

**INCIDENCIA DE DELIRIO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME
CORONARIO AGUDO, INGRESADOS EN LA UCI DE LA CLÍNICA ZAYMA,
MONTERÍA.**

NÉIDER ORLEY CÁRDENAS DÍAZ

ÉDINSON OYOLA LÓPEZ

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
MONTERÍA, CÓRDOBA
2015**

**INCIDENCIA DE DELIRIO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME
CORONARIO AGUDO, INGRESADOS EN LA UCI DE LA CLÍNICA ZAYMA,
MONTERÍA.**

NÉIDER ORLEY CÁRDENAS DÍAZ

ÉDINSON OYOLA LÓPEZ

Presentado como opción de grado para optar el título de enfermeros

Esp. JORGE LUÍS HERRERA HERRERA

Dr. ÁLVARO SÁNCHEZ CARABALLO

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

MONTERÍA, CÓRDOBA

2015

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Montería, Noviembre 30 de 2015

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento a:

Los docentes Jorge Luis Herrera Herrera y Álvaro Antonio Sánchez Caraballo por la orientación y dedicación para la realización de esta investigación.

Las docentes Concepción Amador Ahumada y Miriam de la Barrera por su indicación y colaboración en este estudio.

Los directivos, comité de ética, coordinador científico y de investigación de la clínica ZAYMA, por su aprobación y colaboración para la realización de esta investigación.

A nuestros padres y amigos, por el apoyo emocional y grata compañía.

A todas las personas que hicieron posible la realización del presente trabajo.

DEDICATORIA

A Dios que fue mi guía y el dueño de todos mis triunfos, quien me sostuvo durante este caminar, a mis padres, hermanos que lucharon conmigo día a día dándome apoyo en todo momento para seguir creciendo académicamente, moralmente y emocionalmente.

A mi mamá Dorina Díaz Alean y mis hermanos que estuvieron con migo en cada paso que di durante esta carrera y mis amigos que me acompañaron en cada momento de lucha y en cada triunfo que alcance.

A mis profesores y demás profesionales que estuvieron instruyéndome y guiándome en el camino de ser y servir, en ésta, que es mi vocación.

Néider Orley Cárdenas Díaz

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado, por ser nuestra guía, a Jesús por ser nuestra inspiración, modelo y por ser el ejemplo más grande de amor en este mundo.

A mi familia fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y más aún en mis duros años de carrera profesional y en especial quiero expresar mi más grande agradecimiento a mi padre, a pesar de nuestra distancia física, siento que estás conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí.

A mis compañeros porque sin el equipo que formamos, no hubiéramos logrado esta meta.

Edinson Oyola López

TABLA DE CONTENIDO

	Pag
INTRODUCCIÓN	13
1 OBJETIVO	16
1.1 GENERAL	16
1.2 ESPECÍFICOS	16
2 MARCO REFERENCIAL	17
2.1 MARCO TEÓRICO.....	17
2.1.1 Síndromes coronarios agudos.....	18
Angina de pecho	19
Infarto agudo de miocardio sin elevación del ST.....	19
Infarto agudo de miocardio con elevación del ST	19
2.1.2 Incidencia de delirio	19
2.1.3 Clasificación	21
Delirio hiperactivo.....	21
Delirio hipoactivo	21
Delirio mixto	21

2.1.4 Etiología y factores de riesgo.....	22
2.1.5 Fisiopatología	23
Hipótesis de la privación de oxígeno.....	23
Hipótesis de los neurotransmisores	25
Hipótesis inflamatoria	26
2.1.6 Diagnóstico.....	27
2.1.7 Prevención	29
2.1.8 Tratamiento	29
Tratamiento no farmacológico:	31
Tratamiento farmacológico:.....	31
2.2 MARCO CONCEPTUAL	32
2.2.1 Incidencia del delirio:	32
2.2.2 Pacientes con síndrome coronario agudo.....	33
2.2.3 Paciente en la unidad de cuidados intensivos	33
2.2.4 Características clínicas prevalentes	33
2.2.5 Asociación entre el delirio (cam-icu) y el grado de severidad de la enfermedad (apache II) del paciente	33
2.3 MARCO REFERENCIAL	33

2.4	MARCO LEGAL	34
3	DISEÑO METODOLÓGICO.....	36
3.1	TIPO DE ESTUDIO	36
3.2	ESCENARIO DE ESTUDIO.....	36
3.3	POBLACIÓN Y MUESTRA	36
	UNIDAD DE ANÁLISIS:	37
3.4	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	37
3.5	PRUEBA PILOTO	37
3.6	PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	38
3.6.1	Fuente primaria	38
3.6.2	Fuente secundaria	38
3.6.3	Instrumentos	38
3.6.4	Criterios de inclusión	40
3.6.5	Criterios de exclusión.....	41
3.7	PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	41
3.8	ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....	42
4	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	43
4.1	INCIDENCIA DEL DELIRIO	43

4.2	ASOCIACIÓN DEL CAM-ICU Y APACHE	46
5	CONCLUSIÓN	50
6	RECOMENDACIONES	51
7	BIBLIOGRAFÍA	52
8	ANEXOS	57

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Análisis de incidencia en pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo, ingresados en la UCI de la clínica ZAYMA, Montería.....	44
Tabla 2. Clasificación de pacientes según criterios evaluación en el CAM-ICU.	44
Tabla 3. Delirio vs Apache. Medidas simétricas.....	46
Tabla 4. Delirio Vs Apache - Tabla de contingencia.....	47
Tabla 5. Resumen de la relación entre delirio y variables operacionalizadas.....	48

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Documento: Escala de agitación y sedación de Richmond.....	57
Anexo B. Documento: Criterios y descripción del CAM-ICU.....	58
Anexo C. Documento: Escala de APACHE II.....	59
Anexo D. Documento: Consentimiento informado.....	60

RESUMEN

El delirio es una variación aguda del estado de conciencia, frecuente en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Su incidencia varía ampliamente, presentando diferentes características clínicas correlacionadas. Con este estudio se busca determinar la incidencia de delirio en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) en la UCI, e identificar sus características clínicas asociadas, así como la correlación del delirio (CAM-ICU) y el grado de severidad de la enfermedad (APACHE-II). Fue un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal. Realizado durante el cuarto bimestre del 2015. A los pacientes bajo los criterios de inclusión, se les aplicó la herramienta diagnóstica CAM-ICU, para detectar la presencia de delirio, así como una revisión de la historia clínica, y operacionalización de variables. Luego de un análisis estadístico multivariado de tipo descriptivo y correlacional se obtuvieron los objetivos planteados. La incidencia de delirio en el grupo clínico estudiado fue del 37,5%, con promedio de edad para pacientes con delirio de 67 años vs 64 años para los que no presentaron. El grado de asociación entre el delirio y las características clínicas operacionalizadas presenta una significancia mayor a 0,05%, al igual que la relación entre el delirio y el porcentaje de mortalidad según APACHE-II (Phi 283). Se concluye que la incidencia del delirio en pacientes con SCA en la UCI fue del 37,5%, evidenciando una asociación estadística no significativa entre el delirio y las características clínicas identificadas. El índice de mortalidad se comportó de forma independiente a la aparición de delirio.

Palabras clave: delirio, incidencia, síndrome coronario agudo, unidad de cuidado intensivo

ABSTRACT

Delirium is a variation acute state of consciousness, often in intensive care (ICU). Its incidence varies widely, featuring different correlated clinical features. The objective to determine the incidence of delirium in patients with acute coronary syndrome (ACS) in the ICU, as well as the correlation of delirium (CAM-ICU) and the degree of severity of the disease (APACHE-II). Descriptive, quantitative study, Made during the fourth quarter 2015. Patients under the inclusion criteria, applied the CAM-ICU diagnostic tool, to detect the presence of delirium, as well as a review of medical history, and operationalization of variables. The objectives set were obtained after a multivariate statistical analysis descriptive and correlational. The incidence of delirium in the clinical study group was 37.5%, with average age for patients with delirium of 67 vs 64 years for those who did not. The degree of association between delirium and operacionalizadas clinical features have one significance greater than 0.05%, as well as the relationship between delirium and the percentage of mortality according to APACHE-II (Phi 283). The incidence of delirium in patients with ACS in the ICU was 37.5%, evidencing a non-significant statistical association between delirium and the identified clinical characteristics. The mortality rate behaved independently to the emergence of delirium.

Key words: delirium, incidence, acute coronary syndrome, intensive care unit.

INTRODUCCIÓN

El delirio es una variación aguda del estado mental frecuente en los enfermos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); autores como Roberts y Wendy¹, han citado acerca del papel que juega enfermería, en la evaluación de los aspectos cognitivos, ya que la detección del delirio ofrece una oportunidad de revertir las alteraciones que esta patología ocasiona, proporcionando una garantía que empodera al profesional de enfermería en el cuidado individualizado, el cual reduce las consecuencias relacionadas con mortalidad, días de estancia y complicaciones.

A nivel global, investigaciones demuestran una alta incidencia de delirio en las unidades de cuidados intensivos, con variaciones dependientes de las características del estudio y su población objeto, se resalta en Europa específicamente en Barcelona, España, que “su incidencia varía entre el 20-80% según los métodos diagnósticos y la situación clínica del paciente”².

En Sudamérica, de acuerdo a lo sostenido por Ceraso et al³, en una investigación realizada en 12 países, predominando Argentina, México, Chile y Colombia, se concluyó que sólo el 56,55% de los intensivistas valoraban al paciente para el diagnóstico de delirio, el 88,3% estuvo de acuerdo o totalmente de acuerdo en que el delirio era un evento esperado en UCI y el 90,1% afirmó que el delirio es subdiagnosticado; esto explica en parte, las amplias variaciones en la medida de

¹ ROBERTS, B. & WENDY, C. (2004). Patients' dreams and unreal experiences following intensive care unit admission. *Nursing in critical care*, 9(4), 173-179.

² MARTÍNEZ GIMENO, Laura; OLLER SALES, Benjamín y MORET RUIZ, Enrique. Incidencia de delirium en una unidad de cuidados críticos postquirúrgicos

³ CERASO, Daniel Hugo, et al. Encuesta iberoamericana sobre delirium en pacientes críticos. En: *MEDICINA INTENSIVA*. vol. 34, no. 8, p. 495-505

incidencia debido a que estos factores influyen negativamente en la obtención de un diagnóstico clínico veraz.

En Colombia estudios realizados en Bogotá evidencian que, “la incidencia global de delirio en las unidades de cuidados intensivos del Hospital Central Militar fue de 28,8%”⁴, por el contrario en la unidad de cuidados coronarios fue del 11.1%. El departamento de Córdoba, Colombia no presenta antecedentes investigativos sobre el tema, aun cuando cuenta con diversas unidades de cuidados intensivos, polivalentes y específicos.

Montería como capital del departamento de Córdoba, concentra las instituciones prestadoras de salud (IPS) de tercer y cuarto nivel de atención. La Clínica ZAYMA es una IPS de carácter privado ubicada en la ciudad de Montería, dentro de sus servicios se encuentra Unidad de Cuidados Intensivos Adulto. Estadísticas correspondientes al segundo trimestre de 2015 refleja 277 pacientes atendidos, con un promedio día estancia de 6,21, y un giro cama de 4,1.

Datos corresponden al primer semestre del año indican que las cinco principales patologías que se atendieron en la UCI de la clínica ZAYMA fueron, síndrome coronario agudo, insuficiencia respiratoria aguda, complicaciones postquirúrgicas, trauma craneoencefálico severo, accidente cerebrovascular hemorrágico. El mayor porcentaje en cuanto a tipo de patologías lo tienen los eventos coronarios agudos con un 22%, no se cuenta en la UCI actualmente con un programa de monitoreo a la aparición de delirio en los pacientes que ingresan.

