

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD –**  
**RESIDENTADO MEDICO**



**Delirio y relación con mortalidad en pacientes críticos en del servicio  
de cuidados intensivos del hospital EsSalud III Chimbote en los  
meses abril a agosto del año 2023**

**Proyecto de Investigación para optar el título de segunda  
especialidad profesional en Medicina Intensiva**

**Autor:**

**Benites Palma, Christian Renato**

**Asesor:**

**Landeras Silva, Julio Eduardo**

(Código ORCID: 0000-0002-8741-9036)

**Nuevo Chimbote – Perú**

**2023**

## ÍNDICE

<b>A. GENERALIDADES</b> .....	4
1. Título.....	4
2. Investigador .....	4
3. Régimen de investigación.....	4
4. Unidad académica a la que pertenece el Proyecto .....	4
5. Localidad e institución donde se ejecutará el proyecto de investigación .....	5
6. Duración de la ejecución del proyecto.....	5
7. Horas semanales dedicadas al proyecto de investigación.....	5
8. Recursos disponibles.....	5
9. Presupuesto .....	6
10. Financiamiento.....	7
11. Tareas del investigador .....	7
12. Resumen del Proyecto .....	8
13. Cronograma .....	9
<b>B. PLAN DE INVESTIGACIÓN</b> .....	10
1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA: .....	10
2. JUSTIFICACION .....	25
3. PROBLEMA.....	25
4. CONCEPTUACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	26
5. HIPOTESIS .....	27
6. OBJETIVOS .....	27
7. METODOLOGIA .....	28
8. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION .....	31
9. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA .....	33
10. ANEXOS .....	35

**Palabras clave:**

Tema	Delirio
Especialidad	Medicina Intensiva

## **Línea de Investigación**

<b>Línea de programa</b>	Enfermedades emergentes y reemergentes
<b>Area</b>	Ciencias médicas y de salud
<b>Sub area</b>	Medicina Clínica
<b>Disciplina</b>	Medicina Intensiva

### **A. GENERALIDADES**

#### **1. Título**

Delirio y relación con mortalidad en pacientes críticos del servicio de cuidados intensivos del Hospital EsSalud III Chimbote en los meses abril a agosto del año 2023.

#### **2. Investigador**

- Benites Palma Christian Renato
- Facultad: Medicina Humana
- Programa de Estudio: Segunda especialidad en Medicina Intensiva
- Correo electrónico: christian.bp@gmail.com
- N° celular: 971851626

#### **3. Régimen de investigación**

Libre

#### **4. Unidad académica a la que pertenece el Proyecto**

Sede/Filial: Chimbote

Facultad/Instituto: Facultad de Medicina Humana

Programa de estudio: Segunda especialidad en Medicina Intensiva

**5. Localidad e institución donde se ejecutará el proyecto de investigación**

Localidad: Chimbote

Institución: Hospital III EsSalud

**6. Duración de la ejecución del proyecto**

Inicio: 17.04.2023

Término: 17.08.2023

**7. Horas semanales dedicadas al proyecto de investigación.**

08 horas semanales

**8. Recursos disponibles**

**8.1. Materiales**

- Papel
- Lapiceros
- Laptop
- Impresora
- Tinta para impresora
- USB
- Carpetas
- Folders
- Programa estadístico SPSS
- Internet

**8.2. Servicios**

- Empastado · Anillado

- Fotocopias
- Impresiones

### 9. Presupuesto

<b>Partida</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo Unitario</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Materiales</b>			
Papel bond A-4 80 gr.	01 millar	25.00	25.00
Lapiceros	06	02.00	12.00
Lápices	06	02.00	12.00
Corrector líquido	02	05.00	10.00
Libreta de apuntes	01	10.00	10.00
Folder Manila	06	01.00	06.00
USB	01	50.00	50.00
<b>Sub-total</b>			125.00
<b>Servicios</b>			

Impresiones	0.25	200	50.00
Empastado	04	30	120.00
Fotocopias	0.1	200	20.00
Anillados	04	5.00	20.00
Pasajes	60	4	240.00
<b>Sub-total</b>			<b>450.00</b>

## 10. Financiamiento

Autofinanciado

## 11. Tareas del investigador

<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>
1. Elaboración del proyecto de investigación.	Benites
2. Elaborar los instrumentos de recolección de datos.	Palma Christian Renato.
3. Aplicación de los instrumentos de recolección de datos.	
4. Procesamiento de datos.	

5. Elaboración de resultados.	
6. Elaboración del análisis y discusión	
7. Elaboración de las conclusiones y recomendaciones	
8. Elaboración del informe final	
9. Defensa del informe final	

## **12. Resumen del Proyecto**

El objetivo principal de este estudio es identificar a los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del Hospital III Essalud Chimbote que desarrollaron delirio durante su estancia en UCI y su relación con los índices de mortalidad, tomando en cuenta factores de edad, clínicos y farmacológicos, mediante una metodología de tipo básica, descriptiva y correlacional.



