



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

MANUAL DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM
NOSOCOMIAL

M A N U A L
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
P R E S E N T A :

JUDITH ANGEL LÓPEZ

DIRECTORA DE MANUAL:

LIC. BEATRIZ CARMONA MEJÍA



MÉXICO D. F., ABRIL 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA

DIRECCIÓN

Oficio de Fecha de Examen

Q.F.B. GRACIELA ROJAS VÁZQUEZ
JEFE DE LA UNIDAD DE
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
P R E S E N T E .

Comunico a usted que el alumno (a) **JUDITH ANGEL LÓPEZ** con número de cuenta **300331075** de la carrera de **Licenciado en Enfermería** se le ha fijado el día **24** del mes de **abril** de **2009** a las **16:00** horas, para presentar examen profesional, que tendrá lugar en la Sala de Exámenes Profesionales de esta Facultad, con el siguiente jurado:

- PRESIDENTE**
LIC. JUANA SALAZAR HERNÁNDEZ
- SECRETARIO**
LIC. GUADALUPE CALZADA HERNÁNDEZ
- V O C A L**
LIC. BEATRIZ CARMONA MEJÍA
- SUPLENTE**
LIC. JOSÉ LUÍS MONTES GALVÁN
- SUPLENTE**
LIC. ESPERANZA SAAVEDRA URRUTIA

[Handwritten signatures of the jury members]

El título de la prueba escrita que presenta es: **Manual de Enfermería para la prevención del Delirium Nosocomial.**

Opción de titulación: **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

DE ESTUDIOS SUPERIORES
A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México D.F., a 25 de Marzo del 2009
[Handwritten signature]
C.D. ALFREDO S. SÁNCHEZ FIGUEROA
DIRECTOR
ZARAGOZA

DIRECCION

Recibí
Oficina de exámenes profesionales
Y de grado

Vo. Bo. *[Handwritten signature]*
JEFE DE LA CARRERA
DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
Presente

Comunicamos a usted , que el Manual de Procedimientos de Enfermería para la
Prevención del Delirium Nosocomial de la (el) **C. JUDITH ANGEL LÓPEZ**
con número de cuenta **300331075**, ha sido revisado y tiene el visto bueno de los
integrantes del Jurado:

PRESIDENTE:

LIC. JUANA SALAZAR HERNÁNDEZ

SECRETARIO:

LIC. GUADALUPE CALZADA HERNÁNDEZ

VOCAL:


LIC. BEATRIZ CARMONA MEJÍA

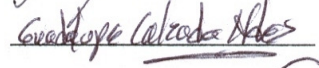
SUPLENTE:


LIC. JOSÉ LUÍS MONTES GALVÁN


SUPLENTE:

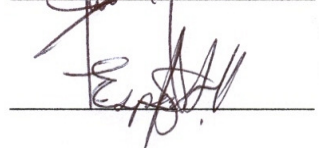
LIC. ESPERANZA SAAVEDRA URRUTIA













UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E.

Me permito poner a su disposición el MANUAL DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM NOSOCOMIAL de la (el) **C. JUDITH ANGEL LÓPEZ** con número de cuenta **300331075** comunico a usted que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México D.F., a 19 de febrero de 2009

PRESIDENTE

LIC. JUANA SALAZAR HERNÁNDEZ



TCP*JGP*gga.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PRESENTE.

Me permito poner a su disposición el MANUAL DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM NOSOCOMIAL de la (el) C. JUDITH ANGEL LÓPEZ con número de cuenta 300331075 comunico a usted que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México D.F., a 19 de febrero de 2009

SECRETARIO

Guadalupe Calzada Hernández

LIC. GUADALUPE CALZADA HERNÁNDEZ



TCP*JGP*gga.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

**DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E.**

Me permito poner a su disposición el MANUAL DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM NOSOCOMIAL de la (el) C. JUDITH ANGEL LÓPEZ con número de cuenta 300331075 comunico a usted que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México D.F., a 19 de febrero de 2009

SECRETARIO

Guadalupe Calzada Hernández

LIC. GUADALUPE CALZADA HERNÁNDEZ



TCP*JGP*gga.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"


CARRERA DE ENFERMERÍA

DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PRESENTE.

Me permito poner a su disposición el MANUAL DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM NOSOCOMIAL de la (el) C. JUDITH ANGEL LÓPEZ con número de cuenta 300331075 comunico a usted que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México D.F., a 19 de febrero de 2009

VOCAL


LIC. BEATRIZ CARMONA MEJÍA





UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PRESENTE.

Me permito poner a su disposición el MANUAL DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM NOSOCOMIAL de la (el) C. JUDITH ANGEL LÓPEZ con número de cuenta 300331075 comunico a usted que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México D.F., a 19 de febrero de 2009

SUPLENTE

LIC. JOSÉ LUIS MONTES GALVÁN



TCP*JGP*gga.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

**DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PRESENTE.**

Me permito poner a su disposición el MANUAL DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM NOSOCOMIAL de la (el) C. JUDITH ANGEL LÓPEZ con número de cuenta 300331075 comunico a usted que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México D.F., a 19 de febrero de 2009

SUPLENTE

Esperanza Saavedra Urrutia

LIC. ESPERANZA SAAVEDRA URRUTIA



TCP*JGP*gga.



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

**LIC. JUANA SALAZAR HERNÁNDEZ
MIEMBRO DEL JURADO
DE EXÁMENES PROFESIONALES
DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PRESENTE**

Me permito poner a su disposición el MANUAL DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM NOSOCOMIAL de la (el) C. JUDITH ANGEL LÓPEZ con número de cuenta 300331075, el cual deberá ser revisado y aprobado en su caso, por usted.

**Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D. F., a 19 de febrero de 2009**

JEFA DE LA CARRERA

DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA



Handwritten signature and date: 25-FEB-09



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

**LIC. GUADALUPE CALZADA HERNÁNDEZ
MIEMBRO DEL JURADO
DE EXÁMENES PROFESIONALES
DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PRESENTE**

Me permito poner a su disposición el MANUAL DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM NOSOCOMIAL de la (el) C. JUDITH ANGEL LÒPEZ con número de cuenta 300331075, el cual deberá ser revisado y aprobado en su caso, por usted.

**Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D. F., a 19 de febrero de 2009**

JEFA DE LA CARRERA

DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA



Guadalupe Calzada Hernández
26-02-09



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

CARRERA DE ENFERMERÍA

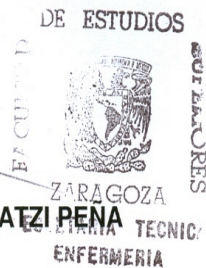
**LIC. BEATRIZ CARMONA MEJÍA
MIEMBRO DEL JURADO
DE EXÁMENES PROFESIONALES
DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PRESENTE**

Me permito poner a su disposición el MANUAL DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM NOSOCOMIAL de la (el) C. JUDITH ANGEL LÒPEZ con número de cuenta 300331075, el cual deberá ser revisado y aprobado en su caso, por usted.

**Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D. F., a 19 de febrero de 2009**

JEFA DE LA CARRERA

DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA



*Recibido
25-II-09*



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

LIC. JOSÉ LUÍS MONTES GALVÁN
MIEMBRO DEL JURADO
DE EXÁMENES PROFESIONALES
DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PRESENTE

Me permito poner a su disposición el MANUAL DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM NOSOCOMIAL de la (el) C. JUDITH ANGEL LÓPEZ con número de cuenta 300331075, el cual deberá ser revisado y aprobado en su caso, por usted.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D. F., a 19 de febrero de 2009

JEFA DE LA CARRERA

DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA



*Recibi manual
Febrero 27-009
Lic. José Luis Montes G*



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

**LIC. ESPERANZA SAAVEDRA URRUTIA
MIEMBRO DEL JURADO
DE EXÁMENES PROFESIONALES
DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PRESENTE**

Me permito poner a su disposición el MANUAL DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM NOSOCOMIAL de la (el) C. JUDITH ANGEL LÓPEZ con número de cuenta 300331075, el cual deberá ser revisado y aprobado en su caso, por usted.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D. F., a 19 de febrero de 2009
DE ESTUDIOS

JEFA DE LA CARRERA



DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
ENFERMERA

Est 25/02/09

DEDICATORIAS

A MIS PADRES SARA Y FILIBERTO:

Este logro principalmente es para ustedes, por su apoyo y amor a lo largo de mi vida, y porque me han dado las bases para triunfar.

Gracias por su confianza en mí, por alentarme en mi camino y en mi profesión.

Aún falta mucho camino, aún faltan sueños por cumplir, y mi principal motivación son ustedes.

A MI HERMANA ARELI:

Mi primera cómplice, esto también es para ti. Gracias por escucharme y por compartir conmigo momentos tan lindos. De pequeña siempre quise ser una triunfadora como tú, espero poder lograrlo.

A MIS SOBRINAS CECILIA Y SOFIA:

A mis pequeños Angelitos que me recuerdan lo hermoso de la vida y que a veces como adultos la tomamos muy en serio. Gracias por sus sonrisas y por la alegría que han derramado en el hogar.

A JOAQUIN:

Gracias por comprenderme, por alentarme cuando caí en la desesperación, por estar a mi lado, por animarme a seguir cumpliendo mis sueños, y sobre todo gracias por darme tanto amor.

CON TODO MI AMOR:

JUDITH

AGRADECIMIENTOS

*A mi directora de Manual, la **Lic. Beatriz Carmona**, por el ímpetu y la disponibilidad en la realización de éste proyecto. Muchas gracias por su tiempo, por su energía, y por todas sus enseñanzas, he aprendido mucho de usted y le estoy muy agradecida.*

*A mi asesora clínica, la **Lic. Martha Huertas**, gracias por darme un tiempo para orientarme durante la elaboración de éste manual, su visión marco el rumbo del mismo.*

*A mi casa la **UNAM**, por formarme como profesionista y por brindarme momentos tan gratos que estarán siempre en mi recuerdo y en mi corazón, llevare toda la vida mi alma universitaria con la responsabilidad que ello implica.*

*Gracias a todos los **profesores, y compañeros** de carrera por momentos tan gratos que siempre llevaré en mi corazón y en mi mente, me alentaron a lo largo de este tiempo a ser mejor cada día, tengo muchas cosas que agradecerles compañeras y ahora que todas somos profesionistas no olvidemos que fuimos estudiantes.*

“POR MI RAZA, HABLARA EL ESPIRITU”

MIL GRACIAS:

JUDITH

*“A calm, friendly, clear-cut style
of management may provide
the basis for a return to reality.”*

*Un estilo tranquilo, amistoso,
y claro de dirección puede proveer
la base para un regreso a la realidad.*

*M. S. J. Pathy
“Principles and practice of Geriatric Medicine”*

INDICE

1.- Introducción	
2.- Justificación	1
3.- Objetivos	3
4.- Marco Legal	4
5.- Antecedentes:	
5.1.- Desarrollo Histórico del Concepto	7
5.2.- Definición	8
5.3.- Epidemiología	9
5.4.- Factores de Riesgo	10
5.5.- Diagnóstico Diferencial	12
5.6.- Cuadro Clínico	12
5.7.- Diagnóstico	13
5.8.- Tratamiento	15
5.9.- Pronóstico	19
5.10.- Prevención	20
6.- Intervenciones	22
6.1.- Valoración del Riesgo de Desarrollar Delirium Nosocomial.....	25
6.1.1.- Formato de Enfermería para la Identificación del Riesgo de Desarrollar del Delirium Nosocomial (Formato #1).....	30
6.2.- Medidas Preventivas	31
6.3.- Medidas Preventivas para Pacientes en Riesgo Medio o Alto de Desarrollar Delirium Nosocomial	36
6.3.1.- Formato para la Intervención de Enfermería en Pacientes con Riesgo Medio ó Alto de Desarrollar Delirium Nosocomial (Formato #2).....	38
6.4.- Detección del Delirium Nosocomial	41
6.4.1- Formato de Enfermería para la Detección del Delirium Nosocomial (Formato #3).....	42
7.- Anexos. Proceso de Atención de Enfermería aplicado a un paciente con:	
7.1.- Riesgo Bajo para desarrollar Delirium Nosocomial	43
7.2.- Riesgo Medio para desarrollar Delirium Nosocomial	51
7.3.- Riesgo Alto para desarrollar Delirium Nosocomial	61
7.4.- Tríptico	72
8.- Referencias Bibliográficas	73

1.- INTRODUCCION

El Síndrome Confusional Agudo o Delirium, es un cuadro clínico de inicio brusco y curso fluctuante, caracterizado por alteraciones de la conciencia, la atención y el pensamiento, con dificultades en la percepción, emoción y actividad psicomotriz; puede o no haber ideas delirantes, alucinaciones y no es atribuible a un estado demencial preexistente. En la mayoría de los casos, es efecto directo de una enfermedad, estancia hospitalaria prolongada (30% de los casos son por ésta causa, según fuentes del IMSS¹), principalmente en adultos mayores (4 de cada 10 pacientes¹), administración de múltiples medicamentos^{2,3}, entre muchos otros factores.

El Delirium es una enfermedad con altos índices de incidencia a nivel hospitalario (14 casos en tres meses en el INNSZ⁴), además de ser relevante a nivel Institucional y de salud. Las medidas preventivas son escasamente conocidas, y aplicadas; además de no tener una difusión de las mismas o un material que se enfoque en este aspecto tan importante.

El presente manual integra la justificación y objetivos del mismo, posteriormente se desarrollan los antecedentes donde además de incluir el desarrollo histórico y aspectos de importancia sobre el Síndrome Confusional Agudo, se encuentra una propuesta de la Organización Panamericana de la Salud para la atención de los pacientes con Delirium y sus familiares.

Se integra en el apartado de Intervenciones la propuesta de las mismas para la prevención del Delirium Nosocomial, aquí se desglosan los cinco pasos a seguir por los profesionales de Enfermería para primero elegir a la enfermera responsable del programa preventivo de Delirium Nosocomial quien tendrá diversas funciones; segundo, llevar a cabo la valoración de Enfermería que permita identificar el riesgo de desarrollo del Delirium Nosocomial; tercero, se realiza el seguimiento de todos los pacientes, la frecuencia dependerá del nivel de

riesgo en que se encuentren; cuarto, se informa a la enfermera de cuidado integral sobre el nivel de riesgo de cada uno de sus pacientes para que lleve a cabo las Medidas Preventivas necesarias; si tuviera pacientes en riesgo medio y/o alto aplicará el formato de Enfermería correspondiente; quinto, ante la sospecha de Delirium se aplica el formato de detección oportuna para establecer el tratamiento requerido.

Posteriormente se integra un tríptico para apoyar las intervenciones de Enfermería para la Prevención del Síndrome Confusional Agudo: Delirium.

El presente Manual, es un primer acercamiento debido a la escasez de información al respecto, principalmente para el área de Enfermería; cabe destacar que cada vez más surge la imperiosa necesidad de incorporar el método de enfermería con el sustento de una teoría en un lenguaje universal, razón por la cual se incluyen en la parte final tres Procesos de Atención de Enfermería basados en la Teoría de Dorotea Orem integrando las Taxonomías de Diagnósticos Enfermeros North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), como un segundo momento al que deberá transitar la enfermera profesional.

Se pretende que el presente manual sensibilice al personal de Enfermería acerca de la importancia de llevar a cabo las Medidas Preventivas para la prevención del Delirium Nosocomial.

2.- JUSTIFICACION

La importancia clínica del Síndrome Confusional Agudo, lo determina su alta incidencia y el ser el primer indicador en la mayor parte de los casos, de una enfermedad orgánica aguda.

En México la prevalencia del Delirium en la población general mayor de 55 años está en torno al 1%. Es un problema especialmente prevalente en las unidades ortopédicas y quirúrgicas. Afecta del 10 al 52% durante el postoperatorio. Se puede llegar a dar hasta en un 25% de las personas mayores de 70 años con cirugía abdominal mayor. En cirugía general, la prevalencia se sitúa entre el 5 y el 11%. Parece que afecta con mayor frecuencia a hombres, sobre todo en la población anciana.^{5,6}

El IMSS asegura que la prevalencia del delirium es de un 30%, siendo los adultos mayores los más afectados, ya que 4 de cada 10 pacientes lo padecen durante su estancia en el hospital¹.

La trascendencia del Delirium va desde las complicaciones en el estado de salud general del paciente, un mayor riesgo de fallecimiento, el aumento del trabajo para la enfermera, hasta el abandono familiar el cual es cada vez más frecuente, así como la significativa prolongación de la estancia hospitalaria que a su vez conduce a un aumento de los costos tanto para el paciente como para la institución hospitalaria.

Cabe destacar que en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, se reportan 14 casos de Delirium (como diagnóstico principal) de enero a marzo del 2008. De estos casos, el 78.5% (11) son adultos mayores, el 71% (10) son del sexo femenino, y el 29% (4) del sexo masculino. La media de edad fue de 65 años, siendo la edad más baja 31 años y la más alta 84 años⁷.

En la base de datos “TESIUNAM” se encuentran 26 resultados que tienen que ver directa o indirectamente con Delirium, de los cuales ningún documento es elaborado o enfocado a enfermería, ni a la prevención del Síndrome Confusional Agudo. Todas las tesis encontradas en esta base de datos, son trabajos elaborados desde el punto de vista médico, tanto por especialistas en geriatría, psiquiatría, y medicina interna, entre otros.

