

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO



PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL ENFERMERO
SOBRE EL MANEJO CLÍNICO DEL DELIRIO EN PACIENTE
CRÍTICO,
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA E INTERMEDIA, HOSPITAL
PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA,
SEGUNDO SEMESTRE 2020

POSTULANTE: Lic. Claudia Bertha Góngora Chambi

TUTOR: Dra. Sheila Fabiola Rodríguez Hernández

Tesis de Grado presentada para optar al título de
Magister Scientiarum en Medicina Crítica y Terapia Intensiva

La Paz - Bolivia

2021

DEDICATORIA

A mi madre

Con todo mi amor y cariño

le dedico todo mi esfuerzo

y trabajo invertido en esta tesis

AGRADECIMIENTO

A Dios las gracias por la vida, por las oportunidades brindadas, por la esperanza generada en mi para decidir ser alguien mejor en esta vida y ser útil con la profesión que me regalo.

A mi familia por ser un pilar fundamental en mi vida y mis decisiones.

A mis docentes, a aquellos que generan en mi seguir soñando, avanzando, creciendo y recordando que:

“El éxito en la vida no se mide por lo que logras, sino por los obstáculos que superas”

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN	viii
PALABRAS CLAVES	viii
SUMMARY	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACIÓN	15
IV. MARCO TEÓRICO.....	18
4.1. DEFINICIÓN	18
4.2. CLASIFICACIÓN.....	19
4.3. EPIDEMIOLOGÍA.....	19
4.4. FISIOPATOLOGÍA	20
4.5. FACTORES DE RIESGO.....	21
4.6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	23
4.7. DIAGNÓSTICO	24
4.8. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	28
4.9. TRATAMIENTO	28
4.10. PREVENCIÓN	30
4.11. COMPLICACIONES	33
4.12. PRONÓSTICO.....	33
4.13. MORTALIDAD	34
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	38
VI. OBJETIVOS	40
6.1. OBJETIVO GENERAL	40
6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40

VII.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	40
7.1.	ENFOQUE DE ESTUDIO	40
7.2.	ÁREA DE ESTUDIO	41
7.3.	POBLACIÓN	41
7.5.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	42
7.6.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	42
7.7.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	43
7.8.	MÉTODOS	45
7.8.1.	MÉTODOS TEÓRICOS.....	45
7.8.2.	MÉTODOS EMPÍRICOS.....	45
7.9.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	46
VIII.	RESULTADOS	47
IX.	DISCUSIÓN.....	64
X.	CONCLUSIONES.....	67
XI.	RECOMENDACIONES	69
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
XIII.	ANEXOS	77

INDICE DE TABLAS

CUADRO N°1 RELACIÓN DEL NIVEL ACADÉMICO Y EL CONOCIMIENTO DE ALGÚN INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DE DELIRIO, PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE 2020.....	48
CUADRO N°2 RELACIÓN DE ANTIGÜEDAD LABORAL Y PERCEPCIÓN DE LIMITANTES PARA NO APLICAR INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DEL DELIRIO, PERSONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO TRIMESTRE 2020	49
CUADRO N°3 RELACIÓN ENTRE LA ANTIGÜEDAD LABORAL Y LA PERCEPCIÓN DE FRECUENCIA DE DELIRIO, PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE 2020	50
CUADRO N°4 RELACIÓN ENTRE LA IMPORTANCIA DE DELIRIO Y CAUSA LIMITANTE PARA NO APLICAR INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO, PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE 2020.....	51
CUADRO N°5 RELACIÓN DE PERCEPCIÓN DE IMPORTANCIA DEL DELIRIO Y SUS COMPLICACIONES, PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO TRIMESTRE 2020	52
CUADRO N°6 COMPETENCIA COGNITIVA SOBRE LA DEFINICIÓN CORRECTA DEL DELIRIO, PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020	53
CUADRO N°7 COMPETENCIAS COGNITIVAS SOBRE CONOCIMIENTO CORRECTO DE FACTORES PREDISPONENTES DEL DELIRIO, PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE 2020.....	54
CUADRO N°8 COMPETENCIAS COGNITIVAS SOBRE CONOCIMIENTO CORRECTO DE FACTORES PRECIPITANTES DEL DELIRIO POR PROFESIONAL	

DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE 2020.....	55
CUADRO N°9 COMPETENCIA COGNITIVA SOBRE ALGÚN INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DE DELIRIO, PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020	56
CUADRO N°10 COMPETENCIAS COGNITIVAS SOBRE CLASIFICACIÓN DE DELIRIO, PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020.....	57
CUADRO N°11 COMPETENCIAS COGNITIVAS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DE DELIRIO, PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020	58
CUADRO N°12 COMPETENCIAS COGNITIVAS SOBRE EL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE DELIRIO POR PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020	59
CUADRO N°13 COMPETENCIAS COGNITIVAS SOBRE COMPLICACIONES DE DELIRIO POR PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020	60
CUADRO N°14 PERCEPCIÓN SOBRE IMPORTANCIA DE DELIRIO POR PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020.....	61
CUADRO N°15 PERCEPCIÓN SOBRE LA FRECUENCIA DE DELIRIO POR PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020.....	62
CUADRO N°16 PERCEPCIÓN SOBRE CAUSAS LIMITANTES PARA APLICACIÓN INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO DE DELIRIO POR PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020.....	63

INDICE DE ANEXOS

ANEXO N° 1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	77
ANEXO N° 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	78
ANEXO N° 3 PERMISO INSTITUCIONAL	79
ANEXO N° 4 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS.....	81
ANEXO N° 5 INSTRUMENTO.....	90
ANEXO N° 6 RESULTADOS SIN CRUCE DE VARIABLES	93
ANEXO N° 7 RESULTADOS GRÁFICOS DE CRUCE DE VARIABLES	106
ANEXO N°8 CARTA DE ENTREGA DE MANUAL DE ENTRENAMIENTO PARA VALORAR DELIRIO, CARTILLAS CAM-ICU Y EXÁMEN PARA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN VISUAL.....	109
ANEXO N°9 MANUAL DE ENTRENAMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LA ESCALA CAM – ICU EN EL DIAGNÓSTICO DE DELIRIO DEL PACIENTE CRÍTICO	109

RESUMEN

Fundamento: El delirio es un síndrome de diagnóstico clínico que afecta a un gran porcentaje de pacientes internados en Unidades de Terapia Intensiva (U.T.I.) por factores de riesgo que presentan, este problema puede diagnosticarse de manera precoz para su tratamiento sintomatológico evitando el desarrollo de complicaciones, muchos profesionales la consideran importante pero la mayoría no aplica ningún instrumento de diagnóstico, la escala CAM - ICU está recomendada para su diagnóstico, el objetivo del presente estudio es describir la percepción del personal profesional de enfermería sobre el manejo clínico del delirio en el paciente crítico de la U.T.I. del Hospital Petrolero de Obrajés (HPO), durante el segundo semestre del 2020. Método: estudio descriptivo, prospectivo con enfoque cuantitativo, se aplicó una encuesta virtual a 13 licenciadas en enfermería del área crítica. Resultados: En U.T.I. el 61.5% tiene el nivel académico de magister en Terapia Intensiva, las competencias cognitivas del personal profesional en relación al delirio son las siguientes: 92.3% tiene una respuesta acertada sobre la definición de este síndrome, el 80 % conoce causas precipitantes y predisponentes, el 76.9 % no conoce ningún instrumento de diagnóstico, 92.3% identifica claramente cuáles son las medidas preventivas que pueden ser aplicadas, 53.9 % identifica de manera correcta las complicaciones del delirio. Según la percepción de los profesionales el delirio es considerado muy importante (69.2%) e importante (30.8%), también lo consideran frecuente en un 69.2%, las causas limitantes para no aplicar un instrumento de diagnóstico son: desconocimiento del tema (46.2%) y exceso de trabajo (46.2%). Conclusión: el 90% del personal que trabaja en U.T.I. del H.P.O. es personal especializado, la evaluación de competencias cognitivas muestra que más del 70% tiene conocimiento básico sobre el delirio, a pesar de conocer las complicaciones que pueden presentarse y las medidas de prevención que pueden disminuir la incidencia de este síndrome no aplican ninguna herramienta para su diagnóstico y lo asocian en su mayoría al desconocimiento del tema y excesivo trabajo, el 69.2% de la población de estudio considera al delirio muy importante y frecuente.

PALABRAS CLAVES

Delirio, Unidad de Terapia Intensiva, escala CAM - ICU

SUMMARY

Background: Delirium is a clinical diagnosis syndrome that affects a large percentage of patients admitted to Intensive Care Units (ICU) due to risk factors that they present, this problem can be diagnosed early for its symptomatological treatment avoiding the development of complications , many professionals consider it important but most do not apply any diagnostic instrument, the CAM - ICU scale is recommended for its diagnosis, the objective of this study is to describe the perception of professional nursing staff on the clinical management of delirium in the patient critical of the ICU Hospital Petrolero de Obrajés (HPO), during the second semester of 2020. Method: descriptive, prospective study with a quantitative approach, a virtual survey was applied to 13 nursing graduates from the critical area. Results: In U.T.I. 61.5% have the academic level of master's degree in Intensive Care, the cognitive competences of professional staff in relation to delirium are the following: 92.3% have a correct answer on the definition of this syndrome, 80% know precipitating causes and predisposing, 76.9% do not know any diagnostic instrument, 92.3% clearly identify the preventive measures that can be applied, 53.9% correctly identify the complications of delirium. According to the perception of professionals, delirium is considered very important (69.2%) and important (30.8%), they also consider it frequent in 69.2%, the limiting causes for not applying a diagnostic instrument are: ignorance of the subject (46.2%) and overwork (46.2%). Conclusion: 90% of the staff working at U.T.I. of the H.P.O. is specialized personnel, the evaluation of cognitive skills shows that more than 70% have basic knowledge about delirium, despite knowing the complications that may occur and the prevention measures that can reduce the incidence of this syndrome do not apply any tool for its diagnosis and associated mostly to ignorance of the subject and excessive work, 69.2% of the study population considers delirium very important and frequent.

KEYWORDS

Delirio, Intensive Care Unit, CAM scale - ICU

I. INTRODUCCIÓN

El delirio se define como la alteración de la conciencia que se presenta con inatención, alteraciones cognitivas o de la percepción, se desarrolla de forma fluctuante en un período de tiempo, también es denominada encefalopatía aguda, encefalopatía séptica, estado confusional agudo, psicosis toxica, psicosis de la unidad de cuidados intensivos y es clasificado en delirio hiperactivo (prevalencia 30 %), delirio hipoactivo (24%) y delirio mixto (46%), en la Unidad de Cuidados Intensivos el 50% a 80% de los pacientes ventilados desarrollan delirio. (1)

Existen una serie de factores que influyen en la presencia de delirio, dentro de ellas están factores predisponentes como la edad avanzada, sexo siendo más frecuente en varones, enfermedad severa, demencia, intervención quirúrgica, alcoholismo, insuficiencia renal, depresión, déficit visual o auditiva, también se encuentran los factores precipitantes como la inmovilidad física del paciente crítico, restricciones físicas, hipoxia, presencia de dolor, sondaje vesical, múltiples procedimientos, procesos infecciosos, medicación como las benzodiacepinas, anticolinérgicos, entre otros. (2)

En una encuesta realizada a 900 médicos intensivistas de Latinoamérica se llegó a la conclusión de que a pesar de que ellos consideran el delirio como un problema prevenible, frecuente y con graves repercusiones para el paciente, los encuestados no aplicaban ninguna herramienta para el diagnóstico precoz, a pesar de que todo paciente crítico debe ser evaluado con una herramienta de forma diaria que permita diagnosticar el delirio, el instrumento más recomendado es el CAM-ICU (Método para la evaluación de la confusión en la Unidad de Cuidados Intensivos) avalado por sociedades internacionales. (1)

Las complicaciones a causa de delirio pueden ser asociadas a la ventilación mecánica teniendo como resultado neumonías, autoextubaciones y reintubaciones, de igual forma incrementa el número de días de ventilación mecánica, estancia prolongada, mayores costos para la institución y la familia, disfunción neuropsicológica a largo plazo, incremento de la mortalidad de 3 a 11 veces más. (3) (4)

Un abordaje inadecuado del delirio puede conllevar a un peor diagnóstico en cuanto a la salud y la calidad de vida, es por ello que la atención de estos pacientes críticos atendidos en las Unidades de Terapia Intensiva no solo se debe basar en la recuperación física sino también por la mental.

Yokota y colaboradores demostraron que durante el delirio se produce hipoperfusión cerebral regional que se normaliza después de su resolución, existen muchas teorías sobre la fisiopatología, sin embargo no existe algo concreto, todas ellas apuntan como desencadenantes a los factores de riesgo, los cuales pueden prevenirse tomándoles atención en el manejo, estos cuidados son: mantener una adecuada nutrición, hidratación, aporte de electrolitos, orientar al paciente sobre el tiempo y lugar actual, evitar restricciones físicas, estimular la movilidad, reducir fármacos lo más que sea posible, rescatar el patrón normal del sueño, involucrar a la familia, evitar el sondaje vesical, entre otros. (2) (5)

El objetivo de la presente investigación fue describir la percepción del personal profesional de enfermería sobre el manejo clínico del delirio en el paciente crítico en la Unidad de Terapia Intensiva e intermedia del Hospital Petrolero de Obrajes, durante el segundo semestre del 2020.

II. ANTECEDENTES

1. Silvana Dotti (2017) junto a su equipo de trabajo desarrolló un estudio denominado “Análisis prospectivo sobre incidencia acumulada de delirio en el posoperatorio de cirugía cardíaca, en el Hospital de Uruguay en el período de julio a septiembre del 2016”, con el objetivo de determinar la incidencia de delirio y asociar a factores de riesgo frecuentes de este síndrome que afecta un importante porcentaje de pacientes que cursan el posoperatorio en cirugía cardíaca. El estudio fue de tipo prospectivo, descriptivo donde se evaluaron 93 pacientes sometidos a cirugía cardíaca en dos etapas, la primera al despertar anestésico y la segunda durante la internación desde el período postextubación hasta el alta, se aplicó durante la valoración la escala de sedación Ramsay y escala CAM (Método de evaluación de la confusión), los resultados muestran que la incidencia de delirio es del 51.6% al despertar anestésico, está relacionado con mayor estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en un 82.3%, durante la internación la incidencia de delirio fue 41.9% del cual un 11.47% está asociada a mayor tiempo de asistencia respiratoria mecánica y de igual forma a mayor estancia en UCI en un 87.9%. (5)

2. Romero Ángel junto a su equipo de trabajo el 2015 publica el artículo denominado “Guía de práctica clínica para la atención al adulto mayor hospitalizado con delirium” donde principalmente tiene un enfoque en las personas de edad avanzada en quienes es frecuente este síndrome en el entorno hospitalario como es en los servicios de urgencias, geriátrico y Terapia Intensiva expone una guía práctica con criterios basados en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) donde considera para la valoración instrumentos como el test mental abreviado (TMA), criterios diagnósticos de la clasificación internacional de enfermedades (CIE), criterios ABCD, método de evaluación de la confusión (CAM), el manejo para el tratamiento es el buscar la causa, considerando que el 50% de los enfermos tienen factores precipitantes múltiples y que en un 15% no es posible identificar

estos factores, el tratamiento de sostén es mantener una adecuada nutrición, hidratación y aporte de electrolitos, dentro del tratamiento no farmacológico está el recordarle al paciente el tiempo y lugar, evitar restricciones físicas, estimular la movilidad, reducir fármacos lo más que sea posible, rescatar el patrón normal del sueño, involucrar a la familia, evitar el sondaje vesical, además el tratamiento sintomático puede realizarse con agentes psicotrópicos como haloperidol, tioridazina y alprazolam. (2)

3. Henao Ángela y Amaya María el 2016 publicaron el artículo “Estudio piloto: Monitoreo del delirium en pacientes adultos despiertos con ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos” en una clínica de Bogotá, se realizó una valoración diaria de pacientes críticos desde su ingreso hasta su extubación que en promedio fue 4 días, el instrumento aplicado fue el CAM – ICU como herramienta validada y recomendada por guías internacionales, la población de estudio fueron 22 pacientes de los cuales 6 presentaron delirio, el dato común fue la administración de morfina (63.6%) y clozapina (18.2 %), el estudio hace énfasis en lo que Roberts y Richard señalan “la integridad y la recuperación cognitiva de los pacientes de la UCI es probablemente tan importante como la recuperación física y la más importante para el paciente y su familia. (6)

4. Laura Velásquez presenta el documento “Instrumentos para el diagnóstico de delirium en hispanohablantes: artículo de revisión” este expresa que el delirium con frecuencia pasa por alto, que el personal debería ser consiente para dar la importancia a este trastorno y que además es necesario conocer herramientas para su evaluación, en Medellín - Colombia se ha descrito una prevalencia de 8.3% de delirium en el servicio de hospitalización general y de 32% en UCI, pero puede ser mayor si se toma en cuenta que hasta el 67% de los casos pasa desapercibido, una de las escalas generales inespecíficas aplicadas es la de sedación y agitación de Richmond (RASS) donde pueden ser evaluación aquellos con puntuación de +4 y -3, una de las herramientas específicas para el delirium es el Método para la evaluación de la confusión en la Unidad de Cuidados

Intensivos (CAM- ICU) una de las más utilizadas en el mundo por su practicidad y utilidad. (7)

5. Pérez Felipe y su equipo de trabajo elaboraron un documento que lleva por título “Delirio posquirúrgico complicado con sepsis” para determinar el delirio provocado por sedantes, realizan un estudio prospectivo, analítico, comparativo y longitudinal en 59 pacientes mayores de 18 años, determinaron que los pacientes sometidos a intervención quirúrgica con sepsis y ventilación mecánica presentan más delirio con midazolam que con dexmedetomidina, los sedantes tienen un profundo impacto en la perfusión cerebral que ocasionan fluctuaciones en el proceso cognitivo, algo que también llama la atención son las reintubaciones asociadas con delirio en el grupo con midazolam fueron 7 y 5 con dexmedetomidina. (4)

6. Zapata Felipe y un equipo de colaboradores realizan un estudio denominado “Adherencias a la escala CAM-ICU y evaluación de los métodos para el diagnóstico de delirium por médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos de la ciudad de Medellín” con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento y aplicación de la escala CAM-ICU por parte del personal médico, el estudio es de tipo descriptivo, prospectivo, transversal, se aplicó una encuesta en línea a 95 médicos de los cuales respondieron 57, el 65% eran especialistas en medicina crítica, 20% especialista de otras áreas y 15% eran médicos generales, el 100% de los encuestados considera que el delirio influye en el pronóstico del paciente, el 82% conocía la escala CAM-ICU y su importancia, a pesar de ello solo el 15% lo aplicaba diariamente, mientras que el 35% no lo aplica en ningún momento, un 66% menciona que la carga diaria de trabajo es la causa principal para no aplicarla. (8)

7. El 2017 en Brasil un equipo de salud a la cabeza de Pao Martha, elaboran un documento denominado como “delirium: intervenciones de enfermería en el adulto hospitalizado – una revisión bibliográfica” donde identificaron las estrategias dinámicas de atención enfocadas en la prevención de los factores de

riesgo multicausales como: la monitorización del dolor y la agitación, promoción de la movilidad precoz, incentivar la alimentación e hidratación, favorecer el patrón de sueño, controlar factores ambientales (ruido y luz artificial), monitorizar el patrón vesical e intestinal. (9)

8. En un estudio denominado “epidemiología del delirio en una cohorte de pacientes críticos en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Pablo Arturo Suarez” elaborado por Vélez Jorge y un equipo de trabajo consideran a este estudio como analítico y prospectivo realizado con 30 pacientes internados a quienes se les valoro con CAM-ICU y RASS, la incidencia de delirium en paciente ventilado es de 5 a 80%, además que el 10% de pacientes de la UCI presenta este problema posterior a su alta, por cada día que el paciente pasa con delirium aumenta en un 10% las posibilidades de fallecer, el estudio tuvo el objetivo de identificar a los pacientes que desarrollan delirio durante la estancia en UCI relacionándolos con factores demográficos, clínicos y farmacológicos, donde se evidencio la incidencia de casos más frecuentes en pacientes que recibieron midazolam a diferencia de propofol y que tuvieron mayor estancia en la UCI. (10)

9. En un artículo de España elaborado por Palencia, se considera al delirio como una manifestación frecuente de la disfunción del sistema nervioso y aun así no es valorada para su diagnóstico, la presencia del mismo durante la ventilación mecánica es proporcional a la duración y gravedad del mismo, las guías de práctica clínica de sedación y analgesia de la SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y de Unidades Coronarias) recomiendan la monitorización del delirio en todos los pacientes ingresados en la UCI mediante herramientas como el CAM-ICU (método para la valoración del estado confusional en la UCI), un estudio en 29 pacientes críticos que recibieron ventilación mecánica fueron evaluados 65 veces por personal médico y enfermero de forma separada, existió un 62% de incidencia de delirio a predominio hipoactivo y mixto, la sensibilidad y especificidad del CAM-ICU fue de 80 a 96% en médicos y 83 a 96% para la enfermera. (11)

10. En un artículo de revisión elaborado por Quiroz T, y un equipo de salud, donde se analiza un caso clínico de un paciente de 82 años con varias patologías de base añadido a una caída que provoca lesión costal, se inicia opioides como analgesia, este presenta delirio a las 24 horas hasta el sexto día es trasladado a otra unidad una vez estable, donde se toman medidas no farmacológicas como: terapia de orientación real, estimulación cognitiva, retiro de contención física y de sonda Foley, movilización diaria progresiva, accesibilidad a visita de familiares, cambio de analgésicos, posterior a las 96 horas se corrige el delirio. Se analiza también 13 estudios donde hay 25 pacientes con el objetivo de evaluar las estrategias no farmacológicas para prevenir el delirio donde se resalta la adecuada nutrición, hidratación, movilización precoz, minimizar las restricciones físicas y catéteres urinarios, mantención del tránsito intestinal apropiado, aliviar el dolor, mejorar la calidad del sueño, disminuir el ruido ambiental y reducir la iluminación durante la noche, en el análisis de otro estudio señalan que las medidas aplicadas de forma preventiva tienen mayor eficacia, en una comparación que se tuvo la incidencia de delirio bajo de un 33% a un 14%, los días de delirio bajaron de 3.4 a 1.2; son recomendables también utilizar tapones para los oídos en la noche pues ha demostrado ser eficaz en la prevención de delirium y la musicoterapia que sería útil para manejar la agitación. (12)

11. El 2017 la Federación Panamericana e Ibérica de Sociedades de Medicina Crítica y Cuidados Intensivos convoca a especialistas en medicina crítica para actualizar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo, se hizo una búsqueda electrónica de guías anteriores, para realizar recomendaciones generales sobre sedación, analgesia y delirio, de este último la recomendación es valorar este síndrome desde el ingreso, haciendo predicción del riesgo, prevención, detección, y manejo, tomando medidas farmacológicas y no farmacológicas que han mostrado beneficios con nivel de evidencia desde alto hasta bajo, también se debe aplicar intervenciones multicomponentes (reducción

de luz y ruido, cubrimiento de los ojos, orientación frecuente al paciente y provisión de música), controlar el dolor, utilizar dexmedetomidina en infusión continua a bajas dosis para prevención de delirium, se sugiere también haloperidol en pacientes mayores de 75 años y en postoperatorio de cirugía abdominal y ortopédica, se puede utilizar quetiapina en pacientes con delirium hipoactivo, la movilización temprana, disminución de sedantes, optimización del sueño y un adecuado soporte emocional y psicológico como estrategias asociadas a la disminución del déficit cognitivo persistente. (13)

12. En el 2019 realizaron un estudio con el objetivo de analizar el impacto de la duración de la estancia en el servicio de urgencias en la aparición de delirio en pacientes con Insuficiencia Cardíaca Aguda (ICA) ingresados en una planta de hospitalización, este fue un estudio observacional, retrospectivo y los resultados muestran que el grupo que si presentó delirio, una gran mayoría eran del sexo masculino, estos pacientes tenían menor fracción de eyección del ventrículo izquierdo, en relación al tiempo se presentó en aquellas personas que esperaron más en el servicio de urgencias hasta su hospitalización en planta, el grupo con delirio tenía antecedentes de prevalencia previos de ICA y diabetes mellitus, el grupo afectado tuvo una estadía más larga en la hospitalización. (14)

