

**Adaptación transcultural de la *The Intensive Care Delirium Screening Checklist*
(ICDSC) en Bogotá**

Allison Tatiana Gaitán Amaya

David Fernando Betancurt Loaiza

Mauricio Soler Mendoza

Asesora Trabajo de Grado

Diana Marcela Achury Saldaña

Profesora Asociada del departamento de Enfermería Clínica

Pontificia Universidad Javeriana

Maestría en Enfermería en Cuidado Crítico

Bogotá

Noviembre 2021

Índice

1. Introducción	1
2. Descripción del problema.....	2
3. Pregunta de investigación.....	7
4. Justificación.....	8
4.1. Relevancia social	8
4.2. Relevancia teórica.....	12
4.3. Relevancia disciplinar	14
4.4. Objetivo general.....	17
4.5. Objetivo específico	17
4.6. Marco teórico.....	17
5. Capítulo I. Generalidades del delirium postoperatorio en el paciente sometido a cirugía cardiaca.....	18
6. Capítulo II. Detección temprana del delirium Posoperatorio.	20
6.1. Factores de riesgo para delirium POP.....	21
6.2. Herramientas diagnósticas para la detección del delirium POP	22
6.3. Escalas para la detección del delirium en el paciente crítico.....	24
6.3.1. Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)	24
6.3.2. Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC).....	26

6.4.	Lista de verificación de detección del delirio en cuidados intensivos (ICDSC)....	27
7.	Capitulo III. Integración del modelo Betty Neuman en la detección del delirium posoperatorio.	28
8.	Capitulo IV: adaptación cultural de instrumentos.....	32
8.1.	Equivalencia.....	33
8.1.1.	Componentes de la adaptación cultural	34
9.	Aspectos prácticos que pueden influir en el proceso de adaptación	36
9.1.	Elementos proceso de adaptación	38
9.1.1.	Comité de expertos	38
9.1.2.	Documentación del proceso.....	38
10.	Prueba piloto	38
11.	Metodología	39
11.1.	Diseño del estudio	39
11.1.1.	Criterios de inclusión	40
11.1.2.	Criterios de exclusión	40
11.2.	Descripción del instrumento que se adaptó culturalmente.....	40
11.3.	Recolección de la información.....	41
11.3.1.	Procedimiento	41
11.4.	Pasos de la adaptación transcultural.....	42
11.4.1.	Etapas de la adaptación transcultural.....	42

11.4.2.	Etapa II: Síntesis de las traducciones.....	42
11.4.3.	Etapa III: traducción inversa.....	42
11.4.4.	Etapa IV: Comité de Expertos	43
11.4.5.	Etapa V: Prueba de la versión preliminar	43
11.4.6.	Etapa VI: Envío de documentación a los desarrolladores o comité coordinador para la evaluación del proceso de adaptación	44
12.	Presentación de Resultados	45
12.1.	Etapa I. Traducción Inicial.	45
12.2.	Etapa II. Síntesis de las traducciones.	45
12.3.	Etapa III: Traducción inversa.....	55
12.4.	Etapa IV: Etapa comité de expertos.	64
12.5.	Etapa V: Prueba de versión preliminar	67
12.5.1.	Comprensibilidad neta por ítem.....	70
12.6.	Etapa VI: Envío de documentación a los Desarrolladores o Comité Coordinador para la Evaluación del Proceso de Adaptación	72
13.	Discusión.....	72
14.	Conclusiones	80
15.	Recomendaciones.....	80
17.	Referencias	81
18.	Anexos.....	110

Listado de tablas

Tabla 1. Traducción del título.....	46
Tabla 2. Traducción del instructivo del instrumento.....	46
Tabla 3. Traducción del ítem 1.....	47
Tabla 4. Traducción del ítem 2.....	48
Tabla 5. Traducción del ítem 3.....	49
Tabla 6. Traducción del ítem 4.....	50
Tabla 7. Traducción del ítem 5.....	51
Tabla 8. Traducción del ítem 6.....	52
Tabla 9. Traducción del ítem 7.....	53
Tabla 10. Traducción del ítem 8.....	54
Tabla 11. Puntuación total.....	54
Tabla 12. Retrotraducción del título.....	55
Tabla 13. Retrotraducción del instructivo del instrumento.....	56
Tabla 14. Retrotraducción del ítem 1.....	57
Tabla 15. Retrotraducción del ítem 2.....	58
Tabla 16. Retrotraducción del ítem 3.....	58
Tabla 17. Retrotraducción del ítem 4.....	59
Tabla 18. Retrotraducción del ítem 5.....	60
Tabla 19. Retrotraducción del ítem 6.....	61
Tabla 20. Retrotraducción del ítem 7.....	62
Tabla 21. Retrotraducción del ítem 8.....	63
Tabla 22. Retrotraducción Puntuación total.....	64

Tabla 23. Listado para el control de calidad de la traducción-adaptación de los ítems (tomado de Hambleton y Zenisky (141).....	66
Tabla 24. Caracterización de los profesionales de enfermería que evaluaron la comprensión del instrumento	69
Tabla 25. Evaluación global de la claridad y facilidad del instrumento.....	71
Tabla 26. Facilidad de aplicación del instrumento	72

Listado de figuras

Figura 1. Descripción de la Comprensibilidad neta por ítem.	70
--	----

Listado de Anexos

Anexo 1. Instrumento ICDSC	107
Anexo 2. Autorización de autores	108
Anexo 3. Lista de directrices de calidad comité de expertos	108
Anexo 4. Consentimiento informado	110
Anexo 5. Información de los traductores.....	113
Anexo 6. Versión Final Instrumento ICDSC	113
Anexo 7. Ficha Técnica ICDCS	115

AGRADECIMIENTOS

A nuestra docente Diana Achury, sin usted y sus virtudes, su paciencia y constancia este trabajo no se hubiese logrado. Sus consejos fueron siempre útiles, formó parte importante de esta historia con sus aportes profesionales que lo caracterizan. Muchas gracias por sus múltiples palabras de aliento, cuando más las necesite; por estar allí cuando mis horas de trabajo se hacían confusas. Gracias por sus orientaciones.

A mis Padres Marcela Amaya Carlos Gaitán, mi tío Braulio Gaitán, y mi abuela Helena Sanchez, ustedes han sido siempre el motor que impulsa mis sueños y esperanzas, quienes estuvieron siempre a mi lado en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudio. Siempre han sido mis mejores guías de vida. Hoy cuando concluyo mis estudios, les dedico a ustedes este logro, amados padres, como una meta más conquistada. Orgullosa de que estén a mi lado en este momento tan importante.

Gracias por ser quienes son y por creer en mí.

Doy gracias a Dios por permitirme disfrutar de una vida llena de bendiciones, oportunidades y experiencias enriquecedoras que me forman como mejor ser humano y mejor profesional, permitiendome alcanzar mi propósito de vida que es cuidar a quien lo necesita desde mi formación como enfermero. Gracias a mis padres y hermanos por apoyarme en esta decisión y proyecto personal. Gracias a mi pareja por ser mi pilar, fuente de motivación y compañero de vida. Finalmente agradezco a cada una de las personas que estuvieron presentes durante este proceso y que de alguna u otra manera aportaron a la realización de este logro.

RESUMEN

Introducción: El delirium es un marcador pronóstico adverso, el grupo que presenta mayor riesgo recae en los pacientes de postoperatorio de cirugía cardíaca. En Colombia no existe una escala de fácil aplicación adaptada transculturalmente para la detección temprana del delirium en pacientes de UCI. **Objetivo:** determinar la versión equivalente de la escala ICDCS para Colombia. **Metodología:** estudio de tipo metodológico, se llevó a cabo en seis etapas, con el propósito de garantizar la equivalencia del instrumento adaptado por medio de traducción inicial, síntesis de las traducciones, traducción inversa, revisión por parte del comité de expertos, prueba de la versión prefinal y presentación del instrumento a los autores. **Resultados:** se realizó la traducción y la retrotraducción del instrumento, el 100% de los expertos consideraron que la calidad de la traducción y adaptación fue adecuada, en la prueba de la versión preliminar se aplicó la escala a 43 profesionales de enfermería para determinar la comprensibilidad de los ítems. Los ítems 2, 4, 6, y 8 tuvieron comprensibilidad del 100%, mientras el 3 y 7 mostraron el 95% de comprensión; por último, la pregunta 1 arrojó una comprensibilidad del 76%, requiriendo ajustes. **Conclusiones:** este estudio se convertirá en el punto de partida de nuevas investigaciones orientadas a disponer en el mediano plazo de una escala adaptada y validada en el idioma español teniendo en cuenta el contexto colombiano, la cual podrá ser aplicada de manera rutinaria por el personal de enfermería, con el objetivo de detectar tempranamente el delirium y minimizar los desenlaces negativos.

Palabras clave: Delirium, The Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDCS), cirugía cardíaca, adaptación cultural

ABSTRACT

Introduction: Delirium is an adverse prognostic marker, the group with the highest risk is in post-operative cardiac surgery patients. In Colombia there is no easy-to-apply scale adapted cross-culturally for the early detection of delirium in ICU patients. **Objective:** to determine the equivalent version of the ICDCS scale for Colombia. **Methodology:** a methodological study, carried out in six stages, in order to guarantee the equivalence of the adapted instrument through initial translation, synthesis of translations, reverse translation, review by the expert committee, proof of the prefinal version and presentation of the instrument to the authors. **Results:** the instrument was translated and back-translated, 100% of the experts considered that the quality of the translation and adaptation was adequate, in the preliminary version test, the scale was applied to 43 nursing professionals to determine comprehensibility. of the items. Items 2, 4, 6, and 8 had 100% comprehension, while 3 and 7 showed 95% comprehension; finally, question 1 yielded an understandability of 76%, requiring adjustments. **Conclusions:** this study will become the starting point for new research aimed at having an adapted and validated scale in the Spanish language in the medium term, taking into account the Colombian context, which may be applied routinely by the staff of nursing, in order to detect delirium early and minimize negative outcomes.

Keywords: Delirium, The Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC), cardiac surgery, cultural adaptation

1. Introducción

El delirium es una de las complicaciones más frecuentes en el paciente post operatorio de cirugía cardiaca, convirtiéndose así en un marcador de pronóstico adverso, el cual deriva en un problema subdiagnosticado y minusvalorado. Los pacientes que padecen delirium en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) presentan una estancia prolongada en el tiempo de hospitalización, son propensos a eventos adversos que complejizan su recuperación, se produce deterioro funcional a largo plazo derivando una alta carga económica en la atención.

Estos desenlaces permiten evidenciar dicho marcador como un problema prioritario en la atención de salud, por esta razón se considera necesario que los profesionales de la salud, especialmente los profesionales en enfermería integren diferentes herramientas orientadas a la prevención y diagnóstico temprano.

Existe una amplia variedad de instrumentos para la valoración, cada uno con sus características propias; sin embargo, se ha identificado una baja adherencia al uso, por la complejidad en la aplicación y el tiempo requerido sumados a la alta carga laboral que impide una implementación adecuada. Lo anterior muestra la necesidad de tener escalas de fácil aplicación que permitan aumentar su uso en la práctica diaria.

Por esta razón la escala ICDSC (The Intensive Care Delirium Screening Checklist) se ha tomado como estándar de referencia en las guías internacionales ya que puede ser integrada en las evaluaciones cotidianas del enfermero. En Colombia esta escala no se encuentra disponible en idioma español, por esta razón el objetivo del estudio fue: determinar la versión equivalente de la escala ICDCS. Se realizó un estudio de tipo metodológico en seis etapas (Traducción inicial, síntesis de las traducciones, traducción inversa, revisión por parte del comité de expertos, prueba de la versión prefinal y presentación del instrumento a los autores). Con relación a los resultados el 100% de los expertos consideraron que la calidad de la traducción y adaptación fue adecuada, en la prueba de la versión preliminar se aplicó la escala a 43 profesionales de enfermería encontrando adecuada comprensibilidad, se destacó la facilidad y utilidad de la escala. Este

estudio aportara una herramienta esencial para la detección temprana del delirium posquirúrgico y asegurar una correcta actuación terapéutica por parte todo el equipo multidisciplinario en la práctica clínica.

2. Descripción del problema

Según la Organización mundial de la salud (OMS) (1) el delirium es un síndrome cerebral orgánico agudo, que se caracteriza por el deterioro global de las funciones cognitivas, la depresión del nivel de conciencia, los trastornos de la atención y el incremento o disminución de la actividad psicomotora. Es en consecuencia una enfermedad somática aguda.

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) (2), el delirium es una alteración aguda de la conciencia acompañada de inatención, desorganización del pensamiento y alteraciones de la percepción que fluctúan en período de tiempo breve.

El delirium es un marcador pronóstico adverso reconocido en pacientes críticos, el cual se ha convertido en un problema subdiagnosticado y minusvalorado. Su incidencia varía entre el 15 al 80% de los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) dependiendo de los criterios diagnósticos, así como la población estudiada. Si bien se conceptualiza como un trastorno agudo y transitorio, una proporción significativa de pacientes sigue presentando síntomas entre seis a doce meses luego de haber recibido el alta.(3)

Según Tobar et al. (4) uno de los grupos con mayor riesgo de presentar delirium está representado en los pacientes en postoperatorio. El delirium se sigue manifestando como una complicación frecuente y relevante en los adultos sometidos a cirugía cardíaca. Su génesis es multifactorial por

lo que continúa presentando características preexistentes del paciente y gatillantes como medicamentos, dolor, el enfrentamiento anestésico peri operatorio, la intensidad de la respuesta inflamatoria asociada al trauma quirúrgico al igual que la circulación extracorpórea, entre otros.

Fleitman (5) encontró que la cirugía cardíaca representa un conjunto único de posibles complicaciones. Siendo el Delirium Postoperatorio [DPO] una de las más frecuentes que presenta mayor mortalidad intrahospitalaria, hospitalizaciones prolongadas y una posibilidad más alta de requerir un centro de atención crónica al egreso, frente a aquellos pacientes sin secuelas neurológicas. El reconocimiento temprano de las complicaciones neurológicas es importante, aunque el tratamiento es en gran parte de apoyo, el inicio inmediato de la terapia puede prevenir el empeoramiento de la complicación.

A nivel internacional Paz M(3) en su revisión sistemática de la literatura de diecinueve artículos encontró una incidencia de delirium entre el 25 al 80% de los pacientes hospitalizados, y destacan que la prevalencia es mayor en personas de edad avanzada con enfermedad coronaria preexistente, asociándose a una cifra cuatro veces mayor de mortalidad intrahospitalaria.

Villalobos et al. (6) en su trabajo de revisión integrativa, encontró que el daño neurológico después de la derivación de circulación extracorpórea (CEC), sigue siendo una complicación común y grave que a menudo se sub diagnostica, el Colegio Americano de Cardiología y la Sociedad Americana de Corazón dentro de sus directrices en pacientes postoperatorios de cirugía de revascularización miocárdica dividen las complicaciones neurológicas en dos: déficit focal y difuso, dentro de este último se engloba al delirium. A nivel Internacional, Rodríguez, (7) encontró que el delirium es el síndrome psiquiátrico de aparición más frecuente, puede

presentarse en más de un 20% de la población quirúrgica y de 25 a 60% en los pacientes adultos mayores, pero solamente logra ser diagnosticada en un 13%.

En Colombia, Sánchez et al. (8) realizó un estudio descriptivo de corte transversal, encontrando que el delirium es más frecuente en pacientes mayores de 65 años, se presenta en un rango del 10 al 30% de los pacientes hospitalizados, aunque esta franja puede ampliarse dependiendo de la enfermedad y de las intervenciones a las que ha sido sometido al paciente como las cirugías cardiacas.

Abelha et al. (9) en su estudio de cohorte prospectivo (N: 562 pacientes), encontró que el DPO fue un factor de riesgo independiente tanto para la mortalidad hospitalaria, como para la mortalidad a los seis meses. Además, se asoció significativamente como un determinante de peor calidad de vida después de seis meses del alta de la unidad de cuidado intensivo, en tres de los ocho dominios del cuestionario SF-36: función física, vitalidad y función social, así como complicaciones a corto plazo como la dehiscencia esternal e infección.

De igual manera, González et al. (10) en su estudio prospectivo de cohorte con 454 pacientes, pudo confirmar que la presencia de delirium está asociado a un factor económico como consecuencia de las interconsultas, rehabilitación y cuidados domiciliarios. Es por eso que se considera prioritario realizar una detección temprana y la implementación de programas de prevención al interior de las unidades de cuidado intensivo y, a su vez que los profesionales de la salud, en especial el profesional de enfermería pueda integrar diferentes herramientas orientadas a la prevención y diagnóstico temprano.

Neto et al. (11) y Gusmao et al. (12) demostraron en sus estudios de tipo meta análisis que para la evaluación temprana del delirium existen diferentes métodos; el estándar de oro son los criterios

DSM-IV, pero muchas veces no es posible aplicarlos en el paciente críticamente enfermo, por lo que se han intentado validar múltiples métodos, entre ellos: Confusion Assessment Method (CAM-ICU) y The Intensive Care Delirium Screening Checklist [ICDSC]. Cada una de estas escalas ha sido sometida a extensas pruebas de desarrollo y validación.

Por lo tanto, las guías internacionales y nacionales las han considerado con un grado de recomendación B. Sin embargo, en Colombia solo se encuentra validada el CAM-CIU, que utiliza tareas no verbales como el reconocimiento de imágenes, tareas de vigilancia, comandos simples y preguntas lógicas simples de sí y no, para permitir la evaluación de los cuatro componentes principales del delirium.

Sin embargo, Ayllon-Garrido et al. (13) en su estudio analítico, observacional y prospectivo en una UCI reafirma que el delirium al ser una alteración mental infra diagnosticada y que, paradójicamente, repercute en la evolución y el pronóstico de los pacientes, requiere de una identificación temprana. No obstante, en la mayoría de las UCI no se realiza una valoración del delirium, lo cual arroja la necesidad de identificar las barreras oportunamente y poder proporcionar al profesional de enfermería diferentes herramientas de valoración que le permitan seleccionar la más adecuada, conforme a las características del paciente, así como el tiempo requerido en su aplicación.

Por su parte Henao et al. (14) en su estudio descriptivo transversal con un tamaño de muestra de 102 profesionales de enfermería, observó que el 84% de estos no identifican oportunamente el delirium, tan solo se evidencia clínicamente cuando las manifestaciones son intensas, ya sea por la agitación (delirium hiperactivo) o bien sea por la depresión (delirium hipo activo).

Así mismo Zapata et al. (15) en su estudio de diseño descriptivo prospectivo de corte transversal con una muestra de 50 pacientes, identificó que más del 82% de los profesionales de la salud reconocen la importancia de un diagnóstico oportuno del delirium, tan solo el 12% de profesionales de enfermería la utilizan, generando grandes vacíos sobre el verdadero reconocimiento que tiene ésta complicación en el ámbito hospitalario. Además, encontraron que el 87% de los profesionales de enfermería conocen el concepto de delirium; no obstante, el 45% no aplica la escala CAM-CIU porque la consideran poco práctica y no se puede generalizar para todos los tipos de pacientes.

Al mismo tiempo, Velásquez (16) en su estudio de revisión sistemática con 74 artículos destaca algunas desventajas en el uso de la escala CAM-CIU, su psicometría se ha mostrado inconsistente al compararla con diversas versiones del DSM IV.

Otra desventaja del CAM-CIU mencionada en la revisión es que el proceso de aplicación se basa en la interacción entre el examinador y el examinado, y contiene elementos cuya interpretación puede verse influida por valores culturales y lingüísticos. También se observó que los pacientes con ventilación mecánica bajo efectos de sedación pasan necesariamente por una fase de alteración del estado mental durante su proceso de recuperación, el cual puede influir en la interpretación al momento de aplicar la escala.

Algo semejante encontró Pérez et al. (17) en su estudio prospectivo analítico donde el 34% de profesionales de enfermería refirieron que la escala CAM-CIU era demasiado compleja para ser aplicada en adultos mayores ya que la mayoría tienen déficits visuales y auditivos, lo cual no motivó su uso.

Las dificultades mencionadas en los diferentes estudios con relación a la adherencia en el uso de la escala CAM-CIU, genera la necesidad de utilizar otra herramienta que permita detectar de manera simple y rápida el delirio, siendo la ICDSC la más recomendada.

Tomasi et al. (18) en su estudio de tipo meta análisis demostraron que esta escala tiene un 99% de sensibilidad y un 81% de especificidad, la cual puede ser implementada durante las 24 horas del ingreso del paciente a la unidad de cuidado intensivo, con una administración fácil y pueden ser evaluados en el curso de la rutina diaria por las enfermeras. Cabe anotar, que a diferencia del CAM-CIU éste puede determinar la gravedad del delirium en función de la puntuación, por lo que es posible aplicar en pacientes con sedación independiente del nivel, así como en adultos mayores.

Bergeron et al. (19), enfatizan que para detectar el delirium, la escala ICDSC utiliza los criterios operacionales del DSM-IV como estándar de referencia, ya que puede ser integrada en las evaluaciones cotidianas de puntuación por el enfermero. La facilidad de administración de la escala, su alta sensibilidad y fiabilidad la convierten en una herramienta potencialmente útil, donde la evaluación convencional es a menudo difícil.

Actualmente en Colombia, esta herramienta no se encuentra validada en español, por lo que no puede ser utilizada en la detección temprana del delirium de forma rápida, completa y precisa sin importar la condición clínica del paciente. Teniendo en cuenta lo anterior, esta investigación tiene como objetivo realizar la adaptación transcultural de la escala ICDSC en Colombia, la cual permite evaluar el DPO en los pacientes críticos sometidos a cirugía cardíaca.

3. Pregunta de investigación

¿Cuál es la versión equivalente de la escala *The Intensive Care Delirium Screening Checklist* [ICDSC] para detectar delirium posoperatorio en los pacientes críticos sometidos a cirugía cardiaca, en una institución de tercer nivel en Bogotá, Colombia, durante el periodo del 2021?

4. Justificación

4.1. Relevancia social

El DPO es una carga importante para el sistema de salud, es un problema serio de salud pública, sin embargo, los profesionales de salud han ignorado su dimensión e impacto de manera no intencionada. Los servicios de salud contribuyen al desarrollo y agravamiento del delirium debido al déficit de estándares que permitan identificar tempranamente y dar manejo oportunamente. (20).

El delirium prolonga la estancia hospitalaria en un 20% de los 12,5 millones de mayores de 65 años que son hospitalizados en Estados Unidos y eleva los costos de atención por paciente en 2500 dólares, sin tomar en cuenta que algunos requerirán a su egreso ser re hospitalizados y rehabilitados (20). Por esta razón, la prevención del delirium es extremadamente importante para mejorar los resultados del paciente y a su vez contribuir a la reducción de los costos de atención médica.

En Colombia hay pocos estudios y no existen datos reales sobre los costos médicos directos del impacto del delirium en pacientes adultos que permitan identificar el impacto financiero en las entidades de salud. (21).

Otro desenlace negativo derivado por el delirium es el impacto cognitivo que desencadena el paciente. Hsieh et al. (22) en su estudio de tipo metaanálisis documenta las consecuencias a nivel cognitivo en un largo plazo del delirium. Un año después del alta, el 80% de los 821 pacientes ingresados a la UCI, con edades comprendidas entre 18 y 99 años tuvieron calificaciones más bajas en las pruebas cognitivas de lo que su edad y educación habrían pronosticado, mientras que casi dos tercios obtuvieron calificaciones similares a las de los pacientes con lesión cerebral traumática o enfermedad de Alzheimer leve. Es importante señalar que solo el 6% tenía deterioro cognitivo antes de su hospitalización.

Los problemas cognitivos y de memoria no son los únicos efectos. Los síntomas del trastorno de estrés postraumático también son comunes en las personas que desarrollan delirium (21).

Robinson et al. (23) evidencia que el delirium alerta sobre pronósticos y perfiles diferentes de eventos adversos en pacientes posoperatorios. El delirium se asocia a un peor pronóstico con una mortalidad a los 6 meses en uno de cada tres pacientes. Los eventos adversos relacionados con el (DPO) ocurren en el 24,3% de los pacientes (18 de 74); siendo el retiro de catéteres, sondas, autoextubaciones, caídas y úlceras por presión en la región sacra los más frecuentes. Teniendo en cuenta lo anterior, el reconocimiento temprano contribuirá a minimizar la ocurrencia de estos - eventos y así como su impacto (23).

Del mismo modo Reston et al. (24) documenta que el DPO se asocia con un mayor riesgo de muerte, complicaciones postoperatorias, estadías más prolongadas en el hospital y deterioro funcional, lo cual representa una carga sustancial en términos de costos de atención tanto a corto como a largo plazo.

Asimismo, Carrasco et al. (25) refiere que, considerando el manejo centrado en la persona, sus necesidades y voluntades, se agrega la dificultad adicional en estos pacientes, al tener sus capacidades mentales alteradas, se dificulta la toma de decisiones y muchas veces se debe recurrir a las familias para definir los objetivos terapéuticos.

Martins et al. (26) en una revisión sistemática de la literatura, destaca la importancia de incluir a la familia en la prevención y manejo del delirium. Los pacientes han descrito el delirium como una experiencia muy desagradable debido a las emociones experimentadas durante este episodio: siendo miedo, ansiedad y sensación de amenaza las más recurrentes. La presencia de la familia puede ayudar al paciente a sobrellevar de una manera más ajustada estas emociones.

Sin embargo, si bien la integración de la familia en el abordaje del DPO tiene consecuencias principalmente beneficiosas, hay que tener en cuenta que puede convertirse en una experiencia traumática para la misma por los altos niveles de estrés al interpretar esta experiencia como una señal de muerte inminente ante el resultado del dolor (26).

El gran impacto social de la aparición del DPO en los pacientes, ha motivado no sólo una intensa búsqueda de los mecanismos que lo subyacen de mejores estrategias de prevención y terapia, sino que ha planteado la urgencia de sensibilizar a los diversos equipos de salud e implementar estrategias de prevención. Por esta razón el diagnóstico de DPO ha sido incorporado dentro de los indicadores de calidad de agencias internacionales como la *Agency for Healthcare Research and Quality* (27).

De esta misma forma la Sociedad Americana de Geriátría ha seleccionado el DPO como una de las tres enfermedades claves que se deben considerar prioritarias para poder mejorar la calidad de

los cuidados en el paciente anciano vulnerable, hospitalizado y que lo convierte en un objetivo prioritario para considerarlo un indicador de seguridad y de calidad de cuidados (28).

