



Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela de Enfermería  
Licenciatura en Enfermería  
Curso: Taller de Producción de Trabajo Final



Universidad Nacional de Cuyo

## ***“Delirium del Paciente Internado en Terapia Intensiva”.***

**Docentes Titular:** Lic. Jorge Michel.

**J.T.P:** Lic. Ana Inés Fernández.

Lic. Estela Franco.

Bioq. Marcos Gai.

**Autora:** Gisel Noemí Amaya.

Mendoza, diciembre de 2022.

## **Advertencia**

***“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.***

## Acta de Aprobación

*Presidente: .....*

*Vocal1: .....*

*Vocal2: .....*

*Trabajo Aprobado el :/...../.....*

## **Prefacio**

La inspiración para la elaboración de este trabajo final de tesis, surge de la propia experiencia y observación en el campo laboral donde me desempeño actualmente.

Es sorprendente como de manera cotidiana se puede observar a un paciente ingresar al servicio de UTI, con todos sus sentidos “bien puestos” y en cuestión de días, incluso horas, convertirse en un ser violento, desorientado, olvidar endonde se encuentra, qué es lo que le sucede y cobrar una fuerza física inimaginable que intentará por todos los medios posibles quitarse cables y guías de suero de su cuerpo, intentará abandonar la unidad en donde se encuentra y no escuchará palabras que lo convenzan de hacer lo contrario.

En la mayoría de los casos, este paciente terminará siendo sedado, hasta el punto de dormirlo en su totalidad, y será sujeto con apósitos y gasas a la cama donde se encontrará postrado durante los próximos días, inclusive semanas, lo que conllevará a presentar múltiples complicaciones, entre las cuales se pueden mencionar, la mayor predisposición a formar úlceras y escaras por decúbito, deterioro de la movilidad, mayor dependencia para satisfacer sus necesidades, por mencionar algunas; todas estas complicaciones surgen de un solo padecimiento que no fue diagnosticado, ni tratado de manera adecuada, y que incluso pueden llevar al paciente a la muerte.

El presente trabajo tiene como finalidad ser el impulsor del estudio y curiosidad de mis colegas enfermeros, como así también de otros agentes sanitarios, para la educación y visibilización de este padecimiento que hoy por hoy, no solo aqueja a las unidades de cuidados intensivos, sino que, ocurre a lo largo y ancho de toda la institución hospitalaria. Siendo los enfermeros aquellos que pasamos más cantidad de horas al lado de los pacientes, es de vital importancia que los cuidados que apliquemos sean de calidad y promuevan la recuperación del paciente.

## Resumen

**Tema:** “Delirium del Paciente Internado en Terapia Intensiva”

**Autor:** Gisel Noemí Amaya

**Lugar:** “Servicio de Terapia Intensiva de Hospital Privado Clínico y Hospital Privado Quirúrgico, Ciudad de Mendoza- Argentina”

**Objetivos:** El principal objetivo de esta investigación es conocer el nivel de conocimientos que poseen los enfermeros de Terapia Intensiva respecto a la prevención y detección de pacientes con Delirium. Determinar signos y síntomas del padecimiento. Conocer tablas y escalas para monitorización de casos. Establecer acciones de enfermería adecuadas.

**Diseño:** Los datos fueron recabados a través de una encuesta de preguntas cerradas, de opción múltiple con una sola respuesta correcta. Que fue distribuida a una muestra total de 27 enfermeros que se desempeñan en los servicios de Terapia Intensiva de Hospitales Privados.

**Resultados:** Se obtuvieron un total de 24 respuestas de la muestra total, concentrándose la mayor cantidad de encuestados, proveniente de Hospital Privado Quirúrgico. La mayoría de profesionales 67% resultaron ser enfermeros profesionales. Los resultados fueron variados, se pudo observar que un 62% no pudo describir correctamente de que se trata el Delirium. Un 50% cree que Delirium y Demencia es la misma enfermedad. Un 75% desconoce las escalas de detección del Delirium. Y un 37% accionaria inadecuadamente para tratar a un paciente con Delirium instalado.

**Conclusión:** Se pudo observar que los síntomas de Delirium son reconocidos con facilidad por los profesionales, sin embargo, no existen medidas de prevención establecidas, la mayoría no conoce las escalas de detección y monitorización, por lo tanto, no las utilizan. No existen protocolos establecidos en el servicio donde se desempeñan. Una parte de los encuestados, opta por la sedación excesiva de los pacientes.

Es necesario realizar una capacitación continua acerca del tema estudiado, y la introducción de herramientas adecuadas para lograr una mejor prevención y detección del Delirium. Realizar protocolos de actuación adecuados e introducirlos en la cotidianidad del trabajo que desempeñan los profesionales de estos servicios.

**Palabras Clave:** *Delirium, Enfermería, Terapia Intensiva, CAM-ICU, RASS, Demencia, Síndrome Confusional Agudo, SATI.*

<b>ÍNDICE GENERAL</b>	<b>Pág.</b>
<i>Advertencia</i> -----	<i>I</i>
<i>Acta de aprobación</i> -----	<i>II</i>
<i>Prefacio</i> -----	<i>III</i>
<i>Resumen</i> -----	<i>IV</i>
<b><i>CAPÍTULO I: Planteo del Problema</i></b> -----	<b><i>1</i></b>
<i>Introducción</i> -----	<b><i>2</i></b>
<i>Descripción del problema</i> -----	<b><i>3</i></b>
<i>Formulación del problema</i> -----	<b><i>4</i></b>
<i>Objetivos de investigación</i> -----	<b><i>5</i></b>
<i>Objetivo General</i>	
<i>Objetivos Específicos</i>	
<i>Justificación</i> -----	<b><i>6</i></b>
<b><i>Marco Teórico</i></b>	
<b><i>Apartado I: Generalidades del Delirium</i></b> -----	<b><i>7</i></b>
<b><i>Cuadro N°1” Factores Predisponentes/Factores precipitantes”</i></b> -----	<b><i>9</i></b>
<i>Fisiopatología</i> -----	<b><i>10</i></b>
<b><i>Cuadro N°2 “Biomarcadores del Delirium”</i></b> -----	<b><i>13</i></b>
<i>Formas Clínicas</i> -----	<b><i>14</i></b>
<i>Delirium y Demencia</i> -----	<b><i>14</i></b>

<b>Cuadro N°3 “Cuadro comparativo Delirium vs Demencia”-----</b>	<b>15</b>
<b>    Criterios Diagnósticos-----</b>	<b>16</b>
<b>Cuadro N°4 “Criterios Diagnósticos para Delirium DSM 4ta Edición”-----</b>	<b>16</b>
<b>    Manejo farmacológico del Delirium-----</b>	<b>17</b>
<b>Apartado II: Detección y Prevención desde Enfermería en Unidad de Terapia Intensiva-----</b>	<b>24</b>
<b>    Detección del Delirium en Pacientes de Terapia Intensiva-----</b>	<b>25</b>
<b>    Utilización e Interpretación de la Escala CAM-ICU-----</b>	<b>27</b>
<b>    Cuadro N°5 “Escala de Sedación de Richmond”-----</b>	<b>28</b>
<b>    Cuadro N°6 “Interpretación Escala CAM-ICU”-----</b>	<b>29</b>
<b>    Prevención del Delirium-----</b>	<b>30</b>
<b>    Acciones de Enfermería Dentro del Servicio de Terapia Intensiva-----</b>	<b>30</b>
<b>    Intervenciones no Farmacológicas-----</b>	<b>31</b>
<b>    Cuadro N°7 “Factores de Riesgo/ Intervenciones de Enfermería”-----</b>	<b>33</b>
<b>    Justificación Científica de las Intervenciones de Enfermería-----</b>	<b>35</b>
<b>    Intervenciones Farmacológicas-----</b>	<b>36</b>
<b>CAPÍTULO II: Diseño Metodológico-----</b>	<b>38</b>
<b>    Tipo de Estudio-----</b>	<b>39</b>
<b>    Área de Estudio-----</b>	<b>39</b>
<b>    Población de Estudio-----</b>	<b>39</b>
<b>    Criterios de Inclusión y Exclusión-----</b>	<b>40</b>
<b>    Aspectos Éticos y Legales-----</b>	<b>40</b>

<i>Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos</i> -----	40
<i>Variables Operacionalización</i> -----	41
<i>Variable N°1 “Enfermeros de Servicio de Terapia Intensiva”</i> -----	41
<i>Variable N°2 “Conocimientos Sobre Delirium”</i> -----	42
<i>Variable N°3 Detección de Delirium en UTI</i> -----	42
<i>Variable N°4 “Acciones de Enfermería en la Prevención del Delirium”</i> -----	43
<i>Análisis, Procesamiento, Presentación de Datos</i> -----	44
<b>CAPITULO III: Resultados, Discusión y Propuestas</b> -----	61
<i>Resultados</i> -----	62
<i>Discusión</i> -----	64
<i>Propuestas de Acción</i> -----	67
<b>Apéndice y Anexos</b> -----	69
<i>Bibliografía General</i> -----	70
<i>Encuesta “Delirium en el Paciente Crítico”</i> -----	72
<i>“Escala CAM-ICU”</i> -----	76
<i>Notas de autorización</i> -----	77
<i>Tabla Matriz</i> -----	80

<b>ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS</b>	<b>Pág.</b>
<b>Tabla N°1-----</b>	<b>44</b>
<b>Gráfico N°1-----</b>	<b>44</b>
<b>Tabla N°2-----</b>	<b>45</b>
<b>Gráfico N°2-----</b>	<b>45</b>
<b>Tabla N°3-----</b>	<b>46</b>
<b>Gráfico N°3-----</b>	<b>46</b>
<b>Tabla N°4-----</b>	<b>47</b>
<b>Gráfico N°4-----</b>	<b>47</b>
<b>Tabla N°5-----</b>	<b>48</b>
<b>Gráfico N°5-----</b>	<b>48</b>
<b>Tabla N°6-----</b>	<b>49</b>
<b>Gráfico N°6-----</b>	<b>49</b>
<b>Tabla N°7-----</b>	<b>50</b>
<b>Gráfico N°7-----</b>	<b>50</b>
<b>Tabla N°8-----</b>	<b>51</b>
<b>Gráfico N°8-----</b>	<b>51</b>
<b>Tabla N°9-----</b>	<b>52</b>
<b>Gráfico N°9-----</b>	<b>52</b>
<b>Tabla N°10-----</b>	<b>53</b>

<b>Gráfico N°11</b>	<b>53</b>
<b>Tabla N°11</b>	<b>54</b>
<b>Gráfico N°12</b>	<b>54</b>
<b>Tabla N°12</b>	<b>55</b>
<b>Gráfico N°13</b>	<b>55</b>
<b>Tabla N°13</b>	<b>56</b>
<b>Gráfico N°13</b>	<b>56</b>
<b>Tabla N°14</b>	<b>57</b>
<b>Gráfico N°14</b>	<b>57</b>
<b>Tabla N°15</b>	<b>58</b>
<b>Gráfico N°15</b>	<b>58</b>
<b>Tabla N°16</b>	<b>59</b>
<b>Gráfico N°16</b>	<b>59</b>
<b>Tabla N°17</b>	<b>60</b>
<b>Gráfico N°17</b>	<b>60</b>

# **CAPÍTULO I**

## **Planteo del Problema.**

# **DELIRIUM DEL PACIENTE INTERNADO EN TERAPIA INTENSIVA**

## **Introducción**

El presente trabajo de Tesis Final de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo, engloba las principales generalidades acerca del Delirium, un padecimiento invisibilizado y sub-diagnosticado. Se trata de una creciente epidemia dentro de los centros hospitalarios, afectando desde los servicios de internación clínica hasta los servicios cerrados como Terapia Intensiva.

Se trata de un síndrome o padecimiento de origen multiorgánico, agudo y transitorio. Sus manifestaciones más comunes abarcan una serie de síntomas como alteraciones de la atención, la percepción y la memoria. El paciente puede cursar en estado hipoactivo, hiperactivo o mixto. Este padecimiento puede afectar tanto a personas jóvenes, como así también adultos mayores, siendo estos últimos la población con mayor incidencia de casos.

Debido a los múltiples desencadenantes del Delirium, resulta difícil anticipar que paciente lo desarrollará durante su estancia en Unidad de Cuidado Críticos. Por lo que, durante los últimos años debido a su creciente incidencia, se han desarrollado herramientas (tablas de puntaje y escalas) para lograr pronosticar y monitorizar a los pacientes propensos a desarrollarlo, como así también aquellos que ya lo están cursando. El rol de enfermería resulta de gran importancia para la prevención, detección y relevamiento de casos. Debido a la gran cantidad de horas que pasa el enfermero al lado de los pacientes, posee mayor facilidad para detectar fluctuaciones en el nivel de conciencia y desorientación de los mismos.

Por lo que este trabajo busca evaluar el nivel de conocimientos que poseen los enfermeros, como así también valorar el uso de herramientas para detectar Delirium dentro del servicio de UTI. Una monitorización efectiva, prevención no farmacológica e intervenciones adecuadas a tiempo, dan como resultado una disminución en los niveles de mortalidad de estos pacientes, siendo un índice de calidad en los servicios de salud hospitalarios.

## Descripción del Problema

El delirium o Síndrome Confusional Agudo (SCA), se trata de un padecimiento muy común en los pacientes que transitan su internación en los Servicios de Terapia Intensiva. Se trata de un síndrome multifactorial y que en muchas ocasiones es desencadenado dentro de los servicios, debido a los múltiples procedimientos a los cuales es sometido el paciente.

Según la SATI (Sociedad Argentina de Terapia Intensiva), su incidencia se ha incrementado entre un 50-90% durante los últimos años. Dejando entre ver que se trata de una problemática cotidiana.<sup>1</sup>

Actualmente en nuestro país, se presume que son pocos los servicios de Terapia Intensiva, que utilizan medidas de detección y prevención del delirium en sus pacientes. Acciones que pueden ser desempeñadas por el servicio de enfermería para detectar y prevenir el delirium, en muchas ocasiones no se realizarían por desconocimiento, o se prefiere dar aviso a los médicos que finalmente indican sedar al paciente, lo cual perpetuaría el estado y empeoraría la situación médica del mismo.

Se presume que existe una escasa utilización de tablas de puntaje o score para detectar la potencialidad de estos casos, debido a esta baja monitorización se puede sugerir que este síndrome es sub-diagnosticado, y muchas veces confundido con otros padecimientos de origen psiquiátrico, como la demencia, por lo que son pasados por alto y no serían tratados con la terapéutica adecuada.

Se creería que, debido a la falta de conocimiento y preparación por parte de enfermería, este síndrome es como ya se mencionó sub-diagnosticado, no se utilizarían medidas preventivas y esto conllevaría a aumentar el riesgo de mortalidad de los mismos.

---

<sup>1</sup> Capítulo de Enfermería Crítica. Protocolos Y Guías de Práctica Clínica. Sociedad Argentina de TerapiaIntensiva.

## **Formulación del Problema**

¿Qué conocimientos poseen los enfermeros en la detección y prevención temprana del delirium en pacientes lúcidos ingresados en Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Privado, durante el segundo semestre del año 2022?

## **Objetivos de Investigación**

### **Objetivo General:**

- Determinar el nivel de conocimientos que poseen los enfermeros en la prevención y detección temprana del delirium.

### **Objetivos Específicos:**

- Conocer los signos y síntomas del delirium.
- Determinar los factores de prevención y escalas de medición para la detección del delirium.
- Establecer el nivel de conocimiento de los enfermeros de UTI sobre delirium en pacientes UTI.

## **Justificación:**

Debido a la gran incidencia de este padecimiento en los pacientes de terapia intensiva, se creería que es de vital importancia para el Servicio de Enfermería profundizar en los conocimientos ya adquiridos durante la formación y aumentar las herramientas que se tienen al alcance para aportar una mayor calidad en los cuidados brindados a los pacientes.

Los signos y síntomas tempranos de delirium en pacientes UTI podrían ser fácilmente detectados por los enfermeros que trabajan en el servicio. Y también prevenidos, mediante acciones no farmacológicas que estarían al alcance de cualquier institución. También existen tablas de puntaje basadas en evidencia científica que son de gran ayuda en la detección precoz del paciente con delirium y que podrían ser fácilmente aplicadas por el personal de enfermería y médicos, entre las cuales se pueden nombrar (RASS: Escala de sedación y agitación de Richmond. Nu-DESC: Nursing Delirium Screening Scale- CAM ICU: Algoritmo diagnóstico del Confusión Assesment Method para Unidades de Cuidados Intensivos); las mismas permiten determinar mediante escalas numéricas y evaluaciones visuales del operador, las alteraciones cognitivas del paciente.

De esta manera, si estas escalas fueran utilizadas a conciencia por el personal, se puede llevar a cabo una monitorización constante y cotidiana del paciente, pudiendo detectar de manera temprana signos y síntomas de delirium; y así se tomaría las medidas necesarias para evitar que el paciente empeore.

La evaluación integral del paciente y la aplicación de estas herramientas en los servicios de enfermería ayudarían a disminuir los índices de mortalidad asociados a este síndrome, las secuelas neurológicas serían más leves, la estancia en UTI sería más corta y los gastos económicos para las instituciones serían más bajo.

# **Marco Teórico**

## **Apartado I**

### **Delirium Generalidades**

**Delirium** o también llamado Síndrome Confusional Agudo (SCA), se trata de un padecimiento de origen orgánico, de inicio agudo y curso fluctuante; que se manifiesta con alteración cognitiva, de la memoria y de la percepción del paciente.

Sus síntomas característicos suelen ser perturbaciones de la memoria, agitación, pensamiento desorganizado, habla confusa, o mutismo, alucinaciones visuales, o auditivas. Su evolución puede durar horas o incluso días, en la mayoría de los casos suele ser reversible una vez que se detecta y se trata la causa subyacente. En algunos casos, este episodio puede preceder al estupor y coma.

Según en Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales 4ta edición (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría, se define como “Un estado alterado de la conciencia, la atención, y la percepción, de inicio agudo y evolución fluctuante.”<sup>2</sup>

Según la SATI, se describe una incidencia del 30% en pacientes de sala general y entre 10-60% en pacientes quirúrgicos, siendo la principal complicación en post-operatorios de cirugía cardiovascular, fracturas de cadera, o cirugías neurológicas, procedimientos comunes en adultos mayores. Ocurre con mayor incidencia en los servicios de terapia intensiva con un porcentaje que ronda entre 50-90%, en aquellos pacientes expuestos a múltiples procedimientos, de edad avanzada, que han requerido asistencia mecánica respiratoria y que presentan factores predisponentes a generar este tipo de síndrome.<sup>3</sup> El delirium suele aparecer en pacientes susceptibles, es decir que existen factores de riesgo propios del paciente (predisponentes) y otros que se presentan durante la internación en los servicios (precipitantes), que lo hacen más vulnerable a sufrir delirium durante su internación.

---

<sup>2</sup> Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales (4ed.). (1994). Barcelona: Masson S.A. <sup>3</sup> Capítulo de Enfermería Crítica. Protocolos Y Guías de Práctica Clínica. Sociedad Argentina de TerapiaIntensiva.

A continuación, en la siguiente tabla, se describen los factores anteriormente mencionados:

**Cuadro N°1: “Factores Predisponentes/ Factores Precipitantes.”<sup>4</sup>**

<b>FACTORES PREDISPONENTES</b>	<b>FACTORES PRECIPITANTES</b>
Se trata de <b>factores basales</b> que suponen una vulnerabilidad propia del paciente, por ejemplo: adultos mayores de 70 años, que provengan de un asilo, que padezcan depresión, dementes, con ACV previo, epilepsia, enolismo, ingesta de drogas ilícitas, hipo/hiper tiroidismo, diabetes mellitus, disminución de la capacidad visual y/o auditiva, desnutrición, entre otros.	Se trata de <b>factores externos</b> al paciente durante su internación, por ejemplo: estímulos dolorosos, lesiones, bajos niveles de oxígeno, alteraciones del metabolismo, TEC, desequilibrio hidroelectrolítico, pacientes con restricción física, que ingieran medicación psiquiátrica (hipnóticos, sedantes, anticolinérgicos), exacerbación de enfermedades crónicas, aparición de enfermedades agudas como por ejemplo una infección entre otros.