13. El 2018 el equipo que acompañó a Rivera A. presenta un artículo denominado “Valoración de la analgesia, sedación, contenciones y delirio en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos españolas” este es un estudio observacional, descriptivo, transversal, los resultados muestran la participación de 158 unidades y 1.574 pacientes, la valoración del dolor, sedación y delirio está acreditada obteniéndose bajos porcentajes de pacientes con agitación y delirio, elevado porcentaje de dolor y moderado uso de contención mecánica. (15)

14. Alcazar G. y un equipo de trabajo en España realizan un estudio denominado “Artroplastia total primaria de cadera en pacientes mayores de 85 años: riesgos, complicaciones y resultados a medio - largo plazo”, este es de tipo observacional retrospectivo en pacientes mayores de 85 años con osteoartritis primaria de

cedera intervenidos entre 2012 y 2019, donde incluyen 66 pacientes, 40 mujeres y 26 varones con edad media de 87,22 años, 14 pacientes presentaron complicaciones en el postoperatorio, siendo la más frecuente el síndrome confusional. (16)

15. Criollo W. en Quito el 2019 elabora un trabajo de investigación titulado “Prevalencia del síndrome confusional agudo en adultos mayores postquirúrgicos del Hospital Carlos Andrade Marín”, el estudio es descriptivo con enfoque cuantitativo, no experimental, se trabajó con la muestra de 52 pacientes en condición de hospitalización, se aplicó una encuesta sociodemográfica con 16 preguntas y el Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) de 10 ítems, y los resultados muestran que el 80.77% tiene síndrome confusional agudo leve y 8% delirio moderada. (17)

16. Granados F. elabora un estudio denominado “Síndrome confusional agudo asociado a colistina en trasplantada renal” en el cual este medicamento se ha convertido en el tratamiento de primera línea en las infecciones por bacterias multirresistentes este predispone a la población con insuficiencia renal, y en especial a la trasplantada, a un mayor riesgo de reacciones adversas. La neurotoxicidad presenta una gran variedad de manifestaciones, siendo las neuropsiquiátricas menos conocidas, la neurotoxicidad manifestada como síndrome confusional agudo en una paciente con trasplante renal se resolvió en su totalidad tras la retirada del fármaco. (18)

17. Jiménez C. en la elaboración de su artículo pretende determinar los factores de riesgo asociados al delirium postoperatorio del paciente anciano con fractura trocantérica y la relación de éste con la mortalidad postoperatoria, mediante un estudio de cohortes histórico en 264 pacientes intervenidos de fractura trocantérica, los resultados se asocian a una estadística significativa entre delirium postoperatorio y mortalidad tras el alta hospitalaria, tanto en el primer mes tras la cirugía como durante el primer año tras la misma, sin embargo, no se

encontró asociación estadística significativa entre el delirium postoperatorio y la mortalidad intrahospitalaria. (19)

18. Rocío Fuentes Covián (2016) desarrollo el estudio denominado “Incidencia y factores relacionados del delirium en una Unidad de Cuidados Intensivos Generales” es un estudio descriptivo correlacional en pacientes ingresados en cuidados intensivos generales, pretende determinar la incidencia de este síndrome el cual reporta que fue el 51.6% al despertar y estuvo relacionada con estadía más prolongada en la Unidad de Cuidados intensivos, la incidencia de delirio luego de la extubación hasta el alta sanatorial fue de 41.9% los que tuvieron mayor tiempo de asistencia respiratoria mecánica. (20)

19. Figueras V. elabora el 2018 el estudio “Construcción y validación de un instrumento predictivo de síndrome confusional agudo en la sala de geriatría”, el objetivo es elaborar y validar un instrumento clínico predictivo de delirio, este es un estudio prospectivo. Se realizó una división al azar de la muestra total en dos cohortes: cohorte de elaboración (60%) y de validación (40%). La cohorte de elaboración se utilizó para analizar las variables relacionadas con la presencia de delirio. Se incluyeron 7391 pacientes en el estudio, 4435 participaron en la cohorte de elaboración y 2956 en la de validación. El instrumento predictivo de la presencia de delirium fue útil, sencillo de aplicar y utiliza únicamente variables obtenidas en la anamnesis y la valoración geriátrica habitual. (21)

20. Garrigos V. elabora el estudio “Prevención del Síndrome Confusional Agudo en pacientes ancianos hospitalizados con fractura de cadera” el objetivo principal es la realización de un plan de actuación de enfermería, conociendo los factores de riesgo del delirium para la correcta prevención del mismo, la metodología fue la revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, la correcta aplicación de cuidados de enfermería basados en NANDA, NOC y NIC es lo que permite la prevención del desarrollo del delirio. (22)

21. Amigo C. elabora un documento el 2016 donde muestra que la fisiopatología del delirium no es del todo conocida y se ha asociado a un déficit de acetilcolina en el sistema nervioso central, así como a un exceso de dopamina y en este motivo es que se ha basado el uso de antipsicóticos, se realizó una revisión limitada a ensayos clínicos, revisiones sistemáticas para evaluar la eficacia de los antipsicóticos en la prevención y en el tratamiento del delirium. Para evaluar seguridad se incluyeron además estudios observacionales, serie de casos y alertas. La mayoría de los estudios analizados demuestran que en la profilaxis del delirium no existen diferencias clínicamente significativas en la incidencia entre los pacientes que recibieron antipsicóticos o placebo, para el tratamiento sintomático del delirium, los antipsicóticos han mostrado beneficio en cuanto a reducción de severidad y duración de síntomas, no encontrándose diferencias significativas entre haloperidol y antipsicóticos atípicos. (23)

22. El 2014 Alcoba A. elabora un estudio prospectivo donde pretende evaluar la concordancia entre la escala de valoración del delirio CAM-ICU y la Escala de detección del delirio de enfermería (NDSS) que es más aplicada en salas, se valoran 106 pacientes post-operados de cirugía cardíaca posterior a las seis horas de extubación y nuevamente a las 24 horas, los resultados muestran que la concordancia entre estas escalas es baja, actualmente se recomienda la utilización de la CAM-ICU en este contexto, no debiendo sustituirse por la NDSS ya que esta sobreestima los valores, aunque sea más fácil de aplicar. (24)

23. Carrera C. el 2014 elabora un documento mediante una búsqueda bibliográfica con el objetivo de recopilar los estudios que evalúan la eficacia de la escala CAM-ICU (Método para la evaluación de la confusión en la Unidad de Cuidados Intensivos) en la identificación del delirium en adultos ancianos y de esta manera describir su validez en el desarrollo de la práctica, se tomó en cuenta 13 estudios y los resultados muestran que este instrumento es reproducible y válida para el diagnóstico del delirium en pacientes críticos, puede ser utilizada por médicos y enfermeras previamente adiestrados en su manejo. (25)

24. Wschebor M. presenta un estudio denominado “delirium: una comorbilidad oculta asociada a mayor mortalidad” este es un trabajo descriptivo y observacional, en el que se evaluaron 160 pacientes en la sala de medicina, el 7.5% (12) presento delirio, las enfermedades subyacentes más frecuentes fueron las infecciones, en 58% de los casos de delirio no había sido diagnosticado por el personal de salud hasta ese momento, el 33.3% de los pacientes confusos había fallecido a los 100 días, confirmando la presencia del delirium durante la internación un riesgo de muerte al alta 16 veces mayor. (26)

25. Susana Ulloa en el 2016 elabora el documento denominado “Factores de riesgo y aproximación etiopatogénica, reversibilidad y cronicidad del síndrome confusional agudo en pacientes mayores de 65 años en un servicio de geriatría”, este pretende analizar la influencia de la presencia de este síndrome durante el ingreso hospitalario, sobre la estancia media y la mortalidad, este es un estudio analítico, naturalístico, observacional y longitudinal, con una muestra global de 1078 pacientes, con recogida de datos de forma prospectiva, se estudió a pacientes ingresados en Geriatría durante 12 meses, se utilizó como método screening para delirium la escala CAM, las variables que se incluyeron fueron: valoración funcional, cognitiva, del estado anímico, las complicaciones intrahospitalarias, el consumo de fármacos, las patologías que motivaron el ingreso. La incidencia del Síndrome Confusional Agudo es de 32,4%, más frecuente en mujeres y en pacientes mayores de 85 años, los factores de riesgo asociados fueron el consumo de antipsicóticos, trastorno del sueño, antecedente de fecaloma, el delirio acompaña de una mortalidad intrahospitalaria del 17,7%. (27)

26. Abenza J. con su equipo realizan un estudio descriptivo retrospectivo, observacional de pacientes ingresados en UCI por infección respiratoria grave por SARS-CoV-2, donde se concluye que esta infección afecta mayoritariamente a hombres y casi la totalidad de los pacientes salen de la UCI con síndromes confesionales agudos que evolucionan a una resolución completa. (28)

27. El 2013 José Percy Amado en la ciudad de Lima realiza un estudio que denomino “Factores asociados a síndromes confusional agudo en adultos mayores internados en emergencia de un hospital terciario” este estudio fue transversal, se entrevistó a 172 pacientes / cuidadores de más de 60 años, la frecuencia de delirio fue del 34,9% de este total el 30% tenía demencia, 45% había presentado deterioro cognitivo previo, un 41,7% sufrió deshidratación moderada - severa, 20% sepsis. (29)

28. Wschebor M. el 2017 elabora el artículo “Delirium: una comorbilidad oculta asociada a mayor mortalidad” un estudio descriptivo, observacional, transversal, utilizando el test CAM-ICU (Método para la evaluación de la confusión en la Unidad de Cuidados Intensivos), se evaluaron 160 pacientes, se identificaron 12 pacientes con delirium, representando 7,5% del total, las enfermedades subyacentes más frecuentes fueron las infecciosas. El delirium fue más frecuente en pacientes mayores de 65 años, en 7 casos (58%) el delirium no había sido diagnosticado por el equipo médico tratante, a 100 días del estudio la mortalidad global fue de 5,4% (8 pacientes), de los cuales la mitad (4) presentó delirium al ser evaluada, en ninguno de los casos el diagnóstico había sido consignado en la historia. (30)

29. Almeida Orrillo realiza un estudio llamado “Revisión crítica: Factores de riesgo para el desarrollo del síndrome confusional agudo en adultos mayores hospitalizados en el servicio de emergencia”, la metodología empleada fue la enfermería basada en la evidencia (EBE), existen factores relacionados con la enfermedad médica, anomalías de laboratorio como baja albúmina y polifarmacia. Es importante que los profesionales de la salud se interioricen tanto

en conocimientos como habilidades para fomentar un buen manejo en la detección precoz y un adecuado procedimiento terapéutico en los servicios de emergencia. (31)

30. El 2020 Palma R. con su equipo de salud realiza una revisión bibliográfica y elabora un documento titulado " Psicosis inducidas por quinolonas: una revisión actualizada" donde determina que las principales quinolonas que generan síndrome confusional son: ciprofloxacino, levofloxacino y ofloxacino, pero puede remitir a los días de la suspensión y con apoyo farmacológico sintomático. (32)

III. JUSTIFICACIÓN

El delirio es considerado un síndrome clínico, no una enfermedad, la etiología es muy compleja y a menudo multifactorial, caracterizado por alteraciones cognitivas, del pensamiento, la memoria y del ritmo circadiano, es potencialmente tratable y puede ser diagnosticada de forma precoz, se caracteriza por ser aguda y fluctuante, crea secuelas crónicas sobre la morbimortalidad de quienes la presentan, por lo general pasa desapercibido en los diferentes servicios, el personal de salud debe estar capacitado para aplicar instrumentos validados para la detección del delirio en el paciente crítico. (7)

Existen una serie de factores que influyen en gran manera en la presencia de delirio, entre ellos se pueden mencionar a factores predisponentes como la edad avanzada, sexo, enfermedad severa, demencia, intervenciones quirúrgicas, alcoholismo, insuficiencia renal, depresión, déficit visual o auditiva, entre otras, además se encuentran también los factores precipitantes como la inmovilidad, restricciones físicas, hipoxia, presencia de dolor, sondaje vesical, múltiples procedimientos, procesos infecciosos, medicación administrada como las benzodiazepinas, anticolinérgicos, entre otros, para el manejo del mismo deben considerarse cada uno de estos factores. (2)

El delirio está asociado a un mayor riesgo de morbimortalidad, dependencia funcional, deterioro cognitivo, mayor estancia hospitalaria y mayores costos para la institución y la familia, además requiere de unidades de rehabilitación. (44)

En las unidades de cuidados críticos un 80% de los adultos mayores presenta delirio, en Medellín - Colombia se ha descrito que el 32% lo desarrolla en las Unidades de Terapia Intensiva, pero este número puede incrementarse si se toma en cuenta que hasta el 67% de los casos pasa desapercibido. (44)

La escala CAM - ICU (Método para la evaluación de la confusión en la Unidad de Cuidados Intensivos) es una herramienta validada, recomendada por guías internacionales además con alta practicidad y utilidad que permite el diagnóstico

precoz del delirio, siendo esta etapa una de las más importantes, el diagnóstico debería realizarse en todo paciente desde la unidad de urgencias. (6)(7)

Una encuesta realizada en Colombia al personal médico indica que el 100% de ellos considera que el delirio influye en el pronóstico del paciente en gran manera, solo el 82% conocía la escala CAM-ICU y su importancia, a pesar de ello solo un 15% lo aplicaba diariamente en la evaluación al paciente, mientras que el 35% no lo aplica en ningún momento, el 66% mencionó que la carga diaria de trabajo es la causa principal para no aplicarla, es decir siendo un instrumento tan importante y de fácil manejo que demanda tan solo 5 minutos en aplicarla con el paciente crítico no es parte de la valoración diaria y menos para el diagnóstico y manejo precoz del mismo, esto debe llamar la atención como personal de salud después de ver las complicaciones serias que trae al paciente, son minutos valiosos invertidos en la valoración de un paciente que puede tratarse con medidas no farmacológicas evitando llegar a serias consecuencias de este síndrome. (8)

Según Roberts y Richard la integridad y la recuperación cognitiva son probablemente tan importante como la recuperación física en el paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos, así mismo se considera que es lo más importante en el paciente y su familia. (6)

La identificación de los factores de riesgo para el desarrollo de delirio desde la internación es una medida que mejora la aplicación de estrategias de prevención, diagnóstico y manejo en el paciente crítico, es considerado como un indicador de calidad en el manejo intrahospitalario. (44)

La importancia del delirio en el enfermo crítico es que este es considerado como un predictor independiente de mortalidad, en ella radica la importancia de socializar este tema y que el personal de salud entienda que invertir cinco minutos es invertir en la vida de nuestro paciente. (11)

La aplicación de un instrumento de valoración del delirio en las unidades críticas llega a ser de beneficio principalmente para el paciente pues con ello se podrá diagnosticar a tiempo este síndrome y se lo tratará oportunamente, por otra parte, beneficia al personal de salud que trabaja en estas áreas ya que el delirio hiperactivo muchas veces llega a eventos adversos ocasionados por períodos de desorientación y excitación psicomotriz como retiro de catéteres, sondas u otros dispositivos que colateralmente lleva mayor tiempo de inversión en solucionarlos y por último beneficia a la institución en relación a costos ya que el desarrollo de delirio conlleva mayor días de internación y la necesidad de rehabilitación.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. DEFINICIÓN

Medicina intensiva: *“Es la rama que se ocupa del paciente en estado crítico”*. (41)

Paciente crítico: *“Persona que presenta alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad tal que representan una amenaza real o potencial para su vida y que al mismo tiempo son susceptibles de recuperación, sus características son: enfermedad grave, potencial de revertir la enfermedad, necesidad de asistencia y cuidados de enfermería continuos, necesidad de un área tecnificada como la Unidad de cuidados intensivos”*. (41)

Unidad de terapia intensiva: Ambiente especializado, que contiene equipos de alta tecnología y profesional altamente calificado para la atención de paciente crítico. (41)

Delirio

“Según el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales define al delirio como la alteración del nivel de conciencia con disminución de la capacidad de centrar, mantener o dirigir la atención, cambios en las funciones cognitivas previas del paciente, con déficit de memoria, desorientación o alteración del lenguaje, junto a alteración en la percepción del pensamiento con alucinaciones”
(5)

El delirium es considerado como un conjunto de signos y síntomas caracterizado por un compromiso de conciencia de inicio agudo puede ser horas o días y de forma fluctuante durante una jornada, que presenta alteración de conciencia, con disminución de la atención, asociado a un cambio en las funciones cognitivas o alteraciones perceptivas, también es considerado una urgencia médica. (44)

“El delirium es un trastorno orgánico grave, frecuente, vinculado a peor pronóstico y evolución en el paciente crítico (aumento de la duración de la estancia, de la

permanencia de la ventilación mecánica, de la mortalidad y de los costos sanitarios, entre otros efectos negativos)". (25)

"El término delirium deriva del latín, donde el prefijo de que significa "fuera de" y lira se refiere a "el camino entre dos surcos en la tierra arada", de manera que el significado original en conjunto se puede interpretar como "fuera de ruta" (39)

4.2. CLASIFICACIÓN

El delirio es clasificado según la actividad psicomotora que presenta el paciente, entre estas están:

Delirio hiperactivo: Este está caracterizado por el incremento de la actividad psicomotora, inquietud, confusión, agresividad, hiperactividad y alucinaciones, este está relacionado con mayor índice de supervivencia y menor estancia hospitalaria por su facilidad en el diagnóstico.

Delirio hipoactivo: Las características son la disminución de la actividad psicomotora, somnolencia, decaimiento, inatención, reducción de la interacción espontánea con el entorno hasta un estado de letargo y/o estupor, es de difícil diagnóstico porque pasa desapercibida. (38)

Delirio mixto: Esta caracterizado por la fluctuación y combinación de los dos anteriores. (3)

4.3. EPIDEMIOLOGÍA

La presencia de delirio en las Unidades de Terapia Intensiva es 80% y la incidencia en pacientes críticos con asistencia ventilatoria mecánica es de 60 a 80%. (35)

En otras unidades la presencia de delirio es 15 a 53%, en unidades de medicina general o en unidades geriátricas es el 29 a 64%, de los cuales un 18 a 35% se presentó desde el ingreso al servicio de urgencias, el 80% de todos los pacientes terminales desarrolla delirium antes de su muerte". (44)

El delirio o síndrome confusional afecta un importante porcentaje de pacientes hospitalizados si este no se presentó al ingreso existe la posibilidad de presentarlo durante su estancia en un 6 a 56% de la población internada. (5) (34)

4.4. FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología aún no se conoce con claridad, pero por su multicausalidad se tienen algunas hipótesis:

HIPOTESIS N°1: La acetilcolina actúa en el mantenimiento del nivel de conciencia, existe la evidencia de que los pacientes con mayor carga anticolinérgica medicamentosa tienen un riesgo mayor de padecer delirium. (38)

El exceso dopaminérgico también puede contribuir al delirium, posiblemente debido a su influencia reguladora sobre la liberación de acetilcolina.

HIPOTESIS N°2: Las citoquinas, interleuquinas (IL 1, 2, 6), factor de necrosis tumoral, proteína C reactiva e interferón pueden contribuir al desarrollo del delirium, también las citoquinas ejercen una acción estimulante sobre el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, provocando un aumento de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica y con ello una alteración de la neurotransmisión. (38)

HIPOTESIS N°3:

Esta hace mención a la privación de oxígeno en el paciente ya que la hipoxia cerebral podría provocar una disminución en la producción de acetilcolina.

La alteración difusa de la función neuronal se produce por déficits de sustratos como oxígeno, glucosa, déficits de vitaminas, hormonas, toxinas exógenas o endógenas, trastornos hidroelectrolíticos, trastornos ácido - base. (44)

Yokota y colaboradores demostraron con estudios de imagenología que durante el delirio se produce hipoperfusión cerebral regional y que se normaliza después de su resolución. (5)

Dubois demuestra que narcóticos como la morfina y la meperidina generan delirio, también la sepsis es una causa común en la Unidad de Terapia Intensiva ya que generan una disfunción aguda del sistema nervioso central y daño cerebral por mecanismos de degradación de la barrera hematoencefálica y mecanismos neuroinflamatorios. (15)

La resonancia magnética muestra que en caso de sepsis se presentan anomalías con daños en tractos de la sustancia blanca. (15)

4.5. FACTORES DE RIESGO

La causa del delirio es variable y es muy importante su identificación de manera temprana, existen factores predisponentes que son las características basales del paciente que expresan la vulnerabilidad de padecer una patología concreta y precipitantes aquellos factores que colaboran y facilitan el desarrollo patológico. (38)

Factores predisponentes:

- Edad avanzada: mayor de 65 años, por el proceso de envejecimiento cerebral fisiológico que hace que exista una disminución de los principales neurotransmisores y cambios en el flujo sanguíneo cerebral.
- Género masculino
- Deprivación y abuso de estupefacientes o de alcohol.
- Antecedente de delirio
- Enfermedades sistémicas: infecciones respiratorias, urinarias, sepsis, cáncer, traumatismo severo, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, hipoxia, hipoglucemia, desequilibrio hidroelectrolítico, desequilibrio ácido-base, infarto agudo de miocardio, desnutrición, deshidratación, hipotermia.
- Déficit funcional, dependencia, síndrome de inmovilidad, historia de caídas, fragilidad física.
- Déficit auditivo o visual

Factores precipitantes

- Fármacos: efectos secundarios de los mismos, intoxicación medicamentosa o la polimedicación, los medicamentos con efectos anticolinérgicos como los psicotrópicos, benzodiazepinas, antiarrítmicos, antihipertensivos, antiparkinsonianos, antihistamínicos, anestésicos, antidepresivos, analgésicos y esteroides son los principales para causar delirio.
- Enfermedades neurológicas: deterioro neurológico, depresión, accidentes cerebrovasculares, epilepsia.
- Cirugía mayor, postoperatorio
- Deprivación del sueño
- Patología intercurrente: proceso infeccioso, retención de orina, fecaloma, alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base, enfermedades agudas severas, fiebre o hipotermia, anemia, hipoxia, hipercapnea, dolor, desnutrición, alteraciones metabólicas.
- Factores de riesgo relacionados con la hospitalización: Ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva, inmovilización, contención física, restricciones físicas, sondaje vesical, múltiples procedimientos, estrés emocional, hiperestimulación ambiental.

Principales medicamentos y drogas que favorecen al delirium

MEDICAMENTOS Y DROGAS	EJEMPLOS
Benzodiacepinas	Benzodiacepinas: Diazepam, Flurazepam, Clordiazepoxido (acción larga) Midazolam, Alprazolam, Triazolam (acción ultra corta)
Hipnóticos "Z"	Zolpidem
Opiáceos	Meperidina, Tramadol, Morfina
Anticolinérgicos	Atropina, Oxibutinina
Antidepresivos	Amitriptilina, Imipramina, Doxepina, Paroxetina
Anticonvulsivantes	Fenobarbital, Fenitoína
Antiparkinsonianos	Amantadina, Levodopa, Dopaminérgicos
Antihistamínicos	Clorfenamina, difenhidramina
Bloqueadores H-2	Ranitidina
Corticoides	Prednisona, Solumedrol
Antipsicóticos baja potencia	Clorpromazina, Tioridazina, Clozapina
Antibióticos	Moxifloxacino, Ciprofloxacino

Fuente: Copia - Revista médica CLIN CONDES – 2017

4.6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Deterioro de la orientación en tiempo, espacio y persona.
- Atención: Incapacidad de dirigir, focalizar, sostener o cambiar la atención.
- Conciencia: Variaciones desde estados de hiperalerta a estupor o coma a lo largo del día.
- Memoria: alteraciones en la capacidad de almacenar, retener y recordar información.
- Generalmente afectada la memoria reciente.
- Lenguaje verbal empobrecido y afectación del lenguaje escrito.
- Inversión ciclo sueño-vigilia: somnolencia diurna e insomnio nocturno.
- Alteraciones perceptivas: alucinaciones, ideas delirantes (visuales y/o auditivas).
- Trastornos del ánimo (enfado, rabia, temor injustificado).
- Mioclonias.

