



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:  
“MANEJO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON  
DELIRIO DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS  
INTENSIVOS”**

Autor/a: Sara María Delgado Cano

Tutor/a: Ruymán Brito

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería

Tenerife

Universidad de La Laguna

Junio 2019

## **RESUMEN**

El delirio es un trastorno que se caracteriza por la alteración del nivel de conciencia, la atención y de otras funciones cognitivas. Suele tener un curso fluctuante, manifestándose normalmente en horas o días. Este síndrome está asociado a un aumento de la mortalidad tanto a corto como a largo plazo, prolonga la ventilación mecánica, retrasa el alta hospitalaria y aumenta la estancia de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos, entre otros. Para su diagnóstico se han desarrollado varios instrumentos, el más utilizado es el Cuestionario Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM – ICU) que es una herramienta rápida, sencilla y útil para valorar el delirio en un paciente crítico.

Existen factores predisponentes y precipitantes del delirio. El tratamiento de este síndrome se basa en identificar y actuar sobre los distintos factores de riesgo. Estableciendo un plan de cuidados enfermeros basado en estrategias farmacológicas y no farmacológicas, dándole suma importancia a estas últimas.

El objetivo principal de este proyecto de investigación es conocer cómo manejan el delirio las enfermeras en una unidad hospitalaria de cuidados intensivos.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal. Los sujetos a estudio son las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Los datos se recogerán a través de un cuaderno de recogida de datos formado por treinta y tres preguntas.

Se prevé obtener en este proyecto de investigación resultados relacionados con la escasa evaluación y diagnóstico de este síndrome. Además, de la carencia existente en cuanto a planes de actuación protocolizados para la prevención y manejo del delirio en una unidad de cuidados intensivos.

## **PALABRAS CLAVE**

- Delirio.
- Unidad de Cuidados Intensivos.
- Enfermería.

## **ABSTRACT**

Delirium is a disorder that is characterized by altered levels of consciousness, attention and other cognitive functions. It usually has a fluctuating course, usually manifesting in hours or days. This syndrome is associated with an increase of mortality in both, the short and long term, it prolongs mechanical ventilation, delays hospital discharge and increases the stay of patients in the intensive care unit, among others. For its diagnosis, several instruments have been developed, used most is the Confusion Assessment Questionnaire for the Intensive Care Unit (CAM - ICU), which is a quick, simple and useful tool to assess delirium in a critical patient.

There are predisposing and precipitating factors of delirium. The treatment of this syndrome is based on identifying and acting on the different risk factors. Establishing a nursing care plan based on pharmacological and non-pharmacological strategies, giving greater importance to the later.

The main objective of this research project is to know how nurses handle a patient with delirium in a hospital intensive care unit.

It is an observational, descriptive and transversal study. The subjects under study are the nurses of the intensive care unit of the University Hospital Nuestra Señora de la Candelaria. The data will be collected through a data collection notebook consisting of thirty-three questions.

The results expected to be obtained in this research project are related to the low evaluation and diagnosis of this syndrome. Concluding, the existing lack in terms of protocolized action plans for the prevention and management of delirium in an intensive care unit.

## **KEYWORDS:**

- Delirium.
- Intensive care unit.
- Nursing.

# ÍNDICE

1.	ANTECEDENTES .....	1-7
1.1.	El delirio .....	1
1.2.	Tipos de delirio .....	1
1.3.	Fisiopatología del delirio .....	2
1.4.	Factores de riesgo del delirio .....	2
1.4.1.	Factores predisponentes de delirio .....	3
1.4.2.	Factores precipitantes del delirio .....	3
1.5.	Pre-deliric.....	3
1.6.	Rol de enfermería en la prevención y manejo del delirio en UCI.....	3-4
1.7.	Intervenciones de enfermería no farmacológicas para prevenir o tratar el delirio ...	4-5
1.8.	Intervenciones de enfermería farmacológicas para prevenir o tratar el delirio .....	5
1.9.	Proceso de atención de Enfermería ante el delirium .....	5-7
2.	OBJETIVOS DEL PROYECTO .....	8
2.1.	Objetivo principal .....	8
2.2.	Objetivos específicos .....	8
3.	HIPÓTESIS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN .....	9
4.	METODOLOGÍA .....	10
4.1.	Diseño .....	10
4.2.	Sujetos de estudio .....	10-11
4.3.	Procedimiento de recogida de datos.....	11
4.4.	Variable e instrumentos de medida .....	11-13
4.5.	Análisis de datos.....	13
5.	CRONOGRAMA DE TRABAJO .....	14
6.	INSTALACIONES, INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DISPONIBLES PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO .....	15
7.	JUSTIFICACIÓN DETALLADA DE LA AYUDA ECONÓMICA.....	16
8.	RESULTADOS PREVISIBLES Y UTILIDAD PRÁCTICA .....	17-18
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	19-20
10.	ANEXOS.....	21-27
10.1.	Anexo 1: Pre-deliric.....	21
10.2.	Anexo 2: Método para la evaluación del delirio en una unidad de cuidados intensivos en español.....	22-23
10.3.	Anexo 3: Escala RASS de sedación.....	24
10.4.	Anexo 4: Cuaderno de recogida de datos .....	25-27

10.5. Anexo 5: Solicitud de permiso a la dirección del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria y a la supervisión del servicio de cuidados intensivos de este complejo hospitalario.....	28
---	----

# 1. ANTECEDENTES

## 1.1. El delirio

El delirio se define como una alteración transitoria y reversible del estado mental <sup>(1)</sup> caracterizado por una alteración del nivel de conciencia, la atención, de las funciones cognitivas y de la actividad psicomotora ya sea por exceso o defecto. El desorden en el ciclo de sueño-vigilia es también una de sus características. Su presentación es aguda y generalmente por la noche. Su duración se considera relativamente breve, menos de un mes <sup>(2)</sup>.

Se asocia a un aumento de la mortalidad a corto y largo plazo, a la prolongación de la ventilación mecánica, a estancias prolongadas en la unidad de cuidados intensivos y en el hospital y a un deterioro cognitivo tras el alta hospitalaria <sup>(3)</sup>. Los estudios existentes sobre la prevalencia del delirio establecen que un 50% de los pacientes que no están bajo ventilación mecánica y un 80% de los pacientes que están bajo dicha ventilación desarrollan delirio en estas unidades <sup>(4)</sup>.

El delirio es un problema grave y frecuente en pacientes críticos. A pesar de ello, la importancia clínica del delirio en las unidades de cuidados intensivos es infraestimada y a menudo se pasa por alto.

