

ESPECIALIZACION DE ENFERMERIA DE CUIDADO CRITICO ADULTO

ESTANDAR OPERACIONAL DE CUIDADO DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCION Y
MANEJO DEL DELIRIUM EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
ADULTO DE UNA INSTITUCIÓN DE CUARTO NIVEL DE BOGOTA.

Presentado por:

DIANA LORENA DIAZ JIMENEZ

DIANA MILENA CARDONA

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION

BOGOTÁ

2021

ESTANDAR OPERACIONAL DE CUIDADO DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCION Y
MANEJO DEL DELIRIUM EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
ADULTO DE UNA INSTITUCIÓN DE CUARTO NIVEL DE BOGOTA.

DIANA LORENA DIAZ JIMENEZ

DIANA MILENA CARDONA

PROYECTO DE GESTION PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
CUIDADO CRITICO CON ENFASIS EN ADULTO

ASESOR METODOLOGICO

GINNA LIZBETH GOMEZ LOPEZ

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION

BOGOTÁ

2021

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia ponemos a Dios delante de todos nuestros proyectos alcanzados, gracias a su bondad por darnos la oportunidad de ser quienes somos, haber llegado hasta este punto, con el apoyo y amor de nuestras familias, que sin lugar a duda son el motor de todas nuestras actividades, además por tener en este camino a nuestros docentes quienes con su gran carisma y entrega a la noble labor de la docencia y a nuestra profesión, nos guiaron para tener un proyecto de calidad que impacte en nuestra profesión y en nuestro quehacer profesional, especialmente a nuestra docente, la profesora Ginna Lizbeth Gómez.

Queremos agradecer a la institución y los coordinadores de Enfermería Andrés Felipe Forero, Martha Cecilia Yepes y lo médicos del área de salud mental Dr. Juan Carlos Molano, Dr. Efraín Noguera, nuestros colegas y compañeros, que nos apoyaron para realizar este proyecto en beneficio de mejorar el cuidado de enfermería dentro de la institución y específicamente en la unidad de cuidados intensivos adultos, en el marco de innovación e interés por la educación de los colaboradores y continuar impactando en la salud nacional e internacional.

TABLA DE CONTENIDO

1.	PLATAFORMA INSTITUCIONAL.....	1
1.1.	FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA	1
1.1.1.	MISION	1
1.1.2.	VISION.....	2
1.1.3.	PRINCIPIOS Y VALORES	2
1.1.4.	FILOSOFÍA INSTITUCIONAL	2
1.1.5.	EJES FUNDACIONALES.....	3
1.1.6.	ORGANIGRAMA.....	4
1.2.	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS.	4
2.	ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS.	5
2.1.	INVOLUCRADOS DIRECTOS.....	5
2.2.	INVOLUCRADOS INDIRECTOS.	6
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	6
3.1.	DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	6
3.2.	ESQUEMA ÁRBOL DE PROBLEMAS	8
4.	JUSTIFICACIÓN.....	8
5.	OBJETIVOS.....	13
5.1.	OBJETIVO GENERAL	13
5.1.1.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
5.2.	ARBOL DE OBJETIVOS.....	14
6.	MODELO DE CUIDADO DE ENFERMERIA.	15
7.	METODOLOGÍA	16
7.1.	MATRIZ MARCO LOGICO.	17
7.2.	PLAN DE ACCION.....	21
8.	ASPECTOS ETICOS	28
9.	CRONOGRAMA	29
10.	EVALUACION DE OBJETIVOS	30
10.1.	OBJETIVO N°1 y N°2.....	30
10.2.	OBJETIVO N.3.....	37
10.3.	OBJETIVO N. 4.....	38

11.	CONCLUSIONES.....	42
12.	RECOMENDACIONES	43
13.	ANEXOS	44
13.1.	Pretest delirium: identificación prevención y manejo.	44
13.2.	Herramienta DDT-PRO-S.....	48
13.3.	Estándar operacional.....	49
13.4.	Flujograma	57
13.5.	Indicador proceso de enfermería.....	58
13.6.	Post-test: Socialización estándar operacional de cuidado de enfermería en delirium.	60
14.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	62

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1.	Adaptado de Fundación Santa Fe de Bogotá. Ejes. https://www.fsfb.org.co	3
Ilustración 2.	Modelo de práctica profesional de enfermería Fundación Santa fe. Enfermera M. Yepes, comunicación personal, 26 de julio2021.....	15

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Resultado post-test. ¿Qué se entiende por delirium? Autoría propia	31
Gráfico 2.	Resultado post-test. ¿Qué signos y síntomas presenta el paciente con delirium? Autoría propia	32
Gráfico 3.	Resultado post-test. ¿Cuál es la clasificación del delirium? Autoría propia	33
Gráfico 4.	Resultado post-test. ¿Usted conoce alguna de las siguientes escalas para identificar signos de delirium en sus pacientes? Autoría propia	34
Gráfico 5.	Resultado post-test. ¿Conoce la herramienta delirium diagnostic tool DDT-PRO-S? Autoría propia	34
Gráfico 6.	Resultado post-test. ¿Conoce la guía médica de manejo de sedoanalgesia del Dr. Celis? Autoría propia.....	35
Gráfico 7.	Resultado post-test. ¿Qué medidas no farmacológicas aplicaría usted en un paciente con Delirium en UCI? Autoría propia.....	36
Gráfico 8.	Resultado post-test. ¿En qué momento inicia medidas de sujeción? Autoría propia.....	37
Gráfico 9.	evaluación herramienta DDT-PRO-S. Autoría propia.....	39
Gráfico 10.	Resultado para conocer la utilidad y aplicabilidad de la escala DDT-PRO-S . Autoría propia.....	40
Gráfico 11.	Reconocimiento uso del flujograma. Autoría propia.	41

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Matriz Marco Lógico. Autoría propia.....	18
Tabla 2. Plan de acción Objetivo N1. Autoría Propia.....	21
Tabla 3. Plan de acción Objetivo N2. Autoría Propia.....	23
Tabla 4. Plan de acción Objetivo N3. Autoría Propia.....	24
Tabla 5. Plan de acción Objetivo N4. Autoría Propia.....	26
Tabla 6. Cronograma. Autoría propia.....	29
Tabla 7. Cuadro 1 Proceso de enfermería manejo de delirium en paciente unidad de cuidados intensivos adultos. Autoría Propia.....	58
Tabla 8. Cuadro 2. Proceso de enfermería manejo de delirium en paciente unidad de cuidados intensivos adultos. Autoría Propia.....	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fundación Santa Fe de Bogotá. Organigrama recuperado de intranet Almerain. 20174	
Figura 2. Árbol de problemas. Autoría propia.....	8
Figura 3. Árbol de objetivos. Elaboración propia de las autoras del proyecto de gestión.....	14
Figura 4. Flujograma detección de delirium y valoración de paciente unidad de cuidados intensivos adultos. Autoría propia.....	57

RESUMEN

El delirium o síndrome confusional agudo (SCA) no es una enfermedad; es un complejo multicausal de síntomas semejante a otras patologías con alteración del estado de conciencia y deterioro de funciones cognitivas, lo que conlleva a que su diagnóstico y abordaje sea ocasionalmente erróneo, condicionando a un peor pronóstico tanto a corto como a largo plazo para el paciente, su salud física y mental. Además, aumenta significativamente los riesgos laborales para el profesional de la salud y sobrecostos para la institución. Al identificar tempranamente las causas que lo desencadenan, se pueden prevenir complicaciones y de esta manera evitar el deterioro funcional. Cabe resaltar la importancia de educar a la familia del paciente para que haga parte de los principios generales en el manejo de este síndrome.

Una herramienta de diagnóstico utilizada para la detección de este síndrome es la escala DDT-Pro-S, la cual permite por medio de la valoración de: el estado del ciclo del sueño, la vigilancia y la comprensión; la identificación temprana del síndrome confusional agudo y el direccionamiento de su respectivo manejo por medio de un estándar operacional de cuidado de enfermería.

Palabras clave: delirium, herramienta, prevención.

El objetivo de este proyecto de gestión es diseñar un estándar operacional de cuidado de enfermería para prevención y manejo de delirium en la unidad de cuidados intensivos adultos.

ABSTRACT

Delirium or acute confusional syndrome (ACS) is not a disease; It is a multicausal complex of symptoms like other pathologies with altered state of consciousness and deterioration of cognitive functions, which leads to its diagnosis and approach being occasionally erroneous, conditioning a worse prognosis both in the short and long term for the patient, his physical and mental health. In addition, it significantly increases the occupational risks for the health professional and cost overruns for the institution. By early identifying the causes that trigger it, complications can be prevented and thus prevent functional deterioration. It is worth highlighting the importance of educating the patient's family so that they become part of the general principles in the management of this syndrome.

A diagnostic tool used for the detection of this syndrome is the DDT-Pro-S scale, which allows through the assessment of the state of the sleep cycle, vigilance and understanding; the early identification of the acute confusional syndrome and the direction of its respective management.

Keywords: delirium, tool, prevention.

The objective of this management project is to design an operational standard of nursing care for the prevention and management of delirium in the adult intensive care unit

INTRODUCCION

Trabajar en la unidad de cuidado intensivo adulto permite al profesional de enfermería ver al paciente en la condición más vulnerable, desde los aspectos físicos hasta la condición psicológica, es por ello por lo que una vez intervenido el cuerpo vemos que la mente de los pacientes queda en un estado de desorientación o confusión mental, ya sea causada por factores ambientales, físicos, químicos entre otros; esto se conoce como delirium.

El delirium, es un tipo común de disfunción cerebral aguda en pacientes críticamente enfermos, se caracteriza por la alteración aguda del estado de conciencia, desorientación, falta de atención, estado mental fluctuante y alteración del ciclo circadiano. Se divide en tres subtipos motores según los niveles de actividad psicomotora: hiperactiva, hipoactiva y mixta. (Lipowski1989); El delirium hipoactivo es el más frecuente pero el más difícil de observar y es el más común en la unidad de cuidados intensivos; frecuentemente es subdiagnosticada o se confunde con otras alteraciones mentales como la depresión, síndrome de abstinencia o con trastornos adaptativos.

En las Unidades de Cuidado Intensivo, existen factores ambientales como son el ruido constante de los equipos médicos, ventiladores mecánicos, bombas de infusión, monitores de signos vitales, grabadora, personal asistencial y celulares, junto con la iluminación artificial continua, lo que genera que la hospitalización en una UCI sea generadora de estrés y favorezca la alteración del sueño, junto con estrés evidenciado en desorientación, confusión e incluso psicosis en el paciente, factores desencadenantes de Delirium. (Gómez et a 2011).

De igual forma, diversos autores, confirman que la alteración del sueño, las inmovilizaciones y restricciones físicas, ocasionan déficit funcional y cognitivo, y son factores comunes en las UCI, los cuales son estresantes que ocasionan delirium. (Gómez et a 2011).

Con el aumento desmedido de pacientes en la unidad de cuidado intensivo a causa de la pandemia por SARS - COV2 esto se hizo más evidente, pues ya no solo se atendía paciente secundario a la pandemia, sino que seguían llegando pacientes por otras patologías, que igualmente presentaban delirium. Los factores de riesgo como la edad, el sexo, la gravedad de la enfermedad, el uso de ventilador mecánico y el tipo de unidad de cuidados intensivos (UCI) se han relacionado con la aparición de delirium en la UCI. Estos cambios psiquiátricos agudos pueden provocar una ventilación mecánica prolongada y una estancia prolongada en UCI o en el hospital, un aumento de la mortalidad y un deterioro de la función cognitiva a largo plazo.

Ante esta problemática se considera importante realizar una detección temprana y oportuna del delirium, para ello es necesario que el personal de enfermería se encuentre capacitado y calificado en herramientas que le permitan hacer el uso de las escalas de detección temprana de delirium y que se cuente con un estándar operacional de cuidado de enfermería para la detección temprana, prevención y manejo de delirium en el paciente críticamente enfermo. Por lo tanto, las guías de la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos (SCCM) recomiendan que el delirium se detecte en los pacientes en la UCI mediante el uso de herramientas de evaluación válidas (Barr et al. 2013). El Método de Evaluación de la Confusión para la Unidad de Cuidados Intensivos (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit CAM-ICU) es una de las herramientas más utilizadas para detectar el delirium en pacientes críticos. La CAM-ICU de cuatro funciones se aplicó inicialmente para pacientes no verbales que recibían ventilación mecánica. En esta escala se evalúan cuatro características, a saber (1) cambio agudo o curso fluctuante del estado mental, (2) falta de atención, (3) pensamiento desorganizado y (4) nivel alterado de conciencia. Es una herramienta con un alto nivel de validación y sensibilidad estudiada y comprobada internacionalmente. Sin embargo, es una herramienta que exige mayor tiempo para el profesional de enfermería que la realiza, por lo que tiene baja adherencia en la práctica. Según un estudio realizado, a pesar de considerarse el

delirium como una entidad que empeora los desenlaces de los pacientes y que la gran mayoría manifestó conocer la escala, el porcentaje que aplica esta escala rutinariamente es muy bajo, dejando que el diagnóstico se lleve a cabo de forma subjetiva por hallazgos de signos y síntomas, lo que claramente se desarrolla con un diagnóstico tardío y en algunos casos errado. Se asocia la no utilización de la escala por alta carga laboral, aunque se acepta que es una escala fácil de aplicar. (Aristizábal et al 2019).

Teniendo en cuenta esta situación pragmática de la escala CAM-ICU, se realiza una articulación con el servicio de salud mental del Hospital Universitario Fundación Santa fe, específicamente con el coordinador del servicio de salud mental especialista en psiquiatría el Dr. Molano Juan Carlos y el Dr. Efraín Noguera, con el fin de enlazar este trabajo, alcanzar mayor adherencia al mismo y se propone aplicar la escala *delirium diagnostic tool- provisional, spanish (DDT-PRO-S)*, esta herramienta proporciona un diagnóstico provisional de delirium hasta que un clínico experto pueda verificarlo y de una forma más rápida. La escala DDT-Pro tiene tres ítems estructurados que califican cuantitativamente tres dominios centrales (cognición [vigilancia], pensamiento de orden superior [comprensión] y ritmo circadiano [sueño-vigilia]) utilizando datos observables, mejorando así la estandarización para los calificadores no expertos.

De acuerdo con la literatura y la evidencia se considera de gran importancia realizar un estándar de cuidado de Enfermería con el fin de prevenir y manejar el delirium en paciente de UCI apoyados en el instrumento DDT-PRO-S, de esta manera realizar un diagnóstico precoz y oportuno para evitar las complicaciones, eventos adversos para los pacientes críticamente enfermos y brindar el cuidado con calidad que estos se merecen dentro de un entorno crítico.

1. PLATAFORMA INSTITUCIONAL

1.1. FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA

La fundación Santa Fe de Bogotá es una entidad privada de carácter social que tuvo sus inicios el 2 de noviembre de 1972 y desde ese momento se ha destacado por ser un hospital de IV nivel, ahora hospital universitario, comprometido con la calidad, la seguridad y la innovación, influyendo positivamente en la sociedad, dejando huella, con la permanente búsqueda de generación de valor superior, buscando que los resultados superen las expectativas de los pacientes, familiares, cuidadores y en la comunidad general.

Desde su fundación fue llamada a convertirse en una institución líder para el desarrollo de la salud y poner al servicio de todas las personas la más alta calidad ética, humana, científica y tecnológica, siendo fiel a su misión institucional a la prestación de servicios en salud con la más alta calidad, la educación de futuros profesionales, el trabajo con comunidades vulnerables y la investigación y la contribución a las políticas públicas de salud.

La Fundación Santa Fe de Bogotá, hospital universitario, se encuentra ubicado en la ciudad de Bogotá, localidad de Usaquén en la carrera 7 N° 117-15, lugar donde se desarrollará el presente proyecto. Cabe aclarar que la fundación Santa Fe de Bogotá también cuenta con otros puntos de atención externos para programas específicos y ambulatorios, como lo es el centro de atención osteomuscular, consulta externa de pediatría, ginecobstetricia, otorrinolaringología y subespecialidades, centros médicos y de atención prioritaria (Unicentro, gran estación, Fontanar) y el instituto Carlos Ardila Lule.

1.1.1. MISION

Liderar e influir positivamente en el sector salud para contribuir al bienestar de los individuos y de las comunidades.

1.1.2. VISION

En 2025, la Fundación Santa Fe de Bogotá se ve a sí misma como una de las entidades privadas que más ha contribuido al mejoramiento de la salud en Colombia y en América latina.

1.1.3. PRINCIPIOS Y VALORES

- Valores
- Honestidad.
- Excelencia (mejoramiento continuo).
- Carácter.
- Principios
- Respeto.
- Responsabilidad.
- Creatividad.
- Compromiso.

