

COMO RECONOCE LA ENFERMERA EL DELIRIUM EN EL PACIENTE EN
ESTADO CRÍTICO

ROSA ISABEL MELENDEZ ZÚÑIGA
ROSA ELENA BAQUERO MARTINEZ

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE ENFERMERA
ESPECIALISTA EN CUIDADO CRÍTICO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

BOGOTÁ, 2009

COMO RECFONOCE LA ENFERMERA EL DELIRIUM EN EL PACIENTE EN
ESTADO CRÍTICO

ROSA ISABEL MELENDEZ ZÚÑIGA
ROSA ELENA BAQUERO MARTINEZ

ASESOR METODOLÓGICO
BELKIS ALEJO RIVEROS

ASESOR TEMÁTICO
MARIBEL PINILLA ALARCON

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
ESPECIALIZACION EN CUIDADO CRÍTICO

AGRADECIMIENTOS

Dios gracias por permitir la realización de este trabajo de grado, por acompañarnos para superar las dificultades que se presentaron durante su desarrollo y por ser nuestro guía en todo lo que hacemos

Agradecemos a nuestros padres por el apoyo incondicional.

A la universidad, en especial a la facultad de enfermería y el programa de especialización de Cuidado Crítico por sus valiosos aportes y gran empeño en la enseñanza día a día.

Los pacientes con Delirium no solo se mueren más, sino que se mueren antes...

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. PROBLEMA.....	10
3. JUSTIFICACIÓN.....	12
4. OBJETIVOS	14
5. PROPÓSITO.....	15
6. MARCO TEÓRICO	16
6.1. Aspectos históricos.....	16
6.2. Definición.....	17
6.3. Incidencia del Delirium.....	18
6.4. Fisiopatología.....	19
6.5. Clasificación y manifestaciones.....	21
6.5.1. Delirium Hiperactivo.....	22
6.5.2. Delirium Hipoactivo.....	22
6.6. Factores de riesgo.....	26
6.6.1. Factores Predisponentes.....	27
6.6.2. Factores Precipitantes.....	28
6.7. Diagnostico.....	29
6.7.1. Diagnostico diferencial.....	30
6.8. Escalas de identificación del Delirium.....	36

6.9. Tratamiento.....	43
6.9.1. Tratamiento no farmacológico.....	43
6.9.2. Tratamiento farmacológico.....	45
6.10. Intervenciones de Enfermería.....	49
7. DESARROLLO METODOLÓGICO.....	53
8. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	57
8.1. Objetivo N1.....	57
8.2. Objetivo N2.....	63
9. CONCLUSIONES.....	68
10. BIBLIOGRAFÍA.....	70
11. ANEXOS.....	73
11.1. TABLA DE ANEXOS.....	73
11.2. Anexo 1 Mini exámen cognoscitivo.....	73
11.3. Anexo 2 Escala para el estado confusional (strub y black).....	76
11.4. Anexo 3 CAM ICU.....	77
11.5. Anexo 4 Escala de cuantificación del delirium: Trepacz 1998.....	80
11.6. Anexo 5 Escala Neecham.....	82
11.7. Anexo 6 Delirium Rating Scale.....	84
11.8. Anexo 7 Bergerom.....	91
11.9. Anexo 8 Fichas descriptivas.....	93
11.10. Anexo 9 Artículos analizados objetivo 1.....	130

11.11. Anexo 10 Artículos analizados objetivo 2.....	131
12. TABLA DE GRÁFICAS.....	139
12.1. Grafica 1.....	139
12.2. Grafica 2.....	140
13. CUADROS.....	141
13.1. Cuadro 2.....	141
13.3. Cuadro 3.....	142

1. INTRODUCCION

El Delirium en la Unidad de Cuidado Intensivo, es una forma aguda de disfunción cerebral, es un trastorno global de la función cognitiva es prevalente en pacientes críticos, y es reversible, se presenta especialmente en ancianos y pacientes que necesitan ventilación mecánica; se ha demostrado que el delirium en la Unidad de Cuidado Intensivo, es un factor de predicción independiente de la hospitalización prolongada, de reintubación, aumento de la mortalidad y aumento de costos.¹

Se ha evidenciado que a una respuesta rápida al identificar el tipo de Delirium, disminuye la mortalidad, la estancia prolongada y mejora el pronóstico de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo.²

La enfermera especialista en cuidado crítico debe ser la primera en reconocer este trastorno en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo ya que es la persona que proporciona cuidado continuo y está en contacto directo con el paciente y su familia a diario; así, es quien puede proporcionar información valiosa que alerte sobre la aparición de este trastorno, para intervenir oportunamente.

Siendo este un problema en la Unidad de Cuidado Intensivo que va en aumento, y existe dificultad para reconocerlo, ya que los síntomas se confunden con otras patologías, las investigadoras desean identificar cual es el instrumento que con

¹ Timoty D Girad El delirium en la Unidad de cuidados intensivos, Critical Care 2008.

² Philippe voyer, sylvie Ruchard, Lise Duocet, Christine Danjou, and Piere Hugues, Detection of delirium by nurses among long-term care residents with demential journal Pubmed Publesed online 2008 February 26.

mayor frecuencia utiliza la enfermera para identificar el Delirium en el paciente en estado crítico.

Se concluyó que existen varios instrumentos que permiten su detección y su clasificación según las manifestaciones clínicas que el paciente presente; recientes estudios como el realizado en Bruselas Bélgica en el 2002 muestra las ventajas que tiene la escala CAM-UCI en la detección de este diagnóstico, concluyendo que posee una alta especificidad y confiabilidad, como también, el buen desempeño al evaluar subgrupos específicos.

Este aporte es útil para los servicios de Cuidado Intensivo porque disminuye la estancia de hospitalización e índices de mortalidad de los pacientes críticos, pero especialmente para las enfermeras, quienes se desempeñan en este campo debido a que estos instrumentos ayudan a detectar oportunamente el Delirium la cual orientará su plan de cuidados, y contribuiría como parte del equipo interdisciplinario a disminuir y evitar las complicaciones que por esta patología se presentan.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Las manifestaciones neurocognitivas a largo plazo en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo, han sido objeto de una exhaustiva investigación. Los datos de un gran número de estudios y múltiples disciplinas han mostrado una escalofriante realidad, el Delirium tiene una incidencia de 20% - 40% en pacientes críticamente enfermos, y está asociada con discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria, disminución de la calidad de vida e incapacidad para volver al trabajo, que puede llegar a ser permanente.

Sin la evaluación cuidadosa, el Delirium puede fácilmente ser confundido con un número de enfermedades psiquiátricas debido a muchos signos y síntomas comunes con la demencia, depresión y psicosis.

En los últimos años se han llevado a cabo varios estudios de cohortes que emplean las herramientas de detección del Delirium en la Unidad de Cuidado Intensivo y que han evaluado su importancia pronóstica. Ely et al³, en un estudio de cohortes que incluyó 275 pacientes en ventilación mecánica, encontraron que los pacientes con Delirium tuvieron una mayor mortalidad, a los seis meses (34% frente al 15%) y una estancia hospitalaria 10 días más prolongada que los que no tuvieron Delirium. El Delirium fue un predictor independiente de mortalidad, estancia prolongada, duración de la ventilación mecánica y deterioro cognitivo, tras el alta, después de ajustar frente a covariables como la edad, la gravedad (APACHE), la presencia de coma o comorbilidades y uso de sedantes u opiáceos. La aparición de Delirium fue responsable de un aumento del 39% en los costos en la Unidad de Cuidado Intensivo y del 31% en los costos de la hospitalización, siendo éstos directamente proporcionales a la duración y a la gravedad del Delirium.

³ Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harrell FE, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit. JAMA. 2004;291:1753-62.

Conocer el Delirium, sus manifestaciones clínicas y contar con un instrumento que ayude a su detección y clasificación se convierte en una intervención a acción necesaria para la enfermera, la cual orientaría su plan de cuidados, y contribuiría como parte del equipo interdisciplinario a disminuir y evitar las complicaciones que por esta patología se presentan.

En la actualidad la literatura reporta que existen instrumentos para este fin, pero a nivel práctico en las Unidades de Cuidado Intensivo se desconocen y no se aplican. Por lo tanto las investigadoras se plantean la siguiente pregunta de investigación, ¿Cuál es el instrumento que con mayor frecuencia utiliza la enfermera para la identificación del Delirium en el paciente en estado crítico? para ser abordada a través de una metodología de revisión documental, realizada a nivel internacional en los últimos 10 años, y que orientó la búsqueda y selección de los documentos.

3. JUSTIFICACIÓN

La práctica de los cuidados integrales de enfermería en los pacientes en la Unidad de Cuidado Intensivo no se reduce a las habilidades que el enfermero pueda tener en cuanto a la realización de procedimientos, aplicación de medicamentos, el manejo de todos los equipos que los avances científicos día a día proporcionan para el tratamiento y mejoría de enfermedades; este cuidado va mucho más allá. Se trata de poner en práctica habilidades, conocimientos y experiencia clínica que ayuden a detectar múltiples necesidades, barreras y distorsiones que interfieran en la interacción y comunicación con los pacientes.⁴

En la actualidad los adelantos de la medicina intensiva han mejorado la supervivencia en pacientes que son atendidos en la Unidad de Cuidado Intensivo de todo el mundo, y al hacerlo así han revelado una importante consideración de salud pública que hasta hace poco tiempo era apreciada.

El afán de atender las diferentes disfunciones cardíaca y renal como la fuente de morbimortalidad más frecuente en pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo, ha dado como resultado la subestimación del impacto de la disfunción cerebral. El Delirium se convierte entonces en el trastorno con falta de reconocimiento clínico por parte de enfermería y el equipo tratante que corresponde al 46% y esto según los estudios se debe a la falta de conocimiento sobre el Delirium y la manera de detectarlo.⁵

El Delirium produce alteraciones fisiológicas y psicológicas importantes que influyen en el desenlace del paciente. También ha sido denominado “Psicosis

⁴ GuntherML, Jackson JC, Ely EW. The cognitive consequences of critical illness: Practical recommendations for screenin and assessment. *Critical Care Clin.* 2007;23: 491-506.

⁵ Philippe Voyer, sylvie Richard, et al

de la UCI”, “Síndrome de la Unidad de Cuidado Intensivo” y “Síndrome confusional agudo”. Las guías recientes de sedación y analgesia en pacientes críticos recomiendan que los pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo sean monitorizados diariamente para la detección del Delirium. Sin embargo, sólo el 6.4% de las enfermeras en la Unidad de Cuidado Intensivo en países norteamericanos durante una encuesta en el año 2001 – 2002 informaron monitorizar objetivamente esta condición.⁶

La enfermera especialista en cuidado crítico juega un papel importante en cuanto a la detección del Delirium por medio de la aplicación de los instrumentos que existen para este fin y la identificación de los diferentes signos que presenta el paciente que sufre este diagnóstico, ya que es la persona que proporciona cuidados continuos y está en contacto directo con el paciente y su familia a diario; así, es quien puede proporcionar información valiosa que alerte sobre la aparición de este trastorno.

La revisión documental 2000-2009 sobre el tema permite realizar una búsqueda que oriente hacia cuales son los instrumentos que se utilizan para la detección del Delirium y cual es utilizado con mayor frecuencia por las enfermeras, teniendo en cuenta los signos y síntomas que presente el paciente críticamente enfermo durante el inicio y evolución de la enfermedad; esto ayuda a mejorar la calidad de la atención y la prestación de cuidados al igual que disminuyen la gravedad y/o la duración del Delirium.

⁶ Ely EW, Stephens RK, Jackson JC, Thomason Jason WW, Truman B, Gordon S, Dittus RS, Bernard GR. Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: a survey of 912 healthcare professionals. *Crit Care Med.* 2004; 32:106-112.

4. OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar cuál es el instrumento que con mayor frecuencia es utilizado por la enfermera para identificar el Delirium en el paciente en estado crítico.

ESPECÍFICOS:

1. Determinar los instrumentos existentes para la identificación del Delirium en el paciente en estado crítico.
2. Reconocer los signos y síntomas contemplados en las escalas existentes para la identificación del Delirium en el paciente en cuidado crítico, hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo .

5. PROPÓSITOS

Aportar conocimiento a los profesionales del área sobre las escalas existentes y los síntomas contemplados en ellas para la detección del Delirium en pacientes críticos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos.

Brindar elementos a las enfermeras especialistas en cuidado intensivo que sirvan como guía para ampliar conocimientos sobre el delirium y su detección temprana, lo cual repercute sobre la condición del paciente: identificando características, realizando evaluación cognitiva con el uso de escalas y modificando los factores asociados.

Fortalecer la Línea de Investigación de la Facultad de enfermería “Conceptualización y Práctica del Cuidado de enfermería”, e indirectamente constituirse de base investigativa en la propuesta de Maestría de Profundización en Cuidado Crítico.

6. MARCO TEÓRICO

6.1. Aspectos históricos

El concepto de Delirium ha ido evolucionando a lo largo de casi tres milenios, desde que Celsus acuñó el término **De Lira** 100 A.C. (Lipowski 1991). Durante un tiempo, el término Delirium fue utilizado en dos sentidos diferentes: por un lado, como sinónimo de insanidad en general y por otro como referencia a un síndrome agudo asociado, casi siempre, a procesos febriles.

Hacia el siglo XIX el concepto de Delirium fue ligado con el trastorno de conciencia, siendo el Delirium una manifestación clínica de dicho trastorno. Otro término ligado al de Delirium en esa época, fue el de confusión. Este término, quizás un poco impreciso y ambiguo, se refería a la incapacidad para pensar de forma lógica y coherente, con trastornos de memoria y de la percepción asociados.

Hoy en día se utilizan los términos Síndrome Confusional Agudo o Delirium de entre los casi 30 sinónimos existentes, siendo concretamente el segundo el más usado. En 1980 el Delirium se incluye en la nomenclatura estandarizada (DSM-III) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) 2002, inicialmente como un trastorno de la atención y en la última revisión (DSM-IV) como un trastorno de la conciencia.

Aunque el concepto de Delirium se ha ido modificando y ha llegado a alcanzar una relativa claridad, consistencia y uso clínico, su definición aún no está establecida,

emitiéndose diagnósticos basados en consensos de grupos de expertos (CIE-10, DSM-IV).⁷

6.2. Definición

EL Delirium se define en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (APA) 2002, como un trastorno de la conciencia y de la cognición que se desarrolla a lo largo de un periodo breve (horas o días) y fluctúa con el tiempo. Se han utilizado muchos términos distintos para describir este síndrome de deterioro cognitivo en pacientes en estado crítico, entre ellos la Unidad de Cuidado Intensivo psicosis de síndrome de la UCI, estado de confusión aguda, encefalopatía e insuficiencia cerebral aguda. No obstante, las publicaciones de los cuidados intensivos se han ajustado recientemente a las recomendaciones de la APA y de otros expertos para utilizar uniformemente el término “Delirium” para describir este síndrome de disfunción cerebral.⁸

La tabla 1 describe los criterios de delirio del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM-IV).

Tabla 1. Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de delirio
1.-Trastorno de la conciencia con capacidad reducida para mantener la atención
2.-Cambio en la función cognitiva (déficit de memoria, desorientación, trastornos del lenguaje) o trastornos de la percepción
3.-Desarrollo en un período corto de tiempo y fluctuación durante el transcurso del día
4.-El Delirium es secundario a una condición médica general:

⁷ Moreno Javier, Moreno Marta, Valero Peregrin c, (Abordaje Practico del Delirium) (Síndrome Confusional) Editorial Masson Edición española, Barcelona, 2002

⁸ Timothy D Giral, Pratik P Pandharipande y E Wesley Ely El delirium en la unidad de cuidados intensivos Critical Care 2008,12 (Suppl3).

Existe evidencia en la historia, exploración física, o laboratorio que el trastorno es causado por una de las siguientes condiciones:

a) Consecuencia fisiológica directa de una condición médica general

b) Resultado directo de la utilización de un medicamento o intoxicación por una sustancia

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.

6.3. Incidencia

La incidencia en pacientes críticamente enfermos es alta. Ely y colaboradores reportaron que el 80% de los pacientes en la Unidad de Cuidado Intensivo (edad promedio de 55 años) desarrollaron Delirium. En pacientes postquirúrgicos, la incidencia varía entre 0 y 73% (media de 37%). Los pacientes mayores de 65 años de edad son un grupo de mayor riesgo cuando ingresan a la Unidad de Cuidado Intensivo, en promedio, el 70% presentan Delirium durante la hospitalización.⁹

Jorge Gonzales y colaboradores mencionan que la incidencia del Delirium va de 14 hasta 56% de los pacientes adultos mayores hospitalizados; otros autores señalan de 15 a 40% en pacientes quirúrgicos; 20 al 30% en la interconsulta en psiquiatría neurología, y 15 a 20% en medicina general. En la subpoblación de adultos mayores se ha reportado una incidencia entre 14.8 y 26%, en el ámbito de cuidados intensivos la incidencia reportada es de 60 a 80% en los cuales parece estar asociado con un significativo incremento en la estancia hospitalaria, mayor

⁹ McNicoll L, Pisani MA, Zhang Y, Ely EW, Siegel MD, Inouye SK. Delirium in the intensive care unit: occurrence and clinical course in older patients. JAGS 2003;51:591-598.

invalidez funcional y mayor necesidad de cuidados a largo plazo, además de riesgo o expectativa de muerte.¹⁰

El Delirium ha sido reconocido como un común y serio problema en las áreas de hospitalización, pero su diagnóstico en pacientes críticos es dificultoso debido a la imposibilidad de interrogar al paciente intubado y a la presencia de sedantes.

A pesar de su importancia y frecuencia, el Delirium no es valorado ni diagnosticado de forma precoz y correcta, lo que puede ocurrir por diferentes motivos: la variación en la forma de presentación y el curso fluctuante; su asociación a causas orgánicas que prevalecen en el diagnóstico; un error de interpretación al considerar que se trata de un episodio de exacerbación en pacientes con demencia en la Unidad de Cuidado Intensivo. Todo ello retrasa el tratamiento y ensombrece el pronóstico, con tasas de morbimortalidad que rondan el 15-30%, y déficits funcionales que merman la calidad de vida de los pacientes y suponen un impacto socioeconómico negativo.¹¹

6.4. Fisiopatología

En pacientes con Delirium se presentan alteraciones tanto a nivel anatómico como a nivel de neurotransmisores así como alteraciones secundarias a la administración de fármacos:

a) Defectos anatómicos. Las áreas corticales más altas del cerebro así como la región parietal posterior no dominante y la prefrontal están afectadas. Otras regiones afectadas incluyen las estructuras subcorticales, tallo cerebral y tálamo.

¹⁰ Jorge González H, Jorge Barros B. Prevalence of delirium in an Intermediate Care Unit Revista médica de Chile versión impresa ISSN 0034-9887 Rev. méd. Chile v.128 n.1 Santiago ene. 2000.

¹¹ Blanco López B, Cruz Niesvaara D, Ibero villa JL, Sardó Pascual E Delirium: diagnóstico y tratamiento revisión , revista de la SEMG N°67-Octubre 2004-Pag 491-496.

b) Trastornos en los neurotransmisores. Los sitios de producción de serotonina están afectados, existe deficiencia de acetilcolina y exceso de dopamina. La teoría más aceptada es la existencia de un déficit de acetilcolina. Primero, los factores de riesgo para su presentación incluyen anomalías cerebrales estructurales y metabólicas asociadas con disminución de la actividad de acetilcolina. Segundo, alta actividad sérica anticolinérgica se relaciona con la gravedad del Delirium.

c) Mecanismo de fármacos que causan Delirium. Se ha observado un desequilibrio neurotransmisor en acetilcolina, dopamina y ácido gamma aminobutírico (GABA) que afectan las vías corticales y subcorticales del sistema nervioso en estos pacientes. El mecanismo por el cual los fármacos causan Delirium no está bien definido. Algunas hipótesis han sido respaldadas por estudios in vitro o estudios en animales. Por ejemplo, con el retiro de benzodiazepinas, ocurre una disminución de rebote de la función GABAérgica que puede precipitar delirium. El GABA actúa en los receptores GABA inhibiendo la liberación de dopamina. El antagonismo GABA o el retiro súbito de un agonista GABA aumenta el riesgo de un estado hiperdopaminérgico. Algunos fármacos que producen delirium, como litio, digoxina y antagonistas de los receptores H2 de histamina se ligan a los receptores colinérgicos, aunque, no son fármacos tradicionalmente clasificados como anticolinérgicos.

En la tabla 2 se muestran los fármacos que desencadenan el Delirium¹²:

ANTIARRITMICOS	Digoxina, propanolol, procainamida, lidocaina
ANTIHIPERTENSIVOS	Reserpina, metildopa
PSICOTROPOS	Amitriptilina, litio, benzodiazepinas, neurolépticos, opiáceos, hipnóticos.

¹² Gonzalez,. Ibid; pag.

ANTAGONISTAS H2	Ranitidina, cimetidina, famotidina
ANTICOLINERGICOS	<ul style="list-style-type: none"> ○ Antihistaminicos: difenhidramina, hidroxizina ○ Antiparkinsonianos :levo-dopa, agents dopaminergicos, amantadina ○ Atropina, escopolamina ○ Antidepresivos con alto poder anticolinérgico: inhibidores selectivos de la recaptacion de serotonina, Amitriptilina, imipramina. ○ Antiespasmódicos
OTROS	Anticonvulsivantes, corticoesteroides, AINES

Los pacientes sometidos a ventilacion mecanica reciben habitualmente sedantes y analgesicos para reducir el dolor y la ansiedad, como recomienda la sociedad de Medicina intensiva (SCCM). Estos medicamentos no obstante, no carecen de efectos perjudiciales. La sedacion intravenosa continua, por ejemplo, se asocia con la ventilacion mecanica prolongada en comparacion con la sedacion mediante bolos intermitentes.

6.5. Clasificación y manifestaciones clínicas

El delirium está categorizado en tres subtipos hipoactivo, hiperactivo y mixto. En un extremo está el paciente pacifico, en quien a menudo se asume erróneamente que está pensando claramente. El Delirium en éste contexto es referido como "Delirium hipoactivo", y está caracterizado por la disminucion de la actividad física y mental, puede llevar a resultados adversos tales como la reintubación, lo cual ha demostrado que incrementa 10 veces el riesgo de neumonía nosocomial y muerte.

Además, el Delirium hipoactivo está asociado a aspiración, embolismo pulmonar, úlceras por decúbito y otras alteraciones relacionadas con inmovilización.¹³

En el otro extremo están los pacientes agitados o combativos, en quienes se suelen producir reacciones emocionales que predisponen al paciente a producir lesiones craneales por caídas de la cama, retiro traumático de canalizaciones endovenosas, sondas vesicales, gástricas, etc., incremento en la actividad muscular, mayor gasto energético y pérdida insensible de líquidos, además de la agresión física la personal medico y de enfermería, estos pacientes reciben más a menudo dosis mayores de sedantes y los comprometen al menos a otro día de intubación mecánica innecesaria.

6.5.1. Delirium hiperactivo

El Delirium hiperactivo puede ser confundido con esquizofrenia, demencia agitada o con un trastorno psicótico. En la variedad hiperactiva el paciente se encuentra hipervigilante, con agitación, inquietud, agresividad, y se acompaña de alucinaciones.

6.5.2. Delirium hipoactivo

El Delirium hipoactivo se produce con mayor frecuencia, pero sus manifestaciones pueden fácilmente ser pasadas por alto si no existe un alto grado de sospecha clínica y se emplea una herramienta de detección de manera sistemática. El Delirium hipoactivo es difícil de distinguir de los efectos farmacológicos de la medicación psicoactiva empleada, por lo que su incidencia real en la Unidad de Cuidado Intensivo es difícil de evaluar. Los pacientes con Delirium hipoactivo tienen con menor frecuencia ideas delirantes, cambios de

¹³ Meagher DJ, O'Hanlon D, O'Mahony E, Casey PR, Trzepacz PT. Relationship between symptoms and motoric subtype of delirium. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2000; 12: 51-56.

humor, alteraciones del ciclo sueño-vigilia y variabilidad de los síntomas que los casos de Delirium hiperactivo, aunque a menudo se produce un tipo mixto, con manifestaciones de hipo e hiperactividad que se presentan de manera secuencial, lo que en muchos casos está en relación con el uso de medicación sedante. En general se puede decir que el Delirium hipoactivo es más grave, porque suele ser más grave la enfermedad de base, y se asocia a prolongación de la estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidado Intensivo y a una mayor mortalidad.¹⁴

Se ha señalado que la etiología y la fisiopatología de los dos subtipos de Delirium pueden ser distintos; en la encefalopatía metabólica, incluyendo la encefalopatía asociada a la sepsis, predominarían los tipos de Delirium hipoactivos, con una reducción del nivel de alerta del enfermo, mientras que en la privación de sustancias predominan los tipos hiperactivos, con un nivel de alerta aumentado y una mayor tendencia a la agitación y las ideas delirantes ("delusions" en terminología anglosajona). El tipo de complicaciones asociadas a cada tipo de delirio es también distinto, siendo las típicas del Delirium hiperactivo o agitado las autolesiones y los traumatismos, y las del Delirium hipoactivo las complicaciones derivadas de la inmovilidad, como las úlceras por presión, infecciones y trombosis.