*Elaboración Propia*

Entre otros factores predisponentes que ocurren en el ambiente del servicio de internación se pueden mencionar: la luz que existe en la habitación, que comúnmente se mantienen encendidas durante horas, sin respetar los ciclos de vigilia y sueño. Sonidos molestos que son provocados por el mismo personal que ingresa a realizar procedimientos, movimiento de equipos, servicio de limpieza, en ocasiones música alta, o alarmas provenientes de los monitores, respiradores, etc. También es de importancia resaltar la falta o dificultad en la comunicación con el personal que puede ocurrir debido a que el paciente no posee su dentadura y le es difícil expresarse, o en pacientes que padecen hipoacusia y requieren audífonos, y

<sup>4</sup> Medicina Interna de México Vol. 26 Núm. 2 marzo- Abril Págs. 130-139. (Esper Raúl –Ojino Jesús) 2010

son despojados de estos elementos cuando ingresan a los servicios. Como así también situaciones en que el paciente presente dolor intenso y no pueda expresarlo verbalmente, o la realización de procedimientos durante las horas de sueño, como venoclisis, baños etc.

### **Fisiopatología**

En la actualidad, aun no se conoce con exactitud el mecanismo de desarrollo de este síndrome, sin embargo, se desarrollan varias posibilidades, ya que se trata de un trastorno multiorgánico.

Según la SATI, se plantean varias vías de estudio para el entendimiento de la fisiopatología del delirium, las cuales se describen a continuación:

***Lesiones de las estructuras cerebrales:*** Mediante diagnóstico por imágenes, se pueden observar distintas alteraciones de la anatomía de la corteza cerebral, sobre todo en región frontal y parietal posterior, en aquellos pacientes que padecen delirio. Como así también se pudo observar atrofia de sustancia blanca y sustancia gris, hasta en un 61% de pacientes estudiados. <sup>5</sup>

***Hipoflujo cerebral:*** Se presume que, durante los episodios de delirio, existe una disminución del flujo sanguíneo cerebral, que podría encontrarse asociado a distintas drogas sedantes, o condiciones médicas. Debido a estos episodios de baja perfusión cerebral, puede concurrir que el paciente padezca fluctuaciones en su estado cognitivo, y se sumerja en episodios de delirio. Si este bajo flujo sanguíneo es persistente en el tiempo, el paciente puede sufrir daños irreversibles en las estructuras cerebrales; desencadenando un deterioro cognitivo crónico.<sup>6</sup>

***Disbalance de neurotransmisores:*** Existen alteraciones de la producción y la degradación de distintos neurotransmisores, como el ácido gama-amino butírico

---

<sup>5,6</sup> Capitulo De Enfermería Critica. Protocolos Y Guías de Práctica Clínica. Sociedad Argentina de TerapiaIntensiva

(GABA), glutamato, acetilcolina, y monoaminas (dopamina, serotonina); estas alteraciones generalmente están asociadas a un envejecimiento normal del ser humano, que provoca cambios estructurales y metabólicos en la secreción de estos neurotransmisores. Algunos medicamentos utilizados en los servicios de UTI, como el propofol, son altamente GABAérgicos, generando disrupciones en la conectividad cerebral, y facilitando la aparición de delirio. Los pacientes tratados con medicamentos anticolinérgicos, como los antidepresivos, presentan mayor riesgo de padecer delirio, y se ha observado que, al retirar este medicamento, hay una notable mejoría y desaparición del síndrome.<sup>7</sup>

**Narcóticos:** Los fármacos sedantes e hipnóticos representan un factor de riesgo para el desarrollo del delirio. Por lo general, los pacientes internados en los servicios de UTI son expuestos a estos fármacos de manera prolongada, son poco regulados según sus necesidades, convirtiéndolos en un verdadero factor desencadenante de este síndrome.<sup>8</sup>

**Sepsis:** “Encefalopatía séptica”, representa el principal factor desencadenante de delirio. Se ha descrito, una disminución del flujo sanguíneo de oxígeno al cerebro y de nutrientes, provocada por el desencadenamiento de la cascada inflamatoria, en respuesta a la infección sistémica. Se ven también involucradas células inflamatorias como citoquinas y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) que promueven la adhesión del leucocito al endotelio vascular provocando daño, desencadenando así neurotoxicidad. También puede provocarse una coagulación intravascular diseminada (CID), edema cerebral y hemorragia, aumentando el riesgo de mortalidad del paciente.<sup>9</sup>

**Anestesia y cirugía:** Se han descritos casos de delirium con mayor frecuencia en pacientes post operatorios, se piensa que existen múltiples causas por las que

---

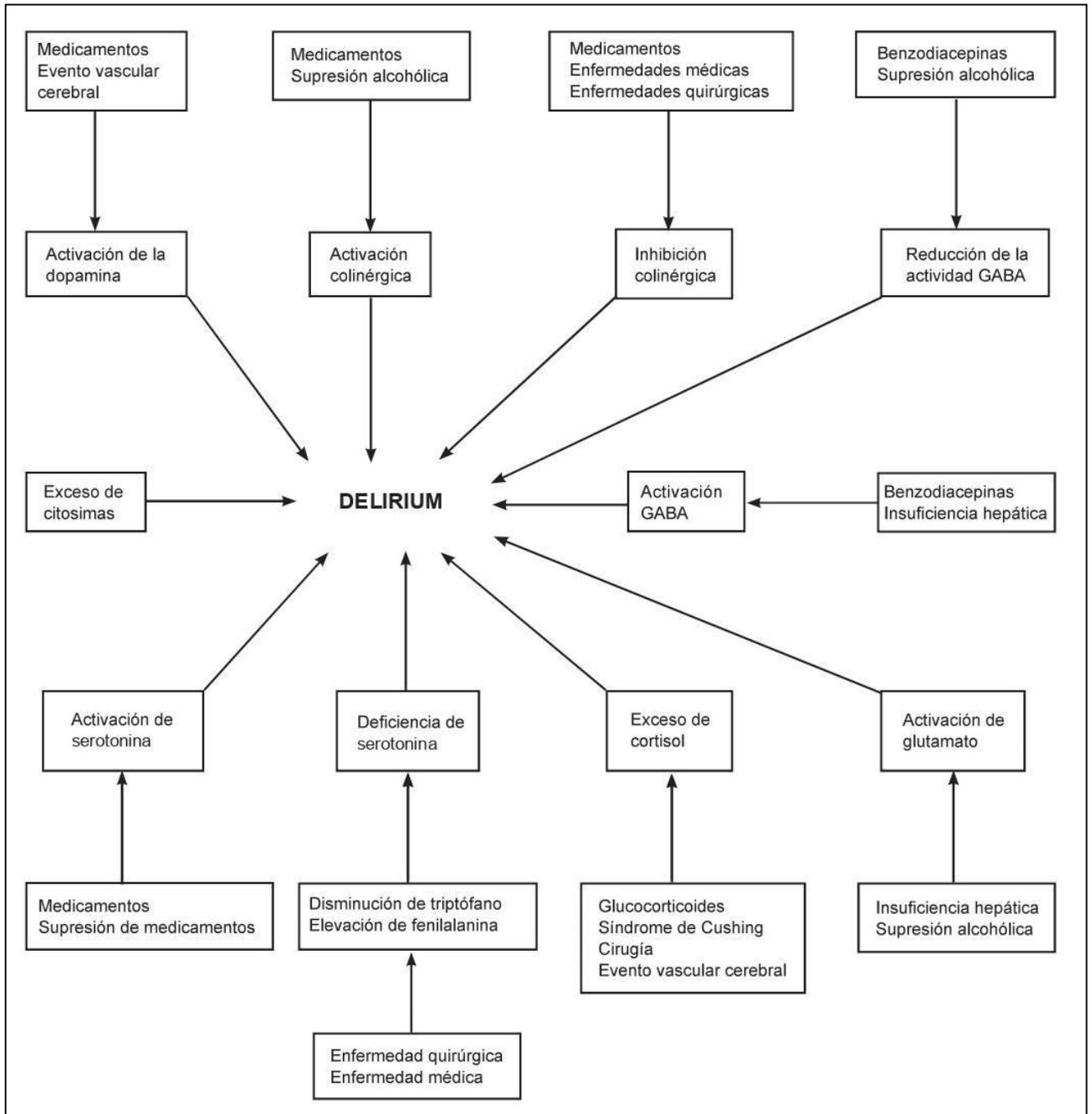
<sup>7,8,9</sup> Capítulo De Enfermería Crítica. Protocolos Y Guías de Práctica Clínica. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

podría generarse un episodio, luego del paso por quirófano de los pacientes, entre los que más se destacan, se pueden mencionar la formación de micro émbolos, que se desplazan por el sistema circulatorio, pudiendo provocar hipo-perfusión de tejidos. Respuesta inflamatoria, provocada por el ingreso de agentes desconocidos en el organismo. Utilización de anestesia local y/o general. Hipo-perfusión de tejidos, se cree que una caída de la presión arterial media, combinado con una baja disponibilidad de oxígeno, son factores predisponentes a una alteración de la función cognitiva de manera temprana.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Capitulo De Enfermería Crítica. Protocolos Y Guías de Práctica Clínica. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

**Cuadro N°2. “Biomarcadores Del Delirium.”**



Extraído de *Medicina Interna de México* Vol. 26 Núm. 2 marzo- Abril Págs. 130-139.  
 (Esper Raúl – Ojino Jesús) 2010

## Formas clínicas:

Existen tres formas clínicas en las que se pueden presentar los síntomas de este síndrome, que se mencionan a continuación:

- a) **Delirio hipoactivo:** El paciente se muestra letárgico, apático, existe disminución de las interacciones con el medio externo, la interacción con el personal o la familia es mínimo, desorientación temporo-espacial, alteración del ritmo circadiano, dificultad en la concentración y la realización de actividades simples. Este subtipo es el más común (43,5%)<sup>11</sup>
- b) **Delirio hiperactivo:** El paciente se muestra irritable, agitado, verborragico, inquieto, algunas veces agresivo, poniendo en riesgo su integridad y la del personal; pudiendo retirarse, catéteres, sondas vesicales, lesiones por forcejeo, peligro de caídas. Al igual que en el delirio hipoactivo, hay dificultad en la concentración, la memoria se ve afectada, desorientación, y se alteran los ciclos de vigilia y sueño. Aparece hasta en un 1,5% de los casos<sup>12</sup>
- c) **Delirio mixto:** El paciente muestra una combinación de los dos tipos anteriores. Aparece hasta en un 54,1% de los casos<sup>13</sup>

## Delirium y Demencia.

Como anteriormente se ha hecho mención, este síndrome es sub-diagnosticado, en reiteradas oportunidades; esto se debe a que los síntomas y características del paciente, se encuentran estrechamente asociados a otros padecimientos psiquiátricos como la demencia. Debido a esto, existe una dificultad en su correcto diagnóstico médico provocando así un retraso en el tratamiento, y disminuye las posibilidades de un mejor manejo no farmacológico. Por lo anterior mencionado, es necesario destacar la importancia de poder diferenciar ambas patologías.

---

<sup>11,12,13</sup>Delirio del Enfermo Grave. (2007). Revista De La Asociación Mexicana de Medicina Critica Y Terapia Intensiva,21(1),38-44.

Según describe E. Wesley en el Manual de Entrenamiento para la utilización de la escala CAM- ICU, la demencia se trata de un déficit cognitivo generalizado, en el cual el deterioro de las habilidades intelectuales es adquirido previamente. De inicio lento que puede durar semanas y meses. Existe un deterioro de la memoria, sin embargo, la atención no se encuentra alterada, hasta que la enfermedad se encuentra en un estado avanzado. El déficit cognitivo puede ser tan grave, que afecta la vida ocupacional y social del paciente. “Pensar en: inicio gradual, deterioro intelectual, alteración de la memoria”.<sup>14</sup> El delirium puede aparecer acompañado de la demencia, por lo que es de suma importancia el correcto diagnóstico de ambas patologías. En tal caso se deberá examinar al paciente en busca de las características que diferencian a uno del otro.

Para poder observar las diferencias con mayor facilidad, se expone a continuación el siguiente cuadro comparativo:

**Cuadro N° 3. “Cuadro comparativo Delirium vs Demencia.”**

	<b><i>Delirium</i></b>	<b><i>Demencia</i></b>
<b><i>Comienzo</i></b>	Súbito	Gradual
<b><i>Curso</i></b>	Fluctuante	Progresivo
<b><i>Memoria</i></b>	Alterada	No necesariamente alterada
<b><i>Cognición</i></b>	Alterada	Alterada
<b><i>Percepción</i></b>	Alucinaciones vividas frecuentes	Alucinaciones rara vez
<b><i>Atención</i></b>	Alterada	Normal
<b><i>Delirio</i></b>	Ideas delirantes presentes	Ausentes
<b><i>Actividad psicomotriz</i></b>	Agitación / letargia o mixta	Normal

*Extraído de Esper, R. & García, J. (2010). Delirium en el enfermo grave. Med.Int. Mex, 26 (2), 130-139.*

<sup>14</sup> Wesley, E. (2002). Manual de Entrenamiento. En el Método Para la Evaluación de la Confusión en la UCI(5). Nashville; Vanderbilt University

## Criterios Diagnósticos

Para el correcto diagnóstico del delirium, se utilizarán los criterios aportados por el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales 4ta Edición.

### Cuadro N°4. “Criterios Diagnósticos para Delirium DSM 4ta Edición”

<b>Criterio A</b>	Disminución de la capacidad de <b>atención</b> al entorno. La capacidad para centrar mantener, dirigir la atención se encuentra deteriorada.
<b>Criterio B</b>	Cambio en las funciones cognitivas. Deterioro de la memoria, desorientación o alteraciones del lenguaje. Alteraciones de la <b>percepción</b> , que no se explica por demencia previa
<b>Criterio C</b>	La alteración se presenta en un <b>corto periodo de tiempo</b> ( horas o días), y tiende a <b>fluctuar</b> en el tiempo.
<b>Criterio D</b>	<b>Demostración</b> a través de la exploración física, pruebas de laboratorio.

*Extraído de Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales (4ed.). (1994). Barcelona:Masson S.A.*

Para el correcto diagnóstico del Delirium el profesional médico que evalúe al paciente deberá primeramente realizar una exploración física general en busca de factores predisponentes a presentar delirium, los cuales pueden ser fiebre, retención urinaria, TEP, deshidratación, impactación fecal, etc. Incluyendo en el examen la exploración neurológica déficit neurológico, signos meníngeos, temblor,

alteración en las pupilas, entre otros. Con ello es probable que se dé con la causa que disparó el episodio de delirium.<sup>15</sup>

Se debe realizar una evaluación de las funciones mentales:<sup>16</sup>

- **Atención:** Se le puede pedir al paciente que cite los días de la semana o meses del año, que diga palabras que comiencen por una letra determinada, o que cuente los números en orden inverso, entre otras.
- **Orientación:** Se le puede pedir al paciente que diga en que hospital se encuentra, la fecha del día, la provincia y el país donde se encuentra.
- **Memoria:** Se le puede pedir al paciente que diga su nombre completo, donde vive, si tiene hijos cuáles son sus nombres, cual fue el motivo por el que ingreso al hospital.

Además, se deberá evaluar otras conductas como la actividad psicomotora (agresivo/letárgico), la función afectiva (depresión, apatía, ansiedad) y el ciclo vigilia/sueño, que por lo general se encuentra alterado el ciclo circadiano en la mayoría de los pacientes.

Finalmente, todos los exámenes anteriores deberán complementarse con estudios como hemograma y orina, electrocardiograma, Rayos x, encefalogramas, resonancias magnéticas, etc.

### **Manejo farmacológico del Delirium.**

En la actualidad no existen fármacos específicos para el tratamiento del delirium. Sin embargo, existen drogas de variada potencia farmacológica, que ayudan a disminuir los síntomas; aunque se ha comprobado que la manera más efectiva de eliminar los episodios de delirio es detectar el factor precipitante y eliminarlo de manera rápida. Posteriormente se deberá iniciar tratamiento farmacológico, si es

---

<sup>15, 16</sup> Jiménez, M. (2006). Delirium o Síndrome Confusional Agudo. Tratado de Geriatria Para Residentes (189-198). Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología

requerido, por el menor tiempo posible, y con dosis adecuadas al paciente; solo en situaciones en que la causa subyacente no pueda ser hallada o solucionada de manera rápida.

El tratamiento farmacológico buscara evitar la sedación del paciente siempre que sea posible, para evitar complicaciones como bronco aspiraciones, depresión del sistema respiratorio, inmovilización del paciente, etc. En la actualidad no hay ningún medicamento para el delirium aprobado por la FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos). Se deberá elegir, el fármaco adecuado para el paciente, en la dosis mínima terapéutica, que produzca los menores efectos secundarios y se administrará durante el menor tiempo posible, hasta el cese de los síntomas.

A continuación, se describirán algunos de los medicamentos utilizados en terapia, para el tratamiento del Delirium.

### ***Antipsicóticos (neurolépticos)***

Se trata de medicamentos cuyo principal efecto es la estabilización de la función cerebral, ya que actúan sobre diversos neurotransmisores (dopamina, serotonina, acetilcolina) que están implicados en el desarrollo del delirium. Producen la disminución de los síntomas positivos de la psicosis como alucinaciones, ideas delirantes, dificultad en el lenguaje, agitación. Funcionan también como estabilizadores del ánimo, disminuyendo la hipomanía, la depresión, y a su vez también pueden producir una sedación leve lo que ayuda en la disminución de la ansiedad del paciente.<sup>17</sup> Se clasifican en dos grupos, antipsicóticos típico y atípicos.

---

<sup>17</sup> Herlyn S. Antipsicóticos. Universidad De Buenos Aires (2016)

## Neurolépticos típicos:

**-Haloperidol:** Se considera el fármaco de primera línea para el tratamiento de los síntomas de delirium, recomendado por la FDA, y las guías de la SCCM (Sociedad de Medicina de Cuidado Crítico).

Se trata de una butirofenona, con efecto dopaminérgico sobre los receptores D2. Actúa de forma rápida, y los efectos secundarios son menores. Puede administrarse en comprimidos, gotas orales, por vía intramuscular, o endovenosa en los casos de urgencia.<sup>18</sup>

La vía intramuscular es una de las más efectivas, especialmente administrada en el musculo deltoides. Se metaboliza en hígado y se excreta a través de la bilis y la orina. Posee una vida media entre 24 y 36hs. No se recomienda su administración en infusión continua. Se recomienda iniciar con dosis bajas, y se deberá repetir la dosis cuando la agitación sea persistente, puede asociarse con un benzodiacepina en casos de ansiedad que no pueda controlarse. Se deberá disminuir la droga de manera progresiva antes de retirarla.<sup>19</sup>

En pacientes con cardiopatías, se deberá administrar de manera controlada, ya que produce un alargamiento del segmento QT, lo que puede provocar fibrilación ventricular y muerte súbita. Se recomienda realizar electrocardiogramas de manera regular, y suspender el medicamento en caso de aparecer alguna anomalía en el trazado electrocardiográfico.<sup>20</sup>

Los efectos secundarios que pueden llegar a aparecer con la utilización del haloperidol son distonías agudas, espasmos laríngeos hipertermia maligna en casos raros. Los efectos más comunes son los extra-piramidales como temblores, contracturas, inquietud, lentitud en los movimientos, dificultad en la movilización.