Basados en lo anterior, se resalta que “en la práctica de enfermería clínica en la Unidad de Cuidado Intensivo la valoración del delirio como una alteración cognitiva es una condición compleja, común, que interfiere con la curación, recuperación y

⁴ RAMOS, JI, et al. Incidencia de delirium en las unidades de Cuidados Intensivos y Cuidados Coronarios del Hospital Central Militar.

prolonga la estancia de los pacientes”⁵; por lo tanto el actuar del profesional de enfermería es trascendental en la prevención, identificación y tratamiento de este evento, así como en la disminución, según Quiroz, Araya y Fuentes⁶ del alto costo hospitalario que genera esta patología en comparación a los pacientes hospitalizados que no presentan delirio.

⁵ ELY, E. Wesley, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. En: JAMA. vol. 291, no. 14, p. 1753-1762

⁶ QUIROZ, Tiare; ARAYA, Esperanza y FUENTES, Patricio. Delirium: actualización en manejo no farmacológico. En: REVISTA CHILENA DE NEURO-PSIQUIATRÍA. vol. 52, no. 4, p. 288-297

1 OBJETIVO

1.1 GENERAL

Determinar la incidencia del delirio en pacientes con alteraciones síndrome coronario agudo en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica ZAYMA, en el cuarto bimestre de 2015.

1.2 ESPECÍFICOS

Caracterizar según variables de edad, sexo y diagnóstico a la población objeto de estudio.

Identificar la incidencia del delirio en pacientes con síndrome coronario agudo que ingresan a la unidad de cuidados intensivos, en el cuarto bimestre del año 2015.

Identificar nivel de asociación entre el delirio (CAM-ICU) y el grado de severidad de la enfermedad (APACHE II) del paciente con síndrome coronario agudo en la unidad de cuidados intensivos de la clínica ZAYMA, Montería.

Describir las características clínicas prevalentes en los pacientes con síndrome coronario agudo que presentan delirio en la unidad de cuidados intensivos de la clínica ZAYMA, Montería.

2 MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEÓRICO

El delirio según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV edición (DSM-IV) se define como una alteración de la conciencia que se desarrolla con cambios cognitivos y perceptuales, los cuales se presentan en horas o días y un curso fluctuante en el tiempo, “que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo”⁷. Los cambios de la conciencia, cognitivos y perceptuales se especifican en el cuadro 1.

Antes de lanzar un juicio clínico e iniciar manejo terapéutico hay que realizar un diagnóstico diferencial que permita excluir en el paciente un cuadro de demencia, para lo que según el DSM - IV⁸, se debe tener en cuenta que en ambas patologías se presenta una alteración cognitiva manifestada por el deterioro de la memoria, la diferencia radica en que en la “demencia el sujeto está vigil y no tiene la alteración de la conciencia característica del delirium”⁹, se evidencian en el cuadro 2.

Cuadro 1. Alteraciones pacientes con delirio.

Conciencia	Cognitivos	Perceptuales
Disminución de la capacidad de atención al entorno (deterioro de la capacidad de centrar, mantener o dirigir la atención)	Deterioro de la memoria Desorientación frecuentemente en tiempo o espacio Alteraciones del lenguaje (ejemplo: disnomia, disgrafía)	Interpretaciones erróneas Ilusiones Alucinaciones

Fuente: American Psychiatric Association y American Psychiatric Association. Diagnostic Criteria from DSM-IV. American Psychiatric Association Washington, DC, 1994

⁷ American Psychiatric Association y American Psychiatric Association. Diagnostic Criteria from DSM-IV. American Psychiatric Association Washington, DC, 1994.

⁸ Ibid., p. 126.

⁹ Ibid., p. 126.

Cuadro 2. Diagnóstico diferencial.

Características	Demencia	Delirium	Depresión
Aparición	Insidiosa	Aguda	Semiaguda
Curso	Continuo progresivo	Fluctuante	Variación diurna
Estado de alerta	No alterado hasta estados avanzados	Alterado	No alterado
Capacidades atencionales	Muy pocas	Alterado, distraído	Disminuidas
EEG	Lentitud del ritmo de fondo	Sugiere encefalopatía aguda	Normal

Fuente: VILLALPANDO BERUMEN, Juan, et al. Delirium. México: Editorial El Manual Moderno. 2006. p. 371 -.390

Esta situación genera en el paciente “trastornos emocionales que el sujeto puede manifestar ansiedad, miedo, depresión, irritabilidad, ira, euforia y apatía. Algunos individuos mantienen el mismo tono emocional a lo largo de todo el delirium y otros pasan de un estado emocional a otro de manera rápida e imprevisible”¹⁰.

2.1.1 Síndromes coronarios agudos

Esta patología constituye un porcentaje considerable en las unidades de cuidados intensivos polivalentes, la cual es conceptualizada como un “desbalance entre la oferta y demanda de oxígeno por el músculo cardíaco, secundaria a una obstrucción del vaso coronario a partir de la fractura de la placa de colesterol que yace dentro del vaso, entre las capas íntimas y media”¹¹. Se clasifican en:

¹⁰ Ibíd., p. 125

¹¹ VARGAS, José Ricardo . Síndromes Coronarios Agudos.CETIFAC - Bioingeniería UNER; 7mo. Congreso Virtual de Cardiología. Noviembre 2011
<http://www.fac.org.ar/7cvc/llave/c187/navarrovargasj.pdf>

Angina de pecho: los síntomas de la angina pueden abarcar “dolor intenso en el pecho, con sensación de muerte; acompañado de disnea, diaforesis, sensación de desmayo y que tiene una duración mayor de 15 minutos”¹².

Infarto agudo de miocardio sin elevación del ST: dentro del Síndrome Coronario Agudo, el Infarto Agudo de Miocardio sin elevación del ST, es la entidad menos estudiada, se caracteriza como una “lesión y muerte celular en una zona que posteriormente es revascularizada mediante mecanismos fisiológicos fibrinolíticos o antitrombóticos. La clave en la diferencia con el otro síndrome coronario (el infarto con elevación del ST) es que la lesión inicia del endocardio al epicardio”¹³.

Infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación del ST: una de las entidades más frecuentes en la unidad de cuidados intensivos definida como una “lesión del tejido miocárdico que no fue reperfundida y que requiere de un manejo agresivo, puesto que las consecuencias de acuerdo a la zona de la coronaria obstruida (al porcentaje de músculo cardíaco comprometido) pueden llevar a la muerte. Presenta elevación de marcadores enzimáticos y se pueden apreciar ondas típicas de lesión en el territorio afectado, visualizadas en derivaciones contiguas del EKG”¹⁴.

2.1.2 Incidencia de delirio

A nivel global, investigaciones demuestran una alta incidencia del delirio en las unidades de cuidados intensivos, con variaciones dependientes de las características del estudio y su población objeto, en Europa se resalta que en Barcelona, España “su incidencia varía entre el 20-80% según los métodos

¹² *Ibíd.* p. 1.

¹³ *Ibíd.*, p. 2.

¹⁴ *Ibíd.*, p. 5.

diagnósticos y la situación clínica del paciente”¹⁵ de igual forma en Madrid, España “con el CAM-ICU la incidencia encontrada ha sido superior al 80%”¹⁶; en Sudamérica estudios desarrollados en Oxana, México evidencian que “de 81 pacientes, la incidencia de delirium fue de 35.8%”¹⁷, situación que evidencia un cambio significativo, sin embargo, según lo planteado por Abelha, et al.¹⁸ en Brasil la incidencia del delirio en la UCI varía ampliamente, de 16% a 89% y en Santiago, Chile se evidencia una incidencia “estimada entre el 25 y el 60% de pacientes ancianos hospitalizados”¹⁹; siendo esta alteración potencialmente prevenible en el mayor de los casos.

En Colombia estudios realizados en Bogotá evidencian que “la incidencia global de delirium en las unidades de cuidados intensivos del Hospital Central Militar fue de 28,8%”²⁰, por el contrario “en la unidad de cuidados coronarios fue del 11.1%”²¹, es relevante aclarar que estos pacientes recibieron sedación durante la ventilación mecánica. Estudios realizados por Ramos, et al.²² en unidades de cuidados intensivos en Bogotá, demuestran una incidencia de delirio del 11.76%.

¹⁵ MARTÍNEZ GIMENO, Laura; OLLER SALES, Benjamín y MORET RUIZ, Enrique. Incidencia de delirium en una unidad de cuidados críticos postquirúrgicos.

¹⁶HERREJÓN PALENCIA, Eduardo. Delirio en el enfermo crítico: nuevas herramientas, nuevas oportunidades.

¹⁷ REVILLA, Héctor; RODRÍGUEZ, Eduardo y LUNA, Víctor Manuel. Tercer lugar Premio «Dr. Mario Shapiro» Incidencia de delirium en la Unidad de Cuidados Intensivos.

¹⁸ABELHA, Fernando, et al. Delirium assessment in postoperative patients: validation of the portuguese version of the Nursing Delirium Screening Scale in critical care. En: Revista Brasileira De Anestesiologia. vol. 63, no. 6, p. 450-455.

¹⁹ GONZÁLEZ H, Jorge y BARROS B, Jorge. Delirium en pacientes de una Unidad de cuidados intermedios: estudio prospectivo. En: revista médica de chile. vol. 128, no. 1, p. 75-79.

²⁰ RAMOS, JI, et al. Incidencia de delirium en las unidades de Cuidados Intensivos y Cuidados Coronarios del Hospital Central Militar.

²¹ Ibíd., p. 49.

²² Ibíd., p. 50.

2.1.3 Clasificación

El delirio teniendo en cuenta el nivel de conciencia y la actividad psicomotora, se clasifica en:

Delirio hiperactivo, diferenciado por el “estado de “hiperalerta” como de hiperactividad”²³ manifestado por estados de “agitación, agresividad, inquietud, labilidad emocional, tendencia a retirarse sondas, catéteres y tubos”²⁴.

Delirio hipoactivo, determinado por una “reducción en la actividad y la vigilancia, y puede ir desde una menor interacción espontánea con el medio que le rodea hasta un estado de letargo o estupor, manifestados por “aplanamiento afectivo, apatía y disminución en la respuesta a estímulos externos”²⁵.

Delirio mixto, el cual plantea que los enfermos se “alternan entre un estado hiperactivo y uno hipoactivo en forma impredecible, ya sea en el transcurso de un mismo día o a lo largo de varios días”²⁶.

La clasificación clínica del delirio presenta una frecuencia variable, según Ely, et al.²⁷ el delirio de mayor continuidad en la unidad de cuidados intensivos es el delirio mixto con un 54,9%, en segundo lugar el delirio hipoactivo con 43,5% y con menor frecuencia el delirio hiperactivo en un 1,6%. “De acuerdo a algunas

²³ VILLALPANDO BERUMEN, Juan, et al. Delirium. México: Editorial El Manual Moderno. 2006. p. 371 -390

²⁴ COLE MG, MC CUSKER J, DENDUKURI N, HAN L. Symptoms of delirium among elderly medical in patients with or without dementia. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2002; 14(2)167-75., Citado por, ESPER, Raúl Carrillo y CÓRDOVA, Jorge Raúl Carrillo. Delirio en el enfermo grave. En: Revista De La Asociación Mexicana De Medicina Crítica Y Terapia Intensiva. p. 38-44.

²⁵ VILLALPANDO, Op. cit., p. 338.

²⁶ VILLALPANDO, Op. cit., p. 338.

²⁷ PETERSON, Josh F., et al. Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. En: Journal Of The American Geriatrics Society. vol. 54, no. 3, p. 479-484

referencias y debido al empleo concomitante de medicamentos psicoactivos, el delirio hipoactivo es más prevalente que el hiperactivo. El delirio hipoactivo está asociado a más días de hospitalización y mayor mortalidad debido a complicaciones, como aspiración, embolismo pulmonar y complicaciones por úlceras de decúbito”²⁸

2.1.4 Etiología y factores de riesgo

El delirio según el DSM IV²⁹ presenta diversos factores causales los cuales se clasifican en cuatro etiologías; cuyas características en común son las alteraciones en la conciencia, cognición y percepción: el delirio debido a una enfermedad médica; delirio inducido por sustancias, que está relacionado con la intoxicación, abstinencia de sustancias o efectos secundarios de la medicación y delirio debido a múltiples etiologías, éstos para ser tipificados como tal, se debe demostrar una relación causal directa entre el proceso patológico, el inicio y evolución del delirio. Por último se categoriza el “delirium no especificado, que debe utilizarse para el diagnóstico del delirium que no cumple los criterios para ningún tipo específico de delirium descrito”³⁰.