## **B. PLAN DE INVESTIGACIÓN**

Delirio y relación con mortalidad en pacientes críticos

### **1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**

El delirio es la manifestación más común de disfunción del sistema nervioso central en pacientes críticamente enfermos; se caracteriza por conciencia y cognición reducidas, conciencia reducida del entorno, problemas de atención y/o confusión. El delirio o confusión aguda es una patología bastante común, pero a pesar de ello, es un problema subestimado y muchas veces se ignora su diagnóstico en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Góngora (2021) Bolivia, realizó un estudio titulado: Percepción de los profesionales de enfermería sobre el manejo clínico del delirio en pacientes críticos en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Petrolero de Obrajes; un estudio prospectivo descriptivo con métodos cuantitativos; el propósito del estudio fue describir la percepción del personal profesional de enfermería sobre el manejo clínico del delirio en pacientes críticos en un hospital; luego de aplicar una herramienta de investigación (encuesta virtual) a 13 enfermeras de regiones clave, se encontró que: En U.T.I.: 92,3% respondió correctamente la definición del síndrome, 80% conocía los factores desencadenantes y predisponentes, 76,9% no conocer en algún instrumento diagnóstico, el 92,3% identificó claramente las medidas preventivas que podrían ser utilizadas, el 53,9% identificó correctamente la complicación del delirio. Según los profesionales, el delirio fue considerado muy importante (69,2%) e importante (30,8%), quienes también lo consideraron frecuente en 69,2%, teniendo en cuenta los motivos limitantes para no utilizar instrumentos diagnósticos: sujeto (46,2%) y sobrecargado (46,2%). Finalmente, se concluyó que el 90% de las U.T.I. Los profesionales del hospital son empleados a

tiempo completo, y las evaluaciones de habilidades cognitivas muestran que más del 70% tienen un conocimiento básico del delirio y, a pesar de conocer las posibles complicaciones y las medidas preventivas que pueden reducir la incidencia de este síndrome, no están acostumbrados a las herramientas. El 69,2% de los participantes del estudio calificaron el delirio como muy importante y frecuente.

El delirio, también conocido como encefalopatía aguda, delirio agudo o psicosis de UCI; se desarrolla con el tiempo y se cree que ocurre en el 50% al 80% de los pacientes ventilados en la UCI (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Sánchez (2019) Colombia, Estudio A: Delirio en pacientes con síndrome coronario agudo en la unidad de cuidados intensivos con el objetivo de determinar la prevalencia de delirio en pacientes de UCI con síndrome coronario agudo (SCA) e identificar sus características clínicas, asociaciones y correlación entre delirio y gravedad de la enfermedad. Como resultado, encontraron que la prevalencia de delirio en el grupo clínico estudiado fue del 37,5%, y la edad media de los pacientes con delirio fue de 67 años, frente a los 64 años de los pacientes sin delirio. Según APACHE-II (Phi 283), el grado de asociación entre el delirio y las características clínicas de la cirugía fue  $>0,05\%$  significativo, al igual que la asociación entre el delirio y el porcentaje de mortalidad. Conclusiones: La frecuencia de delirio en pacientes con SCA en UCI fue del 37,5%, lo que no muestra una relación estadísticamente significativa entre el delirio y los signos clínicos establecidos. La mortalidad no se relacionó con la presencia de delirio.

Bustamante (2019) Perú, El estudio “Beneficios del acceso flexible a las unidades de cuidados intensivos” tuvo como objetivo describir la bibliografía sobre los beneficios del acceso flexible a las unidades de cuidados intensivos. Se realizó

un estudio descriptivo retrospectivo mediante una revisión bibliográfica de la literatura científica. La búsqueda bibliográfica arrojó un total de 62 artículos, luego de la revisión se seleccionaron para el estudio 21 artículos de revistas científicas del 2006 al 2018 de bases de datos como: Pubmed, SciELO, Redalyc y LILACS. Como conclusión se concluye que: Los diversos estudios publicados demuestran que aumentar la flexibilidad del horario de visitas tiene un efecto positivo en la familia y el paciente crítico en el aspecto emocional, lo que se manifiesta en mejoras a nivel neurológico y fisiológico, reducir el número de casos de enfermedad, delirio y complicaciones que comprometen la curación y el bienestar del paciente.

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es a menudo un entorno donde los pacientes y sus familiares y allegados experimentan dolor, sufrimiento, miedo y sentimientos de muerte inminente, donde los más vulnerables están representados por los pacientes en contacto con sus familias y quienes los rodean. Los aspectos negativos de su aislamiento de los demás en su entorno causaron su propio sufrimiento físico, llevándolo a cambios neuropsicológicos extremos que involucraron miedo y, a veces, locura. Debido a la gravedad del estado del paciente y la complejidad del tratamiento brindado, la condición física y las políticas establecidas en estas unidades hicieron que estuvieran efectivamente aislados para protegerlos, pero al mismo tiempo afectaron negativamente su recuperación. días en aislamiento.

Dávalos (2019) Perú, realizó un estudio en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiacos del Hospital Metropolitano para identificar los estresores más comunes en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares Nacional INCOR, marzo - agosto de 2018 para implementar un programa de enfermería relacionado con el manejo del estrés; realizaron un estudio transversal no experimental, cuantitativo, de nivel descriptivo con muestras de unidades de cuidados intensivos de 59 pacientes, utilizaron la herramienta "Stress

Factor Questionnaire”, y los resultados obtenidos son: la dimensión más común de los estresores es la psicológica y los factores más estresantes son: "extrañar a mi familia", "incumplimiento de su rol", concluyó que: Para identificar estos factores psicológicos, es importante descubrirlos tempranamente y promueve la humanización del personal de la UCI cardiaca, permitiendo flexibilidad trabajar con la familia. miembros sobre los horarios de visita y las citas programadas, lo que permite que los miembros de la familia se conecten entre sí, brindando apoyo emocional e intervenciones personalizadas de autocuidado para pacientes con enfermedad de las arterias coronarias.

