



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**DELIRIO POSTOPERATORIO Y ANSIEDAD PREOPERATORIA EN
PACIENTES CANDIDATOS A REVASCULARIZACIÓN CORONARIA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ISLAS OLIVA ALAN SAID

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ

COMITÉ: LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ

DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO

LIC. ANA KAREN TALAVERA PEÑA

DR. JOSÉ LUIS ACEVES CHIMAL

PROYECTO CONACYT SALUD-01-201124

MÉXICO, CDMX

OCTUBRE 2016



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

1976 - 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Mamá y Papá: Gracias a ustedes es que he podido conseguir este gran objetivo, llegar hasta este punto no fue fácil pero es maravilloso voltear atrás y observar cómo juntos fuimos paso a pasito superando cada obstáculo que se presentaba, celebrando cada logro que se conseguía y en ocasiones detenernos y reflexionar sobre el camino que tomábamos y optar por siempre elegir el que nos hiciera crecer como familia. Gracias por todo el apoyo que me dieron, sé que las palabras no llegan a ser suficientes para poder expresar todo lo alegre y dichoso que me siento por tenerlos, gracias por todo el amor que entregan, gracias Mom por escucharme, por tu paciencia, por los consejos y reflexiones que me regalas cuando más los necesito y por ser esa luz que guía mi camino, gracias Dad por estar siempre conmigo, por buscar interesarte en mis gustos y por regalarme enseñanzas que me ayudaron a ser lo que soy ahora, los amo.

Chris: ¡Oniiii-chaaan! Gracias por ser como eres, porque a pesar de que tuviera mil y un cosas que me estresaran o preocuparan tu buscabas que me olvidara de ellas un poco, distrayéndome con algún juego, videos o contándome algo gracioso que había ocurrido, quizá sin esos pequeños respiros hubiera explotado en diversas ocasiones, te amo.

Gaby: Mi niña!!! Muchísimas gracias en verdad por todo el cariño que me brindas por esas veces en las que solo con un abrazo me ayudabas a sentirme tranquilo y lleno de energía y con muchas ganas de seguir adelante, gracias por todo el apoyo que me brindas con tus palabras y mensajitos, por esos audios y por el tiempo que en ocasiones llegaba a ser poquito debido a nuestras obligaciones pero que al final siempre tratábamos de apoyarnos mutuamente, Te Amo.

A mis amigos **Shirze, Lili, David, Ale, Jeff, Carlos**, gracias por su amistad y compañía y por todos esos momentos que viví con cada uno de ustedes a lo largo de esta etapa, aprendí y me divertí muchísimo a su lado, sin ustedes la carrera hubiera sido completamente diferente por lo que valoro muchísimo su amistad y agradezco habérmelos encontrado, aunque en diferentes momentos, siempre fueron los indicados para mí, ¡Gracias!

A todos y cada uno de los profesores que me ayudaron a crecer y formarme tanto como persona como profesionista:

Dr. Carlos: Gracias por la gran oportunidad que me dio al permitirme ser parte de su grupo de trabajo, por toda la experiencia que me brindó y por las habilidades que me ayudaron a

desarrollarme y seguirán ayudando para superarme día con día, gracias por todo el conocimiento compartido y el tiempo invertido, ¡muchas gracias doc!

Dra. Bertha: Muchas gracias doctora por todo el apoyo, por compartir sus conocimientos y por contribuir a mi desarrollo profesional y personal.

Lic. Eduardo: Profe muchas gracias por todas sus enseñanzas en clase, por los consejos y el apoyo que me brindaba.

Dr. Aceves: Gracias por la oportunidad que nos dio al brindarnos un escenario tan lleno de experiencias y aprendizajes, gracias por cada una de esas pláticas que se volvían clases de medicina, estadística, investigación, gracias por esa forma de ser que nos hacía reflexionar y pensar para ser un mejor psicólogo.

Lic. Karen: Tala!!! Muchísimas gracias por todo el apoyo, el tiempo y tu dedicación que me ayudaron a lo largo de todo este proceso, gracias por cada consejo y por toda tu ayuda ya que de ti aprendí mucho también.

Y como no incluir en estos agradecimientos a todo el Isquémicos Team que estuvieron conmigo en todo este camino quienes me apoyaron y brindaron su conocimiento y experiencia gracias: **Emma, Lalo, Javi, Citla, Meli, Chio, Xime, Ana, Bren, Paty, Vane,** muchas gracias por cada momento y por cada recuerdo.

-Always Forward-

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
SISTEMA CARDIOVASCULAR Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	7
1.1 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL CORAZÓN	7
1.2 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	9
1.3 CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	10
1.4 FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	11
1.5 TRATAMIENTO	12
1.5.1 FARMACOLÓGICO	12
1.5.2 QUIRÚRGICO	13
1.6 CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA	13
FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA	18
2.1 FACTORES PROTECTORES	19
2.1.1 AUTOEFICACIA	19
2.1.2 RESILIENCIA	20
2.1.3 APOYO SOCIAL PERCIBIDO	21
2.2 FACTORES DE RIESGO	22
2.2.1 ESTRÉS PSICOLÓGICO	22
2.2.2 PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A Y D	23
2.2.3 DEPRESIÓN	24
2.2.4 ANSIEDAD	25
DELIRIO POSTOPERATORIO	27
3.1 DEFINICIÓN	27
3.2 TIPOS DE DELIRIO	28
3.3 DELIRIO POSTOPERATORIO	28
3.4 FACTORES ASOCIADOS AL DELIRIO	29
3.4.1 FACTORES ETIOLÓGICOS Y PRECIPITANTES	30
3.4.2 FACTORES PRE, INTRA Y POST OPERATORIOS	31
3.4.3 ANSIEDAD PREOPERATORIA	31
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
JUSTIFICACIÓN	34
MÉTODO	36
RESULTADOS	40
DISCUSIÓN	45
CONCLUSIONES	48
REFERENCIAS	49
ANEXOS	56

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue el de evaluar la relación de la ansiedad preoperatoria con el delirio postoperatorio en pacientes candidatos a revascularización coronaria. Se realizó un estudio de tipo transversal correlacional de 11 pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica del Área de Cardiocirugía del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE. Se aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria una semana antes de la intervención quirúrgica y posteriormente se aplicó el Método de Evaluación de la Confusión. La edad promedio de la muestra fue de 64 ± 6.2 años, la mayoría fueron hombres (81.8%) y el 90.9% fueron casados. El porcentaje más altos correspondió al nivel de estudios de Preparatoria (36.4%), todos los pacientes presentaron delirio postoperatorio, de estos el 63.7% mostro algún nivel de ansiedad donde el 36.4% reportaba niveles leves/moderados y el 27.3% niveles severos. Para el análisis estadístico se realizó una correlación de Spearman en la que no se observó una relación estadísticamente significativa ($r_s = .389$, $p = .169$), pero se encontró que sí existía relación tanto con el consumo de tabaco y el consumo de alcohol ($r_s = .650$, $p = .012$) como con el tipo de actividad física realizada en el tiempo libre y su frecuencia ($r_s = .653$, $p = .011$). Por lo anterior es importante crear programas de evaluación e intervención específica para este tipo de pacientes a cargo de psicólogos especializados.

Palabras Clave: Ansiedad Preoperatoria, Delirio Postoperatorio, Cardiopatía Isquémica.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (2013) propone una definición de salud en la que se contemplan tres dimensiones: “La salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades”, con esta nueva definición se puede entender que el proceso salud-enfermedad es multifactorial, de manera que no solo les corresponde a los médicos sino también a otros profesionales como a los psicólogos de la salud.

La psicología de la salud es la rama de la psicología cuya preocupación se centra en el análisis del comportamiento y los estilos de vida individuales que afectan la salud física de las personas ocupándose de: la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, los factores asociados con el desarrollo de la enfermedad y el sistema de cuidados además de la formulación de la política de cuidados de la salud (Morrison y Bennett, 2008). Con lo anterior al psicólogo de la salud dentro del proceso salud-enfermedad le concierne la explicación de factores psicológicos presentes, además de conocimientos específicos de la medicina conductual que ayuden a su modificación.

Se define a la medicina conductual como el campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo y la integración de la ciencia del comportamiento, la ciencia biomédica y las técnicas relevantes relacionadas con la salud y la enfermedad, así como la aplicación de conocimientos y dichas técnicas para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación (Bazán, 2003).

Dentro de la medicina conductual surgió una subespecialidad llamado Cardiología Conductual la cual se encarga de estudiar las enfermedades cardiovasculares y la relación de los factores psicosociales que favorecen la aparición y el desarrollo de la enfermedad cardiovascular. Su campo es la prevención primaria, la prevención secundaria y la rehabilitación de pacientes cardiacos, al tiempo que fortalece áreas de diagnóstico e intervención multidisciplinaria para la prevención y control.

Según la OMS (2013) las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa; se calcula que en 2008 murieron por esta causa el 30% de personas en el mundo; 7,3 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria; las muertes por ECV afectan por igual a ambos sexos, y más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios; se calcula que en 2030 morirán cerca de 23,3 millones de personas por ECV, sobre todo por cardiopatías, y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte; la mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física, la hipertensión arterial, la diabetes o el aumento de los lípidos.

Cabe mencionar que dentro del ámbito hospitalario es importante el abordaje de temas referidos a la salud desde una visión tanto multi como interdisciplinaria que incluya aspectos biológicos, psicológicos y sociales. De manera que la implementación de un tratamiento psicológico enfocado al manejo de las enfermedades resulta de gran utilidad en los diversos campos de la medicina y específicamente en el área de cardiología (Sánchez, Velasco, Rodríguez y Baranda, 2006).

Es por lo anterior que este trabajo tuvo como propósito el de conocer y evaluar la relación de la ansiedad preoperatoria con el delirio postoperatorio en pacientes candidatos a revascularización coronaria.

SISTEMA CARDIOVASCULAR Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

*“El corazón es lo primero que vive en la estructura del animal y lo último que muere.
En él tiene su comienzo y su término la vida” — Juan Luis Vives*

El sistema cardiovascular tiene como fin el hacer circular la sangre por todos los tejidos del organismo, llevando el aporte necesario de oxígeno y nutrientes, así mismo se encarga de recoger el dióxido de carbono y productos derivados del metabolismo. Se encuentra compuesto por un sistema de conductos vasculares llamado sistema linfático que se encuentran ramificados por todo el organismo los cuales son las arterias, las venas, los capilares y los vasos linfáticos además de un órgano central que es el corazón (Lahera y Garrido 2009).

1.1 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL CORAZÓN

El corazón es un órgano muscular, hueco con forma de pirámide invertida, funge como bomba que impulsa la sangre a través de los vasos sanguíneos. El peso del corazón varía dependiendo tanto de la edad como del tamaño y peso de la persona misma, se considera que el corazón equivale a un 0.45% del peso corporal total de un hombre y el 0.40% en una mujer, es decir, el peso del corazón en una persona adulta de peso y estatura media es de 250 a 350g en hombres y entre 200 a 300g en mujeres (Ballesteros, 2009).

El corazón está situado en la cavidad torácica delante del esófago, detrás del esternón, encima del diafragma y entre los pulmones, debido a su inclinación hacia la izquierda dos terceras partes se encuentran del lado izquierdo del plano medio. El corazón se encuentra rodeado por un saco delgado llamado pericardio el cual cuenta con dos capas, la parte externa es gruesa y se denominada pericardio parietal la otra capa es más delgada la cual se llama pericardio visceral, en el medio de estas hojas se encuentra una cavidad la cual contiene liquido pericárdico el cual permite al corazón estar constantemente lubricado haciendo

que su movimiento sea más fácil durante cada contracción y con una fricción mínima (Saladin 2013; Thibodeau y Patton 2007).