## 1.2. Tipos de delirio

Dependiendo de la actividad psicomotriz y el nivel de alerta clasificaremos el delirio en <sup>(5)</sup>:

- **Hiperactivo:** Se caracteriza por agitación psicomotriz, agresividad con el entorno, aumento de la inquietud y del estado de alerta, ideas delirantes, alucinaciones, entre otros.
- **Hipoactivo:** Se manifiesta con hipoactividad psicomotriz, baja conciencia, apatía, etc. Al caracterizarse por síntomas de somnolencia e inactividad su diagnóstico es más complicado.
- **Mixto:** Algunas personas experimentan una mezcla de estos dos subtipos.

Según varios estudios, los delirios hipoactivos y mixtos son los más frecuentes en una unidad de cuidados intensivos <sup>(6)</sup>.

### 1.3. Fisiopatología del delirio

La fisiopatología del delirio no es del todo conocida. Existen estudios que intentan explicar su génesis, la mayoría de ellos realizados en paciente no críticos. Las principales hipótesis son:

- **Hipótesis del estrés oxidativo:** La hipótesis del estrés oxidativo propone que diversos procesos fisiopatológicos como el daño tisular, la hipoxia, una enfermedad severa y las infecciones están asociados a un incremento del gasto energético y reducción del metabolismo oxidativo cerebral lo que genera una disfunción cerebral y alteraciones cognitivas y conductuales propias del delirium. Asimismo, algunos autores han encontrado que el estrés oxidativo y/o las deficiencias en los mecanismos tisulares antioxidantes aumentan el daño del tejido cerebral, lo que conlleva un deterioro cognitivo con degeneración celular irreversible, como secuelas de este síndrome <sup>(7)</sup>.
- **Hipótesis de los neurotransmisores:** El déficit de la función colinérgica y un exceso de la actividad dopaminérgica, son las alteraciones neuroquímicas más frecuentes e importantes involucradas en el delirio. Además neurotransmisores como la serotonina, endorfinas, glutamato, ácido butírico también pueden estar implicados.<sup>(7)</sup>
- **Hipótesis inflamatoria:** Una respuesta inflamatoria sistémica genera un aumento en la producción de citoquinas, las cuales pueden generar una reacción inflamatoria en el cerebro. Asimismo, las interleucinas producidas en respuesta al dolor, pérdida sanguínea o daño tisular generarían un aumento de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica que desencadenaría alteraciones en la síntesis y liberación de neurotransmisores.<sup>(7)</sup>
- **Alteración de la disponibilidad de aminoácidos neutrales largos** <sup>(6)</sup>.

### 1.4. Factores de riesgo del delirio

El delirio frecuentemente tiene una causa multifactorial <sup>(2)</sup>. Un paciente en una unidad de cuidados intensivos puede presentar varios factores de riesgo. En 1955 ya se estudiaron los factores de riesgo del delirio pero no fue hasta 1996 cuando Inouye y Charpentier identificaron los factores de riesgos precipitantes de delirio en una población de 160 sujetos mayores de 70 años ingresados en un hospital. Dichos factores fueron: Uso de restricción física, malnutrición, administración de más de tres medicamentos, portar un catéter urinario y la existencia de algún episodio iatrogénico <sup>(8)</sup>. Tomándolos

como base se desarrolló y validó un modelo predictivo basado en factores de riesgo predisponentes y precipitantes del delirio. <sup>(6)</sup>

#### **1.4.1. Factores predisponentes de delirio**

Dentro de los factores predisponentes del delirio nos encontramos algunos como: La edad avanzada, el sexo masculino, padecer de deterioro visual o auditivo, demencia, depresión o Parkinson. Además, la inmovilidad, el alcoholismo, los trastornos metabólicos, la infección por VIH, una enfermedad cerebrovascular o la privación del sueño se consideran también factores predisponentes del delirio <sup>(2)</sup>.

#### **1.4.2. Factores precipitantes del delirio**

Destacan algunos como: El uso de narcóticos, una enfermedad aguda grave, el ingreso en una unidad de cuidados intensivos, el dolor, la retirada brusca de alcohol u otras drogas o la sujeción física, entre otros<sup>(2)</sup>.

### **1.5. Pre-deliric**

A pesar de la escasez de estudios realizados sobre factores de riesgo en una unidad de cuidados intensivos en 2009 Van Rompaey y Boogaard M desarrollaron y validaron el modelo Prediction of Delirium in ICU Patients (PRE- DELIRIC). Se trata de un modelo que permite predecir el riesgo de aparición de delirio en paciente críticos pasadas las primeras 24 horas del ingreso<sup>(6)</sup>. Dicho modelo considera diez factores de riesgo: La edad, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II), tipo de paciente (quirúrgico, médico o traumatizado), compromiso neurológico, infección, acidosis metabólica, uso de opioides, sedantes, uremia y admisión urgente<sup>(8)</sup>. Clasifica el riesgo como: bajo (0- 20%), alto (40-60%) y muy alto (>60%) <sup>(6)</sup>.

La fórmula del modelo Pre-Deliric se muestra en el anexo 1.

### **1.6. Rol de enfermería en la prevención y manejo del delirio en UCI**

A través de los distintos protocolos y guías de práctica clínica se ha podido llevar a cabo la estandarización de la actuación de enfermería y de otros profesionales de salud en el paciente que padece delirio para conseguir así el máximo beneficio para él y su familia. Tal y como dice la evidencia científica, en primer lugar, debemos identificar los signos y síntomas de este síndrome en las distintas valoraciones, observaciones e interacciones con el paciente. El personal sanitario debe estar atento a cualquier posible síntoma de

delirio, de forma que este trastorno se identifique y trate lo antes posible. Para ello en los últimos años se han desarrollado herramientas específicas para su detección. <sup>(9)</sup> En 1990, desarrollaron un instrumento objetivo para el diagnóstico de delirio en población geriátrica no crítica, lo denominaron CAM (Confusion Assessment Method) <sup>(2)</sup>. Sin embargo, este instrumento presenta dificultades para ser aplicado en un paciente crítico ya que para ello se requiere que tenga un buen nivel de conciencia y que las habilidades motoras, verbales, visuales y auditivas estén conservadas <sup>(3)</sup>. En una unidad de cuidados intensivos, un alto porcentaje de pacientes están sedados y conectados a ventilación mecánica, esto hace que no sea posible la aplicación de esta escala. Por ello, desarrollaron la CAM-ICU (CAM for the Intensive Care Unit) otro instrumento que permite el diagnóstico rápido de delirio. Es utilizado ampliamente a nivel internacional y se ha traducido a varios idiomas. Es probablemente la herramienta más útil y mejor validada para diagnosticar el delirio en un paciente crítico. Este instrumento utiliza un algoritmo con cuatro dominios <sup>(3)</sup>: la aparición aguda de la alteración del estado mental o fluctuación de los cambios, la falta de atención, el pensamiento desorganizado y la alteración del nivel de conciencia. Para su utilización también debemos de tener en cuenta el grado de sedación y agitación del paciente para ello utilizaremos la escala RASS (Richmond Agitation- Sedation Scale).

