

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

PREVENIR EL DELIRIUM, UN ASUNTO DEL CUIDADO

**Presentado por:
CLARA ISABEL RUIZ RUIZ**

**ASESORA
MYRIAM ABAUNZA DE G.**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO ADULTO
BOGOTÁ D.C
2016**

**GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR DELIRIUM EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
(UCI) ADULTO DE LA FUNDACIÓN CLÍNICA DEL NORTE (FCN)**

**Presentado por:
CLARA ISABEL RUIZ RUIZ**

**ASESORA
MYRIAM ABAUNZA DE G.**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO ADULTO
BOGOTÁ D.C
2016**

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A mi familia, amigos y personas especiales en mi vida, quienes depositaron su confianza y me brindaron su apoyo para ir de lleno buscando mis sueños, sacrificando el tiempo de mi presencia en sus vidas.

A mis pacientes, Institución, directivos y colegas a quienes debo mi respeto y admiración, por permitirme crecer como persona y como profesional; enseñándome cada día el valor del cuidado y la fragilidad del universo humano. Gracias a los que han creído en mí y le apostaron a esta meta.

A mi asesora, docentes y toda la directiva universitaria, los cuales me han mostrado el camino, como pilares de conocimiento y han hecho que este proyecto de vida sea una realidad.

Poder concluir este proyecto, el cual al principio parecía una tarea titánica e interminable y ahora es una realidad, quisiera dedicar mi trabajo de grado a ustedes, personas de bien, seres que ofrecen amor, bienestar y hacen parte de mi vida.

Muchas gracias a aquellos seres queridos que siempre guardo en mi alma.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	9
2. PLATAFORMA INSTUTUCIONAL	10
3. INVOLUCRADOS DIRECTOS	13
4. INVOLUCRADOS INDIRECTOS.....	13
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
6. JUSTIFICACION	15
7. OBJETIVOS	18
7.1 OBJETIVO GENERAL	18
7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	18
8. SOPORTE CONCEPTUAL	20
8.1 DELIRIUM.....	20
8.2 PREVENCIÓN	20
8.3 MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA PREVENIR EL DELIRIUM	20
8.4 MEDIDAS FARMACOLÓGICAS PARA PREVENIR EL DELIRIUM.....	21
8.5 GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA	21
9. SOPORTE TEORICO	21
9.1 BETTY NEWMAN “MODELO DE SISTEMAS”	21
10. ASPECTOS ÉTICOS.....	28
11. METODOLÓGIA.....	30
12. PLAN DE ACCION	33
13. DESARROLLO DEL PLAN DE ACCIÓN.....	38
14. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	45
15. CONCLUSIONES:.....	62
16. RECOMENDACIONES:	63
BIBLIOGRAFIA:	64

LISTA DE CUADROS

CUADRO 1: ÁRBOL DE PROBLEMAS	15
CUADRO 2: ÁRBOL DE OBJETIVOS:	19
CUADRO 3: MODELO DE SISTEMAS DE NEWMAN ADAPTADO EN LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM	27
CUADRO 4: MATRIZ DE MARCO LÓGICO	32
CUADRO 5: PLAN DE ACCIÓN	33

LISTA DE GRAFICOS

GRÁFICA 1: ENCUESTA APLICADA A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	45
GRÁFICA 2 : PRETEST Y POSTEST DE SOCIALIZACION DE LA GUÍA... ..	466
GRÁFICA 3: CONOCIMIENTO DE LA GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR EL DELIRIUM	48
GRÁFICA 4. RANGOS DE EDAD DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	48
GRÁFICA 5. ANTECEDENTES NEUROLÓGICOS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	49
GRÁFICA 6. ANTECEDENTES DE FARMACODEPENDENCIA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	50
GRÁFICA 7. TRASTORNOS ELECTROLITICOS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	511
GRÁFICA 8. ALTERACIONES METABÓLICAS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	522
GRÁFICA 9. ANÁLISIS DE LA PERTINENCIA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS INVASIVOS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	533
GRÁFICA 10. RELACIÓN ESTANCIA EN DÍAS EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO VS LA NECESIDAD DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA, EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS.....	544
GRÁFICA 11 ANÁLISIS DE LA VALORACIÓN DE LA ESCALA DE DOLOR EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	555
GRÁFICA 12 ANÁLISIS DE LA VALORACIÓN DE LA ESCALA DE SEDACIÓN EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	566
GRÁFICA 13 ANÁLISIS DE LA VALORACIÓN DE LA ESCALA DE DELIRIUM EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	57
GRÁFICA 14 CRITERIOS NO FARMACOLÓGICOS PARA PREVENIR EL DELIRIUM.....	58
GRÁFICA 15 CRITERIOS FARMACOLÓGICOS PARA PREVENIR EL DELIRIUM.....	600

GRÁFICA 16: PRESENCIA DE DELIRUM EN EL PACIENTE, DURANTE LA ESTANCIA EN UCI FCN 611

ANEXOS

ANEXO 1: Encuesta aplicada a los profesionales de Enfermería, sobre la importancia de prevenir el Delirium.....	69
ANEXO 2. Consentimiento informado.....	700
ANEXO 3. Socialización de la guía de cuidado de enfermería para la prevención del Delirium, en Presentación de Power Point	711
ANEXO 4. Pretest y Postest de la Socialización de la guía de cuidado de enfermería.....	722
ANEXO 5. Lista de chequeo para la pertinencia de dispositivos	766
ANEXO 6. Guía de cuidado de enfermería para la prevención del Delirium en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos adulto.....	78
ANEXO 7. Lista de chequeo: Adherencia a la Guía.....	88
ANEXO 8. Cronograma.....	90
ANEXO 9. Presupuesto	911
ANEXO 10. Autorización Instutucional.....	922

1. INTRODUCCIÓN

Los pacientes críticamente enfermos inmersos en una unidad de cuidado intensivo, están altamente vulnerables y requieren diferentes formas de cuidado de enfermería para restablecer su salud y continuar con sus proyectos de vida. Estos cuidados se deben direccionar a implementar medidas que disminuyan el dolor, la ansiedad, el dolor y otras formas de estrés que sumado a su enfermedad de base agudiza el cuadro crítico del paciente.

Los principios básicos de atención de enfermería en las unidades de cuidado intensivo deben estar direccionados a restablecer la salud de los pacientes generando espacios cómodos que mejoren la tolerancia del medio ambiente y brinden alivio de la angustia. Esto a menudo se logra identificando y corrigiendo factores predisponentes y precipitantes de disconfort, por medio de medidas farmacológicas como sedantes y analgésicos y medidas no farmacológicas para brindar bienestar a los pacientes.

El Delirium, por definición es una alteración de la conciencia, caracterizada por anomalías fisiológicas que puede ser heraldo de otra patología no detectada, que se desarrolla en un paciente con enfermedad crítica (1).

Para entender que el cuidado de enfermería debe estar encaminado en prevenir todas aquellas formas de eventos no deseables en el paciente críticamente enfermo, se deben implementar acciones efectivas que identifiquen el disconfort del paciente (dolor, ansiedad, cansancio, dificultad para comunicarse) y generar acciones efectivas que permitan prevenir todas estas situaciones indeseables como la analgesia, sedación y medidas de confort; identificando los factores de riesgo individuales del paciente para desarrollar Delirium y como las medidas utilizadas para el tratamiento de su enfermedad promueven o evitan su aparición.

El Delirium y sus implicaciones en el desarrollo de eventos no deseables en el paciente en estado crítico se han estudiado a nivel mundial, encontrando que las consecuencias del desarrollo de este síndrome están relacionadas con aumento de la estancia hospitalaria, de la morbimortalidad, y de los costos hospitalarios (2).

Así mismo en la encuesta Iberoamericana sobre Delirium en el paciente crítico identifican que es un síndrome frecuente con reportes hasta de 62–82% de incidencia, especialmente en enfermos sometidos a ventilación mecánica (1).

El contexto regional sobre estudios de epidemiológicos sobre Delirium se encontró que Toro, A.C, Et al 2009, en la Clínica Bolivariana de Medellín, en la unidad de cuidado intensivo; el Delirium se presenta en un rango entre el 20 y el 50% de los pacientes sin ventilación mecánica, y entre el 60 y el 80% de los que tienen ventilación mecánica. En el límite superior de estos rangos esta la prevalencia para grupos específicos de pacientes con gran morbilidad, seguidos de forma longitudinal en el tiempo (3)

Dado lo anterior por medio de una guía de cuidado, el profesional de enfermería tendrá herramientas para conocer que es el Delirium, como prevenirlo, cuales son los factores de riesgo y cuáles son los factores asociados al tratamiento farmacológico, no farmacológico y la patología de base del paciente que agudizan este síndrome.

2. PLATAFORMA INSTITUCIONAL

2.1 HISTORIA:

La Fundación Clínica del Norte es una entidad sin ánimo de lucro que nace como respuesta a la evidente necesidad de ofertar servicios de salud a la población creciente del Departamento de Antioquia y en particular a la del Municipio de Bello y poblaciones circundantes. Cuenta con 105 camas para el servicio de hospitalización y 4 quirófanos además tiene la unidad de cuidado crítico compuesta por 17 camas con características polivalentes y la unidad de cuidados

intermedios con 10 camas donde la principal atención se brinda a los pacientes con patologías coronarias. Dichas unidades son atendidas por medico intensivista, cardiólogo, médicos generales, terapia respiratoria, terapia física, nutricionista y grupo de enfermería calificado para cuidar pacientes en estado crítico.

2.2 MISIÓN:

Somos una Institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad con recursos humanos, físicos y tecnológicos del más alto nivel, brindando una atención humana y segura como base del modelo de atención, comprometida con la formación del talento humano, generando rentabilidad social y económica. (4).

2.3 VISIÓN:

En el 2018 seremos una Institución líder en la prestación de servicios de salud de alta complejidad a nivel nacional, con centros especializados en trauma y cardio cerebro vascular. (4).

2.4 POLITICA DE CALIDAD:

Comprometidos con la excelencia en la gestión clínica y administrativa para garantizar la satisfacción de los usuarios y colaboradores, cumpliendo el marco legal vigente y apoyándonos en la mejora continua de los procesos y el logro de los objetivos de calidad (4).

2.5 POLITICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL:

En la Fundación Clínica del Norte se compromete a atender de forma segura a los pacientes, usuarios y público en general. Además a brindar espacios de crecimiento personal al colaborador y su grupo familiar. Por otro lado, la relación con los proveedores está dentro del más estricto marco ético y legal, aportando al mejor estar de la comunidad inmediata, mediata y nacional, haciendo causa común con los defensores del planeta (4).

2.6 VALORES:

Honestidad: Como seres humanos se enmarca dentro de un equilibrio moral y legal.

