

**CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM POR PARTE DE LOS
MÉDICOS Y ENFERMERAS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD - CARTAGENA
2017 - 2018**

INVESTIGADORES

**SANDRA MILENA ESTRADA MARRUGO
JHON JAIDER GONZÁLEZ OSPINO
KAROLYN DAYANA HERRERA DAU
MARÍA VERÓNICA RAMOS VELÁSQUEZ
KEILYN PAOLA VÁSQUEZ CRESPO**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.
2018**

**CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM POR PARTE DE LOS
MÉDICOS Y ENFERMERAS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD - CARTAGENA
2017 - 2018**

INVESTIGADORES

**SANDRA MILENA ESTRADA MARRUGO
JHON JAIDER GONZÁLEZ OSPINO
KAROLYN DAYANA HERRERA DAU
MARÍA VERÓNICA RAMOS VELÁSQUEZ
KEILYN PAOLA VÁSQUEZ CRESPO**

TRABAJO PARA OPTAR TITULO DE ENFERMERA (O)

**TUTORA
ESTELA MELGUIZO HERRERA
DOCTORA EN ENFERMERÍA**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.
2018**

TABLA DE CONTENIDO

LISTAS DE ANEXOS	4
LISTAS DE TABLAS.....	5
1. RESUMEN	7
2.INTRODUCCION	9
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
4. OBJETIVOS	14
4.1 Objetivo general	14
4.2 Objetivos específicos.....	14
5. MARCO CONCEPTUAL.....	15
6. METODOLOGÍA	19
6.1 Tipo de estudio:	19
6.2 Población y muestra:	19
6.3 Muestreo:.....	19
6.4 Criterios de inclusión:	19
6.5 Criterios de exclusión:	19
6.6 Instrumento de recolección de información:	19
6.7 Técnicas y procedimientos:	19
6.8 Análisis estadístico:	20
4.9 Consideraciones éticas:	20
7. RESULTADOS	21
8. DISCUSIÓN.....	26
9. CONCLUSIONES.....	30
10. RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS.....	32

LISTAS DE ANEXOS

1. INSTRUMENTO ENCUESTA IBEROAMERICANA SOBRE DELIRIUM EN PACIENTESCRÍTICOS.....	37-39.
2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	40-41
3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	42-50

LISTAS DE TABLAS

1. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DELIRIUM, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM.....42
2. EVALUACIÓN DEL DELIRIUM, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM.....42
3. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN PARA DELIRIUM, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM.....43
4. FÁRMACOS QUE UTILIZAN PARA TRATAR EL DELIRIUM, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM.....44
5. EL DELIRIUM ES UN EVENTO ESPERADO EN LOS SERVICIOS DE UCI, HOSPITALIZACIÓN Y POSTOPERATORIO, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM.....44
6. EL DELIRIO Y DELIRIUM SON CONCEPTOS DIFERENTES, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM.....45
7. AGITACIÓN PSICOMOTORA ES UN COMPONENTE IMPRESCINDIBLE PARA EL DIAGNÓSTICO DE DELIRIUM., CONOCIMIENTOS DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM.....45

8. EL DELIRIUM ES SUBDIAGNOSTICADO, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM.....	46
9. EL DELIRIUM ES UN PROBLEMA QUE REQUIERE INTERVENCIÓN, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM.....	46
10. DELIRIUM ES PREVENIBLE, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM.....	47
11. EL EXCESO DE SEDACIÓN PUEDE LLEVAR A DELIRIUM, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM.....	47
12. LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES SE ASOCIAN CON LA APARICIÓN DE DELIRIUM, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM.....	48
13. ALGUNOS TIPOS DE SEDANTES SE ASOCIAN CON LA APARICIÓN DE DELIRIUM CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM.....	48
14. EL DELIRIUM ES UN FACTOR DE RIESGO DE NAV, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM.....	49
15. EL DELIRIUM DIFICULTA LA EXTUBACIÓN, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM.....	49
16. EL DELIRIUM ES UN FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DEMENCIA EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM.....	50

1. RESUMEN

Antecedentes: El delirium es una alteración de la cognición caracterizado por pérdida de conciencia, desorientación y alteración de estímulos como la atención.

Objetivo: Identificar los conceptos y prácticas que tienen los médicos y las enfermeras de una institución de salud de Cartagena, 2017-2018, sobre el delirium.

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo. La población y muestra fueron los médicos y los enfermeros (as) que laboran en las áreas de hospitalización, postoperatorio y Unidad de Cuidados Intensivos de una institución de salud. Se aplicó una encuesta sobre los conceptos y las prácticas sobre delirium. Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo. Se tuvo en cuenta los aspectos éticos.

Resultados: Participaron 142 profesionales: 67 médicos y 75 enfermeras. Promedio de edad de 33,47 (DS=9,52). Solo el 30,28% de los médicos y el 24,6% de las enfermeras estuvieron de acuerdo en que el delirium es un evento esperado en los servicios de cuidados intensivos, hospitalización y postoperatorio. El 64% de los participantes manifestaron que no había diferencia entre delirio y delirium. El 54,23% de los profesionales evalúa ocasionalmente el delirium. El 68,31% evalúa el delirium mediante evaluación clínica general. Por otro lado, el 52,11% de los profesionales consideran que el delirium es una patología que requiere intervención.

Conclusión: Los profesionales de este estudio tienen pobre conocimiento sobre el concepto, los signos y síntomas, la forma de prevenir, diagnosticar y tratar el delirium; no se evidencia diferencia entre enfermeras y médicos.

Palabras claves: Delirium, diagnóstico, enfermería, medicina, conocimientos, prácticas clínicas (DeCS).

ABSTRACT

Antecedents: The delirium is an alteration of the cognition characterized by loss of conscience, disorientation and alteration of stimuli as the attention.

Objective: To identify the concepts and practices that have the doctors and the nurse of an institution of health of Cartagena, 2017, on the delirium.

Methodology: Quantitative, descriptive study. The population and sample were the doctors and the nurses (seize) that they work in the areas of hospitalization, postoperative and unit of intensive care of an institution of health. A survey was applied on the concepts and the practices on delirium. There was carried out a statistical descriptive analysis. The ethical aspects were born in mind.

Results: 142 professionals took part: 67 doctors and 75 nurses. Average of age of 33,47% (DS=9,52). Only 30,28% of the doctors and 24,6 % of the nurses agreed in that the delirium is an event waited in the services of intensive care, hospitalization and postoperative. 64 % of the participants demonstrated that there was no difference between delirium and delirium. 54,23% of the professionals evaluates occasionally the delirium. 68,31% evaluates the delirium by means of clinical general evaluation.

Conclusion: The professionals have poor knowledge on the concept, the signs and symptoms, the way of anticipating, of diagnosing and treating the delirium; there is not demonstrated difference between nurses and doctors.

Key Words: Delirium, diagnosis, infirmary, medicine, knowledge, clinical practices (DeCS).

2. INTRODUCCION

Delirium es una alteración de la cognición que se caracteriza principalmente por la pérdida de la conciencia y desorientación que presenta la persona, hay una alteración en los estímulos que son percibidos por esta misma, entre ellas la atención donde este no permite que la persona que lo sufre sean capaces de fijar su concentración en algo específico, hay un incremento o reducción de la actividad motora y se puede ocasionar en quien lo padece un estado de alerta o apatía en relación con las actividades que se realizan diariamente. Este síndrome se puede presentar principalmente en pacientes internados en las unidades de cuidados intensivos y puede traer consigo varias consecuencias para dichos pacientes, ya que aumenta el riesgo de mortalidad y prolongar la estancia hospitalaria.

La finalidad de este estudio se basó en las falencias en medio del proceso que llevan a cabo los profesionales de la salud para identificarlo y prevenirlo. Las evidencias muestran que existe poco conocimiento acerca de la gestión clínica, tratamiento tanto farmacológico, como no farmacológico del delirium y por ende no existe en las salas de UCI, quirúrgica- posoperatorio y hospitalización una guía clínica que plantee recomendaciones al personal de salud tantos médicos como enfermeras sobre la detección temprana de delirium y el tratamiento oportuno del mismo.

Por ende, se abordaron conceptos y prácticas sobre delirium por parte de los médicos y enfermeras en una institución de salud de Cartagena, desde el conocimiento que estos tenían sobre la problemática que se contemplan en el capítulo: planteamiento del problema, además se justificó la importancia de ésta investigación para enfermería desde el punto de vista del cuidado; a partir de esto se establecieron los objetivos del trabajo investigativo y para lógralo se elaboró un diseño metodológico. Al final del trabajo se contemplan los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El delirium es una alteración de la cognición caracterizado principalmente por la pérdida de la conciencia y desorientación, alteración de los estímulos percibidos como la atención, donde este no permite que la persona sea capaz de fijar su concentración en algo específico, incremento o reducción alternada de la actividad motora, donde la persona que la padece puede mostrarse ocasionalmente en un constante estado de alerta o apatía a las actividades cotidianas. (1) Este síndrome se puede presentar principalmente en pacientes internados en las unidades de cuidados intensivos, dicha alteración se puede presentar en su forma aguda o fluctuante, acarreado graves consecuencias para dichos pacientes, puesto que aumenta el riesgo de mortalidad e inclusive prolonga su estancia hospitalaria (2).

El delirium se asocia a un sin número de patologías orgánicas que afecta de manera directa el funcionamiento del sistema nervioso central, y su aparición repentina, estremece violentamente la vida del paciente, pues lo condiciona a un estado de vulnerabilidad ante la muerte, complicando el diagnóstico de base e incrementando considerablemente la estancia hospitalaria. (3, 4).

Existen múltiples factores de riesgo de delirium, entre ellos: edad avanzada, polifarmacia, consumo de medicamentos anticolinérgicos, trastornos cognitivos previos, antecedentes de toxicomanía (incluido el alcoholismo) intervenciones quirúrgicas, etc. (5-7). Cuando estos factores están presentes y el personal de salud advierte esta situación el delirium es prevenible estableciendo protocolos de manejo para los pacientes en riesgo de sufrirlo (8-11).