- Otras: Incontinencia urinaria, fecal, estreñimiento, diarrea, náuseas, vómitos, sudoración, alteraciones en el control de la presión arterial, taquicardia y bradicardia.

4.7. DIAGNÓSTICO

El delirio es infravalorado, este no es detectado en más del 70% de los casos. (24)

Uno de los primeros pasos para la realización del diagnóstico de delirio es la anamnesis, la recolección de datos como los antecedentes del paciente, también puede necesitarse la colaboración de familiares o cuidadores, se debe identificar factores predisponentes y precipitantes, así mismo los síntomas clínicos. En una segunda parte corresponde valorar las constantes vitales, realizar exploración física minuciosa.

La exploración neurológica considera los siguientes aspectos:

- Atención: La capacidad para concentrarse en una tarea u objeto.
- Consciencia: Capacidad de percibir y reconocer la realidad sobre sí mismo y sobre todo lo que le rodea.
- Orientación: en tiempo espacio y persona.
- Memoria: Recordar situaciones del pasado.
- Pensamiento/Abstracción: Las diferencias entre palabras, la fluidez verbal.
- Alteración de las funciones no intelectivas: La afectividad y el comportamiento (la depresión, euforia, agresividad, ansiedad), la hiperactividad o la hipoactividad. (42)

Las guías de práctica clínica de sedación y analgesia de la SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y de Unidades Coronarias) recomiendan la monitorización sistemática del delirio en todos los pacientes ingresados en la UCI mediante una herramienta como el CAM-ICU. (15)

La escala CAM-ICU de valoración está validada y es recomendada por varias sociedades, se basa en el examen del paciente y el reporte de familiares,

enfermera y/o cuidador, el tiempo de aplicación promedio es de 5 minutos, posee alta sensibilidad 94% y especificidad 89%, fue validada para ser usado por profesionales de salud entrenados y traducido a distintos idiomas, este instrumento muestra la presencia de un cambio en el paciente en relación al basal sobre el estado mental, este es de carácter agudo y fluctuante, la presencia de inatención y de cambios en el nivel de conciencia y del contenido del pensamiento, si el paciente presenta los dos primeros puntos y alguno de los otros, se considera un tamizaje positivo. (44)

CAM-ICU: Este instrumento fue desarrollado para pacientes críticos con estadía en unidades de cuidados críticos, incluso en ventilación mecánica, ha sido validada en Chile, es similar al CAM original en la búsqueda de cambio agudo y fluctuante e inatención, se busca la presencia de cambios en el nivel de conciencia mediante la Escala de Agitación y Sedación de Richmond (RASS). Solo si el nivel de conciencia es normal, se analiza el contenido del pensamiento, lo que facilita y acorta su aplicación, para evaluar la atención en personas que no pueden hablar se usa identificación de letras o imágenes, lo que ha permitido su uso en la Unidad de Cuidados Críticos. (44)

Los profesionales de enfermería resultan imprescindibles en el diagnóstico precoz del delirio.

Los exámenes complementarios recomendados son según a la patología de base: hemograma, bioquímica, gasometría, radiografía, punción lumbar, tomografía computarizada, electroencefalograma. (42)

EXÁMEN PARA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN

Anexo N° 1

Exámen para la Evaluación de la Atención - auditivo (letras)

Instrucciones: Diga al paciente: "voy a leerle una serie de 10 letras, presione mi mano todas las veces que escuche la letra A.

Luego lea las letras de esta lista en un tono normal a una velocidad de una letra por segundo.

SAVEAHAART

Puntaje: se contabiliza un error cuando el paciente no aprieta la mano con la letra "A" o cuando el paciente aprieta la mano con cualquier letra diferente a la letra "A".

Anexo N°2

Examen para la Evaluación de la Atención – visual

grupo A

Paso 1



Paso 2



grupo B

Paso 1



Paso 2



Paso 1: 5 Dibujos

Instrucciones. Dígale al paciente: "Sr. o Sra., voy a mostrarle dibujos de algunos objetos comunes, mírelos detenidamente y trate de recordar cada dibujo porque yo voy a preguntarle después que dibujos ha visto".

Luego muéstrole el paso 1 del grupo A o B y altere diariamente, si se requieren, evaluaciones repetidas.

Muéstrele los primeros 5 dibujos durante 3 segundos cada uno.

Paso 2: 10 dibujos

Instrucciones. Dígale al paciente: “ahora voy a mostrarle algunos dibujos más”.

Algunos de estos dibujos usted ya los ha visto y otros son nuevos, déjeme saber si usted los ha visto o no anteriormente y mueva su cabeza para decir SI o NO demuéstrole”.

Luego muéstrole 10 dibujos (5 nuevos y 5 repetidos) por 3 segundos cada uno.

Puntaje: se obtiene al contabilizar el número de respuestas correctas “SI” o “NO” durante el paso 2 (de un máximo de 10).

4.8. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Característica	Delirio	Demencia	Trastorno psicótico y bipolar	Depresión
Comienzo	Agudo	Insidioso	Agudo	Gradual
Evolución	Fluctuante	Estable	Estable	Estable
Duración	Transitorio	Persistente	Variable	larga
Conciencia	Alterado	Conservado	Conservado	Conservado
Orientación	Alterado	Alterado	Conservado	Conservado
Memoria	Disminuido	Deterioro	Conservado	Conservado
Atención	Muy alterado	Conservado/ Parcialmente alterado	Conservado/ Parcialmente alterado	Ligeramente alterado
Alucinaciones	Habituales de tipo visuales	Escasas	Habituales de tipo auditiva	Muy escasas
EEG	Anormal y enlentecido	Anormal y enlentecido	Normal	Normal

4.9. TRATAMIENTO

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Existen síntomas principales que puedan requerir de tratamiento farmacológico estos son: psicosis, agitación e insomnio, donde los neurolépticos se consideran

el tratamiento de elección, ya que no existe un tratamiento específico para el delirio ni para la prevención del mismo.

El manejo farmacológico de la agitación en pacientes con delirium, muestra que los antipsicóticos atípicos (risperidona, quetiapina, olanzapina) y el haloperidol son equivalentes en efectividad y superiores a los benzodiacepinas, es así que los antipsicóticos de alta potencia son considerados el tratamiento de elección para el manejo de la agitación en delirium dado su bajo efecto anticolinérgico y mínimos riesgos de hipotensión y depresión respiratoria, la disponibilidad de estos medicamentos son de bajo costo, el haloperidol es usado como fármaco de primera línea considerado antipsicótico típico, se puede administrar por vía oral, intramuscular o intravenosa. (44) (34)

Los efectos de los antipsicóticos al reducir la incidencia o severidad del delirium ha sido discreta, no se vieron resultados clínicos significativos en cuanto a estadía hospitalaria, complicaciones o mortalidad, en la actualidad se reservan para pacientes con delirium hiperactivo, alucinaciones, riesgo de agresión, usando la mínima dosis necesaria, y retirando lo antes posible. En el delirium hipoactivo, la evidencia existente es insuficiente para una recomendación". (44)

Manejo farmacológico en el delirium

AGENTE	CLASIFICACIÓN	DOSIS	BENEFICIOS	EFFECTOS ADVERSOS
Haloperidol	Antipsicótico típico	Inicial: 0.25-0.50 mg VO, IM, SC o EV (con monitor) c/4h Máximo: 3-5 mg	Poco efecto sedante, hipotensión y hemodinámicos	Síntomas extrapiramidales si dosis es mayor a 3 mg/d y prolonga intervalo QT.
Risperidona	Antipsicótico atípico	Inicial: 0.25-0.50mg VO c/4h Máximo: 3 mg	Menos síntomas extrapiramidales y pocos efectos hemodinámicos	Poco sedante y prolonga QT

Olanzapina	Antipsicótico atípico	2.5-5mg VO, SL o IM c/12 h Máximo: 20mg/24h	Menos síntomas extrapiramidales que Haloperidol	Mas sedante que Haloperidol
Quetiapina	Antipsicótico atípico	Inicial: 12.5 - 25mg VO c/12h Máximo: 50 mg	Menos síntomas extrapiramidales que Haloperidol. Se usa en pacientes con Parkinson	Mas sedante que Haloperidol, riesgo de hipotensión
Lorazepam	Benzodiazepinas	Inicial: 0.25-0.50 mg VO, EV c/8h Máximo: 2 mg	Elección en abstinencia de alcohol, benzodiazepinas o antecedente de síndrome neuroléptico maligno	Mayor agitación paradójica que Haloperidol, depresión respiratoria

Fuente: Copia - Revista médica CLIN CONDES – 2017

Un abordaje inadecuado del delirium puede conllevar a un peor diagnóstico en cuanto a su salud y calidad de vida. (5)

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Una vez identificada la causa debe corregírsela en lo posible, en caso de ser un medicamento específico este debe ser suspendido por el personal médico, también se debe corregir los problemas de déficit de nutrición e hidratación, tratar el dolor, la impactación fecal, retención urinaria y las infecciones, si es necesario la aplicación de contención física evitar fijar extremidades solo mantener la sujeción del tronco de esta manera la agitación ,agresividad y miedo no serán un problema añadido. (34)

4.10. PREVENCIÓN

Las medidas que el personal de salud debe aplicar para evitar el desarrollo del delirio son:

- Correcta relación paciente-personal de salud: Dirigirse al paciente por su nombre, evitando infantilismo y familiaridades excesivas, presentarse de forma adecuada con el paciente para su mejor orientación, manejar un lenguaje no verbal y verbal adecuado, voz suave, mensajes claros, mantener contacto visual continuo, informar al paciente en la medida de lo posible los procedimientos realizados. (34)
- Fomentar en el paciente la orientación en tiempo, espacio: Colocar en lo posible calendarios y relojes al alcance del paciente, recordar fecha y lugar con frecuencia, informar horarios de comida y visitas, permitir tiempo con familiares que brinden información sobre amigos y familia, evitar procedimientos en horario nocturno. (34)
 - Corregir el déficit sensorial del paciente: Proporcionar lentes, prótesis dental y auditivas.
 - Cuidar aspectos ambientales: Regulación de la luz artificial de prioridad luz natural en ambientes de internación, minimizar el ruido para mantener un ambiente tranquilo y para permitir el sueño del paciente. (34)
 - Evitar el dolor postoperatorio
 - Movilización precoz
 - Mantener hidratación y nutrición adecuada
 - El personal de salud debe responder siempre con calma y no se debe agitar más que el paciente.

Estas medidas pueden reducir el desarrollo del delirio hasta en un 40%. (3) (44)

La identificación de los factores de riesgo para el desarrollo de delirium desde la admisión al hospital, es el primer paso para mejorar las estrategias de prevención y diagnóstico y ha sido considerado como un indicador de calidad en el manejo intrahospitalario del delirium. (44)

Recomendaciones de protocolos de prevención de delirium

FACTOR DE RIESGO	INTERVENCIÓN
Deterioro cognitivo o desorientación	Orientación temporo espacial (uso de relojes y calendarios visibles), protocolos de estimulación cognitiva, favorecer acompañamiento familiar.
Deprivación de sueño	Instaurar estrategias no farmacológicas para favorecer el sueño: iluminación diferenciada entre el día y la noche, evitar ruidos molestos en la noche y diferir procedimientos electivos a horario diurno, otros: bebidas calientes, música suave.
Inmovilización	Estimular movilización precoz (al menos tres veces al día, por 15 minutos o más), proveer ayudas técnicas si requiere y evitar o minimizar el uso de artefactos que limiten la movilidad (sondas, contenciones físicas).
Déficit visual y auditivo	Fomentar el uso de lentes ópticos y/o audífonos.
Deshidratación y constipación	Control de la ingesta y favorecer la hidratación oral o endovenosa según corresponda. Vigilar tránsito intestinal.
Hipoxia	Evaluar y asegurar adecuada saturación de oxígeno.
Infección	Buscar y tratar infecciones. Higiene adecuada
Dolor	Evaluar y tratar dolor en forma activa, especialmente en aquellos con dificultad de comunicación.
Polifarmacia	Revisar fármacos y evitar los de mayor riesgo. Evitar psicofármacos y en caso necesario, elegir el de mejor perfil de seguridad y la menor dosis posible.
Desnutrición	Optimizar aportes, vigilar ingesta y si se requiere proveer asistencia para comer y uso de prótesis dental.

Fuente: Copia - Revista médica CLIN CONDES – 2017

4.11. COMPLICACIONES

La presencia de delirio en el paciente crítico que no es diagnosticado y tratado de forma temprana conlleva a un pronóstico negativo.

Se pueden presentar complicaciones a corto y largo plazo, los cuales pueden ocasionar una respuesta sanitaria como restricciones físicas, prescripción medicamentosa que nos pueden llevar un nivel de toxicidad farmacológica evitando el retorno a la situación basal del paciente.

Las complicaciones a corto plazo son: aumento de índice de caídas, autolesiones, desconexión de catéteres u otros dispositivos, dehiscencia de suturas, incontinencia urinaria y/o fecal, sedación excesiva y desarrollo de úlceras por presión. (38)

El reducido nivel de actividad que mantiene el paciente con delirio hipoactivo favorece a la aparición de infecciones urinarias y respiratorias, incontinencia urinaria o fecal, úlceras por presión y trombosis secundarias a una disminución de la movilidad.

Entre las complicaciones a largo plazo está el incremento del índice de mortalidad, deterioro cognitivo irreversible, internación prolongada, alto riesgo de desarrollar enfermedades nosocomiales, necesidad de unidades de rehabilitación, mayor tasa de rehospitalización, incrementando del coste sanitario.

4.12. PRONÓSTICO

El pronóstico del delirio es variable y está relacionado con la causa, la situación previa del paciente, el diagnóstico y tratamiento precoz ya que el mismo puede ser infradiagnosticado como es el caso del delirio hipoactivo. El pronóstico se agrava y aumentan las complicaciones en el retraso de la identificación del síndrome. (34)

4.13. MORTALIDAD

Esta afección se asocia con mayor mortalidad: por cada día que el paciente pasa con delirio aumenta en un 10% las posibilidades de fallecer. (39)

Está comprobado que el delirium se asocia a mayor riesgo de mortalidad en distintas unidades asistenciales, la mayor mortalidad a los 6 meses, la tienen aquellos no diagnosticados en el servicio de urgencias, lo que enfatiza la importancia del diagnóstico precoz. (44)

“El desarrollo de delirio en paciente con ventilación mecánica se ha asociado con triple riesgo de muerte después de ajustar múltiples variables y se ha descartado que sea un estado transitorio desde el coma a la normalidad”. (36)

“Los pacientes que sufren delirio tienen una mortalidad hasta tres veces superior al año después del alta”. (24)

Guía de Cuidados de Enfermería para controlar Estresores del Entorno posibles desencadenantes de Delirium en UCI, Basada en la Teoría de Betty Neuman y en Enfermería basada en Evidencia

Cuidado de Enfermería	Meta	Justificación	EBE
Saludar al paciente por su nombre.	Favorecer la interacción y promover el bienestar en el paciente al mantenerlo informado de los cambios en el entorno,	Se relacionan y mayores niveles de malestar emocional en los pacientes que indican tener peor comunicación (No comunicar a su cuidador su preocupación, no mantener comunicación con el cuidador.	Nivel de evidencia 4
Indicar al paciente las características de la unidad, horarios de visita, alimentación, baño y demás aspectos administrativos de la unidad.	relacionados con el ruido y la luz artificial continua y demás intervenciones		
Informar al paciente todas las actividades y procedimientos que se le van a realizar, como procedimientos, curaciones, administración de			

medicamentos, cambios de posición y valoración física			
Explicar al paciente posibles ruidos que puede llegar a escuchar, producidos por bombas de infusión, alarma del monitor, del ventilador y demás			Nivel de evidencia 4
Dialogar frecuentemente con el paciente, proporcionándole información acerca de datos de ubicación espacial y temporal, información sobre su estado de salud y pronóstico si es posible, tratamientos que se están administrando, situación familiar y dar respuesta a las demás inquietudes que exprese.	Favorecer patrones de sueño durante el tiempo que el paciente permanezca en la UCI, evitando el sueño diurno y reducir la actividad en el horario nocturno	Las estrategias no farmacológicas incluyen la reorientación, la estimulación cognitiva varias veces al día, adecuar la relación sueño vigilia, la estimulación visual y auditiva, y minimizar en lo posible el ruido y la luz artificial. Con estas intervenciones se reduce hasta en un 40% la incidencia del delirio. Deberá informarse a los familiares sobre estas alternativas de manejo y explicárselas para que no les cause ansiedad.	Nivel de Evidencia 1B
Conversar con el paciente ratificándole su condición y su orientación en tiempo y lugar.	Proporcionar un ambiente de comodidad y descanso al paciente durante el	Orientar al paciente con los nombres de los miembros del equipo de atención y día calendario y la	Nivel de Evidencia 2

	tiempo que permanezca en la UCI	comunicación para reorientar en los alrededores, son actividades cognitivamente estimulantes que mejoran significativamente la orientación y muestra una significativa reducción en la tasa de uso de sedantes para dormir	
Estimular los estados de ALERTA en el paciente favoreciendo la lectura permitiendo el ingreso de elementos personales como anteojos, revistas, libros de interés personal, agenda y libros personales; para que el paciente mantenga el ciclo circadiano, ayudando a que escuche música, lea, vea revistas, periódico, mantenga conversaciones con la familia o personal de salud durante el día y en la noche duerma. Para esto se permitirá el ingreso de elementos personales como anteojos, revistas, grabadora, agenda y libros personales.		Orientar al paciente con los nombres de los miembros del equipo de atención y día calendario y la comunicación para reorientar en los alrededores, son actividades cognitivamente estimulantes que mejoran significativamente la orientación y muestra una significativa reducción en la tasa de uso de sedantes para dormir Los efectos del ruido por encima de los límites recomendados por la OMS pueden producir alteraciones psico-fisiológicas y sensoriales en los	Nivel de Evidencia 6

		individuos expuestos al mismo. adecuados.	
	<p>Evitar las interrupciones del sueño en horas nocturnas al paciente durante el tiempo que permanezca hospitalizado en la UCI</p> <p>Evitar el sueño diurno y reducir actividad en el horario nocturno.</p>	<p>Se recomienda disminuir el número de factores presentes en la alteración del sueño y que el personal de enfermería esté atento a observar y percibir características del paciente acerca del sueño Los ajustes de horario para facilitar el sueño (por ejemplo, la reprogramación de medicamentos y procedimientos) cambia tasa de uso de medicamento sedante para dormir</p>	

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El delirio es un síndrome clínico que afecta una gran parte de los pacientes internados en diferentes servicios de salud de un hospital y más aún en las Unidades de Terapia Intensiva por los factores de riesgo a los que está expuesto el paciente crítico, existen múltiples factores que influyen en el desarrollo del mismo, entre estos están los factores predisponentes como ser la edad de predominio en adultos mayores, el sexo puesto que afecta más a hombres, abuso de alcohol, déficit funcional, deshidratación y desnutrición, a estos se asocian los factores desencadenantes como son la administración de sedación, opioides, la polimedicación, infecciones, hipoxia, presencia de dolor, cirugías, restricciones físicas, múltiples procedimientos invasivos, ventilación mecánica, estrés emocional, trastornos del sueño, entre otros a los que está expuesto el paciente, el delirio es un problema de salud que puede ser diagnosticado precozmente para su tratamiento y manejo, un abordaje inadecuado puede condicionar a un mal pronóstico en el estado de salud y la calidad de vida del paciente incrementa el riesgo de morbimortalidad, demencia, riesgo de daño físico, caídas, extubaciones no programadas, retiro de sondas y drenajes por los períodos de desorientación que presentan.

El delirio se clasifica en hiperactivo, hipoactivo y mixto, el segundo mencionado es de difícil diagnóstico, pero es el más frecuente según estadísticas, esta pasa desapercibido la mayor parte de las veces, lo que significa un mayor riesgo ya que cuanto más días este con delirio y este no sea tratado mayor es el riesgo de fallecimiento en períodos posteriores, existe un instrumento que facilita el diagnóstico y es la escala CAM – ICU (Método para la evaluación de la confusión en la Unidad de Cuidados Intensivos) esta es una herramienta valiosa que puede aplicarse por el personal de salud, es recomendado por sociedades internacionales, la mayoría de los especialistas en el área crítica la conocen pero no la aplican con frecuencia, a pesar de conocer su importancia en el paciente,

una vez que el problema es identificado puede brindarse un tratamiento basado en erradicar los factores de riesgo.

Generalmente los profesionales de enfermería son los primeros en detectar el delirio puesto que son un puente comunicador entre paciente, familia y equipo de salud, enfermería juega un papel prioritario orientado a la prevención, diagnóstico y tratamiento de este síndrome.

En la actualidad la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Petrolero de Obrajes regional La Paz no cuenta con un instrumento que permita identificar el delirio de forma precoz durante la estancia del paciente crítico, el personal profesional de esta área es altamente capacitado, es decir que ninguno tendría dificultad de aplicar alguna escala estandarizada y validada de manera rutinaria, esto no solo beneficiaría al paciente sino que facilitaría el trabajo del personal profesional, puesto que las consecuencias del delirio son situaciones que el personal de salud debe resolver invirtiendo más tiempo y con ello teniendo mayores costos económicos para la institución y la familia, es importante tener escalas de valoración que permitan al profesional valorar al paciente de forma sencilla, práctica y en el menor tiempo posible y que todo el personal sea consciente y preparado para saber que la inversión de cinco minutos para la valoración del delirio puede evitar complicaciones en el paciente crítico a corto y largo plazo, por ello es importante conocer la perspectiva del profesional de enfermería considerando su experiencia y realidad en esta área.

Por todo lo mencionado, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál será la percepción del personal profesional de enfermería sobre el manejo clínico del delirio en el paciente crítico de la Unidad de Terapia Intensiva e intermedia del Hospital Petrolero de Obrajes de La Paz Bolivia, durante el segundo semestre del 2020?

VI. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

6.1.1. Describir la percepción del personal profesional de enfermería sobre el manejo clínico del delirio en el paciente crítico de la Unidad de Terapia Intensiva e intermedia del Hospital Petrolero de Obrajes de La Paz - Bolivia, durante el segundo semestre del 2020.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

6.2.1. Describir el nivel académico y la antigüedad laboral en Terapia intensiva del profesional de enfermería.

6.2.2. Identificar las competencias cognitivas del profesional de enfermería sobre el delirio.

6.2.3. Describir la situación actual del delirio en la Unidad de Terapia Intensiva e intermedia del Hospital Petrolero de obrajes según la perspectiva del profesional de salud.

6.2.4. Implementar un instrumento de valoración del delirio

VII. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

7.1. ENFOQUE DE ESTUDIO

7.1.1. Tipo de estudio:

Investigación descriptiva, brinda características, detalles sobre la situación de las variables que se estudian en la población.

Estudio prospectivo: Se obtiene datos a partir del inicio de la investigación en adelante.

7.1.2. Método:

Transversal: Estudia variables en un periodo de tiempo.

7.1.3. Enfoque:

Cuantitativo: Se trabaja con datos numéricos y análisis estadístico.

7.2. ÁREA DE ESTUDIO

La Caja Petrolera de Salud corresponde a la Seguridad Social, tiene varias regionales en distintos departamentos de Bolivia, uno de ellos está en la ciudad de La Paz cuenta con varios policlínicos y un centro de tercer nivel que es el Hospital Petrolero de Obrajes ubicada en la Zona de Obrajes calle 8 esquina Costanerita S/N.

Entre los servicios con los que cuenta el Hospital están: Medicina interna, pediatría, oncología, hemodiálisis, maternidad, ginecología, terapia pediatría y neonatal, cirugía, unidad de esterilización, quirófanos, terapia Intensiva e intermedia, consultorios, laboratorio, bacteriología, imagenología, banco de sangre y fisioterapia clínica.

La Unidad de Terapia Intensiva cuenta con 5 unidades de internación, 4 son unidades abiertas y una es de aislamiento, el promedio de camas ocupadas es 3, el personal médico hace turnos de 24 horas, el personal de enfermería realiza turno de 6 horas en el día y 12 horas durante la noche.

La Unidad de Terapia Intermedia muchas veces recibe pacientes críticos cuando la capacidad de la Unidad de Terapia Intensiva llega a su límite, esta cuenta con 2 unidades abiertas y una cerrada.

Todo el personal profesional de enfermería es altamente capacitado el área de medicina Crítica y Terapia Intensiva, de forma mensual se realizan capacitaciones académicas.