Vida: Valor supremo que se recibe para cuidar y en la medida de lo posible conservar

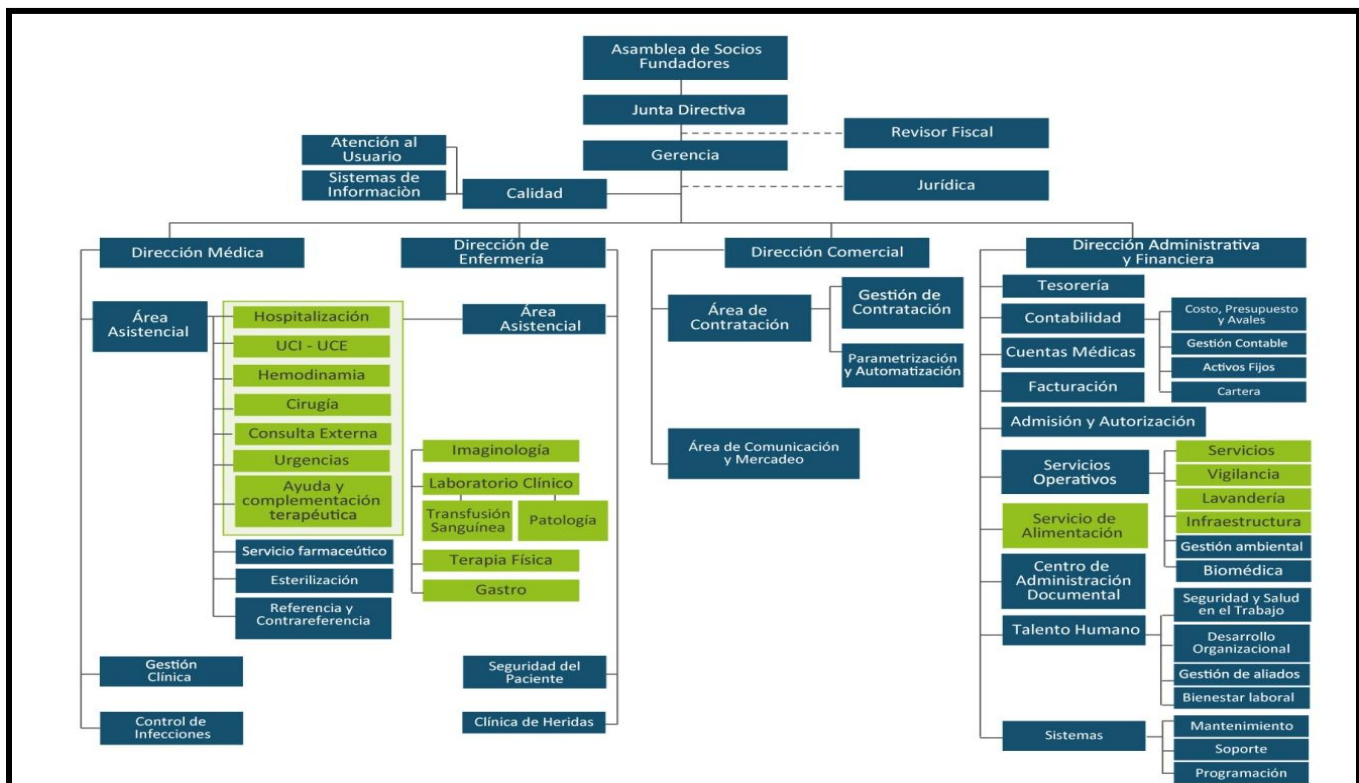
Lealtad: Compromiso de armonizar el pensar, sentir y actuar para generar confianza y seguridad en el ambiente laboral, siendo íntegros con nosotros mismos y con la organización

Compromiso: Entrega en cuerpo y alma con nuestra misión y visión empresarial.

Respeto: Reconocer y aceptar el otro; como ser humano y criatura de Dios.

Responsabilidad: Ser líderes comprometidos con cada uno de los procesos y conscientes del aporte que realizamos al propósito común (4).

2.7 ORGANIGRAMA (4):



3. INVOLUCRADOS DIRECTOS:

Profesionales de Enfermería de la unidad de cuidado intensivo, con estudios de Pregrado y postgrado en especialización de Cuidado Critico y experiencia acreditada en cuidado intensivo.

4. INVOLUCRADOS INDIRECTOS:

- Pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivos.
- Familia
- Auxiliares de Enfermería con título de técnicos auxiliares de enfermería.
- Personal médico con Especialización en Cuidado Intensivo, Cardiología y Anestesia.
- Personal Directivo: Coordinadores de la unidad y Directivos del hospital

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Necesidad de elaborar, implementar y evaluar una guía de cuidado de enfermería para prevenir el Delirium en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo adulto (UCI) de la fundación clínica del norte (FCN). Implementando medidas farmacológicas y no farmacológicas que promuevan cuidados de calidad y seguridad.

Prevenir el Delirium es una necesidad que se genera en todo el grupo de enfermera profesional de la FCN, donde en consenso grupal se han identificado las siguientes situaciones:

1. No se cuenta con una guía de enfermería para prevenir el Delirium aplicable a la práctica clínica con acciones seguras en la administración de medicamento que pueden promover el Delirium y actividades cotidianas no farmacológicas que también lo agudizan.

2. Desconocimiento para identificar y prevenir el Delirium en los pacientes hospitalizados en la UCI de la FCN, lo cual genera incertidumbre en el grupo terapéutico y lo aleja de un cuidado humanizado hacia el paciente y su familia.

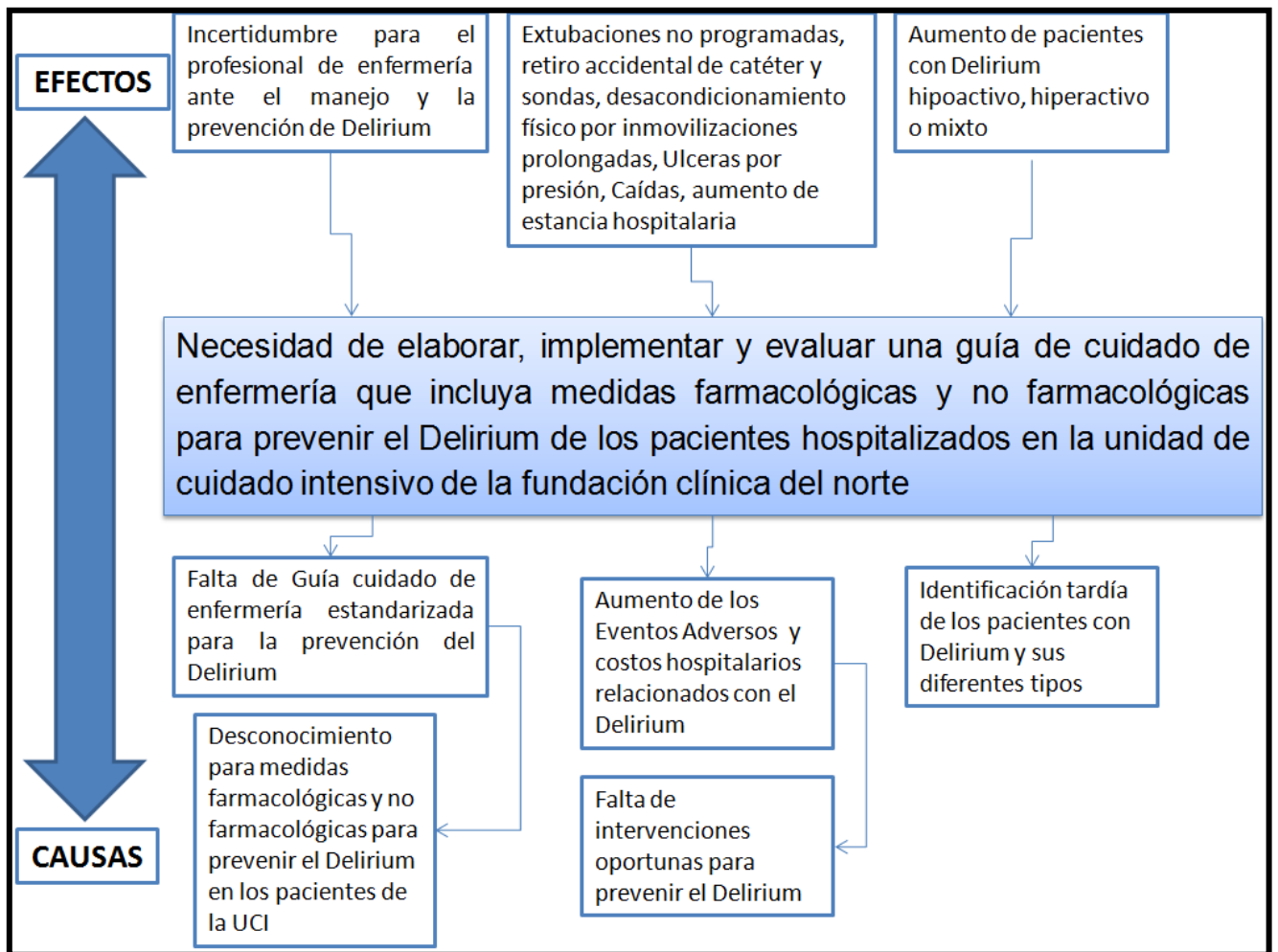
3. Se observa el evidente aumento de pacientes con delirio hipoactivo, hiperactivo o mixto en la unidad de cuidados intensivos, con detección tardía, dado que no se cuentan con escalas ni guías de identificación de este síndrome.

4. Aumento de eventos adversos relacionados directa e indirectamente con el Delirium tales como: Extubaciones no programadas, retiro accidental de catéter y sondas, desacondicionamiento físico severo por inmovilizaciones prolongadas, úlceras por presión, caídas, aumento de estancia hospitalaria entre otros.

Es así como prevenir el Delirium en UCI reduce riesgos para el paciente, disminuye su estancia en UCI, días de ventilación mecánica, riesgos de eventos adversos, disminuye costos emocionales y económicos para el paciente, familia y sistema de salud (5)

Con estos puntos concretos se busca elaborar una guía de enfermería que permita hacer un abordaje del paciente con Delirium direccionado por el grupo de enfermería, haciendo uso de las medidas farmacológicas y no farmacológicas para identificarlo y tratarlo. Dado que si bien el grupo médico da metas de tratamiento farmacológico, es enfermería quien logra estas metas y titula sedantes e hipnóticos para proporcionar confort y de otro lado las acciones no farmacológicas que reduzcan el riesgo de padecer Delirium

CUADRO 1: ÁRBOL DE PROBLEMAS



FUENTE: Elaboración propia

6. JUSTIFICACIÓN:

La prevención del Delirium ha sido un tema poco abordado por los profesionales de enfermería de la UCI de la FCN, dado que no existe una cuidado de enfermería para prevenir este síndrome y no es valorado como patología y posible desencadenante de eventos adversos. Es así, como a raíz del análisis de la problemática se realizó un abordaje a los profesionales de enfermería por medio de una encuesta, donde el 98% manifestaban la necesidad de una guía que incluyera cuidados de enfermería en factores externos y en factores asociados a la

medicación para prevenir el Delirium, el 92% manifestó la importancia de conocer escalas de medición para identificar el Delirium, el 95% reconoció que no se valoran los factores de riesgo para desarrollar Delirium en la unidad de cuidados intensivos dado que se desconocen, y el 96% resalta la importancia de prevenir el Delirium para evitar efectos adversos relacionados con éste. (ANEXO 1)

Los pacientes en cuidado crítico cursan cada vez más con algún tipo de Delirium (Hipoactivo, hiperactivo o mixto), lo que genera una serie de procesos no deseados a nivel del paciente, el equipo interdisciplinar tratante y la familia e implica un manejo prolongado de las complicaciones que se presentan. Es así como se hace necesario tener una guía de Enfermería que integra la teoría de mediano rango de Betty Newman para la prevención de este síndrome con herramientas precisas para abordar las diferentes situaciones que se presenten.