Con el fin de clasificar los factores de riesgo y explicar la predisposición y variaciones en el inicio del delirio por pacientes expuestos a factores de riesgo similares, Inouye³¹ desarrolló un modelo predictivo para delirio y dividió los factores de riesgo en dos categorías: Predisponentes y Precipitantes (cuadro 3).

28 ALONSO GANUZA, Zuria; GONZÁLEZ-TORRES, Miguel Ángel y GAVIRIA, Moisés. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. En: Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría. vol. 32, no. 114, p. 247-259

29 American Psychiatric Association y American Psychiatric Association, Op. cit., p. 130 – 139

30 *Ibíd.*, p. 139

31 Young J, InouyeSK. Delirium in olderpeople, Citado por, ALONSO GANUZA, Zuria; GONZÁLEZ-TORRES, Miguel Ángel y GAVIRIA, Moisés. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. En: Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría. Vol. 32:

Los factores predisponentes se presentan en la admisión al hospital e indican la vulnerabilidad basal, dentro de estos se destacan ser mayor de sesenta y cinco años, estar en tratamiento con fármacos antiarrítmicos, analgésicos, presentar algún tipo de deterioro cognitivo, trastorno del ánimo o comorbilidades de tipo neurológico, metabólico entre otros. Los factores precipitantes incluyen estímulos nociceptivos o lesiones y/o factores relacionados a la hospitalización que contribuyen al desarrollo de delirio, entre estos se resalta el tratamiento con fármacos del grupo de las benzodiazepinas, anticolinérgicos, enfermedades neurológicas primarias y factores ambientales característicos de la UCI.

2.1.5 Fisiopatología

En el estudio del delirio se han logrado avances significativos en la explicación de sus características conceptuales, epidemiología y somatización, entre otros aspectos, sin embargo “es poco lo que se conoce sobre la fisiopatología del delirium”³² por lo que se han planteado diversas hipótesis, entre las que se destacan “la hipótesis de la privación de oxígeno, hipótesis de los neurotransmisores e hipótesis inflamatoria”³³.

Hipótesis de la privación de oxígeno, Se plantea que “La disminución del metabolismo oxidativo en el cerebro causaría disfunción cerebral debido a alteraciones en distintos sistemas de neurotransmisores. Asimismo, la hipoxia cerebral pudiera provocar una disminución en la producción de acetilcolina”³⁴

³² VILLALPANDO, Op. cit., p. 335

³³ MALDONADO, JR. Patho etiological Model of Delirium: a Comprehensive understanding of the neurobiology of delirium and an evidence-based approach to prevention and treatment. *CriticalCareClinics*.2008; 24:789-856. 2008., Citado por, ALONSO GANUZA, Zuria; GONZÁLEZ-TORRES, Miguel Ángel y GAVIRIA, Moisés. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. En: REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA. vol. 32, no. 114, p. 247-259

³⁴ ALONSO GANUZA, Zuria. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. En: REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA. vol. 32, no. 114, p. 248

Cuadro 3. Factores predisponentes y desencadenantes.

Factores predisponentes	Factores desencadenantes
<p>Características demográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad 65 años o más. - Varón <p>Fármacos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tto. con múltiples psicotropos - Polimedicación (anticolinérgicos, antiarrítmicos, analgésicos) - Abuso de alcohol <p>Estado cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demencia - Deterioro cognitivo <p>Historia previa de delirium</p> <p>Trastornos del ánimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Ansiedad <p>Comorbilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades graves - Pluripatología - Enf. crónica renal ó hepática - ACV previos - Enfermedades neurológicas - Trastorno metabólico - Fractura o trauma - Enfermedad terminal - VIH positivo 	<p>Fármacos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Benzodiacepinas - Anticolinérgicos - Anticonvulsionantes - L-dopa - Antagonistas H2 - Analgésicos, AINEs - Polimedicación - Deprivación de drogas, fármacos o alcohol. <p>Enfermedades neurológicas primarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACV - Hemorragia intracraneal - Meningitis o encefalitis <p>Patología intercurrente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infecciones - Alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico - Enfermedades agudas severas - Fiebre - Hipoxia - Dolor <p>Desnutrición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones metabólicas - Cirugía
<p>Estado funcional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déficit funcional, dependencia - Síndrome de inmovilidad - Historia de caídas <p>Deprivación sensorial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déficitis visuales y/o auditivos <p>Trastornos en la ingesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deshidratación - Desnutrición 	<p>Ambientales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingreso en UCI - Restricciones físicas - Sonda vesical - Múltiples procedimientos - Estrés emocional <p>Trastornos del sueño</p>

Fuente: Young J, InouyeSK. Delirium in olderpeople, Citado por, ALONSO GANUZA, Zuria; GONZÁLEZ-TORRES, Miguel Ángel y GAVIRIA, Moisés. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. En: REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA. Vol. 32

Hipótesis de los neurotransmisores, los neurotransmisores como sustancias químicas liberadas por una neurona como resultado de un potencial de acción, son trascendentales en la actividad neuronal, por lo que se plantea que “al parecer existen distintas vías neuronales y sistemas de neurotransmisores (...) como la acetilcolina, dopamina, serotonina, cortisol, citosina, GABA y glutamato (...) que pueden estar involucrados en la génesis de esta entidad”³⁵. Dentro de los neurotransmisores que en investigaciones evidencian una influencia en la fisiopatogenia del delirio se resaltan:

Acetilcolina, diferentes estudios aportan argumentos que proponen que alteraciones en este neurotransmisor es de “primordial importancia en la fisiopatogenia del delirium”³⁶, esta situación se explica ya que:

La deficiencia de acetilcolina, ya sea por aumento en la actividad anticolinérgica sérica o por una menor producción a nivel central, es la anomalía más citada y mejor caracterizada(...) se ha demostrado mediante radioinmunoensayo que los niveles séricos de actividad anticolinérgica pueden encontrarse significativamente más elevados en pacientes con delirium que en aquellos sin delirium, que los niveles se correlacionan con la severidad del cuadro, y que éstos bajan una vez que éste se ha resuelto(...) sin embargo, existen también reportes de que el uso de agentes anticolinesterásicos se asocia a su aparición, por lo que no sólo la deficiencia, sino también el exceso de dicho neurotransmisor puede contribuir a su fisiopatogenia³⁷.

Dopamina, de acuerdo a lo planteado por Villalpando³⁸ este neurotransmisor se ve repetidamente comprometido en los pacientes con delirio, el aumento en sus niveles presenta una relación inversamente proporcional con los niveles de acetilcolina. “un incremento súbito en la actividad dopaminérgica, como puede observarse en la intoxicación con medicamentos dopaminérgicos, el uso de opiáceos o drogas como la cocaína, se han asociado con la aparición de delirio.

³⁵ VILLALPANDO, Op. cit., p. 336

³⁶ *Ibid.*, p. 336

³⁷ *Ibid.*, p. 336

³⁸ *Ibid.*, p. 336

Los agonistas dopaminérgicos pueden provocar también estados de excitación e hiperactividad, déficit atencionales y una lentificación electroencefalográfica similar a la vista con el uso de medicamentos anticolinérgicos y en este padecimiento.”³⁹

Serotonina, este neurotransmisor de igual forma se cree que influye en desarrollo del delirio ya que:

Su deficiencia o exceso a nivel central se han asociado también con la aparición de delirium. Existe una reducción de los niveles de serotonina cerebral asociada a la edad, situación que podría explicar en parte la mayor vulnerabilidad de los pacientes añosos a desarrollarlo(...), un aumento en la actividad serotoninérgica puede también llevar a delirium, siendo éste uno de los síntomas principales del síndrome serotoninérgico inducido por fármacos(...). Es posible entonces considerar que la relación entre las concentraciones de serotonina y esta entidad tiene forma de una U invertida, como es también el caso de la acetilcolina, pues tanto su exceso como su deficiencia se han relacionado con la aparición del mismo. La serotonina puede también estimular la liberación de dopamina y, con base en el subtipo de receptor serotoninérgico que sea estimulado, puede aumentar o reducir la liberación de acetilcolina a nivel central⁴⁰.

GABA y glutamato, el ácido γ -gamaaminobutírico, como neurotransmisor principal del sistema nervioso central regula la excitabilidad neuronal, un aumento en éste así como en el glutamato se asocia, de acuerdo a lo planteado por Villalpando⁴¹, como un agente causal de delirio, esto en casos específicos como los que cursan con falla hepática y supresión de benzodiazepinas o alcohol.

Hipótesis inflamatoria, bajo este enfoque se plantea que “el estrés físico derivado del dolor, la pérdida sanguínea, el daño tisular, estimula la secreción de interleucinas a nivel periférico y central, las cuales producen modificaciones en la

³⁹ Ibíd., p. 336

⁴⁰ Ibíd., p. 336

⁴¹ Ibíd., p. 337

permeabilidad de la barrera hematoencefálica. Esto conlleva una alteración en la síntesis y liberación de neurotransmisores”⁴².

2.1.6 Diagnóstico

El diagnóstico del delirio se centra en la identificación clínica de las alteraciones que lo caracterizan, ya que “a excepción del electroencefalograma, no existen otros estudios de apoyo para el diagnóstico de dicha entidad”⁴³ estas alteraciones se encuentran consensuadas según el DSM – IV⁴⁴ en cuatro criterios. (cuadro 4). Además de la valoración clínica inicial se emplea “la escala CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) la cual ha sido validada en diferentes estudios. Esta escala se adaptó para aplicarse en pacientes graves que no verbalizan como una modificación de la CAM original. La valoración del delirio con la escala CAM-ICU incorpora cuatro elementos claves a la CAM original”⁴⁵ (cuadro 5). La eficiencia del CAM-ICU, como herramienta en la práctica clínica se ve soportada al poseer una “sensibilidad del 72,5% y una especificidad del 96,2%”⁴⁶.

⁴² CEREJEIRA, J, FIRMINO, H, VAZ-SERRA, A, MUKACTOVA-LADINSKA, EB. The neuro inflammatory hypothesis of delirium. *Acta Neuropathology*. 2010; 119: 737-754, Citado por, ALONSO GANUZA, Zuria; GONZÁLEZ-TORRES, Miguel Ángel y GAVIRIA, Moisés. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. En: *REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA*. vol. 32, no. 114, p. 248.

⁴³ Villalpando, Op cit., p. 340

⁴⁴ DSM IV p. 134 – 135

⁴⁵ INOUE SK, VAN DYCK CH, ALESSI CA, BALKIN S, SIEGAL AP, HOROWITZ RI. Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method. *Ann Intern Med* 1990; 113:941-948. Citado por CARRILLO, Jorge. Delirio en el enfermo grave. *Revistas de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva* Vol. XXI, Núm. 1 - Ene.-Mar. 2007. P., 38-44.

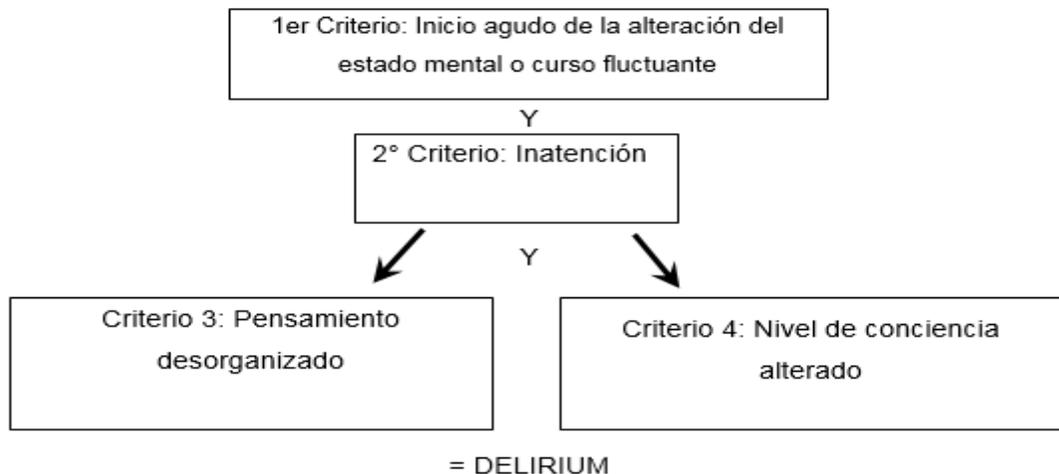
⁴⁶ GUSMAO-FLORES, Dimitri, et al. The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. En: *CLINICS*. vol. 66, no. 11, p. 1917-1922

Cuadro 3. Criterios para el diagnóstico del delirium.