Peterson y colaboradores examinaron la clasificación del Delirium en un cohorte de pacientes ventilados y no ventilados en una UCI medica y observaron que el Delirium hiperactivo era raro(1.6%). En contraste, el 43.5%de los pacientes presentaban Delirium hipoactivo y el 54.1%presentaban Delirium mixto que era una combinación de los dos. El Delirium se asocia con malos resultados clínicos en los pacientes en estado crítico, se recomienda realizar un control sistemático

¹⁴ Eduardo Palencia Herrejón Revista Electrónica de Medicina Intensiva Artículo nº C27. Vol 5 nº 6, junio 2005.

con instrumentos válidos y fiables de diagnóstico de Delirium en la Unidad de Cuidado Intensivo, para que la importancia pronóstica del mismo no pase desapercibida.

Las Enfermeras especialistas están en una excelente posición para incidir en la calidad de la atención para pacientes en estado crítico. El cuidado del paciente con Delirium requiere un enfoque riguroso a la prevención, detección y manejo.

Varias características clínicas distinguen el Delirium de otros trastornos mentales. En general, el Delirium se desarrolla en horas a días, y presenta fluctuación rápida durante el día.

- Alteración de la conciencia (por ejemplo, disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- Cambio en las funciones cognitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explique por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.
- La alteración se presenta en un periodo de corto tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- Demostración a través de la historia clínica, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
- El ciclo sueño vigilia está casi siempre invertido, periodos marcados de somnolencia durante el día, e insomnio en la noche con periodos de mayor lucidez matutina.
- Se pueden desarrollar ideas paranoides y agitación, trastornos de la percepción que incluyen ilusiones y alucinaciones que pueden ser visuales y auditivas o táctiles, puede existir alteración del comportamiento psicomotor, desde poca actividad espontánea hasta reacciones rápidas y

movimientos estereotipados. Estas alteraciones impiden al paciente comprender una situación clínica, cooperar con los médicos y dar consentimiento informado para tratamiento.

Para mejorar el reconocimiento precoz del Delirium las enfermeras de cuidado crítico deben hacer hincapié en la terminología, la visión y los conocimientos sobre la salud en el envejecimiento, los factores de riesgo y su clasificación, en las unidades de cuidado intensivo como una potencial emergencia medica.¹⁵

El delirium tiene tres características principales:

1. Fallas del estado de alerta, distractibilidad y deterioro de la memoria de trabajo. La memoria de trabajo facilita la atención al permitirle al cerebro mantener información por tiempos mayores que los de la memoria inmediata y menores que los de memoria a largo plazo, y es controlada por la corteza prefrontal y parietal posterior. Permite varios ítems de información relevante estén disponibles mientras se realiza una tarea.
2. Dificultad para mantener un tren de pensamiento coherente. El pensamiento queda vulnerable a la interferencia, la impersistencia y la perseveración.
3. Incapacidad para llevar a cabo secuencias de movimiento dirigidos a un propósito. Los movimientos coordinados, aun tan sencillos como usar los cubiertos o marcar un teléfono, pierden coherencia y muestran signos de desintegración, perseveración o impersistencia motoras.¹⁶

¹⁵ Dra. Michel Martínez-Franco et al. vol. 16 N° 2 Mayo- junio 2004 revista anestesia en México.

¹⁶ Escobar William, Delirio . Revista, Facultad de Medicina, Universidad Nacional De Colombia 2003; 51(2): 109 – 113.

6.6. Factores de riesgo

Un paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo puede presentar hasta más de 10 factores de riesgo. Cuando se establece el diagnóstico, se debe realizar un esfuerzo para identificar las causas subyacentes, investigar trastornos psiquiátricos previos, revisar lista de medicamentos cuidadosamente con énfasis en lo que se puede alterar el estado mental (benzodiazepinas, antidepresivos, opiodes).

Hay varios factores de riesgo identificados, algunos pacientes, altamente vulnerables al delirium podrían desarrollarlo con tan sólo tener un mínimo stress fisiológico, considerando que aquellos con una vulnerabilidad menor requieren de un daño nocivo o mayor para comenzar el Delirium. De manera importante, las reglas de predicción clínica han mostrado de manera repetida que es posible estratificar pacientes dentro de grupos de riesgo, dependiendo del número de factores de riesgo presentes. De hecho con tres o mas factores la probabilidad de desarrollar Delirium es del 60% o mas alta.¹⁷

El Delirium es un síndrome de etiología multifactorial, que resulta de la interacción entre tres elementos:

1. La vulnerabilidad previa del sujeto (edad avanzada, alteraciones cognitivas previas [demencia], discapacidades sensoriales como hipoacusia y disminución de la agudeza visual, consumo de sustancias con capacidad adictiva, como el alcohol, la nicotina y los psicofármacos).
2. Los factores ambientales (inmovilidad prolongada, práctica de intervenciones y procedimientos sobre el enfermo, sujeciones físicas, privación o sobre estimulación sensorial, privación de sueño, ventilación mecánica, abstinencia de sustancias)

¹⁷ Tejeiro Martínez J et al. Revista clínica Española 2002;202(05):280-288.

3. Las alteraciones fisiológicas causadas por la enfermedad aguda (sepsis, anemia, hipoxia, hipotensión, alteraciones hídricas y electrolíticas, dolor insuficientemente tratado, uso de fármacos psicoactivos, en especial opiáceos y benzodiazepinas).

Se ha señalado que el riesgo de Delirium aumenta con el número de factores presentes. Recientemente se ha demostrado que con actuaciones de la enfermera en la Unidad de Cuidado Intensivo, dirigidas a los factores de riesgo se puede reducir la incidencia del delirio en enfermos hospitalizados de edad avanzada. Representa la compleja interrelación entre factores predisponentes, intrínsecos a un paciente vulnerable, y factores precipitantes externos.

6.6.1. Factores predisponentes (Tabla 3)

- Envejecimiento cerebral. A medida que avanza la edad se produce una serie de cambios morfológicos y fisiológicos que disminuyen la reserva funcional del anciano y le hacen más susceptible a cualquier agresión externa. En el cerebro existe una pérdida neuronal, así como disminución del flujo sanguíneo cerebral y alteración de neurotransmisores y sus receptores, que predisponen al paciente a sufrir este síndrome.
- Patología orgánica cerebral. Son también factores de riesgo el deterioro cognoscitivo previo y otras enfermedades del SNC, como enfermedad de Parkinson, enfermedad vascular cerebral, tumores...
- Episodios previos de delirium.
- Déficits funcionales y factores estresantes. Se ha comprobado que el deterioro funcional previo y las alteraciones sensoriales pueden contribuir al desarrollo de Delirium. También existe relación con situaciones estresantes, entre las que cabe destacar el aislamiento social, la pérdida de un ser querido o un ambiente familiar perturbado.

Tabla 3.- Factores predisponentes de Delirium
• Edad avanzada
• Sexo masculino
• Deterioro visual o auditivo
• Deprivación del sueño
• Demencia
• Gravedad de la demencia
• Paciente terminal
• Depresión
• Enfermedad de Parkinson
• Dependencia funcional
• Inmovilidad
• Fractura de cadera
• Alcoholismo
• Gravedad de la enfermedad médica
• Condiciones médicas múltiples
• Enfermedad vascular cerebral
• Infección por VIH
• Trastornos metabólicos

6.6.2. Factores precipitantes (tabla 4)

- Condiciones generales. Muchas patologías, solas o en combinación, pueden causar delirium. Se consideran causas frecuentes las infecciones respiratorias y urinarias, pero también cabe destacar otras situaciones como alteraciones metabólicas, endocrinopatías, trastornos cardiopulmonares y gastrointestinales. Peri operatorio. Influyen condiciones como el tipo de intervención, duración de la misma y el postoperatorio.

- Medicamentos. Los efectos secundarios de medicamentos son la principal causa de delirium. Los fármacos más frecuentemente implicados son los anti colinérgicos

Muchos otros factores y noxas asociadas a la hospitalización pueden precipitar esta entidad (deprivación del sueño, interrupción de rutinas o cambios de ambiente, como en la Uci, medidas de sujeción y uso de restricciones físicas, deshidratación y malnutrición, estreñimiento, retención urinaria, complicaciones de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, reacciones postransfusionales).¹⁸

Tabla 4.-Factores precipitantes de delirio
• Narcóticos
• Enfermedad aguda grave
• Cirugía ortopédica
• Cirugía cardiaca
• Cirugía no cardiaca
• Ingreso a unidad de cuidados intensivos
• Alto número de procedimientos hospitalarios
• Dolor
• Retiro súbito de alcohol o drogas
• Sujeción física
• Choque
• Hiponatremia
• Hipoxemia
• Anemia
• Catéter vesical
• Infección en vías urinarias
• Evento iatrogénico

¹⁸ Blanco López B. et al. Octubre 2004-Pag 491-496.

6.7.1. Diagnóstico diferencial

El Delirium debe diferenciarse de otras patologías neurológicas y psiquiátricas, principalmente de la demencia y psicosis funcional progresiva.

Generalmente el diagnóstico diferencial consiste en establecer si el sujeto padece una demencia en lugar de un Delirium en la Unidad de Cuidado Intensivo, si tiene sólo Delirium o bien si éste se sobreañade a una demencia preexistente. Distinguir entre Delirium y demencia puede ser extremadamente difícil ya que ambos frecuentemente comparten características clínicas similares como desorientación, alteración de la memoria, el pensamiento y el juicio.

Aunque el deterioro de la memoria puede ser debido tanto al Delirium como a la demencia, ésta última, sin embargo, aparece típicamente en individuos relativamente alertas con poca o ninguna alteración de la conciencia. El mejor criterio para diferenciar ambos trastornos es el inicio y el curso temporal de los deterioros cognoscitivos. En concreto, en el Delirium el inicio de los síntomas es mucho más rápido y brusco, desarrollándose en el curso de varias horas o varios días, mientras que el inicio temporal de los síntomas en la demencia es menos agudo, es decir, crónicamente progresivo y el ciclo de sueño-vigilia parece menos deteriorado.¹⁹

La presentación aguda y el carácter fluctuante son determinantes a la hora de establecer el diagnóstico diferencial con otros procesos psiquiátricos semejantes. Los principales cuadros con los que hay que realizar un diagnóstico diferencial son:

- **La demencia:** Ambos presentan alteraciones cognitivas y fallos de memoria pero en la demencia el paciente se encuentra alerta y sin alteración de conciencia a

¹⁹ Roche V. Southwestern Internal Medicine Conference. Etiology and management of delirium. Am J Med Sci 2003; 325 (1): 20-30.

diferencia del Delirium. En la demencia el inicio es insidioso, por lo que es importante recoger información sobre sus síntomas previos al ingreso y en su evolución se mantiene o empeora el deterioro cognitivo.

- **Episodio depresivo mayor:** un Delirium hipoactivo puede confundirse fácilmente con una depresión con inhibición importante. La disminución del nivel de conciencia y la variabilidad de síntomas en el día no están presentes en la depresión.

- **Los episodios psicóticos agudos:** En los que predomina la ideación delirante, manteniendo un curso estable sin alteración de la conciencia y con una alteración parcial de la atención más en la línea de la hipervigilancia.

- **Otros:** En pacientes que toman Neurolepticos hay que pensar en un Síndrome Neuroleptico maligno si aparece fiebre, rigidez e hiperactividad autónoma sobre el delirium. Así mismo el Síndrome serotoninérgico (Delirium, mioclonos, hiperreflexia, diaforesis y temblor) puede aparecer en pacientes que están tomando antidepresivos ISRS solos o asociados con agentes serotoninérgicos como selegilina o dextrometorfano, o con algunos moficos.²⁰

²⁰ Ruiz M^a Isabel, Mateos Valentín, Suarez Héctor, Villaverde Paz Síndrome Confusional Agudo (DELIRIUM) Guía practica de diagnostico y tratamiento

En la tabla 5 se muestra el diagnóstico diferencial del Delirium.

Tabla 5 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL DELIRIUM

	DELIRIUM	DEMENCIA	PSICOSIS Aguda Funcional	DEPRESIÓN
Comienzo	Agudo	Insidioso	Subagudo	Subagudo
CURSO EN 24 HORAS	Fluctuante	Estable	Estable	Estable
CONCIENCIA	Alterado	Vigil	Vigil	Vigil
ORIENTACIÓN	Alterado	Alterada	Intacta	Intacta
MEMORIA	Deterioro	Deterioro	Conservada	Conservada
ATENCIÓN	Déficit grave	Déficit parcial	Déficit parcial	Déficit grave
DELIRIOS Y ALUCINACIONES	Frecuentes	Baja Frecuencia	Frecuentes	Frecuentes

El diagnóstico y la valoración de la gravedad del Delirium sigue siendo básicamente clínico, es decir, a través de la observación detallada de las características más relevantes del trastorno, como son su inicio abrupto y tendencia a la fluctuación de la sintomatología, alteración del funcionamiento cognoscitivo global y especialmente afectación de la atención, orientación y organización del pensamiento. Sin embargo, el uso de instrumentos que faciliten el diagnóstico sobretodo para las enfermeras y el uso de instrumentos que permitan la valoración de la gravedad del cuadro permiten mejorar la práctica clínica y son una herramienta de trabajo para la investigación.

En la Unidad de Cuidado Intensivo la enfermera utiliza la anamnesis y exploración física ya que son fundamentales para la identificación de Delirium. Las pruebas

complementarias básicas como las escalas utilizadas por ellas, junto con los datos clínicos proporcionan valiosa información.²¹

El Delirium es una entidad aún infra diagnosticada en la Unidad de Cuidado Intensivo, posiblemente infravalorada (y por ende no estudiada en profundidad) y, con frecuencia, incorrectamente tratada. Un mejor conocimiento del mismo ha de conducir a una detección precoz y a la instauración de un tratamiento encaminado a solucionar el problema y reducir sus complicaciones.

El reconocimiento precoz del Delirium, la correcta identificación de las causas precipitantes y el establecimiento más adecuado de las pautas terapéuticas, mejora el pronóstico de los pacientes dado que una vez establecido el cuadro éste incrementa las complicaciones médicas y en ocasiones puede establecerse un daño cerebral permanente con deterioro cognoscitivo irreversible.

La enfermera especialista en cuidado crítico deberá estar muy sensibilizada y adiestrada en la detección precoz del mismo, lo que sin duda redundará en un mejor pronóstico del paciente, en el acortamiento de su estancia media y en una mayor eficiencia del servicio.

Se debe hacer un diagnóstico en dos tiempos; el primero encaminado a reconocer el Delirium, y el segundo a establecer o identificar la causa o causas potencialmente responsables del mismo.

1.- Diagnóstico neuropsicológico. Está dirigido a constatar la existencia de alteraciones en la atención y en la concentración. Así son útiles el test de

²¹ Philippe voyer. Et al 2008 February 26.

repetición de dígitos (Digit Span Test), los test de sustracción de números (p. ej.: ir restando de 7 en 7 partiendo de 100) o los de identificación de una letra determinada en una “sopa de letras”. **El Mini-Mental test** generalmente está alterado (en el 30% de los pacientes por debajo del punto de corte de 23) aunque su mayor problema es que, por sí solo, no permite hacer una distinción entre Delirium ya demencia. La escala para **método para la evaluación de la confusión** facilita evaluar periódicamente a estos pacientes ²²y su puntuación total permite establecer una correlación con la intensidad del cuadro .

2.- Diagnóstico clínico. La exploración general debe ir guiada a identificar las patologías subyacentes (hepatopatía, nefropatía, infección). Por su parte la exploración neurológica nos permitirá concluir si el Delirium es debido a una lesión cerebral focal, y en tal sentido se valorarán los signos meníngeos, el lenguaje, la campimetría, la indemnidad de las vías motoras o sensitivas, etc. En los pacientes en los que el Delirium está motivado por una causa sistémica (tóxica o metabólica) no existirán, habitualmente, signos neurológicos anormales, salvo mioclonías, temblor o asterixis.

3.- Estudios complementarios:

- a) Análisis de sangre (hemograma, glucemia, iones, vit B12 y ácido fólico, función renal, función hepática, y función tiroidea. Amoniemia (en caso de patología hepática), gasometría arterial y detección de tóxicos si procede. Niveles plasmáticos de fármacos - litio, anticonvulsivos, digoxina,.
- b) Análisis de orina (sedimento y urinocultivo).
- c) Estudio radiológico de tórax y EKG.
- d) Punción lumbar.: debe realizarse ante todo paciente con signos meníngeos, cuadro febril sin foco, o SCA de causa no aparente.

²² Korreavar JC, van Munster BC, de Rooij SE. Risk factors for delirium in acutely admitted elderly patients; a prospective cohort study. BMC Geriatrics 2005; 5:6-13.

e) TAC craneal. Dirigida a descartar patología estructural (hematoma subdural, infartos estratégicos). EEG. Puede ser de ayuda en algunos casos al constatarse patrones EEG característicos (ondas trifásicas en la encefalopatía hepática, en algunos estados confusionales críticos del anciano, etc.).

Los criterios diagnósticos mas utilizados por los Psiquiatras son los establecidos por la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales 2002.

CRITERIOS OPERATIVOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DELIRIUM (DSM)

A) Dificultad para mantener la atención ante estímulos externos y para dirigir la atención de forma apropiada a estímulos nuevos.

B) Pensamiento desorganizado que se manifiesta a través de un lenguaje vago, irrelevante e incoherente.

C) Al menos dos de los siguientes síntomas:

- Alteraciones del ciclo sueño-vigilia, con insomnio o somnolencia durante el día.
- Desorientación en tiempo, espacio y persona.
- Aumento o disminución de la actividad motora.

D) Síntomas clínicos que se desarrollan en un corto periodo de tiempo (Habitualmente horas o días) y que tienden a fluctuar en el curso del día.

E) Cualquiera de los siguientes:

- Demostración a través de la Historia, del examen físico y de las pruebas de Laboratorio de una causa orgánica específica que se estima etiológicamente relacionada con la alteración.
- En ausencia de tal evidencia, puede presuponerse un factor etiológico orgánico si la alteración no puede atribuirse a ningún tipo de trastorno mental no orgánico.

6.8. ESCALAS DE IDENTIFICACION DEL DELIRIUM

Los métodos existentes que suelen utilizarse en el diagnóstico del Delirium incluyen cuestionarios mentales del estado mental, entrevistas clínicas, escalas de grado del síntoma y electroencefalografía. Por lo general, los instrumentos usados para detectar el trastorno son típicamente los utilizados en la evaluación de la demencia o pruebas que identifican la inatención y otras características específicas del delirium.

Hay diversos instrumentos, unos para detectar los síntomas de Delirium y otros para valorar la severidad o la evolución. No substituyen a la entrevista y exploración. Entre ellos están:

PARA VALORAR ESTADO COGNITIVO:

- Mini-Mental State Examination (MMSE)
- Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)

DE DETECCIÓN:

- Clinical Assesment of Confussion
- CRS: Confussion Rating Scale
- DSI: Delirium Symptom Interview, entrevista estructurada
- Neecham Confussion Scale

DE DIAGNÓSTICO

- CAM: Confussional Assessment Method.(Inouye et al, 1990).

DE CUANTIFICACIÓN

- OBS: Organic Brain Syndrome Scale (Berggren)

- DRS: Delirium Rating Scale (Tzrepacz)
- MDAS: Memorial Delirium Assessment Scale 1997.

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

El MMSE fue desarrollado por Folstein et al. (1975) como un método práctico para facilitar al clínico el graduar el estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium. Las características esenciales que se evalúan con el Mini Mental State Examination son:

- Orientación temporo-espacial
- Capacidad de atención, concentración y memoria
- Capacidad de abstracción (cálculo)
- Capacidad de lenguaje y percepción viso-espacial
- Capacidad para seguir instrucciones básicas
- Conceptos importantes

I. Escala de Orientación: Proporciona información acerca de la capacidad de orientación en espacio y tiempo que tiene la persona.

Una puntuación baja puede indicar: una desorientación de la persona en relación al lugar y al tiempo, por lo que se debe prevenir a los familiares del riesgo que tiene de perderse si sale sola de la casa.

II. Escala de Registro: Indica la capacidad que tiene la persona para registrar información en la memoria.

III. Escala de Atención y cálculo: Esta escala mide la capacidad de atención, concentración y abstracción que tiene la persona.

Una puntuación baja puede indicar: dificultad para atender y concentrarse; discalculia o acalculia (disminución o pérdida de la habilidad con los números).

IV. Escala de Recuerdo: Mide la memoria reciente de la persona: decir su capacidad para recordar información recientemente adquirida.

V. Escala de Lenguaje: a. Indica la capacidad que tiene la persona para expresarse mediante palabras, para repetir y para seguir instrucciones básicas.

b. Determina también la capacidad de la persona para la escritura.

Una puntuación baja puede indicar: problemas de motricidad fina; dificultad de expresión verbal o escrita; dificultad y juicio de razonamiento.

Por otro lado, la repetición del dibujo (de Bender) indica la capacidad de percepción viso-espacial, concentración, organización y coordinación motora (fina) que tiene la persona.

Una puntuación baja puede indicar: déficit en la percepción viso-espacial; dificultad de organización; dificultad motriz; presencia de deterioro mental al existir dificultad en la integración de sus partes adición u omisión de ángulos; pero puede indicar únicamente un problema de tipo visual, por lo que se debe siempre pedir a la persona que si utiliza lentes, los use al realizar esta prueba.

MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (MEC) (ANEXO 1)

Deriva del Mini-mental State Examination de Folstein (MMSE), el más internacionalmente difundido de todos, a pesar de sus críticas por el elevado índice de falsos positivos y por su clara correlación negativa con el nivel de instrucción previo.

El primer MEC utilizado fue la versión de 35 puntos (MEC-35), posteriormente, han surgido versiones más cortas: el MEC-30, para comparaciones internacionales; el MEC-20, incluido en la entrevista semiestructurada EPEP. El MEC ha sido incluido en las versiones españolas de la entrevista estructurada CAMDEX y de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10, versión de medicina familiar).

Ofrece información sobre el deterioro cognoscitivo pero que no permite diferenciar entre el Delirium y la Demencia. No reconoce si la implantación del proceso es agudo o crónico y no establece el Diagnóstico de Delirium per se. Una escala inferior a 25 puntos en esta prueba puede significar un cierto grado de deterioro. Para valorar la evolución la ya mencionada Escala para el estado confusional (Strub y Black) (Anexo 2)

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM) (ANEXO3)

Es un instrumento que destaca por su sencillez de aplicación y su eficacia. Fue diseñado específicamente para el diagnóstico de delirium.

Es capaz de distinguir entre demencia y delirium, valora múltiples características del delirium y es factible su realización en pacientes con delirium. Se creó basándose en los criterios diagnósticos del DSM-III-R e incluye:

- a) Inicio agudo y curso fluctuante
- b) Inatención
- c) Pensamiento desorganizado
- d) Nivel de conciencia alterado

El diagnóstico se realiza si cumple a+b+c o d (Inouye et al. 1990). No obstante tiene un uso limitado para el diagnóstico de delirium basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV, ya que en éste se requiere un trastorno de conciencia para el diagnóstico y además tampoco se valora en este test el estado cognitivo.

El instrumento mas usado a menudo en la actualidad para la detección del Delirium en enfermos hospitalizados es el método para la valoración del estado Confusional(confussion assessment method CAM).