El delirium se puede presentar en todas las etapas del ciclo vital, los adultos mayores tienen una mayor probabilidad de padecerla y les genera un mayor impacto; dado a que la sintomatología propia del delirium los expone a una condición de susceptibilidad a eventos adversos como el riesgo de caídas que pueden llevar a dolores, fracturas, autolesiones, secuelas, pérdida de independencia e inclusive la muerte; añadido a esto el tratamiento posterior a la caída que eleva los costos de la atención en salud, en cuanto a insumos y utilización prolongada de las camas hospitalarias (14).

La prevalencia en algunas edades, se dice que es de 0,4% de los mayores de 18 años y el 1,1% de los mayores de 55 años, y se presenta de 10 a 30% en los pacientes hospitalizados, aunque estas cifras varían dependiendo de la enfermedad subyacente y de las intervenciones a las que se somete el paciente (15, 16).

A nivel de Iberoamérica (12 países entre estos Argentina, México, Chile y Colombia), el delirium es tan frecuente en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) que existen reportes hasta de 62 y 82% de incidencia especialmente enfermos sometidos a ventilación mecánica (14). El delirium no solo está asociado a una alta morbilidad, sino que además presenta un riesgo de 2 a 4 veces mayor de mortalidad durante la hospitalización y al alta médica

(11,15), asociado a un aumento en el riesgo de deterioro cognitivo permanente y demencia a futuro. Involucra a múltiples especialidades, presentándose en pacientes con patologías neurológicas, psiquiátricas, neuroquirúrgicas, medicas, entre otras, con prevalencias que fluctúan entre 7 a 50% e incidencias de 10 a 82% (16).

En el ámbito hospitalario en unidades de cuidados intensivos (UCI), en cambio, su prevalencia llega al 85% en unidades de alta complejidad (8). En una sala de medicina interna la prevalencia de pacientes con delirium se encuentra entre el 10% y 40% y la incidencia, entre un 3% y 56% (9, 10-11). Ante lo anterior es evidente que las cifras para delirium diagnosticado son abrumadoras, además se sabe que existe subdiagnostico de delirium, que pasan inadvertidos diariamente en las diferentes instituciones de salud sin ser valorados por el personal de salud, y que constituyen un problema de gran trascendencia, puesto que es el subdiagnostico uno de los mayores obstáculos para que no se diseñen medidas preventivas, dirigidas a evitar la aparición de casos en la población más vulnerable, los adultos mayores (4).

Por otra parte, existe poco conocimiento acerca de la gestión clínica, tratamiento tanto farmacológico, como no farmacológico del delirium y por ende no existe en las salas de UCI una guía clínica que plantee recomendaciones al personal de salud tanto médico como enfermeras intensivistas acerca de la detección temprana del delirium, y el tratamiento oportuno de este (2).

El diagnosticarlo oportunamente permitiría un tratamiento e intervenciones oportunas (2), y por ende una disminución del riesgo de mortalidad del paciente y de los costos sanitarios.

En un estudio realizado en Iberoamérica sobre conceptos y prácticas acerca del delirium, en 854 profesionales en el área de salud, que trabajan específicamente en el área de UCI, el 10,2% respondió que nunca diagnosticaba dicho síndrome, el 33,8% no conocía la diferencia entre delirium y delirio, el 69,5% hacía una evaluación general pero no utilizaba una escala para diagnosticarlo, este grupo de intensivistas, sabían que existía un gran riesgo que los pacientes críticos presentaran delirium, y que éste se presenta con frecuencia, pero no tenían claro, ni sabían identificar los conceptos, las prácticas para el manejo y la prevención del síndrome (14).

Por otra parte, en España en una institución hospitalaria Cachón J. (18) encontró que 16 enfermeras del área de UCI, con experiencia entre 5-15 años, que 15 de ellas nunca habían recibido formación acerca de delirium, y dentro de la institución no existe un protocolo de diagnóstico y manejo del mismo.

Por otro lado, el delirium postoperatorio (DPO) corresponde a aquel que aparece en pacientes que son sometidos a un procedimiento quirúrgico, y posee algunas características particulares que lo asemejan y/o diferencian del delirium en otras subpoblaciones de pacientes. Según un estudio realizado en Chile Tovar E. et/all, (19), delirium alcanza una incidencia, para el DPO, que oscila entre el 5 y 50%, según sean las características demográficas, comorbilidades, el tipo de procedimiento quirúrgico, y el tipo de anestesia, entre otros. Así, las mayores incidencias de DPO descritas, se observan en pacientes

sometidos a cirugía vascular, cardiocirugía y en adultos mayores de 70 años sometidos a cirugía por fractura de cadera.

Según un informe realizado en la facultad de medicina de la universidad de Uruguay por M. Wschebor M.(20), en varios centros hospitalarios de Monte Video Uruguay donde se escogieron 160 pacientes, la prevalencia de delirium hallada fue de 7,5% con una incidencia de confusión mental de 58.3%, respecto al área en la cual se encontraban los pacientes con delirium, la de mayor prevalencia fue el área de internación médica (58,3%) de pacientes confusos al momento del estudio, 58,3% no había sido identificado por el equipo tratante comparado con las quirúrgicas donde se obtuvo un (41,7%). El subanálisis del síndrome en pacientes que fallecieron a los 100 días después del estudio se mostró que 8 de los pacientes, 4 (50%) tenían el test CAM-ICU (Método de evaluación para la confusión en UCI) positivo para delirium y ninguno de estos cuatro tenía documentado en la historia clínica médica el diagnóstico.

Por su parte en Cartagena en El Hospital Universitario del Caribe (HUC), Serpa A (21) realizaron un estudio con una muestra de 96 pacientes para determinar la incidencia del Delirium e informaron que un 30,2 % (29) padecía la enfermedad y de estos, 68% (17) fue de tipo hipoactivo, el 19% (11) de tipo mixto, y el 7,7% (1) presentó delirium hiperactivo.

Es importante el diagnóstico, manejo y prevención del delirium para reducir la mortalidad que presenta esta enfermedad en los adultos mayores, de ahí la importancia realizar el presente trabajo investigativo que evalúa los conceptos y prácticas que tienen las enfermeras y médicos sobre esta patología. Para hacer visible la necesidad de crear un protocolo y guías de manejo que se requieran y que permitan mejorar la atención del paciente.

Por ende, en la actualidad se conoce que el delirium es el segundo trastorno psiquiátrico que se presenta con mayor incidencia a nivel intrahospitalario (22), este trastorno afecta a gran parte de los pacientes ingresados (15) en los centros de salud y mayormente a los pacientes postquirúrgicos internados en las unidades de cuidados intensivos (23). Así mismo, limita el ingreso de otros pacientes a los servicios de hospitalización ya que prolonga la estancia del paciente que desarrolla delirium (21).

El desconocimiento de esta alteración es un problema que trae múltiples repercusiones para el hospital, el equipo de salud, los familiares y el paciente. Este trastorno causa un fuerte impacto a nivel económico y personal, puesto que disminuye la calidad de vida del paciente y dada a las largas estancias hospitalarias lo aísla socialmente de manera progresiva (24).

Es de vital importancia que los médicos y enfermeras, quienes son los directos encargados del tratamiento y cuidado del paciente, conozcan sobre el diagnóstico, manejo y prevención del delirium (15). Sumado a esto se convierte en un indicador de la calidad de la atención brindada en los centros hospitalarios por parte del equipo de salud. Para los médicos hay menor disposición para colaborar con el tratamiento y rehabilitación, dada a las posibles agresiones propias del delirium hiperactivo o a la apatía característica del delirium

hipoactivo, complicando aún más el diagnóstico de base y en especial del cuidado brindado por enfermería, predisponen al paciente a contraer infecciones nosocomiales, eventos adversos como la generación de úlceras por presión debido a encamamiento prolongado, caídas, retirada de catéteres, sondas y dispositivos médicos que ponen en riesgo la seguridad del paciente (14,18).

Es por ello que el oportuno diagnóstico, manejo y prevención del delirium reduciría considerablemente los inconvenientes causados por esta enfermedad. De acuerdo a lo anterior, se evidencia la necesidad de realizar una investigación descriptiva sobre los conceptos y prácticas que poseen los profesionales intensivistas (médicos y enfermeras (os)) a cerca del diagnóstico, manejo y prevención del delirium en una institución pública de la ciudad de Cartagena, pretendiendo con esto contribuir a mejorar la calidad de atención de los pacientes, a disminuir costos y a brindar un manejo apropiado para tratar el delirium. Por todo lo anterior surge la pregunta de investigación:
¿Cuáles son los conceptos y prácticas que tienen los médicos y las enfermeras de una institución de salud de Cartagena, 2017-2018 sobre el delirium?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Identificar los conceptos y prácticas que tienen los médicos y las enfermeras de una institución de salud de Cartagena, 2017-2018, sobre el delirium.

4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemográficamente y laboralmente a los participantes del estudio.
- Describir los conceptos de los médicos y enfermeras en el diagnóstico, manejo y prevención del delirium en una institución de salud de Cartagena.
- Describir las prácticas de los médicos y enfermeras en el diagnóstico, manejo y prevención del delirium en una institución de salud de Cartagena.

5. MARCO CONCEPTUAL

El delirium es un síndrome que altera la condición cognoscitiva, siendo una alteración cerebral aguda, esta es súbita y se desarrolla en un lapso de tiempo muy corto, este se caracteriza principalmente por alteración del nivel de conciencia como se había dicho, no permite que las personas que llegan a padecerlo centren o mantengan la atención (14).

En la actualidad no se conoce con exactitud la fisiopatología del delirium, posterior al bloqueo del dolor por anestésicos para la preparación de procedimientos quirúrgicos, en cuanto al tema se ha indicado un desequilibrio colinérgico y dopaminérgico, el estímulo pro inflamatorio generado por citosinas y el estrés emocional (6-7).

El delirium puede ser considerado como un marcador que puede decir a los entes sanitarios que existe un riesgo de morbilidad y mortalidad en los pacientes que lleguen a padecer esto y también esta patología puede desencadenar como consecuencia el aumento de la estancia hospitalaria y aumenta progresivamente los costos sanitarios (5).