La sociedad Americana de Cuidado Crítico, la Federación Mundial de Cuidado crítico, el Instituto Nacional para la salud y la excelencia clínica [NICE] del Reino Unido han declarado la necesidad de que las personas en riesgo de delirium sean atendidas por un equipo multidisciplinar, cuyos profesionales conozcan con claridad las complicaciones en el paciente, así como la necesidad de detectarlo y manejarlo tempranamente (29).

La intervención en la prevención de este trastorno debe incluir un programa multicomponente (intervenciones farmacológicas y no farmacológicas) ajustado a cada paciente, que se aplique durante las primeras 24 horas tras el ingreso en donde se identifiquen los factores de riesgo, que pueden contribuir a la posible aparición de delirium (29). El programa de intervención debe ser aplicado por un equipo multidisciplinar de profesionales debidamente entrenados, incluyendo los descritos previamente (29).

Por otra parte, Carrasco et al, (30) evidencia que es importante asumir como un hecho que los cambios demográficos aumentarán la presencia de pacientes de tercera edad en los sistemas de salud, debido a sus comorbilidades, por esta razón los servicios de salud deben dirigir sus esfuerzos para minimizar las complicaciones que pueden presentar este grupo de pacientes siendo el delirium una de ellas. En este sentido el DPO representa un desafío en la implementación de protocolos de detección, tratamiento y prevención de manera sistemática, ya que los costos son muy altos y la implementación de estos exige un presupuesto de capacitación y recursos que no se encuentran disponibles con facilidad en las instituciones.

Oviedo L (31) en su revisión de la literatura, encontró que el delirium constituye un problema de salud menospreciado y es asociado con desenlaces adversos de altos costos, por ello las estrategias de prevención primaria son las más efectivas para implementar. Es necesario que las instituciones prestadoras de servicios de salud orienten sus esfuerzos a prevenir la aparición de esta complicación pues detectarla representa un indicador de la calidad en los servicios de salud.

4.2. Relevancia teórica

Disciplinas como la medicina, psicología, psiquiatría entre otras han estudiado el impacto del delirium postoperatorio y la necesidad de realizar acciones preventivas como la inclusión de herramientas para su detección temprana. O'Neal et al, (32) encuentra que el DPO es un factor de riesgo independiente del incremento de la mortalidad en las unidades de cuidados intensivos. Mientras que Kotfis et al. (33), define que es muy común que los pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular presenten delirium por múltiples causas. Aunque es una complicación conocida no se tiene estandarizada una actuación, que permita prevenir o identificar temprana u oportunamente el delirium.

Boustani et al. (34), encontró en su revisión sistemática la necesidad de establecer un método confiable, conveniente y consistente para diagnosticar el DPO. Los estudios más recientes utilizan múltiples herramientas de evaluación, pero hasta que sea aceptado un método de detección universal, será difícil que los estudios cambien la práctica clínica con sus resultados.

Desde el punto de vista disciplinar de la psicología, Jiménez et al (35), enfatiza que el DPO debe considerarse una prioridad en el marco de la atención clínica, por lo que el diagnóstico precoz del cuadro etiológico, así como los factores de riesgo permiten prevenir sus consecuencias y

complicaciones. El diagnóstico debe basarse en una anamnesis adecuada, exhaustiva, una exploración correcta y metódica de la aplicación de escalas prácticas, rápidas y validadas.

Desde la medicina se resalta que es una emergencia médica reversible que afecta el pronóstico general del paciente, requiere la rápida identificación de las causas subyacentes y la instauración de las medidas adecuadas para su tratamiento, así como el control de las complicaciones (36).

Según datos de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva [SATI] el porcentaje de casos es superior al propuesto por diferentes autores, y con frecuencia no se diagnostica ni se trata eficazmente, por considerarse erróneamente un “trastorno psiquiátrico”, en vez de una urgencia médica, susceptible de tratamiento eficaz. SATI concluye que en el abordaje del DPO es especialmente importante y requiere una buena coordinación entre los diferentes profesionales (médicos clínicos, intensivistas, toxicólogos, psiquiatras y personal de enfermería) para optimizar el resultado terapéutico y prevenir complicaciones posteriores (36).

En ese mismo sentido Maldonado (37) y Newman et al (38), en su revisión sistemática muestran que una inadecuada valoración cognitiva y baja adherencia al uso de las escalas genera que tan solo el 60% de los pacientes alcanzaran una recuperación exitosa, mientras el resto de los pacientes pueden permanecer con alteraciones cognitivas permanentes e incluso un 35% podrían llegar a la muerte.

Según Claver et al (39), la presencia de un cuadro de DPO no se puede diagnosticar como una demencia. Tampoco se debe confundir con un cuadro puramente psiquiátrico, lo que todavía ocurre con frecuencia. Las enfermedades psiquiátricas no producen la muerte directamente, pero el DPO se asocia a una elevada mortalidad. Es preferible en este sentido excederse y enviar al

hospital algún trastorno puramente psicógeno, a que pase desapercibido un trastorno orgánico que puede tener consecuencias irreparables.

Ceraso et al. (40), en su estudio de tipo cohorte con 854 profesionales de la salud, cuyo objetivo era identificar los conceptos y prácticas de los intensivistas en el diagnóstico, manejo y prevención del delirium en Unidades de Cuidado Intensivo [UCI], evidenció que, a pesar de considerarlo como un problema frecuente, prevenible y con graves repercusiones para el paciente crítico, los intensivistas encuestados no emplean una herramienta para su evaluación en UCI, siendo necesarios esfuerzos educacionales para difundir la eficacia y utilidad de las escalas que permiten el diagnóstico precoz y preciso del delirium en UCI.

Son muchas las herramientas para la evaluación del [DPO], pero la mayoría no ha sido validada para población hispanohablante, siendo necesario realizar procesos de adaptación cultural y estudios psicométricos para seleccionar las escalas más apropiadas que permitan detectar el delirium precozmente y así disminuir el impacto económico en la UCI.

4.3. Relevancia disciplinar

Los profesionales de enfermería que proporcionan cuidado al paciente crítico se encuentran en una posición única para mejorar la calidad de la atención y los resultados de los pacientes mediante el reconocimiento temprano del [DPO]. Al encontrarse 24 horas al día frente al cuidado, tienen la responsabilidad de realizar una valoración integral, no solo priorizando la esfera física, sino, reconociendo la esfera cognitiva y emocional de los pacientes.

Según Roberts et al. (41), tanto la integridad como la recuperación cognitiva de los pacientes de la UCI es tan importante como la recuperación física. Es posible vivir y adaptarse a algún tipo de discapacidad física si se mantiene una mente sana o al menos el nivel pre mórbido de

funcionamiento mental. Tanto el bienestar físico como mental debe ser la meta del cuidado individualizado en enfermería.

Gómez (42), en la búsqueda de esa meta del cuidado en el paciente crítico con riesgo de presentar delirium, enfatiza que el profesional de enfermería debe integrar modelos teóricos en la práctica diaria, como lo es el modelo de sistemas de Betty Neuman, el cual propone la prevención como intervención y plantea la identificación así como el control de los factores estresores del entorno, para lograr retornar al paciente a su estado de bienestar, por lo que es factible y de gran utilidad para la prevención de complicaciones derivadas por el delirium.

Además, propone que el proceso de atención tiene una forma circular que va de la prevención primaria a la terciaria en donde se deberá contar con conocimientos suficientes sobre la persona que permitan intervenir identificando y atendiendo los factores de riesgo asociados a los estresores. Es así como dentro de este enfoque disciplinar prevenir el delirium consiste en mantener un equilibrio homeostático del cerebro y limitar los agentes estresantes del medio ambiente, que puedan afectar negativamente al paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo [UCI].

Lins et al. (43), afirma que las evaluaciones realizadas en la UCI para identificar el delirium deben ser: no verbales, fáciles de usar, breves y capaces de realizarse sin formación psiquiátrica. Por esta razón se ha considerado la escala ICDSC una herramienta fundamental, ya que puede ser realizado por personal no especializado y cada evaluación tarda aproximadamente de 7 a 10 minutos en completarse. A diferencia de CAM-ICU donde se requiere la participación del paciente. El ICDSC también es fácil de incorporar en la práctica diaria, ya que utiliza la información provista durante la atención diaria del paciente.

Según Sofia et al. (44), los enfermeros se convierten en los líderes del equipo de salud en la prevención y manejo del delirium, por lo que deben mantener una posición estratégica para identificar y actuar ante las primeras manifestaciones relacionadas con este síndrome. No obstante, este proceso puede verse afectado por la sobrecarga de trabajo, la carencia de protocolos que integren herramientas rápidas y sencillas que puedan ser aplicadas a cualquier grupo de pacientes.

Así mismo Damiani et al. (45), define que los subgrupos de pacientes a evaluar son otro factor importante para considerar a la hora de elegir la escala. La elección de la herramienta, en función del tipo de ingreso y la gravedad del paciente, influye en su precisión y correlación con otras escalas. El ICDSC por ejemplo fue más sensible que el CAM-ICU en el subgrupo de pacientes quirúrgicos.

En ese mismo contexto Gaviria (16), enfatiza que es necesario tener varias herramientas para la evaluación de este síndrome validadas en la población hispanohablante, destacan la necesidad imperante de adaptar la Escala ICDSC.

Según Escobar (46) la adaptación transcultural de las escalas va más allá de la mera traducción; tiene etapas y requiere componentes específicos para asegurar tanto la validez como la confiabilidad del instrumento al ser aplicado en poblaciones con diferente cultura o idioma.

Los resultados obtenidos de la presente investigación hacen parte de la propuesta y aporte que busca integrar a la valoración del paciente crítico una escala adaptada culturalmente para nuestra población colombiana la cual permite una detección temprana del delirium posquirúrgico, unificando criterios que reduzcan la variabilidad y aseguren una correcta actuación terapéutica por todo el equipo multidisciplinario en la práctica clínica (47).

Además, contribuyen a fortalecer la línea de investigación del énfasis cardiovascular en la Maestría en Enfermería en Cuidado Crítico, puesto que se aportará un instrumento adaptado culturalmente para posibilitar el intercambio de información entre la comunidad científica y la comparación de los resultados en las investigaciones en diferentes países. Este primer paso será un insumo importante para continuar a mediano plazo con el proceso de validación y de esta forma generar nuevos conocimientos que fortalecen la disciplina.

4.4. Objetivo general

Determinar la versión equivalente de la escala *The Intensive Care Delirium Screening Checklist* [ICDSC] para detectar delirium postoperatorio en los pacientes críticos sometidos a cirugía cardíaca en una institución de tercer nivel en Bogotá- Colombia, durante el periodo del 2021.

4.5. Objetivo específico

Realizar adaptación transcultural de la escala *The Intensive Care Delirium Screening Checklist* [ICDSC] para detectar delirium posoperatorio en los pacientes críticos que fueron sometidos a cirugía cardíaca, en una institución de alta complejidad de Bogotá, utilizando las seis etapas de la metodología de Beaton et al. (48).

4.6. Marco teórico

El siguiente marco teórico se desarrolló a partir de una revisión exhaustiva de la literatura, cuya búsqueda se realizó en las bases de datos Medline, UpToDate, PubMed, Ebsco, Elsevier, Scopus, entre otras. Se incluyeron artículos, revisiones y capítulos de libro publicados en los últimos 10 años. Los descriptores utilizados fueron: “delirium”, “the intensive care delirium” y “scale”. La

información analizada se organizó por capítulos para dar respuesta a los objetivos planteados, los cuales se presentan a continuación.

5. Capítulo I. Generalidades del delirium postoperatorio en el paciente sometido a cirugía cardiaca

El delirium es una patología neuropsiquiátrica aguda, severa, en ocasiones infra diagnosticada, de etiología multifactorial con base orgánica (enfermedad subyacente), prevenible y reversible, afectando a un número importante de pacientes a nivel hospitalario y generando secuelas cognitivas a mediano y a largo plazo (49).

El delirium postoperatorio DPO se caracteriza porque aparece en pacientes que han sido sometidos a procedimientos quirúrgicos y poseen características particulares que lo asemejan o diferencian del delirium en otras subpoblaciones de pacientes. El rol del acto quirúrgico, su respuesta inflamatoria posterior, el manejo anestésico peri operatorio y el manejo del dolor postoperatorio, son algunas de las características particulares de este fenómeno en el paciente quirúrgico las cuales se observan con mayor frecuencia en pacientes sometidos a cirugía cardiaca, así como en adultos mayores de 70 años sometidos a cirugía (50).

La Sociedad Americana del Corazón en el desarrollo de sus directrices para pacientes postoperatorios de cirugía cardiaca, divide las complicaciones neurológicas en: déficit focal y déficit difuso, siendo ésta última la que engloba al delirium (51). Debido al cambio demográfico de las últimas décadas a nivel mundial, los sistemas de salud se han enfrentado a la atención de pacientes cada vez con mayor edad, lo que evidencia que el DPO es la complicación cognitiva más frecuente en esta población cuando son sometidos a cirugía cardiaca. Su incidencia oscila entre el 25% y 60% en UCI (7), solo un tercio de estos pacientes es diagnosticado y tratado

adecuadamente. Es así como el DPO es una condición que sugiere una mayor mortalidad, un aumento del tiempo de hospitalización que a su vez genera complicaciones médicas e incrementa la necesidad durante el postoperatorio de tener cuidados permanentes de enfermería lo que desencadena un aumento en los costos (7). El delirium posoperatorio en cirugía cardíaca es un problema frecuente y se evidencia inmediatamente después de la cirugía, continúa hasta que el paciente es dado de alta (52).

Ansaloni et al. (53) en su estudio de casos y controles con 351 pacientes mayores de 65 años procedentes de cirugía electiva, encontraron una asociación entre el delirium y la personas con una edad avanzada (>75 años): la presencia de comorbilidades, el deterioro cognitivo preoperatorio, los síntomas psicopatológicos y mal control glicémico. Por otra parte los factores de riesgo modificables que precipitan este síndrome en el subgrupo de pacientes quirúrgicos versus los pacientes médicos, consiste en haber identificado que aquellos sometidos a procedimientos quirúrgicos además de una estancia prolongada en UCI también se vieron sometidos a una hipotensión intraoperatoria además del volumen de infusión de líquidos elevados junto con la hipoperfusión cerebral lo que confluyó en un dolor postoperatorio mal controlado y el retraso en la recuperación de la anestesia (54).

El DPO aún no es valorado ni diagnosticado oportuna o correctamente, y esto ocurre por diferentes motivos: a) La forma en que se presenta y cómo fluctúa varía y la asociación a causas orgánicas, prevalece en el diagnóstico; b) Un error de interpretación al considerar que se trata de un episodio de exacerbación en pacientes con demencia. Lo anterior retrasa el tratamiento y ensombrece el pronóstico (55).

Como se mencionó anteriormente una estancia hospitalaria prolongada y costosa, favorece el deterioro de la cognición del paciente y aumenta el riesgo de presentar una muerte posoperatoria precoz. Es por eso que el deterioro cognitivo informado después del delirium en la unidad de cuidados intensivos tiene un impacto significativo en la rehabilitación postoperatoria, la dependencia social del paciente y la calidad de vida postoperatoria (55).

Por lo tanto, el gran impacto de la aparición del delirium en el desenlace de los pacientes hospitalizados, ha motivado no sólo una intensa búsqueda de los mecanismos que lo subyacen, de mejores estrategias de prevención, así como terapia, sino que también ha planteado la necesidad de valorar a los pacientes de manera rutinaria con herramientas validadas que permitan detectarlo tempranamente y minimizar su impacto (56). La utilización de escalas aumenta el porcentaje de reconocimiento y asegura una mejor calidad del tratamiento temprano. A su vez, las herramientas de diagnóstico precisas previenen la administración de tratamientos basados en la percepción individual subjetiva del estado mental del paciente (57).

El reconocimiento precoz DPO es de vital importancia para garantizar la seguridad del paciente y comprender mejor los factores y situaciones que conducen a la conducta delirante, que arrojan la clave para reducir la duración, gravedad y resultados negativos (58,59).

6. Capítulo II. Detección temprana del delirium Posoperatorio.

La Enfermería juega un papel fundamental en la detección temprana del delirium, a través del reconocimiento de factores predisponentes y precipitantes, la aplicación de herramientas validadas para su diagnóstico oportuno y la estandarización de criterios de intervención para reducir la variabilidad, la cual permite asegurar una correcta actuación terapéutica por parte del equipo multidisciplinario en la práctica clínica (47).

6.1. Factores de riesgo para delirium POP

Se desconocen la fisiopatología y la etiología exactas del delirium, su aparición es causada por una interacción de factores predisponentes y precipitantes. La probabilidad de desarrollar DPO aumenta proporcionalmente con el número de factores de riesgo existentes (60).

Los factores de riesgo para delirium pueden dividirse en factores predisponentes (propios del paciente) y factores precipitantes (derivados del procedimiento). Los factores predisponentes pueden usarse para la evaluación del riesgo antes de la cirugía, mientras que los factores precipitantes se consideran más oportunos para mejorar la atención clínica y evitar el delirium (60).

Yijun Lin et al. (61) en su estudio de tipo metaanálisis señala que existen 17 factores predisponentes y 16 factores desencadenantes del delirium después de que un paciente se somete a una cirugía cardíaca, también encontró que los factores de riesgo predisponentes más establecidos fueron: la edad, la depresión, los antecedentes de accidente cerebrovascular, el deterioro cognitivo, la diabetes mellitus y la fibrilación auricular. Mientras que los factores de riesgo precipitantes más concretos fueron: la duración de la cirugía, la intubación prolongada, el tipo de cirugía, la transfusión de glóbulos rojos, la elevación de los marcadores inflamatorios, el nivel de cortisol plasmático y las complicaciones postoperatorias.

Autores como Crocker et al. (62) encontraron que la edad avanzada, con puntajes altos en el EuroScore preoperatorio, la fragilidad del paciente y la carga preoperatoria de la enfermedad, son factores que pueden aumentar la aparición del delirium. Así mismo Crocker et al. (62,63), también identificó que el dolor intenso generado por la esternotomía junto con dosis altas de opioides, se asocian con un mayor riesgo de delirium posoperatorio.

El delirium es una urgencia que se asocia al incremento de la mortalidad en los adultos, siendo la detección temprana un desafío para los profesionales de la salud. Por esta razón la identificación de los factores precipitantes y predisponentes permitirá a los profesionales de la salud intervenir oportunamente y minimizar las complicaciones derivadas.

6.2. Herramientas diagnósticas para la detección del delirium POP

El diagnóstico del delirium es clínico y tradicionalmente han sido diferenciados en tres tipos de delirium: hiperactivo, hipo activo y mixto. El primero es el que se detecta con más facilidad, el segundo es el más común en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y el tercero aparece en cuidados paliativos, sin embargo, frecuentemente se subdiagnostica y confunde con depresión o trastornos adaptativos (64).

Según Fitzgerald et al. (65) estos tres tipos de delirium se caracterizan por:

- **Delirium Hiperactivo:** Se describe por hiperactividad, agitación, agresividad, confusión, alucinaciones e ideación delirante. Se da entre un 15 - 25%, suele asociarse a la abstinencia o intoxicación por elementos tóxicos y al efecto anticolinérgico de algunos fármacos. Existe una disminución de la actividad inhibitoria del sistema GABA y un aumento de la neurotransmisión noradrenérgica. Es el más fácil de diagnosticar por los síntomas tan característicos del DPO. (65).
- **Delirium Hipoactivo:** Se da con más frecuencia en ancianos, se caracteriza por hipoactividad, enlentecimiento psicomotor, bradipsiquia, lenguaje lento, letargia, actitud apática e inhibición. Se debe hacer diagnóstico diferencial con la demencia y la depresión. Este se desarrolla por alteraciones metabólicas y se evidencia entre un 20% a 25% de la población. Este tipo de delirium es uno de los más difíciles de identificar, pues sus síntomas no son tan evidentes y puede pasar desapercibido si no se piensa en esta forma de presentación (65).

- Delirium Mixto: Incluye signos y síntomas del delirio hiperactivo como del hipo activo. El paciente pasa rápidamente de estados hiperactivos a hipo activos y viceversa. Supone el 35% al 50% de los síndromes confusionales. Alternan la híper e hipoactividad en el tiempo (35), por estas características es clave detectar en sus inicios el deterioro, para determinar su agudeza y el cuadro clínico específico logrando una atención fundamentada según el cuadro presente.

Los diferentes tipos de Delirium generan la necesidad de reconocer los criterios según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales [DSM] IV. Estos criterios son (66):

- A. Alteración de la conciencia, con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención (66). Por ejemplo: disminución de la capacidad de atención al entorno.
- B. Cambio en las funciones cognoscitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo (66).
- C. Demostración a través de la historia, la exploración física y las pruebas de laboratorio que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica (66).

Por otro lado, el estándar de referencia para el diagnóstico de delirium consiste en la evaluación por un psiquiatra mediante la aplicación de los criterios DSM-IV mencionados anteriormente, sin embargo, este abordaje es poco práctico y no es aplicable a los pacientes críticos (67).

Por esta razón Tobar et al. (4) resalta la necesidad de conocer y seleccionar la mejor escala para detectar delirium con el fin de que puedan ser aplicadas por profesionales sin ser necesariamente expertos en el área de psiquiatría. La aplicación de instrumentos estandarizados puede ayudar en la detección de ciertos síntomas, en la calificación de la mejoría clínica y en la evaluación de la efectividad de diversas intervenciones. En la investigación, el uso de instrumentos estandarizados puede ser útil para comparar los resultados de varios estudios y evaluar la eficacia de diversas intervenciones terapéuticas (67).

Las guías de sedación y analgesia (68) incluyen una fuerte recomendación para todos los pacientes adultos de la UCI sugiriendo que sean evaluados de forma rutinaria para detectar delirium en cada turno, ya que la frecuencia es también una herramienta de evaluación válida y confiable.

Sin embargo, la detección de DPO puede ser particularmente difícil. Eso se puede explicar en parte debido a las amplias variaciones en la incidencia que pueden llegar a presentarse ya que varios factores pueden dificultar la obtención de un diagnóstico clínico claro. Por ejemplo: la falta de comunicación verbal en los casos de paciente intubado, ambiente acelerado y tecnológicamente avanzado etc. Lo anterior da cuenta de la necesidad de desarrollar instrumentos específicos (69).

En la actualidad, existen varios instrumentos validados disponibles para detectar el delirium, pero solo algunos de ellos están especialmente diseñados para evaluar el delirium en el paciente crítico. A continuación, se describen las escalas más usadas (68).

6.3. Escalas para la detección del delirium en el paciente crítico

6.3.1. Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)

El método para la valoración del estado confusional en la UCI (CAM-ICU) se creó para la detección de delirium en el enfermo crítico sometido a ventilación mecánica. Validado originalmente por Ely et al. (70) quien mostró una alta sensibilidad del 93% y especificidad del 89% para el diagnóstico. A su vez, Lin et al. (71) posteriormente validaron la CAM-ICU en una cohorte de pacientes de la UCI médica con ventilación mecánica e informaron resultados similares.

Esta herramienta incluye pruebas específicas para evaluar la atención y guía al profesional de enfermería o médico para que la administre de forma estandarizada, lo que influye positivamente en su fiabilidad y especificidad para el diagnóstico (16).

La evaluación del delirio mediante CAM-ICU comprende un enfoque de dos pasos en el que se abordan cuatro características claves del DSM-IV. La prueba se considera positiva, si las cuatro características están presentes: 1) inicio agudo de un cambio en el estado mental o cuando el nivel de conciencia fluctúa; 2) falta de atención; 3) pensamiento desorganizado; 4) nivel alterado de conciencia. Su aplicación toma de tres a cinco minutos (72).

Bergeron et al. (19), en un estudio de validación encontró una sensibilidad, valores predictivos positivo y negativo, superiores al 90%, comparado con el diagnóstico basado en el DSM-IV, y tuvo una excelente concordancia entre observadores. El CAM-ICU tuvo la misma validez en los subgrupos de pacientes mayores o menores de 65 años, con o sin sospecha de demencia previa y con APACHE-II mayor de 23 puntos. El 60% de los pacientes tenían limitaciones visuales o auditivas (73). Una de las desventajas que presenta la CAM-ICU es que podría sobreestimar la incidencia de delirium en los pacientes críticos al no poder distinguir entre las alteraciones de conciencia producidas por el efecto de la medicación sedante y las propias del delirium.

Así mismo la implementación de CAM-ICU en la atención clínica diaria puede verse seriamente obstaculizada por varias razones. La alta carga de trabajo, la falta de conocimientos específicos y el déficit de protocolos estructurados (74).

6.3.2. *Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC)*

El diseño de esta escala se realizó en el contexto de cuidado paliativo y se logró extender a las unidades de Cuidado Intensivo, se encontró que el área bajo la curva ROC es 0,9017. La sensibilidad del 99% y la especificidad del 91% (75).

Se encontraron más de 20 traducciones, incluida la validación en francés, inglés, holandés, sueco, italiano, hindú, alemán, mandarín, coreano, polaco, rumano y japonés, entre otros (76).

Esta escala, puede ser aplicada por el personal de enfermería, consta de cuatro ítems: desorientación, comportamiento y comunicación inadecuados, alucinaciones y retardo psicomotor, los cuales se califican según la observación del examinador. Su aplicación toma sólo un minuto y puede ser realizada varias veces al día, lo que es favorable para el seguimiento del paciente por parte de enfermería (77).

Algunas desventajas que presenta es que no tiene ítems para evaluar el componente cognitivo de forma precisa y aún las guías mundiales de sedación y analgesia no la recomiendan en el grupo de los instrumentos para detección de delirium. Además, la puntuación total se basa en un ciclo de observación de 24 horas a través de los turnos de enfermería, que, si bien aborda el tema de la fluctuación, también lleva mucho tiempo y puede ser difícil de lograr en pacientes con estadías breves (78).

Por otro parte no se encontraron publicaciones de su adaptación y validación al español, no obstante, durante la búsqueda y contacto con los autores de la escala, se identificó que un investigador está desarrollando su adaptación al español.