Es importante reconocer los signos y síntomas de este síndrome para detectarlo a tiempo e implementar un tratamiento oportuno, evitando complicaciones y el deterioro del paciente; sin embargo, es de mayor trascendencia prevenirlo.

El déficit de conocimientos en cuanto a las medidas preventivas que puede realizar el personal de Enfermería, implican un diagnóstico tardío, un aumento en el número de casos, un acúmulo de actividades y desgaste para el personal de enfermería, así como un aumento en la morbilidad hospitalaria, y mayor riesgo de abandono de su (s) cuidador (es) primario; este último, definido como aquella persona del entorno del enfermo que asume voluntariamente el rol del cuidador, estando dispuesto a tomar decisiones por el paciente, cubriendo las necesidades básicas de éste de forma directa y/o indirecta⁴.

Para ello, los profesionales de enfermería deben incorporar referentes teórico, metodológicos e instrumentales para llevar a cabo intervenciones preventivas del Síndrome Confusional Agudo en todo paciente que ingresa a hospitalización.

Por lo antes mencionado, se consideró de vital importancia elaborar un Manual de Enfermería que integre las Medidas Preventivas del Delirium Nosocomial, con la información y difusión de las mismas para ser implementadas en el cuidado de pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, con la participación de su(s) cuidador(es) primario.

3.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Integrar las Medidas Preventivas del Delirium Nosocomial en los cuidados de enfermería a pacientes hospitalizados con la participación de sus cuidadores

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

El profesional de Enfermería:

- Identificará el riesgo de desarrollar Delirium en los pacientes hospitalizados
- Implementará acciones para prevenir el Delirium Nosocomial, en el cuidado a pacientes hospitalizados
- Aplicará un instrumento que facilite el seguimiento de las Medidas Preventivas implementadas
- Utilizará un tríptico como apoyo, que integra las medidas preventivas

4.- MARCO LEGAL

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y el Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2007-2012, coinciden en que para mejorar la calidad de los servicios de salud es necesario abatir las desigualdades entre entidades, instituciones y niveles de atención, lo que implica entre otros aspectos, garantizar un trato digno a los usuarios, proporcionándoles información completa así como atención oportuna y libre de riesgos.

Destacan la importancia del respeto a los derechos de los pacientes, fomentando una cultura de servicio orientada a satisfacer sus demandas, lo que entraña respetar su dignidad y autonomía, garantizar la confidencialidad de la información generada en la relación médico-paciente y brindar una atención que minimice los múltiples puntos de espera⁸.

Se han seleccionado los Derechos de los Pacientes y los artículos del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México relacionados con la aplicación del presente manual.

Carta de los derechos generales de los pacientes⁸:

➤ *Recibir atención médica adecuada.*

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

Ley General de Salud Artículos 51 y 89. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 21 y 48.

➤ *Recibir trato digno y respetuoso.*

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

Ley General de Salud Artículos 51 y 83. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48.

➤ *Decidir libremente sobre su atención.*

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada

procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 80. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1 Anteproyecto del Código — Guía Bioética de Conducta Profesional de la SSA, Artículo 4, fracción 4.3 “Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente” del 9 de enero de 1995, apartado C del punto número 10.

➤ *Otorgar o no su consentimiento Válidamente informado.*

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.

Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

Ley General de Salud. Artículos 100 Fracc. IV 320 y 321. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios médicos. Artículos 80 y 81. NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1

➤ *Ser tratado con confidencialidad.*

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.6 Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. Artículo 36. Ley General de Salud. Artículos 136, 137 y 138. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 19 y 35.

Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México⁹:

Capítulo II. De los deberes de las enfermeras para con las personas

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Capitulo V. De los deberes de las enfermeras para con su profesión

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

5.- ANTECEDENTES

5.1 Desarrollo Histórico del Concepto:

El Delirium o Síndrome Confusional Agudo, es un trastorno que ha sido descrito desde el inicio de la literatura médica. Fue en el siglo I a.C. que Celsus utilizó el término delirium por primera vez para describir una condición mental resultante de diversos contextos biológicos y que se asociaba frecuentemente con la presencia de fiebre.

Como lo refiere Matías en su trabajo de tesis, Celsus intentó dar ligazón a dos trastornos conocidos como *phrenitis* y *lethargus*, ya que él observaba que sus pacientes con delirium estaban en una frecuente fluctuación entre estas dos condiciones. Sin embargo, fue Hipócrates quien años más tarde escribió, basándose en la medicina fundamentada en la observación, que el *delirium* se podía asociar a casos de fiebre, meningitis, traumatismos y neumonía³.

Sus primeras descripciones psicopatológicas señalan que esta condición se asociaba con un nivel de conciencia alterado, además de cambios del patrón de sueño, incapacidad de reconocer a familiares y agitación psicomotora. Él distinguía estos casos de los que se caracterizaban por la presencia de somnolencia e inmovilidad, pudiendo ocurrir que los estados agitados fluctuaran hacia estados de somnolencia y al contrario. Asimismo en el mismo trabajo de tesis Matias comenta: *Areteus de Capadocia* sugirió que se establecieran las diferencias en el diagnóstico de los pacientes que presentaban condiciones crónicas (demencia) de los delirios agudos, este último concepto se sigue empleando para hacer la distinción psicopatológica en el diagnóstico diferencial de delirium y la demencia.

Una de las peculiaridades de este síndrome ha sido la gran diversidad de términos con que se ha denominado a través de la historia, esto, unido a una clínica caracterizada por una variada alteración de las funciones superiores, ha contribuido a generar una considerable confusión entre los clínicos. Sin embargo, estos trastornos se han descrito con características comunes como la presencia de patología "orgánica", el inicio súbito y fluctuación de la sintomatología, la diferenciación de otros delirios, la repercusión en el estado general, un período de afectación limitado y la posibilidad de restitución al estado premórbido en un porcentaje de los pacientes que se han visto afectados³.

En la segunda mitad del siglo XX, Lipowski introduce el concepto de que los trastornos psíquicos tienen una correlación con disfunciones cerebrales que a su vez se relacionan con síndromes mentales de base orgánica. Así, describe el delirium como un trastorno pasajero que afecta al funcionamiento cognoscitivo global, al estado de la conciencia, a la atención y a la actividad psicomotora,

perturbando el ciclo sueño-vigilia y pudiendo oscilar los síntomas en el transcurso de un mismo día³.

A continuación se presenta un cuadro con el desarrollo histórico del Concepto de Delirium:

<i>Idiotismo caquis</i>	Pinel (1809)
<i>Démence aiguë</i>	Esquirol (1814)
<i>Stupidité</i> (delirio agudo)	Georget (1820)
Confusión alucinatoria aguda	Meynert (1868)
Delirio oniroide	Magnàn (1874)
Enajenación mental aguda	Norman (1890)
Confusión mental primitiva	Chaslin (1892)
Delirio onírico (confuso-onírico)	Regis (1906)
Reacción exógena aguda	Bonhoeffer (1907)
<i>Delirium</i>	Engel y Romano (1959) Lipowski (1967)

5.2 Definición:

Definiremos por tanto al Delirium como un cuadro clínico de inicio brusco y curso fluctuante, que se caracteriza por alteraciones de la conciencia, la atención y el pensamiento, en el que pueden aparecer ideas delirantes y alucinaciones. No es atribuible a un estado demencial preexistente o en evolución, y es en la mayoría de los casos, debido a efectos directos de una enfermedad, intoxicación o abstinencia de sustancias, el consumo de medicamentos, exposición a tóxicos, o una combinación de estos factores. También hay alteraciones en la percepción, emoción y actividad psicomotriz. Se presenta con mucha frecuencia en los pacientes hospitalizados, sobre todo en los de edad avanzada, y supone una importante complicación que se asocia a una elevada morbi-mortalidad, prolongando la estancia hospitalaria; merma la funcionalidad e incremento de los costos del internamiento tanto a nivel personal como institucional^{2,3}.

Cuando el paciente es geriátrico la incidencia del delirium asciende a un 80%, y dentro de este grupo etáreo aumenta aún más en los mayores de 85 años³.

Según como lo comenta Rossette en un estudio realizado en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", dice: El envejecimiento incluye un frágil equilibrio en la homeostasis interna. Dicha condición es más evidente a nivel de Sistema Nervioso Central, traduciéndose a una mayor sensibilidad ante los efectos farmacológicos y la coexistencia de varias enfermedades médicas, favoreciendo la aparición de varios cuadros psiquiátricos. En este grupo etáreo la capacidad de adaptación ante los cambios en el medio interno como en el externo, es menor que en otras etapas de la vida.

Además de ser común en los pacientes geriátricos, tiene mayor predisposición para los pacientes en estado crítico, quienes requieren diversos fármacos simultáneamente o que requirieron cirugía mayor, elevándose también la morbimortalidad, se prolonga la estancia hospitalaria repercutiendo en mayor costo institucional y personal, y conlleva a posibles secuelas cognitivas de importancia. Pese al conocimiento de estos datos, aún se subdiagnostica el Delirium en un 67% de los casos tanto de primer contacto como de tercer nivel, o se hace diagnóstico equivocado de demencia o depresión, y en el peor de los casos se atribuye en el paciente geriátrico un proceso “normal” del envejecimiento. El Delirium es uno de los motivos de interconsulta más frecuentes en un Hospital General².

El Delirium se acompaña con frecuencia de una variación del ciclo sueño-vigilia y de alteraciones del comportamiento psicomotor, caracterizadas por oscilar de un extremo a otro en actividad a lo largo del día. En el electroencefalograma (EEG) se encuentra enlentecimiento cerebral cortical difuso (salvo en Delirium por privación de sustancias tales como el alcohol o las benzodiazepinas) pero no aporta información sobre estructuras subcorticales ni de la formación reticular, disfunción que traduce una alteración del metabolismo oxidativo cerebral, que podría explicar uno de los mecanismos de producción del Delirium, tales como hipoxemia, hipoperfusión o hipoglucemia.

Los síntomas del Delirium se desarrollan habitualmente en el espacio de horas o días. Puede empezar de forma brusca como en el asociado al Traumatismo Craneoencefálico, pero es más típico que los síntomas aislados evolucionen y comprometan todas las funciones mentales, en un periodo de tres días aproximadamente. El cuadro se puede revertir en horas o persistir durante semanas, es especial en sujetos con demencia coexistente. Si se corrige o autolimita pronto el factor etiológico subyacente, es más probable que la recuperación sea completa³.

5.3 Epidemiología:

En el libro “Psiquiatría General” se mencionan que el Delirium ocurre en 10 a 20% de los pacientes en pabellones médicos y quirúrgicos para enfermos agudos. Algunos autores informan que la incidencia en pacientes ancianos que se presentan en una sala de urgencia es tan alta como 80%. Es poco frecuente en personas jóvenes y de mediana edad y, cuando se presenta, a menudo se vincula con uso de alcohol o drogas ilegales. La incidencia del delirio aumenta con cada década de vida después de los 40 años de edad¹⁰.

El IMSS, asegura que la prevalencia del delirium es de un 30%, siendo los adultos mayores los más afectados, ya que 4 de cada 10 pacientes lo padecen durante su estancia en el hospital¹.

Las diferencias en cuanto a las cifras de incidencia, se debe a la variabilidad de los pacientes estudiados tanto por sus características demográficas, factores predisponentes, el tipo de padecimientos que presentan, motivos de su ingreso, gravedad de la enfermedad o intervenciones a las que fueron sometidos durante su estancia en el hospital. Por ejemplo, se ha determinado que de forma global, hasta un 50% de los pacientes ancianos desarrollaran Delirium en el postoperatorio, cifra que puede variar entre el 10 y 14% en cirugías electivas y hasta un 63% en cirugías ortopédicas de urgencia².

En el portal del IMSS, encontramos que la estima de la prevalencia de delirium en pacientes ancianos hospitalizados por patología médica varía de 10 a 30%, con una incidencia de 4 a 12%. Sin embargo, cuando este tipo de población se somete a procedimientos quirúrgicos o ingresa a servicios de oncología o unidades de cuidados intensivos, la incidencia se incrementa entre 40 y 83%, con una mortalidad asociada que varía entre 22 y 76%¹¹.

Como lo refiere el autor Goldman, el delirio se puede desencadenar en pacientes enfermos o médicamente estables a partir de cambios ambientales y estresantes psicológicos. Disparadores asociados de manera común incluyen en privación sensorial, niveles elevados de ruido, falta de ciclos diurnos normales, privación de sueño y depresión¹⁰.

5.4 Factores de Riesgo:

Los factores de riesgo cada vez aumentan y varían con cada publicación y/o investigación, sin embargo podemos mencionar los más relevantes como son:

Edad avanzada, existencia de Delirium previo, fármacos, infecciones, desnutrición, deshidratación, intervenciones quirúrgicas principalmente ortopédicas, traumatismos, supresión de drogas y/o alcohol⁶, hipoxemia, hipoglucemia, disminución de aminoácidos cerebrales, alteraciones del gasto cerebral, mayor permeabilidad de la barrera hematoencefálica, toxinas, alteración de la regulación de la temperatura corporal, daño a membranas celulares y alteraciones en síntesis, recaptura y metabolismo de los neurotransmisores².

Villalpando en su trabajo de tesis: "Incidencia del delirium, factores asociados a su aparición y sobrevida a largo plazo en pacientes geriátricos hospitalizados en una institución de salud de tercer nivel de atención", divide los factores como sigue:

Factores Predisponentes:

Entendemos por factores predisponente, aquel que por su presencia, usualmente desde el momento de su hospitalización, hace al individuo más vulnerable para el desarrollo posterior del Delirium pero que no suele ser la causa desencadenante de su aparición. Los factores predisponentes citados con mayor consistencia en la

literatura mundial son los adultos mayores de 80 años, deterioro cognoscitivo preexistente, y gravedad de la enfermedad de base; estudios recientes han reportado otros factores como deshidratación, falla hepática o renal; desnutrición, hipoalbuminemia, impedimento visual, sexo masculino, fractura al ingreso al hospital, abuso de alcohol, depresión, Delirium previo, hospitalización de urgencia, y dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria; entre otros factores.

Factores Precipitantes:

Los factores precipitantes se definen como aquellos insultos o factores asociados con la hospitalización que contribuyen a la aparición del Delirium.

1.- *Inmovilización*. Restricciones físicas, uso de sonda vesical, etc.

2.- *Medicamentos*. Supresión de benzodiazepinas o alcohol, uso de narcóticos y/o neuroepilépticos, cualquier medicamento con efecto anticolinérgico (antidepresivos tricíclicos, antieméticos, atropina, antihistamínicos, antiespasmódicos, teofilina, antiparkinsonianos, escopolamina), antiarrítmicos, bloqueadores H₂, diuréticos, esteroides, litio, anticonvulsivantes, antihipertensivos y antiinflamatorios no esteroideos.

3.- *Iatrogenias*. Pérdidas hemáticas transoperatorias mayores a 1 lt. que ocasione un hematocrito postoperatorio menor al 30%, dolor posoperatorio no controlado; incluso algunos autores consideran que cualquier iatrogenia puede ser factor precipitante del Delirium.

4.- *Enfermedades*. Fiebre, leucocitosis o leucopenia, hiperazoemia, hipoxia, potasio posoperatorio menor a 3 o mayor a 6, sodio posoperatorio menor a 130 o mayor a 150; glucosa preoperatorio menor a 60 o mayor a 300, retención urinaria o impactación fecal, insuficiencia cardíaca descompensada, tromboembolia pulmonar, infarto al miocardio, enfermedad cerebrovascular o epilepsia, infecciones como sepsis, neumonía, infección en vías urinarias, infecciones de tejidos blandos².

En este mismo trabajo, se concluye: El delirium es un marcador de una pobre reserva funcional cerebral y se manifiesta cuando la capacidad compensatoria del cerebro se ve sobrepasada por el estrés neurológico de una enfermedad particular, fármaco o situación extrema.

Recientemente se ha propuesto que el Síndrome Confusional Agudo, es más bien el síntoma final y común de una gran variedad de anomalías en neurotransmisores, observado en situaciones específicas².

5.5 Diagnóstico Diferencial:

Otros trastornos cerebrales y algunos psiquiátricos se pueden presentar con signos y síntomas que se asemejan a los del Delirium. Ejemplos de trastornos orgánicos cerebrales que pueden simular delirio son el síndrome de Charles Bonnet (alucinosis visual aislada), convulsiones parciales complejas y ausencias. Los padecimientos psiquiátricos que pueden parecerse al delirium incluyen demencia, depresión mayor, esquizofrenia y trastorno delirante, de estos, es frecuente que el diagnóstico diferencial más difícil sea entre Delirium y Demencia. Esto se complica por el hecho de que más del 50% de los pacientes hospitalizados con demencia pueden también tener Delirium.

	Delirium	Demencia
Inicio	Rápido	Lento y progresivo
Reversibilidad	Potencialmente reversible	Generalmente no es reversible
Déficit	Cognitivo focal Afecta principalmente la atención Fluctuación en nivel de conciencia Fluctuación en nivel de atención	Cognitivo global Afecta principalmente la memoria en etapas tempranas Nivel de conciencia generalmente intacto en primeras etapas Nivel de atención generalmente intacto en primeras etapas
Curso	Fluctuante y variable a lo largo del curso del día	De manera típica no hay fluctuaciones agudas durante el día
Urgencia	Necesita exámenes médicos completos de inmediato	No es urgente

Fuente: GOLDMAN Howard H. "Psiquiatría general". Editorial Manual Moderno. Quinta edición. México, 2001. Páginas 244-249.