Roel (2018) realizó un estudio en España titulado: Delirio en pacientes críticos: valores y factores de riesgo; tuvo como objetivo determinar la incidencia de delirio en la unidad de cuidados intensivos coronarios y poscirugía cardiaca del Hospital General Universitario de A Coruña, e identificar variables asociadas al delirio en pacientes diagnosticados. Después de aplicar los instrumentos de investigación, se concluyó que el delirio estuvo presente en el 60-80% de los pacientes críticos que recibieron ventilación mecánica, en comparación con el 2050% de los pacientes críticos que no recibieron este tratamiento. Sin embargo, el delirio a menudo se subdiagnostica, especialmente cuando es hipoactivo; se necesita más investigación para identificar definitivamente los factores asociados con el delirio, con especial atención a aquellos que son modificables. Una mejor comprensión de los factores de riesgo tiene como objetivo prevenir el desarrollo del delirio y su impacto negativo en la salud del paciente y los costos hospitalarios.

Vélez (2018) Ecuador confirma que “el delirio es una manifestación clínica común en pacientes críticos y es multifactorial; las causas más comunes son las alteraciones del sueño-vigilia, la gravedad de la enfermedad y el uso de medicamentos neurológicos”; En 2017 realizaron un estudio denominado “Epidemiología del Delirio” en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital

Pablo Arturo Suárez; un estudio analítico prospectivo para determinar la epidemiología del delirio; estudió a 30 pacientes críticos hospitalizados por más de 48 horas; El delirio se evaluó mediante la escala CAM-ICU, la agitación se evaluó diariamente mediante el RASS y se midieron otras variables como midazolam, uso de propofol, tiempo de estancia hospitalaria. Entre los pacientes estudiados, el delirio se correlacionó de manera similar con el género y la edad, pero no cuando se utilizó midazolam como sedante, donde su incidencia aumentó ( $p = 0,014$ ); cuando el agente sedante fue el propofol se observó el fenómeno contrario ( $p = 0,020$ ). También se encontró una diferencia significativa cuando la duración de la hospitalización fue mayor ( $p = 0,020$ ). Además, en el puntaje CAM-ICU, la inatención (100%) y la alteración del nivel de conciencia (90%) resultaron ser los parámetros más comunes entre los pacientes estudiados.

Sánchez (2017) realizó un estudio en Guatemala titulado: Delirio en Adultos en la Unidad de Cuidados Intensivos para cuantificar la prevalencia de delirio en la unidad médica de cuidados intensivos adultos del Hospital Roosevelt entre enero y diciembre de 2014; encontrado De 165 pacientes mayores de 18 años, el 54% eran mujeres y el 46% hombres, con una edad media de 41,44 años. El delirio ocurrió en el 25,5% de los pacientes; 34 casos eran hiperactivos, 6 casos hipoactivos y 2 casos de delirio mixto. Durante el estudio, 32 pacientes que murieron de los pacientes arrogantes de Del fueron 1.50 pacientes con riesgos relativos, más de una variable: hombres, edad > 70 años, puntajes de apache altos, las complicaciones más comunes fueron la diabetes y las arterias hipertensivas. Se encontró que la conclusión encuentra factores de riesgo relacionados con el desarrollo del desierto de IR. El género de los hombres, Apache es muy alto al admitir, antecedentes de diabéticos e hipertensión, edad > 70 años y diagnóstico de eventos cerebrovasculares; Además, la tasa de mortalidad se encuentra en pacientes con rendimiento de energía IR.

Aunque estudios realizados en otros países han reportado altas tasas de delirio, esta patología es frecuentemente pasada por alto por los médicos y sus síntomas son erróneamente atribuidos a otras patologías, su insignificancia y falta de comunicación verbal en pacientes críticos. cuidados, lo que dificulta un poco su identificación.

Silvana (2017) Uruguay realizó un análisis prospectivo de la incidencia acumulada de delirio poscirugía cardíaca en hospitales uruguayos, un estudio descriptivo prospectivo de 93 pacientes consecutivos intervenidos quirúrgicamente. Análisis de enfermedades cardíacas elementales; el análisis se realizó en dos fases postoperatorias. Fase 1: despertar de la anestesia con y sin delirio; Fase 2: Período de hospitalización desde la postextubación hasta el alta con y sin delirio. Se encontró que la incidencia de delirio al despertar fue del 51,6%, lo que se asoció con una estancia más prolongada en la unidad de cuidados intensivos; la tasa de delirio desde la extubación hasta el alta fue del 41,9%, y los pacientes de este grupo eran de mayor edad; finalmente, se concluyó que: El delirio a la llegada se asoció con una mayor estancia en cuidados intensivos. El desarrollo de delirio después de la extubación se asoció con una mayor edad, una mayor duración de la ventilación mecánica y una estancia más prolongada en la UCI.

