

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

**GUÍA DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO NO
FARMACOLÓGICO DEL DELIRIUM EN PACIENTES EN POSTOPERATORIO
DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR DE LA
FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL DE BOGOTÁ.**

**ESPECIALIZACION ENFERMERÍA EN CUIDADO CRÍTICO ADULTO
NOVENA PROMOCIÓN**

**YESSENIA BELEN JIMENEZ ARDILA
JENNIFER MARTINEZ CASTRO
YURI VIVIANA PEÑA AGUIRRE**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION
ESPECIALIZACION EN CUIDADO CRITICO ADULTOS
BOGOTÁ D.C. 2014**

**GUÍA DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO NO
FARMACOLÓGICO DEL DELIRIUM EN PACIENTES EN POSTOPERATORIO
DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR EN LA UNIDAD CARDIOVASCULAR DE LA
FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL DE BOGOTÁ.**

**ESPECIALIZACION ENFERMERÍA EN CUIDADO CRÍTICO ADULTO
NOVENA PROMOCIÓN**

**YESSENIA BELEN JIMENEZ ARDILA
JENNIFER MARTINEZ CASTRO
YURI VIVIANA PEÑA AGUIRRE**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar por el título de:
Especialista en Cuidado Crítico para Adultos**

**MARIA DEL CARMEN GUTIERREZ AGUDELO
MAGISTER EN EDUCACIÓN**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION
ESPECIALIZACION EN CUIDADO CRITICO ADULTOS
BOGOTÁ D.C. 2014**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
1. TITULO	9
2. PLATAFORMA DEL PROYECTO	9
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
3.1. ARBOL DE PROBLEMAS	15
4. JUSTIFICACION	16
5. SOPORTE TEORICO	24
6. SOPORTE CONCEPTUAL	28
7. OBJETIVO GENERAL	33
7.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS	33
7.2. ARBOL DE OBJETIVOS	34
8. METODOLOGÍA	35
8.1. NEGOCIACIÓN	35
8.2. ESTRATEGIAS REALIZADAS	35
8.3. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO	38
9. RESULTADOS	44
9.1. APLICACIÓN ESCALA CAM ICU	44
9.2. APLICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	46
10. CONCLUSIONES	50
11. RECOMENDACIONES	52
BIBLIOGRAFIA	54
ANEXOS	57

TABLA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Organigrama Fundación Cardioinfantil	12
Gráfico 2 Definición de Delirium.....	18
Gráfico 3. Signos y síntomas del Delirium	19
Gráfico 4. Clasificación del Delirium	19
Gráfico 5. Factores predisponentes del Delirium	20
Gráfico 6. Factores precipitantes del Delirium	20
Gráfico 7. Actividades de prevención del Delirium.....	21
Gráfico 8. Manejo no farmacológico del Delirium.....	21
Gráfico 9. Conocimiento de Escala de valoración del Delirium.....	22
Gráfico 10. Resultados Pretest general	23
Gráfico 11. Delirium Postoperatorio	45
Gráfico 12. Tipo de Delirium	45
Gráfico 13. Actividades de enfermería realizadas.....	46

TABLA DE ANEXOS

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	57
ANEXO 2. PRESUPUESTO.....	59
ANEXO 3. PRETEST DELIRIUM.....	61
ANEXO 4. CRITERIOS Y DESCRIPCIÓN DEL CAM-ICU	64
ANEXO 5. PRUEBA VISUAL ESCALA CAM ICU.....	67
ANEXO 6. FICHA DE APLICACIÓN RÁPIDA DE LA ESCALA CAM ICU	68
ANEXO 7. ESCALA CAM ICU	69
ANEXO 8. LISTA DE CHEQUEO ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN PREVENCIÓN Y MANEJO NO FARMACOLOGICO DEL DELIRIUM.....	71
ANEXO 9. ASISTENCIA A CAPACITACIÓN.....	73
ANEXO 10. GUÍA DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DELIRIUM EN PACIENTES EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.....	74

INTRODUCCIÓN

El delirium es un problema frecuente en los enfermos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo, éste se ha asociado a un aumento de la mortalidad a corto y largo plazo, a la prolongación de la ventilación mecánica, a estancias prolongadas en la Unidad y en el hospital y a un deterioro cognitivo tras el alta hospitalaria. Las complicaciones neurológicas en relación a la cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, son una de las más importantes. En estos pacientes la mortalidad de este procedimiento sube de 5 a 10 veces, prolongándose de 2 a 4 veces el tiempo de hospitalización y aumentando de 3 a 6 veces el riesgo de quedar dependiente¹.

En los últimos años se han desarrollado herramientas específicas para la detección del delirio en la Unidad de Cuidados Intensivos, como el instrumento de CAM-ICU, que son aplicables incluso a los pacientes sometidos a ventilación mecánica.² Sin embargo, se encuentra que el personal de salud que se encuentra a cargo de los pacientes no conoce claramente dicha herramienta, los factores predisponentes y precipitantes del delirium y que actividades de enfermería puede implementar, por lo tanto no se realiza una prevención adecuada frente al delirium, impidiendo una intervención oportuna por parte del personal de enfermería que tenga como objetivo minimizar los riesgos en el paciente.

La guía de enfermería propuesta tiene como objetivo establecer recomendaciones para la valoración precoz y manejo no farmacológico de los pacientes que desarrollan delirium ocasionado por los procedimientos expuestos a circulación extracorpórea, con el fin de prevenir las complicaciones asociadas a los diferentes tipos de delirium.

¹ Roach G., Kanchuger M., Mora C., et al. Adverse cerebral outcomes after coronary bypass surgery. N. Eng J. Med. 1996; 335: 1857 - 186

² Palencia E, Romera MA, Silva JA. Delirio en el paciente crítico. Medicina Intensiva. 2008; 32 Supl 1: 77-91.

Si bien, la prevención y el tratamiento del delirio requiere un enfoque interdisciplinario, enfermería debe ser líder en el manejo preventivo, en la evaluación y el manejo no farmacológico del mismo, como una actividad del quehacer diario de la práctica de enfermería, garantizando no solo la disminución de mayores complicaciones asociadas al síndrome sino mayor sobrevida en los pacientes, con la aplicación de la guía de manejo, e involucrando esencialmente la familia como ente cuidador para la recuperación efectiva de los pacientes.

1. TITULO

Guía de enfermería para la prevención y manejo no farmacológico del delirium en pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular en la Unidad Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil de Bogotá.

2. PLATAFORMA DEL PROYECTO

La Fundación Cardioinfantil es una institución privada sin ánimo de lucro constituida en 1973, dirigida principalmente a la atención de niños con problemas cardiovasculares, que por sus escasos recursos, no pueden acceder a la calidad y tecnología de los servicios de salud que requieren. Dada la magnitud de los problemas cardiovasculares en otros grupos generacionales y con el fin de dar continuidad a la obra iniciada con los niños, en octubre de 1993 se creó el Instituto De Cardiología, extendiendo la atención cardiológica a pacientes de todas las edades y ampliando su portafolio de servicios con 51 especialidades médico-quirúrgicas para brindar atención integral a todos sus pacientes³.

En un área de 65.000 m² conformado con un alto desarrollo tecnológico, modernos equipos, y un calificado equipo humano, la Fundación recibe aproximadamente un millón de visitantes al año, prestando atención mensualmente a un promedio de 1.100 pacientes hospitalizados, 9.000 consultas de urgencia, 9.500 consultas ambulatorias especializadas, cerca de 12.000 exámenes diagnósticos y 8.600 cirugías (de las cuales 1.200 corresponden a cirugías cardíacas), convirtiéndose así en uno de los complejos médicos de cuarto nivel más importantes del país y de Latinoamérica.

³ Fundación Cardioinfantil. Instituto de Cardiología. [Internet]. Bogotá. [Consultado: 15 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.cardioinfantil.org/>

El servicio de hospitalización cuenta con 394 camas de las cuales 106 se encuentran en las unidades de cuidado intensivo.

- Seis unidades de cuidado intensivo:
 - Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.
 - Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico.
 - Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular Pediátrico.
 - Unidad de Cuidado Intensivo Coronario Adultos.
 - Unidad de Cuidado Intensivo Médico Adultos.
 - Unidad de Cuidado Intensivo Quirúrgico Adultos.

- 4 salas de hemodinámica y 8 salas de cirugía.

Dentro de los servicios de alta complejidad se encuentra el Programa de Trasplantes el cual suma 371 trasplantes realizados en su sexto año de actividad (con corte a diciembre de 2010), distribuidos en Trasplantes de Riñón (118), hígado (208) y corazón (45)⁴.

MISIÓN

Somos una Fundación privada sin ánimo de lucro, destinada principalmente a la atención de los niños con problemas cardiovasculares, que por sus escasos recursos, no pueden acceder a la calidad y a la tecnología de los servicios de salud que requieren.

VISIÓN

Continuar garantizando el cumplimiento de nuestra Misión, convirtiéndonos en líderes reconocidos nacional y regionalmente por la excelencia clínica, la atención

⁴ Fundación Cardioinfantil. Instituto de Cardiología. [Internet]. Bogotá. [Consultado: 15 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.cardioinfantil.org/>

humanizada y compasiva, y el mejoramiento de la salud y bienestar de nuestros pacientes y sus familias.

PRINCIPIOS

La idea fundadora de la institución se soporta en los siguientes principios:

- Solidaridad
- Docencia
- Investigación

VALORES INSTITUCIONALES

- Ética
- Solidaridad
- Calidez
- Honestidad
- Fidelidad
- Compromiso

INVOLUCRADOS

- Personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil.
- Coordinadora de enfermería y Coordinador médico de la Unidad Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil.
- Pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil.
- Familiares y cuidadores de pacientes sometidos a cirugía cardiovascular en la Fundación Cardioinfantil de Bogotá.

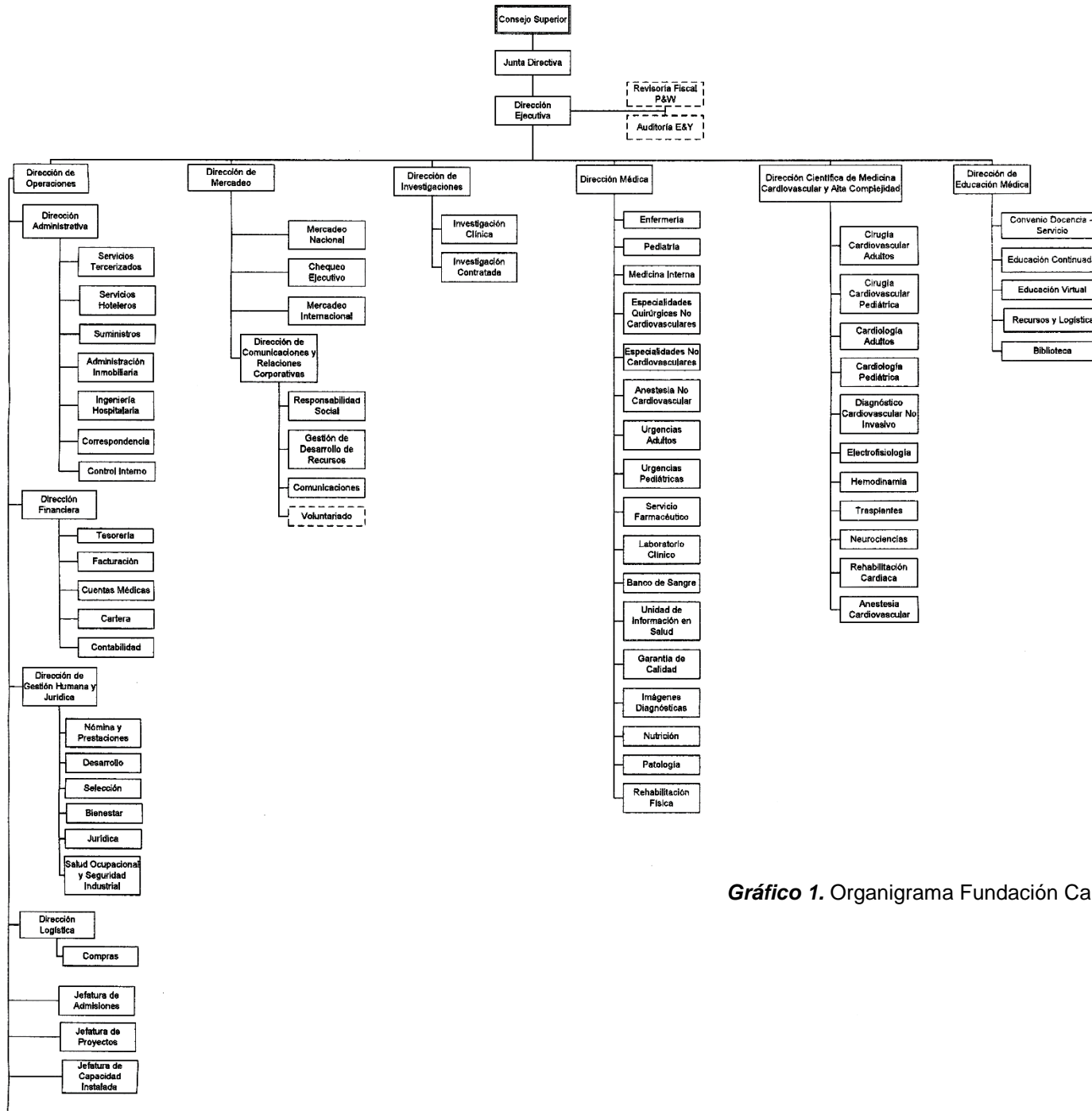


Gráfico 1. Organigrama Fundación Cardioinfantil

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El delirio o síndrome confesional agudo es un problema frecuente en los enfermos críticos, aunque su diagnóstico a menudo se pasa por alto, especialmente en su forma hipo activa. Son factores de riesgo de delirio las alteraciones cognitivas previas y determinadas comorbilidades, distintos factores ambientales y las alteraciones orgánicas agudas propias del enfermo crítico. El delirio se asocia a un aumento de la mortalidad a corto y largo plazo, a la prolongación de la ventilación mecánica, a estancias prolongadas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y en el hospital y a un deterioro cognitivo tras el alta hospitalaria. En los últimos años se han desarrollado herramientas específicas para la detección del delirio en la Unidad de Cuidados Intensivos, como el CAM-ICU, que son aplicables incluso a los pacientes sometidos a ventilación mecánica.⁵

El delirium tiene una alta incidencia en los diferentes servicios de hospitalización de una institución, en la literatura se encuentra que alcanza entre 15 y 50% en pacientes hospitalizados por patología médica, y entre un 60 y 85% en pacientes sometidos a ventilación mecánica, siendo estos porcentajes asociados a una alta tasa de mortalidad y complicaciones como autolesión, necesidad de institucionalización, déficit del estado funcional y cognitivo, larga estancia hospitalaria y por ende aumento de los costos en la hospitalización, además aumenta la ansiedad en la familia.⁶

Las complicaciones neurológicas en relación a la cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, son una de las más importantes de este procedimiento. En estos pacientes la mortalidad de este procedimiento sube de 5 a 10 veces, se prolonga

⁵ Palencia E, Romera M, Silva J. Delirio en el paciente crítico. Medicina Intensiva. 32 Supl 1: 77-91. 2008

⁶ Tobar A, Abedrapo M, Godoy C, Romero C. Delirium postoperatorio: Una ventana hacia una mejoría de la calidad y seguridad en la atención de pacientes quirúrgicos. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 64 - Nº 3, Junio 2012; pág. 297-305

