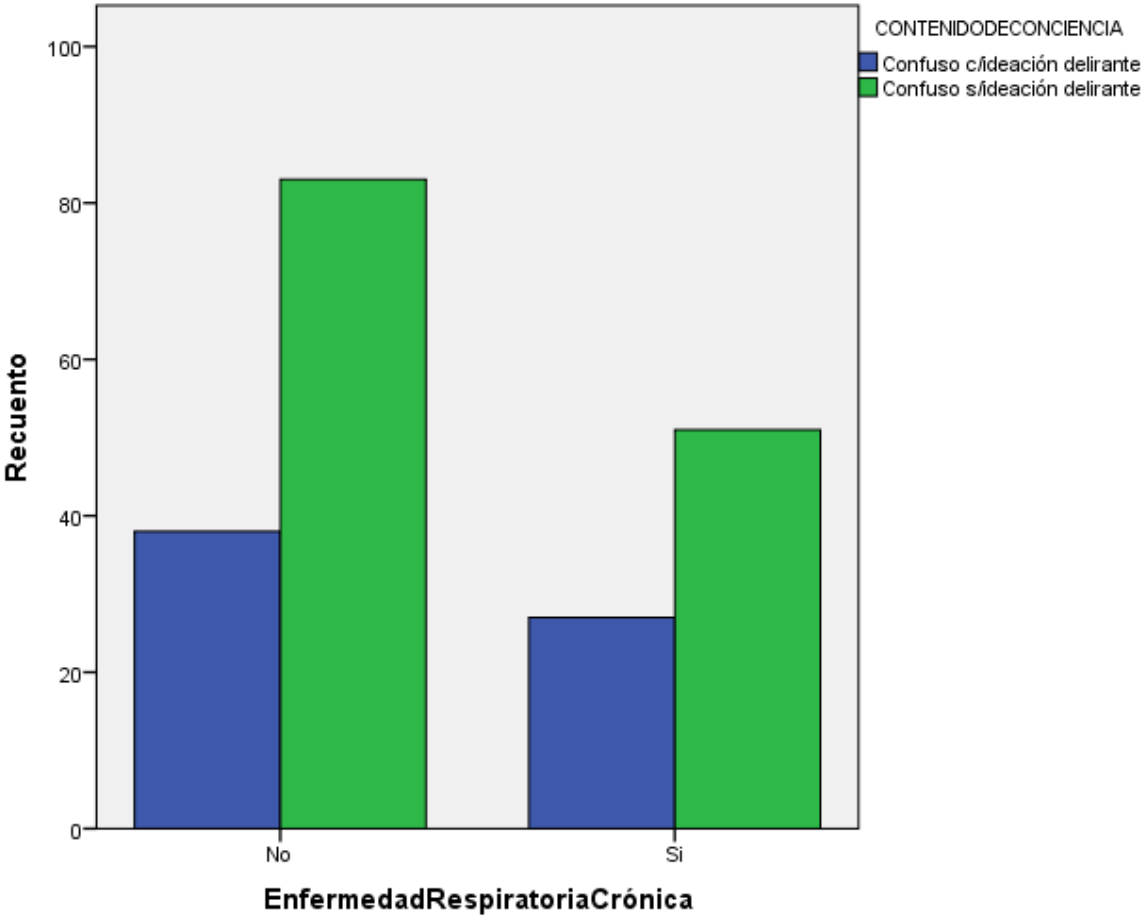
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,222 ^a	1	,637		
Corrección por continuidad ^b	,100	1	,752		
Razón de verosimilitudes	,222	1	,638		
Estadístico exacto de Fisher				,646	,375
N de casos válidos	199				

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

En la **Tabla Nº 7** se puede observar que de 199 pacientes con trastorno del nivel y contenido de la conciencia 78 presentaron enfermedad respiratoria crónica y de estos 27 presentan estado confuso con ideación delirante. En relación a la No presencia de enfermedad respiratoria crónica y estado confuso con ideación delirante se encontró un OR de 0.865 (IC 95% 0,473 – 1,582, P: 0.637) No obstante, es importante mencionar que lo hallado No es estadísticamente significativo