El delirio se considera un problema muy apremiante, especialmente en el anciano, en el servicio de urgencias y durante la hospitalización, donde se asocia a un mayor riesgo de morbilidad, dependencia funcional, deterioro cognitivo y mortalidad; también prolonga la hospitalización y aumenta los costos. . Su existencia está asociada a problemas en el manejo, toma de decisiones, diagnóstico y tratamiento. Se recomienda comenzar las intervenciones mientras los pacientes se encuentran en atención de emergencia y hospitalización, y se recomienda la implementación de programas de prevención y manejo que han demostrado beneficios a través de un enfoque multidisciplinario integrado (Carrasco & Zalaquett, 2017).

Según el DSM-V, el delirio corresponde a un síndrome clínico caracterizado fundamentalmente por un deterioro cualitativo de la conciencia, de inicio agudo (horas o días) y curso fluctuante en el tiempo, "que no puede explicarse por la presencia de demencia previa o desarrollo", manifestado por problemas de conciencia, deterioro de la concentración, asociado a cambios en la función cognitiva o percepción que no pueden ser explicados por una demencia previa. Es una manifestación de dolor cerebral provocado por una o varias noxas, por lo que siempre es secundario a causas orgánicas, aunque no siempre es fácil de identificar (Psychiatry, 2016).

Córdova (2015) realizó un estudio en Perú para identificar factores asociados al delirio en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Hipólito Hunanue de octubre a diciembre de 2013; Se analizaron 58 pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el período de estudio. Como resultado, encontraron que el 36,2 por ciento de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos desarrollaron delirio, mientras que el 63,8 por ciento no lo hizo. La edad media global fue de 57,0/-7,7 años, con un mínimo de 45 y un máximo de 73 años. El delirio ocurrió en el 57,1% de los hombres y el 42,9% de las mujeres. Los pacientes que desarrollaron delirio tuvieron un mayor número medio de días con ventilación mecánica (8,1 frente a 6,3 días). Los pacientes con delirio tenían una puntuación APACHE media más alta al ingreso (17,7 frente a 13,5). Los pacientes con delirio tuvieron una mayor cantidad media de días en la unidad de cuidados intensivos (11,0 vs. 9,1). ( $P < 0,05$ ) Los pacientes con delirio tuvieron una mayor media de días de hospitalización (14,5 vs. 12,2). ( $P < 0,05$ ). 14,3% fallecieron. También encontró una correlación estadísticamente significativa entre los delirios y las lesiones. ( $P < 0,05$ ); Finalmente, se concluyó que los factores asociados al delirio fueron: días de ventilación, puntaje APACHE al ingreso, días de estancia en unidad de cuidados intensivos, días de hospitalización y trauma como patología de ingreso.

Muchos profesionales de la salud consideran el delirio como un problema común y grave, pero pocos utilizan herramientas y medios especiales para detectar sistemáticamente esta patología, lo que demuestra una falta de comprensión sobre este tema, ya que las consecuencias negativas de los delirios superan la agresividad del paciente. y conducta autolesiva.

Los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) a menudo presentan alteración de la conciencia, deterioro cognitivo y percepción y/o atenciones anormales. Estos síntomas se describen con más de 25 nombres: coma, delirio, estado confusional agudo, deterioro cognitivo en pacientes críticos, insuficiencia cerebral aguda, psicosis en UCI, encefalopatía, etc. Se ha propuesto que todas estas son manifestaciones clínicas de una misma patología denominada: disfunción cerebral aguda, con un amplio espectro fisiopatológico, incluyendo tres formas clínicas: delirio, coma y coma (Cordova, 2015).

Cárdenas y Oyola (2015) un estudio en Colombia titulado “Incidencia de delirio” en pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo ingresados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Zayma de Monterrey tuvo como objetivo determinar la frecuencia de delirio en pacientes con síndrome coronario agudo ( ACS) en la unidad de cuidados intensivos y determinación de signos clínicos relacionados; se trata de un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal. Se utilizó la herramienta diagnóstica CAM-ICU en pacientes que cumplieran los criterios de inclusión para demostrar la presencia de delirio, junto con revisión de la historia clínica y manipulación de variables. Luego del análisis estadístico multivariado de tipo descriptivo y correlacional, la meta propuesta fue . La incidencia de delirio en el grupo de estudio fue del 37,5 % y la edad media de los pacientes con delirio fue de 67 años, en comparación con los 64 años de los pacientes sin delirio. Según APACHE-II (Phi 283), el grado de

asociación entre delirio y signos clínicos de cirugía fue  $>0,05\%$  significativo; fue la relación entre el delirio y el porcentaje de mortalidad; concluyeron que en los pacientes con SCA en la unidad de cuidados intensivos la incidencia de delirio fue del 37,5%, no evidenciándose una relación estadísticamente significativa entre el delirio y los signos clínicos encontrados. La mortalidad no se relacionó con la presencia de delirio.

El envejecimiento de la población es una realidad que ha afectado significativamente a todo el sistema sanitario. Más que un problema, el nuevo desafío necesita ser abordado; ¿Cómo brindar atención médica de calidad en todos los niveles de atención a este grupo de personas mayores con necesidades diversas? El delirio, antes conocido como síndrome confusional agudo, es un buen ejemplo de la complejidad de los síndromes que afectan a los adultos mayores, tanto en términos de problemas diagnósticos y aspectos interdisciplinarios, como desde la importancia de la prevención multidisciplinaria, si es necesario adaptar la forma. en la práctica de la medicina, una sola intervención no es suficiente para resolver el problema.