La mayoría de los instrumentos diseñados para el diagnostico del Delirium resultan difíciles de aplicar en el enfermo critico, pues requieren un buen nivel de conciencia y la presencia de habilidades verbales, motoras,visuales y auditivas preservadas. En los últimos años se han desarrollado herramientas alternativas, aplicables en la Unidad de Cuidado Intensivo, que en un periodo de tiempo tan corto como de uno o dos minutos, permiten detectar el delirium con un elevado grado de fiabilidad, incluso en pacientes que no pueden seguir una entrevista hablada, como los que están recibiendo ventilación mecánica. Las dos principales herramientas son el método para la valoración del estado Confusional en la Unidad de Cuidado Intensivo (CAM ICU), versión del CAM adaptada para el enfermo critico, y el listado para la detección del Delirium en la Unidad de Cuidado Intensivo (Intensive Care delirium screening checklist IC-DSC).

El CAM ICU ha sido validado para el diagnostico del Delirium en el enfermo critico sometido a ventilación mecánica y se puede llevar a cabo en dos minutos por cada paciente evaluado, por lo que se trata de una herramienta útil para ser empleada en la detección sistemática del Delirium en la Unidad de Cuidado Intensivo. En el estudio de validación, el CAM ICU presentó una sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo superiores al90%, comparado con el

diagnostico basado en el DSM- IV, y tuvo una excelente concordancia entre observadores.

El CAM ICU tuvo la misma validez en los subgrupos de pacientes mayores 65 años esta escala emplea la escala de Richmond de sedación y agitación(Richmond Agitation Sedation scale RASS), para valorar los cambios en el nivel de conciencia, la única escala validada para la monitorización del grado de sedación agitación a lo largo del tiempo. Dicha escala asigna el valor 0 al estado normal, con puntos positivos para los grados crecientes de agitación y puntos negativos para los grados de mayor profundidad de la sedación.

El CAM , del que deriva el CAM ICU, ha sido evaluado recientemente por investigadores independientes que han encontrado una sensibilidad moderada y una especificidad suboptima, por lo que el CAM seria únicamente un método de detección y no de diagnostico definitivo del delirium. Del mismo modo el CAM ICU debería considerarse un método de detección; se ha señalado que su principal punto débil radica en su incapacidad para distinguir las alteraciones de conciencia propio del delirium de las causadas por el efecto de la medicación sedante, por lo que podría sobreestimar de manera importante la incidencia del delirium en los pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo.

La Escala de valoración de síntomas de delirium de Trepacz 1988 (adaptación castellana de Bulbena y cols. 1996) (Anexo 4). Para evaluar la gravedad hay que tener en cuenta la fluctuación de síntomas y elegir fracciones de tiempo que puedan aportar cambios significativos.²³

²³ Ruiz M^a Isabel et al.

CONFUSION NEECHAM SCALE (Anexo 5)

Fue desarrollada por enfermeras como un método rápido para constatar la capacidad del paciente para ordenar y procesar información, así como para valorar la presencia de confusión, la puntuación es de 0 a 30 puntos, hasta 27 es normal, 25 -26 en riesgo, 20-24 puntos algo confuso, y por debajo de 20 confuso. Contiene tres subescalas de tres ítems cada una: estado de alerta/ rendimientos, aspecto/función vital.²⁴

Confusion Rating Scale (CRS) Herramienta útil en la supervisión de la severidad del delirium. Valora 4 elementos característicos de la sintomatología del delirium: confusión (desorientación), conducta (comportamiento inadecuado), comunicación (discurso inadecuado) y percepción (ilusiones o alucinaciones). No precisa la participación del paciente y puede ser administrado por personal de enfermería.

Su utilidad se limita en detectar el delirium según lo definido en los criterios diagnósticos del DSM-IV, permitiendo su valoración en un corto plazo y resultando muy útil cuando es utilizada junto a otras pruebas que evalúan el deterioro de las funciones cognitivas.

DELIRIUM RATING SCALE (DRS) (ANEXO 6)

Es una escala de 10 ítems que evalúa el inicio temporal de las alteraciones perceptivas de comportamiento, sueño, humor, cognición y severidad de la enfermedad. Esta prueba está basada en los criterios diagnósticos del DSM-III-R y fue diseñada para ser utilizada por los médicos como herramienta útil para identificar el delirium, y diferenciarlo de la demencia y otros trastornos neuropsiquiátricos. Sus autores consideran que es una prueba útil para medir y

²⁴ Bulvena Vilarrasa Antonio, Berrios Germán E, Fernández Pedro Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología Editorial, Masson Doyma Mexico 2003

cuantificar la severidad del delirium, estableciéndose el diagnóstico de delirium cuando la puntuación sea igual o superior a 12.

6.9. TRATAMIENTO

El tratamiento ha de ser en primer término etiológico y estar basado en el estudio de los posibles factores causales y en la identificación y neutralización de los factores desencadenantes. En segundo término, se deberá instaurar un tratamiento sintomático con medicamentos y/o medidas ambientales, con el fin de controlar los síntomas conductuales o psicóticos y mejorar las funciones cognitivas.²⁵

6.9.1. Tratamiento no farmacológico

Pese a que el tratamiento ambiental es algo conocido por todos y que parezca evidente su utilidad muchas veces es olvidado por el enfermero especialista. Este tratamiento se compone de estrategias sencillas, que deben ser puesta en marcha por todo el grupo de cuidado teniendo en cuenta la participación de la familia.

- a. Disponer un ambiente confortable
 - Evitar ambientes ruidosos
 - Evitar exceso de movimiento.
 - Evitar los cambios de personal, de habitación o de la ubicación de objetos.
 - La luz debe ser suficiente y moderada evitando la oscuridad completa
- b. Poner la cama en la posición mas bajas para evitar posibles caídas, debido a la desorientación del paciente.

²⁵ Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry, 2° ed. Washington DC. The American Psychiatric Publishing 2002. pp 259-274.

- c. Orientación temporo-espacial, recordándole la hora día y lugar en el que se encuentra (situar en la medida de lo posible relojes o calendarios en la habitación).
- d. Si es necesario, incluso se recordara la identidad del paciente si fuera necesario.
- e. Asegurarse, si el paciente dispone de dispositivos de ayuda sensorial, tales como gafas o audífonos que lo llevan puestos.
- f. Ponerle a su alcance sus objetos personales, el timbre y la luz.
- g. Evitar que el paciente este solo. Es necesaria la presencia de alguien para evitar posibles accidentes o autolesiones.
- h. Las visitas son aconsejables y necesarias, pero no conviene que hayan muchas personas a la vez, ni que sean de una duración excesiva. Si se hace necesario la presencia de una persona que le sirva de referencia.
- i. Contacto personal y tranquilizador
 - Aproximación física de apoyo
 - Tono de voz tranquilizadora y lenta.
 - Comunicación cara a cara.
- j. Las preguntas deben ser lo mas sencillo posible. Es conveniente explicarle lo que se le está realizando (exploraciones...). El objetivo de las técnicas (vías intravenosas, sondas o catéteres...).
- k. Si existe alucinaciones no hay que tratar de convencer al paciente ni discutir con el, lo mejor es una actitud comprensiva, permitiéndole seguridad y confianza.
- l. Ayudar al paciente a realizar los autocuidados, tales como la higiene o la eliminación para evitar posibles caídas.

En el estudio de Rodriguez Mondejar , las actividades realizadas por enfermería en los pacientes con síndrome confusional agudo en la UCI, tuvieron éxito el 35%

de los casos, por lo que concluye que la actuación de enfermería es muy positiva.²⁶

La actuación de las enfermeras especialistas como el del equipo multidisciplinar y la familia tiene una labor fundamental en este tipo de pacientes, y la realización de estas medidas ambientales como primera opción pueden evitar la aplicación de sujeciones físicas o tratamiento farmacológico de tipo sedante²⁷

6.9.2. Tratamiento farmacológico

Estará indicado cuando las medidas anteriores han fracasado en el control de síntomas disruptivos o cuando hay una alteración del ritmo vigilia-sueño. La enfermera debe evitar las medidas de restricción física y en caso de ser necesarias, utilizar sujeciones anchas alrededor de la cintura, tanto en el sillón como en la cama, evitando ataduras en las manos. La revisión de las mismas se hará con frecuencia y se retirarán lo antes posible, garantizando siempre la seguridad del paciente.

El tratamiento farmacológico es de elección en el delirium

1. No hay fármaco ideal y cualquier fármaco puede empeorarlo.

2. Son deseables fármacos con:

- Escaso efecto anti colinérgico
- Escaso efecto hipotensor
- Escaso efecto sobre centro respiratorio

²⁶ Rodríguez Mondejar JJ. Síndrome confusional agudo en UCI: factores que influyen y actitud de enfermería.

²⁷ Hurtado Martínez S. Manejo ambiental en el tratamiento del delirio. Excel enferm (en línea) 2006 (1 de febrero de 2006);3 (14). URL disponible en <http://www.ee.isics.es>.

- Disponibilidad para su utilización parenteral.

3. La elección vendrá dada por:

- Facilidad de administración.
- Efectos secundarios a evitar

4. Fármacos más recomendables: Neurolépticos, entre ellos el Haloperidol.

5. Es Necesario:

- Monitorización diaria
- Reajustar dosis según respuesta
- Retirarlo lo antes posible.

Su utilización debe estar claramente documentada y constantemente revisada, de acuerdo a la evolución del paciente. No hay un fármaco ideal para controlar el Delirium y muchos psicofármacos lo empeoran. La enfermera debe tener en cuenta la disponibilidad en su administración (oral parenteral), los efectos secundarios que se quieran evitar y las condiciones médicas de base.

NEUROLÉPTICOS

Excepto en el delirium por derivación ética y por benzodiacepinas el fármaco de elección son los neurolépticos y dentro de ellos el Haloperidol se recomienda por sus escasos o nulos efectos anti colinérgicos, mínimos efectos sobre la presión arterial, escasa sedación y ausencia de metabolitos activo. Su efecto secundario más frecuente es la aparición de sintomatología extra piramidal pudiendo ser menor en administraciones IV.

En administraciones endovenosas y a altas dosis (>35mg/d) se ha asociado a torsa de des pointes (QT prolongado), una forma de taquicardia ventricular. También, pero menos frecuentemente, se ha relacionado, este efecto, con

administraciones orales y a dosis menores. Se recomienda ECG de base como control de la medicación.

Una prolongación superior del QT a 450ms o mayor del 25% que en el ECG previo puede justificar una consulta a cardiología y una reducción o suspensión del tratamiento. En ancianos, se ha sugerido empezar por dosis bajas de 0,25-0,5mg V.O. cada 4-6-8 horas, según se requiera. Algunos pacientes más agitados pueden precisar dosis mayores, recomendándose 0,5 mg por vía intravenosa, pudiéndose dar dosis adicionales cada 30 ó 60 minutos.

El Droperidol tiene un inicio de acción rápida y una vida media más corta que el Haloperidol.

Más sedante y con menos efecto antipsicótico que el anterior y con mayor riesgo de hipotensión. Se administra por vía IV y parece ser igual de efectivo que el Haloperidol. Debido a sus efectos extrapiramidales, ambos fármacos, deberían evitarse en pacientes con E. de Parkinson y en su lugar utilizarse neurolépticos atípicos como la risperidona o benzodiacepinas como el Lorazepam.

Hay pocos estudios sobre la eficacia de los nuevos neurolépticos como la Risperidona en el Delirium. Dosis bajas, 0,5-1mg/d, parecen ser eficaces. Sólo se dispone de administración oral.

Con respecto a los neurolépticos de baja potencia, debido a sus efectos anticolinérgicos y al riesgo a exacerbarlo, debería evitarse su utilización en el manejo del Delirium.

BENZODIACEPINAS

Son el tratamiento de elección en el Delirium secundario a privación por benzodiacepinas o por abstinencia alcohólica. Su eficacia como Monoterapia en el resto de los casos de Delirium, es muy dudosa.

Algunos estudios sugieren que, en combinación con Haloperidol, el tratamiento es eficaz con una menor incidencia de efectos extrapiramidales y de duración del delirium que, en el caso, de utilizar Haloperidol solo.

Están contraindicadas en casos de encefalopatía hepática, debido a la acumulación de glutamina en estas condiciones. La glutamina está relacionada con el ácido Damino-butírico (GABA).

Deben evitarse en pacientes con insuficiencia respiratoria. En caso de utilizarse, deben emplearse aquellas que tengan una vida media relativamente corta y sin metabolitos activos como, el Lorazepam en caso de abstinencia alcohólica son preferibles las de vida media larga.

El Midazolam (Dormicum), Benzodiacepina tiene una vida media corta y es utilizado, sobretodo, en UCI Sin embargo se ha asociado con un alto riesgo de privación de benzodiacepinas cuando se suspende y con agitación paradójica cuando se usa en pacientes con privación por sedantes-hipnóticos; por otro lado, produce metabolitos activos que pueden acumularse en pacientes con hepatopatía y causar, por tanto, toxicidad. Permite la administración IV pero es necesario vigilar su efecto depresor sobre el SNC.

En la dosificación de benzodiacepinas hay que ser especialmente cuidadosos dado el riesgo de exacerbar los síntomas, no habiendo una dosis óptima, al igual que con los neurolépticos. Se recomienda en casos leves-moderados dosis de 1-2 mg, inicialmente. En casos más graves, 1-2 mg IM o IV.

COLINÉRGICOS

Los medicamentos colinérgicos han sido utilizados de forma muy limitada en el tratamiento del Delirium, restringiéndose prácticamente al Delirium de origen anticolinérgico.

La fisostigmina es el representante de este grupo, un inhibidor central de la colinesterasa. Sobre tacrina, donepezilo y rivastigmina se han realizado pocos estudios sobre su eficacia en el tratamiento del Delirium

La fisostigmina se administra por vía IV y tiene una vida media muy corta, lo cual limita su uso. Sus efectos secundarios derivan de sus efectos colinérgicos: bradicardia, náuseas, salivación, epigastralgiyas, aceleración del tránsito intestinal y convulsiones, en casos de administración muy rápida.

6.10. Intervenciones de enfermería

El cuidado de los pacientes en estado crítico pone a prueba las habilidades, los conocimientos y la experiencia clínica de los enfermeros, no solo por el estado de salud de los pacientes con múltiples necesidades interferidas, sino también por las barreras y distorsiones que se presentan para que la interacción y comunicación con los pacientes ofrezca los resultados que se esperan en términos de contribuir a la recuperación de la salud o a la muerte tranquila.

En la unidad de cuidados intensivos la enfermera utiliza la anamnesis y exploración física ya que son fundamentales para la identificación de delirium. Las pruebas complementarias básicas como las escalas utilizadas por ellas, junto con los datos clínicos proporcionan valiosa información.²⁸

En la Historia clínica. La enfermera recoge los datos de informadores próximos al paciente. Debe ir dirigida a conocer la forma de comienzo y duración del cuadro, las circunstancias que preceden a su desarrollo y que pueden poner de manifiesto

²⁸ Philippe voyer. Et al 2008 February 26.

potenciales factores precipitantes, la situación basal del paciente, tanto física como mental, así como a hacer una cuidadosa revisión de la medicación.

Exploración física. La enfermera de UCI estará enfocada a detectar signos que sugieran factores etiológicos específicos, mediante examen físico y neurológico completos.

Nivel de conciencia. Se define como el grado de alerta que permite reaccionar a estímulos externos. Puede ser normal o estar alterado, y varía desde la somnolencia a la hiperactividad. Es fluctuante a lo largo del día y también durante la evolución del cuadro.

Atención. Es la alteración más característica, detectada por la enfermera aunque puede asociarse a nivel de conciencia normal. Se afecta la capacidad para responder a estímulos de una forma continuada. El paciente está distraído, es incapaz de filtrar estímulos insignificantes, de seguir instrucciones o contestar preguntas hechas por la enfermera.

La memoria será evaluada por la enfermera, estará siempre alterada como consecuencia de los trastornos de atención. Principalmente se perturban la memoria inmediata y reciente con incapacidad para procesar nueva información. Si se consigue que el paciente fije la atención, podemos observar que la memoria remota está relativamente conservada.

Orientación. Es otra alteración básica. Inicialmente se afecta la esfera temporal, seguida de la espacial y personal.

Pensamiento y lenguaje. El pensamiento está alterado en su estructura y contenido. Esto queda reflejado en el lenguaje, que es de curso irrelevante y

repetitivo, incoherente, con circunloquios; la capacidad de abstracción es nula. El contenido del pensamiento está dominado por preocupaciones e ideas delirantes fugaces y poco estructuradas, de contenido persecutorio u ocupacional.

Percepción. La información sensorial está distorsionada en forma de ilusiones (interpretación errónea de un objeto real) o de alucinaciones (percepción alterada sin objeto). Las alteraciones perceptivas son habitualmente visuales y muy variables en cuanto a su significado.

La enfermera evalúa la conducta. Se pueden alternar diferentes patrones de comportamiento a lo largo del día. El paciente puede presentar una actividad psicomotora disminuida con apatía e inmovilidad, o bien inquietud y agitación.

Evalúa el estado afectivo. Es frecuente encontrar estados de euforia o ansiedad que alternan con otros de indiferencia, apatía y depresión.

Se vigila el ciclo sueño-vigilia. Suele existir insomnio con empeoramiento de la confusión durante la noche e hipersomnias diurnas.

Valora la enfermera el sistema neurovegetativo. Es frecuente evidenciar una hiperactividad vegetativa.²⁹

Pruebas Complementarias. El Delirium puede atribuirse a diferentes factores etiológicos, que en muchas ocasiones son difíciles de diferenciar y distinguir clínicamente.

Por esto con frecuencia se hace imprescindible la contribución de exámenes complementarios básicos.

²⁹ Steis MS, Fick, et al Journal Of Gerontological Nursing. Vol.34,Nº.9,2008

La enfermera comienza indagando, entre los familiares o allegados, las circunstancias de aparición de los síntomas, la forma de inicio y evolución seguida hasta el momento de consulta, los posibles factores precipitantes o predisponentes, la utilización o exposición a fármacos o tóxicos, el estado cognitivo previo del paciente (el principal factor de riesgo para el desarrollo del Delirium es la demencia subyacente), etc.

La aproximación inicial al paciente suele hacerse preguntándole su nombre y cómo se encuentra. De sus respuestas la enfermera inferirá una primera impresión. Mientras los pacientes más encefalopáticos pueden requerir estímulos auditivos y táctiles intensos, los agitados reaccionan con hiperrespuesta (incluso con violencia) a cualquier estímulo ambiental.

El personal de enfermería necesita habilidad para realizar una valoración rápida del paciente crítico. Adoptar una actitud conservadora con el fin de descubrir cualquier manifestación de este síndrome e intervenir oportunamente.

7. DESARROLLO METODOLÓGICO

OBJETIVOS:

1. Determinar los instrumentos existentes para la identificación del Delirium en el paciente en estado crítico.
2. Reconocer los aspectos contemplados en las escalas existentes para la identificación del Delirium en el paciente en cuidado crítico, hospitalizado en UCI.

FASE DE BÚSQUEDA

Teniendo en cuenta los objetivos trazados se inicia la búsqueda de artículos con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

1. Artículos publicados del año 2000 al 2009
2. Artículos que respondan a nuestros objetivos
3. Artículos basados en experiencias con pacientes que han presentado Delirium.

Criterios de exclusión:

1. Artículos en donde mencionan o estudian pacientes con afecciones psicológicas
2. Artículos publicados antes del 2000

3. La búsqueda inicia tomando como base las siguientes palabras claves:

- Paciente crítico
- Cuidado de enfermería
- Delirium
- Instrumentos

Las bases de datos que sirvieron como guía en esta búsqueda fueron:

- MEDLINE
- LILACS
- PROQUEST
- CIELO

FASE DE SELECCIÓN DE DOCUMENTOS

Ayudados por las bases de datos con las que contamos en la actualidad y los criterios de inclusión mencionados anteriormente, ubicamos diferentes artículos de revisiones ya realizadas sobre Delirium.

Teniendo en cuenta la procedencia, el idioma, los autores, el año de publicación y las muestras utilizadas para dichos estudios esta búsqueda arrojó un total de 52 artículos de investigación con diseño descriptivo prospectivo; se excluyeron 35 artículos por revisión del abstract de los cuales 18 artículos fueron excluidos quedando un total de 17 a los cuales se les aplico criterios de inclusión y exclusión ya mencionados, quedando seleccionados 11 artículos para la revisión documental.

ARTICULO	TITULO	AUTOR	LUGAR	MEDIO DE PUBLICACION
1	Delirium en pacientes en estado crítico	Nicolas Bergeron, Yoanna Skrobik, Marc Jacques Dubois.	Departamento de cuidados intensivos del hospital Erasme, Universidad Libre de Bruselas, Bélgica	BioMed Central Ltd. 2002
2	Reconocimiento del Delirium en los pacientes de la UCI: un estudio de diagnóstico de la escala de confusión NEECHMAN en pacientes de la UCI	Henny EM, Marieke J, Schuurmans, Jaap Jvan de Bijl.	Unidad de cuidados intensivos de un hospital general.	BioMed Central Ltd. BMC Nursing. 2005
3	Delirium en pacientes con VM, validación del metodo para la detección de la confusión en UCI (CAM - UCI)	E. Wesley Ely, Sharon K. Inouye, Gordon R. Bermand, Joseph Francis, Lisa May, Brenda Truman, Theodore Speroff, Shiva Gautam, Richard Margolin, Robert P. Hart, Robert Dittus.	Unidad coronaria de adultos ICUs y centro médico universitario	JAMA. 2001;286:2703-2710
4	Reconocen las enfermeras el Delirium?	Melinda R. Steis, Ms, RN; and Donna M. Fick, PhD, RN.	Bases de datos MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, ProQuest Psychology Journals.	JOURNAL OF GERONTOLOGICAL NURSING. VOL. 34, No.9, 2008.
5	Incidencia del Delirium en las UCI y cuidados coronarios del hospital central militar	Dr. Isaac Ramos Juárez, Dra. Diana Pérez Trejo, Dr. Francisco de Jesús Takao KaneoAlman	Hospital Central Militar	Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. Abril – Mayo. 2007
6	Incidencia del Delirium en UCI y factores relacionados	Ayllon Garrido, Álvarez González y González García.	Servicio de medicina intensiva del Hospital de Txagorritxu Victoria. Alava.	Revista enfermería intensiva vol. 18. Abril 2007
7	Cuadros de Delirium en pacientes coronarios	P. Moreno, J.Valle, A. Carrillo, Raurich, M.Fiol, C. Blanco	Cuidados intensivos del hospital Son Dureta	First International Congress con Neuropsychology
8	El delirio de la unidad de cuidados intensivos es un pronosticador independiente de estadía más larga del hospital.	Jason WW Thomason ¹ , Ayumi Shintani ² , Josh F Peterson ³ , Brenda T Pun ⁴ , James C Jackson ⁵ y E Wesley Ely ⁶	Servicio unidad de cuidados intensivos	<i>La Cautela Crítica</i> 2005, 9:R375-R381doi:10.1186/cc3729
9	Delirium: incidencia y características clínicas y epidemiológicas en un hospital universitario	Diana Restrepo, Carlos Cardeño, Lina Páramo, Sigrifredo Ospina, Jorge Calle	Hospital universitario de Medellín	Revista, colombiana, psiquiátrica. Volm. 38/N° 3/ 2009
10	Reconocimiento de las enfermeras del Delirium y sus síntomas	Inouye, Foreman, Mion, Katz, Cooney	Yale-new Haven Hospital EEUU	Pub Med 2001
11	síndrome confusional agudo en UCI: factores que influyen y actitud de enfermería	J. J. Rodríguez Mondéjar ¹ R. Martín Lozano R. M. Jorge Guillem J. Iniesta Sánchez C. Palazón Sánchez ² F. Carrión Tortosa	UCI Polivalente	<i>Enferm Intensiva</i> 2001; 12(1): 3-9

		F. Parra Dormal A. López Amorós M. Martínez Huéscar		
--	--	---	--	--

8. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Luego de la revisión de artículos que se realizó con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados en este trabajo; a continuación se presentaran los aportes de cada uno de ellos mostrando en anexos los elementos más relevantes de la discusión.

8.1. OBJETIVO N 1

Determinar los instrumentos existentes para la identificación del Delirium en el paciente en estado crítico.