El método para la evaluación del delirio en una unidad de cuidados intensivos (CAM-ICU) y la escala de sedación-agitación RASS se muestran en los anexos 2 y 3, respectivamente.

El personal sanitario debe identificar y documentar qué factores de riesgo presenta el paciente. Una vez identificados, es posible elaborar un plan de prevención que puede incluir toda una variedad de medidas no farmacológicas y farmacológicas para abordar así los factores de riesgo concretos del paciente. Dicho plan debe de desarrollarse de forma colaborativa ya que muchas de las medidas que se pueden incluir en él afectan a los familiares y a distintos miembros del equipo profesional <sup>(9)</sup>.

### **1.7. Intervenciones de enfermería no farmacológicas para prevenir o tratar el delirio**

Según la guía de práctica clínica de la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), se debe prestar especial importancia a las intervenciones de enfermería no farmacológicas ya que no hay evidencia suficiente que respalde el uso de intervenciones farmacológicas para la prevención del delirio <sup>(9)</sup>.

Dentro de las intervenciones no farmacológicas que puede desempeñar el personal de enfermería encontramos: la monitorización rutinaria del delirio, al menos una vez en cada turno debemos valorar el delirio, de esta manera podremos detectar cualquier cambio que se produzca y tratarlo lo antes posible. Se debe llevar a cabo la reorientación temprana del paciente, reintroducir las gafas o audífonos en el caso de que los necesite. Orientar siempre al paciente en tiempo, persona y espacio, no contradecir solo orientar de la realidad. Debemos promover la movilización temprana y el sueño nocturno. Disminuir el ruido del ambiente, evitar tener conversaciones no imprescindibles y hablar en voz alta. Limitar las entradas y salidas del box. Además, tenemos que aplicar el procedimiento de prevención de caídas, limitar la sujeción mecánica y facilitar que esté un acompañante de forma continuada con el paciente. También, podemos recomendar que la familia facilite objetos, canciones o visitas que le recuerden aspectos agradables de su vida <sup>(2)</sup>.

### **1.8. Intervenciones de enfermería farmacológicas para prevenir o tratar el delirio**

La evidencia respalda que algunos medicamentos, como por ejemplo los fármacos psicoactivos y los hipnóticos sedantes junto con la polifarmacia, aumentan el riesgo de padecer delirio <sup>(9)</sup>. Una parte importante de la prevención del delirio es reducir la cantidad y el uso de determinados medicamentos empleados como sedantes y analgésicos <sup>(8)</sup>.

Aun así hay algunas intervenciones que se pueden llevar a cabo como evitar el alcohol u otras drogas que se han demostrado que son precipitantes del delirio. Aunque no existen suficientes estudios que garanticen la eficacia y la seguridad de los fármacos antipsicóticos en el tratamiento del delirio hay varios medicamentos que suelen utilizarse para manejar este síndrome. Los más frecuentes son: haloperidol, dexmedetomidina y antipsicóticos atípicos como la risperidona, olanzapina o quetiapina <sup>(8)</sup>.

### **1.9. Proceso de atención de Enfermería ante el delirium**

Los Diagnósticos enfermeros son fundamentales para brindar cuidados enfermeros de alta calidad. La implementación de los diagnósticos enfermeros hace posible llevar a cabo una mejor planificación de los cuidados y una mejora de la comunicación enfermera-paciente, enfermera-médico y entre enfermeras. La enfermería se basa en la evidencia. Alfaro R define el proceso de atención de enfermería como un método

sistematizado de brindar cuidados humanistas centrado en el logro de objetivos. <sup>(2)</sup> Está organizado en cinco fases: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. La utilización de un lenguaje enfermero común permite la comunicación entre profesionales a través de las Taxonomías NANDA-NIC-NOC.

Partiendo de aspectos relacionados con el delirio la taxonomía NANDA define algunos diagnósticos dentro del patrón Cognitivo-Perceptual, uno de ellos es:

- **NANDA [00128] Confusión aguda:** Se define como el inicio brusco de alteraciones reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo. Como características definitorias nos encontramos algunas como: Agitación, alteración de la función cognitiva, psicomotora y nivel de conciencia, alucinaciones, ideas erróneas, inquietud, entre otras <sup>(10)</sup>.
- **NOC [0916] Nivel de delirio** es uno de los NOC relacionados con este NANDA. Se define como la gravedad del trastorno de la conciencia y la cognición que se desarrollan durante un corto periodo de tiempo y que es reversible. Como indicadores nos encontraríamos algunos como: Desorientación temporal, espacial y personal. Actividad psicomotora, deterioro cognitivo y de la memoria, dificultad para mantener la atención, una conversación, interpretar estímulos del entorno o seguir órdenes complejas, entre otros. Todos estos indicadores serán valorados con una escala desde grave hasta ninguno <sup>(11)</sup>.
- **NIC [6640] Manejo del delirio:** es uno de los NIC relacionados con este NANDA y este NOC. Se define como la disposición de un ambiente seguro y terapéutico para el paciente que experimenta un estado confusional agudo <sup>(12)</sup>.

Como actividades de esta intervención tenemos: Identificar los factores etiológicos que causan delirio, poner en marcha terapias para reducir o eliminar los factores causantes del delirio, identificar y documentar el subtipo del delirio, monitorizar el estado neurológico de forma continua, aumentar la vigilancia con una escala de evaluación del delirio que sea comprendida por todo el personal de enfermería cuando aparezca el delirio la primera vez para que se puedan seguir los cambios agudos con facilidad, ayudarse de los familiares o los voluntarios del hospital para vigilar a los pacientes agitados en lugar de usar

sujeciones, reducir la sedación en general pero controlar el dolor con analgésicos, fomentar las visitas del allegados, no validar las percepciones incorrectas o interpretaciones imprecisas de la realidad de los paciente con delirio, retirar los estímulos que creen una estimulación sensorial excesiva, mantener un ambiente bien iluminado que reduzca las sombras, entre otros<sup>(12)</sup>.

El propósito principal de este proyecto de investigación es identificar el modo en que las enfermeras de un servicio de cuidados intensivos manejan el cuadro clínico de delirio.

## **2. OBJETIVOS DEL PROYECTO**

### **2.1. Objetivo principal**

El objetivo principal de este proyecto es conocer cómo manejan el delirio las enfermeras en una unidad hospitalaria de cuidados intensivos.

