

## 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

ESTANDAR OPERACIONAL DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA  
PREVENCIÓN Y MANEJO NO FARMACOLOGICO DEL DELIRIUM EN LOS  
PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO DE UNA  
ENTIDAD DE SALUD DE IV NIVEL

Presentado por:

PATRICIA ESPITIA CAMACHO

BOGOTÁ

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION

ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA DEL CUIDADO CRÍTICO

2014

ESTANDAR OPERACIONAL DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA  
PREVENCIÓN Y MANEJO NO FARMACOLOGICO DEL DELIRIUM EN LOS  
PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO DE UNA  
ENTIDAD DE SALUD DE IV NIVEL

Presentado por:

PATRICIA ESPITIA CAMACHO

Asesor:

Profesora MYRIAM ABAUNZA DE G.

BOGOTÁ

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION

ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA DEL CUIDADO CRÍTICO

2014

## DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS.

Este trabajo está dedicado a cada uno de los pacientes que he atendido durante el largo transcurso de mi carrera y a sus familias quienes me han hecho sentir que Enfermería es la mejor profesión y han llenado de satisfacción mi trabajo. Gracias a ellos me he dado cuenta de sus necesidades y he decidido realizar este trabajo buscando que sean atendidos con mayor calidad humana

A mis colegas porque compartimos el día a día realizando procesos de Enfermería en beneficio de los demás, a la Universidad de la Sabana que ha hecho posible que se realice un sueño más en mi vida y a nuestras asesoras quienes han sido un apoyo fundamental para su realización.

MUCHAS GRACIAS

## Contenido

1. TÍTULO DEL PROYECTO .....	8
2. PLATAFORMA DEL PROYECTO .....	8
2.1. ENTIDAD DE SALUD DE IV NIVEL .....	8
2.1.1. Involucrados directos .....	9
2.1.2. Involucrados indirectos.....	9
2.1.3. Misión.....	10
2.1.4. Visión .....	10
2.1.5. Objetivos estratégicos .....	10
2.1.6. Valores .....	11
2.1.7. Principios.....	11
2.1.8. Organigrama .....	12
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
3.1. ARBOL DEL PROBLEMA .....	13
4. JUSTIFICACION.....	14
5. SOPORTE TEORICO .....	15
5.1. BETTY NEWMAN “MODELO DE SISTEMAS” .....	15
6. SOPORTE CONCEPTUAL.....	17
6.1. DELIRIO .....	17
6.2. CAM ICU .....	19
6.3. PREVENCION.....	19
6.4. NIVELES DE EVIDENCIA .....	19
6.5. GRADOS DE RECOMENDACIÓN.....	20
6.6. ESTANDAR OPERACIONAL .....	21
7. OBJETIVO GENERAL.....	21
7.2. ARBOL DEL OBJETIVO.....	22
8. NEGOCIACION .....	22
9. ESTRATEGIA METODOLOGICA.....	23
9.1. MATRIZ DEL MARCO LOGICO.....	24
10. RESULTADOS .....	26
11. CONCLUSIONES.....	27

12.	RECOMENDACIONES .....	27
13.	LIMITACIONES .....	27
14.	ANEXOS .....	28
14.1.	PRESUPUESTO .....	28
14.2.	CRONOGRAMA.....	29
14.3.	ESTANDAR OPERACIONAL DE INSTITUCION DE IV NIVEL .....	29
14.4.	SONDEO DE OPINION.....	37
14.5.	TEST .....	38
14.6.	Resultados SONDEO DE OPNION.....	39
14.7.	RESULTADOS TEST .....	41
14.8.	TABLA DE RASS ENTREGADA.....	43
14.9.	TABLA DEL CAM ICU ENTREGADA.....	44
14.10.	LIBRO DE EVALUACION DE DELIRIUM ENTREGADO.....	44
15.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	45

## **1. TÍTULO DEL PROYECTO**

Estándar operacional de Intervenciones de Enfermería en la prevención y manejo no farmacológico del delirium en los pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto de una entidad de salud de IV nivel.

## **2. PLATAFORMA DEL PROYECTO**

### **2.1. ENTIDAD DE SALUD DE IV NIVEL**

El hospital cuenta con 4 salas de cuidado intensivo y un total de 25 camas para: Neonatos, Médica, Pediátrica y Médica y Quirúrgica.

Estas salas ofrecen atención de cabecera (es decir frente al paciente) y todas las alternativas terapéuticas, con la más alta tecnología, las 24 horas del día.

El servicio de Medicina Critica está conformado por la Unidad de Cuidado Intensivo Quirúrgico, la Unidad de Cuidado Intensivo Medico y Cuidado Intermedio, donde se presta la atención médica a los pacientes adultos críticos que llegan al Hospital.

Cuenta con 16 camas de cuidado crítico y 6 de cuidado intermedio, atendido por un equipo médico especializado, enfermería y terapia respiratoria debidamente entrenados en medicina critica, además de una dotación en equipos de alta tecnología, suficientes para asegurar la mejor atención médica.

Los indicadores de calidad seguidos y evaluados en cuidado intensivo, son fiel reflejo del alto nivel científico de prestación de servicio médico que se ofrece a los pacientes, Ejemplo de ello son los 3.5 días de estancia, tasa de infección nosocomial relacionada con intubación oro traqueal y ventilación mecánica por debajo de los estándares internacionales y nivel de ocupación del 85% promedio.

Las 3 unidades de cuidado intensivo, se dividen por especialidad: una UCI quirúrgica (7 camas) que atiende solo patologías de pacientes pre y post quirúrgicos, y trauma, una UCI médica (9 camas) donde se atienden patologías para tratamiento médico como Cardiovasculares, Respiratorias, Gastrointestinales, Infecciosas, neurológicas, nefrológicas, endocrinológicas entre otras, y una UCI Intermedia (6 camas) que atiende pacientes de diferentes patologías que no necesitan estar en la unidad de cuidado intensivo, pero que si requieren estar

monitorizados constantemente. Todos los paciente son mayores 15 años, sexo masculino y femenino, hay 10 Enfermeras por cada turno, 4 auxiliares de Enfermería por cada turno, 2 Médicos Especialistas por cada turno y residentes los cuales el número varía dependiendo su asignación.<sup>1</sup>

### **2.1.1. Involucrados directos**

Profesionales de Enfermería de la unidad de cuidado intensivo, con estudios de pregrado y postgrado la mayoría especialistas en Cuidado Critico, Nefrología, Cardiorrespiratorio, con experiencia acreditada en cuidado intensivo, hombre y mujeres, con edades entre 22 años y 55 años.

### **2.1.2. Involucrados indirectos**

Pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivos, hombres y mujeres mayores 15 años de edad.

Residentes: hombres y mujeres mayores de 25 años estudiantes de Cuidado Critico, Medicina interna, anestesia, cardiología, cirugía general y urgencias.

Auxiliares de Enfermería: hombres y mujeres mayores de 18 años con título de técnicos auxiliares de enfermería.

Medico: Hombres y Mujeres mayores de 28 años con Especialización en Cuidado Intensivo, Cardiología, Anestesia, Nefrología, Cirujano General, Medicina Interna.

Directivo: Hombres y mujeres, mayores de 30 años de edad, Coordinadores de la unidad, Directivos del hospital

Familia: Hombres y mujeres, mayores de 15 años.

---

<sup>1</sup> Referencia: Institución de IV de nivel donde se realizó el trabajo.



### **2.1.3. Misión**

Somos un Hospital universitario general, de alta complejidad, enfocado en servir al paciente, a su familia y a la comunidad mediante:

- Un esfuerzo permanente por mejorar la calidad y garantizar la seguridad en todos nuestros procesos.
- La calidad y la alta especialización de nuestro cuerpo médico, nuestro personal de salud y en general, de todos nuestros colaboradores.
- La tecnología de punta.
- Nuestra vocación académica e investigativa
- Una óptima gestión administrativa – financiera <sup>2</sup>

### **2.1.4. Visión**

El hospital universitario es reconocido como el “hospital más seguro de América Latina” al ser evaluado mediante los criterios de publicación “ Best Hospitals”, sobresale por su excelencia en los campos de la oncología, las enfermedades cardiovasculares, la genética y la biología molecular, la geriatría, la medicina crítica, los trasplantes, las neurociencias y la cirugía.

Su enfoque centrado en garantizar la seguridad al paciente y a su familia, la calidad y alta especialización de su cuerpo médico y de enfermería, su tecnología de punta, su cultura digital, la vocación académica e investigativa, una óptima gestión administrativa y financiera, y los esfuerzos permanentes por mejorar la calidad de todos sus procesos, son características que distinguen al Hospital Universitario de la Fundación Santafé de Bogotá y explican por qué recibe día a día pacientes de todas las regiones del país y del exterior<sup>3</sup>.

### **2.1.5. Objetivos estratégicos**

- Ser reconocidos como la institución hospitalaria más segura para los pacientes en Colombia.

---

<sup>2</sup> Ibid. p. 8

<sup>3</sup> Ibid. p. 8

- Ser reconocidos por nuestra calidez y excelente nivel de servicio al paciente y a su familia
- Mantener la excelencia en la gestión clínica
- Servir de espacio docente para la facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, manteniendo la satisfacción y calidad de los servicios.
- Mantener y aumentar el prestigio y liderazgo médico-científico.
- Aumentar la capacidad de la prestación de los servicios en las áreas críticas
- Garantizar el crecimiento y la sostenibilidad económica<sup>4</sup>

#### **2.1.6. Valores**

- Honestidad
- Excelencia
- Carácter

#### **2.1.7. Principios**

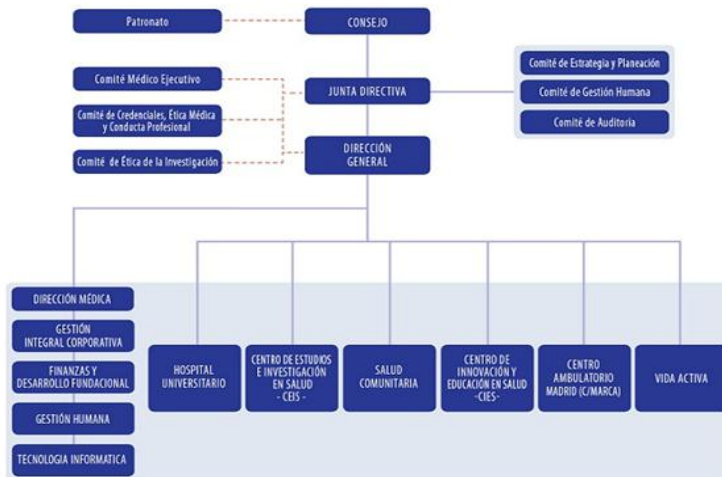
- Respeto
- Responsabilidad
- Creatividad
- Compromiso