6.4. Lista de verificación de detección del delirio en cuidados intensivos (ICDSC)

La lista de verificación ICDSC es una herramienta de selección de ocho elementos (un punto por cada elemento) que se basa en los criterios del DSM IV y se aplica a los datos que se pueden recopilar a través de registros de enfermería o información obtenida del equipo multidisciplinario durante un período de 8 a 24 horas.

Está basada en métodos de observación para detectar falta de atención, desorientación, alucinaciones, presencia de sueño y habla o estado de ánimo inapropiados. La detección de estos síntomas puede ser particularmente difícil en pacientes ventilados, sin embargo, el ICDSC permite la interpretación subjetiva con esas circunstancias más difíciles. Por esta razón, el ICDSC se basa más en la experiencia clínica (79). Un grupo canadiense desarrolló y validó el ICDSC motivado en diagnosticar el delirium en pacientes críticamente enfermos y con ventilación mecánica (80), para lograr tener un mejor abordaje en este tipo de pacientes, de igual forma la ICDSC también se ha traducido a varios idiomas, incluidos turco y portugués, su validez ha sido probada en diferentes entornos de unidades de cuidado intensivo médica, quirúrgica y también mixtas mostrando así suficiente tanto fiabilidad como validez en estas versiones (81).

El ICDSC puede ser una herramienta más apropiada que el CAM-ICU para la identificación de pacientes con delirium en poscirugía cardíaca, por sus características no dicotómicas, permite el diagnóstico del delirium subsindrómico que tiene implicaciones pronósticas potenciales y puede identificar pacientes con beneficio terapéutico potencial (82).

Con la anterior descripción de las escalas existentes para la detección del delirium se puede concluir que las herramientas más recomendadas por las guías de práctica clínica son el CAM-

CIU e ICDS, ya que son las que más estudios de validez tienen y han sido utilizadas con mayor frecuencia a nivel mundial.

En el cuidado del paciente crítico las dos escalas son importantes, cada una con características que permiten su uso en diferentes momentos o en conjunto (83). Por esta razón los investigadores hemos seleccionado el ICDS para adaptarla al idioma español y aportar una herramienta complementaria en el cuidado de los pacientes en posoperatorio de cirugía cardíaca, quienes son la población de mayor riesgo e incidencia en presentar DPO.

7. Capítulo III. Integración del modelo Betty Neuman en la detección del delirium posoperatorio.

El DPO es un evento prevenible desde la identificación de los factores de riesgos existentes en el paciente y la aplicación de escalas que permitan un diagnóstico temprano, así como la entrega de un cuidado de enfermería enfocado en la prevención y manejo oportuno (42).

Por esta razón el cuidado de enfermería debe estar fundamentado en conocimientos científicos del saber propio integrando tanto modelos como teorías que permitan reforzar la identidad de los enfermeros al crear un pensamiento y lenguaje compartido, mostrando la importancia del ser humano como centro de atención para el cuidado ya que, de esta manera, permiten identificar con mayor claridad cuál es la contribución, como parte de un equipo interdisciplinario, a los servicios de salud (84).

La alta carga de estresores que recibe el paciente en las unidades de cuidado intensivo tales como: elevada instrumentalización de los cuidados, ambiente sofisticado, abundancia de elementos tecnológicos, procedimientos quirúrgicos, uso de medicamentos que pueden afectar la

lucidez, agudeza mental e interrupción del ritmo cotidiano son factores determinantes que favorecen la presencia de delirium (85).

Para minimizar y controlar estos factores, se recomienda aplicar la teoría de Betty Newman, la cual se basa en la filosofía de que cada ser humano es un sistema abierto que se ve afectado por factores tanto internos como externos. También se fundamenta en la relación de la persona con el estrés y la respuesta al mismo mediante factores de reconstitución que son de naturaleza progresiva (85).

Las líneas de defensa y resistencia que protegen los individuos contra cualquier amenaza incluyen variables tales como: fisiológicas (se refiere a la estructura corporal y funcional), psicológicas (está relacionada con los procesos mentales en interacción con el entorno), socioculturales (refiere a los efectos e influencias de las condiciones tanto sociales como culturales), de desarrollo (está relacionada con los procesos y actividades derivados con la edad) y espirituales (se enfoca en las creencias e influencias). Este conjunto de variables, están en interacción constante (86).

Hay ocasiones en las que la línea de defensa normal de un paciente es penetrada por un factor de estrés ambiental, provocando una reacción adversa y síntomas de aparición de la enfermedad. Cuando esto sucede, se activan líneas de resistencia que intentan estabilizar al paciente y ayudarlo para que vuelva a tener bienestar, a este proceso se le denomina 'reconstitución'. Si esto no se logra y el factor de estrés ambiental perfora las líneas de resistencia, el núcleo del paciente corre el riesgo de penetración, lo cual representa una amenaza muy peligrosa para el enfermo. El núcleo sirve como estructura fundamental de todas las especies, la invasión a éste por una situación estresante puede traer como consecuencia graves impactos en la salud tales como:

muerte, depresión severa, abandono de creencias espirituales o retrasos en el desarrollo y la no recuperación de su situación clínica (87).

Según el modelo, los individuos responden al estrés según su potencial y el grado en que posean las cinco variables mencionadas anteriormente. Para los casos en que el individuo no responde, las líneas defensivas están dañadas, es decir, el factor estresante interrumpe el sistema. Entonces la respuesta emocional del individuo al estrés y la resistencia psicológica está directamente relacionada con variables psicológicas. Las habilidades de afrontamiento están presentes en la estructura de todas las líneas de defensa y resistencia, por lo tanto, protegen el núcleo (88).

La teoría presenta un método de enfermería amplio, holístico y basado en sistemas que mantienen su factor de flexibilidad. Se centra en la respuesta del sistema del individuo, en los factores de estrés ambientales reales o potenciales y en el mantenimiento de la estabilidad del sistema a través de la intervención de prevención de enfermería primaria, secundaria y terciaria para reducir los factores de estrés. Las intervenciones de enfermería tienen como objetivo ayudar al sistema a adaptarse, ajustarse, retener, restaurar o mantener cierto grado de estabilidad entre las variables del sistema del individuo y los factores estresantes ambientales con un enfoque en la conservación de energía (89).

La intervención tiene lugar al principio de la enfermedad, siendo su objetivo principal el impedir o retrasar el desarrollo de esta (90). Las intervenciones de prevención primaria se aplican para eliminar los factores que puedan causar lesiones, antes de que sean efectivos, es así como dicha acción tiene lugar antes de que se produzca la enfermedad, siendo su objetivo principal el impedir o retrasar su aparición. De esta manera, las intervenciones se enfocan en la promoción de la salud (90), mientras la prevención secundaria consiste en detectar y aplicar tratamiento a las

enfermedades en estados muy tempranos. En tanto la prevención terciaria se realiza cuando ya se ha instaurado la enfermedad y se intenta evitar que empeore produciendo complicaciones. El objetivo principal de la prevención consiste en eliminar o reducir las consecuencias del desarrollo de la enfermedad (90).

Las intervenciones que se buscan aplicar en el paciente crítico en POP de cirugía cardiaca deben orientarse al nivel de prevención primaria identificando los factores de riesgo del delirium e implementando intervenciones no farmacológicas como elementos preventivos. Para detectar tempranamente el DPO se requiere el uso de escalas para aplicarlas en la práctica diaria.

Los factores estresantes están siempre presentes en los pacientes sometidos a cirugía cardiaca, y esto puede variar de forma e intensidad durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos; ya que incluso en su periodo preoperatorio, existe la ansiedad frente a la cirugía, lo anterior por el miedo a la anestesia, la intubación, la muerte, la UCI, el dolor y la ausencia de su familia durante la recuperación, entre otros. Estos aspectos pueden contribuir al desarrollo del delirium en el paciente comprometiendo de esta manera su recuperación quirúrgica (91).

Gomez Tovar et al (92), en un estudio transversal, preexperimental, donde se aplicó la Guía de cuidados de enfermería para controlar estresores del entorno que pueden ocasionar delirium basado en el modelo de Betty Neuman a 49 pacientes en la UCI, concluyó que los cuidados de enfermería aplicados, acorde con la guía lograron prevenir la aparición de delirium en 94% de los pacientes a pesar de sus factores de riesgo. De tal forma que, al minimizar la presencia de estresores del entorno, se favorece un ambiente agradable y familiar el cual representa un cuidado de enfermería fundamental para la prevención de delirium en UCI.

Los pacientes con delirium posoperatorio de cirugía cardíaca necesitan un cuidado permanente y continuo por parte del profesional de enfermería, incluida una visión holística e integrativa. Es decir, ver al paciente como un todo, mas no como la suma de sus partes; debido a que esta condición representa un riesgo elevado en el estado de salud del paciente. Por lo tanto, la implementación de un plan de atención de enfermería basado en el modelo de los sistemas de Betty Neuman (89), permite identificar los factores estresores (internos y externos) que afectan el eje central del cuidado propiciando intervenciones tanto directas como pertinentes sobre esa situación específica (93).

La visión holística de Betty Neuman (90) permite al profesional de enfermería ver a sus pacientes como personas, entendiendo su cultura, identificándolos como parte de una sociedad, con principios y familia, respetando la diversidad en su grado de conocimiento y educación; lo cual permite crear una conexión del paciente con el entorno que lo rodea, haciendo posible identificar todos esos factores que apoyan el plan de atención de Enfermería (91).

8. Capítulo IV: adaptación cultural de instrumentos

La Real Academia de la Lengua [RAE] define el término cultura como el “conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.” y define transcultural como aquello que “afecta a varias culturas o a sus relaciones” (94). Por su parte, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura [UNESCO] define cultura como el “conjunto de características distintivas espirituales, materiales, intelectuales y emocionales de una sociedad o grupo social, que abarca, además del arte y la literatura, estilos de vida, formas de convivencia, sistemas de valores, tradiciones y creencias” (95,96).

Cada sociedad tiene sus propias creencias, costumbres y hábitos. En ese sentido es importante considerar la influencia de la cultura en los instrumentos de medición ya que la percepción del estado de salud, así como la evaluación de salud-enfermedad puede variar en cada cultura (97).

Según Keegan y Soares (98) el proceso de evaluación constituye el primer paso para la toma de decisiones en salud. Por ello, son cada vez más frecuentes la aplicación de escalas o cuestionarios. Estos instrumentos proporcionan información de manera más objetiva que contribuyen a tomar decisiones adecuadas en torno al diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Sin embargo, estas escalas han sido elaboradas en culturas angloamericanas, por lo que requieren un proceso especial de adaptación para poder ser aplicadas de manera segura y eficiente en otros países y culturas.

Los profesionales de Enfermería han aumentado la utilización de cuestionarios e instrumentos de medida en la práctica diaria, por esto es necesario asegurar que estos instrumentos sean válidos y fiables para medir aquello para lo que fueron diseñados con tal fin se realizan procesos rigurosos de validación y adaptación de estas escalas para determinar un mejor grado de comprensión según el contexto donde se esté aplicando (99).

8.1. Equivalencia

En el contexto de instrumentos de medición transculturales, la equivalencia se define como el grado de traslape entre las culturas de origen y destino (100) entre ellas se reconocen las siguientes:

- Equivalencia de contenido: se refiere a que el contenido de cada ítem del instrumento sea relevante para el fenómeno estudiado en cada cultura donde será aplicado siendo un sinónimo de equivalencia cultural (101).
- Equivalencia semántica: se correlaciona con la capacidad de transferir el significado de las palabras del instrumento original a la nueva versión, proporcionando así un efecto análogo en ambas culturas. Esta se realiza comparando la versión original y la versión consensuada, enfatizando el significado referencial (denotativo) y general (connotativo) del instrumento (100).
- Equivalencia cultural: representa las situaciones observadas en la fuente, basándose en el contexto cultural en que se encuentra, debe ser ajustada y ser adaptada. Se relaciona con todas las expresiones representadas en la versión original, deben ser coherentes tanto en el contexto cultural como en el idioma de destino. Algunos elementos pueden modificarse o incluso eliminarse (100).
- Equivalencia técnica: verifica si la forma de medición para obtener el dato deseado es comparable en cada cultura, garantiza que la forma de medir es válida en ambas culturas (102). Esto es revisado a través del comité de expertos quienes verifican si las escalas, instrumentos o unidades de medida cuantitativas son consistentes o existen en su cultura o ámbito, proponiendo elementos alternos (102).
- Equivalencia de criterio: se refiere a la relación de un instrumento con criterios independientes previamente establecidos para el mismo fenómeno. Un instrumento es bueno, sólo si mide lo que tiene que medir. En el contexto transcultural, criterio se refiere a la capacidad del instrumento para medir el mismo fenómeno arrojando conclusiones iguales en ambas culturas. La interpretación de la medición de la variable debe ser igual en cada cultura (100).
- Para esta investigación se desarrollará la equivalencia semántica, cultural, técnica y de criterio, enmarcada en la guía de adaptación cultural propuesta por Beaton (103).

8.1.1. *Componentes de la adaptación cultural*

8.1.1.1. Traducción

El primer paso, la traducción, tiene como objetivo obtener una versión consensuada que conserve, en la máxima medida, el mismo significado de cada ítem desde el idioma de origen hasta el idioma en el que se aplicará el instrumento. Lo realizan al menos dos traductores independientes altamente cualificados, con dominio del idioma y la cultura del instrumento de origen, siendo estos preferentemente nativos del idioma de destino. Los dos traductores deben tener diferentes perfiles, siendo el primero informado (T1) sobre la finalidad del estudio. Por el contrario, el segundo traductor (T2) no debe conocer el propósito del estudio. Al final de esta etapa, se obtienen dos traducciones, que se describen como T1 y T2 (48).

Tras las dos versiones de las traducciones, la síntesis de T1 y T2 es realizada por un observador/investigador y por los traductores, dando lugar a una traducción común descrita por T2. Todos los demás pasos posteriores se llevarán a cabo con base a esta versión de síntesis, es decir, la versión de consenso T1 (89).

De esta manera, la versión de consenso se vuelve a traducir al idioma de origen del instrumento, este paso se llama retrotraducción o traducción inversa, su propósito es verificar si los significados o contenidos entre el instrumento original y la traducción al idioma de destino incluyen los mismos significados, asegurando así la calidad y consistencia de la traducción (48).

Metodológicamente, este paso debe realizarse desde el mismo número de traductores establecidos para la traducción, de forma independiente. Los traductores deben dominar el idioma nativo del instrumento, teniendo en cuenta que sean nativos del país de origen del instrumento, no deben conocer la versión original del mismo que se está adaptando y, deben ignorar los objetivos del estudio. El propósito de este método consiste en poder verificar si la versión realizada con la retrotraducción tiene similitud con la versión original (103).

Al final de la etapa de retrotraducción, se debe comparar la versión original y la versión traducida, debatiendo las diferencias del investigador con los traductores. El objetivo es corregir posibles errores que comprometan los significados de los ítems, además de revisar las malas interpretaciones que puedan comprometer la consistencia del instrumento (103).

Posteriormente los sujetos responden el cuestionario, luego son entrevistados para ver si entendieron el significado de las preguntas y las respondieron correctamente. Si hay dudas por parte de los encuestados, entonces puede regresar al comité de jueces para cambios en las preguntas. Las preguntas que tienen un 15% o más de dudas, o que no se entienden, deben ser revisadas por el comité de jueces y volver a aplicarse a los encuestados (104,105).

Para finalizar el proceso de adaptación cultural de los instrumentos, es importante presentar todos los informes y formularios utilizados durante el proceso a los autores titulares de los derechos de autor del instrumento. Sin embargo, no corresponde a estos autores modificar el contenido, ya que se espera que, con la finalización de todas las etapas del proceso de adaptación cultural, se haya logrado una traducción razonable (87).

9. Aspectos prácticos que pueden influir en el proceso de adaptación

Diferentes autores han reconocido aspectos que pueden interferir en el proceso de adaptación, tales como:

- Poco reconocimiento de las orientaciones prácticas para ayudar a los investigadores en el desarrollo de un proceso de adaptación transcultural sistematizado y adecuado, así como también para el proceso posterior de validación (105).

- Contar con versiones únicas universalmente adaptadas en un idioma en particular (106). Por este motivo, actualmente se promueve la existencia de escalas con una sola versión universal consensuada en cada idioma (105).
- Los procesos de adaptación se efectúan en un solo centro lo que puede afectar la aplicabilidad en países o regiones con gran diversidad cultural, especialmente en países con minorías étnicas y altas tasas de inmigrantes (106).

Al respecto se reconocen diferentes métodos para la adaptación cultural, según lo muestran diferentes autores, Alexandre y De Britto (107) propone un método de 5 pasos para validar la equivalencia transcultural de los instrumentos de medición conocido como el *Content Validity Index*. Algunos autores aún emplean este método, en los años 90 Guillemin et al. (104) efectuó una revisión de los métodos utilizados para la adaptación transcultural de instrumentos en salud analizando más de 700 publicaciones (108), estos estudios presentaban la comparación de los hallazgos en las distintas culturas, pero no describían el proceso metodológico utilizado para la adaptación que sólo pudo ser identificado en 17 estudios (103).

Con base en los hallazgos de Guillemin et al. (104), se propuso una guía estandarizada de cinco secciones para obtener la equivalencia semántica, idiomática, experimental y conceptual utilizando, entre otras estrategias, la retro-traducción, la revisión por comité y el uso de prueba piloto.

Por su parte Beatón et al. (103) publica otra guía similar para este proceso, la cual es actualizada en el año 2000. Esta guía es conocida también como la guía de la *American Association of Orthopedic Surgeons* (AAOS) que enfatiza la importancia del registro de cada etapa del proceso, el contacto estrecho con el autor original y la descripción de los integrantes del comité cuya misión es consolidar todas las versiones del cuestionario, así como desarrollar una versión preliminar del instrumento para la prueba de campo (piloto). La revisión de la literatura muestra

que esta guía es uno de los métodos de adaptación transcultural más usados y se ha considerado el *gold estándar* para orientar el proceso de adaptación cultural de escalas en el área de la salud.

9.1. Elementos proceso de adaptación

9.1.1. Comité de expertos

De acuerdo con la búsqueda entre personas especialistas en un tema, a través de la técnica que pondera las ideas que logran mayor aceptación, esto se conoce como un panel o comité de expertos (107). Su función es revisar, proponer y consensuar la versión preliminar del instrumento con el objetivo de lograr la equivalencia, en las áreas mencionadas, entre la versión de origen y la de destino.

El comité de expertos tomará decisiones críticas por lo que su composición es crucial para asegurar el logro del objetivo. La experticia de los integrantes está dada por su grado de conocimiento de la cultura, la enfermedad explorada, el objetivo de la herramienta y los conceptos a medir o explorar demás recomendaciones sobre su composición. Es necesario que el mismo sea multidisciplinario con un número de 5 a 10 personas y que cuente con integrantes bilingües (al menos dos).

9.1.2. Documentación del proceso

Beatón et al. (103) enfatizan la importancia de la documentación completa y detallada de cada paso de la AT y señalan que ha sido un aspecto particularmente descuidado del proceso, el cual ayuda a evaluar su calidad y rigurosidad.

10. Prueba piloto

La adaptación no finaliza hasta que la versión obtenida a través del consenso de los expertos no es testada, a través de una prueba de campo o prueba piloto. Buil et al. (109) recalca que este paso es fundamental para la verificación empírica de la equivalencia, el objetivo de la prueba piloto es evaluar la equivalencia con la versión original. Esto permite detectar errores y confirmar la comprensión de los ítems para su aplicación, verificando a su vez aspectos prácticos de su uso (109).

11. Metodología

11.1. Diseño del estudio

El presente estudio fue de tipo metodológico, ya que este diseño permite desarrollar instrumentos confiables, eficaces, funcionales, que se puedan utilizar para mejorar las investigaciones y la práctica (110).

Esta adaptación cultural estuvo orientada a través de los lineamientos de Beaton (103) quien señala que con la ampliación del número proyectos de investigación multicultural, aumenta la necesidad de adaptar las escalas de medición de fenómenos en el contexto de la salud para generar un nuevo conocimiento, incluso en un idioma diferente al de origen.

11.1.2 Universo: Profesionales de enfermería que laboraban en las Unidades de cuidado intensivo en Colombia.

11.1.3 Población de referencia para la prueba de la versión preliminar: Profesionales de enfermería que laboraban en las Unidades de cuidado intensivo

11.1.4 Población de estudio para la prueba de la versión preliminar: Profesionales de enfermería que laboraban en las Unidades de cuidado intensivo en una institución de III Nivel de complejidad durante el primer semestre del 2021.

11.1.5 Tamaño de la muestra para la prueba de la versión preliminar: Según Beaton et al. (103), el número de participantes para realizar la prueba de un instrumento adaptado corresponde de 20 a 30 participantes. Para esta investigación se seleccionaron 43 profesionales de enfermería que laboraban en la unidad de cuidado intensivo en una institución de salud en Bogotá.

11.1.3 Criterios de inclusión

- Profesionales de enfermería con una experiencia mínima de 6 meses en el cuidado del paciente crítico, la experiencia se determinó a partir de las recomendaciones de diferentes autores (111,112) quienes señalan que en este tiempo se logran desarrollar competencias, dominio y seguridad en el cuidado del paciente crítico.
- Profesionales de enfermería cuyo idioma nativo sea español.

11.1.3 Criterios de exclusión

Profesionales de enfermería que no deseaban participar y de habla inglesa.

11.2. Descripción del instrumento que se adaptó culturalmente

El ICDSC es una escala realizada por cinco profesionales de la salud en Canadá, que contiene una lista de verificación con ocho elementos que evalúan los síntomas del delirium durante un período de 8 a 24 horas, puede ser evaluado en el curso de la rutina diaria por las enfermeras. Puede determinar la gravedad del delirium en función de la puntuación y se puede aplicar en pacientes con sedación independiente del nivel y en adultos mayores (76). (Ver anexo 1)

Está soportado en los criterios del DSM IV (66), los componentes que evalúan son: nivel de conciencia, falta de atención, desorientación, alucinaciones, agitación o retraso psicomotor, habla o estado de ánimo inapropiados, alteraciones del ciclo de sueño/ vigilia o fluctuación de los síntomas. Los pacientes reciben un punto por cada síntoma que se manifiesta durante el período de tiempo especificado. Una puntuación ≥ 4 indica una ICDSC positiva y la presencia de delirium. La detección de estos síntomas puede ser particularmente difícil en pacientes con ventilación mecánica, sin embargo, el ICDSC permite la interpretación subjetiva en este grupo de pacientes. Nishmura et al. (75), encontró que el área bajo la curva ROC es 0,9017, la sensibilidad del 99% y la especificidad del 91%.

11.3. *Recolección de la información*

11.3.1. *Procedimiento*

- Obtención de la autorización por parte de los autores de la escala original ICDSC (Ver Anexo numero 2).
- Se aplicó el método de adaptación transcultural, según las recomendaciones de *Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures* de Beaton et al. (103) con el fin de alcanzar la equivalencia entre el instrumento original y el adaptado, puesto que los ítems no solo deben ser lingüísticamente traducidos, sino que también deben adaptarse culturalmente para mantener la validez de contenido del instrumento a un nivel conceptual en las diferentes culturas.
- En cada una de las etapas de la adaptación cultural el tiempo requerido fue de 1 mes. En el proceso de organización y sistematización de la información recolectada en cada etapa se establecieron reuniones periódicas para seguimiento de los avances, revisión de resultados, discusiones y aprobación de los productos finales. Estas reuniones están lideradas por los investigadores.

- Para la sistematización de la información en cada etapa se diseñó una base de datos custodiadas por el grupo investigador

11.4. Pasos de la adaptación transcultural

11.4.1. Etapa I: Traducción inicial

La traducción inicial se realizó por dos traductores independientes que eran profesionales calificados y que tenían como lengua materna el idioma español. Esto permitió la detección de errores y la interpretación divergente de ítems con significados ambiguos en el instrumento original. El traductor 1 (TR1) conocía los objetivos del instrumento, así como los conceptos implicados, mientras que el traductor 2 (TR2) realizó la traducción sin ese conocimiento. El conocimiento de los objetivos permitió una equivalencia cultural e idiomática, con lo cual se obtuvo un instrumento más confiable (103).

11.4.2. Etapa II: Síntesis de las traducciones

Los dos traductores junto con un observador, compararon los resultados y buscaron la concordancia de cada una de las traducciones realizadas por expertos, con el fin de realizar los ajustes necesarios y así alcanzar una versión unificada que mantuviera la equivalencia técnica, semántica y de contenido.

11.4.3. Etapa III: traducción inversa

La traducción inicial debe ser vertida nuevamente al idioma original por otros traductores que no hayan participado en la primera etapa y que trabajen de forma independiente. Esos traductores fueron bilingües, tenían como lengua materna el idioma en el que se escribió originalmente el instrumento y desconocían tanto sus fines como conceptos, disminuyendo así la posibilidad de sesgos.

11.4.4. Etapa IV: Comité de Expertos

La composición de este comité fue crucial para lograr la equivalencia intercultural. Estuvo constituido por 2 profesionales de enfermería expertos en el cuidado del paciente crítico y los traductores. Se utilizaron las directrices de Muñiz et al. en 2013 (99), para guiar de manera más concreta el trabajo del comité de expertos (Ver anexo 3).

El comité comparó las traducciones realizadas hasta la obtención de la versión final, se cercioró que la versión final fuera totalmente comprensible y evaluó su equivalencia cultural. (103).

11.4.5. Etapa V: Prueba de la versión preliminar

El proceso de adaptación transcultural no está terminado hasta que la versión obtenida a través del consenso de los expertos no es testeada a través de una prueba de campo o prueba piloto.

La versión final del ICDSC fue sometida a una prueba preliminar para evaluar su equivalencia con la versión original. Esta prueba consistió en aplicar el instrumento a una muestra de la población para detectar errores y confirmar que todas las preguntas podían ser bien comprendidas. Para esta investigación la muestra correspondió a 43 profesionales de enfermería que laboraban en UCI, cuyos criterios de inclusión ya se describieron anteriormente.

De esa forma, la prueba preliminar permite evaluar no solo la calidad de la traducción, sino también para verificar aspectos prácticos de su aplicación. La escala ICDSC fue entregada a los profesionales de enfermería para su revisión y ellos fueron entrevistados para analizar la claridad de las preguntas, de manera que se exploró el significado de los ítems y la comprensibilidad de las preguntas, lo que facilitó verificar que la versión adaptada mantuviera su equivalencia.

