

Geomaira Estefania Vicente-Flores; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández;
Rebeca Alejandra Neira-Huera

<https://doi.org/10.35381/s.v.v7i1.3612>

Prevalencia del delirio en pacientes con ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos

Prevalence of delirium in mechanically ventilated patients in intensive care units

Geomaira Estefania Vicente-Flores

pg.geomairaevf84@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador

<https://orcid.org/0000-0003-4074-2108>

Adisnay Rodríguez-Plascencia

ua.adisnayrodriguez@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador

<https://orcid.org/0000-0003-0306-458X>

Ariel José Romero-Fernández

dir.investigacion@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-1464-2587>

Rebeca Alejandra Neira-Huera

pg.docenteranh@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador

<https://orcid.org/0009-0003-8699-819X>

Recepción: 15 de abril 2023

Revisado: 23 de junio 2023

Aprobación: 01 de agosto 2023

Publicado: 15 de agosto 2023

Geomaira Estefania Vicente-Flores; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández;
Rebeca Alejandra Neira-Huera

RESUMEN

Objetivo: analizar la prevalencia del delirio en pacientes con ventilación mecánica ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos, aquí se va a manejar escalas como el "CAM ICU y la escala de Richmond Agitación-Sedación Escala (RASS). **Método:** Revisión sistemática de 15 artículos científicos. **Resultados y conclusiones:** Se identificó una alta prevalencia de delirio en pacientes con sexo masculino, que habían requerido ventilación mecánica y estaban con sedoanalgesia. Es importante que estos pacientes sean monitoreados de forma rutinaria para detectar oportunamente la aparición de delirio, al menos una vez al día y preferiblemente cada 8 o 12 horas, con la escala del CAM-ICU que es un instrumento fácil y permite diagnosticar el delirio.

Descriptores: Delirio confusional; trastornos neurocognitivos; delirio del despertar. (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

Objective: to analyze the prevalence of delirium in mechanically ventilated patients admitted to the Intensive Care Unit, using scales such as the "CAM ICU and the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). **Method:** systematic review of 15 scientific articles. **Results and conclusions:** A high prevalence of delirium was identified in male patients who had required mechanical ventilation and were on sedoanalgesia. It is important that these patients be monitored routinely to detect the appearance of delirium in a timely manner, at least once a day and preferably every 8 to 12 hours, with the CAM-ICU scale, which is an easy instrument and allows the diagnosis of delirium.

Descriptors: Delirium; neurocognitive disorders; emergence delirium. (Source: DeCS).

Geomaira Estefania Vicente-Flores; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández;
Rebeca Alejandra Neira-Huera

INTRODUCCIÓN

El delirio es un estado causado por una disfunción cerebral grave y reversible que es detectable al ingreso y persiste después del alta hospitalaria. Es causado por la condición clínica o quirúrgica del paciente, los efectos de los medicamentos, la exposición a toxinas o una combinación de todos los factores, se caracteriza por el deterioro cognitivo en el nivel de conciencia y atención, cambios en el comportamiento y el estado de ánimo, aumento o disminución de la actividad psicomotora, cambios en el ciclo sueño-vigilia. La detección temprana y la prevención son la mejor manera de reducir y tratar el delirio ¹.

Suele ocurrir en pacientes críticamente enfermos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Los factores predisponentes que influyen en la presencia del delirio son: la edad avanzada, sexo más frecuente en hombre, enfermedad grave, demencia, cirugía, alcoholismo, también se encontraron insuficiencia renal, depresión, discapacidad visual o auditiva. Estímulos como la parálisis física de un paciente crítico y limitaciones somática, hipoxia, fenómenos dolorosos, cateterismo vesical, múltiples procedimientos, proceso infeccioso, fármacos como benzodiazepinas, anticolinérgicos, entre otros ^{2 3}.