Este órgano está formado por dos bombas separadas, en un lado se encuentra el corazón derecho que bombea sangre hacia los pulmones y un corazón izquierdo que bombea sangre hacia los demás órganos, cada uno de estos dos corazones están constituidos por una aurícula y un ventrículo (Guyton y Hall, 2011). (Ver Figura 1)

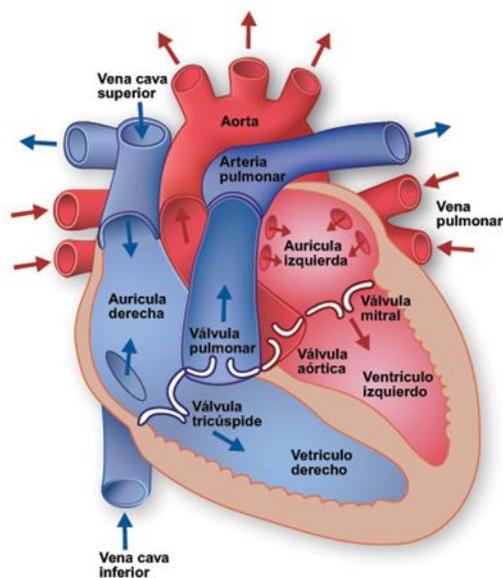


Figura 1. Anatomía del Corazón (Texas Heart Institute, 2015).

Las aurículas son cavidades que reciben la sangre que llega al corazón y la envían al ventrículo que le corresponde a través de un orificio auriculoventricular. Las aurículas forman lo que es la base del corazón y su interior es de forma lisa además de ser delgadas y elásticas. El corazón cuenta con dos aurículas una derecha y otra izquierda:

- Aurícula derecha

La aurícula derecha recibe la sangre venosa que viene de todo el cuerpo y es desde esta aurícula por la cual la sangre pasa hasta el ventrículo derecho a

través del orificio auriculoventricular derecho ocupado por la válvula tricúspide (Guyton y Hall, 2011).

- Aurícula izquierda

Esta cavidad cardiaca forma en su mayor parte la base del corazón y cuenta con una forma redondeada, la cual, en su cara posterior desembocan cuatro venas pulmonares, dos procedentes de cada pulmón, Se conecta con el ventrículo izquierdo a través de del agujero auriculoventricular izquierdo el cual se encuentra protegido por la válvula mitral o bicúspide (Lahera y Garrido 2009).

- Ventrículo derecho

El ventrículo derecho con un espesor de entre 3 y 4 mm aporta la fuerza necesaria para impulsar la sangre hacia los pulmones, en la base de este ventrículo se encuentra el orificio atrioventricular derecho, el cual está ocupado por la válvula tricúspide, que está conectada con la aurícula derecha y el orificio del tronco pulmonar (Ballesteros, 2009).

- Ventrículo izquierdo

El ventrículo izquierdo cuenta con una estructura cónica donde su vértice se encuentra hacia abajo mientras que su base está conformada por el orificio auriculoventricular y aórtico, las paredes de este ventrículo poseen 10mm de espesor, siendo más gruesas que las del ventrículo derecho, ya que impulsa la sangre a las arterias sistémicas de presión elevada las cuales transcurren por todo el cuerpo (Lahera y Garrido, 2009).

1.2 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son cualquier proceso de índole vascular, que pueden manifestarse de muchas formas: presión arterial alta, enfermedad arterial coronaria, enfermedad valvular, accidente cerebrovascular y arritmias (latidos irregulares) (Sabán, 2012). Algunas de las ECV son:

- Angina de pecho: Resultado de la restricción del suministro de sangre al miocardio, que viene acompañada de dolor intenso en el pecho y dificultad en la respiración.
- Infarto de miocardio: Es el término médico que se emplea para describir una situación que también es conocida como ataque cardiaco, llegándose a interrumpir por completo el latido cardiaco. Entre los síntomas se encuentran sensación de debilidad o mareo, náuseas, sudores fríos y dificultad para respirar.
- Enfermedad cerebro-vascular: Afectación de arterias carótidas, cerebrales y vertebrales que pueden ser asintomáticas o manifestadas por ataques isquémicos transitorios.
- Hipertensión: Enfermedad silenciosa el único elemento de predicción tanto del infarto como del accidente cerebro-vascular, se puede dar de dos clases hipertensión primaria o esencial hace referencia a la elevación de la presión sanguínea sin causa definida; y la hipertensión secundaria procede de otras enfermedades como la arterioesclerosis, trastornos renales y algunos problemas del sistema endocrino.
- Enfermedad coronaria arterial: La cual es el resultado de la aterosclerosis y la arterioesclerosis de las arterias coronarias. Síntomas no visibles y externos acompañan la formación de placas en las arterias coronarias reduciendo el calibre de las arterias y restringiendo el aporte de sangre al miocardio. Estas plaquetas suelen formar coágulos los cuales se provocan que la arteria quede parcialmente obstruida en un conducto o bien totalmente cerrado generando una isquemia.

1.3 CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

De acuerdo a la Fundación del Corazón (2015) la cardiopatía isquémica es una enfermedad provocada por una obstrucción en las arterias coronarias, las cuales están encargadas de proporcionar sangre al miocardio, reduciendo así su flujo dando como resultado una disminución en la cantidad de oxígeno que recibe el corazón. Esta obstrucción puede producirse lentamente con el paso del tiempo

o aparecer de manera espontánea quedando rápidamente bloqueadas. Existen diversas situaciones que causan la causan como:

- La arterioesclerosis que es producida cuando en alguna de las arterias coronarias se desarrolla una placa, que se compone de pequeños depósitos de grasa, calcio o células inflamatorias, provocando rigidez, endurecimiento y estrechez en las paredes internas, reduciendo el flujo constante de la sangre hacia el miocardio. Esta situación es la más frecuente entre los pacientes que adquieren esta enfermedad ya que se presenta en poco más del 90% de los casos clínicos (López J., Rodríguez A. y Fernández S. 2011).
- Un coágulo de sangre también puede generar una obstrucción completa en el suministro de sangre, provocando con ello un infarto inmediato.
- Otra situación donde puede ocurrir una cardiopatía isquémica es cuando existe un aumento excesivo en la demanda de oxígeno al miocardio, cuando se presenta malformaciones congénitas coronarias o una embolia arterial coronaria, entre otras.

1.4 FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Existen factores de riesgo que hacen al paciente vulnerable a padecer una cardiopatía isquémica, mismos que si se conocen y controlan, permitirán desarrollar una prevención temprana. Los principales factores que la provocan son:

- Edad avanzada: existe una mayor prevalencia en los hombres aunque la frecuencia en las mujeres se igual a partir de la menopausia.
- Antecedentes de CI prematura en la familia.
- Cuando se presenta un aumento en las cifras de colesterol total sobre todo de las lipoproteínas de baja densidad (LDL).

- Una disminución en los valores de las lipoproteínas de alta densidad (HDL).
- Tabaquismo
- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Obesidad
- Sedentarismo

Cabe destacar que el hecho de que los pacientes hayan presentado previamente un infarto tiene más riesgos de padecer una cardiopatía isquémica que aquellos pacientes que no lo han sufrido.

1.5 TRATAMIENTO

El tratamiento para la cardiopatía isquémica tiene como finalidad mejorar el pronóstico del paciente además de que se busca evitar el infarto al miocardio y la muerte, centrándose especialmente en reducir la incidencia de eventos trombóticos agudos y el desarrollo mayor de disfunción ventricular. Para llegar este objetivo se busca que los pacientes realicen un cambio en su estilo de vida ya que esta modificación permite interrumpir el proceso de la enfermedad aterosclerótica permitiendo así minimizar los síntomas. Para llegar a este punto los médicos se apoyan de dos tipos de tratamientos, el farmacológico y el quirúrgico (Macin et al. 2009).

1.5.1 FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico busca mejorar la calidad del paciente reduciendo la severidad o la frecuencia de los síntomas, se busca mediante los medicamentos:

- Disminuir las demandas de oxígeno al miocardio utilizando para esto nitratos, betabloqueadores, antagonistas de los canales de calcio.
- Aumentar el aporte miocárdico de oxígeno utilizando ácido acetilsalicílico, nitratos y antagonistas de los canales de calcio

- Retrasar la progresión de la aterosclerosis coronaria empleando para ello hipolipemiantes (Mesa et al. 2009; Andrea et al. 2006; Cáceres y Ramírez, 2002).

1.5.2 QUIRÚRGICO

El tratamiento quirúrgico tiene el gran beneficio de mejorar la calidad de vida del paciente:

- Intervención coronaria percutánea la cual con los avances en técnicas, equipos, stents y tratamientos, han permitido que este procedimiento sea seguro y habitual para pacientes con un anatomía coronaria estable, esta intervención consiste en reestablecer el aporte de sangre al miocardio desobstruyendo las arterias estrechadas con la introducción de un tubo hueco y flexible introducido ya sea por la arteria de la ingle o del brazo (Hasbani y Prado, 2002).

1.6 CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA

La revascularización coronaria ha sido uno de los mayores cimientos en cuanto a lo que se refiere al tratamiento de las enfermedades coronarias en los últimos años. Es utilizada desde los sesenta y es uno de los procedimientos quirúrgicos más estudiados tanto por su efectividad como por su constante búsqueda de mejorar dicha técnica de intervención. (Graell, 2013).

La revascularización coronaria es una intervención quirúrgica que busca aliviar los síntomas en el paciente lo que provocara una mejora en la calidad de vida del mismo. Esta cirugía consiste en realizar una apertura en el tórax del paciente lo cual permitirá al cirujano un fácil acceso al corazón (Ver figura 2).



Figura 2. Apertura de tórax (Heartbt, 2013)

Esta cirugía tiene el objetivo de restablecer el flujo sanguíneo de arterias que se encuentren obstruidas en el corazón (ver figura 3), por medio de injertos extraídos del paciente ya sea de arterias o venas que son tomadas de brazos, piernas u otros vasos sanguíneos, de manera que se crea una nueva vía o ruta la cual es conocida como puente o bypass (Braunwald, 2013) (Ver figura 4).



Figura 3. Cirujanos (Lance, 2015)

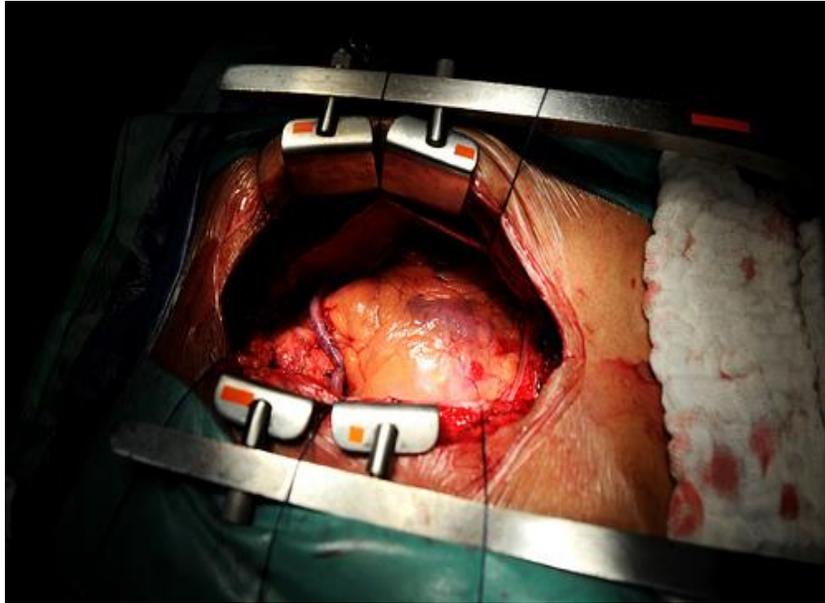


Figura 4. Bypass realizado (Antioco, 2014)

Después de haber creado el injerto o puente, se cierra el esternón con alambres o cables los cuales permanecen dentro del cuerpo del paciente dejando la incisión quirúrgica cerrada con puntos de sutura (Ver figura 5).



Figura 5. Sutura de tórax (Heartbt, 2013)

La mayoría de las personas que se someten a una cirugía de revascularización coronaria están conectadas a una bomba de derivación o sistema de circulación extracorpórea (CEC), donde el corazón se encuentra detenido mientras el paciente se encuentre conectado a la máquina. Esta máquina hace el trabajo vital tanto del corazón como el de los pulmones mientras que los cirujanos abordan al corazón que se encuentra estático, la máquina aporta oxígeno a la sangre, la hace circular a por el cuerpo y elimina el dióxido de carbono (Medtronic, 2010) (Ver Figura 6).