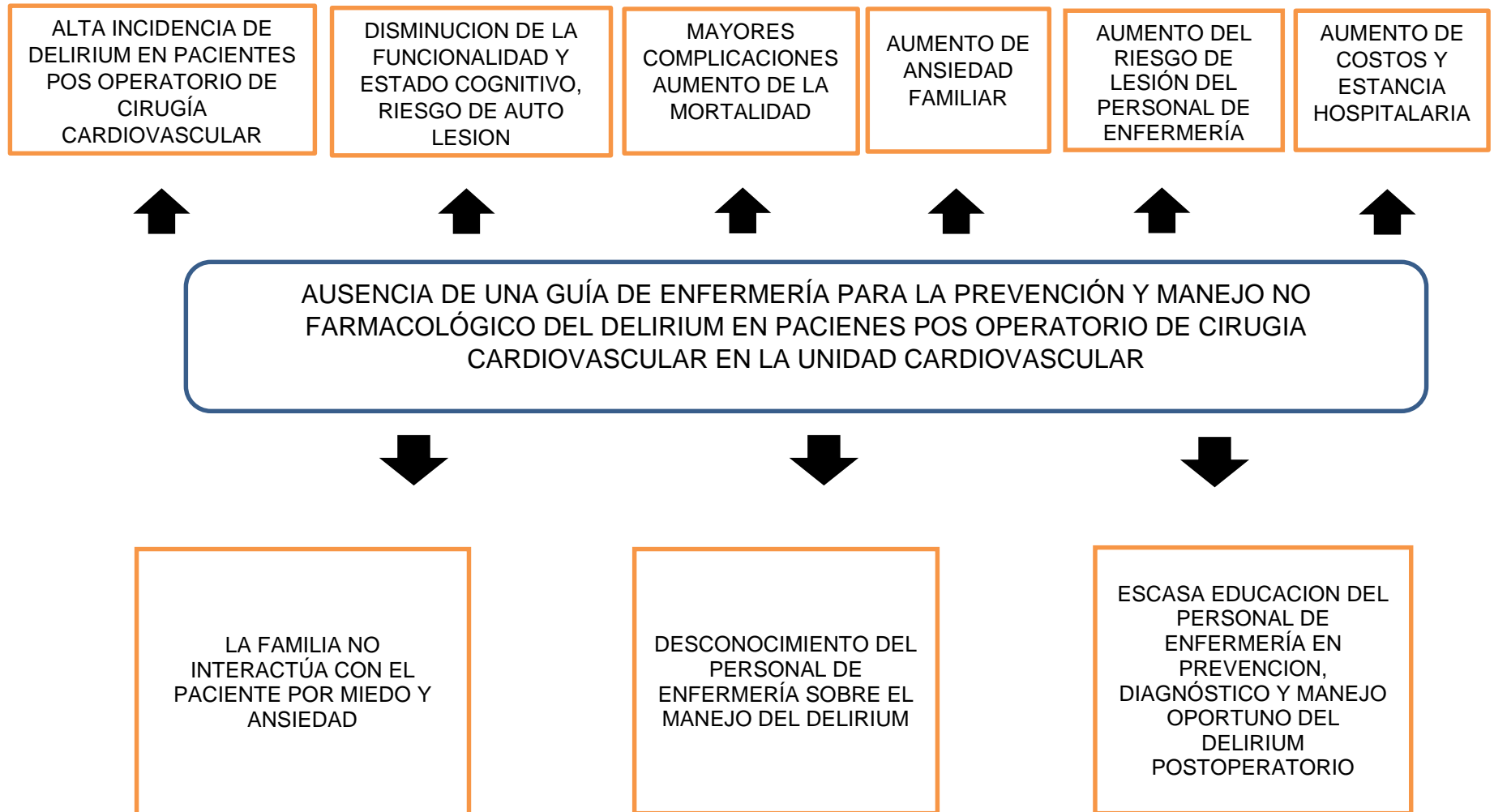
de 2 a 4 veces el tiempo de hospitalización y aumenta en 3 a 6 veces el riesgo de quedar dependiente⁷. De hecho, en el estudio reciente de Roach que comprende más de 2.000 pacientes en 24 centros norteamericanos, la mortalidad aumentó de un 2 a un 20%, el tiempo de estadía hospitalaria de 10 a 21 días y el porcentaje que quedó dependiente de un 8% a un 48%, siendo este porcentaje aún mayor en paciente sometidos a circulación extracorpórea. En Colombia, los mayores de 65 años, quedan con alguna dependencia o déficit y los mayores de 75 en su gran mayoría quedan con dependencia aún en actividades de la vida diaria que se evalúan con la escala de Barthel que es uno de los test más utilizados internacionalmente para la valoración funcional de pacientes con algún déficit neurológico.

Dada esta incidencia se encuentran múltiples estudios que identifican los factores predisponentes y precipitantes como medida importante en la prevención del delirium. Sin embargo, también se encuentra que el personal de salud que se encuentra a cargo de los pacientes no identifican claramente dichos factores y por tanto no se realiza una prevención adecuada frente al delirium, impidiendo una intervención oportuna por parte del personal de enfermería que tenga como objetivo minimizar los riesgos en el paciente.

Al realizar una observación sobre delirium en la unidad cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil de Bogotá, se evidencia que no hay una guía de enfermería para la prevención y el manejo no farmacológico de los pacientes con delirium que permita la identificación temprana del riesgo en los pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular logrando así una atención segura y oportuna en el paciente.

⁷ Roach G., Kanchuger M., Mora C. Adverse cerebral outcomes after coronary bypass surgery. N. Eng J. Med. 1996; 335: 1857 - 186

3.1. ARBOL DE PROBLEMAS



4. JUSTIFICACION

La presente situación de salud de los habitantes colombianos, con mayor aumento de incidencia de enfermedades tales como hipertensión, diabetes y enfermedades crónicas propician que día a día miles de personas sean sometidas a procedimientos de tipo quirúrgico como salvamento, la incidencia de la enfermedad cardiaca en Colombia va en aumento; ya no es un padecimiento del adulto mayor, cada día más adultos jóvenes son sometidos a cirugías mayores, evidenciado así un compromiso mayor de la situación actual de la enfermedad cardiaca en Colombia y la deficiente prevención primaria, ya sea por déficit de autocuidado o una política de promoción y prevención escasa.

Como establece el artículo Delirium y disfunción cognitiva postoperatorios del Dr. Raúl Carrillo-Esper y la Dra. Thania Medrano-del Ángel “Cada año el delirium prolonga la estancia hospitalaria en más de 2.3 millones de pacientes ancianos, lo que representa 7.5 millones días de hospitalización, con un costo de más de 4 billones de dólares. Los costos adicionales sustanciales se acumulan después del alta del hospital, por la necesidad de interconsultas, rehabilitación y cuidados domiciliarios. El riesgo de desarrollar delirium (...) se incrementa de manera significativa en los enfermos sometidos a: 1) cirugía cardiotorácica, 2) procedimientos ortopédicos de emergencia, 3) extracción de catarata, 4) en unidades de cuidados intensivos y 5) servicios de oncología, con una incidencia del 45% y prevalencia 42%”⁸.

Teniendo en cuenta lo anterior, aun así la población adulta mayor es la que más experimenta complicaciones postoperatorias dado que tienen muchas más comorbilidades asociadas, con mayor incidencia los trastornos neurológicos

⁸ Carrillo E, Medrano A. Delirium y disfunción cognitiva postoperatorios. Rev Mex Anest. 2011; 34 (3)

postoperatorios. El presente proyecto de gestión se fundamenta en el aumento en la incidencia de delirium postoperatorio, a pesar de que esta complicación también se presenta en el adulto joven, se evidencia menos compromiso en esta población que en los adultos mayores, ya que ellos pueden quedar con severos daños y dependencia extrema en actividades básicas de la vida diaria. En el artículo Prognosis after hospital discharge of older medical patients with delirium muestra: “El delirium identifica a los pacientes mayores en riesgo de mortalidad o pérdida de independencia. También puede identificar pacientes en riesgo de futuro deterioro cognitivo”⁹.

Es muy común que los pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular presenten delirium por múltiples causas. Y aunque es un problema conocido no se tiene estandarizado una actuación de enfermería que permita prevenir y/o identificar temprana u oportunamente el delirium, por otro lado, tampoco hay una guía de manejo no farmacológico para los pacientes que ya tienen instaurado el delirium con el fin de prevenir posibles riesgos como autolesión por retiro de dispositivos o por alto riesgo de caída entre otros.

El diagnóstico del delirio postoperatorio es básicamente clínico, es allí donde el rol de la enfermera debe entrar en acción, con el fin de evaluar a todo paciente sometido a cirugía cardíaca en busca de factores de riesgo de delirium postoperatorio como medida de prevención y evaluar la aparición del mismo según la escala de CAM-ICU como método de evaluación de confusión.

Si bien, la prevención y el tratamiento del delirio requiere un enfoque interdisciplinario, enfermería debe ser líder en el manejo preventivo, evaluación y manejo no farmacológico del mismo, por medio del quehacer diario de la práctica de enfermería, garantizando no solo la disminución de mayores complicaciones

⁹ Francis J, Kapoor WN. Prognosis after hospital discharge of older medical patients with delirium. J Am Geriatr Soc. 1992; 40:601-606.

asociadas al síndrome sino mejor calidad de vida en los pacientes, con comunicación, aplicación de la guía de manejo, e involucrando esencialmente la familia como ente cuidador para la recuperación efectiva de estos.

Teniendo en cuenta que no hay en el momento una guía de enfermería para la prevención y manejo no farmacológico del paciente con delirium, se propone la creación de una guía que permita con sus intervenciones la disminución del delirium en pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular y por tanto de los riesgos derivados de la no identificación oportuna, con un enfoque generado desde la disciplina y aplicado por parte del personal de enfermería de la Fundación Cardioinfantil de la Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular.

Posterior a la identificación del problema se decide realizar un pretest de conocimiento dirigido al personal de enfermería como base para identificar los conocimientos de los enfermeros y enfermeras de la Unidad Cardiovascular respecto al Delirium, contenía ocho (8) preguntas enfocadas en definición, signos y síntomas, clasificación, factores predisponentes y precipitantes, actividades de prevención y manejo no farmacológico.

Luego de la aplicación del pretest se obtienen los siguientes resultados:

En la pregunta 1 del pre test en cuanto a la definición de Delirium, el 100% de los enfermeros contestó correctamente.

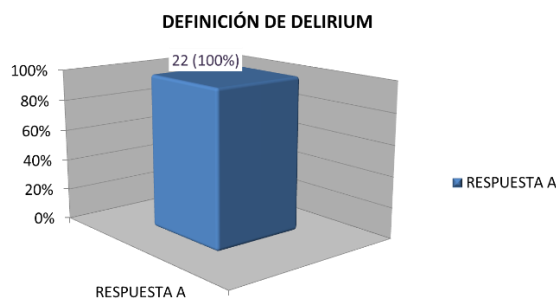


Gráfico 2 Definición de Delirium

[Escriba texto]

En la pregunta 2 que evaluaba el reconocimiento de los signos y síntomas del Delirium, el 81,8% de los enfermeros contestó correctamente.

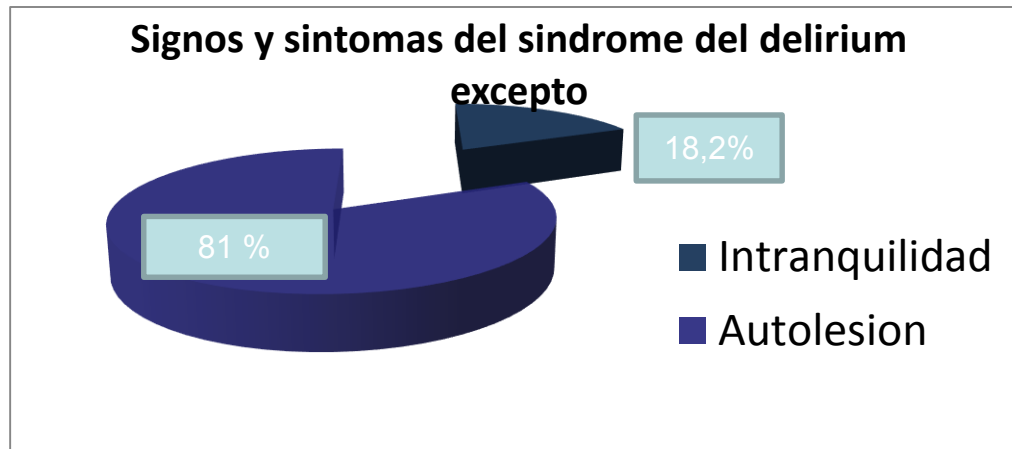


Gráfico 3. Signos y síntomas del Delirium

En la pregunta 3 respecto a la clasificación del Delirium, el 81,8% de los encuestados, contestó correctamente.

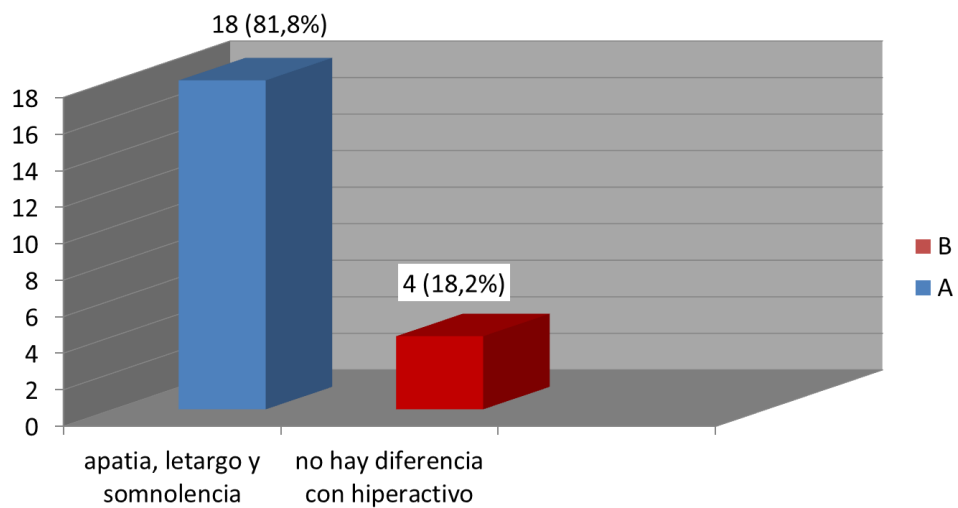


Gráfico 4. Clasificación del Delirium

En la pregunta 4 los resultados mostraron que el 100% de los enfermeros tiene conocimiento sobre qué factores predisponen a los pacientes a desarrollar delirium.

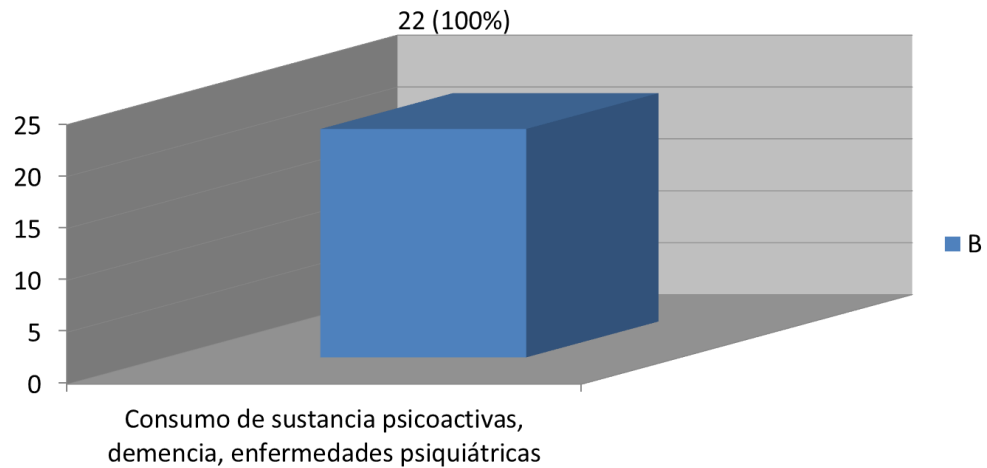


Gráfico 5. Factores predisponentes del Delirium

En la pregunta 5 que evaluaba factores precipitantes, el resultado mostró que el 91% de los enfermeros conoce que el mal control del dolor, la sobre estimulación sensorial y el uso de benzodiacepinas precipita el desarrollo del delirium.