---

<sup>18, 19</sup> Gómez, V., Castañeda, A., Rojas, A. (2020). Medicamentos Asociados al Desarrollo del Síndrome Confusional Agudo (delirium) en Adultos Mayores. (Seminario de investigación) Universidad CES, Medellín.

<sup>20</sup> Herrejon, E., Romera, M.A. Delirio en el Paciente Crítico. Medicina Intensiva. Hospital Infanta Leonor.32(1) 77-99. Vallecas, España

Estos síntomas pueden durar días o semanas incluso luego de retirada la medicación.<sup>21</sup>

“En un estudio de cohortes recientemente publicado en Crit Care Med 2005 se encontró que en casi 1000 pacientes con ventilación mecánica de más de 48 hs el haloperidol se asoció a una reducción de la mortalidad hospitalaria, comparado con los pacientes que no lo recibieron, aunque no se pudo probar una relación causa efecto.”<sup>22</sup>

### **Neurolépticos atípicos:**

**-Risperidona:** Al igual que los antipsicóticos típicos, posee efecto dopaminérgico sobre los receptores D2. Es de principal elección debido a su rápido accionar. Sin embargo, únicamente se dispone de dosis por vía oral, lo que presenta una dificultad en su administración en los casos en los que el paciente se encuentre demasiado agitado, y no pueda ingerir la medicación. Se administrará en los casos en que el haloperidol no haya sido efectivo, o se necesite prolongar el tratamiento. De elección en pacientes con un deterioro cognitivo previo, debido a que posee bajo efectos anticolinérgicos. La risperidona a bajas dosis es el medicamento de primera elección.<sup>23</sup>

**-Clozapina:** Posee un efecto antipsicótico altamente efectivo, sin embargo, no se trata de un fármaco de primera elección, debido a que posee efectos secundarios hematológicos peligrosos (agranulocitosis), disminuyendo la cantidad de glóbulos blancos, durante las primeras semanas de tratamiento, poniendo en riesgo potencial la salud del paciente.

---

<sup>21,22</sup> Capítulo de Enfermería Crítica. Protocolos y Guías de Práctica Clínica. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

<sup>23</sup> Herlyn S. Antipsicóticos. Universidad De Buenos Aires (2016)

Debido a este efecto secundario, se recurre a ella únicamente en los casos en los que hayan fallado los fármacos de primera elección. Cuando este neuroléptico es utilizado, se debe realizar monitorización del estado hematológico, para control del recuento de glóbulos blancos, de manera periódica.

Además, los pacientes pueden presentar sialorrea, miocarditis entre otros efectos secundarios.<sup>24</sup>

**-Olanzapina:** Similar a la clozapina, también altamente efectiva, aun en dosis altas. Posee afinidad por los receptores dopaminérgico, serotoninérgicos, histamínicos y muscarínicos, en menor proporción sobre receptores dopaminérgico; poseyendo así un amplio perfil farmacológico.

Los efectos secundarios más comunes, son el aumento de peso, sedación, aunque más leve que la producida por la clozapina. Posee mayor probabilidad de causar problemas cardio-metabólicos, y su administración sin una monitorización adecuada, puede producir daños graves a nivel hepático, ya que suele aumentar la producción de enzimas hepáticas.

Se puede encontrar este fármaco en disolución oral, e inyectable más útil en situaciones de crisis. Posee baja dependencia.

**-Quetiapina:** Este fármaco de similares características con la clozapina, también posee afinidad por receptores D2. Sus efectos varían según sus presentaciones y dosificaciones. En dosis de liberación inmediata, posee efectos sedativos e hipnóticos, en su versión de liberación lenta causa un mejor efecto antipsicótico. Debido a estas características, uno de los defectos principales es que, para producir el efecto antipsicótico adecuado, se requieren altas dosis de la droga. Algunos efectos secundarios que puede producir son sensación de vértigos, jaqueca, fiebre, rinitis, aumento de peso, aumento de enzimas hepáticas, taquicardia entre otros.<sup>25</sup>

---

<sup>24,25</sup>Herlyn S. Antipsicóticos. Universidad De Buenos Aires (2016)

No produce síntomas extra-piramidales, por lo que es altamente recomendado en pacientes con enfermedad de Parkinson.

### **Benzodiacepinas**

Los benzodiacepinas son fármacos que ejercen su acción al unirse a receptores específicos GABA. Se metabolizan por vía hepática y son excretada en bilis y orina.<sup>26</sup>

Suelen ser de elección en el delirium provocado por síndrome de abstinencia al alcohol o dependencia de drogas sedantes e hipnóticas. No son drogas de primera elección debido a su efecto sedante, que en pacientes ancianos puede provocar una depresión respiratoria grave. Pueden provocar obnubilación, y alteración de la senso-percepción exacerbando el cuadro, principalmente en pacientes añosos con demencia.<sup>27</sup>

Suelen ser de utilidad en combinación con antipsicóticos en casos de agitación grave que no respondan a fármacos de primera elección, o pacientes que no toleren antipsicóticos.

**-Lorazepam y midazolam:** Son fármacos de vida media corta, los cuales son preferidos en la utilización de benzodiacepinas. Como droga de inicio se prefiere el Lorazepam por no generar metabolitos activos y por poseer un periodo de acción rápido y de corta duración. El Lorazepam puede ser administrado por vía parenteral, intramuscular y oral, teniendo en cuenta que puede empeorar en algunos casos la agitación del paciente. En estos casos se puede considerar midazolam en infusión continua en casos de agitación severa, teniendo en cuenta que, el paciente puede requerir intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica.<sup>28</sup>

---

<sup>26,27</sup> Gómez, V., Castañeda, A., Rojas, A. (2020). Medicamentos Asociados al Desarrollo del Síndrome Confusional Agudo (delirium) en Adultos Mayores. (Seminario de investigación) Universidad CES, Medellín.

<sup>28</sup>Olmos, M., Varela, D. (2019). Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en Cuidados Críticos. Revista médica clínica Las Condes. 2(30), 126-139).

**Dexmedetomidina:** Se trata de un fármaco que posee efecto agonista sobre los receptores alfa-2 adrenérgicos. Produce un efecto sedante y analgésico que disminuye la ansiedad en el paciente. A diferencia de otros sedantes como el propofol o el midazolam, la dexmedetomidina produce una sedación leve, en la que el paciente puede mantener estados de vigilia, comunicación, puede obedecer órdenes simples, y mantenerse conectado con el mundo exterior sin provocarle estados de confusión. Además, este fármaco posee la ventaja de no provocar depresión respiratoria, por lo que hay más posibilidades de un manejo seguro del paciente sin necesidad de llegar a una intubación orotraqueal.

Debido a las ventajas que presenta este fármaco, se posiciona como uno de los fármacos más efectivos, para el control y la prevención del delirio.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup>Olmos, M., Varela, D. (2019). Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en Cuidados Críticos. *Revista médica clínica Las Condes*. 2(30), 126-139).

## **Apartado II**

### **Detección y Prevención Desde Enfermería en Unidad de Terapia Intensiva.**

Como anteriormente se ha mencionado el Delirium en los servicios médicos suele ser sub-diagnosticado por el personal médico, en una encuesta realizada entre el año 2008 y 2009, que se distribuyó entre las sociedades miembros de la FEPIMCTI (Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva), en distintos países, como Argentina, México, Chile, Venezuela, España, entre otros; se encuestaron médicos que desempeñan labores en servicios de terapia intensiva. Se llegó a la conclusión luego de evaluar los resultados de las encuestas, que el Delirium es mal evaluado y diagnosticado en sus pacientes, los tratamientos farmacológicos no son los adecuados, el tratamiento no farmacológico es escaso y poco utilizado como estrategia de prevención; además la gran mayoría de encuestados reconoció que no realiza monitorización de Delirium en sus pacientes.<sup>31</sup>

Se puede afirmar así, que, en la mayoría de los casos, los episodios de Delirium serán habituales en los servicios, y su incidencia cada vez mayor; esto ocurre debido a su escasa detección y el incorrecto manejo de los casos por parte de los agentes de salud que trabajan allí. Esto no debe pasar por alto, ya que pone en peligro la salud física y neurológica del paciente.

### **Detección del Delirium en pacientes de Terapia Intensiva**

Existen numerosas herramientas desarrolladas para la detección del Delirium, las primeras datan de la década de los 90' como la "Prueba Cognitiva Abreviada del Delirium" o la "Escala Neecham", que fueron utilizadas a comienzos de los años 2000. Con el correr del tiempo, la mayoría de ellas quedaron obsoletas, debido a que continuamente se desarrollan nuevas escalas de medición más efectivas, y con mejores resultados para abarcar a todo tipo de pacientes.<sup>32</sup>

En la actualidad, las más utilizadas, que poseen especificidad científica comprobada para ser utilizada en Terapia Intensiva son las escalas CAM-ICU y la Lista de Chequeos del Delirium.

---

<sup>30, 31</sup> Encuesta iberoamericana sobre delirium en pacientes críticos. (2010). Medicina Intensiva, 34(8),495-505.

La Escala **CAM-ICU** se trata de una escala desarrollada y validada por investigadores y científicos, la misma fue adaptada para poder ser utilizada en Unidades de Cuidados Intensivos. Fue traducida al español, lo que facilita su utilización en varios países de habla hispana. Posee la ventaja de poder aplicarse en pacientes con necesidad de ventilación mecánica que no pueden responder de manera verbal, pero se encuentran despiertos, esta evaluación se realiza a través de dibujos, y el paciente podrá responder apretando la mano del operador.

Se requiere una formación previa para su utilización. Sin embargo, su aplicación es rápida, le tomará al operador entre 2 a 5 minutos aplicarla en el paciente. Por lo que se pueden obtener una evaluación rápida del mismo, a diferencia de otras escalas que conllevan hasta 24hs de observación para obtener resultados fiables.

Posee una alta especificidad, y valores predictivos negativos y positivos de hasta un 90%.<sup>32</sup> Es intuitiva, rápida, específica no conlleva demasiados pasos, puede ser utilizada tanto por el personal médico, como por el personal de enfermería, no requiere de material extra para su utilización, debido a estas características en la actualidad se considera la herramienta más confiable para la detección de Delirium para los pacientes del servicios de Terapia Intensiva, con una especificidad y sensibilidad de hasta un 95%.<sup>33</sup>

Se considera a CAM-ICU, un método de detección y no de diagnóstico del Delirium, esta afirmación se basa en un punto débil que posee esta escala, y es el hecho de que no permite distinguir las alteraciones cognitivas propias del Delirium, frente a aquellas producidas por la medicación sedante, por lo que es conveniente realizar una ventana de sedación, lo cual implica retirar los fármacos sedantes y reevaluar al paciente a las 24hs.<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup>Delirium en el enfermo grave. (2010). Med Int Mex, 26(2), 130-139.

<sup>33</sup>Delirio en el paciente critic. (2008). Med Intensiva, 32(1), 77-91.

## **Utilización e Interpretación de la Escala CAM-ICU <sup>35</sup>**

La escala CAM- ICU, evalúa cuatro criterios basados en el Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales DSM 4ta Ed.; y son:<sup>36</sup>

- 1. Inicio agudo o curso fluctuante**
- 2. Intención**
- 3. Pensamiento desorganizado**
- 4. Nivel de conciencia alterado.**

Estos 4 puntos se evalúan través de la observación y la entrevista al paciente, mediante la cual se realizan distintas preguntas de lógica general, fáciles de responder, y que evalúan el estado mental y cognitivo del mismo.

### **1. Inicio agudo o curso fluctuante:**

Para la evaluación de este punto, se determinará si existen cambios en el estado mental del paciente actual o durante días previos, han existido fluctuaciones. Este punto se evaluará indicando si este síntoma se encuentra presente o ausente.

### **2. Inatención:**

Para realizar la evaluación de este punto, el operador debe realizar el examen para el “Tamizaje de la atención” (ASE), el cual se basa en la determinar la atención auditiva y visual que posee el paciente.

Para el examen auditivo, el operador se presentará con el paciente, paso seguido se le explicarán las instrucciones a seguir, el operador dirá letras al azar, cuando mencione la letra A, el paciente deberá apretar su mano. Contabilizando el error cuando el paciente apriete la mano en cualquier letra que no sea la A.

Para el examen visual, el operador mostrará una serie de dibujos al paciente, los cuales deberá recordar, ya que la prueba consiste en que posteriormente se mostraran imágenes nuevas y repetidas, el paciente deberá indicar cuando se vuelva a mostrar las imágenes repetidas. Contabilizando un error cuando no mencione la imagen repetida.

---

<sup>35</sup> *Manual de Entrenamiento. En el Método Para la Evaluación de la Confusión en la UCI (5). Nashville; Vanderbilt University*

<sup>36</sup> *Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales (4ed.). (1994). Barcelona:Masson S.A.*

### 3. Pensamiento desorganizado:

Para la evaluación de este punto el operador realizará una serie de preguntas lógicas, a las cuales el paciente deberá responder con un Sí o un No. Contabilizando un error, cuando responda de manera ilógica. Por ejemplo ¿Puede flotar una piedra en el agua? Si/No.

4. **Nivel de conciencia alterada:** Para la evaluación de este punto se deberá utilizar la escala de sedación de Richmond.

Dentro de la escala CAM-ICU se encuentra la Escala de sedación de RASS (Richmond Agitación Sedation Scale), la cual se trata de una escala que mide el estado de sedación de los pacientes. Esta escala fue diseñada en el estado de Virginia Estados Unidos, en el Hospital Richmond, en el año 1999. Posee un alto nivel de validación de sus resultados, por lo que fue ampliamente extendida y en la actualidad se utiliza en gran medida en muchos servicios de terapia intensiva.

Su utilización, es sencilla, y no requiere de mucho entrenamiento por parte del operador, consta de 10 niveles que van desde la sedación muy profunda, con puntuaciones en números negativos, hasta estados de agitación grave, en números positivos. A continuación, se muestra la tabla en cuestión:

**Cuadro N° 5. “Escala de Sedación de Richmond”**

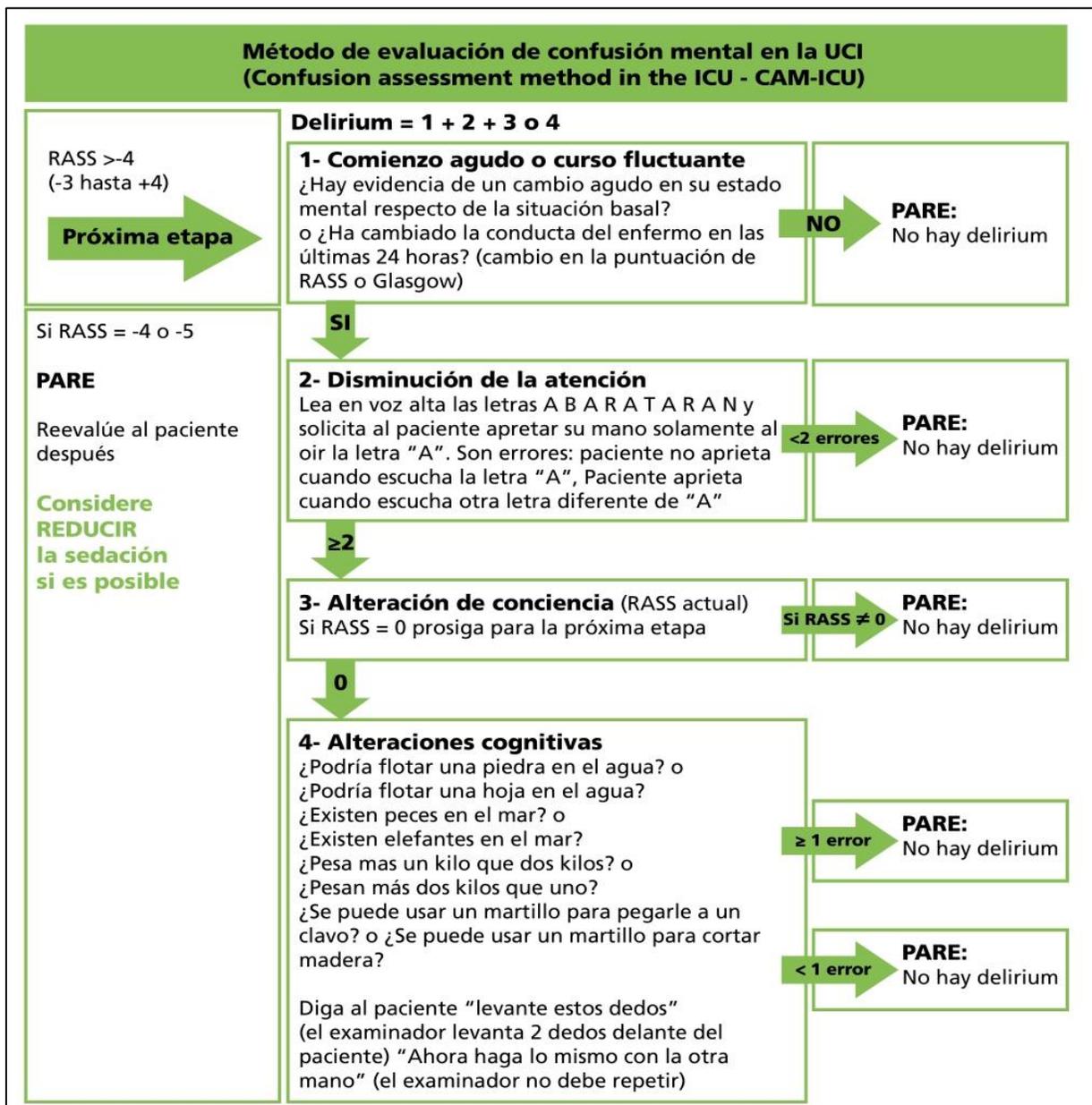
<i>Puntuación</i>	<i>Denominación</i>	<i>Descripción</i>	<i>Exploración</i>
+4	Combativo	Combativo, violento, con peligro inmediato para el personal	Observar al paciente
+3	Muy agitado	Agresivo, intenta retirarse los tubos o catéteres	
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito; "lucha" con el ventilador	
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos	
0	Alerta y calmado	No está plenamente alerta, pero se mantiene ( $\geq 10$ segundos) despierto (abre los ojos y sigue con la mirada) a la llamada	Llamar al enfermo por su nombre y decirle "abra los ojos y míreme"
-1	Somnoliento	Despierta brevemente ( $< 10$ segundos) a la llamada con seguimiento con la mirada	
-2	Sedación leve	Movimiento o abre los ojos a la llamada (pero sin seguimiento con la mirada)	
-3	Sedación moderada	Sin respuesta a la llamada, pero movimiento o abre los ojos al estímulo físico	
-4	Sedación profunda	Sin respuesta a la voz ni al estímulo físico	Estimular al enfermo sacudiendo su hombro o frotando sobre la región esternal
-5	Sin respuesta		

*Extraído de Medicina Interna de México Vol. 26 Núm. 2 marzo- Abril Págs. 130-139. (Esper Raúl – Ojino Jesús) 2010*

Queda a simple vista, la eficiencia de las herramientas propuestas, que únicamente requieren instrucción al personal y su inclusión en los registros diarios del paciente. De esta manera se podría mejorar el control de estos pacientes, haciendo que su estancia en los servicios de Terapia Intensiva sea más corto, menos traumáticos, y, sobre todo, disminuirá el riesgo de mortalidad de los mismos.