Gráfico N° 7: Presencia de enfermedad respiratoria crónica en pacientes con trastorno del nivel y contenido de conciencia y su relación con presencia o No de Ideación delirante en el pabellón E-1 del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2016



FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

TABLA N ° 8: Presencia de enfermedad neurológica en pacientes con trastorno del nivel y contenido de conciencia y su relación con presencia o No de Ideación delirante en el pabellón E-1 del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2016

Tabla de contingencia EnfermedadNeurológica * CONTENIDODECONCIENCIA

			CONTENIDODECONCIENCIA		Total
			Confuso c/ideación delirante	Confuso s/ideación delirante	
EnfermedadNeurológica	No	Recuento	35	102	137
		% dentro de EnfermedadNeurológica	25,5%	74,5%	100,0%
a	Si	Recuento	30	32	62
		% dentro de EnfermedadNeurológica	48,4%	51,6%	100,0%
Total		Recuento	65	134	199
		% dentro de EnfermedadNeurológica	32,7%	67,3%	100,0%

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para EnfermedadNeurológica (No / Si)	,366	,195	,686
Para la cohorte CONTENIDODECONCIENCIA = Confuso c/ideación delirante	,528	,359	,776
Para la cohorte CONTENIDODECONCIENCIA = Confuso s/ideación delirante	1,443	1,112	1,871
N de casos válidos	199		

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

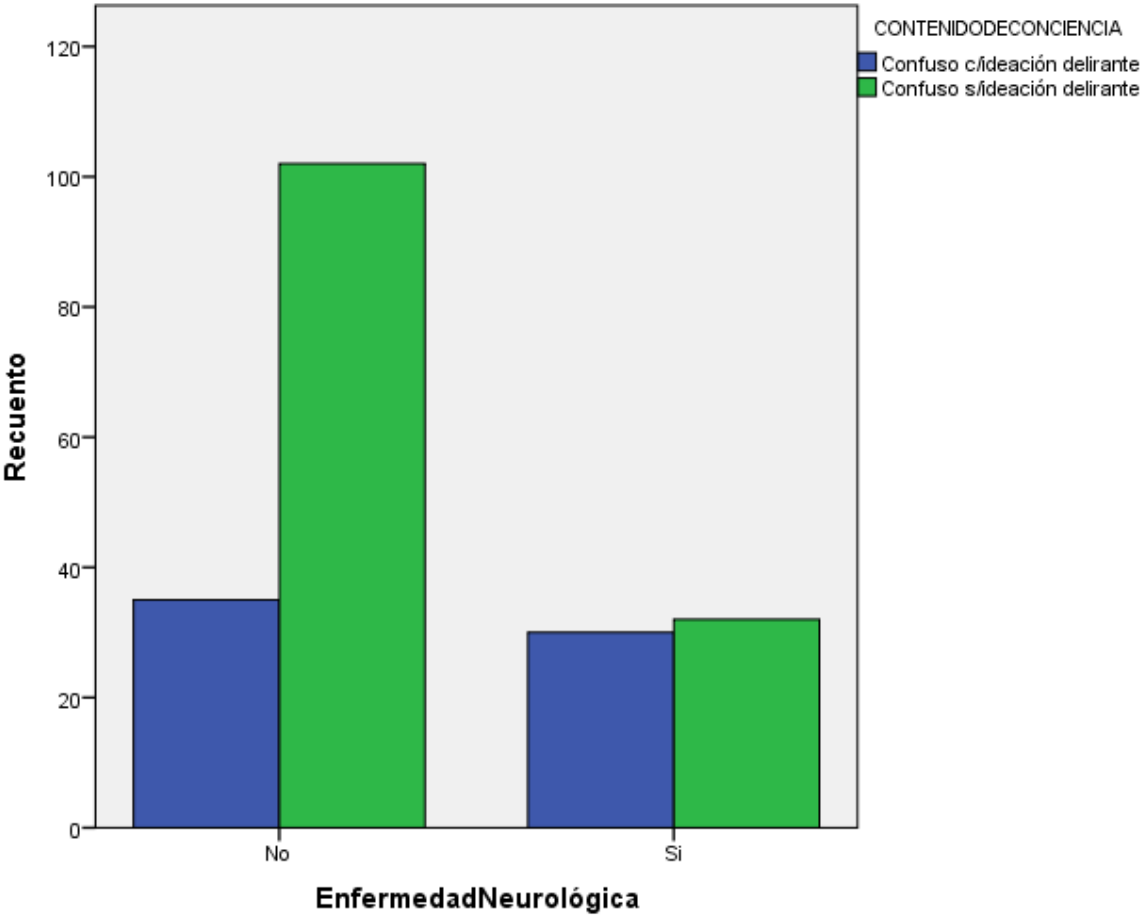
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,123 ^a	1	,001		
Corrección por continuidad ^b	9,112	1	,003		
Razón de verosimilitudes	9,852	1	,002		
Estadístico exacto de Fisher				,002	,001
N de casos válidos	199				