### **2.2. Objetivos específicos**

Podemos describir los siguientes:

- Describir la frecuencia de evaluación del delirio en las unidades de cuidados intensivos de Tenerife y qué instrumentos se utilizan para medir su presencia en pacientes críticos.
- Describir el grado de importancia que asignan los profesionales de enfermería al delirio, la frecuencia con la que se lo encuentran en su práctica habitual y su infradiagnóstico.
- Conocer si se realizan intervenciones destinadas a prevenir o tratar el delirio y describir cuáles son según terminología estandarizada NIC.
- Priorizar los indicadores de evaluación del nivel de delirio según terminología estandarizada NOC.
- Describir las consecuencias negativas (retraso en el alta y en el destete ventilatorio) percibidas por los profesionales.
- Analizar las asociaciones entre variables sociodemográficas y profesionales frente a las relacionadas con el problema a estudio.

### **3. HIPÓTESIS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

A pesar de su importancia como entidad clínica de tipo síndrome y del impacto en el paciente y su entorno, que sufren los efectos negativos que acarrea dicho síndrome, el diagnóstico y evaluación del delirio es insuficiente. Además hay escasos planes de actuación protocolizados para su prevención y manejo.

## 4. METODOLOGÍA

A continuación, se presenta la metodología que se ha llevado a cabo para la realización de este proyecto de investigación, esto servirá para conocer las actividades y estrategias seguidas.

### 4.1. Diseño

Estudio observacional, descriptivo, transversal.

### 4.2. Sujetos de estudio

Los sujetos de estudio de este proyecto de investigación son las enfermeras y enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Está situado en Santa Cruz de Tenerife. Se trata de un hospital de tercer nivel, siendo uno de los principales de la isla de Tenerife. Da asistencia sanitaria a la zona sur de la isla y es el hospital de referencia para las islas de La Gomera y El Hierro.

Al tratarse de una unidad de cuidados intensivos todos los pacientes de este servicio requieren vigilancia y cuidados constantes. Por lo que el ratio de pacientes por enfermero suele ser de 2:1. Esta unidad está ubicada en la cuarta planta de este hospital. La UVI está dividida en tres módulos, todos ellos conectados por un pasillo central: En módulo uno (del box 1 al box 10) encontramos pacientes críticos cardiacos y politraumas. En el módulo dos (del box 11 al box 20) pacientes con patologías polivalentes. Y por último, en el módulo 3 (del box 21 al box 30) encontramos pacientes con patologías neurológicas y traumatismos craneoencefálicos.

La plantilla total de enfermeras y enfermeros de esta unidad está compuesta por aproximadamente 60 enfermeras y enfermeros, entre fijos y eventuales, formando 11 equipos de trabajo.

Los **criterios de inclusión** de este proyecto serán:

Enfermeras y enfermeros que trabajen en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria cuya experiencia en el servicio sea mayor a dos meses.

Los **criterios de exclusión** de este proyecto serán:

- Enfermeras que, perteneciendo a dichos servicios y cumpliendo los criterios de experiencia, no estén disponibles por motivos de baja laboral, vacaciones,

excedencia o licencia de empleo y sueldo, durante el periodo de recogida de datos.

- Enfermeras que, cumpliendo criterios de inclusión, hayan trabajado durante el último año en la elaboración de guías de práctica clínica, destinadas para el uso en su servicio, relacionadas con la atención al delirio.

### 4.3. Procedimiento de recogida de datos

Se recogerán los datos de este trabajo a través de una encuesta que se realizará a las enfermeras y enfermeros que deseen participar de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria. De manera previa a esta recogida de datos, se solicitará autorización para llevarla a cabo a la dirección general del hospital y a los supervisores de la unidad. Además, también se pedirá el consentimiento verbal a las enfermeras y enfermeros que participen en esta recogida de datos.

El cuaderno de recogida de datos será anónimo y estará formado por treinta y tres preguntas. Dos de ellas abiertas y el resto serán preguntas cerradas de respuesta múltiple.

El cuaderno de recogida de datos y la hoja de solicitud de permiso a la dirección del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria y a la supervisión de unidad de cuidados intensivos se muestran en el anexo 4 y 5, respectivamente.

### 4.4. Variable e instrumentos de medida

En el cuaderno de recogida de datos estarán expuestas las siguientes variables de estudio:

- **Sexo:** Variable categórica dicotómica con respuesta mujer u hombre.
- **Edad:** Variable cuantitativa expresada en años.
- **Años de experiencia profesional como enfermero:** Variable cuantitativa expresada en años.
- **Años de experiencia trabajando en UVI:** Variable cuantitativa expresada en años.
- **Evaluar la presencia de delirio en la unidad:** Variable ordinal con respuesta en escala de tipo Likert entre 1 y 4, siendo 1 “nunca” y 4 “siempre”. A su vez se pueden agrupar en dos categorías, una positiva (4 “siempre” y 3 “frecuentemente”) y otra negativa (1 “nunca” y 2 “ocasionalmente”).

- **Uso de herramientas para medir el delirio:** Variable ordinal con respuesta en escala de tipo Likert entre 1 y 4, siendo 1 “nunca” y 4 “siempre”. A su vez se pueden agrupar en dos categorías, una positiva (4 “siempre” y 3 “frecuentemente”) y otra negativa (1 “nunca” y 2 “ocasionalmente”). En caso de utilizar herramientas para medir el delirio decir cuales utilizan.
- **Importancia del diagnóstico de delirio en un paciente crítico:** Variable ordinal con respuesta en escala de tipo Likert entre 1 y 4, siendo 1 “totalmente en desacuerdo” y 4 “totalmente de acuerdo”. A su vez se pueden agrupar en dos categorías, una positiva (4 “totalmente de acuerdo” y 3 “de acuerdo”) y otra negativa (1 “totalmente en desacuerdo” y 2 “en desacuerdo”).
- **Frecuencia de pacientes con delirio en la unidad:** Variable ordinal con respuesta en escala de tipo Likert entre 1 y 4, siendo 1 “nunca” y 4 “siempre”. A su vez se pueden agrupar en dos categorías, una positiva (4 “siempre” y 3 “frecuentemente”) y otra negativa (1 “nunca” y 2 “ocasionalmente”).
- **Infraestimación del delirio:** Variable ordinal con respuesta en escala de tipo Likert entre 1 y 4, siendo 1 “totalmente en desacuerdo” y 4 “totalmente de acuerdo”. A su vez se pueden agrupar en dos categorías, una positiva (4 “totalmente de acuerdo” y 3 “de acuerdo”) y otra negativa (1 “totalmente en desacuerdo” y 2 “en desacuerdo”).
- **Utilización de fármacos para tratar el síndrome:** Variable ordinal con respuesta en escala de tipo Likert entre 1 y 4, siendo 1 “nunca” y 4 “siempre”. A su vez se pueden agrupar en dos categorías, una positiva (4 “siempre” y 3 “frecuentemente”) y otra negativa (1 “nunca” y 2 “ocasionalmente”). En el caso de que se utilicen fármacos para tratar el síndrome decir cuales son.
- **Utilización de medidas no farmacológicas para tratar el síndrome:** Variable ordinal con respuesta en escala de tipo Likert entre 1 y 4, siendo 1 “nunca” y 4 “siempre”. A su vez se pueden agrupar en dos categorías, una positiva (4 “siempre” y 3 “frecuentemente”) y otra negativa (1 “nunca” y 2 “ocasionalmente”).
- **Frecuencia con la que se realizan actividades encaminadas a manejar el delirio:** Nueve variables ordinales con respuesta en escala de tipo Likert entre 1 y 4, siendo 1 “nunca” y 4 “siempre”. A su vez se pueden agrupar en dos categorías, una positiva (4 “siempre” y 3 “frecuentemente”) y otra negativa (1 “nunca” y 2 “ocasionalmente”).
- **Importancia del manejo del delirio en pacientes críticos:** Variable ordinal con respuesta en escala de tipo Likert entre 1 y 4, siendo 1 “totalmente en desacuerdo” y 4 “totalmente de acuerdo”. A su vez se pueden agrupar en dos