11.4.6. *Etapa VI: Envío de documentación a los desarrolladores o comité coordinador para la evaluación del proceso de adaptación*

Beaton et al. (103), enfatizan la importancia de la documentación completa y detallada de cada paso de la Adaptación cultural, señalan que ha sido un aspecto particularmente descuidado del proceso, por lo tanto, es necesario evaluar su calidad y rigurosidad. En esta etapa fueron presentados los informes a los desarrolladores principales del instrumento y al Comité que realizaron el seguimiento de la versión traducida para asegurarse de que las etapas recomendadas fueron seguidas.

11.4.6.1. Plan de análisis

Para la etapa de comité de expertos y prueba piloto se realizó un análisis descriptivo. Cuando fue pertinente, se crearon figuras para resumir información.

11.4.6.2. Aspectos éticos

El desarrollo de la presente investigación se fundamentó en las consideraciones éticas internacionales –como la declaración de Helsinki (113) – y nacionales contempladas en la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, por las cuales se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Se clasificó como una investigación “sin riesgo” al no realizarse ningún tipo de intervención en la población de estudio. Se consideró que por el tipo de investigación y por los objetivos de la

misma, no causa ningún impacto ambiental, ni efecto directo porque no manipularon variables que pusieran en riesgo la salud.

Se guardó la confidencialidad de la información registrada, se les entregó a los participantes un consentimiento informado (Ver anexo 4) con el propósito de mantener los principios éticos de privacidad y de confidencialidad.

12. Presentación de Resultados

12.1. Etapa I. Traducción Inicial.

En esta etapa se seleccionaron los traductores nativos para el español y certificados para el inglés y participaron dos traductores con certificado de idoneidad (ver anexo 5). Los traductores fueron contactados partiendo de un listado de traductores certificados con experiencias previas en el acompañamiento de procesos de adaptación cultural. A través de encuentros virtuales se explicó el objetivo del estudio y la metodología propuesta para la adaptación cultural del instrumento ICDS-C. Una vez se obtuvo su aceptación para participar en el estudio, por medio del acuerdo de confidencialidad, se solicitó el certificado de competencia en lengua extranjera y se procedió al envío del instrumento para su traducción.

12.2. Etapa II. Síntesis de las traducciones.

En esta etapa los dos traductores seleccionados de manera individual realizaron la traducción del instrumento (Ver anexo 6). Posteriormente se realizó una reunión con los traductores más un observador: correspondiente a un profesional de enfermería experto en el área y con competencia

de habla inglesa con el fin de solucionar discordancias y generar la síntesis de las traducciones al español. A continuación, se detalla el proceso:

Tabla 1. Traducción del título

Texto original Encabezado	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
Intensive Care Delirium Screening Checklist	Lista de verificación de cribado para detección de delirium en cuidados intensivos (ICDSC)	Lista de verificación de detección del delirium en cuidados intensivos	Lista de verificación de cribado para detección de delirium en cuidados intensivos (ICDSC)

Fuente. Elaboración propia

En el encabezado se encuentra el nombre del instrumento. Así mismo se denota la necesidad de incluir la palabra cribado para que aparezca en la síntesis y que, además, se emplee cribado y no screening según lo recomienda el Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina, menciona que se debe evitar usar la palabra *screening* (114) y emplear en su lugar «detección sistemática», «examen colectivo», «identificación sistemática» o «cribado», según el contexto.

Igualmente, se percibe conveniente conservar en el título de la sigla del instrumento en inglés (ICDSC), ya que permite una lectura rápida, facilita la escritura, así como el reconocimiento del instrumento (115).

Los traductores e investigadores concluyeron que la mejor forma de describirlo en el idioma español es: «Lista de verificación de cribado para detección de delirium en cuidados intensivos. (ICDSC)», ya que responde a la estructura y propósito del instrumento (ver tabla 1).

Tabla 2. Traducción del instructivo del instrumento

Texto original Encabezado	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
--------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

Give a score of "1" to each of the 8 items below, if the patient clearly meets the criteria defined in the scoring instructions. Give a score of "0" if there is no manifestation or unable to score. If the patient scores >4, notify the physician. The diagnosis of delirium is made following clinical assessment; document in the Assessment and Intervention record (RN) and progress note (MD)	Seleccione "1" en cada una de las 8 categorías, a continuación, si el paciente cumple claramente con los criterios definidos en las instrucciones del puntaje. Seleccione "0" si no hay manifestación del síntoma o respuesta por parte del paciente. Si el paciente puntúa ≥ 4 , notifique al médico. El diagnóstico de delirium se realiza después de la evaluación clínica; documéntelo en la historia clínica y en la nota de evolución.	Seleccione "1" en cada uno de las 8 categorías a continuación si el paciente cumple claramente con los criterios definidos en las instrucciones del puntaje. Seleccione "0" si no hay manifestación o si no puede decidir. Si el paciente anota > 4, notifique al médico. El diagnóstico de delirio se realiza después de la evaluación clínica; regístrese en el registro de evaluación e intervención (RN) y la nota de progreso (MD).	Seleccione "1" en cada una de las 8 categorías a continuación si el paciente cumple claramente con los criterios definidos en las instrucciones del puntaje. Seleccione "0" si no hay manifestación del síntoma o respuesta por parte del paciente. Si el paciente puntúa ≥ 4 , notifique al médico. El diagnóstico de delirium se realiza después de la evaluación clínica; documéntelo en la historia clínica y en la nota de evolución.
---	---	--	---

Fuente: elaboración propia.

Con relación al instructivo se encontró alta coincidencia en las dos traducciones, por lo que se logró un enunciado claro y preciso frente a la forma de diligenciar el instrumento. Los puntos propuestos por el traductor 2 que se omitieron tenían que ver con las siglas RN y MD, que no se emplean en Colombia.

Se optó por la palabra «delirium» en lugar de «delirio» debido a su uso clínico y descripción del evento que presenta el paciente. Utilizando el término “delirium” para referirse al enfermo con síndrome mental orgánico caracterizado por confusión y desorientación, y «delirio» para hablar de la alteración psiquiátrica en la cual el individuo tiene una creencia firme pero errónea (116) (ver tabla 2).

Tabla 3. Traducción del ítem 1

Texto original Ítem 1	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
1. Level of consciousness Score 1 if RASS +1 to +4 Score 1 if RASS -1 to -3 Score 0 if RASS 0 OR if RASS -1 to -3 related to recent sedation/analgesia	1. Alteración del nivel de conciencia Puntuar 1 si RASS es +1 a +4 Puntuar 1 si RASS es -1 a -3 Puntuar 0 si RASS es 0 o si RASS -1 a -3 están relacionados con la sedoanalgesia reciente.	1. Nivel de conciencia Puntúe 1 si RASS +1 a +4 Puntúe 1 si RASS -1 a -3 Puntúe 0 si RASS 0 O si RASS -1 a -3 relacionado con sedación/analgesia reciente	1. Alteración del nivel de conciencia Puntuar 1 si RASS es +1 a +4 Puntuar 1 si RASS es -1 a -3 Puntuar 0 si RASS es 0 o si RASS -1 a -3 está relacionado con sedoanalgesia reciente.

Fuente: elaboración propia.

Si bien ‘nivel de conciencia’ (traductor 2) corresponde a “*level of consciousness*”, se acordó que aquello que el ítem describía era alteración del nivel de conciencia, debido a que lo evaluado corresponde a la modificación en el estado de reconocimiento de sí mismo y su relación con el medio ambiente (117).

Respecto a la instrucción, se prefirió mantener por cuestiones de estilo- ‘puntuar’ en lugar de ‘puntúe’, ya que la primera opción, al no estar conjugada, resulta más impersonal y, por lo tanto, más formal. La RAE (Real Academia Española) explica la validez del infinitivo (‘puntuar’) “con valor exhortativo en indicaciones, advertencias, recomendaciones o avisos dirigidos a un interlocutor colectivo e indeterminado, habituales en las instrucciones [...]” (118).

Además, “En contextos en los que una orden o una petición no van dirigidas a personas concretas, sino que se presentan como indicaciones generales [...] se puede emplear el infinitivo: [...] Este uso es común en rótulos, letreros y otras indicaciones escritas” (119). Este mismo cambio de ‘puntuar’ en lugar de ‘puntúe’ se verá reflejado en el resto del instrumento.

Por otra parte, se prefiere el uso de la palabra ‘sedoanalgesia’ en lugar de ‘sedación/analgesia’, dado que es un término establecido en la práctica clínica específicamente en las unidades de cuidado intensivo según lo indica la Asociación Americana de Psiquiatría (119).

Tabla 4. Traducción del ítem 2

Texto original Ítem 2	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
<p>1. Inattention</p> <p>Score 1 if for either/any of the following abnormalities:</p> <p>a. Difficulty in attending to verbal or non-verbal commands OR</p> <p>b. Easily distracted by external stimuli</p> <p>Maintain eye contact for >5</p>	<p>2. Inatención</p> <p>Puntuar 1 si presenta una o varias de las siguientes anomalías:</p> <p>a. Dificultad para atender a las ordenes verbales o no verbales.</p> <p>b. Se distrae fácilmente con estímulos externos</p> <p>¿mantiene el contacto visual por</p>	<p>2. Falta de atención</p> <p>Puntúe 1 si se presenta cualquiera de las siguientes anomalías:</p> <p>a. Presenta dificultad para atender a órdenes verbales o no verbales O</p> <p>b. Se distrae fácilmente con estímulos externos</p>	<p>2. Inatención</p> <p>Puntuar 1 si se presenta alguna de las siguientes alteraciones:</p> <p>a. Presenta dificultad para atender a ordenes verbales o no verbales.</p> <p>O</p> <p>b. Se distrae fácilmente con estímulos externos</p> <p>¿Mantiene contacto visual</p>

seconds? Following?	más de 5 segundos? ¿seguimiento?	¿Mantiene contacto visual durante > 5 segundos? ¿Hace seguimiento con la mirada?	durante más de 5 segundos? ¿Hace seguimiento con la mirada?
---------------------	-------------------------------------	--	--

Fuente: elaboración propia.

Con relación al ítem 2 se observó que el término más apropiado de acuerdo con el contexto colombiano y a la terminología usada en el DSM-4 por la Asociación Americana de Psiquiatría era “inatención”. También se acordó que la palabra más adecuada era “alteraciones” en lugar de “anomalías”. Esto debido a la mala connotación que puede tener la palabra “anómalo”. Según el Diccionario de Términos Médicos, un sinónimo para “anómalo” es “aberrante”; no ocurre así con “alteración”, cuya definición es neutra. Esta misma elección léxica se mantiene en el resto del instrumento (120). Así mismo, se consideró que la pregunta “¿hace seguimiento con la mirada?” Sugerida por el traductor 2 era más apropiada para que el profesional de enfermería valorara la atención, ya que la pregunta será más específica y precisa para poder identificar la inatención (ver tabla 4).

Tabla 5. Traducción del ítem 3

Texto original Ítem 3	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
3. Disorientation Score 1 if any obvious abnormality: A. Mistake in either place or person Recognize ICU caregivers who have cared for him/her and not recognize those that have not? Family members? What kind of place are you in? May list examples for patient.	3. Desorientación Puntuar 1 si hay alguna alteración evidente: a. Desorientado en lugar y/o persona ¿Reconoce a los cuidadores de la UCI que le han atendido y no reconoce a los que no lo han hecho? ¿Los Familiares? ¿En qué lugar se encuentra? – Puede enumerar ejemplos para el paciente.	3. Desorientación Puntúe 1 si se presenta alguna anomalía obvia: a. Error en lugar o en persona ¿Reconoce a los cuidadores de la UCI que lo han cuidado y no reconocer a los que no lo han hecho? ¿Reconoce a miembros de la familia? ¿Reconoce en qué tipo de lugar se encuentra? Puede darle ejemplos al paciente.	3. Desorientación Puntuar 1 si se presenta alguna alteración evidente: a. presenta desorientación en espacio o persona. ¿Reconoce a los cuidadores de la UCI que le han atendido y no reconoce a los que no lo han hecho? ¿Reconoce a miembros de la familia? ¿Reconoce en qué lugar se encuentra? – se pueden dar ejemplos de lugares al paciente.

Fuente: elaboración propia.

Al analizar las dos traducciones no se encontraron diferencias en las dos versiones de la traducción. No obstante, se consideró que la frase “puede darle ejemplos al paciente” era muy general y no permitía identificar la desorientación en el espacio de manera precisa; por esta razón se reemplazó por “se pueden dar ejemplos de lugares al paciente”. Asimismo, se empleó “se pueden” en lugar de “se puede” para favorecer la conjugación (concordancia de número plural) (121) (Ver tabla 5).

Tabla 6. Traducción del ítem 4

Texto original Ítem 4	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
<p>4. Hallucination, delusion, psychosis</p> <p>Score 1 if either: A. Equivocal evidence of hallucinations or a behavior due to hallucinations (Hallucination = perception of something that is not there with NO stimulus) OR B. Delusions or gross impairment of reality testing (Delusion = false belief that is fixed/unchanging) Any hallucinations now or over past 24 hrs? Are you afraid of the people or things around you? Nightmares? (Inappropriate fear to clinical situation)</p>	<p>4. Alucinaciones, delirium, psicosis</p> <p>Puntuar 1 si: a. Evidencia equívoca de alucinaciones (percepción de algo que no está ahí, sin ningún estímulo) b. Alteración grave de la comprobación de la realidad (creencia falsa que es fija o que cambia) ¿Alguna alucinación ahora o en las últimas 24 horas? ¿Tiene miedo de las personas o cosas que lo rodean? ¿pesadillas?</p>	<p>4. Alucinaciones, delirium, psicosis</p> <p>Puntúe 1 si: a. Evidencia ambigua de alucinaciones o presencia de comportamiento sugerente de alucinación (alucinación = percepción sin estímulo de algo que no se encuentra allí) O b. Delirium o deterioro grave en las pruebas de realidad (Delirium = falsa creencia, además fija o inmutable) ¿Hay o ha habido presencia de alguna alucinación en este momento o en las últimas 24 horas? ¿Siente miedo de la gente o los objetos a su alrededor? ¿Ha tenido pesadillas? (miedo inapropiado a la situación clínica)</p>	<p>4. Alucinaciones, delirium, psicosis</p> <p>Puntuar 1 si: a. Presenta comportamientos que sugieren alucinaciones (Percepción de algo que no está ahí, sin ningún estímulo) O b. Alteración grave de la comprobación de la realidad (creencia falsa que es fija o que no cambia) ¿Presenta o ha presentado alguna alucinación ahora o en las últimas 24 horas? ¿Siente miedo de la gente o los objetos a su alrededor? ¿Ha tenido pesadillas? (miedo inapropiado a la situación clínica)</p>

Fuente: elaboración propia.

Se seleccionó la traducción número uno, pues fue considerada como la más apropiada. Sin embargo, los sintagmas “evidencia equívoca de alucinaciones” (traductor 1) y “evidencia ambigua de alucinaciones” (traductor 2) no eran adecuados, porque no daban suficiente contexto al lector. Por lo cual se prefirió “presenta comportamientos que sugieren alucinaciones” con el fin de mejorar la comprensión de la expresión (122). También se agregó el sintagma “presenta o ha

presentado” al comienzo de las preguntas orientadoras, ya que se tiene en cuenta que el español no es una lengua que presente tanta economía lingüística como el inglés, por lo que se prefieren sintagmas articulados dentro de oraciones mayores y esto no resulta redundante, al contrario, se percibe necesario: “en español, el sistema de género es más completo, existe mayor variación pronominal y el sujeto está incorporado al verbo; sin embargo, en inglés, al no señalar generalmente la concordancia en términos de número y género [...] ha de prestarse mayor atención al sistema de referencias (122) (ver tabla 6).

Tabla 7. Traducción del ítem 5

Texto original Ítem 5	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
<p>5. Psychomotor agitation/retardation</p> <p>Score 1 if either: A. Hyperactivity requiring the use of additional sedative drugs or restraints in order to control potential danger (e.g., pulling IV lines out or hitting staff) OR B. Hypoactive or clinically noticeable psychomotor slowing or retardation Picking bed sheet or IV site, based on documentation and observation over shift by primary caregiver</p>	<p>5. Agitación o retraso psicomotriz</p> <p>Puntuar 1 si: a. Hiperactividad que requiere el uso de fármacos sedantes adicionales o sujeción, para controlar el potencial peligro (por ejemplo, retiro de las vías intravenosas o agresión al personal) b. Hipoactividad o retraso psicomotor clínicamente perceptible. Basada en la documentación y la observación durante el turno por parte del cuidador principal.</p>	<p>5. Agitación/retraso psicomotor</p> <p>Puntúe 1 si: a. Hiperactividad que requiere el uso de medicamentos sedantes adicionales o sujeción mecánica adicional con el fin de controlar el peligro potencial (por ejemplo, retiro de la vías intravenosas o agresión al personal) O b. Hipoactividad o disminución de la función psicomotriz clínicamente perceptible Retiro de las sábanas o de la canalización, según historial médico y según lo observado durante el turno por el cuidador primario</p>	<p>5. Agitación o retraso psicomotor</p> <p>Puntuar 1 si se ha presentado cualquiera de las siguientes alteraciones: a. Hiperactividad que requiere el uso de medicamentos sedantes adicionales o sujeción con el fin de controlar un riesgo potencial (por ejemplo, retiro de las vías intravenosas o agresión al personal) b. Hipoactividad o retraso psicomotor clínicamente perceptible. Retiro de las sábanas o de la canalización según el registro de la historia clínica y la observación durante el turno por parte del profesional de enfermería.</p>

Fuente: elaboración propia.

Con relación al ítem 5 se pudo observar que no hay diferencia en la interpretación de los dos traductores, tan solo se incluyó en el apartado «Puntuar 1 si» la frase “se ha presentado cualquiera de las siguientes alteraciones” con el propósito de precisar que pueden seleccionar una de las dos alteraciones descritas. Por otro lado, se consideró que la palabra más adecuada era

“medicamento” y no “fármaco” debido a que el fármaco, hace parte del principio activo o molécula específica del medicamento (123).

Otro ajuste realizado estaba relacionado con la expresión “cuidador primario”, ya que se entiende como aquella persona que, pudiendo ser familiar o no del paciente, mantiene contacto humano más estrecho con ellos. Por esta razón se consideró más conveniente colocar “profesional de enfermería” para precisar que el tipo de cuidador primario al que se hace referencia es el responsable de satisfacer las necesidades del paciente en la UCI (124) (ver tabla 7).

Tabla 8. Traducción del ítem 6

Texto original Ítem 6	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
<p>6. Inappropriate speech or mood</p> <p>Score 1 if either: a. Inappropriate or disorganized speech content OR b. Inappropriate mood related to events or situation Disinhibition new from baseline? Abnormal speech content or mood? Inappropriately demanding?</p>	<p>6. Estado de ánimo o habla inadecuada</p> <p>Puntuar 1 para cualquiera de los dos: a. Habla de forma inadecuada, desorganizada o incoherente. b. Estado de ánimo inadecuado en relación con los acontecimientos o a situación. ¿desinhibición nueva respecto a la línea de base? ¿contenido del habla o estado de ánimo anormal? ¿exigencia inapropiada?</p>	<p>6. Estado de ánimo o habla inadecuada</p> <p>Puntúe 1 si: a. Ha hablado de forma inadecuada o desorganizada O b. Ha presentado estados de ánimo inadecuados relacionados con ciertos eventos o situaciones ¿Ha presentado desinhibición más allá de lo usual? ¿Se han presentado anomalías en el contenido de lo que habla o en sus estados de ánimo? ¿Se ha comportado inapropiadamente exigente?</p>	<p>6. Estado de ánimo o habla inadecuada</p> <p>Puntuar 1 para cualquiera de los dos: a. Habla de forma inadecuada, desorganizada o incoherente. b. presenta estados de ánimo inadecuados relacionados con ciertos eventos o situaciones. ¿Ha presentado desinhibición más allá de lo usual? ¿Se han presentado anomalías en el contenido de lo que habla o en sus estados de ánimo? ¿Se ha comportado inapropiadamente exigente?</p>

Fuente: elaboración propia.

Con relación al título del ítem 6, “Estado de ánimo o habla inadecuada”, se puede observar que no se generó ningún cambio, ya que hubo acuerdo en la mayoría de las expresiones. También se consideró que el verbo más apropiado en el literal a), de acuerdo con el contexto colombiano, era ‘habla’ en lugar de ‘ha hablado’, ya que el pretérito perfecto (ha hablado) se usa con mucha

menos frecuencia en América Latina. Según una entrada del Instituto Cervantes (125), el uso del pretérito perfecto es “raro en el español de América, es corriente en Bolivia, al igual que en el noroeste de Córdoba (Argentina)”.

Con relación a las preguntas orientadoras se prefirió la versión del traductor 2, pese a que se emplea el pretérito perfecto, ya que efectivamente las preguntas indagan por eventos que, si bien ocurrieron antes de la valoración con el instrumento, son susceptibles de seguir ocurriendo (ver tabla 8) (126).

Tabla 9. Traducción del ítem 7

Texto original Ítem 7	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
<p>7. Sleep/wake cycle disturbance</p> <p>Score 1 if either: a. Sleeping less than four hours at night OR b. Waking frequently at night (do not include wakefulness initiated by medical staff or loud environment) OR c. Sleep \geq 4 hours during day Based on primary caregiver assessment Ask patient about sleep</p>	<p>7.Alteración del ciclo de sueño/vigilia</p> <p>Puntuar 1 si: a. Duerme menos de 4 horas en la noche b. Se despierta con frecuencia durante la noche (no se debe tener en cuenta el despertar originado por el personal médico o por el ambiente ruidoso) c. Dormir más de 4 horas durante el día Basado en la evaluación del cuidador primario, preguntar al paciente sobre el sueño.</p>	<p>7. Alteración del ciclo de sueño / vigilia</p> <p>Puntúe 1 si: a. Ha dormido menos de cuatro horas por la noche O b. Se ha despertado con frecuencia por la noche (no incluir la vigilia iniciada por el personal médico o un ambiente ruidoso) OR c. Ha dormido \geq 4 horas durante el día Basado en la evaluación del cuidador primario Pregunte al paciente sobre su ciclo de sueño</p>	<p>7. Alteración del ciclo de sueño/vigilia</p> <p>Puntuar 1 si: a. Duerme menos de 4 horas en la noche b. Se despierta con frecuencia durante la noche (no se debe tener en cuenta el despertarse originado por el personal de salud o por el ambiente ruidoso) c. Duerme 4 o más horas durante el día Basado en la evaluación del profesional de enfermería, preguntar al paciente sobre su ciclo de sueño.</p>

Fuente: elaboración propia.

Con relación al título del ítem 7, “Alteración del ciclo de sueño/vigilia”, se puede observar que no se generó ningún cambio ya que ambas versiones coincidieron. Así mismo, se acordó que el término más apropiado de acuerdo con el contexto colombiano era ‘duerme’ en vez de ‘ha dormido’ conforme con lo explicado en el ítem anterior respecto al pretérito perfecto (126). Se

acordó conservar “profesional de enfermería” en vez de “cuidador primario”, teniendo en cuenta que el sujeto de cuidado se encuentra en la unidad de cuidados intensivos (ver tabla 9).

Tabla 10. Traducción del ítem 8

Texto original Ítem 8	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
8. Symptom fluctuation Score 1 if for: Fluctuation of any of the above items (i.e., 1 – 7) over 24 hours (e.g. from one shift to another). Based on primary caregiver assessment	8. Fluctuación de los síntomas Puntuar 1 si: a. Existe fluctuación de cualquier síntoma anterior (es decir del 1 al 7) en un periodo de 24 horas (por ejemplo, de un turno a otro). Basado en la evaluación del cuidador principal.	8. Fluctuación de los síntomas Puntúe 1 si: Ha habido fluctuación en cualquiera de los elementos anteriores (es decir, 1 – 7) durante 24 horas (por ejemplo, de un turno a otro). Basado en la evaluación del cuidador primario	8. Fluctuación de los síntomas Puntuar 1 si: a. Existe fluctuación de cualquiera de los anteriores síntomas (es decir ítems 1 al 7) en un periodo de 24 horas (por ejemplo, de un turno a otro). Basado en la evaluación del profesional de enfermería

Fuente: elaboración propia.

Con relación al encabezado del ítem 8, “Fluctuación de los síntomas”, se puede observar que no se generó ningún cambio ya que hubo acuerdo. Se identificó que el término más apropiado de acuerdo al contexto colombiano era ‘existe’ en vez de ‘ha habido’, ya que los verbos en los registros de evolución en las historias clínicas se suelen consignar empleando presente simple en lugar de pretérito perfecto (126).

Se estuvo de acuerdo con conservar ‘profesional de enfermería’ sobre ‘cuidador primario’, ya que siempre se hará referencia al enfermero; sin embargo, profesional de enfermería supone un lenguaje más inclusivo que decir ‘enfermero’ o ‘enfermera’ (127) (ver tabla 10).

Tabla 11. Puntuación total

Texto original Ítem	Traductor certificado 1	Traductor certificado 2	Síntesis de la traducción
Total ICDSC (Maximum score is 8)	Total ICDSC (la puntuación máxima es 8) Una puntuación > 4 sugiere delirium.	ICDSC Total (la puntuación máxima es 8) Una puntuación ≥ 4 sugiere delirium.	ICDSC total (la puntuación máxima es 8) Una puntuación ≥ 4 sugiere delirium.

Fuente: elaboración propia

Con relación al ítem de la puntuación total, se optó por la versión 2, ya que teniendo en cuenta que ICDSC es el sustantivo que reconoce un complemento argumental exigido por su significado y total el adjetivo tradicional que aporta el calificativo de cualidad tiene más sentido en español que se consigne como: ICDSC total y no como Total ICDSC (128). Por otra parte, el rango correcto para interpretar el puntaje es ≥ 4 , en lugar de > 4 (ver tabla 11).