5.6 Cuadro Clínico:

La forma de presentación es abrupta y fluctuante durante el tiempo; incluyendo dentro de sus características las siguientes:

- Manifestaciones cognoscitivas
- Alteraciones de la percepción.
- Trastornos del lenguaje
- Cambios en el afecto
- Trastorno del ciclo sueño – vigilia
- Variación en la actividad psicomotora

Lipowski describe dos subtipos de Delirium conforme a la actividad psicomotora y el nivel de activación: el subtipo "hiperactivo" (agitado o hiperalerta) y el subtipo

“hipoactivo” (letárgico o hipoalerta). Otros autores incluyen un tercer subtipo “mixto” que comparte características de los dos anteriores. A continuación se describen cada uno de los subtipos:

Forma hiperactiva- Con aumento de psicomotricidad, hipervigilancia, alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje en volumen y tonos aumentados, irritabilidad, heteroagresividad verbal o física; siendo éste el tipo que provoca mayores interconsultas, constituyendo aproximadamente 27.1% de los casos de delirium.

Forma hipoactiva- Con disminución de la percepción al medio ambiente, somnolencia, letárgica, mirada fija, lenguaje disminuido en volumen y velocidad; presentándose en el 25.8% aproximadamente, aparentemente el de peor pronóstico según reportes, posiblemente debido a la etiología del mismo o al hecho de que pase desapercibido y no se trate.

Forma mixta.- Con características de ambos tipos alternándose en diferentes tiempos; es la forma más frecuente de presentación, con una frecuencia estimada en el 41.7%¹².

El miedo es frecuente y puede ser el resultado de alucinaciones o ideas delirantes, pudiendo traducirse en que el paciente inicie con heteroagresividad hacia el personal y familiares o se produzca lesiones en los intentos por levantarse, quitándose las vías vasculares, tubos respiratorios y otros implementos terapéuticos. Las alteraciones del afecto se evidencian por que el paciente lo externa a través de gritos, llamadas de ayuda, maldiciones y quejas, predominantemente al disminuir los estímulos ambientales como en la noche.

Puede presentarse un Delirium subclínico o síntomas prodrómicos del Delirium, consistentes en inquietud, irritabilidad, ansiedad, o alteraciones del sueño días previos a la instalación del Síndrome Confusional Agudo. Los síntomas prodrómicos pueden evolucionar hacia un Delirium franco de 1 a 3 días, denominándose en esta etapa pre-delirium.

La duración del cuadro del Delirium oscila entre menos de una semana y más de dos meses, aunque suele resolverse de 10 a 12 días por lo general. En la población geriátrica existe mayor propensión a presentar un curso prolongado, excediendo frecuentemente el mes de duración para resolver el cuadro del Delirium¹².

5.7 Diagnóstico:

Confusion Assessment Method (CAM). Es un instrumento diseñado en 1990 por Intuye, es un instrumento específico y a la vez sensible para la detección de Delirium y que cuenta con amplia validación internacional. El objetivo inicial de los

autores de este instrumento fue implementar un método que permitiera a los no especialistas diagnosticar en forma simple y veloz pacientes con delirium en un Hospital General. Es una herramienta que incluye los criterios operativos del DSM III R y precisa de cinco minutos para su implementación. Proporciona un algoritmo para establecer el diagnóstico en torno a la presencia de sus dos criterios fundamentales (inicio abrupto con fluctuación de síntomas y la pérdida de la atención) y de uno de los dos criterios secundarios (pensamiento desorganizado y alteración del nivel de conciencia)³.

La adaptación y validación el algoritmo del CAM (CAM-S) operativiza la versión original en función de la experiencia de instrumentos de detección de deterioro cognoscitivo ya validados en España y crea una herramienta que permite diagnosticar oportunamente el Delirium tanto por médicos no especialistas como especialistas.

Según como lo plasma Matías González en su tesis doctoral sobre Delirium, el CAM-S es un instrumento que consta de dos partes:

La primera parte consta de seis ítems; dos dirigidos al cuidador más cercano (familiar y/o enfermería) con las que se obtiene información del inicio del cuadro (a.1) y de la presencia de fluctuaciones (a.2), y cuatro a preguntar al paciente, para determinar el deterioro cognoscitivo. El ítem consta de dos preguntas abiertas para evaluar el pensamiento y la atención (b.1), los ítems restantes han sido extraídos de la versión española del MMSE (MEC) para evaluar conciencia (orientación en tiempo (b.2) y espacio b.3)) y atención (b.4).

La segunda parte del instrumento el clínico responde un cuestionario de cuatro preguntas (sí o no):

1. “¿El paciente presenta un cambio en el estado mental basal de inicio agudo y curso fluctuante a lo largo del día?”. Al clínico se le sugiere que responda basándose en ítem a.1 y a.2.
2. “¿El paciente presenta dificultad para mantener la atención y se distrae fácilmente?”. Al clínico se le sugiere que responda basándose en ítem b.1 y b.4
3. ¿El paciente presenta un pensamiento desorganizado? La respuesta será afirmativa si en algún momento de la entrevista se observa dificultad en organizar los pensamientos reflejada en:

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

Al clínico se le sugiere que responda basándose en ítem b.1.

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

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

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

Al clínico se le sugiere que responda basándose en ítem b.1, b.2 y b.3

El instrumento será positivo para Delirium si en la segunda parte son positivos los dos primeros ítems y el tercero y/o el cuarto¹¹.

En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, se utiliza una adaptación del Método de evaluación del Estado Confusional (CAM), el cual fue elaborado por el Dr. Jorge Mena, y consiste en los siguientes puntos:

1) Inicio agudo y curso fluctuante.

¿Existe un cambio agudo en el estado mental del paciente?

Esta conducta, ¿Ha fluctuado a lo largo del día?

2) Inatención.

¿Tiene el paciente dificultad para enfocar su atención?

¿Se distrae con facilidad o tiene dificultad para seguir una conversación?

3) Pensamiento desorganizado.

¿El habla del paciente es desorganizada o incoherente?

¿Con cambio de tema?

4) Alteraciones en el estado de alerta.

¿Está el paciente letárgico, estuporoso o comatoso?

El resultado será positivo cuando el familiar del paciente, o la enfermera de cuidado integral, en casos que el familiar no se encuentre, conteste afirmativamente al menos a dos de los cuatro reactivos.

5.8 Tratamiento:

La Organización Panamericana de la Salud, sugiere diferentes *Intervenciones de Enfermería* para el tratamiento del Delirium.

INTERVENCIONES ESPECÍFICAS:

Mantener un estricto balance hidroelectrolítico, una nutrición apropiada y es recomendable la administración de suplementos vitamínicos.

Monitorizar el estado mental y las funciones vitales y garantizar un ambiente tranquilo, con rostros familiares al paciente, así como proveer objetos y en lo posible lugares comunes.

Cuando los pacientes presentan inquietud o agitación hay tendencia a sujetarlos. Esta conducta generalmente tiende a empeorar su estado y hacerlo menos tolerable, por lo que debe evitarse.

El delirium frecuentemente empeora durante la noche, la oscuridad propicia su presentación, por lo que se recomienda mantener la habitación bien iluminada, incluso durante la noche.

El insomnio, que molesta tanto al paciente como a sus cuidadores, puede tratarse con benzodiazepinas de acción corta o intermedia como el lorazepan, oxazepan o temazepan, mientras que la agitación puede responder al haloperidol.

Cuando se requiera un tratamiento sintomático para los trastornos conductuales, será importante que se seleccionen siempre las drogas con menor efecto anticolinérgico.

INTERVENCIONES GENÉRICAS:

La corrección precoz de los déficits sensoriales.

Movilización precoz.

Colocación en la habitación del hospital o del hogar, un reloj de pared y calendario.

La corrección precoz de los desequilibrios metabólicos, el tratamiento oportuno de las infecciones y el cuidado en el empleo de las drogas, son esenciales medidas de prevención contra estados confusionales.

En adultos mayores es importante mantener un ambiente tranquilo y de confianza, informar en donde se encuentra, la fecha y hora. De ser posible tener una ventana con acceso a la luz del día y la presencia de un familiar cercano.

De ser posible reducir la estancia hospitalaria, así evitará la confusión y las infecciones nosocomiales, que son con frecuencia una de las causas del Delirium.

ATENCIÓN A LOS CUIDADORES:

Definiremos al cuidador como aquella persona del entorno del enfermo que asume voluntariamente el rol del cuidador en el más amplio sentido de la palabra. Está dispuesta a tomar decisiones por el paciente, asimismo, cubre las necesidades básicas de éste, bien de forma directa realizando las tareas de ayuda, o indirecta determinando cuándo, cómo y dónde se tienen que dar¹⁷.

Los cuidadores de pacientes con Delirium sufren extraordinariamente las interminables noches de angustia tratando de controlar a un paciente agitado, lo que repercute en su salud.

Es importante que se realice rotación adecuada entre los cuidadores y que éstos no desatiendan sus propios problemas de salud. Es importante que conozcan, que si bien, generalmente el Delirium es una condición reversible, puede tomar un mes o más la recuperación del enfermo.

INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCIÓN:

Lo usual en presencia de Delirium, es que el paciente deba ser *hospitalizado*, a menos que la causa del mismo sea clara y el tratamiento sea posible en su domicilio.

La presencia de un Delirium hipoactivo, suele asociarse con una enfermedad grave que requiere hospitalización.

La persistencia del Estado Confusional Agudo, a pesar de la corrección de las anomalías que en apariencia le dan origen, obliga a su referencia para una más profunda evaluación.

PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR:

Es necesario buscar sistemáticamente la causa de la confusión mental aguda para destacar alteraciones tratables como: trastornos metabólicos, infecciones y causas de gasto cardíaco bajo.

Los medicamentos son causa frecuente de Delirium en los mayores¹³.

La Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológico, publica un documento titulado "Cuidados Enfermeros en la atención a las demencias", donde se desarrolla lo siguiente:

Atención al enfermo en las diferentes fases del proceso de Delirium:

Una vez producido el diagnóstico, la enfermera se ocupará de dispensar de forma directa o de liderar la dispensa de cuidados enfermeros encaminados a:

Valorar, mediante instrumentos enfermeros adecuados, las respuestas humanas que se están produciendo ante las nuevas situaciones de salud que se van presentando, determinando la influencia que dicha situación de salud y las respuestas provocadas, están ejerciendo sobre la autonomía para la satisfacción de las necesidades básicas, en las personas afectas.

Identificar las situaciones encontradas mediante un léxico enfermero acorde con la situación hallada (Taxonomía NANDA = North American Nursing Diagnosis), si existen evidencias diagnósticas suficientes para formular el/los correspondiente/s diagnósticos enfermeros. Lo que requiere que la enfermera que se dedique a ejercer su actuación profesional en este campo debe estar familiarizada con diagnósticos enfermeros propios y de mayor incidencia de cada estadio del proceso demencial.

Diseñar el Plan de Cuidados del paciente, definiendo los resultados que el paciente puede alcanzar, en función de resultados contenidos en la clasificación NOC (Nursing Outcomes Classification).

Implementar el plan de cuidados de enfermería mediante intervenciones enfermeras específicas contenidas en la clasificación NIC (Nursing Interventions Classification).

Prevenir alteraciones de salud.

Detectar precozmente posibles complicaciones.

Atención a las Familias:

La dependencia que el Delirium origina, hace que paralelamente al proceso demencial se instaure el consecuente proceso cuidador. Proceso que trata de paliar los déficits, continuados y progresivos, de autocuidado; de ahí que los cuidados enfermeros deban hacerse extensivos al binomio enfermo – persona/familia cuidadora, ocasionando que la enfermera se ocupe, a lo largo de todo el proceso cuidador, de dispensar cuidados, acordes con la particular situación que puedan estar viviéndose en cada particular situación.

Cuidados que pueden recopilarse en:

Valorar, mediante los pertinentes instrumentos enfermeros, las respuestas humanas que en el núcleo cuidador se van desencadenando, distinguiendo,

por su particular protagonismo en el proceso cuidador la situación presentada por el/la cuidador/a crucial.

Diferenciar las situaciones encontradas mediante el léxico enfermero apropiado a la situación hallada (Taxonomía NANDA = = North American Nursing Diagnosis). Lo que entraña que la enfermera que ejerza su actividad profesional en esta área se familiarizará con los congruentes diagnósticos enfermeros y de uso en cada fase una de las fases del proceso cuidador.

Diseñar el Plan de Cuidados del binomio cuidador-persona cuidada y/o del grupo familiar, definiendo los resultados que ambos han de alcanzar, en función de resultados contenidos en la clasificación NOC (Nursing Outcomes Classification).

Ejecución del plan de cuidados de enfermería mediante intervenciones enfermeras específicas contenidas en la clasificación NIC (Nursing Interventions Classification).

Desde la perspectiva asistencial los cuidados, liderados y coordinados por una enfermera responsable, siempre han de ir orientados a que el enfermo alcance el mayor grado de autonomía posible para la satisfacción de su necesidades cotidianas: respirar, comer, beber, eliminar, moverse, bañarse, vestirse, sentirse seguro, etc., ya que con ello se contribuye a un enlentecimiento de su proceso demencial; pero al mismo han de procurar que las familias y el equipo cuidador se sientan beneficiados por dichos cuidados y/o por la manera de dispensar éstos, ya que la implicación y participación de los mismos es imprescindible para conseguir los objetivos propuestos¹⁴.

5.9 Pronóstico:

La importancia principal de un paciente que cursa con este padecimiento es el mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, institucionalización a largo plazo y disminución cognitiva. Muchos casos de demencia subclínica se enmascaran con el Delirium.

Las consecuencias secundarias de inmovilidad y confusión relacionadas con el Delirium y estancia prolongadas, incluyen deshidratación, desnutrición, úlceras por decúbito, neumonías, incontinencia urinaria, etc.

La presencia del delirium afecta también la calidad de vida a futuro de quienes la padecen, demostrado por el mayor deterioro funcional durante su hospitalización y mayor probabilidad de ser institucionalizado a uno y seis meses posterior al evento

Muchos pacientes delirantes recuperan por completo su funcionamiento cognitivo pre-mórbido cuando se revierte el delirio. Que los con mayor probabilidad de

recuperarse tienen padecimientos médicos identificables y completamente tratables, como una infección o un Delirium inducido por drogas^{15, 6}.

5.10 Prevención:

El tratamiento preventivo abarca medidas destinadas a identificar los factores de riesgo, evitando en la medida de lo posible que se instaure el cuadro; para ello es necesario conocer los factores predisponentes, que siempre se deben considerar en la hospitalización de los pacientes principalmente geriátricos.

Habrá que tener especialmente en cuenta: evitar cambios repetidos de habitación, disponer de la iluminación adecuada, fomentar la comunicación con el enfermo especialmente en relación con su ubicación, facilitar información de las maniobras que se realizan tanto las simples y habituales como la higiene y los cambios posturales, como las diagnósticas y terapéuticas, e informarle periódicamente de los planes y los plazos del ingreso¹⁶.

La dirección recae en dos formas interrelacionadas: la primera está dirigida a la cuidadosa historia clínica, examen clínico, y la investigación donde sea apropiada. La segunda está basada a la aplicación de enfermería, entendiendo la naturaleza del Síndrome Confusional Agudo⁵.

Tratamiento Sintomático:

En los cuidados de enfermería, deberá mantener la hidratación y nutrición adecuadas², evitando el hambre y la sed³; así como la movilización precoz; se evitan las vías periféricas y la cateterización vesical². El sistema digestivo y urinario, pueden ser regulados para evitar la incomodidad por la constipación, retención o incontinencia³. Mantener un hábitat adecuado, con buena estimulación sensorial, evitando los estímulos ambientales intensos (luz, ruidos, tono de voz adecuado), sin embargo, la buena pero no intensa iluminación, ayuda a evitar sombras confusas³. Se debe fomentar la presencia de la familia y objetos familiares (periódicos, visitas de parientes y fotografías personales³), evitar la contención mecánica que el paciente identifica como una agresión, aumenta su agitación; si se empleara, deberá ser siempre de forma transitoria.

Una medida de apoyo fundamental es la información a la familia acerca de la situación; hay que tratar de tranquilizarlos para evitar la angustia que generan estas situaciones, y recomendarles cual es el acercamiento más adecuado a los pacientes durante el Síndrome Confusional Agudo, evitando la confrontación con el paciente¹⁶.

Como el episodio confusional se despeja, el progreso puede ser facilitado al proveer al paciente de periódicos, visitas de parientes, fotografías personales, etc. Además, en cuanto es razonable se debería permitir al paciente ejercitarse, y

habilidades que faciliten su recuperación. Así las conversaciones, la lectura, la hora de sueño, el paseo, y conocer el orden y ubicación de la sala, son todas las actividades terapéuticas y la ayuda en la tarea de evitar un retroceso, un hábito rápido de cama, u otras complicaciones del episodio agudo⁵.