7.3. POBLACIÓN

La población es el personal profesional de enfermería que corresponde a un número de 17 personas que cumplan los criterios de inclusión.

7.4. MUESTRA

Tomando en cuenta que se trabajó con toda la población de estudio, no fue necesario realizar cálculo de tamaño de muestra, ni aplicar alguna técnica de muestreo, de los 17 profesionales que forman parte de dicha población solo 13 personas respondieron la encuesta virtual enviada a WhatsApp.

7.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personal profesional de enfermería
- Personal con experiencia en la Unidad de Terapia Intensiva o Intermedia del Hospital Petrolero de Obrajes.
- Personal de ambos sexos
- Personal a contrato o con ítem
- Personal de los diferentes turnos de trabajo
- Personal que tenga WhatsApp activo

7.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personal con baja médica durante el período de la toma de datos.

7.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLE	CONCEPTO	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR	INSTRUMENTO
Describir el nivel académico y la antigüedad laboral en Terapia intensiva del profesional de enfermería.	Nivel académico	Grado de desarrollo académico	Cualitativa ordinal	Licenciada en enfermería	Promedio y porcentaje	Ítem N°1
				Especialidad		
				Maestría		
	Antigüedad laboral en Terapia intensiva e intermedia	Tiempo total que tiene un trabajador prestando sus servicios en la Unidad de Terapia intensiva e intermedia	Cualitativa ordinal	1 - 5 años	Promedio y porcentaje	Ítem N°2
				6 - 10 años		
				Mayor de 11 años		
Identificar las competencias cognitivas del profesional de enfermería sobre el delirio.	Delirio	El delirio es un síndrome cerebral orgánico agudo, caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, depresión del nivel de conciencia, trastornos de la atención e incremento o disminución de la actividad psicomotora.	Cualitativa dicotómica	Verdadero	Promedio y porcentaje	Ítem N°3
				Falso		
	Causas de delirio	Factores que desencadenan o influyen en el desarrollo de delirio	Cualitativa Politónica	Factores predisponentes	Promedio y porcentaje	Ítem N° 4 -5
				Factores precipitantes		
	Diagnóstico	Acción y efecto de diagnosticar	Cualitativa dicotómica	Conoce	Promedio y porcentaje	Ítem N° 6
				No conoce		
				Cualitativa	Activo	

	Tipo de delirium	Clasificación medica de delirium.	Politónica	Pasivo Mixto	Promedio y porcentaje	
	Medidas preventivas	Acciones que evitan el desarrollo de una alteración de salud	Cualitativa nominal Dicotómica	Conoce No conoce	Promedio y porcentaje	Ítem N° 8
	Tratamiento	Medida que se opta para tratar una alteración de salud	Cualitativa nominal Dicotómica	Conoce No conoce	Promedio y porcentaje	Ítem N° 9
	Complicaciones	Efectos secundarios a causa de una patología	Cualitativa nominal Politónica	Eventos adversos con dispositivos invasivos Secuelas neurológicas Fallecimiento	Promedio y porcentaje	Ítem N° 10
Describir la situación actual del delirio en la Unidad de Terapia Intensiva e intermedia del Hospital Petrolero de obrajes según la perspectiva del profesional de salud.	Importancia	Valor o interés de algo	Cualitativa ordinal Politónica	Muy importante	Promedio y porcentaje	Ítem N° 11
				Importante		
				Moderadamente importante		
				De poca importancia		
				Sin importancia		
Frecuencia	Número de repeticiones	Cualitativa ordinal Politónica	Muy frecuentemente	Promedio y porcentaje	Ítem N° 12	
			Frecuentemente			
			Ocasionalmente			
			Raramente			
			Nunca			
Causas limitantes	Razones por las cuales no se puede cumplir con un objetivo, barreras de impedimento.	Cualitativa nominal Politónica	Desconocimiento	Promedio y porcentaje	Ítem N° 13	
			Excesivo trabajo			
			Falta de interés por brindar cuidados actualizados			

7.8. MÉTODOS

7.8.1. MÉTODOS TEÓRICOS

Causal: Se eligió trabajar con este método teórico puesto que el estudio tiene una relación directa con factores considerados causales.

Hipotético – deductivo: El presente estudio pretende establecer nuevas predicaciones a partir del conocimiento que se tiene, este estudio no es frecuente ni conocido en el medio nacional por lo que se pretende crear nuevos lineamientos.

Análisis y síntesis: El análisis es una parte importante del estudio, pretende relacionar la condición del personal con sus competencias cognitivas y su percepción de su realidad.

7.8.2. MÉTODOS EMPÍRICOS

Medición: El instrumento es una encuesta diseñada para obtener datos demográficos, competencias cognitivas y percepciones del personal de salud, dicho documento será validado previamente por expertos en el área, este contiene 13 preguntas cerradas, solo una tiene la opción de responder de forma abierta. (Anexo N°5)

Obtención de la información: El instrumento de recolección de datos está diseñado en un sistema virtual y es enviado vía WhatsApp al personal profesional de salud de la Unidad de Terapia Intensiva e Intermedia, las respuestas se acumulan en la base de datos.

Procesamiento y análisis: La información obtenida es procesada a un software estadístico de SPSS para ser representada en cuadros y gráficos ilustrativos con sus análisis correspondientes.

7.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Consentimiento informado (Anexo N° 2)
- Permiso institucional (Anexo N° 3)
- Validación de instrumentos de investigación (Anexo N° 4)

VIII. RESULTADOS

Posterior a la aplicación de la encuesta virtual se obtiene una base de datos correspondiente a la población de estudio que fueron 13 profesionales de enfermería que participaron en la encuesta de 17 licenciadas a las que se envió el instrumento, estos resultados son expresados en cuadros y gráficos simples y con cruce de variables.

CUADRO N°1 RELACIÓN DEL NIVEL ACADÉMICO Y EL CONOCIMIENTO DE ALGÚN INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DE DELIRIO, PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE 2020

		INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO		Total
		SI	NO	
NIVEL ACÁDEMICO	Licenciada en enfermería	0	1	1
	Especialista en Medicina Critica y Terapia Intensiva	2	2	4
	Magister en Medicina Critica y Terapia Intensiva	1	7	8
Total		3	10	13

Fuente: Elaboración propia – Hospital Petrolero de Obrajes 2020

ANÁLISIS. - La relación que existe entre el nivel académico y el conocimiento de algún instrumento de diagnóstico del delirio es el siguiente: 7 tienen el título de magister en medicina crítica y Terapia Intensiva esta misma cantidad no conoce ninguna herramienta de valoración de delirio, del total de profesionales solo una menciona al CAM - ICU como escala de valoración

CUADRO N°2 RELACIÓN DE ANTIGÜEDAD LABORAL Y PERCEPCIÓN DE LIMITANTES PARA NO APLICAR INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DEL DELIRIO, PERSONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO TRIMESTRE 2020

		CAUSA LIMITANTE			T O T A L
		DESCONOCIMIENTO DEL TEMA	EXCESIVO TRABAJO	DESINTERES	
ANTIGÜEDAD LABORAL	1-5 AÑOS	3	4	1	8
	6 - 10 AÑOS	3	2	0	5
	+ 11 AÑOS	0	0	0	0
Total		6	6	1	13

Fuente: Elaboración propia – Hospital Petrolero de Obrajes 2020

ANÁLISIS. - La relación entre la antigüedad laboral y la percepción de las causas limitantes para no aplicar un instrumento de diagnóstico es el siguiente: del total de la población que son 13 profesionales solo 8 tienen una antigüedad entre 1 y 5 años en la Unidad de Terapia Intensiva; el restante que son 5 trabajan en dicha unidad entre 6 y 10 años, la percepción de las causas limitantes para no aplicar ningún instrumento de diagnóstico es el desconocimiento del tema (6) y el exceso de trabajo (6), mientras que solo una menciona el desinterés como causa.

CUADRO N°3 RELACIÓN ENTRE LA ANTIGÜEDAD LABORAL Y LA PERCEPCIÓN DE FRECUENCIA DE DELIRIO, PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE 2020

		FRECUENCIA DE CASOS				Total
		MUY FRECUENTE	FRECUENTE	OCASIONALMENTE	RARAMENTE	
ANTIGÜEDAD LABORAL	1-5 AÑOS	1	5	1	1	8
	6 - 10 AÑOS	0	4	1	0	5
	MAS DE 11 AÑOS	0	0	0	0	0
Total		1	9	2	1	13

Fuente: Elaboración propia – Hospital Petrolero de Obrajes 2020

ANÁLISIS. – La relación entre la antigüedad laboral del personal profesional de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva con la percepción sobre la frecuencia del delirio es el siguiente: la antigüedad entre 1 a 5 años corresponde a 8 profesionales, de 6 a 10 años de antigüedad solo 5 corresponden a esta población, en ambos grupos de antigüedad laboral 9 consideran frecuente la presencia de delirio, 2 indican que es ocasional su presencia y 1 menciona que es muy frecuente su incidencia.

CUADRO N°4 RELACIÓN ENTRE LA IMPORTANCIA DE DELIRIO Y CAUSA LIMITANTE PARA NO APLICAR INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO, PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE 2020

		CAUSA LIMITANTE			Total
		DESCONOCIMIENTO DEL TEMA	EXCESIVO TRABAJO	DESINTERES	
IMPORTANCIA DEL DELIRIO	MUY IMPORTANTE	5	4	0	9
	IMPORTANTE	1	2	1	4
	MODERADAMENTE IMPORTANTE	0	0	0	0
	DE POCA IMPORTANCIA	0	0	0	0
	SIN IMPORTANCIA	0	0	0	0
Total		6	6	1	13

Fuente: Elaboración propia – Hospital Petrolero de Obrajes 2020

ANÁLISIS. - La relación entre la percepción del profesional de enfermería sobre la importancia del delirio en el paciente crítico y la causa limitante para no aplicar un instrumento de diagnóstico es el siguiente: del total de 13 profesionales, 9 consideran al delirio como un tema muy importante, 4 lo ven como un problema de salud importante, de esta población 6 profesionales indican como causa para no aplicar ningún instrumento de valoración el desconocimiento del tema y las otras 6 licenciadas lo asocian al excesivo trabajo.

CUADRO N°5 RELACIÓN DE PERCEPCIÓN DE IMPORTANCIA DEL DELIRIO Y SUS COMPLICACIONES, PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO TRIMESTRE 2020

		IMPORTANCIA DEL DELIRIO		Total
		MUY IMPORTANTE	IMPORTANTE	
COMPLICACIONES	INCREMENTO DEL ÍNDICE DE MORTALIDAD	0	0	0
	INCREMENTO DEL ÍNDICE DE AUTOLESIONES	1	2	3
	DETERIORO COGNITIVO IRREVERSIBLE	3	0	3
	TODAS LAS ANTERIORES	5	2	7
Total		9	4	13

Fuente: Elaboración propia – Hospital Petrolero de Obrajes 2020

ANÁLISIS. - La relación entre la percepción de la importancia y el conocimiento de complicaciones del delirio es el siguiente: Del total 13 profesionales, 9 consideran al delirio muy importante y 4 lo ven como un tema importante, en cuanto a las complicaciones del delirio la mayor parte de profesionales que son 7 las identifican correctamente, nadie de la población de estudio considera que el incremento del índice de la mortalidad sea una complicación del delirio y esta es una respuesta incorrecta.

CUADRO N°6 COMPETENCIA COGNITIVA SOBRE LA DEFINICIÓN CORRECTA DEL DELIRIO, PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Verdadero	12	92,3%	92,3%
Falso	1	7,7%	100%
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

ANÁLISIS: Del total de 13 profesionales el 92,3 % conoce la definición correcta del delirio, mientras que el 7,7% no la define correctamente.

CUADRO N°7 COMPETENCIAS COGNITIVAS SOBRE CONOCIMIENTO CORRECTO DE FACTORES PREDISPONENTES DEL DELIRIO, PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE 2020

FACTORES PREDISPONENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Edad mayor o igual a 65 años	1	7,7%	7,7%
Patologías múltiples	1	7,7%	15,4%
Déficit auditivo visual	0	0	0
Todas las anteriores	11	84,6%	100%
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

ANÁLISIS: Del total de 13 profesionales 84,6% identifica correctamente los factores predisponentes del delirio y el 15,4% los identifica de forma parcial.

CUADRO N°8 COMPETENCIAS COGNITIVAS SOBRE CONOCIMIENTO CORRECTO DE FACTORES PRECIPITANTES DEL DELIRIO POR PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE 2020

FACTORES PRECIPITANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Prescripción de 3 o más medicamentos	1	7,7%	7,7%
Trastornos del sueño	0	0	0
Patología intercurrente: proceso infeccioso, hipoxia, dolor	0	0	0
Ambientales: contención física, múltiples procedimientos	1	7,7%	15,4%
Todas las anteriores	11	84,6%	100%
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

ANALISIS: Del total de profesionales 84,6% identifica correctamente todos los factores precipitantes del delirio, el 23,1% los identifica de forma parcial, ninguno de ellos considera que el trastorno del sueño y las patologías intercurrentes como procesos infecciosos e hipoxia serian factores precipitantes del delirio y esta es una respuesta incorrecta.

CUADRO N°9 COMPETENCIA COGNITIVA SOBRE ALGÚN INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DE DELIRIO, PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Si	3	23,1%	23,1%
No	10	76,9%	100%
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

ANÁLISIS: Del total de 13 profesionales el 76,9% no conoce ningún instrumento de diagnóstico del delirio, mientras que el 23,1% si lo conoce, pero solo una persona indico al CAM – ICU como escala de valoración.

CUADRO N°10 COMPETENCIAS COGNITIVAS SOBRE CLASIFICACIÓN DE DELIRIO, PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

TIPOS DE DELIRIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
hiperactivo, hipoactivo y mixto	7	53,8%	53,8%
Fisiológico y patológico	6	46,2%	100%
Equilibrado y desordenado	0	0	0
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

ANÁLISIS: Del total de 13 profesionales el 53,8% conoce la clasificación correcta del delirio y el 46,2% la desconoce.

CUADRO N°11 COMPETENCIAS COGNITIVAS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DE DELIRIO, PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

MEDIDAS PREVENTIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Control adecuado del sueño	0	0	0
Movilización precoz	0	0	0
Minimización del ruido y luz artificial	1	7,7%	7,7%
Todas las anteriores	12	92,3%	100%
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

ANÁLISIS: Del total de 13 profesionales el 92,3% identifica correctamente todas las medidas preventivas del delirio, mientras que un 7,7 las identifica de forma parcial, nadie de la población considera que el control del sueño y la movilización precoz del paciente sean parte de las medidas preventivas para evitar el desarrollo del delirio y esta es una respuesta incorrecta.

CUADRO N°12 COMPETENCIAS COGNITIVAS SOBRE EL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE DELIRIO POR PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Risperidona	1	7,7%	7,7%
Quetiapina	1	7,7%	15,4%
Haloperidol	1	7,7%	23,1%
Todas las anteriores	10	76,9%	100%
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

ANÁLISIS: Del total de 13 profesionales el 76,9% identifica correctamente todos los medicamentos que son usados para controlar los síntomas del delirio, mientras que el 23,1% lo hace de forma parcial.

CUADRO N°13 COMPETENCIAS COGNITIVAS SOBRE COMPLICACIONES DE DELIRIO POR PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Incremento de índice de mortalidad	0	0	0
Incremento del índice de autolesiones	3	23,1%	23,1%
Deterioro cognitivo irreversible	3	23,1%	46,2%
Todas las anteriores	7	53,8%	100%
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

ANÁLISIS: Del total de 13 profesionales el 53,8% identifica de forma correcta todas las complicaciones del delirio y el 46,2% lo hace de forma parcial, ninguna de ellas considera que una complicación del delirio sea el incremento del índice de mortalidad y esta es una respuesta incorrecta.

CUADRO N°14 PERCEPCIÓN SOBRE IMPORTANCIA DE DELIRIO POR PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Muy importante	9	69,2%	69,2%
Importante	4	30,8%	100,0%
Moderadamente importante	0	0	0
De poca importancia	0	0	0
Sin importancia	0	0	0
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

ANÁLISIS: Del total de 13 profesionales el 69,2% considera que el delirio es muy importante y el 30,8% solo importante, nadie del personal considero sin importancia este tema.

CUADRO N°15 PERCEPCIÓN SOBRE LA FRECUENCIA DE DELIRIO POR PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
MUY FRECUENTE	1	7,7%	7,7%
FRECUENTE	9	69,2%	76,9%
OCASIONALMENTE	2	15,4%	92,3%
RARAMENTE	1	7,7	100%
NUNCA	0	0	0
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

ANÁLISIS: Del total de 13 profesionales el 69,2% consideran al delirio frecuente, el 15,4% ocasional, el 7,7% raro y el otro 7,7 muy frecuente, ninguno de ellos menciona que este síndrome no se presentó nunca.

CUADRO N°16 PERCEPCIÓN SOBRE CAUSAS LIMITANTES PARA APLICACIÓN INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO DE DELIRIO POR PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Desconocimiento del tema	6	46,2%	46,2%
Excesivo trabajo	6	46,2%	92,3%
Desinterés	1	7,7%	100%
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

ANALISIS: Del total de 13 profesionales el 46,2% considera como causa limitante para no aplicar ningún instrumento de diagnóstico es el desconocimiento del tema, el otro 46,2% indica que es por excesivo trabajo y un 7,7% por desinterés.

IX. DISCUSIÓN

El delirio según estudios está asociado a más días de internación en Terapia intensiva así lo describe Silvana Dotti en su estudio a pacientes sometidos a cirugía cardíaca de igual forma se asocia a más días con ventilación mecánica, estos datos coinciden con el estudio de Rocio Fuentes sobre incidencia de delirio, en la UTI del Hospital Petrolero de Obrajes es necesario un instrumento que permita diagnosticar el delirio para realizar este tipo de estudios que evalúan la incidencia de casos en pacientes internados en estas áreas críticas, mientras no se cuente con dicho instrumento seguirá siendo infradiagnosticado y con ello mal manejado clínicamente. (5) (20)

El delirio es un problema frecuente en personas de edad avanzada, Romero Ángel el 2015 en su "Guía de práctica clínica para la atención al adulto mayor hospitalizado con delirium" brinda un enfoque de atención donde plantea que el manejo para el tratamiento es buscar la causa y dentro de esto recomienda una nutrición e hidratación adecuada, aporte de electrolitos, recordar al paciente el tiempo y lugar, evitar restricciones físicas, estimular la movilidad, reducir fármacos lo más que sea posible, rescatar el patrón normal del sueño, involucrar a la familia, evitar el sondaje vesical, tratar el dolor, varias de estas medidas son aplicadas en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Petrolero de Obrajes pero algunas de ellas son imposibles de cumplirlas porque son parte del manejo en el área crítica por lo que se convierte en factor de riesgo añadido para el paciente. (2) En un caso clínico que analiza Quiroz en un paciente con varias patologías de base añadido a una caída que provoca lesión costal y que es tratado con opioides, este presenta delirio a las 24 horas una vez estable se toman medidas no farmacológicas como: terapia de orientación real, estimulación cognitiva, retiro de contención física y de sonda Foley, movilización diaria progresiva, accesibilidad a visita de familiares, cambio de analgésicos, posterior a las 96 horas se corrige el delirio, las medidas aplicadas de forma preventiva tienen mayor eficacia según evidencia este estudio (12) por ello es necesario

evaluar el delirio para realizar estudios comparativos en situaciones donde se pueda aplicar estrictamente las medidas preventivas y en aquellas situaciones donde no se logre cumplirlas.

El instrumento de valoración recomendado es el CAM - ICU por su practicidad y utilidad, Laura Velásquez en su estudio "Instrumentos para el diagnóstico de delirium en hispanohablantes expresa que el personal debería ser consiente para dar la importancia a este trastorno y que es necesario conocer herramientas para su evaluación (7). En otro artículo de España elaborado por Palencia menciona que la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y de Unidades Coronarias recomienda la monitorización del delirio en todos los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos mediante la CAM - ICU ya que en este estudio esta escala muestra la sensibilidad y especificidad de un 80 a 96% en médicos y 83 a 96% en enfermería (11), en el presente estudio se identificó que solo un profesional de enfermería de toda la población de estudio conocía dicha escala de valoración, a pesar de ello un gran porcentaje la considera muy importante y frecuente para ser evaluada.

El 2010 la revista Elsevier presenta el artículo denominado "Encuesta Iberoamericana sobre delirium en pacientes críticos" enfocado al área médica, aplicando una encuesta virtual en la cual se determinó que a pesar de considerar al delirium como un problema frecuente, prevenible y con graves repercusiones para el paciente crítico, los intensivistas encuestados no emplean una herramienta para su evaluación en la Unidad de Cuidados Intensivos (8). La realidad no diferente según este estudio, a pesar de que el enfoque sea direccionado al personal profesional de enfermería, el delirio es una alteración que puede diagnosticarse a través del CAM-ICU (Método de evaluación de confusión en la Unidad de cuidados críticos) a pacientes críticos este no es de uso exclusivo para el área médica, el 90% del personal que trabaja en la Unidad de Terapia Intensiva e Intermedia del Hospital Petrolero de Obrajés es personal especializado y con maestría, más del 50% trabaja en esta área crítica entre 1 y

5 años por lo que es tiempo suficiente para evaluar la presencia de delirio en el paciente crítico aunque sea solo el de tipo hiperactivo, puesto que los demás son infradiagnosticados, la evaluación de competencias cognitivas muestran que más del 70 % tiene conocimiento básico sobre el delirio y a pesar de conocer las complicaciones que pueden presentarse y que las medidas de prevención pueden disminuir su incidencia no aplican ninguna herramienta para diagnosticar y lo asocian en su mayoría al desconocimiento del tema y excesivo trabajo, aunque la escala CAM- ICU solo tome 5 minutos como máximo para ser aplicada, el 69,2% de la población de estudio considera muy importante y frecuente este síndrome en el paciente crítico.

X. CONCLUSIONES

El presente estudio sobre la percepción del profesional de enfermería que trabaja en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Petrolero de Obrajés concluye que el 76,9 % del personal considera al delirio como un problema frecuente y muy frecuente, el 100% menciona que este síndrome es muy importante e importante a la vez, las competencias cognitivas básicas sobre el tema llegan casi a un 80% y el 76.9 % desconoce sobre herramientas de diagnóstico de delirio y este desconocimiento sería una de las causas principales para no aplicarla.

- El personal profesional de salud en un 61,5% tiene el nivel académico de magister en Medicina Crítica y Terapia Intensiva, el 30,8% de los profesionales son especialistas en la misma área; en relación con la antigüedad laboral el 61,5% de los profesionales trabajan de 1 a 5 años y el 38,5% tiene una antigüedad entre 6 a 10 años, estos datos son importantes ya que valoramos percepción de los profesionales por lo que su antigüedad y nivel académico indican su experiencia y su vivencia real en unidades críticas.
- Las competencias cognitivas del personal profesional en relación al delirio son las siguientes: un 92,3% tiene una respuesta acertada sobre la definición de este síndrome, el 84,6% conoce todas las causas precipitantes y predisponentes, un pequeño porcentaje desconoce de factores importantes en el desarrollo del delirio, un 76,9% no conoce ningún instrumento de diagnóstico y solo un participante menciona al CAM-ICU (Método de evaluación de la confusión en la unidad de Cuidados intensivos) como herramienta de valoración para diagnosticar el delirio, el 53,8 % sabe cuál es la clasificación correcta de dicho síndrome, un 92,3% identifica claramente todas las medidas preventivas que pueden ser aplicadas para evitar el desarrollo del delirio, ninguno de los profesionales considera que el control del sueño y la movilización precoz sean medidas importantes para el desarrollo del síndrome, sobre el tratamiento

sintomatológicos el 76,9% respondió de manera correcta los fármacos usados y por último el 53,8% identifica correctamente todas las complicaciones del delirio, ninguno de los profesionales considera que el incremento del índice de mortalidad sea la complicación más importante y por la que deberíamos identificar precozmente el delirio.