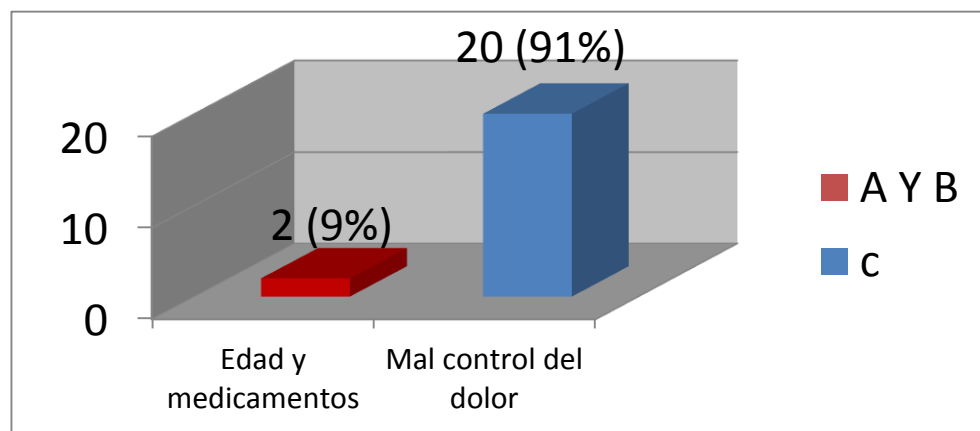


Gráfico 6. Factores precipitantes del Delirium

En la pregunta 6, el 77,2% respondió correctamente que la mejor actividad para la prevención del desarrollo de delirium es la orientación continua al paciente evitando la sobre estimulación y control adecuado de dolor.

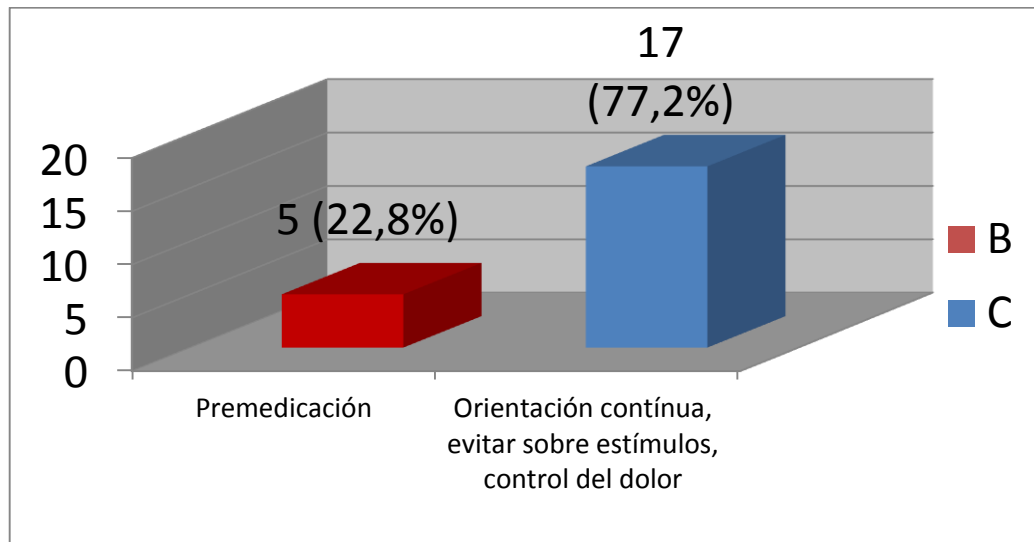


Gráfico 7. Actividades de prevención del Delirium

En la pregunta 7, manejo no farmacológico, el porcentaje de respuestas correctas fue de 95,5%.

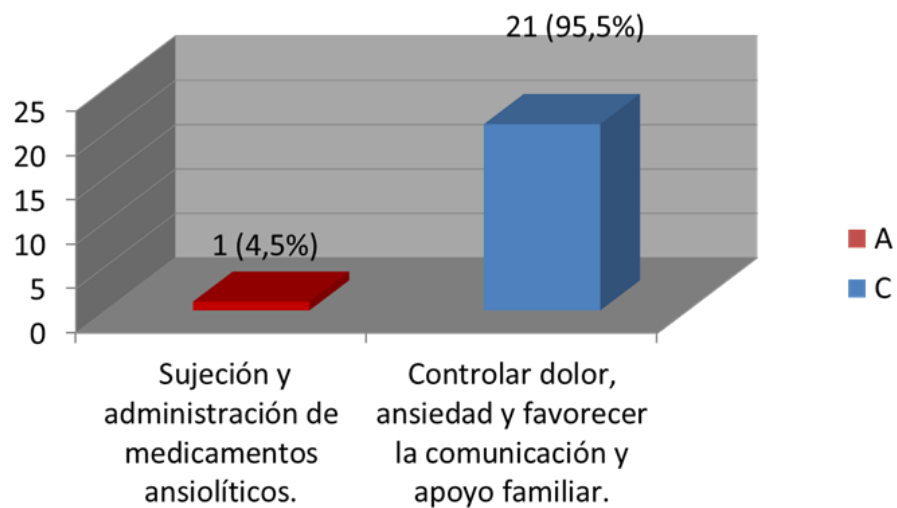


Gráfico 8. Manejo no farmacológico del Delirium

En la pregunta 8 se evaluaba el conocimiento de la existencia de la escala para la valoración de Delirium, el 72,7% no la conoce y 27,3% la conoce pero no sabe qué valora específicamente.

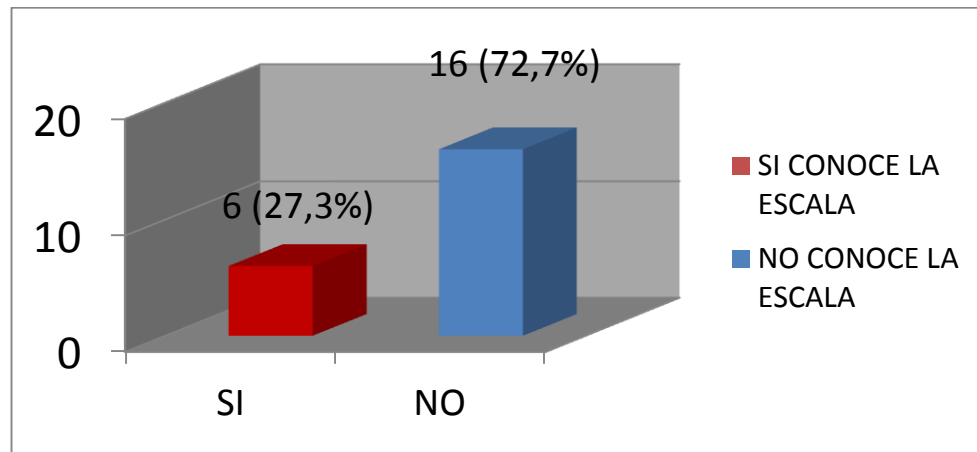


Gráfico 9. Conocimiento de Escala de valoración del Delirium

De los resultados obtenidos en el Pre test concluimos que el total de personal de enfermería de la UCI tiene claro el concepto de Delirium así como los factores predisponentes para su desarrollo.

Más del 80% de los enfermeros identifica los signos y síntomas del Delirium y tiene clara su clasificación. El 91% reconoce factores precipitantes de este trastorno y un porcentaje superior al 95% conoce actividades de enfermería que pueden implementarse ante el diagnóstico de Delirium, sin embargo, en cuanto a las actividades de prevención, el porcentaje se reduce a 77,2%. La mayor debilidad encontrada fue el conocimiento de la escala existente para la valoración y detección del Delirium en los pacientes de la UCI, con un 27,3% de respuestas correctas.

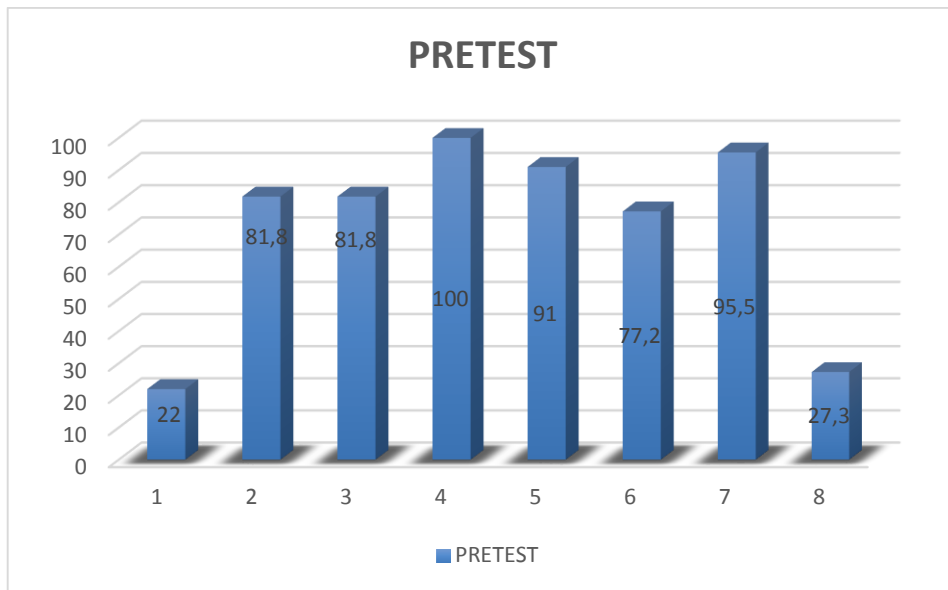


Gráfico 10. Resultados Pretest general

A pesar de que existe conocimiento de lo que es el Delirium, los factores predisponentes y precipitantes del mismo, el personal de enfermería desconoce en su mayoría, la existencia de la escala utilizada para valorar y detectar la presencia de Delirium en los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular que se encuentran en la UCI. Asimismo, un alto porcentaje identifica los signos y síntomas de este trastorno y las actividades de enfermería que se pueden realizar una vez que el paciente es identificado como positivo para Delirium pero hay menor claridad respecto a las actividades de prevención de esta enfermedad.

5. SOPORTE TEORICO

Debido a la alta incidencia del desarrollo de Delirium en los pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular se ha evidenciado la necesidad de tener una actuación de enfermería estandarizada que permita prevenir y/o identificar temprana u oportunamente el delirium, así como crear una guía de manejo no farmacológico para los pacientes que ya están en la fase de delirium con el fin de prevenir posibles riesgos como autolesión por retiro de dispositivos o por alto riesgo de caída entre otros.

Entre las teorías y modelos revisados en relación a la prevención y que apoyan el trabajo de Enfermería se encuentra el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. Las bases que Pender poseía en enfermería, en desarrollo humano, en psicología experimental y en la educación, utilizando una perspectiva holística y psicosocial de la enfermería, y al aprendizaje de la teoría fueron las bases para el Modelo de Promoción de la Salud cuya afirmación se soporta en: **“Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”**¹⁰

El modelo de la promoción de la salud se basa:

1: En la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, que postula sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta.

¹⁰ Teorías de enfermería. Fundamentos de enfermería. Universidad Nacional del Sur. [Internet]. Publicado el 12 de junio de 2012. [Consultado el 14 de febrero de 2014] Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>

2: Modelo de la valoración de expectativas de la motivación humana descrita por Feather (1982).

Afirmaciones teóricas

El modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud. El Modelo de promoción de la salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano. En su primera publicación, Pender afirma que existen procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos para que se comprometan con las conductas destinadas al fomento de la salud. En su cuarta publicación aparecen 14 afirmaciones teóricas derivadas del modelo:

- “La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.
- Las personas se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipa los beneficios derivados valorados de forma personal.
- Las barreras percibidas pueden obligar a adquirir el compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.
- La competencia percibida de la eficacia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.
- La eficacia de uno mismo más percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.
- El afecto positivo hacia una conducta lleva a una eficacia de uno mismo más percibida que puede, poco a poco, llevar a un aumento del afecto positivo.
- Cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción.

- Es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para él/ella modelan su conducta esperan que se produzcan la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla.
- Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de la salud.
- Cuando mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo.
- El compromiso de un plan de acción es menos probable que acabe en una conducta deseada cuando las exigencias contrapuestas en las que las personas tienen menos control requieren una atención inmediata.
- Es menos probable que el compromiso de un plan de acción llegue a ser la conducta deseada cuando unas acciones son más atractivas que otras y, por lo tanto, son preferidas en la meta de la conducta.
- Las personas pueden modificar los conocimientos, el afecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud.”

El modelo de promoción de la salud ha sido formulado mediante inducción, es un modelo conceptual que se formuló con el objetivo de integrar los conocimientos sobre la conducta promotora de la salud y generar así interrogantes para su comprobación posterior.

Práctica profesional: El concepto de promoción de la salud es muy popular dentro de la práctica. El bienestar como especialidad de la enfermería ha aumentado notablemente durante la última década. La práctica clínica actual como arte implica la formación en la promoción de la salud, una de las ventajas del modelo es haber diseñado y validado instrumentos para su aplicación.

Formación: La promoción de la salud constituye un nuevo énfasis que queda actualmente por detrás de los cuidados dirigidos a la enfermedad, debido a que la formación clínica se enfoca mayormente a los equipos de cuidados en fase aguda. Cada vez más, el MPS se incorpora al plan de estudios de la enfermería como un aspecto de valoración de salud, enfermería de salud comunitaria y cursos centrados en el bienestar.

Investigación: El modelo de promoción de la salud constituye principalmente un cuestionario para la investigación. El modelo tiene implicaciones para su aplicación debido al énfasis que pone en la importancia de la valoración individual de los factores que se cree que influyen en la modificación de la conducta sanitaria.

Precisión empírica: El modelo ha sido apoyado por las comprobaciones realizadas por Pender y otros autores como sistema para explicar la promoción de la salud. El perfil de estilo de vida promotor de la salud ha surgido como un instrumento para valorar las conductas promotoras de la salud. Consecuencias. La Doctora. Pender ha identificado la promoción de la salud como el objetivo del siglo XXI, del mismo modo que la prevención de las enfermedades lo fue del siglo XX.

El objetivo de la educación para la salud no es solo conseguir un cambio cuantitativo de conocimientos sino lograr un cambio cualitativo, ejemplo claro de ello, es que los enfermeros de la Unidad Cardiovascular no sólo realicen la aplicación de la escala del CAM ICU a todos los pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular como diagnóstico, sino que además, tengan herramientas que le permitan aplicar y estandarizar actividades propias de la profesión de enfermería enfocadas en la prevención del delirium, con ello se logra un cambio real de conductas, es decir, interiorizar las acciones realmente preventivas.

6. SOPORTE CONCEPTUAL

Los siguientes factores son factores cognitivo-perceptuales y se definen como "mecanismos motivacionales primarios" de las actividades relacionadas con la promoción de la salud:

Beneficios percibidos de acción. Resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.

Barreras percibidas de acción. Bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada.

Auto eficacia percibida. Juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud.

Efecto relacionado con la actividad. Son los sentimientos subjetivos, positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta en sí.

Influencias interpersonales. Conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Incluyen normas, apoyo social y modelación.

Influencias situacionales. Percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que puedan facilitar o impedir la conducta.

Delirium: Definido como un desorden agudo de la atención y la cognición, es común, serio y potencialmente prevenible, origen de morbimortalidad para el paciente anciano hospitalizado. Adicionalmente se destacan los altos costos para los sistemas de salud, la mayor institucionalización después del alta, mayor necesidad de servicios de rehabilitación y de soporte en casa.