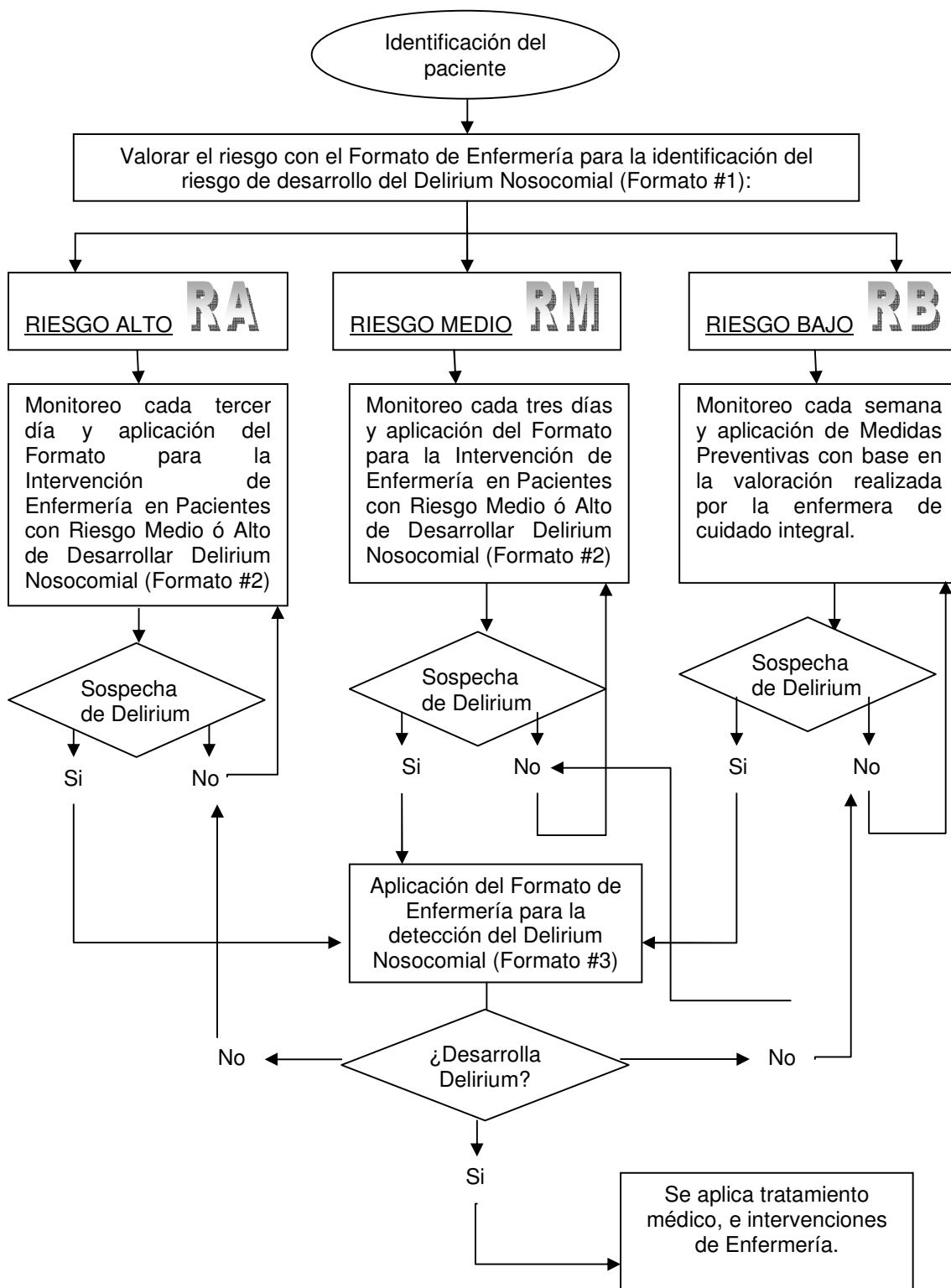
Tratamiento Farmacológico:

A veces es necesario el uso de sedantes en pacientes con Delirium que no responden a las medidas ambientales, viven con angustia la situación y se manifiesta con importante agitación.

Ningún fármaco es perfecto para el control del Síndrome Confusional Agudo; además, los fármacos psicotrópicos incluso pueden empeorar el cuadro. Como norma, cualquier medicación debe administrarse en la menor dosis posible, el menor tiempo posible¹⁶.

Potencialmente las lesiones dolorosas pueden ser disfrazadas con analgesia apropiadamente prescrita⁵.

6.- INTERVENCIONES



En la prevención el Síndrome Confusional Agudo se requiere de una serie de pasos que nos permita identificar y valorar a nuestro paciente, estratificar su nivel de riesgo, e implementar las Medidas Preventivas como Intervenciones de Enfermería.

PRIMER PASO:

1. Se nombra a un profesional de Enfermería que dirija el Programa para la Prevención del Delirium Nosocomial, cuyas funciones serán la valoración de todos los pacientes en los servicios de Hospitalización, Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Monitorizada y Urgencias.
2. Realiza las visitas pertinentes con base en los resultados de la valoración del riesgo
3. Proporciona calendarios, relojes y antifaces a los pacientes que lo requieran
4. Platica con el (los) cuidador (es) de los pacientes para motivar el apoyo de éstos en la implementación de las medidas preventivas
5. Detecta oportunamente a los pacientes que se encuentren en Delirium
6. Brinda capacitación continua al personal de Enfermería para la implementación y seguimiento de las medidas para la prevención del Delirium Nosocomial

SEGUNDO PASO:

1. El profesional de Enfermería que dirige el Programa para la Prevención del Delirium Nosocomial realiza primero una valoración de cada paciente, para identificar su nivel de riesgo
2. Utiliza para ello el Formato de Enfermería para la Identificación del Riesgo de Desarrollo del Delirium Nosocomial (Formato #1)

TERCER PASO:

1. Una vez identificado el nivel de riesgo del paciente por la enfermera a cargo del Programa, realiza la visita de seguimiento conforme al resultado
2. Si el paciente se encuentra en riesgo alto de desarrollar Delirium, realiza una visita cada tercer día
3. Si se encuentra en riesgo medio se realiza cada tres días

4. Si está en riesgo bajo, la visita se realiza cada semana.

CUARTO PASO:

1. La enfermera a cargo del Programa informa a la enfermera de cuidado integral en turno sobre el nivel de riesgo de los pacientes a su cuidado
2. La enfermera de cuidado integral valora a cada uno de sus pacientes, y aplica el Formato para la Intervención de Enfermería en pacientes con Riesgo Medio o Alto de desarrollo del Delirium Nosocomial (Formato #2) si sus pacientes se encuentran en estos niveles de riesgo.
3. Dicho formato se aplica en cada turno hasta que el paciente progrese a un nivel de riesgo bajo, o egrese del servicio
4. Cuando el paciente se encuentra en riesgo bajo, la enfermera valora las áreas de oportunidad e interviene en ellas

QUINTO PASO:

1. Si la enfermera de cuidado integral sospecha que algún paciente se encuentra en Delirium, o la enfermera que dirige el Programa para la Prevención del Delirium Nosocomial lo detecta, aplica el Formato de Enfermería para la detección del Delirium Nosocomial (Formato #3)
2. Si el resultado es positivo, se informa al médico responsable para adecuar el tratamiento, y la enfermera de cuidado integral se apoya en las medidas preventivas, que en este caso serán la base para el tratamiento y reversión del síndrome

6.1 VALORACION DEL RIESGO DE DESARROLLO DEL DELIRIUM NOSOCOMIAL

Para llevar a cabo las Medidas Preventivas, la enfermera realiza una valoración en todos los pacientes identificando el nivel de riesgo:

La enfermera que dirige el Programa para la Prevención del Delirium Nosocomial acude con cada paciente para llenar el siguiente instrumento.

No todos los factores deben ser preguntas dirigidas al paciente, algunos se pueden observar directamente en la visita y/o consultando a la enfermera de cuidado integral.

	FACTOR DE RIESGO	SI	NO
1	Mayor de 65 años		
2	Hospitalización de urgencia		
3	Estancia hospitalaria prolongada		
4	Inmovilización		
5	Desnutrición		
6	Deshidratación		
7	Falla hepática		
8	Falla renal		
9	Supresión de algunos medicamentos como benzodiazepinas		
10	Antecedentes de ingesta de alcohol y/o estupefacientes		
11	Restricciones físicas (sonda vesical, sonda pelural, sujeción mecánica, etc.)		
12	Sepsis		
13	Fiebre		
14	Neumonía (adquirida en comunidad e intrahospitalaria)		
15	Hipoxemia		
16	Hipoglucemia		
17	El paciente casi no recibe visitas		
18	Las visitas permanecen un periodo breve de tiempo		
19	El paciente permanece aislado		
20	Delirium previo		
	TOTAL		

Cada factor equivale a un punto si es contestado afirmativamente, es decir, se tiene un máximo de 20 y un mínimo de 0 puntos.

Al evaluar el riesgo se agrupa a los pacientes en tres niveles, dependiendo del número de puntos adquiridos al aplicar el instrumento, representados en un semáforo de riesgo:

Riesgo Bajo

Riesgo Medio
Riesgo Alto

Decimos que el paciente se encuentra en:

Riesgo Bajo (RB) si resultan positivos de 0 a 5 factores del formato anterior

La visita se realiza semanalmente a fin de detectar fluctuaciones en su nivel de riesgo. Se aplican las medidas preventivas pertinentes

Riesgo Medio (RM) si se encuentra una respuesta afirmativa de 6 a 12 factores

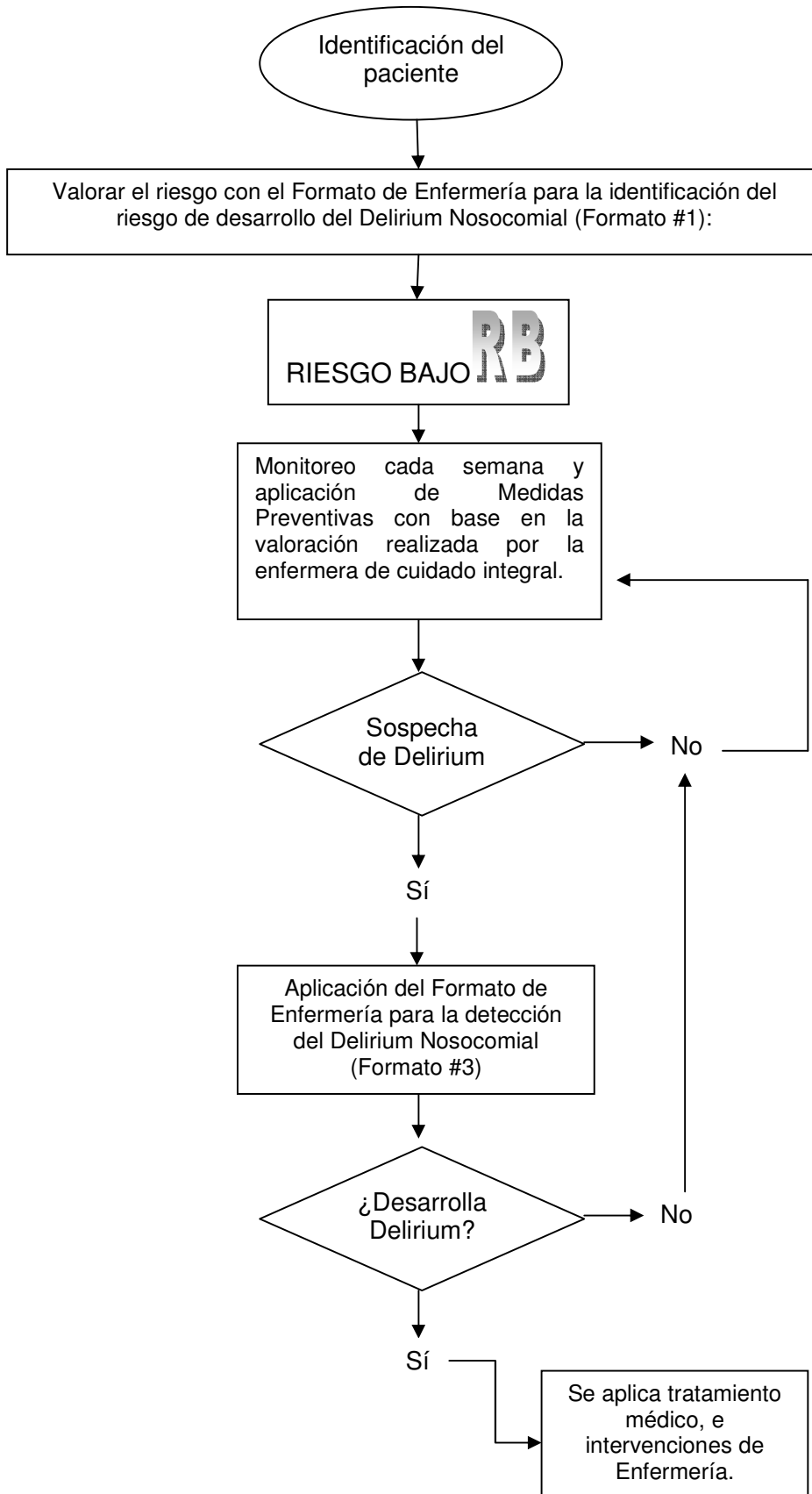
La visita se hace cada tres días para evitar que el paciente progrese a un riesgo alto

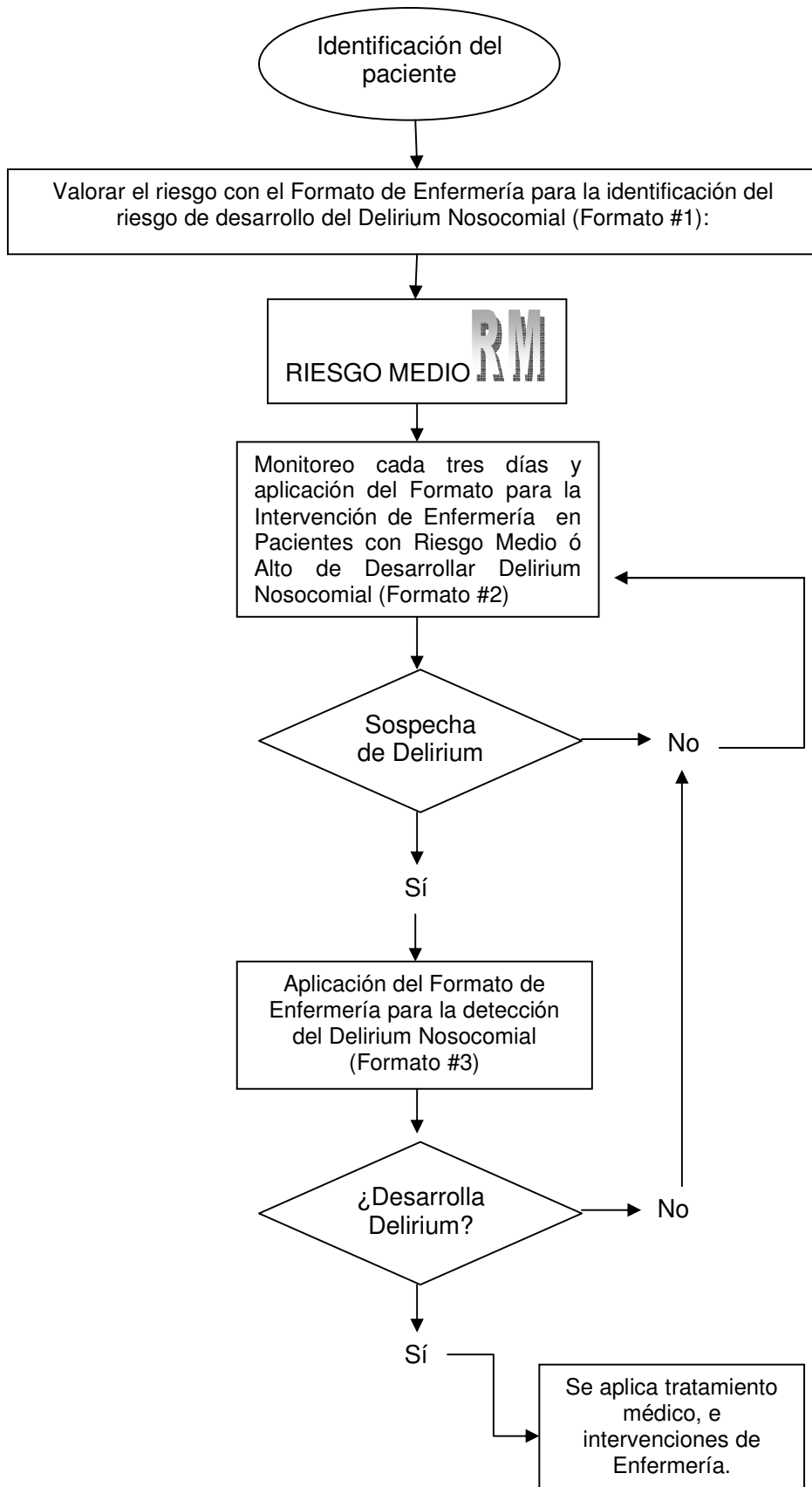
Se aplican las medidas preventivas con el Formato para la intervención de Enfermería en pacientes con riesgo Medio ó Alto de Desarrollo del Delirium Nosocomial (Formato #2)