- Según la perspectiva del profesional de enfermería el 100% considera al delirio como un tema muy importante e importante, según la experiencia del profesional en la Unidad de Terapia Intensiva e Intermedia el delirio es frecuente en un 69,2%, ocasional en un 15,4%, ninguno de los profesionales refirió que este síndrome nunca se presentó, las causas limitantes para no aplicar un instrumento de diagnóstico en la unidad de trabajo fueron: 46,2% por desconocimiento y el otro 46,2% por exceso de trabajo, solo un 7,7% menciona el desinterés del personal como causa.
- Se realizó la entrega a jefatura de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva e Intermedia el Manual de entrenamiento para la aplicación de la escala CAM-ICU en el diagnóstico de delirio en paciente crítico para su aplicación en el área.

XI. RECOMENDACIONES

- Realizar sesiones académicas de actualización virtual sobre el manejo clínico del delirio dirigido al personal profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva e intermedia.
- Colocar a prueba piloto el manual de entrenamiento para la aplicación de la escala CAM-ICU en el diagnóstico del delirio del paciente crítico de la Unidad de Terapia Intensiva para posteriormente implementar este instrumento como documento propio de la institución con la respectiva resolución ministerial.
- Se sugiere la realización de un estudio prospectivo una vez que se aplique la escala CAM-ICU para determinar la frecuencia de delirio en la Unidad de Terapia Intensiva e Intermedia del Hospital Petrolero de Obrajes.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estenssoro E. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Terapia Intensiva. 5° Ed. Buenos Aires. Medica Panamericana; 2019
2. Romero A. Guía de práctica para la atención al adulto mayor hospitalizado con delirium. Redalyc. [en línea]. 2015. [fecha de acceso 23 de marzo del 2020]; N° 3 URL disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/1800/180039699017.pdf>
3. Prieto R. Torre M. Enfermería en Cuidados Intensivos Practicas integradoras.1° Ed. Buenos Aires. Médica Panamericana; 2019.
4. Riveras A. Lopez C. Valoración de la analgesia, sedación, contenciones y delirio en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos españolas. CEEIUC [en línea]. 2020. [fecha de acceso 27 de noviembre del 2020]; N° 31 URL disponible en:
http://seeiuc.org/wp-content/uploads/2017/09/Proyecto-ASCyD_pdf.pdf
5. Silvana Dotti D. Montes De Oca O. Bigalli D. Análisis prospectivo sobre incidencia acumulada de delirio en el posoperatorio de cirugía cardíaca. Revista Uruguaya de Cardiología. [en línea]. 2017 [fecha de acceso 04 de diciembre del 2019]; N°2 URL disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202017000200150
6. Henao A. Amaya María. Estudio piloto: Monitoreo del delirium en pacientes adultos despiertos con ventilación mecánica en la Unidad de Cuidado Intensivo. Conocimientos en enfermería. [en línea]. 2017. [fecha de acceso 25 de marzo del 2020]; N° 1 URL disponible en:
<https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/enfermeria/article/view/6045>
7. Velásquez G.L. Instrumentos para el diagnóstico de delirium en hispanohablantes: artículo de revisión. Med. U.P.B. [en línea]. 2016. [fecha de acceso 23 de marzo del 2020]; N° 2 URL disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/1590/159049704004.pdf>

8. Zapata F. Adherencia a la escala CAM-ICU y evaluación de los métodos para el diagnóstico de delirium por médicos que laboran en unidades de cuidados intensivos de la ciudad de Medellín. Elsevier. [en línea]. 2019. [fecha de acceso 29 de marzo del 2020]; N° 19 URL disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.acci.2019.01.006>
9. Pao Martha. Delirium: intervenciones de enfermería en el adulto hospitalizado – una revisión bibliográfica. Enfermería global. [en línea]. 2017. [fecha de acceso 14 de abril del 2020]; N° 52 URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000400640
10. J. Velez. Epidemiología del delirio en una cohorte de pacientes críticos en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Pablo Arturo Suarez” [en línea]. 2018. [fecha de acceso 29 de noviembre del 2020]; N° 26 URL disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/995821/epidemiologia-del-delirio.pdf>
11. Palencia E. Diagnóstico del delirio en el enfermo crítico. Elsevier. [en línea]. 2010. [fecha de acceso 16 de abril del 2020]; N° 34 URL disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-diagnostico-del-delirio-el-enfermo-articulo-S021056910900134X>
12. Quiroz T. Delirium: actualización en manejo no farmacológico. Chil neuro-psiquiat. [en línea]. 2014. [fecha de acceso 17 de abril del 2020]; N° 52 URL disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272014000400007&script=sci_arttext&tlng=en
13. Rodríguez E. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia y delirium en el paciente adulto críticamente enfermo. Elsevier. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 19 de abril del 2020]; N° 44. URL disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-guias-practica-clinica-basadas-evidencia-articulo-S0210569119301925>

14. Dominguez A. Delirio en pacientes con insuficiencia cardiaca: influencia de los tiempos de asistencia en un servicio de urgencia hospitalario. [en línea]. 2019. [fecha de acceso 20 de abril del 2020]; N° 72. URL disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-delirio-pacientes-con-insuficiencia-cardiaca-articulo-S0300893217306279>
15. A. Rivera. Valoración de la analgesia, sedación, contenciones y delirio en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos españolas. SEEIUC. [en línea]. 2018. [fecha de acceso 22 de noviembre del 2020]. URL disponible en: http://seeiuc.org/wp-content/uploads/2017/09/Proyecto-ASCyD_pdf.pdf
16. Alcaraz G. Pardo M. Artroplastia total primaria de cadera en pacientes mayores de 85 años: riesgos, complicaciones y resultados a medio-largo plazo. Sciencedirect. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 29 de diciembre del 2020]. URL disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1888441520300679>
17. Criollo W. Prevalencia del síndrome confusional agudo en adultos mayores postquirúrgicos del Hospital Carlos Andrade Marín. [en línea]. 2019. [fecha de acceso 7 de noviembre del 2020]. URL disponible: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/17905/1/T-UCE-0007-CPS-098.pdf>
18. Granados F. Síndrome confusional agudo asociado a colistina en trasplantada renal. MEDES. [en línea]. 2019. [fecha de acceso 15 de noviembre del 2020]. URL disponible: http://www.sedyt.org/revistas/2019_40_2/6-COLISTINA-29-31.pdf
19. Jiménez C. Relación entre delirium postoperatorio y mortalidad tras la cirugía de fractura trocantérica en el paciente anciano. Revista SATO. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 15 de noviembre del 2020]; N°37. URL disponible en: http://www.revista.portalsato.es/index.php/Revista_SATO/article/view/142
20. R. Fuentes. “Incidencia y factores relacionados del delirium en una Unidad de Cuidados Intensivos Generales” [en línea]. 2016. [fecha de acceso 7 de

noviembre del 2020]. URL disponible:
<https://es.scribd.com/document/484530601/1057-Texto-del-articulo-4626-3-10-20170905>

21. Figueras M. Construcción y validación de un instrumento predictivo de síndrome confusional agudo en unidad de geriatría. [en línea]. 2018. [fecha de acceso 1 de noviembre del 2020]. URL disponible:
https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2018/hdl10803_482014/mpfv1de1.pdf
22. Garrigos V. Prevención del Síndrome Confusional Agudo en pacientes ancianos hospitalizados con fractura de cadera. [en línea]. 2016. [fecha de acceso 10 de noviembre del 2020]. URL disponible:
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/56075/1/Prevencion_del_Sindrome_Confusional_Agud_GARRIGOS_MONTOYA_VICTORIA_EUGENIA.pdf
23. Amigo C. López M. Eficacia y seguridad de antipsicóticos en el síndrome confusional. Rev. Uruguay [en línea]. 2016. [fecha de acceso 17 de noviembre del 2020]. URL disponible:
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/rumi/v1n3/v01n03a04.pdf>
24. Alcoba A. Valoración de la concordancia entre la escala CAM-ICU y la nursing delirium screening scale en el postoperatorio de cirugía cardíaca en una unidad de críticos. Elsevier. [en línea]. 2014. [fecha de acceso 21 de abril del 2020]; N° 25.
URL disponible: <https://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-valoracion-concordancia-entre-escala-cam-icu-S1130239914000297>
25. Carrera C. Revisión de la literatura sobre la validez de la escala CAM-ICU (Confusion Assessment Method for intensive Care Unit) en el diagnóstico clínico del delirium en pacientes críticos. [en línea]. 2014. [fecha de acceso 21 de abril del 2020]; N°47.
URL disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4602503>
26. Wschebor M. Delirium: una comorbilidad oculta asociada a mayor mortalidad [en línea]. [fecha de acceso 21 de abril del 2020];

URL disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-03902017000100016&lng=es&nrm=iso

27. Ulloa S. Factores de riesgo y aproximación etiopatogénica, reversibilidad y cronicidad del síndrome confusional agudo en pacientes mayores de 65 años en un servicio de geriatría. Dialnet. [en línea]. 2016. [fecha de acceso 28 de noviembre del 2020].

URL disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=203058>

28. Abenza J. Ramirez T. Complicaciones neurológicas en pacientes críticos por SARS-CoV-2 Science Direct. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 29 de octubre del 2020]; N°35.

URL disponible:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485320302462>

29. Tineo A., Percy J. Factores asociados a síndrome confusional agudo en adultos mayores internados en emergencia de un hospital terciario. [en línea]. [fecha de acceso 05 de noviembre del 2020];

URL disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832013000300006&script=sci_abstract

30. Wschebor M. Delirium: una comorbilidad oculta asociada a mayor mortalidad. Scielo. [en línea]. 2017. [fecha de acceso 15 de octubre del 2020]; N°33.

URL disponible: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902017000100016&script=sci_arttext&lng=pt

31. Orrillo A., Leonel W. Revisión crítica: Factores de riesgo para el desarrollo del síndrome confusional agudo en adultos mayores hospitalizados en el servicio de emergencia. [en línea]. 2018. [fecha de acceso 28 de noviembre del 2020].

URL disponible: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/1351>

32. Palma R. Duque J. Psicosis inducidas por quinolonas: una revisión actualizada. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 21 de octubre del 2020]; N°48.

URL disponible: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/22/125/ESP/22-125-ESP-126-37-284213.pdf>

33. D. Duarte. Factores de riesgo en pacientes adultos para el desarrollo de delirium una perspectiva desde el cuidado de enfermería
34. Molino T. Atención de enfermería en el síndrome confusional agudo. [en línea]. [fecha de acceso 10 de noviembre del 2020]; URL disponible en:
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/32045/TFGL2142.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
35. Lizaso L. Manejo del delirium en UTI: Tratamiento no farmacológico y farmacológico. [en línea]. 2014. [fecha de acceso 18 de abril del 2020]; N° 31. URL disponible en:
https://www.sati.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=476&Itemid=155
36. Soto F. Ventilación Mecánica para enfermería. Madrid: Medica Panamericana; 2017.
37. Universidad de Málaga. Normas Vancouver: Guía breve. [en línea]. [fecha de acceso 15 de noviembre del 2020]; URL disponible en:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf>
38. Goicoa A. Guía de práctica clínica dirigida a profesionales de enfermería para el proceso de prevención y atención frente al síndrome confusional agudo en pacientes ancianos hospitalizado. [en línea]. [fecha de acceso 05 de Mayo del 2020]
39. Vélez J. Tercero Wendy. Epidemiología del delirio en una cohorte de pacientes críticos en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Pablo Arturo Suárez, 2017. Metro Ciencia. [en línea]. 2018. [fecha de acceso 15 de abril del 2020]; N° 26 URL disponible en:
<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/995821/epidemiologia-del-delirio.pdf>

40. Hernandez Sampieri R. Metodología de la investigación. 5ª edición. México. Interamericana editores. 2010.
41. Aguilar C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. Medigraphic. [en línea]. 2017. [fecha de acceso 19 de abril del 2020]; N° 31. URL disponible en: www.medigraphic.com/medicina_critica
42. Monzón B. Minipíldoras de consulta rápida. [en línea]. 2019. [fecha de acceso 20 de octubre del 2020]; URL disponible en: https://semg.es/archivos/ebook_minipildoras_semg.pdf#page=228
43. Cerazo D. Encuesta iberoamericana sobre delirium en pacientes críticos. [en línea]. 2010. [fecha de acceso 16 de agosto del 2020]; N° 34. URL disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569110001087?via%3Dihub>
44. Carrasco M. Delirium: una epidemia desde el servicio de urgencia a la unidad de paciente crítico. Rev. Med. Clin. Condes [en línea]. 2017 [fecha de acceso 23 de noviembre del 2019]; N° 28 URL disponible en: <file:///C:/Users/CLAUDIA/Documents/investigacion/metodologia/DLIRIUM%20UNA%20EPIDEMIA.pdf>
45. Cortez F. Metodología de la investigación. 1ª Ed. La Paz – Bolivia; 2019

XIII. ANEXOS

ANEXO N° 1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

DIAGRAMA DE GANTT													
ACTIVIDAD		JULIO AGOSTO				SEPTIEMBRE OCTUBRE				NOVIEMBRE DICIEMBRE			
		SEMANA		SEMANA		SEMANA		SEMANA					
		1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4		
1	Diagnóstico del problema	■											
2	Planificación	■	■	■									
3	Revisión bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■					
4	Elaboración de perfil de tesis			■	■	■	■	■					
5	Solicitud de permiso institucional Hospital petrolero de Obrajes								■				
6	Diseñar instrumento de recolección de datos						■						
7	Período de recolección de datos									■	■		
8	Procesamiento de datos											■	
9	Análisis y consolidación de datos											■	
10	Difusión de la información												■
11	Presentación de propuesta de intervención												■

ANEXO N° 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento forma parte de un instrumento de recolección de datos para un estudio de investigación titulado “Percepción del profesional enfermero sobre el manejo clínico del delirio en paciente crítico, Unidad de Terapia Intensiva e intermedia, Hospital Petrolero de Obrajes, segundo semestre 2020” dirigido por mi persona Licenciada en enfermería Claudia Góngora Chambi.

La participación es voluntaria, no recibirá beneficio personal alguno por la participación en el estudio, sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitan mejorar la atención de los pacientes que ingresan a esta área.

Toda la información obtenida y los resultados del estudio serán tratados confidencialmente.

Por lo anteriormente mencionado hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mi persona y estando de acuerdo procedo con el llenado de la encuesta virtual como constancia de la autorización de mi participación.

Muchas Gracias.

ANEXO N° 3 PERMISO INSTITUCIONAL

La Paz, 04 de noviembre del 2020

Señor
Dr. Nelson Salas
RESPONSABLE DEL COMITÉ DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION - HPO
Presente. -

Ref. Solicitud ejecución trabajo de investigación

Primeramente, hacerle llegar un cordial saludo deseando éxitos en las labores que desempeña en nuestra prestigiosa institución

Mediante la presente nota le informamos que la Lic. Gladys N. Ramírez Ramos y Lic. Claudia B. Góngora Chambi, personal de Terapia Intensiva del Hospital Petrolero de Obrajes actualmente cursantes del postgrado en la maestría de Medicina Crítica y Terapia Intensiva tienen como modalidad de egreso la defensa de tesis, el cual ya tiene el perfil de investigación lo que corresponde ahora es la toma de datos para llegar a conclusiones que permitan aportar científicamente a nuestra institución por lo que solicitamos muy respetuosamente a su persona el permiso para esta etapa de obtención de información, detallamos una parte del perfil para tener una visión de lo que pretendemos lograr con nuestros estudios



[Handwritten signature]
Dr. Domingo Luis Vargas Berrío...
MEDICINA CRÍTICA
Y TERAPIA INTENSIVA
04/11/20
Autorizó

La Paz, 04 de noviembre del 2020

Señor
Dr. Ramiro Vargas
JEFE MEDICO UTI - HPO
Presente.

Ref. Solicitud ejecución trabajo de investigación

Primeramente, hacerle llegar un cordial saludo deseando éxitos en las labores que desempeña en nuestra prestigiosa institución.

Mediante la presente nota le informamos que la Lic. Gladys Ramírez y Lic. Claudia Góngora C. personal de Terapia Intensiva del Hospital Petrolero de Obrajes actualmente cursantes del postgrado en la maestría de Medicina Crítica y Terapia Intensiva tienen como modalidad de egreso la defensa de tesis, el cual ya tiene el perfil de investigación lo que corresponde ahora es la toma de datos para llegar a conclusiones que permitan aportar científicamente a nuestra institución por lo que solicitamos muy respetuosamente a su persona el permiso para esta etapa de obtención de información, detallamos una parte del perfil para tener una visión de lo que pretendemos lograr con nuestros estudios.



Dr. Ramiro Luis Vargas Flores
MEDICINA CRÍTICA
Y TERAPIA INTENSIVA
HPO Obrajes
04/11/20
Autor

ANEXO N° 4 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

FORMULARIO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

“PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL ENFERMERO SOBRE EL MANEJO CLÍNICO DEL DELIRIO EN PACIENTE CRÍTICO, UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA E INTERMEDIA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, SEGUNDO SEMESTRE 2020”

Investigadora: Lic. Claudia Bertha Góngora Chambi

ITEM	CRITERIO A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem)	
	1.- Claridad en la redacción		2.- Es preciso las preguntas		3.- Lenguaje adecuado con el nivel del informante		4.- Mide lo que pretende		5.- Induce a la respuesta			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
ASPECTOS GENERALES										SI	NO	
El Instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.												
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.												

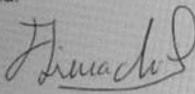
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo.			
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.			
El número de ítems es suficiente para recoger la información, en caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir.			
VALIDACION			
APLICABLE		NO APLICABLE	
APLICABLE ATENDIO A LAS OBSERVACIONES			
Validada por:	C.I.:	Fecha:	
Firma:	Celular:	Email:	
Sello:	Institución donde trabaja:		

FORMULARIO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

TÍTULO: "PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL ENFERMERO SOBRE EL MANEJO CLÍNICO DEL DELIRIO EN PACIENTE CRÍTICO, UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA E INTERMEDIA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, SEGUNDO SEMESTRE 2020"

Investigadora: Lic. Claudia Bertha Góngora Chambi

ITEM	CRITERIO A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem)	
	1.- Claridad en la redacción		2.- Es preciso las preguntas		3.- Lenguaje adecuado con el nivel del informante		4.- Mide lo que pretende		5.- Induce a la respuesta			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	✓		✓		✓		✓				✓	
2	✓		✓		✓		✓				✓	
3	✓		✓		✓		✓				✓	
4	✓		✓		✓		✓				✓	
5	✓		✓		✓		✓				✓	
6	✓		✓		✓		✓				✓	
7	✓		✓		✓		✓				✓	
8	✓		✓		✓		✓				✓	
9	✓		✓		✓		✓				✓	
10	✓		✓		✓		✓				✓	
11	✓		✓		✓		✓				✓	
12	✓		✓		✓		✓				✓	
ASPECTOS GENERALES										SI	NO	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.										✓		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.										✓		
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo.										✓		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.										✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información, en caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir.										✓		

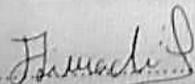
VALIDACION		
APLICABLE	<input checked="" type="checkbox"/>	NO APLICABLE
APLICABLE ATENDIO A LAS OBSERVACIONES		
Validada por: N. Fabiola Limachi Copa	C.I.: 6995434 L.P.	Fecha: 16-11-2021
Firma: 	Celular: 65652560	Email: fobi.princesa@gmail.com
Sello: Lic. N. Fabiola Limachi Copa MED. CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA M.P. L-795 CDELP. 01-2522	Institución donde trabaja: Instituto Nacional de Toxicología	

VALIDACION DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La Paz 16 de 11 del 2020

Yo Lic. N. Fabiola Limachi Copa

Portadora de la C.I. N° 6995434 L.P. por medio de la presente hago constar que he leído y evaluado el instrumento de recolección de datos correspondiente al trabajo de investigación "PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL ENFERMERO SOBRE EL MANEJO CLÍNICO DEL DELIRIO EN PACIENTE CRÍTICO, UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA E INTERMEDIA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, SEGUNDO SEMESTRE 2020" presentado por la Lic. Claudia Bertha Góngora Chambi con C.I. 7065852 LP, para optar el grado de MAGISTER EN ENFERMERIA EN MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA, el cual apruebo en calidad de validador.

FIRMA:  Lic. N. Fabiola Limachi Copa
MED. CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA
M.P. L.796 CDELP 01-2527

C.I.: 6995434 L.P.

FECHA: 16-11-2020

VALIDACION		
APLICABLE	<input type="checkbox"/>	NO APLICABLE
APLICABLE ATENDIO A LAS OBSERVACIONES		<input type="checkbox"/>
Validada por: <i>Lic Nancy Chura Huasco</i>	C.I.: <i>4882414 LP</i>	Fecha: <i>13-11-20</i>
Firma: <i>[Signature]</i>	Celular: <i>45244701</i>	Email: <i>nchurahusco@gehbo.es</i>
Sello: <i>Lic. Nancy Chura Huasco MAT PROF CH-BO • CDE 01-1822</i>	Institución donde trabaja: <i>Hospital Petadero de Obryes</i>	

VALIDACION DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La Paz, 13 de 11 del 2020

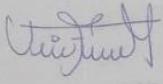
Yo Nancy Rhaya Huaco

Portadora de la C.I. N° 4882414 L.P. por medio de la presente hago constar que he leído y evaluado el instrumento de recolección de datos correspondiente al trabajo de investigación "PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL ENFERMERO SOBRE EL MANEJO CLÍNICO DEL DELIRIO EN PACIENTE CRÍTICO, UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA E INTERMEDIA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, SEGUNDO SEMESTRE 2020" presentado por la Lic. Claudia Bertha Góngora Chambi con C.I. 7065852 LP, para optar el grado de MAGISTER EN ENFERMERIA EN MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA, el cual apruebo en calidad de validador.

FIRMA: 
 Lic. Nancy Rhaya Huaco
C.I. 4882414 LP

C.I.: 4882414 LP

FECHA: 13-11-2020

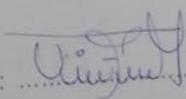
VALIDACION		
APLICABLE	<input checked="" type="checkbox"/>	NO APLICABLE
APLICABLE ATENDIO A LAS OBSERVACIONES		
Validada por: Lic Veronica Flores Mullisara	C.I.: 6963253 L.P.	Fecha: 27-11-20
Firma: 	Celular: 69719231	Email: naidviore@gmail.com
Sello: 	Institución donde trabaja: Clinica del Sur.	

VALIDACION DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La Paz, 27 de noviembre del 2020

YoVeronica Flores.....Mullisara.....

Portadora de la C.I. N°6953253...LP. por medio de la presente hago constar que he leído y evaluado el instrumento de recolección de datos correspondiente al trabajo de investigación "PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL ENFERMERO SOBRE EL MANEJO CLÍNICO DEL DELIRIO EN PACIENTE CRÍTICO, UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA E INTERMEDIA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, SEGUNDO SEMESTRE 2020" presentado por la Lic. Claudia Bertha Góngora Chambi con C.I. 7065852 LP, para optar el grado de MAGISTER EN ENFERMERIA EN MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA, el cual apruebo en calidad de validador.

FIRMA: .....

C.I.:6953253...LP.....