categorías, una positiva (4 “totalmente de acuerdo” y 3 “de acuerdo”) y otra negativa (1 “totalmente en desacuerdo” y 2 “en desacuerdo”).

- **Retraso del alta del paciente por la aparición de delirio:** Variable ordinal con respuesta en escala de tipo Likert entre 1 y 4, siendo 1 “totalmente en desacuerdo” y 4 “totalmente de acuerdo”. A su vez se pueden agrupar en dos categorías, una positiva (4 “totalmente de acuerdo” y 3 “de acuerdo”) y otra negativa (1 “totalmente en desacuerdo” y 2 “en desacuerdo”).
- **Retrato del destete de la ventilación mecánica:** Variable ordinal con respuesta en escala de tipo Likert entre 1 y 4, siendo 1 “totalmente en desacuerdo” y 4 “totalmente de acuerdo”. A su vez se pueden agrupar en dos categorías, una positiva (4 “totalmente de acuerdo” y 3 “de acuerdo”) y otra negativa (1 “totalmente en desacuerdo” y 2 “en desacuerdo”).
- **Medición del nivel de delirio:** Catorce variables ordinales con respuesta en escala de tipo Likert entre 1 y 4, siendo 1 “nada relevante” y 4 “totalmente relevante”. A su vez se puede agrupar en dos categorías, una positiva (4 “totalmente relevante” y 3 “Moderadamente relevante”) y una negativa (1 “nada relevante” y 2 “poco relevante”).

#### 4.5. Análisis de datos

Para la descripción de la muestra participante de enfermeras, se utilizará la frecuencia de las categorías de las respectivas variables cuando se trata de nominales u ordinales y media con desviación estándar, o mediana y percentiles 5 y 95, cuando se describan las variables de escala y en función de la normalidad de su distribución.

Para el análisis bivalente se utilizarán distintas técnicas estadísticas dependiendo de las variables a correlacionar o comparar. Cuando se trate de asociar dos variables de escala emplearemos las pruebas de Pearson o Spearman-Brown, según la normalidad de la distribución. Para comparar los resultados de una variable de escala y otra nominal (de dos categorías) utilizaremos la T de Student o U de Mann-Whitney, en función de la normalidad de la distribución. Si la variable nominal tuviera más de dos categorías se utiliza ANOVA de un factor o Kruskal Wallis, según distribución. Cuando se comparen los resultados de dos variables nominales se empleará la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson. Todas las pruebas son bilaterales a un nivel de significación alfa de  $p < 0,05$  y serán realizadas con ayuda del programa estadístico SPSS v.22.0.

## 5. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Este proyecto de investigación tendrá una duración de un año. Se iniciará en noviembre de 2018 con la elección del tema y culminará en noviembre de 2019 con la realización de las conclusiones, resultados e informes finales.

Cada fase del trabajo tiene asignado un periodo de tiempo concreto siendo la búsqueda bibliográfica, la redacción del marco teórico y metodológico además de la recogida de datos las fases en las que más tiempo se emplea.

Actividades	Meses												
	NOV 18	DIC 18	ENE 19	FEB 19	MAR 19	ABR 19	MAY 19	JUN 19	JUL 19	AGO 19	SEP 19	OCT 19	NOV 19
Elección del tema.													
Búsqueda bibliográfica y redacción del marco teórico.													
Definir objetivos y redacción de marco metodológico.													
Desarrollo de encuestas y solicitud de permisos.													
Recogida de datos.													
Resultados y conclusiones.													
Informes finales													

## **6. INSTALACIONES, INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DISPONIBLES PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO**

Contando con ayuda del servicio hospitalario implicado en este proyecto, la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Nuestra Señora de la Candelaria se dispondrá de una sala de dicho complejo hospitalario donde se podrá llevar a cabo las reuniones necesarias con las enfermeras de esta unidad para informarles sobre las distintas cuestiones del proyecto como por ejemplo el objetivo que tiene este estudio o cómo se realizará la recogida de datos.

Se dispondrá de recursos como Medline, Pubmed, Scielo o Elsevier, entre otras. Esto nos permitirá realizar una búsqueda bibliográfica para nuestro proyecto con evidencia científica. Además necesitaremos recursos materiales como impresora, folios, coche, combustible para el automóvil, bolígrafos, tinta de impresora, ordenador, pendrive, etc.

## 7. JUSTIFICACIÓN DETALLADA DE LA AYUDA ECONÓMICA

Recursos materiales	Precio/valor.
Bolígrafos	3 euros.
Papel, fotocopias.	15 euros.
Impresora y tinta para esta.	90 euros.
Ordenador	750 euros.
Pendrive	10 euros.
	<b>Total: 868 euros.</b>

Recursos humanos	Precio /valor.
Una enfermera.	700 euros
Un estadístico.	600 euros
	<b>Total: 1300 euros.</b>

Gastos de viajes y dietas	Precio/valor.
Desplazamiento y dietas para la recolección de datos.	25 euros.
Desplazamiento y dietas para la divulgación de resultados.	600 euros.
	<b>Total: 625 euros.</b>

**Total de presupuesto final 2793 euros.**

## 8. RESULTADOS PREVISIBLES Y UTILIDAD PRÁCTICA

Este proyecto de investigación tiene como objetivo medir el grado de conocimiento sobre el delirio y cómo lo manejan las enfermeras en un paciente crítico. Se espera obtener una serie de resultados relacionados con la evaluación, diagnóstico, prevención y manejo de este síndrome en un servicio concreto de cuidados intensivos correspondiente al Área de Salud de Tenerife.