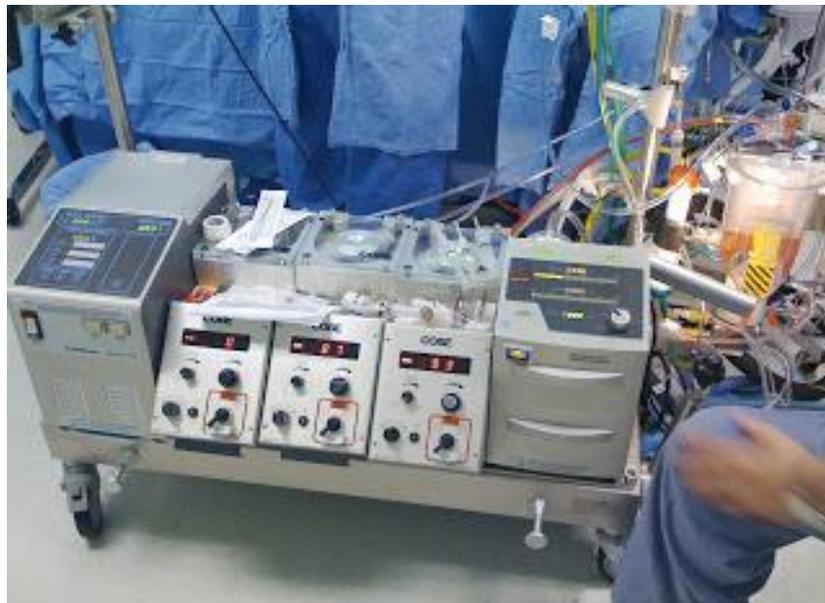


Figura 6. Máquina extracorpórea (Lozano, 2010)

Otro tipo de cirugía de revascularización no emplea el sistema de circulación extracorpórea, de manera que el procedimiento se hace mientras el corazón todavía está latiendo. Para esto el cirujano utiliza un posicionador del corazón el cual guía, sostiene y proporciona un mejor acceso a las arterias bloqueadas además de un estabilizador de tejido que mantiene inmóvil una zona pequeña de corazón mientras el cirujano trabaja en ella. Esto se denomina revascularización coronaria sin circulación extracorpórea (Montalescot, et al. 2014) (Ver Figura 7).

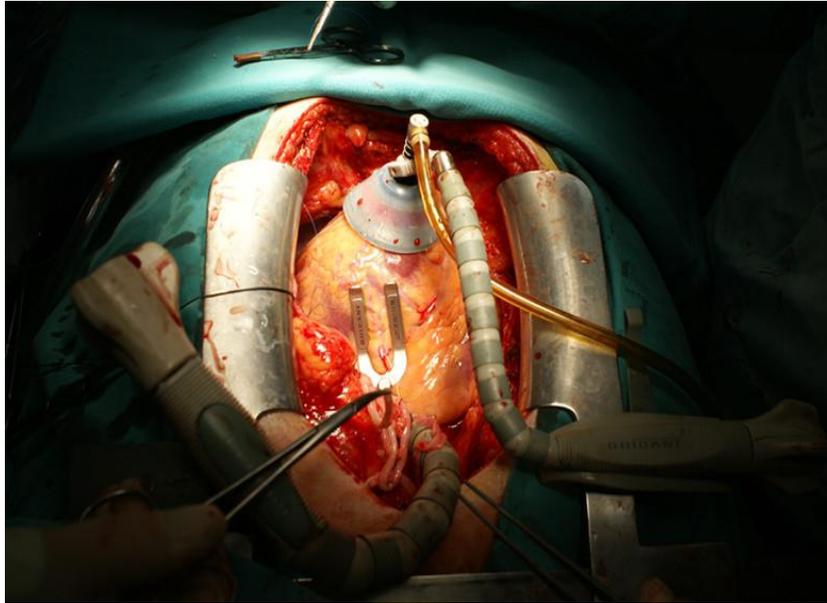


Figura 7. Cirugía sin circulación extracorpórea (Kaya et al, 2010)

La cirugía de revascularización coronaria es catalogada como una cirugía de alto riesgo y altamente invasiva, contando con una duración de entre 4 y 6 horas aproximadamente, estos llegan a ser datos que para el paciente pueden inquietar y más aún si no cuenta con la información necesaria, dando como consecuencia síntomas de estrés, ansiedad o depresión.

Es por esto que se han estudiado diferentes factores psicológicos que se encuentren asociados a la cirugía de revascularización coronaria para determinar cómo reducirlos lo mayor posible y buscar que no lleguen a afectar al paciente en su recuperación y durante su cirugía.

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA

"El corazón humano es un instrumento de muchas cuerdas; el perfecto conocedor de los hombres las sabe hacer vibrar todas, como un buen músico" — Charles Dickens

El panorama de la situación social de nuestro país plantea un agravante para la población en general, comenzando desde la población joven ya que un porcentaje de dicha población podría estar siendo afectada por enfermedad cardiovascular al entrar en la vida adulta luego de años de estar expuestos a estilos de vida no saludables. Es bien demostrado que los factores psicológicos pueden influenciar en la salud física (Sánchez, Moreno, Marín y García, 2009). Algunos de estos factores psicosociales son (Ver Tabla 1):

Tabla 1. Factores Psicosociales asociados a la cirugía de revascularización coronaria

Factores de Riesgo	Factores protectores
<ul style="list-style-type: none">• Ansiedad• Depresión• Estrés Psicológico• Hostilidad• Ira• Obesidad• Tabaquismo• Patrón de conducta tipo A y D	<ul style="list-style-type: none">• Percepción de la enfermedad• Resiliencia• Estilos de Afrontamiento• Optimismo disposicional• Autoeficacia• Apoyo social percibido• Calidad de Vida relacionada con la Salud

2.1 FACTORES PROTECTORES

Los factores protectores van por lo regular de la mano de los factores de riesgo y actúan como un escudo definido como características asociadas a una menor probabilidad de aparición de resultados negativos aunado a que reducen el impacto de un factor de riesgo. Los factores de protección pueden ser vistos también como acontecimientos positivos además de que ayudan a la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y el establecimiento de un bienestar psicológico (SAMHSA, 2015). Los objetivos principales de estos factores protectores son (Góngora y Casullo, 2009):

- Prevenir la aparición de enfermedades y el fortalecimiento de la salud en los pacientes.
- Fortalecer aspectos positivos en momentos críticos de la enfermedad contribuyendo al mejoramiento y recuperación de la enfermedad.

Algunos de estos factores protectores serán abordados en las próximas líneas.

2.1.1 AUTOEFICACIA

La autoeficacia es un constructo que fue introducido por Bandura en 1977 siendo parte de la teoría social cognitiva, dentro de esta teoría, la motivación y la conducta están regulados por el pensamiento en el cual se encuentra involucrado tres tipos de expectativas (Olivari y Urra, 2007):

- Expectativas de situación: En estas expectativas las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal.
- Expectativas de resultado: Se refiere a la creencia de que una conducta determinada producirá cierto tipo de resultados
- Expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados.

La autoeficacia influye de manera tanto positiva como negativamente en tres dimensiones del comportamiento de la persona determinando y prediciendo e gran parte comportamientos y acciones a futuro (Velásquez, 2012):

- Ámbito afectivo que engloban tanto las emociones y los sentimientos
- Ámbito Cognitivo el cual afecta los pensamientos y la resolución de tareas
- Ámbito conductual que se encuentra relacionado con los comportamientos individuales

En un estudio realizado por Flores (2015) arrojó que de una muestra de 87 pacientes que fueron diagnosticados con cardiopatía isquémica el 47.13% percibía una alta autoeficacia además debido al cuestionario aplicado (Cuestionario de Autoeficacia Cardíaca) se pudo conocer que el 64.37% reportaba niveles altos de autoeficacia para el control de los síntomas y el 49.43% contaba con una alta autoeficacia para el control de la enfermedad y el mantenimiento funcional o de actividades habituales.

2.1.2 RESILIENCIA

La resiliencia se refiere al proceso por el cual la persona supera los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y la evitación de las trayectorias negativas asociadas con el riesgo (Becoña, 2006).

Algunas de las características de la resiliencia se encuentran relacionadas, tanto con dimensiones de la personalidad como con un buen desarrollo de competencias (García-Vega y Domínguez-de la Ossa, 2013) (Ver Tabla 2):

Tabla 2. Características de la Resiliencia

<ul style="list-style-type: none">• Alta autoestima• Control sobre lo que ocurre• Autoeficacia• Búsqueda de apoyo social• Humor• Optimismo• Afrontamiento adecuado de los problemas	<ul style="list-style-type: none">• Buena gestión de la autónoma personal• Tener iniciativas• Toma de decisiones• Contar con un proyecto de• Planeación efectiva• Capacidad de entusiasmo• Motivación
---	---

La resiliencia ha estado relacionada con una menor incidencia y recurrencia de la enfermedad coronaria y cerebrovascular además de que aunada a otros factores como el optimismo y el sentido del humor podrían ayudar al paciente a llevar un mejor manejo de la enfermedad. (Nitsche, Bitran, Pedrals, Echeverría y Rigotti, 2014).

2.1.3 APOYO SOCIAL PERCIBIDO

El apoyo social percibido es definido como aquel que representa la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quienes les pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad, este modelo plantea que la participación activa dentro de ambientes sociales y una buena integración familiar permiten el incremento del bienestar y aun aumento en su calidad de vida (Amaya, 2013).

Existen 3 dimensiones que constituyen el concepto de apoyo (Méndez y Barra, 2008):

- El apoyo emocional el cual es la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos y experiencias personales, volviéndose un poderoso recurso contra las amenazas a la autoestima y desempeñando un importante rol en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar de las pacientes.
- El consejo que sirve de guía necesaria para moldear las estrategias de afrontamiento emocional y conductual ante las distintas demandas del entorno.
- El apoyo instrumental, definido como la prestación de ayuda material directa o servicios

Se ha estudiado el apoyo social como un predictor de la enfermedad cardiovascular en pacientes sanos y que la falta de redes de apoyo podría aumentar la mortalidad de la cardiopatía isquémica, de manera que, la cantidad de personas que perciba como disponibles en su red social constituye un factor ya sea de vulnerabilidad para el desarrollo de problemas cardiacos o protectores y de prevención (Cuartas, Escobar, Lotero, Lemos, Arango y Rogers, 2008).

2.2 FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de una persona que provoca un aumento en la probabilidad de sufrir una enfermedad o tensión, con respecto a factores de riesgo que encontramos en la cirugía de revascularización coronaria se sabe que se caracterizan por tener una etiología multifactorial con diferentes grados de importancia provocando que se potencialicen entre sí desencadenando un empeoramiento de síntomas en los pacientes (Suárez, 2004).

Algunos de estos factores de riesgo psicosociales son:

2.2.1 ESTRÉS PSICOLÓGICO

Es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que la provoca o confrontarla violentamente. En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos

cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular (Barattucci, 2011).

Según Laham (2001) el estrés psicológico puede tener dos tipos de respuestas las fisiopatológicas y las patofisiológicas. En lo que respecta a las fisiológicas; se sabe que el Sistema Nervioso Central (SNC) controla la función cardiovascular aumentando los niveles de cortisol y catecolaminas aumentando la fibrilación ventricular; de igual forma el aumento de adrenalina y epinefrina provocan un aumento en la presión arterial y el ritmo cardiaco. Mientras que las respuestas patofisiológicas se refiere a la hipertensión, aterosclerosis, isquemia y muerte súbita. Del mismo modo el estrés psicológico se asocia con una mayor probabilidad de involucrarse en comportamientos de alto riesgo como el tabaquismo, consumo de alcohol, comer en exceso, entre otros.

De acuerdo a Reyes, Rodríguez y Acosta (2011) situaciones estresantes que superen los recursos que tenga el paciente para hacer frente a esta demanda provoca un incremento en el Sistema Nervioso Central por lo que este estrés juega un papel importante en etapas tempranas de las enfermedades cardiovasculares como el infarto agudo al miocardio o de la cardiopatía isquémica.

2.2.2 PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A Y D

Es un constructo el cual se refiere a un conjunto de comportamientos de impaciencia, competitividad, sobrecarga, dependencia social, pérdida de control y hostilidad (Arteaga, et al., 2010).

Este tipo de conducta se encuentra constituido por 5 dimensiones: (A) componentes formales como alto volumen de voz, rapidez al hablar, evidente actividad psicomotora, (B) conducta expresada en urgencia en el tiempo, velocidad, hiperactividad, (C) aspectos motivacionales, descritos como motivación de logro, éxito y ambición, competitividad, (D) actitudes y emociones que incluyen hostilidad, ira, impaciencia y agresividad, y (E) aspectos cognitivos como necesidad de control ambiental y estilo de atribuciones interno (Moyano, Icaza, Mujica, Núñez, Leiva, Vásquez y Palomo, 2010).