El aporte de este proyecto a todos los ámbitos traerá beneficios de la siguiente manera:

Profesional de Enfermería: La guía de enfermería integra la teoría de mediano rango de Betty Newman junto con prácticas cotidianas de cuidado para prevenir el Delirium y las consecuencias negativas secundarias a su aparición en los pacientes hospitalizados en la UCI FCN, esto será posible por medio de la utilización e interpretación de escalas de valoración para reconocer presencia de dolor, agitación o disconfort que promuevan el Delirium y utilización de medidas farmacológicas y no farmacológicas para prevenirlo. Todas estas medidas generarán en el profesional de enfermería empoderamiento, seguridad y confianza para cuidar al paciente en estado crítico con Delirium

Médicos Intensivistas: Fortalecerá el trabajo en grupo y la confianza ya que se alcanzaran las metas de tratamiento con menor presencia de eventos adversos dado que se realizará un manejo y seguimiento conjunto con fines comunes:

prevenir el Delirium, con menor tasa de complicaciones asociadas al cuidado y al manejo farmacológico.

Institución: Dado que el Delirium es una entidad prevalente en las unidades de cuidado intensivo y que su manejo genera aumento de costos por estancias prolongadas, mayor uso de medicamentos, predisposición mayor a padecer infecciones, autolesiones y deterioro físico que contribuye a daños físicos de difícil manejo, este proyecto busca contribuir a la identificación oportuna de pacientes en riesgo de padecer Delirium, sus consecuencias y de manera directa e indirecta disminuir la estancia en la UCI, los costos derivados de la atención y los eventos adversos que este síndrome genera

Paciente: Cuidado humanizado con menos complicaciones teniendo en cuenta variables importantes como una valoración objetiva del dolor, sedación y Delirium. Así podrá tener una recuperación con el menor impacto biosicosocial posible.

Familia: Hacerla participe activo del cuidado de su ser querido para disminuir la ansiedad, estar cerca y acompañar el proceso y tener afrontamiento efectivo del estado de salud de su familiar; por medio de la educación que se le brinde por parte del personal de enfermería y promover acciones no farmacológicas para el cuidado de su paciente.

7. OBJETIVOS

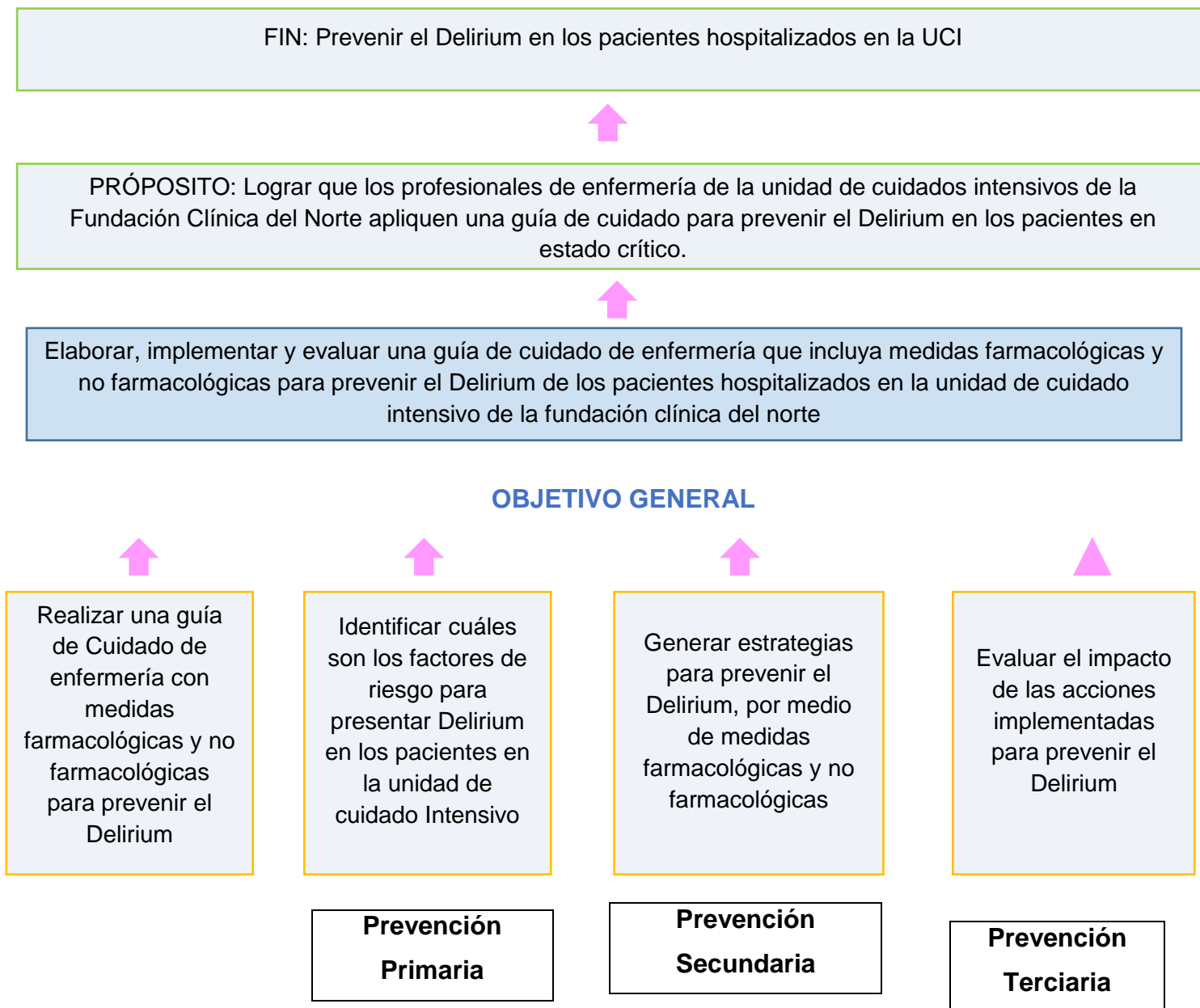
7.1 OBJETIVO GENERAL:

Elaborar, implementar y evaluar una guía de cuidado de enfermería que incluya medidas farmacológicas y no farmacológicas para prevenir el Delirium de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo de la fundación clínica del norte

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Elaborar una guía de Cuidado de enfermería con medidas farmacológicas y no farmacológicas para prevenir el Delirium.
2. Identificar cuáles son los factores de riesgo que presentan los pacientes para desarrollar Delirium.
3. Generar estrategias para prevenir el Delirium, por medio de medidas farmacológicas y no farmacológicas.
4. Evaluar el impacto de las acciones implementadas para prevenir el Delirium.

CUADRO 2: ÁRBOL DE OBJETIVOS:



FUENTE: Elaboración propia

8. SOPORTE CONCEPTUAL

8.1 DELIRIUM:

Existen múltiples definiciones sobre este síndrome, la sociedad española de manejo de Delirium considera que es una alteración transitoria y reversible del estado mental, de etiología multifactorial, de inicio brusco y evolución fluctuante, que cursa con síntomas de desorientación, agitación e incluso ideas paranoides o alucinaciones. Aparece con frecuencia a partir del tercer día de estancia en la UCI y suele desaparecer una vez que el paciente es dado de alta a una planta de hospitalización (6)

8.2 PREVENCIÓN:

La Organización mundial de la salud define la prevención como la “adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas” (7). A si mismo Carmen Carrera Castro lo define como la forma de mantener un equilibrio homeostático del cerebro y limitar los agentes estresantes del medio ambiente que puedan afectar negativamente al paciente hospitalizado. (8)

8.3 MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA PREVENIR EL DELIRIUM:

Las intervenciones no farmacológicas son de fácil manejo y se deben aplicar en todo momento para reducir el daño causado por el Delirium. Angela Maria Henao en su tesis para prevenir el Delirium en pacientes de unidad de cuidado intensivo sometidos a ventilación mecánica (9) sugiere que la disponibilidad de tapones en el momento de dormir, escuchar música relajante, reducir el ruido, utilizar los suplementos para ver y oír en horarios día, evitar las interrupciones del sueño, planear las actividades de cuidado del paciente para que descanse, estimular la movilidad del paciente lo antes posible, con esto se puede prevenir este síndrome sin causar daño al paciente

8.4 MEDIDAS FARMACOLÓGICAS PARA PREVENIR EL DELIRIUM:

Carlos Alberto Cano Gutiérrez, considera que para la prevención del Delirium lo primero es tratar la causa de base y simultáneamente pueden controlarse los síntomas. Las drogas usadas para tal fin se reservan para pacientes con Delirium severo. No existe una droga ideal para el manejo del Delirium, pero cualquiera sea la escogida debe darse a bajas dosis y por el menor tiempo posible. La elección del medicamento se basa en el estado del paciente, la ruta elegida de administración y el perfil de los efectos secundarios (10)

8.5 GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA:

Las guías son documentos desarrollados de manera sistemática para ayudar tanto al personal sanitario como a los pacientes, en la toma de decisiones oportunas en relación a la atención sanitaria (Field & Iohr, 1990). Las guías se centran en:

1. Recomendaciones para la práctica;
2. Recomendaciones para la formación;
3. Recomendaciones para la organización y directrices y
4. Indicadores de valoración y seguimiento. (11)

9. SOPORTE TEORICO

9.1 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). Posteriormente se doctoró en Psicología en 1.985 (12)

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 o entiende su grado de bienestar o enfermedad. La conciencia que tiene sobre ello, es una fusión entre la salud y la enfermedad (13).

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 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.