### Interpretación

**Cuadro N°6 “Interpretación Escala CAM- ICU”**



Extraído de Carini, F. & Carboni Bisso, I. (2020). Guía para el manejo de la Sedación y el Delirium del paciente de UTI. (2ed.) Hospital Italiano de Buenos Aires. Fundación de Cuidados Críticos

## Prevención del Delirium

### Acciones de Enfermería dentro del Servicio de Terapia Intensiva

La prevención de Delirium juega una parte importante en el marco de la internación dentro de los servicios de cuidados intensivos. El personal de enfermería no solamente estará abocado a la detección del mismo, sino que, deberá adelantarse a esta situación y tomar medidas que puedan ayudar al paciente a evitar desarrollar este síndrome.

Debido a que muchas de estas acciones de prevención tienen que ver con los factores precipitantes, es de importancia que el personal de enfermería se encuentre bien instruido acerca de este síndrome, para poder llevar a cabo una prevención más eficiente y lograr así, disminuir la incidencia del mismo.

“La importancia de las medidas de prevención radica en que una vez instaurado el delirium el tratamiento es menos eficaz, por eso las medidas preventivas constituyen la terapia más eficaz” <sup>37</sup>

Para llevar a cabo una prevención exitosa, se debe tener en cuenta que se requiere de un equipo multidisciplinario que intervenga sobre el enfermo, esta se debe a que como ya se ha hecho mención el Delirium se trata de un padecimiento multiorgánico.

A pesar de la importancia de la correcta detección, la medida más importante es evitar la aparición de este cuadro, mediante las acciones preventivas, y la manera más rápida de ponerle fin, es descubrir la razón clínica por la cual se produjo.

---

<sup>37</sup> *Medicina Interna de México Vol. 26 Núm. 2 marzo- Abril Págs. 130-139. (Esper Raúl – Ojino Jesús) 2010* <sup>37</sup>  
Jiménez, M. (2006). Delirium o Síndrome Confusional Agudo. Tratado de Geriatria Para Residentes (189-198). Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

## Intervenciones No Farmacológicas.

Las intervenciones no farmacológicas se encuentran ligadas a acciones que se pueden realizar para ayudar al paciente a sentirse en un ambiente más habitual, cercano a la cotidianidad de su hogar, y no tan agresivo como suelen ser los servicios de Terapia Intensiva, estas acciones se encuentran al alcance de cada profesional, y tienen que ver con los famosos “cuidados invisibles”.

Los cuidados invisibles, son aquellos que proporcionan los enfermeros y que habitualmente no quedan registrados en los registros de enfermería, ni cuadernos de novedades, debido a que son interiorizados como acciones naturales, ligadas al buen accionar y a la empatía del enfermero por sus pacientes. Sin embargo, estas pequeñas intervenciones, causan grandes beneficios en los mismos y muchas de ellas, también serían preventivas contra el delirium.<sup>38</sup>

Algunas de las estrategias no farmacológicas: escucha activa de las necesidades del paciente, favorecer los ciclos de vigilia/sueño, disminuir las luces y los sonidos fuertes, favorecer la presencia de la familia, explicar los procedimientos a realizar, abordarlos de manera calmada, y explicar con palabras sencillas.

Algunos autores recomiendan utilizar **TADA** un acrónimo que significa **Tolerar, Anticiparse y No Agitarse**. (Flaherty 2011). Esto significa que el personal deberá tolerar algunas conductas de los pacientes, para evitar desencadenar un episodio de agitación aún más grave. En algunas ocasiones los pacientes intentaran retirarse cables, sondas, vías periféricas, el personal deberá evitar en lo posible la inmovilización del paciente, si los signos vitales son estables, podrá realizar controles más espaciados en el tiempo, si el paciente no requiere oxigenoterapia,

---

<sup>38</sup> Giménez, N. (2019). El cuidado invisible en pacientes críticos desde la perspectiva del equipo de enfermería. (Trabajo Final Integrador) Universidad Nacional de Córdoba.

no colocar oxígeno, evitar procedimientos repetitivos que le provoquen dolor, anticiparse a las necesidades del paciente, dejarle elementos al alcance de la mano, un vaso con agua, orinal, pañuelos, elementos de higiene. Que la cama se encuentre en una posición cómoda, que favorezca el descanso y facilite la movilización por sus propios medios. Involucrar a la familia siempre que sea posible para ayudar a tranquilizar al paciente. <sup>39</sup>

De esta manera con simples medidas y cuidados, se podrá mantener confortable al paciente y evitar desencadenantes de un episodio de Delirium.

Existe un modelo de prevención del Delirium, protocolizado, con efectividad comprobada, que se denomina **HELP** por sus siglas en ingles **Hospital Elder Life Program** que logro una disminución en la incidencia del Delirium de hasta un 60% aplicando este protocolo. El mismo fue validado y actualmente se encuentra integrado en las recomendaciones del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) El cual consiste en evaluar y realizar intervenciones para seis puntos clave relacionados a los factores predisponentes y precipitantes: <sup>40</sup>

- 1) ***Déficit cognitivo***
- 2) ***Deprivación del sueño***
- 3) ***Inmovilización***
- 4) ***Déficit visual y auditivo***
- 5) ***Deshidratación***
- 6) ***Uso de drogas psicoactivas***

En el siguiente cuadro se hará mención de algunas de las intervenciones de enfermería que pueden realizarse para prevenir el desencadenamiento de un episodio de delirium.

---

<sup>39,40</sup> Carrasco, M. Zallaquet, M. (2017). Delirium: Una epidemia desde el servicio de urgencias a la unidad de paciente crítico. Revista Medicina Clínica Condes, 2(28), 301-310. Santiago de Chile.

**Cuadro N°7. “Factores de Riesgo /Intervenciones de Enfermería.”**

Factor de riesgo	Intervenciones de enfermería
<b>Déficit cognitivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reorientar al paciente, dándole información sobre el lugar donde se encuentra, el motivo por el cual ingresó al servicio, qué le sucede en ese momento.</li> <li>✓ Saludar según el momento del día (buenos días, buenas tardes, buenas noches) le permite al paciente estimar en que momento del día se encuentra.</li> <li>✓ Proporcionar relojes o calendarios, en lo posible, le permitirán al paciente llevar un registro cronológico de su estancia en UTI.</li> <li>✓ Interrogar al paciente para comprobar el estado de su memoria actual y retrograda, y su nivel de lucidez.</li> </ul>
<b>Deprivacion del sueño</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Proporcionar un ambiente tranquilo que favorezca el descanso.</li> <li>✓ Atenuar las luces de la sala, o apagarlas siempre y cuando exista claridad desde afuera de la habitación.</li> <li>✓ Preguntar al paciente si siente frio o calor, proporcionar mantas o ventilación en la sala.</li> <li>✓ Colocar al paciente en posición cómoda, que favorezca el descanso.</li> <li>✓ Evitar intervenciones dolorosas o que interrumpen el sueño del paciente, siempre y cuando no sean urgentes.</li> <li>✓ Disminuir ruidos molestos y alarmas, el equipo deberá hablar en voz baja y suave dentro del servicio.</li> <li>✓ Favorecer el descanso durante la noche y los periodos de vigilia durante el día.</li> </ul>

<b>Inmovilización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evitar en lo posible medidas de sujeción a la unidad en aquellos pacientes agitados, siempre y cuando no existan riesgos potenciales para su salud o la del personal que lo asiste.</li> <li>✓ Estimular la movilización precoz, siempre y cuando esté permitido, con las medidas de seguridad adecuadas, y con ayuda del equipo de kinesiología</li> <li>✓ Disminuir en la medida de lo posible, sondajes que dificulten el movimiento, y utilizar extensiones de tubuladuras de oxígeno para favorecer el movimiento del paciente en su unidad.</li> </ul>
<b>Déficit visual y auditivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Enfermería puede intermediar con la familia del paciente para que puedan traer a los servicios los elementos del paciente como lentes, audífonos y dentaduras.</li> </ul>
<b>Deshidratación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Favorecer en el paciente la ingesta de líquidos y alimentos.</li> <li>✓ Administrar hidratación parenteral según indicaciones.</li> <li>✓ Valorar niveles de hidratación mediante herramientas (PVC, características de la piel y mucosas, ritmo diurético, etc.)</li> </ul>
<b>Uso de drogas psicoactivas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valorar efecto de medicamentos psicoactivos</li> <li>✓ Administrar correctamente según dosis y horarios indicados</li> <li>✓ Evitar la sedación siempre que sea posible</li> </ul>

*Elaboración Propia*

## Justificación Científica de las Intervenciones de Enfermería.

- 1) Reorientar al paciente y brindar elementos de uso habitual que ayuden a saber en qué momento cronológico se encuentran favorece los procesos cognitivos y disminuye la desorientación.<sup>41</sup>
- 2) La disminución de las horas de descanso, o el insomnio provocan un desbalance en el ciclo circadiano, esto conlleva a un metabolismo alterado de hormonas, y neurotransmisores que como ya se describió en el apartado anterior, es uno de los posibles factores desencadenantes del delirium.<sup>42</sup>
- 3) Las inmovilizaciones del paciente con medidas de sujeción provocan reacciones de agresividad y mayores niveles de agitación, empeorando el caso. Sondajes innecesarios y cables para monitorización dificultan el movimiento libre dentro de la cama del paciente. Estas restricciones físicas predisponen a la formación de úlceras por decúbito, a la pérdida de masa muscular y fuerza motriz del paciente.<sup>43</sup>
- 4) Cuando el paciente posee sus elementos de uso cotidiano, podrá ver, oír y comunicarse de manera clara, esto disminuye la ansiedad, favorece la comunicación con el personal, y le brindará confort al paciente. Además, le dará la oportunidad, de poder leer revistas, libros, que lo mantendrán centrado y distraído.<sup>44</sup>
- 5) Bajos niveles de volumen de líquidos en el cuerpo, pueden provocar hipovolemia, menor perfusión cerebral, y desencadenar episodios de delirium.<sup>45</sup>

---

<sup>41</sup> Capítulo de Enfermería Crítica. Protocolos y Guías de Práctica Clínica. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

<sup>42</sup> Unamuno, M. (2021). La privación del sueño y su relación con el delirium. Grado de Enfermería. Universidad de Lleida, Cataluña. España.

<sup>43,44</sup> Vitolo, F. (2020) Síndrome confusional agudo (delirium) en el adulto mayor hospitalizado. (1ed) Biblioteca Virtual Noble

<sup>45</sup> Carrasco, M. Zallaquet, M. (2017). Delirium: Una epidemia desde el servicio de urgencias a la unidad de paciente crítico. Revista Medicina Clínica Condes, 2(28), 301-310. Santiago de Chile.

- 6) Un correcto uso de medicamentos psicoactivos, pueden prevenir la incidencia de delirium. Se deberá evitar la sedación de los pacientes ya que esto provoca aun mayor desorientación y un despertar agitado.<sup>46</sup>

Como se puede observar, existen infinidad de acciones que enfermería se pueden realizar de manera cotidiana, todas son de ayuda en la adecuada prevención del delirium, no requieren de entrenamiento y no suponen mayores costos, ni esfuerzos por parte del personal. Además, brindara la posibilidad de poder abarcar de manera holística y más humanitaria las necesidades de los pacientes.

Un punto clave en la recuperación de los pacientes es la **inclusión familiar**, permitirle al paciente ver a sus familiares, proporcionara un ambiente seguro, reduce la ansiedad y la agitación. Por lo cual involucrar a la familia es una excelente estrategia no farmacológica.

### **Intervenciones Farmacológicas<sup>47</sup>**

Cuando las medidas no farmacológicas fueron aplicadas, y no pudo obtenerse un resultado beneficioso para el paciente, se deberá considerar un tratamiento farmacológico.

El principal objetivo de la terapia farmacológica, será controlar aquellos episodios de Delirium hiperactivo, que presenten agitación grave, de esta manera con el uso de psicofármacos se podrá redirigir a niveles más estables las afecciones cognitivas del paciente, evitando provocarse daños mayores, o empeoramiento de su cuadro.

Como medidas Gold Standart, deberán utilizarse los fármacos de menor potencia sedativa siempre que sea posible, a dosis adecuadas peso/paciente, con el menor perfil de efectos secundarios, y durante el menor tiempo posible. Por lo que es de suma importancia realizar una monitorización cotidiana de los efectos del fármaco.

---

<sup>46</sup> Medicina Interna de México Vol. 26 Núm. 2 marzo- Abril Págs. 130-139. (Esper Raúl – Ojino Jesús) 2010

<sup>47</sup> Ateneo Virtual SATI. "Todo sobre Delirium" 2021. [https://youtu.be/d\\_7P-EVM\\_tA](https://youtu.be/d_7P-EVM_tA)

Varios estudios recomiendan la utilización de haloperidol, como fármaco de primera línea para los casos de Delirium, ya sea por vía endovenosa o intramuscular especialmente en los casos que presenten agitación. Se recomienda en principio dosis de rescate, y de ser necesario, mantenerlo reglado en las indicaciones médicas. Deberá comenzar disminuyendo sus dosis, y espaciando la colocación en mayor cantidad de horas, hasta finalmente poder retirarlo.

# **CAPÍTULO II**

## **Diseño Metodológico.**

## **Tipo de Estudio**

Esta Tesis de Trabajo Final, se trata de una investigación de tipo **descriptiva y cuantitativa**, ya que los datos e información obtenidos serán de medición estadística, y comprobarán la calidad del nivel de conocimientos que poseen los enfermeros de Terapia Intensiva.

Será un estudio de tipo **observacional** ya que no se aplicarán variables que incidan sobre la población estudiada. Será de corte **transversal y retrospectivo**, ya que la recolección de datos se tomará en una única oportunidad, de manera individual en cada uno de los sujetos de la población estudiada, en un momento cronológico fijado, aportando datos de la propia experiencia laboral, actual y pasada, acerca del tema fijado.

## **Área de Estudio**

Esta investigación se llevará a cabo en los Servicios de Terapia Intensiva de Hospital Privado. El mismo cuenta con una sede en calle Bartolomé Mitre y Colón 667 de Ciudad de Mendoza, "Hospital Privado Quirúrgico", y un segundo edificio que se encuentra en calle Pedro. B Palacios 1254 de Ciudad de Mendoza denominado "Hospital Privado Clínico". Se realizará durante el mes de julio del presente año 2022. El servicio de Terapia Intensiva de Hospital Privado Quirúrgico, cuenta con 12 camas, para pacientes que ingresan desde la guardia de urgencias, post quirúrgicos de quirófano y pacientes de clínica médica con necesidad de cuidados intensivos.

El servicio de Terapia Intensiva de Hospital Privado Clínico, cuenta con 10 camas, se reciben pacientes derivados desde Hospital Privado Quirúrgico, y pacientes de clínica médica, con necesidad de cuidados de Terapia Intensiva.

## **Población de Estudio**

La población de estudio elegida para esta investigación, se trata de enfermeros que se desempeñan en el servicio de Terapia Intensiva de Hospital Privado Quirúrgico

y Hospital Privado Clínico. Siendo un total de 27 enfermeros, entre ellos enfermeros profesionales y Licenciados en Enfermería, que se desempeñan en turno mañana, tarde y noche de cada hospital. Al momento de realizarse la encuesta, se encuentran trabajando 15 enfermeros en Hospital Privado Quirúrgico, y 12 enfermeros en Hospital Privado Clínico.

### **Criterios de Inclusión y Exclusión**

- **Inclusión:** Se encuestarán todos los profesionales que se desempeñen como enfermeros en el Servicio de Terapia Intensiva, de ambas instituciones anteriormente mencionadas, independientemente del turno en el que asistan.
- **Exclusión:** Quedaran excluidos de la investigación todos los profesionales que se abstengan de responder la encuesta en el momento que se realice, que se encuentren en periodo de vacaciones anuales, o con parte por maternidad.

### **Aspectos Éticos y Legales**

Para la realización de la encuesta se pidió previamente autorización a ambas Jefas de los Servicios de Terapia Intensiva de las instituciones, Lic. García Olga y Lic. Soto Alejandra; como así también se pidió la correspondiente autorización al director de Hospital Privado Dr. Luis Cicchitti. La misma se realizó a través de una nota (ver anexos).

### **Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos**

Para la recolección de datos pertinentes, en calidad de evaluar el nivel de conocimiento de los enfermeros, se utilizó una encuesta elaborada por la autora de esta tesis. La cual consta de 17 preguntas, cerradas y de múltiple opción, con una sola respuesta correcta. La misma fue respondida a través de un formulario elaborado a través de Google, de manera anónima, para evitar exponer datos de los encuestados, previa autorización de los jefes de la institución. La encuesta fue realizada durante el mes de julio del presente año 2022.

## Operacionalización de Variables

### Variable N°1 “Enfermeros de Servicio de Terapia Intensiva”

Recopilación de información personal de cada individuo encuestado.

Variable	Dimensión	Indicadores	Escala de medición
<b>Enfermeros que trabajan en el Servicio de Terapia Intensiva</b>	Edad	-Joven -Adulto	-Entre 18 y 40 años -Entre 40 y 65 años
	Sexo	-Femenino -Masculino	-Femenino -Masculino
	Formación académica	-Enfermero auxiliar -Enfermero profesional -Licenciado en Enfermería	-Título terciario -Título universitario de pregrado -Título universitario de grado
	Edificio de trabajo	Hospital privado	-Hospital Privado Quirúrgico -Hospital Privado Clínico
	Tiempo trabajado en el Servicio de Terapia Intensiva	-Días -Meses -Años	-1-30 días -1-12 meses -1-10 años -+ de 10 años

### Variable N°2 “Conocimientos Sobre Delirium”

Recopilación de información sobre nivel de conocimiento acerca del Delirium en general.

Variable	Dimensión	Indicadores	Escala de medición
Conocimiento sobre delirium	Que es el Delirium	Respuesta correcta Respuesta incorrecta	-Alto nivel de conocimiento -Bajo nivel de conocimiento
	Síntomas de Delirium	Respuesta correcta Respuesta incorrecta	-Reconoce síntomas de Delirium -No Reconoce síntomas de Delirium

### Variable N°3 “Detección del Delirium en UTI”

Recopilación de información sobre la Detección mediante tablas y escalas.