Se clasifica como agudo, es decir, que dura varias horas y dura varias semanas o meses. Clínicamente, puede ser hiperactivo o hipoactivo. Puede manifestarse como hiperactivo (agitación, alucinaciones), hipoactivo (retraso psicomotor, letargo, letargo) o mixto (fluctuación de síntomas entre las formas anteriores), el tipo inactivo es la condición más común. La prevalencia del delirio es cercana al 70% y la incidencia puede llegar al 89%. Además, los pacientes que desarrollan este trastorno tienen peores resultados clínicos, lo que contribuye a estancias hospitalarias más prolongadas y mayor probabilidad de eventos adversos como complicaciones respiratorias y neurológicas ^{4 5}.

Geomaira Estefania Vicente-Flores; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández;
Rebeca Alejandra Neira-Huera

El equipo de atención médica suele ser el primero en identificar los cambios de comportamiento en los pacientes de cuidados intensivos. Esto refuerza la importancia y necesidad de la identificación temprana del delirio por el enfermero utilizando herramientas válidas. Debe fomentarse el uso de herramientas de evaluación para facilitar la identificación del delirio como son: la escala RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*)⁶, para su utilización también se debe tener en cuenta el grado de sedación y agitación del paciente y el método de evaluación del delirio en la UCI (CAM-ICU)⁷.

Se procedió a analizar la prevalencia del delirio en pacientes con ventilación mecánica ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos, aquí se va a manejar escalas como el CAM ICU y la escala de Richmond Agitación-Sedación Escala (RASS).

MÉTODO

Revisión sistemática de 15 artículos científicos.

Criterios de inclusión

Se incluirán en la revisión artículos sin restricciones de idioma de los cuales se recolectará la información que se encuentra en bases de datos como, Scielo, Dialnet, ELSEVIER, *The Lancet* y en el caso de revistas indexadas como Portales Médicos. Se tomará en cuenta que más de un 50% de estos documentos no sean de años inferiores a 2018; además se incluirán en la revisión libros, tesis de posgrado.

Dentro de esta revisión estarán todos los artículos en los cuales consten pacientes de género masculino y femenino, pacientes que recibieron ventilación mecánica más de 72 horas, bajo sedoanalgesia, pacientes en quienes se realizó la escala CAM ICU para diagnóstico de delirio, pacientes que recibieron antipsicóticos durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos.

Geomaira Estefania Vicente-Flores; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández;
Rebeca Alejandra Neira-Huera

Criterios de exclusión

Serán excluidos del proceso de revisión artículos científicos que no estén indexadas a ninguna revista o que no consten en las bases de datos mencionadas, tesis de pregrado y artículos de fuentes informativas no indexadas como periódicos, revistas, entrevistas.

Se excluirán de este artículo todos los pacientes con antecedentes de alergia a los sedantes (propofol, midazolam, o dexmedetomidina) y a pacientes con enfermedades neurológicas significativas (demencia, accidente cerebrovascular, trastornos psiquiátricos, trastornos auditivos, trastornos visuales, discapacidad mental).

RESULTADOS

El delirio se asocia con una mortalidad alta, así como larga estancia hospitalaria. Ante este cuadro epidemiológico, el tratamiento rápido y preciso del delirio se convierte en una prioridad en la unidad de cuidados intensivos. La evaluación del delirio como problema clínico es amplia y compleja, desde el diagnóstico hasta el tratamiento y la rehabilitación. Un abordaje sistemático debe orientar a la atención a estos pacientes, de modo que se brinde una atención oportuna y de calidad para que haya una mejoría inmediata ^{8,9}.

En un estudio realizado determinaron que no hubo diferencia significativa entre el diagnóstico de hospitalización y los síntomas del delirio, ya que la tasa de delirio fue del 22,3% y de delirio subsindrómico del 49,7%. Al ingreso a la UCI, el 47% presentaba diagnósticos neuroquirúrgicos como politraumatismo ¹⁰, tumores intracraneales ^{9,11}, accidentes cerebrovasculares hemorrágico e isquémico ¹², seguido de los ingresos hospitalarios por enfermedades de ortopedia (21,8%), cirugía general (13,5%), cirugía cardiovascular (6,4%) y otras cirugías. El uso de sedoanalgesia fue significativa del delirio ($> 0,01$) y delirio subsindrómico ($0,01$) ¹.