- A. Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- B. Cambio en las funciones cognoscitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.
- C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D. Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

Fuente: American Psychiatric Association y American Psychiatric Association. Diagnostic Criteria from DSM-IV. American Psychiatric Association Washington, DC, 1994.p.134 – 135.

Cuadro 4. Criterios para el diagnóstico del delirium.



Fuente: TORO, AC, et al. Versión en español del método para la evaluación de la confusión en cuidados intensivos, estudio piloto de validación. En: MEDICINA INTENSIVA. Vol. 34, no. 1, p. 14-21.

2.1.7 Prevención

El delirio “es una complicación evitable de la enfermedad aguda”⁴⁷, estudios han demostrado que “la puesta en práctica de intervenciones específicas sobre determinados factores de riesgo puede reducir la incidencia del delirium en enfermos hospitalizados de edad avanzada”⁴⁸, sin embargo, teniendo en cuenta que “los estudios que aplican éstas u otras intervenciones en el enfermo de la UCI son escasos, se pueden proponer unas recomendaciones generales”⁴⁹ (cuadro6).

2.1.8 Tratamiento

El tratamiento del delirio en el paciente grave tiene como primera medida el “diagnóstico temprano. Una vez que se detecta deberá determinarse la causa y los factores de riesgo para iniciar el tratamiento”⁵⁰ teniendo en cuenta los factores predisponentes y precipitantes se debe “identificar y corregir la causa subyacente, establecer unas medidas de soporte para prevenir el deterioro físico y/o cognitivo y, en ocasiones, un tratamiento farmacológico para el control de los síntomas”⁵¹

⁴⁷ PALENCIA-HERREJÓN, E., et al. Delirio en el paciente crítico. En: MEDICINA INTENSIVA. vol.32, no. Supl. 1, p. 77-9.

⁴⁸ INOUE SK, BOGARDUS ST Jr, CHARPENTIER PA, Leo-Summers L, ACAMPORA D, HolfordTR, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. N Engl J Med. 1999; 340:669-76, Citado por, PALENCIA-HERREJÓN, E., et al. Delirio en el paciente crítico. En: Medicina Intensiva. vol. 32, no. Supl. 1, p. 77-91.

⁴⁹ PALENCIA-HERREJÓN, Op. cit., p. 81.

⁵⁰ ESPER, Raúl y CORDOVA, Jorge Raúl. Delirio en el enfermo grave. En: revista de la asociación mexicana de medicina crítica y terapia intensiva. p. 38-44.

⁵¹ INOUE SK. Delirium in older persons. N Engl J Med. 2006; 354:1157-65, Citado por, PALENCIA-HERREJÓN, E., et al. Delirio en el paciente crítico. En: medicina intensiva. vol. 32, no. Supl. 1, p. 77-91

Cuadro 5. Prevención del delirium.

Intervenciones específicas

1. Funciones cognitivas: estimular la orientación del paciente y su relación con el medio: horarios flexibles y ampliados de visitas, reloj visible, luz natural (noche y día). Mantener el mayor grado de comunicación con el paciente. Todo el personal en contacto con el paciente debe llevar identificación y presentarse a sí mismo cuando se dirige a él. Explicar al paciente su enfermedad y todos los procedimientos e intervenciones que se llevan a cabo. Permitir la dentadura postiza; permitir periódicos, lecturas, música, radios y televisores.

Intervenciones específicas

2. Privación de sueño: intentar evitar la sedación farmacológica y favorecer el sueño por medios naturales: oscuridad y silencio nocturnos, música relajante; bebidas nocturnas (vaso de leche o infusión no estimulante), ajuste de los horarios de medicación y toma de constantes para respetar las horas de sueño

3. Inmovilidad. Movilización precoz, sesiones de ejercicios pasivos y ejercicios activos, limitar el tiempo de encamamiento, limitación de dispositivos que reducen la movilidad (sondas, catéteres, equipos de monitorización), evitar las sujeciones físicas

4. Limitaciones visuales y auditivas. Uso de gafas y audífonos, limpieza ocular y auditiva, adaptación ambiental para el discapacitado visual y auditivo

Intervenciones generales

1. Sedación: uso de un protocolo de sedación y de una escala validada de sedación-agitación. Uso de una herramienta para la detección o diagnóstico de delirium. Hacer explícito el nivel de sedación deseado para cada momento y actividad del día. Interrupción diaria de la sedación para eliminar sedación excesiva. Sedación “dinámica” Evitar bloqueantes neuromusculares, que obligan a sedaciones excesivas y pueden causar experiencias traumatizantes

2. Traqueotomía precoz: reduce la necesidad de sedación, mejora la capacidad de comunicación del paciente

3. Tratamiento del dolor: reducir la dosis de opiáceos necesaria con el uso de otros analgésicos no opiáceos, como paracetamol, dipirona y ketorolaco

4. Prevención y tratamiento precoz del síndrome de abstinencia de sustancias consumidas antes del ingreso en UCI (alcohol, nicotina, benzodiazepinas, opiáceos) o durante el ingreso (reducción gradual de las dosis tras sedoanalgesias prolongadas)

Fuente: PALENCIA-HERREJÓN, E., et al. Delirium en el paciente crítico. En: Medicina Intensiva. Vol. 32, no. Supl. 1, p. 8.

Tratamiento no farmacológico: Se deben “descartadas aquellas complicaciones que pueden poner en riesgo la vida del paciente (hipoxia, hipoglucemia, hipoperfusión, etc.), se debe comprobar que las medidas preventivas ambientales y dirigidas a la reorientación del paciente (...) se están llevando a cabo; en caso contrario, habrá que corregir la situación. Estas simples medidas pueden ser suficientes para reducir la duración del delirium”⁵²

Concomitante con estas acciones se debe según Palencia⁵³, garantizar al paciente una sedación adecuada, oxigenación que garantice una saturación adecuada, prevención de infecciones, evitar la deshidratación y úlceras por decúbito, entre otras.

Se debe tener en cuenta que “en cuadros de delirium hiperactivo con agitación psicomotriz grave, puede ser preciso establecer medidas de restricción física. Sin embargo, estos procedimientos con frecuencia se usan en exceso, pueden empeorar la combatividad del paciente y producir lesiones añadidas (por ejemplo, neurológicas o vasculares) e incluso la muerte”⁵⁴

Tratamiento farmacológico: De acuerdo a lo planteado por Palencia-Herrejón⁵⁵, constatar la ejecución de las medidas no farmacológicas e intentar revertir los factores causales, si estas acciones no evidencian una evolución positiva del delirio, se debe iniciar en forma concomitante la administración de fármacos. Las acciones farmacológicas se encaminan a “minimizar o revertir la situación (...)

⁵² LUNDSTROM M, EDLUND A, KARLSSON S, BRANNSTROM B, BUCHT G, GUSTAFSON Y. A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *J Am Geriatr Soc.* 2005; 53:622-8, Citado por, PALENCIA-HERREJÓN, E., et al. Delirio en el paciente crítico. En: *MEDICINA INTENSIVA.* vol. 32, no. Supl. 1, p. 77-91

⁵³ PALENCIA-HERREJÓN, Op. cit., p. 77-91

⁵⁴ MILLIKEN D. Death by restraint. *CMAJ.* 1998; 158:1611-2., Citado por, PALENCIA-HERREJÓN, E., et al. Delirio en el paciente crítico. En: *MEDICINA INTENSIVA.* vol. 32, no. Supl. 1, p. 77-91

⁵⁵ PALENCIA-HERREJÓN, Op. cit., p. 77-91

especialmente en cuadros de delirio hiperactivo grave, para controlar la agitación y evitar posibles efectos adversos en el paciente puede ser necesario iniciar el tratamiento con fármacos antes del diagnóstico. Los objetivos del tratamiento son conseguir y mantener un control rápido y seguro del comportamiento del paciente y mejorar la alteración cognitiva”⁵⁶

Con base a los estudios realizados y la medicina basada en la evidencia se concluye que:

No hay estudios clínicos controlados con placebo para evaluar la eficacia en pacientes internados en unidades críticas, el haloperidol se recomienda como droga de elección para el tratamiento del delirium. Es un antipsicótico típico, bloquea los receptores de dopamina D2 resultando en la disminución de las alucinaciones, ilusiones, y pensamientos desestructurados. La dosis óptima no ha sido definida por ensayos clínicos pero las guías de SCCM que los pacientes con delirium hiperactivo deberían ser tratados con haloperidol endovenoso, 2 mg, seguido de dosis repetidas (el doble a la inicial) cada 15-20 minutos mientras persista la agitación. Apenas la agitación disminuye, debería programarse dosis cada 4 o 6 horas, por algunos pocos días. La dosis común para los pacientes críticos, va de 4 a 6 mg día, pero es frecuente la utilización de dosis mayores en el tratamiento de la agitación aguda (...) Los pacientes tratados con haloperidol, u otros antipsicóticos, deberían ser monitorizados por los efectos adversos, que incluyen hipotensión, distonía, efectos extra piramidales, espasmo laríngeo (...) y efectos anticolinérgicos como sequedad bucal⁵⁷.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Incidencia del delirio: se define como incidencia del delirio el número de casos identificados de delirio mediante la aplicación de la escala CAM-ICU, en la unidad de cuidados intensivos de la clínica ZAYMA, durante el cuarto bimestre del 2015

⁵⁶Ibíd., p. 82

⁵⁷SAIBAL Karina y RAMELLA, Alejandro, Diagnóstico y tratamiento del delirio en pacientes internados en unidades de cuidados críticos, p. 11

2.2.2 Pacientes con síndrome coronario agudo: pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos de la clínica ZAYMA y son diagnosticados con infarto agudo de miocardio con elevación o sin elevación del segmento ST, angina de pecho estable o inestable.

2.2.3 Paciente en la unidad de cuidados intensivos: paciente que presenta una alteración de la salud potencialmente recuperable y que por su condición está hospitalizado en la unidad funcional que posee una amplia tecnología, recurso humano cualificado, procesos estandarizados y el mayor nivel de complejidad para la atención del paciente.

2.2.4 Características clínicas prevalentes: variables determinadas por los exámenes de laboratorio tipo química sanguínea, hemograma y coagulograma, los cuales se realizaron a la gran mayoría de los pacientes objeto de estudio.

2.2.5 Asociación entre el delirio (cam-icu) y el grado de severidad de la enfermedad (apache II) del paciente: Nivel de correlación estadística que resulta al cruzar mediante un software especializado la frecuencia de la variable delirio y resultados obtenidos mediante la aplicación de la escala apache II.

2.3 MARCO REFERENCIAL

El delirio es conocido como “una alteración del estado de conciencia caracterizado por un inicio agudo o subagudo con curso fluctuante y daño al funcionamiento cognitivo usualmente reversible”¹, es una manifestación más frecuente de disfunción del sistema nervioso central en los enfermos en estado crítico. A pesar de esto, se trata de un problema que no es detectado tempranamente, cuyo diagnóstico a menudo se pasa por alto en las unidades de cuidado intensivo adulto, ya que solo se trata en los pacientes cuyas manifestaciones son marcadas por la intensidad clínica.

Dado que el delirio, es un resultado de una multiplicidad de trastornos se deduce que son múltiples las vías, por las cuales se puede generar esta alteración, lo que a su vez ha hecho presumir, las posibles relaciones de incidencia entre los

pacientes que ingresan a unidad de cuidados intensivos y presentan alguna patología cardiovascular y episodios de dicho trastorno.