METAPARADIGMAS

Persona

En este modelo el concepto de persona se concibe como cliente/sistema cliente el cual puede ser un individuo, una familia, un grupo, una comunidad o un problema social. El sistema cliente considerado como un compuesto dinámico de interrelaciones entre factores fisiológico, psicológico, sociocultural, de desarrollo y espiritual se considera también que el cliente cambia o se mueve constantemente

y se observa como el sistema abierto que interacciona recíprocamente con el entorno. (13)

Enfermería

Para Newman la enfermería debe cuidar a la persona en su totalidad. Se considera a la enfermería como una profesión única y que se ocupa de todo aquello que la respuesta del individuo frente al estrés. En esta aplica la percepción que se tenga sobre esta la cual influye en el cuidado suministrado, es por esto que Newman destaca la percepción de cuidador y cliente, para lo cual desarrollo una herramienta de valoración e intervención con el objetivo de facilitar la tarea en relación a la percepción. (13)

Salud

Newman define la salud como un movimiento continuo del bienestar a la enfermedad, dinámico y sujeto a un cambio constante. En este sentido el bienestar o estabilidad óptimos son indicadores de que las necesidades en su totalidad han sido satisfechas. Es así como el individuo se encuentra constantemente expuesto al dinamismo sea en bienestar o en enfermedad y que se puede dar en diferentes grados y espacios. (13)

Entorno

Newman considera tanto al entorno como a la persona como fenómeno básico en su modelo de sistemas. Espacio en el que ambos mantienen una relación recíproca. El entorno entendido como los factores internos y externos que rodean o interaccionan con la persona y el cliente. Es por esto que los elementos estresantes son de real importancia para el concepto de entorno y son descritos como las fuerzas del entorno que interaccionan con la estabilidad del sistema y puedan alterarla (13)

En el modelo de sistemas se identifican tres tipos de entornos: Interno, Externo y Creado.

El entorno interno corresponde al aspecto interpersonal e incluye todas las interacciones que suceden al interior del cliente.

El entorno externo es interpersonal o extrapersonal e incluye todas las interacciones que suceden en el exterior del cliente.

El entorno creado es aquel que se desarrolla inconscientemente y el cliente lo utiliza con el fin de mejorar la capacidad de control protectora, dicho entorno se caracteriza por ser dinámico e interpersonal, en él se movilizan todas las variables del sistema con el objetivo de crear un efecto aislante que proporciona al paciente un estado de control frente a la amenaza que proviene de los elementos estresantes del entorno, modificando la identidad o la situación. (13)

El enlace de la teoría con el proyecto se realiza partiendo de:

1. Identificar los factores de riesgo en el individuo o en el medio físico de la unidad de cuidados intensivos predisponentes para desarrollar Delirium.
2. Reconocer que los pacientes en estado crítico pueden desarrollar Delirium secundario a los tratamientos farmacológicos y a las agresiones del entorno de la unidad de cuidado intensivo.
3. Conocer la importancia de hacer uso de las medidas farmacológicas para evitar el dolor o la agitación sin causar efectos secundarios como el Delirium y las implicaciones que este genera
4. Reconocer la importancia de implementar e interpretar escalas de valoración objetiva para identificar factores de tensión en el paciente como: dolor, agitación y Delirium
5. El medio físico y tecnológico de las unidades de cuidado intensivo generan todo tipo de agresiones físicas al paciente (Luz excesiva, Ruido, Alarmas, Ayudas diagnósticas, Cambios de posición, Inmovilizaciones, Baño en cama, batas hospitalarias, Imposibilidad de comunicación, Sondas y

dispositivos; entre otros), los cuales pueden ser mediados por el profesional de enfermería para así evitar la aparición de Delirium.

6. Mayor contacto físico y emocional con el paciente

La aplicación práctica de la teoría para prevenir la aparición del Delirium y propiciar espacios de bienestar para el paciente crítico, parte de las siguientes actividades en los rangos de prevención primaria, secundaria y terciaria:

PREVENCIÓN PRIMARIA:

1. El profesional de enfermería realizará intervenciones oportunamente para evitar que el paciente entre en Delirium, implementando acciones seguras que brinden confort y disminuyan el estrés del paciente crítico como:
 - 1.1. Identificar si el paciente presenta Dolor, mediante las escalas EVA y CPOT: Con los resultados obtenidos generar alerta al equipo interdisciplinario para utilizar medidas farmacológicas que alivien el dolor y no generen como efecto secundario Delirium. Además evaluará algunas causas del entorno que pueden generar disconfort en el paciente como: Inmovilizaciones no anatómicas y traumáticas, procedimientos que generan dolor como curaciones o cambios de posición, sondas, drenes o catéter que interrumpen la barrera física de la piel y pueden agudizar el dolor.
 - 1.2. Evaluar el nivel de sedación objetivo de acuerdo a las metas de tratamiento, dado que la sedación prolongada genera Delirium en el paciente en estado crítico.
 - 1.3. Identificar cuáles son los factores externos que puedan predisponer a la aparición de Delirium y prevenirlos, como: poca higiene del sueño, alto volumen de alarmas de monitores y ventiladores, confusión en persona,

tiempo y espacio, poco contacto con personas con vínculo familiar, estado de vulnerabilidad, entre otros.

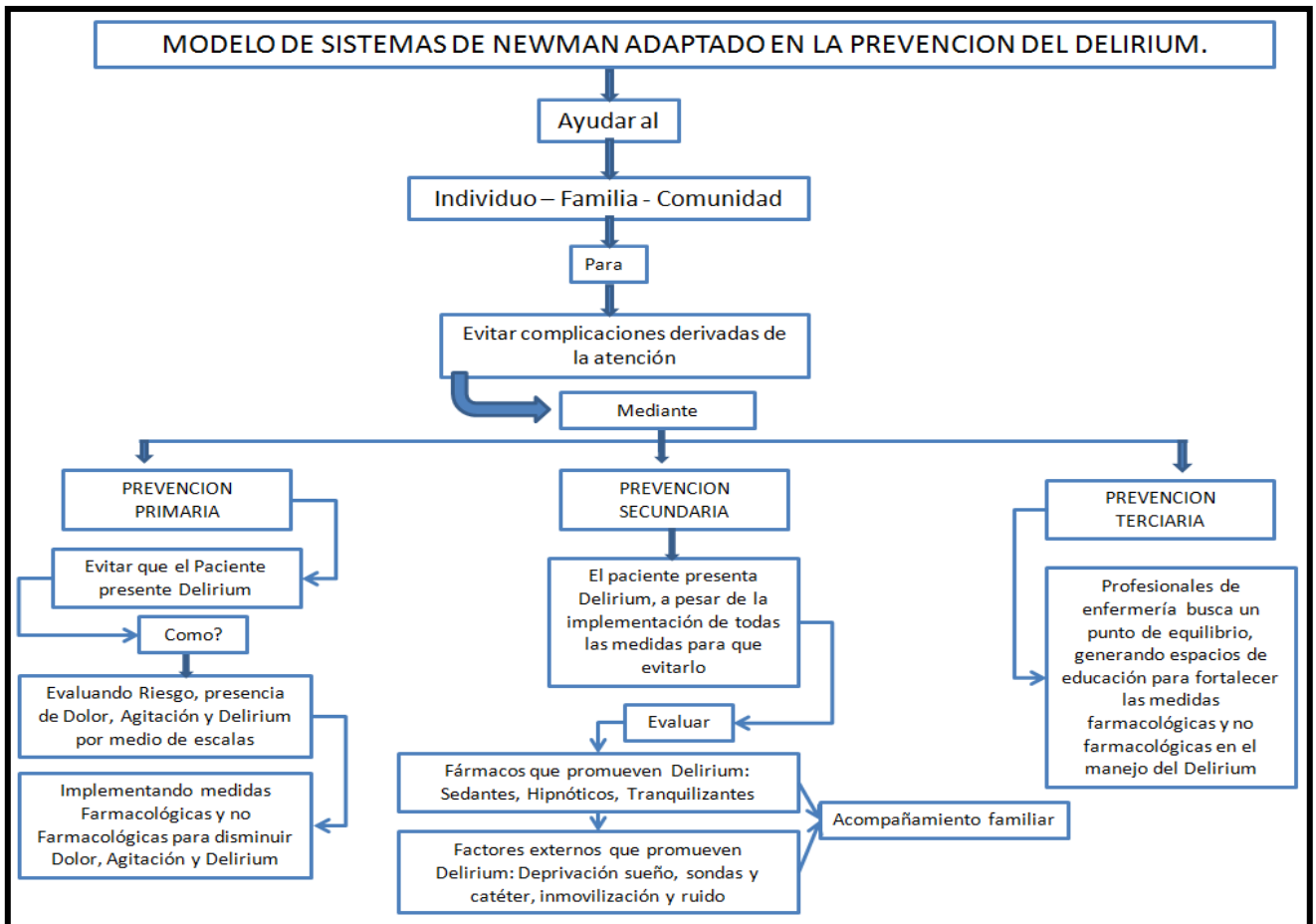
PREVENCIÓN SECUNDARIA:

1. El profesional de enfermería realizó todos los procedimientos necesarios para evitar que el paciente entre en Delirium, sin embargo el paciente presenta alteración en el estado de conciencia, ante esto se generan actividades para la atención oportuna de casos, y la planificación y evaluaciones de las intervenciones relacionadas con los síntomas
 - 1.1. Evaluar con el equipo interdisciplinar los fármacos que recibe el paciente para su tratamiento, la sedación y la analgesia identificando cuales de estos requiere el paciente y cuales se le pueden desmontar
 - 1.2. Eliminar factores externos que generen disconfort en el paciente: Promover higiene del sueño, movilización temprana, disminuir el volumen de las alarmas, evitar ruidos innecesarios en el ambiente, promover posiciones de descanso adecuadas evitando la inmovilización física, explicar al paciente su enfermedad y todos los procedimientos e intervenciones, ubicar diariamente al paciente en espacio y tiempo.
 - 1.3. Promover el acompañamiento familiar

PREVENCIÓN TERCIARIA:

1. El grupo de profesionales de enfermería busca un punto de equilibrio, generando espacios de educación para fortalecer las medidas farmacológicas y no farmacológicas en el manejo del Delirium
 - 1.1 Evaluación de medidas implementadas para evitar el Delirium
 - 1.2 Readaptación: Rehabilitación
 - 1.3 Conservación de la estabilidad

CUADRO 3: MODELO DE SISTEMAS DE NEWMAN ADAPTADO EN LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM



FUENTE: Elaboración propia

Es así como este síndrome constituye una situación prevenible desde la identificación de los factores de riesgos naturales y existentes en un paciente hospitalizado y aquellos a los que se ve expuesto en la unidad de cuidado intensivo; se debe realizar un diagnóstico oportuno y direccionar los cuidados de enfermería enfocados en la prevención del Delirium.

Teniendo en cuenta que el cuidado de Enfermería debe estar fundamentado en conocimientos científicos del saber propio, es necesario realizar un planteamiento

desde los fundamentos teóricos que fortalecen esta profesión. Por tal motivo, para el presente estudio se busca aplicar el modelo de sistemas de Betty Newman, el cual propone la prevención como intervención y plantea la identificación y el control de los factores estresores del entorno, para lograr retornar al paciente a su estado de bienestar (14).