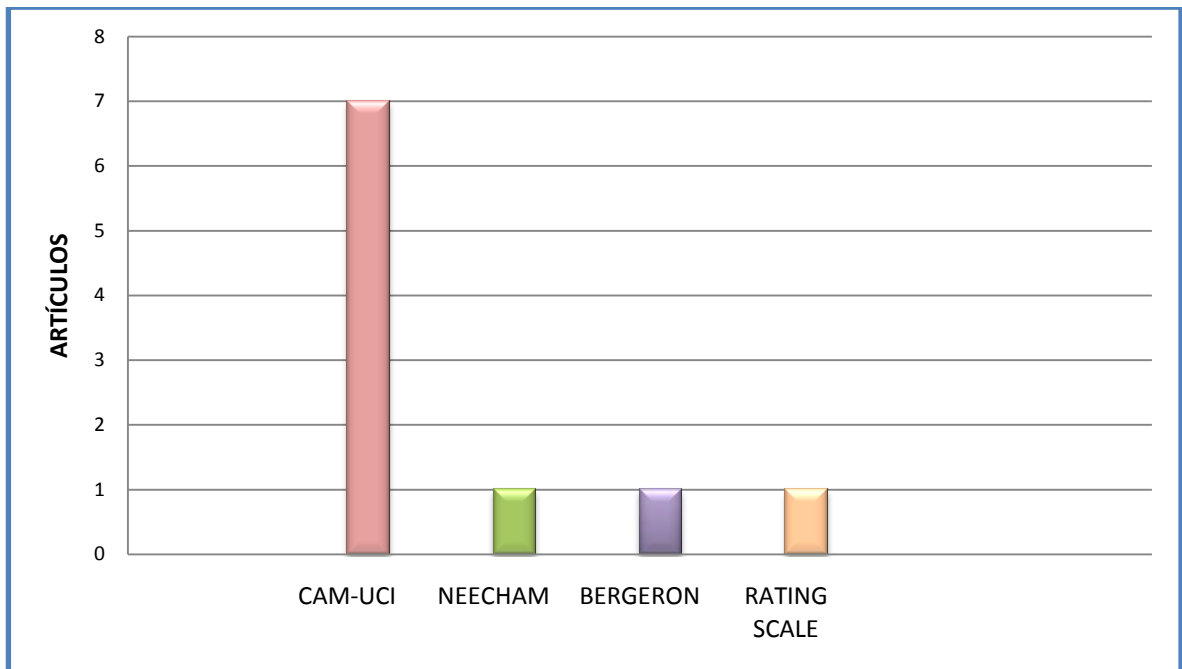
Cuadro 2

ARTÍCULOS QUE DAN RESPUESTA AL PRIMER OBJETIVO

TÍTULO DEL ARTÍCULO	AUTORES	ESCALA
N 1 DELIRIO EN PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO	Nicolás Bergeron, Yoanna Skrobik, Marc Jacques Dubois	CAM – UCI n: 96
N2 Reconocimiento del Delirium en los pacientes de la UCI: un estudio de diagnóstico de la escala de confusión NEECHMAN en pacientes de la UCI	Henny EM, Marieke J, Schuurmans, Jaap Jvan de Bijl.	NEECHAM n: 105
N3 Delirium en pacientes con VM, validación del método para la detección de la confusión en UCI (CAM - UCI)	E. Wesley Ely, Sharon K. Inouye, Gordon R. Bermand, Joseph Francis, Lisa May, Brenda Truman, Theodore Speroff, Shiva Gautam, Richard Margolin, Robert P. Hart, Robert Dittus.	CAM-UCI n: 111
N4 Reconocen las enfermeras el Delirium?	Melinda R. Steis, Ms, RN; and Donna M. Fick, PhD, RN.	CAM-UCI n: 10
N5 Incidencia del Delirium en las UCI y cuidados coronarios del hospital central militar	Dr. Isaac Ramos Juárez, Dra. Diana Pérez Trejo, Dr. Francisco de Jesús Takao KaneoAlman	CAM-UCI n: 111
N6 Incidencia del Delirium en UCI y factores relacionados	Ayllon Garrido, Álvarez González y González García.	BERGERON ICD – SC n: 112
N7 Cuadros de Delirium en pacientes coronarios	P. Moreno, J.Valle, A. Carrillo, Raurich, M.Fiol, C. Blanco	DELIRIUM RATING SCALE n: 516
N8 El delirio de la unidad de cuidados intensivos es un pronosticador	Jason WW Thomason ¹ , Ayumi Shintani ² , Josh F Peterson ³ , Brenda T Pun ⁴ , James C	CAM-UCI n: 497

independiente de estadia más larga del hospital.	Jackson ⁵ y E Wesley Ely ⁶	
N9 Delirium: incidencia y características clínicas y epidemiológicas en un hospital universitario	Diana Restrepo, Carlos Cardéño, Lina Páramo, Sigrifredo Ospina, Jorge Calle	CAM-UCI n: 421
N10 Reconocimiento de las enfermeras del Delirium y sus síntomas	Inouye, Foreman, Mion, Katz, Cooney	CAM.UCI n: 40

GRAFICA 1
TIPO DE INSTRUMENTO UTILIZADO PARA LA DETECCIÓN DEL DELIRIUM



DISCUSION

El Delirium en la Unidad de Cuidado Intensivo es un problema grave que ha atraído mucho la atención, es por esta razón que diferentes estudios intentan determinar los instrumentos que debe utilizar la enfermera para su identificación.

La coincidencia de diferentes autores en cuanto a los instrumentos que se utilizan en la detección del Delirium, es muy importante para dar respuesta al primer objetivo.

De los 11 artículos revisados 10 estudiaron y utilizaron escalas para la detección del Delirium en pacientes en estado crítico en la Unidad de Cuidado Intensivo.

Como se muestra en la gráfica anterior la escala que más se utilizó fue CAM ICU identificada en siete artículos, los tres restantes artículos utilizaron las demás escalas.

La escala para la detección del Delirium CAM-UCI es la más utilizada por que es de fácil aplicación para el personal de enfermería, tiene una especificidad del 90-95% y una sensibilidad del 95-100%. Representa un algoritmo para el establecimiento del diagnóstico si el paciente presenta cambios en su estado mental, con inicio agudo, curso fluctuante, y alteraciones en la atención, mas uno de los siguientes: pensamiento desorganizado y alteraciones del nivel de conciencia.

La CAM-UCI es la única escala que hace uso de evaluaciones no verbal para evaluar las características del delirium, su desarrollo para su uso en cuidados intensivos representa un avance importante que podría llevar a una mejor atención para estos pacientes.

Nicolás Bergeron, Yoanna Skrobik, Marc Jacques Dubois, en su estudio realizado en el 2002 en el Departamento de cuidados intensivos del hospital Erasme, Universidad Libre de Bruselas, Bélgica, en donde estudiaron 96 Pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo, encontraron que 80 pacientes que corresponden al 83.3% presentaron Delirium, de los cuales el 10.4% persistían con Delirium al ser dados de alta. La CAM-UCI realizadas por dos enfermeras, tenía una alta sensibilidad (93-100%), especificidad (98-100%) y de alta confiabilidad. Mostraron que la CAM-UCI es la única escala para este fin que evalúa pacientes ventilados mecánicamente y que es una rápida y valiosa herramienta para diagnosticar esta condición.

Este estudio muestra además que la tasa de incidencia del Delirium en la Unidad de Cuidado Intensivo es del 80%, depende de la naturaleza de la población, antecedentes patológicos, y el uso de sedantes y analgésicos.

La detección precoz del Delirium podría minimizar las consecuencias, alta mortalidad y una mayor necesidad de cuidados de enfermería. Basados en el estudio realizado por Henny EM, Marieke J, Schuurmans, Jaap Jvan de Biji en 2005 en donde con un estudio prospectivo estudiaron 105 Pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo , a los cuales le aplicaron la escala de confusión NEECHAM, mostrando que esta escala tiene una alta consistencia interna, sensibilidad 97%, especificidad 83%, alta fiabilidad, además el tiempo promedio para su aplicación es de 1.23 minutos, por otra parte es importante mencionar que tiene validez por Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (DSM-R).

Otra escala que se utiliza en la detección del Delirium es la BERGERON ICD-SC mostrada por Aylion Garrido, Álvarez González y González García en 2007 en su estudio Incidencia del delirium en la Unidad de Cuidado Intensivo y factores relacionados. Muestra que se estudiaron 112 pacientes a quienes se le aplico la escala de Bergeron ICD-SC por su alta sensibilidad 99%, y su sencillez en la aplicación práctica La escala se aplico en el turno de la mañana por enfermería en donde si la puntuación es >4 se confirma el diagnostico de Delirium. Se observaron 45 casos de Delirium lo que corresponde a 41.3%, dado por administración de fármacos.

DELIRIUM RATING SCALE es utilizada por las enfermeras entrenadas quienes aplicaban esta prueba a pacientes que tenían algún cambio de conducta.

Teniendo en cuenta los resultados, se puede decir que las escalas tienen las siguientes características:

1. Tipo de paciente al que se puede realizar
2. Tiempo de duración de aplicación de la prueba
3. Nivel de complejidad de la escala

Con las características antes descritas las escalas se pueden clasificar así:

ESCALAS	TIPO DE PACIENTE	TIEMPO	NIVEL DE COMPLEJIDAD
CAM - UCI	Ventilado y no ventilado	1 – 2 min	Rápida, fiable, sencilla, sensible
NEECHAM	No ventilado	1 – 2 min	Sencilla, sensible, fiable
BERGERON ICD-SC	No ventilado	1 – 2 min	Sensible, sencilla
DELIRIUM RATING SCALE	No ventilado	1 – 2 min	Fiable, sensible

A manera de conclusión, la enfermera debe conocer con exactitud cuáles son las escalas con los que se cuentan en la actualidad para la detección del delirium en pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo.

El instrumento que se utilizó con mayor frecuencia en los estudios fue CAM-UCI, aportando una aplicación ágil, sencilla, sensible, eficaz y de muy fácil aplicación para el personal de enfermería, además, es la única escala que se puede utilizar para la detección del delirium en pacientes conscientes e inconscientes; sin dejar

de lado las otras escalas, que aunque no son aplicables en pacientes sedados o ventilados son una herramienta vital para la detección de este trastorno.

Por otra parte es importante que la enfermera especialista que labora en la unidad de cuidados intensivos este atenta ante cualquier signo que muestre cambios en el estado de conciencia y pueda ser asociado al desarrollo del Delirium para la aplicación oportuna de la escala.

8.2 OBJETIVO N 2

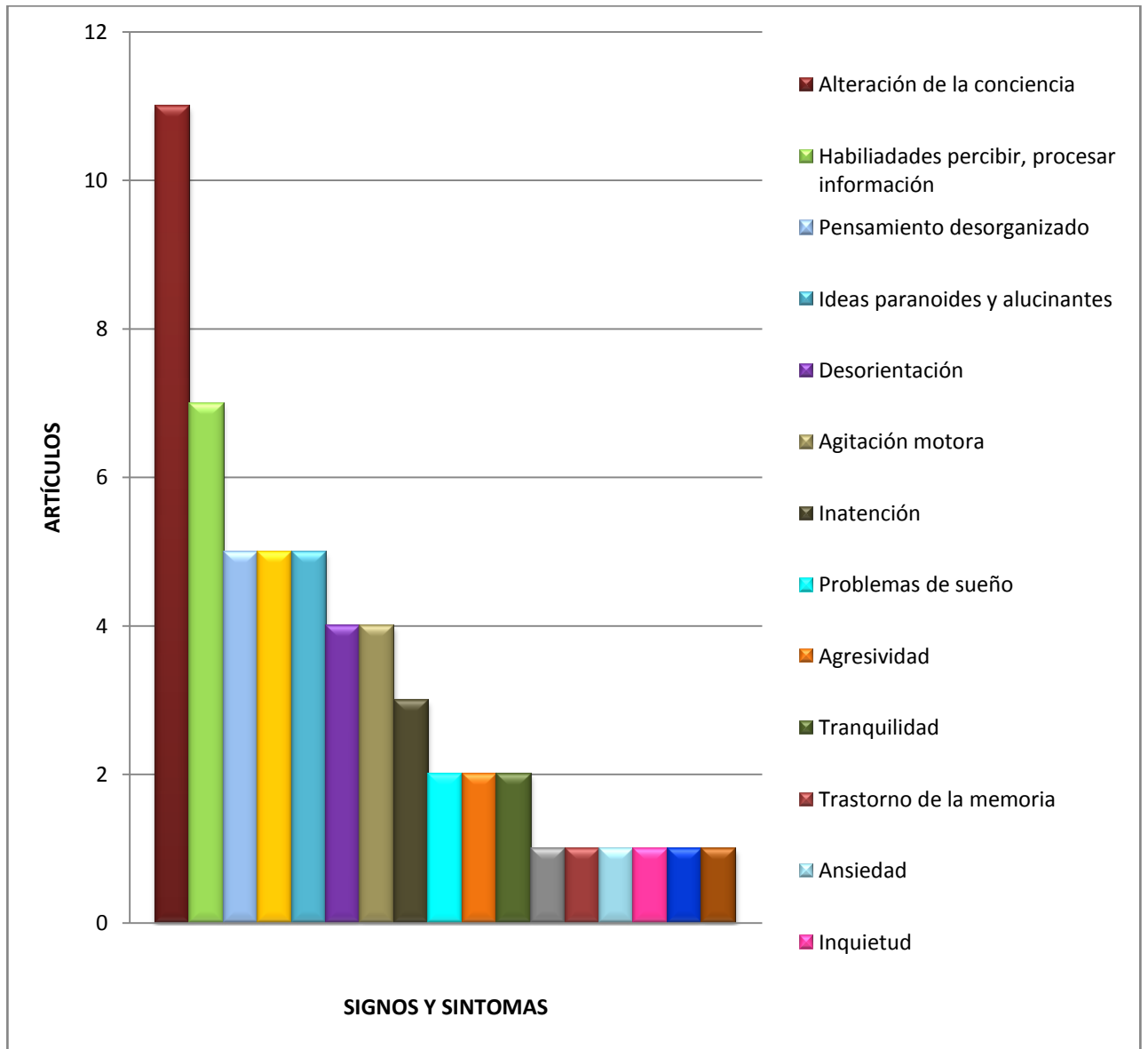
Reconocer los signos y síntomas contemplados en las escalas existentes para la identificación del Delirium en el paciente en cuidado crítico, hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo.

CUADRO 3
ARTÍCULOS QUE DAN RESPUESTA AL SEGUNDO OBJETIVO

MANIFESTACIONES	ARTICULOS	INSTRUMENTO
Alteración de la conciencia	1,2,3,4,5,7,9	NEECHAM, RATING SCALE, CAM – UCI
Desorientación	2,6,9,11	NEECHAM, BERGERON, CAM – UCI
Trastorno de la memoria	2	NEECHAM
Agitación motora	2,5,6,11	NEECHAM, BERGERON, CAM – UCI
Problemas del sueño	2,9	NEECHAM, CAM – UCI
Ansiedad	2	NEECHAM
Inquietud	2	NEECHAM
Agresividad	2	NEECHAM
Tranquilidad	2,5	NEECHAM, CAM – UCI
Somnolencia	2	NEECHAM
Pensamiento desorganizado	1,4,5,9,10	CAM – UCI
Aguda	1,3,4,9	CAM – UCI
Fluctuante	1,3,4,5,6,9,10	BERGERON, CAM – UCI

Habilidades percibir, procesar información	3,4,5	CAM – UCI
Inatención	1,4,5,9,10	CAM – UCI
Ideas paranoides y alucinantes	6	BERGERON
Cambios perceptivos conceptuales	7	RATING SCALE

GRAFICA 2
SIGNOS Y SINTOMAS CONTEMPLADOS EN LAS ESCALAS
EXISTENTES PARA LA IDENTIFICACION DEL DELIRIUM EN UCI
SEGÚN ARTICULOS ANALIZADOS



DISCUSION

En la grafica anterior se muestran todos estos aspectos, siendo la alteración de la conciencia el más presentado en las escalas, seguido por pensamiento desorganizado, agresividad, inquietud, agitación motora e inatención.

Estos aspectos contemplados en las escalas son Los signos y síntomas que el paciente presenta cuando desarrolla Delirium, esto ocurre de manera rápida durante el día.

De acuerdo con los signos y síntomas el Delirium está categorizado en tres subtipos hipoactivo, hiperactivo y mixto. En un extremo está el paciente pacifico, en quien a menudo se asume erróneamente que está pensando claramente. El Delirium en éste contexto es referido como "Delirium hipoactivo", y está caracterizado por la disminución de la actividad física y mental, puede llevar a resultados adversos tales como la reintubación, lo cual ha demostrado que incrementa 10 veces el riesgo de neumonía nosocomial y muerte.

En el otro extremo están los pacientes agitados o combativos, en quienes se suelen producir reacciones emocionales que predisponen al paciente a producir lesiones craneales por caídas de la cama, retiro traumático de canalizaciones endovenosas, sondas vesicales, gástricas, etc., incremento en la actividad muscular, mayor gasto energético y perdida insensible de líquidos, además de la agresión física la personal medico y de enfermería, estos pacientes reciben más a menudo dosis mayores de sedantes y los comprometen al menos a otro día de intubación mecánica innecesaria.

El Delirium tiene tres características principales:

1. Fallas del estado de alerta, distractibilidad y deterioro de la memoria de trabajo. La memoria de trabajo facilita la atención al permitirle al cerebro mantener información por tiempos mayores que los de la memoria

inmediata y menores que los de memoria a largo plazo, y es controlada por la corteza prefrontal y parietal posterior. Permite varios ítems de información relevante estén disponibles mientras se realiza una tarea.

2. Dificultad para mantener un tren de pensamiento coherente. El pensamiento queda vulnerable a la interferencia, la impersistencia y la perseveración.
3. Incapacidad para llevar a cabo secuencias de movimiento dirigidos a un propósito. Los movimientos coordinados, aun tan sencillos como usar los cubiertos o marcar un teléfono, pierden coherencia y muestran signos de desintegración, perseveración o impersistencia motoras³⁰

La enfermera dentro de sus actividades ordinarias debe incluir la aplicación de las escalas a pacientes que presenten síntomas que orienten a la detección de Delirium, de esta manera guía su plan de cuidados.

³⁰ Escobar William, Delirio . Revista, Facultad de Medicina, Universidad Nacional De Colombia 2003; 51(2): 109 - 113

9. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la investigación muestran que existen instrumentos que ayudan a reconocer el Delirium, se evidencia que la escala que con mayor frecuencia utiliza la enfermera para la detección del Delirium en el paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos es la escala CAM ICU aprobada por la asociación Psiquiátrica Americana la cual es aplicable a pacientes sometidos o no a ventilación mecánica, es rápido, válido y reproducible usado regularmente como parte de la evaluación de rutina y toma únicamente de dos a cuatro minutos para realizar en pacientes más difíciles.

Los signos y síntomas son los aspectos que contemplan las escalas para la identificación de esta patología y su clasificación, en esta revisión son diversas debido a que se identifican alteración de conciencia, agitación motora, ideas delirantes hasta la somnolencia lo que muestra que el delirium es presentado en diferentes tipos hiperactivo, hipoactivo y en algunas ocasiones mixto, en donde las manifestaciones se presentan de manera secuencial; el tipo de complicaciones asociadas a cada tipo de Delirium es también distinto las típicas en el hiperactivo son autolesiones y traumatismos, mientras que las del Delirium hipoactivo son complicaciones derivadas de la inmovilidad siendo el más identificado el hipoactivo.

El Delirium hipoactivo se caracteriza por una reducción de la reactividad, retraimiento y apatía, mientras que el delirium hiperactivo se caracteriza por agitación inquietud e inestabilidad emocional, en los estudios se encontró que el delirium hiperactivo era raro en las unidades de cuidado intensivo y el delirium hipoactivo se asocia a malos resultados clínicos en los pacientes en estado crítico, por esta razón es muy importante tener en cuenta los instrumentos válidos para su detección

Aunque el debut del delirium suele ser repentino, es posible que se observen síntomas prodrómicos (como inquietud y temor) en los días previos al debut de los síntomas floridos. Los síntomas del delirium suelen durar mientras persiste el factor causal relevante, aunque habitualmente termina en una semana. Identificado y eliminado el factor causal, los síntomas del delirium suelen desaparecer en un período de tres a siete días, aunque algunos tardan hasta dos semanas en desaparecer por completo. Cuanto mayor sea el paciente y más haya durado el episodio de delirium, más largo es el período de resolución. Una vez superado, el recuerdo de lo que ocurrió suele ser puntual, y el paciente suele considerarlo como un mal sueño o una pesadilla que se recuerda sólo vagamente.

La incidencia del Delirium va asociada al índice de mortalidad durante el año próximo, debido fundamentalmente a la gravedad de las enfermedades médicas que lo causaron.

La detección de los síntomas constituye un problema importante para las enfermeras pero también se evidencia que existen problemas para hacer la conexión necesaria entre la presencia de síntomas del delirium; en los hallazgos se sugiere que las enfermeras necesitan más educación sobre el delirium y su detección

La evaluación por parte de la enfermera de rutina es una estrategia que se puede utilizar para mejorar la detección. El Delirium puede ser la única señal de la aparición o exacerbación de una enfermedad física grave, mientras que el fracaso para identificar el delirium puede resultar en muchas complicaciones incluso la muerte. Por lo tanto desarrollando estrategias para la detección y conocer el instrumento que con mayor frecuencia es utilizado para este fin debe ser una prioridad.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Timoty D Girad El delirium en la Unidad de cuidados intensivos, Critical Care 2008,12(suppl3)2006
- Steis MS, Fick Dm, Are Nurses Reconognizing Delirium? A Systematic Review Journal Of Gerontological Nursing. Vol.34,Nº.9,2008
- Philippe voyer, sylvie Ruchard, Lise Duocet, Christine Danjou, and Piere Hugues, Detection of delirium by nurses among long-them care residents with demential journal Pubmed Publesed online 2008 February 26.
- GuntherML, Jackson JC, Ely EW. The cognitive consequences of critical illness: Practical recommendations for screenin and assessment. Critical Care Clin. 2007,23: 491-506.
- Ely EW, Stephens RK, Jackson JC, Thomason Jason WW, Truman B, Gordon S, Dittus RS, Bernard GR. Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: a survey of 912 healthcare professionals. Crit Care Med. 2004; 32:106-112.
- Moreno Javier, Moreno Marta, Valero Peregrin c, (Abordaje Practico del Delirium) (Síndrome Confusional) Editorial Masson Edición española, Barcelona, 2002
- Dra. Michel Martínez-Franco, Dra. Carmen Hernández-Cárdenas, Dr. Francisco de Jesús Takao Kanedo-Wada (Delirio en la unidad de cuidados intensivos) vol. 16 Nº 2 Mayo- junio 2004 revista anestesia en México Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán México, D.F.