---

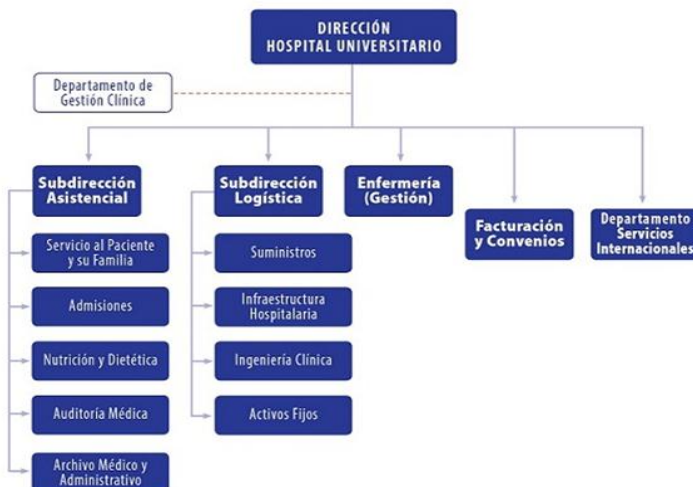
<sup>4</sup> Ibid. P. 8

## 2.1.8. Organigrama

### ORGANIGRAMA GENERAL 2013



### ORGANIGRAMA DIRECCIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO 2013



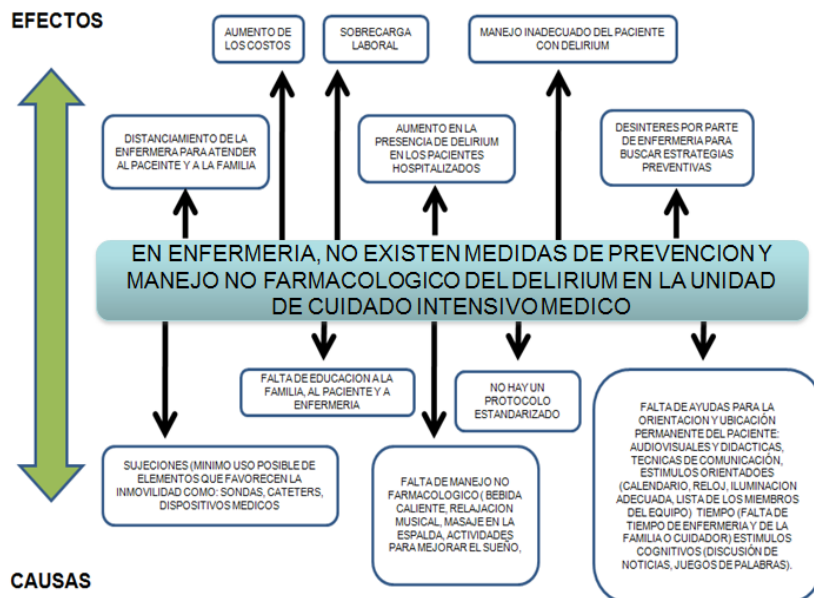
La subdirección de enfermería depende de la dirección general la cual se encuentra en el Hospital Universitario. (Fuente Institucional)<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Ibid. P. 8

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe una guía médica para el manejo del delirium pero no hay un estándar operacional donde se señalen las actividades que puede realizar el personal de enfermería para la prevención y manejo no farmacológico del delirium en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo adulto, la familia en muchas ocasiones manifiesta que no tienen tiempo para estar con los pacientes en su cuidado, teniendo un valor agregado en la institución y es que las visitas son 24 horas continuas en la unidad de cuidado intensivo, hacen falta ayudas para la orientación y ubicación permanente del paciente (estímulos orientadores, técnicas de comunicas, ayudas audiovisuales) este problema con lleva a que los pacientes a los pocos días de encontrarse en la unidad, empiecen a presentar el llamado delirium, lo que aumenta los costos, la mortalidad, la estancia hospitalaria, las complicaciones y eventos adversos como retiro de catéteres y autoextubacion.

#### 3.1. ARBOL DEL PROBLEMA



#### 4. JUSTIFICACION

En la Unidad de Cuidado Intensivo de la entidad de salud de IV nivel, hay presencia de delirium, este acompaña el cuadro clínico del paciente y está asociado con múltiples complicaciones y resultados adversos, esto se da por qué no se conocen las medias preventivas para manejarlo y se debe capacitar tanto a los profesionales de enfermería, como al paciente y a la familia en las actividades o intervenciones que se pueden realizar para prevenirlo y manejarlo no farmacológicamente. En muchas ocasiones la familia manifiesta que no tienen tiempo para estar con los pacientes en su cuidado teniendo en cuenta que la institución tiene un valor agregado y es que las visitan son 24 horas continuas, existe la guía de manejo médico para el delirium pero no hay un Estándar operacional escrito donde se identifiquen las actividades que puede realizar el personal de Enfermería para la prevención y el manejo no farmacológico del delirium, hacen falta ayudas para la orientación y ubicación permanente del paciente (estímulos orientadores, técnicas de comunicación, ayudas audiovisuales) este problema con lleva a que los pacientes a los pocos días de encontrarse en la unidad, empiecen a presentar el llamado delirium, a su vez este aumenta la mortalidad, la estancia hospitalaria, aumento de los costos en salud, aumenta las complicaciones y eventos adversos como retiro de catéteres y autoextubacion. Por otro lado, el delirio puede ser un predictor de deterioro cognitivo<sup>6</sup> a largo plazo de los sobrevivientes de enfermedades críticas y aumenta la carga laboral del personal que se desempeña en las unidades de cuidado intensivo.

A menudo el delirium no es reconocido, y los síntomas detectados se atribuyen a otros estados como demencia, depresión u otros síndromes. El delirium es una condición clínica común en ancianos hospitalizados poco reconocida y tratada, conlleva a una elevada mortalidad y morbilidad, es causa de discapacidad y dependencia, aumenta considerablemente el riesgo de institucionalización además de elevar los costos de la atención medica con alto impacto social y familiar<sup>7</sup>.

Lo que se puede mejorar con el diseño de un estándar operacional de intervenciones de Enfermería para la prevención y el manejo no farmacológico del delirium.

Se realizó un sondeo de opinión donde el 100% de las Enfermeras de la Unidad de Cuidado Intensivo de la entidad de cuarto nivel manifiestan que han tenido

---

<sup>6</sup> E. Wesley Ely, El delirio en pacientes ventilados mecánicamente Validez y Fiabilidad del Método de Evaluación de la confusión de la Unidad de Cuidados Intensivos (CAM-ICU). *JAMA* 2001; 286 (21): 2703-2710. doi: 10.1001/jama.286.21.2703.

<sup>7</sup> Nathan E. Preventing Delirium in the Intensive Care Unit, Brummel & Girard pag. 51 – 66.

pacientes con delirium, el 100% dicen saber que es el delirium, el 53.33% manifiestan que el delirium se ha presentado algunas veces, 36,6% dice que casi siempre los pacientes en la unidad presentan delirium y un 6,66% dicen que siempre los pacientes presentan delirium en la unidad de cuidado intensivo. Del 100% de las Enfermeras de la unidad solo el 63,33 % realizan la valoración del CAM ICU al paciente durante la estancia en uci y al final encontramos que solo el 6.66% de las enfermeras realizan actividades no farmacológicas para el manejo del delirium únicamente, la mayoría manifiestan que siempre realizan las dos actividades.

## 5. SOPORTE TEORICO

### 5.1. BETTY NEWMAN “MODELO DE SISTEMAS”

Betty Newman es una enfermera que trabajó en Salud Mental. Fue pionera en salud mental comunitaria en la década de los 60. Su teoría se publica en 1.972. Inició el desarrollo de su modelo mientras era profesora de salud comunitaria en la Universidad de UCLA. California (Los Ángeles). El modelo nace como respuesta de la petición de sus alumnos de post-grado. Posteriormente se doctoró en Psicología en 1.985.<sup>8</sup>

El modelo de **Betty Newman**, organizado alrededor de la reducción de tensión, se ocupa primordialmente *de los efectos y de las reacciones ante la tensión*, en el desarrollo y mantenimiento de la salud. La persona se describe como un sistema abierto que interactúa con el medio ambiente para facilitar la armonía y el equilibrio entre los ambientes interno y externo.

Refiere que la salud depende de cómo la persona tras la retroalimentación ha experimentado el significado que para él representa ó entiende su grado de bienestar o enfermedad. La conciencia que tiene sobre ello, es una fusión entre la salud y la enfermedad<sup>9</sup>.

Enfermería es el facilitador que ayuda a un individuo, familia o comunidad a centrarse en su patrón específico mediante la negociación. La intervención de enfermería tiene por objeto reducir los factores que generan tensión y las condiciones adversas que afectan o podrían afectar el funcionamiento óptimo en la situación determinada de un cliente. La intervención de enfermería se lleva a cabo mediante la **prevención primaria** que se realiza antes de que la persona entre en contacto con un productor de tensión. La meta es evitar que el productor de tensión penetre en la línea normal de defensa o disminuya el grado de reacción reduciendo la posibilidad de hacer frente al productor de tensión, debilitando su fuerza. La **prevención secundaria** es conveniente después de que el productor de tensión

---

<sup>8</sup> Duarte Lucia. Teorías en Enfermería. (2012) <http://www.slideshare.net/enfsoledadunemeirapuato/modelos-y-teoras-de-enfermera>.

<sup>9</sup> Raile, A. Martha. Tomey, M, Ann, (2011) Enfermeros <http://modelosenfermeros2013.blogspot.com/2013/06/modelo-de-sistemas-betty-neuman.html#/2013/06/modelo-de-sistemas-betty-neuman.html>. Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona España: Elsevier.

penetra la línea normal de defensa. La atención incluye la atención oportuna de casos, y la planificación y evaluaciones de las intervenciones relacionadas con los síntomas. La **prevención terciaria** acompaña al restablecimiento del equilibrio. El punto central está en la reeducación para evitar que vuelva a suceder lo mismo, la readaptación, y la conservación de la estabilidad<sup>10</sup>.