Los elementos que documentan el fenómeno estudiado, se basan en marcos conceptuales y teóricos, en los cuales, la presencia del delirio es notoria en cuanto al impacto y relevancia social en pacientes con alteraciones cardiovasculares, al igual que las cifras de estancia prolongada, costos y mortalidad de los pacientes que presentaron delirio en la unidad de cuidado intensivo.

2.4 MARCO LEGAL

Colombia impulsa una política de seguridad del paciente, a través del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud, cuyo único fin prevenir la ocurrencia de situaciones que interfieran en la evolución clínica de los pacientes de igual forma la reducción o eliminación de eventos adversos.

El delirio según Juárez⁵⁸, es una entidad con una alta incidencia en las unidades de cuidados intensivos y cuidados coronarios, esto se potencializa debido que según “ una encuesta reciente, la mayoría de los profesionales de las UCI consideraba que el delirium es un problema frecuente y grave, pero reconocían que era un síndrome infradiagnosticado, y sólo una minoría utiliza herramientas específicas para la detección sistemática del delirium en sus pacientes”⁵⁹ esta situación contrasta con la Política Nacional de Salud Mental la cual promueve en las instituciones y profesionales que prestan servicios en el campo de la salud mental, o entidades que tienen una relación directa con estas patologías como lo son las unidades de cuidados intensivos, a facilitar la integración de las personas al medio social al que pertenecen. Por lo que se hace trascendente la identificación y tratamiento oportuno del delirio en el paciente en la unidad de cuidados intensivos, ya que este genera consecuencias negativas que “van más allá de las derivadas de las conductas agresivas y autolesivas de los pacientes con agitación, y estudios recientes han mostrado que el delirium es uno de los

⁵⁸ JUÁREZ RAMOS, Isaac, et al. Incidencia de delirium en las unidades de Cuidados Intensivos y Cuidados Coronarios del Hospital Central Militar.

⁵⁹ ELY EW, STEPHENS RK, JACKSON JC, THOMASON JW, TRUMAN B, GORDON S, et al. Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: a survey of 912 healthcare professionals. *CritCareMed*. 2004; 32:106-12., Citado por, PALENCIA-HERREJÓN, E., et al. Delirio en el paciente crítico. En: *MEDICINA INTENSIVA*. vol. 32, no. Supl. 1, p. 78

principales factores determinantes de la estancia hospitalaria”⁶⁰ por consiguiente se establece en la ley 23 de 1981 y ley 1616 de 2013 por la que a todo paciente se le garantizará su derecho a recibir un tratamiento que propenda a la recuperación y futuro desarrollo según su ciclo vital, previa solicitud del consentimiento informado

Por lo anterior la implementación de dichas políticas garantizan la existencia de instituciones seguras que propendan por la salud de los clientes del sistema.

⁶⁰ Ely EW, GAUTAM S, MARGOLIN R, FRANCIS J, MAY L, SPEROFF T, et al. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *IntensiveCareMed.* 2001; 27:1892-1900, Citado por, PALENCIA-HERREJÓN, E., et al. Delirio en el paciente crítico. En: *MEDICINA INTENSIVA.* vol. 32, no. Supl. 1, p. 78

3 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo, cuantitativo, y transversal mediante el cual se busca determinar la incidencia del delirium en pacientes con alteraciones cardiovasculares en la unidad de cuidados intensivos de la clínica ZAYMA.

3.2 ESCENARIO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la Unidad funcional de cuidados intensivos adultos de la clínica ZAYMA, ésta es una institución acreditada en Montería – Córdoba, cuya UCI polivalente cuenta con capacidad instalada para 15 personas.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población objeto del estudio, fueron los treinta y tres pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos de la clínica ZAYMA con diagnóstico de síndrome coronario agudo tipo infarto con elevación o sin elevación del segmento ST y angina estable.

MUESTRA

Muestreo no probabilístico, por conveniencia, en el cual se seleccionaron con base a los criterios de inclusión y exclusión veinticuatro pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos de la clínica ZAYMA del 1 de julio al 31 de agosto de 2015.

UNIDAD DE ANÁLISIS:

Presencia de delirio en los paciente hospitalizados por síndrome coronario agudo en la unidad de cuidados intensivos de la clínica ZAYMA.

3.4 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se empleó la entrevista estructurada y no estructurada, la observación directa y la inspección de registros específicos en la historia clínica.

Esta investigación se desarrolló en el cuarto bimestre del 2015, al conjunto de pacientes que ingresaron con diagnóstico de síndrome coronario agudo, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. La recolección de datos se inició con el diligenciamiento de los consentimientos informados, brindando información al paciente y los familiares sobre los fines exclusivamente de investigación académica y trascendencia para el mejoramiento del cuidado de enfermería en el área asistencial.

3.5 PRUEBA PILOTO

Se aplicó la prueba piloto a cuatro pacientes con síndrome coronario agudo, de los cuales dos presentaban diagnóstico de infarto agudo con elevación del ST, dos con angina de pecho inestable, se realizó la revisión de historia clínica, al diligenciar el consentimiento informado se denota que los pacientes, sugerían antes de aceptar la participación en el estudio, que se le informó al familiar sobre las características del estudio, y que este avalara su participación.

Al aplicar la escala Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (apache II) no se presentaron inconvenientes con el proceso de recolección de los datos.

Al desarrollar el método para la evaluación de la confusión en UCI (CAM.-ICU) se evidenció dificultad en 2/4 pacientes, al aplicar en la evaluación de inatención

mediante el examen auditivo, ya que los pacientes son analfabetas y argumentan no conocer el sonido de las letras, por lo que siguiendo la recomendación del asesor temático y metodologías de estudios anteriores se cambian las letras por nombre de animales comunes que inicien con la misma letra que plantea la secuencia "SAVEAHAART".

Al aplicar el CAM-ICU en la evaluación de inatención mediante el examen visual 3/4 de pacientes presentaron dificultad para identificar en el grupo A, paso 1, lámina 4 y paso 2, lámina 10, por lo que se cambia la imagen por un objeto, pero en una posición totalmente vertical.

Se realiza veinticuatro horas después la validación de los cambios aplicados, denotando una adecuada comprensión del proceso e identificación de figuras. Sin identificación de sesgos.

3.6 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.6.1 Fuente primaria: La información es dada directamente por los sujetos de estudio los cuales estarán determinados por los criterios de inclusión y exclusión, diligenciando el consentimiento informado y aplicando CAM-ICU.

3.6.2 Fuente secundaria: Se empleó la historia clínica, obteniendo datos para el diligenciamiento de algunos ítems del apache II.

3.6.3 Instrumentos:

Como herramienta diagnóstica se empleó el CAM-ICU, del cual diversos estudios se han realizado para validarlo como herramienta para el diagnóstico del delirium,

Toro⁶¹, concluyó que el CAM-UCI demostró un buen cumplimiento y excelente fiabilidad al desarrollarse a gran escala por enfermería.

Un estudio piloto de validación de la versión en español del método para la evaluación de la confusión en cuidados intensivos, se evidenció que la “sensibilidad fue del 79,4%; la especificidad, del 97,9%; el valor predictivo positivo (VP+), del 93,1%; el valor predictivo negativo (VP-), del 93,0%; el cociente de probabilidades positivo (CP+), de 37,72, y el cociente de probabilidades negativo (CP-), de 0,21: en toda la muestra. En los pacientes con ventilación mecánica, la sensibilidad fue del 92,9%; la especificidad, del 86,7%; el VP+, del 86,7%; el VP-, del 92,9%; el CP+, de 6,96, y el CP-, de 0,08”⁶².

Se debe tener en cuenta que el “CAM ICU debería considerarse un método de detección; se ha señalado que su principal punto débil radica en su incapacidad para distinguir las alteraciones de conciencia propias del delirium de las causadas por el efecto de la medicación sedante”⁶³ teniendo en cuenta esto se “podría sobreestimar de manera importante la incidencia de delirium en los pacientes de UCI”⁶⁴.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que el “el CAM-ICU en idioma español es un instrumento válido, confiable y reproducible, que puede aplicarse

⁶¹ TORO, AC, et al. Versión en español del método para la evaluación de la confusión en cuidados intensivos, estudio piloto de validación. En: Medicina Intensiva. vol. 34, no. 1, p. 14-21

⁶² TORO, Op. cit., p. 4

⁶³ BERGERON N, Skrobik Y, DUBOIS MJ. Is disturbance of consciousness an important feature of ICU delirium? Intensive Care Med. 2005; 31:887, Citado por, PALENCIA-HERREJÓN, E., et al. Delirio en el paciente crítico. En: MEDICINA INTENSIVA. vol. 32, no. Supl. 1, p. 79

⁶⁴ PALENCIA-HERREJÓN, Op. cit., p. 79.

satisfactoriamente para el diagnóstico de delirium en pacientes de habla hispana”⁶⁵.

Antes de aplicar el CAM-ICU se debe desarrollar, la escala de Richmond Agitación-Sedación Escala (RASS) (anexo A) esta fue “desarrollado por un equipo multidisciplinario en la Universidad Virginia Commonwealth University en Richmond.”⁶⁶ En un estudio para probar la fiabilidad y validez de la Richmond Agitación-Sedación Escala (RASS) se “demostraron una excelente fiabilidad entre evaluadores y el criterio, construir y validez aparente. Esta es la primera escala de sedación para ser validada por su capacidad para detectar cambios en el estado de sedación más días consecutivos de cuidados intensivos, en contra de las construcciones de nivel de conciencia y el delirium, y se correlacionó con la dosis administrada de sedantes y analgésicos”⁶⁷.

El segundo paso es la aplicación de los criterios de evaluación del delirio (anexoB).

3.6.4 Criterios de inclusión

- ❖ Hombre o mujer mayor de 18 años.
- ❖ Con síndrome coronario agudo: Angina inestable, Angina estable, Infarto sin elevación de la ST, Infarto con elevación de la ST

⁶⁵ TOBAR, E., et al. Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. En: Medicina Intensiva. vol. 34, no. 1, p. 4-13

⁶⁶ SESSLER, CN, GOSNELL M, GRAP MJ. Et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care patients. Am J RespirCrit Care Med.2002;166:1338-1344., Citadopor, ELY,E. WESLEY, et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). En: JAMA. vol. 289, no. 22, p. 2983-2991

⁶⁷ WESLEY, Ely, et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). En: JAMA. vol. 289, no. 22, p. 2983-2991

- ❖ Que se encuentre en la unidad de cuidados intensivos de la clínica ZAYMA-Montería.
- ❖ Con estado de conciencia según escala de Glasgow igual o mayor a 13/15.
- ❖ Que firme voluntariamente el consentimiento informado o en su defecto el familiar a cargo.

3.6.5 Criterios de exclusión

- ❖ Pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva y no invasiva.
- ❖ Pacientes que hayan recibido última dosis de sedación en un tiempo menor de 6 horas antes de la evaluación de las funciones mentales por medio de la escala CAM-ICU.
- ❖ Pacientes en estado de embarazo.
- ❖ Pacientes con trastorno psiquiátricos como la depresión mayor, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, Parkinson y Alzheimer previo según historia clínica.
- ❖ Pacientes con causas de alteración cerebral, como encefalopatía, enfermedad encefálica vascular
- ❖ Que en la historia clínica tenga algún tipo de demencia.
- ❖ Pacientes en postoperatorio de neurocirugía, trauma craneoencefálico grave o aumento de la presión intracraneana.

3.7 PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La recolección de datos se desarrolló del 1 de julio al 31 de agosto del 2015, tiempo en el que se presentaron 24 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. En el proceso de tabulación y análisis de los datos se empleó el software IBM SPSS statistics Base, el cual permite análisis estadístico para realizar el proceso analítico que se requiera; todo esto con amparados con la licencia de software con que cuenta la universidad de Córdoba.

Es imprescindible puntualizar que el equipo investigador no contó con algunos de los exámenes operacionalizados para estudiar el delirio debido al plan terapéutico específicos que requirió el paciente.