- Jorge González H, Jorge Barros B. Prevalence of delirium in an Intermediate Care Unit Revista médica de Chile versión impresa ISSN 0034-9887 Rev. Méd. Chile v.128 n.1 Santiago ene. 2000
- Blanco López B, Cruz Niesvaara D, Ibero villa JL, Sardó Pascual E Delirium: diagnóstico y tratamiento revisión, revista de la SEMG N°67- Octubre 2004-Pag 491-496.
- Tejeiro Martínez J, Gómez Sereno B. Guía diagnóstica y terapéutica del síndrome confusional agudo. Revista clínica Española 2002; 202(05):280-288.
- Escobar William, Delirio. Revista, Facultad de Medicina, Universidad Nacional De Colombia 2003; 51(2): 109 – 113
- Meagher DJ, O'Hanlon D, O'Mahony E, Casey PR, Trzepacz PT. Relationship between symptoms and motoric subtype of delirium. Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2000; 12: 51-56.
- Eduardo Palencia Herrejón Revista Electrónica de Medicina Intensiva Artículo n° C27. Vol. 5 n° 6, junio 2005.
- Korreavar JC, van Munster BC, de Rooij SE. Risk factors for delirium in acutely admitted elderly patients; a prospective cohort study. BMC Geriatrics 2005; 5:6-13
- Roche V. Southwestern Internal Medicine Conference. Etiology and management of delirium. Am J Med Sci 2003; 325 (1): 20-30.
- Ruiz M^a Isabel, Mateos Valentín, Suarez Héctor, Villaverde Paz Síndrome Confusional Agudo (DELIRIUM) Guía práctica de diagnóstico y tratamiento
- Bulvena Vilarrasa Antonio, Berrios Germán E, Fernández Pedro Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología Editorial, Masson Doyma Mexico 2003.
- Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry, 2° ed. Washington DC. The American Psychiatric Publishing 2002. pp 259-274.
- Gaspar Alonso-Vega G, Lázaro Mari MP. Tratamiento del síndrome confusional agudo. JANO 2002; 62 (1431):33-37

- Rodriguez Mondejar JJ. Síndrome confusional agudo en UCI: factores que influyen y actitud de enfermería.
- Hurtado Martinez S. Manejo ambiental en el tratamiento del delirio. Excel enferm (en línea) 2006 (1 de febrero de 2006);3 (14). URL disponible en <http://www.ee.isics.es>.
- Revista colombiana de psiquiatría ano 45-volumen 38- numero 3 septiembre 2009 www. Psiquiatría,org,co.
- Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). JAMA. 2001;286:2703-2710.
- Price AM. Managing the anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. Nurs Crit Care. 2004;9:72-9
- Moser DK, Lee Chung M, McKinley S, Riegel B, An K, Cherrington CC, et al. Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. Intensive Crit Care Nurs. 2003;19:276-88.
- Hewitt J. Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. J Clin Nurs. 2002;11:575-84.
- P Gómez-Carretero V Monsalve JF Soriano, J de Andrés Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos
- Emotional disorders and psychological needs of patients in an Intensive Care Unit Med.Intensiva v.31 n.6 Madrid ago.-set. 2007 (scielo)

11. ANEXOS

11.1. TABLA DE ANEXOS

11.2. ANEXO N1

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (Lobo y cols. 1979-85)

Instrumentos de evaluación para los trastornos mentales orgánicos

Paciente

Orientación

Dígame el día _____ fecha _____ mes _____ estación _____ año _____

(5 PUNTOS)

Dígame el hospital (o el lugar) _____ planta _____ ciudad

_____ provincia _____ nación _____

(5 PUNTOS)

Memoria de fijación

Repita estas 3 palabras: peseta – caballo – manzana

(repetirlas hasta que las aprenda) (3 PUNTOS)

Concentración y cálculo

Si tiene 30 euros y me va dando de 3 en 3:

¿Cuántas le van quedando?: _____ - _____ - _____ - _____ - _____ (5)

Repita estos números: 5 – 9 – 2 (hasta que los aprenda).

Ahora hacia atrás: _____ - _____ - _____ (3)

Memoria

¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?: _____ - _____ - _____ (3)

Lenguaje y construcción

Mostrar un bolígrafo: ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj (2)

Repita esta frase: «En un trigal había cinco perros» (1)

Una manzana y una pera son frutas ¿verdad?

¿Qué son el rojo y el verde? _____ ¿Qué son un perro y un gato? _____ (2)

Coja este papel con la mano derecha, dóblelo, y póngalo encima de la mesa (3)

Lea esto y haga lo que dice: **CIERRE LOS OJOS** (1)

Escriba una frase _____ (1)

Copie este dibujo (1)

Puntuación total (35)

Nivel de conciencia (marcar): _____

Alerta – Obnubilación – Estupor – Coma

APLICACIÓN E INTERPRETACIÓN DEL “MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO”

INSTRUCCIONES

1. Orientación: Seguir las indicaciones del test (un punto cada respuesta correcta).
2. Fijación: Repetir claramente cada palabra en un segundo. Se le dan tantos puntos como palabras repite correctamente al primer intento. Hacer hincapié en lo que recuerde, ya que más tarde se le preguntará.
3. Concentración- Cálculo: Si no entiende se le puede animar un poco, como máximo reformular la pregunta como sigue: “Si tiene 30 pesetas y me da 3 ¿Cuántas le quedan?”; y a continuación siga dándome de 3 en 3”(Sin repetir la cifra que él dé). Un punto por cada sustracción correcta, exclusivamente.
Repetir los dígitos lentamente: 1 segundo cada uno, hasta que los aprenda. Después, pedirle que los repita en orden inverso y se le da 1 punto por cada dígito que coloque en posición inversa correcta.
4. Memoria: Según instrucciones del test, dando amplio margen de tiempo para que pueda recordar, pero sin ayudarle. (Un punto cada palabra recordada).
5. Lenguaje y construcción: Según las instrucciones, puntualizando que:
. Leerle la frase despacio y correctamente articulada. Para concederle 1 punto tiene que ser repetida a la primera y correctamente articulada, un fallo en una letra es 0 puntos en el ítem.

Semejanzas: Para darle un punto en verde-rojo tiene que contestar inexcusablemente: colores. Para la semejanza perro-gato la contestación correcta exclusiva es animales o bichos.

. En las órdenes verbales, si coge el papel con la mano izquierda es un fallo en ese apartado. Si lo dobla más de dos veces es otro fallo. Cada una de las partes de la orden ejecutada correctamente es un punto, hasta un máximo de 3.

. Para los test de la lectura y escritura, pedir al paciente que se coloque sus gafas, si las usa, y si es preciso escribir la orden y los pentágonos en trazos grandes en la parte posterior del papel ,para que los vea perfectamente. Se le concede un punto si, cierra los ojos sin que se le insista verbalmente.

Recaltar antes, dos veces como máximo, que lea y haga lo que pone en el papel.

. Para escribir una frase, instruirle que no sea su nombre. Si es necesario puede dársele un ejemplo, pero insistiendo que tiene que escribir algo distinto. Se requiere sujeto verbo y complemento para darle 1 punto.

. Figuras: La ejecución correcta (1punto) requiere: Cada pentágono tiene que tener Exactamente 5 lados y 5 ángulos y tienen que estar entrelazados entre sí, con dos Puntos de contrato.

6. Nivel de conciencia: Consideramos este parámetro un continuo. Cruzar la línea con una marca al nivel que mejor represente el estado de lucidez de la paciente. El puntaje total (suma de los parciales) es de 35.

11.3. ANEXO N2

ESCALA PARA EL ESTADO CONFUSIONAL (STRUB Y BLACK)

1.- Nivel de conciencia puntuación

Día Letargia leve 1p

Letargia moderada 2p

Noche Dormido 0p

Despierto 1p

Agitado 2p

2.- Desorientación

Tiempo 1p

Espacio 2p

Persona 3p

3.- Inatención

Leve 1p

Moderada 2p

Acusada 3p

4.- Incoherencia en la conversación

Leve 1p

Moderada 2p

Acusada 3p

5.- Pseudopercepciones

Identificaciones erróneas 1p

Ilusiones 2p

Alucinaciones 3p

6.- Comportamiento

Inquietud 1p

Agitación 2p

Paranoia 3p

11.4. ANEXO N3

CAM ICU

Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, Gordon S, Francis J, May L, Truman B, Speroff T, Gautam S, Margolin R, Hart RP, Dittus R. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). JAMA 2001; 286: 2703-2710.
1. Comienzo agudo o curso fluctuante
¿Hay evidencia de un cambio agudo en su estado mental con respecto a la situación basal? ó ¿Ha cambiado la conducta del enfermo en las últimas 24 horas? (cambio en la puntuación RASS o en la puntuación de Glasgow)
2. Disminución de la atención
¿Presenta el paciente dificultad para dirigir la atención? ¿Presenta el paciente dificultad para mantener y desviar la atención?
3. Alteraciones cognitivas
¿Es el pensamiento del paciente desorganizado e incoherente? ¿Contesta a preguntas y obedece órdenes durante la entrevista?
4. Alteración de conciencia
¿Está el paciente alerta e hipervigilante? (RASS > 0) ¿Está el paciente somnoliento o estuporoso? (RASS entre -1 y -3; grados menores de reactividad se consideran coma)
CAM-ICU: 1 + 2 + (3 ó 4)

El CAM-ICU emplea la escala de Richmond de sedación y agitación (Richmond Agitation Sedation Scale [RASS]) para valorar los cambios en el nivel de conciencia, la única escala validada para la monitorización del grado de sedación-agitación a lo largo del tiempo. Dicha escala asigna el valor 0 al estado normal, con puntos positivos para los grados crecientes de agitación y puntos negativos para los grados de mayor profundidad de la sedación.

Tabla III. Escala RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) de sedación-agitación	
Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JW, Wheeler AP, Gordon S, Francis J, Speroff T, Gautam S, Margolin R, Sessler CN, Dittus RS, Bernard GR. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA 2003; 289: 2983-2991.	
+ 4	Combativo: violento, representa un riesgo inmediato para el personal
+ 3	Muy agitado: agresivo, se intenta arrancar tubos y catéteres
+ 2	Agitado: se mueve de manera desordenada, lucha con el respirador
+ 1	Inquieto: ansioso, sin movimientos desordenados, agresivos ni violentos
0	Despierto y tranquilo
- 1	Somnolencia: no completamente alerta, pero se mantiene despierto durante más de 10 segundos
- 2	Sedación ligera: se despierta brevemente a la voz y mantiene contacto visual durante menos de 10 segundos
- 3	Sedación moderada: movimientos o apertura ocular a la voz, pero no dirige la mirada

Tabla III. Escala RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) de sedación-agitación

Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JW, Wheeler AP, Gordon S, Francis J, Speroff T, Gautam S, Margolin R, Sessler CN, Dittus RS, Bernard GR. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA 2003; 289: 2983-2991.

- 4	Sedación profunda: no responde a la voz, pero se mueve o abre los ojos a la estimulación física
- 5	No despertable: no responde a la voz ni a la estimulación física

Procedimiento para la valoración RASS:

1. Observar al paciente; si está despierto, inquieto o agitado, puntuar de 0 a +4.
2. Si no está despierto, llamarlo por su nombre y pedirle que abra los ojos y mire al examinador. Si abre los ojos o responde con movimientos, puntuar de -1 a -3.
3. Si no responde a la llamada, estimular al paciente dándole palmadas en el hombro y/o frotándole el esternón, y puntuar -4 ó -5 según la respuesta.

11.5. ANEXO 4

ESCALA DE CUANTIFICACION DEL DELIRIUM: DRS

DRS-R-98 c Trepacz 1998

Nombre del paciente: _____ Día: ____/____/____

Hora: _____

PUNTUACION DE GRAVEDAD: _____ PUNTUACIÓN TOTAL: _____

Ítem de gravedad

- | | |
|----------------------------------|-------|
| 1. Ciclo sueño-vigilia | 01234 |
| 2. Alteraciones de la percepción | |
| 3. Delirios | |
| 4. Labilidad afectiva | |
| 5. Lenguaje | |
| 6. Curso del pensamiento | |
| 7. Agitación motora | |
| 8. Retardo psicomotor | |
| 9. Orientación | |
| 10. Atención | |
| 11. Memoria a corto plazo | |
| 12. Memoria a largo plazo | |
| 13. Capacidad visoespacial | |

Ítem diagnóstico

- Forma de inicio de los síntomas
- Fluctuación de la severidad de los síntomas
- los síntomas
- Patología médica

Información adicional

- siestas q sólo alteración nocturna

- inversión noche-día
- Tipo sensorial de ilusión o alucinación: auditiva , visual, olfatoria, táctil
- Forma de la ilusión o alucinación: simple o compleja
- Tipo de delirio: persecución, grandiosidad, somático

Forma: poco sistematizado estructurado

Tipo: ira q ansiedad tristeza-disforia, hipertimia, irritabilidad

Intubado, mutismo, etc.

Intubado, mutismo, etc.

En contención

Tipo de contención:

En contención

Tipo de contención:

Fecha:

Lugar:

Persona: Número de ensayos hasta memorizar los ítems

Capaz de recordar con ayuda

Señalar si es capaz de recordar con ayuda

Señalar si es incapaz de utilizar las manos

Información adicional

Señalar si los síntomas pueden pertenecerá otra psicopatología, señalar si hay síntomas que sólo aparecen durante la noche

11.6. ANEXO 5

ESCALA NEECHAM

ESCALA DE INTERACCIÓN Y SERENIDAD						
INTERACCIÓN	A	B	C	D	E	F
El paciente se relaciona con el medio	6	5	4	3	2	1
El paciente se comunica	6	5	4	3	2	1
La información del paciente es fiable	6	5	4	3	2	1
Paciente cooperador	6	5	4	3	2	1
Precisa estímulo para responder	1	2	3	4	5	6
SERENIDAD	A	B	C	D	E	F
El paciente parece sereno	6	5	4	3	2	1
El paciente parece intranquilo	1	2	3	4	5	6
El paciente parece angustiado	1	2	3	4	5	6
El paciente no deja de moverse en la cama	1	2	3	4	5	6
Intenta arrancarse los catéteres y tubos	1	2	3	4	5	6
<p><i>De Lemos J, Tweeddale M, Chittock D. Measuring quality of sedation in adult mechanically ventilated critically ill patients: the Vancouver Interaction and Calmness Scale. J Clin Epidemiol 2000; 53: 908-919</i></p>						

Las diferentes siglas corresponden con las siguientes categorías:

A: Muy de acuerdo

B: De acuerdo

C: Poco de acuerdo

D: Poco en desacuerdo

E: En desacuerdo

F: Muy en desacuerdo

- Validada y fiable para valorar específicamente la sedación en pacientes críticos en ventilación mecánica.
- Valora a los pacientes en una escala de interacción sobre 30 puntos y otra de serenidad o tranquilidad, también sobre 30 puntos.
- Es sencilla y rápida de realizar.
- Sólo hay un estudio publicado hasta la fecha.
- Sus propios autores apuntan tres limitaciones:
- La escala se desarrolló usando una aproximación psicométrica. Muchos autores prefieren las aproximaciones clínicas.
- Algunas variables de la escala están tan cercanas que, en el fondo, miden lo mismo.
- No valora la tolerancia al respirador que, al fin y al cabo, es uno de los objetivos

11.7. ANEXO 6

DELIRIUM RATING SCALE:

Cada ítems es valorado por severidad y la puntuación total mayor de 12 o 15 puntos indica delirium. Entre 8 y 12 indica delirium subclínico.

ITEM 1: COMIENZO TEMPORAL DE LOS SÍNTOMAS

Este ítem va dirigido a valorar el comienzo de los síntomas; La puntuación mayor se da si el inicio es muy agudo. Otros tr. Psiquiátricos tales como tr. Afectivo, puede puntuarse con 1 o 2 puntos.

Algunas veces el delirium puede ser crónico (ej. en residencias de ancianos), en cuyo caso sólo daremos 1 o 2 puntos.
0 NO cambios significativos en la conducta, normalmente un trastorno crónico o recurrente

1 Comienzo gradual de los síntomas, entre 1 y 6 meses

2 cambio agudo de conducta o personalidad en el último mes

3 Cambio brusco de conducta, en 1 o 3 días

ITEM 2: TRASTORNOS PERCEPTUALES

Este ítem mide la inhabilidad extrema para percibir diferencias entre la realidad externa e interna, mientras que errores intermitentes como ilusiones puntúan 2 puntos.

Despersonalización y desrealización pueden verse en otros tr. mentales orgánicos como epilepsia del lóbulo temporal, depresión severa, y tr. personalidad borderline por lo puntúan 1.

0 ninguna evidencia por la historia u observación

1 Sentimiento de despersonalización o desrealización

2 Ilusiones visuales o errores como macropsias, micropsias (ej. orinar en wastebasket o confundir la ropa de cama con otra cosa)

3 Evidencia de que el paciente esta claramente confuso sobre la realidad externa (ej, no discrimina entre sueños y realidad).

ITEM 3. TIPO DE ALUCINACIONES

Se valora la presencia de alguna alucinación. Las alucinaciones auditivas tienen menos peso por su mayor presencia en tr. psiquiátricos. Las alucinaciones visuales se asocian generalmente a síndromes mentales orgánicos, aunque no exclusivamente, y se les dan 2 puntos. Las alucinaciones táctiles son clásicas del D. particularmente debido a la toxicidad colinérgica, reciben la máxima puntuación.

0 Alucinaciones no presentes

1 Solo alucinaciones auditivas

2 Alucinaciones visuales presentes por la historia del paciente o inferidas de la observación, con o sin alucinaciones auditivas

3 Alucinaciones táctiles, olfativas o gustativas con o sin alucinaciones visuales o auditivas

ITEM 4: DELIRIOS

Los delirios pueden estar presentes en muchos tr. psiquiátricos, pero tienden a estar mejor organizados y ser más fijos que en los tr. no delirantes por lo que se les da menos peso. Los delirios fijos crónicos son más prevalentes en tr. esquizofrénicos. Los delirios nuevos pueden indicar tr. afectivos o esquizofrénicos,

demencia o intoxicación por sustancias pero también D. por lo que reciben 2 puntos.

Los delirios pobremente formados, a menudo de carácter paranoide, son típicos del D.

0 NO presentes

1 Delirios sistematizados, ej. bien organizados y persistentes

2 Delirio nuevos y no parte de un tr. psiquiátrico preexistente

3 Delirio no bien circunscrito, transitorio, pobremente organizado, y principalmente en respuesta a errores perceptivos ambientales (ej, paranoide con los cuidadores, persona amada, staff del hospital etc.)

ITEM 5 . CONDUCTA PSICOMOTORA

Este item describe grados de severidad conducta psicomotora alterada. La puntuación máxima se da a la agitación severa o severo aislamiento como reflejo de las variantes hiper o hipo activas del D.

0 No retardo o agitación significativa.

1 Ligera inquietud, temblor, o ansiedad evidente a la observación y cambio de la conducta normal del paciente

2 Agitación moderada con pacing, remover cosas, etc.

3 Agitación severa, necesita restricción, puede estar combativo; o aislamiento significativo del medio, pero no debido a depresión mayor o esquizofrenia catatónica.

ITEM 6: ESTADO COGNITIVO DURANTE LAS PRUEBAS

La máxima puntuación de 4 puntos se le da con tr. cognitivos severos mientras que 1 punto se le da a la ligera desatención que puede ser atribuida a dolor o fatiga vista en personas medicadas. 2 puntos reciben el déficit cognitivo aislado, tal como tr. de memoria, que puede deberse a demencia o sd. amnésico así como a D. inicial.

0 NO déficit cognitivo, o déficit que puede ser explicado por analfabetismo o retraso mental previo

1 déficits cognitivo muy ligero que puede atribuirse a la inatención debida al dolor agudo, fatiga, depresión o ansiedad asociada con la enfermedad médica

2 Déficit importante en una sola Area, ej. memoria, resto intacto

3 Déficits cognitivos significativos difusos, ej. afectan muchas areas; debe incluir períodos de desorientación en tiempo o lugar al menos una vez en las 24 horas; el registro o recuerdo es anormal, la concentración está disminuida.

ITEM 7 TRASTORNOS FÍSICOS

La máxima puntuación se otorga cuando una lesión específica o trastorno fisiológico puede estar temporalmente asociado con la conducta alterada. En la demencia con frecuencia no encontramos la causa subyacente, mientras que en el D. encontramos habitualmente al menos una causa física identificable.

0 no presente

1 presencia de algún tr. físico que puede afectar al estado mental

2 Droga específica, infección o tr. metabólico, lesión del SNC, u otro problema

médico que puede estar temporalmente implicado en causar la conducta o estado mental alterado.

ITEM 8. TR. CICLO SUEÑO-VIGILIA

La interrupción del ciclo sueño -vigilia es típica del D. con personas con demencia generalmente tienen los trastornos del sueño en una fase más tardía de su evolución.

El D. severo es un continuum con estupor y coma, y las personas que resuelven el coma pueden estar de forma temporal con delirium.

0 no presente; despierto y alerta durante el día, duerme sin interrupciones significativas durante la noche.

1 Somnolencia ocasional diurna y leves tr. en la continuidad del sueño por la noche; puede tener pesadillas, pero las distingue bien con la realidad.

2 siestas frecuentes e incapacidad de dormir por la noche, constituye una interrupción significativa o una inversión del ciclo sueño-vigilia habitual

3 Somnolencia prominente, dificultad en permanecer alerta durante la entrevista, pérdida de autocontrol sobre alerta y somnolencia

4 caída en períodos estuporosos o comatosos

ITEM 9 LABILIDAD DEL HUMOR

Cambios rápidos de humor pueden ocurrir en varios síndromes mentales orgánicos, quizás debido a desinhibición del control normal. El paciente puede ser

consciente de esta falta de control emocional y puede comportarse de manera inadecuada a la situación o a su estado de pensamiento (ej. llorar sin razón aparente). El Paciente Delirante puede puntuar en alguno de los items dependiendo de la severidad del delirium y de como el estado psicológico subyacente "colorea" su presentación delirante.

Los pacientes con trastorno de personalidad borderlilne pueden puntuar 1 o 2 puntos en este item.

0 No presente ; humor estable

1 Afecto y humor algo alterado y cambios en el curso de horas; Los cambios de humor no están bajo el autocontrol del paciente.

2 Cambios de humor significativos inapropiados a la situación, incluyendo miedo, rabia o llanto; cambios rápidos de estado emocional, incluso en minutos.

3 Desinhibición severa de emociones, incluyendo estallidos temperamentales, risas o llanto incontroladas inapropiadas

ITEM 10 VARIABILIDAD DE SÍNTOMAS

La marca característica del D. es el aumento y disminución de síntomas, al cual se le da 4 puntos en este item.

Demencia, así como D., suelen estar más confusos por la noche en que los estímulos ambientales disminuyen, puede puntuar 2.

0 Síntomas estables y presentes la mayor parte del día

2 Los síntomas empeoran por la noche

4 Los síntomas fluctúan en intensidad, aumentando y disminuyendo en un período de 24 horas.

puntuación total _____

ANEXO 7. ESCALA ICDS BERGERON

NIVEL DE CONCIENCIA ALTERADO	
A	Sin respuesta
B	Respuesta a la estimulación intensa y repetida
C	Respuesta a la estimulación ligera o moderada
D	Vigilia normal
E	Respuesta exagerada a la estimulación normal
FALTA DE ATENCIÓN	Dificultad para seguir instrucciones o distracción fácil
DESORIENTACION	En cuanto a la hora, el lugar o la persona
ALUCINACION IDEAS DELIRANTES	Manifestacion clínica o comportamiento indicativo
AGITACION O RETARDO PSICOMOTOR	Agitacion que exige el uso de fármacos o inmovilizadores, o retardo motor
DISCURSO O AFECTO INADECUADO	En relación con los acontecimientos o la situación, o discurso incoherente
TRASTORNOS DEL SUEÑO	Dormir menos de 4 horas/día despertarse por la noche, dormir todo el día
FLUCTUACION DE LOS SINTOMAS	Incidencia intermitente de los síntomas anteriores
PUNTUACION TOTAL	0 a 8

Para utilizar la ICDSC, se califica primero el nivel de consciencia en una escala de 5 puntos que varia desde sin respuesta hasta respuesta exagerada. Cualquier paciente que no este comatoso o estuporoso se evalúa después para los elementos de la lista utilizando información recogida durante las 24 horas precedentes; incluyendo el nivel de consciencia alterado, la ICDSC consta de 8 elementos (que se puntúan como presentes o ausentes), y se asigna a cada paciente una puntuación de 0 a 8; 4 o mas se considera diagnostico de delirium.

11.9. ANEXO 8 FICHAS DESCRIPTIVAS

FICHA DESCRIPTIVA ANALÍTICA

ARTÍCULO 1

DATOS DE IDENTIFICACIÓN
TÍTULO: Delirio en pacientes en estado crítico AUTORES: Nicolás Bergeron, Yoanna Skrobik, Marc Jacques Dubois. FECHA DE PUBLICACIÓN: Abril 2002 IDIOMA: Español LUGAR: Departamento de cuidados intensivos del hospital Erasme, Universidad Libre de Bruselas, Bélgica MEDIO DE PUBLICACIÓN: BioMed Central Ltd. 2002
INFORMACIÓN METODOLÓGICA
TIPO DE ESTUDIO: Prospectivo. Descriptivo. ○ POBLACIÓN: Pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital de Canadá ○ MUESTRA: 96 Pacientes de UCI ○ PALABRAS CLAVES: Delirio, artificial, unidad de cuidados intensivos, respiración.
APORTES DE CONTENIDO Se tomaron 96 pacientes de los cuales 80 pacientes que corresponden al 83.3% presentaron Delirium, de los cuales el 10.4% persistían con Delirium al ser dados de alta. El delirio es un problema grave que ha llamado la atención, su diagnostico en UCI

es muy difícil por lo que se hace necesario el uso de evaluaciones no verbal (CAM – UCI) para evaluar características del delirio como son:

- Inicio
- falta de atención
- pensamiento desorganizado
- alteración del nivel de conciencia.

La hipertensión arterial, el tabaquismo, alteraciones en la bilirrubina y el uso de morfina se asocian con el desarrollo del delirio por lo que es necesario vigilar y determinar estos factores que sirvan de herramienta para diagnosticar esta condición.

El desarrollo para su uso en UCI es un avance que ayudaría a la atención de este tipo de pacientes.