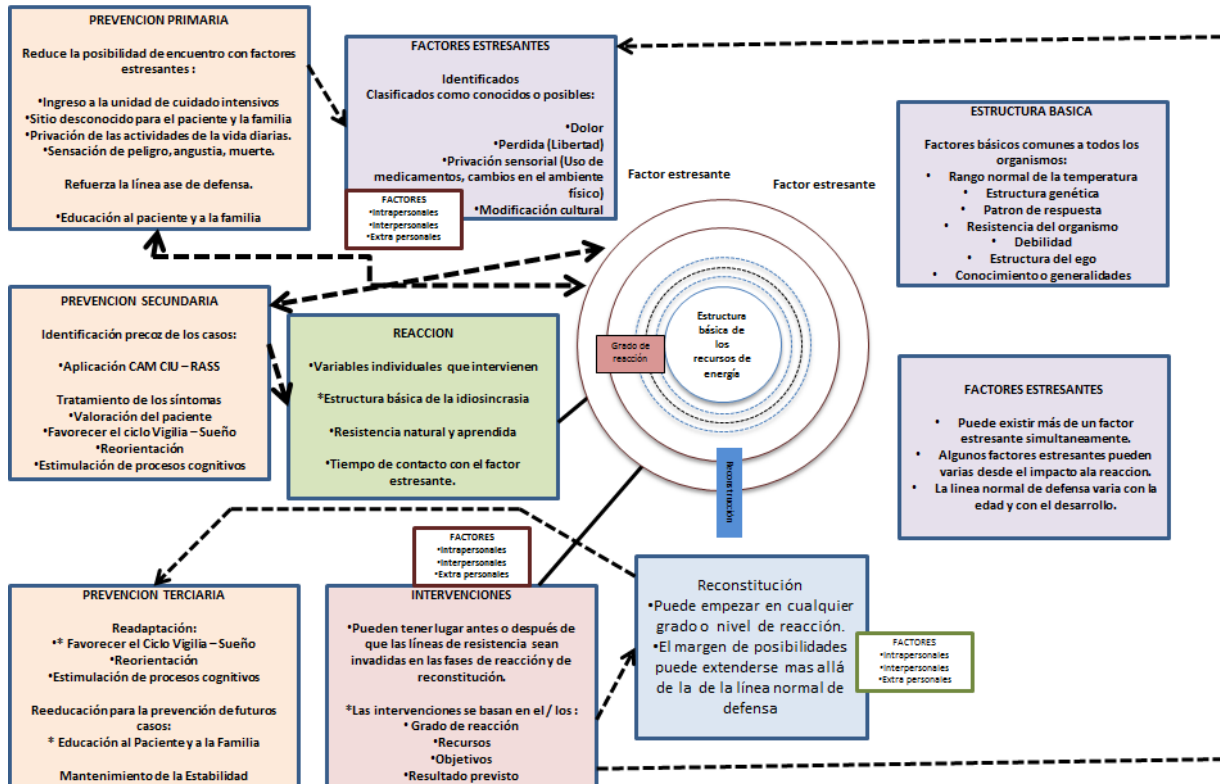
11

<sup>10</sup> Duarte. L. Óp. cit., p. 14

<sup>11</sup> Gonzalo, A. All rights reserved (2011) Theoretical Foundations of Nursing <http://nursingtheories.weebly.com/betty-neuman.html> Betty Newman the Newman Systems Model.

## 5.2. MODELO DE LOS SISTEMAS DE NEWMAN ADAPTADO A LA PREVENCIÓN Y MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DELIRIO

MODELO DE LOS SISTEMAS DE NEWMAN ADAPTADO A LA PREVENCIÓN Y MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DELIRIO



12

## 6. SOPORTE CONCEPTUAL

### 6.1. DELIRIO

El delirio se define como una alteración de la conciencia con inatención, acompañada de alteraciones cognitivas y/o de percepción que se desarrollan en un

<sup>12</sup> Fuente: elaborado por la autora de este proyecto de gestión en conjunto con Gloria Lalinde, aspirante al post grado de Cuidado Crítico de la Universidad de la Sabana.



corto período de tiempo (horas o días) y fluctúan con el tiempo. Los cambios cognitivos se manifiestan como alteraciones de la memoria, desorientación, agitación o habla confusa. Las alteraciones de la percepción se manifiestan como alucinaciones (usualmente visuales), ilusiones y/o desilusiones. A menudo el delirio se confunde con la demencia, pero las alteraciones cognitivas que se presentan en ambas son diferentes. La demencia se define como una alteración de la memoria y la alteración cognitiva asociada a ella. Se desarrolla en meses o años y empeora progresivamente. El diagnóstico diferencial entre ambas es posible en la mayoría de los casos.<sup>13</sup>

El delirio de acuerdo con el nivel de alerta y de actividad psicomotora se clasifica en:

1. Hiperactivo (30%): se caracteriza por agitación, agresividad, inquietud, labilidad emocional, tendencia a retirarse sondas, catéteres y tubos.
2. Hipoactivo (24%): se caracteriza por letárgica, indiferencia afectiva, apatía y disminución en la respuesta a estímulos externos. Con el empleo de medicamentos psicoactivos es más prevalente que el hiperactivo. Se asocia a la prolongación de la estancia hospitalaria y a un incremento de la mortalidad.
3. Mixto (46%): presenta características de los dos anteriores.

Incluye en el desarrollo un modelo predictivo de delirium, este se divide en los factores de riesgo en dos categorías:

1. Pre disponentes. Ingresan con estos factores en el hospital e indican la vulnerabilidad basal. En esta categoría figuran: edad superior a los 70 años, procedencia de una residencia/asilo, depresión o demencia, accidente cerebrovascular previo, epilepsia, uso de medicamentos psicoactivos, alcoholismo o ingesta de drogas ilícitas, hipo o hipernatremia, hipo o hiperglicemia, hipo o hipertiroidismo, hipotermia o fiebre, insuficiencia hepática, renal o cardíaca, shock, desnutrición, procedimientos invasivos y enclaustramiento
2. Precipitantes. Incluyen estímulos nociceptivos o lesiones, o factores relacionados con la hospitalización

---

<sup>13</sup> E. Celis- Rodríguez, Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo (2012)  
Disponible en: <http://www.fepimcti.org/documentos/GUIADESEDOANALGESIAENUCI2013.pdf>.

Ante un factor predisponente, la presencia de uno precipitante favorece la aparición de delirio. Las benzodiacepinas, opioides y otros medicamentos psicoactivos incrementan entre 3 y 11 veces el riesgo de desarrollar delirio. Entre los opioides, el fentanilo es el que lo induce con más frecuencia.<sup>14</sup>

## 6.2. CAM ICU

Confusión Assessment Method for the Intensive Care Unit método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos. En idioma español escala para el diagnóstico de delirium<sup>15</sup>.

## 6.3. PREVENCIÓN

Del latín *praeventio*, prevención es la acción y efecto de prevenir (preparar con antelación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, avisar a alguien de algo)<sup>16</sup>.

## 6.4. NIVELES DE EVIDENCIA

Los cuatro niveles de evidencia provienen de experimentos y observaciones que poseen un nivel metodológico en términos de cantidad de casos, del azar y de la calidad del instrumento utilizado - que dan suficiente confianza y validez al mismo para hacer recomendaciones científicas - hasta de opiniones de autoridades respetadas, basadas en experiencias no cuantificadas o en informes de comités de expertos.<sup>17</sup>

NIVEL DE EVIDENCIA I. Obtenida de por lo menos un experimento clínico controlado, adecuadamente aleatorizado, o de una meta análisis de alta calidad.

---

<sup>14</sup> E. Celis- Rodríguez. Óp. cit., p. 17

<sup>15</sup> E. Celis- Rodríguez. Óp. cit., p. 17

<sup>16</sup> Definición. De (2014) <http://definicion.de/prevencion/>

<sup>17</sup> Guía de intervenciones en Enfermería basada en la evidencia científica convenio instituto de seguro social, asociación colombiana de Facultades de Enfermería "ACOFAEN" Guía de Intervención de Enfermería Cuidado de Enfermería al anciano en su ambiente domiciliario y ambulatorio pág. 12-13 Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0022.pdf>

NIVEL DE EVIDENCIA II. Obtenida de por lo menos un experimento clínico controlado, adecuadamente aleatorizado o de un meta análisis de alta calidad, pero con probabilidad alta de resultados falsos positivos o falsos negativos.

NIVEL DE EVIDENCIA III.1. Obtenida de experimentos controlados y no aleatorizados, pero bien diseñados en todos los otros aspectos.

NIVEL DE EVIDENCIA III.2. Obtenida de estudios analíticos observacionales bien diseñados tipo cohorte concurrente o casos y controles, preferiblemente multicéntricos o con más de un grupo investigativo.

NIVEL DE EVIDENCIA III.3. Obtenida de cohortes históricas (retrospectivas), múltiples series de tiempo, o series de casos tratados.

NIVEL DE EVIDENCIA IV. Opiniones de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica no cuantificada, o en informes de comités de expertos.<sup>18</sup>

## **6.5. GRADOS DE RECOMENDACIÓN**

Los cinco grados de recomendación surgen de los anteriores niveles de evidencia, así:

GRADO DE RECOMENDACIÓN A: Existe evidencia satisfactoria (por lo general de Nivel I) que sustenta la recomendación para la intervención o actividad bajo consideración.

GRADO DE RECOMENDACIÓN B: Existe evidencia razonable (por lo general de nivel II, III.1 o III.2) que sustenta la recomendación para la intervención o actividad bajo consideración.

GRADO DE RECOMENDACIÓN C: Existe pobre o poca evidencia (por lo general de Nivel III o IV) que sustenta la recomendación para la intervención o actividad bajo consideración.

GRADO DE RECOMENDACIÓN D: Existe evidencia razonable (por lo general de Nivel II, III.1 o III.2) que sustenta excluir o no llevar a cabo la intervención o actividad en consideración.

---

<sup>18</sup> Ibid. P. 18

GRADO DE RECOMENDACIÓN E: Existe evidencia satisfactoria (por lo general de Nivel I), que sustenta excluir o no llevar a cabo la intervención o actividad en consideración.<sup>19</sup>

## **6.6. ESTANDAR OPERACIONAL**

El estándar operacional es el documento que describe las condiciones necesarias con las que se debe contar para ejecutar adecuadamente la actividad correspondiente. Se elabora un estándar operacional para aquellas actividades que tengan muchos pasos y/o que sean actividades que requieren un cuidado especial. Ej. toma de muestras de laboratorio, verificación de derechos de atención de pacientes, guía de manejo del paciente con dolor lumbar.<sup>20</sup>

## **7. OBJETIVO GENERAL**

Diseñar, implementar y evaluar el Estándar operacional de intervenciones de Enfermería para la prevención y el manejo no farmacológico del delirium en las Unidades de Cuidado Intensivo Adulto de una entidad de salud de IV nivel.