12.3. *Etapa III: Traducción inversa*

Para la traducción inversa o retro traducción se seleccionaron dos traductores de lengua materna inglesa certificados, a quienes les fue enviada la versión en español resultante de la síntesis de las etapas anteriores. Posteriormente, la retro traducción se llevó a cabo de manera individual por parte de cada uno de los traductores con el objetivo de generar la versión en inglés del instrumento de medición. Con estas dos versiones el equipo de investigadores y traductores se reunió para llegar a un consenso final que consolidó la versión más adecuada. A continuación, se describe el proceso:

Tabla 12. Retrotraducción del título

Texto Encabezado en español	Retrotraducción 1	Retrotraducción 2	Síntesis de la Retrotraducción
Lista de verificación de cribado para detección de delirium en cuidados intensivos (ICDSC)	INTENSIVE CARE DELIRIUM SCREENING CHECKLIST (ICDSC)	INTENSIVE CARE DELIRIUM SCREENING CHECKLIST (ICDSC)	INTENSIVE CARE DELIRIUM SCREENING CHECKLIST (ICDSC)

Fuente: elaboración propia.

Al realizar el análisis de las dos retro traducciones, no se encontraron diferencias en los términos, las dos son claras y coinciden claramente con el título del encabezado (ver tabla 12).

Tabla 13. Retrotraducción del instructivo del instrumento

Texto Encabezado en español	Retrotraducción 1	Retrotraducción 2	Síntesis de la Retrotraducción
<p>Seleccione "1" en cada una de las 8 categorías a continuación si el paciente cumple claramente con los criterios definidos en las instrucciones del puntaje.</p> <p>Seleccione "0" si no hay manifestación del síntoma o respuesta por parte del paciente. Si el paciente puntúa ≥ 4, notifique al médico.</p> <p>El diagnóstico de delirium se realiza después de la evaluación clínica; documéntelo en la historia clínica y en la nota de evolución.</p>	<p>Select "1" in each of the eight categories if the patient clearly meets the criteria defined in the scoring instructions.</p> <p>Select "0" if there is no manifestation of the symptom or response from the patient. If the patient scores ≥ 4, notify the physician.</p> <p>The diagnosis of delirium is made after clinical evaluation; document it in the medical record and in the progress note.</p>	<p>Choose "1" in each of the 8 categories if the patient clearly meets the criteria defined in the scoring instructions.</p> <p>Choose "0" if there is neither manifestation of the symptom nor response from the patient. If the patient scores ≥ 4, notify the physician.</p> <p>Delirium diagnosis is made after clinical evaluation; record it in both the medical record and the progress note.</p>	<p>Score "1" in each of the 8 categories if the patient clearly meets the criteria defined in the scoring instructions.</p> <p>Score "0" if there is neither manifestation of the symptom nor response from the patient. If the patient scores ≥ 4, notify the physician.</p> <p>Delirium diagnosis is made after clinical evaluation; record it in both the medical record and the progress note.</p>

Fuente: elaboración propia.

Al realizar el análisis de las dos retro traducciones, se evidencia que existe una similitud entre ellas, sin embargo, pese a que inicialmente se optó por ‘*choose*’ en lugar de ‘*select*’ al inicio de las instrucciones, se decide emplear ‘*score*’, para favorecer la uniformidad y la estructura paralela del texto se opta por esta palabra. Además, por tratarse de calificaciones numéricas, *score* es más

adecuado que ‘select’ o ‘choose’ (129). Se mantiene el número ‘8’ en cifra por agilidad. Pese a que en inglés se suelen escribir en letras los adjetivos cardinales del uno al diez, en esta lista de chequeo se prefiere favorecer la rapidez y facilidad, por la complejidad en la condición del paciente crítico (ver tabla 13).

Tabla 14. Retrotraducción del ítem 1

Texto Español Ítem 1	Retrotraducción 1	Retrotraducción 2	Síntesis de la Retrotraducción
<p>1. Alteración del nivel de conciencia</p> <p>Puntuar 1 si RASS es +1 a +4 Puntuar 1 si RASS es -1 a -3 Puntuar 0 si RASS es 0 o si RASS -1 a -3 está relacionado con sedoanalgesia reciente.</p>	<p>1. Altered level of consciousness</p> <p>Score 1 if RASS is +1 to +4. Score 1 if RASS is -1 to -3. Score 0 if RASS is 0 or if RASS -1 to -3 due to recent sedation/analgesia.</p>	<p>1. Altered level of consciousness</p> <p>Score 1 if RASS is +1 to +4. Score 1 if RASS is -1 to -3. Score 0 if RASS is 0 or if RASS is -1 to -3 is due to recent sedoanalgesia.</p>	<p>1. Altered level of consciousness</p> <p>Score 1 if RASS is +1 to +4. Score 1 if RASS is -1 to -3. Score 0 if RASS is 0 or if RASS is -1 to -3 is due to recent sedoanalgesia.</p>

Fuente: elaboración propia.

Con relación a la retro traducción del Ítem 1, el traductor 1 considera que la palabra ‘sedoanalgesia’ propuesta por el traductor 2 no es apropiada, ya que ésta no se encuentra en los diccionarios de inglés. Sin embargo, mediante un rastreo en los buscadores se comprueba que la mayoría de los artículos en inglés emplean la palabra sedoanalgesia, por lo que se admite el término ya que es un neologismo¹ (ver tabla 14) (130).

¹ Entendido como aquellos términos nuevos incorporados al uso por parte de especialistas en las diversas disciplinas del conocimiento, es decir, pertenecientes al lenguaje académico, de las artes, las ciencias, la tecnología y la cultura (142).

Tabla 15. Retrotraducción del ítem 2

Texto Español Ítem 2	Retrotraducción 1	Retrotraducción 2	Síntesis de la Retrotraducción
<p>2. Inatención</p> <p>Puntuar 1 si se presenta alguna de las siguientes alteraciones:</p> <p>a. Presenta dificultad para atender a órdenes verbales o no verbales.</p> <p>b. Se distrae fácilmente con estímulos externos</p> <p>¿Mantiene contacto visual durante más de 5 segundos?</p> <p>¿Hace seguimiento con la mirada?</p>	<p>2.Inattention</p> <p>Score 1 if any of the following changes occur:</p> <p>a. Patient has difficulty responding to verbal or non-verbal orders.</p> <p>b. Patient is easily distracted by external stimuli.</p> <p>Does patient maintain eye contact for more than 5 seconds?</p> <p>Does patient follow with focus?</p>	<p>2.Inattention</p> <p>Score 1 if any of the following changes occur:</p> <p>a. They have difficulty responding to verbal or non-verbal orders.</p> <p>b. They get easily distracted by external stimuli.</p> <p>Do they maintain eye contact for more than 5 seconds?</p> <p>Do they follow up with their eyes?</p>	<p>2. Inattention</p> <p>Score 1 if any of the following changes occur:</p> <p>a. Difficulty responding to verbal or non-verbal orders.</p> <p>b. Easily distracted by external stimuli.</p> <p>Maintains eye contact for more than 5 seconds?</p> <p>Follows an object with sight?</p>

Fuente: elaboración propia.

En las dos retrotraducciones, se encontró una alta coincidencia, no obstante, los traductores acordaron que sería mejor omitir los sujetos de los ítems, con el fin de favorecer la agilidad, teniendo en cuenta que una de las ventajas de los instrumentos tipo checklist, es su brevedad. Lo anterior coincide con Padrón et al (131) quien señala que “los tres principios básicos de la redacción científica: precisión, claridad y brevedad del lenguaje” Otro punto que se debe considerar es que la extensión del formato en el que se escribe es limitada (por tratarse de un checklist), siendo más adecuado emplear el menor número de palabras posible (ver tabla 15).

Tabla 16. Retrotraducción del ítem 3

Texto Español Ítem 3	Retrotraducción 1	Retrotraducción 2	Síntesis de la Retrotraducción
<p>3. Desorientación</p> <p>Puntuar 1 si se presenta alguna alteración evidente:</p> <p>a. presenta desorientación en espacio o persona.</p> <p>¿Reconoce a los cuidadores de la UCI que le han atendido y no reconoce a los que no lo han hecho?</p> <p>¿Reconoce a miembros de la</p>	<p>3.Disorientation</p> <p>Score 1 if there is any obvious alteration:</p> <p>a. Patient shows disorientation in space or person.</p> <p>Does patient recognize the ICU caregivers who have cared for him/her and not recognize those who have not?</p>	<p>3. Disorientation</p> <p>Score 1 if there is any obvious alteration:</p> <p>a. They have disorientation in place or person.</p> <p>Do they recognize the ICU caregivers who have cared for them and do not recognize those who have not?</p>	<p>3. Disorientation</p> <p>Score 1 if there is any obvious alteration:</p> <p>a. Shows disorientation in place or person.</p> <p>Recognizes the ICU nursing professionals who have cared for him/her and does not recognize those who have not?</p>

familia? ¿Reconoce en qué lugar se encuentra? – se pueden dar ejemplos de lugares al paciente.	Does patient recognize family members? Does patient recognize where he/she is? - Examples of places can be given to the patient.	Do they recognize family members? Do they recognize where they are? - Examples of places can be given to the patient.	Recognizes family members? Recognizes where he/she is? - Examples of places can be given to the patient.
---	---	--	---

Fuente: elaboración propia.

En el ítem 3 se evidenció una similitud en las dos versiones de la retrotraducción, tan solo se tomó la decisión de omitir los sujetos para favorecer la brevedad del documento. La omisión de sujetos es posible en inglés y bien empleada no altera el significado de la frase. Se entiende entonces que está bien empleada cuando es más que evidente a cuál sujeto está omitiendo. Este fenómeno lingüístico recibe en nombre de ‘*subject ellipsis*’ (132). Se puede dar en contextos formales o informales. Este ajuste se consideró en toda la retrotraducción de los ítems que tenían sujetos (ver tabla 16).

Tabla 17. Retrotraducción del ítem 4

Texto Español Ítem 4	Retrotraducción 1	Retrotraducción 2	Síntesis de la Retrotraducción
4. Alucinaciones, delirium, psicosis Puntuar 1 si: a. Presenta comportamientos que sugieren alucinaciones (Percepción de algo que no está ahí, sin ningún estímulo) b. Alteración grave de la comprobación de la realidad (creencia falsa que es fija o que no cambia) ¿presenta o ha presentado alguna alucinación ahora o en las últimas 24 horas? ¿Siente miedo de la gente o los objetos a su alrededor? ¿Ha tenido pesadillas? (Miedo inapropiado a la situación clínica)	4.Hallucinations, delirium, psychosis Score 1 if: a. Patient presents behaviors that suggest hallucinations (perception of something that is not there, without any stimulus). b. Patient shows serious alteration of the reality check (false belief that it is fixed or does not change). Does patient have or has had any hallucinations now or in the last 24 hours? Is patient afraid of people or objects around him/her? Has patient had nightmares? (Inappropriate fear of the clinical situation)	4.Hallucinations, delirium, psychosis Score 1 if: a. They display behaviors that suggest hallucinations (perception of something that is not there, without any stimulus). b. Serious alteration of their reality check (false belief that it is fixed or does not change). Do they have or have they had any hallucinations now or in the past 24 hours? Are they afraid of people or objects around them? Have they had nightmares? (Fear inappropriate to the clinical situation)	4. Hallucinations, delirium, psychosis Score 1 if: a. Displays behaviors that suggest hallucinations (perception of something that is not there, without any stimulus). b. Shows serious alteration of the reality check (false belief that it is fixed or does not change). Has or has had any hallucinations now or in the past 24 hours? Is afraid of people or objects around him/her? Has had nightmares? (Displays inappropriate fear of the clinical situation)

Fuente: elaboración propia

Las dos retrotraducciones son similares, por lo tanto, se consideró nuevamente la sugerencia de omitir los sujetos para favorecer la brevedad de la escala. También se prefirió el verbo que sugiere el traductor 2 ‘*display*’ en lugar de ‘*present*’. Según el *Oxford Collocation Dictionary*, el verbo que sugiere para acompañar el sustantivo ‘*behaviour*’ es ‘*display*’ (133).

Se conserva ‘*past*’ en lugar de ‘*last*’, ya que *last* hace referencia a la última fase de un evento, mientras que al emplearse *past*, corresponde al período de 24 horas más reciente (132). Se inserta un verbo al inicio del enunciado para conservar la uniformidad con el resto del texto. Se prefiere el orden de las palabras ‘*inappropriate fear*’ en lugar de ‘*fear inappropriate*’, ya que la segunda es demasiado formal, en razón de que estos ‘*postnominal adjectives*’ (adjetivos después del sustantivo) no son naturales de la sintaxis cotidiana de la lengua inglesa, sino que suelen reservarse para usos arcaicos o institucionales (ver tabla 17) (134).

Tabla 18. Retrotraducción del ítem 5

Texto Español Ítem 5	Retrotraducción 1	Retrotraducción 2	Síntesis de la Retrotraducción
<p>5. Agitación o retraso psicomotor</p> <p>Puntuar 1 si se ha presentado cualquiera de las siguientes alteraciones:</p> <p>a. Hiperactividad que requiere el uso de medicamentos sedantes adicionales o sujeción con el fin de controlar un riesgo potencial (por ejemplo, retiro de las vías intravenosas o agresión al personal)</p> <p>b. Hipoactividad o retraso psicomotor clínicamente perceptible.</p> <p>Retiro de las sábanas o de la canalización según el registro de la historia clínica y la observación durante el turno por parte del profesional de enfermería.</p>	<p>5. Psychomotor agitation or retardation</p> <p>Score 1 if any of the following changes have occurred:</p> <p>a. Hyperactivity requiring the use of additional sedative medications or restraint in order to control a potential risk (for example, withdrawal of IV lines or assault on staff)</p> <p>b. Clinically noticeable hypoactivity or psychomotor retardation.</p> <p>Removal of sheets or of canalization according to medical history record and observation by caregiver during shift.</p>	<p>5. Agitation or psychomotor retardation</p> <p>Score 1 if any of the following changes have taken place:</p> <p>a. Hyperactivity requiring the use of additional sedative medications or restraint in order to control a potential risk (for example, withdrawal of IV lines or assault on staff)</p> <p>b. Hypoactivity or clinically noticeable psychomotor retardation</p> <p>Removal of bed sheets or cannulation according to the record of the medical history and the observation during the shift by the nursing professional.</p>	<p>5. Psychomotor agitation or retardation</p> <p>Score 1 if:</p> <p>a. Displays hyperactivity requiring the use of additional sedative medications or restraint in order to control a potential risk (for example, withdrawal of IV lines or assault on staff)</p> <p>b. Displays clinically noticeable hypoactivity or psychomotor retardation.</p> <p>Removes bed sheets or cannulation according to medical history record and observation by the nursing professional.</p>

Fuente: elaboración propia.

Al revisar la retrotraducción del título del ítem 5, se consideró más apropiado el orden de las palabras sugerido por el traductor 1, ya que el adjetivo ‘*psychomotor*’ califica ambos sustantivos – ‘*agitation*’ y ‘*retardation*’- y no solo a ‘*retardation*’. Se consideró dejar únicamente *Score 1 if* para favorecer la uniformidad respecto a los demás ítems.

En la opción **a** se inserta un verbo al inicio para conservar la uniformidad con el resto del texto. Se elige el verbo ‘*display*’, por la connotación que tiene la palabra, al ser los síntomas evidentes o visibles (135-138). Se omiten sujetos para favorecer la brevedad del documento y se prefiere ‘*bed sheets*’ en lugar de solamente ‘*sheets*’ para evitar la ambigüedad. Según el diccionario de la Real Academia Española (DRAE), la calidad de ambiguo se refiere a entender de varios modos o admitir interpretaciones y dar, por consiguiente, motivo a dudas, incertidumbre o confusiones (138). En este caso la ambigüedad que se evitó fue que ‘*sheets*’ se podría interpretar como la traducción de ‘sábanas’ u ‘hojas’, ya que ambas palabras en inglés se traducen como ‘*sheets*’ (ver tabla 18).

Tabla 19. Retrotraducción del ítem 6

Texto Español Ítem 6	Retrotraducción 1	Retrotraducción 2	Síntesis de la Retrotraducción
<p>6. Estado de ánimo o habla inadecuada</p> <p>Puntuar 1 para cualquiera de los dos:</p> <p>a. Habla de forma inadecuada, desorganizada o incoherente.</p> <p>b. Presenta estados de ánimo inadecuados relacionados con ciertos eventos o situaciones.</p> <p>¿Ha presentado desinhibición más allá de lo usual? ¿Se han presentado anomalías en el contenido de lo que habla o en sus estados de ánimo? ¿Se ha comportado inapropiadamente exigente?</p>	<p>6. Inappropriate mood or speech</p> <p>Score 1 for either of the two:</p> <p>a. Patient speaks in an inappropriate, disorganized, or incoherent manner.</p> <p>b. Patient shows inappropriate moods related to certain events or situations.</p> <p>Patient has exhibited disinhibition beyond the usual? Patient has had abnormalities in the content of what he/she speaks or in his/her moods? Patient has been inappropriately demanding?</p>	<p>6. Inappropriate mood or speech</p> <p>Score 1 for either of the two:</p> <p>a. They speak in an inappropriate, disorganized, or incoherent way.</p> <p>b. They have inappropriate moods related to certain events or situations.</p> <p>Have they exhibited disinhibition beyond the usual? Have there been abnormalities in the content of what they speak or in their moods? Have they been inappropriately demanding?</p>	<p>6. Inappropriate mood or speech</p> <p>Score 1 if:</p> <p>a. Speaks in an inappropriate, disorganized, or incoherent manner.</p> <p>b. Shows inappropriate moods related to certain events or situations.</p> <p>Has exhibited disinhibition beyond the usual? Has had abnormalities in the content of what he/she speaks or in his/her moods? Has been inappropriately demanding?</p>

Fuente: elaboración propia.

En su mayoría las dos traducciones son muy similares. Ambos traductores coinciden nuevamente dejar únicamente ‘*Score 1 if*’ para favorecer la uniformidad respecto a los demás ítems y omitir los sujetos para favorecer la brevedad de la escala. Por otro lado, consideraron en el ítem **a** conservar ‘*manner*’ en lugar de ‘*way*’, puesto que es un término más formal y apropiado para este tipo de instrumentos.

Los argumentos para mantener este término corresponden a razones sociopolíticas, ‘*manner*’ tiene etimología latina, mientras que ‘*way*’ tiene etimología germana. En gran parte, los latinismos o galicismos que se han conservado en el inglés de la actualidad son de uso más formal, es por eso que ‘*manner*’ es un galicismo introducido en la lengua inglesa durante el periodo de la ocupación normanda en Britania (135,136) (ver tabla 19).

Tabla 20. Retrotraducción del ítem 7

Texto Español Ítem 7	Retrotraducción 1	Retrotraducción 2	Síntesis de la Retrotraducción
<p>7. Alteración del ciclo de sueño/vigilia</p> <p>Puntuar 1 si:</p> <p>a. Duerme menos de 4 horas en la noche</p> <p>b. Se despierta con frecuencia durante la noche (no se debe tener en cuenta el despertarse originado por el personal de salud o por el ambiente ruidoso)</p> <p>c. Duerme 4 o más horas durante el día</p> <p>Basado en la evaluación del profesional de enfermería, preguntar al paciente sobre su ciclo de sueño.</p>	<p>7.Sleep/wake cycle disturbance</p> <p>Score 1 if:</p> <p>a. Patient sleeps less than 4 hours at night.</p> <p>b. Patient wakes up frequently during the night (waking up caused by health personnel or noisy environment should not be taken into account)</p> <p>c. Patient sleeps 4 or more hours during the day.</p> <p>Based on the caregiver’s professional’s assessment, ask the patient about his/her sleep cycle.</p>	<p>7. Alteration of sleep cycle / vigil</p> <p>Score 1 if:</p> <p>a. They sleep less than 4 hours at night.</p> <p>b. They wake up frequently during the night (waking up caused by health personnel or by the noisy environment should not be taken into account)</p> <p>c. They sleep 4 or more hours during the day.</p> <p>Based on the nursing professional’s assessment, ask the patient about their sleep cycle.</p>	<p>7. Sleep/wake cycle disturbance</p> <p>Score 1 if:</p> <p>a. Sleeps less than 4 hours at night.</p> <p>b. Wakes up frequently during the night (waking up caused by health personnel or noisy environment should not be taken into account)</p> <p>c. Sleeps 4 or more hours during the day.</p> <p>Based on the nursing professional’s assessment ask the patient about his/her sleep cycle.</p>

Fuente: elaboración propia.

Al realizar el análisis de las dos retrotraducciones se encontraron diferencias mínimas. Respecto al título del ítem, se llegó al acuerdo que la palabra ‘vigil’ suele tener una connotación más religiosa, por lo que no se le emplearía. Por otro lado, al hacer la búsqueda en Google Scholar, SciELO y PubMed, de ‘sleep/wake cycle disturbance’ se encontró que es considerablemente difundido el uso de dicha expresión en los artículos online en inglés (137,138).

Se opta por ‘*nursing profesional*’ en lugar de ‘*caregiver*’ debido a que es necesario hacer énfasis en que no se trata de cualquier cuidador, sino específicamente del enfermero en UCI (ver tabla 20).

Tabla 21. Retrotraducción del ítem 8

Texto Español Ítem 8	Retrotraducción 1	Retrotraducción 2	Síntesis de la Retrotraducción
<p>8.Fluctuación de los síntomas</p> <p>Puntuar 1 si: a. Existe fluctuación de cualquiera de los anteriores síntomas (es decir ítems 1 al 7) en un período de 24 horas (por ejemplo, de un turno a otro). Basado en la evaluación del profesional de enfermería</p>	<p>8.Symptom fluctuation</p> <p>Score 1 if: a. There is fluctuation of any of the above symptoms (that is, items 1 to 7) in a 24-hour period (for example, from one shift to another). Based on the evaluation of caregiver.</p>	<p>8. Fluctuation of symptoms</p> <p>Score 1 if: a. There is fluctuation of any of the above symptoms (that is, items 1 to 7) over a 24-hour period (for example, from one shift to another). Based on the evaluation of the nursing professional.</p>	<p>8. Symptom fluctuation</p> <p>Score 1 if: a. Shows fluctuation of any of the above symptoms (that is, items 1 to 7) in a 24-hour period (for example, from one shift to another). Based on the assessment of the nursing professional.</p>

Fuente: elaboración propia.

Se encontró una gran similitud en las dos retrotraducciones. Al desarrollar la síntesis se prefirió ‘*symptom fluctuation*’ en vez de ‘*fluctuation of any of the above symptoms*’ debido a la brevedad.

Se emplea ‘*shows*’ en lugar de ‘*there is*’ para mantener la uniformidad. El paciente es el sujeto en

todos los ítems, pero aquí el sujeto vendría a ser los síntomas. Por lo que se usa ‘shows’, de modo que el sujeto sea el paciente.

Por otro lado, se prefirió ‘in’ en vez de ‘over’, ya que *over* hace referencia a una distribución uniforme a lo largo del tiempo; ‘in’ no hace dicha distinción, siendo *in* el término más preciso con la manifestación de los síntomas.

Los traductores deciden que, dada la naturaleza del instrumento, es mejor emplear la palabra ‘assessment’ en lugar de ‘evaluation’, la selección de este término se respalda por lo descrito por Vageriya (139), en donde los describe como un proceso continuo, mientras que ‘evaluation’ es más un proceso de cierre (140) (ver tabla 21).

Tabla 22. Retrotraducción Puntuación total

Texto Español Ítem	Retrotraducción 1	Retrotraducción 2	Síntesis de la Retrotraducción
ICDSC total (la puntuación máxima es 8) Una puntuación > 4 sugiere delirium.	ICDSC Total (maximum score is 8) A score \geq 4 suggests delirium.	Total ICDSC (maximum score is 8) A score of \geq 4 suggests delirium.	ICDSC Total (maximum score is 8) A score > 4 suggests delirium.

Fuente: elaboración propia

En la puntuación total del instrumento las dos retrotraducciones fueron precisas y similares, pero se prefirió dejar ICDSC TOTAL, ya que hace referencia a la suma de todos los ítems del instrumento (ver tabla 22).

12.4. Etapa IV: Etapa comité de expertos.

En esta etapa se revisó la versión preliminar del instrumento ICDSC, para su desarrollo, se contó con la participación de 10 profesionales de enfermería con una amplia experticia en la detección

y manejo del delirium en el paciente crítico y en el idioma inglés. Adicionalmente participaron dos traductores, uno de ellos con formación en filología, aspecto que favoreció la semántica, sintaxis y fonética de la traducción y retro traducción del instrumento.

Para realizar la revisión de la versión pre final del instrumento ICDSC, se utilizó el listado de control de calidad de la traducción -adaptación de los ítems propuestos por Hambleton y Zenisky (141) (ver anexo 3). A continuación, se presentan los resultados:

Tabla 23. Listado para el control de calidad de la traducción-adaptación de los ítems (tomado de Hambleton y Zenisky (141))

Listado para el control de calidad de la traducción-adaptación de los ítems		Si cumple		NO cumple	
		n	%	n	%
General	¿Los ítems tienen el mismo significado o muy parecido en los dos idiomas?	10	100		
	¿El tipo de lenguaje de los ítems traducidos tienen una dificultad y familiaridad comparables al del idioma original?	10	100		
	Total	10	100		
Formato de ítems	¿El formato de los ítems, incluyendo los aspectos físicos, es el mismo en los dos idiomas?	10	100		
	¿La longitud del enunciado y de las alternativas de respuesta, tienen una longitud similar en ambas versiones?	10	100		
	¿Si se destacó una palabra o frase (negrita, cursiva, subrayado, etc.) en la versión original, se hizo también en los ítems traducido?	10	100		
	Total	10	100		
Redacción y gramática	¿Hay alguna modificación de la estructura gramatical de los ítems, tal como la ubicación de las oraciones o el orden de las palabras, que pueda hacer que los ítems más o menos complejo en una versión que en otra?	7	70	3	30
	Total	10	100		
	¿Hay cambios en la puntuación entre las dos versiones que puedan hacer que los ítems sean más fácil o difícil en la versión traducida?	9	90	1	10
	Total	10	100		
Cultura	¿Los términos utilizados en los ítems en el idioma original han sido adaptados de forma adecuada al contexto cultural de la versión traducida?	10	100		
	¿Existen diferencias culturales que tengan un efecto diferencial sobre la probabilidad de que una respuesta sea elegida en la versión original y la traducida?	10	100		
	El concepto o constructo de los ítems ¿es igual de familiar y tiene el mismo significado en las dos versiones?	10	100		
	Total	10	100		

Fuente: elaboración propia.