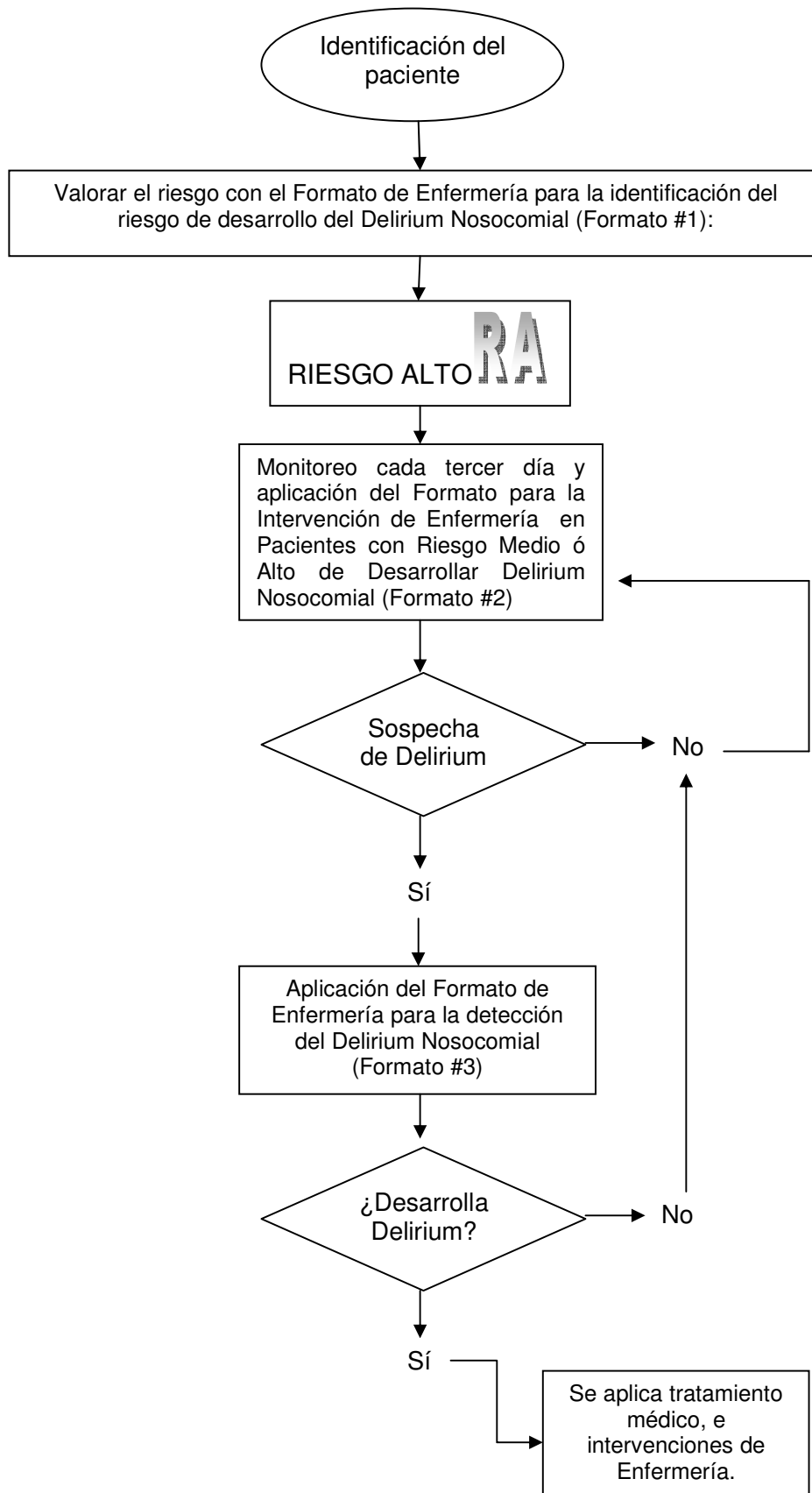
Riesgo Alto (RA) si se respondiera afirmativamente a más de 13 factores

La visita se realiza cada tercer día para evitar que el paciente desarrolle Delirium Nosocomial

Se aplican las medidas preventivas con el Formato #2







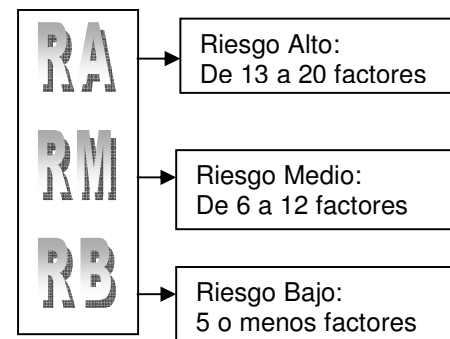
6.1.1 FORMATO DE ENFERMERIA PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO DE DESARROLLO DEL DELIRIUM NOSOCOMIAL (Formato # 1)

INSTRUCCIONES: Anote los datos que se solicitan sobre el paciente, realice la valoración del riesgo con la tabla de factores de riesgo que se presenta y evaluando conforme al semáforo de riesgo. Registre el resultado con la fecha en que se realiza la valoración así como el nombre de la enfermera que valora en los campos que lo solicita.

CAMA _____ REGISTRO _____ NOMBRE _____

	FACTOR DE RIESGO	SI	NO
1	Mayor de 65 años		
2	Hospitalización de urgencia		
3	Estancia hospitalaria prolongada		
4	Inmovilización		
5	Desnutrición		
6	Deshidratación		
7	Falla hepática		
8	Falla renal		
9	Supresión de algunos medicamentos como benzodicepinas		
10	Antecedentes de ingesta de alcohol y/o estupefacientes		
11	Restricciones físicas (sonda vesical, sonda pelural, sujeción mecánica, etc.)		
12	Sepsis		
13	Fiebre		
14	Neumonía (adquirida en comunidad e intrahospitalaria)		
15	Hipoxemia		
16	Hipoglucemia		
17	El paciente casi no recibe visitas		
18	Las visitas permanecen un periodo breve de tiempo		
19	El paciente permanece aislado		
20	Delirium previo		
	TOTAL		

SEMAFORO DE RIESGO



FECHA	RIESGO	ENF. QUE VALORA	FECHA	RIESGO	ENF. QUE VALORA

Elaborado por:
P. L. E. Judith Angel López

6.2 MEDIDAS PREVENTIVAS

Las siguientes, son medidas preventivas para prevenir el Delirium Nosocomial; medidas que deben aplicarse como Intervenciones de Enfermería.

La enfermera de cuidado integral realiza una valoración de su paciente, detectando los puntos de oportunidad y priorizando las Medidas Preventivas.

5.2.1 Nutrición e Hidratación: El deterioro cognitivo se asocia con la ingesta de líquidos y alimentos más escasa¹⁷.

Si los pacientes no pudieran comer o beber por ellos mismos, la enfermera solicita la participación de los cuidadores para que les apoyen a ingerir sus alimentos.

Si el paciente utiliza prótesis dentales, orientarle y favorecer que estén al alcance y en condiciones higiénicas.

Apegarse a los horarios para ingerir los alimentos, en un ambiente tranquilo, sin prisa, con adecuada estimulación y alimentos que sean del agrado del paciente

El departamento de Nutriología Hospitalaria brinda la facilidad de cubrir en la medida de lo posible los gustos de los pacientes respecto a la alimentación, motive a los pacientes a expresar sus gustos y costumbres en relación a ello

Orientar al cuidador acerca de la importancia de no ejercer presión para que el paciente ingiera sus alimentos, ni introducir los alimentos y/o cubiertos forzosamente a la boca del paciente ya que puede generar rechazo, molestia o agresión.

5.2.2 Comunicación: Una comunicación eficaz con la persona con deterioro cognitivo es esencial, tanto por su relación con la socialización, como por la intervención en los problemas conductuales¹⁷.

Ganar la confianza del paciente, presentarse cada vez que se tenga contacto con él ya que la memoria puede fallar, mantener un contacto visual y tomar del brazo o del hombro cariñosamente a menos que esto ocasione una reacción negativa.

Dar tiempo suficiente para contestar las preguntas y si es necesario repetirlas cuantas veces necesite el paciente.

Recordar que la comunicación no verbal es fundamental, especialmente cuando la comunicación verbal se deteriora.

5.2.3 Apoyo del (los) cuidador (es): El apoyo de los familiares es de lo más importante para la recuperación del paciente.

Es indispensable que éstos mantengan comunicación constante con el paciente, que reciba visitas y de preferencia que alguien se mantenga con ellos durante la noche para apoyarlos en cualquier eventualidad.

Motivar a los cuidadores para que coloquen un collage con fotografías de familiares y amigos cercanos al paciente, así como cartas y frases de apoyo en su unidad.

Estimule al paciente para que recuerde el nombre de toda su familia, parentesco y demás datos importantes; esto permite que el paciente se mantenga orientado en su tiempo y espacio.

La comunicación entre el cuidador y el paciente es de lo más importante, no se debe olvidar comentar con él los nuevos sucesos y los más importantes.

Platicar con honestidad sobre su estado de salud y las expectativas de recuperación, así como el tratamiento que se está manejando y hacerlo participe en las decisiones sobre él mismo.

5.2.4 Orientación en Tiempo y Espacio: Los individuos con deterioro cognitivo y pérdida auditiva, así como limitaciones visuales, son particularmente susceptibles de interpretar erróneamente el entorno y reaccionar de manera inapropiada frente al mismo⁵.

Muchos pacientes pierden noción del tiempo y los días cuando se encuentran hospitalizados.

Facilíteles un reloj y/o calendario que evita confusiones con los días y horas, además de evitar la inversión del ciclo sueño – vigilia.

5.2.5 Iluminación:

Las habitaciones deben estar bien iluminadas para evitar sombras confusas, pero no iluminadas en exceso.

Durante la noche deben permanecer las habitaciones en oscuridad para que los pacientes puedan descansar y no se invierta el ciclo de sueño.

Si el paciente utiliza gafas, manténgalas al alcance de los mismos para que puedan reconocer el ambiente donde se encuentran, así como a las personas que los rodean.

5.2.6 Ruido:

Evitar los ruidos excesivos o muy molestos, especialmente durante la noche para favorecer el descanso.

Al dirigirse al paciente háblele con voz fuerte y clara, en un tono tranquilo y cordial.

Disminuir o eliminar los ruidos del entorno que compiten con la comunicación eficaz, como la televisión, la radio, etc.

Si el paciente necesitara de un aparato auditivo, verifique que lo utilice y que lo tenga a su alcance para favorecer la buena comunicación y que el paciente reconozca su ambiente.

5.2.7 Movilización: La actividad física y el ejercicio pueden mejorar la enfermedad y retrasar el deterioro funcional en ancianos¹⁷.

Motive al paciente a la deambulación cuando ésta sea posible.

Si el paciente no pudiera mantenerse de pie o caminar, apoyarlo para que permanezca en el reposet o en la silla durante el día. Esto además, ayudará a evitar las úlceras por presión, neumonías intra-hospitalarias, y una disminución del riesgo de caídas por el aumento de la movilidad funcional, el equilibrio y la fuerza.

Si el paciente utilizara dispositivos de ayuda para la marcha, como bastones, muletas o andaderas, deben permanecer a su alcance para que el paciente permanezca activo e independiente.

5.2.8 Descanso:

Procure que el paciente se mantenga alerta durante el día y repose durante la noche, para evitar la inversión del ciclo sueño-vigilia.

Motive al paciente durante el día a la movilización, deambulación, y actividades recreativas, como la lectura, tejido, dibujo, y demás actividades del agrado del paciente.

Si es posible y no hay contraindicación médica, se puede dar un permiso a los pacientes para que deambulen por la cafetería y pasillos del hospital.

Si es difícil conciliar el sueño para el paciente o no se puede lograr una total oscuridad, se pueden proporcionar antifaces para dormir, estos antifaces se

pueden solicitar con la enfermera que dirige el Programa para la Prevención del Delirium Nosocomial.

5.2.9 Incontinencia Urinaria: El uso de dispositivos como compresas absorbentes y/o pañales es la manera habitual de controlar la incontinencia. Sin embargo, aunque estos productos son cómodos y efectivos puede aumentar la dependencia¹⁷.

Se puede implementar la evacuación inducida, es decir cada 2 o 3 horas, se lleva al paciente al inodoro, solo si el paciente contesta afirmativamente a la pregunta ¿Necesitas ir al sanitario?

Estas prácticas son más eficaces en pacientes que pueden deambular, y que su cuidador permanece con ellos.

Si el paciente no deambula, entonces colóquele un cómodo o pato cuando el paciente responda si a la pregunta ¿Necesitas ir al sanitario?

En las noches para no alterar el ciclo de sueño se recomiendan el uso de pañales y compresas absorbentes.

5.2.10 Incontinencia Fecal: Se puede apoyar de los laxantes en un uso adecuadamente prescrito para que se estimule la evacuación intestinal, ablandando las heces y mejorando las deposiciones¹⁷.

De la misma manera que se controla la incontinencia urinaria se controlará la incontinencia fecal.

Inducir la evacuación en un horario regular.

Se recomienda que ésta sea después de los alimentos.

5.2.11 Actividades Recreativas:

Comente con el familiar que facilite al paciente el periódico a quienes gusten de su lectura, esto los mantiene al día con los sucesos que suceden fuera del hospital.

Permita y valore el uso de televisiones o radios dentro de la unidad.

Recomiende que éstos deben ser pequeños y que sean escuchados en un volumen adecuado, que no interfiera con la comodidad o actividades de los pacientes que se encuentran en las camas aledañas.

Fomentar la deambulaci3n y convivencia con otras personas mantiene a los pacientes en actividades sociales que les impiden confusiones mentales o delirios.

5.2.12 Contenci3n Mecánica: En la medida de lo posible debe evitarse esta pr3ctica, ya que lejos de apoyarlos, los mantiene con mayor estr3s y angustia al no poderse movilizar libremente.

En pacientes muy inquietos procure tranquilizarlos, platicar pacientemente y pedir el apoyo del cuidador.

Si la contenci3n mecánica llega a utilizarse debe ser en casos excepcionales y por periodos cortos.

De preferencia evitar los sondeos vesicales, ya que esto limita la movilidad y libertad del paciente en cama.

6.3 MEDIDAS PREVENTIVAS PARA PACIENTES EN RIESGO MEDIO O ALTO DE DESARROLLAR DELIRIUM NOSOCOMIAL

Cuando el paciente está en riesgo Alto o Medio de desarrollar Delirium, la enfermera encargada del programa preventivo de Delirium Nosocomial le informará a la enfermera de cuidado integral en turno sobre el resultado de la valoración y ésta implementará el Formato para la Intervención de Enfermería en pacientes con riesgo medio o alto de desarrollo del Delirium Nosocomial, el cual desarrolla las medidas preventivas como intervenciones de Enfermería.

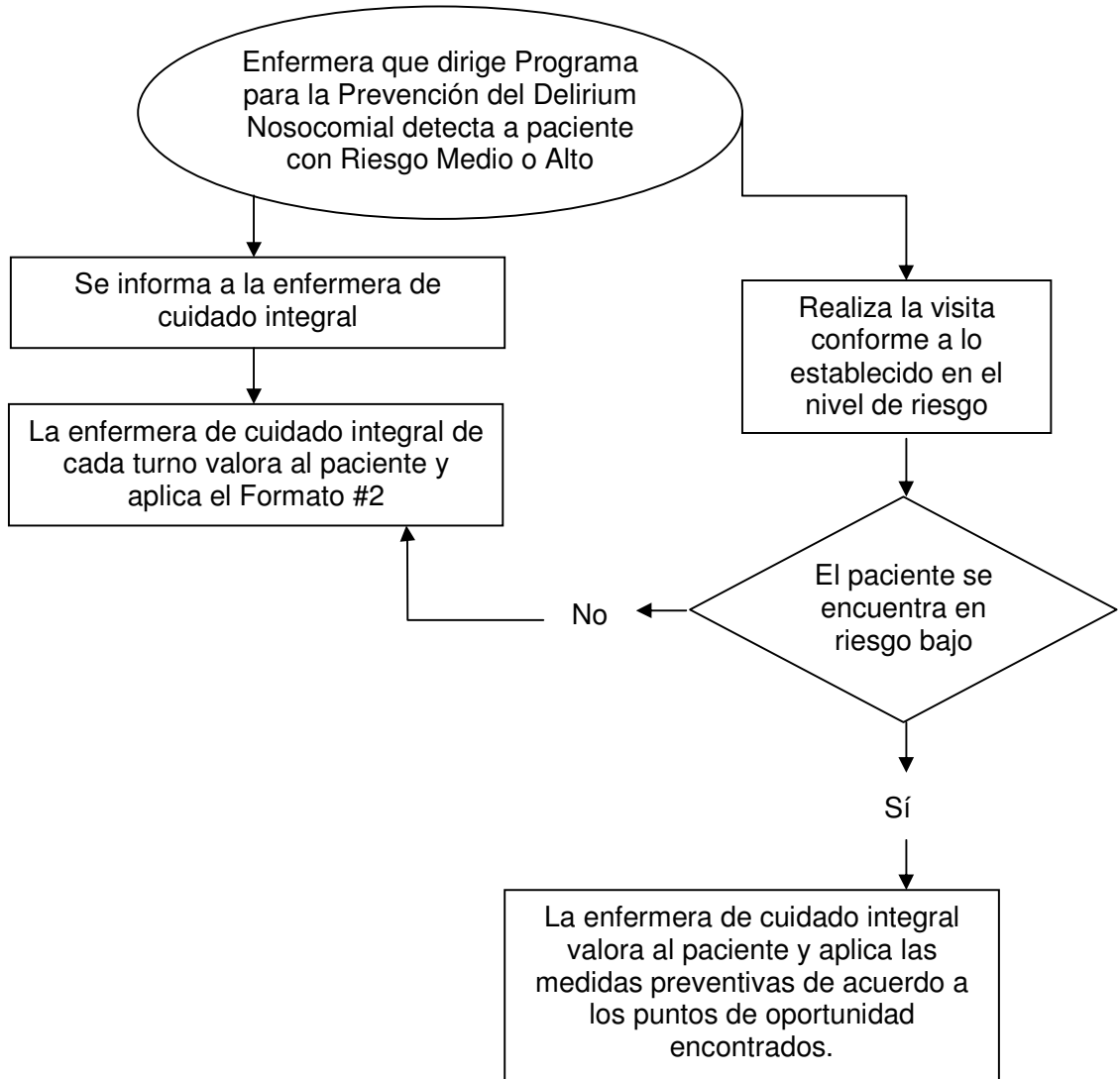
Éste formato deberá seguirse por turno y por el tiempo que el paciente se encuentre en esos niveles de riesgo o cuando egrese a su domicilio. Si en el transcurso de la hospitalización el paciente es cambiado de servicio, se debe continuar con la ejecución de éste formato.