El delirium puede presentar manifestaciones como: hipoactivo, hiperactivo y mixto. De ellos, el más frecuente es el subtipo hipoactivo, que se caracteriza por importantes alteraciones motoras y cognitivas, con alteración de la conciencia, hipobulia que no es más que la disminución de las capacidades personales para realizar actividades y apatía hacia las situaciones cotidianas que la persona realizaba rutinariamente (6-8). Este tipo de delirium generalmente está subdiagnosticado y se confunde con depresión u otros trastornos psiquiátricos. Le sigue en frecuencia el hiperactivo, en el que se encuentran, además de las alteraciones cognitivas ya descritas, agitación psicomotora, delirios y alucinaciones; este tipo de delirium se confunde fácilmente con esquizofrenia. Por último, en el tipo mixto los hallazgos fluctúan entre los dos anteriores, lo cual hace aún más difícil el diagnóstico diferencial (9). Sin embargo, la frecuencia relativa de cada subtipo es difícil de establecer con seguridad, dada la dificultad de diferenciarlos debido a la gran variabilidad en la presentación sintomática y la certeza del diagnóstico (10).

Existen múltiples factores de riesgo de delirium, entre los que se cuentan edad avanzada, comorbilidades múltiples, polifarmacia, consumo de medicamentos con efectos anticolinérgicos, trastorno cognitivo previo, déficit sensoriales previos, antecedentes de toxicomanía (incluido el alcoholismo), intervenciones quirúrgicas complejas, principalmente de naturaleza ortopédica o cardiovascular, alteraciones hidroelectrolíticas, aislamiento social, entornos estresantes como unidades de cuidados intensivos e inmovilización prolongada, entre otros (11, 25).

El concepto de delirium hasta este punto es generalizado, sin embargo, la evidencia demuestra que hay una mayor incidencia de este síndrome en la población geriátrica, esto es debido a que los procesos fisiológicos, psicológicos y físicos varían entre las diferentes etapas del desarrollo.

La prevalencia de delirium en adultos mayores es del 18 al 35%, se encuentran tasas más altas cuando son ingresos por cuidados intensivos y cirugía. En cuanto a pacientes postoperatorios en un 10-17% (26), el rol del acto quirúrgico y su respuesta inflamatoria posterior, el manejo anestésico peri operatorio, y el manejo del dolor postoperatorio, son

algunas de las características particulares de este fenómeno en el paciente quirúrgico (19), en pacientes en cuidados intensivos aproximadamente se presentan hasta en un 80% (26), el delirium complica los ingresos hospitalarios en un 25%. Aumentando igualmente los costos sanitarios (27).

Para el diagnóstico del delirium existen diferentes escalas que permiten un diagnóstico oportuno de este síndrome, con las cuales es posible evaluar ciertos estados de este, como la gravedad en la que se encuentra el paciente igualmente que tipo de delirium está padeciendo. El uso de estas escalas debería ser de forma habitual durante el trabajo hospitalario, estos instrumentos ayudan a la detección de los síntomas, a mejorar la atención clínica, y la eficacia de las intervenciones que se le realicen al paciente que esté en riesgo o que ya padezca delirium (28).

Guía de Manejo para el Delirium

- Diagnostico:

Las escalas más conocidas, con mayor validez a la hora del diagnóstico de delirium son: la Prueba Cognitiva abreviada de Delirium (CTD), la Lista de Chequeo de Delirium en UCI (ICDS), el Método adaptado para Evaluar Delirium en UCI (CAM-ICU), la escala de NEECHAM y la Escala de Detección de Delirium (DDS), índice de delirio (DI) (14).

También se encuentra la escala de sedación y agitación de Richmond, la cual es muy utilizada en la valoración de adultos mayores que se encuentran en UCI, valorando el nivel de sedación y agitación del paciente. Otra conocida es la escala IQCODE, la cual nos ayuda como profesionales a evaluar el nivel cognitivo del paciente adulto mayor, por medio de las observaciones y la información que el familiar o acompañante nos brinda. La DI nos permite conocer el estado de gravedad de la sintomatología de delirium. La CAM es un instrumento que nos permite evaluar la gravedad, la presencia y las fluctuaciones que pueden presentarse en delirium, ya dichas anteriormente alteraciones de la conciencia y de la atención (28).

La CAM- UCI ha demostrado sensibilidad de hasta el 99%, la escala CAM-UCI fue desarrollada para identificar el delirium en pacientes con o sin ventilación mecánica. Esta escala ha sido propuesta como el instrumento de monitoreo del delirio en pacientes críticos (14).

- Tratamiento farmacológico

Para el tratamiento farmacológico del delirio se debe tener ciertas precauciones debido a que estos pueden llevar a un estado peor del delirium, se les debe aplicar en menor dosis, y solo a pacientes que se encuentren en agitación severa, o aquellos pacientes que pueden causarse daño a sí mismos o a otras personas, es importante saber que estos medicamentos se administran al paciente para mantenerlo alerta, orientado, consciente y atento.

Uno de los fármacos más utilizados es el haloperidol un antipsicótico típico, el cual permite la disminución de la agitación en el paciente, con este medicamento existen un riesgo importante que es el extrapiramidalismo, siguiendo se utilizan antipsicóticos atípicos, como la Risperidona, la Olanzapina y la Quetiapina, y también es utilizada un benzodiacepina como la Loracepam, pero esta causa más efectos sedantes en el paciente. (29)

- Tratamiento no farmacológico:

Existen dos tipos de tratamiento para el delirium que son el no farmacológico y el farmacológico, se piensa que el no farmacológico, son cuidados de enfermería, que apuntan a la prevención del delirio, se trata de evaluar el estado cognitivo de los pacientes que están expuestos a dichos factores de riesgos que predisponen al paciente a que padezca delirium, dentro de las actividades que desde enfermería se deben realizar para que el paciente no llegue a dicho estado son: hacer una evaluación del estado de orientación en las diferentes esferas en el que se encuentra el paciente, tratando así de tener un panorama de la salud mental de éste. Otra prevención es proporcionar el estímulo cognitivo al paciente, es decir, hacer usos de métodos didácticos que ayuden a la salud mental del paciente, si el paciente fue diagnosticado con delirium, las actividades van dirigidas a otras dimensiones, revisar cuales son los medicamentos que se le administran al paciente, ya sea un anticolinérgico, un opioide, etc. Como los pacientes que se encuentran con ventilación mecánica en UCI, tienen un alto riesgo de padecer el síndrome, el equipo de salud debe estar consciente de esto, y tratar de reducir el riesgo, empezando por un diagnóstico oportuno de este, y una de las acciones importantes es evaluar la orientación en tiempo, lugar y persona, se debe identificar los niveles de ansiedad del paciente, esto incluye informar al paciente de todas las actividades a realizar, estas son unas de las pocas actividades no farmacológicas que se utilizan para la prevención y tratamiento no farmacológico del delirium (2).

Según Marshall y Soucy (30) la enfermera debe tener en cuenta las siguientes intervenciones no farmacológicas:

- Explicar al paciente y a la familia acerca del procedimiento que se realiza para la detección del delirium y los resultados esperados.
- Informar a la familia sobre el delirium: cuando se produce es una condición temporal, que suele repetirse; no obstante, la persona va a mejorar después del tratamiento.
- Brindar tranquilidad al paciente a partir de una la comunicación permanente sobre el estado de salud en que se encuentra.
- Identificar el nivel de ansiedad.
- Tanto como sea posible, disminuir los niveles de ruido, como también asegurar las condiciones que permitan ayudar al paciente a obtener un buen sueño y descanso.
- Disminuir la intensidad de la luz, y procurar siempre hablar en voz baja.
- Toma de exámenes de laboratorio que evalúen la oxigenación tisular, los niveles de electrolitos, como el seguimiento de los parámetros físicos, junto con el seguimiento del consumo nutricional.

- Asegurar una hidratación y manejo del dolor adecuados.
- Una vez que el delirium se identifica, se debe mantener al paciente seguro; evitar el uso de restricciones físicas, excepto como último recurso. Administrar los medicamentos ordenados.

Es importante también brindar un cuidado de enfermería individualizado en el cual se prestan servicios que tengan en cuenta aspectos personales de los pacientes, características de su estado clínico, su situación de vida personal y sus preferencias en promover su participación en la toma de decisiones (31). Para que la atención de enfermería se califique como individualizada, la enfermera debe ajustar sus intervenciones para cada paciente, en la cual ellos puedan expresar su individualidad durante la interacción enfermera-paciente (32).

De acuerdo a lo anterior, el conocer las cifras de prevalencia de esta patología y el abordaje que se le da por parte del profesional sanitario (médicos y enfermeros (as)) se hace necesario para dar el primer paso que es identificar los errores en los que se están incurriendo, para lograr entender las causas y a su vez aprender de sus falencias.

De esta forma; para el personal de la salud, es prioritario conocer, entender y aplicar los cuidados adecuados, incluyendo la prevención de esta patología y los métodos diagnósticos existentes poco reconocidos. La presencia de delirium en los pacientes genera morbilidad y mortalidad como también un incremento en los gastos hospitalarios. El conocimiento de ellos es de importancia capital en la elaboración de indicadores de calidad de la atención de salud del paciente.

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio: El presente fue un estudio cuantitativo, descriptivo.

6.2 Población y muestra: La población y muestra del estudio, estuvo constituida por todos los médicos especialistas (67) y enfermeras (75) que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar.

6.3 Muestreo: Fue no probabilístico.

6.4 Criterios de inclusión: Médicos internistas, intensivistas y generales; y profesionales de enfermería que laboraban en las áreas de hospitalización, cirugía y unidad de cuidados intensivos (UCI).

6.5 Criterios de exclusión: Las personas que se negaron a participar en el estudio y que tenían menos de un año de estar trabajando en el área.

6.6 Instrumento de recolección de información: La encuesta constó de 23 ítems, con preguntas abiertas que permite conocer la información del encuestado, preguntas de selección múltiple sobre el lugar de trabajo, los servicios y conocimientos del cuadro clínico de delirium, además un cuadro que contiene preguntas con respuestas tipo Liker, sobre conceptos y manejos que se dan al delirium. Esta encuesta fue propuesta por Ceraso D. (14) quién tomó como referencia la información existente sobre delirium, diseñó una encuesta dirigida a indagar los conceptos y prácticas que tenían los médicos que laboran en el área de medicina crítica (ver anexo 2), realizó una prueba piloto en la cual se revisaron y ajustaron las preguntas correspondientes a la encuesta.

Dentro de la literatura consultada, no se encontró información sobre la validez y confiabilidad de este instrumento. Para este estudio se llevó a cabo la validación por expertos y el cálculo del Alfa de Cronbach de 0,43.