La importancia del delirio es evidente en el manejo de pacientes críticos en los hospitales, que puede ser una experiencia muy estresante para los pacientes, familiares y personal; aquí definimos algunas variables relevantes para nuestro proyecto de investigación.

El delirio, antes conocido como síndrome confusional agudo, ilustra a la perfección la complejidad de un síndrome que empeora el estado de las personas mayores, tanto por los problemas diagnósticos, la importancia de la prevención y el manejo multidisciplinar, como por la necesidad de adaptar la vía. . producir medicamentos porque una sola intervención no es suficiente para resolver el problema.

La importancia del delirio es evidente en hospitales con unidades de cuidados intensivos y una experiencia muy estresante para pacientes, familiares y personal. Según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, corresponde a “un síndrome clínico caracterizado por una calidad de conciencia marcadamente reducida, de inicio agudo (en horas o días), curso fluctuante durante el día, manifestado por problemas de conciencia, alteración de la concentración asociada a función cognitiva alterada , o percepción de demencias anteriores que no se explican". Es una manifestación de uno o más dolores cerebrales nocivos, por lo que siempre son secundarios a causas orgánicas, aunque no siempre son fáciles de identificar. El delirio se clasifica como hiperactivo según la actividad psicomotora si el paciente parece hiperactivo, agitado, agitado y/o agresivo; si predomina el letargo, los pacientes inatentos hablan de delirio de hipoactividad. Si las dos condiciones se mezclan con el tiempo, se clasifica como mixta (American Psychiatric Association, 2013).

El delirio se considera una emergencia médica y, aunque puede haber otras causas de alteración del estado mental, un paciente sospechoso siempre debe considerarse delirante y recibir tratamiento, ya que estas causas no se consideran prioritarias si son potencialmente mortales. Por lo tanto, existe la necesidad de mejorar la detección, el diagnóstico y el manejo de esta afección en el departamento de emergencias (ED).

La fisiopatología del delirium se desconoce cuál es la causa, fundamental por la heterogeneidad de la enfermedad, los difíciles rasgos de los individuos que manifiestan y la complicidad de poner ejemplos buenos.

Según Veiga y Cruz (2008), “el delirio es uno de los síndromes geriátricos más graves. Su incidencia aumenta con la edad, aunque varía según las

características del paciente, el nivel de atención y la sensibilidad de la prueba”. bastante diferente. Es mayor en instituciones que en el hogar y alcanza el número más alto en pacientes ancianos hospitalizados.” Aunque su origen fisiopatológico no se conoce completamente, se supone que los pacientes con diferentes grados de reserva cerebral (factores de susceptibilidad) están expuestos a uno o más de interacción aguda noxas (gatillo). Por lo tanto, su origen tiene muchos factores. Entre los pacientes mayores o frágiles con estímulo leve, es suficiente mostrar algunas de las causas, y en una juventud fuerte necesita situaciones más serias para recomendarlo.

La fisiopatología del delirio no se comprende por completo, pero puede definirse como una enfermedad cerebral funcional causada por una o más causas orgánicas y que comparte manifestaciones clínicas. Se han identificado algunas regiones cerebrales específicas asociadas con el delirio, como la corteza prefrontal, el tálamo y los ganglios basales, especialmente los del hemisferio no dominante. Al menos algunos de los espectáculos de Vrang parecen jugar un papel. En parte, las personas mayores son a menudo la razón de varios factores con una serie de razones para igual u orden. Se han descrito varios factores de riesgo que predisponen tanto al delirio como al delirio. Comprender estos factores y sus interacciones es de gran importancia clínica, por lo que el diagnóstico etiológico debe basarse en un modelo multivariante.

El delirio es un cambio grave en la capacidad mental. Esto puede conducir a la confusión en la mente y la falta de conciencia de las circunstancias. Por lo general, la enfermedad se desarrolla rápidamente en cuestión de horas o días.

A menudo, la causa del delirio se puede identificar por uno o más factores. Los factores pueden incluir una enfermedad grave o prolongada o un desequilibrio en el cuerpo, como niveles bajos de sodio. Tomar o dejar de tomar ciertos

medicamentos, infecciones, cirugías y alcohol o drogas adictivas también pueden causar la enfermedad.

Los síntomas del delirio a veces se confunden con los síntomas de la demencia. Los profesionales de la salud pueden confiar en la información de los familiares o cuidadores para diagnosticar este trastorno.

Las causas del delirio son variadas y su reconocimiento temprano es importante. Los factores predisponentes son características básicas de los pacientes que expresan vulnerabilidad a patologías específicas, y los factores predisponentes que actúan sinérgicamente y contribuyen al desarrollo de la patología.