Se puede observar en la tabla 23, que el 100% de expertos consideraron que la calidad de la traducción y adaptación de manera general fue adecuada, ya que se identificaron que los ítems del instrumento tenían el mismo significado en los dos idiomas y el lenguaje utilizado tenía una familiaridad comparada con el idioma general.

Con relación al formato de los ítems, se encontró que el 100% de los expertos señalaron que los todos los ítems conservaban la misma apariencia, longitud y se mantuvo el mismo formato de la versión original.

Tanto en la gramática como en la redacción se identificó que el 30 % consideraron que era necesario realizar una modificación en la estructura gramatical del ítem número 7 (**Alteración del ciclo de sueño/vigilia**) para mayor comprensión, la sugerencia fue ajustar la redacción de la forma como se valoraban las horas de sueño en el paciente para facilitar la comprensión del ítem. También 10% de ellos señalaron la necesidad de resaltar algunos términos: ‘Como puntuar’, en el instrumento y colocar las preguntas orientadoras para interpretar los ítems entre paréntesis para mayor claridad.

Con relación a la cultura se observó, que el 100% de los expertos estuvieron de acuerdo que los términos utilizados en los ítems, originales, se adaptaron de forma adecuada al contexto cultural de la versión traducida. Una vez aplicada la lista de verificación se concluyó que la versión final fue comprensible y equivalente entre la versión de origen, así como en la versión del destino.

12.5. Etapa V: Prueba de versión preliminar

La prueba de versión preliminar se realizó con 43 profesionales de enfermería que laboraban en la unidad de cuidado intensivo cardiovascular de la institución de III nivel y cumplieron los criterios de inclusión. A continuación, se describen las características sociodemográficas y el

análisis de comprensibilidad del instrumento.

Descripción de variables sociodemográficas de los participantes

Tabla 24. Caracterización de los profesionales de enfermería que evaluaron la comprensión del instrumento

Variables	Promedio 35 años (DE ±12.5)	n:43	
		n	%
Género	Masculino	13	27%
	Femenino	30	73%
	Total	43	100%
Escolaridad	Pregrado	7	14%
	Especialidad	29	70%
	Maestría	7	16%
	Total	43	100%
Años de experiencia	De 1 a 4 años	5	11%
	De 5 a 10 años	16	37%
	Mayor de 10 años	22	51%
	Total	43	100%

Fuente: elaboración propia.

En la tabla número 24, se puede observar que el 71% de los profesionales que participaron en la prueba piloto, eran mujeres con una edad promedio de 30 años (DE ±12,5). El 70% tenían como formación académica especialización, seguido del 16% con nivel de Maestría. El 51% tenían más de 10 años de experiencia y el 35% entre 5- 10 años de experiencia.

12.5.1. *Comprensibilidad neta por ítem*

El cálculo de la comprensibilidad neta por ítem se refiere al grado de comprensión de cada uno de los ítems por el profesional de enfermería, para evaluar la comprensión se utilizó la siguiente escala de valoración.

- Más del 95%: No requiere ajustes
- Del 90 al 95%: Requiere ajustes menores
- Menos del 90%: Requiere ajustes

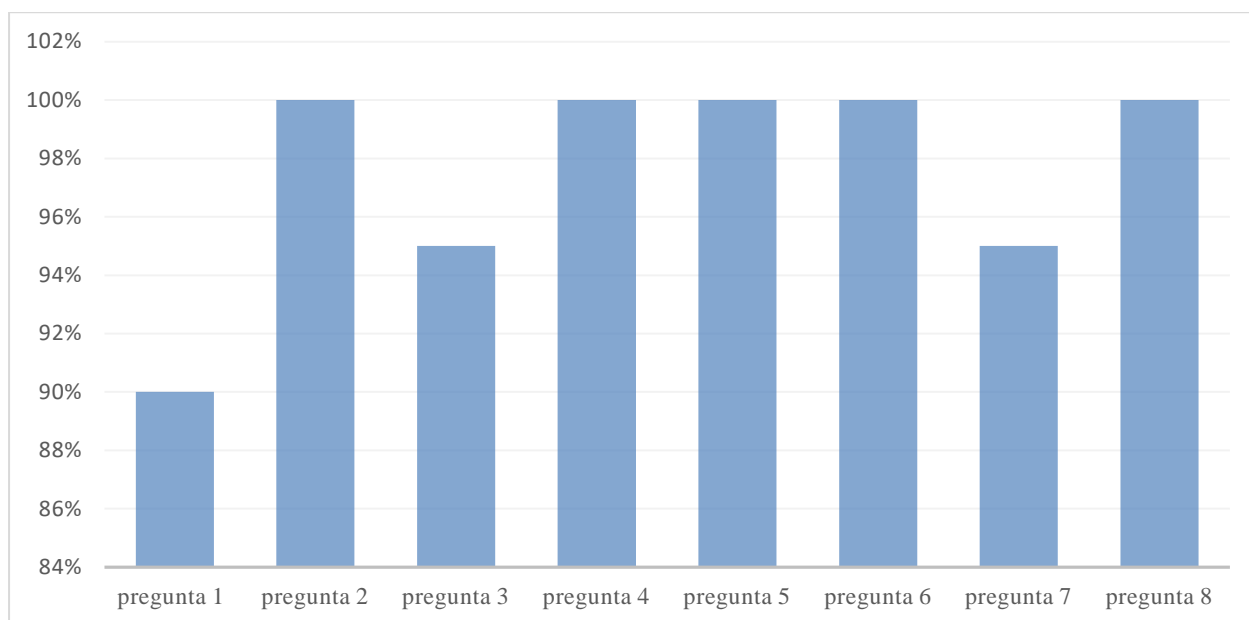


Figura 1. Descripción de la Comprensibilidad neta por ítem.

Fuente: elaboración propia.

En la figura 1 se puede observar que las preguntas: 2 (Inatención), 4 (alucinación, delirio, psicosis), 5 (Agitación o retraso psicomotor), 6 (Estado de ánimo o habla inadecuada), y 8 (Fluctuación de los síntomas), mostraron el 100% de comprensibilidad, sin requerir ningún ajuste.

Las preguntas 3 (Desorientación) y 7 (Alteración del ciclo de sueño/vigilia) mostraron el 95% de comprensión, lo que sugiere la necesidad de realizar ajustes menores. Por tal motivo estos ítems fueron replanteados en busca de su comprensión. Los participantes sugirieron en las instrucciones para asignar el puntaje de la pregunta 3 e incluir el ‘tiempo’ letras en negrita y frases entre paréntesis y para la pregunta 7 separar las 2 frases orientadoras “Basado en la evaluación del profesional de enfermería, preguntar al paciente sobre su ciclo de sueño”.

El 76% de los profesionales indicaron que en las instrucciones para asignar el puntaje de la pregunta 1, en donde se describe “puntuar 1” si el «Rass es de -1 a -3» y “puntuar” 0 «si el Rass es de -1 a -3 con sedo analgesia reciente», requerían ajustes de fondo. Los participantes refirieron que la instrucción se repite: proponen retirar uno de ellos. Sin embargo, al evaluarlo con los autores y el grupo de expertos se consideró que son dos instrucciones diferentes, ya que no todos los pacientes van a estar siempre con sedo analgesia. Por esa razón se planteó dejarlo e incluirlo al «Rass de -1 a -3 la palabra sin sedo analgesia». Por otro lado, los profesionales de enfermería señalaron en un 97% la claridad del instrumento y en un 95% su facilidad para aplicarlo (ver tabla 25).

Tabla 25. Evaluación global de la claridad y facilidad del instrumento.

Claridad del instrumento.		
	n	%
Si	41	97%
No	2	3%
Total	43	100%

Fuente: elaboración propia.

Tabla 26. Facilidad de aplicación del instrumento

	n	%
Si	40	95%
No	3	5%
Total	43	100%

Fuente: elaboración propia.

12.6. Etapa VI: Envío de documentación a los Desarrolladores o Comité Coordinador para la Evaluación del Proceso de Adaptación

La versión final del instrumento alcanzada en la prueba piloto se envió a los autores para su revisión y respectiva aprobación.

13. Discusión

La identificación temprana de los pacientes con riesgo de delirium, después de una cirugía cardíaca es esencial en el cuidado del paciente crítico, pues contribuye a disminuir la mortalidad a largo plazo, a reducir el deterioro funcional, aminorar los reingresos hospitalarios y atenuar la disfunción cognitiva durante el siguiente año después de la cirugía (142).

Por esta razón se recomienda la detección sistemática del delirium en pacientes de la UCI mediante una herramienta de detección escala ICDCS que permite evaluar de forma rutinaria el

delirium lo cual representa un aporte fundamental en la práctica, ya que permite hacer una buena diferenciación entre pacientes con y sin delirium en comparación con el CAM-ICU como método de referencia (69).

Según Benjamin et al. (143) para implementar intervenciones de cuidado más efectivas y minimizar el impacto se requiere tanto la inclusión como el uso sistemático de escalas validadas en la fase de valoración, las cuales permiten al profesional de enfermería una mirada integral de la persona que cuida, facilitando la toma de decisiones oportuna. El proceso de adaptación transcultural de la escala dio como resultado un instrumento de 8 ítems conceptual y semánticamente equivalentes en el idioma español en el contexto colombiano, a través de un seguimiento riguroso de los lineamientos establecidos por los referentes teóricos que sustentan dicha metodología.

Es importante señalar que la mayoría de estas herramientas, han sido elaboradas en países y culturas anglosajonas, por lo tanto, requieren de un proceso especial de adaptación para poder ser aplicadas de manera segura y eficiente en otros países y culturas, especialmente si requieren traducción a otro idioma. Cabe anotar que el español es el segundo idioma más hablado en el mundo y el segundo idioma de comunicación internacional después del idioma inglés (144).

Así mismo Ortiz y Cruz-Avelar (145) evidenciaron que contar con un instrumento adaptado en varios idiomas, favorece la construcción de procesos para la evaluación clínica y minimiza posibles sesgos que pueden presentarse dentro de la valoración clínica. También mencionan que la adaptación de instrumentos facilita la comprensión ya que promueve un pensamiento más crítico de las situaciones, así como una atención basada en la calidad y experiencia fundamentada en una toma de decisiones asertivas.

Gracias al desarrollo en las etapas I y II, se logró una versión contextualizada y fluida al ser leída en español, posterior a la traducción en inglés, lo cual es coherente con el constructo medido lo cual permitió mantener las estructuras sintácticas, así como el estilo de la traducción. De esta forma se garantizó una correcta equivalencia y adaptación del ICDCS al español.

Los traductores que participaron en esta etapa contaban con la experiencia y relación (de alguna forma) con el concepto de interés que se pretendía medir. Esto disminuyó las probabilidades de obtener una traducción literal favoreciendo el aumento en la calidad de las traducciones y logrando de esta manera dos versiones del instrumento en el idioma objetivo (145).

Según Carvajal et al. (100) el proceso de traducción de un cuestionario es clave para asegurar la validez de un instrumento en distintas culturas, no puede limitarse a una simple traducción del cuestionario, sino que debe seguir una metodología que asegure esa equivalencia. El objetivo consiste en conseguir que el instrumento sea equivalente a nivel semántico, conceptual, de contenido, técnico y de criterio en distintas culturas. Teniendo en cuenta lo anterior, es importante tener presentes los diferentes tipos de equivalencia: la equivalencia semántica asegura que el significado de cada ítem, sea el mismo en cada cultura después de la traducción; en tanto la equivalencia conceptual afirma que el instrumento mide el mismo constructo teórico en cada cultura; mientras que la equivalencia de contenido certifica que el contenido de cada ítem es relevante en cada cultura; por último la equivalencia técnica, indica que el método de recogida de datos es comparable en cada cultura (100).

Es necesario resaltar que la versión final de la retro traducción implicó varias etapas. Por un lado, estuvo el proceso por parte de cada traductor para reflexionar sobre la pertinencia del léxico y la sintaxis empleada en el momento de hacer su versión de la retro traducción; y por otro lado,

estuvieron los pasos propios de la traducción comparada, entendida como el “análisis comparativo de varias traducciones de un mismo texto original”. (146)

Esta última etapa supuso la tarea de definir en equipo -entre los dos traductores- un producto final adecuado, conforme la versión retro traducida, de modo que fuera claro para los autores del instrumento original en inglés que no había tenido lugar ninguna tergiversación del sentido al momento de hacer la adaptación cultural del instrumento al español de Colombia (147).

No es común hoy en día que se realicen traducciones literales, es decir palabra por palabra, de los textos. De hecho, la norma es llevar a cabo la traducción oblicua, entendida como aquella en la que se “abarca los procedimientos técnicos de las estilísticas comparadas que dan cuenta de diferencias entre las lenguas, a saber, la transposición, la modulación, la equivalencia y la adaptación” (100, p. 6). Es decir, que la traducción oblicua no calca la morfosintaxis del idioma de partida, sino que se adapta a la tipología de la lengua de llegada, de modo que no se perciba extrañeza, sino naturalidad, al leer el producto final de la traducción (100).

En otras palabras, lo que se buscó en la etapa de retro traducción para acordar una síntesis de ambas versiones, fue que el resultado arrojara una versión que se percibiera absolutamente natural al ser leída en la lengua inglesa. Se dice que una traducción es buena en la medida en que no parezca haber sido traducida, sino que luce como si originalmente hubiese sido escrito en el idioma en el cual se está leyendo (147).

Otro aspecto a tener en cuenta es que la síntesis de la retro traducción es una unidad en sí misma, que no requiere tener a la mano el texto de partida para poder comprenderlo plenamente (145). Teniendo en cuenta que los traductores no tenían acceso al instrumento original en inglés, al momento de la reflexión en equipo, es más que probable encontrar un porcentaje suficiente de

cambios en la sintaxis, el léxico y -especialmente- el formato; sin embargo, lo que sí se garantiza es que en la síntesis de la retro traducción no se tergiversa pues el sentido del instrumento original sí se permite, ya que el producto de la reflexión en equipo fue una versión incluso más clara, breve y concisa del instrumento original.

Los procesos de adaptación deben realizar el mayor número de etapas para alcanzar el mejor resultado (148), por eso este estudio desarrolló la etapa del comité de expertos, en donde la versión pre-final alcanzada en la etapa I y II fue presentada, permitiendo tanto identificar como analizar las concordancias en el formato de los ítems, el componente cultural y algunas discrepancias relacionadas con la redacción y gramática. Alcanzando una versión totalmente comprensible, así como equivalente al instrumento original, gracias al amplio conocimiento de los expertos, la metodología utilizada a partir de los indicadores de calidad y el número de integrantes.

Estos aspectos concuerdan con lo mencionado por Lira (144), quien afirma que la solidez del comité está determinada por la composición multidisciplinaria, con un número entre 5 a 10 personas, que cuentan con integrantes bilingües (al menos dos), quienes utilizan técnicas estructuradas para resolver las discrepancias, que a su vez documentan por escrito cada paso (incluyendo los problemas y las razones para tomar una decisión) pues permiten mantener el contacto con los autores de la versión de origen. La mayor fortaleza que aporta el comité es el esfuerzo cooperativo para optimizar la calidad universal, especialmente cuando sus miembros tienen áreas complementarias de especialización.

Sin duda el proceso de adaptación no finaliza hasta que la versión prefinal no es probada a través de la prueba piloto. Autores como Kiing et al, (149), destacan que este paso es esencial para

realizar la verificación empírica de la equivalencia, la comprensión del instrumento, detección de errores y la evaluación de los aspectos prácticos para su uso. La prueba piloto del instrumento iba orientada a los profesionales de enfermería, ya que son ellos quienes aplican la escala, a partir de la observación del paciente, así como la recopilación de la información durante un período entre 8 a 24 horas. La mayoría de las profesionales eran mujeres con edad promedio de 35 años, con formación posgraduada tipo especialidad y un tiempo de experiencia mayor a 10 años. La formación y el tiempo de experiencia se convierten en 2 variables muy importantes para contribuir a la confiabilidad de la comprensión del instrumento, puesto que, los enfermeros son figuras importantes en la UCI debido a la cercanía que se tiene con los pacientes y la familia, su posición intermedia entre los pacientes y los médicos y su presencia constante en la unidad. Según Flores et al.(150) el delirium trasciende mucho más allá de una simple complicación de agitación porque genera graves consecuencias, por esta razón se ha considerado que el nivel académico y la experticia de los profesionales en enfermería, permite potenciar la ‘gestión del riesgo’ en la UCI, en donde los enfermeros especialistas cobran relevancia ya que ellos tienen las competencias en el ámbito de la creación y el mantenimiento de entornos terapéuticos seguros, pues pueden alcanzar una mayor habilidad para detectar el delirium tempranamente y minimizar los desenlaces negativos, aportando al fortalecimiento de la calidad del cuidado.

Es importante señalar que el 75% (6 ítems) del total de los ítems del instrumento no requirieron ajustes y alcanzaron un 100% de comprensión y el 25% (2 ítems), solo requirieron ajustes de forma, relacionados con la redacción o inclusión de una palabra para mejorar su comprensión. Este aspecto es fundamental, ya que la mayoría de estas escalas, han sido desarrolladas en países de habla inglesa, lo cual genera inconvenientes en su uso para los países con lenguajes o culturas diferentes. Por lo anterior, es importante que profesionales expertos en el tema señalen la claridad

del instrumento para así poder brindar un instrumento comprensible para todos los profesionales que lo van a desarrollar (151).

Con relación a la claridad y facilidad del instrumento, los profesionales evidenciaron que el instrumento es sencillo y fácil de aplicar, pues se ajusta a las demandas actuales de los pacientes, ya que se puede aplicar en todo tipo de pacientes, incluso los que se encuentran bajo efectos de sedación o con ventilación mecánica. Además, destacan la importancia de utilizar una escala para brindarle un soporte mayor a la enfermería basada en la evidencia.

En tal sentido Jeong y Chang (152), Smith et al, (153) y Sánchez et al. (151) mencionan que las escalas buscan medir condiciones presentes de los pacientes, y los ítems han de estar escritos en un lenguaje sencillo, fácilmente comprensible para todos y evitando términos que generen duda o un uso poco frecuente. La claridad y facilidad de las escalas favorecen una detección temprana del delirium, ya que permiten realizar una valoración rápida y exhaustiva por parte de los profesionales de enfermería.

La necesidad de tener escalas que permitan realizar una valoración integral en el paciente, que sean sencillas y fáciles de aplicar, ha generado que el ICDSC se haya adaptado y validado en idiomas como: portugués (154) donde se conto, como método de evaluación de la confusión para unidades de cuidados intensivos obtuviendo una sensibilidad del 72,5% y una especificidad del 96,2%, y destacaban su facilidad en la aplicación. Árabe (155) resaltado que es una herramienta válida y confiable de detección del delirio entre la población de UCI de habla árabe, destacando la aplicación rápida por parte de los profesionales. Italiano (156) donde lograron identificar que la escala de calificación es adecuada y tiene una utilidad importante en el contexto de UCI.

Sueco (157) se realizó una traducción de la escala del inglés al sueco, incluida la retrotraducción, revisión crítica y prueba piloto. Se llevaron a cabo un total de 49 calificaciones, utilizando la versión sueca de la escala ICDSC. Lograron encontrar, que tiene una muy buena confiabilidad entre evaluadores y logran destacar la facilidad de administración de la escala. Chino (158) y Turco (159) destacan la facilidad de aplicación en la UCI y la utilidad que tiene por la carga que tienen los profesionales de enfermería. Lo cual permite establecer que es una herramienta de diagnóstico con propiedades psicométricas adecuadas, que cuenta con capacidad para detectar el delirium subsindrómico, proporcionar evaluaciones rápidas y efectivas de los pacientes. Su concordancia entre evaluadores ha sido excelente, se destaca su facilidad de aplicación en la práctica de enfermería de manera rutinaria.

Por otro parte los profesionales de enfermería participantes destacaron que el tiempo de diligenciamiento y aplicación requerido de la escala fue muy rápido, en promedio se realizó entre 2 y 4 minutos, garantizando una detección del delirium oportuna, permitiendo optimizar el tiempo requerido para entregar el cuidado directo. Según Sánchez et al. (151), esto evidencia que las características del formato del instrumento son importantes, señala que entre más corto es el instrumento, entonces más fácil de tramitar y desarrollar.

Con lo anterior se puede concluir que la versión final de la escala ICDSC adaptada al contexto colombiano, se convierte en una herramienta que logra detectar el delirium por enfermería en la UCI. Teniendo en cuenta las características del delirium, es necesario tener varias herramientas para la evaluación de este síndrome, siendo el ICDSC la segunda herramienta en Colombia útil y fácil de aplicar, el enfermero juega un rol muy importante en la monitorización del delirium en la UCI, por lo tanto, se considera necesaria esta escala en su práctica profesional para tener un diagnóstico tanto oportuno como acertado.

Los resultados alcanzados aportan interés a la disciplina, ya que permiten a los enfermeros disponer de herramientas apropiadas y prácticas, para utilizar en el ámbito clínico, siendo necesaria la estandarización de esta escala en los planes de cuidado de enfermería así como la importancia de continuar realizando investigaciones que permitan evidenciar su utilidad y confiabilidad en la detección del delirium en el paciente Post-operatorio de cirugía cardíaca y en otro grupo de pacientes críticos.

14. Conclusiones

Se obtuvo la adaptación transcultural de la escala ICDSC para el medio colombiano, conservando la equivalencia experiencial, conceptual, idiomática y semántica del instrumento original diseñado en Canadá.

Este estudio se convertirá en el punto de partida de nuevas investigaciones para disponer de una escala en el idioma español, la cual pueda ser aplicada de manera rutinaria por el personal de enfermería para la identificación precoz de delirium.

Los profesionales mencionan la facilidad y claridad del instrumento en la implementación en su rutina diaria, lo cual refleja un aporte significativo para los profesionales de la salud y un gran beneficio a futuro para los pacientes.

15. Recomendaciones

Es necesario continuar con la realización de estudios de validación y confiabilidad de la escala, con el fin de aumentar su capacidad de detección del delirium, ya que aportan al conocimiento en el cuidado del paciente crítico, y al personal encargado. Los estudios de validación permitirán asegurar que lo que pretendemos medir corresponde a la situación clínica del paciente, y que las

inferencias acerca de los puntajes obtenidos por las personas evaluadas por estos instrumentos sean confiables.

16. Referencias

1. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 2021 Oct 20]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/search/r?keys=delirium>
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text- American Psychiatric Association - Google Libros [Internet]. [citado 2020 Jul 22]. Disponible en: https://books.google.com.co/books/about/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Men.html?id=w5-BgAAQBAJ&redir_esc=y
3. Paz-Martín D. Delirio en unidades de cuidados intensivos, [BLOG] Revista electrónica AnestesiaR [Internet]. [citado 2020 Aug 25]. Disponible en: <https://anestesiario.org/2014/delirio-en-unidades-de-cuidados-intensivos/>
4. Tobar EA, Abedrabo MM, Godoy JC, Romero CP. Postoperative delirium. A window to quality improvement and safety in the care of surgical patients. Rev Chil Cir [Internet]. 2012 jun. [citado 2020 Jul 24];64(3):297–305. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262012000300015&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
5. Fleitman J. Postoperative complications among patients undergoing cardiac surgery – UpToDate. [Internet]. [citado 2020 Aug 25]. Disponible en: <https://www.uptodate-com.ezproxy.javeriana.edu.co/contents/postoperative-complications-among-patients->

undergoing-cardiac-

surgery?search=deliriumcirugiacardiovascular&source=search_result&selectedTitle=8~15
0&usage_type=default&display_rank=8

6. Villalobos JA, García Zenón T, Reyna JL, Montes de Oca Sandoval MA. Causas de delirium en adultos mayores postoperados de cirugía cardíaca. Rev Mex de Card [Internet]. 2010 jul; 21(3):111-120. [citado 2020 en. 10]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2010/h103c.pdf>
7. Rodríguez J. Delirium perioperatorio. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2017 sep. 1 [citado 2020 Oct 7];28(5):776–84. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-delirium-perioperatorio-S071686401730127X>
8. Sánchez JCG, González MI, Gutiérrez JC. Delirium en pacientes mayores de 60 años en un hospital público de tercer nivel en la ciudad de Pereira (Colombia): subdiagnóstico y subregistro. Rev Colomb Psiquiat[Internet]. 2013 jun. [citado 2020 Oct 7];42(2):191-197. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70006-4](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70006-4)
9. Abelha FJ, Luís C, Veiga D, Parente D, Fernandes V, Santos P, et al. Outcome and quality of life in patients with postoperative delirium during an ICU stay following major surgery. Crit Care [Internet]. 2013 oct. [citado 2020 in 8];17(5). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/cc13084>
10. González Tugas M, Uslar Nawrath W, Villarroel del Pino L, Calderón Pinto J, Palma Onetto C, Carrasco Gorman M. Coste hospitalario asociado al delirium en pacientes

- mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2012 Jan 1;47(1):23–6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X11001314>
11. Neto AS, Nassar AP, Cardoso SO, Manetta JA, Pereira VGM, Espósito DC, et al. Delirium screening in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis [Internet]. *Crit Care Med*. 2012 jun. [citado 2020 Aug 25];40(6):1946–51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22610196/>
 12. Gusmao F, Salluh JIF, Dal-Pizzol F, Barreto BB, Zantieff R, Tobar E, et al. Delirium em pacientes na unidade de terapia intensiva submetidos à ventilação não invasiva: Um inquérito multinacional. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2015 oct. 1 [citado 2020 Jul 24];27(4):360–68. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2015000400360&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 13. Ayllón Garrido N, Álvarez González MJ, González García MP. Incidencia del delirio en Cuidados Intensivos y factores relacionados. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2007 jul. 1 [citado 2020 Jul 22];18(3):138–43. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(07\)74395-X](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(07)74395-X)
 14. Henao Castaño ÁM, Amaya-Rey MCDP. Delirium en pacientes despiertos con ventilación mecánica en la unidad de cuidado intensivo. *Rev Latinoam Bioética* (28) [Internet]. 2014 dec. 11 [citado 2020 Jul 22];15(1):120-29. Diponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/528>.
 15. Zapata Aristizábal FS, Restrepo Correa AM, Hoyos Zuluaga LM, Salgado Flórez L, Ospina Ospina S, Ruiz Santacruz JE. Adherencia a la escala CAM-ICU y evaluación de