6.7 Técnicas y procedimientos: Se solicitó el permiso correspondiente para la recolección de la información a las directivas del Hospital Universitario del Caribe y posteriormente se explicó a los participantes el objetivo y la metodología del estudio. Previa firma del consentimiento informado se aplicó la encuesta. Se dejó claro que la participación no es de carácter obligatorio y que podían abandonar el estudio en el momento que creían conveniente sin ningún tipo de consecuencias.

El tiempo estimado para aplicar los instrumentos fue de 20 a 30 minutos, los encuestadores tuvieron en cuenta la resolución de dudas sobre el planteamiento de las preguntas sin alterar las respuestas de la encuesta; al finalizar se comprobó que los instrumentos y el consentimiento informado estuvieran firmados y diligenciados de manera completa y correcta, a partir de esto se recopiló la información necesaria para determinar los conceptos y prácticas sobre Delirium que tenía la población encuestada.

6.8 Análisis estadístico: La información fue tabulada y almacenada en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel, para de esta manera hacer un análisis estadístico de tipo descriptivo y los resultados se presentan en porcentajes ilustrados en tablas.

4.9 Consideraciones éticas: En la presente investigación se tuvo en cuenta los aspectos éticos y legales de acuerdo con los principios establecidos en la declaración de Helsinki y el artículo 10 de la Resolución 008430 de 1993 y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 6 de la presente Resolución, este estudio se desarrolló conforme a los siguientes criterios:

- Secreto profesional para conservar la identidad de las personas que aportan la información.
- Contar con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación.
- Expresar claramente los riesgos y las garantías de seguridad que se brindan a los participantes.
- Aspectos éticos en investigación con seres humanos o animales, la investigación clínica y los aspectos necesarios para la elaboración del consentimiento informado, la clasificación de riesgo y los compromisos que adquieren los investigadores.
- Confidencialidad en la investigación del sujeto participante y el uso de esta información para uso estrictamente académico.
- Establecer que la investigación se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

7. RESULTADOS

Características sociodemográficas de los participantes del estudio (enfermeras y médicos): Participaron 142 profesionales en total: médicos 67 y enfermeras 75. El 64,08% (91) de ellos eran de sexo femenino: enfermeras 50,0% (71) y medicas 14,08% (20). El 35,9% (51) de sexo masculino: médicos 33,10% (47) y enfermeros 2,82% (4). El promedio de edad fue de 33,47 (DS=9,52).

En cuanto al tipo de servicio en que laboran el 38,73% (55) de las enfermeras laboraban en hospitalización, seguido de quirúrgica postoperatorio 7,75(11) y UCI con un 6,34% (9). Referente al tipo de servicio en que laboran los médicos, el 23,9% (34) en hospitalización, seguido de quirúrgica postoperatorio 16,9% (24), y UCI con un 6,34% (9).

El 34,51% (49) de las enfermeras manifestó tener de 1 a 5 años de estar laborando en la institución. El menor porcentaje lo obtuvo quienes tenían de 16 a 20 años y > de 21 años, con un 1,41% (2) respectivamente.

Por su parte el 31,69% (45) médicos tenían entre 1 a 5 años de estar laborando y el menor porcentaje en el rango de > de 21 años 2,11% (3).

En cuanto al número de camas del servicio, el 36,62% (52) de las enfermeras manifestaron tener de 16 a 20 camas, seguido de 9,15% (13) que dijeron que tenían de 6 a 10. El menor porcentaje fue para de 11 a 15 con un 5,63% (8) y 0 a 5 con 1,41% (2).

Por otro lado, 27,46% (39) de los médicos indicaron que en el servicio se contaba con 16 a 20 camas, 10,56% (15) contaban con 0 a 5 camas, los porcentajes más bajos estuvieron entre 6 a 10 con un 5,63% (8) y 11 a 15 camas con un 3,52% (5).

En cuanto a los porcentajes de pacientes que tienen más de 65 años el 15,49% (22) de las enfermeras creen que tienen de 41 a 60% de pacientes adultos mayores el menor porcentaje fue para > 80% con un 3,52% (5).

Por otra parte, el 19,72% (28) de los médicos señalaron que tenían pacientes adultos en un 41 a 60% (28), el menor porcentaje fue para > de 80% con un 1,41% (2).

El 40,14% (57) de las enfermeras atendían que tenían un porcentaje de pacientes sometidos a ventilación mecánica de 0 a 20%, de los casos el menor porcentaje fue de 0% para > de 80%.

Además, el 33,10% (47) de los médicos manifestó igualmente tener pacientes sometidos a ventilación de 0 a 20%, y el porcentaje más bajo fue para > de 80% con un 1,41% (2).

Percepción del entrevistado sobre delirium

Con respecto al “conocimiento que tienen los médicos y las enfermeras sobre signos y síntomas de delirium” se observó que el 38,7% (55) de las enfermeras manifestaban que pensamiento desorganizado, 35,21% (50) agitación psicomotora, alucinaciones igual que

fluctuación del nivel de conciencia 18,31% (26) y síntomas de inicio reciente 9,15% (13) hacían parte del cuadro clínico de delirium.

Por otro lado, el 34,51% (49) de los médicos informaron que entre los signos y síntomas que hacen parte del cuadro clínico de delirium se encuentran las alucinaciones, seguido del 33,10% (47) agitación psicomotora, el 27,46% (39) pensamientos desorganizados, 23,24% fluctuación nivel de conciencia y 21,83% para síntomas de inicio reciente (ver Anexo 3 tabla No1).

Con respecto al ítem “en su servicio se evalúa o no la presencia de delirium” se evidenció que el 33,10% (47) de las enfermeras manifestó que se evaluaba ocasionalmente. Por otro lado, un 10,56% (15) consideraron que nunca lo evaluaban. El menor porcentaje 2,11% (3) respondió que siempre se hacía.

En cuanto a los médicos, el 21,13% (30) de ellos respondieron que ocasionalmente se evaluaba la presencia de delirium, un 10,56% (15) respondió que nunca lo evaluaban, el menor porcentaje fue para el 7,04% (10) que respondió que siempre lo evaluaban (ver Anexo 3 tabla No 2).

El 40,14% (57) de las enfermeras utilizaban la evaluación clínica general como herramienta de evaluación del delirium, el 10,56% (15) no utilizaban ninguna herramienta de evaluación, el menor porcentaje de estas 0,70% (1) respondieron que utilizaban la lista de chequeo de evaluación de delirium.

El 28,17% (40) de los médicos informaron que realizaban la evaluación clínica general, Por otro lado, hubo un porcentaje de 10,56% (15) respondiendo que no utilizaban ninguna de estas herramientas para evaluarlo, en un menor porcentaje el 3,52% (5) utilizan el CAM-ICU y el 1,41% (2) respondieron que utilizaban tanto la lista de chequeo de evaluación de delirium como el MMSE. (Ver Anexo 3 tabla No3).

En relación con los “fármacos que utilizan para tratar el delirium” no es necesario describir a las enfermeras puesto que estas no están en la autoridad legal de recetar medicamentos. El tratamiento farmacológico utilizado por los médicos para el manejo del delirium fue Haloperidol con un 30,28% (43), para benzodiazepinas un porcentaje de 11,27% (16), otros antipsicóticos atípicos con un porcentaje de 6,34% (9), obteniendo el porcentaje más bajo se encuentran la dexmedetomidina con 2,11% (3), Propofol y opioides los dos con 1,41% (2) (ver Anexo tabla No4).

Conocimientos de conceptos y prácticas sobre delirium.

El 19,01% (27) de las enfermeras informan que el delirium en los servicios de UCI, postoperatorio y hospitalización es frecuente, seguido de 12,68% (18) que respondieron neutral, mientras que el 5,63% (8) estaban totalmente de acuerdo con la pregunta, seguido de 3,52% (5) que estuvieron totalmente en desacuerdo.

El 21,13% (30) de los médicos indicaron igualmente que delirium era frecuente en los servicios, seguido de 9,15% (13) que estaba totalmente de acuerdo, el 5,63% (8) respondieron neutral y el 2,82% (4) estaban totalmente en desacuerdo (ver Anexo tabla No5).

En cuanto al ítem de si “delirio y delirium son conceptos diferentes” el 28,17% (40) de las enfermeras respondieron que estaban de acuerdo, seguido del 8,45% (12) que respondieron neutro, mientras que el 5,63% (8) estaban en desacuerdo y el 2,82% (4) estuvieron totalmente en desacuerdo.

Por otro lado de los médicos el 15,79% (21) comentaron estar de acuerdo con que el delirio y el delirium son conceptos diferentes, seguido del 13,38% (19) que estuvieron totalmente de acuerdo, mientras que el 4,74% (6) estuvieron en desacuerdo seguido del 3,52% (5) que estuvieron totalmente en desacuerdo (ver Anexo tabla No6).

Para el ítem de si “agitación psicomotora es un componente imprescindible para el diagnóstico de delirium” el 28,17% (40) de las enfermeras estaban de acuerdo con esto, seguido del 12,68% (18) que dijeron estar neutras en su respuesta, mientras que el 4,23% (6) estuvieron en total desacuerdo, un 2,82% (4) de ellas contestaron estar totalmente de acuerdo.

Referente a los médicos el 14,79% (21) estuvieron de acuerdo con que la “agitación psicomotora es un componente imprescindible para el diagnóstico de delirium”, seguido del 10,56% (15) que estuvieron totalmente en desacuerdo y el 9,15% (13) respondieron estar neutral frente a la pregunta, seguido del 2,82% (4) que estuvo totalmente de acuerdo frente al cuestionamiento (ver Anexo 3 tabla No7).

Respecto al ítem de si “delirium es subdiagnosticado” el 31,69% (41) de las enfermeras respondieron estar de acuerdo con esto, seguido del 7,04% (10) que respondieron estar en desacuerdo teniendo en cuenta que la respuesta neutra tuvo el mismo valor ante la pregunta, mientras que el 4,23% (6) manifestó estar totalmente de acuerdo seguido del 2,82% (4) que dijo estar totalmente en desacuerdo.

Por otro lado el 27,46% (39) de los médicos dijo estar de acuerdo con esto seguido del 14,08% (20) que contestó estar totalmente de acuerdo, a diferencia del 1,41% (2) quienes estuvieron en desacuerdo y totalmente en desacuerdo (ver Anexo 3 tabla No8).