### **7.1. OBJETIVO ESPECIFICO**

Sensibilizar al profesional de Enfermería para el manejo del estándar operacional de la prevención y manejo no farmacológico del delirium en los pacientes de la unidad de cuidado intensivo adulto de la entidad de salud de IV nivel.

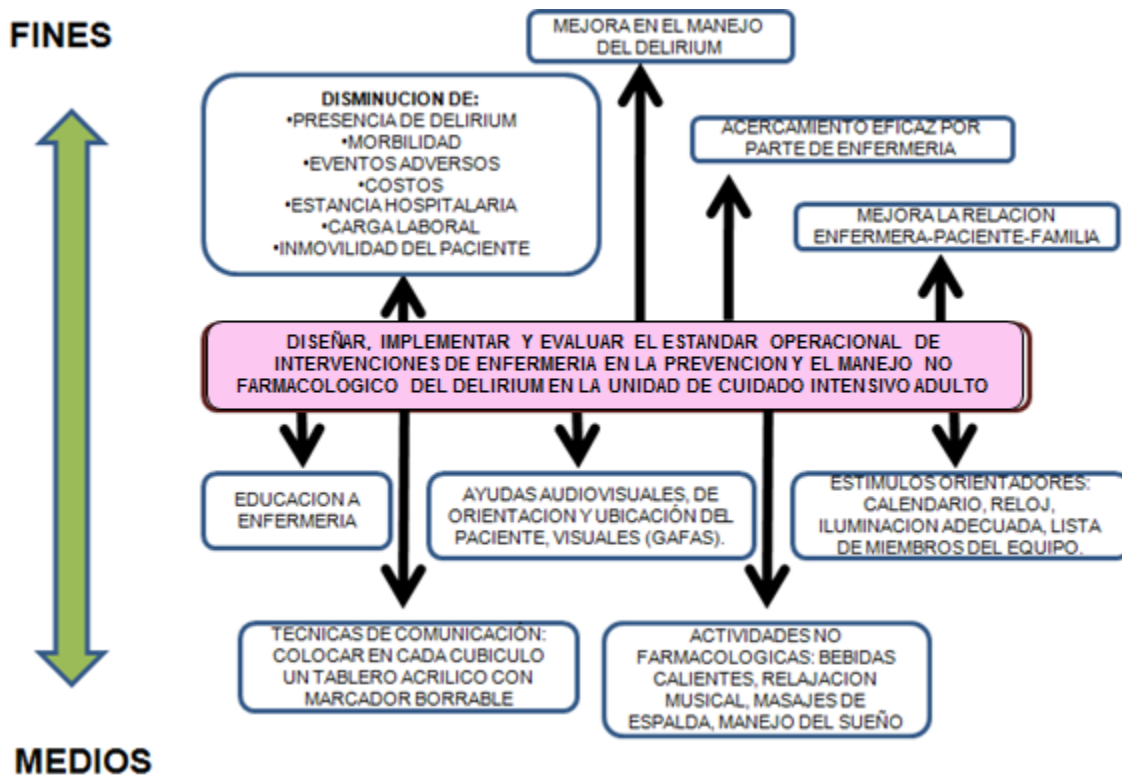
---

<sup>19</sup> Ibid. P. 18

<sup>20</sup> SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, GUÍA DE DOCUMENTOS Y REGISTROS, APY-DEPCAL-GUIA-001. Fecha de Aprobación: 10/02/2014. Versión No. 4.0. Fecha de revisión: 16/02/2011 de la Institución de IV nivel donde se realizó el estándar.

Utilizar ayudas audiovisuales y didácticas para prevención y manejo no farmacológico del delirium en los pacientes de la unidad de cuidado intensivo adulto de dos entidades de salud de IV nivel.

## 7.2. ARBOL DEL OBJETIVO



## 8. NEGOCIACION

- Se pide autorización al Jefe de la unidad, a la coordinadora, y al Jefe de Educación de la Institución prestadora de servicios de IV nivel.
- Por políticas institucionales no se colocara el nombre de la institución en el trabajo.

- El día 24 de julio se hace entrega formal del estándar y el trabajo realizado al jefe de la unidad y a la coordinadora para su revisión y aprobación (se anexa carta de entrega).
- El 4 de agosto el Jefe y la coordinadora de la unidad devuelven el documento revisado con las correcciones respectivas para pasarlo a calidad.
- Se realizan las respectivas correcciones.
- No se realizara ningún trabajo si la Coordinadora no se encuentra en la institución.
- Se realizara el sondeo de opinión a los Enfermeros de la unidad de cuidado intensivo.
- En la Segunda semana de septiembre se realizaron cuatro sesiones educativas tratando que el 100% del personal de Enfermería de la unidad conozca el estándar y empiecen a realizar las actividades allí descritas con sus pacientes.
- Se entregan tarjetas de aplicación de RASS y CAM ICU a cada uno de los profesionales de Enfermería para facilitar la evaluación a los pacientes
- Se realizara un test luego de la capacitación.
- Se autorizaron los acrílicos y el reloj de pared por unidad.
- Y el estándar se encontrara fácilmente en la página institucional para que todos lo puedan consultar.
- Se habla con la Jefe de Educación de la institución quien recibe el documento y luego de revisarlo lo pasara para publicación en la revista de Enfermería de la Institución.

## **9. ESTRATEGIA METODOLOGICA**

La matriz del marco lógico fue la herramienta que se utilizó para resumir las características principales del proyecto, facilito el proceso de identificación del diseño, la ejecución y evaluación del mismo.

## 9.1. MATRIZ DEL MARCO LOGICO

Componentes del proyecto	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
<p><b>Fin (objetivo global)</b> Diseñar, implementar y evaluar el Estándar operacional de intervenciones de Enfermería para la prevención y el manejo NO FARMACOLOGICO del delirium en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto.</p>	<p>Estándar operacional en físico para la institución</p>	<p>Registro de las actividades y de las escalas de valoración en la historia clínica del paciente</p>	<p>No aceptación de las enfermeras de la unidad en la participación durante las actividades desarrolladas en el proyecto de gestión.</p>
<p><b>Propósito (objetivo del proyecto)</b> Sensibilizar al personal para la implementación del Estándar operacional de la prevención y manejo NO FARMACOLOGICO del delirium en los pacientes de la unidad de cuidado intensivo adulto.</p>	<p>Numero de enfermeras que se capacitan X 100 <hr/>Número de Enfermeras totales</p>	<p>Lista de asistencia a la capacitación con el número de personas que asisten.</p>	<p>La no capacitación del 100% del profesional de enfermería Falta de interés institucional para apoyar un plan de gestión que permita desarrollar habilidades comunicativas para detección temprana del delirium No motivación de las enfermeras para participar en el desarrollo de un proyecto de gestión que mejore sus capacidades laborales.</p>

<p><b>Resultados</b></p>	<p>Numero de enfermeras que presentan el sondeo X 100</p> <hr/> <p>Numero de Enfermeras totales</p> <p>Numero de enfermeras que presentan la evaluación post test X 100</p> <hr/> <p>Numero de Enfermeras totales</p> <p>Numero de enfermeras que reciben las escalas de valoración X 100</p> <hr/> <p>Numero de Enfermeras totales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formatos de sondeo</li> <li>• Evaluaciones escritas del post test</li> <li>• Preparación de la capacitación de realizar en cada institución</li> </ul>	
<p><b>Actividades</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sondeo: Encuesta, conocimiento</li> <li>• Sensibilización a través de las capacitaciones.</li> <li>• Capacitaciones en intervenciones NO FARMACOLOGICAS para prevención y manejo del delirium a los profesionales de Enfermería</li> <li>• Socialización del Estándar Operacional.</li> <li>• Test post conocimientos</li> <li>• Ayudas visuales (gafas)</li> <li>• Ayudas Audiovisuales y didácticas</li> <li>• Ayudas para orientación y</li> </ul>	



		ubicación permanente • Técnicas de comunicación( colocar en cada cubículo con marcador borrable)	
--	--	---	--

Fuente: elaborado por la autora de este proyecto de gestión en conjunto con Gloria Lalinde, aspirante al post grado de Cuidado Crítico de la Universidad de la Sabana.

## 10.RESULTADOS

- Fue autorizado la realización de Este proyecto en la institución de cuarto nivel.
- Fue aprobado por los Jefes de la Unidad de Cuidado Intensivo.
- Se realizaron las capacitaciones en 4 sesiones a los profesionales de Enfermería donde se obtuvo un resultado del 75% del personal total capacitado. Ver anexo 6.
- Del 75% del personal capacitado el 100% presento el Sondeo de opinión. Ver anexo 6.
- Del 75% del personal capacitado presento el 100% de test al final de la capacitación. Ver anexo 7
- Al 100% del personal de Enfermería de la unidad de cuidado intensivo adultos se le entrego las Escalas de valoración de RASS y CAM ICU. Ver anexo 8.
- Actualmente el 100% de las Enfermeras están realizando la valoración del delirium en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto como se planteó en el estándar operacional. Ver anexo 9.
- Está pendiente que lleguen los acrílicos que se mandaron a realizar junto con el reloj para cada cubículo.
- Se entregó el documento realizado a la Enfermera de Educación de la Institución, quien se encarga de enviarlo a calidad para subirlo a los documentos de la institución vía intranet y lo entrega para ser publicado en la revista de Enfermería de la Institución. Ver anexo 3.

## **11. CONCLUSIONES**

- Es un trabajo que ha sido muy bien aceptado por las Enfermeras de la unidad de cuidado intensivo ya que todos vemos la necesidad a diario de dar un valor agregado a los cuidados del paciente hospitalizado buscando mejorar su calidad de vida.
- Se realizó con satisfacción la sensibilización de la prevención del delirium como prioridad antes de iniciar el manejo farmacológico.
- Se realizaron correcciones con relación a la aplicación de las Escalas de valoración del Delirium.

## **12. RECOMENDACIONES**

- Realizar un estudio de investigación de prevalencia de delirium en la unidad de cuidado intensivo por parte Enfermería.
- Continuar con las capacitaciones hasta completar el 100% de las enfermeras capacitadas.
- Realizar un curso virtual de prevención y manejo no farmacológico de delirium para el personal de enfermería que desea realizarlo, teniendo en cuenta que hay personas nuevas constantemente en el servicio.

## **13. LIMITACIONES**

Es un trabajo que se inició para implementar en dos instituciones pero a lo largo de él y por políticas institucionales cada persona tuvo que realizar un trabajo diferente en cada institución.