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

En la tabla **Nº 8** se puede apreciar que de los 199 pacientes con Trastorno del nivel y contenido de la conciencia 62 presentaban enfermedad neurológica y de estos 30 presentaban estado confusional con ideación delirante. En relación a la no presencia de enfermedad neurológica y estado de Confusión c/ ideación delirante se encontró un OR de 0.366 (ic 95% 0.195 – 0.686 p:o.001) por lo tanto se puede afirmar que es un factor protector y es significativamente estadístico

Gráfico N° 8: Presencia de enfermedad neurológica en pacientes con trastorno del nivel y contenido de conciencia y su relación con presencia o No de Ideación delirante en el pabellón E-1 del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2016



FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

TABLA N ° 9: Nivel de Conciencia y su relación con presencia o No de Ideación delirante en el pabellón E-1 del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2016

Tabla de contingencia NIVELDECONCIENCIA * CONTENIDODECONCIENCIA

			CONTENIDODECONCIENCIA		Total
			Confuso c/ideación delirante	Confuso s/ideación delirante	
NIVELDECONCIENCIA	6	Recuento	1	5	6
		% dentro de NIVELDECONCIENCIA	16,7%	83,3%	100,0%
	7	Recuento	1	8	9
		% dentro de NIVELDECONCIENCIA	11,1%	88,9%	100,0%
	8	Recuento	5	11	16
		% dentro de NIVELDECONCIENCIA	31,3%	68,8%	100,0%
	9	Recuento	14	9	23
		% dentro de NIVELDECONCIENCIA	60,9%	39,1%	100,0%
	10	Recuento	6	9	15
		% dentro de NIVELDECONCIENCIA	40,0%	60,0%	100,0%
	11	Recuento	14	17	31
		% dentro de NIVELDECONCIENCIA	45,2%	54,8%	100,0%
	12	Recuento	14	37	51
		% dentro de NIVELDECONCIENCIA	27,5%	72,5%	100,0%
	13	Recuento	9	25	34
		% dentro de NIVELDECONCIENCIA	26,5%	73,5%	100,0%
	14	Recuento	1	13	14
		% dentro de NIVELDECONCIENCIA	7,1%	92,9%	100,0%
Total		Recuento	65	134	199
		% dentro de NIVELDECONCIENCIA	32,7%	67,3%	100,0%