Para el cuestionamiento de si “delirium es un problema que requiere intervención”, las enfermeras reaccionaron de la siguiente forma; el 30,28% (43) estuvieron de acuerdo, seguido del 15,49% (22) que estuvieron totalmente de acuerdo, los porcentajes más bajos fueron los que estuvieron en desacuerdo y en desacuerdo totalmente, ambos con un 2,11% (3).

Con respecto a los médicos y el ítem “delirium es un problema que requiere intervención”, el 21,83% (31) estuvo de acuerdo, el 19,01% (27) totalmente de acuerdo, el porcentaje más bajos fue desacuerdo con 1,41% (2), seguido de la respuesta en desacuerdo totalmente con un porcentaje de 0% (ver Anexo 3 tabla No 9).

En el ítem que refiere si el “delirium es prevenible”, se encuentra que el mayor porcentaje de enfermeras estaban de acuerdo 23,94% (34), seguido de las que se encontraban neutrales con un porcentaje de 11,27% (16), el 5,63% (8) estaba totalmente de acuerdo y un 3,52% (5) que se encontraban totalmente en desacuerdo.

Por otra parte, los médicos obtuvieron mayor porcentaje en el ítem de acuerdo con un 25,35% (36), seguido del 9,86% (14) que estuvo entre neutro y totalmente de acuerdo, el porcentaje más bajo fue de 2,11% (3) que estaban en desacuerdo y 0% con totalmente en desacuerdo (ver Anexo 3 tabla No10).

Teniendo en cuenta el ítem que refleja si “el exceso de sedación puede llevar a delirium” el 19,72% (28) de las enfermeras estaba de acuerdo con esto, seguido del 16,90% (24) que respondieron neutro a la pregunta, el 5,63% (8) estaba en desacuerdo, seguido del 2,84% (4) que estaba totalmente en desacuerdo.

Por otro lado, de los médicos el 18,31% (26) estaba de acuerdo, el 13,38% (19) neutro, el porcentaje más bajo fueron para en desacuerdo con un porcentaje de 2,82% (4) y en desacuerdo con 1,41% (2) (ver Anexo 3 tabla No11).

Con respecto a si “los analgésicos opioides se asocian con la aparición de delirium” el 21,13% (30) de las enfermeras estuvieron de acuerdo con esto, seguido del 17,61% (25) quienes respondieron neutro frente a esto, seguido de desacuerdo con un porcentaje de 4,23% (6) y en desacuerdo totalmente con un 3,52% (5) de la población de las enfermeras. Por otro lado, los médicos el 21,83% (31) respondieron neutro, seguido del 11,27% (16) quienes estaban de acuerdo, el porcentaje más bajo lo obtuvo en desacuerdo con un 4,23% (6) y en desacuerdo totalmente con 2,11% (3) (ver Anexo tabla No12).

En el ítem de si “algunos tipos de sedantes se asocian con la aparición de delirium” un 22,54% (32) de las enfermeras respondieron estar de acuerdo, seguido del 17,61% (25) que respondió de manera neutral, el 4,93% (11) estuvo en desacuerdo seguido del 2,7% (3) que estuvo en desacuerdo totalmente.

En cuanto a los médicos el mayor porcentaje lo obtuvo la opción neutra con un 19,01% (27), seguido de un 13,38% (19) que estuvo totalmente de acuerdo, el 1,41% (2) estuvo en desacuerdo y el 0,70% (1) totalmente en desacuerdo (ver Anexo 3 tabla No 13).

Con el ítem “delirium es un factor de riesgo de NAV” (neumonía asociada con la ventilación), el 28,17% (40) de las enfermeras estuvieron neutras ante el cuestionamiento, seguido del 14,08% (20) que se mantuvo de acuerdo, el 3,52% (5) estuvo en desacuerdo totalmente y el 2,82% (4) totalmente de acuerdo.

Por otro lado, el mayor porcentaje obtenido por los médicos frente a este ítem mencionado anteriormente fue de 28,17% (40) con la respuesta neutro, seguido de acuerdo con un 6,34% (9) y el menor porcentaje fue de 2,82% (4) para los que se encontraban en desacuerdo totalmente (ver Anexo 3 tabla No14).

Con respecto a si “delirium dificulta la extubación”, el 21,113% (30) de las enfermeras contestó estar de acuerdo, seguido de un 12,68% (18) que respondieron estar neutras, el 4,23% (6) estuvieron totalmente de acuerdo, y el 3,52% (5) totalmente en desacuerdo.

Por parte de los médicos el 13,38% (19) estuvo neutro frente al cuestionamiento, el 12,68% (18) estuvo de acuerdo, por otro lado, el 7,04% (10) de ellos estuvieron en desacuerdo totalmente y el 5,63% (8) en desacuerdo (ver Anexo 3 tabla No15).

En cuanto al ítem de si “delirium es un factor de riesgo para el desarrollo de demencia en mayores de 65 años”, el 29,58% (42) de las enfermeras estuvieron de acuerdo con esto, seguido del 10,56% (15) que estuvieron totalmente de acuerdo, el porcentaje más bajo fue de 2,82% (4) para las que se encontraban en desacuerdo totalmente y 1,41% (2) para las que respondieron en desacuerdo.

Los médicos contestaron frente a este cuestionamiento de la siguiente manera: el 18,31% (26) estaban de acuerdo, el 11,97% (17) respondió estar neutros, el 3,52% (5) estaba en desacuerdo y el (4) en desacuerdo totalmente para los menores porcentajes (ver Anexo 3 tabla No16).

8. DISCUSIÓN

Los profesionales del presente estudio presentaron pobre conocimiento sobre el concepto, los signos y síntomas, la forma de prevenir, diagnosticar y tratar el delirium; no evidenciándose mayor diferencia entre enfermeras y médicos.

En este estudio se evidenció que la mayoría de los médicos y enfermeras tenían claro que agitación psicomotora, síntomas de inicio reciente, pensamiento desorganizado, alucinaciones y fluctuaciones del nivel de conciencia hacían parte del cuadro clínico de delirium. De manera similar, en un estudio realizado por Faustino T. (33) se encontró que las enfermeras citaron como síntomas, para la detección del cuadro clínico, la agitación psicomotora y la desorientación. Otras señales manifestadas por los participantes del estudio de Faustino T. fueron las alucinaciones y el déficit agudo de la memoria. En un estudio realizado por Ceraso D et/al (14) se evidencio que el 87,6% de los participantes respondieron que agitación psicomotora hacia parte del cuadro clínico de delirium, seguido de pensamiento desorganizado con un 69,2%, el 66,1% dijo que las alucinaciones, el 52,6% fluctuación del nivel de conciencia y el 41,3% síntomas de inicio reciente. Estos hallazgos podrían evidenciar un pobre conocimiento sobre la sintomatología del delirium, lo cual dificulta la prevención y el manejo y favorece el subdiagnóstico de esta patología.

Por otro lado, este estudio arrojó que tanto en las enfermeras como en los médicos había porcentajes muy bajos que evaluaban la presencia de delirium. Ceraso D et/al (14) en su estudio utilizó el mismo instrumento y observo que el menor porcentaje lo obtuvieron el ítem siempre con un 18,6%, seguido de nunca con un 10,2%. Además, en el estudio de Faustino T (34) evidencio que, en cuanto al monitoreo de esta patología, el equipo de enfermería, como otras categorías profesionales, no usan escalas para detectar la alteración. Los datos encontrados corroboran que es muy poco lo que los profesionales de salud evalúan la presencia de esta alteración, esto puede deberse al desconocimiento que pueden tener las enfermeras y médicos acerca de cómo evaluar y con que evaluar el delirium. igualmente, esto puede verse afectado por la complejidad del servicio y del número de pacientes que atendían los profesionales de salud ya que la mayoría laboraban en servicios de hospitalización donde el número de pacientes que se manejan va de un rango de 16 a 20 camas, así mismo el tener pacientes sometidos a ventilación mecánica contribuye como riesgo para que se presente delirium, y tener pacientes complejos puede hacer que los profesionales desplacen la evaluación de delirium por otras intervenciones, ya sea por falta de tiempo o el desconocimiento.

En el presente estudio se evidencio que el mayor porcentaje de los participantes evaluaban el delirium a través de la evaluación clínica general, además de esto la población que utilizaba en menor porcentaje otras herramientas eran las enfermeras frente a los médicos. En un estudio de revisión de Velásquez L (35) informo que son muchísimas las herramientas para evaluar delirium, pero muchas no han sido válidas para habla hispana, lo que puede limitar a esta población para la evaluación, así como la falta de capacitación de las mismas, por su parte Ceraso D et/al (14) observo que el 70% de los participantes

utilizaban igualmente la evaluación clínica general y otro porcentaje pequeño usaba el MMSE en un 10% y el CAM- ICU en un 20%. Lima S (36), afirma en su estudio que las enfermeras no utilizaban las escalas ya que estas creían que esto no era responsabilidad de ellas. Estos resultados parecen mostrar que es muy poco lo que los profesionales usan una herramienta para evaluar el delirium y que solo se basan en la evaluación inicial del paciente. Sumado a esto debería ser indispensable que los profesionales logran manejar otros idiomas puesto que muchas herramientas no están traducidas y esto limita al profesional y es un factor que permite que delirium sea subdiagnosticado. Además del poco conocimiento de los síntomas daría un panorama preocupante con respecto a la competencia de los profesionales para detectar adecuada y oportunamente el delirium.

El mayor porcentaje de los profesionales de esta investigación consideraron al haloperidol como el fármaco de elección para tratar el delirium. Llama la atención que en el estudio de Faustino T (33) dice que aún no hay evidencias científicas de que el haloperidol reduzca la duración del delirium. Esto da a conocer que hay diferencias en cuanto al tratamiento farmacológico de elección del delirium y que esto puede ser un factor para que el cuadro avance puesto que se puede estar utilizando fármacos equivocados. De esto habla Ocadiz J. (37) cuando afirma que hay medicamentos de prescripción inadecuada, es decir medicamentos de alto riesgo para delirium, así como el antecedente de polifarmacia, donde los medicamentos más frecuentes identificados fueron: quinolonas, opioides, esteroides y metoclopramida.