Geomaira Estefania Vicente-Flores; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández;
Rebeca Alejandra Neira-Huera

Sin embargo, hay casos cuando estos los tratamientos no farmacológicos no son suficientes y el paciente se vuelve inquieto y presentan agitación psicomotriz requiere intervención farmacológica. Por eso se usa sedantes no benzodiazepínicos como propofol, dexmedetomidina o antipsicóticos como haloperidol y quetiapina, pero estos últimos tiene poca evidencia científica para reducir la incidencia del delirio. La sedoanalgesia más utilizada fue el fentanilo (43,3%), seguida de midazolam (36,9%), propofol (14%) y clonidina (12,7%). el fármaco que presento delirio y delirio subsindrómico ($p = 0,05$ y $p < 0,01$), fue el midazolam, seguido de clonidina con delirio ($p < 0,01$) y fentanilo con delirio ligero ($p = 0,09$)¹.

El delirio se ha considerado durante mucho tiempo un factor de riesgo de muerte en la unidad de cuidados intensivos y después del alta hospitalaria, lo que lleva a una mayor dependencia del paciente y deterioro cognitivo a largo plazo. La mortalidad hospitalaria en pacientes con delirio osciló entre el 25 % y el 33 %. El puntaje CAM-ICU (*Intensive Care Unit Confusion Assessment Method*) es el más utilizado a nivel nacional. Con respecto al control del delirio, los expertos destacan que el uso de fármacos es común, con mayor frecuencia: antipsicóticos atípicos, dexmedetomidina y haloperidol¹³.

En cambio, en otro estudio de 134 pacientes adecuadamente controlados, 27 presentaron delirio según el CAM-ICU *Delirium Diagnostic Test*^{14 15}, lo que supone una incidencia del 20,2%. Además, el corte de días para tener delirio fue de 7,2, con un intervalo de confianza (IC) del 95 % de 7,1 a 9,2 días. De manera similar, entre los pacientes con delirio presentaron el delirio hipoactivo (66,7 %), seguido del mixto (25,9 %) y la hiperactiva (7,4 %). En un estudio epidemiológico retrospectivo realizado en una UCI que incluyó a 2127 pacientes en cuidados intensivos, la prevalencia de delirio fue del 34,5 % y se observó una mayor morbilidad en el grupo médico (37,6 %) en comparación con el quirúrgico (32,6 %). Entre los pacientes con delirio, el 69,1% requirió ventilación mecánica.¹¹

Geomaira Estefania Vicente-Flores; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández;
Rebeca Alejandra Neira-Huera

CONCLUSIONES

Se identificó una alta prevalencia de delirio en pacientes con sexo masculino, que habían requerido ventilación mecánica y estaban con sedoanalgesia. Es importante que estos pacientes sean monitoreados de forma rutinaria para detectar oportunamente la aparición de delirio, al menos una vez al día y preferiblemente cada 8 o 12 horas, con la escala del CAM-ICU que es un instrumento fácil y permite diagnosticar el delirio.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés en la publicación de este artículo.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

AGRADECIMIENTO

A todos los actores sociales involucrados en el desarrollo de la investigación.