El delirium es un síndrome multo factorial el cual representa la interrelación entre un individuo vulnerable, los factores precipitantes y predisponentes y un estímulo nocivo. Por tanto, pacientes altamente vulnerables (ejemplo, individuos con

[Escriba texto]

deterioro cognoscitivo) desarrollan el delirium con factores precipitantes mínimos (ejemplo, dosis única de un medicamento). Por el contrario, individuos resistentes requieren una suma de varios estímulos para desarrollarlo.

Post operatorio: Es el período que transcurre entre el final de una operación y la completa recuperación del paciente, o la recuperación parcial del mismo, con secuelas. Pudiendo, en caso de fracasar la terapéutica finalizar con la muerte. Durante las primeras 48 horas del postoperatorio se observa un aumento de las catecolaminas urinarias que se vincula a numerosos factores relacionados con la intervención quirúrgica (temor, dolor, hipoxia hemorragia y anestesia). Este incremento de la actividad adrenocorticoidea se expresa mediante una disminución en el recuento de eosinófilos, un estado antinatriurético y un incremento del catabolismo nitrogenado.

Cirugía cardiovascular: es una supra-especialidad médico quirúrgica que estudia, investiga y maneja en forma multidisciplinaria los casos de pacientes con afecciones primarias y secundarias, adquiridas y congénitas del sistema cardiovascular, es decir corazón, grandes vasos, sistema vascular periférico y sistema vascular pulmonar y de manera especial los tratamientos y técnicas operatorias de algunas de esas afecciones y así como su enfoque diagnóstico, manejo del pre y postoperatorio y de las complicaciones.

Guía de enfermería: Conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica¹¹.

¹¹ Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia [Internet]. Guías de Práctica Clínica. [Consultado el 20 de febrero de 2014] Disponible en: <http://gpc.minsalud.gov.co/ayuda/Pages/default.aspx>.

Promoción: La promoción de la salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud”. Este concepto se pone en práctica usando enfoques participativos; los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos.

En términos más sencillos, la promoción de la salud fomenta cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger la salud. Estos cambios incluyen modificaciones en las comunidades y los sistemas, por ejemplo, programas que garanticen el acceso a los servicios de salud o políticas que establezcan parques públicos para la actividad física de las personas y su convivencia¹².

Factores de riesgo: El delirium es un síndrome multifactorial el cual representa la interrelación entre un individuo vulnerable, los factores precipitantes y predisponentes y un estímulo nocivo. Por tanto, pacientes altamente vulnerables (ejemplo, individuos con deterioro cognoscitivo) desarrollan el delirium con factores precipitantes mínimos (ejemplo, dosis única de un medicamento). Por el contrario, individuos resistentes requieren una suma de varios estímulos para desarrollarlo. Los factores predisponentes son aquellos presentes previos a la admisión hospitalaria. Los factores precipitantes son los que aparecen durante la hospitalización.

Uso de drogas y delirium: Los medicamentos se constituyen en una de las principales causas del síndrome confusional agudo, así como la causa tratable más frecuente. Son responsables hasta del 40% de los cuadros de *delirium*. Cualquier droga puede producirlo (véase tabla 1), pero algunas se reconocen como causales directas en la mayoría de los estudios. El uso de sedantes e hipnóticos ha sido asociado con 3 a 11 veces mayor riesgo, al igual que los anticolinérgicos. El *delirium* también está relacionado con el número de medicamentos prescritos, aumentando

¹² Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [Consultado el 20 de febrero de 2014] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5164&Itemid=3821&lang=es.

la incidencia en forma proporcional a los mismos. Múltiples estudios han evidenciado que entre el 7 y el 50% de los medicamentos formulados a los ancianos, en forma ambulatoria, son innecesarios.

Factores predisponentes	Factores precipitantes
<ul style="list-style-type: none"> • Edad > 65 años • Género masculino • Deterioro cognitivo o demencia • Historia previa de delirium • Dependencia funcional • Déficit visual o auditivo • Abuso de alcohol • Desnutrición - deshidratación • Depresión – ansiedad • Tratamiento con fármacos psicótrpos • Comorbilidad: <ul style="list-style-type: none"> ○ Enfermedades graves ○ Enfermedad crónica renal o hepática ○ ACV previos ○ Enfermedades neurológicas ○ Trastorno metabólico ○ Fractura o trauma • Polifarmacia • Historia previa de delirium • Historia previa de caídas 	<ul style="list-style-type: none"> • Fármacos: benzodiacepinas, anticolinérgicos (metoclopramida), anticonvulsivantes, antagonistas H2 (ranitidina), analgésicos (morfina). • Depravación de drogas, fármacos o alcohol. • Enfermedades neurológicas primarias: ACV, hemorragia intracraneal, meningitis. • Patología intercurrente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Infección ○ Fiebre ○ Hipoxia ○ Dolor ○ Alteración del equilibrio hidroelectrolítico ○ Alteraciones metabólicas • Ambientales <ul style="list-style-type: none"> ○ Estancia en UCI ○ Restricción física ○ Sondas y catéteres ○ Procedimientos

	<ul style="list-style-type: none">○ Estrés emocional● Trastornos del sueño● Cirugía mayor
--	---

Fuente: Guía práctica de diagnóstico y tratamiento sobre Síndrome Confusional¹³

¹³ Guía práctica de diagnóstico y tratamiento sobre Síndrome Confusional del Servicio de Salud del Principado de Asturias. [Internet] [Consultado 24 de abril de 2014] Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/websdepartam/pqe/GUIA%20SINDROME%20CONFUSIONAL%20AGUDO.pdf>.

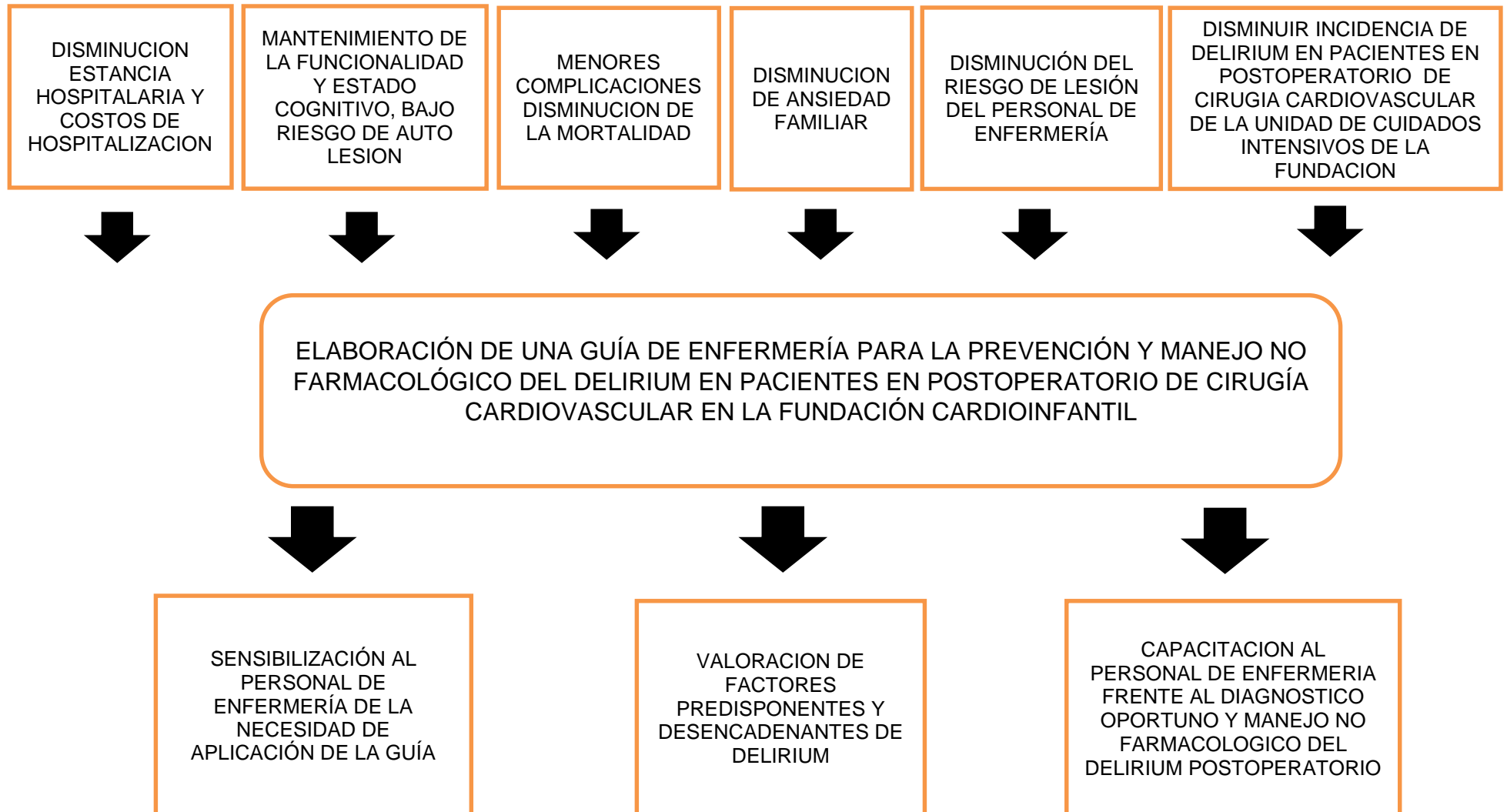
7. OBJETIVO GENERAL

Diseñar e implementar una guía de enfermería para la prevención y manejo no farmacológico del delirium en pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil.

7.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las actividades de enfermería encaminadas a la prevención y manejo no farmacológico del delirium en pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil.
- Socializar las actividades de enfermería encaminadas a la prevención y manejo no farmacológico del delirium en pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular al personal de la unidad de cuidados intensivos de la Fundación Cardioinfantil.
- Implementar y evaluar la aplicación de las actividades de enfermería para la prevención y manejo no farmacológico del delirium en pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil.

7.2. ARBOL DE OBJETIVOS



8. METODOLOGÍA

Como herramienta metodológica se aplicó el marco lógico que comprende varias actividades tales como:

8.1. NEGOCIACIÓN

El día 4 de junio de 2014, se tiene reunión con la coordinadora de enfermería de la Unidad Cardiovascular Clemencia Bernal para presentar el proyecto de gestión y solicitar autorización para la aplicación del mismo, luego de presentarlo se resuelven inquietudes y se avala el mismo por parte de enfermería, la coordinadora solicita que se realice la presentación también al coordinador médico de la Unidad, la que se realiza el día 9 de junio obteniendo importantes observaciones y aval por parte del grupo médico, siendo este proyecto la base para nuevos estudios que se quieren realizar dentro la Unidad. La coordinación médica y de enfermería solicitan que se aplique la prueba piloto en las dos unidades (cardiovascular postquirúrgica y cardiovascular) pues se quiere que todo el personal de enfermería conozca y aplique la escala de valoración del delirium.

Con ayuda de la coordinadora de enfermería se obtienen 2 cartillas prácticas de aplicación de la escala CAM ICU y 10 fichas con el resumen de la aplicación de la escala entregadas por el laboratorio Hospira y las cuales fueron replicadas para entregar a cada una de las personas capacitadas. (**Anexo 6**)

8.2. ESTRATEGIAS REALIZADAS

Entre las estrategias de solución realizadas durante el desarrollo del proyecto están:

[Escriba texto]

a. Pretest (anexo 3)

Aplicado al personal de enfermería como base para identificar los conocimientos de los enfermeros y enfermeras de la Unidad Cardiovascular respecto al Delirium, contenía ocho (8) preguntas enfocadas en definición, signos y síntomas, clasificación, factores predisponentes y precipitantes, actividades de prevención y manejo no farmacológico.

Dicho pretest se aplicó al personal de enfermería entre el 20 y el 23 de junio.

b. Jornadas de capacitación

Se realizó capacitación sobre delirium al personal de enfermería de todos los turnos entre el 20 – 23 de junio los temas incluidos en las charlas fueron:

- Definición
- Clasificación
- Factores de riesgo
- Prevención
- Manejo no farmacológico
- Aplicación de la escala CAM ICU
- Aplicación de lista de chequeo de actividades de enfermería

c. Prueba piloto

La prueba piloto se realizó durante una semana, en la cual se realizaron 2 actividades con el fin de detectar, prevenir y tratar a los pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular:

- Aplicación de la escala CAM ICU a todos los pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular una vez por turno (**anexo 7**).
- Se aplicó una lista de chequeo que contiene 6 actividades de enfermería, las cuales se debían realizar en cada turno a todos los

pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular, esto con el fin de evaluar la aplicación de la guía de enfermería diseñada (**anexo 8**).

Esta prueba piloto fue aplicada del martes 24 de junio al martes 1 de julio en las dos unidades, a los pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular.

8.3. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>OBJETIVO GENERAL Diseñar e implementar una guía de enfermería para la prevención y manejo no farmacológico del delirium en pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular.</p>	<p>Se espera que más del 90% del personal de enfermería conozca y aplique la guía de prevención y manejo no farmacológico para los pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular.</p>	<p>Implementación de una lista de chequeo de la Guía prevención y manejo no farmacológico del delirium en pacientes de cirugía cardiovascular de la unidad cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil</p>	<p>El personal de enfermería no está interesado en conocer y aplicar la guía.</p>

<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Determinar las actividades de enfermería encaminadas a la prevención y manejo no farmacológico del delirium en pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular.</p> <p>Socializar las actividades de enfermería encaminadas a la prevención y manejo no farmacológico del delirium en pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular al personal de la unidad de cuidados intensivo cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil.</p>	<p>Se espera que el 90% del personal de enfermería identifique las actividades que se pueden aplicar con el fin de prevenir y manejar no farmacológicamente los pacientes con delirium postoperatorio.</p>	<p>Aplicación de la escala de CAM –UCI para valoración de delirium y su registro en la historia clínica.</p> <p>Registro en historia clínica de las actividades de enfermería realizadas como prevención y/o manejo no farmacológico del delirium.</p> <p>Lista de asistencia a la socialización de la guía de enfermería.</p> <p>Encuestas de evaluación.</p>	<p>El personal de enfermería no aplica la escala y no registra actividades en la historia clínica por considerar que dicha actividad toma mucho tiempo en su jornada laboral.</p>
--	--	--	---

RESULTADOS			
<p>Aplicación de la escala de valoración del delirium CAM ICU y realización de las 6 actividades de enfermería planteadas para la prevención de desarrollo de delirium postoperatorio.</p> <p>Diagnóstico oportuno del personal de enfermería frente al diagnóstico y manejo no farmacológico del delirium postoperatorio.</p>	<p>Número de valoraciones en relación al total de personas capacitadas.</p>	<p>Valoración a través de la escala CAM-ICU en el registro en la historia clínica y los formatos de la escala y de las actividades de enfermería establecidas por las valoraciones en los 3 turnos.</p>	<p>El personal de enfermería no está comprometido con la aplicación de la escala de valoración del delirium CAM–UCI, y las actividades establecidas para la detección temprana de delirium postoperatorio.</p>

<p>ACTIVIDADES</p> <p>Elaboración de una Guía de enfermería para la prevención y manejo no farmacológico del delirium en pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular en la unidad Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil, estableciendo 6 actividades que pueden realizar los profesionales de enfermería para disminuir el riesgo de delirium postoperatorio.</p>	<p>Número de actividades realizadas por el personal de enfermería para disminuir el riesgo de delirium postoperatorio.</p>	<p>Se establecerá un formato de verificación tipo lista de chequeo con las 6 actividades planteadas en la guía, donde los profesionales de enfermería deben registrar cuantas de esas actividades se realizaron con el objetivo de disminuir delirium postoperatorio.</p>	<p>El personal de enfermería no realiza las actividades propuestas para disminuir el riesgo de delirium postoperatorio.</p>
--	--	---	---

[Escriba texto]

<p>Capacitar al personal profesional de la Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil sobre prevención y manejo no farmacológico del delirium en pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular.</p>	<p>El 90% del personal de enfermería de la Unidad Cardiovascular será capacitado sobre la guía de enfermería para la prevención y manejo no farmacológico del delirium en pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular.</p>	<p>Lista de asistencia a la capacitación</p>	<p>El personal de enfermería no asiste a la capacitación por falta de interés en el tema.</p>
--	--	--	---

[Escriba texto]

[Escriba texto]

9. RESULTADOS

9.1. APLICACIÓN ESCALA CAM ICU

Inicialmente se planteó realizar la aplicación de la escala CAM ICU en la Unidad Cardiovascular posquirúrgica puesto que la guía está planteada para pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular, sin embargo, en la negociación con la coordinadora de enfermería y el coordinador médico de la unidad solicitan que tanto la capacitación como la aplicación se realice en las dos unidades pues el objetivo de la unidad es que todo el personal de enfermería conozca la escala y la aplique a todos los pacientes, independiente de su patología; por lo tanto se realizó una prueba piloto de aplicación de la escala durante una semana en ambas unidades, sin embargo, para el análisis de datos del presente trabajo, se tuvo en cuenta sólo los pacientes de postoperatorio de cirugía cardiovascular, objetivo primordial de la guía propuesta. Los datos obtenidos en total se presentarán igualmente a la coordinación de la unidad.