El patrón de conducta tipo A se ha visto relacionada con la cardiopatía isquémica y con un aumento en el riesgo de mortalidad hasta en un 20% esto de acuerdo a un estudio realizado por Wong, Sin y Whooley (2014) en el cual se abordaron a 656 pacientes que padecían una enfermedad coronaria.

Recientemente se ha encontrado que algunos investigadores han acrecentado el interés por estudiar a detalle el tipo de personalidad D o personalidad de distrés, la cual se caracteriza por afectividad negativa e inhibición social (Horacio y Beatriz, 2013).

Este tipo de comportamiento engloba la depresión, la ansiedad y el enojo incrementando el riesgo de eventos cardiacos en pacientes coronarios. Cabe señalar que la personalidad tipo D, llega a provocar espasmo coronario, y la activación de plaquetas de la sangre generando trombosis arterial. También la isquemia al miocardio puede desarrollarse bajo estrés mental. Asimismo los pacientes coronarios que presentan depresión presentan una variabilidad en la frecuencia cardiaca más baja que lo normal, predisponiendo a la fibrilación ventricular (Sánchez, 2007).

Se ha encontrado que la prevalencia de este tipo de personalidad en pacientes con cardiopatía isquémica va de un 25% hasta un 36% mientras que en insuficiencia cardiaca varía entre un 21% y un 45% de manera que uno de cada cuatro o uno de cada tres pacientes presentan esta disposición (Espoz, 2012).

2.2.3 DEPRESIÓN

Es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, baja autoestima, actitud pesimista, la ira o la frustración pueden interferir con la vida diaria del individuo durante un período de tiempo prolongado (Snaith, 2003).

Algunos de los síntomas de la depresión en los pacientes cardiacos van más allá de la tristeza o el bajo estado de ánimo ya que las quejas habituales consisten en la perdida de interés y disfrute en la vida además de un deterioro en

el aspecto personal, una escasa concentración durante conversaciones habituales y una falta de energía para realizar tareas cotidianas.

La depresión es un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad en pacientes con enfermedad coronaria siendo un trastorno importante que conduce un aumento de los eventos cardiovasculares, una estancia hospitalaria más larga y una prevalencia mayor en pacientes con insuficiencia cardiaca (Khayyam-Nekouei, Neshatdoost, Yousefy, Sadeghi y Manshaee, 2013).

La depresión es más frecuente en pacientes que han sufrido un infarto al miocardio, la cual si se diagnostica durante la hospitalización existe un aumento significativo de riesgo de muerte en el año siguiente además de que desata un riesgo mayor de volver a presentar una enfermedad cardiaca a los 18 meses siguientes de la hospitalización (Smith y Blumenthal, 2011)

2.2.4 ANSIEDAD

La ansiedad puede ser definida como una reacción emocional implicada en los procesos de adaptación ante eventos adversos o peligros reales o imaginarios, que prepara al organismo para reaccionar ante esa situación de peligro o amenaza dirigida contra su cuerpo o modo de vida (Crandall, Halterman y Mackner, 2007; Li, 2006).

El término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de una reacción fisiológica (Sans, 2013).

La ansiedad implica una serie de emociones y cogniciones complejas que se dirigen, generalmente, hacia el futuro provocando que se desencadene una preocupación, como posibles peligros o amenazas además de la incapacidad por poder controlarlas. En algunas circunstancias la ansiedad puede resultar adaptativa, cuando el individuo se encuentra en alerta ante peligros reales lo que

le permite un mejor afrontamiento de la situación y con esto una mejor adaptación. Pero la ansiedad se vuelve un problema cuando los niveles aumentan y se prolongan aun sin que exista un peligro evidente que los desencadene, lo que la convierte en una emoción negativa y fuente de un constante malestar para el individuo ya que de manera fisiológica se desarrolla un aumento de la actividad del aparato parasimpático (produciendo adrenalina) del sistema nervioso que controla la presión sanguínea y esto a la larga afectando al sistema circulatorio (Butcher, Mineka y Hooley, 2007).

En un estudio realizado por Navarro-García y colaboradores (2011) con 100 pacientes que serían sometidos a cirugía cardiaca demostraron que el 32% habían sufrido ansiedad preoperatoria midiendo también la depresión la cual se vio presente en 19% de la muestra, este mismo estudio arrojó que tanto la edad mayor a 65 años como una prolongada estancia hospitalaria preoperatoria fueron factores determinantes para la aparición de estos trastornos, además de que la ansiedad preoperatoria tuvo un papel importante en el incremento del dolor posquirúrgico.

Para esta investigación el factor de riesgo psicológico que se abordara con mayor profundidad es la ansiedad y su papel en la cirugía de revascularización coronaria.

DELIRIO POSTOPERATORIO

"Mi locura era un delirio provocado por la debilidad y el agotamiento, pero no había perdido la conciencia" — Knut Hamsun

3.1 DEFINICIÓN

El delirio, también llamado Síndrome Confusional Agudo (SCA), se puede definir según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2013) como resultado de la suma de una alteración del nivel de conciencia con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención unido a un cambio en las funciones cognitivas o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo, pudiéndose presentar en un periodo corto de tiempo, días u horas y permanecer a lo largo del día.

En algunas ocasiones el delirio llega a ser confundido con demencia pero debe tomarse en consideración que las alteraciones cognitivas que presentan ambas es diferente, en cuanto a la demencia, se define como una alteración en la memoria y esta misma alteración se desarrolla en meses o años empeorando de manera progresiva, mientras que el delirio es un grave trastorno neuropsiquiátrico que se caracteriza por la aparición de alteraciones de conciencia y de las funciones cognitivas que manifiesta habitualmente en horas o días además de tener un origen orgánico que por lo general se desarrolla en contextos de una enfermedad o a consecuencia del uso o abstinencia de ciertas sustancias (Carrillo y Carrillo, 2007; Palencia-Herrejón, Romera y Silva).

3.2 TIPOS DE DELIRIO

Con base a la alteración del nivel de conciencia, el estado de alerta y la actividad psicomotora el delirio se clasifica en 3 subtipos (Carrera, 2014):

- Delirio Hiperactivo: se caracteriza por agitación, agresividad, inquietud, labilidad emocional, tendencia a retirarse sondas, catéteres y tubos.
- Delirio Hipoactivo: se caracteriza por letargia, aplanamiento afectivo, apatía y disminución en la respuesta a estímulos externos.
- Delirio Mixto: presenta características de los dos tipos de delirio

El delirio hipoactivo es el que se llega a presentar con más frecuencia lo que lo vuelve infradiagnosticado a causa de su presentación clínica, con alto riesgo de úlceras por presión y peor pronóstico tras el periodo postoperatorio.

Dentro del periodo postoperatorio se puede encontrar lo que es delirio emergente que se encuentra dentro del periodo postoperatorio inmediato, el cual aparece tras revertir la anestesia general, suele durar entre minutos y horas. También se llega a presentar el delirio, propiamente dicho, postoperatorio o postoperatorio tardío, que transcurre a partir del tercer día de la intervención quirúrgica, con un intervalo previo de días con lucidez y se revierte en horas a días, aunque puede llegar a durar entre semanas y meses (Carrillo y Carrillo, 2007).

3.3 DELIRIO POSTOPERATORIO

Es importante mencionar que dentro de la Unidad de Terapia Intensiva (la cual es un área que consiste en brindar cuidados especiales con equipo sofisticado como monitores, sondas de alimentación y ventiladores, además de contar con un acceso más restringido a familiares) se ha encontrado que el delirio postoperatorio se presenta aproximadamente en un 80% de los enfermos que ingresan a esta área y que a pesar de esto no es diagnosticado dentro en el 66 a 84% de los casos, además se ha visto que la prevalencia es mayor cuando los pacientes son personas de la tercera edad sobre todo cuando son sometidas a múltiples intervenciones quirúrgicas (Koster, 2011).

Si bien es cierto que las razones por las que el delirio postoperatorio se presenta en los pacientes no tiene un origen certero, varios estudios se han dedicado a investigar los diversos factores que se ven involucrados en la aparición de este trastorno como el realizado por De las Pozas (2011) donde establecía que existían tres tipos de factores los preoperatorios, los factores intraoperatorios y los factores postoperatorios. Menciona en su estudio que de 95 pacientes estudiados, 15 presentaron delirio, lo que establecía una incidencia del 15.7% además de encontrar que tanto la edad del paciente, como el tiempo que tuvo de intubación orotraqueal, así como también si el paciente había tenido una fibrilación auricular previa se relacionaban de manera significativa con la aparición del delirio postoperatorio.

En otro estudio realizado por Smulter, Claesson, Gustafson, Olofsson y Engström (2013) se encontró que en una muestra de 142 pacientes el 54.9% (78 pacientes) fue diagnosticado con delirio encontrando una relación con factores tanto de predisposición como de precipitación para la aparición de este trastorno, dentro de estos factores, los autores, encontraron que tanto la edad, diagnósticos previos de gastritis, diabetes o problemas de úlceras jugaban un papel importante. Cabe mencionar que una alta concentración de sodio y una alta temperatura registrada en la Unidad de Terapia Intensiva también eran factores que se veían involucrados con el delirio postoperatorio.

En un estudio realizado por Pérez de la Sota en 2006 mencionaba que la edad avanzada en los pacientes representaba una mayor incidencia de complicaciones (cuadruplicando su aparición por encima de los 80 años frente a la de la población de 50 a 60 años) ya que además de presentar una enfermedad coronaria más avanzada pueden desarrollar en el postoperatorio insuficiencia renal, bajo gasto cardíaco y delirium.

3.4 FACTORES ASOCIADOS AL DELIRIO

El delirio tiene un origen multifactorial y para que se produzca deben de presentarse al menos dos, los factores precipitantes o predisponentes y un

paciente susceptible. Como no es tan factible medir el nivel de susceptibilidad cognitiva del paciente, es por eso que se busca abordar y disminuir los factores que posiblemente puedan desencadenar un deliro postoperatorio, algunos de estos factores se abordaran en los siguientes párrafos.

3.4.1 FACTORES ETIOLÓGICOS Y PRECIPITANTES

Se sabe que el delirio es plurietiológico y que cualquier intervención grave puede desencadenar el deliro, pero también existen alteraciones o patologías que aumentan la presencia del deliro, algunos de estos son (Ruiz, Mateos, Suárez y Villaverde, 2012) (Ver Tabla 3):

Tabla 3. Factores Etiológicos	
Patología SNC <ul style="list-style-type: none"> • Convulsiones • Encefalopatía Hipertensiva • Hematoma Subdural • Hidrocefalia Normotensiva 	Enfermedades Sistémicas <ul style="list-style-type: none"> • Privación Sensorial • Trauma Grave • Fiebre o Hipotermia • Situaciones postoperatorias como dolor o anemia
Alteraciones Metabólicas <ul style="list-style-type: none"> • Fallo Renal • Fallo Hepático • Anemia • Hipoxia 	Sustancias y toxinas <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Anfetaminas • Sedantes • Alucinógenos
Alteraciones Cardiopulmonares <ul style="list-style-type: none"> • Infarto Agudo al Miocardio • Arritmia Cardiaca • Insuficiencia Cardiaca Crónica • Insuficiencia Respiratoria 	Fármacos <ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos tricíclicos • Inhibidores de la recepción de serotonina • Betabloqueadores • Corticoides

3.4.2 FACTORES PRE, INTRA Y POST OPERATORIOS

De las Pozas (2011) identificó dentro de estas tres dimensiones, posibles condiciones o factores que se veían relacionados en los pacientes que presentaron deliro postoperatorio:

Tabla 4. Factores Pre, Intra y Post operatorios		
Factores Preoperatorios	Factores Intraoperatorios	Factores postoperatorios
<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Fibrilación Auricular • Dolor preoperatorio • Consumo de Alcohol • Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de intervención (sustitución valvular o cirugía coronaria) • Hipotermia • Circulación Extracorpórea (CEC) • Tiempo de CEC 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de intubación orotraqueal • Fármacos vasoactivos (Adrenalina) • Propofol • Opiáceos

Dentro de los factores preoperatorios encontramos que la depresión, el dolor y hábitos tóxicos como el consumo del alcohol y el cigarro estuvieron presente en los pacientes que presentaron delirio postoperatorio y son factores que también se encuentran relacionados con la ansiedad preoperatoria.