Con el fin de optimizar el manejo de los datos y el análisis de la información, se categorizaron los datos de los exámenes clínicos tomando como referencia los valores indicativos que proporciona el laboratorio, de tal forma que los resultados que estuvieran por debajo del valor de referencia que se considera como normal se le asignaba la categoría –disminuido- los que estuvieran por encima del valor de referencia, se categorizaron como –aumentado- y aquellos resultados que estaban, dentro de los parámetros de referencia, como normales, se les categorizó como -normal-.

De igual forma, en la obtención de porcentaje de mortalidad del APACHE II se tomaron los referentes internacionales establecidos.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Aspectos éticos y legales: En esta investigación se tuvo en cuenta la Resolución 8430 de 2003 del Ministerio de Salud la cual establece las bases conceptuales y legales de la investigación en el ámbito de la salud. De acuerdo al capítulo 11 de la anterior resolución, este es un estudio de riesgo mínimo. El procedimiento se hizo con el consentimiento previo de los padres a los cuales se les informó todo lo concerniente a la investigación y los resultados obtenidos.

4 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 INCIDENCIA DEL DELIRIO

El presente estudio se realizó en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de la clínica ZAYMA, en el cuarto bimestre del presente año, en este periodo ingresaron a la UCI 33 pacientes clasificados como población objeto de estudio, de los cuales 24 (17,9%) cumplieron con los criterios de inclusión, de estos, 9 (37,5%) presentaron delirio; al caracterizar a los pacientes con delirio por sexo, edad y diagnóstico clínico de ingreso, se evidencia que: el 77,8% fueron hombres (n=7), y el 22,2% mujeres (n=2), lo que no indica una mayor probabilidad de desarrollarse el delirio en hombres que en mujeres, ya que esta tendencia se encuentra determinada por la frecuencia de ingresos a la unidad funcional, siendo estos para la fecha de estudio en un 82,4% hombres.

Los pacientes con delirio presentaron un promedio de edad de 67.44 años y desviación estándar de 10.47, el cual supera el de los pacientes que no presentaron delirio, sin embargo la diferencia no es estadísticamente significativa, estos datos concuerdan con lo planteado por Ramos, et al⁶⁸, quien refiere resultados similares, que reflejan una tendencia que concuerda con lo planteado en la literatura, a mayor edad, mayor probabilidad de presentar delirio.

Los pacientes con delirio presentaron un frecuencia igual al 33,3% en cada grupo de edad, así: de 50 a 60 años (n=3), de 61 a 70 años (n=3) y > de 71 años (n=3), edad máxima de 86 y mínima de 53, situación que se encuentra directamente condicionada por las características de la muestra, siendo en su mayor frecuencia hombres, categorizados como adultos mayores.

⁶⁸ RAMOS, JI, et al. Incidencia de delirium en las unidades de Cuidados Intensivos y Cuidados Coronarios del Hospital Central Militar.

Como criterio de inclusión se analizaron pacientes diagnosticados con síndrome coronario agudo, de los cuales, aquellos que presentaron delirio se clasificaron en un 77,8% (n=7) como infarto agudo de miocardio, con una frecuencia de 4 (44,5%) casos sin elevación del segmento ST; la angina estable e inestable presentó de forma individual una proporción igual al 11,1% con un caso cada una.

Tabla 2. Análisis de incidencia en pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo, ingresados en la UCI de la clínica ZAYMA, Montería.

Presencia de delirio	Frecuencia	Porcentaje
Si presentaron delirio	9	37,5%
No presentaron delirio	15	62,5%
Total	24	100%

Fuente: Base de datos de trabajo de grado incidencia de delirium en pacientes con alteraciones cardiovasculares.

Tabla 2. Clasificación de pacientes según criterios evaluación en el CAM-ICU

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Cumple con tres criterios para el diagnóstico de delirio	5	20,9%
Cumple con más de tres criterios para el diagnóstico de delirio.	4	16,6%
Cumple con menos de tres criterios para el diagnóstico de delirio.	15	62,5%
Total	24	100%

Fuente: Instrumento para la evaluación de la confusión en cuidados intensivos.

A nivel global, investigaciones demuestran una alta incidencia de delirio en las unidades de cuidados intensivos, con variaciones dependientes de las

características del estudio y su población objeto, estas fluctuaciones según Abelha, et al⁶⁹, varían ampliamente, alcanzando valores hasta de 89%.

El delirio en pacientes con síndrome coronario agudo es una patología con escasos antecedentes investigativos; en la unidad de cuidados intensivos de la clínica ZAYMA, luego de la operacionalización de los datos recolectados mediante la aplicación del CAM-ICU, se determinó que su incidencia acumulada fue del 37,5% (0,375), este dato está dentro de los rangos evidenciados en la literatura, resaltando que, de los pacientes que presentaron delirio el 20,9% cumplió con los requisitos mínimos para su diagnóstico, el 16,6% cumplió todos los criterios que establece el CAM-ICU para establecer la presencia de delirio; ubicándose la incidencia de este evento por encima de los resultados obtenidos por Ramos, et al⁷⁰, quien al estudiar el delirio en una muestra con diagnóstico clínico principal y criterios de exclusión similares a los expuestos en el capítulo anterior, en una unidad de cuidados coronarios, evidenció una incidencia del 11.1%; este aumento en la incidencia del delirio de acuerdo a este autor, es de esperar, ya que el riesgo de presentar delirio en la unidad de cuidados intensivos es hasta siete veces mayor en relación con una unidad de cuidados coronario; estas variaciones se debe probablemente a las características propias de la muestra en este estudio, entre las que se resaltan las patologías concomitantes con las que cursa los paciente, su alto promedio de edad, que los categoriza como adultos mayores, y concomitantemente con lo expuesto por Garrido, et al ⁷¹, estos resultado pueden

⁶⁹ ABELHA, Fernando, et al. Delirium assessment in postoperative patients: validation of the portuguese version of the Nursing Delirium Screening Scale in critical care. En: revista brasileira de anesthesiologia. vol. 63, no. 6, p. 450-455.

⁷⁰ Cita de incidencia de delirio en las unidades de cuidados intensivos.

⁷¹ GARRIDO, N. Ayllón; GONZÁLEZ, M. Álvarez y GARCÍA, M. González. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. En: Enfermería Intensiva. vol. 18, no. 4, p. 159-167

estar influenciados por el nivel de estrés al que se encuentran sometidos los pacientes debido al alto nivel de complejidad de la unidad de cuidados intensivos.

Estos resultados revisten importancia ya que se potencializan como una oportunidad para que el personal de Enfermería incluya dentro del proceso de atención estrategias encaminadas a prevenir y diagnosticar efectivamente el delirio en los pacientes, empoderados de un cuidado individualizado, el cual con base a lo planteado por Wendy⁷², reduce las consecuencias relacionadas con mortalidad, días de estancia y complicaciones de esta patología.

4.2 ASOCIACIÓN DEL CAM-ICU Y APACHE

Tabla 3. Delirio vs Apache. Medidas simétricas

Variables		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,283	,589
	V de Cramer	,283	,589
N de casos válidos		24	

Fuente: Base de datos de trabajo de grado incidencia de delirium en pacientes con alteraciones cardiovasculares.

El grado de asociación entre el delirio y el Apache es 0.283 (28.3%), dato estadísticamente bajo, el valor de la significancia aproximada es de 0.589 en cual es mayor que 0.05. Por tanto la relación entre delirio y Apachell no es estadísticamente significativa, es decir, no se comprobó asociación entre el delirio y el índice de mortalidad que presenta un paciente con síndrome coronario agudo al ingreso a la unidad de cuidados intensivos, resultados que concuerdan con lo evidenciado por Henao⁷³ y Serpa⁷⁴, quienes en su tesis doctoral y trabajo de

⁷² ROBERTS, B. & WENDY, C. (2004). Patients' dreams and unreal experiences following intensive care unit admission. *Nursing in critical care*, 9(4), 173-179.

⁷³ HENAO CASTAÑO, Angela María. En: DELIRIUM EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UCI: FACTORES ASOCIADOS y CUIDADO DE ENFERMERÍA.

investigación constataron mediante un análisis estadístico multivariado, el resultado anteriormente planteado.

Tabla 4. Delirio Vs Apache - Tabla de contingencia

Variable	Delirio		Total
	Ausente	Presente	
Apache 15%	5	3	8
25%	3	2	5
40%	0	1	1
8%	7	3	10
Total	15	9	24
Total %	62,5%	37,5%	100%

Fuente: Base de datos de trabajo de grado incidencia de delirio en pacientes con alteraciones cardiovasculares.

Investigaciones a nivel mundial analizaron relaciones de causalidad e independencia, así como características condicionantes de la incidencia del delirio en la unidad de cuidados intensivos, cuyos resultados plantean “diferencia estadística entre los pacientes que desarrollaron delirium comparados con los que no en cuanto a edad”⁷⁵ así como entre “el uso de sedación y analgesia, se documentó mayor tasa de delirium en el grupo de pacientes bajo estas intervenciones, al igual que con el uso de benzodiazepinas”, en esta línea de relaciones “la presencia de catéter vesical, se asociaron significativamente a la presencia de delirium”⁷⁶, sin embargo, en la revisión bibliográfica realizada para esta investigación no se evidenciaron estudios que detallaran las características

⁷⁴ ROJAS CAMBASICA, José Antonio, et al. Incidencia de delirium en las unidades de cuidados intensivos de adultos de las clínicas de la organización sanitas en Bogota, Colombia. 2012. P 1.

⁷⁵ *Ibíd.*, p. 2.

⁷⁶ HENAO, DELIRIUM EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UCI: FACTORES ASOCIADOS Y CUIDADO DE ENFERMERÍA. Op cit., p. 107

clínicas prevalentes en los pacientes con delirio en la unidad de cuidados intensivos y su asociación con esta patología, por lo que este estudio, en aras de caracterizar la muestra y profundizar el conocimiento en este aspecto, se planteó esta situación como un objetivo.

Tabla 5. Resumen de la relación entre delirio y variables operacionalizadas.

Variable	V de Cramer	Sig. Aproximada
APACHE	0,283	0,589
VALOR_INR	0,118	0,562
TIEMPO PROTROMBINA	0,348	0,234
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	0,164	0,725
HEMOGLOBINA	0,352	0,396
HEMATOCRITO	0,285	0,378
RECuento DE ERITROCITOS	0,287	0,740
VOLUMEN MEDIO CORPUSCULAR	0,383	0,172
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	0,463	0,162
CONC. MEDIA DE HB CORPUSCULAR	0,269	0,187
ÍNDICE DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW-CV)	0,346	0,238
ÍNDICE DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW-SD)	0,346	0,238
RECuento DE LEUCOCITOS	0,269	0,418
NEUTRÓFILOS	0,386	0,311
EOSINÓFILOS	0,427	0,224
BASÓFILOS	0,269	0,187
LINFOCITOS	0,399	0,432
MONOCITOS	0,282	0,384
LINFOCITOS ATÍPICOS	0,269	0,187
RECuento DE PLAQUETAS	0,413	0,252
PLAQUETOCRITO	0,389	0,162
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	0,389	0,162
VOLUMEN ANCHO DE DISTRIBUCIÓN	0,269	0,187
CREATININA	0,335	0,260
NITROGENO UREICO (BUN)	0,228	0,537
SODIO (NA)	0,078	0,703
POTASIO (K)	0,346	0,090
COLORO (CL)	0,175	0,692

Fuente: Base de datos de trabajo de grado incidencia de delirio en pacientes con alteraciones cardiovasculares.

Al analizar la base de datos realizada en Excel, en la que se consolidan las características clínicas prevalentes, determinadas por los exámenes de laboratorio tipo química sanguínea, hemograma y coagulación, de los pacientes con delirio en la unidad de cuidados intensivos, no se comprobó asociación estadística mediante el coeficiente V de cramel y Phi entre estas variables, las cuales reflejaron una significancia aproximada que no es inferior a 0,05, lo que para este estudio indica una relación estadística igual a cero; resaltando que las variables con mayor significancia, aun cuando esta no fue suficiente para establecer una relación de asociación, fueron el potasio (0,090), plaquetas (1,62), hemoglobina corpuscular media (1,62) y alteración leucocitaria, específicamente basófilo (0,187), datos que pueden estar relacionados alteraciones de tipo encefalopatías, con posible hipoxemia, que en la literatura se plantean como factores precipitantes del delirio, sin embargo aún la evidencia no es concluyente, por lo que se sugieren próximos estudios para aumentar el conocimiento al respecto.