10. ASPECTOS ÉTICOS

La enfermería, al igual que otras disciplinas del área de la salud, cuenta con fundamentos propios dentro del campo ético y legislativo que se han establecido de manera casi reciente para determinar las responsabilidades y deberes de sus practicantes tanto en el ser como en el quehacer profesional. Los mismos que han sido valorados en la aplicación del presente proyecto dada su importancia y pertinencia y que serán sintetizados a continuación por considerarse importantes en el desempeño de la práctica de enfermería.

La ley 266 de 1996, la cual reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión que consiste en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la intervención en el tratamiento, la rehabilitación y recuperación de la salud; al tiempo que vela por aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a la vida digna de la persona. De igual forma, determina los estándares de calidad en las dimensiones éticas, científicas y tecnológicas de la práctica de Enfermería y determina como un deber del profesional brindar una atención de calidad a todas las personas y comunidades sin distinción alguna (15).

La ley 911 de 2004 que dicta las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para la profesión de enfermería en el territorio colombiano, hace referencia en sus artículos 1 y 2 a la importancia del respeto a la vida y a la dignidad humana, al tiempo que brinda prioridad a la aplicación de los principios

éticos del cuidado de enfermería (16), los cuales en palabras de Martha Vargas han sido definidos de la siguiente manera (17).

Beneficencia - No maleficencia. Es la obligación de hacer el bien al otro, absteniéndose de generar acciones que pudieran causar algún daño. Para esto es indispensable contar con una formación teórico-práctica actualizada y permanente, que disminuya el riesgo de que se produzcan errores evitables y garantice que cada paciente obtenga el tiempo requerido de acuerdo a sus necesidades (18)

Este principio es aplicado en el presente proyecto porque busca el bienestar de los pacientes previniendo el Delirium, por medio de personal formado para identificarlo y evaluarlo; contando con una guía de cuidado de enfermería que permite dar lineamientos de cuidado para este fin

Autonomía. Corresponde una de las mayores conquistas de los seres humanos (19). Es la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente.

Este Principio se aplica al proyecto al reconocer a cada profesional de enfermería con capacidad para prevenir el Delirium, reconociendo la importancia que este tiene en el cuidado de los pacientes en estado crítico

Justicia. Consiste en el reparto equitativo de las cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital. Presume la igualdad de los seres humanos; es decir, el derecho a la salud como bien fundamental, basada en los principios morales de la igualdad y la dignidad humana (20).

Este principio se aplica al proyecto, dado que busca generar acciones que optimicen los recursos y proporcione seguridad al paciente en estado crítico, con una atención digna e idónea.

Consentimiento Informado: Los profesionales involucrados en la aplicación del proyecto deben dar su consentimiento libre e informado basado en la información adecuada, sin generar daño alguno, el cual es expresado y podrá ser revocado en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno (21)

Por lo anterior, es indispensable la elaboración de una guía de cuidado de enfermería que incluya medidas farmacológicas y no farmacológicas para prevenir el Delirium de los pacientes hospitalizados UCI de la FCN, como una herramienta que permita fortalecer el cuidado de enfermería y favorezca la realización de cuidados oportunos en los pacientes críticamente enfermos, garantizando un cuidado de alta calidad y el avance en nuestra disciplina.

11. METODOLÓGIA

Este proyecto se desarrolla con la metodología del marco lógico como eje principal y la necesidad de contar con una guía de cuidado de enfermería para la prevención del Delirium la cual fue expresada a los Coordinadores y Directivos de la clínica quienes evaluaron la propuesta y permiten que se desarrolle dentro de la unidad de cuidados intensivos (UCI) así:

1. Se plantea la necesidad de una guía de cuidado de enfermería para prevenir el Delirium en los pacientes hospitalizados en la UCI, para intervención del grupo de enfermería
2. Se realiza la propuesta y se solicita aprobación a la institución y a la Coordinación médica para implementar el proyecto en la unidad (ANEXO 10)
3. Hay autorización de forma verbal y escrita para el inicio del proyecto de la institución y de la coordinación médica.

MARCO LÓGICO:

Es una estructura metodológica que permite analizar situaciones problemáticas con rigor científico, bajo el establecimiento de un diagnóstico ocasionado por un problema central. Dicho problema está determinado por causas que lo generan, las mismas que conllevan a efectos evidentes en un grupo poblacional (22).

Estos aspectos son admitidos como desfavorables, puesto que conducen a la presencia de dificultades, pero que al ser utilizados bajo el componente metodológico son transformados en aspectos positivos, planteándose como objetivos a alcanzar. Así mismo, buscan establecerse de forma esquemática a manera de proyecto en un proceso que incluya un diseño, una evaluación y una ejecución, todo condensado en un esquema llamado: Matriz del Marco Lógico (22).

La matriz del marco lógico es un formato de cuatro por cuatro que incluye: objetivos, indicadores, medios de verificación, supuestos, componentes y actividades, que permiten en conjunto dar solución a la situación problemática identificada (22).

Por medio del marco lógico se puede llegar a la solución de problemas de una forma ágil, ordenada y con componente científico

CUADRO 4: MATRIZ DE MARCO LÓGICO

	INDICADOR	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>Fin</p> <p>Prevenir el Delirium en los pacientes hospitalizados en la UCI</p>	<p>Número de pacientes a quienes se brindaron medidas farmacológicas y no farmacológicas y se evidencia prevención de Delirium</p> <hr/> <p>Total de pacientes evaluados durante la intervención x 100</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lista de chequeo de la propuesta de cuidado orientada hacia la prevención del Delirium - Análisis de datos generados de las listas de chequeo 	<ul style="list-style-type: none"> - Rotación del personal - Disponibilidad a los registros clínicos. - Compromiso y acompañamiento por parte de la dirección de Enfermería en la continuación del proyecto.
<p>Propósito</p> <p>Lograr que los profesionales de enfermería de la UCI de la FCN apliquen una guía de cuidado para prevenir el Delirium en los pacientes en estado crítico.</p>	<p>Número de enfermeras que aplican la guía de cuidado para prevenir el Delirium</p> <hr/> <p>Total de enfermeras de la UCI FCN</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lista de chequeo - Auditoria de Historias clínicas donde se evidencia el registro de actividades 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad a los registros clínicos. - Diligenciamiento por parte de los Profesionales de la lista de chequeo - Motivación de los Enfermeros para la aplicación de guía de cuidado para prevenir el Delirium
<p>Objetivo General</p> <p>Elaborar, implementar y evaluar una guía de cuidado de enfermería que incluya medidas farmacológicas y no farmacológicas para prevenir el Delirium de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo de la fundación clínica del norte</p>	<p>Guía de cuidado de Enfermería para prevenir el Delirium en forma física en la Institución.</p> <hr/>	<ul style="list-style-type: none"> - Documento físico de la Guía de Enfermería para prevenir el Delirium - Actas de Reuniones de los profesionales de Enfermería, donde se ha socializado la Guía. - Registro de actividades en la Historia clínica para prevenir el Delirium - Auditorias de las Historias Clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Adherencia a la propuesta de implementación de Guía de cuidado para prevenir el Delirium por parte de los profesionales de Enfermería de UCI FCN - Rotación de Enfermeras

12. PLAN DE ACCIÓN:

Objetivo No 1

Elaborar y socializar la guía de Cuidado de enfermería con medidas farmacológicas y no farmacológicas para prevenir el Delirium

CUADRO 5: PLAN DE ACCIÓN

ACTIVIDADES	INDICADORES DE EVALUACIÓN	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Elaborar y socializar la guía de cuidado de enfermería con medidas farmacológicas y no farmacológicas para prevenir el delirium	Guía de cuidado de Enfermería para prevenir el Delirium en formato físico en la Institución. Número de Enfermeras que Asisten a la socialización de la guía de Cuidado de Enfermería para prevenir el Delirium/Total de Enfermeras que trabajan en la UCI de la FCN x 100	Revisión bibliográfica Carteles Auditorio Proyector Computador	Guía en forma física Lista de asistencia a las capacitaciones	Adherencia a la propuesta de implementación de la Guía Rotación de Enfermeras

Objetivo No 2

Identificar cuáles son los factores de riesgo que presentan los pacientes para desarrollar Delirium

ACTIVIDADES	INDICADORES DE EVALUACIÓN	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Socialización de las escalas de valoración: (CAM ICU, RASS, EVA, CPOT)	Número de Enfermeras de la UCI que asisten a la socialización de la aplicación de escalas de valoración de riesgo/Total de Enfermeras que trabajan en la UCI de la FCN x 100	Folletos con los Instrumentos de valoración Carteles Auditorio Proyector Computador	Lista de asistencia Evidencia fotográfica	Disponibilidad de los participantes para conocer las escalas que identifican el riesgo. Tiempo de los participantes para la realización de la actividad. Disponibilidad de espacio físico para la realización de la actividad.
Valoración del paciente Presencia de dos o más factores de riesgo	Número de pacientes hospitalizados en la UCI con presencia de dos o más factores de riesgo para desarrollar Delirium/ Total de pacientes evaluados durante la intervención x 100	Historia Clínica Antecedentes personales Guía de prevención del Delirium Escalas de valoración: CAM ICU – RASS	Registro en la Historia Clínica Formatos de escalas diligenciados	Disponibilidad de los recursos Tiempo del profesional de enfermería Motivación o interés para realizar la actividad

Objetivo No 3

Generar estrategias para prevenir el Delirium de tipo farmacológico y no farmacológico:

ACTIVIDADES	INDICADORES DE EVALUACIÓN	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Disminución de los factores de riesgo no farmacológicos que causan Delirium: Baño durante el día	Número pacientes a quienes se les realiza baño durante el día	Personal de enfermería Sábanas, cobijas, almohadas.	Registro de actividad en la Historia clínica de la realización del baño durante el día	Inestabilidad del paciente Disponibilidad del personal operativo Exámenes o ayudas diagnósticas que impidan la realización del baño durante el día
	Total de pacientes evaluados durante la intervención x 100	Paños de baño fácil		
Disminución de los factores de riesgo no farmacológicos que causan Delirium: Higiene del sueño	Número pacientes que duermen entre 5 y 8 horas durante la noche	Personal de enfermería Luces apagadas durante la noche	Registro de actividad en la Historia clínica de las horas que duerme el paciente durante la noche	Disponibilidad del personal operativo Necesidad de exámenes y procedimientos durante la noche Inestabilidad del paciente
	Total de pacientes evaluados durante la intervención x 100	Procedimientos mínimos en la noche		
		Bajos niveles de ruido Administración de medicamentos durante la vigilia		
Disminución de los factores de riesgo no farmacológicos que causan Delirium:	Número pacientes con acompañamiento familiar durante el periodo de visita	Prolongar el tiempo de visita durante las horas de la tarde. Identificación oportuna de los	Registro de visitas	Pobre acompañamiento familiar Pacientes sin identificación