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

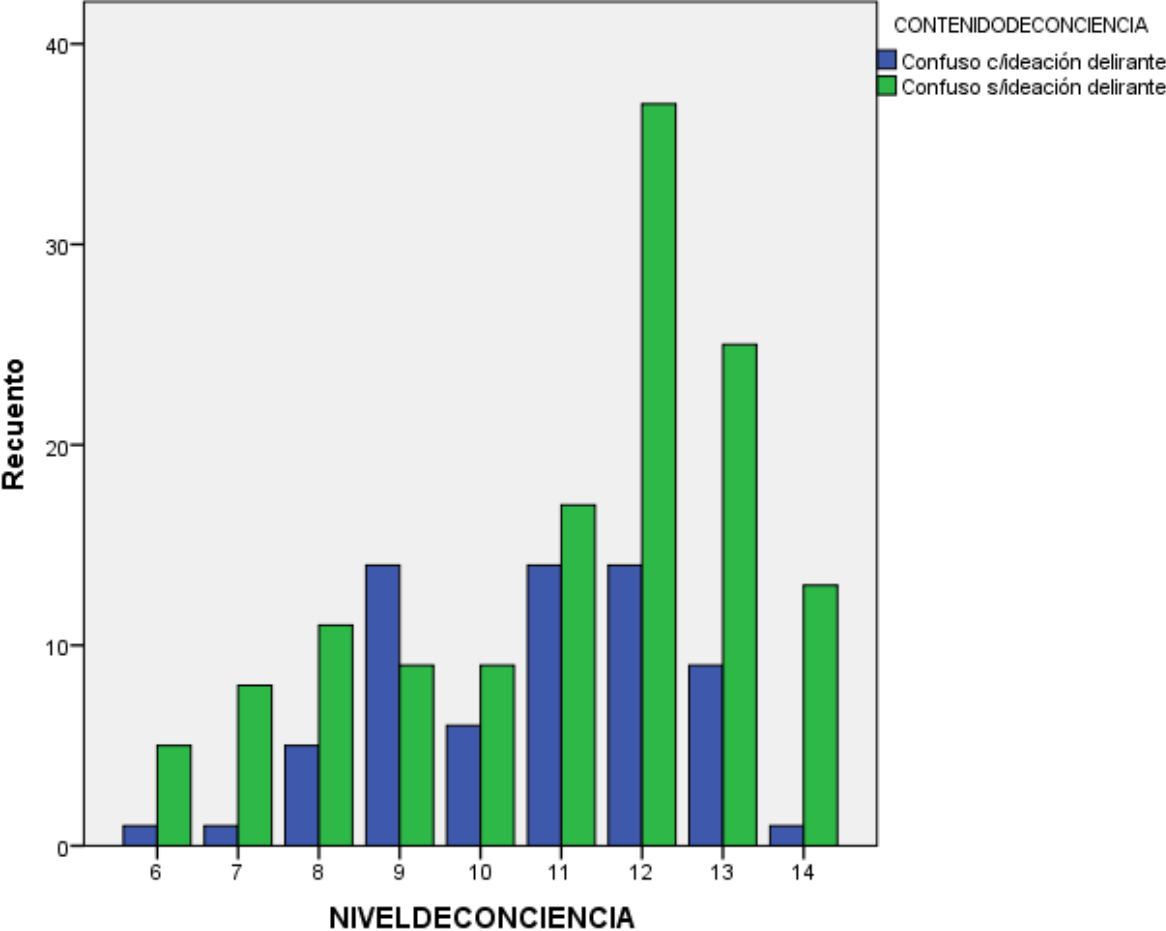
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,870 ^a	8	,016
Razón de verosimilitudes	19,771	8	,011
N de casos válidos	199		

FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

En la **Tabla Nº 9** podemos observar que de 199 pacientes con trastorno del nivel y contenido de la conciencia 51 presentaban una EG de 12 y de ellos solo 14 presentaban estado confuso con ideación delirante. En segundo lugar se obtuvo que 34 pacientes presentaban una EG de 13 y de estos solo 9 presentaban estado confuso con ideación delirante. Con la prueba estadística del chi cuadrado se obtuvo un p valor de 016 por lo que se concluye que no hay una asociación significativa entre el nivel de conciencia y la presencia o no de ideación delirante

Gráfico N° 9: Nivel de Conciencia y su relación con presencia o No de Ideación delirante en el pabellón E-1 del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo 2016