Si delirium es un evento esperado en servicios de UCI, hospitalización y postoperatorio se evidencia en el presente estudio que el mayor porcentaje estuvo de acuerdo con esto, y la mayoría de estos porcentajes fueron dados por los médicos. Ceraso D et/al (14) describe en su estudio que el 52,8% también estuvieron de acuerdo. Por otro lado, Gómez L, (38) describe que en la UCI de adultos de la universidad de Neiva hay una incidencia del 28% de delirium, esto puede deberse a lo ya antes mencionado con respecto a la poca utilización de las escalas de evaluación por la limitante que tiene que ver con la traducción al español de la escala.

Según este estudio el mayor porcentaje de médicos y enfermeras estaban de acuerdo en que el delirium es subdiagnosticado; similar a los hallazgos de Ceraso D et/al (14) quienes encontraron que el 50% de los encuestados manifestaron lo mismo. A este respecto, Lima S (36) afirma que el subdiagnóstico de delirium está estrechamente relacionado con la falta de conocimiento y errores en la práctica.

El mayor porcentaje de los participantes de este estudio estuvo de acuerdo con que delirium es un problema que requiere intervención. Igualmente, en el estudio de Ceraso D et/al (14) encontró que el 54% de los participantes estuvieron totalmente de acuerdo, en que era problema que necesitaba intervención y el 43% estuvo de acuerdo. Lima S (36) describe que se debe resaltar que la detección oportuna del delirium está relacionado, con la experiencia del equipo de enfermería, por lo que, la educación es fundamental para una intervención efectiva. Esto afirma que el profesional de salud debe intervenir oportunamente y desde el conocimiento.

Respecto al mayor porcentaje de participantes que consideraron que el delirium es prevenible, Ceraso D et/al (14) detalla que el 47,5% estuvo de acuerdo, seguido del 21,8% que se consideró neutro. Gómez L. (38) afirma que delirium es prevenible ya que un amplio conocimiento sobre la patología y un cuidado fundamental por parte de los profesionales es una gran herramienta de prevención. Este es un evento evitable desde la identificación de los factores de riesgos existentes en un paciente hospitalizado en la UCI, contando con un diagnóstico oportuno y la prestación de un cuidado de enfermería enfocado en la prevención y participación en el tratamiento del paciente. Es muy probable que esto no se dé por el desconocimiento de muchos factores identificables de diagnóstico y evaluación.

En la presente investigación se evidenció que el mayor porcentaje de los participantes estuvieron de acuerdo de que el exceso de sedación puede llevar a delirium. Ceraso D et/ (14) al especifica que el 46,1% de los profesionales participantes del estudio estuvieron totalmente de acuerdo y el 28,4% de acuerdo. De acuerdo con el estudio de Lima S (36) al donde las enfermeras del estudio puntualizan que hay falta de criterios con respecto al uso de sedantes. Hay situaciones en las que una intervención es necesaria y los pacientes deben ser sedados. Pero a veces, se puede llegar a una sobredosis de sedación, los profesionales de enfermería tienen dificultades para tratar con pacientes que están agitados y con presencia de delirium. La afirmación de que un paciente sedado no requiere tanta atención era común, y era difícil lidiar con la agitación psicomotora y restricción física en la UCI.

Por otra parte, el presente estudio arrojó que el mayor porcentaje de los profesionales estaban de acuerdo con que algunos sedantes se asociaban con la presencia de delirium. Ceraso D et/al (14) el 64% y el 23,1% estuvieron de acuerdo y totalmente de acuerdo con Además Gómez L (38) manifiesta que la administración de sedantes como midazolam, analgésicos como morfina y fentanyl son factores que hacen a los pacientes más vulnerables para presentar el evento.

En cuanto a que los analgésicos opioides se asocien con la aparición de delirium nuestro estudio arrojó que el mayor porcentaje de los profesionales se consideró neutral para esta apreciación, por el contrario, Ceraso D et/al (14) en su investigación describe que el 52,8% y el 17,7% estaban de acuerdo y totalmente de acuerdo. Además, Faustino T (33) habla acerca de que el anciano era más susceptible de presentar delirium por la inducción de medicamentos como: los opioides, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. se puede decir que la edad puede ser un factor para que los analgésicos causen la alteración, por los cambios que sufre el cuerpo a causa del envejecimiento.

En el trabajo investigativo se evidenció que el mayor porcentaje de los encuestados estaban de acuerdo en delirium era un factor de riesgo para el desarrollo de demencia en mayores de 65 años. Igualmente, Ceraso D et/al (14) describe que el 39, 5% estuvo de acuerdo con esta apreciación. Además, Hoyos L (39) informa en su investigación que el 71,43% de edad de los pacientes que presentaron delirium en el estudio fue de 65 años. Además, Faustino T (33) nos dice que los adultos mayores son más susceptibles a la aparición de delirium, por

la disfunción que ocurre en cuanto a los desórdenes neurológicos, metabólicos, cardiovasculares y sistémicos.

9. CONCLUSIONES

- Los profesionales tienen pobre conocimiento sobre el concepto, los signos y síntomas, la forma de prevenir, diagnosticar y tratar el delirium; no se evidencia diferencia entre enfermeras y médicos.
- Los participantes eran en su mayoría adultos jóvenes, de sexo femenino. Laboran en el servicio de hospitalización, con un tiempo de trabajo de 1-5 años, en servicios con un número de camas de 16 a 20 y manejaban un porcentaje importante de adultos mayores de 65 años.
- La mayoría de los profesionales identificaban como signos y síntomas de delirium el tener pensamiento desorganizado y las alucinaciones, evaluaban delirium solo ocasionalmente y lo hacían mediante la evaluación clínica general. Reconocieron como tratamiento de elección más utilizado para el manejo del delirium el haloperidol.

10. RECOMENDACIONES

- Implementación de estrategias para la capacitación del personal profesional para el mejoramiento del conocimiento y las prácticas sobre el delirium y además seguimiento continuo para sensibilización del personal de salud.
- Realización y establecimiento de un protocolo para la evaluación, la prevención, el diagnóstico y el manejo de esta alteración para promover la disminución de la incidencia de delirium, ya que es una patología claramente visible.
- Coordinar con el equipo interdisciplinario que en todos los servicios tengan en cuenta el delirium para valorarlo y prevenirlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Martínez N, Petidier R, Casas A. Delirium en el paciente anciano: actualización en prevención, diagnóstico y tratamiento. *Med Clin (Barc)*. 2012; 138 (2):78-84.
2. Henao A, Amaya M. Nursing and patients with delirium: a literature review. *Invest Educ Enferm*. 2014;32(1): 148-156.
3. Arinzon Z, Peisakh A, Schrire S, Berner Y. Delirium in long-term care setting: indicator to severe morbidity. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011; 52: 270-275.
4. Stout R, Gaviria M. On delirium. *Surg Neurol Int*. 2011; 2:20.
5. Vasquez F, González M. Delirium. En: Rozman C, Cardellach F. Farreras Rozman *Medicina Interna*. Barcelona España: Elsevier; 2016; 1530-1534.
6. Inouye S. Delirium in older persons. *N Engl J Med* 2006; 354: 1157–1165.
7. Munster B, Korevaar J, Zwinderman A, et al. Time-course of cytokines during delirium in elderly patients with hip fractures. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56:1704–1709.
8. Godfrey A, Leonard M, Donnelly S, Conroy M, O'laighin G, Meagher D. Validating a new clinical subtyping scheme for delirium with electronic motion analysis. *Psychiatry Res* 2010; 178:186-90.
9. Gleason O. Delirium. *Am Fam Physician* 2003; 67:1027-34.
10. Meagher D, Leonard M, Donnelly S, Conroy M, Adamis D, Trzepacz P. A longitudinal study of motor subtypes in delirium: relationship with other phenomenology, etiology, medication exposure and prognosis. *J Psychosom Res*. 2011;71(6): 395-403
11. Inouye S. Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 1999;10(5):393-400.
12. Terra J, Vitorelli L, Soares M, Mendes M, Da Silva J, Ribeiro P . Evaluación del riesgo de caídas en las personas mayores: ¿cómo hacerlo?. *Gerokomos Brasil* 2014; 25(1): 13-16.

13. Cole M, Dendukuri N, McCusker J, Han L. An empirical study of different diagnostic criteria for delirium among elderly medical inpatients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2003;15:200-207
14. Ceraso D, Dueñas C, Raimondi N, Celis E, Carrillo R, Ugarte S, et al. Encuesta iberoamericana sobre Delirium en pacientes críticos. *Med Intensiva* 2010;34(8):495-505
15. Siddiqi N., Casa A., Holmes J. Occurrence and outcome of delirium in medical inpatients: a systematic literature review. *A and Ageing* 2006; 35 (4): 350-364.
16. Shi O, Presutti R, Selchen D, Saposnik G. Delirium in Acute Stroke: A Systematic. *Stroke Canada* 2012; 43:645-649
17. Vilalta J, Llinàs J, López S, Garre J. Prevalence and evolution of delirium in a community population of 70 years and older. *Actas Esp Psiquiatr* 2009;37(1):27-33.
18. Cachón J, Álvarez C y Palacios D. Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*; 2014; 25 (2):38-45
19. Tobar E, Abedrapo M, Godoy J, Romero C. Delirium postoperatorio. Una ventana hacia una mejoría de la calidad y seguridad en la atención de pacientes quirúrgicos. *Rev. Chilena de Qx.* 2012; 64 (3): 297-305.
20. Wschebor M, Aquines C, Lanaro V, Romano S. Delirium: una comorbilidad oculta asociada a mayor mortalidad. *Rev Méd Urug* 2017; 33(1): 39-51.
21. Serpa A, Martinez A, Teheran R. Incidencia de delirium en pacientes críticos de la unidad de cuidados intensivos. *Hospital Universitario del Caribe. Rev. Cienc biomed* 2011; 2(1): 63-69
22. Zbigniew J. Delirium in the elderly patient. *N Engl J Med* 1989; 320: 578-82.
23. Ely E, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon S, Harrell F, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA* 2004; 291(14): 1753-1762.
24. Ceballos T, Velásquez P, Jaén J. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Rev Gerenc Polít Salud* 2014; 13(27): 274-295.
25. González M, De Pablo J, Valdés M. Delirium: la confusión de los clínicos. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 1051-1060.