Para la implementación del siguiente formato, la enfermera del programa preventivo de Delirium Nosocomial

1. Apoyará a la enfermera de cuidado integral proporcionándole al paciente un calendario, un reloj, un antifaz (cuando el paciente es mayor de 65 años, o cuando tiene problemas para conciliar el sueño)
2. Platicará con los familiares y/o cuidadores para que brinden su apoyo al paciente y evitar así que éste desarrolle Delirium o su nivel de riesgo aumente, explicando que es el Delirium y como pueden colaborar para su prevención
3. Realizará también las visitas correspondientes de acuerdo al nivel de riesgo que tenga el paciente.

Si el paciente está en Riesgo Bajo, igualmente se llevarán a cabo las medidas preventivas, sin embargo **no se necesita de un formato de seguimiento**, si no que se tomarán en cuenta los puntos de oportunidad que la enfermera encuentre en su valoración.

El objetivo será llevar al paciente de Riesgo Alto a un Riesgo Medio o Bajo. Si el paciente está en Riesgo Medio el objetivo será llevarlo a un Riesgo Bajo. Si el paciente se encuentra en Riesgo Bajo el objetivo es mantenerlo en este nivel.



6.3.1 FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON RIESGO MEDIO Ó ALTO DE DESARROLLO DEL DELIRIUM NOSOCOMIAL (Formato #2)

INSTRUCCIONES: El siguiente formato se utilizará en pacientes que presenten riesgo medio ó alto, diagnosticado con el Formato de Enfermería para la identificación del riesgo de Desarrollo del Delirium Nosocomial. Ésta hoja será utilizada por la enfermera de cuidado integral, marcando con la inicial del turno correspondiente a las intervenciones realizadas.

Nombre del paciente: _____

Registro: _____ Servicio: _____ Número de cama: _____

Días de hospitalización: _____

M- Turno matutino

V- Turno vespertino

N-Turno nocturno

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FECHA:					
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1.- Nutrición e hidratación:						
Se le apoya para ingerir su alimentos, así como a beber agua durante el día y hasta que el paciente refiera saciedad.						
Se le proporcionan sus prótesis dentales, cuando usa.						
Quando el paciente esta comiendo, se procura un ambiente agradable y si prisa.						
2.- Comunicación:						
Quando se dirige al paciente se presenta cuantas veces es necesario.						
Se le habla tranquilamente, con voz firme pero cordial.						
Le habla al paciente por su nombre.						
Se cuida la expresión corporal.						
Se le informa al paciente de cualquier procedimiento que se realice. Por ejemplo: "Señor Jorge voy a tomar su presión"						
3.- Apoyo familiar:						
Sus familiares lo visitan con frecuencia.						
Sus familiares le envían y colocan fotografías del paciente con su familia y amigos, así como cartas y frases de apoyo para motivarlo a su recuperación.						

FECHA:						
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Sus familiares son honestos con el paciente al abordar su estado de salud y el tratamiento que se está llevando a cabo, haciendo participe al paciente sobre decisiones acerca su tratamiento.						
4.- Orientación en tiempo y espacio:						
Se colocó en su unidad un calendario.						
Se colocó en su unidad un reloj.						
Todos los días se le recuerda que día y hora es, y que se encuentra hospitalizado.						
5.- Iluminación:						
Se mantiene con buena iluminación el cuarto del paciente.						
Se mantienen las luces apagadas durante la noche.						
Si el paciente utiliza lentes, se mantienen a su alcance.						
6.- Ruido:						
Se dirige al paciente con voz firme pero sin gritar.						
Si el paciente usa aparato auditivo, se mantiene a su alcance.						
Si el paciente o los pacientes de camas aledañas, cuentan con radio o televisión, se sugiere que sean escuchados a un volumen considerable y que se apaguen durante la noche para que puedan descansar.						
7.- Movilización:						
Se motiva al paciente a deambular en cuanto sea posible.						
Se le proporciona al paciente un reposet. En caso de que no sea posible se le motiva a pasarse a la silla.						
Si el paciente requiere de instrumentos de apoyo para la marcha, se mantienen a su alcance.						
8.- Descanso:						
Se procura que el paciente se encuentre reactivo durante el día con actividades como la lectura, el tejido, y demás actividades que sean del agrado del paciente.						
Se motiva y se crea un ambiente propicio para que el paciente duerma y descanse durante la noche.						
9.- Incontinencia urinaria y fecal:						
Se crea un hábito con horarios para la micción y evacuación. Principalmente cuando el familiar se encuentra con el paciente para apoyarlo.						

FECHA:							
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA		SI	NO	SI	NO	SI	NO
Por la noche se utilizan pañales para que el paciente pueda descansar.							
10.- Actividades recreativas:							
Se le sugiere al familiar que le lleve al paciente periódicos, revistas y libros en general.							
Se le permite la entrada a radios y televisores pequeños realizando siempre la recomendación de que estos sean escuchados a un volumen adecuado para no molestar a los demás pacientes.							
Se les motiva a la deambulaci3n y sociabilizaci3n.							
11.- Contenci3n mecánica:							
Ésta medida solo es utilizada en casos de extrema agitaci3n y que el paciente no cuenta con familiar, lo que propiciaría que el paciente se hiciera daño.							
La contenci3n mecánica se utiliza por periodos breves.							
Nombre de la enfermera que realiz3 las intervenciones:		Matutino:		Matutino:		Matutino:	
		Vespertino:		Vespertino:		Vespertino:	
		Nocturno:		Nocturno:		Nocturno:	
12.- Observaciones							
Fecha: _____		Fecha: _____			Fecha: _____		

Elaborado por:
P. L. E. Judith Angel López

6.4 DETECCIÓN DE DELIRIUM NOSOCOMIAL

El presente manual como se mencionó desde el inicio, está enfocado en la prevención, sin embargo no podemos estar exentos de encontrar Delirium en la Institución Hospitalaria, pero sí podemos detectarlo de manera oportuna.

Para esto se desarrollo el siguiente formato, para detectar oportunamente si el paciente se encuentra o no en Delirium.

No olvidemos que tanto para la Institución y para los pacientes, **lo mejor es prevenir.**

Si durante la visita la enfermera que dirige el Programa para la Prevención del Delirium Nosocomial sospecha de que algún paciente se encuentra en Delirium, aplicará el Formato de Enfermería para la detección de Delirium Nosocomial (Formato #3).

Si quien se percata es la enfermera de cuidado integral, dará aviso a la enfermera del programa preventivo de Delirium Nosocomial para que ésta aplique el formato correspondiente.

En caso de que el resultado sea positivo para Delirium, la enfermera del programa preventivo de Delirium Nosocomial dará aviso al médico tratante para que se lleve a cabo el tratamiento correspondiente.

Notificar a la enfermera de cuidado integral para que implemente las medidas preventivas mencionadas, las cuales también son eficaces en los casos que el Delirium se ha desarrollado y serán consideradas como parte de las intervenciones para el tratamiento del Síndrome Confusional Agudo.

Tomar en cuenta que en estas situaciones, las medidas deberán adaptarse al estado y requerimientos del paciente por lo que se debe hacer una adecuada valoración por parte del profesional de Enfermería.

Parte del tratamiento médico para el Delirium es la prescripción de medidas farmacológicas como un último recurso, y ser utilizado el menor tiempo y menor dosis posible; siempre bajo una prescripción adecuada y consciente.

Regularmente se utilizan psicotrópicos que disminuyen la agitación en pacientes muy inquietos o en la fase activa del Delirium; aunque en algunos casos puede empeorar el cuadro, en otros ayuda al control del paciente, sin embargo, la mejoría no será posible sin las Medidas Preventivas antes mencionadas.

6.4.1 FORMATO DE ENFERMERÍA PARA LA DETECCIÓN DE DELIRIUM NOSOCOMIAL (Formato #3)

INSTRUCCIONES: Si se sospecha que el paciente está en Delirium entonces se aplica el siguiente cuestionario. Si se responde afirmativamente al menos a DOS de los cuatro reactivos, el paciente ESTÁ en Delirium.

Fecha de Aplicación: _____

Nombre del paciente: _____

Registro: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Número de cama: _____ Servicio: _____

Diagnostico Médico: _____

Fecha de ingreso: _____

CAM (Método de evaluación del estado Confusional):

1) Inicio agudo y curso fluctuante.

¿Existe un cambio agudo en el estado mental del paciente?

SI () NO ()

Esta conducta, ¿Ha fluctuado a lo largo del día?

SI () NO ()

2) Inatención.

¿Tiene el paciente dificultad para enfocar su atención?

SI () NO ()

¿Se distrae con facilidad o tiene dificultad para seguir una conversación?

SI () NO ()

3) Pensamiento desorganizado.

¿El habla del paciente es desorganizada o incoherente?

SI () NO ()

¿Con cambio de tema?

SI () NO ()

4) Alteraciones en el estado de alerta.

¿Está el paciente letárgico, estuporoso o comatoso?

SI () NO ()

Elaborado por:
P. L. E. Judith Angel López

7.- ANEXOS

Los siguientes Procesos de Atención de Enfermería, fueron elaborados con el fin de validar los instrumentos presentados en las páginas anteriores, verificando su viabilidad y eficacia en su implementación, claridad en las instrucciones de llenado, y contenido en general de los instrumentos.

Para tal efecto se utilizó la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, la integración taxonómica Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2007-2008 de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

No es alcance de este manual, el enumerar las etiquetas diagnosticas mas frecuentes para pacientes en cada una de las tres etapas de riesgo de desarrollar Delirium.

7.1 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UN PACIENTE CON RIESGO BAJO PARA DESARROLLAR DELIRIUM NOSOCOMIAL.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: C. J. M. R. Edad: 73 años Sexo: Femenino
 Diagnóstico médico: IRA + Colecistitis + Bacteremia

VALORACIÓN:

FACTOR DE RIESGO	SI	NO
Mayor de 65 años	X	
Hospitalización de urgencia	X	
Estancia hospitalaria prolongada		X
Inmovilización		X
Desnutrición		X
Deshidratación		X
Falla hepática		X
Falla renal	X	
Supresión de algunos medicamentos como benzodiazepinas		X
Antecedentes de ingesta de alcohol y/o estupefacientes		X
Restricciones físicas (sonda vesical, sonda pelural,		X

sujeción mecánica, etc.)		
Sepsis		X
Fiebre	X	
Neumonía (adquirida en comunidad e intrahospitalaria)		X
Hipoxemia		X
Hipoglucemia		X
El paciente casi no recibe visitas		X
Las visitas permanecen un periodo breve de tiempo		X
El paciente permanece aislado		X
Delirium previo		X

REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD

Diagnóstico médico:

IRA + Colecistitis + Bacteremia

Tratamiento médico:

Captopril 12.5 mg VO cada 24 horas

Fraxiparina .3 SC cada 24 horas

Ertapenem 500 mg IV cada 24 horas

Omeprazol 40 mg VO cada 24 horas

Medidas asistenciales:

Toma de signos vitales cada 4 horas

Toma de PVC por turno

Vigilar dolor, sangrado y fiebre

Hemocultivar si temperatura mayor a 38° C

Vigilar estado de conciencia

Cuantificar diuresis estricta

DIAGNÓSTICOS:

DEFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS r/c el entorno desprovisto de actividades recreativas, m/p afirmaciones de la persona de que se aburre.

RESULTADO ESPERADO	INDICADOR	ESCALA	PUNTUACIÓN DIANA	
			Actual	Llevar a
Motivación	Planes para el futuro Mantiene una autoestima positiva.	ND (1) – SD (5)	2	4
Bienestar personal	Satisfacción con el nivel de felicidad	NTS (1) – CS (5)	1	4
			Total 3	Total 8

ND- no demostrado

SD- siempre demostrado

NTS- no totalmente satisfecho

CS- completamente satisfecho

INTERVENCIONES:

Facilitar las visitas:

Determinar las preferencias del paciente en cuanto a visitas e informar de ellas.

Determinar la necesidad de la limitación de las visitas, como, por ejemplo, demasiados visitantes, que el paciente está impaciente o cansado o su estado físico no lo permite.

Aclarar la comprensión por parte de la familia del estado del paciente.

Establecer las responsabilidades y actividades de la familia / seres queridos para ayudar al paciente, como, por ejemplo, alimentar al paciente.

Animar a los miembros de la familia a utilizar el contacto físico, así como las comunicaciones verbales, si procede.

Responder a las preguntas y dar explicaciones de los cuidados en términos que los visitantes puedan entender.

Potenciación de la autoestima:

Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios.

Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.

Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse.

Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.

Animar al paciente a evaluar su propia conducta.

Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

Terapia de entretenimiento:

Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas.

Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas.

Explicar los beneficios de la estimulación para una variedad de modalidades sensoriales.

Disponer actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad.

Proporcionar una afirmación positiva a la participación en las actividades.

Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional.

EVALUACIÓN:

Para el diagnóstico “Déficit de actividades recreativas”, en el primer resultado esperado que es Motivación con los indicadores Planes para el futuro, y Mantiene una Actitud Positiva; se encontraba con una puntuación Diana de 2, lográndose elevar a 4, ya que la paciente realizó actividades como la deambulacion y la lectura, convivio favorablemente con sus familiares egresando satisfactoriamente.

Para el resultado esperado Bienestar personal, con el indicador Satisfacción con el nivel de felicidad; encontrándose con una puntuación Diana de 1(no totalmente satisfecho), lográndose llevar a 4 ya que mantuvo una actitud positiva ante su enfermedad, con la visión de llevar a cabo su tratamiento al pie de la letra para su pronto egreso y evitar así reincidencias que la obliguen a otra hospitalización.

CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR r/c dependencia y crecientes necesidades de cuidados, m/p fatiga, frustración, dificultad para completar las tareas requeridas.

RESULTADO ESPERADO	INDICADOR	ESCALA	PUNTUACIÓN DIANA	
			Actual	Llevar a
Bienestar del cuidador principal	Satisfacción con la salud emocional	NTS (1) – CS (5)	2	4
	Satisfacción con el estilo de vida			
	La familia comparte las responsabilidades de los cuidados			
	Capacidad para el afrontamiento			
Salud emocional del cuidador principal	Depresión	G (1) – N (5)	2	4
	Frustración			
	Ambivalencia con respecto a la situación			
Salud física del cuidador principal	Patrón de sueño	GC (1) – NC (5)	2	4
	Presión arterial			
	Nivel de energía			
	Función gastrointestinal			
			Total	Total
			6	12

NTS- no totalmente satisfecho CS- completamente satisfecho
 G- grave N- ninguno
 GC-gravemente comprometido NC-no comprometido

INTERVENCIONES:

Apoyo al cuidador principal:

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel
- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
- Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo de estrés.
- Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo

Aumentar los sistemas de apoyo:

- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y apoyo.
- Implicar a la familia /seres queridos /amigos en los cuidados y la planificación.

Fomentar la implicación familiar:

- Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidado principal.
- Identificar los déficits de autocuidados del paciente.
- Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente
- Reconocer los síntomas físicos relacionados con el estrés de los miembros de la familia (llanto, náuseas, vómitos y estado de distracción).
- Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente.

EVALUACIÓN:

Para el diagnóstico "Cansancio del rol del cuidador", con los resultados esperados de: Bienestar del cuidador principal, Salud emocional para el cuidador principal y Salud física del cuidador principal y sus respectivos indicadores; encontrándose con una puntuación Diana inicial de 6, logrando elevarse a 10 únicamente, ya que a pesar de la participación de la familia, una rotación entre los cuidadores y la demostración del optimismo y apoyo familiar; el control del estrés entre los mismos y principalmente en el cuidador principal, se sigue haciendo presente en gran medida, lo que a veces entorpece con los cuidados brindados a la paciente y la salud emocional de los cuidadores. Se sugiere entonces continuar con las técnicas de relajación y disminución de estrés, así como la busca de ayuda profesional en casos necesarios.

RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL r/c reducción del poder o control sobre el entorno, enfermedad física

RESULTADO ESPERADO	INDICADOR	ESCALA	PUNTUACIÓN DIANA	
			Actual	Llevar a
Afrontamiento de problemas	Refiere disminución de estrés	ND (1) – SD (5)	1	4
	Verbaliza aceptación de la situación			
	Modifica el estilo de vida cuando se requiere			
	Refiere disminución de los sentimientos negativos			
			Total	Total
			1	4

ND- nunca demostrado

SD- siempre demostrado

INTERVENCIONES:

Apoyo emocional

- Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- No exigir demasiado del funcionamiento cognoscitivo cuando el paciente este enfermo o fatigado.
- Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

Potenciación de la autoestima:

- Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios.
- Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.
- Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Animar al paciente a evaluar su propia conducta.
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

EVALUACIÓN:

Para el diagnóstico “Riesgo de baja autoestima situacional”, en el resultado esperado Afrontamiento de problemas con los indicadores de: Refiere disminución de estrés, Verbaliza aceptación de la situación, Modifica el estilo de vida cuando se requiere y Refiere disminución de los sentimientos negativos, se encontró una puntuación Diana inicial de 1 (nunca demostrado), lográndose elevar a 4 (frecuentemente demostrado), ya que la paciente externó sus emociones y sentimientos reconociendo la tristeza y enojo cuando estos se presentaban. Cabe señalar que después de que la paciente externaba sus emociones y escuchaba palabras de aliento, refería sentirse más tranquila y con cierto alivio en su interior, que la impulsaba a continuar con el estrés y tristeza que le provocó al principio la hospitalización.

7.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN PACIENTE CON RIESGO MEDIO PARA DESARROLLAR DELIRIUM NOSOCOMIAL.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: J.J.O.Q. Edad: 71 años Sexo: Masculino
 Diagnostico médico: EPOC + NAC + PO colecistectomía abierta

VALORACIÓN:

FACTOR DE RIESGO	SI	NO
Mayor de 65 años	X	
Hospitalización de urgencia	X	
Estancia hospitalaria prolongada		X
Inmovilización	X	
Desnutrición		X
Deshidratación		X
Falla hepática		X
Falla renal		X
Supresión de algunos medicamentos como benzodiazepinas		X
Antecedentes de ingesta de alcohol y/o estupefacientes	X	
Restricciones físicas (sonda vesical, sonda pelural, sujeción mecánica, etc.)	X	
Sepsis		X
Fiebre		X
Neumonía (adquirida en comunidad e intrahospitalaria)	X	
Hipoxemia	X	
Hipoglucemia		X
El paciente casi no recibe visitas		X
Las visitas permanecen un periodo breve de tiempo		X
El paciente permanece aislado		X
Delirium previo		X

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

Diagnostico médico:

EPOC + NAC + PO colecistectomía abierta

Tratamiento médico:

Ceftriaxona 500 mg IV cada 12 horas
 Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas
 Claritromicina 500 mg IV cada 12 horas
 Metoclopramida 10 mg IV cada 8 horas
 Fraxiparina .6 SC cada 12 horas
 Omeprazol 40 mg IV cada 24 horas
 Naproxeno 275 mg VO cada 12 horas por tres días.
 MNB con combivent cada 6 horas
 BIPAP 4 horas por turno

Medidas asistenciales:

Toma de signos vitales cada 4 horas
 Vigilar dolor, sangrado y fiebre
 Hemocultivar si temperatura mayor a 38° C
 Vigilar estado de conciencia
 Toma de glucosa capilar preprandial
 Cuantificar diuresis estricta

DIAGNÓSTICOS:

DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA r/c uso de BIPAP y sonda vesical m/p limitación de la amplitud de movimientos

RESULTADO ESPERADO	INDICADOR	ESCALA	PUNTUACIÓN DIANA	
			Actual	Llevar a
Ambular	Camina a paso moderado Sube escaleras Baja escaleras Camina distancias moderadas (>1 manzana y <5 manzanas)	GC (1) – NC (5)	1	4
Movilidad	Marcha Se mueve con facilidad		1	4

			Total 2	Total 8
--	--	--	-------------------	-------------------

GC- gravemente comprometido NC- no comprometido

INTERVENCIONES:

Cambio de posición:

Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, si procede. *La presión continuada de las partes blandas, causa isquemia de la membrana vascular y consecuentemente vasodilatación de la zona –eritema, extravasación de líquidos e infiltración celular. Si este proceso no cesa, se produce una isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración²¹.*

Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos con un margen de movimientos, si resulta apropiado. *Para aliviar y eliminar la compresión de los puntos de apoyo, es imprescindible realizar cambios posturales, manteniendo lo más correcta posible la alineación del cuerpo y estudiando detenidamente la forma de reducir los efectos de la presión prolongada sobre las prominencias óseas²¹.*

Fomento del ejercicio:

Explorar las barreras para el ejercicio.

Terapia de ejercicios: ambulación

Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.

Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario, y solo cuando el paciente no se encuentre en uso del BIPAP.

Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancia realistas con la deambulación en los periodos que no se encuentre conectado al BIPAP.

EVALUACIÓN:

Para el diagnóstico “Deterioro de la movilidad física”, y los resultados esperados de Ambular y Movilidad con sus respectivos indicadores. Se encontró con una puntuación Diana inicial de 2, lográndose elevar a 10 (no comprometido), lo que supera las expectativas iniciales que eran de 8; debido a que el paciente logro movilizarse fuera de cama sin demostrar problemas al comenzar a sentarse en silla, ni al dar sus primeros pasos fuera de cama sin ayuda. Al principio el paciente solo deambulaba en su habitación ya que requería del oxígeno suplementario,

cuando este ya no fue necesario el paciente deambulaba perfectamente por todo el servicio hasta llegar a la sala de televisión y acudiendo a sus terapias de bipap cuatro horas por turno, pudiendo tomarlas sentado. El paciente no desarrollo úlceras por presión.

DEPRIVACIÓN DE SUEÑO r/c estimulación ambiental sostenida m/p apatía y somnolencia diurna.

RESULTADO ESPERADO	INDICADOR	ESCALA	PUNTUACIÓN DIANA	
			Actual	Llevar a
Descanso	Patrón del descanso	GC (1) – NC (5)	1	4
	Calidad del descanso			
Sueño	Patrón del sueño		1	4
	Calidad del sueño			
	Duerme toda la noche			
			Total	Total
			3	12

GC- gravemente comprometido

NC- no comprometido

INTERVENCIONES:

Manejo ambiental: confort

Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.

Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.

Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.

Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, en lo posible.

Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, tablillas inmovilizadoras para la parte dolorosa del cuerpo).

Mejorar el sueño:

Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.

Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.

Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.

EVALUACIÓN:

Para el diagnóstico “Deprivación del sueño” en el resultado esperado Descanso, con los indicadores de: Patrón del descanso y Calidad del descanso. Se encuentra con una puntuación Diana de 1 (gravemente comprometido), elevándose a 4 ya que se logro mejorar su ambiente durante el descanso con una luz tenue y buscando una posición cómoda mientras estuvo en cama, cuando el paciente podía moverse por sí mismo, el resultado se elevo a 5 (no comprometido) ya que su libertad de movimiento y la disminución de terapia de bipap le permitió mejorar la calidad y cantidad de descanso.

Para el resultado esperado Sueño de este mismo diagnostico, con sus indicadores Patrón del sueño y Calidad de sueño encontrándose con una puntuación Diana inicial de 1 (gravemente comprometido) elevándose a 5 (no comprometido) superando los alcances iniciales que eran de 4, ya que al establecer posiciones cómodas durante la noche, evitando interrupciones innecesarias, e igualmente el paciente refirió sentir más libertad y menos estrés al moverse por si mismo lo que le permitió dormir sin problema durante el resto de su estancia hospitalaria.

DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS r/c el entorno desprovisto de actividades recreativas, m/p afirmaciones de la persona de que se aburre.

RESULTADO ESPERADO	INDICADOR	ESCALA	PUNTUACIÓN DIANA	
			Actual	Llevar a
Motivación	Planes para el futuro	ND (1) – SD (5)	2	4
	Mantiene una autoestima positiva.			
Bienestar personal	Satisfacción con el nivel de felicidad	NTS (1) – CS (5)	1	4
			3	8

ND- no demostrado

SD- siempre demostrado

NTS- no totalmente satisfecho

CS- completamente satisfecho

INTERVENCIONES:

Facilitar las visitas:

Determinar las preferencias del paciente en cuanto a visitas e informar de ellas.

Determinar la necesidad de la limitación de las visitas, como, por ejemplo, demasiados visitantes, que el paciente esta impaciente o cansado o su estado físico no lo permite.

Aclarar la comprensión por parte de la familia del estado del paciente.

Establecer las responsabilidades y actividades de la familia / seres queridos para ayudar al paciente, como, por ejemplo, alimentar al paciente.

Animar a los miembros de la familia a utilizar el contacto físico, así como las comunicaciones verbales, si procede.

Responder a las preguntas y dar explicaciones de los cuidados en términos que los visitantes puedan entender.

Potenciación de la autoestima:

Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios.

Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.

Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse.

Animar al paciente a evaluar su propia conducta.

Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

Terapia de entretenimiento:

Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas.

Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas.

Explicar los beneficios de la estimulación para una variedad de modalidades sensoriales.

Disponer actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad.

Proporcionar una afirmación positiva a la participación en las actividades.

Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional.

EVALUACIÓN:

Para el diagnóstico “Déficit de actividades recreativas”, en el primer resultado esperado que es Motivación con los indicadores Planes para el futuro, y Mantiene una Actitud Positiva; se encontraba con una puntuación Diana de 2, lográndose elevar a 4, ya que él paciente realizó actividades como la deambulacion y la lectura del periódico, convivio favorablemente con sus familiares y el paciente de la unidad contigua, egresando satisfactoriamente.

Para el resultado esperado Bienestar personal, con el indicador Satisfacción con el nivel de felicidad; encontrándose con una puntuación Diana de 1(no totalmente satisfecho), lográndose llevar a 4 ya que el paciente mantuvo una actitud positiva ante su enfermedad, con la visión de llevar a cabo su tratamiento al pie de la letra para su pronto egreso y evitar así reincidencias que lo obliguen a otra hospitalización.

RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL r/c reducción del poder o control sobre el entorno, enfermedad física

RESULTADO ESPERADO	INDICADOR	ESCALA	PUNTUACIÓN DIANA	
			Actual	Llevar a
Afrontamiento de problemas	Refiere disminución de estrés	ND (1) – SD (5)	1	4
	Verbaliza aceptación de la situación			
	Modifica el estilo de vida cuando se requiere			
	Refiere disminución de los sentimientos negativos			
			Total 1	Total 4

ND- nunca demostrado

SD- siempre demostrado

INTERVENCIONES:

Apoyo emocional

Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones

Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.

Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

No exigir demasiado del funcionamiento cognoscitivo cuando el paciente este enfermo o fatigado.

Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

Potenciación de la autoestima:

Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios.

Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.

Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse.

Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.

Animar al paciente a evaluar su propia conducta.

Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

EVALUACIÓN:

Para el diagnóstico “Riesgo de baja autoestima situacional”, en el resultado esperado Afrontamiento de problemas con los indicadores de: Refiere disminución de estrés, Verbaliza aceptación de la situación, Modifica el estilo de vida cuando se requiere y Refiere disminución de los sentimientos negativos. Encontrándose con una puntuación Diana inicial de 1 (nunca demostrado), lográndose elevar a 4 (frecuentemente demostrado), ya que él paciente externo sus emociones y sentimientos, refirió también disminución del estrés después de ver mejoría en su estado de salud y observar como al paso de los días recobraba la fuerza física; lo que igualmente le ayudo a recuperar la confianza en sí mismo y a proponerse nuevas metas en cuestión de salud que le permitan elevar su calidad de vida.

DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL r/c aislamiento terapéutico m/p interacción disfuncional con los compañeros, familia o amigos, observación de empleo de conductas de interacción social ineficaces.

RESULTADO ESPERADO	INDICADOR	ESCALA	PUNTUACIÓN DIANA	
			Actual	Llevar a
Habilidades de interacción social Participación en actividades de ocio.	Cooperación con los demás Afrontación si procede Relaciones con los demás	ND (1) – SD (5)	1	4
	Elige actividades de ocio de interés Expresión de satisfacción con las actividades de ocio Refiere relajación con las actividades de ocio		1	4
			Total 2	Total 8

ND- nunca demostrado

SD- siempre demostrado

INTERVENCIONES:

Potenciación de la socialización

- Animar al paciente a desarrollar relaciones
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias
- Responder a la mejora del cuidado del aspecto personal y demás actividades
- Responder de forma positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás
- Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.

EVALUACIÓN:

Para el diagnóstico “Deterioro de la interacción social” que describe los resultados esperados de: Habilidades de interacción social y Participación en actividades de ocio, se encontró al paciente con una puntuación Diana de 2, lográndose elevar a 8. Ya que el paciente demostró poder entablar buenas relaciones con el paciente de la unidad contigua, así como mejorar la comunicación con el personal de enfermería y demás personal de salud que colaboro con el paciente durante su estancia hospitalaria.

7.3 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UN PACIENTE CON RIESGO ALTO PARA DESARROLLAR DELIRIUM NOSOCOMIAL.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: M. P. N. Edad: 83 años Sexo: Femenino
 Diagnostico médico: EPOC exacerbado + HAS + FA

VALORACIÓN:

FACTOR DE RIESGO	SI	NO
Mayor de 65 años	X	
Hospitalización de urgencia	X	
Estancia hospitalaria prolongada	X	
Inmovilización	X	
Desnutrición	X	
Deshidratación	X	
Falla hepática		X
Falla renal		X
Supresión de algunos medicamentos como benzodiazepinas		X
Antecedentes de ingesta de alcohol y/o estupefacientes		X
Restricciones físicas (sonda vesical, sonda pelural, sujeción mecánica, etc.)	X	
Sepsis		X
Fiebre		X
Neumonía (adquirida en comunidad e intrahospitalaria)	X	
Hipoxemia	X	
Hipoglucemia		X
El paciente casi no recibe visitas	X	
Las visitas permanecen un periodo breve de tiempo	X	
El paciente permanece aislado	X	
Delirium previo		X

REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD

Diagnostico médico:

EPOC exacerbado + HAS + FA

Tratamiento médico:

Tramacet 1 tableta VO cada 24 horas
Fraxiparina .3 SC cada 12 horas
Plavix 75 mg VO cada 24 horas
Corpotasin 2 tabletas VO después de los alimentos
Adalat R 40 mg VO cada 12 horas
Captopril 50 mg VO cada 8 horas
Amiodarona 500 mg VO cada 12 horas
Isorbid 10 mg VO cada 8 horas
Furosemide 40 mg VO cada 12 horas
Atorvastatina 2 tabletas VO cada 24 horas
Metoprolol 50 mg VO cada 12 horas
Aspirina Protec 100 mg VO cada 24 horas
Acenocumarol 2.5 mg VO cada 24 horas

Medidas asistenciales:

Toma de signos vitales cada 4 horas
Toma de PVC por turno
Vigilar dolor, sangrado y fiebre
Hemocultivar si temperatura mayor a 38° C
Vigilar estado de conciencia
Toma de glucosa capilar preprandial
Cuantificar diuresis estricta
Ejercicios respiratorios con inspirómetro incentivo

DIAGNÓSTICOS:

DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA r/c reposo relativo por cardiopatía y uso de sonda vesical m/p limitación de la amplitud de movimientos

RESULTADO ESPERADO	INDICADOR	ESCALA	PUNTUACIÓN DIANA	
			Actual	Llevar a
Ambular	Camina a paso moderado	GC (1) – NC (5)	1	4
	Sube escaleras			
Movilidad	Baja escaleras	GC (1) – NC (5)	1	4
	Camina distancias moderadas (>1 manzana y <5 manzanas)			
	Marcha			
	Se mueve con facilidad			
			Total	Total
			2	8

GC- gravemente comprometido NC- no comprometido

INTERVENCIONES:

Cambio de posición:

Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, si procede. *La presión continuada de las partes blandas, causa isquemia de la membrana vascular y consecuentemente vasodilatación de la zona –eritema, extravasación de líquidos e infiltración celular. Si este proceso no cesa, se produce una isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración²¹.*

Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos con un margen de movimientos, si resulta apropiado. *Para aliviar y eliminar la compresión de los puntos de apoyo, es imprescindible realizar cambios posturales, manteniendo lo más correcta posible la alineación del cuerpo y estudiando detenidamente la*

forma de reducir los efectos de la presión prolongada sobre las prominencias óseas²¹.

Fomento del ejercicio:

Explorar las barreras para el ejercicio.

Terapia de ejercicios: ambulación

Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.

Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario, y solo cuando el paciente no se encuentre en uso del BIPAP.

Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancia realistas con la deambulación en los periodos que no se encuentre conectado al BIPAP.