Según la American Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) el delirio se define como una alteración de la conciencia con dificultad para mantener, centrar o dirigir la atención. Se acompaña de cambios en las funciones cognoscitivas o de una alteración perceptible que no está relacionada con una demencia previa o en desarrollo. La alteración tiene lugar en un periodo de tiempo corto y fluctúa a lo largo del día <sup>(13)</sup>.

El delirio es la manifestación más frecuente de disfunción cerebral en los pacientes críticos <sup>(6)</sup>. Numerosos estudios han demostrado que el delirio en un paciente crítico supone un peor pronóstico, retrasa el alta hospitalaria, aumenta la mortalidad, prolonga la necesidad de ventilación mecánica y tiene importantes repercusiones económico-sanitarias <sup>(3)</sup>. Hay pocos estudios relacionados con la incidencia y prevalencia de este trastorno en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos <sup>(6)</sup>. Es por ello que en nuestro proyecto de investigación se propone explorar estas cuestiones: identificación, instrumentos de evaluación e intervenciones habituales. Los estudios existentes demuestran prevalencias que oscilan entre el 15% y el 80 % en estas unidades, dependiendo de la población estudiada y de los criterios diagnósticos <sup>(6)</sup>. Por tanto, es obvio que el margen de prevalencia es demasiado amplio, por lo que podemos afirmar que se trata de una entidad clínica a considerar en tales servicios.

Se han desarrollado varias herramientas para el diagnóstico del delirio. La más utilizada en la práctica clínica es la CAM-ICU, uno de los instrumentos más útiles, sencillos, rápidos y confiable para diagnosticar el delirio en un paciente crítico. La guía de prácticas clínicas basadas en la evidencia sobre el manejo de la sedoanalgesia recomienda utilizar esta escala para la monitorización y el diagnóstico del delirio con un grado de recomendación fuerte y un nivel de evidencia moderado (1B)<sup>(8)</sup>. No se espera encontrar en nuestros resultados una práctica sistemática de identificación del delirio por parte de las enfermeras de nuestras unidades de críticos. A partir de los hallazgos, propondríamos que un sistema de valoración, como el mencionado CAM-ICU, se pruebe y valide por parte del equipo mediante consenso para su utilización en la práctica diaria.

La identificación de los factores de riesgo modificables y la elaboración protocolizada de planes de cuidados enfermeros donde se incluyan estrategias farmacológicas y no farmacológicas, como por ejemplo el control del dolor, sedación, inmovilidad, interrupción del sueño, manejo de los factores ambientales y una mayor implicación familiar pueden ayudar a prevenir y reducir el delirio<sup>(6)</sup>. De este modo podríamos identificar los factores prevalentes en el servicio de UVI del CHUNSC con lo que se conformaría un posible perfil de pacientes de riesgo o población diana, anticipándonos, al ser ingresados en el servicio, a su identificación y abordaje mediante intervenciones basadas en la evidencia, las cuales podrían registrarse, tal como se espera identificar entre las actividades del NIC Manejo del delirio más utilizadas por las enfermeras, utilizando lenguaje estandarizado de cuidados.

Tras realizar una búsqueda bibliografía exhaustiva sobre este tema y a la luz de los posibles resultados, esperados, de nuestro estudio, se prevé que la evaluación y el diagnóstico del delirio sean insuficientes respecto al número de casos. Además de que los planes de actuación protocolizados sean escasos para la prevención y el manejo de este síndrome en las unidades de cuidados intensivos. La evidencia científica sobre la prevención y el tratamiento del delirio en un paciente crítico aún es insuficiente por lo que se precisan nuevos estudios de investigación que mejoren el conocimiento y las habilidades del personal sanitario para el cuidado de estos pacientes <sup>(6)</sup> pero existen guías de buenas prácticas en cuidados para el manejo de este problema con recomendaciones basadas en la evidencia que podrían incorporarse a la práctica en servicios como el estudiado. Las guías de buenas prácticas clínicas consultadas establecen una serie de recomendaciones para el manejo del delirio. Recomiendan identificar los factores de riesgo predisponentes para el desarrollo del delirio en el enfermo crítico con un grado de recomendación fuerte y un nivel de evidencia moderado (1B). Además, mantienen que se debe realizar un abordaje no farmacológico del delirium previo a la terapia farmacológica con un grado de recomendación fuerte y un nivel de evidencia moderado (1B) <sup>(8)</sup>.

Un conocimiento más global, en función de la evidencia disponible, por parte de las enfermeras de UVI sobre la identificación y manejo del delirio, combinado con la experiencia profesional en el cuidado de un paciente crítico con este síndrome, mejoraría la prevención, diagnóstico, manejo y evaluación del delirio.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ayllón Garrido N, Álvarez González MJ, González García MP. Incidencia del delirio en cuidados intensivos y factores relacionados. 2007; 18(3): 103-155. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-incidencia-del-delirio-cuidados-intensivos-13109377>
- (2) Rodríguez Mondéjar, JJ. Aportación de la enfermería y mejora de la calidad asistencial en la atención del síndrome confusional agudo en los pacientes críticos. Universidad de Murcia, facultad de enfermería. Murcia, 2015. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/317388/TJJRM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (3) Palencia- Herrejon E, Romera MA, Silva JA. Delirio en el paciente crítico. Medicina intensive. 2008; 32 Supl 1: 77-91. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es-pdf-13116129>.
- (4) Delirio en la UCC. Protocolos y guías de práctica clínica. Capítulo de Enfermería Crítica. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Disponible en: <https://www.sati.org.ar/documents/Enfermeria/ventilacionmecanica/CECSATI%20-%20Delirio.pdf>
- (5) Carrera Castro, C. Rol de enfermería en la prevención del delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera. Recomendaciones generales. 2012; 27: 356-373. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/revision4.pdf>.
- (6) Fuentes Covian R. Incidencia y factores relacionados del delirium en una Unidad de Cuidados Intensivos Generales. 2017;14(89): 1-15.
- (7) Torales J, Barrios I, Armoa L. El delirium: una actualización para Internistas y Psiquiatras. 2017; 4(2):54-64. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2312-38932017000200054&lng=es&nrm=iso](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932017000200054&lng=es&nrm=iso).
- (8) Celis-Rodríguez E, Birchenall C, De la Cal MÁ, Castorena Arellano G, Hernández A, Ceraso D, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. 2013;37(8):519-574. Elsevier.
- (9) Guía de buenas prácticas clínicas. Delirio, Demencia y Depresión en las personas mayores: Valoración y cuidados. RNAO. 2016:( 2 edición) 1-168.
- (10) NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses. Definitions and Classification 2018-2020. 11<sup>th</sup> ed [e-book]. New York: Thieme; 2018.