El Delirio en UCI aumenta la mortalidad y duración de la estancia hospitalaria, los objetivos van apuntados a:

- validar la escala CAM-UCI
- La incidencia del Delirium en esta población.

ANALISIS METODOLOGICO:

JUZGAMIENTO:

El presente artículo carece de coherencia metodológica, ya que el título no define los objetivos, sin embargo, los objetivos inmersos son coherentes y se cumplen en el desarrollo del estudio, dando como resultado una aproximación al aporte que genera la escala CAM-UCI en la detección temprana del Delirium.

Por otra parte este artículo se convierte en ficha importante en la presente revisión, ya que da respuesta a uno de los objetivos trazados.

De acuerdo a los niveles de interpretación de resultados esta ficha:

- **Descripción de hallazgos.**
- Identificación de relaciones entre variables.
- Formulación de relaciones tentativas.

- Revisión en búsqueda de evidencia.
- Formulación de explicaciones al fenómeno.
- Identificación de esquemas teóricos más amplios.

Ya que solo describe la importancia del CAM-UCI para la detección del Delirium en pacientes de la unidad de cuidados intensivos ventilados.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

Los investigadores recolectaron los datos de los 96 pacientes que desarrollaron delirio. La CAM –UCI, fue administrado por dos enfermeras con una sensibilidad 93 – 100%, especificidad 98 – 100% y de alta confiabilidad alta kappa=0.96, intervalo de confianza 95% 0.92 – 0.99.

Se basaron en su diagnósticos en los criterios del manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales.

La CAM – UCI también tuvo un buen desempeño al evaluar subgrupos específicos (los de edad >65 años, aquellos con sospecha de demencia, y aquellos con acute phicology and chronic health evaluation II puntuación >23). La media del tiempo necesario para administrar esta prueba fue de 2min.

Se llegó a la conclusión:

1. El delirio es frecuente en paciente en pacientes ventilados.

El CAM-UCI es una herramienta rápida y valiosa para diagnosticar delirio.

ARTÍCULO 2

<p>DATOS DE IDENTIFICACIÓN</p> <p>TÍTULO: Reconocimiento del Delirium en los pacientes de la UCI: un estudio de diagnostico de la escala de confusión NEECHAM en los pacientes de la UCI.</p> <p>AUTORES: Henny EM, Marieke J, Schuurmans, Jaap Jvan de Bijl.</p> <p>FECHA DE PUBLICACIÓN: 2005</p> <p>IDIOMA: Portugués, Ingles.</p> <p>LUGAR: Unidad de cuidados intensivos de un hospital general.</p> <p>MEDIO DE PUBLICACIÓN: BioMed Central Ltd. BMC Nursing. 2005</p>
<p>INFORMACIÓN METODOLÓGICA:</p>
<p>TIPO DE ESTUDIO: Prospectivo.</p>
<ul style="list-style-type: none">○ POBLACIÓN: Pacientes de la unidad de cuidados intensivos de 9 camas del hospital general.○ MUESTRA: 105 Pacientes de UCI○ PALABRAS CLAVES: No enunciadas en el artículo
<p>APORTES DE CONTENIDO</p> <p>El Delirium es una complicación grave de alta frecuencia en la unidad de cuidados intensivos incidencia de 40 al 82%, se define como un síndrome mental orgánico transitorio caracterizado por alteración de la conciencia, la cognición y la atención. Estas alteraciones con frecuencia se manifiestan en expresiones de desorientación, trastornos de la memoria, alteraciones de los procesos mentales, agitación motora, problemas del sueño, ansiedad y agitación.</p> <p>Los síntomas del Delirium dan lugar a su clasificación: hiperactivo o hipoactivo, o combinación de estos; el paciente puede estar agitado, inquieto y agresivo, en</p>

caso contrario puede estar muy tranquilo y con sueño. Esta complicación tiene como consecuencia una alta gama de morbi – mortalidad por lo que requiere la necesidad de un mayor cuidado de enfermería. A pesar de esto, el Delirium, a menudo no es reconocido y poco tratado.

La investigación muestra que un 60% de los casos pasan inadvertido por médicos y enfermeras, también pueden ser considerados como demencia o enfermedad mental en pacientes de edad avanzadas, por lo que su tratamiento es mal direccionado.

El personal de enfermería debe realizar un seguimiento en 24 horas con poco esfuerzo que permita el reconocimiento precoz del Delirium y mejorar el pronóstico y beneficios de cualquier tratamiento; para lograr esto se necesita aumentar la conciencia y desarrollar instrumentos validos en la evaluación.

En este estudio se pretende mostrar un instrumento para la detección del Delirium por parte de enfermería, la escala de confusión NEECHAM, la cual se utiliza para la detección precoz de pacientes con Delirium en UCI.

ANALISIS METODOLOGICO:

JUZGAMIENTO:

El presente artículo tiene coherencia metodológica, ya que el título muestra el objetivo, y se cumple en el desarrollo del estudio, dando como resultado una aproximación al aporte que genera la escala de confusión NEECHAM en la detección temprana del Delirium.

De acuerdo a los niveles de interpretación de resultados esta ficha:

- **Descripción de hallazgos.**
- Identificación de relaciones entre variables.
- Formulación de relaciones tentativas.
- Revisión en búsqueda de evidencia.
- Formulación de explicaciones al fenómeno.
- Identificación de esquemas teóricos más amplios.

Ya que solo describe la importancia de la escala de confusión HEECHAM para la detección del Delirium en pacientes de la unidad de cuidados intensivos que no se encuentran ventilados.

Este artículo se convierte en ficha importante en la presente revisión, ya que da respuesta a uno de los objetivos trazados en nuestra revisión.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES:

Los pacientes incluidos firmaron consentimiento informado, no se encontraban bajo la influencia de barbitúricos o sedantes. De 105 pacientes, 45 eran mujeres (43%) y 60 eran hombres (57%), los pacientes permanecieron en la UCI de 1 a 14 días. Participaron todas las enfermeras de la unidad.

Las respuestas sobre la facilidad de la aplicación de la prueba fue 36 enfermeras (92%), 26 mujeres (72%) y 10 hombres (28%). La edad promedio de las enfermeras de la UCI fue 35.5 + o – 7.9 años, en número de años de experiencia en la unidad de de 9.4 + o – 7.4 años.

En general las enfermeras dieron datos positivos en cuanto a la utilización de la escala de confusión NEECHAM, ya que fueron capaces de recoger los datos durante una atención regular, pero manifiestan problemas en la clasificación de los elementos de orientación y comportamiento verbal en pacientes intubados, además, manifestaron inconvenientes en la clasificación de la conducta ya que habían pacientes con poli neuropatía, lo que influía en su calificación.

Se dio a las enfermeras un espacio en donde podía anotar posibles sugerencias a la escala en donde algunas colocaron que la saturación de oxígeno no se puede estandarizar en 93%, teniendo en cuenta que hay pacientes con EPOC para los cuales este valor es muy elevado

Se llegó a la conclusión:

- La escala para la confusión NEECHAM tiene buenas características psicométricas y es fácil de utilizar con los pacientes en UCI que no

están intubados.

- El instrumento es prometedor para la detección del Delirium ya que tiene un alto valor diagnóstico.
- El instrumento es simple, repetible y rápido de aplicar sobre la base regular de la atención durante la observación.
- La disponibilidad de un instrumento de evaluación es el primer paso en el mejoramiento de la calidad de la atención para este grupo de pacientes.

ARTÍCULO 3

<p>DATOS DE IDENTIFICACIÓN</p> <p>TÍTULO: Delirium en pacientes con ventilación mecánica. Validación del método para detección de la confusión en cuidados intensivos (CAM-UCI).</p> <p>AUTORES: E. Wesley Ely, Sharon K. Inouye, Gordon R. Bermand, Joseph Francis, Lisa May, Brenda Truman, Theodore Speroff, Shiva Gautam, Richard Margolin, Robert P. Hart, Robert Dittus.</p> <p>FECHA DE PUBLICACIÓN: 2005</p> <p>IDIOMA: Ingles.</p> <p>LUGAR: Unidad coronaria de adultos ICUs y centro médico universitario</p> <p>MEDIO DE PUBLICACIÓN: JAMA. 2001;286:2703-2710.</p>
<p>INFORMACIÓN METODOLÓGICA:</p>
<p>TIPO DE ESTUDIO: de cohorte Prospectivo.</p>
<ul style="list-style-type: none">○ POBLACIÓN: Pacientes de Unidad coronaria de adultos ICUs ○ MUESTRA: 111 Pacientes con ventilación mecánica de Febrero 1 2000 a 15 Julio 2000. Se evaluaron 96 pacientes 86.5% ○ PALABRAS CLAVES: No están en el artículo.
<p>APORTES DE CONTENIDO</p> <p>El delirium es una alteración de la conciencia caracterizada por ser aguda y fluctuante, es una alteración en la función cognitiva en las habilidades de recibir, procesar y almacenar información. El delirium se desarrolla en el paciente con malos resultados hospitalarios incluyendo estancia prolongada, institucionalización y aumentando la mortalidad.</p> <p>La frecuencia del delirium varía entre el 15% y 50% de pacientes con</p>

enfermedades generales o quirúrgicas.

El paciente con ventilación mecánica en la UCI tiene alto riesgo de desarrollar delirium debido a la enfermedad, comorbilidades, medicamentos y por numerosos factores de riesgo.

El método para detectar la confusión CAM es un instrumento necesario en el diagnóstico del delirium en pacientes que no tienen comunicación verbal o ventilación mecánica.

ANÁLISIS METODOLÓGICO:

JUZGAMIENTO:

El presente artículo tiene coherencia metodológica, ya que el título muestra el objetivo, y se cumple en el desarrollo del estudio, dando la validación de la escala para la confusión CAM – UCI en pacientes que se encuentran ventilados en la unidad de cuidados intensivos.

De acuerdo a los niveles de interpretación de resultados esta ficha:

- **Descripción de hallazgos.**
- Identificación de relaciones entre variables.
- Formulación de relaciones tentativas.
- Revisión en búsqueda de evidencia.
- Formulación de explicaciones al fenómeno.
- Identificación de esquemas teóricos más amplios.

Ya que solo describe la importancia de la escala para detectar la confusión CAM-UCI para la detección del Delirium en pacientes de la unidad de cuidados intensivos que se encuentran ventilados.

Este artículo se convierte en ficha importante en la presente revisión, ya que da respuesta a DOS de los objetivos trazados en nuestra revisión.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES:

Se escogieron 158 pacientes con ventilación mecánica de la UCI de los cuales solo quedaron 111 (70.3%) y 47 (29.7%) fueron retirados por criterios de

exclusión.

De los pacientes estudiados 80 presentaron delirium que corresponde a 83.3%, en donde los diagnósticos eran Delirium 25.3%, estupor en 21.3%, coma 28.5% de todas las observaciones.

El delirium ocurre en 8 de cada 10 pacientes ventilados en la unidad y de estos 4 de cada 10 se pasó inadvertido para el personal de la UCI.

Los 96 pacientes estudiados se encontraban en ventilación mecánica y se le midió la función cognitiva con la escala CAM-UCI. Esta escala fue aplicada por dos enfermeras expertas en Delirium quienes valoraron a cada paciente y concordaron en los resultados. Este instrumento es completo y sencillo que puede ser utilizado por enfermería ya que se puede realizar en corto tiempo, de fácil manejo con alta sensibilidad y especificidad.

El presente artículo brinda información importante para la revisión que se realiza, aporta información que responde a dos de los objetivos específicos citados.

ARTÍCULO 4

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TÍTULO: Reconocen las enfermeras el Delirium?

AUTORES: Melinda R. Steis, Ms, RN; and Donna M. Fick, PhD, RN.

FECHA DE PUBLICACIÓN: 2008

IDIOMA: Ingles.

LUGAR: Bases de datos MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, ProQuest Psychology Journals.

MEDIO DE PUBLICACIÓN: JOURNAL OF GERONTOLOGICAL NURSING. VOL. 34, No.9, 2008

INFORMACIÓN METODOLÓGICA:

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo.

○ **POBLACIÓN:** se estudiaron 10 artículos originales publicados en junio 2007

○ **MUESTRA:** No aplica

○ **PALABRAS CLAVES:** Delirium, confusión agudo, enfermeras, conocimiento de enfermería, identificación de enfermería.

APORTES DE CONTENIDO

Según la American Psychiatric Association (APA) 2000, nombra cuatro componentes para el Delirium:

- ✓ Alteración de la conciencia con reducción de la habilidad de la concentración, contenido o atención.
- ✓ Cambios en la cognición o desarrollo de alteración en la percepción sin asociación de enfermedad mental preexistente o establecida ni desarrollo de demencia.
- ✓ Esta alteración es fluctuante durante el curso del día.
- ✓ La evidencia es directamente causada por efecto de la condición médica.

El delirium en pacientes adultos se desarrolla por malos resultados como complicaciones durante la hospitalización, largos tiempos de estancia.

Las enfermeras por ser quien este mayor tiempo con el paciente son las primeras en detectar el delirium. Atraves de una revisión sistemática se quiere conocer que información tienen las enfermeras sobre delirium, para realizar acciones encaminadas a la educación y la práctica en la temática del delirium.

La falta de conocimiento sobre esta patología por parte de enfermería ocasiona que se malinterprete con otras patologías como demencia. Es por esto que se deben utilizar un sistema como el CAM que ayuda a reconocer por:

- Aguda y fluctuante
- Inatención
- Desorganización del pensamiento
- Alteración de la conciencia

Este sistema es práctico ya que se puede utilizar en el cubículo del paciente de forma rápida

ANALISIS METODOLOGICO:

JUZGAMIENTO:

La presente revisión tiene coherencia metodológica, ya que el título muestra el objetivo, y se cumple en el desarrollo del estudio. Los criterios de inclusión que utilizan para escoger los artículos son claros y marcan la pauta para determinar el

reconocimiento del delirium por parte de enfermería.

De acuerdo a los niveles de interpretación de resultados esta ficha:

- Descripción de hallazgos.
- Identificación de relaciones entre variables.
- Formulación de relaciones tentativas.
- Revisión en búsqueda de evidencia.
- **Formulación de explicaciones al fenómeno.**
- Identificación de esquemas teóricos más amplios.

Ya que no solo describe la importancia del reconocimiento del delirium por parte de enfermería sino que formula la recomendación de implementar criterios claros, escalas o protocolos que sirvan como guía para identificar de manera amplia y precoz el delirium, así como, la educación a enfermeras actuales y futuras.

Por otra parte mencionan que deben realizarse cambios en el sistema de salud que ayuden a mejorar, tales como, cultura del hospital, colaboración interdisciplinaria, jefes de departamento, es decir, necesitan una atmosfera de amistad que busque siempre el beneficio de los adultos mayores.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES:

Se tienen en cuenta criterios de selección para el estudio, artículos en ingles reportados y en cuanto a los criterios de exclusión, artículos que no fueran en ingles, que no midieran el conocimiento de enfermería sobre el delirium.

Los artículos fueron sistematizados y revisados por los autores por medio de la escala modificada para evaluar las calidad de estudios (Scale to Assess Quality of Studies) en donde consideran aspectos como diseño, medidas y análisis. Los rangos variaron entre 12 y 14 en las escalas.

Escogieron en las bases de datos 3.837 artículos, de los cuales solo quedaron 122 por revisión de titulo y abstract, de estos se excluyeron 112 y solo quedan 10

incluidos en la revisión.

En la revisión estudiaron las ratas de reconocimiento de delirium utilizando la definición estándar APA. El rango de reconocimiento de las enfermeras varía entre 26% y 83%.

En la recopilación de esta revisión se encuentra que los conceptos de enfermería del delirium en adulto son variados y adquiridos a través de la experiencia del estudio del reconocimiento.

En las últimas dos décadas no existe una información clara de cómo las enfermeras detectan esta patología en adultos mayores; las enfermeras reconocen que sus pacientes tienen alteraciones, están confundidos, tiene alteraciones del comportamiento y necesitan ayuda.

En la actualidad no hay un progreso en el reconocimiento del delirium por parte de enfermería, en esta revisión se conocen las barreras que interfieren: necesitan tiempo, claves que ayuden a detectar el delirium y un instrumento que sirva como guía en la detección de síntomas además de una documentación sobre delirium.

Se necesita educación efectiva sobre los conocimientos de enfermería del reconocimiento y manejo de la población vulnerable en delirium en (el adulto).

Esta revisión responde a nuestros objetivos específicos ya que muestra de forma clara y puntual las escalas que se están creando para una detección fácil y rápida del delirium, además nos muestra los signos y síntomas del paciente que lo presenta, así como también, las acciones que las enfermeras realizan en pro de mejorar el estado de los pacientes aun desconociendo que pudiesen o no presentar delirium.

ARTÍCULO 5

<p>DATOS DE IDENTIFICACIÓN</p> <p>TÍTULO: Incidencia de Delirium en las unidades de cuidados intensivos y cuidados coronarios del hospital central militar.</p> <p>AUTORES: Dr. Isaac Ramos Juárez, Dra. Diana Pérez Trejo, Dr. Francisco de Jesús Takao Kaneo Wuada, Dr. José de Jesús Almanza Muñoz.</p> <p>FECHA DE PUBLICACIÓN: 2007</p> <p>IDIOMA: Español.</p> <p>LUGAR: Hospital Central Militar</p> <p>MEDIO DE PUBLICACIÓN: Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. Abril – Mayo.</p>
<p>INFORMACIÓN METODOLÓGICA:</p>
<p>TIPO DE ESTUDIO: Cohorte Prospectivo Descriptivo.</p>
<ul style="list-style-type: none">○ POBLACIÓN: Pacientes de unidad intensiva de adultos del hospital central militar.○ MUESTRA: 111 pacientes que cumplieron criterios de inclusión. 68 (61.3%) de la UTIA 43 (38.7%) de la UCC○ PALABRAS CLAVES: Delirium, Cognitivo, Opioides.
<p>APORTES DE CONTENIDO:</p> <p>El delirium es un vocablo derivado del latín para referirse a una afección</p>

normalmente transitoria y reversible del sistema nervioso central, que tiene un inicio agudo o subagudo que se manifiesta clínicamente por la presencia de un amplio conjunto de alteraciones neuropsiquiátricas principalmente cognitivas, es habitualmente reversible y ocurre como consecuencia directa de uno o varios factores tales como: intoxicación, retiro de sedantes, efectos secundarios a fármacos, exposición a toxinas, alteraciones metabólicas o combinación de los mismos.

Los criterios para el diagnóstico del delirium según el DSM-IV-TR son:

12. Alteración de la conciencia
13. Cambios en las funciones cognitivas
14. Presentación fluctuante
15. Alteración de un efecto fisiológico.

Su etiopatogenia parece ser de origen multifactorial y sería la causa de las alteraciones sistémicas y cerebrales. La hipótesis más acertada es un déficit del sistema colinérgico y problemas metabólicos.

Dentro de los factores de riesgo pueden ser: la enfermedad aguda por sí misma, la edad o problemas de salud, los eventos iatrogénicos y los factores ambientales. Existen medicamentos como las benzodiazepinas y narcóticos que también se asocian al desarrollo del delirium.

Los subtipos de delirium son:

- ❖ Hipoactivo: paciente pacífico, inatento, disminución de la actividad física y mental.
- ❖ Hiperactivo: pacientes agitados o combativos, en quienes hay reacciones emocionales que predisponen a lesiones craneales por caídas y otras complicaciones.
- ❖ Mixtos: presentan episodios de ambos.

El CAM-UCI es una escala desarrollada por Inouye y cols como instrumento usado en la evaluación del delirium, es rápido, válido y reproducible usado

regularmente como parte de la evaluación de rutina y toma únicamente de dos a cuatro minutos para realizar en pacientes mas difíciles.

El CAM consiste a su vez en tres sencillos cuestionarios, en el primero se evalúa el estado de sedación agitación mediante la escala de RICHMOND posteriormente se evalúa el estado de atención utilizándose el examen de monitoreo de atención para finalmente completar el estudio del CAM.UCI el cual evalúa si hay un pensamiento desorganizado o un estado de conciencia alterado con preguntas sencillas y clínicas al respecto.

El tratamiento del delirium incluye manejo de causas subyacentes específicas, medidas generales de soporte, manejo sintomático, suspensión de medicación innecesaria. En el abordaje del delirium se requiere de la intervención de todo el equipo médico, enfermería y familia para el apoyo de modificaciones ambientales y de rescate de la continuidad de la vida del paciente en términos de seguir formando parte del grupo familiar.

ANALISIS METODOLOGICO:

JUZGAMIENTO:

El presente artículo tiene coherencia metodológica, ya que el título muestra el objetivo, y se cumple en el desarrollo del estudio, dando como resultado datos en cuanto a la incidencia global del Delirium.

De acuerdo a los niveles de interpretación de resultados esta ficha:

- Descripción de hallazgos.
- Identificación de relaciones entre variables.
- **Formulación de relaciones tentativas.**
- Revisión en búsqueda de evidencia.
- Formulación de explicaciones al fenómeno.
- Identificación de esquemas teóricos más amplios.

Este artículo cita que futuras investigaciones son necesarias para valorar si la detección oportuna y modificación de los factores de riesgo disminuyen la incidencia del delirium, así como analizar si la presencia del Delirium es un factor contribuyente para incrementar la mortalidad de las unidades de cuidado crítico. Este artículo se convierte en ficha importante en la presente revisión, ya que da respuesta a dos de los objetivos trazados en nuestra revisión.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES:

El objetivo de este artículo es determinar la incidencia del delirium en las unidades de cuidados intensivos y coronarios del hospital central militar e identificar los factores de riesgo asociados.

De 111 pacientes que reunieron los criterios de inclusión la incidencia de delirium de ambas unidades médicas fue de 28.8%, para terapia intensiva fue de 39.7% y para cuidados coronarios 11.1%. El tipo más común de delirium fue el hipoactivo en el 62.5% de los pacientes. La alteración de la glicemia, uso de opioides, medicamentos de bajo riesgo, presencia de cateterismo vesical se asociaron a la presencia de Delirium.

La incidencia del delirium postoperatorio en cirugía general ha sido estimada entre 10 y 26%, con rangos significativamente altos en adultos mayores y postoperados de procedimientos ortopédicos, oftalmológicos y cardiológicos.

En la muestra estudiada se le aplicó la escala CAM-UCI, encontrándose 32 pacientes con Delirium, lo que da como resultado una incidencia para la UTIA de 39.7% y para la UCC 11.6%.

La confiabilidad del CAM-UCI como instrumento para la detección del delirium, es sencillo, rápido y confiable, además mostró una consistencia interna de 0.81; este dato resulta ser importante en la realización de esta revisión documental ya que la utilización de esta escala como método de detección temprana del delirium en pacientes hospitalizados de la unidad de cuidados intensivos, se convierte en

instrumento necesario y práctico para el personal que labora brindando atención a este tipo de pacientes.

ARTÍCULO 6

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TÍTULO: Incidencia del delirium en cuidados intensivos y factores relacionados.

AUTORES: Aylion Garrido, Álvarez González y González García.

FECHA DE PUBLICACIÓN: 2007

IDIOMA: inglés.

LUGAR: Servicio de medicina intensiva del Hospital de Txagorritxu Victoria. Alava.

MEDIO DE PUBLICACIÓN: Revista enfermería intensiva vol. 18. Abril 2007.

INFORMACIÓN METODOLÓGICA:

TIPO DE ESTUDIO: Prospectivo

○ **POBLACIÓN:** Pacientes de UCI Polivalente de 8 camas.

○ **MUESTRA:** 112 pacientes

○ **PALABRAS CLAVES:** unidad de cuidados intensivos, Delirio, síndrome confusional agudo, factores de riesgo y enfermería.

APORTES DE CONTENIDO:

El delirio ha sido reconocido como un común y serio problema en las áreas de hospitalización, pero su diagnóstico en pacientes críticos se dificulta debido a la imposibilidad de interrogar al paciente intubado y a la presencia de sedantes. Los

objetivos de este estudio son describir la incidencia del delirio en la unidad de cuidados intensivos y determinar algunos de los factores de riesgo.

El alto grado de especialización y procedimientos invasivos hacen que la unidad de cuidados intensivos sea considerada como área generadora de estrés, lo que se relaciona con la aparición de delirio en los pacientes críticos junto con otros factores de riesgo. El termino delirio es el más utilizado actualmente pero también es conocido como síndrome de la UCI, síndrome confusional agudo o psicosis funcional.