1.1.4 FILOSOFÍA INSTITUCIONAL

La Fundación Santa Fe de Bogotá cuenta con una filosofía de atención centrada en la persona y se fundamenta en los siguientes principios:

- Somos seres humanos cuidado de otros seres humanos
- Todos somos cuidadores de salud.
- El mejor cuidado es el que imparte con bondad y compasión.
- Los cuidados seguros, accesibles y de alta calidad son fundamentales en una atención centrada en el paciente.
- Es necesario un enfoque holístico para poder satisfacer las necesidades de las personas.
Atención a cuerpo mente y espíritu.

- Familiares, amigos y seres queridos son vitales en el proceso de curación.
- El acceso a información médica comprensible permite que las personas participen de forma efectiva en la atención de su propia salud.
- La oportunidad de dar a las personas el poder de adoptar decisiones relacionadas con su cuidado es esencial.
- Entornos físicos pueden mejorar la curación, la salud y el bienestar.
- Las enfermedades pueden ser una experiencia transformadora para los pacientes, familiares y cuidadores de salud.

1.1.5. EJES FUNDACIONALES.

Dentro del marco del direccionamiento estratégico para cumplir la misión planteada, la Fundación Santa Fe define su accionar sobre tres ejes fundacionales: servicios de salud, educación y gestión del conocimiento y salud pública.



Ilustración 1. Adaptado de Fundación Santa Fe de Bogotá. Ejes. <https://www.fsfb.org.co>

1.1.6. ORGANIGRAMA.



Figura 1. Fundación Santa Fe de Bogotá. Organigrama recuperado de intranet Almerain. 2017

1.2. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS.

La unidad de cuidado intensivo adulto de la fundación santa fe de Bogotá, amplió su capacidad instalada de 40 camas de unidad de cuidado crítico e intermedio adulto a más de 115 unidades habilitadas para la atención de pacientes con patología SARS COV2, así como otras patologías, triplicando así la atención en salud a pacientes propios como remitidos de otras instituciones a nivel distrital, nacional e internacional.

El modelo de la atención de enfermería de la fundación en la unidad de cuidado intensivo se caracteriza por una atención directa por parte de los profesionales de enfermería en una relación de uno a tres, es decir, por cada enfermera se brinda cuidado a tres pacientes, permitiendo una atención oportuna en búsqueda de desenlaces positivos.

Actualmente es coordinada por el enfermero profesional Andrés Felipe Forero Romero, quien lidera los procesos y gestiona los servicios de salud de la unidad de cuidados intensivos adultos.

La unidad de cuidado intensivo de la fundación santa fe de Bogotá se ha caracterizado por ser líder en la atención de pacientes en estado crítico reflejando un alto nivel científico y de calidad en prestación de servicios en salud, caracterizada por un servicio humano que involucra a los familiares en el cuidado brindado a los pacientes, es así que durante esta pandemia implementaron eficazmente las videollamadas grupales y familiares, brindando la oportunidad a la familias y a los pacientes una comunicación constante.

En la Fundación Santa Fe de Bogotá, la unidad de cuidados intensivos se articulan diferentes equipos interdisciplinarios en pro de brindar una recuperación y rehabilitación oportuna de los pacientes, es así como fonoaudiología, terapia física, terapia ocupacional, musicoterapia, terapia respiratoria, intensivistas, trabajo social y otras especialidades se articulan en compañía del equipo de enfermería para brindar a los pacientes y a las familias con el fin de brindar un servicio con calidad y sentido humano.

2. ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS.

2.1. INVOLUCRADOS DIRECTOS.

Como involucrados directos de este proyecto de gestión tenemos a los profesionales de enfermería de las unidades de cuidado intensivo adulto de la fundación Santa Fe de Bogotá, quienes son los encargados del cuidado directo a la cabecera del paciente y pueden realizar la detección oportuna del delirium, a través los conocimientos y habilidades los cuales se verán ampliados y estructurados dentro del estándar operacional de cuidado a realizar y con la aplicación del instrumento *delirium diagnóstico tool- provisional, spanish (DDT-PRO-S)*, lo cual exigirá a los profesionales de Enfermería el correcto entrenamiento, manejo y conocimiento del síndrome, apoyados siempre por la institución.

2.2. INVOLUCRADOS INDIRECTOS.

Como involucrados indirectos tomamos a los pacientes, quienes tendrán el beneficio principal que es la detección temprana y el manejo oportuno del delirium minimizando posibles complicaciones derivadas de dicha patología como son: aumento en la estancia hospitalaria, eventos adversos que puedan ocasionar lesiones permanentes, parciales o centinelas a corto y largo plazo.

Por otro lado, el personal médico de las unidades de cuidado intensivo adulto, son involucrados indirectos al ser un modelo de atención interdisciplinario la atención a los pacientes en conjunto con los profesionales de enfermería, los cuales al estar altamente calificados para la detección oportuna del delirium, permitirá desarrollar estrategias de manejo eficaces y oportunas en pro de un resultado positivo para el paciente y su familia.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

3.1. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los pacientes que ingresan a las unidades de cuidado intensivo adulto, con un estado de salud crítico, requieren frecuentemente inicio de sedo-analgésia para manejo de dolor o para inicio de ventilación mecánica o con el fin de tolerar procedimientos o dispositivos médicos, este manejo sedo analgésico es necesario para disminuir el estado de estrés, el aumento del metabolismo, aumento de consumo de oxígeno, permitir un mejor acople a la ventilación mecánica y mejor manejo del dolor. Sin embargo, el uso de todos estos medicamentos genera alteraciones fisiológicas y neurológicas en los pacientes, no esperados, como lo es el delirium.

De acuerdo con la literatura la prevalencia de la aparición del delirium es alta y además subdiagnosticada, “aproximadamente el 60-80% de todos los pacientes que ingresan a las unidades de cuidado intensivo desarrollan este trastorno, las complicaciones de esto surgen cuando falta reconocimiento, evaluación y tratamiento, por lo tanto, el papel que desempeñan las

enfermeras en su identificación y evaluación por estar al lado de la cama del paciente es fundamental. La detección precoz del delirium facilita el tratamiento, minimiza su duración y posibles efectos secundarios.” (Henaó et. Al 2020 p.4).

En la Fundación Santa Fe de Bogotá, se cuenta con la guía médica de sedoanalgesia para el paciente críticamente enfermo y prevenir el riesgo y manejar el delirium, desarrollada por el Dr. E. Celis y colaboradores actualizada en 2019, donde se estructuran las directrices para el manejo del delirium, entre ellos la implementación del instrumento validado internacionalmente del CAM -ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) en esta guía se propone realizar un protocolo de sedación dirigido por enfermería; dando continuidad a esta propuesta; ante la imperante necesidad percibida por el contexto de pandemia, donde se aumentó la capacidad instalada de la institución, consideramos que se hace totalmente necesario como primera instancia y siguiendo los parámetros de la institución, realizar un estándar operacional de cuidado de enfermería para la prevención y manejo delirium, donde se estructuren conceptos y lineamientos en una herramienta de consulta rápida para los profesionales de enfermería de la unidad de cuidados intensivos, además de generar métodos de evaluación y recolección estadística, sobre delirium en la institución, que permita mejorar procesos de gestión y calidad del cuidado de enfermería.

Es importante para el profesional de enfermería poseer fundamentos de análisis que contribuyan en la toma de decisiones frente al cuidado que brinda en los pacientes que cursan con patología de delirium, la Fundación Santa Fe de Bogotá se ha caracterizado por ser una institución pionera en el cuidado de enfermería que le brinda a sus pacientes, claro ejemplo de esto es la creación de su propio modelo de atención al paciente, siempre se han preocupado porque su personal este calificado y capacitado a la vanguardia del conocimiento y de la evidencia. Por lo tanto, con el diseño y socialización del presente estándar operacional en beneficio para los profesionales de salud, los pacientes y sus familias, se busca identificar

tempranamente los signos de delirium y a su vez realizar el manejo tanto farmacológico como no farmacológico, minimizando los efectos secundarios que se pueden desencadenar (desacondicionamiento físico, depresión, lesiones de piel, aumento de costos entre otros).

3.2. ESQUEMA ÁRBOL DE PROBLEMAS

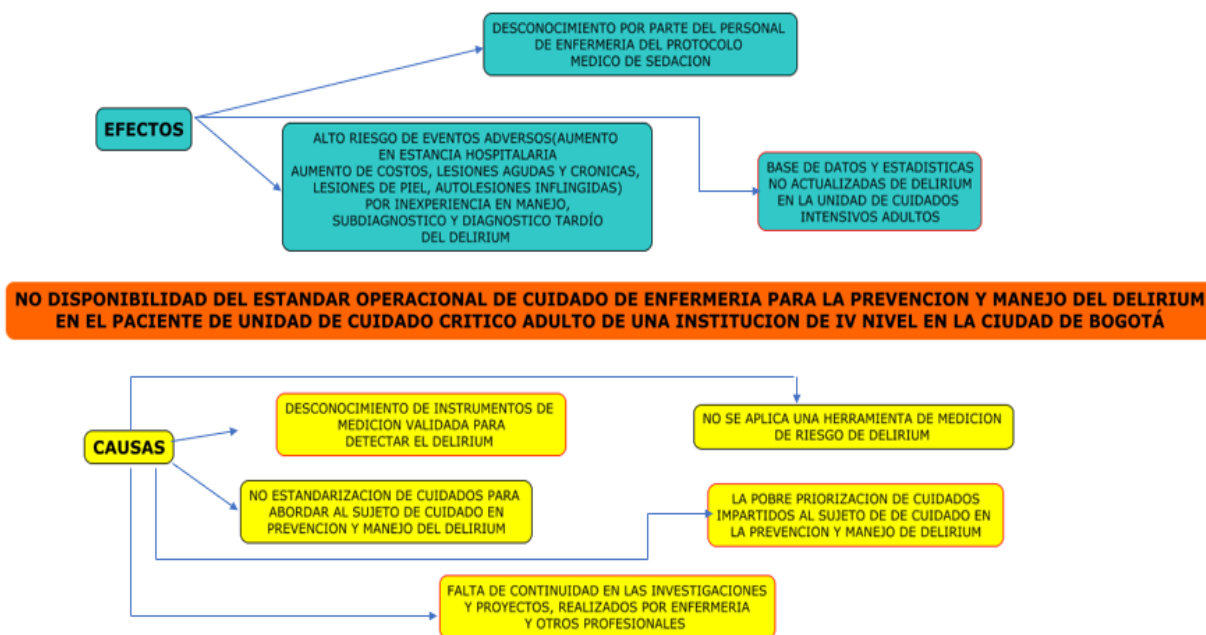


Figura 2. Árbol de problemas. Autoría propia.

4. JUSTIFICACIÓN.

Durante el desarrollo de nuestro quehacer diario como enfermeras de la unidad de cuidado intensivo adulto y ante el aumento desmedido de pacientes con ventilación mecánica prolongada, observamos un aumento en la incidencia de pacientes con síndrome confusional agudo, que no era fácil diferenciarlo de éste o de un síndrome de abstinencia o de otro desorden mental; ante el uso de medicamentos en dosis elevadas que deprimen el sistema nervioso, lo cual nos inquietó y logramos evidenciar que en la unidad de cuidados intensivos de la Fundación Santa fe, existe una guía práctica de sedación y analgesia de manejo médico, para titulación de sedoanalgesia y detección de delirium con la escala CAM-ICU, en esta se propone la realización de un instrumento de enfermería para la prevención y manejo del delirium en el cual se incluya la

implementación de la escala CAM-ICU, teniendo en cuenta que enfermería es quien está a la cabecera del paciente durante la estancia hospitalaria, en este caso específico cuidado intensivo.

La estandarización de cuidados de enfermería y su aplicación en la práctica asistencial es un proceso importante para la formulación de estándares que faciliten y orienten el trabajo; es decir, buscando objetivos y resultados de acuerdo con las actividades de enfermería que se van a desarrollar para disminuir la incertidumbre del cuidado. Esta estandarización es indispensable para la calidad en salud y se pretende disminuir la brecha entre el estado actual del manejo del delirium y el estado ideal de los cuidados en la prevención y manejo del delirium que proporciona enfermería, haciendo una aplicación metodológica y científica de los conocimientos, habilidades y actitudes del personal profesional de enfermería con el fin de gestionar y mejorar las prácticas de enfermería dirigidas a la prevención y manejo del cuidado en delirium (Eli, 2006 p 2,3).

Revisando literatura nacional sobre incidencia de delirium encontramos que: “Un metaanálisis de 42 estudios, reportó una prevalencia en el momento del ingreso de 10-31% y 3-29% durante la hospitalización, En el ámbito postquirúrgico existe una incidencia reportada entre un 9-87%, donde no solo se afecta por factores precipitantes y predisponentes, sino también, por causas como periodo perioperatorio (severidad de comorbilidades médicas), duración de intervención quirúrgica y complicaciones intraoperatorias. Los procedimientos que más se asocian a esta entidad son: cirugías cardiovasculares, cirugías ortopédicas (fracturas de cadera), cirugía vascular y remoción de cataratas. En la unidad de cuidados intensivos, tanto la prevalencia como la incidencia de delirium, es más alta que en los otros servicios. Se presenta en un 19 a 87%, y un 60 a 80% en pacientes ventilados mecánicamente. El riesgo aumenta un 2% por cada año, por encima de los 65 años, razón por la cual, es más común en la población geriátrica y médicamente enfermos. A nivel nacional se han realizado estudios de prevalencia. En el Hospital San Vicente de Paul de Medellín, en el año 2009, se encontró una prevalencia de 6,1% de los pacientes hospitalizados mayores de 18 años. En el hospital universitario San Jorge de Pereira,

en el año 2008, se halló una prevalencia del 35,7% de los pacientes que habían presentado fractura de cadera, y 43% en pacientes con trauma craneoencefálico. Durante el 2006, en la Clínica Reina Sofía de Bogotá, se investigó una prevalencia de 20,4% de los pacientes en la UCI. En el Hospital San Ignacio de Bogotá, se llevó a cabo un estudio de incidencia de Delirium, durante el 2013. Se evaluaron 160 pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna, unidad de cuidados intensivos, ortopedia y cirugía general. Se observó un 18.6% de incidencia, presentándose una mayor tasa en pacientes pertenecientes a la UCI. Así mismo, 73.3% del delirium, correspondía a subtipo motor hipoactivo. Se asocia con importante impacto en términos de morbilidad, comparado con los pacientes que se encuentran hospitalizados y no presentan delirium. (Oviedo, 2017-2018, p. 5,6,7).

Ahora bien, “la pandemia por el nuevo coronavirus denominada SARS- COV2” plantea retos sin precedentes en la atención de la salud, encontrando un aumento en los casos de delirium. Dicha enfermedad tiene vulnerabilidades comunes con el delirium y produce alteraciones fundamentales como el pulmón y el cerebro, entre otros, que tiene potencial para precipitar el trastorno mental; de hecho, este puede ser la primera manifestación de la infección. Está altamente sustentado que el delirium incrementa la morbilidad y la mortalidad de quienes lo padecen dentro de una hospitalización, por lo que se debe buscar activamente para realizar las acciones pertinentes. En condiciones normales el delirium ya afecta a 1 de cada 5 pacientes hospitalizados, y en Colombia más del 30% de los pacientes geriátricos hospitalizados llegan a tenerlo ya que en la COVID 19 confluyen vulnerabilidades y precipitantes, a los que hay que sumar las intervenciones farmacológicas requeridas en los casos graves/críticos, se viene observando un aumento de la prevalencia del delirium. Esto preocupa por que el delirium suele tener bajas tasas de detección y tratamiento y, además, incrementa los tiempos de estancia hospitalaria, los costos de atención, la morbilidad, las dificultades funcionales/cognitivas altas y la mortalidad en quienes lo sufre. (Consenso comité de psiquiatría, 2020).

Revisando literatura institucional observamos un estudio publicado en 2015 con una muestra de 110 pacientes en un periodo comprendido entre febrero y diciembre de 2012 donde se determinó que la prevalencia de delirium en la población adulta de cuidado intensivo de la institución fue del 19% donde la mediana de edad fue de 64.5 años con un valor mínimo de 21 y máximo de 94 años de edad, encontrándose que el 14.5% están entre 20-40 años de edad, el 27.3% estaban entre 41-60 años de edad, el 44.5% 61-80 años de edad y el 13.6% fueron mayores de 80 años de edad.

Durante el estudio de la **Dra. Castillo y Cárdenas (2015)** las comorbilidades que facilitan la aparición de delirium, observadas con mayor frecuencia fueron, la hipertensión arterial como primera causa, en segundo lugar, el tabaquismo y antecedentes de cáncer. Estos factores asociados al delirium muestran estadísticamente una relación significativa con la edad, alteración cognitiva de base, depresión, uso de medicamentos anticolinérgicos y presencia de sepsis.