5 CONCLUSIÓN

El delirio en los pacientes objeto de estudio se presentó con mayor frecuencia en hombres (77,8%) que en mujeres, debido a que predominó el ingreso del sexo masculino a la unidad de cuidados intensivos. El promedio de edad de los pacientes con delirio fue de 67,44 años, los cuales fueron diagnosticados en un 77,8% de los casos como infarto agudo al miocardio y el 22,2 con agina de pecho.

La incidencia de delirio en pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo, ingresados en la uci de la clínica ZAYMA, Montería en el cuarto bimestre del 2015 fue del 37,5% (n=9), no se evidenciando asociación estadística entre el delirio y el índice de mortalidad de los pacientes en la unidad de cuidado intensivos, bajo los mismos parámetros de evaluación se evidenció que no hay asociación estadística entre el delirio y sus características clínicas prevalentes determinadas por los exámenes de laboratorio tipo química sanguínea, hemograma tipo III y coagulograma, sin embargo, los escasos antecedentes investigativos en este aspecto, así como la imposibilidad de extrapolar este estudio a otro contexto, hacen de este un dato no concluyente, por lo que se sugiere la profundización de este aspecto en posteriores investigaciones.

6 RECOMENDACIONES

Como recomendaciones, planteadas con base a la revisión de la literatura, resultados y conclusiones de esta investigación, sugerimos a la clínica ZAYMA:

Implementar un programa de capacitaciones, aprovechando la relación docencia servicio con la universidad de Córdoba, que permita la aplicación de la escala CAM-ICU como herramienta para la evaluación de delirio.

Incluir dentro sus indicadores de efectividad clínica, la medición de la incidencia de delirio en los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos.

De igual forma, sugerimos a la Universidad de Córdoba:

Socializar en la temática de la electiva de cuidado al adulto en estado crítico, posibles temas de investigación que sean de interés para el estudiante, y la profesión.

7 BIBLIOGRAFÍA

ABELHA, Fernando, et al. Delirium assessment in postoperative patients: validation of the portuguese version of the Nursing Delirium Screening Scale in critical care. En: REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA. Vol. 63, no. 6, p. 450-455.

ALONSO GANUZA, Zuria; GONZÁLEZ-TORRES, Miguel Ángel y GAVIRIA, Moisés. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. En: REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA. Vol. 32, no. 114, p. 248.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION Y AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic Criteria from DSM-IV. American Psychiatric Association Washington, DC, 1994.

BERGERON N, Skrobik Y, DUBOIS MJ. Is disturbance of consciousness an important feature of ICU delirium? Intensive Care Med. 2005; 31:887, Citado por, PALENCIA-HERREJÓN, E., et al. Delirio en el paciente crítico. En: MEDICINA INTENSIVA. Vol. 32, no. Supl. 1, p. 79.

BOUCHAN, Mónica Gallegos. Demencia en el adulto Mayor.

CERASO, Daniel Hugo, et al. Encuesta iberoamericana sobre delirium en pacientes críticos. En: MEDICINA INTENSIVA. Vol. 34, no. 8, p. 495-505

CEREJEIRA, J, FIRMINO, H, VAZ-SERRA, A, MUKACTOVA-LADINSKA, EB. The neuroinflammatory hypothesis of delirium. Acta Neuropathology. 2010; 119: 737-754, Citado por, ALONSO GANUZA, Zuria; GONZÁLEZ-TORRES, Miguel Ángel y GAVIRIA, Moisés. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. En: REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA. Vol. 32, no. 114, p. 248.

COLE MG, MCCUSKER J, DENDUKURI N, Han L. Symptoms of delirium among elderly medical in patients with or without dementia. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2002; 14(2)167-75.), Citado por, ESPER, Raúl Carrillo y CÓRDOVA, Jorge Raúl Carrillo. Delirio en el enfermo grave. En: REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE MEDICINA CRÍTICA y TERAPIA INTENSIVA. p. 38-44

Colombia. Gobierno Nacional. Ley 911 de 2004. Artículo 3. Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Bogotá: Tribunal Nacional ético de Enfermería. 2004.

E. WESLEY Ely, GAUTAM S, MARGOLIN R, FRANCIS J, MAY L, SPEROFF T, et al. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Med.* 2001; 27:1892-1900, Citado por, PALENCIA-HERREJÓN, E., et al. Delirio en el paciente crítico. En: *MEDICINA INTENSIVA*. Vol. 32, no. Supl. One, p. 78

E. WESLEY Ely, STEPHENS RK, JACKSON JC, THOMASON JW, TRUMAN B, GORDON S, et al. Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: a survey of 912 healthcare professionals. *Crit Care Med.* 2004; 32:106-12., Citado por, PALENCIA-HERREJÓN, E., et al. Delirio en el paciente crítico. En: *MEDICINA INTENSIVA*. Vol. 32, no. Supl. 1, p. 78

E. WESLEY Ely, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. En: *JAMA*. Vol. 291, no. 14, p. 1753-1762

E. WESLEY Ely, et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). En: *JAMA*. Vol. 289, no. 22, p. 2983-2991

ESPER, Raúl Carrillo y CÓRDOVA, Jorge Raúl Carrillo. Delirio en el enfermo grave. En: *REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE MEDICINA CRÍTICA y TERAPIA INTENSIVA*. p. 38-44

FRANCIS, Joseph; MARTIN, David y KAPOOR, Wishwa N. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. En: *JAMA*. Vol. 263, no. 8, p. 1097-110

GONZÁLEZ H, Jorge y BARROS B, Jorge. Delirium en pacientes de una Unidad de cuidados intermedios: estudio prospectivo. En: *REVISTA MÉDICA DE CHILE*. Vol. 128, no. 1, p. 75-79

GONZÁLEZ, Matías; DE PABLO, Joan y VALDÉS, Manuel. Delirium: la confusión de los clínicos. En: REVISTA MÉDICA DE CHILE. Vol. 131, no. 9, p. 1051-1060

GUSMAO-FLORES, Dimitri, et al. The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. En: CLINICS. Vol. 66, no. 11, p. 1917-1922

HERREJÓN, Eduardo Palencia. Delirio en el enfermo crítico: nuevas herramientas, nuevas oportunidades.

INOUYE SK, BOGARDUS ST Jr, CHARPENTIER PA, Leo-Summers L, ACAMPORA D, Holford TR, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. N Engl J Med. 1999; 340:669-76, Citado por, PALENCIA-HERREJÓN, E., et al. Delirio en el paciente crítico. En: MEDICINA INTENSIVA. Vol. 32, no. Supl. 1, p. 77-91

INOUYE SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horowitz RI. Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method. Ann Intern Med 1990; 113:941-948. (CITADO POR) PDF 1

INOUYE SK. Delirium in older persons. N Engl J Med. 2006; 354:1157-65, Citado por, PALENCIA-HERREJÓN, E., et al. Delirio en el paciente crítico. En: MEDICINA INTENSIVA. Vol. 32, no. Supl. 1, p. 77-91

IRWIN, Richard S y RIPPE, James M. Medicina Intensiva. España: Marbán, 2006. p. 2328

JUÁREZ RAMOS, Isaac, et al. Incidencia de delirium en las unidades de Cuidados Intensivos y Cuidados Coronarios del Hospital Central Militar.

KARINA, Saibal y ALEJANDRO, Ramella. Diagnóstico y tratamiento del delirio en pacientes internados en unidades de cuidados críticos, p. 11

KRUSE, James A.; THILL-BAHAROZIAN, Mary C. y CARLSON, Richard W. Comparison of clinical assessment with APACHE II for predicting mortality risk in patients admitted to a medical intensive care unit. En: JAMA. vol. 260, no. 12, p. 1739-1742

LUNDSTROM M, EDLUND A, KARLSSON S, BRANNSTROM B, BUCHT G, GUSTAFSON Y. A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. J Am Geriatr Soc. 2005; 53:622-8, Citado por, PALENCIA-HERREJÓN, E., et al. Delirio en el paciente crítico. En: MEDICINA INTENSIVA. Vol. 32, no. Supl. 1, p. 77-91

MALDONADO, JR. Pathoetiological Model of Delirium: a Comprehensive understanding of the neurobiology of delirium and an evidence-based approach to prevention and treatment. Critical Care Clinics.2008; 24:789-856. 2008., Citado por, ALONSO GANUZA, Zuria; GONZÁLEZ-TORRES, Miguel Ángel y GAVIRIA, Moisés. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. En: REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA. Vol. 32, no. 114, p. 247-259

MARTÍNEZ GIMENO, Laura; OLLER SALES, Benjamín y MORET RUIZ, Enrique. Incidencia de delirium en una unidad de cuidados críticos postquirúrgicos

MEAGHER DJ, HANLON DO, MAHONY EO, CASEY PR, Trzepacz PT. Relationship between symptoms and motoric subtype of delirium. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2000; 12:51-56, Citado por, ESPER, Raúl Carrillo y CÓRDOVA, Jorge Raúl Carrillo. Delirio en el enfermo grave. En: REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE MEDICINA CRÍTICA y TERAPIA INTENSIVA. p. 38-44

MILLIKEN D. Death by restraint. CMAJ. 1998; 158:1611-2., Citado por, PALENCIA-HERREJÓN, E., et al. Delirio en el paciente crítico. En: MEDICINA INTENSIVA. Vol. 32, no. Supl. 1, p. 77-91

PALENCIA-HERREJÓN, E., et al. Delirio en el paciente crítico. En: MEDICINA INTENSIVA. Vol. 32, no. Supl. 1, p. 77-91

PETERSON, Josh F., et al. Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. En: JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. vol. 54, no. 3, p. 479-484

QUIROZ, Tiare; ARAYA, Esperanza y FUENTES, Patricio. Delirium: actualización en manejo no farmacológico. En: REVISTA CHILENA DE NEURO-PSIQUIATRÍA. Vol. 52, no. 4, p. 288-297

RAMOS, JI, et al. Incidencia de delirium en las unidades de Cuidados Intensivos y Cuidados Coronarios del Hospital Central Militar.

REVILLA, Héctor Vásquez; RODRÍGUEZ, Eduardo Revilla y LUNA, Víctor Manuel Terrazas. Tercer lugar Premio «Dr. Mario Shapiro» Incidencia de delirium en la Unidad de Cuidados Intensivos

ROBERTS, B. & WENDY, C. (2004). Patients' dreams and unreal experiences following intensive care unit admission. *Nursing in critical care*, 9(4), 173-179.

SANTOS-MARTÍNEZ, MJ, et al. Características del cáncer de pulmón en un hospital universitario. Cambios epidemiológicos e histológicos en relación con una serie histórica. En: ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA. Vol. 41, no. 6, p. 307-312

SESSLER, CN, GOSNELL M, Grap MJ. Et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care patients. *Am J Respir Crit Care Med*.2002;166:1338-1344., Citado por, ELY,E. WESLEY, et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). En: *JAMA*. Vol. 289, no. 22, p. 2983-2991

TOBAR, E., et al. Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. En: *MEDICINA INTENSIVA*. Vol. 34, no. 1, p. 4-13

TORO, AC, et al. Versión en español del método para la evaluación de la confusión en cuidados intensivos, estudio piloto de validación. En: *MEDICINA INTENSIVA*. Vol. 34, no. 1, p. 14-21

URRUTIA, Ivonne Brevis y CARRASCO, Carolina Cruz. Incidencia y factores de Riesgo Asociados un delirio en Pacientes Críticos sometidos a Ventilación Mecánica. En: *REVISTA CHILENA DE MEDICINA INTENSIVA*. Vol. 23, no. 1, p. 19

VILLALPANDO BERUMEN, Juan, et al. Delirium. México: Editorial El Manual Moderno. 2006. p. 371 -.390.

