

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DEL DELIRIUM EN PACIENTES VASCULARES Y PACIENTES CARDIACOS

Autor principal INMACULADA RUIZ MARTINEZ

CoAutor 1 MARIA DEL CARMEN RAMIREZ ANGUIA

CoAutor 2

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Quirúrgica

Palabras clave Delirium vascular causas prevención y control

» Resumen

El delirium es un síndrome caracterizado por alteraciones de la conciencia, atención y percepción. Hay alteración de la orientación témporo-espacial y de la capacidad de reconocer a las personas. Se puede dar tanto en el postoperatorio como en el curso de una hospitalización. La incidencia es de un 32 a 73% de los pacientes mayores de 65 años. Hemos comparado las causas del delirium en nuestros dos tipos de pacientes, vasculares y cardíacos, y hemos desarrollado la actuación de enfermería, destacando la prevención.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

El delirium es una de las complicaciones más frecuentes tanto en el postoperatorio como en el curso de una hospitalización.

El delirium es un síndrome caracterizado por alteraciones de la conciencia, atención y percepción. Su aparición es aguda y fluctúa a lo largo del día, con alternancia de periodos relativamente lúcidos y sintomáticos que frecuentemente se exacerban durante las noches. Existe una alteración de la orientación temporal, espacial y de la capacidad de reconocer a personas. Es extraño que se pierda la orientación personal. Suelen presentar anomalías del lenguaje como divagaciones, ideas delirantes y alteraciones en el ciclo sueño-vigilia. Pueden presentar dos estados: de hiperactividad (asociado a la abstinencia) y de hipoactividad (que se diagnostica erróneamente como depresión, catatonia o demencia) o incluso mixto que fluctúa a lo largo del día o del transcurso de los días.

Los síntomas del delirium suelen durar mientras persiste la causa y termina en una semana generalmente.

La incidencia de delirium encontrada en la bibliografía es del 32 al 73% de los pacientes mayores de 65 años y se asocia a una mayor mortalidad a corto y largo plazo, mayor morbilidad, mayor riesgo del deterioro funcional y cognitivo e incremento del número de días de hospitalización con el correspondiente gasto económico. También pueden existir complicaciones relacionadas con la presencia del delirium. Por ejemplo, en el delirium hiperactivo puede haber un riesgo de caídas y en el hipoactivo un riesgo de úlceras por presión e infecciones por inactividad.

Por estos motivos, hemos querido averiguar las causas que desencadenan el delirium en nuestros pacientes, para identificarlas, actuar sobre ellas y prevenirlas. También hemos comparado las causas del delirium en dos tipos de pacientes, el paciente vascular y el paciente cardíaco.

En nuestra unidad de hospitalización, Cirugía Cardiovascular del Hospital Virgen de las Nieves de Granada, conviven estos dos tipos de pacientes. El equipamiento es de 30 camas, 6 camas están destinadas a pacientes vasculares y 24 a pacientes cardíacos, aunque por necesidades de hospitalización esta proporción puede variar sustancialmente.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Las patologías y la actuación de Enfermería de ambos tipos de pacientes son diversas, pero tienen en común, un porcentaje significativo de delirium, por lo que queremos comprobar las causas que lo generan y así prevenirlas y actuar individualmente.

Las patologías más frecuentes del paciente vascular hospitalizado son: isquemias de MMII, Trombosis venosas profundas, aneurisma de aorta, fistulizaciones arteriovenosas.

Las patologías más frecuentes del paciente cardíaco hospitalizado son: cirugía de revascularización cardíaca, cirugía valvular, implantación de marcapasos y desfibriladores automáticos (DAI).

Causas de delirium en paciente vascular

Factores predisponentes

- Edad avanzada: el proceso de envejecimiento provoca cambios en el metabolismo cerebral
- Deterioro cognitivo previo: presencia de demencia, Alzheimer
- HTA: una hipertensión severa y mantenida puede ocasionar accidentes cerebrovasculares isquémicos
- Sexo masculino
- Alcoholismo
- Inmovilización
- Déficit visual y auditivo
- Ambiente externo: hospitalización
- Enfermedad de base: enfermedad renal, metabólica, psiquiátrica
- Uso múltiple de fármacos: benzodiazepinas, barbitúricos, opiáceos, antihistamínicos, antiparkinsonianos, antidepresivos, antibióticos, litio, levodopa, xantinas, AINEs, cafeína, antidiarreicos, esteroides. Estos fármacos están relacionados con una disminución de las tasas de neurotransmisores cerebrales como la acetilcolina, dopamina y serotonina

Factores precipitantes

- Dolor
- Impacto fecal

- Contención mecánica
- Privación del sueño
- Hipo/hipertermia
- Consumo de opiáceos y benzodicepinas
- Infecciones: debido a la liberación de citosinas que alteran el endotelio y los neurotransmisores. Más frecuente la infección respiratoria y urinaria
- Enfermedades: enfermedades metabólicas (diabetes, encefalopatía), alteraciones hidroelectrolíticas (deshidratación), alteraciones renales, alteraciones hematológicas (anemia)

Causas de delirium en paciente cardiaco

Factores predisponentes

- Edad avanzada
- Deterioro cognitivo previo
- Uso múltiple de fármacos
- HTA
- Sexo masculino
- Alcoholismo
- Enfermedades de base: infecciones (endocarditis), alteraciones metabólicas, endocrinas, alteraciones cardiopulmonares, gastrointestinales, electrolíticas, renales.