- (11) Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier; 2018.
- (12) Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier; 2018.
- (13) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.4 edición. American Psychiatric Association. Estados Unidos.2000.

## 10. ANEXOS

### 10.1. Anexo 1: Pre-deliric

Fórmula del modelo PREdiction of DELIRium in ICU patients (PRE-DELIRIC)

**El riesgo de delirium se calculará con la fórmula riesgo de delirium =  $1/(1+ \exp[-6,31])^a$**

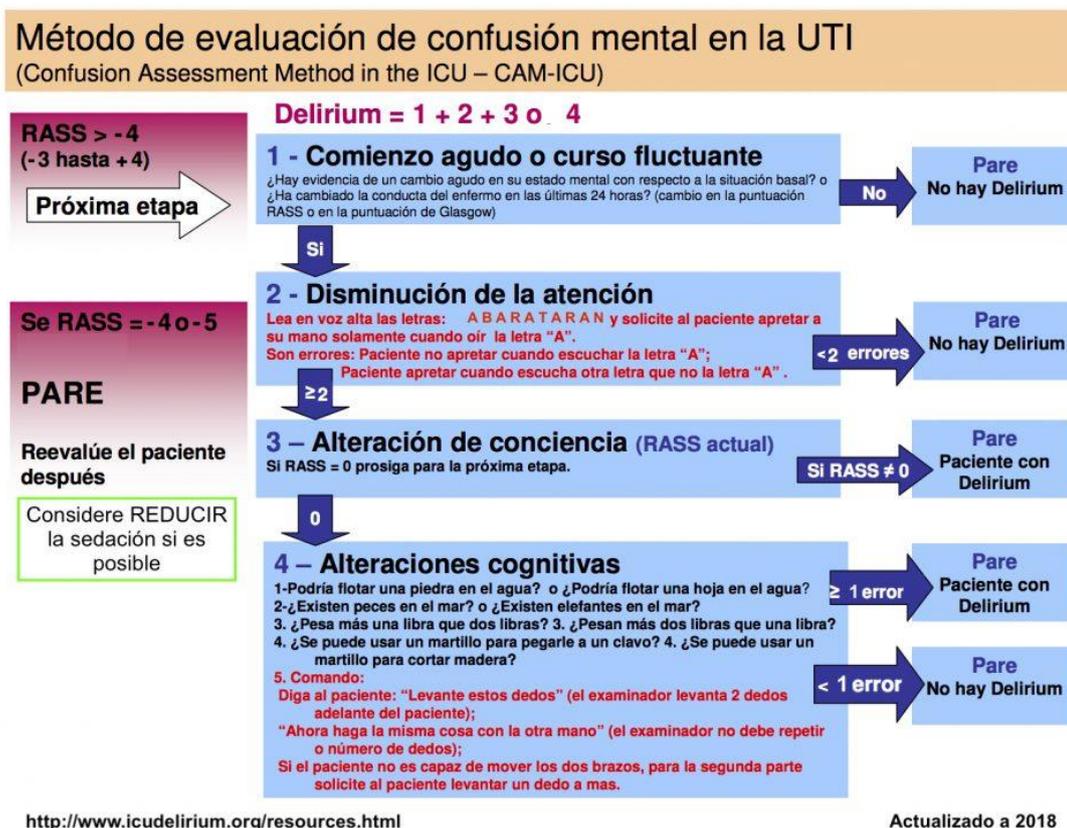
- + 0,04 × edad**
- + 0,06 × APACHE II**
- 0 no coma**
  - + 0,55 coma inducido por fármacos**
  - + 2,70 otros tipos de coma**
  - + 2,82 coma de origen combinado**
- 0 enfermos quirúrgicos**
  - + 0,31 enfermos médicos**
  - + 1,13 enfermos traumatizados**
  - + 1,38 enfermos traumatismo craneoencefálico**
- + 1,05 Infección**
- + 0,29 acidosis metabólica<sup>b</sup>**
- 0 no uso de morfina**
  - + 0,41 para dosis de morfina 0,01 a 0,71 mg/24 h**
  - + 0,13 para dosis de morfina 0,72 a 18,6 mg/24 h**
  - + 0,51 para dosis de morfina > 18,6/24 h**
- + 1,39 por uso de sedantes**
- + 0,03 × urea plasmática (mmol/l)**
- + 0,40 ingreso urgente**

Adaptada de van den Boogaard et al (año)

a. Tras 6,31 se incorporarán el resto de valores que corresponden de la tabla

b. Acidosis metabólica: pH < 7,35 con bicarbonato < 24 mmol/l

## 10.2. Anexo 2: Método para la evaluación del delirio en una unidad de cuidados intensivos en español



Para poder realizar esta escala debemos tener un RASS MAYOR DE -4. Es decir que los valores entre -3 hasta +4 son válidos para realizar la CAM-ICU.

Si el RASS es -4 o -5 no se puede realizar esta escala, hay que reevaluar al paciente después. Podemos considerar reducir la sedación si es posible.

### 1. Comienzo agudo o curso fluctuante:

¿Hay evidencia de un cambio agudo en su estado mental con respecto a la situación basal? ¿Ha cambiado la conducta del paciente en las últimas 24 horas? (cambio en la puntuación RASS o en la puntuación de Glasgow). Si la respuesta es "no" a ambas preguntas no hay delirio.

## **2. Disminución de la atención:**

Leer en voz alta las letras: A B A R A T A R A N y solicitar al paciente apretar su mano solamente cuando oiga la letra "A". Se consideran errores que el paciente no apriete la mano cuando escuche la letra "A" o que apriete la mano cuando escuche otra letra que no sea la "A". Menos de dos errores: no hay delirio.

## **3. Alteración de conciencia:**

Si el RASS es igual a 0 proseguir con la siguiente etapa.

Si el RASS es distinto de 0: PACIENTE CON DELIRIUM. No es necesario seguir con la escala.