26. O'Mahony R., Murthy L., Akunne A, Young J. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. *Ann Intern Med* 2011; 154: 746-751.
27. Inouye S. Delirio o alteración aguda del estado mental en pacientes ancianos. En: Richard T. Goldman- Cecil. *Tratado de medicina interna*. 25. España: Elseiver; 2017. P. 117-121.
28. Grover S, Kate N. Assessment scales for delirium: A review. *World J Psychiatr* 2012; 2(4): 58-70 Available from: URL: <http://www.wjgnet.com/2220-3206/full/v2/i4/58.htm> DOI: <http://dx.doi.org/10.5498/wjg.v2.i4.58>.
29. Fearing M, Inouye S, "Current Concepts: Delirium in Older Persons. *N ENGL J MED* 354:1157–1165, 2006.
30. Marshall M, Soucy M. Delirium in the intensive care unit. *Crit Care Nurs Quat.* 2003; 26(3):172-8.
31. Suhonen R, Gustafsson ML, Katajisto J, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Nurses' perceptions of individualized care. *J Adv Nurs.* 2010; 66(5):1035-46.
32. Suhonen R, Valimaki M, Leino H. A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *J Clin Nurs.* 2008; 17:843-60.
33. Faustino T, Chaves L, De Oliveira R, Selxas Y. Conocimiento y Prácticas del Equipo de Enfermería para la Prevención y Monitorización del Delirium en los Ancianos. *Revista Baiana de Enfermagem, Salvador* 2016; 30(3):1-10.
34. Faustino T, Chaves L, Selxas Y, De Oliveira R, Bezerra J. Prevention and monitoring of delirium in older adults: an educational intervention. *Rev Bras Enferm* 2016;69(4):678-85.
35. Velásquez L. Instrumentos para el diagnóstico de delirium en hispanohablantes: artículo de revisión. *Med U.P.B.* 2016;35(2):100-110.
36. Lima S, Pereira E, Delacanal D, Jung W, Adair A, Bertoncetto C. Knowledge Of Nurses About *Delirium* In Critical Patients: Collective Subject Discourse. *Text Context Nursing, Florianópolis*, 2015; 24(2): 513-20.
37. Ocádiz J, Guitierrez R, Páramo F, Tovar A, Hernández J. Programa Preventivo del Delirio Postoperatorio en Ancianos. *Cir Cir* 2013;81:181-186.
38. Gomez L, Diaz L, Cortés F. Cuidados de enfermería basados en evidencia y modelo de Betty Neuman, para controlar estresores del entorno que pueden ocasionar delirium en unidad de cuidados intensivos. *EG N° 41*, 2016:49-63.

39. Hoyos L. Prevalencia Y Factores De Riesgo Asociados Al Desarrollo De Delirium En La Unidad De Críticos De Gestión Salud En Cartagena De Indias. Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina. Cartagena, 2018.

ANEXOS

**ANEXO 1. INSTRUMENTO
ENCUESTA IBEROAMERICANA SOBRE DELIRIUM EN PACIENTES
CRITICOS**

Encuesta para enfermeras y médicos sobre delirium

Nombre: _____ Sexo: _____

Profesión: _____ Edad: _____

1. Tipo de institución donde trabaja:
a. **Académica** b. **No académica**
2. En qué tipo de servicio labora:
a. **Quirúrgica-postoperatorio** b. **UCI** c. **Hospitalización**
3. Número de camas en el servicio:
a. **0-5** b. **6-10** c. **11-15** d. **16-20**
5. Cuántos años tiene de estar trabajando en el área:
a. **1-5** b. **6-10** c. **11-15** d. **16-20** e. **>21%**
6. Qué porcentaje de sus pacientes sometidos a ventilación mecánica:
a. **0-20%** b. **20-40%** c. **40-60%** d. **60-80%** e. **>80%**
7. Qué porcentaje de sus pacientes tienen más de 65 años:
a. **0-20%** b. **21-40%** c. **41-60** d. **61-80** e. **>81%**
8. Cuáles de los siguientes signos y síntomas hacen parte del cuadro clínico de delirium (puede marcar más de uno):
a. **Agitación psicomotora**
b. **Síntomas de inicio reciente**
c. **Pensamiento desorganizado**
d. **Alucinaciones**
e. **Fluctuación del nivel de conciencia**
f. **Pensamiento desorganizado**
9. En su servicio se evalúa la presencia de delirium:
a. **Siempre** b. **Frecuentemente** c. **Ocasionalmente** d. **Nunca**
10. Si evalúa el delirium, que herramienta USA
a. **Evaluación clínica general** b. **MMSE** c. **CAM-ICU** d. **Lista de chequeo de evaluación de delirium**
e. **Escala de evaluación de delirium**
11. Qué fármacos utiliza para tratar el delirium:
a. **Benzodiacepinas** b. **Opioides** c. **Haloperidol**
d. **Dexmedetomidina** e. **Antipsicóticos atípicos** f. **Propofol**
g. **Otra. Cuál** _____

En la siguiente tabla, marque con una x el cuadro con el que se identifique en las apreciaciones anotadas en la columna de la izquierda.

Apreciación	En desacuerdo totalmente	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
12. delirium es un evento esperado en los servicios de: UCI, hospitalización, postoperatorio.					
13. Delirio y delirium son conceptos diferentes					
14. agitación psicomotora es un componente imprescindible para el diagnóstico de delirium					
15. el delirium es subdiagnosticado					
16. el delirium es un problema que requiere intervención					
17. delirium es prevenible					
18. el exceso de sedación puede llevar a delirium					
19. lo analgésicos opioides se asocian con la aparición de delirium					
20. algunos tipos de sedantes se asocian con la aparición de					

delirium					
21. El delirium es un factor de riesgo NAV					
22. Delirium dificulta la extubación					
23. delirium es un factor de riesgo para el desarrollo de demencia en mayores de 65 años					

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

5.1 INTRODUCCION:

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Si existe en usted alguna duda por favor pregunte, es nuestro deber asegurarnos de que entienda los procedimientos del estudio.

5.2 Propósito del estudio:

Este proyecto explorará los conceptos y prácticas que usted como profesional de la salud tiene acerca del síndrome confesional agudo.

5.3 Participantes del estudio:

El estudio es completamente voluntario. Usted puede participar o abandonar el estudio en cualquier momento sin ser penalizado ni perder los beneficios. Para éste proyecto se tendrá en cuenta que los participantes sean profesionales de la salud y que ejerzan su labor en las áreas de UCI, posoperatorio y hospitalización.

5.4 Procedimientos:

Para la recolección de información relacionada con este estudio se solicitará a los voluntarios participar de una encuesta, donde se pretende identificar los conceptos y prácticas de los médicos y enfermeras sobre delirium.

5.5 Riesgos o incomodidades: En este estudio los participantes podrían sentirse juzgados, ya que en la encuesta se evaluará sus conocimientos y las acciones que realizan al momento de tener un caso de delirium o satisfacción por que manejan lo requerido a la patología.

5.6 Beneficios:

Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio. Su participación es una contribución para que se dé a conocer que puede existir algún déficit en el diagnóstico, manejo y prevención del delirium, lo cual ayudaría a un mover profesional a formarse en dicho síndrome causando una disminución en la mortalidad dada por este en un gran porcentaje de la población hospitalaria.

5.7 Privacidad y confidencialidad:

La información personal que usted dará a nuestros investigadores en el curso de este estudio permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona diferente a Usted bajo ninguna circunstancia. A las encuestas se les asignará un código de tal forma que el personal técnico, diferente a los investigadores, no conocerá su identidad. El equipo general de la investigación y el personal de apoyo sólo tendrá acceso a los códigos, pero no

a su identidad. Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en las reuniones científicas, pero la identidad suya no será divulgada. La información puede ser revisada por el Comité de Ética en la Investigación de las instituciones participantes, el cual está conformado por un grupo de personas quienes realizarán la revisión independiente de la investigación según los requisitos que regulan la investigación.

5.8 Derecho a retirarse del estudio de investigación:

Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento. Sin embargo, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte del estudio a menos que Usted solicite expresamente que su identificación y su información sea borrada de nuestra base de datos. Al retirar su participación Usted deberá informar al grupo investigador si desea que sus respuestas sean eliminadas, los resultados de la evaluación serán borrados. No firme este consentimiento a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir contestaciones satisfactorias para todas sus preguntas.

Documento de propiedad y uso exclusivo de la Universidad de Cartagena.

Nombre del Participante: _____
CC. _____

Firma del Participante: _____

CC: _____ **Fecha:** _____

Firma del Investigador Principal: _____

CC: _____

ANEXO 3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Tabla No1 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DELIRIUM, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM, CARTAGENA 2017-2018

SINTOMAS	ENFERMERA				MEDICO				TOTAL	
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	N°	%
AGITACION PSICOMOTORA	50	35,21	25	17,61	47	33,10	20	14,08	142	100%
SINTOMAS DE INICIO RECIENTE	13	9,15%	62	43,66%	31	21,83%	36	25,35%	142	100%
PENSAMIENTO DESORGANIZADO	55	38,73%	20	14,08%	39	27,46%	28	19,72%	142	100%
ALUCINACIONES	50	35,21%	25	17,61%	49	34,51%	18	12,68%	142	100%
FLUCTUACION DEL NIVEL DE CONCIENCIA	26	18,31%	49	34,51%	33	23,24%	34	23,94%	142	100%

Fuente: encuestas aplicada

Tabla No2 EVALUACIÓN DEL DELIRIUM, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM, CARTAGENA 2017-2018

RESPUESTA	EVALUACION DEL DELIRIUM EN EL SERVICIO					
	ENFERMERA		MEDICO		TOTAL	
		%		%		%
FRECUENTEMENTE	10	7,04%	12	8,45%	22	15,49%
NUNCA	15	10,56%	15	10,56%	30	21,13%
OCASIONALMENTE	47	33,10%	30	21,13%	77	54,23%
SIEMPRE	3	2,11%	10	7,04%	13	9,15%
TOTAL	75	52,82%	67	47,18%	142	100,00%

Fuente: encuestas aplicada

**Tabla No3 HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN PARA DELIRIUM,
CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE
CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM, CARTAGENA 2017-2018**