Factores precipitantes: Un factor inductor del delirio es aquel que está presente en un individuo determinado y limita su resistencia al factor precipitante, por lo que tenemos:

- Edad mayor o igual a 65 años
- Demencia
- Vulnerabilidad
- Funciones disminuidas, movilidad reducida y dependencia en las actividades diarias.
- Consecuencias
- Polifarmacia: más de 4 medicamentos
- Consumo previo de psicofármacos (sustancias estupefacientes - benzodiazepinas) y fármacos con efectos anticolinérgicos.
- Alteraciones sensoriales visuales o auditivas
- Un hombre

- Síntomas de depresión
- Abuso de alcohol o drogas
- Enfermedad cerebrovascular
- Desnutrición, hipoalbuminemia y deshidratación
- Enfermedad progresiva

Desencadenantes: una miríada de factores puede desencadenar el delirio y puede incluir casi cualquier comportamiento agresivo, generalmente durante la hospitalización; entre ellos anotamos:

- Hipoxia e hipercapnia
- Infección/sepsis y fiebre/hipotermia
- Drogas: uso o ausencia
- Retención de orina o tumores en las heces
- Anemia
- Electrólisis del agua y cambios metabólicos:
- Deshidratación, sodio, calcio, niveles de azúcar en la sangre, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, función tiroidea, deficiencia de tiamina.
- Isquemia
- Tromboembolismo coronario, cerebral, pulmonar, tracto intestinal
- Causas neurológicas
- Trastornos cerebrovasculares, estado epiléptico no convulsivo, hemorragia intracraneal, encefalitis
- Arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca y encefalopatía hipertensiva

- Cirugía cardíaca y no cardíaca
- Dolor incontrolable
- Trauma
- Inmovilización y confinamiento físico
- Instrumentalización
- Cambios ambientales

Es preciso conocer en detalle todos los factores precipitantes y predisponentes para poder elaborar estrategias preventivas o terapéuticas del delirium (Veiga & Cruz, 2008)

La escala de cribado de delirio más recomendada es la Confusión Assessment Method, o CAM: se basa en la exploración del paciente y los informes de familiares, enfermeras y/o cuidadores, y su aplicación tarda una media de 5 minutos. Tiene una alta sensibilidad del 94% (IC = 91-97%) y una especificidad del 89% (IC = 85-94%), ha sido validado por profesionales sanitarios y se ha traducido a varios idiomas. Se basa en el reconocimiento de la presencia de cambios asociados a un estado mental agudo y cambiante, seguido de la presencia de inatención. A continuación, busca la presencia de cambios en el nivel de conciencia y contenido de los pensamientos. Se considera que un paciente tiene una pantalla positiva si tiene los dos primeros puntos y uno de los otros dos puntos (cambios en el contenido o nivel de conciencia).

Escala CAM-ICU: segunda escala recomendada; fue desarrollado para pacientes en unidades de cuidados intensivos, incluida la ventilación mecánica, y ha sido validado en Chile, incluso en pacientes con y sin demencia. Es similar al CAM original, que busca cambios agudos y fluctuantes y falta de atención, pero luego busca cambios en el nivel de conciencia usando la Escala de Agitación y Sedación de Richmond (RAS) con una puntuación de 4 a -5. , que corresponde a un buen

Los que eran combativos/violentos recibían un 4, mientras que los que no respondían a estímulos vocales o físicos estaban en el otro extremo. El reconocimiento de letras o imágenes se utiliza para evaluar la atención de las personas que no pueden hablar, lo que permite su uso en la unidad de cuidados intensivos.

Se espera que el envejecimiento de la población conduzca a un inevitable aumento de la incidencia de delirio, por lo que se deben tomar precauciones en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de esta clínica; para ello, además de lo ya mencionado, se recomienda:

- Promover la movilización temprana y la ayuda de fisioterapeutas para evitar la inmovilización a largo plazo
- Manténgase hidratado y nutrido tanto como sea posible, evite sondas, catéteres u objetos invasivos innecesarios y medicamentos innecesarios.
- Estimular la cognición con iluminación adecuada, caminar, leer y sincronizar los ritmos circadianos.
- Practique la higiene del sueño para garantizar un entorno en el que los pacientes puedan estar activos durante el día y dormir por la noche.
- Involucrar a los familiares en el seguimiento del paciente y durante la estancia hospitalaria.

## **2. JUSTIFICACION**

El delirio es una anomalía transitoria, en su mayoría reversible, del metabolismo cerebral con inicio agudo o subagudo y manifestaciones clínicas de varias anomalías neuropsiquiátricas; la justificación para estudiar el delirio es su alta incidencia en las unidades de cuidados intensivos; actualmente se diagnostica como inadecuado, aumentando los costos hospitalarios, la estancia en la UCI y la mortalidad; complica la reinserción del paciente en la sociedad e implica disfunciones personales, familiares y laborales.

Este proyecto de investigación se justifica por que, actualmente, no contamos con estudios realizados en nuestra localidad o región, sobre el tema, será el primer reporte de delirium en población hospitalizada en una unidad de cuidados intensivos en nuestro medio. Permitirá, además, identificar algunos factores que potencialmente se podrían asociar a aumento del riesgo de desarrollar delirium en esta población y nos permitirá de alguna forma prevenir y contribuir a la disminución de la tasa de mortalidad en las UCIs locales. Así mismo los resultados obtenidos servirán como fuente confiable para futuras investigaciones sobre el tema en poblaciones similares.

## **3. PROBLEMA**

Problema  
principal

¿Cuáles son los factores asociados a Delirio y muerte entre los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital III EsSalud Chimbote, en el periodo comprendido entre Abril a Agosto del 2023?