En el estudio anterior fueron capacitadas las enfermeras en la aplicación del instrumento CAM-ICU sin embargo se observó baja adherencia a su aplicación, y esto sumado a factores como la alta rotación de personal por el contexto de pandemia, donde aumentó el ingreso de profesionales, es necesario el diseño e implementación del estándar operacional para enfermería en la prevención y manejo del delirium en paciente críticamente enfermo. Lo que se busca al crear este estándar es tener lineamientos, recomendaciones y sugerencias para unificar, articular y enfocar los conocimientos hacia la prevención y el manejo del delirium en pacientes de cuidado intensivo, para que esté a la mano del profesional de enfermería, además para actualizar las estadísticas sobre el delirium abriendo la puerta a nuevas investigaciones y trabajos tanto para enfermería como para otras profesiones interesadas. Lo anterior, con el objetivo de mejorar el cuidado a nuestros pacientes comprometidos así con el direccionamiento estratégico de la fundación Santa Fe de Bogotá.

Durante el desarrollo del proyecto se realiza concertación con expertos en el área de salud mental de la institución y junto con la revisión bibliográfica, se analizaron los resultados de adherencia de las diferentes escalas y herramientas aplicadas nacional e internacionalmente, buscando una herramienta breve y de fácil aplicabilidad tanto para el personal médico y de enfermería como profesionales no expertos para que puedan identificar rutinaria y tempranamente los signos de delirium del paciente críticamente enfermo. Se observó en esta revisión que la escala CAM-ICU tiene baja adherencia por parte de los profesionales de enfermería por el alto tiempo requerido para su desarrollo, por otro lado, la Nursing Delirium Screening Scale no evalúa la atención, la cual se considera una característica cardinal del delirium, es así como en consenso con el área de salud mental y enfermería de cuidado crítico se determina utilizar la herramienta DDT-PRO-S (Diagnostico del Delirium Provisional).

Según un nuevo estudio (Terrier et al., 2011) el DDT-PRO-S es una herramienta de diagnóstico provisional del delirium que analiza los tres dominios sintomáticos centrales a evaluar del delirium, cognición – vigilancia, pensamiento de orden superior (lenguaje, proceso de pensamiento y comprensión) y el ritmo circadiano (ciclo de sueño vigilia y actividad motora). Los dos primeros ítems se clasifican de forma objetiva como pruebas y el último tiene anclaje en los guiones de las observaciones, el DDT-PRO-S tuvo una alta validez y fiabilidad en el diagnóstico provisional de delirium por parte de médicos y clínicos no expertos, la cual fue del 93.8%.

El diseño del estándar operacional de cuidado de enfermería para la prevención y manejo de delirium en paciente críticamente enfermo junto con la aplicación de la herramienta validada DDT-PRO-S busca generar un indicador de calidad con el fin de reducir los riesgos desencadenados por el delirium, como son las caídas, aumento en la morbimortalidad, aumento de costos, entre otros. Lo cual influirá en otros indicadores de gestión y calidad del cuidado. Este proyecto servirá de referencia para aplicarlo a nivel institucional.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar el estándar operacional de cuidado de enfermería para la prevención y manejo del delirium en pacientes de la unidad de cuidado intensivo adulto en una institución de cuarto nivel de la ciudad de Bogotá.

5.1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los conocimientos del profesional de enfermería de la Unidad de cuidados intensivos adultos respecto al Delirium y los instrumentos de detección de delirium. (gestión del conocimiento).
- Conocer las prácticas de cuidado del profesional de enfermería encaminadas a la prevención y manejo del delirium en pacientes de la unidad de cuidado intensivo adultos. (practica basada en la evidencia).
- Fortalecer las prácticas de cuidado del profesional de enfermería encaminadas a la prevención y manejo del delirium en pacientes de la unidad de cuidado intensivo adulto. (seguridad en la gestión del cuidado).
- Socializar el estándar operacional de cuidado de enfermería para la prevención y manejo del delirium en pacientes de la unidad de cuidados intensivos adultos. (seguridad en la gestión del cuidado).

5.2. ARBOL DE OBJETIVOS

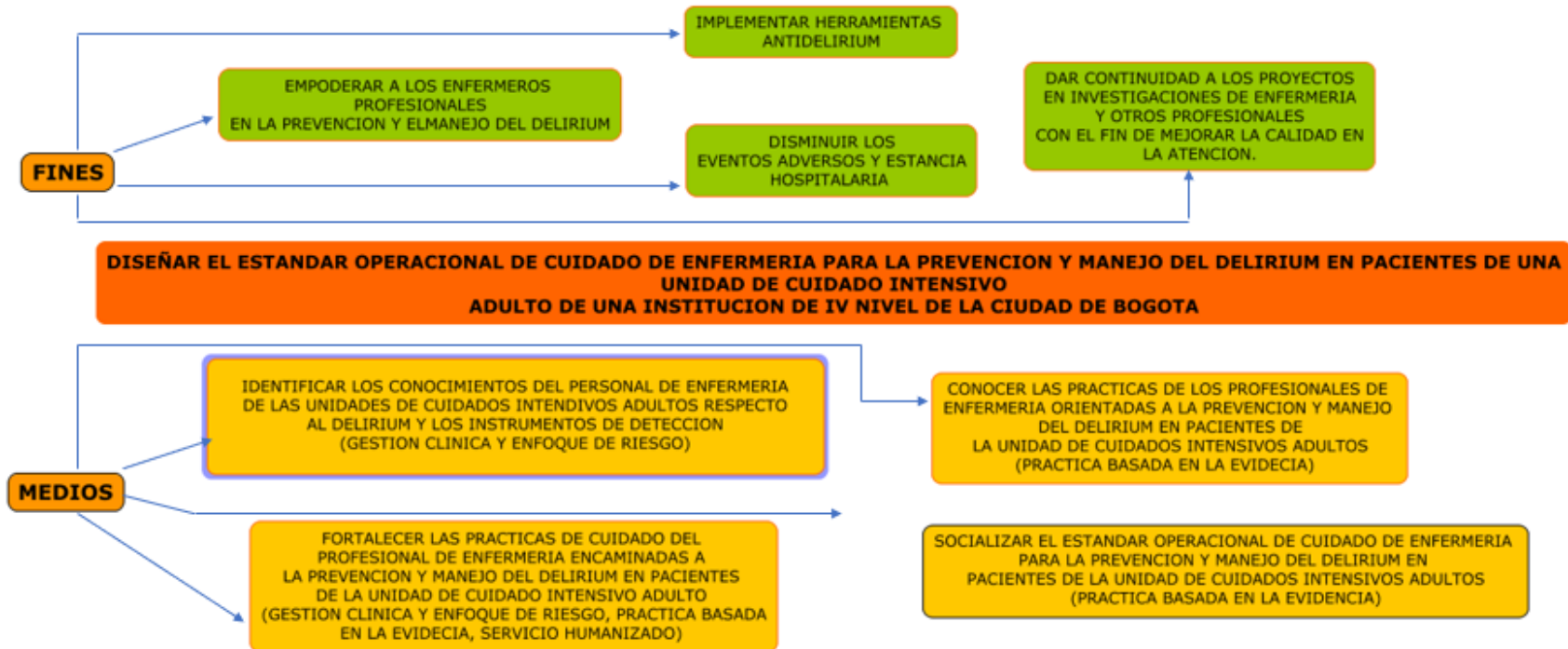


Figura 3. Árbol de objetivos. Elaboración propia de las autoras del proyecto de gestión

6. MODELO DE CUIDADO DE ENFERMERIA.

La dirección de enfermería de la fundación Santa fe se encuentra inmersa en todas las áreas de la institución, por lo cual tiene una intervención activa en todos los procesos de la institución, participando en la toma de decisiones; cuenta con un modelo de enfermería transversal a la institución que apoya los tres ejes misionales, antes mencionados, elevando el rol de enfermería no solo a lo clínico sino también a distintos escenarios de participación en la educación y la salud pública del país.

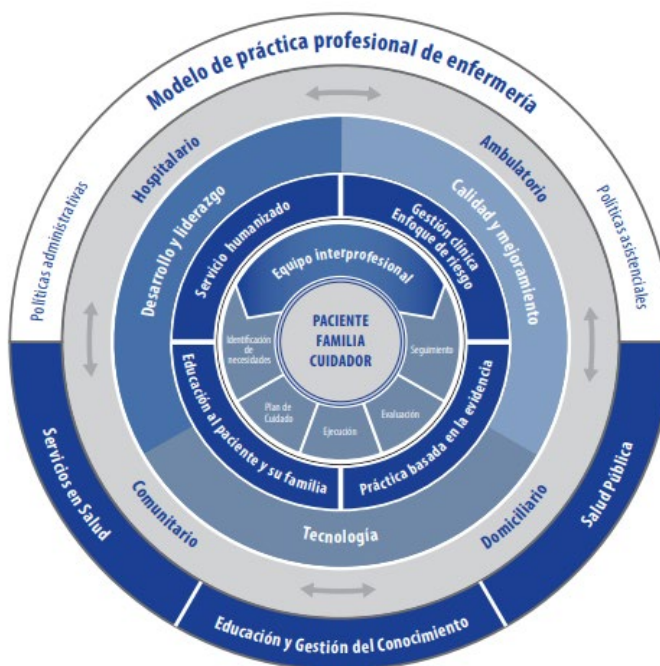


Ilustración 2. Modelo de práctica profesional de enfermería Fundación Santa fe. Enfermera M. Yepes, comunicación personal, 26 de julio 2021.

Este modelo propio de enfermería le da al enfermero una perspectiva general de lo que es importante, como parte de la práctica de enfermería en un contexto institucional, orientándolo hacia lo valioso y afectando la naturaleza de la intervención, este modelo determina procesos e indicadores de la atención en la práctica, apoya el análisis de proyectos intangibles que afectan

el proceso de atención y ayuda a determinar qué factores afectan el cuidado de enfermería, orienta a la evaluación y mejora de cuidados de enfermería.

La práctica profesional de enfermería cuenta con los elementos esenciales del metaparadigma de enfermería pues expresa como se cuida la experiencia humana, respondiendo a quien se cuida, donde y que se atiende y cómo y por quien.

La filosofía de enfermería de la fundación Santa Fe de Bogotá es de naturaleza interactiva–integradora, entre la enfermera y el sujeto de cuidado, viendo a enfermería como un intercambio en el que la relación enfermera paciente es fundamental.

7. METODOLOGÍA

Durante la práctica asistencial en la unidad de cuidado intensivo de la fundación santa fe de Bogotá y a raíz de la Pandemia con todo lo que esta presentó: el aumento de pacientes , altas dosis de sedación, ventilación prolongada y demás , se identificó la necesidad de cuidado en paciente con delirium , realizándose una búsqueda activa de un estándar para el manejo de los pacientes con esta patología en donde se evidenció la existencia de la guía clínica de manejo de sedación y analgesia elaborado y publicado por el Dr. Celis , donde se nombraba a enfermería como ejecutor de la escala CAM-ICU pero que las enfermeras a las que se les socializó en su mayoría ya no estaban en la unidad, y la alta rotación de personal a causa de la pandemia contribuyó a que el conocimiento se disipara entre enfermería, situación que se dio a conocer al enfermero profesional y especialista Andrés Felipe Forero Romero coordinador de enfermería en donde se argumentó la importancia del diseño, socialización e implementación del estándar operacional de cuidado de enfermería para identificar tempranamente el delirium del paciente críticamente enfermo y así brindar un manejo oportuno, de esta manera el profesional de enfermería tendrá una herramienta de fácil consulta y ejecución. Concomitantemente con la enfermera profesional y coordinadora de educación de la fundación santa fe de Bogotá Martha Cecilia Yepes Calderón se logra la autorización de la elaboración del presente estándar

operacional, de acuerdo con los lineamientos de la institución. Se realizó una socialización a los coordinadores de enfermería de la institución donde de acuerdo con la retroalimentación se solicitó generar apalancamiento con el servicio de Salud mental de la institución, con los médicos psiquiatras Juan Carlos Molano y Efraín Noguera.

7.1. MATRIZ MARCO LOGICO.

La matriz del marco lógico presenta de forma resumida los aspectos más importantes del proyecto en 4 columnas donde se muestra: los objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos; siendo de esta forma un análisis completo del proyecto a realizar y permite presentar el diseño, los resultados que se pretenden obtener, previendo facilidades y dificultades para su ejecución, proporcionándonos una herramienta eficaz para la realización de nuestro proyecto

Tabla 1. Matriz Marco Lógico. Autpría propia.

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>FIN</p> <p>Proporcionar una herramienta de cuidado de consulta rápida para enfermería que le permita brindar un cuidado eficaz en pacientes con delirium en la unidad de cuidado intensivo de una institución de IV nivel de Bogotá</p> <p>PROPOSITO</p> <p>Diseñar el estándar operacional de cuidado de enfermería para la prevención y manejo del delirium en pacientes de la unidad de</p>	<p>Se espera que más del 90% de las enfermeras de la unidad de cuidado critico conozcan, apliquen y utilicen eficazmente el estándar de enfermería de cuidado para manejo y prevención de delirium</p> <p>Número de profesionales de enfermería capacitados en el estándar operacional de cuidado de enfermería de prevención y manejo de delirium / número total de profesional de enfermería de la UCI.</p>	<p>Realización del post test después a la socialización del estándar operacional.</p> <p>A futuro se espera que se realicen auditorias mediante el resultado del indicador de la escala de DDT- PRO-S a nivel sistemático</p> <p>Realizar Pre-test conocimiento en manejo de delirium.</p> <p>Realizar post test de conocimiento del estándar operacional y la escala DDT – PRO-S.</p>	<p>La no adherencia del profesional de enfermería al estándar operacional de cuidado de enfermería para la prevención y manejo del delirium.</p> <p>La no adherencia del profesional de enfermería al estándar operacional de cuidado de enfermería para la prevención y manejo del delirium.</p>

<p>cuidado intensivo adulto en una institución de cuarto nivel de la ciudad de Bogotá.</p>		<p>El estándar operacional como producto final.</p> <p>El indicador de delirium en la unidad de cuidados intensivos. Integrado a la historia electrónica</p>	
<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Identificar los conocimientos del profesional de enfermería de la Unidad de cuidados intensivos adultos respecto al Delirium y los instrumentos de detección de delirium. (gestión del conocimiento)</p> <p>-Conocer las prácticas de cuidado del profesional de</p>	<p>Número de profesionales de enfermería que conocen el síndrome confusional agudo /total de la muestra de Enfermería de la UCI.</p> <p>Número de profesionales de enfermería que conocen la herramienta DDT PRO-S /total de la muestra Enfermería de la UCI.</p> <p>Número de profesionales de enfermería que detectan y manejan el delirium / número</p>	<p>Aplicación de pretest conocimiento acerca de prevención y manejo de delirium en la unidad de cuidados intensivos.</p> <p>Realizar post test de conocimiento del estándar operacional y la escala DDT -PRO- S.</p> <p>Capacitación del estándar operacional de cuidado de enfermería a los profesionales de enfermería de la UCI</p>	<p>Falta de compromiso por parte del personal de enfermería para la asistencia a las capacitaciones del estándar operacional.</p> <p>Falta de compromiso del personal de enfermería para asistir a la capacitación y conocer el estándar</p>

<p>enfermería encaminadas a la prevención y manejo del delirium en pacientes de la unidad de cuidado intensivo adultos. (practica basada en la evidencia)</p> <p>Fortalecer las prácticas de cuidado del profesional de enfermería encaminadas a la prevención y manejo del delirium en pacientes de la unidad de cuidado intensivo adulto. (seguridad en la gestión del cuidado)</p> <p>Socializar el estándar operacional de cuidado de enfermería para la prevención y</p>	<p>total de Profesionales de enfermería.</p> <p>Número de profesionales de enfermería capacitados el estándar operacional de prevención y manejo de delirium realizada / número total de profesional de enfermería de la UCI.</p> <p>Numero de enfermeras que durante la socialización manifiestan interés por conocer y aplicar correctamente el estándar operacional /Total de enfermeras que laboran en la</p>	<p>Tabulación de datos arrojado en la aplicación del pretest.</p> <p>Capacitaciones al profesional de enfermería sobre el estándar operacional realizado.</p> <p>Proponer el diseño del indicador de delirium de la UCI.</p> <p>Análisis de resultados del post-test</p>	<p>operacional de cuidados de enfermería.</p> <p>No adherencia del personal profesional de enfermería al estándar operacional</p> <p>Alta rotación de personal de Enfermería con experiencia y sin experiencia en UCI.</p> <p>La no adherencia del personal profesional de enfermería a la aplicación del estándar operacional.</p> <p>Alta rotación de personal de enfermería con experiencia y sin experiencia en UCI</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

manejo del delirium en pacientes de la unidad de cuidados intensivos adultos. (seguridad en la gestión del cuidado)	unidad de cuidados intensivos adultos.		
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	--	--

7.2. PLAN DE ACCION

Tabla 2. Plan de acción Objetivo N1. Autoría Propia.