FECHA: 27 de noviembre del 2020

ANEXO N° 5 INSTRUMENTO

GUÍA DE VALORACIÓN

“PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL ENFERMERO SOBRE EL MANEJO CLÍNICO DEL DELIRIO EN PACIENTE CRÍTICO, UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA E INTERMEDIA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, SEGUNDO SEMESTRE 2020”

Instructivo: Marque la respuesta que considere correcta

I. DATOS DEMOGRÁFICOS

- 1) Nivel académico
 - a) Licenciada en enfermería
 - b) Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva
 - c) Magister en Medicina Crítica y Terapia Intensiva

- 2) Antigüedad laboral en Terapia Intensiva
 - 1 - 5 años
 - 6 - 10 años
 - Mayor a los 11 años

II. COMPETENCIAS COGNITIVAS

- 3) El delirium es considerado como un conjunto de signos y síntomas caracterizado por un compromiso de conciencia de inicio agudo puede ser horas o días y de forma fluctuante durante una jornada, que presenta alteración de conciencia, con disminución de la atención, asociado a un cambio en las funciones cognitivas o alteraciones perceptivas
Verdadero Falso

- 4) ¿Cuáles son las causas o factores predisponentes del delirio?
 - a) Edad mayor o igual a 65 años
 - b) Patologías múltiples
 - c) Déficit auditivo o visual
 - d) Todas las anteriores

- 5) ¿Cuáles son las causas o factores precipitantes del delirio en el paciente crítico?
 - a) Prescripción de 3 o más fármacos: Sedantes, hipnóticos, benzodiacepinas, anticolinérgicos, anticonvulsivantes.
 - b) Trastornos del sueño
 - c) Patología intercurrente: proceso infeccioso, hipoxia, dolor.
 - d) Ambientales: contención física, múltiples procedimientos
 - e) Todas las anteriores

- 6) ¿Conoce algún instrumento de diagnóstico del delirio que pueda utilizarse en la Unidad de Terapia Intensiva?
 SI NO ¿Cuál?.....
- 7) ¿Qué tipos de delirio existen?
 a) Hiperactivo, hipoactivo y mixto
 b) Equilibrado y desordenado
 c) Fisiológico y patológico
- 8) ¿Qué medidas preventivas pueden aplicarse para evitar el desarrollo del delirio?
 a) Control adecuado del sueño
 b) Movilización precoz
 c) minimización del ruido y luz artificial
 d) Todas las anteriores
- 9) ¿Cuál es el tratamiento farmacológico del delirio?
 a) Risperidona
 b) Quetiapina
 c) Haloperidol
 d) Todas las anteriores
- 10) ¿Cuáles son las complicaciones del delirio?
 a) Incremento del índice de mortalidad
 b) Incremento del índice de autolesiones
 c) Deterioro cognitivo irreversible
 d) Todas las anteriores

III. PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

- 11) El delirio es considerado como un trastorno orgánico grave, frecuente, vinculado a un peor pronóstico y evolución en el paciente crítico (aumento de la duración de la estancia, de la permanencia de la ventilación mecánica, de la mortalidad y de los costos sanitarios, entre otros efectos negativos)

En base a lo mencionado, usted como considera al delirio como un tema:

- a) Muy Importante
 b) Importante
 c) Moderadamente importante
 d) De poca importancia
 e) Sin importancia

12) ¿Cuál es la frecuencia de casos de delirio en la Unidad de Terapia Intensiva según su opinión?

- a) Muy frecuentemente
- b) Frecuentemente
- c) Ocasionalmente
- d) Raramente
- e) Nunca

13) En la Unidad donde trabaja cuál considera que es la causa limitante para usar un instrumento de valoración como el CAM-ICU para el diagnóstico de delirio.

- a) Desconocimiento del tema
- b) Excesivo trabajo
- c) Desinterés

Lic. Claudia B. Góngora C.

CURSANTE DE LA MAESTRIA DE MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA

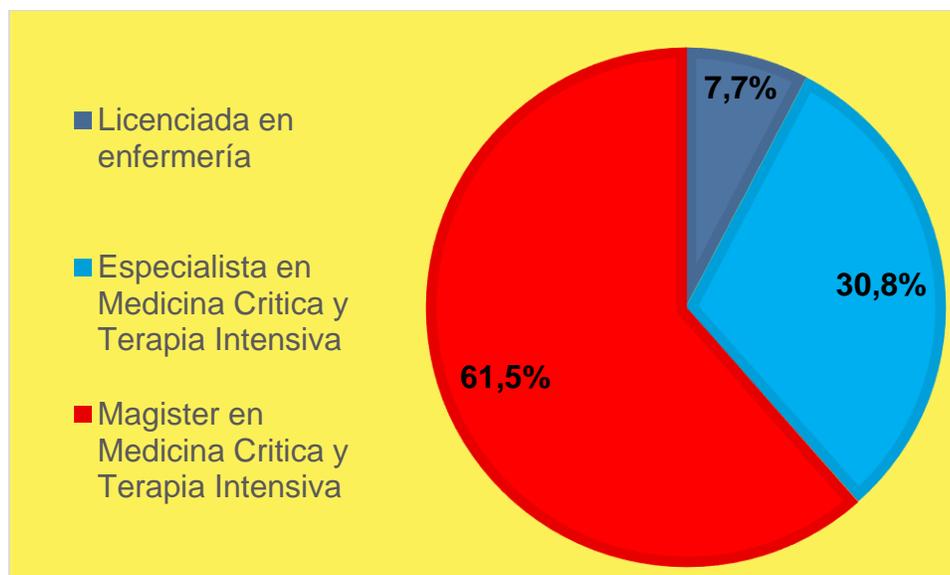
ANEXO N° 6 RESULTADOS SIN CRUCE DE VARIABLES

CUADRO N°1 NIVEL ACADÉMICO DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

NIVEL ACADÉMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Licenciada en enfermería	1	7,7%	7,7%
Especialista en Medicina Critica y Terapia Intensiva	4	30,8%	38,5%
Magister en Medicina Critica y Terapia Intensiva	8	61,5%	100%
Total	13	100%	

Fuente: Propia – Hospital Petrolero de Obrajes 2020

GRÁFICO N° 1



Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

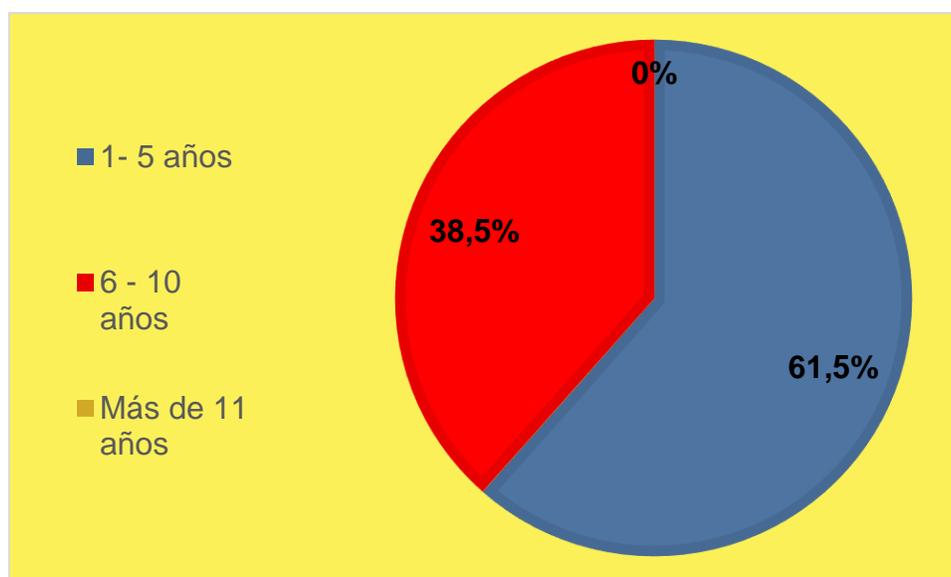
ANÁLISIS: Del total de 13 personas el 61.5 % tiene un nivel académico de magister en Medicina Critica y Terapia Intensiva, el 30,8% es especialista y solo el 7,7 % es profesional sin título en postgrado.

CUADRO N° 2 ANTIGÜEDAD LABORAL DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN TERAPIA INTENSIVA E INTERMEDIA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

ANTIGÜEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
1- 5 años	8	61,5%	61,5%
6 - 10 años	5	38,5%	100%
Más de 11 años	0	0	0
Total	13	100%	

Fuente: Propio – Hospital Petrolero de Obrajes 2020

GRÁFICO N° 2



Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

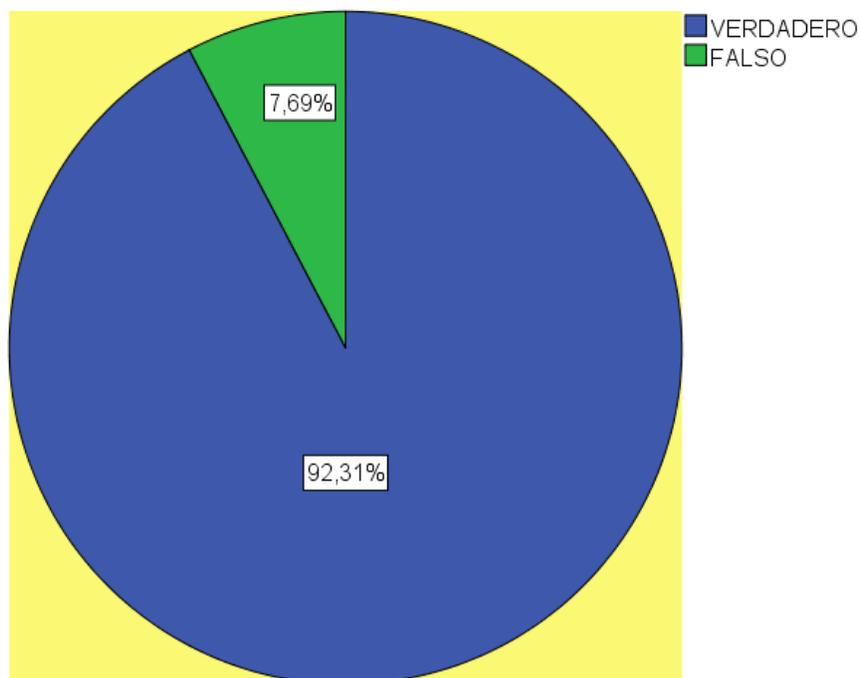
ANÁLISIS: Del total de 13 profesionales el 61,5% tiene una antigüedad laboral en el área de Terapia Intensiva e Intermedia de 1 a 5 años y el 38,5% de 6 a 10 años.

CUADRO N°3 COMPETENCIA COGNITIVA SOBRE LA DEFINICIÓN CORRECTA DEL DELIRIO, PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Verdadero	12	92,3%	92,3%5
Falso	1	7,7%	100%
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

GRÁFICO N° 3



Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

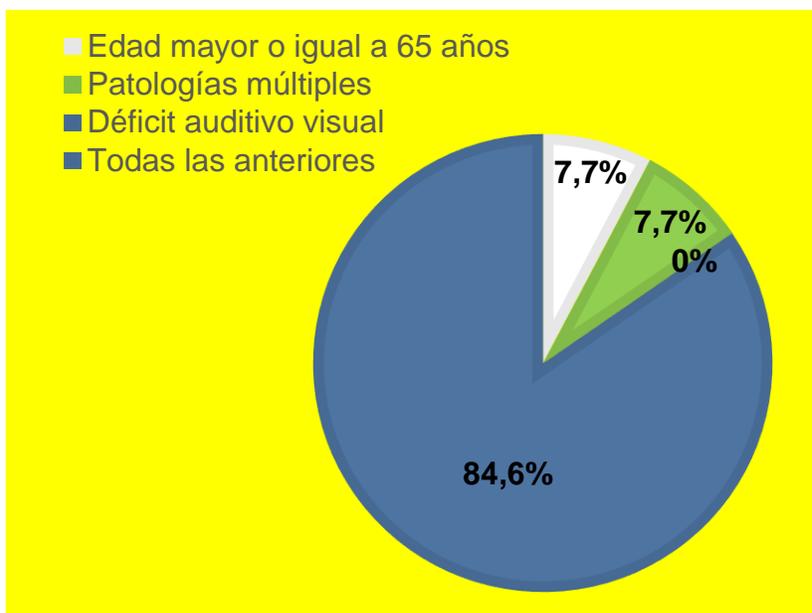
ANÁLISIS: Del total de 13 profesionales el 92,3 % conoce de forma correcta la definición de delirio, mientras que el 7,7% no lo conoce.

CUADRO N°4 CONOCIMIENTO DE FACTORES PREDISPONENTES DEL DELIRIO POR PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE 2020

FACTORES PREDISPONENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Edad mayor o igual a 65 años	1	7,7%	7,7%
Patologías múltiples	1	7,7%	15,4%
Déficit auditivo visual	0	0	0
Todas las anteriores	11	84,6%	100%
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

GRÁFICO N° 4



Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

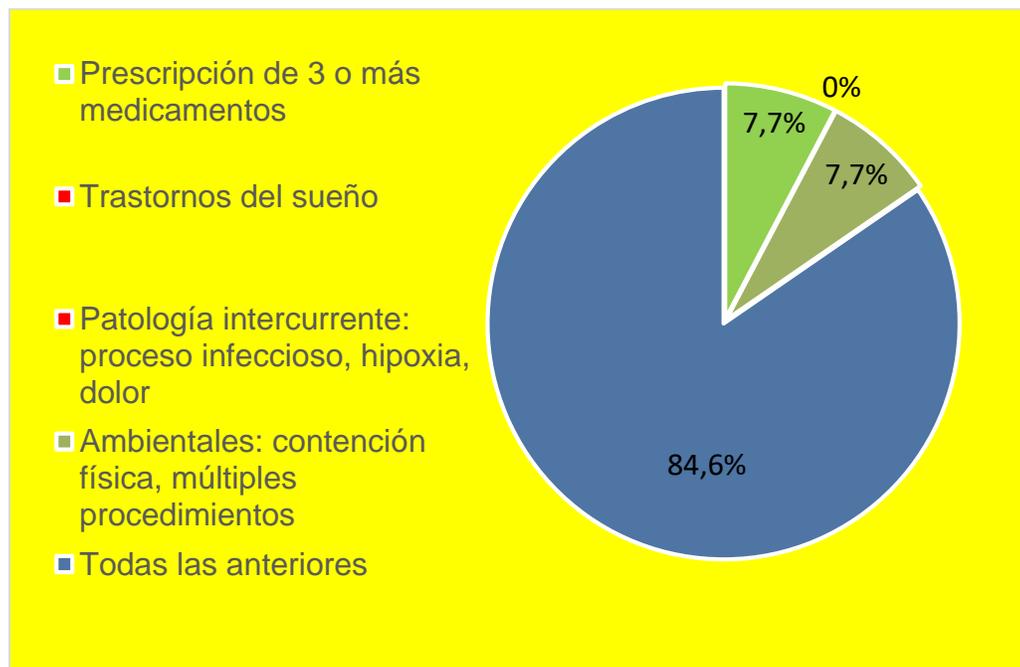
ANÁLISIS: Del total de 13 profesionales 84,6% identifica correctamente los factores predisponentes del delirio y el 15,4% los identifica de forma parcial.

CUADRO N°5 CONOCIMIENTO DE FACTORES PRECIPITANTES DEL DELIRIO POR PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE 2020

FACTORES PRECIPITANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Prescripción de 3 o más medicamentos	1	7,7%	7,7%
Trastornos del sueño	0	0	0
Patología intercurrente: proceso infeccioso, hipoxia, dolor	0	0	0
Ambientales: contención física, múltiples procedimientos	1	7,7%	15,4%
Todas las anteriores	11	84,6%	100%
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

GRÁFICO N° 5



Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

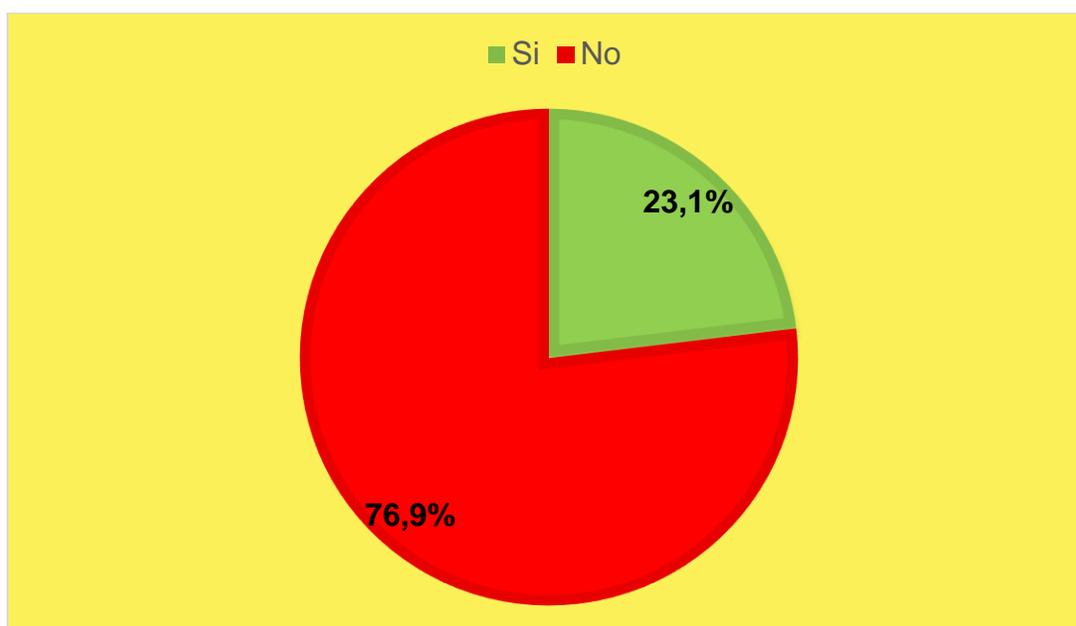
ANÁLISIS: Del total de 13 profesionales 84,6% identifica correctamente los factores precipitantes del delirio y el 15,4% los identifica de forma parcial

CUADRO N°6 COMPETENCIA COGNITIVA SOBRE ALGÚN INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DE DELIRIO, PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Si	3	23,1%	23,1%
No	10	76,9%	100%
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

GRÁFICO N° 6



Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

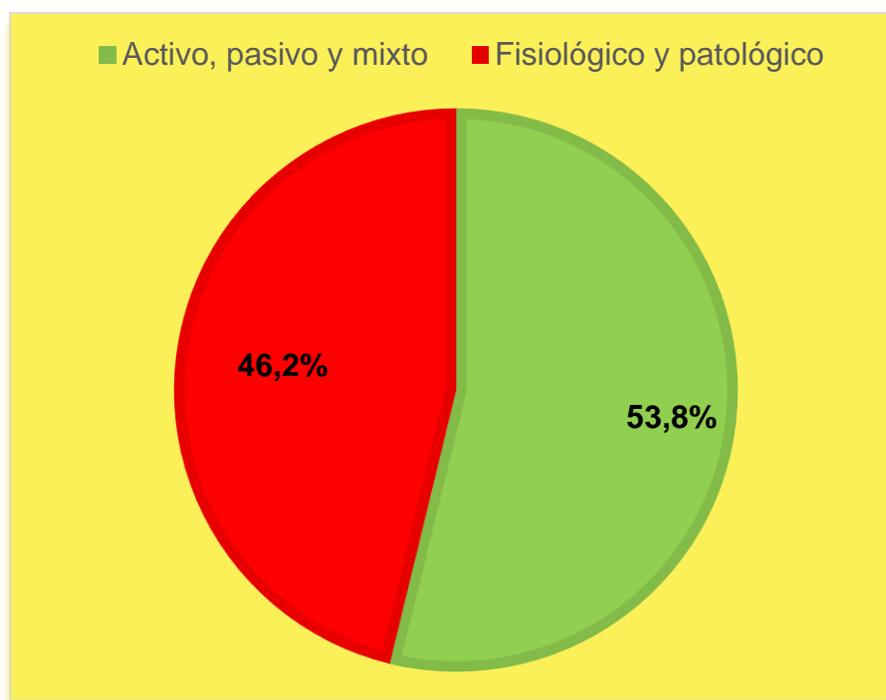
ANÁLISIS: Del total de 13 profesionales el 76,9% no conoce ningún instrumento de diagnóstico del delirio, mientras que el 23,1% si lo conoce, pero solo una persona indico al CAM – ICU como escala de valoración.

CUADRO N°7 COMPETENCIAS COGNITIVAS SOBRE CLASIFICACIÓN DE DELIRIO, PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

TIPOS DE DELIRIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Activo, pasivo y mixto	7	53,8%	53,8%
Fisiológico y patológico	6	46,2%	100%
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

GRÁFICO N° 7



Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

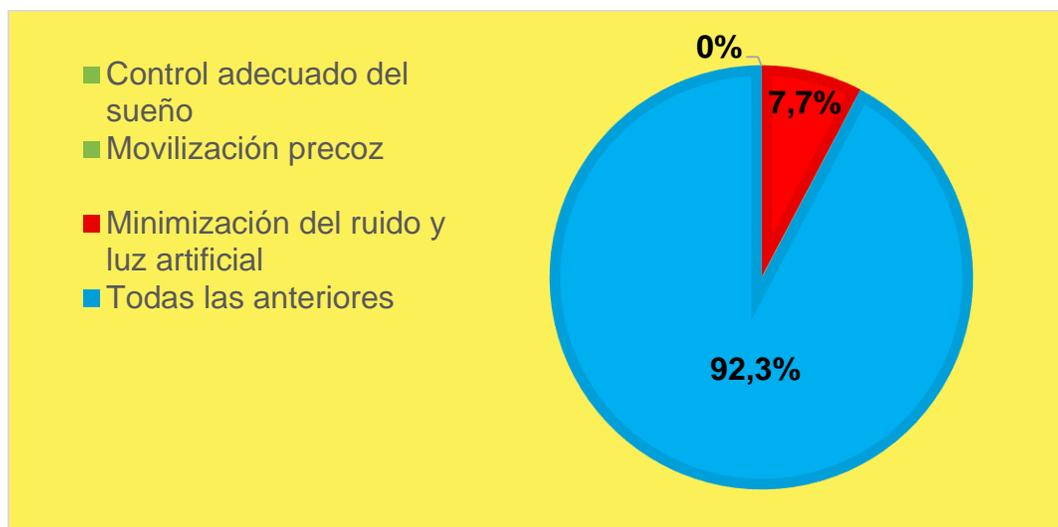
ANÁLISIS: Del total de 13 profesionales el 53,8% conoce la clasificación correcta del delirio y el 46,2% la desconoce.

CUADRO N°8 COMPETENCIA COGNITIVA SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DE DELIRIO, PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

MEDIDAS PREVENTIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Control adecuado del sueño	0	0	0
Movilización precoz	0	0	0
Minimización del ruido y luz artificial	1	7,7%	7,7%
Todas las anteriores	12	92,3%	100%
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

GRÁFICO N° 8



Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

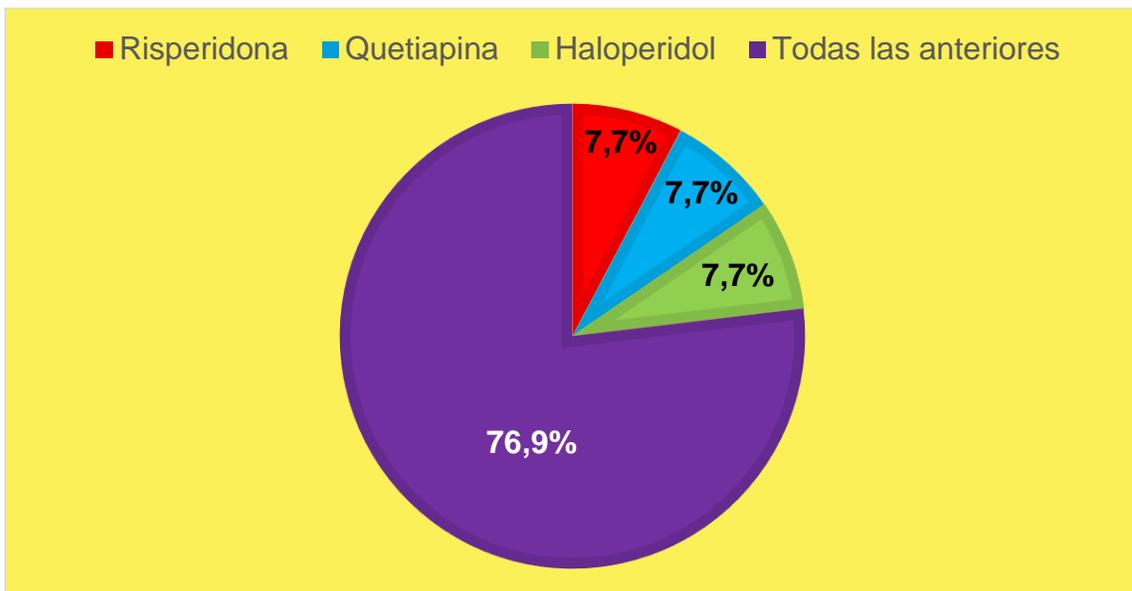
ANÁLISIS: Del total de 13 profesionales el 92,3% identifica correctamente las medidas preventivas del delirio, mientras que un 7,7 las identifica de forma parcial.