8 ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Documento: Escala de agitación y sedación de Richmond

Puntaje	Término	Descripción	
+4	Combativo	Combativo, violento, peligro inmediato para el grupo	
+3	Muy agitado	Se jala o retira los tubos ó catéteres; agresivo	
+2	Agitado	Movimiento frecuentes y sin propósito, lucha con el ventilador	
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos	
0	Alerta y calmado		
-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene despierto (apertura y contacto ocular) al llamado verbal (≥ 10 segundos)	} Estimulación verbal
-2	Sedación leve	Despierta brevemente al llamado verbal con contacto ocular (< 10 segundos)	
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular al llamado verbal (pero sin contacto visual)	
-4	Sedación profunda	Sin respuesta al llamado verbal, pero hay movimiento o apertura ocular al estímulo físico	} Estimulación física
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz o estímulo físico	

Anexo B. Documento: Criterios y descripción del CAM-ICU

Criterios y Descripción del CAM-ICU												
1. Inicio agudo o curso fluctuante	Ausente	Presente										
<p>A. Hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental sobre el estado basal?</p> <p style="text-align: center;">O</p> <p>B. Ha fluctuado el comportamiento (anormal) en las últimas 24 horas, es decir, tiende a aparecer y desaparecer, o aumenta y disminuye en severidad evidenciado por la fluctuación en una escala de sedación (p.e., RASS), Escala de Glasgow, o evaluación previa del Delirio?</p>												
2. Inatención	Ausente	Presente										
<p>¿Tuvo el paciente dificultad para fijar la atención, evidenciada por puntajes menores a 8 en cualquiera de los componentes visual o auditivo del Examen de Tamizaje para la Atención (ASE)? (Instrucciones en la página siguiente).</p>												
3. Pensamiento desorganizado	Ausente	Presente										
<p>¿Hay evidencia de pensamiento desorganizado o incoherente evidenciado por respuestas incorrectas a 2 o más de las 4 preguntas, y/o incapacidad para obedecer órdenes?</p> <p>Preguntas (Alternar grupo A y grupo B):</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">Grupo A</td> <td style="text-align: center; width: 50%;">Grupo B</td> </tr> <tr> <td>1. ¿Podría flotar una piedra en el agua?</td> <td>1. ¿Podría flotar una hoja en el agua?</td> </tr> <tr> <td>2. ¿Existen peces en el mar?</td> <td>2. ¿Existen elefantes en el mar?</td> </tr> <tr> <td>3. ¿Pesa más una libra que dos libras?</td> <td>3. ¿Pesan más dos libras que una libra?</td> </tr> <tr> <td>4. ¿Se puede usar un martillo para pegarle a un clavo?</td> <td>4. ¿Se puede usar un martillo para cortar madera?</td> </tr> </table> <p>Otros:</p> <p>1. ¿Tiene usted algún pensamiento confuso o poco claro?</p> <p>2. Muestre esta cantidad de dedos. (El examinador muestra dos dedos en frente del paciente).</p> <p>3. Ahora repita lo mismo con la otra mano. (Sin repetir el mismo número de dedos).</p>			Grupo A	Grupo B	1. ¿Podría flotar una piedra en el agua?	1. ¿Podría flotar una hoja en el agua?	2. ¿Existen peces en el mar?	2. ¿Existen elefantes en el mar?	3. ¿Pesa más una libra que dos libras?	3. ¿Pesan más dos libras que una libra?	4. ¿Se puede usar un martillo para pegarle a un clavo?	4. ¿Se puede usar un martillo para cortar madera?
Grupo A	Grupo B											
1. ¿Podría flotar una piedra en el agua?	1. ¿Podría flotar una hoja en el agua?											
2. ¿Existen peces en el mar?	2. ¿Existen elefantes en el mar?											
3. ¿Pesa más una libra que dos libras?	3. ¿Pesan más dos libras que una libra?											
4. ¿Se puede usar un martillo para pegarle a un clavo?	4. ¿Se puede usar un martillo para cortar madera?											
4. Nivel de Conciencia alterado	Ausente	Presente										
<p>¿Tiene el paciente un nivel de conciencia diferente al estado de <i>alerta</i>, tales como vigilante, letárgico, o estupor? (p.e., RASS diferente a "0" al momento de la evaluación)</p> <p>Alerta: espontánea y plenamente conciente del medio ambiente e interactúa apropiadamente</p> <p>Vigilante: hiperalerta</p> <p>Letárgico: somnoliento pero fácil de despertar, no conciente de algunos elementos del medio ambiente, o no interactúa de manera apropiada y espontánea con el entrevistador; llega a estar plenamente conciente e interactúa apropiadamente con estímulos mínimos</p> <p>Estupor: Incompletamente conciente cuando es estimulado fuertemente; puede ser despertado únicamente con estímulos vigorosos y repetidos, y tan pronto como el estímulo cesa, vuelve al estado de no respuesta</p>												
CAM-ICU general (Criterios 1 y 2 y cualquiera de los criterios 3 ó 4):	Si	No										

Anexo C. Documento: Escala de APACHE II

Apéndice I: Sistema de valoración de la gravedad APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation)

APS		Puntuación APACHE II									
	4	3	2	1	0	1	2	3	4		
Tª rectal (°C)	> 40,9	39-40,9		38,5-39,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	< 30		
Pres. arterial media	> 159	130-159		70-109	70-109	50-69	50-69	40-54	< 50		
Frec. cardiaca	> 179	140-179		70-109	70-109	55-69	55-69	40-54	< 40		
Frec. respiratoria	> 49	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9	< 6	< 6		
Oxigenación: SI FIO2 ≥ 0,5 (AaDO2) SI FIO2 ≤ 0,5 (PaO2)	> 499	350-499	200-349		< 200				< 56		
pH arterial	> 7,69	7,60-7,69		7,50-7,59	7,33-7,49	61-70	7,25-7,32	7,15-7,24	< 7,15		
Na plasmático (mmol/l)	> 179	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	< 111		
K plasmático (mmol/l)	> 6,9	6,0-6,9	5,5-5,9	5,5-5,9	3,5-5,4	3,0-3,4	2,5-2,9	< 2,5	< 2,5		
Creatinina * (mg/dl)	> 3,4	2-3,4	1,5-1,9	0,6-1,4	0,6-1,4		< 0,6		< 20		
Hematocrito (%)	> 59,9	50-59,9	46-49,9	30-45,9	30-45,9		20-29,9		< 20		
Leucocitos (x 1000)	> 39,9	20-39,9	15-19,9	3-14,9	3-14,9		1-2,9		< 1		
Suma de puntos APS											
Total APS											
15 - GCS											
EDAD	Puntuación	ENFERMEDAD CRÓNICA		Puntos APS (A)	Puntos GCS (B)	Puntos Edad (C)	Puntos enfermedad previa (D)				
≤ 44	0	Postoperatorio programado	2								
45 - 54	2	Postoperatorio urgente o Médico	5								
55 - 64	3										
65 - 74	5										
≥ 75	6										
Total Puntos APACHE II (A+B+C+D)											
Enfermedad crónica: Hepáticas: cirrosis (biopsia) e hipertensión portal o episodio previo de fallo hepático Cardiovascular: Dismet e angina de pecho (clase IV de la NYHA) Respiratoria: EPOC grave, con hipercapnia, polictemia o hipertensión pulmonar Renal: diálisis crónica Inmunocomprometido: tratamiento inmunosupresor inmunodeficiencia crónicas											

* Creatinina: Doble puntuación si FRA

Anexo D. Documento: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Incidencia del delirio en pacientes con alteraciones cardiovasculares en la unidad de cuidados intensivos de la clínica ZAYMA, montería.

Investigadores: Néider Orley Cárdenas Díaz.

Edinson Oyola López.

Asesor metodológico: Álvaro Antonio Sánchez Caraballo

Asesor temático: Jorge Luís Herrera Herrera

Descripción de la participación.

El delirio es una variación aguda del estado mental muy frecuente en los enfermos ingresados en la unidad de cuidados intensivos; es muy importante el papel que juega el profesional de enfermería en la evaluación de los aspectos cognitivos, ya que la detección del delirio ofrece una oportunidad en la evaluación de revertir estas alteraciones, proporciona una garantía que empodera al profesional de enfermería en el cuidado individualizado, el cual reduce las consecuencias relacionadas con mortalidad, días de estancia y complicaciones.

La vigilancia, control e intervención de condiciones adversas para los pacientes debe ser estricta; el delirio del paciente crítico se entiende como una entidad mental que afecta negativamente la atención segura. Es por ello que se requiere el estudio de este y los factores de riesgo que predisponen su aparición en los pacientes internados en las Unidades de Cuidado intensivo de la clínica ZAYMA.

Objetivo del proyecto: Identificar la proporción de incidencia del delirio en pacientes con alteraciones cardiovasculares en unidad de cuidados intensivos de la Clínica ZAYMA en el segundo semestre Montería.

Tipo de estudio: El estudio que se desarrollara será de tipo descriptivo, cuantitativo, y transversal ; y además se puede interrelacionar con la conducta observable.

Obtención de los datos: Esta investigación se desarrollará en un periodo de dos meses, durante los cuales se identificara una población específica con una muestra apropiada, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. En este periodo, se iniciará con el diligenciamiento de los consentimientos informados, los cuales serán firmados por los sujetos de estudios, luego de brindarles información a él y los familiares sobre los fines exclusivamente de investigación académica y trascendencia para el mejoramiento del cuidado de enfermería en el área asistencial.

Posteriormente, en la ejecución de los procesos propiamente investigativos, se hará contacto directo con los pacientes escogidos, se dará a conocer el instrumento para la recolección de los datos como RASS, CAM-ICU y si el paciente se diagnostica con delirio se aplicara la escala de APACHE II. El cual se desarrolla de manera escrita con la presencia constate del entrevistador para la aclaración de dudas en casos necesarios.

Condiciones éticas de la investigación

Dentro de las condiciones éticas para este estudio se encuentran las siguientes:

Secreto profesional: La investigación garantiza el anonimato de los participantes debido a la importancia y respeto a la dignidad y valor del individuo, además el respeto por el derecho a la privacidad. Los investigadores se comprometen a no informar en su publicación ningún nombre de los participantes ni otra información que permitiese su identificación.

Derecho a la no participación: Los participantes, al estar informados de la investigación y el procedimiento, tienen plena libertad para abstenerse de responder total o parcialmente las preguntas que le sean formuladas y a prescindir de su colaboración cuando a bien lo consideren.

Derecho a la información: Los participantes podrán solicitar la información que consideren necesaria con relación a los propósitos, procedimientos, instrumentos de recopilación de datos y la proyección y/o socialización de la investigación, cuando lo estimen conveniente.

Remuneración: Los fines de la presente investigación son eminentemente académicos y profesionales y no tienen ninguna pretensión económica. Por tal

motivo la colaboración de los participantes en ella es totalmente voluntaria y no tiene ningún tipo de contraprestación económica ni de otra índole.

Divulgación: la devolución de los resultados será presentada (por escrito u oralmente) a las instituciones participantes para que sean conocidos por la comunidad. Los resultados de la investigación serán divulgados al interior de la Universidad de Córdoba, Clínica ZAYMA y en publicaciones de revistas científicas categorizados. No obstante en estos procesos el secreto profesional se mantendrá sin que se pudiera dar lugar al reconocimiento de la identidad.

El estudio tendrá en cuenta los criterios establecidos en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, la cual establece las bases conceptuales y legales de la investigación en el ámbito de la salud. De acuerdo al capítulo 11 de la anterior resolución, este es un estudio de riesgo mínimo.

Yo. _____
con cedula de ciudadanía número _____ de _____; certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al curso y proceso de la investigación, sus objetivos y procedimientos. Que actuó consciente, libre y voluntariamente como participante, tutor o representante de mi hijo (a) de la presente investigación contribuyendo a la fase de recolección de la información. Soy conocedor (a) de la autonomía suficiente que poseo para abstenerme de responder total o parcialmente a las preguntas que me sean formuladas y a prescindir de mi colaboración cuando bien lo considere y sin necesidad de justificación alguna.

Que se respetará la buena fe, la confidencialidad e intimidad de la información por mi suministrada o por mi hijo (a) o pariente, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Se acepta el consentimiento el día ____ mes _____ de 2015

Firma Participante

Firma Investigador