Luego de la capacitación a todo el personal, se presentó el formato diseñado para el registro de resultados en la aplicación de la escala CAM ICU (**anexo 4**), en dicho formato se encuentra cada paso de la escala, debiendo registrar si fue positivo o negativo, valorando al paciente en cada turno y finalizando con el tipo de delirium en caso de que fuera positivo.

Muestra: Se aplicó a un total de 24 pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular que se encontraban hospitalizados en la Unidad, con un total de 74 valoraciones realizadas en todos los turnos. De 24 pacientes se valoran 5 con CAM ICU positivo, es decir, con delirium positivo, lo que corresponde a un 20.8% del total de pacientes, de esos cinco (5), se identifican tres (3) pacientes con delirium hipoactivo (60%) y 2 pacientes con delirium mixto (40%).

[Escriba texto]

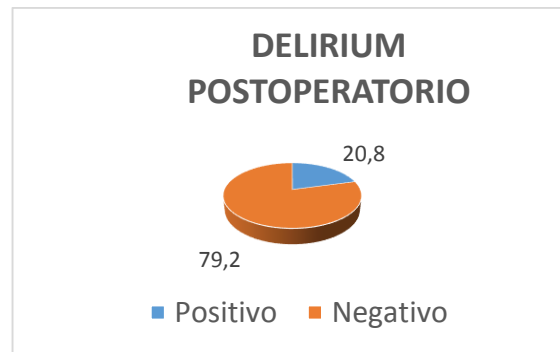


Gráfico 11. Delirium Postoperatorio

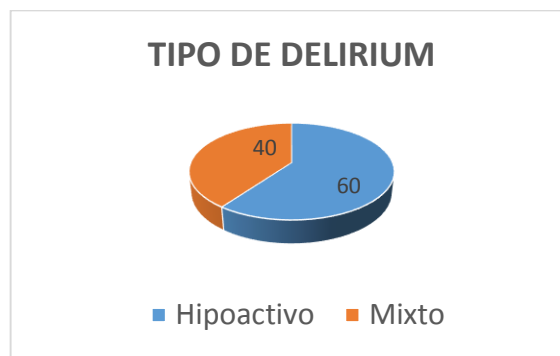


Gráfico 12. Tipo de Delirium

Al finalizar la prueba piloto se encontró que no todo el personal aplicó la escala en todos los turnos, siendo éste uno de los supuestos tenidos en cuenta en la matriz del marco lógico, como posibles causas se encuentran, entre ellas, la falta de interés en la aplicación de la escala de algunas personas y la carga laboral que impide centrar la atención en la aplicación de la misma. Se observa como hallazgo importante haber identificado 3 pacientes con delirium hipoactivo, pues es éste tipo de delirium el que menos se diagnostica en la valoración de los pacientes.

9.2. APLICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Las actividades planteadas en la guía de enfermería para la prevención y manejo no farmacológico del delirium en pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular en la Unidad Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil de Bogotá, le brindó al personal de enfermería del servicio una serie de actividades propias de la profesión, para favorecer la orientación y confort del paciente en el postoperatorio, logrando así disminuir el riesgo de desarrollar algún tipo de delirium; sin embargo, en la negociación que se realizó con los coordinadores de los grupo de enfermería y médico de la Unidad, se plantea la necesidad de crear una lista de chequeo que contenga las actividades claves en la prevención y manejo de este síndrome, así se define una lista con 6 actividades, las cuales, según la literatura revisada, son las que mejor resultado han mostrado en el tema de prevención del delirium en las unidades de cuidado intensivo. En la gráfica siguiente se muestra el porcentaje de cumplimiento de las actividades de enfermería realizadas con los pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular.

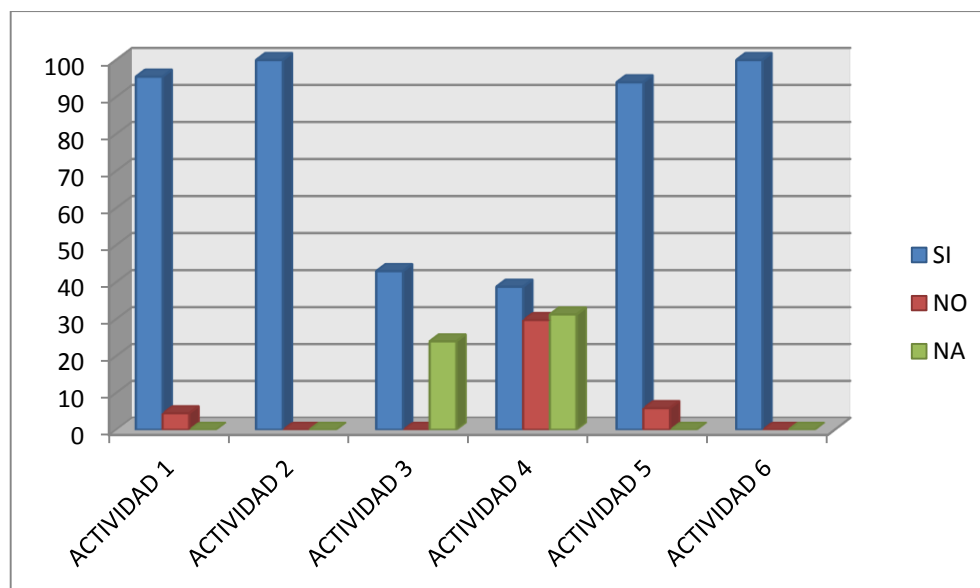


Gráfico 13. Actividades de enfermería realizadas

Si: Actividad realizada

No: Actividad no realizada

NA: No aplica

[Escriba texto]

Las seis actividades claves de enfermería establecidas se describen a continuación, éstas fueron aplicadas a un total de 24 pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular que se encontraban hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular.

Actividad 1: mantener en el cubículo de forma visible para el paciente la hoja con la fecha actualizada

Se estableció una hoja que contiene el nombre de la Fundación Cardioinfantil, el nombre de la Unidad y dos espacios para colocar el día y la fecha diaria, en la parte inferior se observan dos imágenes, un sol y una luna, la cual se debía marcar según el horario del día. En esta actividad se obtiene un 95.5% de cumplimiento por parte del profesional de enfermería. Sin embargo, al hacer rondas aleatorias para verificar las listas de chequeo se encontró en dos oportunidades que la fecha no está actualizada, pero en la lista dice que si está actualizada. Aun así, el porcentaje de cumplimiento de esta actividad fue alta en los grupos de la mañana y noche.

Actividad 2: Orientar al paciente en las tres esferas, fecha, hora del día y su situación cada vez que tenga contacto con él

Esta actividad obtiene un 100% de cumplimiento ya que el profesional de enfermería tiene contacto constante y directo con el paciente, la orientación al paciente permite mayor conexión con el medio y su familia.

Actividad 3: Educar a la familia sobre su papel en la orientación y acompañamiento del paciente

Esta actividad tuvo un porcentaje de 43% de cumplimiento, se observa que en los turnos de la mañana y tarde se brinda la educación a la familia sobre qué es el delirium y recomendaciones de acompañamiento como: hablar al paciente, traer cartas, fotos, orientarlo, entre otras, disminuyendo la ansiedad del paciente y su visitante, sin embargo, en varias oportunidades el familiar no asiste a la visita, por lo tanto, la educación del día no se podía brindar; en el 34% de los casos se

evidencia que no se podía aplicar la educación, el caso específico en el turno de la noche porque el acompañamiento del familiar solo se realiza en el día, por lo que dicha actividad solo se realizó en los turnos del día, con excepción de los ingresos en la noche.

Actividad 4: permitir el uso de gafas, prótesis dental o audífonos si el paciente los usa habitualmente

Se encontró un 38% de cumplimiento en esta actividad, los enfermeros al educar a la familia indagaron si el paciente usaba alguno de los elementos mencionados para así poder solicitarlo, con el fin de facilitar las actividades de la vida diaria en el paciente y su independencia lo más pronto posible; en un 31 % de los casos no aplicaba esta actividad puesto que el paciente no usaba ninguno de estos elementos en la vida diaria, el porcentaje restante no hizo la solicitud a la familia o el paciente lo necesitaba pero no lo usaba en la vida diaria fuera del hospital.

Actividad 5: mantener durante el turno el dolor controlado (EVA <3) en el paciente

Con el 94 % de cumplimiento se encontró esta actividad. Durante el turno el paciente tuvo controlado el dolor, en los 3 turnos para ello se registró el control del dolor por medio de la escala análoga del dolor, sin embargo, los enfermeros de la unidad debían no solo evaluar la escala sino tomar decisiones sobre el control del mismo con una meta <3, para evitar que el dolor pudiera ser un factor precipitante del delirium. El 6% restante no tuvo el dolor controlado durante el turno a pesar del manejo analgésico aplicado y con observaciones como que el paciente presentaba ansiedad.

Actividad 6: Favorecer el confort del paciente mediante la minimización de estímulos sensoriales como disminución el ruido, la luz y el posicionamiento adecuado

[Escriba texto]

Esta actividad tuvo un cumplimiento del 100%, se encuentran observaciones en cuanto a la dificultad de mantener algunas de estas condiciones por la dinámica propia de la unidad de cuidado intensivo, sin embargo, el personal estuvo comprometido en mejorar algunas de las situaciones del paciente, dentro de lo posible según el estado del paciente.

Las actividades planteadas fueron cumplidas en un 90% en general, pues son actividades prácticas para el personal de enfermería que van a disminuir las posibilidades de desarrollar delirium, ya que incorporan rápidamente al paciente en actividades de la vida diaria, retornando independencia, y disminuyendo no solo la ansiedad del paciente sino la de su familia, que es el objetivo de la guía y así evitar y prevenir precozmente los signos y síntomas de los diferentes tipos de delirium.

10. CONCLUSIONES

La aplicación de la escala CAM ICU durante una semana a todos los pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil, identificó un 20,8% de pacientes positivos para Delirium, un porcentaje alto que demuestra que es un trastorno frecuente en aquellos pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos cardiovasculares, quienes poseen además factores de riesgo, precipitantes y predisponentes para presentar esta alteración. La identificación de delirium hipo activo en 3 de los 5 pacientes positivos, es un avance importante teniendo en cuenta que debido a la sintomatología de este, muchos casos no son reconocidos tempranamente.

Las actividades de enfermería disponibles para realizar prevención y manejo no farmacológico del Delirium, son fáciles de realizar, las estrategias de orientación del paciente de manera verbal y visual, se realizaron en un porcentaje mayor al 95% y no generaron mayor carga laboral, lo que permite que se lleven a cabo por el personal entrenado. Dentro de las actividades, las relacionadas con el uso de elementos personales del paciente y la participación de la familia, dependen en gran parte, de los familiares; por esta razón, si no asisten a las visitas o no participan del cuidado, facilitándole al paciente elementos como gafas, prótesis o favoreciendo la orientación mediante fotos, conversación, preguntas sencillas, los resultados varían entre los turnos. Esto se evidencia en los turnos de la noche, puesto que el horario de visita está dispuesto en la mañana y tarde.

El personal de enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil en general está dispuesto a aprender cómo valorar a los pacientes en post operatorio, con el fin de identificar factores de riesgo así como signos y síntomas de Delirium, durante la aplicación de la prueba piloto manifestaron sus dudas lo que permitió una retroalimentación continua. Las principales

[Escriba texto]

dificultades se relacionan con el tiempo disponible para aplicar la escala y con ciertas variables como la ausencia de la familia en los turnos de la noche para la realización de las actividades de prevención y manejo no farmacológico.

La aplicación de la escala CAM ICU es el punto de partida para el diagnóstico y tratamiento del delirium, logrando una evaluación objetiva y con mayor validez, pues al hacerlo de manera subjetiva se puede pasar por alto sobre todo el delirium hipo activo.

11. RECOMENDACIONES

- Se plantea la necesidad de establecer la valoración de la escala CAM ICU a todos los pacientes en post operatorio de cirugía cardiovascular, dada la alta incidencia de casos que se presenta en este grupo de pacientes.
- Se debe continuar con la aplicación de la escala CAM ICU a todos los pacientes con el fin de afianzar su uso en la detección de pacientes con delirium.
- Se debe fortalecer el conocimiento del personal acerca de las actividades de prevención para el desarrollo de Delirium en los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular de la Unidad de Cuidado Intensivo.
- Se propone que en la entrega de turno, los enfermeros verifiquen que la hoja con la fecha y día, esté actualizada para que constituya una herramienta real de ayuda al paciente en su proceso de orientación.
- Se recomienda establecer comunicación con los familiares de los pacientes en los turnos de la mañana y tarde, ya que en la noche no es posible, y en muchos casos son diferentes miembros de la familia quienes acuden en cada jornada, con el fin de dar la información a todos los visitantes e involucrarlos en el proceso. Entregar el folleto a los familiares, para compartir la información explicada.
- Se propone incluir dentro de las actividades de enfermería, aquellas dirigidas a prevenir y tratar al paciente en riesgo de Delirium o que ya lo padece, con el fin de reducir las complicaciones generadas por este trastorno.

- Se sugiere continuar con la capacitación al personal de enfermería de la Unidad Cardiovascular en detección, prevención y manejo del delirium pues esto fortalece aún más el actuar de enfermería e incentiva al grupo en el tema de mejoramiento continuo en su servicio.
- Se sugiere incluir en la capacitación al personal auxiliar de enfermería pues también hace parte fundamental del equipo de enfermería que permanece en contacto con el paciente y su familia.
- Vale la pena trabajar interdisciplinariamente con el grupo médico con el fin de realizar un estudio y obtener la incidencia de delirium en la Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular, que permita conocer las características demográficas, los factores relacionados con la aparición de delirium, logrando así aplicar una prevención más dirigida.

BIBLIOGRAFIA

Roach G., Kanchuger M., Mora C., et al. Adverse cerebral outcomes after coronary bypass surgery. N. Eng J. Med. 1996; 335: 1857 – 186

Palencia E, Romera MA, Silva JA. Delirio en el paciente crítico. Medicina Intensiva. 2008; 32 Supl 1: 77-91.

Fundación Cardioinfantil. Instituto de Cardiología. [Internet]. Bogotá. [Consultado: 15 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.cardioinfantil.org/>

Tobar A, Abedrapo M, Godoy J, Romero C. Delirium postoperatorio: Una ventana hacia una mejoría de la calidad y seguridad en la atención de pacientes quirúrgicos. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 64 - Nº 3, Junio 2012; pág. 297-305.