EVALUACIÓN:

Para el diagnóstico “Deterioro de la movilidad física”, y los resultados esperados de Ambular y Movilidad con sus respectivos indicadores. Se encontró con una puntuación Diana inicial de 2, lográndose elevar a tan solo 4, una puntuación más baja de la propuesta, ya que la paciente además de tener oxígeno suplementario por puntas nasales estricto y la indicación de reposo relativo no pudo deambular por sí misma, logrando solo pasarse a silla y /o reposit con ayuda del personal de enfermería y camilleros. Aunque la paciente podía moverse por sí misma, no se observaron cambios de posición frecuentes a pesar de motivarla. La paciente no desarrollo úlceras por presión a pesar de que el deterioro de la movilidad física continúo presente durante toda su estancia hospitalaria.

DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS r/c el entorno desprovisto de actividades recreativas, m/p afirmaciones de la persona de que se aburre.

RESULTADO ESPERADO	INDICADOR	ESCALA	PUNTUACIÓN DIANA	
			Actual	Llevar a
Motivación	Planes para el futuro	ND (1) – SD (5)	1	4
	Mantiene una autoestima positiva.			
Bienestar personal	Satisfacción con el nivel de felicidad	NTS (1) – CS (5)	1	4
			2	8

ND- no demostrado

SD- siempre demostrado

NTS- no totalmente satisfecho

CS- completamente satisfecho

INTERVENCIONES:

Facilitar las visitas:

Determinar las preferencias del paciente en cuanto a visitas e informar de ellas.

Determinar la necesidad de la limitación de las visitas, como, por ejemplo, demasiados visitantes, que el paciente está impaciente o cansado o su estado físico no lo permite.

Aclarar la comprensión por parte de la familia del estado del paciente.

Establecer las responsabilidades y actividades de la familia / seres queridos para ayudar al paciente, como, por ejemplo, alimentar al paciente.

Animar a los miembros de la familia a utilizar el contacto físico, así como las comunicaciones verbales, si procede.

Responder a las preguntas y dar explicaciones de los cuidados en términos que los visitantes puedan entender.

Potenciación de la autoestima:

Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios.

Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.

Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse.

Animar al paciente a evaluar su propia conducta.

Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

Terapia de entretenimiento:

Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas.

Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas.

Explicar los beneficios de la estimulación para una variedad de modalidades sensoriales.

Disponer actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad.

Proporcionar una afirmación positiva a la participación en las actividades.

Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional.

EVALUCACIÓN:

Para el diagnóstico “Déficit de actividades recreativas”, en los resultados esperados de Motivación con los indicadores Planes para el futuro, y Mantiene una Actitud Positiva, y el segundo resultado esperado que es Bienestar personal, con el indicador Satisfacción con el nivel de felicidad; se encontraba con una puntuación Diana de 2, desafortunadamente solo se logro elevar a 6 lo que es un alcance por debajo de lo esperado, ya que la paciente no encontró actividades recreativas de su interés, salvo la lectura, desafortunadamente la paciente casi no recibe visitas lo que le provoca tristeza y desinterés por buscar actividades que le distraigan durante el día.

CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR r/c dependencia y crecientes necesidades de cuidados, m/p frustración, dificultad para completar las tareas requeridas.

RESULTADO ESPERADO	INDICADOR	ESCALA	PUNTUACIÓN DIANA	
			Actual	Llevar a
Bienestar del cuidador principal	Satisfacción con la salud emocional	NTS (1) – CS (5)	1	4
	Satisfacción con el estilo de vida			
	La familia comparte las responsabilidades de los cuidados			
	Capacidad para el afrontamiento			
Salud emocional del cuidador principal	Depresión	G (1) – N (5)	1	4
	Frustración			
	Ambivalencia con respecto a la situación			
Salud física del cuidador principal	Patrón de sueño	GC (1) – NC (5)	1	4
	Presión arterial			
	Nivel de energía			
	Función gastrointestinal			
			Total	Total
			3	12

NTS- no totalmente satisfecho CS- completamente satisfecho
 G- grave N- ninguno
 GC-gravemente comprometido NC-no comprometido

INTERVENCIONES:

Apoyo al cuidador principal:

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel
- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
- Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo de estrés.
- Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de si mismo

Aumentar los sistemas de apoyo:

- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y apoyo.
- Implicar a la familia /seres queridos /amigos en los cuidados y la planificación.

Fomentar la implicación familiar:

- Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidado principal.
- Identificar los déficit de autocuidados del paciente.
- Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente
- Reconocer los síntomas físicos relacionados con el estrés de los miembros de la familia (llanto, nauseas, vómitos y estado de distracción).
- Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente.

EVALUACIÓN:

Para el diagnóstico “Cansancio del rol del cuidador”, con los resultados esperados de: Bienestar del cuidador principal, Salud emocional para el cuidador principal y Salud física del cuidador principal y sus respectivos indicadores; encontrándose con una puntuación Diana inicial de 3, logrando elevarse a 5 únicamente, ya que desafortunadamente no se encontró mucho interés por parte de los cuidadores a participar más con la paciente, ni visitarla más frecuentemente ya que refieren tener exceso de trabajo y tareas personales como para dedicar más tiempo a la paciente. Es notorio el estrés y la intranquilidad al que se ven expuestos al pedir más colaboración de su parte, aun así no se obtuvo la participación esperada ya que solo se observo mayor interacción en los cortos periodos de visita con la paciente.

RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL r/c reducción del poder o control sobre el entorno, enfermedad física

RESULTADO ESPERADO	INDICADOR	ESCALA	PUNTUACIÓN DIANA	
			Actual	Llevar a
Afrontamiento de problemas	Refiere disminución de estrés	ND (1) – SD (5)	1	4
	Verbaliza aceptación de la situación			
	Modifica el estilo de vida cuando se requiere			
	Refiere disminución de los sentimientos negativos			
			Total 1	Total 4

ND- nunca demostrado

SD- siempre demostrado

INTERVENCIONES:

Apoyo emocional

Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones

Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.

Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

No exigir demasiado del funcionamiento cognoscitivo cuando el paciente este enfermo o fatigado.

Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

Potenciación de la autoestima:

Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios.

Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.

Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse.

Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.

Animar al paciente a evaluar su propia conducta.

Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

EVALUACIÓN:

Para el diagnóstico “Riesgo de baja autoestima situacional”, en el resultado esperado Afrontamiento de problemas con los indicadores de: Refiere disminución de estrés, Verbaliza aceptación de la situación, Modifica el estilo de vida cuando se requiere y Refiere disminución de los sentimientos negativos. Encontrándose con una puntuación Diana inicial de 1 (nunca demostrado), lográndose elevar a 4 (frecuentemente demostrado), ya que él paciente externo sus emociones y sentimientos, refirió sentir alivio al poder contar sus aflicciones, mostro una actitud positiva con las palabras de aliento y expreso sentirse con impulso por su pronta recuperación y espera regresar a casa satisfactoriamente.

DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL r/c aislamiento terapéutico m/p interacción disfuncional con los compañeros, familia o amigos.

RESULTADO ESPERADO	INDICADOR	ESCALA	PUNTUACIÓN DIANA	
			Actual	Llevar a
Habilidades de interacción social Participación en actividades de ocio.	Cooperación con los demás Afrontación si procede Relaciones con los demás	ND (1) – SD (5)	1	4
	Elige actividades de ocio de interés Expresión de satisfacción con las actividades de ocio Refiere relajación con las actividades de ocio		1	4
			Total 2	Total 8

ND- nunca demostrado

SD- siempre demostrado

INTERVENCIONES:

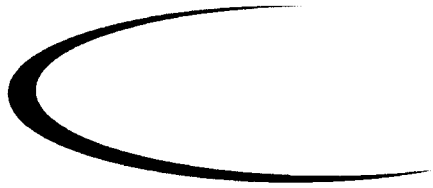
Potenciación de la socialización

- Animar al paciente a desarrollar relaciones
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias
- Responder a la mejora del cuidado del aspecto personal y demás actividades
- Responder de forma positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás
- Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.

EVALUACIÓN:

Para el diagnóstico “Deterioro de la interacción social” que describe los resultados esperados de: Habilidades de interacción social y Participación en actividades de ocio, se encontró al paciente con una puntuación Diana de 2, lográndose elevar a tan solo 4. Ya que la paciente por estar en un cuarto de aislamiento no tiene contacto con demás pacientes, las escasas visitas familiares le impiden entablar conversaciones largas. Demuestra una actitud positiva con el personal de salud que la atiende, y después de las intervenciones demostró mejor relación con los mismos, sin embargo la falta de deambulación y el aislamiento de la paciente no le permite interactuar de la forma que se hubiera esperado.

7.4 TRÍPTICO



Evite sujetar al paciente, ya que puede empeorar el cuadro de Delirium.

Si Las condiciones físicas del paciente lo permiten, motíVELO a realizar actividades de distracción como la lectura, tejido, dibujo, etc, de lo contrario pídale al familiar que participe en estas actividades con el paciente.

Una medida de apoyo es la información de la evolución del paciente. De esta forma estarán tranquilos y evitará la angustia y estrés que generan dichas situaciones.



iii PREVENIR ES TAREA DE TODOS !!!

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS
Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"

ELABORADO POR:

P. L. E. JUDITH ANGEL LOPEZ

ASESORAS:

LIC. EN ENF. BEATRIZ CARMONA MEJIA

LIC. EN ENF. MARTHA V. HUERTAS JIMENEZ

INCUMINSZ

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"SALVADOR ZUBIRÁN"

SUBDIRECCION DE EPIDEMIOLOGÍA
HOSPITALARIA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO: DELIRIUM



INCUMINSZ

Hablemos del Delirium Nosocomial

★ El Delirium es una disfunción cerebral transitoria, prevenible y en su mayoría reversible.

★ Se caracteriza por alteraciones en el estado de alerta, lenguaje, memoria, percepción y pensamiento.

★ Pueden aparecer o no ideas delirantes^{1,2}.



Factores de Riesgo:

★ Edad avanzada.

★ Poca movilización.

★ Deshidratación, desnutrición, falla hepática o renal.

★ Hospitalización de urgencia y/o estancia hospitalaria prolongada.

★ Delirium previo.

★ Supresión de algunos medicamentos como benzodiazepinas.

★ Restricciones físicas (cateterismo vesical, sondas pleurales, ventilación mecánica no invasiva, etc.)

★ Sepsis, fiebre, neumonías¹.

1- Dra. Betania C. Rossette López. Estudio para determinar la incidencia del delirium en población geriátrica de la Unidad de Cuidados Intensivos, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salador Zubiran". México, 2006.

2- Dr. Matías González Tugás. Delirium, adaptación de un instrumento de detección y evaluación del pronóstico vital asociado. Programa doctoral de Neurociencias, 2001-2003

Prevención:

Favorezca un ambiente tranquilo, por ejemplo:

☑ Cuando hable con el paciente, hágalo con voz clara, suave, tranquila y pausada.

☑ Utilice música al gusto del paciente.

☑ Evite la luz muy tenue o muy intensa y apáguela durante la noche.



☑ Mantenga al paciente bien hidratado y alimentado. En caso necesario ayúdele para que ingiera su dieta, ponga la charola a su alcance.

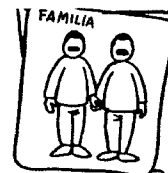
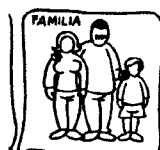
☑ Motive al paciente a la deambulación si es que no esta contraindicada.

☑ Coloque visiblemente en la unidad del paciente un reloj y/o un calendario para que se mantenga ubicado en tiempo.



☑ Platique con los cuidadores para que visiten y convivan con el paciente en todas las actividades posibles

☑ Pídale a los familiares que le coloquen fotos, cartas y frases de aliento en la unidad del paciente.



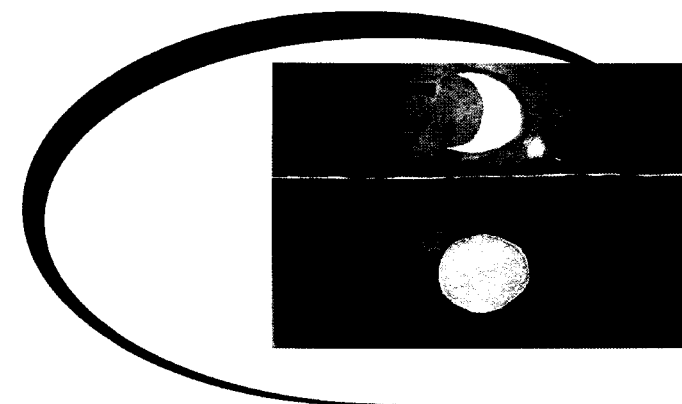
☑ En pacientes con trastornos del sueño y/ o mayores de 65 años, pida a su jefe de servicio un antifaz y proporciónelo al paciente, explíquele que esto le ayudará a conciliar el sueño.



☑ Platique con el paciente durante su jornada de trabajo para que se mantenga despierto y así pueda dormir por la noche.



☑ Si el paciente utiliza aparato auditivo, lentes, prótesis dentales, apoyos para la marcha, u otros dispositivos, proporciónelos y manténgalos cerca de él.



8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Disponible en: URL: mx.news.yahoo.com/s/12042008/7/mexico-atiende-imss-mil-600-consultas-delirium.html Consultado el 2 de mayo del 2008.
- 2- Rossette López B. C. Estudio para determinar la incidencia del delirium en población geriátrica de la Unidad de Cuidados Intensivos, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Tesis para obtener el título de especialidad en Psiquiatría. México, 2006.
- 3- González Tugas M. Delirium, adaptación de un instrumento de detección y evaluación del pronóstico vital asociado. Tesis doctoral. Barcelona, España. 2001-2003
- 4.- Disponible en: URL: www.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada2/poster/p3.html. Consultado el 13 de marzo del 2009.
- 5- M. S. J. Pathy. “Principles and practice or Geriatria Medicine”. Londres. Editorial John Viles & Sons. 1995.
- 6- Formiga E. Marcos, A. Sole, E. Valencia, J. Lora-Tamayo, R. Pujol. “Síndrome confusional agudo en pacientes ancianos ingresados por patología médica.” Rev Clin Esp. 2005. Volumen 205. Número 10. Páginas 484 – 488.
- 7.- Información proporcionada por el Departamento de Estadística Clínica y Archivo Clínico. Casos de Delirium como diagnostico principal al ingreso de Enero a Marzo del 2008.
- 8.- Carta de los derechos generales de los pacientes. Disponible en: URL: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7471.doc. Consultado el 10 de marzo del 2009.
- 9.- Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. Disponible en: URL: www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/codigo_etica.pdf. Consultado el 10 de marzo del 2009
- 10.- Goldman Howard H. “Psiquiatría general”. México. Editorial Manual Moderno. 2001. Páginas 244-249.
- 11.- Disponible en: URL: edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A48.pdf. Consultado el 2 de mayo del 2008.
- 12.- Villalpando Berumen J. M. Incidencia del delirium, factores asociados a su aparición y sobrevida a largo plazo en pacientes geriátricos hospitalizados en una institución de salud de tercer nivel de atención. Tesis para obtener el título de subespecialidad en Geriatria. México, 2001.

13.- Organización Panamericana de la Salud, oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. Parte II: Confusión Mental o Delirium. Guía de diagnóstico y manejo. Disponible en: URL: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia06.pdf

14.- García Fuentes L. Trastornos psiquiátricos más frecuentes en el adulto mayor. Tesis para obtener el título en la especialidad de medicina familiar. México, 2002.

15.- Brea Andrés E. Identificación del delirium y su asociación con la patología de base al ingreso en pacientes hospitalizados en tercer nivel de atención en áreas clínicas. Tesis para obtener el título de especialista en Medicina Interna. México, 1999.

16.- J. Ruiperei Cantera, J. J. Baztan Cortes, et. Al. "El paciente anciano. 50 casos clínicos comentados". Madrid, España. Editorial McGraw Hill Interamericana. 1998.

17.- Weiner F. Myron, Lipton M. Anne. "Demencias: Investigación, diagnóstico y tratamiento". Barcelona, España. Editorial Masson. 2005.

18.- Matías González T1,2,a, Joan de Pablo R1, Manuel Valdés M3. "Delirium: La confusión de los clínicos." Rev Med de Chile, 2003. Volumen 131. Número 9. Páginas 1051-1060.

19.- Cuidados enfermeros en la atención a las demencias. Disponible en: URL: www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/seegg-cuidados-01.pdf - Consultado el 12 de mayo del 2008.

20.- Disponible en: URL: [www.segg.es/segg/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2018 II.pdf](http://www.segg.es/segg/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2018%20II.pdf). Consultado el 15 de mayo del 2008.

21.- Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. NANDA International. Madrid, España. Editorial Elsevier. 2008.

22.- Mc Closkey Dochterman J., Bulechek M. G. "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)". España. Editorial Elsevier. 2005.

23.- Moorhead S., Johnson M., Maas M. "Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)". España. Editorial Elsevier. 2005.

24.- Disponible en: URL: www.chospab.es/enfermeria/protocolos/originales/PREVENCIONULCERASPRESION.doc. Consultado el 14 de enero del 2009.

25.- Ortega Vargas Ma. C., Suarez Vázquez Ma. G., et. Al. "Manual de evaluación del servicio de calidad en Enfermería. Estrategias para su aplicación." México, D. F. Editorial Médica Panamericana. 2006.

26.- Vera Smith F., Jiménez Muñoz E. del R. "Diagramas de flujo". México, D. F. Editorial Trillas. Abril 2002.