FUENTE: INICIB – FAMURP / HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

CAPITULO V: DISCUSIÓN

Durante el periodo 2016 se presentaron alrededor de 1815 pacientes que fueron diagnosticados con Trastorno del Nivel y contenido de conciencia por diferentes motivos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue; algunos de estos pacientes fallecieron debido a la gravedad de la enfermedad de fondo que padecían y el resto fue dado de alta con el diagnóstico final que conllevó a que hicieran dicho trastorno, De éstos aproximadamente 1815 pacientes se escogió 199 para el presente estudio. De éstos 199 pacientes 136 era adultos mayores de 60 años y los otros 63 eran adultos menores de 60 años. La literatura revisada al respecto no menciona a la edad como un factor predisponente para la presencia o no de éste trastorno; sin embargo lo que sí queda claro es que una persona mayor tiende a presentar una serie de patologías o entidades crónicas que podrían derivar en dicho diagnóstico. Lo que sí se pudo encontrar en éste estudio fue una relación entre personas menores de 60 años y la presencia de estado confusional con ideación delirante; siendo este último considerado como un factor protector, lo cual guarda relación a lo expuesto por el Dr. P. de Castro y colaboradores en su estudio “Paciente con alteración de conciencia en urgencias” realizado en el año 2008 y en donde señalan la edad como un factor de riesgo, a veces por simple deshidratación, para presentar síndrome confusional con agitación y delirio.

De la población estudiada se observó que de los 199 pacientes 115 eran del sexo femenino y 84 del sexo masculino. No existen antecedentes ni estudios que demuestren que el trastorno del nivel y contenido de la conciencia sea predominante en uno u otro sexo. Además de ello se encontró que de éstas 115 pacientes 41 presentaron estado confuso con ideación delirante; no habiendo corroboración estadística para confirmar dichos datos así como tampoco estudios previos a éste.

El uso de ventilación mecánica sólo estuvo presente en 74 de los 199 pacientes con trastorno del nivel y contenido de la conciencia, lo cual es válido si tomamos en cuenta que son los pacientes que cursan con las entidades más graves y en muchos casos terminales; además de ello puntualizar que muchas veces los hospitales del ministerio de salud no cuentan con suficientes ventiladores como para cubrir la demanda de pacientes; siendo exclusivos éstos equipos de las unidades de UTI y de UCI de cada servicio y excepcionalmente prestados al área de comunes. Lo que sí

pudo encontrar en éste estudio fue que de los 74 pacientes que si llegaron a usar ventilación mecánica en algún momento durante su hospitalización 25 o el 33.8 % de ellos presentaron estado confuso con ideación delirante, lo cual es similar a lo encontrado por los doctores Silvia García y Sergio Sauri Suárez en su artículo de revisión “Estado de coma y trastornos de la conciencia: una revisión analítica desde un enfoque neurofuncional. Parte II” publicado en el año 2013 en el cual mencionan que más del 25% de los adultos ventilados mecánicamente podían llegar a sufrir delirio en algún momento; sin embargo no se llegó a obtener la significancia estadística esperada.

Con respecto al uso de sonda nasogástrica se obtuvo que de los 199 pacientes en mención 152 si llegaron a usarla en algún momento durante su hospitalización; lo cual es válido pues es muy frecuente que éstos pacientes cursen con dificultad para masticar y deglutir, por lo que requieren éste medio para su alimentación. Sin embargo la bibliografía revisada no muestra una asociación clara entre el uso o no de sonda nasogástrica con el trastorno ni tampoco con el estado confuso con ideación delirante. El presente estudio tampoco encontró relevancia estadística para dichas asociaciones.

El tiempo de enfermedad fue considerado como una variable importante pues durante el año en mención se observó trastorno del nivel y contenido de la conciencia en pacientes que tenían más tiempo una determinada enfermedad; sin embargo en la bibliografía no lo consideran un factor de importancia debido a que se enfocan más al tipo de patología que la origina que en si que al tiempo que tenga ésta. En el presente estudio se encontró que de los 199 pacientes 39 tenían un tiempo de enfermedad de aproximadamente 2 años, quedando en segundo lugar los 33 pacientes con un tiempo de enfermedad de maso menos 7 años y 31 con alrededor de 8 años de enfermedad; el dato a rescatar en éste caso es que hubo un grupo de 16 pacientes con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 9 años; de los cuales 7 o el 43.8% presentaron estado confuso con ideación delirante, siendo este el mayor porcentaje obtenido de todos los demás grupos que iban de 1 a 10 años de enfermedad; sin embargo el valor p nos arrojó que no existe una asociación significativa entre el tiempo de enfermedad y el contenido de la conciencia.