Variable	Dimensión	Indicadores	Escala de medición
Deteccion del Delirium	Deteccion del Delirium	Si No	-Realiza valoración de síntomas en busca de Delirium -No realiza valoración de síntomas en busca de Delirium
	Conocimiento y utilización de Escala CAM-ICU	Si No	-Conoce y utiliza escala CAM- ICU -No conoce y no utiliza escala CAM-ICU
	Conocimiento y utilización Escala de Sedación de Richmond	Si No	-Conoce y utiliza la Escala de Sedación de Richmond -No conoce ni utiliza la Escala de Sedación de Richmond

#### Variable N° 4 “Acciones de Enfermería en la Prevención del Delirium”

Recopilación de medidas adecuadas en la prevención del Delirium

<b>Variable</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>
Conocimientos sobre prevención de Delirium	Acciones de enfermería para prevención de Delirium	Respuesta correcta Respuesta incorrecta	-Reconoce acciones de enfermería prioritarias en la prevención del Delirium -No reconoce acciones de enfermería prioritarias en la prevención del Delirium

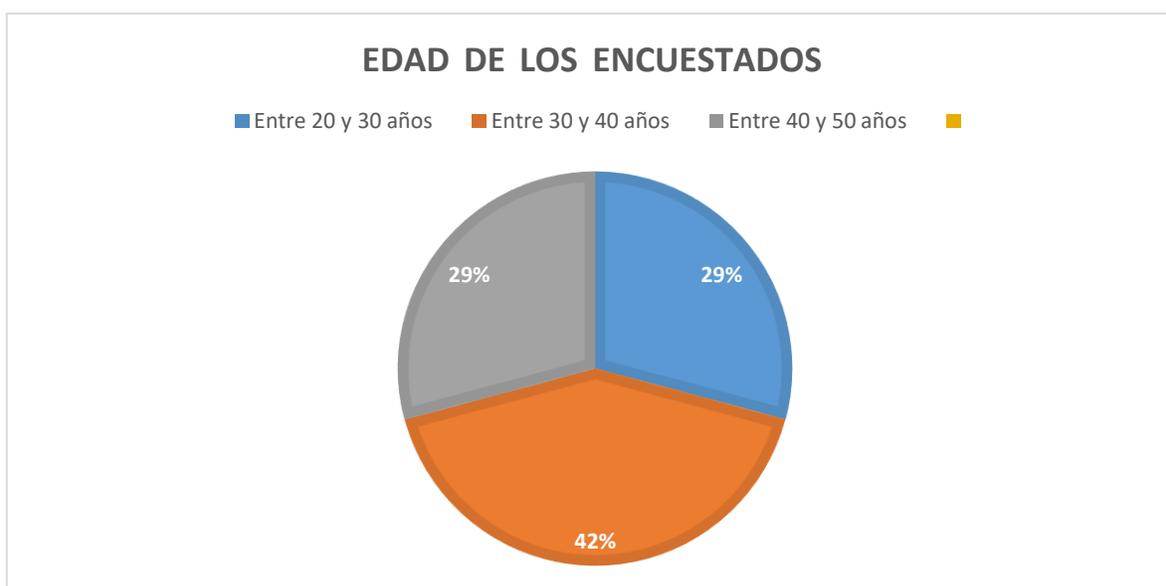
## Análisis, Procesamiento, Presentación de Datos

Tabla N°1 Distribución de la Población según “EDAD”

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Entre 20 y 30 años	7	29%
Entre 30 y 40 años	10	42%
Entre 40 y 50 años	7	29%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos extraídos de UTI Hospital Privado

Gráfico N°1 “Distribución de la población según “EDAD”



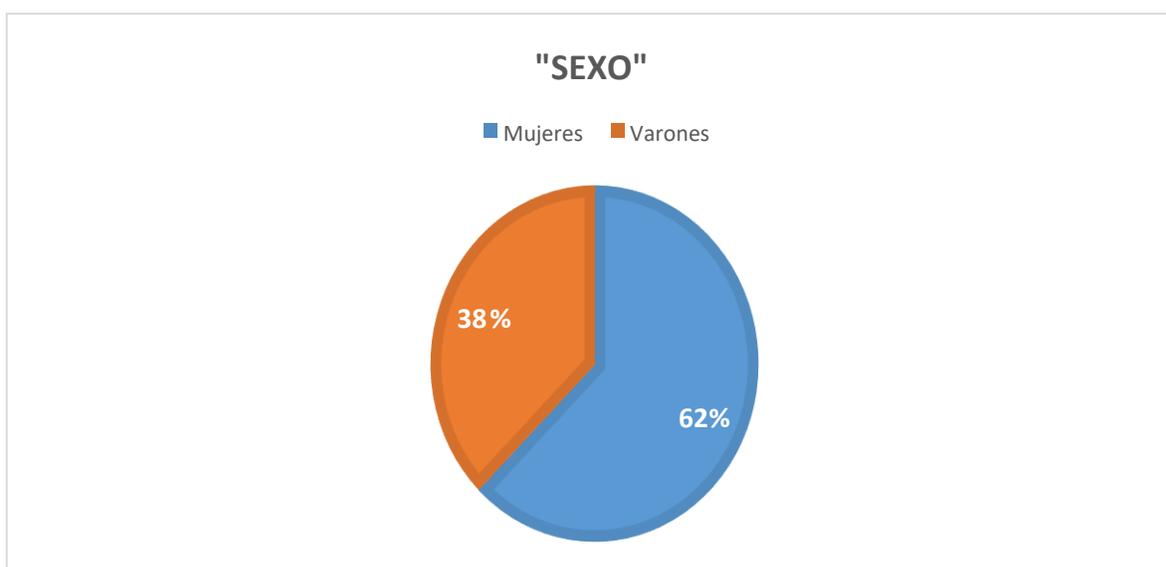
**Comentario:** Se puede observar que el mayor porcentaje de edad corresponde a enfermeros que se encuentran en la etapa de adulto joven.

**Tabla N°2 “Distribución de la población según “Sexo”**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	9	38%
Femenino	15	62%
Total	24	100%

Fuente: Datos extraídos de UTI Hospital Privado

**Gráfico N°2 “Distribución de la población según “Sexo”**



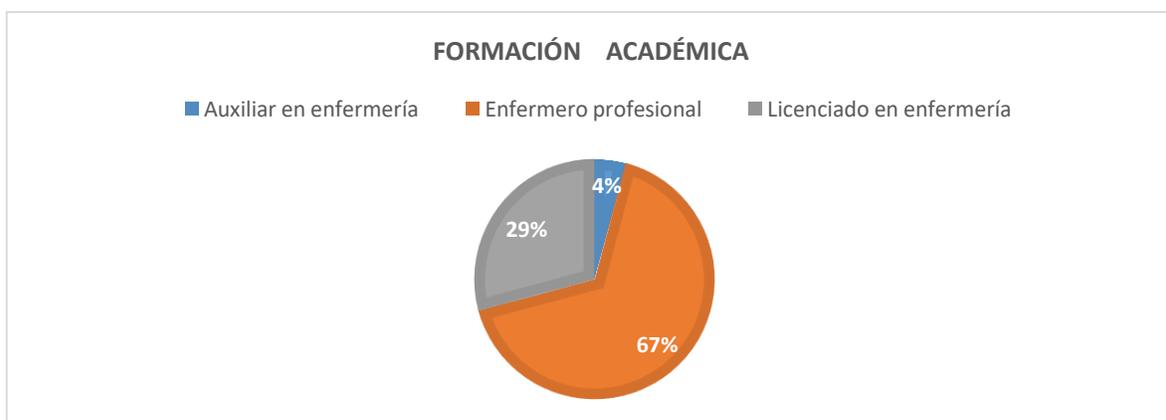
**Comentario:** Se observa en el gráfico que existe un predominio de la población de enfermeros de sexo femenino, por sobre la población de enfermeros varones.

**Tabla N° 3 “Distribución de la población según “Formación académica”**

Formación académica	Frecuencia	Porcentaje
Enfermero auxiliar	1	4%
Enfermero profesional	16	67%
Licenciado en Enfermería	7	29%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos extraídos de UTI Hospital Privado

**Gráfico N° 3 “Distribución de la población según “Formación académica”**



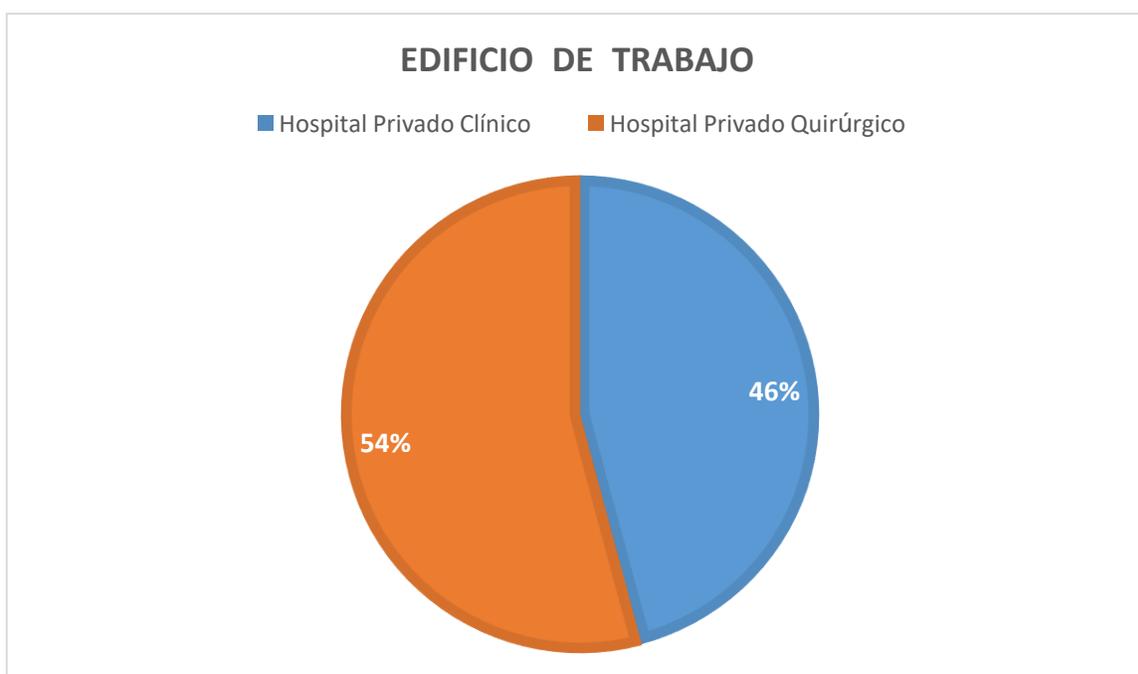
**Comentario:** Como se puede observar en el gráfico, la mayor parte de profesionales encuestados son enfermeros profesionales. Mientras que por otro lado observamos que 7 de ellos son Licenciados en Enfermería. Y tan solo uno de los enfermeros se categoriza como enfermero auxiliar.

**Tabla N° 4 “Distribución de la población según “Edificio de trabajo”**

Hospital Privado	Frecuencia	Porcentaje
Clínico	11	46%
Quirúrgico	13	54%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos extraídos de UTI Hospital Privado

**Gráfico N° 4 “Distribución de la población según “Edificio de trabajo”**



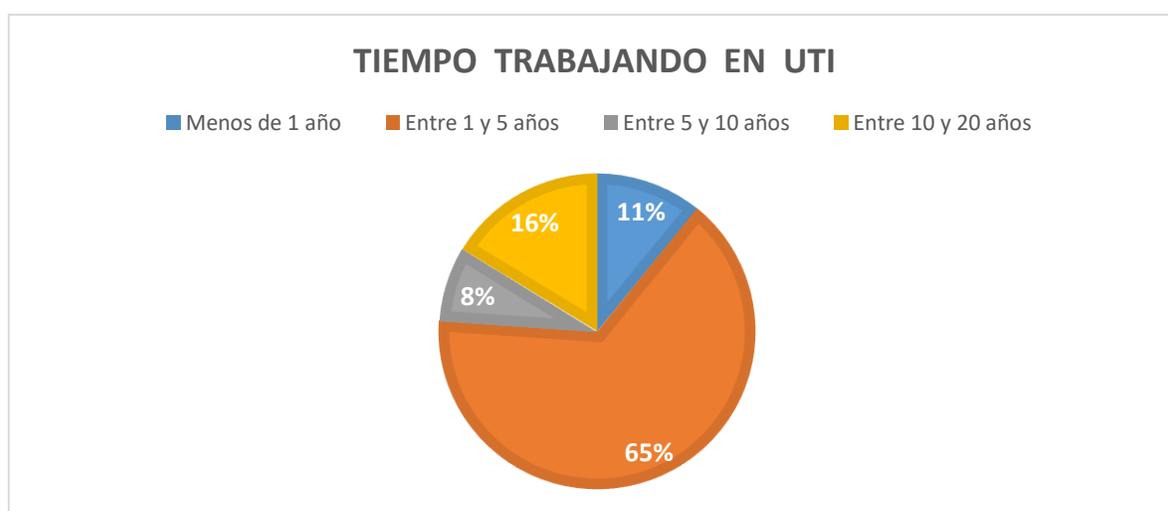
**Comentario:** Se puede observar un gráfico en donde los profesionales de Hospital Privado Quirúrgico son mayoría, esta es debido a que existe un mayor número de profesionales que se desempeñan en esta institución.

**Tabla N°5 “Distribución de la población según “Tiempo trabajado en UTI”**

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	2	9%
Entre 1 y 5 años	12	54%
Entre 5 y 10 años	7	32%
Entre 10 y 20 años	3	5%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos extraídos de UTI Hospital Privado

**Gráfico N°5. “Distribución de la población según “Tiempo trabajado en UTI”**



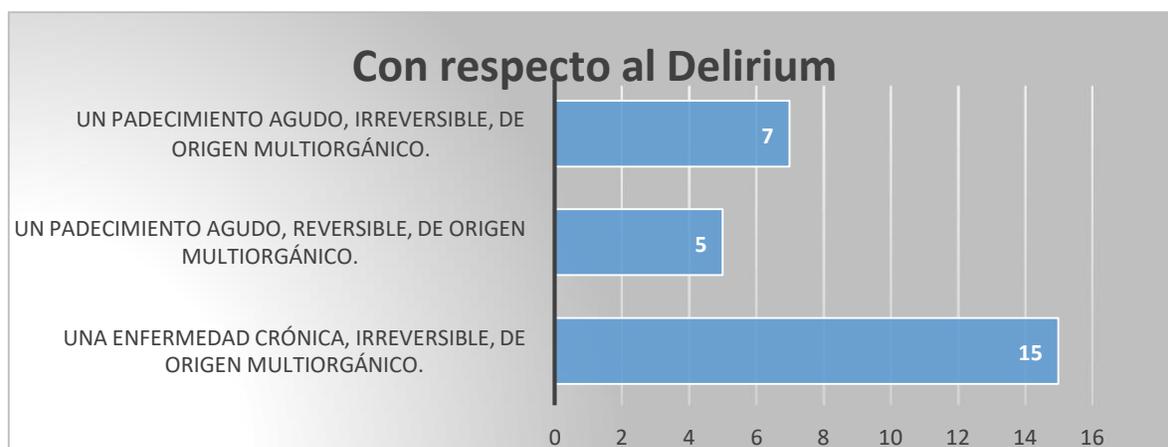
**Comentario:** Se puede observar representado en el gráfico que la mayor cantidad de enfermeros que se desempeñan en estos servicios son aquellos que llevan trabajando entre 1 y 10 años. Mientras que minoritariamente lo hacen aquellos que llevan trabajando menos de un año y los que llevan más de 10 años. Es decir, los dos extremos de este grupo de estudio son minoría.

**Tabla N°6. “Con respecto al Delirium se puede decir que es:”**

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Una enfermedad crónica, irreversible, de origen multiorgánico.	15	62%
Un padecimiento agudo, reversible, de origen multiorgánico.	5	21%
Un padecimiento agudo, irreversible, de origen multiorgánico.	4	17%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos extraídos de UTI Hospital Privado

**Gráfico N°6. “Con respecto al Delirium se puede decir que es:”**



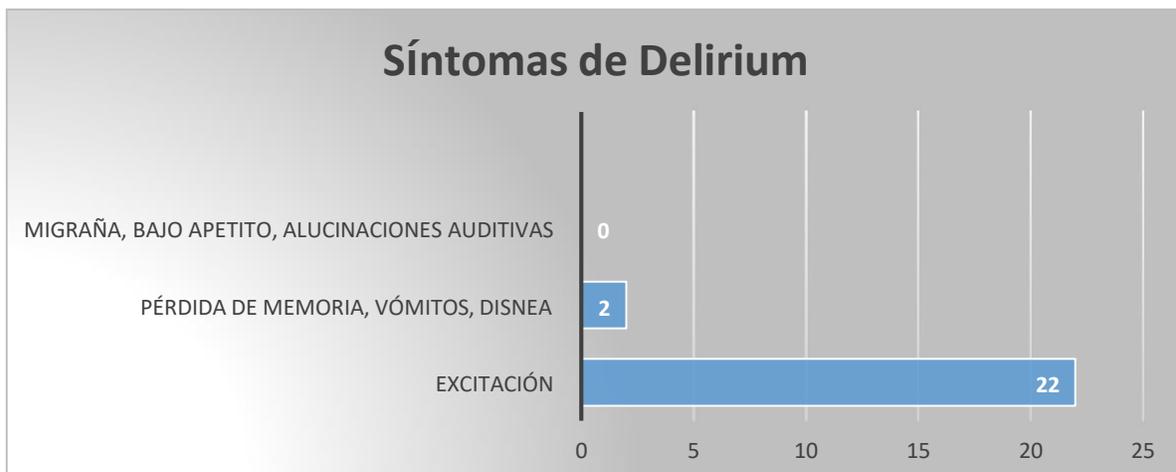
**Comentario:** Se puede observar en el gráfico, que la gran mayoría de los encuestados un 62% del total, respondieron la primera opción de la encuesta, la cual es incorrecta; debido a este resultado, se puede comprobar que la gran mayoría de encuestados, no sabría definir con claridad este padecimiento.

**Tabla N°7. “Los síntomas de Delirium son:”**

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia	22	92%
Pérdida de memoria, vómitos, disnea	2	8%
Migraña, bajo apetito, alucinaciones auditivas	0	0%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos extraídos de UTI Hospital Privado

**Grafico N°7. “Lo síntomas de Delirium son:”**



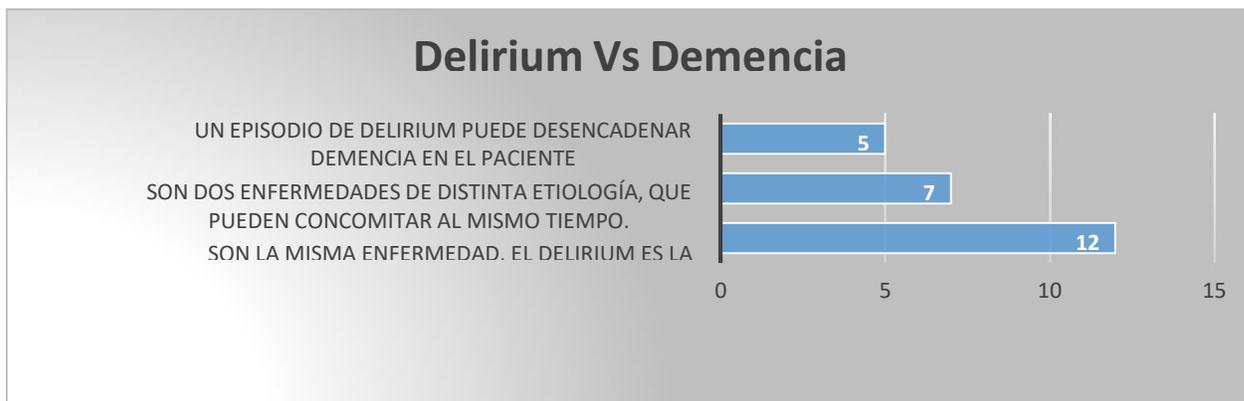
**Comentario:** Tomando como respuesta correcta la primera, se puede observar que casi el total de encuestados supo identificar de manera correcta los síntomas de Delirium,

**Tabla N°8. “Delirium vs Demencia”**

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
<b>Son la misma enfermedad, el delirium es la manifestación clínica de la demencia.</b>	12	50%
<b>Son dos enfermedades de distinta etiología, que pueden concomitar al mismo tiempo.</b>	7	29%
<b>Un episodio de delirium puede desencadenar demencia en el paciente</b>	5	21%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos extraídos de UTI Hospital Privado

**Gráfico N°8. “Delirium vs Demencia”**



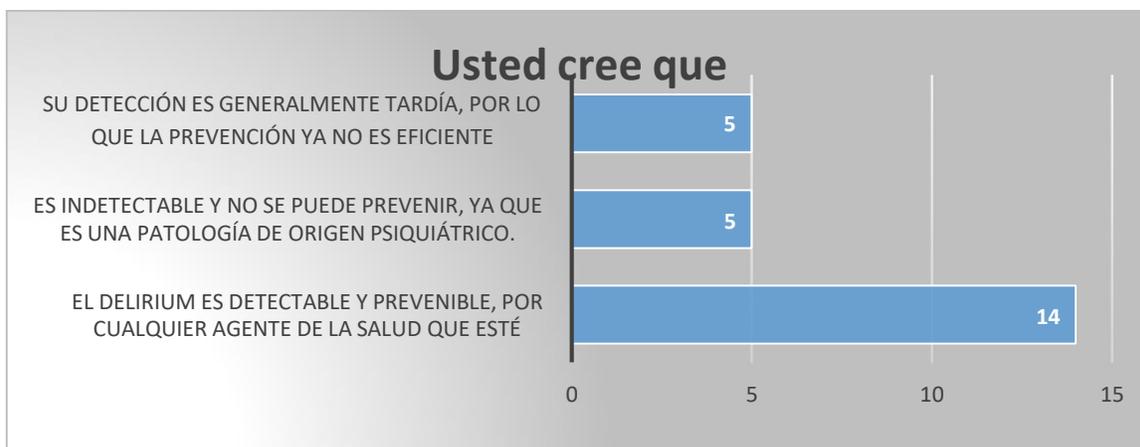
**Comentario:** Se puede observar que la mitad de los encuestados piensan que Delirium y Demencia corresponden a la misma enfermedad, y que el Delirium es la manifestación clínica de la Demencia, lo cual es totalmente **incorrecto**.