CUADRO N°9 COMPETENCIAS COGNITIVAS SOBRE EL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE DELIRIO POR PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Risperidona	1	7,7%	7,7%
Quetiapina	1	7,7%	15,4%
Haloperidol	1	7,7%	23,1%
Todas las anteriores	10	76,9%	100%
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

GRÁFICO N° 9



Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

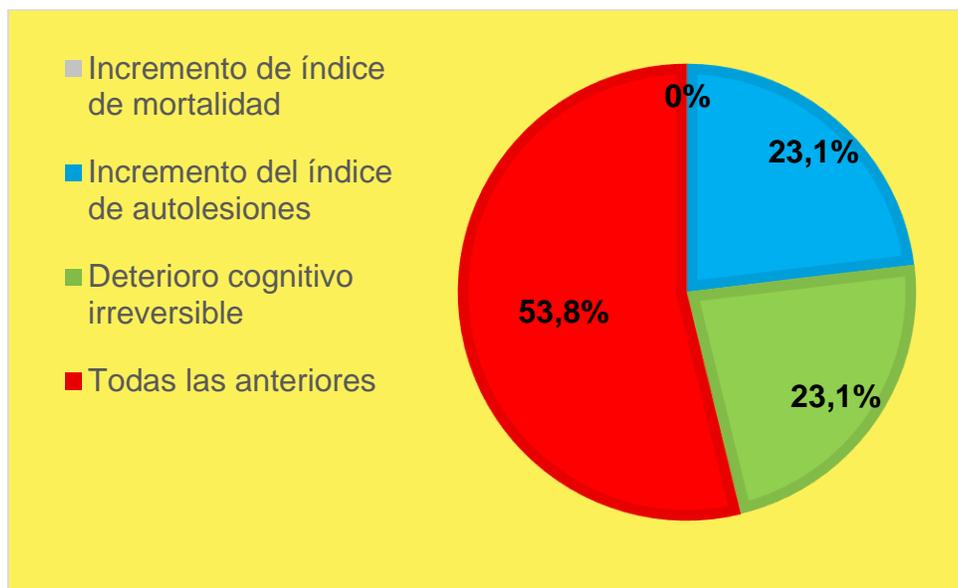
ANÁLISIS: Del total de 13 profesionales el 76,9% identifica correctamente el tratamiento farmacológico del delirio, mientras que el 23,1% lo hace de forma parcial

CUADRO N°10 COMPETENCIAS COGNITIVAS SOBRE COMPLICACIONES DE DELIRIO POR PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Incremento de índice de mortalidad	0	0	0
Incremento del índice de autolesiones	3	23,1%	23,1%
Deterioro cognitivo irreversible	3	23,1%	46,2%
Todas las anteriores	7	53,8%	100%
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

GRÁFICO N° 10



Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

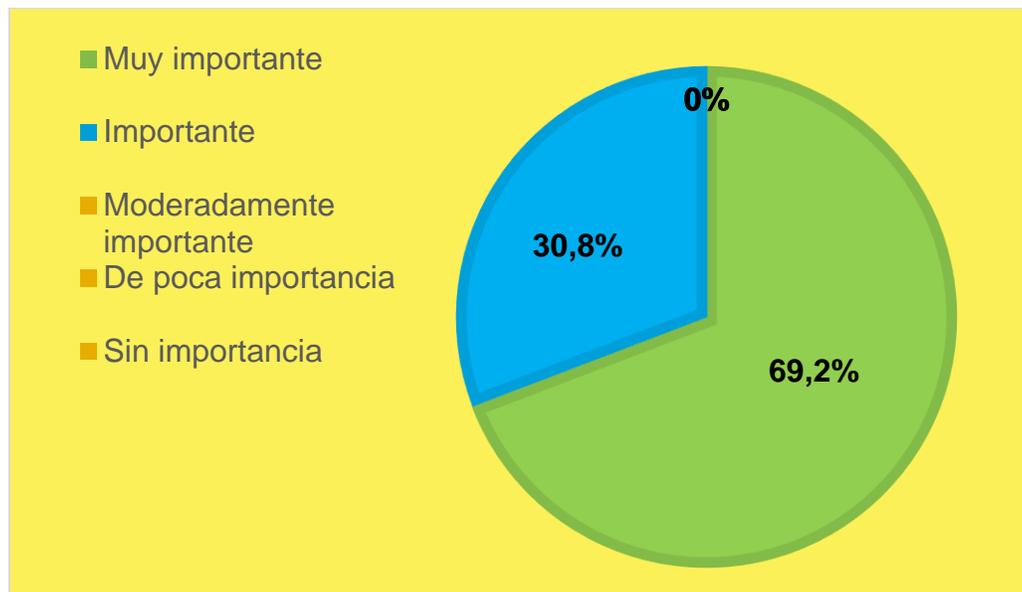
ANÁLISIS: Del total de 13 profesionales el 53,8% identifica de forma correcta las complicaciones del delirio y el 46,2% lo hace de forma parcial.

CUADRO N°11 PERCEPCIÓN SOBRE IMPORTANCIA DE DELIRIO POR PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Muy importante	9	69,2%	69,2%
Importante	4	30,8%	100,0%
Moderadamente importante	0	0	0
De poca importancia	0	0	0
Sin importancia	0	0	0
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

GRÁFICO N° 11



Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

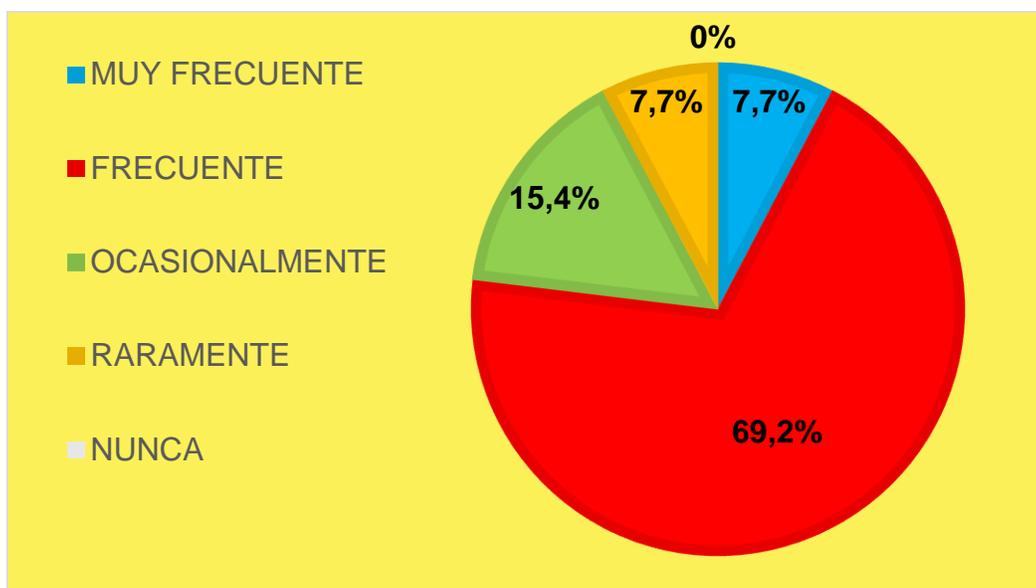
ANÁLISIS: Del total de 13 profesionales el 69,2% considera que el delirio es muy importante y el 30,8% solo importante, nadie del personal considero sin importancia este tema.

CUADRO N°12 PERCEPCIÓN SOBRE LA FRECUENCIA DE DELIRIO POR PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
MUY FRECUENTE	1	7,7%	7,7%
FRECUENTE	9	69,2%	76,9%
OCASIONALMENTE	2	15,4%	92,3%
RARAMENTE	1	7,7	100%
NUNCA	0	0	0
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

GRÁFICO N° 12



Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

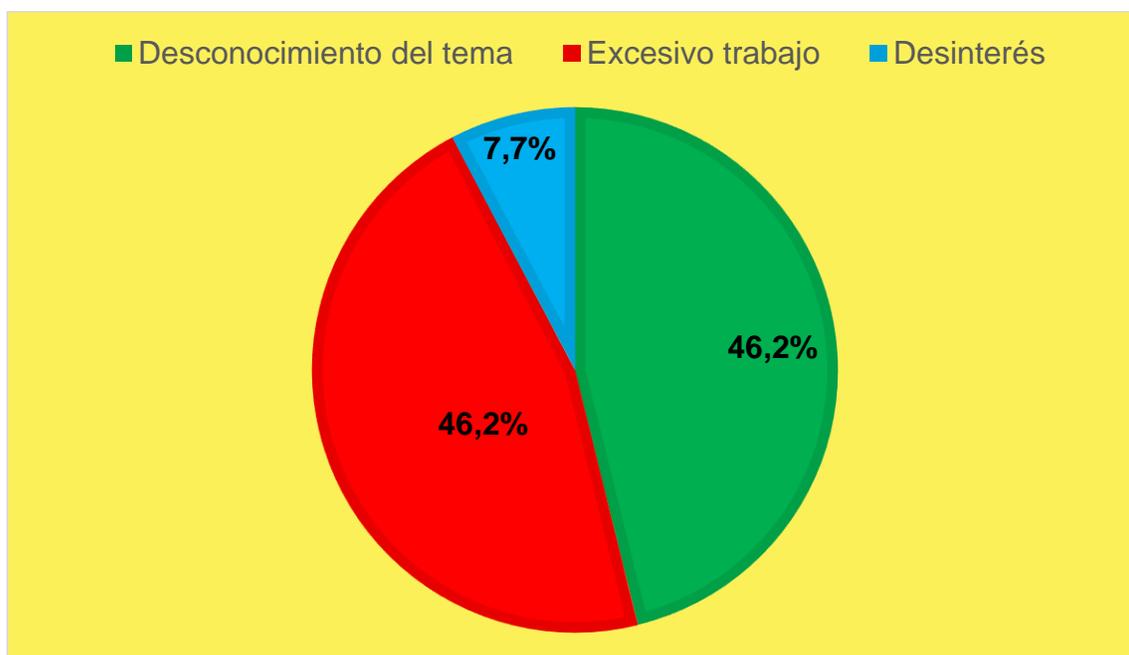
ANÁLISIS: Del total de 13 profesionales el 69,2% consideran al delirio frecuente, el 15,4% ocasional, el 7,7% raro y el otro 7,7 muy frecuente, ninguno de ellos menciona que este síndrome no se presentó nunca.

CUADRO N°13 PERCEPCIÓN SOBRE CAUSAS LIMITANTES PARA APLICACIÓN INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO DE DELIRIO POR PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Desconocimiento del tema	6	46,2%	46,2%
Excesivo trabajo	6	46,2%	92,3%
Desinterés	1	7,7%	100%
Total	13	100%	

Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

GRÁFICO N° 13

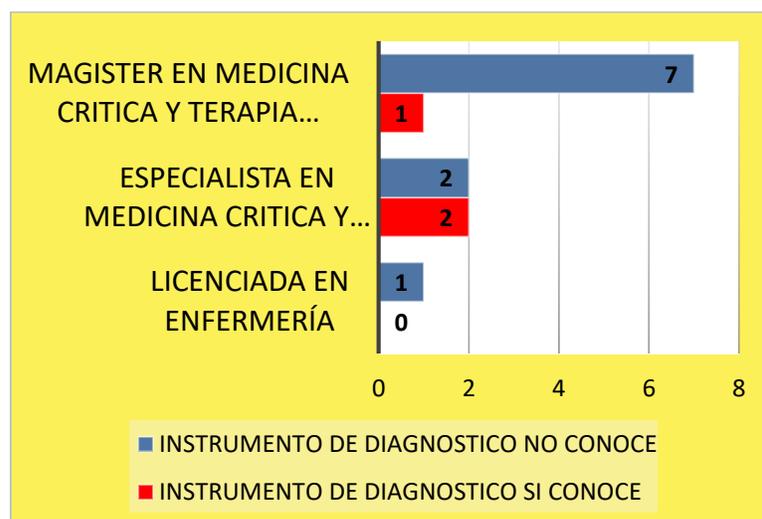


Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

ANÁLISIS: Del total de 13 profesionales el 46,2% considera como causa limitante para la aplicación de algún instrumento de diagnóstico al desconocimiento del tema, el otro 46,2% indica que es por excesivo trabajo y un 7,7% por desinterés.

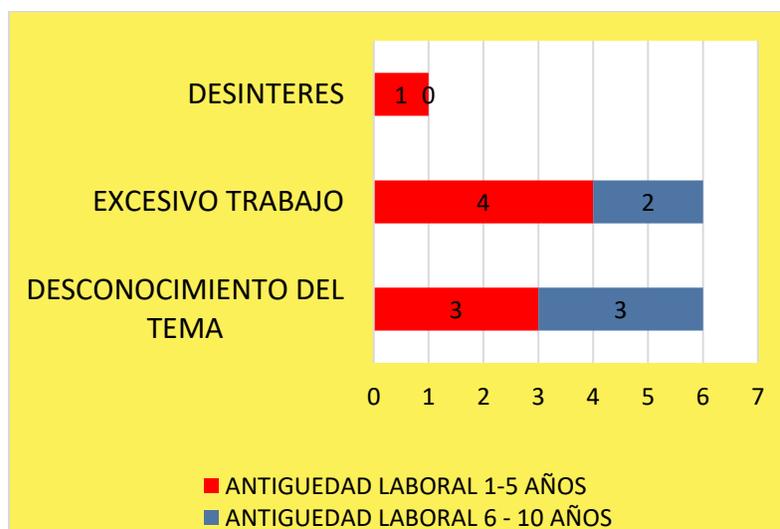
ANEXO N° 7 RESULTADOS GRÁFICOS DE CRUCE DE VARIABLES

GRÁFICO N°1 RELACIÓN DEL NIVEL ACADÉMICO Y EL CONOCIMIENTO DE ALGÚN INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DE DELIRIO, PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE 2020



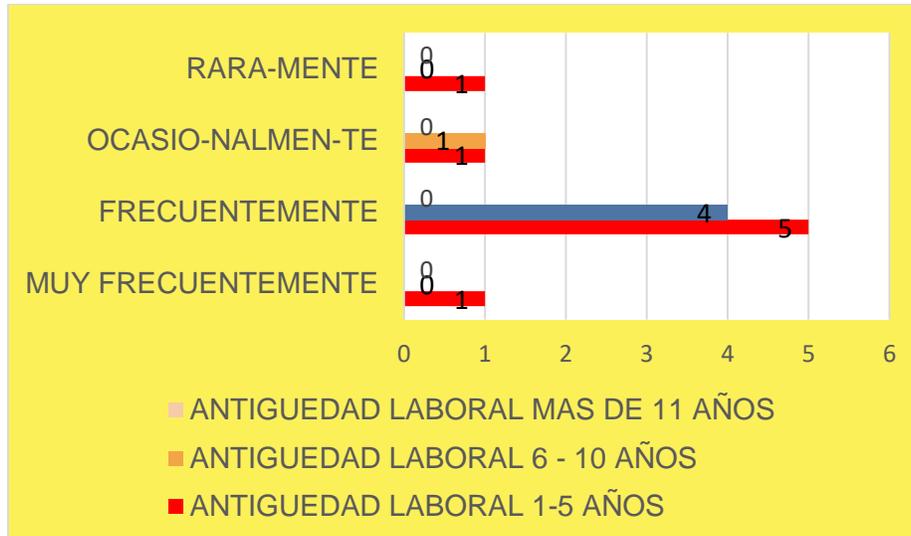
Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

GRÁFICO N° 2 RELACIÓN DE ANTIGÜEDAD LABORAL Y PERCEPCIÓN DE LIMITANTES PARA NO APLICAR INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DEL DELIRIO, PERSONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO TRIMESTRE 2020



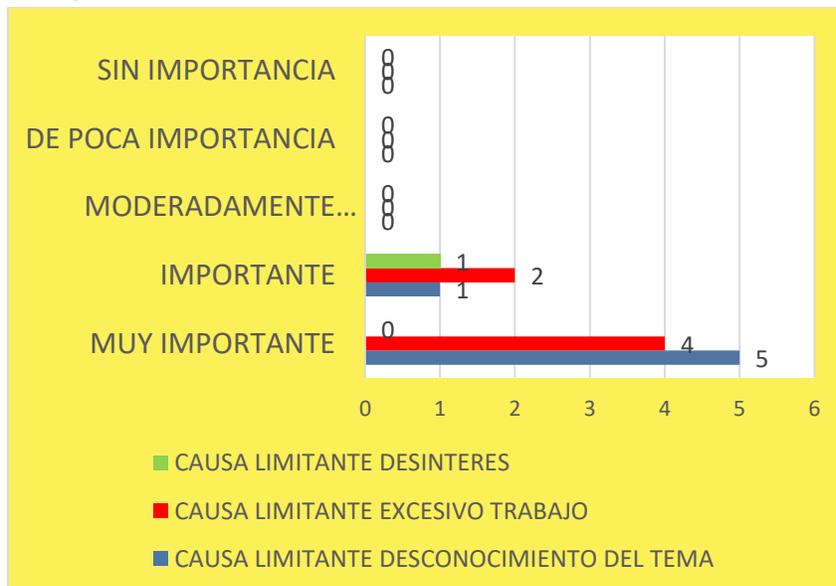
Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

GRÁFICO N°3 RELACIÓN ENTRE LA ANTIGÜEDAD LABORAL Y LA PERCEPCIÓN DE FRECUENCIA DE DELIRIO, PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE 2020



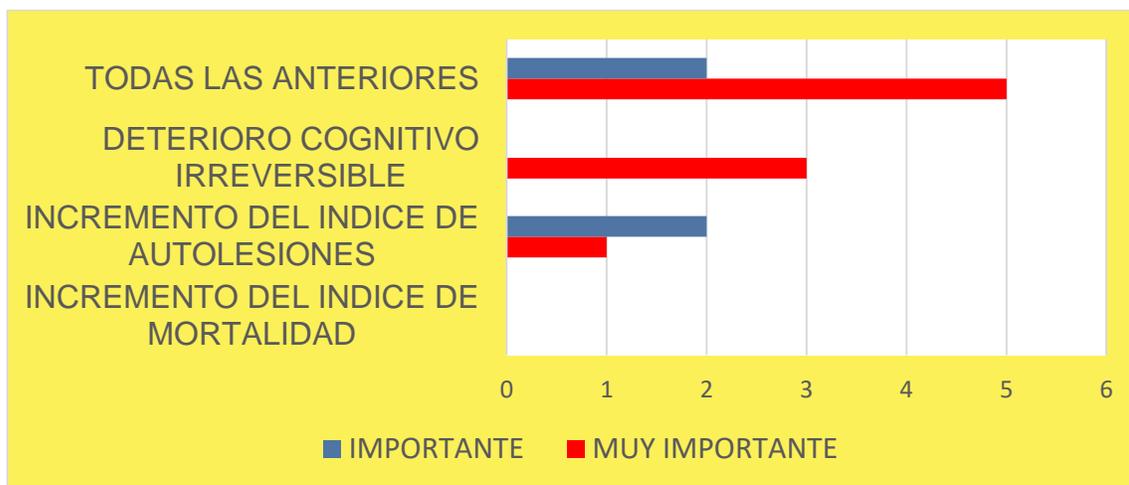
Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

GRÁFICO N°4 RELACIÓN DE IMPORTANCIA DE DELIRIO Y CAUSA LIMITANTE PARA NO APLICAR INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO, PERSONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE 2020



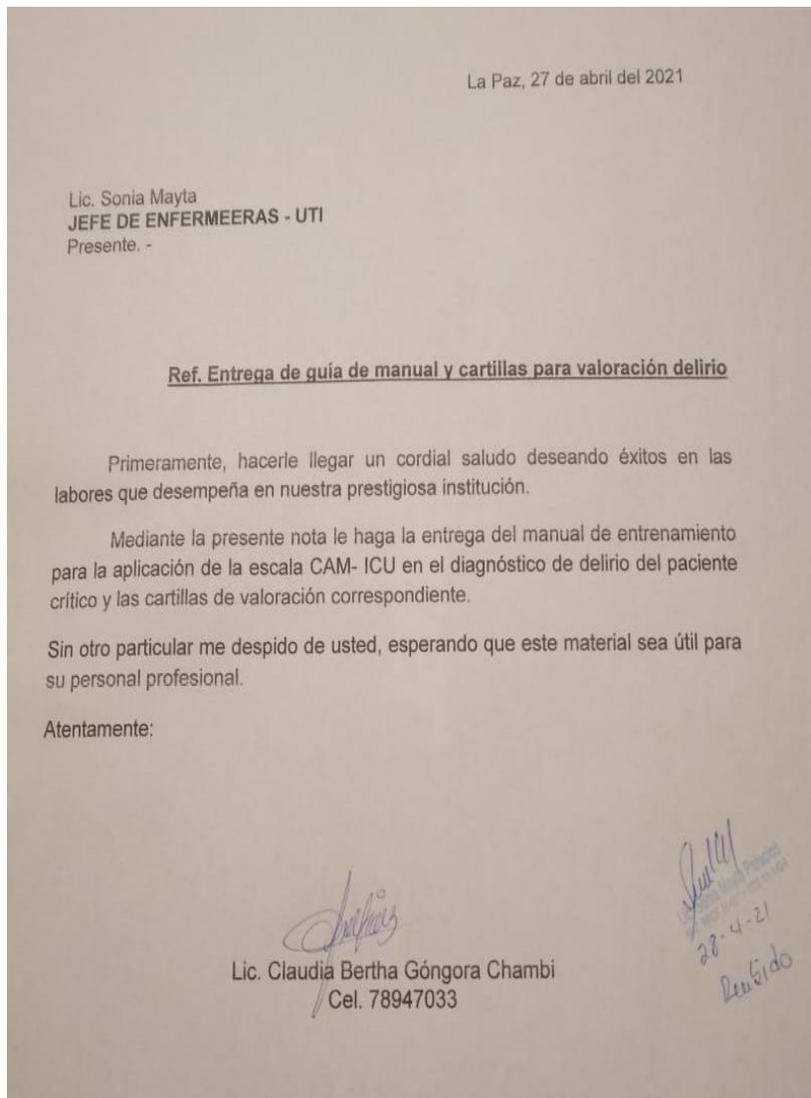
Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

GRÁFICO N°5 RELACIÓN DE PERCEPCIÓN DE IMPORTANCIA DEL DELIRIO Y CONOCIMIENTO DE SUS COMPLICACIONES, PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL PETROLERO DE OBRAJES, LA PAZ, BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE 2020



Fuente: Propia - Hospital Petrolero de Obrajes 2020

ANEXO N°8 CARTA DE ENTREGA DE MANUAL DE ENTRENAMIENTO PARA VALORAR DELIRIO, CARTILLAS CAM-ICU Y EXÁMEN PARA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN VISUAL.