La enfermedad renal crónica es en conjunto una entidad que de por sí puede cursar con otras múltiples alteraciones tanto hidroelectrolíticas como metabólicas pudiendo

ocasionar fácilmente cuadros de descompensación en estos pacientes, motivo por lo cual se consideró como una variable importante a evaluar. El presente estudio arrojó que de los 199 pacientes en estudio 87 cursaron con enfermedad renal crónica de fondo y de éstos 34 o el 39.1 % cursaron con estado confuso con ideación delirante, sin embargo basándonos en el IC al 95 y el valor p se concluyó que la asociación no llegó a ser estadísticamente significativa. La bibliografía revisada coincide que tanto disturbios hidroelectrolíticos como metabólicos son causa significativa de alteraciones de la conciencia; sin embargo también menciona que el síndrome confusional con agitación psicomotora suele cursar con entidades agudas y subagudas y que estas son potencialmente reversibles a la corrección de la causa que lo origine.

Dentro de lo que se refiere a la enfermedad respiratoria crónica se obtuvo que de los 199 pacientes 78 presentaron dicha entidad y de ellos 27 o el 34.6% curso con estado confuso con ideación delirante; se tomó en cuenta ésta variable porque muchos de estos pacientes requieren en algún momento de ventilación mecánica. El Dr P. de Castro en su artículo "Paciente con alteración de conciencia en urgencia" publicado en el año 2008 propone la valoración del paciente con síndrome confusional o coma en urgencias basado en la actuación secuenciada de 5 puntos para un mejor abordaje diagnóstico, pronóstico y terapéutico y considera a la patología pulmonar en segundo lugar dentro de entidades sistémicas que tienen riesgo vital y puede cursar con hipoxia cerebral.

En lo que concierne a la presencia o no de enfermedad neurológica en éstos pacientes se encontró que de los 199 sólo 62 cursaron con dicha patología y de ellos 30 o el 48.4% cursaron con estado confusional con ideación delirante. Tenemos que tener en cuenta que estos pacientes ingresan con el diagnóstico de emergencia de trastorno del nivel y contenido de emergencia y en piso se busca la causa que lo origine, también que en caso sea un tumor cerebral la causa de todo éstos pacientes suelen ser trasladados al área de neurocirugía. Por otro lado se excluyó de éste grupo aquellos pacientes que hicieron TEC pues mayormente al área de emergencia llegan con el diagnóstico de politraumatizados y pasan inmediatamente al área de cirugía, traumatología o neurocirugía según sea el caso. Basándonos en ello resulta entendible por qué la poca cantidad y la razón por la cual salió ésta variable como factor protector.

Por último relacionando el nivel de conciencia con el contenido o presencia de estado confuso con ideación delirante se obtuvo que de 199 pacientes 51 nos arrojaran una EG de 12 y de ellos sólo 14 o el 27.5% presentaba estado confuso con ideación delirante. Basándonos en el valor p no se encontró asociación significativa entre el nivel de conciencia y la presencia o no de ideación delirante; no disponiendo bibliografía sobre éstos 2 puntos a la actualidad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- 1.- La mayoría de los pacientes que presentaron el diagnóstico de trastorno del nivel y contenido de la conciencia fueron adultos mayores (más de 60 años)
- 2.- Se encontró que una edad menor a 60 años actúa como un factor protector frente a la presencia de estado confusional con ideación delirante
- 3.- El sexo femenino predominó en los pacientes diagnosticados con trastorno del nivel y contenido de la conciencia en el hospital Nacional Hipólito Unanue durante el 2016
- 4.- El sexo no es un factor asociado a la presencia de estado confusional con ideación delirante
- 5.- El uso de ventilación mecánica no se encontró como un factor asociado al trastorno del nivel y contenido de la conciencia
- 6.- El uso de ventilación mecánica no fue un factor de riesgo asociado a la presencia de estado confusional con ideación delirante
- 7.- El uso de sonda nasogástrica se encontró en la mayoría de los pacientes con trastorno del nivel y contenido de la conciencia, no se encontró asociación con la presencia de estado confusional con ideación delirante
- 8.- No se encontró asociación significativa entre el trastorno del nivel y contenido de la conciencia con la presencia o no de enfermedad renal y respiratoria crónica de fondo; así como tampoco con el estado confusional con ideación delirante
- 9.- La presencia de enfermedad neurológica de fondo en éstos pacientes fue escasa debido a lo expuesto anteriormente y resulta contradictorio pensar que esta actuaría como un factor protector frente al estado confusional con ideación delirante
- 10.- Finalmente no se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de conciencia con la presencia o no de estado confusional con ideación delirante