3.4.3 ANSIEDAD PREOPERATORIA

La mayor parte de los pacientes que se encuentran esperando cirugía, desarrollan algún nivel de ansiedad a lo que se denomina ansiedad preoperatoria pues se encuentran a la expectativa de todo lo que les pudiera pasar tanto antes como después de la cirugía misma, el grado en que la ansiedad preoperatoria aparece dependen de muchos factores como el sexo, la edad, el tipo de cirugía,

experiencias quirúrgicas previas y la susceptibilidad que tenga el paciente para enfrentar situaciones estresantes (Jawaid, Mushtaq, Mukhtar y Khan, 2007).

La ansiedad preoperatoria llega a afectar desde un 60 hasta un 80% de los pacientes quirúrgicos, de manera que si esta ansiedad llega a establecer un aumento antes de la cirugía se verá reflejado en cambios psicofisiológicos como hipertensión, arritmias, sudoración en pies o manos, un cambio en su frecuencia respiratoria y en casos extremos la cancelación de la cirugía programada por parte del paciente (Nigussie, Belachew y Wolancho, 2014).

La cirugía constituye un gran estresor complejo y depende no solo de la hospitalización sino de acontecimientos previos a la hospitalización, sus consecuencias y de la enfermedad misma, como es el caso de la cardiopatía isquémica donde la cirugía es completamente invasiva, aunado a esto el paciente llega a sentir dentro del hospital una desorientación, una pérdida de la intimidad, abandono de la zona de confort y roles habituales, de manera que se van aumentado los niveles de ansiedad preoperatoria a tal grado que llega a tener consecuencias negativas reflejadas en estancias hospitalarias más largas, mayor necesidad de analgésicos y una recuperación postoperatoria tardía (Ali, Altun, Oguz, Ilhan, Demircan y Koltka, 2014)

En un estudio realizado en el 2010 por Roest, Martens, de Jonge y Denollet se encontró que las personas ansiosas estaban en riesgo de contraer tanto una cardiopatía coronaria (HR 1.26; 95% intervalo de confianza [IC]: 1,15 a 1,38; $p < 0,0001$) como de sufrir una muerte cardiaca (HR: 1,48; IC del 95%: 1,14 a 1,92; $p = 0,003$) de manera independiente a las variables demográficas, factores de riesgo biológicos y conductas saludables. Además encontraron una asociación no significativa entre ansiedad e IAM no mortal (HR: 1,43; 95% IC: 0,85-2,40; $p = 0,180$). Cabe aclarar que en cuanto al análisis por subgrupos no encontraron diferencias significativas entre el sexo, los diversos tipos de ansiedad o el seguimiento a corto o largo plazo.

En otro estudio realizado por Watkins, Koch, Sherwood, Blumenthal, Davidson, O'Connor y Sketch (2013) encontraron pacientes con enfermedades cardiacas que presentan ansiedad tenían el doble de riesgo de muerte que los que no sufrían ansiedad. Pero que en el caso de aquellos que además de ansiedad sufrían depresión el riesgo se multiplica por tres. En el seguimiento realizado en este estudio se encontró que de los 934 pacientes que eran en total, 133 pacientes fallecieron de los cuales 55 tenían ansiedad, depresión o ambas cosas y la mayoría de las muertes (93 de las 133) estaban relacionadas con el corazón. Se entiende con esto que tanto la ansiedad como la depresión influyen de forma determinante en el aumento en las tasas de muerte por enfermedades cardiovasculares.

En cuanto a la ansiedad que se genera en los pacientes con alguna cardiopatía y que son candidatos para la cirugía de revascularización coronaria se ha encontrado que, según un estudio realizado por Tully y Baker en 2012, los trastornos de ansiedad más comunes son el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico, un trastorno caracterizado por ataques de pánico recurrentes. Tanto el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico se presentan de forma variable con una prevalencia que oscila del cero a casi el 11% de los pacientes con cirugía de revascularización. Los autores remarcan que tanto el énfasis en el trastorno de pánico como en el trastorno de ansiedad es posiblemente el resultado de reconocimiento de su mayor prevalencia, y también, que cada trastorno se asocia generalmente con resultados cardíacos adversos entre los pacientes con enfermedad arterial coronaria.

Existe un estudio en el cual se buscó establecer una relación entre la ansiedad preoperatoria con la depresión y el delirio postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía cardíaca, a pesar de no haber encontrado una relación aparente se registró que el 55.8% de los pacientes presentaban ansiedad, un 25.2% reportaron ansiedad generalizada y un 15.5% tuvieron síntomas depresivos, lo que se rescata de este artículo es la inclusión de factores

psicológicos como factores involucrados dentro de la prevalencia del delirio postoperatorio (Detroyer, Dobbels, Verfaillie, Meyfroid, Sergeant y Milisen, 2008).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México las investigaciones que se han realizado con la intención de profundizar acerca del papel que juegan los factores psicosociales y sus respectivas repercusiones en cuanto al tratamiento de la Cardiopatía Isquémica son muy escasas y son realmente mínimas las investigaciones que estudien la posible relación de factores de riesgo psicosociales como la ansiedad preoperatoria con la aparición del delirio posoperatorio en esta enfermedad.

Aunado a lo anterior el delirio postoperatorio es probablemente la manifestación más frecuente de disfunción aguda del sistema nervioso central y a pesar de que es un campo de investigación muy amplio aún no se conoce de manera concreta que es lo que lo desencadena, pero esto no deja de lado que sea un problema que se reporta de manera muy habitual en los enfermos críticos ya que este trastorno se presenta en un elevado número de pacientes ingresados en Unidades de Terapia Intensiva.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe relación entre la ansiedad preoperatoria y el delirio postoperatorio en pacientes sometidos a una cirugía de revascularización coronaria?

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primer causa de muerte en el mundo y son también las enfermedades crónico degenerativas que provocan más ingresos hospitalarios y más discapacidad a quienes las padecen, en México representan un 41% de los fallecimientos con una tasa de defunciones en Cardiopatía Isquémica de 51.3 muertes por 100 mil habitantes, constituyendo un importante problema de salud pública (INEGI, 2011).

De manera paralela se debe dar importancia tanto a la prevención como a la detección temprana del delirio ya que este último se relaciona con una estancia hospitalaria prolongada, una reducción cognitiva y funcional, así como un aumento de la morbilidad y la mortalidad en los pacientes que se someten a alguna cirugía cardíaca, además de que el delirio está asociado con más complicaciones postoperatorias.

Cabe destacar que los pacientes que presentan una enfermedad cardíaca como la cardiopatía isquémica y que además son tributarios a revascularización coronaria, presentan una incidencia de entre 50-67% mayor de presentar delirio postoperatorio a comparación de otro tipo de intervenciones quirúrgicas (Norkienè, Ringaitienè, Kuzminskaitè y Sipylaitè, 2013). Un aspecto importante a considerar es que en ocasiones este tipo de pacientes tienden a presentar síntomas de afecciones psicológicas como la ansiedad que llegan a ser fácilmente confundidos con síntomas de la misma enfermedad pasándolas por alto sin tomar en cuenta que un mejor manejo y control de la situación tanto antes como después de la cirugía podrían contribuir de manera favorable al desarrollo en general tanto de la intervención médica como de la posterior recuperación del paciente.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la relación de la ansiedad preoperatoria con el delirio postoperatorio en pacientes candidatos a revascularización coronaria atendidos en el área de Cardiocirugía del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el delirio postoperatorio.
- Evaluar la ansiedad preoperatoria.
- Describir la relación del delirio postoperatorio y la ansiedad preoperatoria.

MÉTODO

DISEÑO

Se realizó un estudio de tipo transversal correlacional.

PARTICIPANTES

Participó una muestra intencional no probabilística de 11 pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica que acudieron a consulta en el área de Cardiocirugía del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE.

Criterios de Inclusión:

Pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica (dado por el cardiólogo responsable) hombres y mujeres, mayores de 30 y menores de 70 años, alfabetizados y que además hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de no inclusión:

Pacientes que tengan algún trastorno psiquiátrico, que no sepan leer o escribir, cuenten con problemas auditivos o visuales complicando la comunicación con el terapeuta.

VARIABLES

Deliro Postoperatorio

Definición conceptual: Alteración de la atención (disminución de la capacidad para dirigir, enfocar, mantener y cambiar la atención) y la conciencia (reducción de la orientación para el medio ambiente). Esta alteración se presenta en un corto periodo de tiempo (habitualmente en horas o pocos días) representa un cambio de la atención y la conciencia que tiende a fluctuar en gravedad durante el curso del día (American Psychiatric Association, 2013, citado en European Delirium Association, 2014).

Definición operacional: Puntuación obtenía en la entrevista semiestructurada y una escala de observación CAM-S cuyo resultado arrojará si existe o no Delirium en el paciente postoperado (González, 2003).

Ansiedad Preoperatoria

Definición conceptual: Es una reacción emocional implicada en los procesos de adaptación ante eventos adversos o peligros reales o imaginarios, que prepara al organismo para reaccionar ante esa situación de peligro o amenaza dirigida contra su cuerpo o modo de vida (Crandall, Halterman y Mackner, 2007; Li, 2006).

Definición operacional: Puntuación obtenida en la subescala de ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), cuya calificación en puntos, determinará el nivel de la ansiedad: Una puntuación ≥ 3 puntos indica la presencia de ansiedad, 0-2 Normal, 3-8 Leve/Moderada y >9 Ansiedad severa (Zigmond y Snaith, 1983).

ESCENARIO

El área de Cardiocirugía del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE.

INSTRUMENTOS

- *Consentimiento Informado (Ver Anexo 1).*
- *Cuestionario de Datos generales.* Se diseñó un grupo de preguntas que tienen como fin recolectar datos personales del paciente (*Ver Anexo 2*).
- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS (Zigmond y Snaith, 1983). *The Hospital Anxiety and Depression scale*, por sus siglas en inglés, permite detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria. El contenido de la HADS está referido a los aspectos psicológicos de la ansiedad y

depresión. La exclusión de síntomas somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, etc.) evita equívocos de atribución cuando se aplica a individuos con algún tipo de enfermedad. Esta escala consta de 14 reactivos divididos en dos subescalas de 7 reactivos para cada trastorno, donde los reactivos impares corresponden al indicador Ansiedad y los pares a la Depresión. El HADS posee una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. Esta breve escala consta de dos subescalas de 7 ítems intercalados. La subescala de Ansiedad va de 0 a 2 puntos se considera como nula, 3 a 8 leve/moderada, y >9 severa; y para la Depresión de 0 a 1 nula, de 2 a 6 leve/moderada, y >7 severa (*Ver Anexo 3*).

- Método de evaluación de la confusión CAM (Confusion Assessment Method) por sus siglas en inglés es una revista semiestructurada y una escala de observación con 10 ítems en total la cual permite determinar de forma rápida la existencia o no de delirium en situaciones de riesgo, siendo utilizada para este estudio la adaptación para el ámbito hospitalario de González (2003). La primera parte del CAM-S consta de seis ítems; dos dirigidos al cuidador más cercano (familiar o enfermera) con las que se obtiene información del inicio del cuadro de delirium y de la presencia de fluctuaciones, y cuatro preguntas para el paciente que permiten detectar el deterioro cognoscitivo del paciente y la atención, la segunda parte del instrumento el clínico debe responderla con base en la observación al paciente. Al final basado en los reactivos se podrá detectar si el paciente resulta positivo para Delirium si da como afirmativo en los dos primeros ítems y en el tercero y/o cuarto (*Ver Anexo 4*).