No fue posible capacitar al 100% del personal porque se encuentran laborando en otras instituciones y no asistieron a pesar de la convocatoria.

No fue posible lograr el cambio del horario de toma de laboratorios por la cantidad de muestras procesadas en la institución y la necesidad de tener los resultados antes de iniciar las revistas médicas.

## 14. ANEXOS

### 14.1. PRESUPUESTO

RECURSOS HUMANOS	TIEMPO/horas	CANTIDAD	CANTIDAD/ VALOR	COSTO TOTAL
Personas que elaboran el proyecto	120	1	50.000	6.000.000
Asesor experto	60	1	250.000	15.000.000
<b>RECURSOS FISICOS</b>				
Fotocopias		200	100	20.000
Computador		1	2.500.000	2.500.000
Internet		9	100.000	900.000
Proyector		1	100.000	100.000
Señalador		2	5.000	10000
Impresiones		200	50	10000
Manuales del CAM CIU		6	30.000	180.000
Escalas de valoración		80	2.000	160.000
<b>TOTAL</b>				<b>24.880.000</b>

## 14.2. CRONOGRAMA

	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
SE PRESENTA EL PROBLEMA DETECTATO	6,7 Y 8							
BUSQUEDA Y ANALISIS DE LITERATURA RELACIONADA CON EL TEMA SELECCIONADO	9	2						
PRESENTACION DEL PORYECTO PRELIMINAR			3,4 Y 5					
SOCIALIZACION EN LA CLINICA PARA LA REALIZACION DEL PROYECTO			10					
ASESORIA DEL PROYECTO Y CORRECCIONES				5, 6 Y 7				
ASESORIA DEL PROYECTO Y CORRECCIONES					10,11 Y 12			
ASESORIA DEL PROYECTO Y CORRECCIONES						7, 8 Y 9		
ASESORIA DEL PROYECTO Y CORRECCIONES							5	
REALIZACION DE SONDEO							15 Y 16	
CAPACITACION Y PRESENTACION DEL ESTANDAR OPERACIONAL EN LA INSTITUCION							15 Y 16	
PRESENTACION DEL POST TEST							15 Y 16	
ENTREGA DE ESCALAS Y ACRILICOS A LA INSTITUCION							15 Y 16	
ENTREGA DEL ESTANDAR OPERACIONAL A LA JEFE DE EDUCACION DE LA INSTITUCION PARA SU PUBLICACION							30	
PRESENTACION TRABAJO FINAL								9
SUSTENTACION TRABAJO FINAL								11

## 14.3. ESTANDAR OPERACIONAL DE INSTITUCION DE IV NIVEL

El estándar operacional es el documento que describe las condiciones necesarias con las que se debe contar para ejecutar adecuadamente la actividad correspondiente. Se elabora un estándar operacional para aquellas actividades que tengan muchos pasos y/o que sean actividades que requieren un cuidado especial. Ej: toma de muestras de laboratorio, verificación de derechos de atención de pacientes, guía de manejo del paciente con dolor lumbar.

**Nombre del Estándar Operacional:** Describa en forma clara y resumida la actividad que desea estandarizar. Ej: Elaboración de orden de compra.

**Código:** Coloque aquí el número del código asignado al estándar operacional. La codificación es asignada por el Administrador de Documentos de cada área

**Versión No.:** Coloque aquí el número consecutivo de la última versión realizada y su correspondiente revisión. Ejemplo: 3.2 (Versión 3 revisión 2). Cambio de versión es cuando se realiza un cambio de contenido y revisión equivale una verificación periódica del documento.

**Fecha de emisión:** Coloque aquí la fecha en que se elaboró el documento. (dd/mm/aaaa).

**Elaborado por:** Coloque aquí el cargo de la persona que elabora éste documento. Toda persona que labora en la institución puede modificar o elaborar documentos, previa solicitud de cambio o nuevo documento por medios electrónicos o impresos y autorización del responsable del proceso.

**Fecha de elaboración:** Coloque aquí la fecha en que se elaboró el documento. (dd/mm/aaaa).

**Revisado por:** Esta actividad debe ser realizada por una persona competente y calificada para el proceso que se está haciendo referencia.

**Fecha de revisión:** Coloque aquí la fecha en que se revisó el documento. (dd/mm/aaaa).

**Aprobado por:** Coloque aquí el nombre y el cargo de la persona que autoriza éste documento.

**Fecha de aprobación:** Coloque aquí la fecha en que se aprobó el documento. (dd/mm/aaaa).

**Objetivo:** Lo que se pretende lograr con esta actividad o sea la finalidad.

**Alcance:** Desde donde inicia hasta dónde termina su actividad y las instancias o condiciones que incluye.

**Condiciones/recursos necesarios:** Anotar en ésta casilla lo mínimo necesario, en relación con personal, planta física, equipos e insumos, para ejecutar correctamente la actividad arriba descrita y las condiciones relevantes para ejecutar esta actividad. Ej. Equipos de seguridad industrial

**Resultados esperados:** Colocar en ésta casilla qué se espera por haber realizado bien la correspondiente actividad.

**Riesgos:** escriba las consecuencias de ejecutar mal la tarea o no relizarla. Ej: proveedor errado, códigos de elementos equivocados.

**Cómo neutralizarlo:** Establecer las soluciones a los problemas descritos en los riesgos y las acciones para evitar las consecuencias referidas en los riesgos. Ej: utilizar sistema para codificación de proveedores.

**Descripción de las actividades:** Coloque en forma detallada todos los pasos que componen la tarea, su frecuencia y el responsable. En caso de tener un protocolo o guía de manejo escriba el nombre del documento.

**Actualización y/o Revisión del Estándar de Proceso:** El Jefe del área revisa y/o actualiza los estándares operacionales mínimo una vez al año. Si es necesario crear, modificar o anular un documento, formato, tabla u otro instrumento se sigue el procedimiento descrito en el estándar operacional de Control de Documentos (APY-DCA-E04-006).<sup>21</sup>

<b>NOMBRE DEL ESTANDAR OPERACIONAL:</b>		
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN EL MANEJO NO FARMACOLOGICO Y LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO		
<b>CODIGO:</b>	<b>VERSION No. 1.0</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN 2014</b>

<b>-ELABORADO POR:</b> Patricia Espitia Camacho Enfermera Unidad de Cuidado Intensivo	<b>FECHA:</b> Versión 1.0: 20/07/2014
---	--

<sup>21</sup> SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, GUÍA DE DOCUMENTOS Y REGISTROS, APY-DEPCAL-GUIA-001. Fecha de Aprobación: 10/02/2014. Versión No. 4.0. Fecha de revisión: 16/02/2011

<p><b>REVISADO POR:</b></p> <p>Enfermera. Marcela Correal</p> <p>Coordinadora Unidad de Cuidado Intensivo</p> <p>Doctor. Edgar Celis</p> <p>Jefe Unidad de Cuidado Intensivo</p>	<p><b>FECHA:</b> agosto/2014</p>
<p><b>APROBADO POR:</b></p>	<p><b>FECHA DE REVISIÓN:</b></p>
<p><b>OBJETIVO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenir factores que desencadenen la presencia de delirium.</li> <li>• Realizar intervenciones terapéuticas no farmacológicas para el manejo del delirium</li> <li>• Implementar el registro de las escalas de valoración (CAM ICU y RASS) en el panel de enfermería, Identificando oportunamente la presencia de síntomas de delirium en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos</li> </ul>	
<p><b>ALCANCE:</b> Todos los pacientes que ingresen a la unidad de cuidado intensivo.</p>	
<p><b>1. CONDICIONES/RECURSOS NECESARIOS</b></p>	
<p><b>RECURSOS FÍSICOS</b></p> <p><b>INSUMOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reloj</li> <li>• Tablero</li> <li>• Marcador</li> <li>• Escalas de valoración (CAM ICU)</li> <li>• Televisor</li> <li>• Calendario</li> <li>• Bebidas Calientes</li> <li>• Revistas</li> <li>• Libros de mata tiempo</li> <li>• Música</li> <li>• Crema para el cuerpo</li> <li>• Periódico</li> <li>• Gafas</li> </ul>	

<b>RECURSO HUMANO</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermera, paciente, familia, acompañantes, médicos y auxiliares de Enfermería</li> </ul>	
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acercamiento eficaz por parte de Enfermería</li> <li>• Disminuir la presencia de Delirium en los pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo</li> <li>• Mejorar el manejo no farmacológico y prevenir el Delirium</li> <li>• Disminución de eventos adversos</li> <li>• Disminución de las complicaciones</li> <li>• Disminución de la estancia hospitalaria</li> <li>• Disminuir la necesidad de la inmovilización del paciente</li> <li>• Mejorar la relación Enfermera- Paciente – Familia</li> </ul>	
<b>3. RIESGO (S)</b>	<b>CÓMO NEUTRALIZARLO (S)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inmovilización permanente.</li> <li>2. Red de apoyo ineficaz</li> <li>3. No dar una educación clara y concreta.</li> </ol>	<p>Se sensibilizará a la familia a los cuidadores con relación a la importancia de acompañar al paciente durante su hospitalización.</p> <p>Utilizar un lenguaje claro y adecuado para las personas para cada persona.</p>



4. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES	RESPONSABLE, FRECUENCIA Y LUGAR																																					
<p>Conjunto de intervenciones de Enfermería para la prevención y el manejo no farmacológico del delirium en el usuario hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos adultos. Basado en la teoría de enfermería de <b>BETTY NEWMAN “MODELO DE SISTEMAS”</b> organizada alrededor de la reducción de tensión, que se ocupa primordialmente de los efectos y de las reacciones ante la tensión, en el desarrollo y mantenimiento de la salud. La persona se describe como un sistema abierto que interactúa con el medio ambiente para facilitar la armonía y el equilibrio entre los ambientes interno y externo. Utiliza la prevención.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Realizar educación al paciente y a la familia</b> presentando todas las alternativas y medios para evitar que el paciente presente delirium en el tiempo de hospitalización involucrando a la familia y/o cuidador en el cuidado del paciente y el uso adecuado de los medios proporcionados a su alcance. (Prevención Primaria Modelo de sistemas de Betty Newman).</li> <li><b>2. Realizar valoración del usuario</b> identificando la presencia de factores de riesgo para presentar delirium (Prevención primaria Modelo de sistemas de Betty Newman), con el fin de iniciar precozmente el tratamiento no farmacológico de los factores. Grado de recomendación fuerte. Nivel de evidencia moderada (1B).</li> </ol> <table border="1" data-bbox="386 1360 1182 1745"> <caption>TABLA 5. <i>Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)</i><sup>17</sup></caption> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Denominación</th> <th>Descripción</th> <th>Exploración</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>+4</td> <td>Combativo</td> <td>Combativo, violento, con peligro inmediato para el personal</td> <td rowspan="5">Observar al paciente</td> </tr> <tr> <td>+3</td> <td>Muy agitado</td> <td>Agresivo, intenta retirarse los tubos o catéteres</td> </tr> <tr> <td>+2</td> <td>Agitado</td> <td>Movimientos frecuentes y sin propósito; «lucha» con el ventilador</td> </tr> <tr> <td>+1</td> <td>Inquieto</td> <td>Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>Alerta y calmado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>-1</td> <td>Somnoliento</td> <td>No está plenamente alerta, pero se mantiene (≥ 10 segundos) despierto (apertura de ojos y seguimiento con la mirada) a la llamada</td> <td rowspan="4">Llamar al enfermo por su nombre y decirle «abra los ojos y míreme»</td> </tr> <tr> <td>-2</td> <td>Sedación leve</td> <td>Despierta brevemente (&lt; 10 segundos) a la llamada con seguimiento con la mirada</td> </tr> <tr> <td>-3</td> <td>Sedación moderada</td> <td>Movimiento o apertura ocular a la llamada (pero sin seguimiento con la mirada)</td> </tr> <tr> <td>-4</td> <td>Sedación profunda</td> <td>Sin respuesta a la llamada, pero movimiento o apertura ocular al estímulo físico</td> </tr> <tr> <td>-5</td> <td>Sin respuesta</td> <td>Sin respuesta a la voz ni al estímulo físico</td> <td>Estimular al enfermo sacudiendo su hombro o frotando sobre la región esternal</td> </tr> </tbody> </table> <p><small>Si el valor de la RASS es igual a -4 o -5, deténgase y reevalúe el paciente posteriormente. Si el valor de la RASS es superior a -4 (-3 a +4), entonces proceda, si procede, a la valoración del delirio Adaptada de: Ely, EW, et al<sup>17</sup>.</small></p> <p>Realizar valoración del RASS en cada turno. Grado de recomendación fuerte. Nivel de evidencia moderada (1B).</p>	Puntuación	Denominación	Descripción	Exploración	+4	Combativo	Combativo, violento, con peligro inmediato para el personal	Observar al paciente	+3	Muy agitado	Agresivo, intenta retirarse los tubos o catéteres	+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito; «lucha» con el ventilador	+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos	0	Alerta y calmado		-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene (≥ 10 segundos) despierto (apertura de ojos y seguimiento con la mirada) a la llamada	Llamar al enfermo por su nombre y decirle «abra los ojos y míreme»	-2	Sedación leve	Despierta brevemente (< 10 segundos) a la llamada con seguimiento con la mirada	-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular a la llamada (pero sin seguimiento con la mirada)	-4	Sedación profunda	Sin respuesta a la llamada, pero movimiento o apertura ocular al estímulo físico	-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz ni al estímulo físico	Estimular al enfermo sacudiendo su hombro o frotando sobre la región esternal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Enfermeras Profesional es Unidad de Cuidado Intensivo</b></li> <li>• <b>Enfermeras Profesional es Unidad de Cuidado Intensivo</b></li> </ul>
Puntuación	Denominación	Descripción	Exploración																																			
+4	Combativo	Combativo, violento, con peligro inmediato para el personal	Observar al paciente																																			
+3	Muy agitado	Agresivo, intenta retirarse los tubos o catéteres																																				
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito; «lucha» con el ventilador																																				
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos																																				
0	Alerta y calmado																																					
-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene (≥ 10 segundos) despierto (apertura de ojos y seguimiento con la mirada) a la llamada	Llamar al enfermo por su nombre y decirle «abra los ojos y míreme»																																			
-2	Sedación leve	Despierta brevemente (< 10 segundos) a la llamada con seguimiento con la mirada																																				
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular a la llamada (pero sin seguimiento con la mirada)																																				
-4	Sedación profunda	Sin respuesta a la llamada, pero movimiento o apertura ocular al estímulo físico																																				
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz ni al estímulo físico	Estimular al enfermo sacudiendo su hombro o frotando sobre la región esternal																																			

Realizar valoración del CAM-ICU cada 12 horas. Grado de recomendación fuerte. Nivel de evidencia moderado (1B).

**TABLA 6. Escala de delirio en la Unidad de Cuidados Intensivos (CAM-ICU)**

Criterios y descripción del CAM-ICU		
<b>1. Comienzo agudo o evolución fluctuante</b> Es positivo si la respuesta es SI a 1A o 1B	Ausente	Presente
1A. ¿Hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental sobre el estado basal? O 1B. ¿Ha fluctuado el comportamiento (anormal) en las últimas 24 horas? Es decir, ¿tiende a aparecer y desaparecer, o aumenta y disminuye en gravedad, evidenciado por la fluctuación de una escala de sedación (p.e. RÁSS), o GCS, o en la evaluación previa de delirio?		
<b>2. Falta de atención</b> ¿Tuvo el paciente dificultad para fijar la atención, evidenciada por puntuaciones < 8 en cualquiera de los componentes visual o auditivo del ASE?	Ausente	Presente
2A. Comience con el ASE de letras. Si el paciente es capaz de hacer esta prueba y la puntuación es clara, anote esta puntuación y pase al punto 3 2B. Si el paciente no es capaz de hacer esta prueba o la puntuación no está clara, haga el ASE de figuras. Si hace las dos pruebas use el resultado del ASE de figuras para puntuar		
<b>3. Pensamiento desorganizado</b> ¿Hay evidencia de pensamiento desorganizado o incoherente evidenciado por respuestas incorrectas a 2 o más de las 4 preguntas, y/o incapacidad para obedecer órdenes?	Ausente	Presente
3A. Preguntas de Sí o No (alternar grupo A y grupo B): <b>Grupo A</b> ¿Puede flotar una piedra en el agua? ¿Hay peces en el mar? ¿Pesa un kilo más que dos kilos? ¿Se puede usar un martillo para clavar un clavo? <b>Grupo B</b> ¿Puede flotar una hoja en el agua? ¿Hay elefantes en el mar? ¿Pesan dos kilos más que un kilo? ¿Se puede usar un martillo para cortar madera?		
3B. Órdenes Decir al paciente: «Muestre cuántos dedos hay aquí». Enseñar 2 dedos, colocándose delante del paciente. Posteriormente decirle «Haga lo mismo con la otra mano» El paciente tiene que obedecer ambas órdenes		
<b>4. Nivel de conciencia alterado</b> Es positivo si la puntuación RASS es diferente de 0	Ausente	Presente
<b>Puntuación global</b> Si el 1 y el 2 y cualquiera de los criterios 3 ó 4 están presentes el enfermo tiene delirio	Sí	No

ASE: Attention Screening Examination; CAM-ICU: Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit; GCS: Glasgow Coma Scale; RASS: Richmond Agitation Sedation Scale. Adaptada de: Ely EW, et al<sup>19</sup>.

- **Enfermeras Profesional es Unidad de Cuidado Intensivo**

3. **Realizar reorientación.** Saludar al usuario por el nombre, realizar presentación del equipo que va a estar a cargo del cuidado, evaluar la orientación en espacio, tiempo y lugar, ubicar en la hora a través del reloj, orientar al paciente a través de un calendario, corregir las desorientaciones que presenta el paciente en el momento y evaluar cuando el paciente presente un cuadro de desorientación, identificar los signos y síntomas relacionados con alteraciones en el estado de conciencia y del comportamiento del paciente. (Prevención primaria, secundaria y terciaria Modelos de sistemas Betty Newman

4. **Estimular procesos cognitivos:** Facilitar la realización de actividades que favorecen la estimulación de procesos cognitivos como: sopas de letras, crucigrama, sudoku. Solicitar a la familia del paciente traer periódicos o revistas con fechas actuales y libros, de acuerdo a las preferencias del usuario. Permitir la comunicación no verbal (usuario/familia y personal de salud); Ubicación de un tablero acrílico con marcador como estrategia de comunicación escrita con el

- **Enfermeras Profesional es Unidad de Cuidado Intensivo**

- **Enfermeras Profesional es Unidad de Cuidado Intensivo**

<p>personal del servicio y la familia, ayudas auditivas y visuales (televisor, revistas, libros). Solicitar a la familia, objetos comunes (gafas medicadas, prótesis dentales, audífonos). Garantizar el acompañamiento del cuidador y/o familiares de relación afectiva significativa. Direccionar y educar al familiar sobre las intervenciones que puede realizar al usuario como: masaje de manos y pies, lubricación de labios, lectura de literatura, dibujos, reorientación con las fotos, y experiencias familiares importantes de característica positiva, mensajes de ánimo. (Prevención primaria, secundaria y terciaria Modelos de sistemas Betty Newman).</p> <p>5. <b>Favorecer ciclo vigilia-sueño:</b> favorecer el ambiente durante las noches disminuyendo el ruido, no permita que realicen aseo y desempapelen canecas en las horas de la madrugada cuando el paciente se encuentra dormido, apague la luz o deje una luz más tenue. Proporcione bebidas calientes a los pacientes que se les sea permitido, use antifaz para los pacientes que no pueden dormir y que se sientan cómodos con ese dispositivo. Mantener cortinas elevadas durante el día garantizando la privacidad durante intervenciones que lo ameriten. Hablar en voz baja, movilización de equipos con cuidado, graduación de niveles de alarma de equipos biomédicos. Agrupar las intervenciones de cuidado en el horario nocturno para disminuir las interrupciones del sueño. Modificar los horarios de los medicamentos orales, de administración subcutánea e intramuscular si es necesario. Realizar actividades durante el día de autocuidado como el baño, terapias de rehabilitación, cambios de postura silla - cama y tratar de no dormir en el día.</p> <p>6. <b>Realiza movilización temprana:</b> Reevaluar la posibilidad de retirar la sujeción a los pacientes asegurando que no presenten ningún evento adverso. Garantizar y gestionar la formulación y realización de la terapia física temprana de los pacientes que estén en condiciones de recibirla. Movilizar fuera de la cama de acuerdo a la condición clínica del usuario lo más pronto posible. (Prevención primaria, secundaria y terciaria Modelos de sistemas Betty Newman).</p> <p>7. <b>Realizar registros de enfermería</b> en la historia clínica del usuario de las intervenciones realizadas incluyendo el registro de RASS y el CAM –ICU.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Enfermeras Profesionales Unidad de Cuidado Intensivo</b></li>   <li>• <b>Enfermeras Profesionales Unidad de Cuidado Intensivo</b></li>   <li>• <b>Enfermeras Profesionales Unidad de Cuidado Intensivo</b></li> </ul>
---	---