- los métodos para el diagnóstico de delirium por médicos que laboran en unidades de cuidados intensivos de la ciudad de Medellín. *Acta Colomb Cuid Intensivo* [Internet]. 2019 apr;19(2):81–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.acci.2019.01.006>
16. Velásquez Gaviria LM. Instrumentos para el diagnóstico de delirium en hispanohablantes: artículo de revisión. *Medicina UPB* [Internet]. 2016;35(2):100–10. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159049704004>
 17. Alcoba Pérez A, Ciria Poza S, Carrecedo Catalán C, García Fernández A, Marcos Vidal JM. Valoración de la concordancia entre la escala CAM-ICU y la nursing delirium screening scale en el postoperatorio de cirugía cardíaca en una unidad de críticos. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2014 jun. 6;25(3):100-106. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2014.03.003>
 18. Damiani Tomasi C, Grandi C, Salluh J, Soares M, Renê Giombelli V, Cascaes S, et al. Comparison of CAM-ICU and ICDSC for the detection of delirium in critically ill patients focusing on relevant clinical outcomes. *J Crit Care* [Internet]. 2012 apr. [citado 2021 oct 2];27:212–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2011.05.015>
 19. Bergeron N, Dubois MJ, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. Intensive care delirium screening checklist: Evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Med* [Internet]. 2001 [citado 2020 Aug 25];27(5):859–64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11430542>.
 20. Instituto Mexicano del seguro social Dirección de presentaciones médicas. Prevención, diagnóstico y tratamiento del DELIRIUM en el adulto mayor hospitalizado. Evidencias y Recomendaciones, Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-465-1. 2016

[Internet]. [citado 2020 Oct 7]. Disponible en:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/465GER.pdf>

21. Celis-Rodríguez E, Díaz Cortés JC, Cárdenas Bolívar YR, Carrizosa Gonzalez JA, Pinilla D-I, Ferrer Záccaro LE, et al. Guía de práctica clínica basadas en la evidencia para el manejo de la sedo-analgésia y delirium en el paciente adulto críticamente enfermo. *Med. Intensiva* [Internet]. 2007 nov [citado 2021 Oct 2];31(8):428-71. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912007000800003&script=sci_arttext&tlng=pt
22. Hsieh TT, Yue J, Oh E, Puelle M, Dowal S, Trivison T, et al. Effectiveness of Multicomponent Nonpharmacological Delirium Interventions: A Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* [Internet]. 2015 apr. 1 [citado 2021 Oct 2];175(4):512–20. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2107611>
23. Robinson TN, Raeburn CD, Tran Z V., Brenner LA, Moss M. Motor subtypes of postoperative delirium in older adults. *Arch Surg* [Internet]. 2011 mar. [citado 2020 Sep 3];146(3):295–300. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21422360/>
24. Reston JT, Schoelles KM. In-facility delirium prevention programs as a patient safety strategy: A systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158:375–80. Disponible en: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00003>
25. Carrasco M, Zalaquett M. Delirium: una epidemia desde el servicio de urgencia a la unidad de paciente crítico. *Rev méd Clín Las Condes* [Internet]. 2017 mar;28(2):301–10. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.04.019>

26. Martins S; Simões MR, Fernandes L. O impacto do delirium na família/cuidadores. Rev Port saude Ment [Internet]. 2013 may. 1 [citado 2020 Sep 3];10(9):2004–12. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/cncr.24215>
27. Inicio Agencia de Investigación y Calidad en Salud [Internet]. [citado 2020 Oct 7]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/>
28. Assessing Care of Vulnerable Elders (ACOVE)-Amsterdam: Mark de Groot AMC; 2008. Disponible en: https://www.mhdegroot.eu/downloads/main2_acove.pdf
29. NICE The National Institute for Health and Care Excellence. Delirium: prevention, diagnosis and management. UK:National Institute for Health and Care Excellence. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
30. Carrasco M, Accatino-Scagliotti L, Calderón J, Villarroel L, Marín PP, González M. Impacto del delirium en pacientes de edad avanzada hospitalizados: Un estudio prospectivo de cohortes. Rev Med Chil [Internet]. 2012 [citado 2020 Sep 3];140(7):847–52. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000700003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
31. Oviedo Lugo GF. Delirium en pacientes geriátricos. Cuadernos de Enlace. 2009;43:13-20
32. O’Neal JB, Shaw AD. Predicting, preventing, and identifying delirium after cardiac surgery. Perioper Med [Internet]. 2016 dec [citado 2020 Oct 8];5(7):1-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27119013/>.
33. Kotfis K, Szylińska A, Listewnik M, Strzelbicka M, Brykczyński M, Rotter I, et al. Early delirium after cardiac surgery: An analysis of incidence and risk factors in elderly (≥ 65

- years) and very elderly (≥ 80 years) patients [Internet]. *Clin Interv Aging*. 2018 may. 30 [citado 2020 oct 8];13:1061–70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29881262/>
34. Boustani M, Baker MS, Campbell N, Munger S, Hui SL, Castelluccio P, et al. Impact and recognition of cognitive impairment among hospitalized elders. *J Hosp Med* [Internet]. 2010 feb [citado 2020 Oct 8];5(2):69–75. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2814975/>
35. Jiménez A. Delirium o síndrome confusional agudo Tratado de Geriatria para Residentes [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología;2006. 781. [citado 2020 Oct 8]. Disponible en: <https://www.anme.com.mx/libros/Tratado%20de%20Geriatr%EDA%20para%20Residentes.pdf>
36. Montenegro I. Delirium. Abordaje toxicológico. [Monografía]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2009.
37. Maldonado J. Clinical implications of the recognition and management of delirium in general medical and surgical wards. *Psychomatics* [Internet]. 2003;44(2):157-158. pubmed. [citado 2020 Sep 14]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/284295148_Clinical_implications_of_the_recognition_and_management_of_delirium_in_general_medical_and_surgical_wards
38. Newman S, Stygall J, Hirani S, Shaefi S, Maze M. Postoperative cognitive dysfunction after noncardiac surgery: a systematic review. *Anesthesiology* [Internet]. 2007 [citado 2020 Sep 14];106(3):572-290. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17325517/>

39. Actualización en la evaluación y tratamiento del delirium. Rev. esp. geriatr. gerontol. [Internet]. 1998 jul [citado 2020 Oct 8];33(4):227-235. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-actualizacion-evaluacion-tratamiento-del-delirium-13011650>
40. Ceraso DH, Dueñas-Castel C, Raimondi N, Celis E, Carrillo R, Ugarte Ubierno S, et al. Encuesta iberoamericana sobre delirium en pacientes críticos. Med Intensiva. 2010 nov 1;34(8):495–505. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es-encuesta-iberoamericana-sobre-delirium-pacientes-articulo-S0210569110001087>
41. Roberts B, Chaboyer W. Patients' dreams and unreal experiences following intensive care unit admission. Nurs Crit Care [Internet]. 2004 [citado 2020 Oct 7];9(4):173–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15267166/>
42. Gómez Tovar LO, Díaz Suárez L, Cortés Muñoz F. Cuidados de enfermería basados en evidencia y modelo de Betty Neuman, para controlar estresores del entorno que pueden ocasionar delirium en unidad de cuidados intensivos. Enferm. glob. [Internet] 2016 ene[citado 2020 Oct 7]; 15(41):49-63. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100004&lng=es43.
43. Lins J, De Almeida ARP, Gusmao-Flores D, Carvalho JPLM, De Almeida ARP, Gusmao-Flores D. Delirium rating scales in critically ill patients: A systematic literature review. Rev. bras. ter. intensiva [Internet]. 2013 jun [citado 2020 Sep 16];25(2):148–54. Disponible en: <https://pmc/articles/PMC4031829/?report=abstract>

44. Pão-Mole MS, Dourado Marques RM, Sousa PP. Intervenciones de enfermería en el adulto hospitalizado – una revisión bibliográfica. *Enferm Glob* [Internet]. 2018 oct [citado 2020 Sep 16];17(52):640-56. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/1695-6141-eg-17-52-640.pdf>
45. Tomasi CD, Grandi C, Salluh J, Soares M, René Giombelli V, Cascaes S, Candal Macedo R, de Souza Constantino L, Biff D, Ritter C, Dal Pizzol F. Comparison of CAM-ICU and ICDSC for the detection of delirium in critically ill patients focusing on relevant clinical outcomes. *J. Crit. Care.* [Internet] 2012 [citado 2020 Sep 16];27(2):212-17. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2011.05.015>
46. Escobar Bravo Miguel Angel. Adaptación transcultural de instrumentos de medida relacionados con la salud. *Enferm Clin* [Internet]. 2004 [citado 2020 Oct 7];14(2):102-106. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=870387>
47. Carmen CC. Rol de enfermería en la prevención del delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera. *Enferm. glob* [Internet]. 2012 jul [citado 2020 Sep 14];11(27):356–78. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
48. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* [Internet]. 2000 dec 15 [citado 2021 Oct 2];25(24):3186–91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11124735/>
49. Carrera Castro C. Rol de enfermería en la prevención del delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera: Recomendaciones generales. *Enferm. glob.* [Internet]. 2012 jul. [citado 2021 Oct 2];11(27):356–78. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300020&lng=en&nrm=iso&tlng=en

50. Tobar E, Abedrapo M, Godoy J, Romero C. Delirium postoperatorio. Una ventana hacia una mejoría de la calidad y seguridad en la atención de pacientes quirúrgicos. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2012 jun. [citado 2021 Jan 18];64(3):297–305. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262012000300015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
51. Villalobos Silva JA, García Zenón T, Reyna Santes JL, Montes de Oca Sandoval MA. Causas de delirium en adultos mayores postoperados de cirugía cardíaca. *Rev. mex. enferm. cardiol* [Internet]. 2010 jul [citado 2021 Jan 18];21(3):111-120. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2010/h103c.pdf>
52. Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in older persons: Advances in diagnosis and treatment. *JAMA* - [Internet]; 2017 sep [citado 2021 Feb 24];318(12):1161-174. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.12067>
53. Ansaloni L, Catena F, Chattat R, Fortuna D, Franceschi C, Mascitti P, et al. Risk factors and incidence of postoperative delirium in elderly patients after elective and emergency surgery. *Br J Surg* [Internet]. 2010 Feb [citado 2021 Feb 24];97(2):273–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20069607/>
54. Ganai S, Lee KF, Merrill A, Lee MH, Bellantonio S, Brennan M, et al. Adverse outcomes of geriatric patients undergoing abdominal surgery who are at high risk for delirium. *Arch Surg* [Internet]. 2007 nov [citado 2021 Feb 24];142(11):1072–78. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18025336/>.

55. Ribera Casado JM, Cruz Jentoft JA. Geriatria en atención primaria. Barcelona: Uriach & Cia; 1997
56. Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, Riker RR, Fontaine D, Wittbrodt ET, et al. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. Crit. Care Med. [Internet]. 2002 [citado 2021 Feb 24];30(1):119–41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11902253/>
57. Girard TD, Pandharipande PP, Ely EW. Delirium in the intensive care unit. Crit Care [Internet]. 2008 [citado 2021 Oct 2];12(S3). Disponible en: <http://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc6149>
58. Johnson J. Identifying and Recognizing Delirium. Dement Geriatr Cogn Disord [Internet]. 1999 [citado 2021 Feb 24];10(5):353–8. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/FullText/17170>
59. Jiménez A, Giner Santeodoro A, Villalba Lancho E. Tratado de Geriatria para Residentes [Internet]. IM&S;2006. Número total de páginas [citado 2021 Jan 18]. Disponible en: <https://codice.areasaludcaceres.es/codice/publicaciones/562-delirium-o-sindrome-confusional-agudo.html>
60. Koster S, Hensens AG, Schuurmans MJ, van der Palen J.. Risk factors of delirium after cardiac surgery: a systematic review. Eur J Cardiovasc Nurs [Internet]. 2011 dec [citado 2021 Oct 2];10(4):197–204. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20870463/>

61. Lin Y, Chen J, Wang Z. Meta-analysis of factors which influence delirium following cardiac surgery. *J Card Surg* [Internet]. 2012 Jul;27(4):481-92. [citado 2021 Mar 25]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1540-8191.2012.01472.x>
62. Crocker E, Beggs T, Hassan A, Denault A, Lamarche Y, Bagshaw S, et al. Long-Term Effects of Postoperative Delirium in Patients Undergoing Cardiac Operation: A Systematic Review. *Annals of Thoracic Surgery* [Internet]. 2016 [citado 2021 Feb 24];102(4):1391–99. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27344279>
63. Humbert M, Büla CJ, Muller O, Krief H, Monney P. Delirium in older patients undergoing aortic valve replacement: incidence, predictors, and cognitive prognosis. *BMC Geriatrics* [Internet]. 2021 dec. 1 [citado 2021 Oct 2];21(1). Disponible en: </pmc/articles/PMC7927377/>
64. Franco JG, Gomez PE, Ocampo MV, Vargas A, Berrios DM. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes medicoquirúrgicos hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia. *Colombia Médica* [Internet]. 2005 [citado 2021 Jan 18];36(3):186-193. Disponible en: <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/363>
65. Fitzgerald JM, Adamis D, Trzepacz PT, O'Regan N, Timmons S, Dunne C, Meagher DJ. Delirium: a disturbance of circadian integrity? *Med Hypotheses*. 2013 Oct;81(4):568-76. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2013.06.032>
66. Criterios DSM-IV*: Trastornos mentales delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos [Internet]. s.f. [citado 2021 Feb 24]. Disponible en:

https://www.infogerontologia.com/pop_out/patol_criterios_diagnosticos/dsm_iv/demencia_dsm_iv.html

67. Tobara E, Romero C, Galleguillos T, Fuentes P, Cornejo R, Lira MT. Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. *Med Intensiva* [Internet]. 2010 ene/feb. [citado 2021 Feb 24];34(1):04-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912010000100002
68. Celis-Rodríguez E, Díaz Cortés JC, Cárdenas Bolívar YR, Carrizosa González JA, Pinilla DI, Ferrer Zaccaro LE, et al. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia y delirium en el paciente adulto críticamente enfermo. *Med Intensiva* [Internet]. 2020 apr. 1 [citado 2021 Oct 2];44(3):171–84. Disponible en: <https://pure.urosario.edu.co/es/publications/evidence-based-clinical-practice-guidelines-for-the-management-of>
69. Abelha F, Veiga D, Norton M, Santos C, Gaudreau J-D. Evaluación del delirio en pacientes postoperatorios: Validación de la versión portuguesa de la Nursing Delirium Screening Scale en Cuidados Intensivos. *Rev. Bras. Anesthesiol* [Internet]. 2013 nov 1;63(6):450–55. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2012.09.002>
70. Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the intensive care unit (CAM-ICU). *Crit Care Med* [Internet]. 2001 [citado 2021 Mar 25];29(7):1370–79. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00003246-200107000-00012>

71. Lin SM, Liu CY, Wang CH, Lin HC, Huang C Da, Huang PY, et al. The impact of delirium on the survival of mechanically ventilated patients. *Crit Care Med* [Internet]. 2004 nov [citado 2021 Mar 25];32(11):2254–59. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15640638/>
72. Pun BT, Gordon SM, Peterson JF, Shintani AK, Jackson JC, Foss J, et al. Large-scale implementation of sedation and delirium monitoring in the intensive care unit: A report from two medical centers. *Crit Care Med* [Internet]. 2005 Jun [citado 2021 Mar 25];33(6):1199–205. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15942331/>
73. Bergeron N, Skrobik Y, Dubois MJ. Is disturbance of consciousness an important feature of ICU delirium?. *Intensive Care Med*. 2005;31:887. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00134-005-2642-0>
74. Riekerk B, Pen EJ, Hofhuis JGM, Rommes JH, Schultz MJ, Spronk PE. Limitations and practicalities of CAM-ICU implementation, a delirium scoring system, in a Dutch intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2009 Oct [citado 2021 Mar 25];25(5):242–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19540761/>
75. Nishimura K, Yokoyama K, Yamauchi N, Koizumi M, Harasawa N, Yasuda T, et al. Sensitivity and specificity of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) and the Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) for detecting post-cardiac surgery delirium: A single-center study in Japan. *Hear Lung J Acute Crit Care* [Internet]. 2016 Jan 1 [citado 2020 Oct 27];45(1):15–20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26685069/77>.

76. Yu A, Teitelbaum J, Scott J, Gesin G, Russell B, Huynh T, Skrobik Y. Evaluating pain, sedation, and, delirium in the neurologically critically ill—feasibility and reliability of standardized tools: a multi-institutional, study. *Crit Care Med* [Internet]. 2013 [citado 2020 Dec 4]; 41(8): 2002-2007. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31828e96c0>
77. Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, Tremblay A, Roy MA. Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: The nursing delirium screening scale. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2005 [citado 2021 Jan 18];29(4):368–75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15857740/>
78. Radtke FM, Franck M, Schust S, Boehme L, Pascher A, Bail HJ, et al. A Comparison of Three Scores to Screen for Delirium on the Surgical Ward. *World J Surg*. 2010;34:487-494. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00268-009-0376-9>
79. Brummel N, Vasilevskis EE, Ho Han J, Boehm L, Pun BT, Ely WE. Implementing delirium screening in the ICU: secrets to success. *Critical Care Med* [Internet]. 2013 sep [citado 2021 Oct 2];41(9):2196–208. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23896832/>
80. Bergon N, Dubois MJ, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Med* [Internet]. 2001 may [citado 2021 Oct 2];27(5):859–64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11430542/>
81. Gusmao-Flores D, Figueira Salluh JI, Ávila Chalhub R, Quarantini LC. The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium

- screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Critical Care* [Internet]. 2012 jul. 3 [citado 2021 Oct 2];16(4):R115. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22759376/>
82. Hakim SH, Othman AI, Naoum DO. Early treatment with risperidone for subsyndromal delirium after on-pump cardiac surgery in the elderly: a randomized trial. *Anesthesiology* [Internet]. 2012 may [citado 2021 Oct 2];116(5):987–97. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22436797/>
83. Vega E, Nazar C, Rattalino M, Pedemonte J, Carrasco M. Delirium postoperatorio: una consecuencia del envejecimiento poblacional. *Revista méd. Chile* [Internet]. 2014 apr [citado 2021 Oct 3];142(4):481–93. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000400010&lng=en&nrm=iso&tlng=en
84. Moreno Fergusson ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. *Rev Aquichan* [Internet]. 2005 oct [citado 2021 Feb 24];5(1):44-55. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/58>
85. Guttormson JL. Releasing a lot of poisons from my mind: Patients delusional memories of intensive care. *Hear Lung J Acute Crit Care* [Internet]. 2014 [citado 2021 Feb 24];43(5):427–31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24856230/>.
86. Raile Alligood M. *Nursing Theory: Utilization & Application*. [Internet] Missouri:Elsevier Mosby;2014. [citado 2021 Feb 24]. Disponible en: <https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=adLsAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&>

dq=louis+Nursing+theory:+Utilization+and+application&ots=qucGVi58-
s&sig=BB8PYPvxZV-6v5h0iLWvy7WamsU#v=onepage&q=louis Nursing theory%3A
Utilization and application&f=false

87. Gómez PF, Olivares EE. CONSULTORIO DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL: Un Abordaje a la Violencia Conyugal. Unidades de Recursos Humanos y Género, Etnia y Salud de la OPS;2006
88. Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. Philadelphia: Davis Company. 2013.
89. Choquecota Uruchi JM. [Tesis de pregrado; pdf]. [Miraflores]: UNJBG; 2019. 163 p. Tesis pregrado para la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna (Miraflores). Disponible en:
http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3896/1733_2019_choquecota_uruchi_jm_facs_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
90. Romero-Herrera G, Flores-Zamora E, Cárdenas-Sánchez PA, Ostiguín-Meléndez RM. Análisis de las bases teóricas del modelo de sistemas de Betty Neuman. Enferm Universitaria [Internet]. 2007 abr. 27 [citado 2021 Jan 26];4(1):44-48. Disponible en:
<http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/470>
91. Diniz J da SP, Batista K de M, Luciano L do S, Fioresi M, Amorim MHC, Bringunte ME de O. Intervenção de enfermagem baseada na teoria de Neuman mediada por jogo educativo. Acta Paul Enferm [Internet]. 2019 dec[2019];32(6):600–7. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900084>

92. Gómez Tovar LO, Díaz Suarez L, Cortés Muñoz F. Cuidados de enfermería basados en evidencia y modelo de Betty Neuman, para controlar estresores del entorno que pueden ocasionar delirium en unidad de cuidados intensivos. *Enferm. glob.* [Internet]. 2016 ene. [citado 2021 Oct 3];15(41):49–63. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
93. Martínez Velilla N, Franco JG. Delirium subsindrómico en pacientes ancianos: Revisión sistemática *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48(3):122–29. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2012.11.007>
94. Diccionario esencial de la lengua española RAE [Internet]. [citado 2021 Jan 18]. Disponible en: <https://www.rae.es/desen/>
95. Cancillería [Internet]. [citado 2021 Jan 18]. Disponible en: <https://www.cancilleria.gov.co/international/multilateral/united-nations/unesco>
96. Documentación de Concepto de cultura para la gestión Manual Atalaya de apoyo a la gestión cultural [Internet]. [citado 2021 Oct 2]. Disponible en: <http://atalayagestioncultural.es/documentacion/concepto-cultura-gestion>
97. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* [Internet]. 1998 [citado 2021 Jan 19];7(4):323–35. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1023/A:1024985930536>

98. Keegan MT, Soares M. What every intensivists should know about prognostic scoring systems and risk-adjusted mortality. *Rev. bras. Ter. Intensiva* [Internet]. 2016 jul-sep;28(3):264-69. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/dmrJ6sjXF7Ftptfy6BXwD5z/?lang=pt&format=pdf>
99. Muñiz J, Elosua P, Hambleton RK. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*. 2013;25(2):151–57.
100. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2011 abr [citado 2021 Feb 24];34(1):63-72. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007
101. Van de Vijver F, Tanzer NK. Bias and equivalence in cross-cultural assessment: An overview. *European Review of Applied Psychology. Revue Européenne de Psychologie Appliquée* [Internet]. 2004 [citado 2021 Feb 24];54(2):119–135. Disponible en: <https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/bias-and-equivalence-in-cross-cultural-assessment-an-overview>
102. Danielsen AK, Pommergaard H-C, Burcharth J, Angenete E, Rosenberg J. Translation of Questionnaires Measuring Health Related Quality of Life Is Not Standardized: A Literature Based Research Study. *PLoS One* [Internet]. 2015 may 12 [citado 2021 Oct 2];10(5):e0127050. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0127050>

103. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* [Internet]. 2000 dec 15 [citado 2021 Oct 2];25(24):3186–91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11124735/>
104. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 1993 [citado 2021 Jan 19];46(12):1417–32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8263569/>
105. Stewart AL, Thrasher AD, Goldberg J, Shea JA. A Framework for Understanding Modifications to Measures for Diverse Populations. *J Aging Health* [Internet]. 2012 apr. 10 [citado 2021 Feb 24];24(6):992–1017. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0898264312440321>
106. Marangoni B, Pavan K, Tilbery CP. Cross-cultural adaptation and validation of the 12-item Multiple Sclerosis Walking Scale (MSWS-12) for the Brazilian population. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [Internet]. 2012 dec [citado 2021 Oct 2];70(12):922–28. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/anp/a/xcW4VcJGG4xNxLLx5k5Km3q/?lang=en>
107. Alexandre NMC, Guirardello E de B. Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. *Rev Panam Salud Publica* [Internet], 2002 feb. [citado 2021 Oct 2];11(2):109. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8675>
108. Instituto Mexicano del Seguro Social. Manejo de los SÍNDROMES GERIÁTRICOS Asociados a Complicaciones Postoperatorias Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-612-13.s.f. [citado 2021 Oct 2]; Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

109. Buil I, de Chernatony L, Martínez E. Methodological issues in cross-cultural research: An overview and recommendations. *J Target Meas Anal Market* [Internet]. 2012 oct 29 [citado 2021 Oct 2];20(3):223–34. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1057/jt.2012.18>
110. Hungler DP. Investigación científica en ciencias de la salud. México: Mcgraw-Hill/Interamericana De Mexico; 2000.
111. Henriques Camelo SH. Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 ene-feb [citado 2021 Oct 2];20(1):1-9. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/nhTNhcXY9crCB5bttZk6rVF/?format=pdf&lang=es>
112. Navarro JM. [Analysis of the web pages of the intensive care units of Spain]. *Enfermería intensiva* [Internet]. 2009 Oct [citado 2021 Oct 2];20(4):148–58. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20038383/>
113. Asociación Médica Mundial (AMM). “Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos”, en Asociación Médica Mundial (AMM), ed., 18ª *Asamblea Médica Mundial*, Helsinki, Finlandia, junio 1964. Francia: Asociación Médica Mundial, 1964, pp 4. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
114. Fundéu RAE. Screening. Madrid: Fundéu; 2006. [Internet]. [citado 2021 Jul 20]. Disponible en: <https://www.fundeu.es/consulta/screening-225/>

115. Hernández De La Rosa Y, Moreno-Martínez FL. Las siglas en el lenguaje médicoCorSalud [Internet]. 2012 jul-sep [citado 2021 Jul 20];4(3):148-150. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/301342552_Las_siglas_en_el_lenguaje_medico_Acronyms_in_the_medical_language
116. Pinzón A. Delirium y Delirio. Bogotá, Colombia DC. Acta Med Colomb [Internet]. 2016 abr-jun [citado 2021 Aug 31];42(2):41. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v42n2/0120-2448-amc-42-02-00145.pdf>
117. Grille P. Alteraciones del estado de conciencia en la sala de emergencia. Achr. Med Int [Internet]. 2013 dic [citado 2021 Jul 20];35(3):85-92. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2013000300005&lng=es
118. Real Academia Española. Infinitivo por imperativo. Madria: RAE[Internet]. s.f. [citado 2021 Jul 20]. Disponible en: <https://www.rae.es/espanol-al-dia/infinitivo-por-imperativo>
119. Bastos AS, Beccaria LM, da Silva DC, Barbosa TP. Prevalence of delirium in intensive care patients and association with sedoanalgesia, severity and mortality. Rev. gaúcha enferm. [Internet]. 2020 apr 27 [citado 2021 Sep 20];41:e20190068. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/rgenf/a/G3NvgqBC5DM5tFFS8LSp9ht/abstract/?lang=en>
120. Real Academia Nacional de Medicina: Buscador. Anómalo. Real Academia Nacional de Medicina: Buscador: 2013 [Internet]. [citado 2021 Jul 20]. Disponible en: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=an%C3%B3malo