PROCEDIMIENTO

La evaluación se realizó de forma individual en dos momentos, antes de la cirugía y después de la cirugía:

- **Antes de la cirugía:** Primera medición, la cual tuvo una duración de 15 a 20 minutos aproximadamente, cuando el paciente se encontraba hospitalizado, una semana antes de su cirugía programada. En esta primera medición se le leyó al paciente un Consentimiento Bajo Información, el cual se le pidió que lo firmara, inmediatamente se le leyó y pidió que contestara cada uno de los reactivos que integran al cuestionario HADS.
- **Después de la cirugía:** Ya que los pacientes eran intervenidos quirúrgicamente se acudió a terapia postquirúrgica dentro de los 3 primeros días sucesivos a su operación, dependiendo de su condición (si el paciente podía hablar o no ya que en ocasiones aun no les retiraban el tubo traqueal o quedaban muy adoloridos para poder hablar) es que se determinaba si se llevaba a cabo la segunda medición el día que bajaban de quirófano o era pertinente esperar uno o dos días más. Esta segunda medición consistió en aplicar el cuestionario CAM, donde la primera parte se le realizaba a la enfermera que tenía cuidado directo con el paciente y la segunda parte se le aplicaba a este último.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se realizó bajo los principios de la bioética, es decir, en la autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia. Todos los pacientes que participaron en esta investigación fueron voluntarios e informados sobre el derecho que tuvieron de participar o no así como el derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento sin represaría alguna, además de recibir un servicio de calidad y la confidencialidad de toda información personal que hayan brindado así como el uso de esta información con fines solo de investigación aclarando que esta evaluación no representaría ningún tipo de riesgo para su persona.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos obtenidos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS para Windows versión 22. Se realizó un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos de la muestra y de las variables. Además se realizó una correlación (Spearman, con una significancia estadística con un valor de $p < 0.05$) para identificar cómo se relacionan la ansiedad preoperatoria con el delirio postoperatorio en pacientes candidatos a revascularización coronaria.

RESULTADOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Se evaluaron 11 pacientes la mayoría fueron hombres (81.8%) con una edad de 64 ± 6.2 años. El 90.9% fueron casados o vivían en unión libre y el 9.1% fueron solteros. La mayor parte de los pacientes tenían un nivel escolar de Preparatoria o Carrera Técnica (36.4%), además el 54.5% eran jubilados o pensionados. Cabe mencionar que de los 11 pacientes el 27.3% tenía como hábitos el consumo social de alcohol antes de la hospitalización y 18.2% los tenía con el tabaco, el 54.5 % realizaba actividades pasivas en su tiempo libre, como por ejemplo, mirar la televisión, leer o tomar una siesta, mientras que el 36.4% realizaba actividad física en su tiempo libre más de 5 veces al día como caminatas de 30 minutos y solo el 9.1% realizaba actividad en su tiempo libre de 1 a 2 veces por semana como correr o trotar por las mañanas (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Datos Sociodemográficos y Estilo de Vida

N=11		%(n)
Sexo	Hombres	81.8 (9)
	Mujeres.	18.2 (2)

DELIRIO POSTOPERATORIO Y ANSIEDAD PREOPERATORIA EN PACIENTES CANDIDATOS A REVASCULARIZACIÓN CORONARIA

Estado Civil	Casado/Unión libre	90.9 (10)
	Soltero	9.1 (1)
Escolaridad	Primaria	27.3 (3)
	Preparatoria/Carrera Técnica	36.4 (4)
	Licenciatura	18.2 (2)
	Posgrado	18.2 (2)
Ocupación	Hogar	9.1 (1)
	Comerciante	18.2 (2)
	Profesionista	18.2 (2)
	Jubilado/Pensionado	54.5 (6)
Adicciones	Alcohol	27.3 (3)
	Tabaco	18.2 (2)
Uso del Tiempo Libre	Actividades Pasivas	54.5 (6)
	Actividades Pasivas/Activas	45.5 (5)
Frecuencia	No realiza	54.5 (6)
	De 1 a 2 veces a la semana	9.1 (1)
	Más de 5 veces a la semana	36.4 (4)

ANSIEDAD PREOPERATORIA

Del total de la muestra el 63.7% percibía ansiedad de los cuales el 36.4% reportaba contar con un nivel de ansiedad leve/moderada y 27.3% de los pacientes percibieron contar con ansiedad a niveles severos (Ver Figura 8).

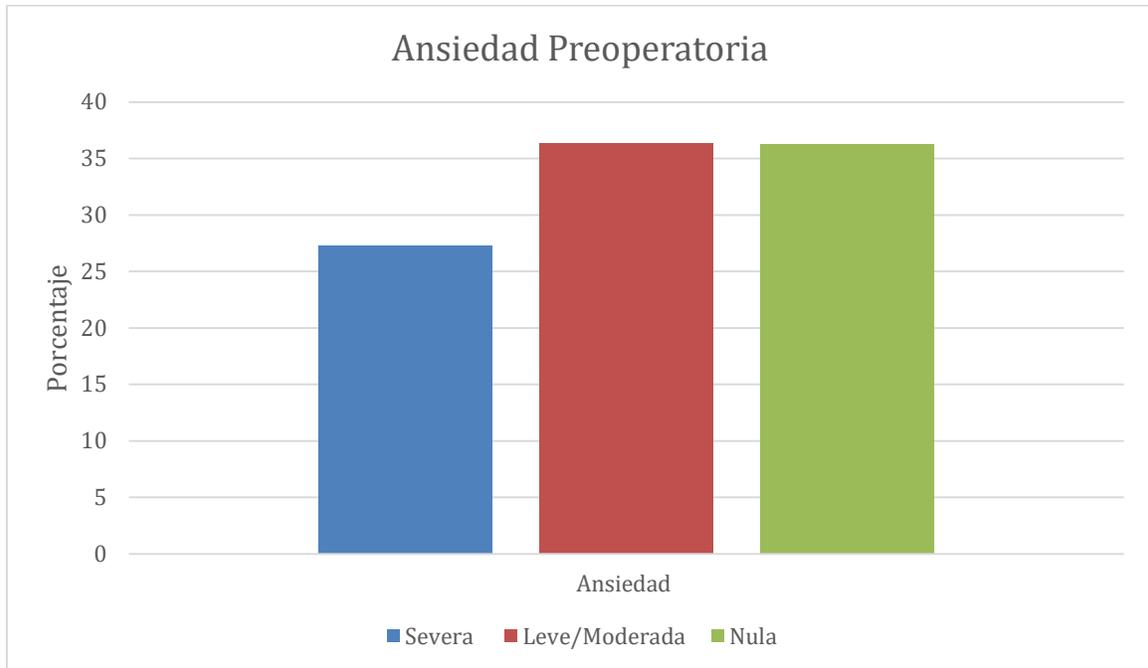


Figura 8. Ansiedad Preoperatoria

A partir de los datos sociodemográficos se encontró que del total de los pacientes que tenían un nivel de ansiedad, el 45.4% eran hombres, el 54.5% estaban casados o en unión libre, tenían una escolaridad a nivel preparatoria o carrera técnica (27.3%) y se encontraban pensionados o jubilados (27.3%). Es importante mencionar que de estos pacientes con ansiedad preoperatoria el 18.2% tenía hábitos relacionados con el consumo social de alcohol y el 18.2% con el tabaco, además de que el 36.4% no realizaba actividad física en su tiempo libre mayor a 30 minutos diarios y solo el 27.3% lo hacía más de 5 veces al día (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Datos Sociodemográficos y Estilo de Vida

N=11		Con Ansiedad	Sin Ansiedad
		%(n)	%(n)
Sexo	Hombres	45.4 (5)	36.4 (4)
	Mujeres.	18.2 (2)	

DELIRIO POSTOPERATORIO Y ANSIEDAD PREOPERATORIA EN PACIENTES CANDIDATOS A REVASCULARIZACIÓN CORONARIA

Estado Civil	Casado/Unión libre	54.5 (6)	36.4 (4)
	Soltero	9.1 (1)	
Escolaridad	Primaria	18.2 (2)	9.1 (1)
	Preparatoria/Carrera Técnica	27.3 (3)	9.1 (1)
	Licenciatura	9.1 (1)	9.1 (1)
	Posgrado	9.1 (1)	9.1 (1)
Ocupación	Hogar	9.1 (1)	
	Comerciante	9.1 (1)	9.1 (1)
	Profesionista	9.1 (1)	9.1 (1)
	Jubilado/Pensionado	27.3 (3)	27.3 (3)
Adicciones	Alcohol	18.2 (2)	9.1 (1)
	Tabaco	18.2 (2)	
Uso del Tiempo Libre	Actividades Pasivas	36.4 (4)	18.2 (2)
	Actividades Pasivas/Activas	27.3 (3)	18.2 (2)
Frecuencia	No realiza	36.4 (4)	18.2 (2)
	De 1 a 2 veces a la semana		9.1 (1)
	Más de 5 veces a la semana	27.3 (3)	9.1 (1)

ANSIEDAD PREOPERATORIA Y DELIRIO POSTOPERATORIO

Se realizó la prueba de correlación de Spearman entre la ansiedad preoperatoria y el delirio postoperatorio en la cual no se observó una relación estadísticamente significativa ($r_s = .389$, $p = .169$). Se continuo realizando otra correlación de Spearman para identificar que variables sociodemográficas y de estilo de vida se relacionaban estadísticamente encontrando que el consumo social de alcohol se relaciona de manera significativa con el consumo de tabaco ($r_s = .650$, $p = .012$), además de que el tipo de actividad física realizada en el tiempo libre también se relaciona de forma significativa con la frecuencia de la misma ($r_s = .653$, $p = .011$) (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Análisis de Correlación

	r_s	p
Alcohol y Tabaco	.650	.012
Tiempo libre y Frecuencia	.653	.011
Ansiedad y Delirio	.389	.169
Ansiedad y Tabaco	-.333	.245
Ansiedad y Edad	-.081	.784
Ansiedad y Sexo	.051	.863
Delirio y Alcohol	-.055	.852
Delirio y Edad	-.130	.657
Delirio y Sexo	-.213	.464

DISCUSIÓN

El objetivo planteado en esta investigación fue el de evaluar tanto la ansiedad preoperatoria y el delirio postoperatorio en pacientes candidatos a revascularización coronaria y describir la posible relación entre ambas variables, dichos objetivos se lograron completar.

De los resultados obtenidos cabe destacar que el 63.7% de los pacientes presentó ansiedad, el 36.4% reportaba niveles leves/moderados y que un 27.3% percibían niveles severos de ansiedad preoperatoria lo cual coincide con la literatura reportada por Tully y Baker (2012) quienes indicaron que de entre los trastornos más comunes la ansiedad es la que mayor prevalencia tiene en pacientes que son sometidos a cirugía cardíaca y con otro estudio realizado por Navarro-García y colaboradores (2011) la cual mencionaba que de los pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria un 32% habría sufrido de ansiedad preoperatoria, además los presentes resultados coinciden con un estudio realizado en México por Mora (2015) a pacientes candidatos a revascularización coronaria en el cual de una muestra de 62 pacientes el 46.8% mostro niveles altos de ansiedad preoperatoria.

En cuanto al delirio postoperatorio se encontró que el 27.3% tenían hábitos vinculados al consumo social de alcohol y el 18.2% relacionados al consumo de tabaco antes de su hospitalización lo cual coincide con los factores preoperatorios reportados por De las Pozas (2011) que, si bien, se conoce que el delirio es plurietiológico, estos factores fungen como predisponentes para la aparición del delirio posoperatorio.

Es importante destacar que no existen muchos estudios que analicen alguna relación entre la ansiedad preoperatoria y el delirio postoperatorio como el estudio realizado por Destroyer y colaboradores (2008) en el cual no se encontró relación entre estas variables pero si un alto grado de ansiedad en el 55.8% de los pacientes, de esta forma la presente investigación resulta de manera similar pues a pesar de no haber registrado una relación estadísticamente significativa

($r_s = .389$, $p = .169$), si se reportan niveles de ansiedad preoperatoria en el 63.7% y un nivel severo de ansiedad en el 42.9%.

La literatura menciona que existen factores de riesgo psicológicos que se encuentran presentes en los pacientes con enfermedades cardiovasculares (Sánchez, Moreno, Marín y García, 2009), como la ansiedad, la depresión o un estilo de vida no saludable, este dato representa una gran similitud con lo reportado en esta investigación ya que en los pacientes candidatos a una revascularización coronaria se pudo observar también una relación lineal estadísticamente significativa y directamente proporcional entre el tipo de actividad física realizada en el tiempo libre de los pacientes y la frecuencia con que se realiza ($r_s = .653$, $p < 0.05$), además de que también se encontró una relación lineal estadísticamente significativa y directamente proporcional entre el consumo de alcohol y el consumo de tabaco antes de la hospitalización ($r_s = .650$, $p < 0.05$).

En México no se cuenta con estudios o revisiones específicas que engloben de manera conjunta tanto a la ansiedad preoperatoria como al delirio posoperatorio en pacientes con cirugía de revascularización programada de manera que este estudio contó con la ventaja de cumplir como una investigación como alcances de exploración e indagación así como el de ser un punto de partida para próximas investigaciones.