REFERENCIAS

1. Soler A, Marinizalda L, Da Silva D, Pagliuco T. Prevalence of delirium in intensive care patients and association with sedoanalgesia, severity and mortality. *Rev Gaucha Enferm.* 2020;(41):1-7.
2. Martins J, Dos Santos A, Macedo, L, Eberle C. Evaluación de la Prevalencia del Delirio en una unidad de cuidados intensivos pública [Evaluation of the Prevalence of Delirium in a public intensive care unit]. 2019;10(3):76-81. <https://n9.cl/5qin5>
3. Góngora C. Percepción del profesional enfermero sobre el manejo clínico del delirio en paciente crítico, unidad de terapia intensiva e intermedia, hospital petrolero de obrajes [Perception of the nursing professional on the clinical management of delirium in critically ill patients, intensive and intermediate therapy unit, obrajes oil hospital]. Tesis de maestría, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia; 2021.

Geomaira Estefania Vicente-Flores; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández;
Rebeca Alejandra Neira-Huera

4. Mori S, Tsuchihashi J, Angotti F, Rizzo C, Zanei S, Whitaker I. *Incidence and factors related to delirium in an intensive care unit*. Rev esc enferm usp. 2016;50(4):587-593.
5. Bento M, Dourado M, Sousa P. Delirium: intervenciones de enfermería en el adulto hospitalizado una revisión bibliográfica. Revista Enfermería Global. 2018;(52):640-656.
6. Medlej K. Calculated decisions: Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *Emerg Med Pract*. 2021;23(Suppl 3):CD3-CD4.
7. Chen TJ, Chung YW, Chang HR, et al. Diagnostic accuracy of the CAM-ICU and ICDS-C in detecting intensive care unit delirium: A bivariate meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2021;113:103782. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103782>
8. Mart MF, Williams Roberson S, Salas B, Pandharipande PP, Ely EW. Prevention and Management of Delirium in the Intensive Care Unit. *Semin Respir Crit Care Med*. 2021;42(1):112-126. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710572>
9. Herrera J, López E, Llorente Y. Delirium en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos de una institución de salud en Montería, Colombia [Delirium in patients of the Intensive Care Unit of a health institution in Montería, Colombia]. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica. 2020;51:7-12. <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2019.04.003>
10. García M, Caballero J, Cenicerós I, Giménez C, Romera M, Pardo C, et al. Prácticas de analgesia y delirium en Unidades de Cuidados Intensivos españolas: Encuesta 2013-2014 [Analgesia and delirium practices in Spanish Intensive Care Units: 2013-2014 survey]. *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2019;43(4):225-33.
11. Olmos M, Varela D, Klein F. Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en cuidados críticos [Current approach to analgesia, sedation and delirium in critical care]. *Rev médica Clín Las Condes*. 2019;30(2):126-39.
12. Bento M, Dourado M, Sousa P. Delirium: intervenciones de enfermería en el adulto hospitalizado una revisión bibliográfica. Revista Enfermería Global. [Internet] 2018. (52):640-656.

Geomaira Estefania Vicente-Flores; Adisnay Rodríguez-Plascencia; Ariel José Romero-Fernández;
Rebeca Alejandra Neira-Huera

13. Rojas V, Romero C, Tobar D, Álvarez E, Aranda R, Bugedo G. et al. Prácticas nacionales de analgesia, sedación y delirium en las Unidades de Cuidados Intensivos de adultos en Chile [National analgesia, sedation and delirium practices in adult intensive care units in Chile]. *Rev. méd. Chile.* 2021;149(6):864-872.
14. Weiss B, Paul N, Spies CD, et al. Influence of Patient-Specific Covariates on Test Validity of Two Delirium Screening Instruments in Neurocritical Care Patients (DEMON-ICU). *Neurocrit Care.* 2022;36(2):452-462. <https://doi.org/10.1007/s12028-021-01319-9>
15. Wongviriyawong T, Sura-Arunsumrit P, Chaiwat O, To-Aditthep P, Ramlee R, Srinonprasert V. Diagnosis of postoperative delirium in older adults using the Confusion Assessment Method for the intensive care unit in non-intensive care unit settings: A test modification might improve its diagnostic performance. *Geriatr Gerontol Int.* 2019;19(8):762-767. <https://doi.org/10.1111/ggi.13695>