HERRAMIENTA	PROFESION				TOTAL	
	ENFERMERIA	%	MEDICINA	%	N°	%
EVALUACION CLINICA GENERAL	57	40,14	40	28,17	97	68,31
MMSE	0	0	2	1,41	2	1,41
CAM-ICU	0	0	5	3,52	5	3,52
LISTA DE CHEQUEO DE EVALUACION DE DELIRIUM	1	0,70	2	1,41	3	2,11
ESCALA DE EVALUACION DE DELIRIUM	2	1,41	3	2,11	5	3,52
NO APLICA	15	10,56	15	10,56	30	21,12
TOTAL	75	52,82	67	47,18	142	100,00%

Fuente: encuestas aplicada

Tabla No4 FÁRMACOS QUE UTILIZAN PARA TRATAR EL DELIRIUM, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM, CARTAGENA 2017-2018

FARMACO	MEDICO				TOTAL	
	SI	%	NO	%	No	%
BENZODIACEPINAS	16	11,27%	51	35,92%	142	100%
OPIOIDES	2	1,41%	65	45,77%	142	100%
HALOPERIDOL	43	30,28%	24	16,90%	142	100%
DEXMEDETOMIDIN A	3	2,11%	64	45,07%	142	100%
ANTIPSICOTICOS ATIPICOS	9	6,34%	58	40,85%	142	100%
PROPOFOL	2	1,41%	65	45,77%	142	100%

Fuente: encuestas aplicadas

Tabla No5 EL DELIRIUM ES UN EVENTO ESPERADO EN LOS SERVICIOS DE UCI, HOSPITALIZACIÓN Y POSTOPERATORIO, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM, CARTAGENA 2017-2018

APRECIACIONES	ENFERMERA		MEDICO		TOTAL	
		%		%		
EN DESACUERDO TOTALMENTE	5	3,5%	4	2,82%	9	6,34%
EN DESACUERDO	17	11,97%	12	8,45%	29	20,42%
NEUTRO	18	12,68%	8	5,63%	26	18,31%
DE ACUERDO	27	19,01%	30	21,13%	57	40,14%
TOTALMENTE DE ACUERDO	8	5,63%	13	9,15%	21	14,79%
TOTAL	75	52,82%	67	47,18%	142	100,00%

Fuente: encuestas aplicadas

**Tabla No6 EL DELIRIO Y DELIRIUM SON CONCEPTOS DIFERENTES,
CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE
CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM, CARTAGENA 2017-2018**

APRECIACIONES	ENFERMERA	%	MEDICO	%	TOTAL	
EN DESACUERDO TOTALMENTE	4	2,82%	5	3,52%	9	6,34%
EN DESACUERDO	8	5,63%	6	4,74%	14	10,37%
NEUTRO	12	8,45%	16	11,27%	28	19,72%
DE ACUERDO	40	28,17%	21	14,79%	61	42,96%
TOTALMENTE DE ACUERDO	11	7,75%	19	13,38%	30	21,13%
TOTAL	75	52,82%	67	47,18%	142	100,00%

Fuente: encuestas aplicadas

**Tabla No7 AGITACIÓN PSICOMOTORA ES UN COMPONENTE
IMPRESINDIBLE PARA EL DIAGNÓSTICO DE DELIRIUM.,
CONOCIMIENTOS DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE
CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM, CARTAGENA 2017-2018**

APRECIACIONES	ENFERMERA	%	MEDICO	%	TOTAL	
EN DESACUERDO TOTALMENTE	6	4,23	15	10,56	13	14,79%
EN DESACUERDO	7	4,93	14	9,86	20	14,08%
NEUTRO	18	12,68	13	9,15	31	21,83%
DE ACUERDO	40	28,17	21	14,79	61	42,96%
TOTALMENTE DE ACUERDO	4	2,82	4	2,82	8	5,63%
TOTAL	75	52,82	67	47,18	142	100,00%

Fuente: encuestas aplicadas

Tabla No8 EL DELIRIUM ES SUBDIAGNOSTICADO, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM, CARTAGENA 2017-2018

APRECIACIONES	ENFERMERA	%	MEDICO	%	TOTAL	
EN DESACUERDO TOTALMENTE	4	2,82	2	1,41	6	4,23%
EN DESACUERDO	10	7,04	2	1,41	12	8,45%
NEUTRO	10	7,04	4	2,82	14	9,86%
DE ACUERDO	45	31,69	39	27,46	84	59,15%
TOTALMENTE DE ACUERDO	6	4,23	20	14,08	26	18,31%
TOTAL	75	52,82	67	47,18	142	100,00%

Fuente: encuestas aplicadas

Tabla No9 EL DELIRIUM ES UN PROBLEMA QUE REQUIERE INTERVENCIÓN, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM, CARTAGENA 2017-2018

APRECIACIONES	ENFERMERA	%	MEDICO	%	TOTAL	
EN DESACUERDO TOTALMENTE	3	2,11	0	0	3	2,11%
EN DESACUERDO	3	2,11	2	1,41	5	3,52%
NEUTRO	4	2,82	7	4,93	11	7,75%
DE ACUERDO	43	30,28	31	21,83	74	52,11%
TOTALMENTE DE ACUERDO	22	15,49	27	19,01	49	34,51%
TOTAL	75	52,82	67	47,18	142	100,00%

Fuente: encuestas aplicadas

Tabla No10 DELIRIUM ES PREVENIBLE, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM, CARTAGENA 2017-2018

APRECIACIONES	ENFERMERA	%	MEDICO	%	TOTAL	
EN DESACUERDO TOTALMENTE	5	3,52%	0	0	5	3,52%
EN DESACUERDO	12	8,45%	3	2,11%	15	10,56%
NEUTRO	16	11,27%	14	9,86%	30	21,13%
DE ACUERDO	34	23,94%	36	25,35%	70	49,30%
TOTALMENTE DE ACUERDO	8	5,63%	14	9,86%	22	15,49%
TOTAL	75	52,82	67	47,18	142	100,00%

Fuente: encuestas aplicadas

Tabla No11 EL EXCESO DE SEDACIÓN PUEDE LLEVAR A DELIRIUM, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM, CARTAGENA 2017-2018

APRECIACIONES	ENFERMERA	%	MEDICO	%	TOTAL	
EN DESACUERDO TOTALMENTE	4	2,82	2	1,41	6	4,23%
EN DESACUERDO	8	5,63	4	2,82	12	8,45%
NEUTRO	24	16,90	19	13,38	43	30,28%
DE ACUERDO	28	19,72	26	18,31	54	38,03%
TOTALMENTE DE ACUERDO	11	7,75	16	11,27	27	19,01%
TOTAL	75	52,82	67	47,18	142	100,00%

Fuente: encuestas aplicadas

Tabla No12 LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES SE ASOCIAN CON LA APARICIÓN DE DELIRIUM, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM, CARTAGENA 2017-2018

APRECIACIONES	ENFERMERA	%	MEDICO	%	TOTAL	
EN DESACUERDO TOTALMENTE	5	3,52%	3	2,11%	8	5,63%
EN DESACUERDO	6	4,23%	6	4,23%	12	8,45%
NEUTRO	25	17,61%	31	21,83%	56	39,44%
DE ACUERDO	30	21,13%	16	11,27%	46	32,39%
TOTALMENTE DE ACUERDO	9	6,34%	11	7,75%	20	14,08%
TOTAL	75	52,82	67	47,18	142	100,00%

Fuente: encuestas aplicadas

Tabla No13 ALGUNOS TIPOS DE SEDANTES SE ASOCIAN CON LA APARICIÓN DE DELIRIUM CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM, CARTAGENA 2017-2018

APRECIACIONES	ENFERMERA	%	MEDICO	%	TOTAL	
EN DESACUERDO TOTALMENTE	3	2,11	1	0,70	4	2,82%
EN DESACUERDO	7	4,93	2	1,41	9	6,34%
NEUTRO	25	17,61	27	19,01	52	36,62%
DE ACUERDO	32	22,54	18	12,68	50	35,21%
TOTALMENTE DE ACUERDO	8	5,63	19	13,38	27	19,01%
TOTAL	75	52,82	67	47,18	142	100,00%

Fuente: encuestas aplicadas

**Tabla No14 EL DELIRIUM ES UN FACTOR DE RIESGO DE NAV,
CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE
CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM, CARTAGENA 2017-2018**

APRECIACIONES	ENFERMERA	%	MEDICO	%	TOTAL	
EN DESACUERDO TOTALMENTE	5	3,52	4	2,82	9	6,34%
EN DESACUERDO	6	4,23	7	4,93	13	9,15%
NEUTRO	40	28,17	40	28,17	80	56,34%
DE ACUERDO	20	14,08	9	6,34	29	20,42%
TOTALMENTE DE ACUERDO	4	2,82	7	4,93	11	7,75%
TOTAL	75	52,82	67	47,18	142	100,00%

Fuente: encuestas aplicadas

**Tabla No15 EL DELIRIUM DIFICULTA LA EXTUBACIÓN, CONOCIMIENTO
DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS
SOBRE DELIRIUM, CARTAGENA 2017-2018**

APRECIACIONES	ENFERMERA	%	MEDICO	%	TOTAL	
EN DESACUERDO TOTALMENTE	5	3,52	10	7,04	15	10,56%
EN DESACUERDO	16	11,27	8	5,63	24	16,90%
NEUTRO	18	12,68	19	13,38	37	26,06%
DE ACUERDO	30	21,13	18	12,68	48	33,80%
TOTALMENTE DE ACUERDO	6	4,23	12	8,45	18	12,68%
TOTAL	75	52,82	67	47,18	142	100,00%

Fuente: encuestas aplicadas

Tabla No16 EL DELIRIUM ES UN FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DEMENCIA EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS, CONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA DE CONCEPTOS Y PRÁCTICAS SOBRE DELIRIUM, CARTAGENA 2017-2018

APRECIACIONES	ENFERMERA	%	MEDICO	%	TOTAL	
EN DESACUERDO TOTALMENTE	4	2,82	4	2,82	8	5,63%
EN DESACUERDO	2	1,41	5	3,52	7	4,93%
NEUTRO	12	8,45	17	11,97	29	20,42%
DE ACUERDO	42	29,58	26	18,31	68	47,89%
TOTALMENTE DE ACUERDO	15	10,56	15	10,56	30	21,13%
TOTAL	75	52,82	67	47,18	142	100,00%

Fuente: encuestas aplicadas