#### 4. CONCEPTUACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Dimensión	Indicador	Escala
Características de mortalidad:	Genero	1 = Masculino 2 = Femenino	Nominal
	Edad	Años y meses	Razón
	Patología de ingreso	1= Circulatorio 2= <i>Respiratoria</i> 3= <i>Neurológico</i> 4= <i>Endocrino</i> 5= <i>Gastroint.</i> 6= <i>Otros</i>	Nominal
	Tiempo de permanencia en el hospital	Nº de días	Rezón
	Tiempo de permanencia en UCI	Nº de días	Razón
	Tiempo de uso de ventilación artificial	< 48 horas = 1 >48 horas = 2	Nominal
Delirio: Alteración fluctuante habitualmente reversible que afecta las funciones cognitivas y el nivel de conciencia.	Control de delirio	1= Si 2= N0	Nominal dicotómica

## **5. HIPOTESIS**

Hipótesis 1: El Delirio está altamente relacionado con la mortalidad en pacientes críticos en la unidad de cuidados intensivos del hospital III EsSalud de Chimbote

Hipótesis Ø: El Delirio no está relacionado con la mortalidad en personas que están en UCI del hospital III EsSalud de Chimbote

## **6. OBJETIVOS**

### Objetivo general

Identificar a los pacientes de UCI del Hospital III EsSalud Chimbote que desarrollaron delirio durante su estadía en la UCI y su relación con los índices de mortalidad, tomando en cuenta factores de edad, Factores clínicos y factores farmacológicos.

### Objetivos específicos

- A. Identificar a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital III EsSalud Chimbote que desarrollaron delirio durante su estadía en la UCI.
- B. Identificar a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital III EsSalud Chimbote que desarrollaron delirio durante su estadía en la UCI y su relación con los índices de mortalidad.
- C. Identificar a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital III EsSalud Chimbote que desarrollaron delirio durante su estadía en la UCI y su relación con los factores clínicos.

D. Identificar a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital III EsSalud Chimbote que desarrollaron delirio durante su estadía en la UCI y su relación con los factores Farmacológicos.

## 7. METODOLOGIA

### a) Tipo y diseño de investigación

**Tipo de investigación:** Fundamental también se denomina pura o teórica, porque la investigación se propone únicamente con el objetivo de obtener más información sobre el fenómeno sin la intención de interferir en él.

#### **Diseño de investigación**

**Descriptiva:** El tipo de investigación es descriptiva porque trata de describir el hecho, que se está estudiando y analizando la realidad.

**Correlacional:** Un estudio correlacional es un tipo de estudio en el que medimos dos o más variables, estableciendo así una relación estadística entre cada variable (enfermo crítico - demencia - mortalidad).

#### **Casos y controles.**

Casos: pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital III EsSalud Chimbote que presentaron delirio.

Casos: pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos del Hospital III EsSalud Chimbote que no presentaron delirio.

Casos: pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos del Hospital III EsSalud Chimbote que presentaron delirio y llegaron a la muerte

Casos: pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos del Hospital III EsSalud Chimbote que No presentaron delirio y no llegaron a la muerte.

## **b) Población, muestra y muestreo**

Población:

El presente estudio tendrá como población al 100% de pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos del hospital III EsSalud – Chimbote, que cumplan con todas las formas de inclusion.

Tipo de muestreo:

No probabilístico circunstancial

Criterios de inclusión

- Los pacientes fueron internados en la unidad de cuidados intensivos del tercer hospital, EsSalud – Chimbote
- Pacientes que están en la UCI por más de 48 horas.
- Pacientes con puntuación APACHE II > 8 puntos.
- Es posible que el paciente no requiera ventilación mecánica durante los cuidados intensivos.

Criterios de exclusión

- Pacientes que tienen dificultades técnicas en el uso de pruebas de diagnóstico, p. discapacidad auditiva o visual básica, problemas de lenguaje.
- Pacientes con antecedentes de enfermedad mental. • Pacientes que no han sido evaluados para la conciencia o sedación - despertar mediante una

escala (preferiblemente RASS) durante dos o más días al ingreso en la unidad de cuidados intensivos.

- Paciente con EG < 8 puntos desde el ingreso y sin mejoría al ingreso.
- Pacientes cuya historia clínica no se pueda rastrear en el tiempo o cuyos datos estén incompletos.

Se trabajará con el 100% de población, por lo tanto, no se tendrá en cuenta muestra alguna ni técnica de muestreo

### **c) Técnicas e instrumentos de investigación**

Técnicas: En la presente investigación se trabajará con la técnica de recolección de datos a través de una ficha de recolección de datos basado en la historia clínica de los pacientes.

Instrumento: Ficha de recogida de datos (ver Anexo 1. Tareas específicas para la consecución de resultados; recogida de datos u otras - uso del test APACHE II. El trabajo se realizará en dos partes, la primera de las cuales recogerá datos de documentos médicos. La información del paciente se recopilará en un formulario de recopilación de datos mantenido por el investigador. La segunda parte es el procesamiento de la información. En este estudio se utilizarán dos instrumentos, para lo cual se contará con el apoyo de estadísticos.

Escala de Score APACHEII (Ver ANEXO 2)

- Un instrumento diseñado originalmente para evaluar la función pancreática en pacientes con la misma enfermedad fue posteriormente validado en Chile y actualmente se utiliza como medida en pacientes adultos ingresados

en unidades de cuidados intensivos. El artículo original no especificaba claramente un límite inferior, pero un límite aceptable es el uso de Apache II solo en pacientes mayores de 15 años, edad a partir de la cual los valores indicados en los cálculos corresponden a adultos (generalmente practicados por profesionales) .