Objetivo N 1. - Identificar los conocimientos del profesional de enfermería de la Unidad de cuidados intensivos adultos respecto al Delirium y los instrumentos de detección de delirium. (gestión del conocimiento)			
ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
<p>Evaluar conocimientos a través del pre-test</p> <p>Subactividades:</p> <p>Seleccionar los contenidos principales del pre-test (la aplicación se realizó en forms.office.com)</p>	<p>Humanos: responsables del proyecto. Tiempo de Asesor. Número de profesionales de enfermería de la UCI</p> <p>Materiales:</p> <p>computadores portátiles o celulares, internet.</p>	<p>Número de enfermeras de la Unidad de Cuidado Intensivo de la clínica fundación Santafé que participaron en la evaluación de conocimientos a través del pre-test _____ X</p> <p>100 Total de enfermeras que trabajan en la Unidad de Cuidado Intensivo, de la clínica santa fe de Bogotá</p>	<p>Lista de chequeo de número de profesionales de enfermería a quien se les aplicó el pretest.</p> <p>Contenido del pre- test.</p> <p>Respuestas analizadas del pretest: tabulación</p>

<ul style="list-style-type: none">• ¿Qué se entiende por delirium?• ¿Qué signos y síntomas presenta el paciente con delirium?• ¿Cuál es la clasificación del delirium?• ¿Usted conoce alguna de las siguientes escalas para identificar signos de delirium en sus pacientes?• ¿Conoce la herramienta delirium diagnostic tool DDT-PRO-S?• ¿Conoce la guía medica de manejo de sedoanalgesia del Dr. Celis?			
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Tabla 3. Plan de acción Objetivo N2. Autoría Propia.

Objetivo N 2. Conocer las prácticas de cuidado del profesional de enfermería encaminadas a la prevención y manejo del delirium en pacientes de la unidad de cuidado intensivo adultos. (practica basada en la evidencia)			
ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
<p>Actividades:</p> <p>En el mismo pre-test del objetivo N° 1 se desarrollarán preguntas específicas al personal profesional de enfermería sobre prácticas de manejo y prevención de delirium en el paciente de UCI (la aplicación se realizará en forms.office.com)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué medidas no farmacológicas aplicaría usted en un paciente con Delirium en UCI? • ¿En qué momento inicia medidas de sujeción? <p>Subactividades:</p>	<p>Humanos: responsables del proyecto. Tiempo de Asesor. Número de profesionales de enfermería de la UCI.</p> <p>Materiales: computadores portátiles o celular, internet.</p>	<p>Porcentaje de actividades realizadas por el personal/ número de actividades propuestas por la literatura.</p> <p>Número de profesionales que conocen la guía de analgesia y sedación del Dr. Celis.</p>	<p>Lista de chequeo de número de profesionales de enfermería a quien se les aplicó el pretest.</p>

Tabulación de las preguntas seleccionadas			
-------------------------------------------	--	--	--

Tabla 4. Plan de acción Objetivo N3. Autoría Propia.

Objetivo N 3. Fortalecer las prácticas de cuidado del profesional de enfermería encaminadas a la prevención y manejo del delirium en pacientes de la unidad de cuidado intensivo adulto. (gestión clínica y enfoque de riesgo- practica basada en la evidencia – servicio humanizado)			
ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
<p>Actividades:</p> <p>Crear el estándar operacional de cuidado de enfermería en pacientes con Delirium, de acuerdo con los lineamientos institucionales:</p> <p>Definición, identificación y diagnóstico, riesgos y evidencia,</p>	<p>Humanos: responsables del proyecto. Enfermeros de educación, gestión clínica y coordinador de la UCI y profesionales de enfermería de la UCI</p> <p>Materiales:</p>	<p>Número de enfermeras a quienes se les da a conocer el estándar operacional de cuidado/Total de enfermeras que laboran en la unidad de adultos.</p>	<p>Lista de asistencia de profesionales de enfermería a los que se les da a conocer el estándar</p> <p>Presentación del estándar y flujograma.</p>

<p>herramienta de detección de delirium <i>diagnóstico tool- provisional, spanish</i> (DDT-PRO-S) medidas farmacológicas y no farmacológicas (cuidados de enfermería)</p> <p>Subactividades:</p> <p>Consecución por parte de las jefes Martha Yepes y Diana Castellanos, los lineamientos institucionales para la realización del estándar operacional.</p> <p>Asesoría del área de Salud Mental de la institución, en cabeza del médico Psiquiatra Juan Carlos Molano coordinador del área y con el médico psiquiatra Efraín Noguera</p> <p>Entrega del estándar operacional a la coordinación de enfermería de la institución con el fin de hacerlo extensivo a toda la institución, con la</p>	<p>Papelería, computadores, internet,</p>		
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	--	--

continuidad en los comités de gobernanza compartida.			
------------------------------------------------------	--	--	--

Tabla 5. Plan de acción Objetivo N4. Autoría Propia.

Objetivo N 4. Socializar el estándar operacional de cuidado de enfermería para la prevención y manejo del delirium en pacientes de la unidad de cuidados intensivos adultos. (práctica basada en la evidencia)			
ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Realizar capacitación al personal profesional de enfermería que aborde los temas del estándar operacional de manejo identificación, diagnóstico, herramienta <i>delirium diagnóstico tool- provisional, spanish (DDT-PRO-S)</i> medidas farmacológicas y no farmacológicas (cuidados de enfermería)	Humanos: responsables del proyecto. Invitado especial (médico psiquiatra) Número de profesionales de enfermería de la UCI Materiales: Papelería, internet, medios audiovisuales, salón.	Número de profesionales que presentan el post test / número de profesionales de enfermería de la unidad de cuidados intensivos Número de profesionales satisfechos con la capacitación/ número total de	Listado de asistencia a la capacitación realizada. Se realizó la socialización en 2 jornadas am-pm Se realizó el Post-test y Tabulación de resultados.

<p>subactividades:</p> <p>Preparar el contenido de la socialización.</p> <p>Diseño un forms.office.com para verificar la asistencia a la capacitación. Aplicación Pos-test.</p> <p>Realizar el post-test de conocimientos posterior a la capacitación brindada.</p> <p>Promover, sugerir y gestionar la inclusión del estándar operacional a la plataforma institucional <i>enlace</i> la cual está en implementación, para que esté al alcance de aplicación y de consulta de todos los profesionales</p>		<p>enfermeros asistentes a la capacitación.</p>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------	--

8. ASPECTOS ETICOS

La profesión de Enfermería se caracteriza por su componente humanístico y moralmente responsable, lo cual queda plasmado en el código Deontológico de la profesión en Colombia reglamentada por la ley 911 de 2004, quien define las disposiciones legales sobre ética para el ejercicio de la enfermería y conceptualiza el acto del cuidado de Enfermería. El cuidado de enfermería se describe en el artículo 3 de la ley 911 de 2004. Como: “El cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la profesión, se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas” es por esto la importancia de mantener conocimientos actualizados y estructurados, en este caso específico, para la prevención del delirium.

Siendo primordial los principios de la bioética como son el de beneficencia y no maleficencia, son principios morales para hacer el bien y así evitar el daño o lesión al paciente; es decir, actuar con beneficencia significa ayudar a los otros a obtener lo que es benéfico para su salud y promover su bienestar, de esta manera reduciendo los riesgos maléficos, que les puedan causar daños físicos o psicológicos.

Según la ley 266 quien fundamenta la práctica de enfermería en los principios éticos, morales y en el respeto de los derechos humanos, siendo la persona la familia y la comunidad el sujeto de atención teniendo en cuenta sus características socioculturales.

10. EVALUACION DE OBJETIVOS

10.1. OBJETIVO N°1 y N°2

N.1. Identificar los conocimientos del profesional de enfermería de la Unidad de cuidados intensivos adultos respecto al Delirium y los instrumentos de detección de delirium.

N.2. Conocer las prácticas de cuidado del profesional de enfermería encaminadas a la prevención y manejo del delirium en pacientes de la unidad de cuidado intensivo adultos. (práctica basada en la evidencia).

Para dar cumplimiento a los objetivos número 1 y número 2 se diseña un pretest para el personal profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos, en el programa Forms.office, el cual consta de 8 preguntas cerradas sobre conocimientos de delirium, el cual fue previamente revisado y avalado por el coordinador de la UCI Enf. Andrés Felipe Forero; posteriormente se envía por vía internet el enlace al grupo interno de la UCI para que sea diligenciado por el profesional de enfermería en los cuatro turnos (mañana, tarde, noche par, noche impar) con una totalidad de 51 profesionales de enfermería.

Para el objetivo N°1. Se toma como referencia el análisis de las respuestas de las preguntas N°:1,2,3,4,5 y 8.

Pregunta número 1. ¿Qué se entiende por delirium?

- a. Conjunto de alteraciones físicas y psíquicas que aparecen en una persona cuando deja bruscamente de tomar una sustancia a la cual está habituada o es adicta, especialmente una droga.
- b. Alteración del nivel de conciencia y de la atención, de instauración brusca (en horas o pocos días), que fluctúa a lo largo del día, pueden verse afectados el lenguaje, el pensamiento, la memoria, la percepción, el ciclo sueño-vigilia o la orientación.
- c. Síndrome de disfunción cerebral, el cual puede ser causado por múltiples etiologías.

- d. Es un estado de deficiencia de oxígeno en la sangre, células y tejidos del organismo, con compromiso de la función de estos.



Gráfico 1. Resultado post-test. ¿Qué se entiende por delirium? Autoría propia

De acuerdo con la gráfica se evidencia que del 100% de la muestra encuestada el 98% tiene claridad sobre la clasificación de delirium.

Pregunta N° 2. ¿Qué signos y síntomas presenta el paciente con delirium?

- a. Disnea, agitación psicomotora, somnolencia, alteración pupilar
- b. Taquicardia, dolor muscular, hiperventilación. alucinaciones
- c. Agresividad, somnolencia, dolor, orientación.
- d. Alteración de la conciencia con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención; breve espacio de tiempo y tiende a fluctuar a lo largo del día; cambio en las funciones cognitivas (memoria, orientación, lenguaje, habilidades visoespaciales y percepción)

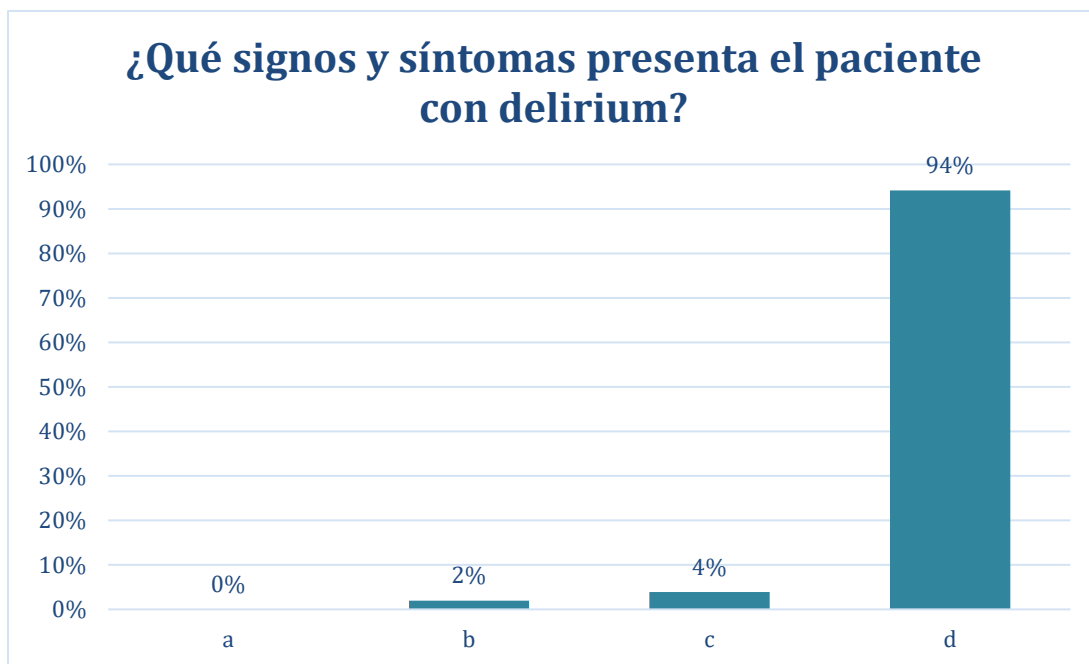


Gráfico 2. Resultado post-test. ¿Qué signos y síntomas presenta el paciente con delirium? Autoría propia

De acuerdo con la gráfica se puede observar que el 94% de los profesionales de enfermería identifican con claridad los signos y síntomas que presenta el paciente con delirium mientras que el 6% lo identifican parcialmente

Pregunta N° 3. ¿Cuál es la clasificación del delirium?

- a. tipo 1, tipo2 tipo3
- b. Agudo, crónico, mixto
- c. Hiperactivo, mixto
- d. Hipoactivo, hiperactivo, mixto

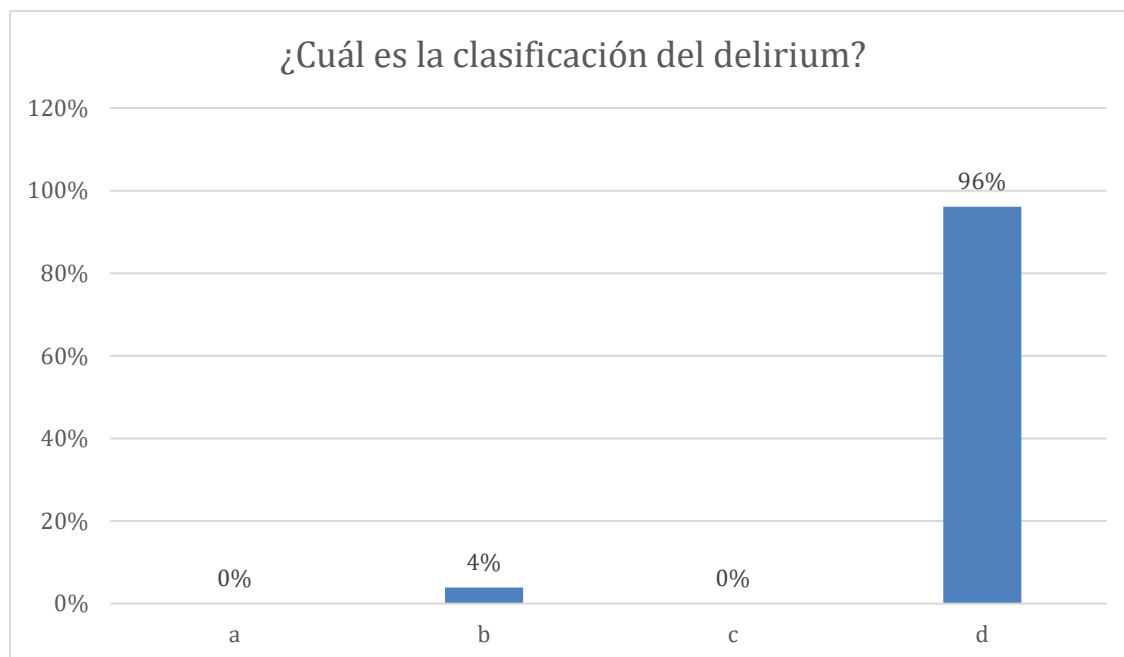


Gráfico 3. Resultado post-test. ¿Cuál es la clasificación del delirium? Autoría propia

En esta gráfica se observa que el 96% de las personas encuestadas conocen la clasificación del delirium y el 4% no conoce la clasificación y la confunde con palabras relacionadas al tema.

Pregunta N°4. ¿Usted conoce alguna de las siguientes escalas para identificar signos de delirium en sus pacientes?