RECOMENDACIONES

- 1.- Tener en cuenta la edad de los pacientes que presenten trastorno del nivel y contenido de conciencia y llevar a cabo un manejo adecuado
- 2.- Crear conciencia de lo importante que es tener un manejo inmediato adecuado de éstos pacientes
- 3.- Capacitar al personal médico sobre la importante de reconocer éste trastorno y llegar lo antes posible a la causa que lo origino
- 4.- Se recomienda ampliar estudios sobre factores predisponentes a presentar éste cuadro debido a la escasa bibliografía encontrada

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Paciente con alteración de conciencia en urgencias*. Castro, P. de. 2008, Anales Sis San Navarra, pág. vol.31 supl.1.
2. ed, Diccionario de la Lengua Española 22ª. *Real Academia Española*. 2012.
3. *Aspectos cuantitativos de la corteza cerebral humana*. LM, Cuello. 24:S31., s.l. : Rev Argent Neuroc, 2010.
4. *Estado de coma y trastornos de la conciencia: una revisión analítica desde un enfoque neurofuncional. Parte II*. García, Silvia. ;18:142-147, s.l. : Rev Esp Méd Quir, abril- junio 2013.
5. *Estado de coma y trastornos de la conciencia: una revisión analítica desde un enfoque neurofuncional. Parte I*. García, Silvia. ; 18:56-68: Rev Esp Méd Quir, enero – marzo 2013.
6. *El estudio de la consciencia: Perspectivas fundamentales*. Rubio, Ana Rojo y Fernández., Mª Isabel Rodríguez. Madrid : s.n., 2008.
7. *Una Historia Artificial del Estudio de la mente; en busca de su "objeto"*. Carrasco, Roberto Polanco -. 1, Santiago : Cuad. neuropsicología, 2009, Vol. 3.
8. *El sistema renina-angiotensina-aldosterona y su papel funcional más allá del control de la presión arterial*. Hermelando Santeliz Contra, * Lorena Romano Estrada. 1, mexio : revista de cardiología, 2008, Vol. 19.
9. Cirugía, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima). Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Medicina Humana. Departamento Académico de. Traumatismo Craneoencefálico. [aut. libro] Dr.Eduardo A.Sayers Calderón. *CIRUGÍA: VIII NEUROCIRUGÍA* . Perú : UNMSM, 2002.
10. *Respiración de Cheyne-Stokes y bruxismo severo*. Alirio R. Bastidas, Luis Fernando Giraldo, Mateo Benavides,. 4, Colombia : Acta Médica Colombiana, Octubre-Diciembre 2014, Vol. 39.
11. *Trastornos respiratorios en la disfunción autonómica*. Martínez, David A. Pérez. España : s.n., 2014.

12. *El sistema nervioso: C. Neurofisiología motora e integradora*. España : Elsevier, 2011.

13. *Alteraciones del estado de conciencia en la sala de emergencia*. Grille, Dr. Pedro. 85-92, Uruguay : Arch Med Interna, 2013, Vol. 35(3).