Carrillo E, Medrano A. Delirium y disfunción cognitiva postoperatorios. Rev Mex Anest. 2011; 34 (3)

Francis J, Kapoor WN. Prognosis after hospital discharge of older medical patients with delirium. J Am Geriatr Soc. 1992; 40:601-606

Teorías de enfermería. Fundamentos de enfermería. Universidad Nacional del Sur. [Internet]. Publicado el 12 de junio de 2012. [Consultado 14 de febrero de 2014] Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>

Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia [Internet]. Guías de Práctica Clínica. [Consultado el 20 de febrero de 2014] Disponible en: <http://gpc.minsalud.gov.co/ayuda/Pages/default.aspx>

[Escriba texto]

Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [Consultado el 20 de febrero de 2014] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5164&Itemid=3821&lang=es.

Guía práctica de diagnóstico y tratamiento sobre Síndrome Confusional del Servicio de Salud del Principado de Asturias. [Consultado 24 de abril de 2014] Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/websdepartam/pqe/GUIA%20SINDROME%20CONFUSIONAL%20AGUDO.pdf>.

Sweeny S. Care of the Patient with Delirium. AJN, American Journal of Nursing: May 2008. Volume 108 - Issue 5 - p 72CC–72GG

Olson T. Delirium in the intensive care unit: role of the critical care nurse in early detection and treatment. Dynamics, 23(4), 32–36. 2012.

Alonso G, González M, Gaviria M. El delirium. Una revisión orientada a la práctica clínica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría Vol.32, núm. 114, 2012. Pág. 247-270.

Martínez L. Incidencia de delirium en una unidad de cuidados críticos postquirúrgicos. Trabajo de investigación de Doctorado. Universidad de Barcelona. 2011.

Carrillo E, Carrillo R. Delirio en el enfermo grave. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Vol. XXI, Núm. 1. Ene- mar 2007. Pág. 38-44.

Villalobos JA. Causas de delirium en adultos mayores postoperados de cirugía cardiaca. Revista Mexicana de cardiología. Vol.21 Número 3. Julio – septiembre 2010. P 111-120.

Tobar E, Romero C, Galleguillos T, Fuentes P, Cornejo R, Lira M, et al. Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. Med. Intensiva [Internet]. 2010 [citado Mayo 21 de 2014]; 34(1): 04-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912010000100002&lng=es.

ANEXOS

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																																
MES SEMANA	NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Identificación y planteamiento del problema.	X	X	X	X																												
Planteamiento de objetivos					X	X																										
Elaboración justificación							X																									
Elaboración marco teórico y conceptual								X	X	X																						
Elaboración presupuesto											X	X																				
Elaboración matriz marco lógico													X	X																		
Asesoría															X	X																
Planteamiento y negociación																	X	X														

[Escriba texto]

ANEXO 2. PRESUPUESTO

RECURSOS HUMANOS	CANTIDAD	VALOR	PRESUPUESTO TOTAL
Estudiantes especialización en Cuidado Crítico de la Universidad de La Sabana	3 estudiantes 10 Horas de trabajo c/u	\$ 14.000 / hora	1.000.000
Asesor de proyecto de gestión	Horas de asesoría	400.000	2.400.000
Jefe de departamento de enfermería	Presentación de proyecto		100.000
Coordinadora enfermería de Servicio	Presentación de proyecto		100.000
RECURSOS FÍSICOS	CANTIDAD	VALOR	PRESUPUESTO TOTAL
Consultas Internet	Horas	\$ 1500	500.000
Fotocopias		\$ 100	100.000
Impresiones folletos informativos		\$ 600	100.000
Impresión escala CAM-ICU		\$ 200	200.000
Impresión proyecto de gestión		\$ 200	300.000

[Escriba texto]

Encuadernación		\$ 6000	300.000
Impresión guía de enfermería		\$ 200	600.000
Refrigerios capacitación	12 enfermeras 2 coordinadoras 20 auxiliares de enfermería 3 estudiantes TOTAL 37	\$ 6000	1.000.000
			5.700.000

ANEXO 3. PRETEST DELIRIUM

Fecha: _____

OBJETIVO:

Identificar el conocimiento que tiene el profesional de Enfermería de la Unidad Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil de Bogotá en el tema de delirium.

A continuación usted encontrará una serie de preguntas relacionadas con el **síndrome del delirium**, que usted puede encontrar en los pacientes de la unidad, señale con una **X** la letra de la opción que considere verdadera

1. El delirium es un síndrome definido como
 - a. Una alteración del estado de conciencia que se caracteriza por un inicio rápido y curso fluctuante de atención, ya sea acompañado por un cambio en la cognición o una alteración perceptiva.
 - b. Demencia o trastorno psiquiátrico.
 - c. Cuadro agudo de confusión que afecta a cualquier paciente con algún tipo de alteración mental previamente adquirido.

2. ¿ Entre los signos y síntomas que el paciente puede presentar cuando tiene el síndrome del delirium se encuentran, EXCEPTO:
 - a. Intranquilidad, ansiedad, alteraciones en la vigilia.
 - b. Ideas de autolesión.
 - c. Alteración del estado de conciencia, pensamiento desorganizado, desatención.

3. El delirium hipoactivo se diferencia del delirium hiperactivo en:
 - a. No tienen diferencia importante

[Escriba texto]

- b. Hipoactivo se caracteriza por apatía, letargo y disminución de la respuesta, somnolencia mientras que el hiperactivo es todo lo contrario.
 - c. El hipoactivo no presenta mayor diferencia del hiperactivo porque solo disminuye la agitación y la inquietud pero no del todo.
4. ¿Entre los antecedentes que pueden influir en el paciente para el desarrollo de delirium en la Unidad de Cuidado Intensivo están?
- a. Hipertensión
 - b. Consumo de sustancia psicoactivas, demencia, enfermedades psiquiátricas
 - c. Obesidad
5. ¿Entre los factores de riesgo que generan delirium en el paciente dentro de la Unidad de Cuidado Intensivo se pueden encontrar?
- a. La edad del paciente, solo lo presentan adultos jóvenes.
 - b. Pacientes con múltiples medicamentos ordenados.
 - c. Mal control del dolor, sobre estimulación sensorial y uso de benzodiazepinas.
6. Entre las actividades que se pueden realizar con el paciente, enfocadas a la prevención del Delirium se encuentran:
- a. Sujeción terapéutica.
 - b. Pre medicación.
 - c. Orientación continua, evitar sobre estímulos, control del dolor
7. Si su paciente presenta delirium, ¿Qué actividades de enfermería implementaría?
- a. Sujeción y administración de medicamentos ansiolíticos.
 - b. Esperar evolución del paciente

c. Controlar dolor, ansiedad y favorecer la comunicación y apoyo familiar.

8. ¿Conoce alguna escala para la valoración y/o detección del delirium?

SI_____ NO_____

Si conoce alguna, por favor indique qué aspectos evalúa. _____

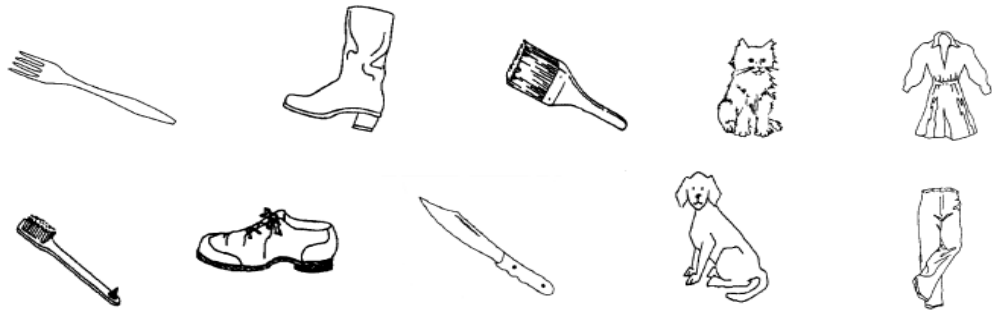
ANEXO 4. CRITERIOS Y DESCRIPCIÓN DEL CAM-ICU

<p>1. EVALUACION DEL DELIRIUM Inicio agudo o fluctuante</p> <p>a. ¿hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental del paciente respecto a su situación basal?</p> <p>b. ¿Ha presentado cambios en el comportamiento en las últimas 24 horas? Tales como variaciones fluctuantes en la escala de RASS.</p>	<p>Es positivo si la respuesta es sí para 1A o 1B</p>	<p>Si _____</p> <p>No _____</p>
<p>2. DISMINUCION DE LA ATENCION: Comience con el componente auditivo del ASE (Attention Screening Examination “Examen para la Evaluación de la Atención”). Si el paciente es capaz de hacer esta prueba y la puntuación es clara, anote esta puntuación y pase al punto 3.</p> <p>2A. En el componente auditivo se le explica al paciente que se le van a nombrar una serie de 10 letras</p> <p>(S, A, V, E, A, H, A, A, R, T), en un tono normal y con intervalo de una letra por segundo, se le solicita que apriete la mano cada vez que oiga la letra A.</p> <p>2B. Si el paciente no es capaz de realizar la prueba auditiva o la puntuación no es clara y existen dudas, proceda a aplicar la prueba visual (Anexo 1 y 2). Si se aplican las 2 pruebas (2A y 2B), use el resultado del ASE visual para la puntuación.</p> <p>Se enseñaran al paciente 5 dibujos en intervalos de 3 segundos, y se le pide que recuerde la imagen. A continuación, se le</p>	<p>Mayor a 2 errores marque Si</p> <p>Mayor a 2 errores marque Si</p>	<p>Si _____</p> <p>No _____</p>

<p>presentan 10 dibujos incluyendo los 5 mostrados anteriormente, y se pide al paciente que responda si ha visto o no el dibujo previamente.</p>		
<p>PENSAMIENTO DESORGANIZADO</p> <p>3A. Preguntas de si o no (usar grupo A o grupo B, alternar los grupos en días consecutivos si lo considera necesario):</p> <p>GRUPO A</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Un piedra flota sobre el agua? 2. ¿Hay peces en el mar? 3. ¿Pesa más 1 kg que 2 kg? 4. ¿Se puede utilizar un martillo para golpear un clavo? <p>GRUPO B:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Podría flotar una hoja en el agua? 2. ¿Hay elefantes en el mar? 3. ¿Pesa más 2 kg que 1 kg? 4. ¿Se puede usar un martillo para cortar madera? <p>3B. Órdenes</p> <p>Diga al paciente: “muéstreme cuántos dedos hay aquí”. Enseñe 2 dedos al colocarse delante del paciente. Posteriormente dígame: “haga lo mismo con la otra mano”. Si el paciente es incapaz de mover ambos brazos, para la segunda parte de la orden dígame: “agregue un dedo más”</p>	<p>Si el paciente tiene más de 1 error marque sí.</p>	<p>Si _____</p> <p>No _____</p>

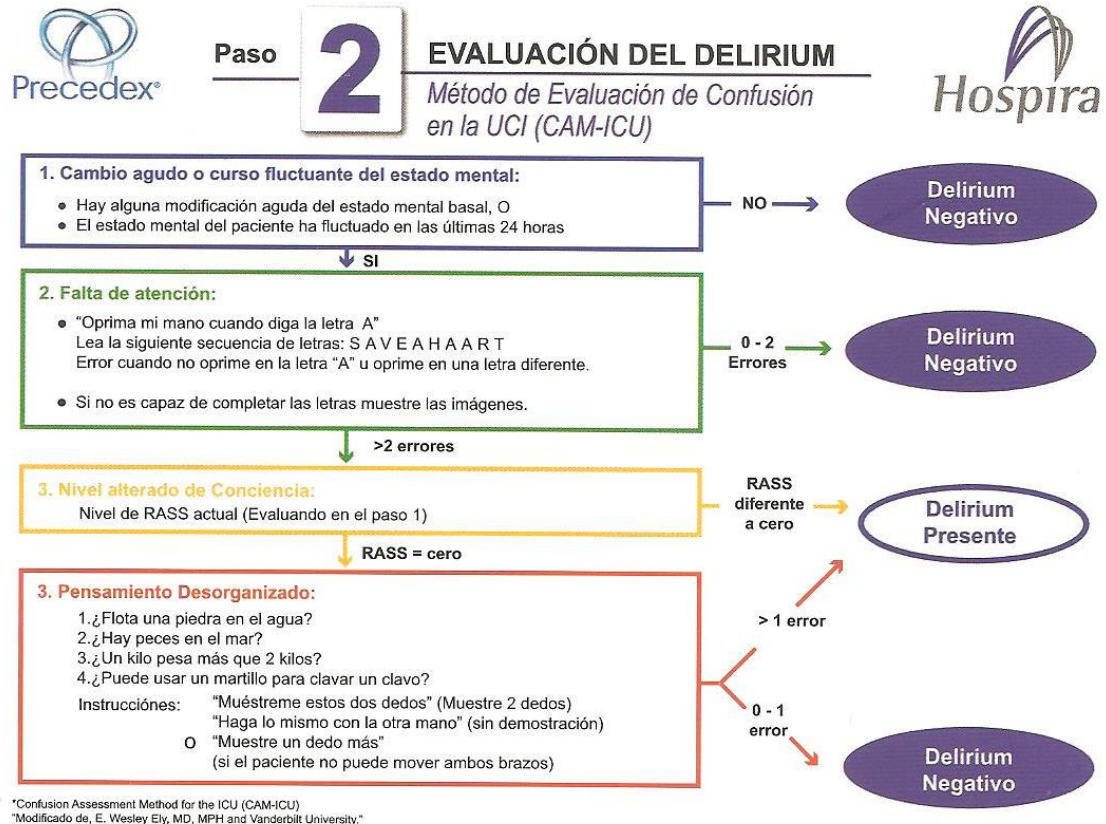
<p>4. NIVEL DE CONCIENCIA</p> <p>Antes de iniciar la evaluación del delirium, se debe valorar al paciente mediante la escala de agitación y sedación de RASS, mencionando como primer paso en la presente guía. Si el paciente presenta RASS-4 o -5, se considera sedación profunda y no es evaluable. Si el RASS es de -3 a +4 iniciar la valoración</p>	<p>RASS diferente a 0</p>	<p>Si _____</p> <p>No _____</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>La presencia de los criterios 1 y 2 y la presencia de cualquiera de los criterios 3 o 4 confirman la presencia de delirium.</p>	<p>CAM-ICU Positivo (Delirio Presente)</p>	<p>Si _____</p> <p>No _____</p>

ANEXO 5. PRUEBA VISUAL ESCALA CAM ICU



[Escriba texto]

ANEXO 6. FICHA DE APLICACIÓN RÁPIDA DE LA ESCALA CAM ICU



ANEXO 7. ESCALA CAM ICU

ELABORADA POR: Viviana Peña Aguirre, Yesenia Jiménez, Jennifer Martínez Castro

Asesora: María del Carmen Gutiérrez Agudelo

Fecha: _____ **Diagnóstico:**

Antecedentes: Demencia Si ____ No ____ Depresión Si ____ No ____

Abuso de alcohol o psicoactivos Si ____ No ____ Trastornos psiquiátricos
Si ____ No ____

Uso de medicamentos psiquiátricos o inductores sueño Si ____ No ____

Otros _____ Cuales _____

CRITERIOS DE VALORACION	TURNO MANANA	TURNO TARDE	TURNO NOCHE
3. EVALUACION DEL DELIRIUM Inicio agudo o fluctuante Si hay alguna modificación aguda del estado mental basal cambios en las últimas 24 horas	SI ____ NO ____	SI ____ NO ____	SI ____ NO ____
4. DISMINUCION DE LA ATENCION Componente auditivo o visual	SI ____ NO ____	SI ____ NO ____	SI ____ NO ____