**Tabla N°9. “Usted cree que:”**

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
<b>El delirium es detectable y prevenible, por cualquier agente de la salud que esté capacitado para su evaluación</b>	14	58%
<b>Es indetectable y no se puede prevenir, ya que es una patología de origen psiquiátrico.</b>	5	21%
<b>Su detección es generalmente tardía, por lo que la prevención ya no es eficiente</b>	5	21%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos extraídos de UTI Hospital Privado

**Gráfico N°9. “Usted cree que:”**



**Comentario:** Se puede observar en el gráfico, que más de la mitad de los encuestados marcó la opción correcta, Delirium detectable y prevenible. El resto, manifestó que esta patología no es prevenible y su prevención no es eficiente, con lo cual puede concluirse que no está claro el concepto de Delirium y su origen.

**Tabla N°10 “¿Existe en su servicio monitorización de Delirium?”**

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	2	8%
No	22	92%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos extraídos de UTI Hospital Privado

**Gráfico N°10. “¿Existe en su servicio monitorización de Delirium?”**



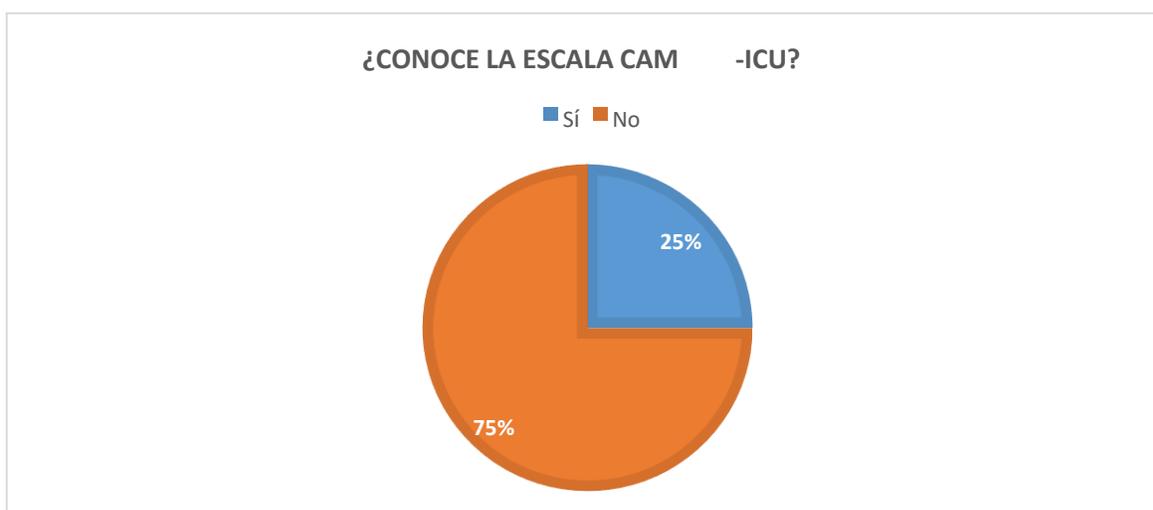
**Comentario:** Como se puede observar en el gráfico, la amplia mayoría de enfermeros concluyó que en el servicio donde se desempeña no se realiza ningún tipo de monitorización para detectar paciente con Delirium. Como ya hemos mencionado en la gran mayoría de hospitales, no existen protocolos bien definidos ni capacitaciones para el personal, acerca de este tema.

**Tabla N° 11. “¿Conoce la escala CAM-ICU?”**

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	25%
No	18	75%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos extraídos de UTI Hospital Privado

**Gráfico N°11. “¿Conoce la escala CAM-ICU?”**



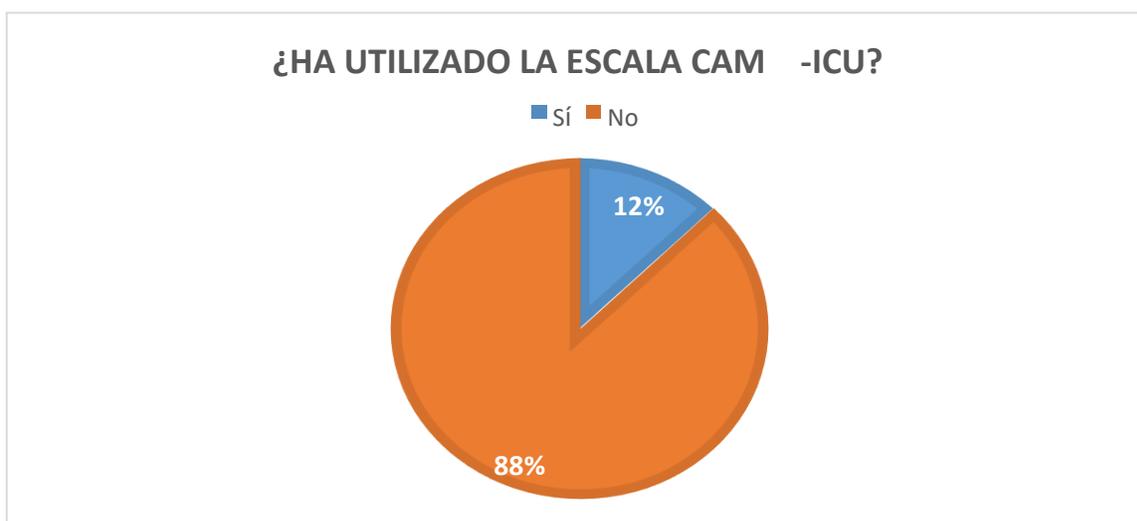
**Comentario:** Se puede observar que del total de enfermeros encuestados  $\frac{1}{4}$  de los mismos manifiestan conocer la escala CAM-ICU, la cual es la escala modificada y especializada para la detección temprana de pacientes con Delirium, y el restante 75%, que corresponde a más de la mitad del grupo encuestado, manifestó no conocer esta escala, esto se debe en su gran mayoría, a que no se proporcionan capacitaciones actualizadas al personal, y no se aportan las herramientas adecuadas para su monitorización.

**Tabla N° 12 “¿Ha utilizado la escala CAM-ICU?”**

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	3	12%
No	21	88%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos extraídos de UTI Hospital Privado

**Gráfico N° 12 “¿Ha utilizado la escala CAM-ICU?”**



**Comentario:** Se puede observar que la gran mayoría de los profesionales nunca han utilizado esta escala, basándonos en la pregunta anterior, se puede suponer que esto se debe a que no conocen esta escala, debido a que no está presente en la mayoría de los servicios. Ni tampoco existe interés en obtener nuevas herramientas para detectar este padecimiento.

**Tabla N°13. “¿Alguna vez ha utilizado la escala de Sedación de Richmond para evaluar el nivel de conciencia de un paciente?”**

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	7	29%
No	17	71%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos extraídos de UTI Hospital Privado

**Gráfico N° 13. “¿Alguna vez ha utilizado la escala de Sedación de Richmond para evaluar el nivel de conciencia de un paciente?”**



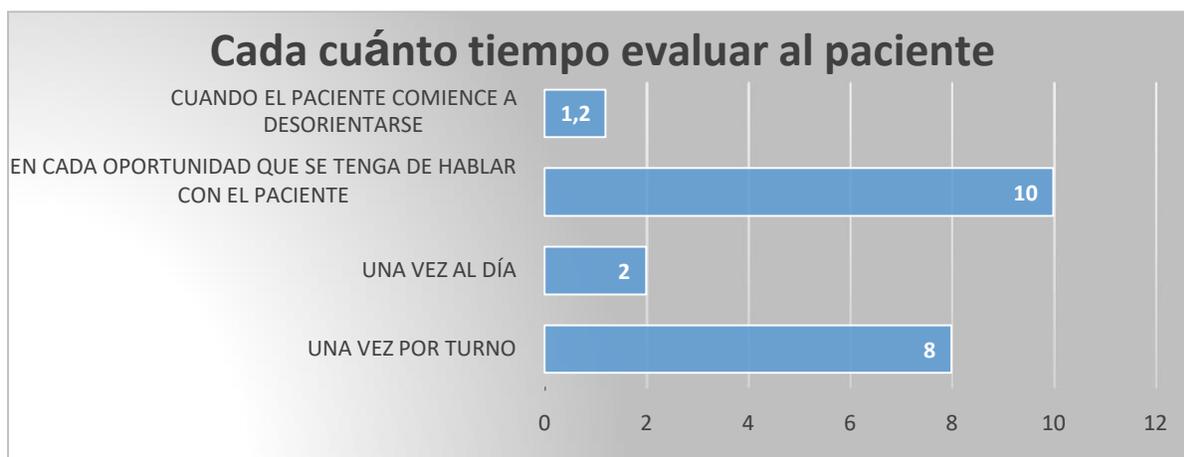
**Comentario:** Como se puede observar representado en el gráfico, una gran mayoría de los enfermeros, manifestó no haber utilizado la escala de sedación de Richmond nunca, sin embargo, se puede apreciar que un número mayor de enfermeros sí la han utilizado en relación a la escala CAM-ICU. Por lo que se puede suponer, que la escala RASS, ha tenido mayor alcance o desarrollo en la formación de los profesionales, o dentro del servicio donde se desempeñan.

**Tabla N° 14. “¿Cada cuánto se debería realizar una evaluación del paciente en busca de síntomas de Delirium?”**

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Una vez por turno	8	38%
Una vez al día	2	9%
En cada oportunidad que se tenga de hablar con el paciente	10	47%
Cuando el paciente comience a desorientarse	4	6%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos extraídos de UTI Hospital Privado

**Gráfico N°14. “¿Cada cuánto se debería realizar una evaluación del paciente en busca de síntomas de Delirium?”**



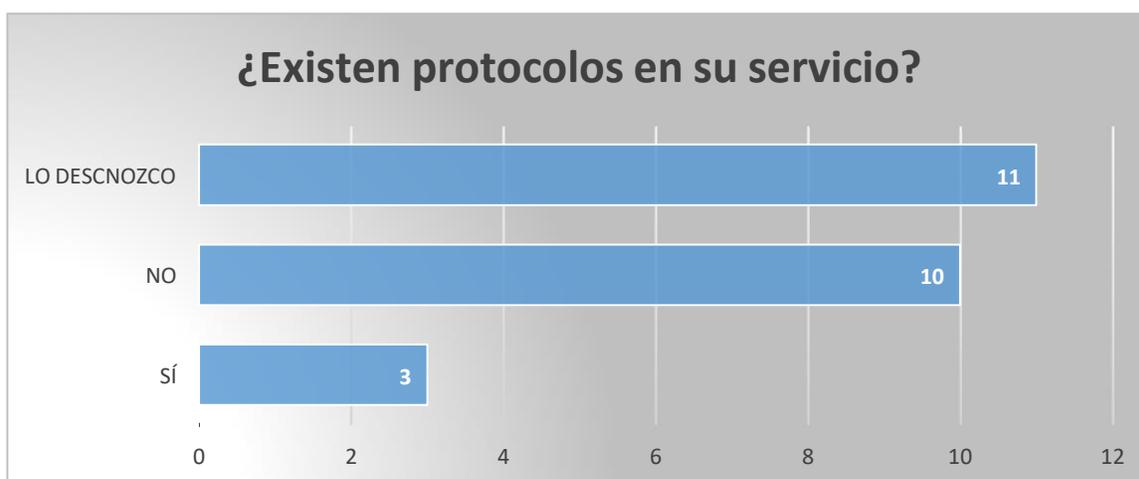
**Comentario:** Se puede observar que las respuestas del grupo de estudio han sido variadas, la mayor parte de ellos el 47%, acertaron en la elección de su respuesta. La detección del Delirium debe ser rutinaria e idealmente debería ser adoptada como un control de signos vitales más.

**Tabla N°15. “¿Existe en el servicio donde usted se desempeña, algún protocolo de manejo del paciente con Delirium?”**

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	3	12%
No	10	42%
Lo desconozco	11	46%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos extraídos de UTI Hospital Privado

**Gráfico N°15. “¿Existe en el servicio donde usted se desempeña, algún protocolo de manejo del paciente con Delirium?”**



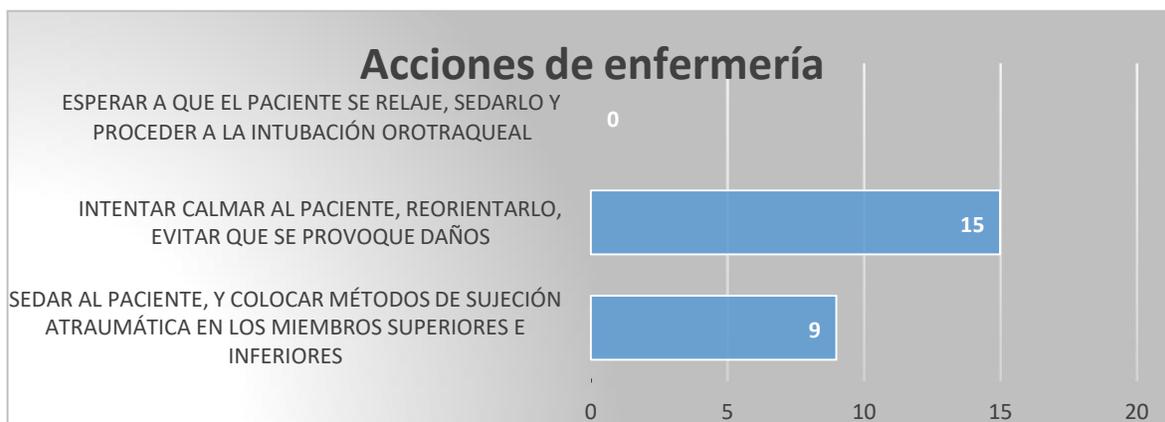
**Comentario:** Se puede observar que la mayor parte del grupo, manifestó desconocer la existencia de un protocolo para manejo de Delirium, y otra gran parte un 42%, refirió que no existen protocolos de manejo del Delirium en el servicio donde se desempeñan. Por lo que se puede suponer que gran parte de este grupo de profesionales, no sabría qué acciones prioritarias tomar ante la aparición de los primeros síntomas de Delirium.

**Tabla N°16. “¿Cuál de las siguientes acciones de enfermería es más adecuada para tratar a un paciente con Delirium?”**

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sedar al paciente, y colocar métodos.....	9	37%
Intentar calmar al paciente, reorientarlo.....	15	63%
Esperar a que el paciente se relaje, sedarlo....	0	0%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos extraídos de UTI Hospital Privado

**Gráfico N°16. “¿Cuál de las siguientes acciones de enfermería es más adecuada para tratar a un paciente con Delirium?”**



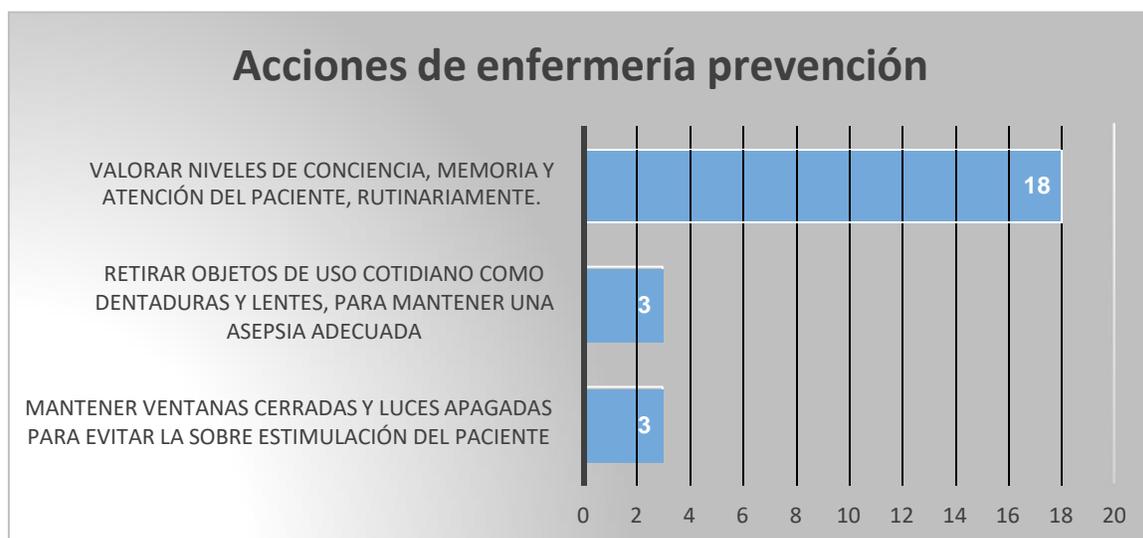
**Comentario:** Se puede observar que la gran mayoría de los encuestados el 63%, eligieron la opción correcta. Se puede concluir que intuitivamente, este grupo, opta por las medidas prioritarias ante la aparición de síntomas de Delirium. Sin embargo, un grupo menor, eligió la opción “sedar y colocar sujeción”, se puede presuponer que estas son las medidas que generalmente se toman en el servicio en estos casos, y que conllevan a que el paciente presente aún mayores complicaciones asociadas al Delirium y a su cuadro clínico.

**Tabla N°17 “¿Cuál de las siguientes acciones de enfermería es más adecuada para prevenir el Delirium?”**

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Mantener ventanas cerradas y luces apagadas...	3	12%
Retirar objetos de uso cotidiano.....	3	13%
Valorar niveles de conciencia, memoria.....	18	75%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos extraídos de UTI Hospital Privado

**Gráfico N°17. “Acción de enfermería más adecuada para prevenir Delirium”**



**Comentario:** Como se puede observar expresado en el gráfico, la mayor parte de los encuestados un 75%, acertó a la respuesta correcta. Las acciones prioritarias para la prevención del delirium deben estar basadas en una mirada holística de las necesidades del paciente. Por lo que se puede presuponer que basada en la pregunta anterior, este grupo presenta mejores resultados a nivel de prevención del delirium, que en la toma de medidas una vez que comenzó el padecimiento. Lo cual demuestra que existen algunos conceptos implantados a nivel preventivo.

# **CAPÍTULO III**

## **Resultados, Discusión y Propuestas**

## Resultados

Del total de 27 enfermeros que conforman ambos servicios de Terapia Intensiva de Hospital Privado, únicamente 24 de ellos respondieron la encuesta, esto ocurrió debido a que dos enfermeras se encontraban en el momento de realizar la encuesta, con licencia por maternidad, por lo tanto, estuvieron ausentes durante el período en el cual se realizó esta encuesta, motivo por el cual fueron excluidas del grupo de estudio. Un solo enfermero del grupo se abstuvo de responder la encuesta. Dando como resultado 24 encuestas contestadas y analizadas.