#### 14.4. SONDEO DE OPINION

UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
FALCULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION  
ESPECIALIACION EN CUIDADO CRÍTICO  
DELIRIUM

1. Sabe usted que es el delirium?

SI

NO

2. Usted ha atendido pacientes con Delirium?

SI

NO

3. Con que frecuencia los pacientes de la unidad presentan Delirium?

NUNCA

ALGUNAS VECES

CASI SIEMPRE

SIEMPRE

4. Aplica la escala del CAM CIU en sus pacientes?

SI

NO

5. Que actividades realiza usted cuando un Paciente presenta Delirium?

FARMACOLOGICAS

NO FARMACOLOGICAS

LAS DOS ANTERIORES

## 14.5. TEST

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION

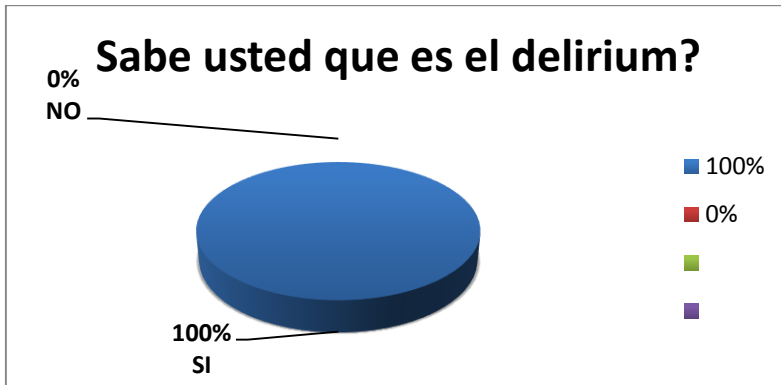
ESPECIALIZACION EN CUIDADO CRÍTICO

### INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA PREVENCION Y EL MANEJO NO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

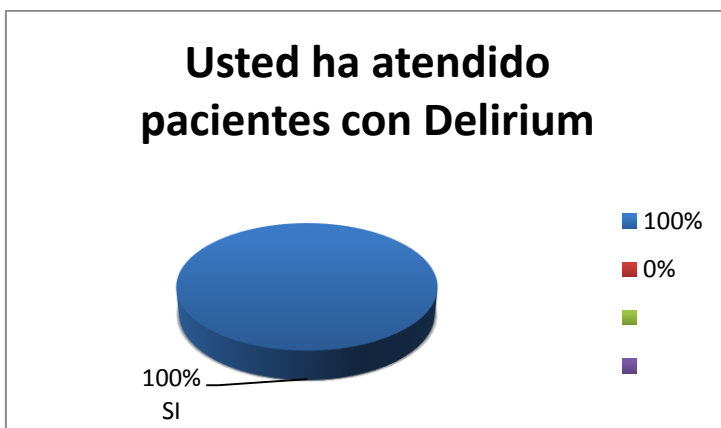
1. Defina con sus propias palabras que es el Delirium.
2. Como puede ayudar a prevenir el delirium en la unidad.
3. ¿Cada cuánto se realiza valoración de delirium?
4. ¿A todos los pacientes de la unidad se les aplica la escala de RASS?
5. Que actividades no farmacológicas puede realizar usted para el manejo del delirium.
6. Con que elementos cuenta usted en la institución para realizar medidas de prevención de delirium
7. Considera usted importante que se debe prevenir y manejar el delirium de forma no farmacológica en las unidades de cuidados intensivos.
8. Que tan importante le parece a usted la implementación del Estándar Operacional sobre intervenciones no farmacológicas para prevención y manejo del delirium en la unidad de cuidado intensivo adulto.
9. Que otras intervenciones aportaría usted con respecto a este tema.
10. Que escala utiliza para la valoración del Delirium?

## 14.6. RESULTADOS SONDEO DE OPINION

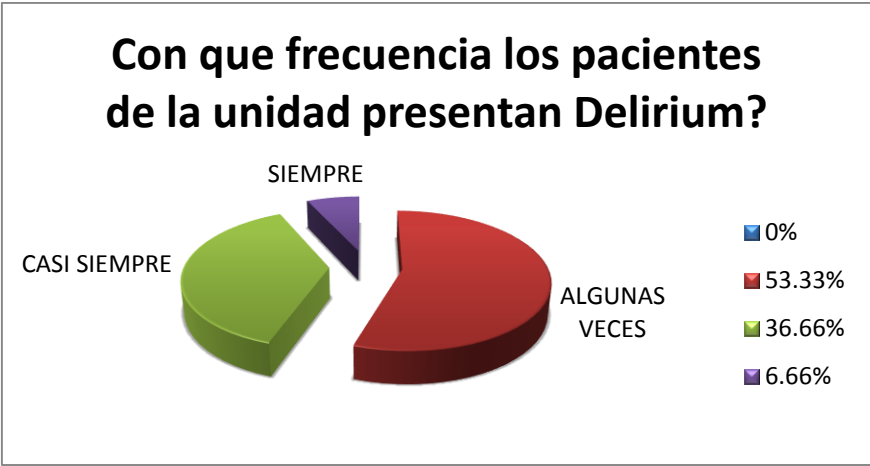
SONDEO DE OPINION REALIZADO A LAS ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO DE LA ENTIDAD DE CUARTO NIVEL



El 100% de las enfermeras que contestaron el sondeo de opinión responden que si saben que es el delirium.



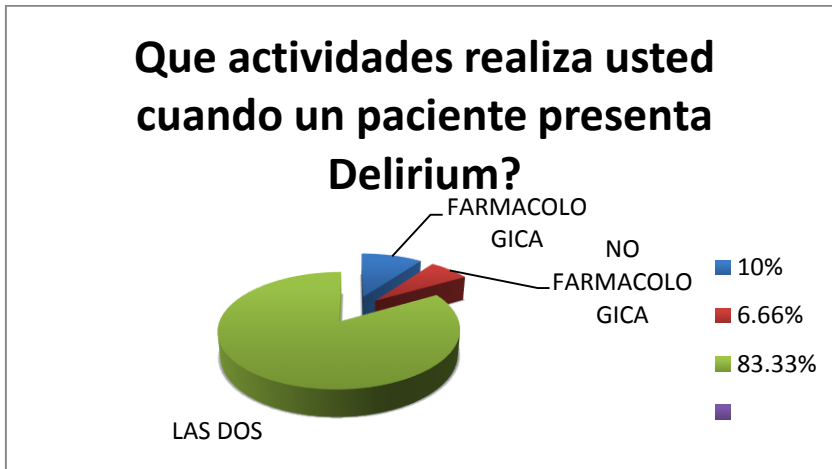
El 100% de las enfermeras que participaron en el sondeo de opinión responden que han tenido pacientes con delirium en la unidad de cuidado intensivo adulto.



Del 100% de las enfermeras que participaron en el sondeo de opinión el 53.3% responden que algunas veces los pacientes de la unidad de cuidado intensivo presentan delirium, 36.66% responde que casi siempre los pacientes presenta delirium y solo un 6.66% responden que siempre los pacientes presentan delirium..



Del 100% de las Enfermeras que participaron en el sondeo de opinión el 63.3% responde que aplican la escala de CAM ICU a sus pacientes en la unidad de cuidado intensivo y el 33.33 % no la aplican en este momento.



Del 100% de las Enfermera que participaron en el sondeo de opinión el 83.3% responden que realizan actividades farmacológicas y no farmacológicas cuando un paciente presenta delirium, el 10% responde que solo utilizan actividades farmacológicas y solo un 6.66% responden que realizan solo actividades no farmacológicas.

#### 14.7. RESULTADOS TEST

Con relación al post test, se realizaron preguntas abiertas en donde se observan las siguientes respuestas con relación a cada pregunta:

1. Defina con sus propias palabras que es el Delirium.

Del 100% de las Enfermeras el 87.5% contestaron que el delirium era un cambio agudo y fluctuante del estado mental, el 12.5% contestaron que era una alteración del estado cognitivo.

2. Como puede ayudar a prevenir el delirium en la unidad.

Dentro de las respuestas encontramos: se puede prevenir el delirium favoreciendo el ambiente tanto para el paciente como para la familia, manteniendo una comunicación permanente, utilizando ayudas como periódicos, música, revistas, promoviendo el sueño, la interacción entre los familiares y cuidadores, facilitando la ubicación temporo espacial, identificando oportunamente los signos de delirium.



3. ¿Cada cuánto se realiza valoración de delirium?

Del 100% de las Enfermeras que contestaron el test el 87.5% responden que se realiza cada 12 horas y el 18.75% responden que se realiza en cada turno, en el estándar se encuentra específico que se realizara cada 12 horas.

4. ¿A todos los pacientes de la unidad se les aplica la escala de rass?

Del 100% de las personas que contestaron el test el 62.5% contestaron que sí, lo cual es correcto, el 31,25% contestaron que no y un 6.25% no respondieron claramente.

5. Que actividades no farmacológicas puede realizar usted para el manejo del delirium.

Dentro de las respuestas encontramos: favorecer el descanso nocturno, las actividades lúdicas, los mata tiempo, la conversación, revistas, música, movilizar al paciente, sentarlo, realizar estímulos cognitivos, favorecer ciclo vigilia sueño, promover actividad física, permitir las visitas 24 horas.

6. Con que elementos cuenta usted en la institución para realizar medidas de prevención de delirium

Papel, marcadores, terapia ocupacional, suficiente luz, sillas neurológicas, calendario, Tablet, periódico, fecha, hora, contacto visual y verbal, laminas, graficas, libros y recurso humano, todas se pueden conseguir

7. Considera usted importante que se debe prevenir y manejar el delirium de forma no farmacológica en las unidades de cuidados intensivos.

El 100% de los enfermeros que contestaron el test consideran que es muy importante prevenir el delirium y mencionan frases como: hace parte del cuidado integral del ser humano, es importante saber escuchar, observar y prevenir.

8. Que tan importante le parece a usted la implementación del Estándar Operacional sobre intervenciones no farmacológicas para prevención y manejo del delirium en la unidad de cuidado intensivo adulto.

El 100% del personal de enfermería que contestó el test responden que es muy importante implementar el estándar para unificar los criterios.