121. Real Academia de la Lengua Española. Concordancia. RAE – ASALE: s.f. [Internet]. [citado 2021 Sep 20]. Disponible en: <https://www.rae.es/dpd/concordancia>
122. Romero E, Soria B. La pragmática del sintagma y las descripciones definidas incompletas. EPISTEME [Internet]. 2008 [citado 2021 Aug 15];28(1):115–38. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-43242008000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
123. Hurtado Albir A. Traducción y traductología. Introducción a la traductología. Cátedra;2011.
124. Real Academia de la Lengua Española. Fármaco. RAE: s.f.[Internet]. [citado 2021 Jul 22]. Disponible en: <https://dle.rae.es/f%C3%A1rmaco>
125. CVC. Congreso de Valladolid. Unidad y diversidad del español. [Internet]. [citado 2021 Oct 20]. Disponible en: https://cvc.cervantes.es/obref/congresos/valladolid/ponencias/unidad_diversidad_del_espanol/2_el_espanol_de_america/gutierrez_m.htm
126. Yamamura H. Reconsideración sobre la función del pretérito perfecto simple en español —con especial atención a las oraciones “imposibles” en el pretérito perfecto simple—. Cuadernos CANELA [Internet]. 2016 may 14 [citado 2021 Jul 22];27:127–39. Disponible en: <http://184.154.137.29/index.php/cuadernos/article/view/59>
127. Burgos Moreno M, Paravic Klijn T. Enfermería como profesión. Rev Cubana Enfer [Internet]. 2009 ene-jun [citado 2021 Jul 22];25(1–2). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

128. Oyanedel Fernández M, Samaniego Aldazábal JL. Las nuevas clases gramaticales de palabras según la propuesta de la Nueva gramática de la lengua española. Boletín de filología [Internet]. 2014 jun 1 [citado 2021 Jul 22];49(1):235–53. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-93032014000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=en
129. Diccionario Cambridge. Score [Internet]. Diccionario Cambridge: s.f. [citado 2021 Aug 15]. Disponible en: <https://dictionary.cambridge.org/es/diccionario/ingles/score>
130. Arrieta de Meza B, Meza Cepeda RD, Batista Ojeda JT. Clasificación de neologismos usados en el lenguaje académico por docentes universitarios venezolanos. Opción [Internet]. 2009 ago [citado 2021 Aug 15];25(59):53–64. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-15872009000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
131. Padrón Novales CI, Quesada Padrón N, Pérez Murguía A, González Rivero PL, Martínez Hondares LE. Aspectos importantes de la redacción científica. Rev Cienc Médicas Pinar del Río [Internet]. 2014 [citado 2021 Aug 15];18(2):362–380. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000200020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
132. Nariyama S. Subject ellipsis in English. J Pragmat [Internet]. 2004 Feb 1;36(2):237–64. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0378-2166\(03\)00099-7Online](https://doi.org/10.1016/S0378-2166(03)00099-7Online)

133. OXFORD Collocation Dictionary. Behaviour. Online OXFORD Collocation Dictionary: s.f. [Internet]. [citado 2021 Jul 26]. Disponible en: <https://www.freecollocation.com/search?word=behaviour>
134. Sahoo S. Past Year vs Last Year vs Passed Year: Which One is Correct?. 2016 [citado 2021 Jul 26]. Common English Errors BLOG [Internet]. Disponible en: <https://commonenglisherrors.com/past-year-vs-last-year/>
135. Stack Exchange. Why do some adjectives follow the nouns they modify? [Internet]. [citado 2021 Aug 15]. Disponible en: <https://english.stackexchange.com/questions/42319/why-do-some-adjectives-follow-the-nouns-they-modify>
136. Lim MM, Gerstner JR, Holtzman DM. The sleep-wake cycle and Alzheimer's disease: what do we know?. Neurodegenerative Dis Manag [Internet]. 2014;4(5):351–62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25405649/>
137. Online Etymology Dictionary. Manner. Online Etymology Dictionary: s.f.[Internet]. [citado 2021 Aug 15]. Disponible en: <https://www.etymonline.com/word/manner>
138. Diccionario de la lengua Española. ambiguo, ambigua. Definición RAE [Internet]. [citado 2021 Oct 20]. Disponible en: <https://dle.rae.es/ambiguo>
139. Vageriya V. Assessment and Evaluation-In Perspective of Medical Education. Nurs. Health Care int. J. [Internet]. 2018;2(4):000154. Disponible en: <https://www.medwinpublishers.com/NHIJ/NHIJ16000154.pdf>

140. Johns Hopkins Medicine. Sleep/Wake Cycles [Internet]. [citado 2021 Jul 27]. Disponible en: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/sleepwake-cycles>
141. Hambleton RK, Zenisky AL. Translating and adapting tests for cross-cultural assessments. *Cross-Cultural Research Methods in Psychology*. 2010. Jan 1;46–70.
142. CH B. Delirium in the cardiac surgical ICU. *Current opinion in anaesthesiology* [Internet]. 2014 [citado 2021 Sep 25];27(2):117–22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24514034/>
143. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 2017 Jan 25 [citado 2021 Oct 12];135(10):e146–603. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28122885/>
144. Lira MT, Caballero E. Adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en salud: historia y reflexiones del por qué, cómo y cuándo. *Rev. Méd. Clín. Las Condes*. 2020 Jan 1;31(1):85–94.
145. Ortiz-Gutiérrez S, Cruz-Avelar A. Proceso de traducción y adaptación cultural de instrumentos de medición en salud. *Actas Dermosifiliogr.* [Internet]. 2018 Apr 1 [citado 2021 Oct 12];109(3):202–6. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es-proceso-traduccion-adaptacion-cultural-instrumentos-articulo-S0001731017305616>
146. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública de Méx* [Internet]. 2013 [citado 2021 Sep 22];55(1):57–66. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

147. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health [Internet]*. 2005 [citado 2021 Sep 22];8(2):94–104. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15804318/>
148. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol [Internet]*. 2010 Jul [citado 2021 Sep 22];63(7):737–45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20494804/>
149. Kiing JSH, Rajgor D, Toh T-H. Topical Review: Mind Your Language—Translation Matters (A Narrative Review of Translation Challenges). *J. Pediatr. Psychol [Internet]*. 2016 Nov 1 [citado 2021 Oct 12];41(10):1110–9. Disponible en: <https://academic.oup.com/jpepsy/article/41/10/1110/2951803>
150. Flores-Oñate G, Ceballos-Vásquez P, Mejías-Parada R. Cuidados para el manejo de delirio en Unidades de Paciente Crítico: una revisión integrativa. *Cultura de los Cuidados (Edición digital) [Internet]*. 2021 ene 12 [citado 2021 Oct 12];25(59):144-156.; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.15>
151. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev. Salud Pública*. 2004;6(3):302–18.

152. Jeong E, Chang SO. Exploring nurses' recognition of delirium in the elderly by using Q-methodology. *Japan Journal of Nursing Science* [Internet]. 2018 Oct 1 [citado 2021 Oct 12];15(4):298–308. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jjns.12199>
153. Smith JM, van Aman MN, Schneiderhahn ME, Edelman R, Ercole PM. Assessment of delirium in intensive care unit patients: Educational strategies. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2017;48(5):239–44.
154. Gusmao-Flores D, Salluh JI, Dal-Pizzol F, Ritter C, Tomasi CD, Lima MA, et al. The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)* [Internet]. 2011 [citado 2021 Oct 12];66(11):1917–22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22086522/>
155. Al-Qadheeb NS, Nazer LH, Aisa TM, Osman HO, Rugaan AS, Alzahrani AS, et al. Arabic intensive care delirium screening checklist's validity and reliability: A multicenter study. *J Crit Care* [Internet]. 2019 dec 1 [citado 2021 Oct 12];54:170–74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31476652/>
156. Gian Domenico G, Piergentili F. Cultural and linguistic validation of the Italian version of the intensive care delirium screening checklist. *Dimens Crit Care Nurs* [Internet]. 2012 Jul [citado 2021 Oct 12];31(4):246–51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22664885/>
157. Neziraj M, Sarac Kart N, Samuelson K. The intensive care delirium screening checklist: translation and reliability testing in a Swedish ICU. *Acta Anaesthesiol Scand* [Internet].

2011 aug [citado 2021 Oct 12];55(7):819–26. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21658011/>

158. Shangkun L, Wei M, Zhiguo Z, Zhen W, Guangyue L, Skrobik Y, et al. Reliability and validity of the Chinese version of Intensive Care Delirium Screening Checklist in post-anesthesia care unit. *Jpn J Nurs Sci*. 2010;25(10):4–7.
159. Kose G, Bolu A, Ozdemir L, Acikel C, Hatipolu S. Reliability and Validity of the Intensive Care Delirium Screening Checklist in Turkish. *Int. J. Nurs. Knowl.*. 2016 Apr 1;27(2):119–24.

17. Anexos

Anexo 1. Instrumento ICDSC

INTENSIVE CARE DELIRIUM SCREENING CHECKLIST (ICDSC)		
<p>Give a score of “1” to each of the 8 items below if the patient clearly meets the criteria defined in the scoring instructions. Give a score of “0” if there is no manifestation or unable to score. If the patient scores >4, notify the physician. The diagnosis of delirium is made following clinical assessment; document in the Assessment and Intervention record (RN) and progress note (MD).</p>		
Assessment	Scoring Instructions	Score
1. Altered Level of Consciousness	Score 1 if RASS +1 to +4 Score 1 if RASS -1 to -3 Score 0 if RASS 0 OR if RASS -1 to -3 related to recent sedation/analgesia	
2. Inattention	Score 1 if for either/any of the following abnormalities: A. Difficulty in attending to verbal or non-verbal commands OR B. Easily distracted by external stimuli Maintain eye contact for >5 seconds? Following?	
3. Disorientation	Score 1 if any obvious abnormality: A. Mistake in either place or person Recognize ICU caregivers who have cared for him/her and not recognize those that have not? Family members? What kind of place are you in? May list examples for patient	
4. Hallucination/delusions/psychosis	Score 1 if either: A. Equivocal evidence of hallucinations or a behavior due to hallucinations (Hallucination = perception of something that is not there with NO stimulus) OR B. Delusions or gross impairment of reality testing (Delusion = false belief that is fixed/unchanging) Any hallucinations now or over past 24 hrs? Are	

	you afraid of the people or things around you? Nightmares? (Inappropriate fear to clinical situation)	
5. Psychomotor agitation or retardation	Score 1 if either: A. Hyperactivity requiring the use of additional sedative drugs or restraints in order to control potential danger (e.g., pulling IV lines out or hitting staff) OR B. Hypoactive or clinically noticeable psychomotor slowing or retardation Picking bed sheet or IV site, based on documentation and observation over shift by primary caregiver	
6. Inappropriate speech or mood	Score 1 if either: A. Inappropriate or disorganized speech content OR B. Inappropriate mood related to events or situation Disinhibition new from baseline? Abnormal speech content or mood? Inappropriately demanding?	
7. Sleep wake/cycle disturbance	Score 1 if either: A. Sleeping less than four hours at night OR B. Waking frequently at night (do not include wakefulness initiated by medical staff or loud environment) OR C. Sleep \geq 4 hours during day Based on primary caregiver assessment Ask patient about sleep	
8. Symptom fluctuation	Score 1 if for: Fluctuation of any of the above items (i.e., 1 – 7) over 24 hours (e.g. from one shift to another) Based on primary caregiver assessment	
Total ICDSC (Maximum score is 8)	A score > 4 suggests delirium. A score > 4 is not indicative of the severity of the delirium.	

Fuente: (77).

Anexo 2. Autorización de autores uso de instrumento

Bogotá D.C June 2020

Dear

N. Bergeron, M.-J.Dubois, M.Dumont, S.Dial, Y.Skrobik

Yours sincerely

We are Colombian nurses who are doing our Master's Degree in Critical Care Nursing at the Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. The subject we have selected is delirium in heart surgery patients, we have reviewed your scale, the Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) and we have found it to be an excellent resource for early identification of delirium, for this reason we would like to ask your permission to carry out the cultural adaptation and validation of the scale in our population.

We would also like to know if other countries have validated your scale.

It is important to point out that the copyright will be maintained and the version of the scale will be shared.

We would appreciate your authorization and the sending of the scale

We look forward to your response

Allison Tatiana Gaitán

David Fernando Betancurt

Mauricio Soler Mendoza

Javeriana University Students

Yoanna Skrobik, Dr <yoanna.skrobik@mcgill.ca>

Lun 22/06/2020 11:56 PM



Para: David Fernando Betancurt Loaiza

CC: Allison Tatiana Gaitan Amaya; mauricio soler mendoza; Diana Marcela Achury Saldana

Thank you for your interest in the ICDSC scale. Since it is published there is no need for permission or copyright. The scale was originally used in French (the official language in the province of Quebec) and English. To my knowledge the ICDSC has been translated and validated in Hindi, Portuguese, Italian, Swedish and German. A quick PubMed search will lead you to these publications. If you need any additional explicative or educational material please let me know.

Best regards

Yoanna Skrobik

Fuente: elaboración propia.

Anexo 3. Ítem de calidad de traducción y adaptación de comité de expertos

Listado para el control de calidad de la traducción-adaptación de los ítems	
General	¿Los ítems tienen el mismo significado o es muy parecido en los dos idiomas?

	¿El tipo de lenguaje de los ítems traducidos tienen una dificultad y familiaridad comparables al del idioma original?
Formato de ítems	¿El formato de los ítems, incluyendo los aspectos físicos, es el mismo en los dos idiomas?
	¿La longitud del enunciado y de las alternativas de respuesta, tienen una longitud similar en ambas versiones?
	Si se destacó una palabra o frase (negrita, cursiva, subrayado, etc.) en la versión original ¿se hizo también en los ítems traducido?
Redacción y gramática	¿Hay alguna modificación de la estructura gramatical de los ítems, tal como la ubicación de las oraciones o el orden de las palabras, que pueda hacer que los ítems sean más o menos complejo en una versión en relación a otra?
	¿Hay cambios en la puntuación entre las dos versiones que propicien que los ítems sean más fáciles o difíciles en la versión traducida?
Cultura	¿Los términos utilizados en los ítems en el idioma original han sido adaptados de forma adecuada al contexto cultural de la versión traducida?
	¿Existen diferencias culturales que tengan un efecto diferencial sobre la probabilidad de que una respuesta sea elegida en la versión original y la traducida?
	El concepto o constructo de los ítems ¿es igual de familiar y tiene el mismo significado en las dos versiones?

Fuente: Tomado de Hambleton y Zenisky (141) y adaptado a versión propia

Anexo 4. Consentimiento informado

FECHA ___/___/___.

Usted está siendo invitado a participar en el estudio titulado: Adaptación transcultural de la The Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) en Bogotá. Este documento proporciona la información necesaria para que usted participe voluntaria y libremente. El proyecto es realizado por Allison Gaitán, David Betancurt y Mauricio Soler, estudiantes de la Maestría en Cuidado Crítico de la Pontificia Universidad Javeriana.

Antes de dar su consentimiento, usted es importante que pueda tener claridad plena sobre el propósito de su decisión. Este proceso se denomina consentimiento informado. Una vez que haya leído este documento y resuelto con el investigador las dudas, se le pedirá que firme este formato en señal de aceptación para participar.

El objetivo de la investigación consiste en:

Determinar la versión equivalente de la escala *The Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) en Colombia.

¿Por qué es importante realizar el estudio?

Los resultados obtenidos de la presente investigación constituirán una propuesta y aporte para integrar a la valoración del paciente crítico, una escala adaptada culturalmente para nuestra población colombiana que permita una detección temprana del delirium posquirúrgico, unificando criterios para reducir la variabilidad y asegurar una correcta actuación terapéutica por todo el equipo multidisciplinario en la práctica clínica.

¿Cuáles son las molestias o los riesgos esperados? Sin riesgos. Hasta el momento no se conoce ninguna condición que ponga en riesgo la salud física o mental de los individuos por el hecho de participar en este estudio.

¿Cuáles son los beneficios que puedo obtener por participar?

Generar nuevo conocimiento para la disciplina de enfermería.

Contribuir a minimizar el riesgo de eventos adversos a través de la detección temprana del delirium.

¿Existe confidencialidad en el manejo de mis datos?

Este proyecto se acoge a la ley 1581 de 2012 (Hábeas Data) que aplica para el tratamiento de datos personales.

Durante los tres meses de recolección de la información, se mantendrá su privacidad, los archivos con información se mantendrán de manera confidencial. Sólo los investigadores y el personal autorizado como el Comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana pueden revisar los archivos resultantes con el fin de mantener el anonimato, no se escribirán el nombre de los entrevistados en el formato de la encuesta.

¿Existe alguna obligación financiera?

Participar en este estudio no tiene ningún costo económico para usted como participante.

¿Qué sucede si no deseo participar o me retiro del estudio?

Usted es libre de participar en este estudio, así como está en la libertad de retirarse en cualquier momento. Si decide no participar o retirarse en cualquier momento previo a la finalización de la investigación, no tendrá ningún castigo o pérdida de los beneficios que ya haya obtenido

AUTORIZACIÓN

He comprendido las explicaciones que, en un lenguaje claro y sencillo, se me han brindado. El investigador me ha permitido expresar todas mis observaciones y ha aclarado todas las dudas y

preguntas que he planteado respecto a los fines, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de participar en el estudio. Se me ha proporcionado una copia de este documento. Al firmar este documento doy mi consentimiento voluntario para participar en él.

Firmas

Profesional:

Nombre:

Firma _____

Documento de identidad:

Teléfono:

Anexo 1. Información de los traductores

Traductor 1. Melissa Chávez Robayo
Licenciada en Filología e Idiomas – Inglés
Universidad Nacional de Colombia
Especialista en Traducción
Inglés – Español
Universidad del Rosario

Traductor 2. Paul Priolet
Traductor e Interprete Oficial
Certificado de Idoneidad Profesional No. 0315
Universidad Nacional de Colombia

Anexo 2. Versión Final Instrumento ICDSC

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CRIBADO PARA DETECCIÓN DE DELIRIUM EN CUIDADOS INTENSIVOS (ICDSC)

Seleccione "1" en cada una de las 8 categorías si el paciente cumple claramente con los criterios definidos en las instrucciones del
--

<p>puntaje.</p> <p>Seleccione "0" si no hay manifestación del síntoma o respuesta por parte del paciente. Si el paciente puntúa ≥ 4, notifique al médico.</p> <p>El diagnóstico de delirium se realiza después de la evaluación clínica; documéntelo en la historia clínica y en la nota de evolución.</p>		
EVALUACIÓN	INSTRUCCIONES PARA ASIGNAR PUNTAJE	PUNTAJE
1. Alteración del nivel de consciencia	<p>Puntuar 1 si:</p> <ul style="list-style-type: none"> El RASS es +1 a +4 El RASS es -1 a -3 <p>Puntuar 0 si:</p> <ul style="list-style-type: none"> El RASS es 0 El RASS está en -1 a -3 dado por sedoanalgesia reciente. 	
2. Inatención	<p>Puntuar 1 si se presenta alguna de las siguientes alteraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Presenta dificultad para atender a ordenes verbales o no verbales. Se distrae fácilmente con estímulos externos. <p>(¿Mantiene contacto visual durante mas de 5 segundos? ¿Hace seguimiento con la mirada?)</p>	
3. Desorientación	<p>Puntuar 1 si:</p> <ul style="list-style-type: none"> Presenta desorientación en espacio o persona. <p>(¿Reconoce a los cuidadores de la UCI que le han atendido? ¿Reconoce a miembros de la familia? ¿Reconoce en qué lugar se encuentra? – se pueden dar ejemplos de lugares al paciente)</p>	
4. Alucinaciones, delirio, psicosis	<p>Puntuar 1 si:</p> <ul style="list-style-type: none"> Presenta comportamientos que sugieren alucinaciones (Percepción de algo que no está ahí, sin ningún estímulo) Alteración grave de la comprobación de la realidad (Creencia falsa que es fija o que no cambia) <p>(¿Presenta o ha presentado alguna alucinación ahora o en las últimas 24 horas? ¿Siente miedo de la gente o los objetos a su alrededor? ¿Ha tenido pesadillas? ¿Se evidencia miedo inapropiado a la situación clínica?)</p>	
5. Agitación o retraso psicomotor	<p>Puntuar 1 si se ha presentado cualquiera de las siguientes alteraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hiperactividad que requiere el uso de medicamentos sedantes adicionales o sujeción con el fin de controlar un riesgo potencial (por ejemplo, retiro de las vías intravenosas o agresión al personal) Hipoactividad o retraso psicomotor clínicamente perceptible. <p>(Retiro de las sábanas o de la canalización según el registro de la historia clínica y la observación durante el turno por parte del profesional de enfermería)</p>	
6. Estado de ánimo o habla inadecuada	<p>Puntuar 1 si se ha presentado cualquiera de las siguientes alteraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Habla de forma inadecuada, desorganizada o incoherente. Presenta estados de ánimo inadecuados relacionados con ciertos eventos o situaciones. <p>(¿Ha presentado desinhibición más allá de lo usual? ¿Ha habido anomalías en el contenido de lo que habla o en sus estados de ánimo? ¿Se ha comportado inapropiadamente exigente?)</p>	
7. Alteración del ciclo de sueño/vigilia	<p>Puntuar 1 si:</p> <ul style="list-style-type: none"> Duerme menos de 4 horas en la noche Se despierta con frecuencia durante la noche (no se debe tener en cuenta el despertarse originado por el personal de salud o por el 	

	<p>ambiente ruidoso)</p> <ul style="list-style-type: none"> Duerme 4 o más horas durante el día. <p>(Basado en la evaluación del profesional de enfermería, preguntar al paciente sobre su ciclo de sueño).</p>	
8. Fluctuación de los síntomas	<p>Puntuar 1 si:</p> <ul style="list-style-type: none"> Existe fluctuación de uno o varios de los anteriores síntomas (es decir ítems 1 al 7) en un periodo de 24 horas (por ejemplo, de un turno a otro). <p>(Basado en la evaluación del profesional de enfermería).</p>	
Total ICDSC (La puntuación máxima es 8)	Una puntuación ≥ 4 sugiere delirium.	

Fuente: elaboración propia

Anexo 3. Ficha Técnica

Instrumento	<p>Lista de verificación de cribado para detección de delirium en cuidados intensivos (ICDSC)</p> <p>Nota: Esta tarjeta se rellena únicamente con la información del estudio de validación original del instrumento.</p>
Acrónimo	ICDSC
Uso principal	Detección de delirium
Aspecto por evaluar (Número de preguntas)	<p>8 dimensiones clínicas: alteración del nivel de conciencia; inatención; desorientación; alucinaciones, delirio, psicosis; agitación o retraso psicomotor; estado de ánimo o habla inadecuada; alteración del ciclo de sueño/vigilia; fluctuación de los síntomas</p> <p>1 ítem para cada dimensión</p>
Descripción	Herramienta de detección de delirium en la UCI para pacientes intubados o no intubados. Destinado para observaciones rápidas por parte del personal clínico de cabecera reunido rutinariamente a lo largo de un turno, sin llevar a cabo exámenes adicionales, sino solo indagando por la presencia alucinaciones. Basado en los criterios del DSM-IV.

	El ICDCS se puede evaluar una o más veces al día.
Versiones	1
Información sobre la puntuación	Califique cada ítem como "manifestación obvia" (1) o como "ninguna manifestación o ninguna evaluación posible" (0). La "peor" puntuación en cada dimensión "cuenta" para la puntuación total que se contabiliza al final de cada turno laboral. La suma de todas las dimensiones es la puntuación total. Una puntuación ≥ 4 indica delirium; una puntuación de 1-3 indica delirium subsindrómico.
Pruebas cognitivas	No incluidas ni necesarias; se pueden llevar a cabo opcionalmente para facilitar la puntuación de las dimensiones
Tiempo estimado para calificar	< 5 minutos (estimado); basado en comportamientos observados en el último turno de 8-12 horas
Se requiere calificador capacitado	Sí. Destinado a ser usado por médicos y, principalmente, enfermeros. No se requiere capacitación adicional sobre la lista de verificación.
Administrar a	Pacientes de UCI (incluidos pacientes intubados/que no pueden hablar). Administrar de manera presencial.
Cómo obtener	El instrumento actualizado se encuentra disponible en https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31828e96c0 o http://www.icudelirium.org/docs/2013-Tufts-ICU-Delirium-Screening-Checklist.pdf .
Tarifa de licencia*	Ninguna
Idiomas disponibles	Más de 20 traducciones que incluyen la validación en francés, inglés, holandés, sueco, italiano, hindi, alemán, mandarín, coreano, polaco, rumano y japonés, entre otros
Calificación MÁS ALTA DE COSMIN**	En progreso
Características de funcionamiento de la prueba	Bergeron 2001 <ul style="list-style-type: none"> •Sensibilidad (comparada con el diagnóstico psiquiátrico, estimada a partir de la curva ROC, con una puntuación de 4 puntos en el punto de corte: 0.99) •Especificidad (comparada con el diagnóstico psiquiátrico, estimada a partir de la curva ROC, con una puntuación de 4 puntos en el punto de corte: 0.64)

* Las tarifas y la información de licencia entran en vigencia a partir de 2018, pero están sujetas a cambios con el tiempo.

** El COSMIN (*Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments*) se utiliza para calificar la evaluación de un estudio sobre las propiedades de medición de una encuesta o prueba. El COSMIN **no** califica el instrumento en sí, sino que ayuda a los lectores a comprender si pueden estar seguros de los resultados de los estudios que evalúan las propiedades de medición de encuestas y pruebas. Por ejemplo, un estudio riguroso que evalúe una prueba con propiedades de medición deficientes recibirá una calificación COSMIN "buena", mientras que un estudio mal realizado que evalúe una prueba con buenas propiedades de medición recibirá una calificación COSMIN "pobre". Un tamaño de muestra pequeño puede afectar todas las calificaciones COSMIN. Usted deberá considerar tanto la calificación COSMIN

como los resultados de los estudios proporcionados al momento de formarse su opinión sobre esa prueba. *Las calificaciones COSMIN mostradas se basan únicamente en el estudio de validación original del instrumento.*