ANEXO N°9 MANUAL DE ENTRENAMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LA ESCALA CAM – ICU EN EL DIAGNÓSTICO DE DELIRIO DEL PACIENTE CRÍTICO



CAJA PETROLERA DE SALUD
HOSPITAL PETROLERO
DE OBRAJES



MANUAL DE ENTRENAMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LA ESCALA CAM- ICU EN EL DIAGNÓSTICO DE DELIRIO DEL PACIENTE CRÍTICO

AUTORA: LIC. CLAUDIA BERTHA GONGORA
CHAMBI

LA PAZ - BOLIVIA
2021



AUTORA: LIC. CLAUDIA BERTHA GONGORA CHAMBI

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	113
2. OBJETIVOS	115
3. PROCEDIMIENTO:	116
4. RECOMENDACIONES.....	125
5. ANEXOS.....	126
6. BIBLIOGRAFÍA.....	131

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define al delirio como un *“síndrome cerebral orgánico agudo, caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, depresión del nivel de conciencia, trastornos de la atención e incremento o disminución de la actividad psicomotora”* (1). Este síndrome tiene una etiología multifactorial entre estos podemos mencionar los factores predisponentes como la edad avanzada, sexo, enfermedad severa, demencia, intervenciones quirúrgicas, alcoholismo, insuficiencia renal, depresión, déficit visual o auditiva, pero también se encuentran los factores precipitantes como la inmovilidad, restricciones físicas, hipoxia, presencia de dolor, sondaje vesical, múltiples procedimientos, procesos infecciosos, medicación administrada como las benzodiazepinas, anticolinérgicos, entre otros, varios de los mencionados se presentan en el paciente crítico de las Unidades de Terapia Intensiva por lo que el riesgo incrementa en ellos (2). Según el Dr. Wesley Ely durante 20 años se pretendió reducir el delirio de un 70% a un 40 % pero por causa del COVID-19 se llegó hasta un 80% (3). El delirio es un problema infradiagnosticado mucho más cuando es de tipo pasivo a diferencia del activo o mixto, se puede tratar este problema identificando las causas y corrigiéndolas ya que sus complicaciones causan incremento del índice de mortalidad, deterioro cognitivo irreversible, internación prolongada, alto riesgo de desarrollar enfermedades nosocomiales, necesidad de unidades de rehabilitación, mayor tasa de rehospitalización, eventos adversos e incrementando del costo sanitario; para diagnosticar el delirio existe la escala CAM-ICU (Método para la evaluación de la confusión en la Unidad de Cuidados Intensivos) está aprobada y recomendada por instancias internacionales para aplicarla en pacientes críticos. Según el estudio “Percepción del profesional enfermero sobre el manejo clínico del

delirio en paciente crítico realizado en la Unidad de Terapia Intensiva e Intermedia del Hospital Petrolero de Obrajés el 2020 el 69,2% del personal consideraba al delirio como un tema muy importante e importante en un 30,8% y frecuente en un 69,2% y muy frecuente un 7,7%, una de causas limitantes que el personal expresa para no aplicar un instrumento de diagnóstico es el desconocimiento del tema, por lo que el objetivo principal de este manual de entrenamiento es preparar al personal profesional de enfermería para que pueda evaluar el delirio aplicando la escala CAM- ICU en la Unidad de Terapia Intensiva e Intermedia.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la presencia de delirio con la aplicación de la escala CAM-ICU (Método para la evaluación de la confusión en la Unidad de Cuidados Intensivos) en el paciente crítico de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Petrolero de Obrajes, durante su estancia en esta área crítica.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Valorar criterios previos para la evaluación con la escala CAM-ICU.
- Aplicar la escala CAM-ICU
- Determinar la presencia de delirio y su clasificación en el paciente crítico

3. PROCEDIMIENTO:

EVALUACIÓN DEL DELIRIO EN PACIENTE CRÍTICO APLICANDO LA ESCALA CAM-ICU (MÉTODO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CONFUSIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS)

a) PROPÓSITO:

La finalidad del documento es que el personal profesional de enfermería tenga la destreza para diagnosticar el delirio en el paciente crítico con la aplicación de la escala CAM- ICU (Método para la evaluación de la confusión en la Unidad de Cuidados Intensivos).

b) ALCANCE:

La escala CAM - ICU puede ser aplicada en áreas críticas como la Unidad de Terapia Intensiva e intermedia ya que existen varios factores que influyen en el desarrollo del delirio en pacientes internados en estas áreas.

c) DEFINICIONES

- Manual: Documento que contiene en forma ordenada y sistemática, la información y/o las instrucciones sobre historia, organización y/o procedimientos de una institución, que se consideren necesarios para la mejor ejecución del trabajo.
- Delirio: Estado de perturbación de la conciencia con inicio agudo y fluctuante, acompañado de deterioro cognitivo, es reversible.
- CAM-ICU: Escala validada a nivel internacional con el fin de valorar el delirio en paciente crítico.

d) ABREVIACIONES

- CAM - ICU: (Confussion Assesment Method For Intensive Care Unit) Método para la evaluación de la confusión en la Unidad de Cuidados Intensivos.

- RASS: Escala de sedación y agitación de Richmond
- U.T.I: Unidad de Terapia Intensiva
- U.C.I: Unidad de Cuidados Intensivos
- H.P.O: Hospital Petrolero de Obrajés

c) METODO DE TRABAJO

i) Descripción de la actividad

	PROCEDIMIENTO	PR-UTI-00
	MÉTODO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CONFUSIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (CAM- ICU)	FECHA:28/Febrero/2021
		Versión: 1
		Página: 22
Unidad: Terapia Intensiva		Área responsable: Enfermería / medicina

Descripción de actividades

Paso	Responsable	Actividad	Documento de trabajo
1	Profesional médico o enfermero	Evaluación de la Sedación: Escala de Agitación y Sedación de Richmond: RASS	Escala RASS

PUNTAJE	TÉRMINO	DESCRIPCIÓN
+4	Combativo	Combativo, violento, peligro inmediato para el grupo
+3	Muy agitado	Se jala o retira los tubos o 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)
-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
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz o estímulo físico

Si el RASS es -4 o -5, Deténgase y Reevalúe el paciente posteriormente			
Si el RASS es entre -3 a +4 proceda con el segundo paso			
2	Profesional médico o enfermero	Evaluar con la escala CAM-ICU	Escala CAM-ICU
MÉTODO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CONFUSIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (CAM-ICU)			
CRITERIO N° 1 Comienzo agudo (Es positivo si la respuesta es sí para 1A o 1B)			Positivo / negativo
1A. ¿Existe evidencia de un cambio agudo en el estado mental en relación con el estado basal?			
1B. ¿Ha fluctuado el comportamiento (anormal) en las últimas 24 horas? Es decir, ¿tiende a aparecer y a desaparecer o aumenta y disminuye en intensidad evidenciado por la fluctuación en una escala de RASS - Escala de Sedación - Agitación de Richmond, escala de Glasgow o en la evaluación previa de delirio?			
CRITERIO N° 2 Inatención Es positivo si el puntaje para 2A o 2B es menor a 8 (de un máximo de 10)			Positivo / negativo
2A. Comience con el componente auditivo - Examen para la Evaluación de la Atención. (Anexo N° 1) Si el paciente es capaz de hacer esta prueba y la puntuación es clara, anote esta puntuación y pase al punto 3			
2B. Si el paciente no es capaz de realizar la prueba auditiva o la puntuación no es clara y existen dudas, proceda a aplicar la prueba visual. (Anexo N°2) Si se aplican las 2 pruebas, use el resultado del Examen de la atención visual para la puntuación			
CRITERIO N°3 Pensamiento desorganizado Es positivo si el puntaje combinado (3A+3B) es menor a 4 (de un máximo de 5)			Positivo / negativo
3A. Preguntas de sí o no (usar grupo A o grupo B, alternar los grupos en días consecutivos si lo considera necesario):			
Grupo A		Grupo B	
¿Puede flotar una piedra en el agua?		¿Puede flotar una hoja en el agua?	
¿Existen peces en el mar?		¿Existen jirafas en el mar?	
¿Pesa 1 kg más que 2 kg?		¿Pesan 2 kg más que 1 kg?	
¿Se puede usar un martillo para clavar un clavo?		¿Se puede usar un martillo para cortar madera?	
Puntaje: el paciente obtiene un punto por cada respuesta correcta.			

3B. Ordenes
 Diga al paciente: "muéstreme cuantos dedos hay aquí".
 Enseñe 2 dedos al colocarse delante del paciente
 Posteriormente dígame: "haga lo mismo con la otra mano". Si el paciente es incapaz de mover ambos brazos, para la segunda parte de la orden dígame: "agregue un dedo más"
 Puntaje: el paciente obtiene un punto si es capaz de obedecer ambas ordenes

CRITERIO N°4 Nivel de conciencia alterado
 Es positivo si el RASS es diferente a 0

**Positivo /
 negativo**

RESULTADO: La presencia de los criterios 1 y 2 y la presencia de cualquiera de los criterios 3 o 4 confirman la presencia de delirio

EXAMEN PARA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN

Anexo N° 1

Examen para la Evaluación de la Atención - auditivo (letras)

Instrucciones: Diga al paciente: "voy a leerle una serie de 10 letras, presione mi mano todas las veces que escuche la letra A.

Luego lea las letras de esta lista en un tono normal a una velocidad de una letra por segundo.

SAVEAHAART

Puntaje: se contabiliza un error cuando el paciente no aprieta la mano con la letra "A" o cuando el paciente aprieta la mano con cualquier letra diferente a la letra "A".

Anexo N°2

Examen para la Evaluación de la Atención – visual

grupo A

Paso 1



Paso 2



grupo B

Paso 1



Paso 2



Paso 1: 5 Dibujos

Instrucciones. Dígale al paciente: "Sr. o Sra., voy a mostrarle dibujos de algunos objetos comunes, mírelos detenidamente y trate de recordar cada dibujo porque yo voy a preguntarle después que dibujos ha visto".

Luego muéstrele el paso 1 del grupo A o B y altere diariamente, si se requieren, evaluaciones repetidas.

Muéstrele los primeros 5 dibujos durante 3 segundos cada uno.

Paso 2: 10 dibujos

Instrucciones. Dígale al paciente: "ahora voy a mostrarle algunos dibujos más".

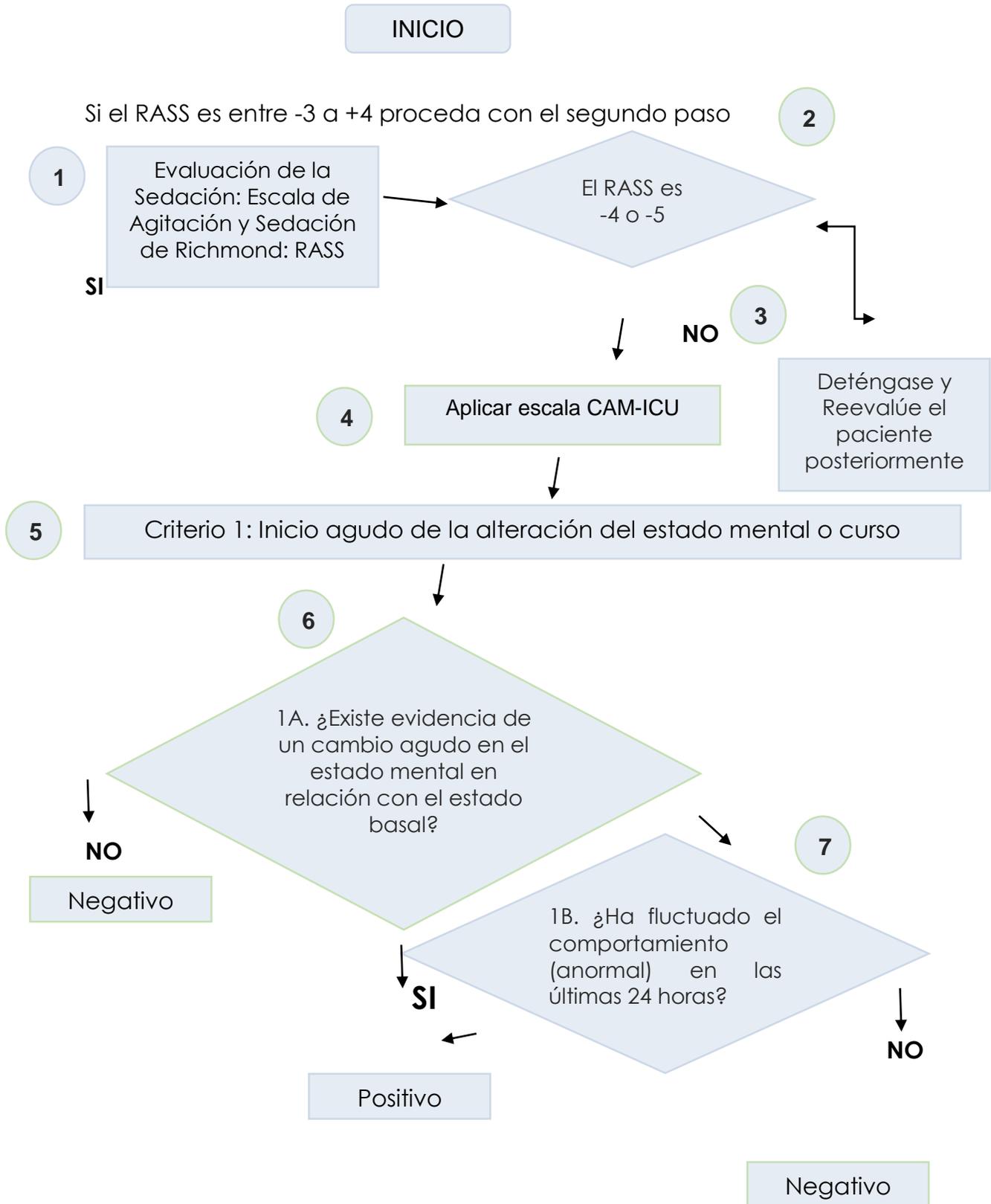
Algunos de estos dibujos usted ya los ha visto y otros son nuevos, déjeme saber si usted los ha visto o no anteriormente y mueva su cabeza para decir SI o NO demuéstrele".

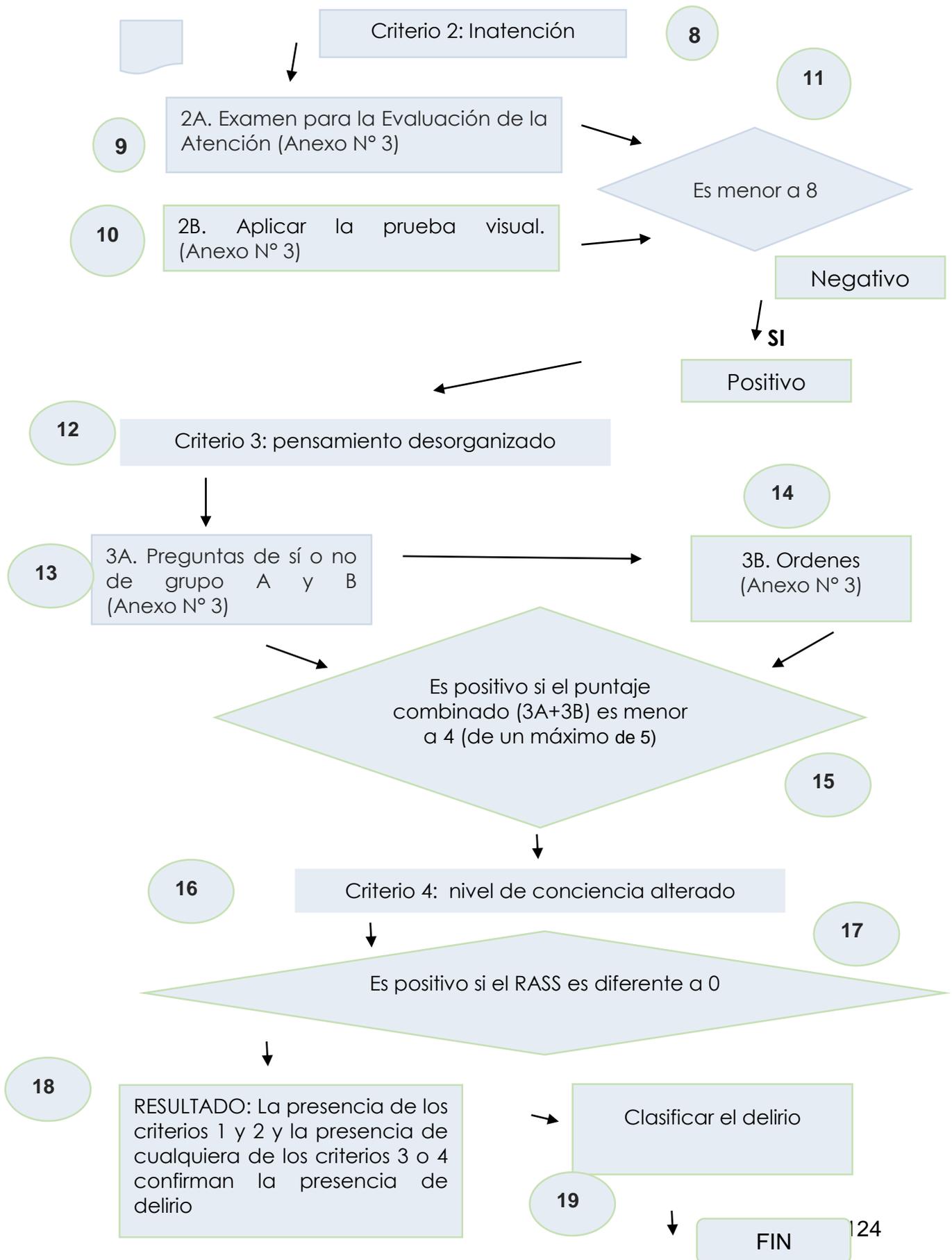
Luego muéstrele 10 dibujos (5 nuevos y 5 repetidos) por 3 segundo cada uno.

Puntaje: se obtiene al contabilizar el número de respuestas correctas "SI" o "NO" durante el paso 2 (de un máximo de 10).

3	Profesional médico o enfermero	<p>Clasificar el delirio:</p> <p><u>Delirio hiperactivo:</u> Caracterizado por el incremento de la actividad psicomotora, inquietud, confusión, agresividad, hiperactividad y alucinaciones.</p> <p><u>Delirio hipoactivo:</u> Caracterizada por actividad psicomotora, somnolencia, decaimiento, inatención, reducción de la interacción espontánea con el entorno hasta un estado de letargo y/o estupor.</p> <p><u>Delirio mixto:</u> Fluctúa entre ambos</p>	<p>Cuadro de clasificación</p> <table border="1" data-bbox="1133 331 1372 520"> <tr> <td>Hiperactivo</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Mixto</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Hipoactivo</td> <td>X</td> </tr> </table>	Hiperactivo	X	Mixto	X	Hipoactivo	X
Hiperactivo	X								
Mixto	X								
Hipoactivo	X								

ii) Diagrama de flujo





4. RECOMENDACIONES

- Si el paciente tiene déficit visual o auditivo proporcionar los dispositivos necesarios como: lentes, audífonos.
- Para mejorar la visibilidad de los adultos mayores, las imágenes deben ser impresas en un tamaño de 10 x15 cm, en papel con fondo blanco y laminado con acabado mate.
- Aplicar la escala CAM – ICU por turno.
- Cuento con una guía impresa del CAM-ICU para evaluar

5. ANEXOS

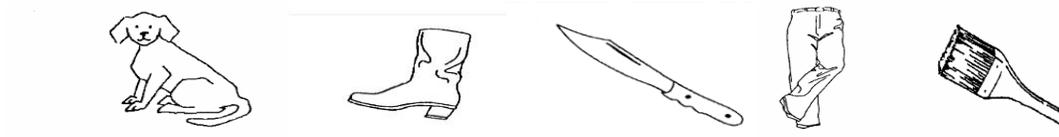
Anexo N° 1: EVALUACIÓN DE LA SEDACIÓN: ESCALA DE AGITACIÓN Y SEDACIÓN DE RICHMOND: RASS

PUNTAJE	TÉRMINO	DESCRIPCIÓN
+4	Combativo	Combativo, violento, peligro inmediato para el grupo
+3	Muy agitado	Se jala o retira los tubos o 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)
-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
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz o estímulo físico

Anexo N° 2: Examen para la Evaluación de la Atención – visual

grupo A

Paso 1



Paso 2



grupo B

Paso 1



Paso 2



Anexo N° 3

MÉTODO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CONFUSIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (CAM- ICU)	
CRITERIO N° 1 Comienzo agudo (Es positivo si la respuesta es sí para 1A o 1B)	Positivo / negativo
1A. ¿Existe evidencia de un cambio agudo en el estado mental en relación con el estado basal?	
1B. ¿Ha fluctuado el comportamiento (anormal) en las últimas 24 horas? Es decir, ¿tiende a aparecer y a desaparecer o aumenta y disminuye en intensidad evidenciado por la fluctuación en una escala de RASS - Escala de Sedación - Agitación de Richmond, escala de Glasgow o en la evaluación previa de delirio?	
CRITERIO N° 2 Inatención Es positivo si el puntaje para 2A o 2B es menor a 8 (de un máximo de 10)	Positivo / negativo
2A. Comience con el componente auditivo - Examen para la Evaluación de la Atención. (Anexo N° 1) Si el paciente es capaz de hacer esta prueba y la puntuación es clara, anote esta puntuación y pase al punto 3	
2B. Si el paciente no es capaz de realizar la prueba auditiva o la puntuación no es clara y existen dudas, proceda a aplicar la prueba visual. (Anexo N°2) Si se aplican las 2 pruebas, use el resultado del Examen de la atención visual para la puntuación	
CRITERIO N°3 Pensamiento desorganizado Es positivo si el puntaje combinado (3A+3B) es menor a 4 (de un máximo de 5)	Positivo / negativo
3A. Preguntas de sí o no (usar grupo A o grupo B, alternar los grupos en días consecutivos si lo considera necesario): Grupo A ¿Puede flotar una piedra en el agua? ¿Existen peces en el mar? ¿Pesa 1 kg más que 2 kg? ¿Se puede usar un martillo para clavar un clavo? Grupo B ¿Puede flotar una hoja en el agua? ¿Existen jirafas en el mar? ¿Pesarán 2 kg más que 1 kg? ¿Se puede usar un martillo para cortar madera? Puntaje: el paciente obtiene un punto por cada respuesta correcta.	

<p>3B. Ordenes</p> <p>Diga al paciente: "muéstreme cuantos dedos hay aquí".</p> <p>Enseñe 2 dedos al colocarse delante del paciente</p> <p>Posteriormente dígame: "haga lo mismo con la otra mano". Si el paciente es incapaz de mover ambos brazos, para la segunda parte de la orden dígame: "agregue un dedo más"</p> <p>Puntaje: el paciente obtiene un punto si es capaz de obedecer ambas ordenes</p>	
<p>CRITERIO N°4 Nivel de conciencia alterado</p> <p>Es positivo si el RASS es diferente a 0</p>	Positivo / negativo
<p>RESULTADO: La presencia de los criterios 1 y 2 y la presencia de cualquiera de los criterios 3 o 4 confirman la presencia de delirio</p>	

EXAMEN PARA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN

Anexo N° 1

Examen para la Evaluación de la Atención - auditivo (letras)

Instrucciones: Diga al paciente: "voy a leerle una serie de 10 letras, presione mi mano todas las veces que escuche la letra A.

Luego lea las letras de esta lista en un tono normal a una velocidad de una letra por segundo.

SAVEAHAART

Puntaje: se contabiliza un error cuando el paciente no aprieta la mano con la letra "A" o cuando el paciente aprieta la mano con cualquier letra diferente a la letra "A".

Anexo N°2

Examen para la Evaluación de la Atención – visual

grupo A

Paso 1







Paso 2



grupo B

Paso 1



Paso 2



Paso 1: 5 Dibujos

Instrucciones. Dígale al paciente: "Sr. o Sra., voy a mostrarle dibujos de algunos objetos comunes, mírelos detenidamente y trate de recordar cada dibujo porque yo voy a preguntarle después que dibujos ha visto".

Luego muéstrelle el paso 1 del grupo A o B y altere diariamente, si se requieren, evaluaciones repetidas.

Muéstrele los primeros 5 dibujos durante 3 segundos cada uno.

Paso 2: 10 dibujos

Instrucciones. Dígale al paciente: "ahora voy a mostrarle algunos dibujos más". Algunos de estos dibujos usted ya los ha visto y otros son nuevos, déjeme saber si usted los ha visto o no anteriormente y mueva su cabeza para decir SI o NO demuéstrelle".

Luego muéstrelle 10 dibujos (5 nuevos y 5 repetidos) por 3 segundo cada uno.

Puntaje: se obtiene al contabilizar el número de respuestas correctas "SI" o "NO" durante el paso 2 (de un máximo de 10).

6. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS- OPS. Guía de diagnóstico y manejo del delirio. [en línea]. [fecha de acceso 10 de febrero del 2021]; URL disponible en:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia06.pdf>
2. Romero A. Guía de práctica para la atención al adulto mayor hospitalizado con delirium. Redalyc. [en línea]. 2015. [fecha de acceso 13 de enero del 2021]; N° 3 URL disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/1800/180039699017.pdf>
3. Dr. Wesley Ely. Aumenta el pico en el delirio de las UCI. EEUU. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 15 de febrero del 2021]. URL disponible en:
<https://www.elhospital.com/temas/Aumenta-el-pico-en-el-delirio-de-las-UCI+134401>
4. Servicio departamental de salud. Guía técnica para la elaboración de manuales. La Paz. [en línea]. 2020. [fecha de acceso 10 de enero del 2021]; URL disponible en:
<https://www.sedeslapaz.gob.bo/sites/default/files/GUIA%20DE%20ELABORACION%20MANUALES%20DE%20PROCEDIMIENTOS.PDF>