Acompañamiento familiar	Total de pacientes evaluados durante la intervención x 100	pacientes con Delirium que se benefician de acompañamiento familiar		Resistencia del personal de enfermería para permitir el acompañamiento familiar.
		Programa de Educación a la familia para que sea participe activo en la recuperación del paciente		Recursos limitados para la comodidad del familiar. Inestabilidad del paciente Aislamiento del paciente
Disminución de los factores de riesgo no farmacológicos que causan Delirium: Retiro temprano de sondas, catéter y dispositivos médicos; cuando no haya pertinencia	Número de pacientes con dispositivos, catéter, sondas y ventilación mecánica los cuales se consideran no pertinentes	Ronda diaria de dispositivos Evaluación de pertinencia de dispositivos	Registro de dispositivos Registro en la Historia Clínica Lista de chequeo para evaluar la pertinencia de dispositivos	Falta de interés del personal de enfermería Inestabilidad del paciente
	Total de pacientes evaluados durante la intervención x 100	Retiro oportuno de dispositivos		
Disminución de los factores de riesgo farmacológicos que causan Delirium: Evaluación del dolor	Número de pacientes a quienes se les evalúa dolor/ Total de pacientes evaluados durante la intervención x 100	Escala de dolor Personal operativo con conocimiento en el manejo de las escalas	Registro en la Historia Clínica	Disponibilidad del personal de enfermería para aplicar las escalas de Dolor Interpretación de los resultados de las escalas

				Paciente con disconfort y dolor
Disminución de los factores de riesgo farmacológicos que causan Delirium: Evaluación del nivel de sedación	Número de pacientes a quienes se les evalúa meta RASS/ Total de pacientes con sedación evaluados durante la intervención x 100	Escala RASS Personal operativo con conocimiento en el manejo de las escalas	Registro en la Historia Clínica	Conocimiento por parte del personal para aplicar la escalas de Sedación Interpretación del resultado de la escala
	Número de pacientes a quienes se les evalúa el inicio y desmonte de la sedación según guía / Total de pacientes con sedación evaluados durante la intervención x 100			
Disminución de los factores de riesgo farmacológicos que causan Delirium: Evaluación de la presencia de delirium	Número de pacientes a quien se les realiza Escala de valoración presencia de Delirium (CAM CIU)	Escala CAM CIU Personal operativo con conocimiento en el manejo de las escalas	Registro en la Historia Clínica	Conocimiento por parte del personal para aplicar la escalas de Delirium Falta de interpretación del resultado de la escala
	Total de pacientes en la UCI de la FCN x 100			

Objetivo No 4

Evaluar el impacto de las acciones implementadas para prevenir el Delirium

ACTIVIDADES	INDICADORES DE EVALUACIÓN	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Presencia de Delirium en la UCI de la FCN	Número de pacientes identificados con algún tipo de Delirium Total de pacientes evaluados durante la intervención x 100	Interpretación de escalas Personal operativo	Registro de actividad en la Historia clínica	Disponibilidad del personal operativo Interés y motivación del personal de Enfermería

13. DESARROLLO DEL PLAN DE ACCIÓN:

13.1

Objetivo No 1

Elaborar y socializar la guía de Cuidado de enfermería con medidas farmacológicas y no farmacológicas para prevenir el Delirium

Actividad No 1

- **Actividad exploratoria.** Se realiza una encuesta de abordaje del Delirium a todos los profesionales de enfermería que laboran en la UCI de la FCN, con el fin de identificar la necesidad de una guía de Cuidado de Enfermería para prevenir el Delirium

Se tramita permiso para la aplicación de la encuesta en horarios laborales durante una semana, a doce profesionales de enfermería que representan el 100% de la población.

- **Recursos.** Encuesta de Abordaje del Delirium para profesionales de Enfermería

- **Tiempo.** Primera y segunda semana de junio.
- **Actividad de desarrollo:** Se aplica encuesta de abordaje del Delirium a 12 profesionales de enfermería, con el fin de identificar la necesidad de una guía de Cuidado de Enfermería para prevenir el Delirium (ANEXO 1).
- **Recursos.** Copias, lapicero, revisión bibliográfica.
- **Tiempo:** 15 minutos para el diligenciamiento de la encuesta.
- **Actividad culminativa.** Se procede a revisar una a una las encuestas diligenciadas, para la organización de la información obtenida.
- **Recurso:** Computadores, lapicero, Internet.
- **Tiempo:** 4 horas.

Actividad evaluativa: Se analizan los resultados en la tercera semana de Junio
Recurso: Computadores, lapicero, Internet.

- **Tiempo:** 2 horas.

Actividad 2.

Se realiza revisión y búsqueda bibliográfica de medidas farmacológicas y no farmacológicas para prevenir el Delirium y se construye una guía de cuidado aplicada al profesional de enfermería

- **Recursos:** Revisión bibliográfica, Internet, Computadores
- **Tiempo:** Entre los meses de Julio y Agosto

Actividad Evaluativa: Se socializa guía de cuidado de Enfermería para prevenir el Delirium en los pacientes hospitalizados en la UCI de la FCN, por medio de presentación en Power Point y se realiza pretest y postest de esta socialización

Recursos: Auditorio, Computador, lista de asistencia, lapiceros

Tiempo: 2 horas para la socialización de la guía

13.2

Objetivo No 2

Identificar cuáles son los factores de riesgo que presentan los pacientes para desarrollar Delirium

Actividad 1

Se socializan las escalas de valoración para identificar presencia de Dolor, sedación Óptima y presencia de Delirium. Esta socialización se realiza tanto en forma de ponencia como en campo abierto con los pacientes para evaluar la aplicación de las mismas

Con esta capacitación los enfermeros tendrán herramientas para identificar el Delirium tempranamente y con ello se generara un espacio de confianza y compromiso de los enfermeros en el cuidado de los pacientes

- **Recursos:** escalas de valoración, Carteles, Auditorio, Proyector, Computador
- **Tiempo:** Durante reunión mensual del mes de Agosto

Actividad Evaluativa: Se socializan escalas en campo abierto para identificar comprensión del recurso

Tiempo: 1 hora para la socialización de las escalas de valoración

Actividad 2

Se socializa a todos los profesionales de enfermería los factores de riesgo para desarrollar Delirium, así mismo sobre la necesidad de realizar registros de estos en la historia clínica como método de evaluación del estado del paciente para desarrollar este síndrome.

- **Recursos:** escalas de valoración, Carteles, Auditorio, Proyector, Computador
- **Tiempo:** Durante reunión mensual del mes de Agosto

Actividad Evaluativa: Se socializan escalas en campo abierto para identificar comprensión del recurso

Tiempo: 1 hora para la socialización de los factores de Riesgo para desarrollar Delirium

13.3

Objetivo No 3

Generar estrategias para prevenir el Delirium de tipo farmacológico y no farmacológico

Se realiza una lista de chequeo, la cual comprende la prevención primaria, secundaria y terciaria según el modelo de Enfermería de Betty Newman, donde se analizan registros clínicos y observación del paciente en las diferentes estrategias de cuidado explicadas en la guía de Cuidado de Enfermería como son:

1. Baño del paciente durante el día
2. Higiene de sueño
3. Acompañamiento familiar
4. Retiro temprano de sondas, catéter y dispositivos médicos; cuando no haya pertinencia
5. Evaluación del Dolor
6. Evaluación del nivel de Sedación
7. Evaluación de la presencia de Delirium

Actividades específicas para cada una de las estrategias:

1. Baño del paciente durante el día: Se realiza una socialización a todo el personal de Enfermería de la UCI de la FCN, donde se identifican las ventajas que tiene para el paciente y su evolución clínica realizar el baño durante las horas diurnas:

- a) Mantener la ubicación mental de las actividades propias de la vida diaria, baño diurno, dado que eso es parte de la ubicación temporoespacial de los pacientes.
- b) Promover la higiene del sueño, realizando menos actividades durante la noche que proporcionen descanso al paciente
- c) Evitar la Hipotermia que se genera durante el baño de los pacientes en el periodo nocturno
- d) Prevenir eventos adversos asociados al cuidado como retiro de dispositivos, alteración hemodinámica, caídas; realizando el baño durante el día, dado que hay un auxiliar de apoyo para esta actividad

Método de verificación: Registro de la realización del baño en la historia clínica

2. Higiene de sueño: Se realiza una socialización a todo el personal de Enfermería de la UCI de la FCN, donde se identifican las ventajas que tiene para el paciente y su evolución clínica mantener la higiene de sueño de manera fisiológica y realizada en las horas nocturnas, es así como se plantean las siguientes actividades:

- a) Disminuir el ruido ambiental: Ajustar el volumen de las alarmas de los diferentes dispositivos médicos según el estado hemodinámico de los pacientes
- b) Reducir la iluminación durante la noche, solo encender las luces en caso de procedimientos de enfermería
- c) Controlar el tono de voz, evitar uso de radios o televisores durante la noche
- d) Realizar curaciones de heridas durante el día, para propiciar espacio de descanso nocturno.
- e) Evitar utilizar medicación para inducir el sueño como benzodiazepinas

Método de verificación: Registro de las horas de sueño en la Historia Clínica

3. Acompañamiento familiar: Se gestiona con la Dirección de Enfermería y Coordinación médica de la UCI, aumentar el tiempo de visita de las familias, así mismo cuando se identifique Delirium positivo permitir acompañamiento familiar.

- a) El horario de visita se extiende de 1 hora a 4 horas, pasa de ser de las 14 a las 15 a ser de las 14 a las 18 horas.
- b) Los enfermeros tienen la autonomía de decidir ante la presencia de Delirium o riesgo del mismo, acompañamiento permanente de las familias, así mismo gestionar con la Dependencia de atención al usuario si estas familias requieren apoyo nutricional y se le proporcionan las tres comidas al día a un acompañante.
- c) A la familia se le hace un abordaje sobre la importancia de tener comunicación con el paciente y ser parte activa del cuidado

Método de verificación: Registro de acompañamiento en la historia clínica

4. Retiro temprano de sondas, catéter y dispositivos médicos; cuando no haya pertinencia:

Se socializa con el grupo de Enfermería la necesidad de evaluar cada día la pertinencia de dispositivos en el paciente, aplicando lista de chequeo para cada dispositivo (ANEXO 6)

Método de verificación: Indicador de uso de dispositivos, lista de chequeo diligenciada

5. Evaluación del Dolor:

Socializar con el grupo de enfermería la necesidad de evaluar la presencia de dolor en todos los pacientes aplicando la escala EVA o la escala CPOT y generando alertas al equipo interdisciplinario para mitigar esta sensación:

- a) evaluar si hay factores externos que generen dolor, como inmovilización inadecuada, hipotermia, dispositivos (flebitis, extravasaciones) y eliminar estos factores y optimizar analgesia

Método de verificación: Registro de escala en la historia Clínica

6. Evaluación del nivel de Sedación: socializar con el grupo de enfermería la necesidad de evaluar la meta de sedación que se requiere para cada paciente y realizar aumento o desmonte de la misma según la guía de cuidado de enfermería para la prevención del Delirium

- a) Evaluar meta RASS en conjunto con el especialista
- b) Realizar aumento/ disminución progresivo evaluando respuesta del paciente

Método de verificación: Registro de escala en la historia Clínica, registro de aumento/disminución de la sedación en la sábana de Enfermería, Registro de aplicación de medicamentos.