## **4. Alteraciones cognitivas:**

Se deberán realizar las siguientes preguntas:

1. ¿Podría flotar una piedra en el agua? O ¿podría flotar una hoja en el agua?
2. ¿Existen peces en el mar? O ¿Existen elefantes en el mar?
3. ¿Pesa más un kilo que dos kilos? O ¿Pesa más dos kilos que un kilo?
4. ¿Se puede usar un martillo para clavar a un clavo? ¿Se puede usar un martillo para cortar madera?
5. Diga al paciente que "Levante dos dedos" (El examinador debe levantar dos dedos delante del paciente para que el haga lo mismo). "Ahora haga lo mismo con la otra mano". Si el paciente no es capaz de mover los dos brazos solicitar al paciente que levante un dedo o más u otro miembro. (El examinador no debe levantar ni ayudar al paciente a realizar esta acción).

Si hay uno o más errores en este punto: Paciente con delirium.

Si no hay errores en ese punto: Paciente sin delirium.

### 10.3. Anexo 3: Escala RASS de sedación.

<b>ESCALA RASS DE SEDACIÓN – AGITACIÓN DE RICHMOND.</b>	
<b>Grado de recomendación fuerte. Nivel de evidencia moderada (1B)</b>	
<b>+4</b>	Combativo. Ansioso, violento.
<b>+3</b>	Muy agitado. Intenta retirarse los catéteres, el TOT, etc.
<b>+2</b>	Agitado. Movimientos frecuentes, lucha contra el respirador, etc.
<b>+1</b>	Ansioso. Inquieto, pero sin conducta violenta ni movimientos excesivos.
<b>0</b>	En alerta y tranquilo.
<b>-1</b>	Adormilado. Despierta a la voz, mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos.
<b>-2.</b>	Sedación ligera. Despierta a la voz, no mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos.
<b>-3</b>	Sedación moderada. Se mueve y abre los ojos a la llamada, no dirige la mirada.
<b>-4</b>	Sedación profunda. No responde a la voz, abre los ojos a la estimulación física.
<b>-5</b>	Sedación muy profunda. No responde a la estimulación física.

#### 10.4. Anexo 4: Cuaderno de recogida de datos

Sexo: Hombre:  Mujer:

Edad:

Años de experiencia profesional:

Años de experiencia en UVI:

1. ¿En el servicio se evalúa la presencia de delirio?
  - a. Siempre.
  - b. Frecuentemente.
  - c. Ocasionalmente.
  - d. Nunca.
  
2. ¿Utiliza herramientas para evaluar la presencia de delirio?
  - a. Siempre.
  - b. Frecuentemente.
  - c. Ocasionalmente.
  - d. Nunca.

¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

3. ¿Considera importante el diagnóstico de delirio en pacientes críticos?
  - a. Totalmente en desacuerdo.
  - b. En desacuerdo.
  - c. De acuerdo.
  - d. Totalmente de acuerdo.
  
4. ¿Con qué frecuencia se enfrenta usted a pacientes con delirio en la unidad?
  - a. Muy frecuentemente.
  - b. Ocasionalmente.
  - c. Casi nunca.
  - d. Nunca.
  
5. ¿Cree que el delirio está infraestimado?
  - a. Totalmente en desacuerdo.
  - b. En desacuerdo.
  - c. De acuerdo.
  - d. Totalmente de acuerdo.

6. ¿Utiliza fármacos para tratar este síndrome?
- Siempre.
  - Frecuentemente.
  - Ocasionalmente.
  - Nunca.

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

7. ¿Utiliza medidas no farmacológicas para tratar este síndrome?
- Siempre.
  - Frecuentemente.
  - Ocasionalmente.
  - Nunca.

8. En esta tabla, se exponen una serie de medidas no farmacológicas, actividades, que van encaminadas a manejar el delirio. Marque con una "x" según la frecuencia con la que usted realiza o tiene en cuenta esta serie de actividades.	Siempre	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca
Identificar los factores etiológicos que causan delirio.				
Identificar y documentar el subtipo del delirio.				
Monitorizar el estado neurológico de forma continua.				
Aumentar la vigilancia con una escala de evaluación del delirio.				
Utilizar a los familiares para vigilar a los pacientes agitados en lugar de usar sujeciones.				
Reducir la sedación, controlando el dolor con analgésicos.				
Fomentar las visitas de los allegados.				
No validar las percepciones incorrectas o interpretaciones imprecisas de la realidad de los pacientes con delirio.				
Mantener un ambiente bien iluminado que reduzca las sombras.				

8. ¿Considera importante manejar el delirio en pacientes críticos?
- Totalmente en desacuerdo.
  - En desacuerdo.
  - De acuerdo
  - Totalmente de acuerdo.

9. ¿Cree que la aparición de delirium retrasa el alta del paciente de la unidad?

- a. Totalmente en desacuerdo.
- b. En desacuerdo.
- c. De acuerdo.
- d. Totalmente de acuerdo.

10. ¿Cree que el delirio alarga la necesidad de VM?

- a. Totalmente en desacuerdo.
- b. En desacuerdo.
- c. De acuerdo.
- d. Totalmente de acuerdo.

11. En la siguiente tabla se exponen una serie de indicadores para la medición del Nivel de delirio según la clasificación NOC. Señale el grado de relevancia de cada uno para valorar dicho estado en su unidad.	Totalmente relevante	Moderadamente relevante	Poco relevante	Nada relevante
Desorientación temporal.				
Desorientación espacial.				
Desorientación personal.				
Actividad psicomotora.				
Deterioro cognitivo.				
Dificultad para seguir órdenes complejas.				
Dificultad para mantener una conversación.				
Verbalizaciones sin sentido.				
-Alteración del nivel de conciencia.				
Trastorno del patrón sueño-vigilia.				
Empeoramiento al anochecer.				
Alucinaciones.				
Inquietud.				
Agitación.				

**10.5. Anexo 5: Solicitud de permiso a la dirección del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria y a la supervisión del servicio de cuidados intensivos de este complejo hospitalario.**

Estimada Dirección del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria y supervisión de Enfermería del Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Soy Sara M<sup>a</sup> Delgado Cano, alumna de cuarto grado de enfermería en la Universidad de La Laguna. Estoy haciendo una investigación que tiene como objetivo presentarse como Trabajo de Fin de Grado y que lleva el título de “Manejo de enfermería en pacientes con delirio en una unidad de cuidados intensivos”.

El motivo de este contacto es para solicitar su autorización para la realización de una entrevista a través de un cuestionario a las enfermeras del Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. El objetivo principal de esta entrevista será conocer como manejan las enfermeras de este servicio el delirio. Esto se hará a través de un cuestionario elaborado para tal fin y de corta duración. Para realizar dicha entrevista se necesitaría disponer de una sala en este complejo hospitalario.

Agradecer su disposición y compromiso por su colaboración para la realización de esta investigación.

Atentamente, Sara Delgado.

Investigadora principal.

La Laguna, a... de..... De 2019.