Los resultados en esta investigación implican un abordaje a los padecimientos externados por los pacientes ya que al existir un psicólogo de la salud encargado del tratamiento de síntomas psicológicos presentes antes de la cirugía, daría como resultado de manera inmediata una estabilidad para el paciente preoperatorio, progresivamente mejoraría el estado psicológico en terapia de cuidados intensivos, dando consigo una pronta recuperación lo que provocaría un menor número de días en hospitalización reduciendo con esto los gastos que implica para la institución, si bien, los factores psicológicos no lo son todo para la recuperación de un paciente revascularizado, si forman parte

importante del paciente dentro de las esferas que lo conforman (psicológicas, físicas y sociales).

Cabe mencionar que durante la realización de esta investigación surgieron algunas limitantes como lo fue el tamaño de la muestra siendo pequeño en comparación con la de otros estudios, esto debido al difícil acceso a los pacientes dentro de la unidad de cuidados intensivos debido a su condición física, como un mayor tiempo de intubación traqueal y una constante de dolor en los pacientes lo cual impedía que se llevaran de manera adecuada la aplicación en tiempo de los instrumentos.

Este estudio alienta la importancia de la integración del papel desempeñado por el psicólogo de la salud en lo referido al proceso de salud-enfermedad aunado a la participación multidisciplinaria de ramas especializadas como la cardiología conductual en el plano de la medicina.

Se sugiere la inclusión y la evaluación de variables medicas tales como el tiempo de entubación orotraqueal, tiempo en que el paciente estuvo conectado a máquina extracorpórea así como también contar con mediciones de fármacos vasoactivos, antidepresivos o betabloqueadores que permitirían un mayor manejo de variables y un aumento en la precisión del estudio.

Como punto final de esta investigación surge la propuesta de crear programas de difusión del trabajo del psicólogo de la salud, su importancia y los alcances que tiene en el ambiente hospitalario además de una búsqueda de apoyo por parte de las instituciones de salud para la asignación de más espacios dirigidos a la evaluación e intervención psicológica de pacientes con cardiopatía isquémica.

CONCLUSIONES

El delirio postoperatorio es un trastorno el cual sigue repercutiendo considerablemente en los pacientes que son revascularizados, y que debido a su plurietiología, se vuelve un trastorno complejo de controlar, por esto es importante comenzar a indagar en otros aspectos que también afecten al paciente como los aspectos psicológicos y de manera más específica la ansiedad preoperatoria que en cualquier nivel continua preocupando debido al impacto que tiene de manera cognitiva (pensamientos, ideologías y emociones) y su repercusión a nivel fisiológico (aumento en la presión arterial, aceleración del pulso cardiaco, etc.) debido a esto y aunado a que actualmente no se brinda la debida atención, es importante y necesario la creación de programas de evaluación e intervención específica para este tipo de pacientes a cargo de psicólogos especializados en el área de la cardiología conductual los cuales puedan trabajar de manera multidisciplinaria con otros profesionales de la salud de manera que el paciente reciba una intervención completa en las todas esferas (biológica, psicológica y social) que lo integran.

REFERENCIAS

- Amaya, M. (2013). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno (Tesis de maestría) Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Andrea, R., Bellera, N., Loma-Osorio, P. y Heras, M. (2006). *Fundamentos del tratamiento farmacológico actual de la cardiopatía isquémica*. *Rev Esp Cardiol Supl.*; 6:31A-40ª
- Antioco, Y. (2014). Cirugía Cardiovascular. [Figura]. Recuperado de http://cirugia2014.blogspot.mx/2014_09_01_archive.html
- Ali, A., Altun, D., Oguz, B., Ilhan, M., Demircan, F. y Koltka, K. (2014) The effect of preoperative anxiety on postoperative analgesia and anesthesia recovery in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Journal of Anesthesia*; 28: 222-227
- Ballesteros, P. (2009). Anatomía del corazón. En A. López y C. Macaya. *Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA*. Bilbao, España: Fundación BBVA.
- Barattucci, Y. (2011). Estrés y Alimentación. Tesis de Grado, UFASTA Argentina
- Barrett, K., Barman, S., Boitano, S. y Brooks, H. (2013) *Ganong. Fisiología médica*. México: Mc Graw Hill
- Braunwald R., Douglas, L. (2013) *Tratado de Cardiología* (9ª edición). Madrid: Elsevier.
- Bazán, R., (2003). Contribuciones de la Psicología de la Salud en el ámbito hospitalario de México. *Psicología y Ciencia Social*. Universidad Nacional Autónoma de México. 5(1), 20-26.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 11(3), 125-146
- Bonet, J. y Suárez-Bagnasco, M. (2011). Revisión Breve: Diagnóstico clínico de los ataques de ira y la hostilidad en pacientes con enfermedad coronaria *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Fundación Aiglé pp.231-237
- Butcher, J., Mineka, S. y Hooley, J. (2007). *Psicología clínica*. Madrid: Pearson education.

- Cáceres, F. (2004). *Cardiopatía isquémica en el adulto joven*. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias; 3(2) 1-4
- Cáceres, F. y Ramírez R. (2002) *Protocolo de Tratamiento de la Cardiopatía Isquémica en la Atención Primaria de Salud* Rev. Cubana Farm; 36(1):69-72
- Carrillo, R. y Carrillo, J. (2007). *Delirio en el enfermo grave*. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, 21(1) 38-44
- Carrera, C. (2014). *Delirium postoperatorio en cirugía general, el fantasma de nuestros abuelos*. *Enferm. glob.* 13 (33). 407-423.
- Cuartas, V., Escobar, A., Lotero, E., Lemos, M., Arango, J. y Rogers, H. (2008). Los factores psicosociales implicado en la cardiopatía isquémica. Revista CES Psicología, 1(2). 19-40
- De las Pozas, J. (2011). *Delirio postoperatorio y factores relacionados en una unidad de cirugía cardíaca*. NURE Inv. 8 (53).
- Detroyer, E., Dobbels, F., Verfaillie, E., Meyfroid, G., Sergeant, P. y Milisen, K. (2008). Is Preoperative Anxiety and Depression Associated with Onset of Delirium After Cardiac Surgery in Older Patients? A Prospective Cohort Study. *Journal Compilation The American Geriatrics Society* 56(12) 2278-2284
- European Delirium Association (2014) The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer, American Delirium Society BMC Med. 2014; 12: 141
- Espoz, F. (2012). La personalidad Tipo D tiene efectos negativos en los pacientes con enfermedad cardiovascular. *Publicación Médica de Cardiología*
- Flores, A. (2015). Autoeficacia, Percepción de Enfermedad y Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Cardiopatía Isquémica (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- García-Vega, M. Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), 63-77.

- Góngora, V. y Casullo, M. (2009). Factores protectores en salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*; 26(2): 183-205
- Graell, A. (2013). Factores asociados a complicaciones postoperatorias en cirugía de revascularización miocárdica programada (tesis de posgrado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Guyton, A. y Hall, J. (2011). *Tratado de fisiología médica*. España: Elsevier España
- Hasbani, E. y Prado, A. (2002) *Revascularización miocárdica: perspectivas desde la Cardiología Clínica* Rev Fed Arg Cardiol; 31: 266-273
- Heartbt. (2013) Coronary Artery Bypass Graft. [Figura]. Recuperado de <http://www.heartbt.co.za/surgery---cabg.html>
- Horacio, D. y Beatriz, M. (2013). Patrón de conducta tipo a, su relación con variables cognitivas. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 5(2)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011). Estadísticas a propósito *del día mundial del corazón*.
- Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences (Riyadh)*. 2007 Apr;12(2):145-8.
- Kaya, K., Cavolli, R., Telli, A., Fazil, M., Aslan, A., Gokaslan, G., Mursel, S. y Tasoz, R. (2010). Off-pump versus on-pump coronary artery bypass grafting in acute coronary síndrome: a clinical analysis. [Figura]. Recuperado de <http://cardiothoracicsurgery.biomedcentral.com/articles/10.1186/1749-8090-5-31>
- Khayyam-Nekouei, Z., Neshatdoost, H., Yousefy, A., Sadeghi, M. y Manshaee, G. (2013). Psychological factors and coronary heart disease. *ARYA Atherosclerosis*, 9(1), 102–111.
- Koster, S. (2011). *Delirium in cardiac surgery A study on risk-assessment and long-term consequences*. Thesis. Rotterdam.
- Laham, M. (2001). *Psicocardiología.: Abordaje psicológico del paciente cardíaco*. República de Argentina: Ediciones Lumiere

- Lahera V. y Garrido C. (2009) Sistema cardiovascular. En J. Tresguerres, M. Villanúa y A. López, *Anatomía y fisiología del cuerpo humano*, Madrid, España: Mc Graw Hill
- Llanio R. y Perdomo G. (2003) *Propedéutica clínica y semiología médica. Tomo I*. La Habana, Cuba: Editorial Ecimed.
- Lance, J. (2015) Can the anesthesiologist affect outcome after CABG surgery? A study from New York. [Figura]. Recuperado de <http://aa2day.org/2015/03/cabgoutcome/>
- López J., Rodríguez A. y Fernández S. (2011) *Cardiopatía Isquémica Actualización en Medicina de Familia*. México
- Lozano, J. (2010) Circulación extracorpórea ¿existen complicaciones? [Figura]. Recuperado de <http://fisiopatologiauniversidadsalazar.blogspot.mx/2010/08/circulacion-extracorporea-existen.html>
- Macin, S., Bono, J., Ramos, H., Rengel, E., Suasnabar, R., Zapata, G., Hasbani, E., Cooke, R., Muntaner, J., Carusso, O. y Luciardí, H. (2009) *Guías de Manejo de Cardiopatía Isquémica Crónica: Agina Crónica Estable*. Comité de Cardiopatía Isquémica. Federación Argentina de Cardiología
- Matías González Tugás . (2003). Delirium Adaptación de un instrumento de detección y evaluación del pronóstico vital asociado. 23-03-16, de Universitat de Barcelona
- Medtronic I. (2010). ¿Qué es la cirugía de bypass? Enfermedad de la arteria coronaria. 11(2) 2009-2010
- Méndez, P. y Barra, E. (2008). Apoyo Social Percibido en Adolescentes Infractores de Ley y no Infractores. *Psykhe*, 17(1), 59-64
- Mesa, P., Pérez, M., Moreno, A. y Arrabal, R. (2009) *Manejo del Paciente con Cardiopatía Isquémica Aguda* España.
- Montalescot, G. Sechtem U., Achenbach, S., Andreotti, F., Arden C., Budaj, A., Bugiardini, R., Crea F., Cuisset, T., Di Mario, C., Ferreira, J., Gersh, B., Gitt, A., Hulot, J., Marx, N., Opie, L., Pfisterer, M., Prescott, E., Ruschitzka, F., Sabaté, M., Senior, R., Taggart, D., van der Wall, E. y Vrints, C. (2014) *Guía de Práctica Clínica de la ESC 2013 sobre diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica estable* Revista Española de Cardiología.;67(2):135.1-81

- Mora, R. (2015). Ansiedad preoperatoria y su Relación con las estrategias de afrontamiento en pacientes sometidos a revascularización cardiaca (Tesis de Licenciatura) Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Morrison, V. y Bennet, P. (2008). Psicología de la salud. España: Person educación
- Moyano, E., Icaza, G., Mujica, V., Núñez, L., Leiva, E., Vásquez, M. y Paloma, I. (2010). Patrón de comportamiento tipo A, ira y enfermedades cardiovasculares (ECV) en población urbana chilena. Revista Latinoamericana de Psicología, Chile
- Navarro-García, M., Marín-Fernández, B., Martínez-Oroza, A., Martorell-Gurucharria, A., Ordoñez-Ortigosaa, E., Prieto-Guembea, P., Sorbet-Amósteguic, M., Induráin-Fernández, S., Elizondo-Sotroa, A., Irigoyen-Aristorena, M. y García-Aizpúna, Y. (2011). Trastornos del ánimo preoperatorios en cirugía cardiaca: factores de riesgo y morbilidad postoperatoria en la unidad de cuidados intensivos. Revista Española de Cardiología, 64(11), 1005-1010
- Nigussie, S. Belachew, T. y Wolancho W. (2014). Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. BMC Surgery 14:67
- Nitsche, M., Bitran, M., Pedrals, N., Echeverría, G., y Rigotti, A. (2014). Positive psychosocial factors and cardiovascular health. Revista médica de Chile, 142(10), 1316-1323
- Norkienė, I., Ringaitienė, D., Kuzminskaitė, V. y Sipylaitė J. (2013). Incidence and risk factors of early delirium after cardiac surgery. Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International.
- Oblitas, L. (2006). Psicología de la salud y enfermedades crónicas. Bogotá: Psicom Editores.
- Oblitas, L. (2010). Psicología de la salud y calidad de vida. México: Cengage Learning
- Olivari, M. y Urra, E. (2007). Autoeficacia Y Conductas De Salud. Ciencia Y Enfermería, 13(1), 9-15
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Enfermedades no transmisibles*
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Enfermedades cardiovasculares*.