- a. CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit)
- b. ICD-SC (Intensive Care Delirium Screening Checklist)
- c. CAPD (Cornell Assessment of Pediatric Delirium)
- d. RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale)
- e. Nu-DESC (Nursing Delirium Screening Scale)
- f. Ninguna

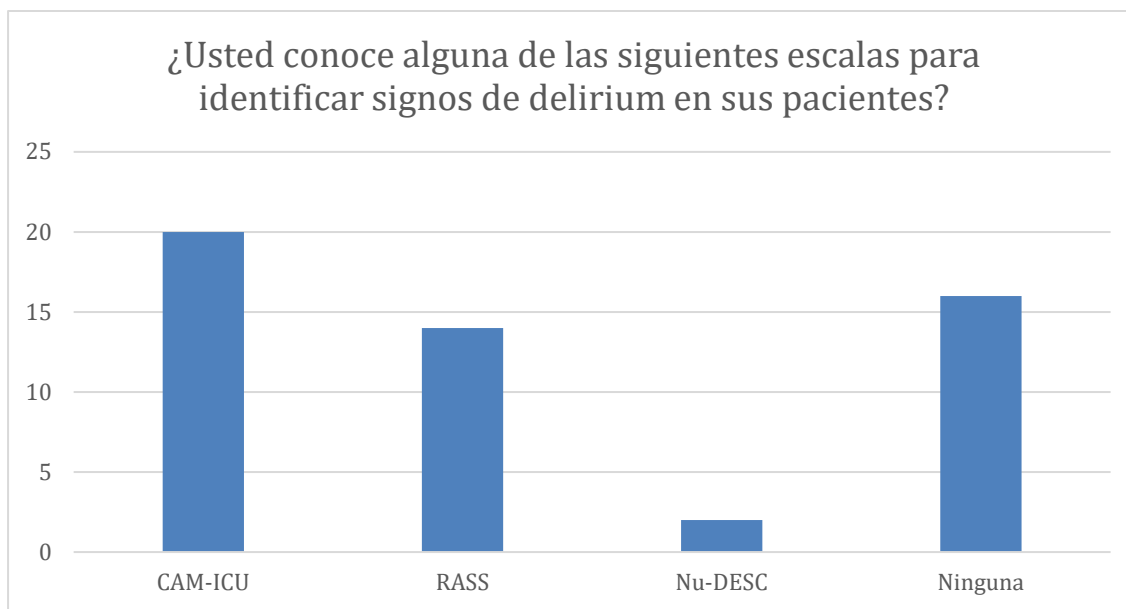


Gráfico 4. Resultado post-test. ¿Usted conoce alguna de las siguientes escalas para identificar signos de delirium en sus pacientes? Autoría propia

Según la gráfica el personal de enfermería el 39% conoce la escala CAM-ICU, el 27% conoce la escala de RASS y el 31% no conoce ninguna escala de identificación de delirium.

¿Pregunta N° 5 Conoce la herramienta delirium diagnostic tool DDT-PRO-S?

a. SI

b.No

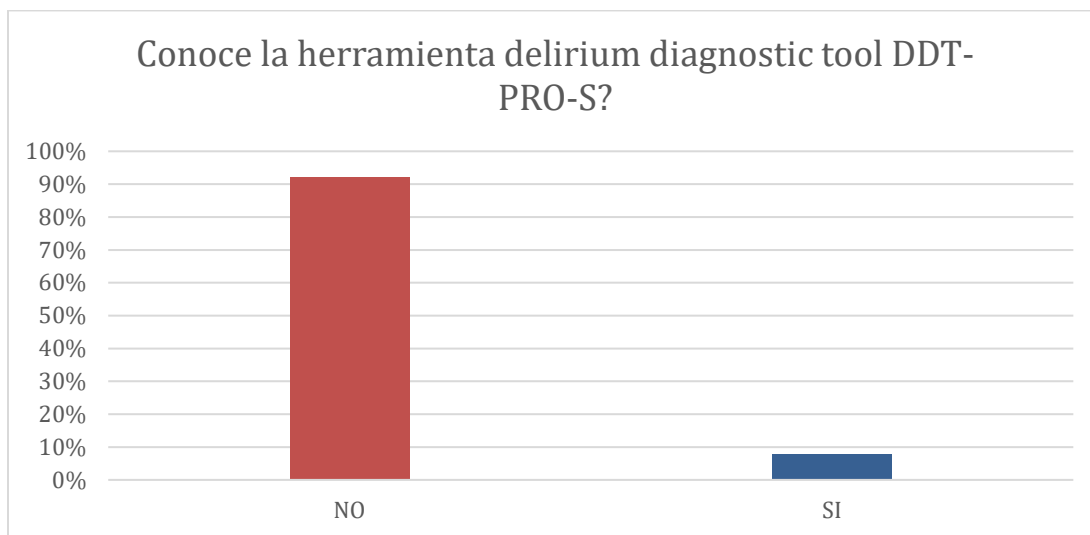


Gráfico 5. Resultado post-test. ¿Conoce la herramienta delirium diagnostic tool DDT-PRO-S? Autoría propia

El 92% del personal de enfermería no conoce la herramienta o instrumento delirium diagnostic tool DDT-PRO-S; lo que nos indica la importancia de capacitar al personal de enfermería sobre la existencia y manejo de esta herramienta.

Pregunta N 8. ¿Conoce la guía médica de manejo de sedoanalgesia del Dr. Celis?

a. Si

b. No

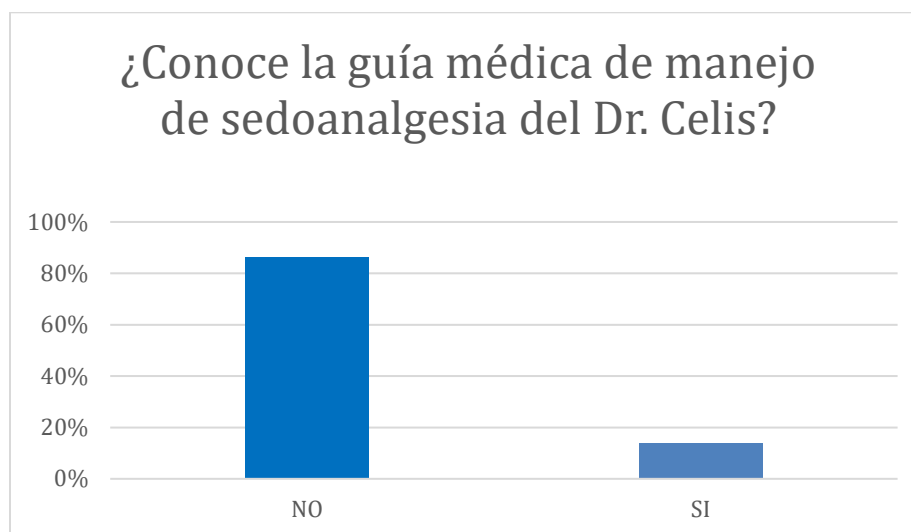


Gráfico 6. Resultado post-test. ¿Conoce la guía médica de manejo de sedoanalgesia del Dr. Celis? Autoría propia

La gráfica muestra que el 86% del profesional de enfermería no conoce la existencia de la guía médica de manejo de sedoanalgesia del Dr. Celis.

Para el objetivo N° 2 se analizan las preguntas N° 6 y 7

Pregunta N 6. ¿Qué medidas no farmacológicas aplicaría usted en un paciente con Delirium en UCI?

- Controlar dolor, ansiedad, favorecer la comunicación familiar
- Orientación continua, evitar sobre estímulos, control del dolor
- Tener visible fecha, hora, iluminación correcta, modular ruido
- Todas las anteriores.

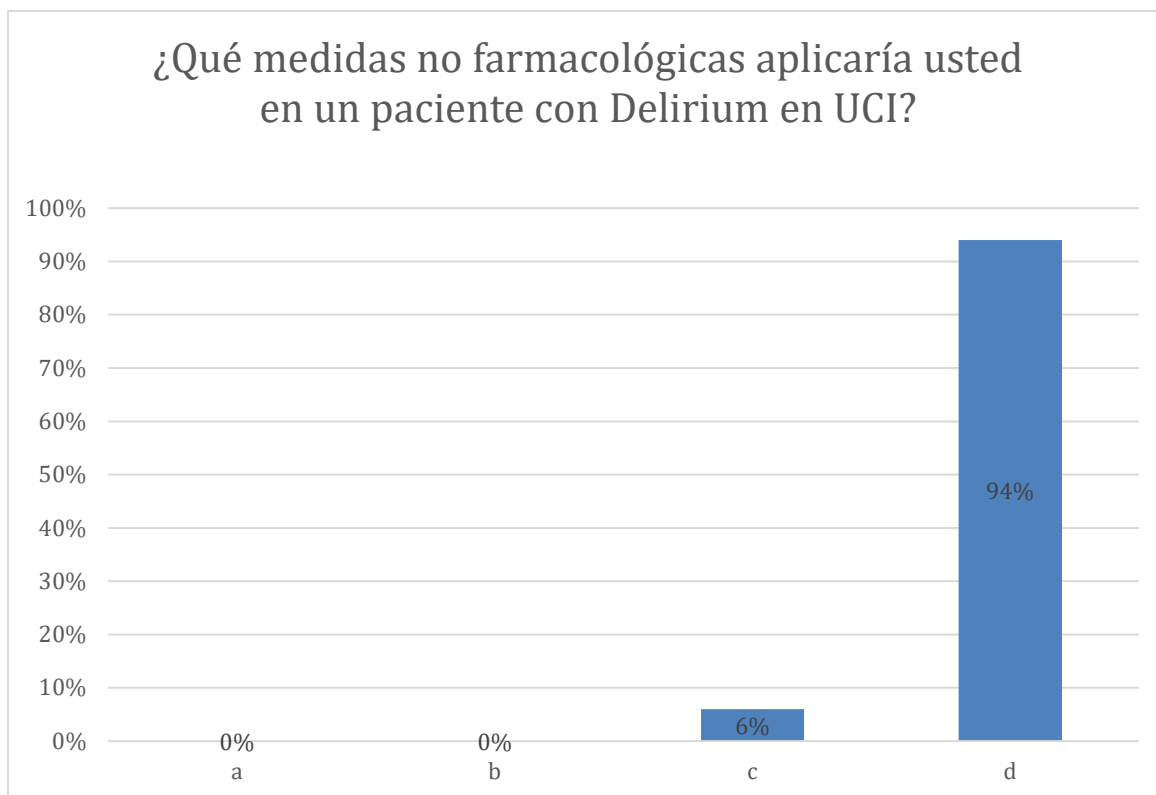


Gráfico 7. Resultado post-test. ¿Qué medidas no farmacológicas aplicaría usted en un paciente con Delirium en UCI? Autoría propia

La gráfica resalta que el 94% de los profesionales de enfermería conocen las medidas no farmacológicas como prevención del delirium, a diferencia del 6% que las conoce parcialmente.

Pregunta N 7. ¿En qué momento inicia medidas de sujeción?

- a. Desorientación.
- b. Prevención de daño inminente a sí mismo o a otros cuando otros medios (contención verbal o farmacológica) han resultado ineficaces.
- c. Prevención de daño al entorno (familia, pacientes, personal asistencial, instalaciones).
- d. Para asegurar el seguimiento del tratamiento prescrito cuando se asocia a conducta agresiva o riesgo inminente de la misma.

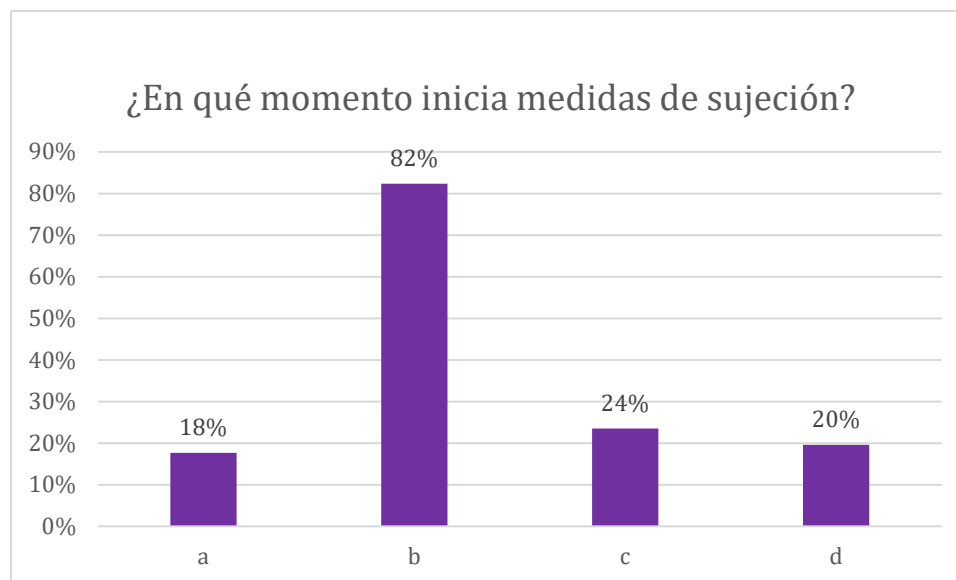


Gráfico 8. Resultado post-test. ¿En qué momento inicia medidas de sujeción? Autoría propia

Se puede analizar en esta pregunta que la mayoría de las profesionales implementa las medidas de sujeción cuando se quiere prevenir un daño inminente a sí mismo y a otros, lo que nos demuestra que el paciente con delirium hiperactivo se puede detectar más fácil para iniciar estas medidas. Además de la importancia que se tiene de conocer los signos y síntomas del delirium para poder determinar si es necesario iniciar medidas de sujeción.

Con la aplicación y análisis del anterior pre-test realizado por 51 profesionales de enfermería, se pudo identificar la importancia y la necesidad de realizar el estándar operacional sobre prevención y manejo de delirium en el paciente críticamente enfermo en conjunto con la capacitación, con el fin de generar parámetros que estructuren y guíen el cuidado por parte de los profesionales de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de la fundación santa fe.

10.2. OBJETIVO N.3

Objetivo N 3. Fortalecer las prácticas de cuidado del profesional de enfermería encaminadas a la prevención y manejo del delirium en pacientes de la unidad de cuidado intensivo adulto.

Para dar cumplimiento al objetivo Número 3, se diseñó el estándar operacional de cuidado de enfermería para prevención y manejo del delirium en pacientes de la unidad de cuidado intensivo

adultos, transversal con los lineamientos de la institución, se tuvo en cuenta las recomendaciones y sugerencias de las enfermeras del departamento de enfermería las cuales se dieron inicialmente en una exposición global del proyecto y posteriormente en sesiones de asesorías.

Se generaron acercamientos y cooperaciones con el médico Juan Carlos Molano jefe del departamento de Salud Mental, y el médico psiquiatra Efraín Noguera, quienes propusieron para el diseño y aplicabilidad del estándar y la herramienta DDT-PRO S, se revisó literatura donde se especifica la sensibilidad y estabilidad de la herramienta y su adherencia, consultadas a través de revistas científicas, artículos investigativos, y en bases de datos de la biblioteca de la universidad de la Sabana.

Se diseñó el estándar operacional, el flujograma y el indicador de enfermería como herramienta de consulta rápida, fortaleciendo las prácticas de cuidado para la prevención y manejo del delirium en paciente de cuidado crítico adulto, buscando un alcance a nivel institucional.

10.3. OBJETIVO N. 4

Objetivo N.4 Socializar el estándar operacional de cuidado de enfermería para la prevención y manejo del delirium en paciente de la unidad de cuidados intensivos

Para dar cumplimiento al objetivo Número 4 se realiza la socialización a través de una invitación gestionada con el Jefe Andrés Forero con la aplicación Microsof-Teams en 2 sesiones, una en la mañana y otra en la tarde para garantizar la difusión del mismo en todos los turnos con una asistencia de 110 personas, se da a conocer el estándar operacional, se enfatiza en su objetivo general y sus objetivos específicos sobre el alcance a nivel institucional, posterior esto se realiza una explicación sobre cómo se debe aplicar la herramienta DDT-PRO-S, el flujograma y el indicador de cuidado para aterrizar la enfermería de la teoría a la práctica. Se aclaran dudas y se solicita el diligenciamiento del post-test con 3 preguntas y recomendaciones, las cuales se analizan a continuación:

Pregunta número 1. La herramienta DDT-PRO-S evalúa los siguientes ítems:

1. RASS, comienzo agudo o fluctuante, pensamiento desorganizado, inatención, alteración de conciencia.
2. *Compresión, vigilancia, ciclo del sueño vigilia.*
3. Desorientación, comportamiento y comunicación inadecuados, alucinaciones y retardo psicomotor.