7. Evaluación de la presencia de Delirium: socializar con el grupo de enfermería la necesidad de evaluar la presencia de Delirium en los pacientes que cumplan criterios según la escala CAM ICU

Método de verificación: Registro de escala en la historia Clínica

13.4

Objetivo No 4:

Evaluar el impacto de las acciones implementadas para prevenir el Delirium:

Se realizará un análisis sobre las actividades farmacológicas y no farmacológicas para prevenir el Delirium en los pacientes hospitalizados en la UCI de la FNC

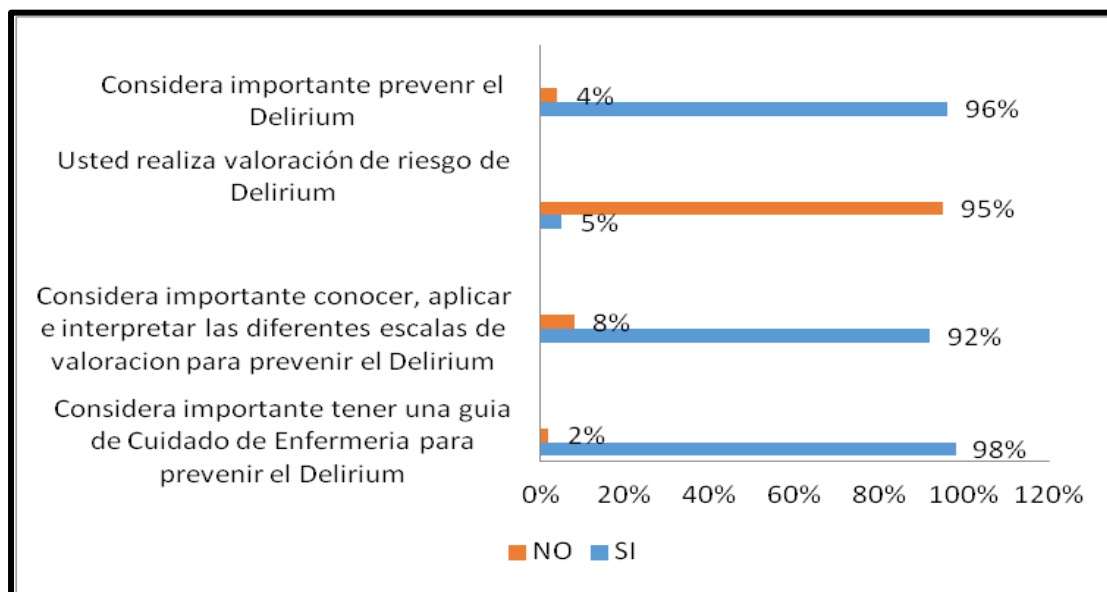
Método de verificación: Lista de chequeo

14. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de la información se utilizaron diferentes herramientas que permitieron dar resultados de la implementación y evaluación de la guía de cuidado de enfermería elaborada para prevenir el Delirium en los pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo de la Fundación Clínica del Norte, las cuales dejan un campo abierto a las posibilidades de cuidado y se plantean retos alcanzables para prevenir este síndrome.

Durante la implementación de este proyecto, se inicia con la necesidad expresada por el grupo de profesionales de enfermería para tener una guía de cuidado que genere lineamientos para prevenir el Delirium, se realiza la siguiente encuesta:

**GRÁFICA 1: ENCUESTA APLICADA A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
UCI FCN: ABORDAJE INICIAL DEL DELIRIUM**



Esta encuesta se le realiza a la totalidad de enfermeros de la unidad (12), quienes aportaron los siguientes resultados: el 98% manifestaban la necesidad de una guía que incluyera cuidados de enfermería en factores externos y en factores asociados a la medicación para prevenir el Delirium, el 92% manifestó la importancia de conocer escalas de medición para identificar el Delirium, el 95% reconoció que no se valoran los factores de riesgo para desarrollar Delirium en la

unidad de cuidados intensivos dado que se desconocen, y el 96% resalta la importancia de prevenir el Delirium para evitar efectos adversos relacionados con este síndrome

Con esta actividad exploratoria, se da inicio a la construcción de una guía de Enfermería que incluyera medidas Farmacológicas y no Farmacológicas para prevenir el Delirium, (ANEXO 6) basados en la teoría de mediano rango de Betty Newman

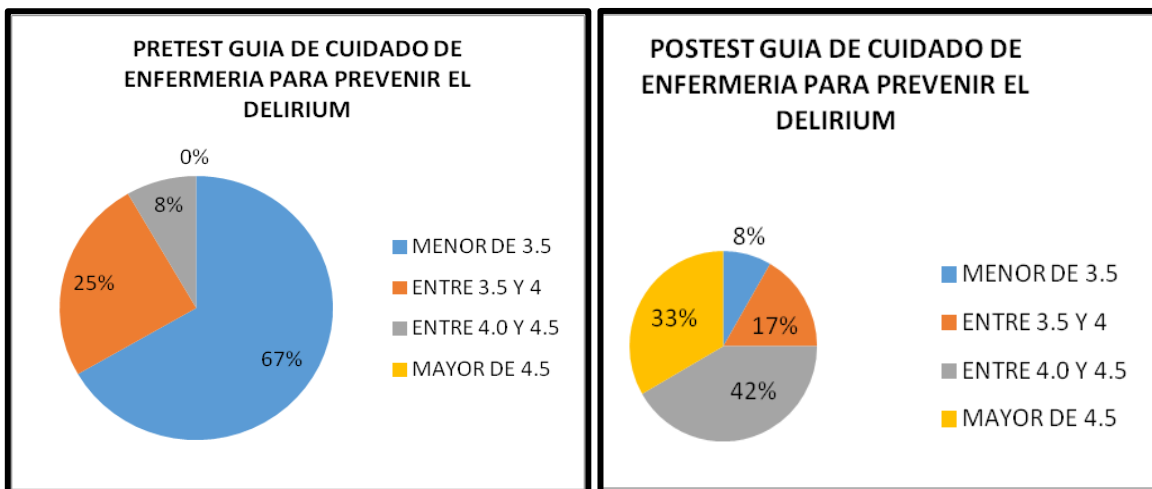
A continuación, se detallan entonces los resultados obtenidos luego de la aplicación del proyecto y se delimitan los objetivos ya planteados:

Objetivo No 1

Elaborar y socializar la guía de Cuidado de enfermería con medidas farmacológicas y no farmacológicas para prevenir el Delirium

Durante el mes de Septiembre se realiza socialización de la guía de cuidado de enfermería para prevenir el Delirium, la que incluye escalas de valoración y factores de riesgo, a la totalidad de los profesionales de Enfermería de la institución por medio de una presentación en Power Point (ANEXO 3) y se evalúan los conocimientos adquiridos por medio de Pretest y Postest (ANEXO 4) con los siguientes resultados:

GRÁFICA 2 : PRETEST Y POSTEST DE SOCIALIZACION DE LA GUÍA



Frente al conocimiento que tienen los 12 enfermeros de la unidad de cuidado intensivo sobre la guía de cuidado de enfermería para prevenir el Delirium, se encontró que en el Pretest, el 67% de la población encuestada, 8 en total, no tienen claridad sobre los cuidados farmacológicos y no farmacológicos para prevenir el Delirium con puntajes inferiores a 3.5, comparado con el 8% que es tan solo 1 profesional el cual logra definir adecuadamente en qué consiste la guía y al mismo tiempo establecer lineamientos de cuidados para prevenir el Delirium. Se analiza que 3 de los profesionales que realizan la prueba realiza afirmaciones que indican tener algún grado de conocimiento sobre la guía, la cual fue enviada previa a la socialización en forma virtual.

Después de la presentación de la guía se realiza prueba de conocimiento encontrando que el 33% de los enfermeros comprenden los cuidados de enfermería para prevenir el Delirium, un 42% tiene conceptos claros pero aún se presentan algunas dudas en cuanto al manejo farmacológico y un 25% no logra relacionar los cuidados farmacológicos y no farmacológicos para prevenir el Delirium posterior a la socialización de la guía.

Con respecto a este primer abordaje, Carmen Castro Carrera, manifiesta que para la prevención del Delirium la enfermera debe tener los conocimientos suficientes para prevenirlo por medio de una identificación precoz de los riesgos y un tratamiento oportuno, en sus propias palabras: “La Enfermería son los ojos de la medicina. Hay estudios que destacan la importancia de la valoración de enfermería en la detección precoz del Delirium”. (23)

Después de este primer abordaje educativo se construye una lista de chequeo con base en el modelo de sistemas de la teoría de mediano rango de Betty Newman aplicado al Delirium en la prevención primaria, secundaria y terciaria, donde a través de auditorías de historias clínicas y observación directa de las actividades de enfermería se identifica la implementación de la guía de cuidado.

Este instrumento se aplica a 10 profesionales de enfermería, dado que se presentaron dos renuncias, lo que implica que los profesionales nuevos aun no

conocen la guía y su implementación, esto con el fin de no tener sesgos en la información.