Algunos de los resultados más relevantes que se pueden mencionar es que, esta población de estudio está conformada en su mayor parte por enfermeras de sexo femenino, correspondientes a un 62%, frente a un 38% de la población correspondientes a sexo masculina.

Con respecto a la edad de los encuestados, se puede mencionar que existe gran variedad entre las edades registradas individualmente. La mayor parte de esta población de estudio un 42% se encuentra entre los 30 y los 40 años de edad. Siendo principalmente en su mayoría, adultos jóvenes.

Con respecto a su formación y cantidad de años trabajados se puede mencionar que más de la mitad del grupo son enfermeros profesionales un 67% del total, y tan solo 7 de ellos Licenciados en Enfermería correspondiente al 29% del total.

Un 54% del grupo lleva desempeñándose en el servicio de Terapia Intensiva en un periodo de entre 1 y 5 año. Contando con profesionales que trabajan allí desde hace unos meses el 9%, hasta otros que cuentan con 15 años de experiencia en UTI correspondiente a un 5%.

La mayor cantidad de respuestas de los encuestados fueron provenientes del edificio de Hospital Privado Quirúrgico 54%, esto ocurre debido a que el grupo que trabaja allí es más numeroso en comparación con el que se desempeña en Hospital Privado Clínico 46%.

Con respecto al nivel de conocimientos que se recabaron en las respuestas de los encuestados, se puede observar que aún existen muchas dificultades para

diferenciar este padecimiento, un 62% del total no sabe describir correctamente de que se trata el Delirium; sin embargo, el 92% del total, saben reconocer los síntomas de este padecimiento de manera precisa.

A la hora de definir este padecimiento aun suele asociarse a otras enfermedades como la demencia queda en evidencia debido a que un 50% del grupo respondió que Delirium y Demencia son lo mismo, y que se encuentran relacionadas, siendo la demencia la manifestación clínica del Delirium, lo cual es incorrecto.

Un 92% respondió que no existe ningún tipo de monitorización en el servicio para la detección de Delirium. La gran mayoría de encuestados un 75% no conoce la escala CAM-ICU, por lo tanto, jamás la han utilizado. Un 71% del total tampoco ha utilizado la Escala de Sedación de Richmond para la evaluación de un paciente.

Con respecto a las acciones de enfermería respecto a un caso de Delirium ya instaurado; aún existe tendencia a elegir la sobredosificación del paciente y a métodos de sujeción para mantenerlo quieto un 37% de los encuestados eligieron esta opción como correcto accionar de enfermería, acciones totalmente desaconsejadas en el correcto manejo del paciente con Delirium.

Con respecto a la prevención del Delirium, satisfactoriamente un 75% del total, respondió de manera correcta. Lo cual indica que las bases para el cuidado holístico de los pacientes se encuentran firmes en la mayoría de los encuestados, sin embargo, existe la necesidad de reforzar y afinar algunos conceptos, para brindar cuidados de calidad en base teórica y práctica.

## Discusión

El Delirium como padecimiento específico se encuentra actualmente extendido a lo largo de muchos servicios hospitalarios, existe una tendencia a la incidencia dentro de Terapia Intensiva, mucho más pronunciada que en otros servicios de internación; esto se a que probablemente existen múltiples factores desencadenantes en el ambiente y contexto en el que el paciente es ingresado a estos servicios.

Como ya se mencionó con anterioridad, este padecimiento suele ser subdiagnosticado por el personal médico, y se tiende al manejo incorrecto de este tipo de padecimiento, favoreciendo las medidas farmacológicas, y sobredosificación del paciente, desencadenando un aumento en la morbilidad de los mismos.

Con respecto al nivel de conocimientos que poseen los enfermeros encuestados, acerca del tema principal de esta Tesis, se puede mencionar basándose en los resultados obtenidos, que en primera impresión los mismos no podrían describir correctamente de qué se trata el padecimiento Delirium. Un gran porcentaje manifestó que se trata de una enfermedad crónica, irreversible, se puede presumir que este desacierto se basa en la confusión que existe entre este padecimiento y otras enfermedades psiquiátricas como la demencia. Lo anterior mencionado, queda respaldado en los resultados obtenidos en la pregunta N° 10 “Delirium vs Demencia”, donde el mayor porcentaje de respuestas obtenido fue que “son la misma enfermedad, el Delirium es la manifestación clínica de la demencia”. Es importante que estos conceptos sean separados y diferenciados correctamente por los profesionales de la salud, ya que como se ha mencionado el Delirium no es crónico, ni progresivo, es reversible en el tiempo, y de inicio repentino totalmente contrario a la Demencia, que es progresiva y degenerativa en el tiempo.

Si bien el concepto de Delirium no está totalmente comprendido, el grupo si manifestó conocimientos correctos acerca de los síntomas que produce el Delirium en su forma hiperactiva (excitación psicomotriz – alucinaciones- alteración de la

conciencia), acertando la respuesta correcta en un 92%. Se puede observar que el pensamiento acerca de síntomas de Delirium siempre tiende a pensar en síntomas de hiperactividad, y no de hipo-actividad, lo cual resulta un problema ya que los casos cursan, con mayor frecuencia con síntomas de hipoactividad.

Con respecto a la detección del Delirium, se presentó en la mayoría de respuestas desconocimiento. La mayor parte de los encuestados manifestó no conocer las escalas de detección y evaluación del Delirium (CAM- ICU / RASS), debido a esto, tampoco las han utilizado con anterioridad para evaluar pacientes. Un dato no menor, es que un 46% del total de encuestados, desconoce si en su servicio existen protocolos para el manejo del paciente con Delirium. Con lo cual se puede concluir que no existe información adecuada dentro del servicio.

Los resultados obtenidos respecto a acciones específicas de enfermería para prevención del Delirium, fueron alentadores. Un 75% del total del grupo, supo elegir adecuadamente que acciones prioritarias de enfermería deberían aplicarse en la prevención del Delirium. Como se mencionó anteriormente, se deben priorizar aquellas acciones no farmacológicas, por sobre las farmacológicas siempre que sea posible, reorientar al paciente y brindarle contención, escucha activa y empatía, suelen ser una gran medida de prevención, presumiblemente es aplicada por una parte de los encuestados.

Finalmente, los resultados para las acciones de enfermería ante un caso de Delirium ya instaurado, arrojaron que en gran medida el grupo sabría accionar de manera correcta, reorientando al paciente, evitando que se haga daño. Otro dato de importancia que arrojó esta pregunta es que un 37% del total, optó por la opción “sedar al paciente y colocar métodos de sujeción”, con lo que queda en evidencia que gran parte de estos profesionales tomaría medidas inadecuadas, que producen mayores daños y alteraciones al paciente.

Por lo general, se tiende a ser poco tolerante con este padecimiento, y se procura mantener al paciente bajo los efectos sedantes de la medicación la mayor parte del

tiempo, para mantenerlo “tranquilo”. Todas estas medidas suelen ser indicadas por el personal médico y prolongadas en el tiempo, cuyo único logro es perjudicar aún más el estado de salud del paciente.

Es de vital importancia, la educación en cuanto a las medidas preventivas y de tratamiento basadas en cuidados no farmacológicos, involucrando herramientas que van desde lo más técnico como las escalas de detección y evaluación, hasta lo más humanizado, como hacer partícipe a la familia de los pacientes, fomentar horarios de visita y mantener a los pacientes lo más acompañados posibles durante su estancia en un servicio tan hostil como lo es Terapia Intensiva.

## **Propuestas de Mejoras**

En base a los resultados obtenidos en las encuestas, se puede observar que los conocimientos que poseen los enfermeros a cerca de Delirium, no son del todo claros, aún existe confusión al intentar definir este padecimiento. En la mayoría de los servicios no existen protocolos de prevención y abordaje de un caso, y de manera casi arbitraria se opta en primera instancia, por introducir fármacos sedantes al paciente, con su consiguiente sujeción de miembros superiores e inferiores a la unidad. Lo cual conlleva a empeorar la desorientación y provocar mayores complicaciones generales al mismo.

Debido a esto, es necesario y sumamente importante generar nuevas estrategias para mejorar la calidad del nivel de conocimiento de los enfermeros.

Deben implementarse la utilización de herramientas como las escalas de CAM-ICU y RASS, que fueron diseñadas específicamente para estos casos. Como así también la valoración de factores predisponentes y precipitantes en los pacientes. Las utilidades de estas escalas requieren un entrenamiento mínimo para su utilización, cualquier agente sanitario capacitado puede detectar un caso de Delirium con estas herramientas, tanto en pacientes que requieren asistencia mecánica respiratoria, como en aquellos que no. Estas escalas deben adoptarse de manera cotidiana como un control más de monitorización del paciente. De esta manera podrían detectarse casos más rápidamente, y tomar las medidas adecuadas antes de que empeore.

Deben realizarse capacitaciones a todo el personal sanitario. La formación continua y la introducción de herramientas adecuadas enriquecen las oportunidades de detección y prevención de este padecimiento.

Deben implementarse protocolos estandarizados e interdisciplinarios, de prevención y acción ante un caso detectado de Delirium. Los cuales deben estar disponibles en todos los servicios, y al alcance de cualquier agente sanitario.

Deben adoptarse en primera instancia y siempre que sea posible, medidas no farmacológicas, reorientar al paciente, permitirle objetos de uso cotidiano, e involucrar a la familia en los cuidados, permitirle visitas regulares, todas estas medidas, por pequeñas que parezcan, generan un gran impacto en la recuperación del paciente.

Estas herramientas utilizadas de manera correcta representarían una disminución en la tasa de casos, menores complicaciones en el paciente, disminuiría el índice de mortalidad; los días de internación serían menos prolongados. En cuanto a las instituciones esto produciría menor relación costo-efectivo (\$) y a su vez, representa también un índice de la calidad asistencial prestada.

# **Apéndice y Anexos.**

## **Bibliografía General**

Capítulo de Enfermería Crítica. Protocolos Y Guías de Práctica Clínica. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.

Carrasco, M. Zallaquet, M. (2017). Delirium: Una epidemia desde el servicio de urgencias a la unidad de paciente crítico. *Revista Medicina Clínica Condes*, 2(28), 301-310. Santiago de Chile.

Ceraso, D. & Castel, C. (2010). Encuesta Iberoamericana sobre delirium en pacientes críticos. *Med Intensiva*, 34 (8), 495-505.

Esper, R. & Cordova, J. (2007). Delirio en el enfermo grave. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, 21(1), 38-44.

Esper, R. & García, J. (2010). Delirium en el enfermo grave. *Med.Int. Mex*, 26 (2), 130-139.

Giménez, N. (2019). El cuidado invisible en pacientes críticos desde la perspectiva del equipo de enfermería. (Trabajo Final Integrador) Universidad Nacional de Córdoba.

Guía para el manejo de la analgesia, la sedación y el delirium del paciente en UTI. (2ed.). (2020). Buenos Aires. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Guía para el manejo de la analgesia, la sedación y el delirium del paciente en UTI. (1ed.). (2018). Buenos Aires. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Herlyn S. Antipsicóticos. Universidad De Buenos Aires (2016)

Herrejon, E., Romera, M.A. Delirio en el Paciente Critico. *Medicina Intensiva*. Hospital Infanta Leonor. 32(1) 77-99. Vallecas, España

Jiménez, M. (2006). Delirium o Síndrome Confusional Agudo. *Tratado de Geriátría Para Residentes* (189-198). Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología

Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales (4ed.). (1994).  
Barcelona: Masson S.A.

Olmos, M., Varela, D. (2019). Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en Cuidados Críticos. Revista médica clínica Las Condes. 2(30), 126-139).

Toro, A. & Escobar, L. (2010). Versión en español del método para la evaluación de la confusión en cuidados críticos, estudio piloto de validación. Med Intensiva, 34(1), 14-21.

Unamuno, M. (2021). La privación del sueño y su relación con el delirium. Grado de Enfermería. Universidad de Lleida, Cataluña. España.

Valencia, V., Castañeda, A. & Rojas, A. (2020). Medicamentos asociados al desarrollo del síndrome confusional agudo (Delirium) en adultos mayores. (Seminario de investigación). Universidad de CES. Facultad de Ciencias y Biotecnología, Medellín.

Vitolo, F. (2020) Síndrome confusional agudo (delirium) en el adulto mayor hospitalizado. (1ed) Biblioteca Virtual Noble

Wesley, E. (2002). Manual de Entrenamiento. En el Método Para la Evaluación de la Confusión en la UCI (5). Nashville; Vanderbilt University

## Anexos

### Encuesta

#### DELIRIUM EN EL PACIENTE CRÍTICO

Esta encuesta es anónima. Se realiza con el único fin de recabar información acerca de los conocimientos de los enfermeros acerca de la prevención y detección del Delirium en el paciente crítico, para la realización de Trabajo Final de Tesis. Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional de Cuyo. Gracias por su colaboración.

1. Edad \_\_\_\_\_
  
2. Sexo:
  - a) Femenino
  - b) Masculino
  
3. Formación académica:
  - a) Enfermero auxiliar
  - b) Enfermero profesional c)  
Licenciado en Enfermería
  
4. ¿En qué edificio de Hospital Privado se desempeña actualmente?
  - a) Hospital Privado Quirúrgico
  - b) Hospital Privado Clínico
  
5. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en Terapia Intensiva? \_\_\_\_\_
  
6. Con respecto a Delirium, se puede decir que es...
  - a) Una enfermedad crónica, irreversible, de origen multiorgánico.
  - b) Un padecimiento agudo, reversible, de origen multiorgánico.

c) Un padecimiento agudo, irreversible, de origen multiorgánico.

7. Los síntomas de Delirium son:

- a) Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia.
- b) Pérdida de memoria, vómitos, disnea.
- c) Migraña, bajo apetito, alucinaciones auditivas.

8. El Delirium y la Demencia:

- a) Son la misma enfermedad, el delirium es la manifestación clínica de la demencia.
- b) Son dos enfermedades de distinta etiología, que pueden concomitar al mismo tiempo.
- c) Un episodio de delirium puede desencadenar demencia en el paciente

9. Usted cree que:

- a) El delirium es detectable y prevenible, por cualquier agente de la salud que esté capacitado para su evaluación.
- b) Es indetectable y no se puede prevenir, ya que es una patología de origen psiquiátrico.
- c) Su detección es generalmente tardía, por lo que la prevención ya no es eficiente.

10. En el servicio donde usted se desempeña, ¿Se realiza alguna monitorización para detectar pacientes con Delirium?

- a) Sí
- b) No

11. ¿Conoce la Escala CAM-ICU?

- a) Sí
- b) No

12. Si la respuesta anterior fue Sí ¿Alguna vez ha utilizado la escala CAM-ICU para evaluar un paciente con Delirium?
- a) Sí
  - b) No
13. ¿Alguna vez ha utilizado la escala de Sedación de Richmond para evaluar el nivel de conciencia de un paciente?
- a) Sí
  - b) No
14. ¿Cada cuánto se debería realizar una evaluación del paciente en busca de síntomas de Delirium?
- a) Una vez por turno
  - b) Una vez al día
  - c) En cada oportunidad que se tenga de hablar con el paciente
  - d) Cuando el paciente comience a desorientarse
15. ¿Existe en el servicio donde usted se desempeña, algún protocolo de manejo del paciente con Delirium?
- a) Sí
  - b) No
  - c) Lo desconozco
16. ¿Cuál de las siguientes acciones de enfermería es más adecuada para tratar a un paciente con Delirium?
- a) Sedar al paciente, y colocar métodos de sujeción atraumática en los miembros superiores e inferiores
  - b) Intentar calmar al paciente, reorientarlo, evitar que se provoque daños
  - c) Esperar a que el paciente se relaje, sedarlo y proceder a la intubación orotraqueal

17. ¿Cuál de las siguientes acciones de enfermería es más adecuada para prevenir el Delirium?

- a) Mantener ventanas cerradas y luces apagadas para evitar la sobreestimulación del paciente
- b) Retirar objetos de uso cotidiano como dentaduras y lentes, para mantener una asepsia adecuada
- c) Valorar niveles de conciencia, memoria y atención del paciente, rutinariamente.

## “Escala CAM- ICU.”

Criterios y Descripción del CAM-ICU												
<b>1. Inicio agudo o curso fluctuante</b>	<b>Ausente</b>	<b>Presente</b>										
<p>A. Hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental sobre el estado basal?</p> <p style="text-align: center;"><b>O</b></p> <p>B. Ha fluctuado el comportamiento (anormal) en las últimas 24 horas, es decir, tiende a aparecer y desaparecer, o aumenta y disminuye en severidad evidenciado por la fluctuación en una escala de sedación (p.e., RASS), Escala de Glasgow, o evaluación previa del Delirio?</p>												
<b>2. Inatención</b>	<b>Ausente</b>	<b>Presente</b>										
<p>¿Tuvo el paciente dificultad para fijar la atención, evidenciada por <b>puntajes menores a 8</b> en cualquiera de los componentes visual o auditivo del Examen de Tamizaje para la Atención (<b>ASE</b>)? (Instrucciones en la página siguiente).</p>												
<b>3. Pensamiento desorganizado</b>	<b>Ausente</b>	<b>Presente</b>										
<p>¿Hay evidencia de pensamiento desorganizado o incoherente evidenciado <b>por respuestas incorrectas a 2 o más de las 4 preguntas, y/o incapacidad para obedecer órdenes?</b></p> <p><b>Preguntas (Alternar grupo A y grupo B):</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Grupo A</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Grupo B</b></td> </tr> <tr> <td>1. ¿Podría flotar una piedra en el agua?</td> <td>1. ¿Podría flotar una hoja en el agua?</td> </tr> <tr> <td>2. ¿Existen peces en el mar?</td> <td>2. ¿Existen elefantes en el mar?</td> </tr> <tr> <td>3. ¿Pesa más una libra que dos libras?</td> <td>3. ¿Pesan más dos libras que una libra?</td> </tr> <tr> <td>4. ¿Se puede usar un martillo para pegarle a un clavo?</td> <td>4. ¿Se puede usar un martillo para cortar madera?</td> </tr> </table> <p><b>Otros:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Tiene usted algún pensamiento confuso o poco claro?</li> <li>2. Muestre esta cantidad de dedos. (El examinador muestra dos dedos en frente del paciente).</li> <li>3. Ahora repita lo mismo con la otra mano. (Sin repetir el mismo número de dedos).</li> </ol>			<b>Grupo A</b>	<b>Grupo B</b>	1. ¿Podría flotar una piedra en el agua?	1. ¿Podría flotar una hoja en el agua?	2. ¿Existen peces en el mar?	2. ¿Existen elefantes en el mar?	3. ¿Pesa más una libra que dos libras?	3. ¿Pesan más dos libras que una libra?	4. ¿Se puede usar un martillo para pegarle a un clavo?	4. ¿Se puede usar un martillo para cortar madera?
<b>Grupo A</b>	<b>Grupo B</b>											
1. ¿Podría flotar una piedra en el agua?	1. ¿Podría flotar una hoja en el agua?											
2. ¿Existen peces en el mar?	2. ¿Existen elefantes en el mar?											
3. ¿Pesa más una libra que dos libras?	3. ¿Pesan más dos libras que una libra?											
4. ¿Se puede usar un martillo para pegarle a un clavo?	4. ¿Se puede usar un martillo para cortar madera?											
<b>4. Nivel de Conciencia alterado</b>	<b>Ausente</b>	<b>Presente</b>										
<p>¿Tiene el paciente un nivel de conciencia diferente al estado de <i>alerta</i>, tales como vigilante, letárgico, o estupor? (p.e., RASS diferente a “0” al momento de la evaluación)</p> <p><b>Alerta:</b> espontánea y plenamente consciente del medio ambiente e interactúa apropiadamente</p> <p><b>Vigilante:</b> hiperalerta</p> <p><b>Letárgico:</b> somnoliento pero fácil de despertar, no consciente de algunos elementos del medio ambiente, o no interactúa de manera apropiada y espontánea con el entrevistador; llega a estar plenamente consciente e interactúa apropiadamente con estímulos mínimos</p> <p><b>Estupor:</b> Incompletamente consciente cuando es estimulado fuertemente; puede ser despertado únicamente con estímulos vigorosos y repetidos, y tan pronto como el estímulo cesa, vuelve al estado de no respuesta</p>												
<b>CAM-ICU general</b> (Criterios 1 y 2 y cualquiera de los criterios 3 ó 4):	<b>Sí</b>	<b>No</b>										

Extraído de Wesley, E. (2002). *Manual de Entrenamiento. En el Método Para la Evaluación de la Confusión en la UCI* (5). Nashville; Vanderbilt University.