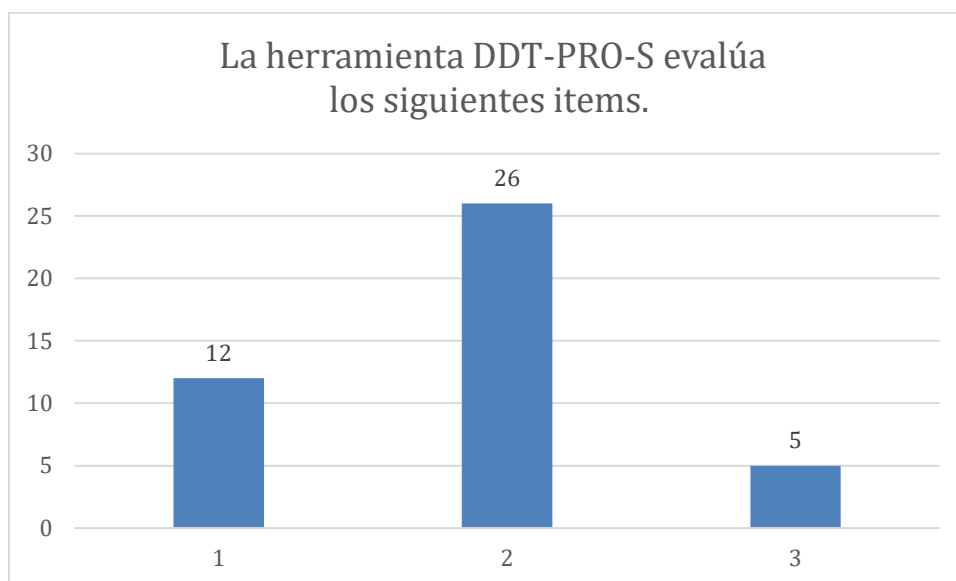


Gráfico 9. evaluación herramienta DDT-PRO-S. Autoría propia.

De acuerdo con la gráfica se puede observar que aún no hay criterios claros sobre lo que evalúa la herramienta, lo que conlleva a proponer la capacitación exclusiva de esta herramienta

Pregunta N. 2 ¿considera útil y aplicable la escala DDT-PRO-S?

- a. Sí
- b. No

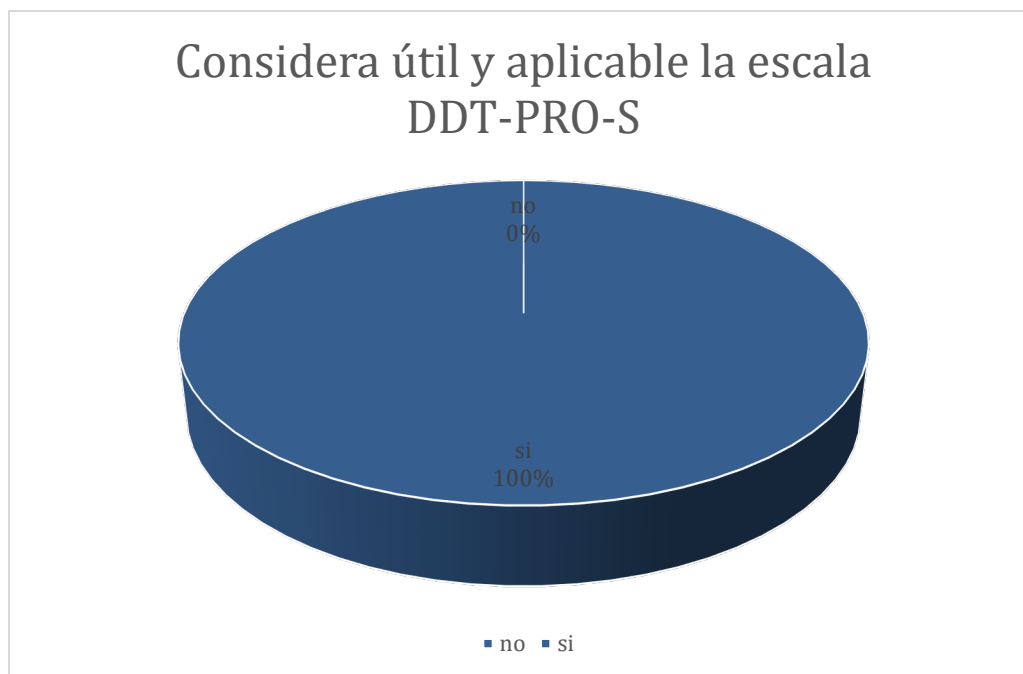


Gráfico 10. Resultado para conocer la utilidad y aplicabilidad de la escala DDT-PRO-S . Autoría propia.

En la gráfica se observa acogida total de la herramienta con el 100% de la población asistente a la socialización quienes consideran útil y aplicable dentro del cuidado del paciente críticamente enfermo de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.

Pregunta N.3 el flujograma correcto para el paciente con delirium en UCI

1. Realiza escala DDT-PRO-S, grado de delirium, inicio de manejo no farmacológico, valoración medico intensivista, activar interconsultas, psiquiatría y trabajo social, reevaluar con escala.
2. Realizar escala DDT-PRO-S, interconsulta con psiquiatría, valoración por intensivista de turno.
3. Realizar escala DDT-PRO-S inicio de manejo farmacológico y no farmacológico, acompañante permanente.

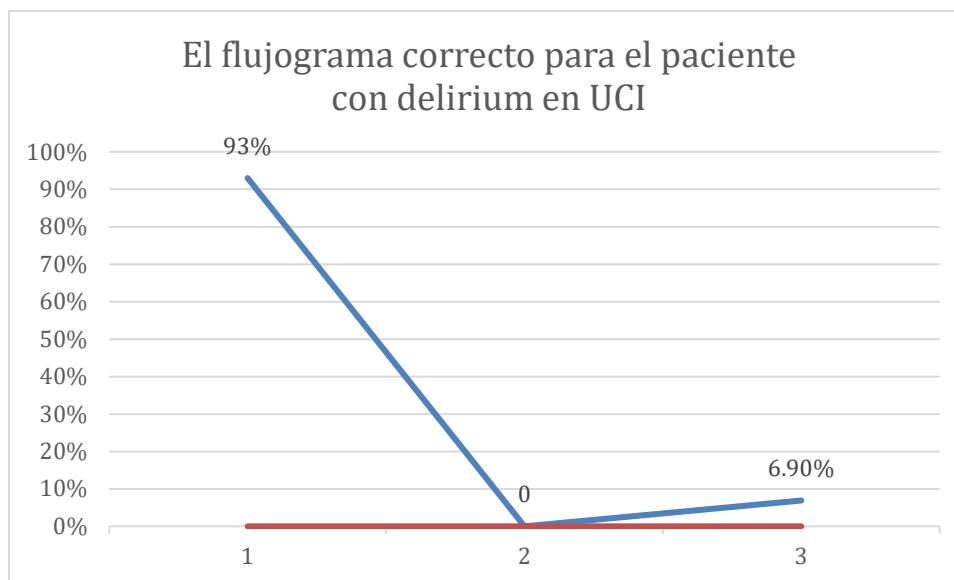


Gráfico 11. Reconocimiento uso del flujograma. Autoría propia.

Esta gráfica muestra que con el apoyo del flujograma al 93% de los asistentes le queda claro el proceso de atención para el paciente desde su ingreso hasta el egreso de la UCI, plasmado en el estándar operacional.

Como última pregunta se solicitan recomendaciones y sugerencias donde consideran el tema de gran importancia, utilidad e impacto para el cuidado de enfermería del paciente críticamente enfermo, no solo a nivel de servicio de unidad de cuidados intensivos sino a nivel institucional, se sugiere la capacitación de la herramienta DDT-PRO-S la cual consideran de fácil aplicación y prevean mayor adherencia a la misma, además se solicita tanto para el estándar operacional como sus anexos (flujograma, indicador de cuidado) y escala DDT-PRO-S un acceso fácil a los mismos, ya sea de forma física o digital en historia clínica.

11. CONCLUSIONES

- El profesional de enfermería reconoce el concepto de delirium, pero se considera importante reforzar y actualizar constantemente conocimientos de clasificación, prevención y manejo de delirium, además de verificar la adherencia a la implementación de la herramienta DDT-PRO-S, comprobando lo consultado a través de la bibliografía, en donde se asegura que es una herramienta de fácil aplicación, alta adherencia y alta sensibilidad, esto con el fin de minimizar riesgos secundarios y aumentar la seguridad del paciente mediante el cuidado de enfermería.
- Con este proyecto se observa la importancia y la necesidad de implementar el estándar operacional junto con la aplicación de la herramienta DDT-PRO-S para detectar, prevenir y manejar el delirium por parte del personal de enfermería, quienes están a la cabecera del paciente y son los primeros en evidenciar los cambios durante el proceso de cuidado en cada turno, ante el aumento de riesgos de eventos secundarios relacionados con delirium como caídas, lesiones de piel, retiro de dispositivos, estancias prolongadas y aumento de costos, además esto permite empoderar al profesional de enfermería en decisiones y acciones frente al delirium, con conocimiento, estructura y habilidad .
- El diseño y la implementación del estándar operacional de cuidado de enfermería y la aplicación de la escala DDT-PRO-S hace que sea un proyecto de gestión transversal, contribuyendo no solo con el paciente críticamente enfermo sino con los demás pacientes institucionales (quirúrgico, geriátrico, hospitalizado, domiciliario, etc.)
- El formato de diseño del estándar operacional de enfermería (flujograma, indicador de diagnóstico, herramienta DDT-PRO-S) por medios electrónicos hace que se pueda acceder a la información de forma clara resumida y operable.

12. RECOMENDACIONES

- Se propone al comité de caídas de la unidad de cuidado intensivo adulto de la fundación Santa Fe de Bogotá implementar el indicador de delirium para las unidades y continuar con la aplicación de la escala DDT-PRO-S.
- Es importante contar con implementos físicos como medidas antidelirium que promuevan la orientación temporo-espacial de los pacientes, por lo cual se solicita la gestión con el área administrativa pertinente, para la consecución de dichos elementos (reloj, calendario, funcionalidad adecuada de persianas)
- Realizar periódicamente retroalimentación al profesional de enfermería frente al uso de la herramienta DDT-PRO-S, analizando preguntas y sugerencias, para mejorar cada vez más la adherencia y la aplicabilidad de la herramienta.
- Mantener continuidad en el trabajo colaborativo interdisciplinar del estándar y la aplicación de la herramienta con el servicio de salud mental para fortalecer su ejecución, y con otras especialidades como geriatría, medicina interna, trabajo social, lo que permitirá su extensibilidad a todos los servicios de la fundación como proyecto transversal.
- Este proyecto de gestión fortalece y empodera a los profesionales de enfermería en actividades, procesos e investigaciones propias del cuidado de enfermería en el paciente críticamente enfermo, e invita a otros profesionales interesados en el tema.

13. ANEXOS

13.1. Pretest delirium: identificación prevención y manejo.

Pre-test delirium: identificación prevención y manejo

Identificar el conocimiento sobre manejo y prevención del paciente con delirium en la unidad de cuidados intensivos que tiene el profesional de Enfermería de la Unidad de cuidados intensivos de la Fundación Santa fe de Bogotá. (Proyecto gestión Especialización Cuidado Crítico Adulto, Universidad de la Sabana)

...

Bonjour, Diana Lorena. Lorsque vous soumettez ce formulaire, le propriétaire verra votre nom et votre adresse de courriel.

* Obligatoire

1. Código *

2. ¿Qué se entiende por delirium? *

- Conjunto de alteraciones físicas y psíquicas que aparecen en una persona cuando deja bruscamente de tomar una sustancia a la cual está acostumbrada o es adicta, especialmente una droga.

-
- Alteración del nivel de conciencia y de la atención, de instauración brusca (en horas o pocos días), que fluctúa a lo largo del día, pueden verse afectados el lenguaje, el pensamiento, la memoria, la percepción, el ciclo sueño-vigilia o la orientación.
 - Síndrome de disfunción cerebral, el cual puede ser causado por múltiples etiologías.
 - Es un estado de deficiencia de oxígeno en la sangre, células y tejidos del organismo, con compromiso de la función de estos.

3. ¿Qué signos y síntomas presenta el paciente con delirium? *

- Disnea, agitación psicomotora, somnolencia, alteración pupilar
- Taquicardia, dolor muscular, hiperventilación, alucinaciones
- Agresividad, somnolencia, dolor, orientación, alteración de conciencia
- Alteración de la conciencia con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención; breve espacio de tiempo y tiende a fluctuar a lo largo del día; cambio en las funciones cognitivas (memoria, orientación, lenguaje, habilidades visoespaciales y percepción)

4. ¿Cuál es la clasificación del delirium? *

- Tipo 1, tipo2 tipo3
- Agudo, crónico, mixto
- Hiperactivo, mixto
- Hipoactivo, hiperactivo, mixto

5. ¿Usted conoce alguna de las siguientes escalas para identificar signos de delirium en sus pacientes? *

- CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit)
- ICD-SC (Intensive Care Delirium Screening Checklist)
- CAPD (Cornell Assessment of Pediatric Delirium)
- RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale)
- Nu-DESC (Nursing Delirium Screening Scale)
- Ninguna

6. Conoce la herramienta delirium diagnostic tool DDT-PRO-S *

- Si
- No

7. Qué medidas no farmacológicas aplicaría usted en un paciente con Delirium en UCI? *

- Controlar dolor, ansiedad, favorecer la comunicación familiar
- Orientación continua, evitar sobre estímulos, control de dolor.
- Tener visible la fecha, hora, iluminación correcta, modular ruido.
- Todas las anteriores.

8. ¿En qué momento inicia medidas de sujeción? Selección múltiple. *

- Desorientación
- Prevención de daño inminente a sí mismo o a otros cuando otros medios (contención verbal o farmacológica) han resultado ineficaces.
- Prevención de daño al entorno (familia, pacientes, personal asistencial, instalaciones).
- Para asegurar el seguimiento del tratamiento prescrito cuando se asocia a conducta agresiva o riesgo inminente de la misma.

9. Conoce la guía medica de manejo de sedoanalgesia del Dr. Celis *

- Si
- No

Enviar

13.2. Herramienta DDT-PRO-S

Delirium Diagnostic Tool – Provisional, Spanish (DDT-Pro-S)

© Kean y Trzepacz 2010

Para uso en personas con cambio agudo en el estado mental que se sospeche que sea debido a delirium.

Ítem 1	
<p><i>Voy a hacerle unas preguntas que pueden responderse con un sí o con un no. Si su respuesta es sí, diga “sí” o indíquelo con la cabeza así (demostrar). Si su respuesta es no, diga “no” o indíquelo con la cabeza así (demostrar). Lea cada pregunta dos veces.</i></p>	
Forma A	Forma B
<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Puede flotar una piedra en el agua? (no) 2. ¿Puede usarse un martillo para clavar clavos? (sí) 3. ¿Pesamos dos kilos de harina más que uno? (sí) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Puede flotar una hoja en el agua? (sí) 2. ¿Un martillo sirve para cortar madera? (no) 3. ¿Es más pesado un kilo de harina que dos? (no)
Ítem 2	
<p><i>Voy a leerle una serie larga de letras. Cada vez que escuche la letra H, indíquelo levantando la mano (demostrar) y luego bájela. Lea la lista de letras a una velocidad de una letra cada dos segundos. Tache con una barra diagonal cada letra a la que el paciente responda y marque con un círculo cuando no identifique la H. Antes de empezar la prueba, use la secuencia (B H D) como ejemplo para asegurarse que el paciente ha entendido las instrucciones. Repita las instrucciones si es necesario.</i></p>	
Forma A	Forma B
H E G H F E H D H F H C B F H A D H C E H I H G D H C E B H E G H I H C H E H F C I H E B H G F D H B E	H B H A E H B H C F A H F H G H C G D H C B A H G D E H C H B E H D G H D A F H B I F E H B H D H E H G
Ítem 3	
<p>Use todas las fuentes de información para evaluar el patrón del ciclo del sueño y la vigilia, esto incluye familia, cuidadores, notas de enfermería y el paciente. Intente distinguir entre estar dormido y tener los ojos cerrados.</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Alteración grave del ciclo sueño-vigilia (p.ej. inversión día-noche del ciclo sueño-vigilia o fragmentación circadiana grave con múltiples periodos de sueño y despertar o insomnio grave). 1. Desorganización moderada del ciclo sueño-vigilia (p.ej. quedarse dormido durante conversaciones, siestas durante el día o varios despertares con confusión durante la noche/alteraciones conductuales con muy poco sueño nocturno). 2. Leve alteración en la continuidad del sueño nocturno o somnolencia ocasional durante el día. 3. Sin alteraciones. 	

Los ítems 1 y 2 fueron adaptados con permiso de Hart RP et al. Validation of a cognitive test for delirium in medical ICU patients. *Psychosomatics* 1996;37(6):533-546. El ítem 3 fue adaptado con permiso de Trzepacz PT et al. Validation of the Delirium Rating Scale-Revised-95: Comparison with the Delirium Rating Scale and Cognitive Test for Delirium. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2004;13(2):229-242.