Factores precipitantes

Factores quirúrgicos

- Hipoperfusión cerebral durante la circulación extracorpórea
- Macro y microembolizaciones de calcio, burbujas y/o sangre
- Hipotermia intraoperatorio. La hipotermia tiene un efecto preventivo sobre la hipoxia cerebral y medular, permitiendo recuperaciones neurológicas completas, pero en pacientes geriátricos no sucede así, la recuperación es mucho más lenta y no completa.
- Sedación y analgesia. Los pacientes que consumen benzodicepinas, hipnóticos, ansiolíticos, antihipertensivos son individuos más vulnerables al delirium al disminuir los niveles plasmáticos de estos fármacos en el postoperatorio inmediato y su despertar es con ansiedad y agitación psicomotriz
- Tiempo de cirugía

Factores postoperatorios

- Uso de fármacos
- Fallo renal
- Infecciones: urinarias, respiratorias, del mediastino, relacionadas con el catéter
- Alteraciones metabólicas: trastornos del potasio, cloro, sodio, glucemia, acidosis, alcalosis

Ya analizadas las causas de la aparición del delirium desarrollamos la actuación de Enfermería

Diagnóstico

00128 Confusión Aguda relacionada con delirio manifestado por agitación, fluctuaciones en el nivel de conciencia y el ciclo de vigilia/sueño

Objetivo

0901 Orientación cognitiva

0009 Sueño

Intervenciones

4820. Orientación de la realidad

- informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempos
- evitar las restricciones físicas, ya que pueden favorecer la ansiedad y el aumento del riesgo de caídas
- dirigirse al paciente con términos sencillos, claros, evitando saturarlo con demasiada información a la vez, llamándolo por su nombre, acercarse lentamente, hablarle con suavidad y volumen adecuado
- favorecer un ambiente tranquilo y familiar. Proporcionarle objetos personales
- permitir la presencia de un familiar cercano para reorientar, tranquilizar y evitar que se lesione
- evitar la inactividad, favoreciendo la deambulación
- reorientarlo a través de relojes, cambios de luz, fotos personales
- interrumpir las confabulaciones cambiando de tema
- reducir las limitaciones sensoriales con el uso de gafas y audífonos
- informar y tranquilizar al paciente y familiares durante y después del delirium para reducir temores y ansiedad, enfatizando que se trata de un evento reversible y no como consecuencia de una enfermedad mental

1850 Fomentar el sueño

- Determinar el esquema de sueño/vigilia
- Determinar los efectos que tiene la medicación en el esquema del sueño
- Ajustar el ambiente para favorecer el sueño
- Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares
- Uso de fármacos. El de primera elección es el haloperidol. Se inicia a dosis bajas 0,5 mg cada 12 horas y en casos más severos 0,2-0,5 mg cada 4 horas. Ante una agitación persistente repetir o duplicar la dosis cada 30 minutos hasta lograr el control sintomático. La dosis máxima es de 3-5 mg diarias. A dosis mayores el cuadro de agitación es mayor. Una vez controlado el cuadro ir disminuyendo la dosis hasta su eliminación entre el 3er y 5º día. La vía intravenosa es de elección al comienzo de los síntomas, pero se debe cambiar a vía oral para el mantenimiento, ya que la duración del efecto es mayor. La monoterapia con benzodicepinas está limitada a: delirium por supresión de benzodicepinas, supresión alcohólica y para elevar el umbral convulsivo. Fuera de estos casos su uso no está recomendado porque puede incrementar la sintomatología o presentar una respuesta paradójica. Su uso no debe ser conjunto con el haloperidol.

» **Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?**

La identificación de las causas del delirium en cada uno de los pacientes es fundamental para actuar sobre ellas y sobre todo actuar antes de que aparezcan los primeros síntomas a través de la prevención, porque la mayoría de las causas se pueden prevenir.

Prevención

- Minimizar o evitar el uso de drogas anticolinérgicas, sedantes y narcóticos
- Mantener una buena hidratación, oxigenación, eliminación urinaria y fecal, descanso nocturno
- Movilización precoz
- Favorecer la orientación temporal y espacial
- Tratar precozmente cualquier complicación médica
- La compañía de familiares es muy importante
- Evitar la contención física, pues solo se logra aumentar la agresividad

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Las barreras que hemos detectado para la identificación de las causas del delirium están asociadas a la diversidad de patologías de los dos tipos de pacientes. Los pacientes vasculares son en su mayoría ancianos pluripatológicos y los pacientes cardiacos que presentan delirium están más relacionados con el daño neurológico que pueda derivarse de la intervención quirúrgica.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

El desarrollo del plan de cuidados debe incluir a los miembros de la familia. En la planificación de los cuidados debemos incluir medidas que fomenten la coherencia y la estabilidad familiar.

Informar y tranquilizar al paciente y familiares durante y después del delirium para reducir temores y ansiedad, enfatizando que se trata de un evento reversible y no como consecuencia de una enfermedad mental.

» Propuestas de líneas de investigación.

Proponemos hacer un estudio comparativo entre los dos tipos de paciente y ver la incidencia real de delirium en nuestra área de trabajo.

Bibliografía

- Cánovas Pareja, C.; García-Arilla Calvo, E.; Sanjoaquín Romero, AC.; Alarcón Corominas J. Delirium en pacientes hospitalizados. Med Clin (Barcelona). 2008;130:679
- Formiga F.; Marcos,E.; Sole, A.; Valencia, E.; Lora-Tamayo, J.; Pujol, R. Síndrome confusional agudo en pacientes ancianos ingresados por patología médica. Rev Clin Esp 2005;205:484-8
- Villalobos SJA.; García Zenon, T.; Reyna Santes, JL.; Montes de Oca Sandoval MA. Causas de delirium en adultos mayores postoperados de cirugía cardíaca. Rev Mex Cardiología.2010;21:111-120.