Se evalúa el componente visual y/o auditivo. Positivo mayor a 2 errores			
3. NIVEL DE CONCIENCIA RASS diferente a 0 marque SI	SI _____ NO _____	SI _____ NO _____	SI _____ NO _____
4. PENSAMIENTO DESORGANIZADO Evaluado mediante las preguntas establecidas ya en la escala	SI _____ NO _____ Hiperactivo ____ Hipoactivo ____ Mixto _____	SI _____ NO _____ Hiperactivo ____ Hipoactivo ____ Mixto _____	SI _____ NO _____ Hiperactivo ____ Hipoactivo ____ Mixto _____
EVALUACIÓN La presencia de los criterios 1 y 2 y la presencia de cualquiera de los criterios 3 o 4 confirman la presencia de delirium.	CAM UCI POSITIVO _____ CAM UCI NEGATIVO _____		

OBSERVACIONES

ANEXO 8. LISTA DE CHEQUEO ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN PREVENCION Y MANEJO NO FARMACOLOGICO DEL DELIRIUM

Fecha: _____

ACTIVIDAD	TURNO MAÑANA	TURNO TARDE	TURNO NOCHE
¿Tiene en el cubículo de forma visible para el paciente la hoja con la fecha actualizada?	SI _____ NO _____	SI _____ NO _____	SI _____ NO _____
¿Orientó al paciente en las tres esferas, fecha, hora del día y su situación cada vez que tuvo contacto con él?	SI _____ NO _____	SI _____ NO _____	SI _____ NO _____
¿Educó a la familia sobre su papel en la orientación y acompañamiento del paciente?	SI _____ NO _____	SI _____ NO _____	SI _____ NO _____
Si el paciente usa gafas, prótesis dental o audífonos, ¿los tiene puestos?	SI _____ NO _____	SI _____ NO _____	SI _____ NO _____

[Escriba texto]

<p>Durante el turno el paciente tuvo controlado el dolor (EVA <3)</p>	<p>SI _____ NO _____</p>	<p>SI _____ NO _____</p>	<p>SI _____ NO _____</p>
<p>¿Favoreció el confort del paciente mediante la minimización de estímulos sensoriales como disminución del ruido, la luz y el posicionamiento adecuado?</p>	<p>SI _____ NO _____</p>	<p>SI _____ NO _____</p>	<p>SI _____ NO _____</p>

OBSERVACIONES

ANEXO 9. ASISTENCIA A CAPACITACIÓN



FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL
INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA
FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA

Código M-08-02-A-002

Tema: Delirium y CAMICU

Fecha: _____

Nº	Nombre	Doc. Identificación	Área /Servicio	Firma
1	Juan H. Arce B	7180688	UCV	Juan Arce B
2	Maryel Filiana Castro	40387941	UCV Cel.	Maryel Castro
3	Flora Daisy Larra	27602844	UCV	Flora Daisy Larra
4	Wendy Pineth Rodrig (EP)	1018418099	UCV	Wendy Pineth Rodrig
5	Laura C. Costantini	35450371	UCV	Laura C. Costantini
6	Daisy K. Castro R	52.854.504	UCV	Daisy Castro
7	Silvia Serrato	1032399753	UCV	Silvia Serrato
8	Jefferson Lara	11.228 813	UCV	Jefferson Lara
9	Claudia Rodriguez C.	52988.395	UCV	Claudia Rodriguez
10	Yaniel Betancourt M	1053980188	UCV	Yaniel Betancourt
11	Olga Ballew	5202859	UCV	Olga Ballew
12	Angela Ramirez	85427598	UCV	Angela Ramirez
13	C. Ruiz	1010586898	UCV	C. Ruiz
14	Norma Lopez	2510677	UCV	Norma Lopez
15	Adriana Sanabria R	52312592	UCV	Adriana Sanabria
16	Carolina Bawliou	52854410	UCV	Carolina Bawliou
17	Glenn Costablen	52498180	UCV	Glenn Costablen
18	Nidia Paros Garcia	52899928	UCV	Nidia Paros Garcia
19	Jhoanna C Niet	52450233	UCV	Jhoanna C Niet
20	Mery Edith Norvas	30943255	UCV	Mery Edith Norvas
21	Nubia Sanguino	60320156	UCV	Nubia Sanguino
22	Alexandra Costaro V.	24.339.665	UCV	A. Costaro
23				
24				
25				
26				
27				

ANEXO 10. GUÍA DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DELIRIUM EN PACIENTES EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

PRESENTACION

La presentación de esta Guía de Enfermería para la Prevención y manejo no Farmacológico del Delirium en Pacientes en Postoperatorio de Cirugía Cardiovascular para la Unidad Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil, es un compromiso adquirido en el posgrado con el fin de poner a disposición a los profesionales de la salud del servicio, una herramienta que facilite la detección precoz y manejo oportuno de pacientes en riesgo de padecer delirium postoperatorio, con el fin de disminuir no solo costos de hospitalización, sino impactar favorablemente sobre la morbimortalidad que esto puede conllevar.

La valoración y el manejo oportuno de los pacientes que presentan delirium en las unidades de cuidado intensivo son un factor fundamental en la disminución de posibles complicaciones que pueda tener el paciente a largo plazo como la disminución de la funcionalidad vital o lesiones en piel.

Esta guía nace de la necesidad de implementar una herramienta fácil de utilizar para la valoración y diagnóstico oportuno de cualquier tipo de delirium y con ello que el personal de enfermería sea líder en la prevención y manejo no farmacológico del mismo en pacientes postoperatorio de cirugía cardiovascular, los criterios que en ella se plantean contribuyen a evitar el deterioro de la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

**YESENIA JIMENEZ
JENNIFER MARTINEZ
VIVIANA PEÑA
ESTUDIANTES DE ESPECIALIZACION CUIDADO CRÍTICO. UNIVERSIDAD DE LA SABANA.
INTRODUCCION**

[Escriba texto]

El delirio o síndrome confusional agudo es un problema frecuente en los enfermos críticos, aunque su diagnóstico a menudo se pasa por alto, especialmente en su forma hipoactiva. Son factores de riesgo de delirio las alteraciones cognitivas previas y determinadas comorbilidades, distintos factores ambientales y las alteraciones orgánicas agudas propias del enfermo crítico. El delirio se asocia a un aumento de la mortalidad a corto y largo plazo, a la prolongación de la ventilación mecánica, a estancias prolongadas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y en el hospital y a un deterioro cognitivo tras el alta hospitalaria. En los últimos años se han desarrollado herramientas específicas para la detección del delirio en la Unidad de Cuidados Intensivos, como el instrumento de CAM-ICU, que son aplicables incluso a los pacientes sometidos a ventilación mecánica.¹⁴

El delirium tiene una alta incidencia en los diferentes servicios de hospitalización de una institución, en la literatura se encuentra que alcanza entre el 15 y el 50% en pacientes hospitalizados por patología médica, y entre un 60 y un 85% en pacientes sometidos a ventilación mecánica, estos porcentajes están asociados a una alta tasa de mortalidad y complicaciones como autolesión, necesidad de institucionalización, déficit del estado funcional y cognitivo, larga estancia hospitalaria y por ende aumento de los costos en la hospitalización y además aumento de la ansiedad en la familia.¹⁵

¹⁴ Palencia E, Romera MA, Silva JA. Delirio en el paciente crítico. Medicina Intensiva. 2008; 32 Supl 1: 77-91.

¹⁵ Tobar E, Abedrapo M, Godoy J, Romero C. Delirium postoperatorio: Una ventana hacia una mejoría de la calidad y seguridad en la atención de pacientes quirúrgicos. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 64 - Nº 3, Junio 2012; pág. 297-305

Las complicaciones neurológicas en relación a la cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, son una de las más importantes. En estos pacientes la mortalidad de este procedimiento sube de 5 a 10 veces, prolongándose de 2 a 4 veces el tiempo de hospitalización y aumentando de 3 a 6 veces el riesgo de quedar dependiente¹⁶. De hecho, en el estudio de Roach de 1996 que comprende más de 2.000 pacientes de 24 centros norteamericanos, la mortalidad aumentó de un 2 a un 20%, el tiempo de estadía hospitalaria de 10 a 21 días y el porcentaje que quedó dependiente de un 8% a un 48%, siendo este porcentaje aún mayor en paciente sometidos a circulación extracorpórea. En Colombia, los mayores de 65 años, quedan con alguna dependencia o déficit y los mayores de 75 en su gran mayoría quedan con dependencia aún en actividades de la vida diaria.

Dada esta incidencia se encuentran múltiples estudios que identifican los factores predisponentes y precipitantes como medida importante en la prevención del delirium. Sin embargo, también se encuentra que el personal de salud que se encuentra a cargo de los pacientes no identifica claramente dichos factores y por tanto no realizan una prevención adecuada frente al delirium, impidiendo una intervención oportuna por parte del personal de enfermería que tenga como objetivo minimizar los riesgos en el paciente.

Al realizar una observación la Unidad Cardiovascular de la Fundación Cardioinfantil de Bogotá, se evidencia que no hay una guía de enfermería para la prevención y el manejo no farmacológico de los pacientes con delirium que permita la identificación temprana del riesgo en los pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular logrando así una atención segura y oportuna en el paciente.

¹⁶ Roach G., Kanchuger M., Mora C., et al. Adverse cerebral outcomes after coronary bypass surgery. N. Eng J. Med. 1996; 335: 1857 - 186

El diagnóstico del delirio postoperatorio es básicamente clínico, es allí donde el rol de la enfermera debe entrar en acción, con el fin de evaluar a todo paciente sometido a cirugía cardíaca, en busca de factores de riesgo de delirium postoperatorio como medida de prevención y evaluar la aparición del mismo según la escala de CAM-ICU como método de evaluación de confusión.

Si bien, la prevención y el tratamiento del delirio requiere un enfoque interdisciplinario, enfermería debe ser líder en el manejo preventivo, en la evaluación y el tratamiento no farmacológico del mismo, como una actividad del quehacer diario de la práctica de enfermería, garantizando no solo la disminución de mayores complicaciones asociadas al síndrome sino mayor sobrevida en los pacientes, con la aplicación de la guía de manejo, e involucrando esencialmente la familia como ente cuidador para la recuperación efectiva de los pacientes.

ALCANCE

La presente guía aborda no solo qué es el delirium sino qué actividades de enfermería se podrían realizar para el manejo no farmacológico oportuno del paciente en postoperatorio que puedan contribuir a su prevención.

La guía se centra principalmente en el posicionamiento de la enfermera como líder de la valoración y del cuidado directo del paciente en postoperatorio que pueda tener factores de riesgo para desarrollar delirium.

[Escriba texto]

La guía está dirigida a todo el personal de enfermería de la Unidad Cardiovascular que tiene a cargo el cuidado del paciente en postoperatorio de cirugía cardiovascular.

OBJETIVOS

Establecer recomendaciones para la valoración precoz y manejo no farmacológico de los pacientes que desarrollan delirium ocasionado por los procedimientos expuestos a circulación extracorpórea, con el fin de prevenir las complicaciones asociadas a los diferentes tipos de delirium, liderado por enfermería.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Definir las actividades de enfermería encaminadas a la prevención y manejo no farmacológico del delirium en pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular.

¿QUÉ ES DELIRIUM?

Descrita por muchos autores como una alteración de la conciencia que se caracteriza por un inicio agudo y curso fluctuante de atención, ya sea acompañado por un cambio en la cognición o una alteración perceptiva, por lo que la capacidad del paciente para recibir, procesar, almacenar y recuperar la información se ve afectada. El delirio se desarrolla durante un período corto de tiempo (horas o días), generalmente es reversible, y es una consecuencia directa de una enfermedad médica, intoxicación o abstinencia de sustancias, el uso de un medicamento, exposición a tóxicos, o una combinación de estos factores. Muchos pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo delirantes han estado recientemente en estado de coma, lo que indica una fluctuación del estado mental.

¿QUÉ TIPO DE DELIRIUM PUEDEN DESARROLLAR PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO?

Existen 3 tipos de delirium que muchos de los pacientes en las unidades de cuidado intensivo pueden desarrollar:

Delirium hiperactivo: se caracteriza por agitación, inquietud, y los intentos de eliminar los tubos y líneas conectadas.

Delirio hipoactivo: se caracteriza por apatía, letargo y disminución de la respuesta, somnolencia.

Delirio mixto: los pacientes oscilan entre los dos tipos. En pacientes en Unidad de Cuidado Intensivo este tipo de delirium es el más común, ya que puede pasar desapercibido antes los ojos de sus cuidadores, si no se lleva a cabo el monitoreo de rutina, se perpetúan algunas de las mayores complicaciones a largo plazo.

¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO QUE TIENE UN PACIENTE PARA PRESENTAR DELIRIUM?

El delirium generalmente es un síndrome multifactorial. En el paciente hospitalizado se pueden encontrar factores predisponentes y factores precipitantes, los cuales se deben tener en cuenta para prevenir la aparición del delirium.

Factores predisponentes	Factores precipitantes
<ul style="list-style-type: none"> • Edad > 65 años • Género masculino • Deterioro cognitivo o demencia • Historia previa de delirium • Dependencia funcional • Déficit visual o auditivo • Abuso de alcohol • Desnutrición - deshidratación • Depresión – ansiedad • Tratamiento con fármacos psicótropos • Comorbilidad: <ul style="list-style-type: none"> ○ Enfermedades graves ○ Enf. crónica renal ó hepática ○ ACV previos 	<ul style="list-style-type: none"> • Fármacos: benzodiazepinas, anticolinérgicos (metoclopramida), anticonvulsivantes, antagonistas H2 (ranitidina), analgésicos (morfina). • Deprivación de drogas, fármacos o alcohol. • Enfermedades neurológicas primarias: ACV, hemorragia intracraneal, meningitis. • Patología intercurrente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Infección ○ Fiebre ○ Hipoxia ○ Dolor ○ Alteración del equilibrio hidroelectrolítico ○ Alteraciones metabólicas • Ambientales

<ul style="list-style-type: none">○ Enfermedades neurológicas○ Trastorno metabólico○ Fractura o trauma● Polifarmacia● Historia previa de delirium● Historia previa de caídas	<ul style="list-style-type: none">○ Estancia en UCI○ Restricción física○ Sondas y catéteres○ Procedimientos○ Estrés emocional● Trastornos del sueño● Cirugía mayor
---	--

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA ESCALA DE CAM –ICU EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO?

El delirium en la Unidad de Cuidado Intensivo es un predictor de mortalidad, duración de la estancia, tiempo en la ventilación, costos, falla respiratoria a repetición, deterioro cognitivo a largo plazo, con una valoración precoz se podría tratar de forma temprana, evitando así la disminución física y cognitiva de los pacientes en la unidad de cuidado intensivo.

¿QUE ES LA ESCALA DE CAM-ICU?

The Confusion Assessment Method (CAM) se creó en el año de 1990 como una herramienta para la evaluación de delirium, se adaptó para pacientes de unidad de cuidados intensivos conectados o no a ventilación mecánica y que

[Escriba texto]

en muchas ocasiones tienen limitaciones en la comunicación por diferentes razones; la escala de CAM define cuatro funciones características para su diagnóstico.

¿COMO SE DEBE EVALUAR EL DELIRIUM EN UN PACIENTE EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO?

El primer paso para evaluar la conciencia es evaluar el nivel de conciencia, por medio de la escala de RASS: *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS): consiste en cuatro niveles de ansiedad o agitación, un estado de calma y alerta, y cinco niveles de sedación. Se basa en la observación e interacción con el paciente. Escala validada para pacientes adultos de Unidad de Cuidado Intensivo.