Instrucciones para la puntuación de la DDT-Pro

La DDT-Pro (1) fue diseñada para evaluar de forma breve y objetiva la presencia y gravedad de tres síntomas característicos que representan los tres dominios nucleares del delirium (el de la atención, el del pensamiento de orden superior y el circadiano) (2), en personas con un compromiso agudo de su estado mental sugestivo de delirium. Es objetiva con el fin de mejorar la estandarización entre evaluadores y para facilitar la administración por personal clínico no especializado. Proporciona un diagnóstico provisional que puede ser confirmado luego por un especialista si se alcanza la puntuación de corte.

La DDT-Pro contiene dos formas equivalentes para los ítems de medición de la comprensión y la vigilancia que pueden alternarse en evaluaciones repetidas. En ella se utilizan tres de las cuatro preguntas de comprensión auditiva y las formas A y B de uno de los dos componentes (el conocido como cancelación de la letra H) de la evaluación de la vigilancia del *Cognitive Test for Delirium* (CTD). Los rangos de calificación de la vigilancia se reducen a la mitad porque se usa sólo uno de los dos componentes de esa sección del CTD.

Los ítems de la DDT-Pro se califican en una escala de cuatro puntos, donde 0, 1, 2 y 3 representan alteración grave, moderada, leve y ausencia de alteración, respectivamente. El ítem #3 se puntúa de forma inversa a su modo de puntuación original en la DRS-R98, con el fin de equipararlo a la forma de puntuación que tienen los ítems del CTD. Las modificaciones de los ítems respecto a las escalas de las que fueron tomados permiten que los tres componentes de la DDT-Pro sean dimensionados y ponderados del mismo modo.

Ítem #1 Comprensión: asigne 1 punto por cada respuesta correcta (sí o no) según se indica en el ítem, puntuado según el número total de respuestas correctas, entre 0 y 3 puntos.

Ítem #2 Vigilancia: multiplique las respuestas correctas (el número de veces que el paciente identifica correctamente la letra H) por 2, luego reste del total el número de *errores de comisión* (es decir, cuando el paciente identifique erróneamente la letra H). El Puntaje máximo es de 36 puntos que se califican así: 0 a 9 puntos =0; 10 a 18 puntos =1; 19 a 27 puntos =2; 28 a 36 puntos =3.

Ítem #3 Ciclo sueño-vigilia: califique según el grado en la escala (de 0 =alteración grave a 3 =sin alteración).

1. Kean J, Trzepacz PT, Murray LL, Abell M, Trexler L. Initial validation of a brief provisional diagnostic scale for delirium. *Brain Injury* 2010;24(10):1222-1230.
2. Trzepacz PT, Meagher DJ, Franco JG. Comparison of diagnostic classification systems for delirium with new research criteria that incorporate the three core domains. *J Psychosomatic Research* 2016; DOI 10.1016/j.jpsychores.2016.03.011.

13.3. Estándar operacional

NOMBRE DEL ESTANDAR OPERACIONAL:

Estándar operacional prevención y manejo de delirium en paciente de unidad de cuidados intensivos.

CODIGO:	VERSION No.	FECHA DE EMISIÓN
----------------	--------------------	-------------------------

ELABORADO POR: Diana Milena Cardona Sánchez – Diana Lorena Díaz Jiménez	Fecha:
REVISADO POR: Andrés Felipe Forero	Fecha: Versión
APROBADO POR:	Fecha: Versión

OBJETIVO: Implementar y estandarizar la aplicación de una herramienta y/o instrumento para detectar tempranamente signos y síntomas de pacientes con delirium en la unidad de cuidados intensivos adultos; según el score de la herramienta gestionar los riesgos, mitigarlos y brindar actividades de cuidado para prevenir y cuidar los pacientes con delirium en curso.

ALCANCE: Todos los profesionales de enfermería de la unidad de cuidado intensivo adulto, están en la capacidad de identificar, prevenir y manejar el delirium, con el fin de brindar un cuidado de enfermería oportuno y seguro a los pacientes durante la estancia en la unidad de cuidados Intensivos.

1. CONDICIONES/RECURSOS NECESARIOS

- Paciente de unidad de cuidados intensivos adultos y/o familiares.
- Profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos adultos.
- Personal Médico unidad de cuidados intensivos, Médico de salud mental.
- Hospital Universitario Fundación Santa fe de Bogotá área de cuidados intensivos adultos.
- Equipos de computo.
- Historia clínica electrónica.
- Entorno físico: unidades de cuidado intensivo adulto.
- Herramienta para monitorizar delirium: diagnóstico tool- provisional, spanish (DDT-PRO-S).

NOMBRE DEL ESTANDAR OPERACIONAL:

Estándar operacional prevención y manejo de delirium en paciente de unidad de cuidados intensivos.

CODIGO:**VERSION No.****FECHA DE EMISIÓN****2. RESULTADOS ESPERADOS**

- Minimizar el subdiagnóstico de delirium en el paciente de la unidad de cuidados intensivos adultos.
- Establecer un sistema de monitorización rutinaria del delirium como indicador de calidad que impacte en otros indicadores como riesgo de caídas, aumento de estancia hospitalaria, auto-desalojo de dispositivos médicos, lesiones por presión, entre otros.
- Fortalecer las prácticas de cuidado del profesional de enfermería encaminadas a la prevención y manejo del delirium en pacientes de la unidad de cuidado intensivo adulto.
- Mitigar los factores de riesgo y eventos adversos relacionados con la presencia de delirium, el desarrollo y el manejo no farmacológico implementado por el profesional de enfermería.
- Generar actividades de prevención y manejo de delirium con la familia como primera red de apoyo a través de estrategias de educación y metas concertadas.
- Generar resultados de cuidado de enfermería evidenciado por indicadores de calidad.

DEFINICIÓN

El delirium, es un tipo común de disfunción cerebral aguda en paciente críticamente enfermo, se caracteriza por la alteración aguda de la conciencia, desorientación, falta de atención, estado mental fluctuante y alteración del ciclo circadiano. Se divide en tres subtipos motores según los niveles de actividad psicomotora: hiperactiva, hipoactiva y mixta. (Lipowski1989); El delirium hipoactivo es el más frecuente pero el más difícil de observar y es el más común en la unidad de cuidados intensivos; frecuentemente es subdiagnosticado o se confunde con otras alteraciones mentales como la depresión, síndrome de abstinencia o con trastornos adaptativos.

El delirium tiene una alta prevalencia puntual, ya que se produce en uno de cada cinco pacientes en los hospitales generales. La polifarmacia, la insuficiencia orgánica, los estados postquirúrgicos y la mayor carga médica son causas causales. El deterioro cognitivo preexistente y cualquier trastorno cerebral son factores de riesgo importantes para el delirium, al igual que la edad avanzada. El delirium por otra parte se asocia a una estancia hospitalaria prolongada, a más complicaciones médicas, a una mayor dificultad para cumplir la rehabilitación, a secuelas psicológicas y a un aumento de la mortalidad durante y después de la hospitalización.

NOMBRE DEL ESTANDAR OPERACIONAL:

Estándar operacional prevención y manejo de delirium en paciente de unidad de cuidados intensivos.

CODIGO:	VERSION No.	FECHA DE EMISIÓN
----------------	--------------------	-------------------------

Los pacientes que ingresan a las unidades de cuidado intensivo adulto, con un estado de salud crítico, requieren frecuentemente inicio de sedo-analgésia para manejo de dolor y/o inicio de ventilación mecánica con el fin de tolerar procedimientos o dispositivos médicos, este manejo sedo-analgésico es necesario para disminuir el estado de estrés, el aumento del metabolismo, aumento de consumo de oxígeno, permitir un mejor acople a la ventilación mecánica y mejor manejo del dolor. Sin embargo, el uso de todos estos medicamentos genera alteraciones fisiológicas y neurológicas en los pacientes, no esperados, como lo es el delirium.

Según las investigaciones realizadas para validar la herramienta (Franco, Ocampo, et al., 2020c) durante casi dos (2) décadas han revelado que el delirium tiene tres dominios sintomáticos centrales:

- La cognición (atención y vigilancia, la orientación, memoria y capacidad visoespacial)
- El pensamiento de orden superior (lenguaje, proceso de pensamiento y comprensión, función ejecutiva)
- Ritmo circadiano (ciclo sueño-vigilia y actividad motora)

La herramienta de diagnóstico de delirium provisional (DDT-PRO-S) está diseñada para mejorar la precisión del diagnóstico, evaluando únicamente los tres dominios centrales antes mencionados (la cognición, el pensamiento y el ritmo circadiano), lo que proporcionara un diagnóstico provisional del delirium hasta que un clínico experto pueda verificarlo, pero mientras tanto se puedan iniciar medidas de cuidado de enfermería para prevenirlo o tratarlo. Franco, Ocampo, et al. (2020b).

3. RIESGO (S)	CÓMO NEUTRALIZARLO (S)
1. Falta de adherencia al estándar por parte del profesional de enfermería.	Diligenciamiento de la herramienta dentro de la historia clínica electrónica.
2. Falta del conocimiento y/o desactualización de conocimientos sobre delirium y herramienta, por rotación de personal y por necesidad de actualización.	Realizar capacitaciones y actualizaciones.
3. Riesgo de autodesalojo de medios invasivos y autolesiones infligidas.	Identificar el delirium oportunamente para generar actividades de cuidado encaminadas a evitar riesgos de desalojo de medios invasivos, autolesiones infligidas, caídas.
4. Riesgo de caídas.	Identificar actividades físicas y de contención que se puedan realizar con el paciente en proceso de
5. Riesgo de lesiones por presión.	

NOMBRE DEL ESTANDAR OPERACIONAL: Estándar operacional prevención y manejo de delirium en paciente de unidad de cuidados intensivos.		
CODIGO:	VERSION No.	FECHA DE EMISIÓN

6. Disminución en la rotación giro-cama.	delirium evitando lesiones secundarias a estas actividades. Identificar oportunamente y manejar el delirium evitando complicaciones asociadas a este que puedan generar aumento de la estancia hospitalaria.
7. Falta de compromiso de la red de apoyo del paciente.	Identificar la ausencia o déficit en la red de apoyo del paciente, la cual se fortalecerá con educación y manejo interdisciplinario.
4. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDADES	RESPONSABLE, FRECUENCIA Y LUGAR
<p>1. Paciente en unidad de cuidados intensivos adulto: El paciente neurológicamente alerta, y con sedación consciente en la UCI, el profesional de enfermería aplica herramienta de diagnóstico de delirium DDT, desde el ingreso y durante la estancia en UCI.</p> <p>1.1. Los horarios para la aplicación de la herramienta de diagnóstico se deben realizar en cada turno que son mañana – tarde – noche domingo a domingo.</p>	1.1 Profesional de Enfermería.
<p>2. Registro de la puntuación de la herramienta: el profesional de enfermería registrará en cada turno el resultado arrojado por la herramienta y especificará las actividades a realizar.</p>	2.1 Profesional de enfermería.
<p>2.1 Identificar pacientes con riesgo de delirium: realizar actividades de prevención de delirium como son las medidas no farmacológicas: reorientación, manejar calendario, reloj a la vista, favorecer factores ambientales día y noche, realizar medidas de higiene del sueño. Mantener acompañamiento de un familiar permanentemente.</p>	2.1.1 Profesional de enfermería.
<p>2.2 Identificar pacientes con diagnóstico de delirium: realizar actividades de prevención y manejo para evitar</p>	

NOMBRE DEL ESTANDAR OPERACIONAL:

Estándar operacional prevención y manejo de delirium en paciente de unidad de cuidados intensivos.

CODIGO:	VERSION No.	FECHA DE EMISIÓN
---------	-------------	------------------

<p>complicaciones relacionadas con el delirium: medidas no farmacológicas: reorientación, manejar calendario, reloj a la vista, favorecer factores ambientales día y noche, realizar medidas de higiene del sueño. Mantener acompañamiento de un familiar permanentemente. Verificar la necesidad/requerimiento de iniciar medidas de sujeción, administración de manejo farmacológico (neuromoduladores).</p> <p>2.3 Delirium hipoactivo: revisión farmacológica, análisis de otras patologías que estén afectando el estado mental, corrección de factores ambientales.</p> <p>2.4 Delirium hiperactivo: analizar otras patologías que estén afectado el estado mental, contención verbal, contención farmacológica, corrección de factores ambientales y en última estancia iniciar medidas de sujeción para evitar daños o lesiones propias y/o a terceros, y caídas.</p> <p>2.5 Delirium mixto: revisión farmacológica, analizar patologías que estén afectando el estado mental del paciente, corrección de factores ambientales, mantener cerca medidas de sujeción para usarlas en episodios de hiperactividad que no se puedan controlar con actividades previas.</p> <p>2.6 Verificar elementos de sujeción: verificar existencia de elementos de sujeción y su buen estado.</p> <p>3. Verificar la interconsulta con psiquiatría.</p>	<p>2.2.1 Profesional de enfermería, médico intensivista de turno, médico especialista de salud mental.</p> <p>2.3.1 Profesional de enfermería, médico intensivista de turno, médico especialista de salud mental.</p> <p>2.4.1 Profesional de enfermería y auxiliar de enfermería, Médico intensivista de turno, médico especialista de salud mental.</p> <p>2.5.1 Profesional de enfermería, Médico intensivista de turno, médico especialista de salud mental, auxiliar de enfermería.</p> <p>2.6.1 Coordinación de enfermería unidad de cuidados intensivos, coordinador de hotelería y Outsourcing, asistente administrativa.</p> <p>3.1 Profesional de Enfermería, Médico intensivista, asistente administrativa.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NOMBRE DEL ESTANDAR OPERACIONAL:

Estándar operacional prevención y manejo de delirium en paciente de unidad de cuidados intensivos.

CODIGO:	VERSION No.	FECHA DE EMISIÓN
---------	-------------	------------------

<p>4. Educación a la familia / metas concertadas: concertar actividades de educación con la red de apoyo.</p> <p>4.1 Medidas antidelirium.</p> <p>4.2 Riesgo de caídas.</p> <p>4.3 Riesgo de retiro de dispositivos médicos.</p> <p>4.4 Aumento de estancia hospitalaria.</p> <p>5. Paciente con alerta de delirium trasladado a de la UCI a hospitalización.</p> <p>5.1 Se gestionará por parte del profesional de enfermería y médico intensivista de turno las medidas pertinentes para un egreso seguro a hospitalización.</p> <p>5.2 Acompañamiento permanente: se verificará que la familia esté informada del traslado con su respectivo requerimiento de acompañamiento, si no se logra comunicación con la familia se deberá gestionar en apoyo con asistente administrativa interconsulta con trabajo social e informar al área de atención al paciente y su familia.</p> <p>5.3 Manejo farmacológico: realizar revisión sobre manejo farmacológico de egreso, neuromoduladores como los ansiolíticos, antidepresivos, opiáceos, que puedan iniciar destete o retiro de estos, para evitar alteración de estado de conciencia.</p> <p>5.4 Presentación de paciente con metodología SBAR. Se realizará presentación de paciente enfermería-enfermería según protocolo, enfatizando en la situación actual del paciente y su proceso de delirium o signos, antecedentes como procedimientos realizados, medicamentos administrados, evaluación y actividades realizadas como medidas para egreso seguro y recomendaciones de manejo del paciente.</p>	<p>4.1 Profesional de enfermería, red de apoyo.</p> <p>5.1.1 Personal profesional de enfermería UCI, Médico intensivista, médico Psiquiatra asistente administrativa, médico psiquiatra.</p> <p>5.2.1. Profesional de enfermería UCI, médico intensivista de turno, asistente administrativa, atención al paciente y familia.</p> <p>5.3.1 Profesional de enfermería, médico especialista de salud mental, médico intensivista.</p> <p>5.4.1 Enfermería profesional UCI-enfermería profesional Hospitalización</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NOMBRE DEL ESTANDAR OPERACIONAL:

Estándar operacional prevención y manejo de delirium en paciente de unidad de cuidados intensivos.

CODIGO:**VERSION No.****FECHA DE EMISIÓN****REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Palencia-Herrejón E, Romera MÁ, Silva JA. Delirio en el paciente crítico [Internet]. Medintensiva.org. [citado el 24 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=13116129> 2.

2. Edraw. Método 6M para el Análisis de Causa y Efecto [Internet]. Edrawsoft.com. Edraw; 2021 [citado el 23 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.edrawsoft.com/es/6m-method.html>

3. Restrepo Bernal D, Niño García JA, Ortiz Estévez DE. Prevención del delirium. Rev Colomb Psiquiatr. 2016; 45(1):37–45.

4. Felipe Santiago Zapata Aristizábal Ana María Restrepo Correa Lina Marcela Hoyos Zuluaga Laura Salgado Flórez Sigifredo Ospina Ospina Jorge Eduardo Ruiz Santacruz. Adherencia a la escala CAM-ICU y evaluación de los métodos para el diagnóstico de delirium por médicos que laboran en unidades de cuidados intensivos de la ciudad de Medellín. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo. Volume 19, Issue 2, April–June 2019, Pages 81-86 <https://doi.org/10.1016/j.acci.2019.01.006>.