- Algunos procedimientos y ciertos medicamentos solo están disponibles para pacientes con ciertos puntajes Apache II.
- La puntuación APACHE II se puede utilizar para describir la morbilidad de un paciente cuando se comparan los resultados con otros pacientes.
- Calcular las tasas de mortalidad previstas para grupos de pacientes para obtener tasas de morbilidad grupales. forma de recogida de datos elaborada de acuerdo a los datos necesarios, es una ficha donde se agruparán las variables de estudio para cada paciente, de tal forma que el vaciado de información en el sistema operativo a utilizar se realice en forma rápida y ordenada. (Ver ANEXO1)

## **8. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION**

Se utilizará el programa SPSS 22.0 para preparar la base de datos y procesarla. Para el análisis se utilizará estadística descriptiva, los datos se presentarán en una tabla de contingencia y se determinarán OR con intervalos de confianza del 95%. Las asociaciones de variables se evaluarán con estadística inferencial utilizando la prueba de chi-cuadrado con un nivel de significancia estadística de  $P < 0,05$ .

Existen tres instrumentos que se utilizarán en la presente investigación:

Escala Sedación/Agitación de Richmond (RASS) (II):

Es una de las muchas escalas utilizadas para monitorear el nivel de conciencia en pacientes críticamente enfermos. Es una escala validada y confiable cuando se mide consistentemente en estudios amplios y bien diseñados. Separar estímulos

verbales y físicos. Por tanto, el grado de sedación del paciente se puede clasificar según el grado de estimulación. Un hecho importante cuando se presenta el delirio es la incapacidad del paciente para mantener la concentración.

## 9. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. EE.UU. Norte América: DSM V Quinta Edición.
- Bustamante Díaz, N. L. (2019). *Beneficios de las visitas flexibles en las Unidades de Cuidados Intensivos*. Lima - Perú: UPCH.
- Cárdenas Diaz, N. O., & Oyola López, E. (2015). *Incidencia de delirio en pacientes con diagnóstico de síndrome Coronario agudo, ingresados en la uci de la clínica Zayma, Montería*. Córdoba - Colombia: UNMC.
- Carrasco, M., & Zalaquett, M. (2017). Delirium: Una epidemia desde el servicio de urgencia a la unidad de paciente crítico. *Science Direct.*, 301 - 310.
- Cordova Solis, A. I. (2015). *Factores asociados a delirio en los pacientes de la Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Nacional Hipolito Hunanue*. Lima - Perú: UNMSM.
- Dávalos Perez, H. Y. (2018). *Factores estresantes para los pacientes de la unidad de cuidados críticos cardiológicos de un hospital metropolitano*. Lima - Perú: UPCH.
- Dotti Gavirondo, S. S., Montes de Oca, O., Bigalli, D., & Gutierrez, F. (Agosto de 2017). Análisis prospectivo sobre incidencia acumulada de delirio en el posoperatorio de cirugía cardíaca. *Revista Uruguaya de Cardiología*, Vol 32 N°2 pag. 150 - 157.
- Góngora Chambi, C. B. (2021). *Percepción del profesional enfermero sobre el manejo clínico del delirio en paciente crítico, unidad de terapia intensiva e intermedia, hospital petrolero de obrajes, La Paz, Bolivia.*. La Paz - Bolivia: UMSA.
- Henao Castaño, A. M. (2013). *Delirium en pacientes con ventilación mecánica en la Uci: Factores asociados y cuidados de enfermería*. Bogota \_ Colombia: UNAC.

OPS, O. . (10 de Febrero de 2021). *Guía de diagnóstico y manejo del delirio*.

Obtenido de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia06.pdf>

Psiquiatría, A. E. (2016). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales- Quinta Edición. En A. A. Psiquiatría, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales- Quinta Edición* (págs. 01-29). Arlington - EE.UU.:

Editorial Médica Panamericana.

Roel Pedreira, B. (2018). *Delirio en el paciente crítico: Valores y Factores de riesgo*.

Coruña - España: UDC.

Sanchez Carballo, A., Herrera Herrera , J., Oyola Lopez, E., & Cárdenas Díaz , N. (2019). *Delirio en pacientes con Síndrome Coronario Agudo en una Unidad de Cuidados Intensivos*. Colombia: Rev AvancesEn Salud .

Sanchez Dominguez, M. d. (2017). *Delirio en adultos en la unidad de cuidados intensivos*. Guatemala: USCG.

Veiga Fernandez, F., & Cruz Jentoftb, A. (2008). Etiología y fisiopatología del delirio.

*Rev Esp Geriatr Gerontol*, 43 (Supl. 3):4-12.

Vélez, J. L., Tercero Martinez, W., Bucheli Baca, R., & Valles, V. (2018).

*Epidemiología del delirio en una cohorte de pacientes críticos en la Unidad de*

*Terapia Intensiva del Hospital Pablo Arturo Suárez, 2017*. Quito - Ecuador:

UCEC.







**15- GSC**

Preoperatorio programado	2
Preoperatorio urgente o médico	5

**Edad**

≤ 44	0
45-54	2
55-64	3
65-74	5
≥75	6

Puntos APS (A)	Puntos GCS (B)	Puntos / edad (C)	Puntos enf. previa (D)

Total de puntos APACHE II A+B+C+D =