RICHMON AGITATION-SEDATION SCALE (RASS)		
PUNTUACION	TERMINO	DESCRIPCION
+4	COMBATIVO	Combativo o violento, podría llegar a ser un peligro inmediato para el personal.
+3	MUY AGITADO	Estira o mueve tubo(s) o catéter(es) o comportamiento agresivo con el personal
+2	AGITADO	Movimientos frecuentes sin propósito o asincronía paciente-respirador

[Escriba texto]

+1	SIN CALMA	Ansioso o aprensivo pero con movimientos no agresivos o violentos
0	ALERTA Y CALMADO	Presta atención a los cuidadores.
-1	SOMNOLIENTO	No completamente alerta pero despertar sostenido (más de 10 segundos), contacto visual a la voz
-2	SEDACION LIGERA	Se despierta brevemente (menos de 10 segundos), con contacto visual a la voz
-3	SEDACION MODERADA	Algún movimiento (pero no contacto visual) a la voz
-4	SEDACION PROFUNDA	Sin respuesta a la voz, pero algún movimiento a la estimulación física
-5	NO DESPERTABLE	Sin respuesta a la voz o la estimulación física

Se observa si el paciente esta alerta y calmado (puntuación 0). Si esta agitado o inquieto, puntuación (+1) a (+4) según los criterios señalados.

Si el paciente no está alerta, en voz audible decir su nombre y ordenar que abra sus ojos y mire al interlocutor. Repetir una vez más si es necesario. Según la respuesta, puntuar de (-1) a (-3).

Si el paciente no responde a la voz, estimular físicamente los hombros o apretando el esternón si no responde. Según la respuesta puntuar -4 o -5.

Si RASS es \geq (-3) proceda a valorar el CAM-ICU

Si RASS es de (-4) o (-5) pare (paciente inconsciente), vuelva a valorarlo más tarde.

Tomado de: Conde, José. Interrupción diaria de la sedación en pacientes con ventilación mecánica. 1ª Cátedra de clínica médica. Clínica Universidad Nacional de Rosario. Argentina. 2012.

ESCALA DE VALORACION CAM-ICU

<p>5. EVALUACION DEL DELIRIUM Inicio agudo o fluctuante</p> <p>c. ¿hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental del paciente respecto a su situación basal?</p> <p>d. ¿Ha presentado cambios en el comportamiento en las últimas 24 horas? Tales como variaciones fluctuantes en la escala de RASS.</p>	<p>Es positivo si la respuesta es sí para 1A o 1B</p>	<p>Si _____</p> <p>No _____</p>
<p>6. DISMINUCION DE LA ATENCION: Comience con el componente auditivo del ASE (Attention Screening Examination "Examen para la Evaluación de la</p>		

[Escriba texto]

Atención”). Si el paciente es capaz de hacer esta prueba y la puntuación es clara, anote esta puntuación y pase al punto 3.

2A. En el **componente auditivo** se le explica al paciente que se le van a nombrar una serie de 10 letras

(S, A, V, E, A, H, A, A, R, T), en un tono normal y con intervalo de una letra por segundo, se le solicita que apriete la mano cada vez que oiga la letra A.

2B. Si el paciente no es capaz de realizar la prueba auditiva o la puntuación no es clara y existen dudas, proceda a aplicar la prueba visual (Anexo 1 y 2). Si se aplican las 2 pruebas (2A y 2B), use el resultado del ASE visual para la puntuación.

Se enseñaran al paciente 5 dibujos en intervalos de 3 segundos, y se le pide que recuerde la imagen. A continuación, se le presentan 10 dibujos incluyendo los 5 mostrados anteriormente, y se pide al paciente que responda si ha visto o no el dibujo previamente.

Mayor a 2 errores
marque Si

Si _____

No _____

Mayor a 2 errores
marque Si

PENSAMIENTO DESORGANIZADO

3A. Preguntas de si o no (usar grupo A o grupo B, alternar los grupos en días consecutivos si lo considera necesario):

Si _____

No _____



GRUPO A

1. ¿Un piedra flota sobre el agua?
2. ¿Hay peces en el mar?
3. ¿Pesa más 1 kg que 2 kg?
4. ¿Se puede utilizar un martillo para golpear un clavo?

GRUPO B:

5. ¿Podría flotar una hoja en el agua?
6. ¿Hay elefantes en el mar?
7. ¿Pesa más 2 kg que 1 kg?
8. ¿Se puede usar un martillo para cortar madera?

3B. Órdenes

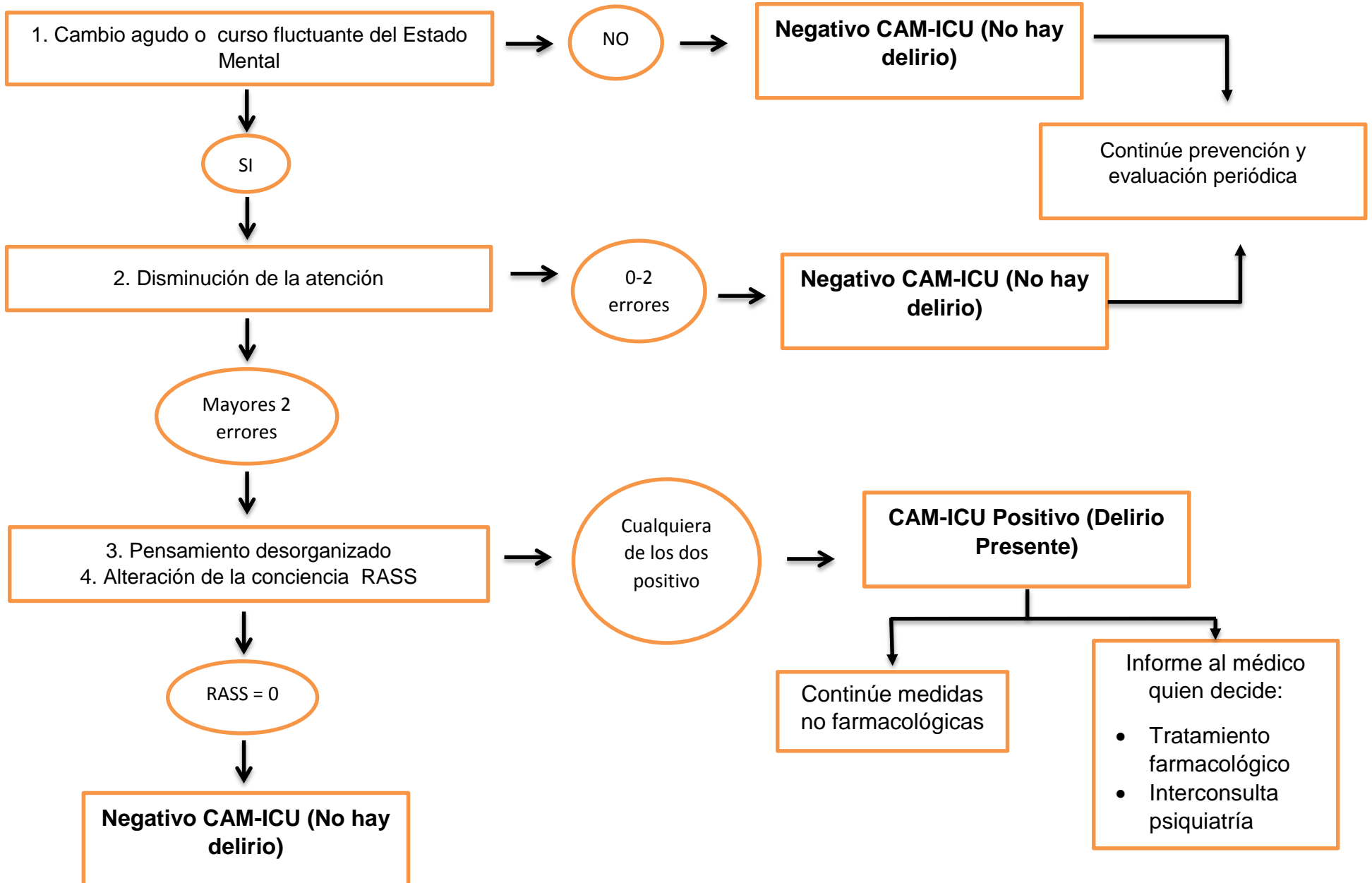
Diga al paciente: “muéstreme cuántos dedos hay aquí”. Enseñe 2 dedos al colocarse delante del paciente. Posteriormente dígame: “haga lo mismo con la otra mano”. Si el paciente es incapaz de mover ambos brazos, para la segunda parte de la orden dígame: “agregue un dedo más”

Si el paciente tiene más de 1 error marque sí.

<p>4. NIVEL DE CONCIENCIA</p> <p>Antes de iniciar la evaluación del delirium, se debe valorar al paciente mediante la escala de agitación y sedación de RASS, mencionando como primer paso en la presente guía. Si el paciente presenta RASS-4 o -5, se considera sedación profunda y no es evaluable. Si el RASS es de -3 a +4 iniciar la valoración</p>	<p>RASS diferente a 0</p>	<p>Si _____</p> <p>No _____</p>
<p>EVALUACIÓN</p> <p>La presencia de los criterios 1 y 2 y la presencia de cualquiera de los criterios 3 o 4 confirman la presencia de delirium.</p>	<p>CAM-ICU Positivo (Delirio Presente)</p>	<p>Si _____</p> <p>No _____</p>

Tomado de: Tobar E., Romero C., Galleguillos T., Fuentes P., Cornejo R., Lira M.T. et al . Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. Med. Intensiva [revista en la Internet]. 2010 Feb [citado 2014 Mayo 21]; 34(1): 04-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912010000100002&lng=es.

DIAGRAMA CAM-ICU



ANEXO 1



[Escriba texto]

ANEXO 2



Tomado de: Tobar E., Romero C., Galleguillos T., Fuentes P., Cornejo R., Lira M.T. et al. Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. Med. Intensiva [revista en la Internet]. 2010 Feb [citado 2014 Mayo 21]; 34(1): 04-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912010000100002&lng=es.

[Escriba texto]

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

La enfermera es líder en todos los procesos de valoración y de la prevención de eventos tales como el delirium en cualquiera de sus expresiones.

MANEJO NO FARMACOLÓGICO: las actividades de enfermería en el manejo no farmacológico deben ir encaminadas a los siguientes aspectos:

MEJORAR EL AMBIENTE:

- Tener en cada cubículo un tablero o una hoja con la fecha, la cual será actualizada a diario por el personal de enfermería, facilitando así la orientación del paciente en la esfera de tiempo.
- Favorecer la comunicación entre el personal de enfermería y la familia, explicándole al grupo familiar la importancia de hablarle al paciente, recordarle quién es, dónde está, cuáles son los miembros de la familia, leerle una carta o un libro, o mostrarle fotos de la familia. En caso de que el paciente no pueda expresarse verbalmente, facilitar papel y esfero, abecedario o apoyarse en la familia que en muchos casos pueden identificar las necesidades del paciente.
- Utilizar la luz del cubículo del paciente sólo si es necesario para contribuir al descanso en la noche, es importante recordar que aunque el paciente este bajo efectos de sedo analgesia o de desorientación el paciente

aún se siente incómodo por contaminación auditiva o visual, por lo cual la enfermera debe procurara el confort del paciente, manejando los tonos de voz del personal; y recordándole al paciente cuando es de día y cuando es de noche por medio de 2 estrategias: 1. El manejo de la luz en la unidad donde en el día se manejaran las luces prendidas. 2. Manejar dibujos que le indique al paciente que es de día o noche como el sol y la luna.

- Evitar sobreestímulos o privación del sueño.
- Mantener objetos familiares al paciente (fotos) la importancia de esta actividad es que estos objetos no deben ir en la cabecera del paciente, siempre debe ir en un tablero donde el paciente las pueda ver y reconocer.

PROPORCIONAR CONFORT:

- Control del dolor, debemos valorar por medio de la escala análoga del dolor, para poder minimizar los efectos propios del dolor.



Escala del dolor de la Fundación Cardioinfantil

[Escriba texto]

- Favorecer el confort del paciente: disminuir el ruido, optimice la temperatura, disminuya la intensidad de la luz, posicionamiento corporal adecuado.
- Orientación día/noche. Orientación fecha y hora. Fácil visualización de relojes o calendarios. Tablero con fecha.
- Permita actividades como lectura, ver televisión, escuchar música, entre otros.
- Si el paciente utiliza gafas, audífonos o prótesis dentales, facilitar su uso tan pronto como su condición lo permita.
- Evitar interrumpir el sueño nocturno. Minimizar estímulos sonoros y luminosos.
- Movilización precoz, sesiones de ejercicios pasivos y activos, limitar dispositivos que reducen la movilidad del paciente (sondas, catéteres, entre otros.)
- Indague si el paciente previamente usaba medicamentos inductores del sueño.
- En la medida de lo posible evite baños, toma de laboratorios, administración de medicamentos durante la madrugada.

SOPORTE PSICOSOCIAL:

- No hablar del paciente en su presencia.
- Favorecer acompañamiento familiar.
- Educación a la familia sobre el manejo del delirium y las actividades que puede hacer para favorecer la mejoría del paciente.
- Apoyo por grupo de psicología de ser necesario.

RESTRICCIÓN FÍSICA:

Puede ser necesario establecer medidas de restricción física, no obstante estos procedimientos con frecuencia se usan en exceso y no están exentos de provocar efectos adversos, como que los pacientes sean más combativos y producir no solo daño neurológico si no daño físico auto infligido, por tal razón la familia debe estar involucrada en el cuidado de nuestros pacientes como entes de cuidado principal, y al implicar a la familia en el cuidado puede disminuir el uso de estas medidas

- Usar únicamente en caso necesario por riesgo evidente de autolesión o agresión a otros.

Recordar que aumenta el riesgo de fracturas, delirio y agitación

[Escriba texto]

La primera opción debe ser el uso de técnicas tranquilizadoras verbales, las cuales incluyen:

- Ser asertivo, hablar con frases breves y claras.
- Tratar de establecer una relación y hacer énfasis en la cooperación.
- Ofrecer una negociación realista y evitar amenazas.
- Realizar preguntas abiertas y tratar de averiguar las causas del enojo o inquietud del paciente.
- Mostrar preocupación, empatía y escuchar con atención.
- No minimizar o ser condescendiente con las preocupaciones expresadas por el paciente.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

En caso de haber instaurado todas las medidas no farmacológicas por parte de enfermería se debe continuar con un trabajo interdisciplinario con el médico y/o psiquiatra para iniciar manejo farmacológico, en cuyo caso se deberá continuar con el monitoreo y valoración por parte de enfermería, teniendo en cuenta:

[Escriba texto]



- Evaluación continua del estado de conciencia con el fin de evitar sobredosificación como efecto secundario a la administración de medicamentos, informar cambios al grupo médico con el fin de modificar dosis.
- Evalúe la calidad del ciclo sueño vigilia.
- Tenga en cuenta alteraciones electrolíticas y control de glicemia que también pueda afectar el estado de conciencia.
- Tenga en cuenta la organización en cuanto a los horarios para administración de medicamentos, que permitan el sueño continuo del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- Palencia E, Romera MA, Silva JA. Delirio en el paciente crítico. Medicina Intensiva. 2008; 32 Supl 1: 77-91.
- Tobar E, Abedrapo M, Godoy J, Romero C. Delirium postoperatorio: Una ventana hacia una mejoría de la calidad y seguridad en la atención de pacientes quirúrgicos. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 64 - Nº 3, Junio 2012; pág. 297-305
- Roach G., Kanchuger M., Mora C. Adverse cerebral outcomes after coronary bypass surgery. N. Eng J. Med. 1996; 335: 1857 – 186
- Carrillo E, Medrano A. Delirium y disfunción cognitiva postoperatorios. Rev Mex Anest. 2011; 34 (3)
- Francis J, Kapoor WN. Prognosis after hospital discharge of older medical patients with delirium. J Am Geriatr Soc. 1992; 40:601-606.
- Tobar E, Romero C, Galleguillos T, Fuentes P, Cornejo R, Lira M, et al. Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. Med. Intensiva [revista en Internet]. 2010 Feb [citado 2014 Mayo 21]; 34(1): 04-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912010000100002&lng=es.
- Conde J. Interrupción diaria de la sedación en pacientes con ventilación mecánica. 1ª Cátedra de clínica médica. Clínica Universidad Nacional de Rosario. Argentina. 2012.