- Organización Mundial de la Salud. (2004). *La OMS publica un atlas decisivo sobre la epidemia mundial de cardiopatías y accidentes cerebrovasculares*
- Palencia-Herrejón, E., Romera, M. y Silva, J. (2008). Delirio en el paciente crítico. *Medicina Intensiva*, 32 77-91.
- Pérez de la Sota, E. (2006). Indicaciones de la cirugía de revascularización miocárdica. *Cirugía Cardiovascular*, 13(4),245-249 *
- Ramos, B., Figueroa, C., Alcocer, L. y Rincón S. (2011) Validación del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia cardiaca. *EN-CLAVES del pensamiento*; V(10),173-189.
- Reyes, A., Rodríguez, R. y Acosta, C. (2011). Estrés, factor desencadenante en las enfermedades cardiovasculares y neoplásicas. *Revista científico-estudiantil de ciencias médicas de cuba*.
- Rosas-Peralta, Martín, y Attie, Fause. (2007). *Enfermedad cardiovascular: Primera causa de muerte en adultos de México y el mundo. Archivos de cardiología de México*, 77(2), 91-93.
- Roest, A., Martens E., de Jonge P., Denollet J. (2010) Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease: A Meta-Analysis. *J Am Coll Cardiol*.56 (1):38-46.
- Ruiz, M., Mateos, V., Suárez, H. y Villaverde, P. (2012). *Síndrome Confusional Agudo (Delirium) "Guía práctica de diagnóstico y tratamiento"* España; Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Sabán, J. (2012). *Epidemiología de la enfermedad cardiovascular*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Saladin, K. (2013). *Anatomía y Fisiología*. Madrid, España: Mc Graw Hill
- SAMHSA, (2015). Risk and Protective Factors. Recuperado de: <http://www.samhsa.gov/capt/practicing-effective-prevention/prevention-behavioral-health/risk-protective-factors>
- Sánchez, M., Moreno, G., Marín, M. y García, L. (2009) Factores de Riesgo Cardiovascular en Poblaciones Jóvenes. *Revista de salud pública*. Colombia
- Sánchez, S., Velasco, L., Rodríguez, R. y Baranda, J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en

- pacientes médicamente enfermos. *Revista de Investigación Clínica*, 58(6), 540-546
- Sánchez, R. (2007). *Personalidad tipo D y Riesgo cardiovascular* Tesis de Licenciatura . Universidad Nacional de Mar del Plata Argentina
- Sans, M. (2013). *Enfermedades cardiovasculares*. Institut d' Estudis de la Salut, Barcelona.
- Smith, P. y Blumenthal, J. (2011). Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Revista Española de Cardiología*. 64(10), 924-933.
- Smulter, N., Claesson H., Gustafson, Y., Olofsson, B. y Engström, K. (2013). *Delirium after cardiac surgery: incidence and risk factors*. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery* 17 (2013) 790–798.
- Suárez, A. (2004). *Protocolos de riesgo cardiovascular*. Sociedad Española de Medicina.
- Texas Heart Institute. (2015). *Anatomía del Corazón*. [Figura]. Recuperado de http://www.texasheart.org/HIC/Anatomy_Esp/anato_sp.cfm
- Thibodeau, G. y Patton, K. (2007). *Anatomía y Fisiología*. Madrid, España: Elsevier Mosby
- Tully, P. J., & Baker, R. A. (2012). Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: a contemporary and practical review. *Journal of Geriatric Cardiology: JGC*, 9(2), 197–208.
- Velásquez, A. (2012). Revisión histórico-conceptual del concepto de autoeficacia. *Revista Pequén*, 2(1), 148-160
- Watkins, L., Koch, G., Sherwood, A., Blumenthal, J. Davidson, J. O'Connor, C. y Sketch, M. (2013) Association of anxiety and depression with all cause mortality in individuals with coronary heart disease. *Journal of American Heart Association*.

ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carta de consentimiento informado

Yo _____
otorgo mi consentimiento para participar como voluntario(a) en una investigación para identificar las emociones y los pensamientos que se presentan al ser programado a una intervención quirúrgica cardiaca.

Como parte de esta investigación, contestaré algunos cuestionarios relacionados con el objetivo del mismo.

Mi nombre y alguna otra información que puedan identificarme tendrán un carácter confidencial y estarán legalmente asegurados.

Estoy de acuerdo en que los terapeutas que realizan este protocolo en el hospital, se pongan en contacto conmigo, cada vez que tenga cita para revisión médica.

Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento sin que cambie mi relación con los investigadores y/o las instituciones.

NOMBRE DEL FAMILIAR:

DIRECCIÓN:

PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____ FECHA: _____

FIRMA: _____

TESTIGO 1

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

TESTIGO 2

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

ANEXO 2 CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES

Datos Generales

Nombre completo: Edad:

Lugar de procedencia: Teléfono:

Fecha de nacimiento: Sexo: 1. Hombre 2. Mujer

Estado Civil: 1. Soltero(a) 2. Casado(a)/Unión libre 3. Viudo 4. Divorciado

Escolaridad:

- 1. Sabe leer y escribir
- 2. Primaria
- 3. Secundaria
- 4. Preparatoria/ carrera técnica
- 5. Licenciatura
- 6. Posgrado

Ocupación:

- 1. Hogar
- 2. Empleado
- 3. Comerciante
- 4. Profesionista
- 5. Jubilado/Pensionado

¿Cuánto tiempo lleva realizando esta actividad?

¿Qué tan satisfactorio es para ud?

- 1. Nada 2. Poco
- 3. Bastante 4. Totalmente

Religión:

- 1. Católica
- 2. Cristiana
- 3. Testigo de Jehová
- 4. Ninguna
- 5. Otra

En relación a su religión ¿Es creyente o practicante?

- 1. Creyente 2. Practicante 3. Ninguno

Desde que sabe que va a ser operado ¿disminuyó o aumentó su actividad religiosa?

- 1. Disminuyó 2. Se ha mantenido igual 3. Aumentó 4. No aplica

ANEXO 3 ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HADS)

HADS

Lea cada oración y elija la respuesta que más describa cómo se sintió la **SEMANA PASADA**. No se demore en contestar las oraciones.

ANSIEDAD	DEPRESIÓN
<p>1. Me siento tenso (a) o nervioso (a).</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Ocasionalmente/ algunas veces</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Siempre</p>	<p>2. Aún disfruto de las cosas que solía disfrutar.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Definitivamente sí</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No tanto</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sólo un poco</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Difícilmente</p>
<p>3. Tengo una sensación de temor como si algo horrible fuera a pasar.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 1. A veces/ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Definitivamente sí</p>	<p>4. Me puedo reír y ver el lado positivo de las cosas.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Como siempre lo he hecho</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No mucho últimamente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente / algunas veces</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Nunca</p>
<p>5. Tengo muchos pensamientos preocupantes.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 1. A veces, pero no muy seguido</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Todo el tiempo</p>	<p>6. Me siento alegre.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Todo el tiempo</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Algunas veces</p> <p><input type="checkbox"/> 3. No, nunca</p>
<p>7. Fácilmente me puedo sentar y sentirme relajado.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Siempre</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Algunas veces</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Nunca</p>	<p>8. Me siento lento (a) y torpe</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Algunas veces</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Siempre</p>
<p>9. Llego a sentirme asustado y como si tuviera mariposas en el estómago.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. No, nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Siempre</p>	<p>10. He perdido interés en mi apariencia.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Le doy la misma importancia</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Probablemente, no le tomo importancia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No me importa tanto como antes</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Definitivamente sí</p>

DELIRIO POSTOPERATORIO Y ANSIEDAD PREOPERATORIA EN PACIENTES CANDIDATOS A REVASCULARIZACIÓN CORONARIA

<p>11. Me siento intranquilo, como si tuviera que estar en movimiento constantemente.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No mucho</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Siempre</p>	<p>12. Veo el futuro disfrutando de las cosas.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Más que nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Un poco menos de lo que acostumbro</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Definitivamente menos de lo que acostumbro</p> <p><input type="checkbox"/> 3. No lo hago</p>
<p>13. Tengo repentinos sentimientos de pánico.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No muy seguido</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Siempre</p>	<p>14. Puedo disfrutar de una buena revista o programa de radio o televisión.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Siempre</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Algunas veces</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Nunca</p>

		Puntaje Total
Ansiedad		<input type="checkbox"/> 0. Nula (0-2) <input type="checkbox"/> 1. Leve/Moderado (3-8) <input type="checkbox"/> 2. Severa (>9)
Depresión		<input type="checkbox"/> 0. Nula (0-1) <input type="checkbox"/> 1. Leve/Moderado (2-6) <input type="checkbox"/> 2. Severa (>7)

ANEXO 4 MÉTODO DE EVALUACIÓN DE LA CONFUSIÓN (CAM)

Nombre del paciente _____

Este instrumento consta de dos partes: una entrevista con preguntas a realizar al paciente y a su cuidador más cercano (familiar y/o enfermera), y un conjunto de preguntas que el clínico deberá responder basándose en la evaluación realizada.

Primera Parte (entrevista)

A. Preguntar al cuidador más cercano (familiar y/o enfermería):

A1. “¿Ha observado algún cambio en el comportamiento del paciente los últimos días?”
(Valorar cambios conductuales y/o mentales) SI / NO

A2. “¿Estos cambios varían a lo largo del día?” (Valorar fluctuaciones en el curso del día) SI / NO

B. Preguntar al paciente:

B1. “Díganos cuál es la razón por la que está ingresado aquí.

- “¿Cómo se encuentra actualmente?”
- Dejar que el paciente hable durante un minuto.
- ¿El paciente es incapaz de seguir el curso de la conversación y de dar explicaciones claras y lógicas? SI / NO

B2. “Dígame: el día, la fecha, el mes, la estación del año, y el año en que estamos ahora.”

- ¿Hay más de una respuesta errónea? SI / NO

B3. “Dígame el hospital, el servicio, la ciudad y el país. “

- ¿Hay más de una respuesta errónea? SI / NO

B4. “Repita estos números: 5-9-2 -----, ahora repítalos hacia atrás.”

- ¿La respuesta es errónea? SI / NO

Segunda Parte (el clínico responde en base a lo observado para determinar la presencia o ausencia de Delirium)

1. ¿El paciente presenta un cambio en el estado mental basal de inicio agudo y curso fluctuante a lo largo del día?

- Responder basándose en Item A.1 y A.2. SI / NO

2. ¿El paciente presenta dificultad para mantener la atención y se distrae fácilmente?

- Responder basándose en Item B.1 y B.4. SI / NO

3. ¿El paciente presenta un pensamiento desorganizado?

La respuesta será afirmativa si en algún momento de la entrevista se observa dificultad en organizar los pensamientos reflejados en:

- „ Frecuentes cambios de tema
- „ Comentarios irrelevantes
- „ Interrupciones o desconexiones del discurso
- „ Pérdida de la lógica del discurso (discurso confuso y/o delirante)

Responder basándose en Item B.1. SI / NO

4. ¿El paciente presenta alteración del nivel de conciencia?

Se considerará alteración de conciencia a cualquier alteración de la capacidad de reaccionar apropiadamente a los estímulos.

- „ Vigil (conciencia normal)
- „ Hiperalerta (vigilante, hiperreactivo)
- „ Somnoliento (se duerme con facilidad)
- „ Estupor (responde a estímulos verbales) „ Coma (responde a estímulos dolorosos)

Responder basándose en Item B.1, B.2 y B.3. SI / NO

El instrumento será positivo para Delirium si en la segunda parte son positivos los dos primeros ítems y el tercero y/o el cuarto.

DELIRIUM: SI / NO