9. Que otras intervenciones aportaría usted con respecto a este tema.

Muy pocos enfermeros contestaron esta pregunta y los que la contestaron responden medios audiovisuales, cambio del sonido del timbre, cambiar el horario de desempapelar, cambiar las persianas.

10. Que escala utiliza para la valoración del Delirium?

Del 100% de los enfermeros que contestaron el test, el 93.75% contestaron que la escala de valoración es el CAM ICU y el 6,25% contestaron que el RASS lo cual es incorrecto.

Los resultados de la evaluación se pasaron a la Coordinadora de la unidad para que se implementen estrategias para que todo el personal tenga la información clara.

## 14.8. TABLA DE RASS ENTREGADA

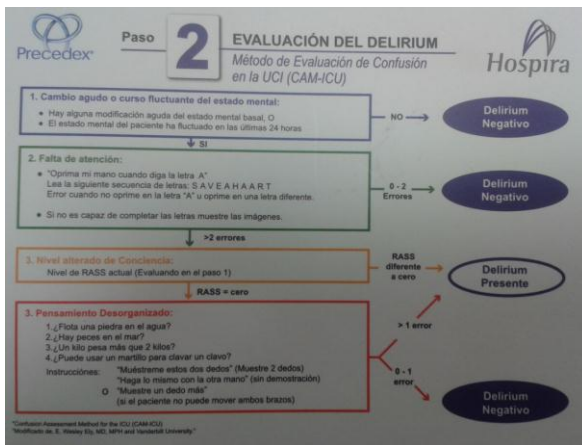
Precedex Paso 1 EVALUACIÓN DE LA SEDACIÓN Escala de Sedación-Agitación de Richmond (RASS) Hospira

Escala	Etiqueta	Descripción
+4	COMBATIVO MUY AGITADO AGITADO INQUIETO	Combativo, violento peligro para el personal
+3		Intenta retirar los tubos o catéteres; Agresivo
+2		Movimientos inusuales frecuentes, resistencia al ventilador
+1		Ansioso, aprehensivo, movimientos no agresivos
0	ALERTA Y CALMADO SOMNOLIENTO	Presta atención de manera espontánea al personal
-1		No completamente alerta, pero puede despertar con la voz (contacto visual > 10 seg)
-2	SEDACIÓN CON RESPUESTA	Despierta brevemente con la voz (contacto visual <10 seg)
-3	SEDACIÓN MODERADA	Mueve o abre los ojos con la voz (sin contacto visual)
	Si RASS ≥ -3 evalúe Delirium con CAM-ICU (El paciente es positivo o negativo)	
-4	SEDACIÓN PROFUNDA	No responde a la voz, pero los ojos se mueven o abren con estimulación física
-5	SIN RESPUESTA	No responde a la voz o estimulación física
	Si RASS es -4 o -5 DETENGASE (paciente inconsciente). Ajuste medicamento. REEVALÚE posteriormente	

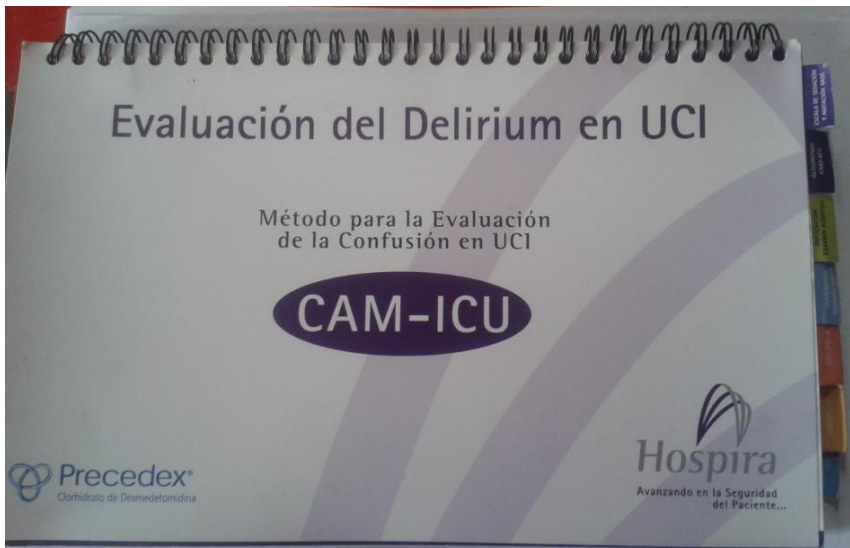
VOZ CONTACTO

Source: et al. Am J Respir Crit Care Med 2002; 166: 1328-1344 Etz et al. JAMA 2003; 289: 2943-2951

## 14.9. TABLA DEL CAM ICU ENTREGADA



## 14.10. LIBRO DE EVALUACION DE DELIRIUM ENTREGADO



## 15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Deborah A. Intervención cuidador / enfermera familia para el delirio aumenta conocimientos del delirio y actitudes hacia la mejora de asociación, Geriatric Nursing 2014. Public online. Diciembre 2013. Pág. 1-7.
2. Wan, R. Et al. Quetiapine inrefractory hiperactive and mixed intensive care delirum: a Case Series. Critical Care 2011. Disponible en: <http://ccforum.com/content/15/3/R159>.
3. E. Celis, Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo Disponible en: <http://www.fepimcti.org/documentos/GUIADESEDOANALGESIAENUCI2013.pdf> .  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0210-56912007000800003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0210-56912007000800003&script=sci_arttext)
4. Hommer D. Benzodiazepine withdrawal: overview and implications for the treatment of anxiety. Am J Med. 1988; 84:1041- 52.
5. M. Jiménez, Delirium o síndrome confusional agudo, pág. 189 – 198.
6. Tobar, E. Et al. Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos ara el diagnóstico de delirum adaptación cultural y validación de la versión en el idioma español. Revista de medicina intensiva 2010; 34 (1-13). Disponible en: [www.elsevier.es/medintensiva](http://www.elsevier.es/medintensiva).
7. Sharon k. Inoye. Delirium in older Persons. Review Article. The new England Journal of medicina 2006; 345: 1157-65.
8. Jason W. Unidad de cuidados intensivos el delirio es un predictor independiente de la estancia hospitalaria más larga: un análisis prospectivo de 261 pacientes no ventilados. Critical Care Junio 2005. Pág. 375 - 381.
9. Cuidados de Enfermería en la prevención del síndrome confusional agudo en el paciente anciano hospitalizado. Código: PT-GEN-60. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Sindrome\\_Confusional\\_Agudo\\_PT-GEN-60.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310881535832&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Sindrome_Confusional_Agudo_PT-GEN-60.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310881535832&ssbinary=true) Versión:1 Entrada en vigor:01/03/2012 Página 1 de 11.
10. Alexander's, E. Delirium in the intensive Care unit: Medicactions as Risk Factores. Critical Care Nurse 2009, 29 85-87. Disponible en: <http://ccn.aacnjournals.org/content/29/1/85.full.pdf+html>
11. Salluh, J Et al. Delirum epidemiology in critical care (DECCA): an international Study. Critical Care 2010. Disponible en: <http://ccforum.com/contnent/146/R210>.
12. Carrillo, R. Sosa, J. Delirum en el enfermo grave. Revista mexicana de Medicina Interna 2010; 26(2): 130-139.
13. Toro, A.C. Et al. Versión en español del documento para la evaluación de la confusión en cuidados intensivos, estudio piloto de validación. Revista de Medicina Intensiva 2009. Disponible en: [www.elsevier.es](http://www.elsevier.es)
14. Timothy D. Girard, MD, MSCI1, 2, 3, 4. Revista Journal Medicina cuidado crítico Febrero 2014.Vol. 42 numero 2 pág. 369- 376
15. Marije J Diseño y métodos de la vida Elder hospital programa (help), una de componentes múltiples dirigidos intervención para prevenir el delirio en hospitalizados pacientes de edad

- avanzada: la eficacia de la relación costo eficacia en atención de salud holandés.. *BMC Geriatrics* 2013, Pág. 2-10.
16. Sarah B. Programa de prevención del delirio en la cirugía UCI mejoro los resultados de los adultos mayores. Departamento de Cirugía Rutgers Escuela de Medicina de New Jersey. Febrero 2014. *Revista de Investigación de Cirugía*. Pág. 1-9.
  17. E. Wesley El delirio en pacientes ventilados mecánicamente Validez y Fiabilidad del Método de Evaluación de la confusión de la Unidad de Cuidados Intensivos (CAM-ICU) *JAMA* 2001; 286 (21): 2703-2710. Doi: 10.1001/jama.286.21.2703.
  18. E. Brummel, Preventing Delirium in the Intensive Care Unit. Book. Brummel & Girard pag. 51 - 66.
  19. L.Duarte.(2012) TEORIAS EN ENFERMERIA. Disponible en: <http://www.slideshare.net/enfsoledadunemeirapuato/modelos-y-teoras-de-enfermera>.
  20. Raile, A. Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona España: Elsevier. (2011) Enfermeros Disponible en: <http://modelosenfermeros2013.blogspot.com/2013/06/modelo-de-sistemas-betty-neuman.html#!/2013/06/modelo-de-sistemas-betty-neuman.html>.
  21. A. Garcia, Delirio en UCI: síndrome confucional agudo. Cribaje y cuidados enfermeros. (2011). Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2011/pagina7.html>.
  22. Rubin FH, Sustaibility and scalability of the hospital elder life program at a community hospital. *JAM Geriatr Soc.* 2011:59; 359-65. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412012000300020&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412012000300020&script=sci_arttext)
  23. S. Gautam, El impacto del delirio en la unidad de cuidados intensivos de la duración de la estancia hospitalaria. *Intensive Care Medical*. Pág. 1982-1900.
  24. Palencia E. El delirium en la UCI aumenta la estancia hospitalaria. *Revista electrónica de Medicina Intensiva* 2002 marzo artic 319.
  25. Carrera, C. Enfermería Global: Rol de enfermería en la prevención del delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera. *Recomendaciones generales*. 2012; 27: 356-360 Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal>.
  26. Dr. A. Alves. Habilidades de comunicación un pilar básico de la competencia clínica. *Revista de Conse* Marzo 2003 año 19 No. 68 19-24. Disponible en [www.intramed.net/userfiles/Files/AAhabilidades.pdf](http://www.intramed.net/userfiles/Files/AAhabilidades.pdf)
  27. El método para la Evaluación de la Confusión en la UCI. Archivo en PDF. Manual de entrenamiento. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/465-11\\_Delirium\\_en\\_al\\_anciano/IMSSx5S3.PDF](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/465-11_Delirium_en_al_anciano/IMSSx5S3.PDF)