Se define como una alteración transitoria y reversible del estado mental de etiología multifactorial, inicio brusco y evolución fluctuante que cursa con síntomas de desorientación, agitación e incluso ideas paranoides y alucinantes, aparece con más frecuencia a partir del tercer día de estancia en la UCI, y suele desaparecer una vez que el paciente es dado de alta a una planta de hospitalización.

ANALISIS METODOLOGICO:

JUZGAMIENTO:

El presente artículo tiene coherencia metodológica, ya que el título muestra el objetivo, y se cumple en el desarrollo del estudio, dando como resultado datos en cuanto a la incidencia del Delirio y los factores relacionados.

De acuerdo a los niveles de interpretación de resultados esta ficha:

- **Descripción de hallazgos.**
- Identificación de relaciones entre variables.
- Formulación de relaciones tentativas.
- Revisión en búsqueda de evidencia.
- Formulación de explicaciones al fenómeno.
- Identificación de esquemas teóricos más amplios.

Este artículo solo describe hallazgos en la incidencia y los factores relacionados con el delirio en las unidades de cuidado crítico.

Este artículo se convierte en ficha importante en la presente revisión, ya que da respuesta a dos de los objetivos trazados en nuestra revisión.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES:

En el presente estudio se recogieron datos de la unidad polivalente que dentro de sus características ambientales consta de buena iluminación y ventilación por lo que los factores ambientales no son tenidos en cuenta.

Se estudiaron 112 pacientes a quienes se le aplicó la escala de Bergeron ICD-SC por su alta sensibilidad 99%, y su sencillez en la aplicación práctica. Se tuvieron en cuenta variables como la edad, sexo, enfermedades previas, hábito al tabaquismo, sedación, opiáceos, analgesia epidural, ventilación mecánica, días de estancia e índice pronóstico APACHE II.

La escala se aplicó en el turno de la mañana por enfermería en donde si la puntuación es >4 se confirma el diagnóstico de Delirio.

Se observaron 45 casos de delirium lo que corresponde a 41.3%, dado por administración de fármacos.

Los aportes de este artículo para el presente estudio apuntan a las acciones que emprende la enfermera en la unidad de cuidados intensivos para detectar el delirium en pacientes críticamente enfermos.

ARTÍCULO 7

<p>DATOS DE IDENTIFICACIÓN</p> <p>TÍTULO: Cuadros de Delirium en el paciente coronario</p> <p>AUTORES: P. Moreno, J. Valle, A. Carrillo, Raurich, M. Fiol, Blanco</p> <p>FECHA DE PUBLICACIÓN: 2009</p> <p>IDIOMA: Español.</p> <p>LUGAR: Unidad de Cuidados Intensivos del hospital Son Dureta</p> <p>MEDIO DE PUBLICACIÓN: Frist International Congress on Neuropsychology. Julio 2009.</p>
<p>INFORMACIÓN METODOLÓGICA:</p>
<p>TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo , Prospectivo</p>
<ul style="list-style-type: none">○ POBLACIÓN: Pacientes de UCI Son Dureta.○ MUESTRA: 516 pacientes○ PALABRAS CLAVES: no se evidencian en el artículo.
<p>APORTES DE CONTENIDO:</p> <p>La frecuencia de diagnósticos de cuadros de Delirium es caracterizado por breves períodos de confusión y cambios de la percepción y la conducta.</p> <p>Los síndromes mentales orgánicos agudos son aquellos en el que el deterioro cognitivo es relativamente global, a menudo reversible y de evolución breve. El término delirium, estado anormal de conciencia se solapa con el de Amnesia postraumática, coma, estupor y síndrome amnésico.</p> <p>Su diagnóstico viene sugerido por algunos signos inespecíficos de organicidad.</p>

Para poder hacer su diagnóstico se debe tener una anormalidad del comportamiento, asociado a disfunción cerebral transitoria o permanente, siendo una situación urgente que requiere la identificación de la causa y tratamiento lo antes posible.

La incidencia es de aproximadamente 10 – 20% de pacientes hospitalizados en UCI. Los muy jóvenes y muy ancianos son susceptibles al delirium, así como los que tienen antecedentes tienen más posibilidades de reiterar el episodio.

Es preciso evaluar el estado mental, la cognición, aspectos del comportamiento en general, estado de ánimo y el contenido y proceso del pensamiento.

ANALISIS METODOLOGICO:

JUZGAMIENTO:

El presente artículo tiene coherencia metodológica, ya que el título muestra el objetivo, y se cumple en el desarrollo del estudio, dando como resultado datos en cuanto a la incidencia del Delirio y los factores relacionados.

De acuerdo a los niveles de interpretación de resultados esta ficha:

- Descripción de hallazgos.
- **Identificación de relaciones entre variables.**
- Formulación de relaciones tentativas.
- Revisión en búsqueda de evidencia.
- Formulación de explicaciones al fenómeno.
- Identificación de esquemas teóricos más amplios.

Este artículo además de describir hallazgos en la incidencia y los factores relacionados con el delirio en las unidades de cuidado crítico, hace identificación y relación entre variables.

Este artículo se convierte en ficha importante en la presente revisión, ya que da respuesta a dos de los objetivos trazados en nuestra revisión.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES:

En el presente estudio se recogieron datos de la unidad de cuidados intensivos coronarios.

Se estudiaron 516 pacientes con enfermedad coronaria, 402 con IAM, 114 con ángor a quienes se les realizó una recogida de datos sociodemográficos, personales, orgánicos y psíquicos para ver si existía delirium, para lo cual se realizó la Delirium Rating Scale, en donde una puntuación >12 pertenecía a delirium grave.

Esta escala fue aplicada por las enfermeras previamente entrenadas en cada turno y cuando se presentaba cambio de conducta.

De los pacientes estudiados 19 presentaron delirium leve y 28 delirium severo; los factores que predisponían al delirium fueron administración de morfina, dopamina y dobutamina.

La presencia de cuadros de delirium en enfermos ingresados a la UCI el alta pero pasa desapercibida por síntomas graves que suelen presentar estos pacientes y se enmascara por la alta sedación. La evaluación del funcionamiento cognitivo mediante esta escala puede ayudar de manera notable en su detección.

Los aportes de este artículo para el presente estudio apuntan a las manifestaciones del paciente y las escalas que se utilizan para detectar el delirium en pacientes críticamente enfermos.

ARTÍCULO 8

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TÍTULO: El delirio de la unidad de cuidados intensivos es un pronosticador independiente de estadía más larga del hospital.

AUTORES: Jason WW Thomason¹, Ayumi Shintani², Josh F Peterson³, Brenda T Pun⁴, James C Jackson⁵ y E Wesley Ely⁶

FECHA DE PUBLICACIÓN: 2003

IDIOMA: Inglés.

LUGAR: UCI

MEDIO DE PUBLICACIÓN: *La Cautela Crítica* 2005, **9**:R375-R381doi:10.1186/cc3729

INFORMACIÓN METODOLÓGICA:

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo , Prospectivo

○ **POBLACIÓN:** incluye a los pacientes que ingresaron en UCI desde el mes de febrero del 2002 y enero del 2003.

○ **MUESTRA:** 261 pacientes

○ **PALABRAS CLAVES:** no aparecen enunciadas en el artículo

APORTES DE CONTENIDO:

El delirio ocurre en la mayoría de pacientes ventilados y esta independientemente asociado con más muertes, estadía prolongada, y aumento de costo. Las líneas directivas recomiendan monitoreo de delirio en todos los pacientes de la unidad de cuidados intensivos (UCI).

El delirio es definido como una fluctuación o cambio agudo en la inatención y

estatus mental, desorganización del pensamiento con alteración o no del estado de conciencia.

ANÁLISIS METODOLÓGICO:

JUZGAMIENTO:

El presente artículo tiene coherencia metodológica, ya que el título muestra el objetivo, y se cumple en el desarrollo del estudio, dando como resultado datos en cuanto a la incidencia del Delirio y los factores relacionados.

De acuerdo a los niveles de interpretación de resultados esta ficha:

- **Descripción de hallazgos.**
- Identificación de relaciones entre variables.
- Formulación de relaciones tentativas.
- Revisión en búsqueda de evidencia.
- Formulación de explicaciones al fenómeno.
- Identificación de esquemas teóricos más amplios.

Este artículo muestra los factores que desencadenan Delirium y la escala con la que realizan el estudio, convirtiéndose de esta manera en ficha importante en la presente revisión, ya que da respuesta a un objetivo trazado en nuestra revisión.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES:

De 261 pacientes, 125 (48 %) experimentaron al menos un episodio de delirio.

Los pacientes que experimentaron delirio fueron adultos mayores, los más gravemente enfermos medido por la Fisiología Aguda y Chronic Health Evaluation II (APACHE II) .

Los pacientes que experimentaron delirio tuvieron un riesgo de 29 % mayor de quedarse en el ICU (comparado para los pacientes que nunca desarrollaron

delirio)

La mortalidad del hospital fue superior entre pacientes que desarrollaron delirio (24/125, 19 %) versus pacientes que nunca desarrollaron delirio (8/135, 6 %), $p = 0.002$; Sin embargo, el tiempo para en la muerte del hospital no fue significativo.

Concluyéndose de esta manera que el delirio ocurrió en casi la mitad de pacientes poco ventilados UCI. Aun después del ajuste pertinente, se encontró que delirio es un pronosticador independiente de estadía más larga del hospital.

ARTÍCULO 9

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TÍTULO: Delirium: incidencia y características clínicas y epidemiológicas en un hospital universitario

AUTORES: Diana Restrepo, Carlos Cardeño, Lina Páramo, Sigrifredo Ospina, Jorge Calle

FECHA DE PUBLICACIÓN: 2009

IDIOMA: Español.

LUGAR: Hospital universitario de Medellín

MEDIO DE PUBLICACIÓN: Revista, colombiana, psiquiátrica. Volm. 38/N° 3/ 2009

INFORMACIÓN METODOLÓGICA:

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo , Prospectivo , trasversal

○ **POBLACIÓN:** pacientes mayores 18 años de UCI

○ **MUESTRA:** 421 pacientes

○ **PALABRAS CLAVES:** Delirium, incidencia, epidemiología.

APORTES DE CONTENIDO:

El delirium es un trastorno neuropsiquiátrico frecuente en el hospital. Es un estado de conciencia anormal que altera la cognición, en especial la orientación y la atención, pero también abarca un conjunto de síntomas no cognoscitivos relativos a la conducta motora, el ritmo del sueño – vigilia, el pensamiento, el lenguaje, la percepción y el afecto.

Se caracteriza por un comienzo agudo, en horas o días de evolución fluctuante; la gravedad de los síntomas se exacerba y disminuye a lo largo de un periodo de 24 horas. El término delirium tradicionalmente ha descrito un síndrome transitorio y reversible; sin embargo, la experiencia clínica da muestra que puede ser crónico y presentar secuelas permanentes.

Para la recolección de datos utilizaron la escala Confusion assessment method (CAM) y la escala Delirium Rating Scale (DRS-R-98).

ANALISIS METODOLOGICO:

JUZGAMIENTO:

El presente artículo tiene coherencia metodológica, ya que el título muestra el objetivo, y se cumple en el desarrollo del estudio, dando como resultado datos en cuanto a la incidencia del Delirio y los factores relacionados.

De acuerdo a los niveles de interpretación de resultados esta ficha:

- Descripción de hallazgos.
- **Identificación de relaciones entre variables.**
- Formulación de relaciones tentativas.
- Revisión en búsqueda de evidencia.
- Formulación de explicaciones al fenómeno.

- Identificación de esquemas teóricos más amplios.

Este artículo además de describir hallazgos en la incidencia y los factores relacionados con el delirio en las unidades de cuidado crítico, hace identificación y relación entre variables.

Este artículo se convierte en ficha importante en la presente revisión, ya que da respuesta a dos de los objetivos trazados en nuestra revisión.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES:

Se estudiaron 421 pacientes distribuidos en 27 salas de hospitalización; de estos 29 pacientes cumplieron con los criterios diagnósticos de delirium, para una proporción de incidencia del 6.9%.

El estudio se realizó en dos etapas:

- ❖ Se evaluaron a cada paciente que hubiera presentado alteraciones comportamentales y se le aplicó la CAM la cual considero indicativo de delirium.
- ❖ En esta etapa a los que tuvieron CAM positiva se les invitó a participar en el estudio y se les aplicó la (DRS-R-98) la cual tiene ítems que evalúa la severidad.

El promedio de estancia de estos pacientes fue de 37 días, el diagnóstico más frecuente para los pacientes que presentaron delirium es la enfermedad arterial obstructiva crónica, seguida del síndrome coronario.

Este artículo de revisión nos ayuda en nuestra investigación ya que da respuesta a dos objetivos trazados.

ARTÍCULO 11

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TÍTULO: Síndrome confusional agudo en UCI: factores que influyen y actitud de enfermería

AUTORES: J. J. Rodríguez Mondéjar, R. Martín Lozano, R. M. Jorge Guillem J. Iniesta Sánchez, C. Palazón Sánchez, F. Carrión Tortosa, F. Parra Dormal, A. López Amorós, M. Martínez Huéscar

FECHA DE PUBLICACIÓN: 2001

IDIOMA: Español.

LUGAR: UCI Polivalente

MEDIO DE PUBLICACIÓN: *Enferm Intensiva* 2001; 12(1): 3-9

INFORMACIÓN METODOLÓGICA:

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo , Prospectivo

- **POBLACIÓN:** incluye a los pacientes que ingresaron en nuestra UCI desde el mes de octubre de 1998 hasta el 31 de marzo de 1999.
- **MUESTRA:** 243 pacientes
- **PALABRAS CLAVES:** Síndrome confusional agudo. Cuadro confusional agudo. Actitud de enfermería en la confusión aguda. Confusión aguda en pacientes de UCI. Entorno en UCI. Desorientación de pacientes en UCI.

APORTES DE CONTENIDO:

En las unidades de cuidados intensivos (UCI) se observa con cierta frecuencia que los enfermos/clientes,

independientemente de su situación clínica y causa de ingreso, presentan de forma brusca e inesperada lo que denominamos síndrome confusional agudo (SCA) como diagnóstico de enfermería, que supone un conjunto de signos y síntomas variables en tiempo de duración, intensidad y forma de manifestarse.

Así mismo el grado de confusión aguda se clasificó en:

1. **Desorientación:** alteración de la consciencia de uno mismo, de la personalidad como cuerpo, así como la perturbación de la relación con el mundo exterior en tiempo y espacio. En este estadio las medidas de enfermería van encaminadas a orientar en tiempo, espacio y persona al paciente, procurar un ambiente adecuado, disminuyendo los grados de contaminación acústica y luminosa dentro de nuestras posibilidades y se le ofrece tanto al cliente como a la familia la probabilidad de permanecer juntos.
2. **Agitación:** cuando además de desorientación encontramos una incapacidad del paciente para estar quieto. Se llevan a cabo las mismas actividades que para el estadio anterior, pero además se incluyen medidas de seguridad para el cliente tales como uso de barandillas en la cama para evitar caídas, almohadillado de las mismas para amortiguar posibles golpes, sujeción de miembros para evitar autolesiones, pérdidas de vías, sondas, etc., se recurre a técnicas de relajación y medidas de distracción como la televisión.
3. **Agresividad:** el paciente presenta actitudes hostiles hacia el personal o su familia. Se realizan las medidas descritas en los dos grados anteriores y en el caso de que persista se administra medicación prescrita por el facultativo, si éste

lo estima oportuno.

Ante la presencia de los primeros signos y síntomas la enfermera procedía a registrar las constantes vitales y ventilatorias, incluyendo gasometría venosa, procediendo posteriormente a llevar a cabo las medidas terapéuticas descritas anteriormente. Por éxito se ha entendido el que las primeras manifestaciones del cuadro confusional no evolucionaran a más dentro de su escala de graduación, o que hubiera habido una conexión adecuada con el entorno, sin precisar la utilización de fármacos, es decir, con la actuación enfermera sola.

Según el grado de confusión aguda se observó: desorientación en 8 pacientes (40 %), agitación en 9 (45 %) y agresividad en 3 (15 %).

Los cuidados de enfermería se aplicaron en el 100% de los casos ya que en todos los pacientes hubo que intervenir.

Según presentaran desorientación, agitación y/o agresividad se habían establecido 2 grupos de actividades concretas:

- Las intervenciones realizadas en los 20 pacientes que presentaron cuadro de SCA fueron: orientar en tiempo, espacio y persona, disminución del sonido ambiental (ruidos), disminución de los estímulos luminosos naturales y artificiales, estar más cerca del paciente, tranquilizarlo con palabras de apoyo y realización de técnicas de relajación sencillas.
- A los pacientes del grupo que presentaron agitación y/o agresividad, 12 pacientes (queda excluido el grupo de pacientes con desorientación) se añadió: pasar la familia para estar con el enfermo y facilitarle estímulos como son tocarle, darle la mano, sentarse a su lado, darle un beso, y hablarle de temas agradables para el paciente; colocación de barandillas

en la cama, almohadillado y/o protección.
con almohadas en las barandillas: sujeción de miembros con muñequeras con almohadilla en 3 pacientes (25 %) y distracción con la televisión a 1 paciente (8,3 %).

ANALISIS METODOLOGICO:

JUZGAMIENTO:

El presente artículo tiene coherencia metodológica, ya que el título muestra el objetivo, y se cumple en el desarrollo del estudio, dando como resultado datos en cuanto a la incidencia del Delirio y los factores relacionados.

De acuerdo a los niveles de interpretación de resultados esta ficha:

- **Descripción de hallazgos.**
- Identificación de relaciones entre variables.
- Formulación de relaciones tentativas.
- Revisión en búsqueda de evidencia.
- Formulación de explicaciones al fenómeno.
- Identificación de esquemas teóricos más amplios.

Este artículo describe de manera clara los signos y síntomas del paciente que presenta delirium en las unidades de cuidado crítico. Este artículo se convierte en ficha importante en la presente revisión, ya que da respuesta a un Objetivo trazado en nuestra revisión.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES:

De los 243 pacientes, en 20 se diagnosticó SCA, lo que supone una incidencia de un 8,2 %. La edad media de estos pacientes fue de 69,55 años (57-89) con una DE = 12,28. De ellos 15 fueron varones (75 %) y 5 mujeres (25 %). La puntuación

media del índice de gravedad APACHE III fue de 17,9 (5-34) y DE = 6,84 frente a un índice de APACHE de 11 puntos para la media de la población del estudio.

Las actividades llevadas a cabo por enfermería tuvieron éxito en el 35 % de los casos (7 pacientes), necesitando un tiempo medio de recuperación de 57,46 h. De estos 7 pacientes, cuatro presentaron desorientación, dos agitación y uno agresividad. Los 13 pacientes restantes (65 %) precisaron algún fármaco para resolver el cuadro ($p < 0,05$), la edad media de estos últimos fue de 74,4 años (DE = 9) y los grados de confusión de los pacientes se distribuyeron en: desorientación en 4 pacientes (30,6 %), agitación en 7 (53,8 %), y agresividad en 2 (15,3 %). El tiempo de recuperación fue de 44,15 h (DE = 40) siendo este último más breve que el referido cuando no se utilizaron fármacos.

11.10. ANEXO 9 CUADRO DE ARTICULOS ANALIZADOS OBJETIVO 1

TÍTULO DEL ARTÍCULO	AUTORES	APORTES
<p align="center">N2</p> <p align="center">RECONOCIMIENTO DEL DELIRIUM EN LOS PACIENTES DE LA UCI: UN ESTUDIO DE DIAGNOSTICO DE LA ESCALA DE CONFUSIÓN NEECHAM EN LOS PACIENTES DE LA UCI.</p>	<p>Henny EM, Marieke J, Schuurmans, Jaap Jvan de Bijl.</p>	<p>El personal de enfermería debe realizar un seguimiento en 24 horas con poco esfuerzo que permita el reconocimiento precoz del Delirium y mejorar el pronóstico y beneficios de cualquier tratamiento; para lograr esto se necesita aumentar la conciencia y desarrollar instrumentos validos en la evaluación.</p> <p>En este estudio se pretende mostrar un instrumento para la detección del Delirium por parte de enfermería, la escala de confusión NEECHAM, la cual se utiliza para la detección precoz de pacientes con Delirium en UCI.</p>
<p align="center">N3</p> <p align="center">DELIRIUM EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA. VALIDACIÓN DEL MÉTODO PARA DETECCIÓN DE LA CONFUSIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS (CAM-UCI).</p>	<p>E. Wesley Ely, Sharon K. Inouye, Gordon R. Bermand, Joseph Francis, Lisa May, Brenda Truman, Theodore Speroff, Shiva Gautam, Richard Margolin, Robert P. Hart, Robert Dittus.</p>	<p>El método para detectar la confusión CAM es un instrumento necesario en el diagnostico del delirium en pacientes que no tienen comunicación verbal o ventilación mecánica.</p>

<p style="text-align: center;">N4 RECONOCEN LAS ENFERMERAS EL DELIRUM?</p>	<p>Melinda R. Steis, Ms, RN; and Donna M. Fick, PhD, RN.</p>	<p>A través de una revisión sistemática se quiere conocer que información tienen las enfermeras sobre delirium, para realizar acciones encaminadas a la educación y la práctica en la temática del delirium.</p> <p>La falta de conocimiento sobre esta patología por parte de enfermería ocasiona que se malinterprete con otras patologías como demencia. Es por esto que se deben utilizar un sistema como el CAM que ayuda a reconocer por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aguda y fluctuante • Inatención • Desorganización del pensamiento • Alteración de la conciencia <p>Este sistema es práctico ya que se puede utilizar en el cubículo del paciente de forma rápida.</p>
<p style="text-align: center;">N5 INCIDENCIA DE DELIRIUM EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y CUIDADOS CORONARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL MILITAR.</p>	<p>Dr. Isaac Ramos Juárez, Dra. Diana Pérez Trejo, Dr. Francisco de Jesús Takao Kaneo Wuada, Dr. José de Jesús Almanza Muñoz.</p>	<p>El CAM-UCI es una escala desarrollada por Inouye y cols como instrumento usado en la evaluación del delirium, es rápido, valido y reproducible usado regularmente como parte de la evaluación de rutina y toma únicamente de dos a cuatro minutos para realizar en pacientes mas difíciles.</p> <p>El CAM consiste a su vez en tres sencillos cuestionarios, en el primero se evalúa el estado de sedación agitación mediante la escalla de RISCHMOND posteriormente se evalúa el estado de atención utilizándose el</p>

<p style="text-align: center;">N6 INCIDENCIA DEL DELIRIUM EN CUIDADOS INTENSIVOS Y FACTORES RELACIONADOS.</p> <p style="text-align: center;">N7 MANEJO AMBIENTAL EN EL TRATAMIENTO DEL DELIRIUM</p>	<p style="text-align: center;">Aylion Garrido, Álvarez González y González García.</p> <p style="text-align: center;">Sergio Hurtado Martínez.</p>	<p>examen de monitoreo de atención para finalmente completar el estudio del CAM.UCI el cual evalúa si hay un pensamiento desorganizado o un estado de conciencia alterado con preguntas sencillas y clínicas al respecto.</p> <p>De las herramientas validadas para la medición del delirium, actualmente dos escalas son las mas utilizadas, adaptándose específicamente para pacientes críticos: Confussion Assesment Method (CAM ICU) Y Bergeron esta ultima es la que se utilizo es este estudio por su manejo mas sencillo, tiene una sensibilidad 99% tiene una aplicación practica.</p> <p>En este estudio se utilizó Delirium rating sale en el cual cada ítem es valorado por severidad y puntuación total mayor es de 12 o 15 puntos lo que indica delirium, cuando es entre 8 y 12 identifica Delirium succínico.</p> <p>Estudia el comienzo de los síntomas trastornos perceptuales, tipo de alucinaciones, delirios, conducta psicomotora, el estado cognitivo durante las pruebas es ciclo sueño vigilia, la habilidad del humor y la variabilidad de los síntomas.</p>
---	--	---