5. Franco JG, Ocampo MV, Velásquez-Tirado JD, Zaraza DR, Giraldo AM, Serna PA, López C, Zuluaga A, Sepúlveda E, Kean J, Trzepacz PT. Validation of the Delirium Diagnostic Tool-Provisional (DDT-Pro) With Medical Inpatients and Comparison With the Confusion Assessment Method Algorithm. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2020 Summer;32(3):213-226. Epub 2019 Oct 30. PMID: 31662094. DOI: 10.1176/appi.neuropsych.18110255.

FRECUENCIA

Cada vez que ingrese un paciente a la unidad de cuidados intensivos adultos con riesgo potencial de desencadenar delirium. Con seguimiento turno a turno de domingo a domingo

LUGAR

Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá

13.4. Flujograma

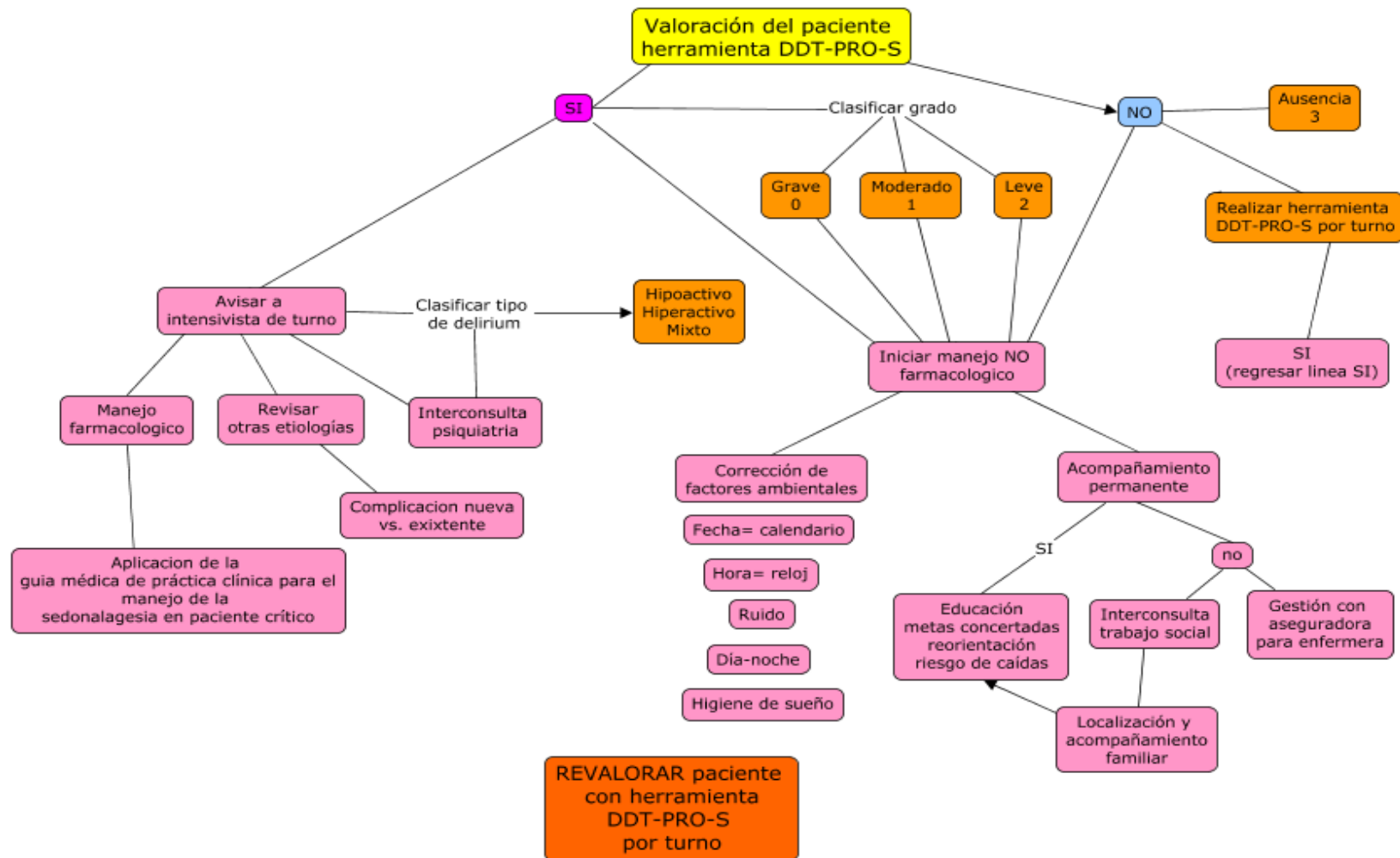


Figura 4. Flujograma detección de delirium y valoración de paciente unidad de cuidados intensivos adultos. Autoría propia.

13.5. Indicador proceso de enfermería.

Tabla 7. Cuadro 1 Proceso de enfermería manejo de delirium en paciente unidad de cuidados intensivos adultos. Autoría Propia.

MANEJO DE DELIRIUM UCI FSFB

PATRON	Diagnostico de enfermería	Objetivos	Intervenciones
SEGURIDAD Y PROTECCION DESCANSO Y SUEÑO ACTIVIDAD Y EJERCICIO COGNITIVO PERCEPTUAL AUTOPERCEPCION Y AUTO-CONCEPTO VALORES Y CREENCIAS	Confusión aguda R/C variación en el ciclo vigilia sueño, alteración del funcionamiento cognitivo, incapacidad para iniciar una conducta intencionada, agente farmacológico M/P desorientación, RASS fluctuante +1/-1, dependencia funcional, uso de sujeciones terapéuticas, manejo farmacológico, distanciamiento con la red de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> Minimizar el subdiagnóstico de delirium en el paciente de la unidad de cuidados intensivos adultos Establecer un sistema de monitorización rutinaria del delirium como indicador de calidad que impacte en otros indicadores como riesgo de caídas, aumento de estancia hospitalaria, auto desalojo de dispositivos médicos, lesiones por presión, entre otros. Fortalecer las prácticas de cuidado del profesional de enfermería encaminadas a la prevención y manejo del delirium en pacientes de la unidad de cuidado intensivo adulto. Mitigar los factores de riesgo y eventos adversos relacionados con la presencia de delirium, el desarrollo y el manejo no farmacológico implementado por el profesional de enfermería. Generar actividades de prevención y manejo de delirium con la familia como primera red de apoyo a través de estrategias de educación y metas concertadas. Generar resultados de cuidado de enfermería evidenciado por indicadores de calidad 	<p>Paciente en unidad de cuidados intensivos adulto: El paciente neurológicamente alerta en la UCI, el profesional de enfermería aplica herramienta de diagnóstico de delirium DDT, desde el ingreso y durante toda la estancia en UCI.</p> <p>Los horarios para la aplicación de la herramienta de diagnóstico se deben realizar en cada turno que son mañana – tarde – noche domingo a domingo.</p> <p>Registro de la puntuación de la herramienta: el profesional de enfermería registrará en cada turno el diagnóstico arrojado por la herramienta y especificará las actividades a realizar</p> <p>Identificar pacientes con riesgo de delirium: realizar actividades de prevención de delirium, medidas no farmacológicas: reorientación, manejar calendario, reloj a la vista, favorecer factores ambientales día y noche, realizar medidas de higiene del sueño. Mantener acompañamiento de un familiar permanentemente.</p> <p>Identificar pacientes con diagnóstico de delirium: realizar actividades de prevención y manejo para evitar complicaciones relacionadas con el delirium: Medidas no farmacológicas: reorientación, manejar calendario, reloj a la vista, favorecer factores ambientales día y noche, realizar medidas de higiene del sueño. Mantener acompañamiento de un familiar permanentemente. Verificar la necesidad de iniciar medidas de sujeción, administración de manejo farmacológico (neuromoduladores).</p> <p>Delirium hipoactivo: revisión farmacológica, análisis de otras patologías que estén afectando el estado mental, corrección de factores ambientales.</p> <p>Delirium hiperactivo: analizar otras patologías que estén afectado el estado mental, contención verbal, contención farmacológica, corrección de factores ambientales y en ultima estancia iniciar medidas de sujeción para evitar daños o lesiones propias y/o a terceros, y caídas.</p> <p>Delirium mixto: revisión farmacológica, analizar patologías que estén afectando el estado mental del paciente, corrección de factores ambientales, mantener cerca medidas de sujeción para usarlas en episodios de hiperactividad que no se puedan controlar con actividades previas.</p> <p>Verificar elementos de sujeción: verificar existencia de elementos de sujeción y su buen estado</p> <p>Verificar la interconsulta con psiquiatría.</p> <p>Educación de la familia / metas concertadas: concertar actividades de educación con la red de apoyo</p> <p>4.1 medidas antidelirium 4.2 riesgo de caídas 4.3 riesgo de retiro de dispositivos médicos 4.4 aumento de estancia hospitalaria</p>

Tabla 8. Cuadro 2. Proceso de enfermería manejo de delirium en paciente unidad de cuidados intensivos adultos. Autoría Propia.

MANEJO DE DELIRIUM UCI FSFB

PATRON	Diagnostico de enfermería	Objetivos	Intervenciones
SEGURIDAD Y PROTECCION DESCANSO Y SUEÑO ACTIVIDAD Y EJERCICIO COGNITIVO PERCEPTUAL AUTOPERCEPCION Y AUTO-CONCEPTO VALORES Y CREENCIAS	Confusión aguda R/C variación en el ciclo vigilia sueño, alteración del funcionamiento cognitivo, incapacidad para iniciar una conducta intencionada, agente farmacológico M/P desorientación, RASS fluctuante +1/-1, dependencia funcional, uso de sujeciones terapéuticas, manejo farmacológico, distanciamiento con la red de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> Minimizar el subdiagnóstico de delirium en el paciente de la unidad de cuidados intensivos adultos Establecer un sistema de monitorización rutinaria del delirium como indicador de calidad que impacte en otros indicadores como riesgo de caídas, aumento de estancia hospitalaria, auto desalojo de dispositivos médicos, lesiones por presión, entre otros. Fortalecer las prácticas de cuidado del profesional de enfermería encaminadas a la prevención y manejo del delirium en pacientes de la unidad de cuidado intensivo adulto. Mitigar los factores de riesgo y eventos adversos relacionados con la presencia de delirium, el desarrollo y el manejo no farmacológico implementado por el profesional de enfermería. Generar actividades de prevención y manejo de delirium con la familia como primera red de apoyo a través de estrategias de educación y metas concertadas. Generar resultados de cuidado de enfermería evidenciado por indicadores de calidad 	<p>Paciente con alerta de delirium trasladado a de la UCI a hospitalización.</p> <p>4.1 se gestionará por parte del profesional de enfermería y medico intensivista de turno las medidas pertinentes para un egreso seguro a hospitalización</p> <p>4.1.1 acompañamiento permanente: se verificará que la familia esté informada del traslado con su respectivo requerimiento de acompañamiento, si no se logra comunicación con la familia se deberá gestionar en apoyo con asistente administrativa interconsulta con trabajo social e informar al área de atención al paciente y su familia.</p> <p>4.1.2 manejo farmacológico: realizar revisión sobre manejo farmacológico de egreso, neuromoduladores como los ansiolíticos, antidepresivos, opiáceos, que puedan iniciar destete o retiro de estos, para evitar alteración de estado de conciencia.</p> <p>4.2 presentación de paciente con metodología SBAR. Se realizará presentación de paciente enfermería-enfermería según protocolo, enfatizando en la situación actual del paciente y su proceso de delirium o riesgo del mismo, antecedentes como procedimientos realizados, medicamentos usados, evaluación y actividades realizadas como medidas para egreso seguro y recomendaciones de manejo del paciente.</p>

13.6. Post-test: Socialización estándar operacional de cuidado de enfermería en delirium.

Socialización estándar operacional de cuidado de enfermería en delirium. FSFB

* Obligatoire

1. CODIGO *

Entrez votre réponse

2. La herramienta DDT-PRO-S evalúa los siguientes items: *

- RASS, comienzo agudo, o fluctuante, pensamiento desorganizado, inatención, alteracion de conciencia
- Comprensión, vigilancia, ciclo del sueño vigilia.
- Desorientación, comportamiento y comunicación inadecuados, alucinaciones y retardo psicomotor

3. Considera útil y aplicable la escala DDT-PRO-S *

- SI
- NO

4. El flujograma correcto para el manejo del paciente con delirium en UCI *

- Realizar escala DDT-PRO-S, grado de de delirium, inicio de manejo no farmacológico, valoración medico intensivista, activar interconsultas, psiquiatra y trabajo social, reevaluar con escala
- Realizar escala DDT-PRO-S, Interconsulta con psiquiatría, valoración por intensivista de turno
- Realizar Escala DDT-PRO-S inicio de manejo farmacológico, y no farmacológico, acompañamiento permanente.

5. Recomendaciones y sugerencias. *

Entrez votre réponse

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Blasco, J., Gil, R. y Sierra, C. (2020). *La Ciencia y el Arte de la Nutrición en Cuidados Intensivos Pediátricos*. Ergón.
2. Blasco, J., Gil, R. y Sierra, C. (2020). *La Ciencia y el Arte de la Nutrición en Cuidados Intensivos Pediátricos*. Ergón.
3. Corbett, J. E. (1974). *An empirical study of two symbolic determinant procedures*. University of Toronto, Dept. of Computer Science.
4. Eim, Y. S. (2006). The Influence of Dr. Cho's Goodness of God Theology Upon His Ministry. *Journal of Youngsan Theology*, 3(1), 58. <https://doi.org/10.18804/jyt.2006.06.3.1.58>
5. Felipe Santiago Zapata Aristizábal Ana María Restrepo Correa Lina Marcela Hoyos Zuluaga Laura Salgado Flórez Sigifredo Ospina Ospina Jorge Eduardo Ruiz Santacruz. Adherencia a la escala CAM-ICU y evaluación de los métodos para el diagnóstico de delirium por médicos que laboran en unidades de cuidados intensivos de la ciudad de Medellín. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. Volume 19, Issue 2, April–June 2019, Pages 81-86 <https://doi.org/10.1016/j.acci.2019.01.006>
6. Franco JG, Ocampo MV, Velásquez-Tirado JD, Zaraza DR, Giraldo AM, Serna PA, López C, Zuluaga A, Sepúlveda E, Kean J, Trzepacz PT. Validation of the Delirium Diagnostic Tool-Provisional (DDT-Pro) With Medical Inpatients and Comparison With the Confusion Assessment Method Algorithm. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2020 Summer;32(3):213-226. Epub 2019 Oct 30. PMID: 31662094. DOI: [10.1176/appi.neuropsych.18110255](https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.18110255)
7. Henao-Castaño, A. M., Pachón Cetina, L. E. y Monroy Rodríguez, J. D. (2020). Nursing Delirium Screening Scale, a Tool for Early Detection of Delirium: Integrative Review. *Aquichan*, 20(4), 1–14. <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.4.5>
8. Lipowski, Z. J. (1990). *Delirium: Acute Confusional States*. Oxford University Press, USA.
9. Liptzin, B. y Levkoff, S. E. (1992). An Empirical Study of Delirium Subtypes. *British Journal of Psychiatry*, 161(6), 843–845. <https://doi.org/10.1192/bjp.161.6.843>
10. Oynotkinova, O. S., Maslennikova, O. M., Larina, V. N., Rzhevskaya, E. V., Syrov, A. V., Dedov, E. I., Kryukov, E. V., Esin, E. V., Zhuravleva, M. V., Voevoda, M. I., Demidova, T. Y., Achkasov, E. E., Spassky, A. A. y Shakhnovich, P. G. (2020). Expert consensus statement on the diagnosis and treatment of fulminant myocarditis in the context of the

- COVID-19 pandemic. *Academy of medicine and sports*, 1(2), 28–40.
<https://doi.org/10.15829/2712-7567-2020-2-13>
11. Rodríguez, M. J. J. (2009). *Aportación de la enfermería y mejora de la calidad asistencial en la atención del síndrome confusional agudo en los pacientes críticos* [DoctoralThesis, Universidad de Murcia]. <http://hdl.handle.net/10803/317388>
12. Vasilevskis, E. E. y Ely, E. W. (2016). *Causes and epidemiology of agitation, confusion, and delirium in the ICU*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med/9780199600830.003.0226>
13. Vial, G. M. F. (2004). *Prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en población adulta* [DoctoralThesis, Universitat Autònoma de Barcelona].
<http://hdl.handle.net/10803/4332>