## **Notas de autorización**

**Mendoza, junio de 2022**

**Señor Director**

**Hospital Privado**

**Dr. Luis CICCHITTI**

**S / D**

Sr. Director:

Por medio de la presente me dirijo a usted con motivo de solicitar autorización para poder realizar una encuesta a mis compañeros enfermeros que se desempeñan en el Serv. de Terapia Intensiva de ambos edificios Hospital Privado Quirúrgico y Hospital Privado Clínico, a fin de poder recabar información para la realización de mi tesis final de la carrera de Licenciatura de Enfermería, que curso actualmente en Universidad Nacional de Cuyo.

La encuesta que se realizará tendrá el fin de aportar información necesaria acerca del conocimiento que poseen los enfermeros en la "Detección y prevención del Delirium en los pacientes de Terapia Intensiva".

A la espera de una respuesta favorable, lo saludo atentamente.

**Gisel Noemí AMAYA**

Enfermera de Terapia Intensiva

**Mendoza, junio de 2022**

**Señora Jefa de Servicio**

**Terapia Intensiva**

**Hospital Privado Quirúrgico**

**Lic. Olga GARCIA**

**S / D**

De mi mayor consideración

Por medio de la presente me dirijo a usted con motivo de solicitar autorización para poder realizar una encuesta a mis compañeros enfermeros que se desempeñan en el Serv. de Terapia Intensiva de ambos edificios Hospital Privado Quirúrgico y Hospital Privado Clínico, a fin de poder recabar información para la realización de mi tesis final de la carrera de Licenciatura de Enfermería, que curso actualmente en Universidad Nacional de Cuyo.

La encuesta que se realizará tendrá el fin de aportar información necesaria acerca del conocimiento que poseen los enfermeros en la "Detección y prevención del Delirium en los pacientes de Terapia Intensiva"

A la espera de una respuesta favorable, la saludo atentamente.

**Gisel Noemí AMAYA**

Enfermera de Terapia Intensiva

**Mendoza, junio de 2022**

**Señora Jefa de Servicio**

**Terapia Intensiva**

**Hospital Privado Clínico**

**Lic. Alejandra SOTO**

**S / D**

De mi mayor consideración

Por medio de la presente me dirijo a usted con motivo de solicitar autorización para poder realizar una encuesta a mis compañeros enfermeros que se desempeñan en el Serv. de Terapia Intensiva de ambos edificios Hospital Privado Quirúrgico y Hospital Privado Clínico, a fin de poder recabar información para la realización de mi tesis final de la carrera de Licenciatura de Enfermería, que curso actualmente en Universidad Nacional de Cuyo.

La encuesta que se realizará tendrá el fin de aportar información necesaria acerca del conocimiento que poseen los enfermeros en la "Detección y prevención del Delirium en los pacientes de Terapia Intensiva".

A la espera de una respuesta favorable, la saludo atentamente.

**Gisel Noemí AMAYA**

Enfermera de Terapia Intensiva

## Tabla Matriz

### DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS ENCUESTADOS:

N° DE ENCUESTADO	Edad	Sexo	Formación académica	¿En qué Hospital Privado se desempeña actualmente ?	¿Cuánto de tiempo lleva trabajando en Terapia Intensiva ?
1	44	Masculino	Enfermero profesional	Hospital Privado Quirúrgico	20 a
2	25	Femenino	Enfermero profesional	Hospital Privado Quirúrgico	8 meses
3	47	Femenino	Licenciado en Enfermería	Hospital Privado Quirúrgico	2años
4	29	Femenino	Licenciado en Enfermería	Hospital Privado Clínico	8 años
5	52	Femenino	Enfermero profesional	Hospital Privado Quirúrgico	24
6	33	Masculino	Enfermero profesional	Hospital Privado Quirúrgico	Casi 2 años
7	41	Femenino	Enfermero profesional	Hospital Privado Quirúrgico	4 años
8	32	Femenino	Enfermero profesional	Hospital Privado Quirúrgico	7 años
9	59	Femenino	Licenciado en Enfermería	Hospital Privado Quirúrgico	15

<b>10</b>	35	Masculino	Licenciado en Enfermería	Hospital Privado Clínico	3
<b>11</b>	32	Femenino	Enfermero profesional	Hospital Privado Clínico	7 años
<b>12</b>	20	Femenino	Enfermero auxiliar	Hospital Privado Quirúrgico	3 meses
<b>13</b>	27	Masculino	Enfermero profesional	Hospital Privado Quirúrgico	6
<b>14</b>	25	Femenino	Enfermero profesional	Hospital Privado Quirúrgico	1 año
<b>15</b>	32	Masculino	Enfermero profesional	Hospital Privado Quirúrgico	Dos años
<b>16</b>	27	Masculino	Enfermero profesional	Hospital Privado Clínico	3 años
<b>17</b>	33	Masculino	Licenciado en Enfermería	Hospital Privado Clínico	6 años
<b>18</b>	36	Femenino	Enfermero profesional	Hospital Privado Clínico	4 años
<b>19</b>	45	Femenino	Enfermero profesional	Hospital Privado Clínico	8 años
<b>20</b>	43	Femenino	Enfermero profesional	Hospital Privado Clínico	5 años
<b>21</b>	39	Masculino	Enfermero profesional	Hospital Privado Clínico	3 años
<b>22</b>	37	Femenino	Licenciado en Enfermería	Hospital Privado Quirúrgico	6 años
<b>23</b>	28	Masculino	Enfermero profesional	Hospital Privado Clínico	1 año
<b>24</b>	33	Femenino	Licenciado en Enfermería	Hospital Privado Clínico	2 años

**CON RESPECTO A DELIRUM ....**

N° DE ENCUESTA DO	Con respecto al Delirium se puede decir que es	Los síntomas de Delirium son:	El Delirium y la Demencia	Usted cree que:	¿En su servicio se realiza monitorización de Delirium?
1	Un padecimiento agudo, reversible, de origen multiorgánico.	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia	Son dos enfermedades de distinta etiología, que pueden concomitar al mismo tiempo.	Su Detección es generalmente tardía, por lo que la prevención ya no es eficiente.	No
2	Un padecimiento agudo, reversible, de origen multiorgánico.	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia	Son dos enfermedades de distinta etiología, que pueden concomitar al mismo tiempo.	El delirium es detectable y prevenible, por cualquier agente de la salud que esté capacitado para su evaluación	No
3	Un padecimiento agudo, reversible, de origen multiorgánico.	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia	Son dos enfermedades de distinta etiología, que pueden concomitar al mismo tiempo.	El delirium es detectable y prevenible, por cualquier agente de la salud que esté capacitado para su evaluación	No
4	Un padecimiento agudo, reversible, de origen	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración	Son dos enfermedades de distinta etiología,	El delirium es detectable y prevenible, por	No

	multiorgánico.	del nivel de conciencia	que pueden concomitar al mismo tiempo.	cualquier agente de la salud que esté capacitado para su evaluación	
5	Un padecimiento agudo, reversible, de origen multiorgánico.	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia	Son dos enfermedades de distinta etiología, que pueden concomitar al mismo tiempo.	El delirium es detectable y prevenible, por cualquier agente de la salud que esté capacitado para su evaluación	No
6	Un padecimiento agudo, reversible, de origen multiorgánico.	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia	Son dos enfermedades de distinta etiología, que pueden concomitar al mismo tiempo.	El delirium es detectable y prevenible, por cualquier agente de la salud que esté capacitado para su evaluación	No
7	Una enfermedad crónica, irreversible, de origen multiorgánico.	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia	Son dos enfermedades de distinta etiología, que pueden concomitar al mismo tiempo.	Es indetectable y no se puede prevenir, ya que es una patología de origen psiquiátrico.	No
8	Una enfermedad crónica, irreversible, de origen multiorgánico.	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia	Son la misma enfermedad, el delirium es la manifestación clínica de la demencia.	Es indetectable y no se puede prevenir, ya que es una patología de origen psiquiátrico.	No

9	Un padecimiento agudo, reversible, de origen multiorgánico.	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia	Un episodio de delirium puede desencadenar demencia en el paciente	Es indetectable y no se puede prevenir, ya que es una patología de origen psiquiátrico.	No
10	Una enfermedad crónica, irreversible, de origen multiorgánico.	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia	Son dos enfermedades de distinta etiología, que pueden concomitar al mismo tiempo.	Es indetectable y no se puede prevenir, ya que es una patología de origen psiquiátrico.	No
11	Un padecimiento agudo, reversible, de origen multiorgánico.	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia	Un episodio de delirium puede desencadenar demencia en el paciente	El delirium es detectable y prevenible, por cualquier agente de la salud que esté capacitado para su evaluación	No
12	Una enfermedad crónica, irreversible, de origen multiorgánico.	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia	Un episodio de delirium puede desencadenar demencia en el paciente	Es indetectable y no se puede prevenir, ya que es una patología de origen psiquiátrico.	No
13	Un padecimiento agudo, reversible, de origen multiorgánico.	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia	Son la misma enfermedad, el delirium es la manifestación clínica de la demencia.	Su Detección es generalmente tardía, por lo que la prevención ya no es eficiente.	Si

14	Un padecimiento agudo, reversible, de origen multiorgánico.	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia	Un episodio de delirium puede desencadenar demencia en el paciente	Su Deteccion es generalmente tardía, por lo que la prevención ya no es eficiente.	No
15	Un padecimiento agudo, reversible, de origen multiorgánico.	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia	Son dos enfermedades de distinta etiología, que pueden concomitar al mismo tiempo.	El delirium es detectable y prevenible, por cualquier agente de la salud que esté capacitado para su evaluación	Si
16	Un padecimiento agudo, irreversible, de origen multiorgánico.	Pérdida de memoria, vómitos, disnea	Son dos enfermedades de distinta etiología, que pueden concomitar al mismo tiempo.	El delirium es detectable y prevenible, por cualquier agente de la salud que esté capacitado para su evaluación	No
17	Un padecimiento agudo, reversible, de origen multiorgánico.	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia	Un episodio de delirium puede desencadenar demencia en el paciente	El delirium es detectable y prevenible, por cualquier agente de la salud que esté capacitado para su evaluación	No
18	Un padecimiento agudo, irreversible	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración	Son dos enfermedades de distinta	Su Deteccion es generalmente	No

	e, de origen multiorgánico.	del nivel de conciencia	etiología, que pueden concomitar al mismo tiempo.	e tardía, por lo que la prevención ya no es eficiente.	
<b>19</b>	Un padecimiento agudo, reversible, de origen multiorgánico.	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia	Un episodio de delirium puede desencadenar demencia en el paciente	El delirium es detectable y prevenible, por cualquier agente de la salud que esté capacitado para su evaluación	No
<b>20</b>	Un padecimiento agudo, irreversible, de origen multiorgánico.	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia	Son la misma enfermedad, el delirium es la manifestación clínica de la demencia.	El delirium es detectable y prevenible, por cualquier agente de la salud que esté capacitado para su evaluación	No
<b>21</b>	Un padecimiento agudo, reversible, de origen multiorgánico.	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia	Son la misma enfermedad, el delirium es la manifestación clínica de la demencia.	El delirium es detectable y prevenible, por cualquier agente de la salud que esté capacitado para su evaluación	No
<b>22</b>	Un padecimiento agudo, irreversible, de origen multiorgánico.	Pérdida de memoria, vómitos, disnea	Son la misma enfermedad, el delirium es la manifestación clínica de la demencia.	Su Deteccion es generalment e tardía, por lo que la prevención	No

				ya no es eficiente.	
23	Un padecimiento agudo, reversible, de origen multiorgánico.	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia	Son dos enfermedades de distinta etiología, que pueden concomitar al mismo tiempo.	El delirium es detectable y prevenible, por cualquier agente de la salud que esté capacitado para su evaluación	No
24	Un padecimiento agudo, irreversible, de origen multiorgánico.	Excitación psicomotriz, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia	Un episodio de delirium puede desencadenar demencia en el paciente	El delirium es detectable y prevenible, por cualquier agente de la salud que esté capacitado para su evaluación	No

### CON RESPECTO A DETECCIÓN Y PREVENCIÓN...

Nº DE ENCUESTADO	¿Conoce la Escala CAM ICU?	¿Alguna vez la ha utilizado para evaluar a un paciente?	¿Alguna vez ha utilizado la escala RASS para evaluar a un paciente?	¿Cada cuánto se debería evaluar al paciente en busca de síntomas de Delirium?	¿Existe en su servicio un protocolo de manejo del paciente con Delirium?
1	No	No	Sí	Una vez por turno	No

<b>2</b>	No	No	No	Una vez al día	Lo desconozco
<b>3</b>	No	No	No	Una vez por turno	No
<b>4</b>	No	No	Sí	En cada oportunidad que se tenga de hablar con el paciente	Sí
<b>5</b>	Sí	Sí	Sí	En cada oportunidad que se tenga de hablar con el paciente	Sí
<b>6</b>	No	No	No	En cada oportunidad que se tenga de hablar con el paciente	Sí
<b>7</b>	No	No	No	Cuando el paciente comience a desorientarse	No
<b>8</b>	Sí	Sí	Sí	Cuando el paciente comience a desorientarse	No
<b>9</b>	No	No	No	En cada oportunidad que se tenga de hablar con el paciente	Lo desconozco
<b>10</b>	No	No	No	En cada oportunidad que se tenga de hablar con el paciente	No
<b>11</b>	No	No	No	En cada oportunidad que se tenga de hablar	Lo desconozco

				con el paciente	
<b>12</b>	No	No	No	En cada oportunidad que se tenga de hablar con el paciente	Lo desconozco
<b>13</b>	No	No	No	En cada oportunidad que se tenga de hablar con el paciente	Lo desconozco
<b>14</b>	No	No	No	Una vez por turno	No
<b>15</b>	Sí	Sí	No	Una vez por turno	Lo desconozco
<b>16</b>	No	No	No	En cada oportunidad que se tenga de hablar con el paciente	Lo desconozco
<b>17</b>	No	No	Sí	Una vez por turno	No
<b>18</b>	Sí	No	No	Cuando el paciente comience a desorientars e	No
<b>19</b>	Sí	No	No	Una vez por turno	No
<b>20</b>	No	No	No	Cuando el paciente comience a desorientars e	Lo desconozco
<b>21</b>	No	No	Sí	Una vez por turno	Lo desconozco
<b>22</b>	No	No	Sí	En cada oportunidad que se tenga de hablar con el paciente	No
<b>23</b>	Sí	No	No	Una vez por turno	Lo desconozco

24	No	No	No	Una vez al día	Lo desconozco
----	----	----	----	----------------	---------------

### CON RESPECTO A ACCIONES DE ENFERMERÍA...

Nº DE ENCUESTADO	¿Cuál de las siguientes acciones de enfermería es más adecuada para el tratamiento del Delirium?	¿Cuál de las siguientes acciones de enfermería es más adecuada para la prevención del Delirium?
1	Intentar calmar al paciente, reorientarlo, evitar que se provoque daños	Mantener ventanas cerradas y luces apagadas para evitar la sobreestimulación del paciente
2	Intentar calmar al paciente, reorientarlo, evitar que se provoque daños	Valorar niveles de conciencia, memoria y atención del paciente, rutinariamente.
3	Intentar calmar al paciente, reorientarlo, evitar que se provoque daños	Valorar niveles de conciencia, memoria y atención del paciente, rutinariamente.
4	Sedar al paciente, y colocar métodos de sujeción atraumática en los miembros superiores e inferiores	Valorar niveles de conciencia, memoria y atención del paciente, rutinariamente.
5	Sedar al paciente, y colocar métodos de sujeción atraumática en los miembros superiores e inferiores	Valorar niveles de conciencia, memoria y atención del paciente, rutinariamente.
6	Intentar calmar al paciente, reorientarlo, evitar que se provoque daños	Valorar niveles de conciencia, memoria y atención del paciente, rutinariamente.
7	Intentar calmar al paciente, reorientarlo, evitar que se provoque daños	Valorar niveles de conciencia, memoria y atención del paciente, rutinariamente.
8	Intentar calmar al paciente, reorientarlo, evitar que se provoque daños	Valorar niveles de conciencia, memoria y atención del paciente, rutinariamente.

9	Intentar calmar al paciente, reorientarlo, evitar que se provoque daños	Valorar niveles de conciencia, memoria y atención del paciente, rutinariamente.
10	Sedar al paciente, y colocar métodos de sujeción atraumática en los miembros superiores e inferiores	Valorar niveles de conciencia, memoria y atención del paciente, rutinariamente.
11	Intentar calmar al paciente, reorientarlo, evitar que se provoque daños	Valorar niveles de conciencia, memoria y atención del paciente, rutinariamente.
12	Intentar calmar al paciente, reorientarlo, evitar que se provoque daños	Valorar niveles de conciencia, memoria y atención del paciente, rutinariamente.
13	Intentar calmar al paciente, reorientarlo, evitar que se provoque daños	Valorar niveles de conciencia, memoria y atención del paciente, rutinariamente.
14	Sedar al paciente, y colocar métodos de sujeción atraumática en los miembros superiores e inferiores	Retirar objetos de uso cotidiano como dentaduras y lentes, para mantener una asepsia adecuada
15	Sedar al paciente, y colocar métodos de sujeción atraumática en los miembros superiores e inferiores	Valorar niveles de conciencia, memoria y atención del paciente, rutinariamente.
16	Intentar calmar al paciente, reorientarlo, evitar que se provoque daños	Mantener ventanas cerradas y luces apagadas para evitar la sobreestimulación del paciente
17	Intentar calmar al paciente, reorientarlo, evitar que se provoque daños	Valorar niveles de conciencia, memoria y atención del paciente, rutinariamente.
18	Intentar calmar al paciente, reorientarlo, evitar que se provoque daños	Retirar objetos de uso cotidiano como dentaduras y lentes, para mantener una asepsia adecuada
19	Sedar al paciente, y colocar métodos de sujeción atraumática en los miembros superiores e inferiores	Retirar objetos de uso cotidiano como dentaduras y lentes, para mantener una asepsia adecuada

<b>20</b>	Sedar al paciente, y colocar métodos de sujeción atraumática en los miembros superiores e inferiores	Valorar niveles de conciencia, memoria y atención del paciente, rutinariamente.
<b>21</b>	Intentar calmar al paciente, reorientarlo, evitar que se provoque daños	Valorar niveles de conciencia, memoria y atención del paciente, rutinariamente.
<b>22</b>	Sedar al paciente, y colocar métodos de sujeción atraumática en los miembros superiores e inferiores	Valorar niveles de conciencia, memoria y atención del paciente, rutinariamente.
<b>23</b>	Intentar calmar al paciente, reorientarlo, evitar que se provoque daños	Valorar niveles de conciencia, memoria y atención del paciente, rutinariamente.
<b>24</b>	Sedar al paciente, y colocar métodos de sujeción atraumática en los miembros superiores e inferiores	Mantener ventanas cerradas y luces apagadas para evitar la sobreestimulación del paciente