<p style="text-align: center;">N8</p> <p style="text-align: center;">RECONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS DEL DELIRIUM Y SUS SINTOMAS</p>	<p>Inouye, Foreman, Muon, Kata, Coona</p>	<p>Utiliza criterios diagnósticos DSM-IV-TR en conjunto con la escala CAM ICU para evaluar el déficit cognoscitivo de los pacientes</p>
<p style="text-align: center;">N9</p> <p style="text-align: center;">DELIRIUM: INCIDENCIA Y CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO</p>	<p>Diana Restrepo, Carlos Cardeña, Lina Paramo, Sigfredo Ospina, Jorge Calle.</p>	<p>Utilizaron la escala CAM ICU para pacientes sometidos a ventilación mecánica, en el 2001 se desarrollo el instrumento que validaba CAM ICU a nivel internacional y observaron que en la identificación del delirium tiene una alta especificad utilizando cuatro criterios específicos, en donde mas se utilizo la escala fue en Suecia</p>

11.11. ANEXO 10 CUADRO DE ARTICULOS ANALIZADOS OBJETIVO 2

TÍTULO DEL ARTÍCULO	AUTORES	APORTES
<p>N2 RECONOCIMIENTO DEL DELIRIUM EN LOS PACIENTES DE LA UCI: UN ESTUDIO DE DIAGNOSTICO DE LA ESCALA DE CONFUSIÓN NEECHAM EN LOS PACIENTES DE LA UCI.</p>	<p>Henny EM, Marieke J, Schuurmans, Jaap Jvan de Biji.</p>	<p>El Delirium es una complicación grave de alta frecuencia en la unidad de cuidados intensivos incidencia de 40 al 82%, se define como un síndrome mental orgánico transitorio caracterizado por alteración de la conciencia, la cognición y la atención. Estas alteraciones con frecuencia se manifiestan en expresiones de desorientación, trastornos de la memoria, alteraciones de los procesos mentales, agitación motora, problemas del sueño, ansiedad y agitación.</p> <p>Los síntomas del Delirium dan lugar a su clasificación: hiperactivo o hipoactivo, o combinación de estos; el paciente puede estar agitado, inquieto y agresivo, en caso contrario puede estar muy tranquilo y con sueño. Esta complicación tiene como consecuencia una alta gama de morbi – mortalidad por lo que requiere la necesidad de un mayor cuidado de enfermería. A pesar de esto, el Delirium, a menudo no es reconocido y poco tratado.</p> <p>La investigación muestra que un 60% de los casos pasan inadvertido por médicos y enfermeras, también pueden ser considerados cómo demencia o enfermedad mental en pacientes de edad avanzadas, por lo que su tratamiento es mal direccionado. médicos y enfermeras, también pueden ser considerados cómo demencia o enfermedad mental en pacientes de edad avanzadas, por lo que su tratamiento es mal direccionado.</p>

<p>N3</p> <p>DELIRIUM EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA. VALIDACIÓN DEL MÉTODO PARA DETECCIÓN DE LA CONFUSIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS (CAM-UCI).</p>	<p>Henny EM, Marieke J, Schuurmans, Jaap Jvan de Biji.</p>	<p>El delirium es una alteración de la conciencia caracterizada por ser aguda y fluctuante, es una alteración en la función cognitiva en las habilidades de recibir, procesar y almacenar información. El delirium se desarrolla en el paciente con malos resultados hospitalarios incluyendo estancia prolongada, institucionalización y aumentando la mortalidad.</p> <p>La frecuencia del delirium varía entre el 15% y 50% de pacientes con enfermedades generales o quirúrgicas.</p> <p>El paciente con ventilación mecánica en la UCI tiene alto riesgo de desarrollar delirium debido a la enfermedad, comorbilidades, medicamentos y por numerosos factores de riesgo.</p>
<p>N4</p> <p>RECONOCEN LAS ENFERMERAS EL DELIRIUM?</p>	<p>E. Wesley Ely, Sharon K. Inouye, Gordon R. Bermand, Joseph Francis, Lisa May, Brenda Truman, Theodore Speroff, Shiva Gautam, Richard Margolin, Robert P. Hart, Rober Dittus.</p>	<p>Según la American Psychiatric Association (APA) 2000, nombra cuatro componentes para el Delirium:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alteración de la conciencia con reducción de la habilidad de la concentración, contenido o atención. ✓ Cambios en la cognición o desarrollo de alteración en la percepción sin asociación de enfermedad mental preexistente o establecida ni desarrollo de demencia. ✓ Esta alteración es fluctuante durante el curso del día. ✓ La evidencia es directamente causada por efecto de la condición médica. <p>El delirium en pacientes adultos se desarrolla por malos resultados como complicaciones durante la hospitalización, largos tiempos de estancia.</p>

<p style="text-align: center;">N5 INCIDENCIA DE DELIRIUM EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y CUIDADOS CORONARIOS DEL HOSPITAL CENTRAL MILITAR.</p>	<p>Melinda R. Steis, Ms, RN; and Donna M. Fick, PhD, RN.</p>	<p>Las enfermeras por ser quien este mayor tiempo con el paciente son las primeras en detectar el delirium. A través de una revisión sistemática se quiere conocer que información tienen las enfermeras sobre delirium, para realizar acciones encaminadas a la educación y la práctica en la temática del delirium.</p> <p>El delirium es un vocablo derivado del latín para referirse a una afección normalmente transitoria y reversible del sistema nervioso central, que tiene un inicio agudo o subagudo que se manifiesta clínicamente por la presencia de un amplio conjunto de alteraciones neuropsiquiátricas principalmente cognitivas, es habitualmente reversible y ocurre como consecuencia directa de uno o varios factores tales como: intoxicación, retiro de sedantes, efectos secundarios a fármacos, exposición a toxinas, alteraciones metabólicas o combinación de los mismos.</p> <p>Los criterios para el diagnóstico del delirium según el DSM-IV-TR son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alteración de la conciencia 2. Cambios en las funciones cognitivas 3. Presentación fluctuante 4. Alteración de un efecto fisiológico. <p>Su etiopatogenia parece ser de origen multifactorial y sería la causa de las alteraciones sistémicas y cerebrales. La hipótesis más acertada es un déficit del sistema colinérgico y problemas metabólicos.</p> <p>Dentro de los factores de riesgo pueden ser: la enfermedad aguda por sí misma, la edad o problemas de salud, los eventos iatrogénicos y los factores ambientales. Existen medicamentos como las benzodiazepinas y narcóticos que también se asocian al desarrollo del delirium.</p>
--	---	---

<p style="text-align: center;">N6 INCIDENCIA DEL DELIRIUM EN CUIDADOS INTENSIVOS Y FACTORES RELACIONADOS.</p>	<p>Dr. Isaac Ramos Juárez, Dra. Diana Pérez Trejo, Dr. Francisco de Jesús Takao Kaneo Wuada, Dr. José de Jesús Almanza Muñoz.</p>	<p>Los subtipos de delirium son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Hipoactivo: paciente pacífico, inatento, disminución de la actividad física y mental. ❖ Hiperactivo: pacientes agitados o combativos, en quienes hay reacciones emocionales que predisponen a lesiones craneales por caídas y otras complicaciones. ❖ Mixtos: presentan episodios de ambos. <p>El termino delirio es el más utilizado actualmente pero también es conocido como síndrome de la UCI, síndrome confusional agudo o psicosis funcional.</p> <p>Se define como una alteración transitoria y reversible del estado mental de etiología multifactorial, inicio brusco y evolución fluctuante que cursa con síntomas de desorientación, agitación e incluso ideas paranoides y alucinantes, aparece con más frecuencia a partir del tercer día de estancia en la UCI, y suele desaparecer una vez que el paciente es dado de alta a una planta de hospitalización.</p>
--	--	--

<p style="text-align: center;">N7</p> <p style="text-align: center;">MANEJO</p> <p style="text-align: center;">AMBIENTAL EN EL</p> <p style="text-align: center;">TRATAMIENTO DEL</p> <p style="text-align: center;">DELIRIUM</p>	<p>Aylion</p> <p>Garrido,</p> <p>Álvarez</p> <p>González y</p> <p>González</p> <p>García.</p>	<p>La frecuencia de diagnósticos de cuadros de Delirium es caracterizado por breves períodos de confusión y cambios de la percepción y la conducta.</p> <p>Los síndromes mentales orgánicos agudos son aquellos en el que el deterioro cognitivo es relativamente global, a menudo reversible y de evolución breve. El término delirium, estado anormal de conciencia se solapa con el de Amnesia postraumática, coma, estupor y síndrome amnésico.</p> <p>Su diagnóstico viene sugerido por algunos signos inespecíficos de organicidad. Para poder hacer su diagnóstico se debe tener una anormalidad del comportamiento, asociado a disfunción cerebral transitoria o permanente, siendo una situación urgente que requiere la identificación de la causa y tratamiento lo antes posible.</p> <p>La incidencia es de aproximadamente 10 – 20% de pacientes hospitalizados en UCI. Los muy jóvenes y muy ancianos son susceptibles al delirium, así como los que tienen antecedentes tienen más posibilidades de reiterar el episodio.</p> <p>Es preciso evaluar el estado mental, la cognición, aspectos del comportamiento en general, estado de ánimo y el contenido y proceso del pensamiento.</p>
--	---	--

<p style="text-align: center;">N8 RECONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS DEL DELIRIUM Y SUS SINTOMAS</p>	<p>Sergio Hurtado Martínez.</p>	<p>El delirium es un trastorno neuropsiquiátrico frecuente, altera la cognición en especial la orientación y la atención, abarca un conjunto de síntomas no cognoscitivos relativos a la conducta motora, el ritmo sueño vigilia, el pensamiento, el lenguaje, la percepción y el afecto. Además su comienzo es agudo con evolución fluctuante la gravedad de los síntomas se exagera y se disminuye a lo largo de 24 horas es fluctuante progresivo reversible. Este término se describe como transitorio y reversible sin embargo, la experiencia clínica y la investigación reciente han mostrado que puede ser crónico y dejar secuelas permanentes. En el anciano el delirium puede iniciar una cascada de eventos que permite el declive funcional, pérdida de la independencia, institucionalización y finalmente la muerte.</p>
<p style="text-align: center;">N9 DELIRIUM: INCIDENCIA Y CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO</p>	<p>Inouye, Foreman, Mion, Katz, Cooney</p>	<p>Se denomina síndrome confusional agudo (SCA) o <i>delirium</i> al cuadro clínico de inicio brusco caracterizado por la aparición fluctuante y concurrente de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alteración del nivel de conciencia, • afectación global de las funciones cognitivas, • alteraciones de la atención-concentración con desorientación, • exaltación o inhibición psicomotriz que puede llegar al estupor o a la agitación, • Alteraciones del ritmo vigilia-sueño. <p>El enfermo aparece adormecido, obnubilado, confuso, sin claridad perceptiva, lo cual hace que se desoriente viviendo borrosamente la realidad</p>

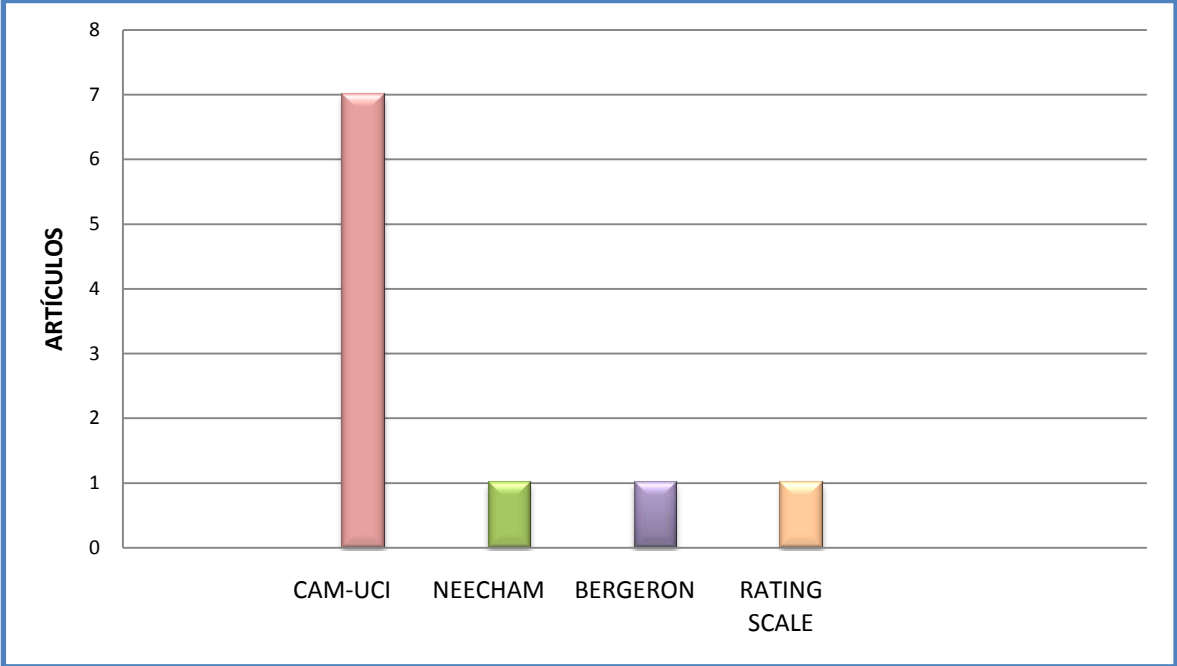
<p style="text-align: center;">N10 CONFUSION ASSESSMENT METHOD FOR THE INTENSIVE CARE UNIT (CAM-ICU): TRANSLATION, RETRASLATION AND VALIDATION INTO SWDISH INTENSIVE CARE SETTINGS</p>	<p>Diana Restrepo, Carlos Cardeño, Lina Paramo, Sigifredo Ospina, Jorge Cal</p> <p>C. Larsson, A. Granberg, Axell, A. Ersson</p>	<p>objetiva.</p> <p>Entre el estado de alerta físico y mental que supone un nivel de conciencia normal y la supresión total de dicha actividad que define el estado de coma pueden establecerse una serie de estados intermedios:</p> <p>Somnolencia: Tendencia al sueño con respuesta adecuada a órdenes verbales simples y complejas, así como a estímulos dolorosos. No es característico que esté presente la Desorientación.</p> <p>Obnubilación: Somnolencia más acusada; que se caracteriza por respuesta a órdenes verbales simples y a estímulos dolorosos. No hay respuesta adecuada a órdenes verbales complejas.</p> <p>Estupor: Estado previo al coma. El paciente necesita estímulos muy vigorosos para despertar Y no es capaz de ejecutar órdenes verbales.</p> <p>Coma profundo: Ausencia de respuesta a órdenes verbales y a estímulos dolorosos, al menos de forma correcta.</p> <p>Desde el punto de vista fisiopatológico , el SCA se puede producir por alteración funcional bilateral, y difusa o por lesiones críticas en la sustancia reticular ascendente . También pueden manifestarse como SCA lesiones focales en los lóbulos frontal y parietal derechos o en la circunvolución del cíngulo.</p> <p>Desorientación: alteración de la consciencia de uno mismo, de la personalidad como cuerpo, así como la perturbación de la relación con el mundo exterior en tiempo y espacio. En este estadio las medidas de enfermería</p>
---	--	---

<p>N11</p> <p>SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN UCI: FACTORES QUE INFLUYEN Y ACTITUD DE ENFERMERIA</p>	<p>Mondejar, Lozano Guillen, Sánchez, Tortosa Dormall, López Amoroz, Huescar</p>	<p>van encaminadas a orientar en tiempo, espacio y persona al paciente, procurar un ambiente adecuado, disminuyendo los grados de contaminación acústica y luminosa dentro de nuestras posibilidades y se le ofrece tanto al cliente como a la familia la probabilidad de permanecer juntos.</p> <p>2. Agitación: cuando además de desorientación encontramos una incapacidad del paciente para estarse quieto. Se llevan a cabo las mismas actividades que para el estadio anterior, pero además se incluyen medidas de seguridad para el cliente tales como uso de barandillas en la cama para evitar caídas, almohadillado de las mismas para amortiguar posibles golpes, sujeción de miembros para evitar autolesiones, pérdidas de vías, sondas, etc., se recurre a técnicas de relajación y medidas de distracción como la televisión.</p> <p>3. Agresividad: el paciente presenta actitudes hostiles hacia el personal o su familia. Se realizan las medidas descritas en los dos grados anteriores y en el caso de que persista se administra medicación prescrita por el facultativo, si éste lo estima oportuno.</p> <p>Ante la presencia de los primeros signos y síntomas, la enfermera procedía a registrar las constantes vitales y ventilatorias, incluyendo gasometría venosa, procediendo posteriormente a llevar a cabo las medidas terapéuticas descritas anteriormente. Por éxito se ha entendido el que las primeras manifestaciones del cuadro confusional no evolucionaran a más dentro de su escala de graduación, o que hubiera habido una conexión adecuada con el entorno, sin precisar la utilización de fármacos, es decir, con la actuación enfermera solamente.</p>
--	---	--

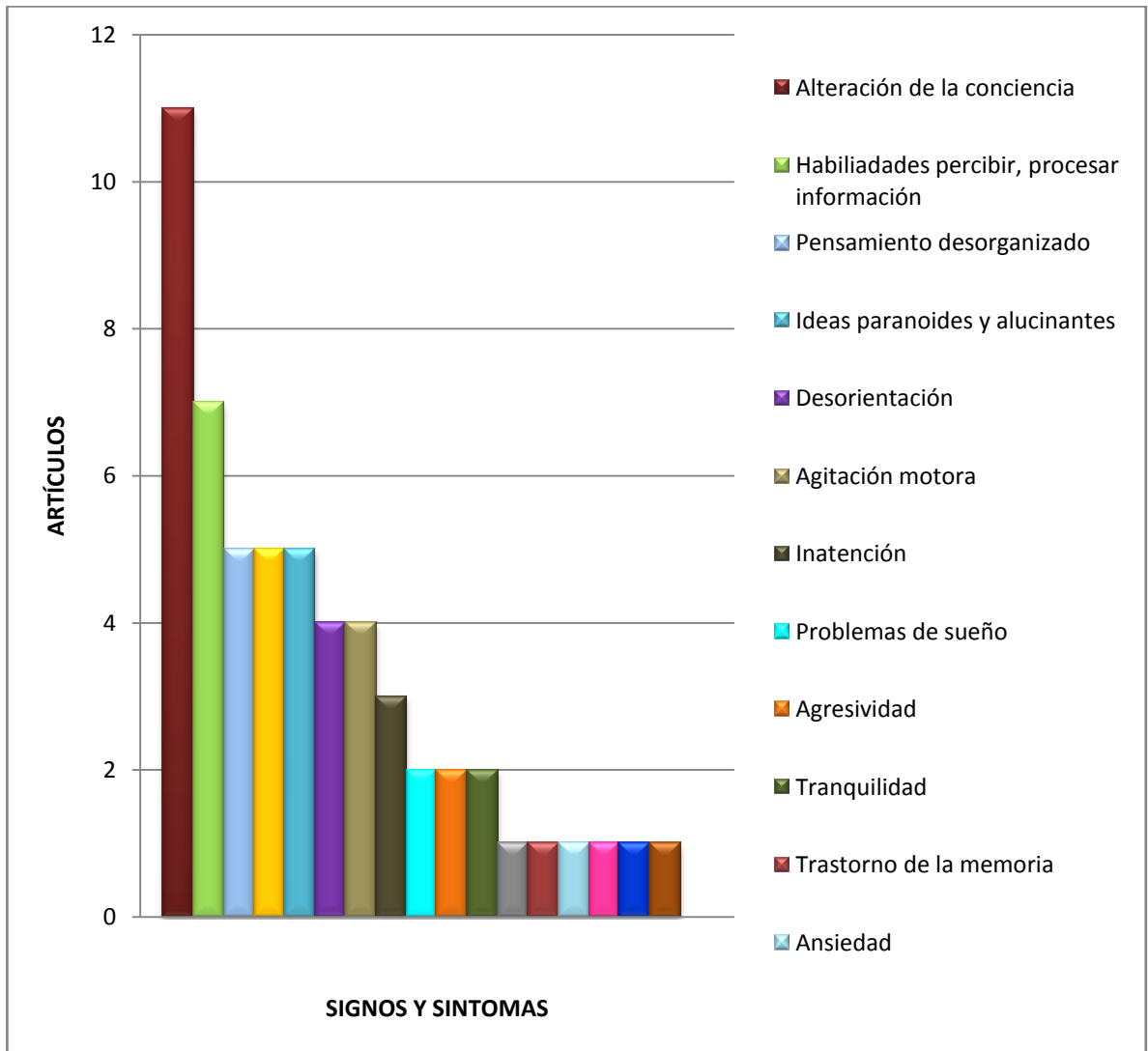
12. TABLA DE GRÁFICAS

12.1. GRAFICA 1

TIPO DE INSTRUMENTO UTILIZADO PARA LA DETECCIÓN DEL DELIRIUM



12.2. GRAFICA 2
SIGNOS Y SINTOMAS CONTEMPLADOS EN LAS ESCALAS
EXISTENTES PARA LA IDENTIFICACION DEL DELIRIUM EN UCI
SEGÚN ARTICULOS ANALIZADOS



13. CUADROS

13.1. CUADRO 2 RESPONDE AL OBJETIVO 1

TÍTULO DEL ARTÍCULO	AUTORES	ESCALA
N 1 DELIRIO EN PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO	Nicolás Bergeron, Yoanna Skrobik, Marc Jacques Dubois	CAM – UCI n: 96
N2 Reconocimiento del Delirium en los pacientes de la UCI: un estudio de diagnóstico de la escala de confusión NEECHMAN en pacientes de la UCI	Henny EM, Marieke J, Schuurmans, Jaap Jvan de Bijl.	NEECHAM n: 105
N3 Delirium en pacientes con VM, validación del método para la detección de la confusión en UCI (CAM - UCI)	E. Wesley Ely, Sharon K. Inouye, Gordon R. Bermand, Joseph Francis, Lisa May, Brenda Truman, Theodore Speroff, Shiva Gautam, Richard Margolin, Robert P. Hart, Robert Dittus.	CAM-UCI n: 111
N4 Reconocen las enfermeras el Delirium?	Melinda R. Steis, Ms, RN; and Donna M. Fick, PhD, RN.	CAM-UCI n: 10
N5 Incidencia del Delirium en las UCI y cuidados coronarios del hospital central militar	Dr. Isaac Ramos Juárez, Dra. Diana Pérez Trejo, Dr. Francisco de Jesús Takao KaneoAlman	CAM-UCI n: 111
N6 Incidencia del Delirium en UCI y factores relacionados	Aylion Garrido, Álvarez González y González García.	BERGERON ICD – SC n: 112
N7 Cuadros de Delirium en pacientes coronarios	P. Moreno, J.Valle, A. Carrillo, Raurich, M.Fiol, C. Blanco	DELIRIUM RATING SCALE n: 516
N8 El delirio de la unidad de cuidados intensivos es un pronosticador independiente de estadía más larga del hospital.	Jason WW Thomason ¹ , Ayumi Shintani ² , Josh F Peterson ³ , Brenda T Pun ⁴ , James C Jackson ⁵ y E Wesley Ely ⁶	CAM-UCI n: 497
N9 Delirium: incidencia y características clínicas y epidemiológicas en un hospital universitario	Diana Restrepo, Carlos Cardeño, Lina Páramo, Sigrifredo Ospina, Jorge Calle	CAM-UCI n: 421
N10 Reconocimiento de las enfermeras del Delirium y sus síntomas	Inouye, Foreman, Mion, Katz, Cooney	CAM.UCI n: 40

13.2. CUADRO 3 RESPONDE AL OBEJTIVO N 2

MANIFESTACIONES	ARTICULOS	INSTRUMENTO
Alteración de la conciencia	1,2,3,4,5,7,9	NEECHAM, RATING SCALE, CAM – UCI
Desorientación	2,6,9,11	NEECHAM, BERGERON, CAM – UCI
Trastorno de la memoria	2	NEECHAM
Agitación motora	2,5,6,11	NEECHAM, BERGERON, CAM – UCI
Problemas del sueño	2,9	NEECHAM, CAM – UCI
Ansiedad	2	NEECHAM
Inquietud	2	NEECHAM
Agresividad	2	NEECHAM
Tranquilidad	2,5	NEECHAM, CAM – UCI
Somnolencia	2	NEECHAM
Pensamiento desorganizado	1,4,5,9,10	CAM – UCI
Aguda	1,3,4,9	CAM – UCI
Fluctuante	1,3,4,5,6,9,10	BERGERON, CAM – UCI
Habilidades percibir, procesar información	3,4,5	CAM – UCI
Inatención	1,4,5,9,10	CAM – UCI
Ideas paranoides y alucinantes	6	BERGERON
Cambios perceptivos conceptuales	7	RATING SCALE