ANEXOS

ANEXO 1:

1. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“FICHA DE FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS DEL NIVEL Y
CONTENIDO DE LA CONCIENCIA EN PACIENTES DEL PABELLÓN E1
DEL HNHU DURANTE EL 2016”

Historia Clínica: _____

Sexo: Femenino (___) Masculino (___) Edad: _____ años

Estado Civil: Soltera (___) Conviviente (___) Casada (___) Separada (___)
Otro (___)

G^o Instrucción: No () Primaria () Secundaria () Sup. Técnica ()

Universitaria ()

Distrito de Procedencia: _____

Escala de Glasgow al ingreso: _____ pts

Duración del periodo de pérdida de conciencia: _____

Factores Asociados:

Edad	Adulto (18-59)	Adulto Mayor (60 a más)
Uso de ventilación Mecánica	No ()	Si ()
Uso de sonda Nasogástrica	No ()	Si ()
Trastornos Metabólicos	No ()	Si ()
Enfermedad Renal Crónica	No ()	Si ()
Enfermedad Respiratoria Crónica	No ()	Si ()
Enfermedad Neurológica	No ()	Si ()
Uso de drogas	No ()	Si ()
Accidente de Tránsito	No ()	Si ()

ANEXO 2: Operacionalización de variables

Denominación	Tipo y naturaleza	Medición	Indicador	Unidad de medida	Instrumento	Definición Operacional	Definición conceptual
Edad	Independiente. Cuantitativa.	De razón	Fecha de nacimiento	Años, grupos etarios	Historias clínicas	Número de años vividos que el paciente refiera tener al momento del estudio	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.
Sexo	Independiente. Cualitativa.	Nominal	Hombre/ Mujer	Hombre/ Mujer	Historias clínicas	Hombre/ Mujer	Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos
Uso de ventilación mecánica	Cualitativa		Si/ no	Ficha de datos	Historias clínicas	Si/ no	Estrategia terapéutica que consiste en reemplazar o asistir mecánicamente la ventilación pulmonar.
Uso de sonda Nasogástrica/ orogástrica	Cualitativa		Sonda Nasogástrica/ sonda orogástrica	Ficha de datos	Historias clínicas	Sonda Nasogástrica/ sonda orogástrica	Es un tubo habitualmente de plástico, hule o PVC que se introduce a través de la nariz (o la boca, la cual se denominaría orogástrica) en el estómago pasando por el esófago.
Nivel de conciencia	Cualitativa	Ordinal	Obnubilado, estuporoso, coma	Escala de coma de Glasgow	Historias clínicas	Obnubilado, estuporoso, coma	El nivel de conciencia varía de forma fisiológica desde la vigilia hasta el sueño, pudiendo verse alterado en las patologías que provoquen alguna afectación en el sistema neurológico.

Contenido de conciencia	Cualitativa		Confuso con o sin ideación delirante	Ficha de Datos	de Historias clínicas	Confuso con o sin ideación delirante	Contenido de conciencia es todo lo que se puede encontrar en la mente.
Tiempo de enfermedad	cuantitativa	Nominal	Menos de 1 año, de 1 a 5 años, más de 1 año	Ficha de datos	de Historia clínica	Menos de 1 año, de 1 a 5 años, más de 1 año	Intervalo entre el diagnóstico de la enfermedad hasta el episodio actual
Accidente de tránsito	Cualitativa		Si/No	Ficha de datos	de Historia clínica	Si/No	Acontecimiento violento que provoca daño y que se da sobre la vía
Uso de drogas	Cualitativa		Si/No	Ficha de datos	de Historia clínica	Si/No	Uso de cualquier sustancia psicoactiva en una forma que se desvía de los patrones médicos o sociales aprobados en el marco de una cultura
Enfermedad Renal Crónica	Cualitativa		Si/No	Ficha de datos	de Historia clínica	1.-VFG mayor 90 2.-VFG 60 – 89 3.-VFG 30 – 59 4.-VFG 15 – 29 5.-VFG menor 15	Pérdida progresiva e irreversible de 3 meses o más de las funciones renales asociado a un marcador de daño renal
Enfermedad Respiratoria Crónica	Cualitativa		Si/No	Ficha de datos	de Historia clínica	Si/No	Afecciones que comprometen pulmón y/o vías respiratorias
Enfermedad Neurológica	Cualitativa		Si/No	Ficha de datos	de Historia clínica	Si/No	Trastorno del cuerpo del sistema nervioso que dan lugar a síntomas como parálisis, debilidad muscular, falta de coordinación, etc

https://turnitin.com/s_class_portfolio.asp?aid=107033&cid=14146764&lang=es&session-id=a81f75065d74b367e56fd5e7d6ac6eb8#