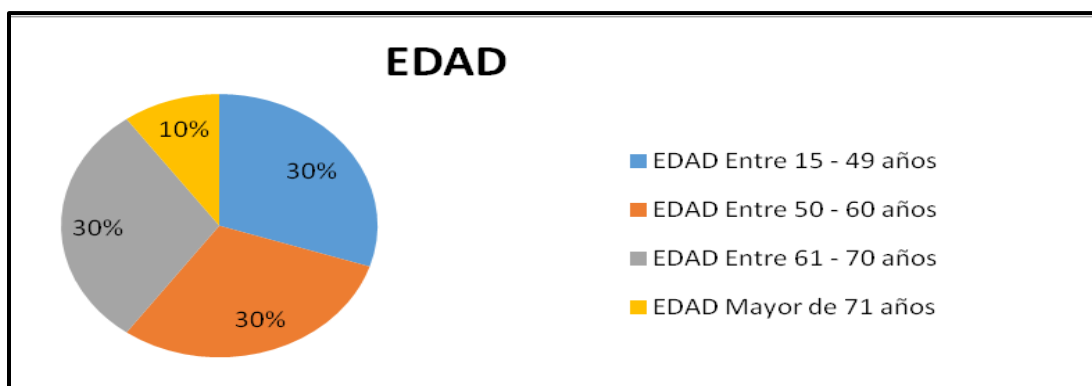
Es así como se identifica que el 100% de las personas que se les aplica la lista de chequeo conocen los lineamientos de la guía de cuidado

GRÁFICA 3: CONOCIMIENTO DE LA GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR EL DELIRIUM



Dentro de la prevención primaria el objetivo es identificar cuáles son los factores de riesgo que presentan los pacientes para desarrollar Delirium, para ello se evaluaron los siguientes conceptos:

GRÁFICA 4. RANGOS DE EDAD DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

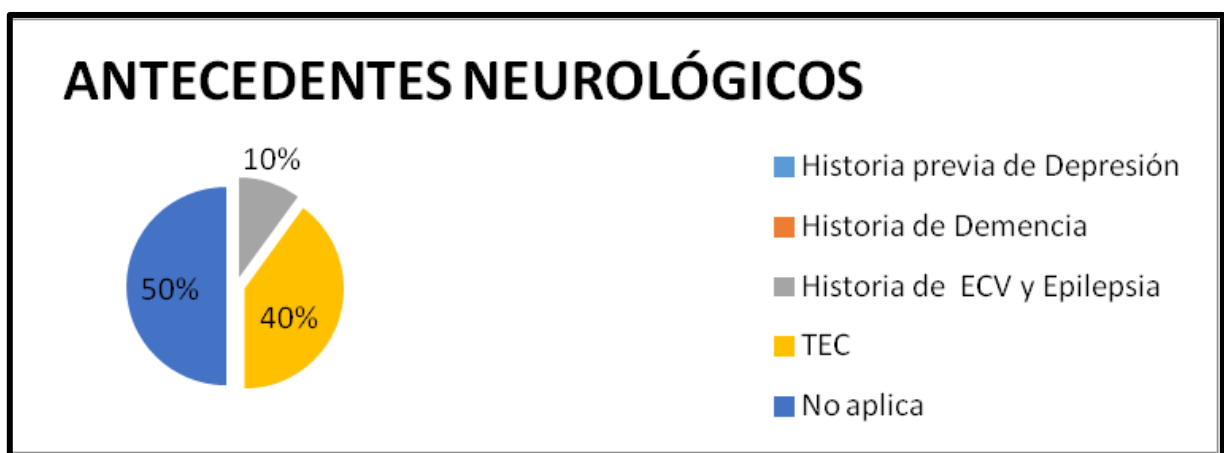


La unidad de Cuidados intensivos de la FCN se especializa en tratar pacientes que presentan politrauma con deterioro neurológico y ventilatorio y pacientes con alteraciones cardíacas estructurales, que requieren manejo quirúrgico, es por esta causa que el rango de edad es similar, comprendiendo que el 30% de los pacientes se encuentran entre 15 y 49 años con igual porcentaje entre 50 y 60 años y 61 a 70 años respectivamente, dentro de la muestra seleccionada de 10 pacientes, solo un 10%, que corresponde a 1 paciente, es mayor de 71 años.

Este dato es relevante para el proyecto, dado que según los estudios de Peterson et al. (2006) y Rigen (2010) reportan una relación del Delirium con la edad; especialmente en pacientes mayores de 65 años se presentó una incidencia de un 72% y en pacientes menores de 65 años del 58%, en condiciones de enfermedad crítica. (9)

Dado lo anterior se puede pensar que el 70% de los pacientes hospitalizados en la Unidad de cuidado intensivo, con edades entre 50 y 71 años pueden presentar una incidencia de Delirium mayor al 60% durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos, factor de riesgo que no es modificable.

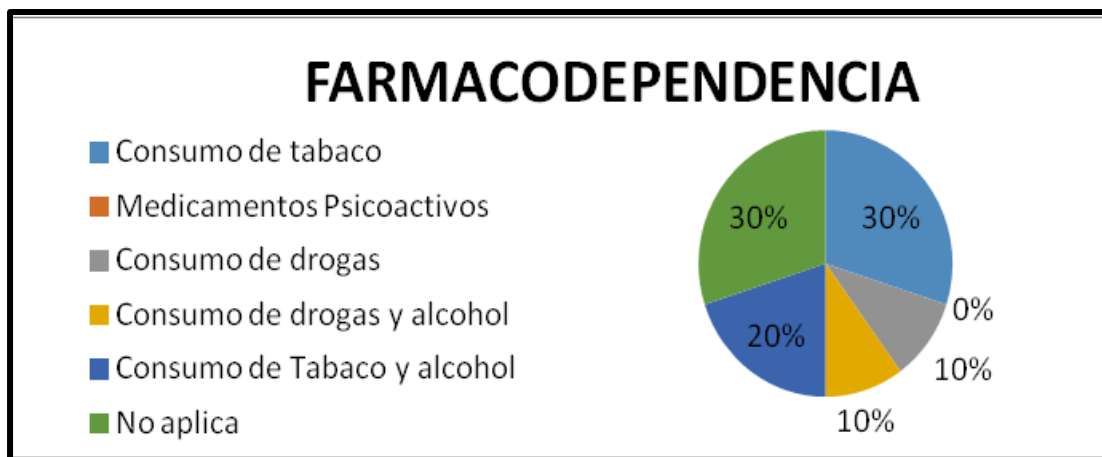
GRÁFICA 5. ANTECEDENTES NEUROLÓGICOS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS



Los antecedentes neurológicos en la unidad se comportan de acuerdo al tipo de población que se atiende, entendiendo que no se tratan patológicas de

enfermedad orgánica, solo el 10% de la población tiene antecedentes de Enfermedad Cerebrovascular y el 40% son pacientes en estado crítico secundario a Trauma Craneoencefálico. Estos datos adquieren importancia dado que según el estudio realizado por Tiare Quiroz et al. (2014) expresan que el Delirium se manifiesta en pacientes con patologías neurológicas, psiquiátricas, microquirúrgicas, médicas, entre otras, con prevalencias que fluctúan entre 7 a 50% e incidencias de 10 a 82% (24)

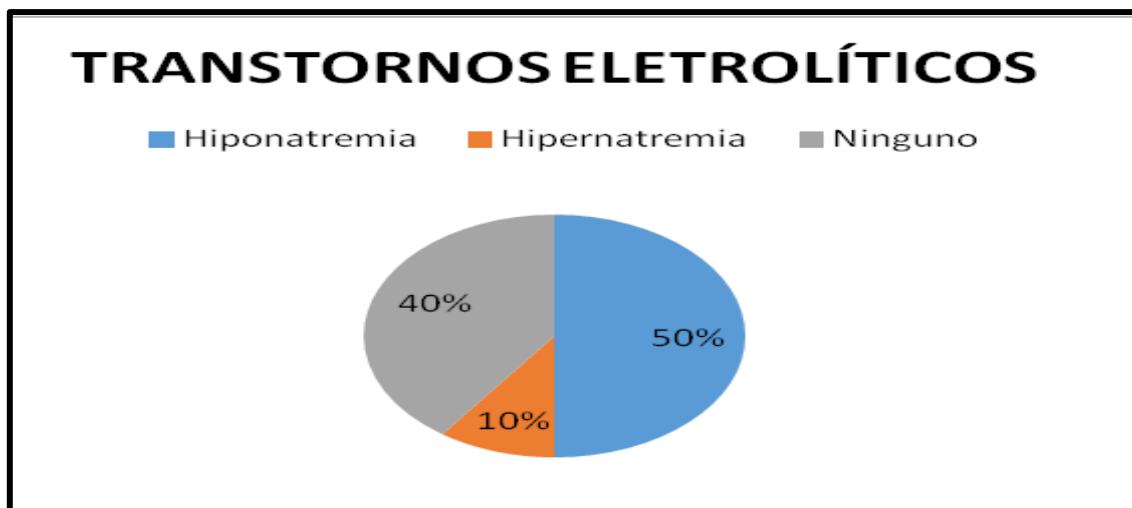
GRÁFICA 6. ANTECEDENTES DE FARMACODEPENDENCIA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS



Los antecedentes de consumo de medicamentos psicoactivos y drogas ilícitas que generan dependencia predisponen al paciente a desarrollar síndrome de abstinencia, es por esto que se analizan estos datos para identificar factores de riesgo propios del paciente en estado crítico para desarrollar Delirium. Entendiendo lo anterior se analiza que un 30% de los pacientes de la muestra no tienen antecedentes de consumo de medicamentos o drogas que alteren el nivel de conciencia o generen dependencia, mientras que con un porcentaje igual, 3 pacientes son fumadores activos, 1 paciente que representa el 10% consume drogas y con igual porcentaje en 1 paciente consumidor de alcohol y un 20% que representa 2 pacientes consumen tabaco y alcohol simultáneamente. Ningún paciente de la muestra requiere manejo farmacológico con medicamentos psicoactivos de control rutinario.

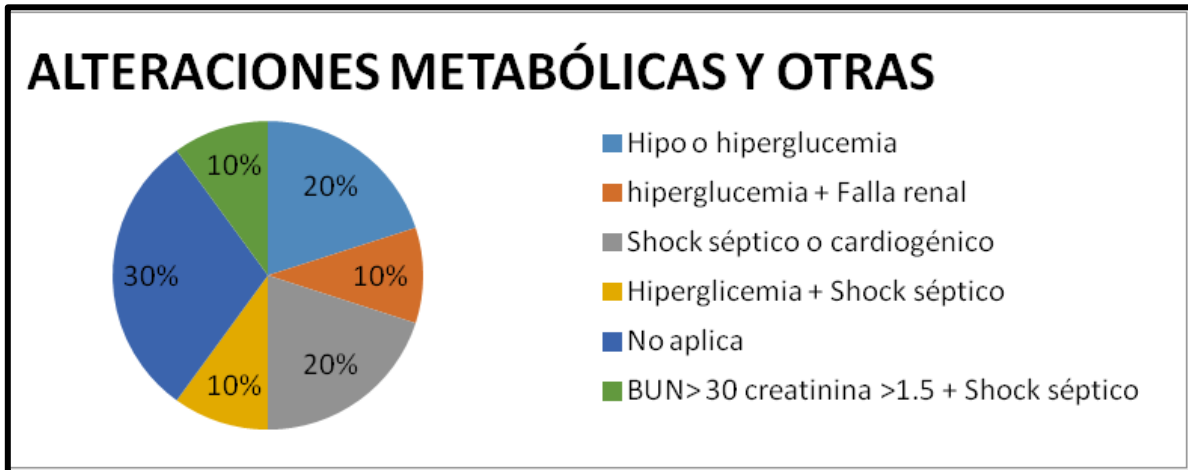
Además es de importancia resaltar que la mayoría de los pacientes que presentan Trauma Craneoencefálico está bajo efectos de drogas o sustancias psicoactivas durante el evento

GRÁFICA 7. TRASTORNOS ELECTROLÍTICOS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS



Existe variedad de trastornos electrolíticos que puede desarrollar el paciente en estado crítico dentro de la unidad de cuidados intensivos las cuales pueden predisponer la aparición de Delirium, dado que un 40% de los pacientes de la muestra presentan Trauma Craneoencefálico, se tomó las alteraciones del Sodio como principal manifestación neurológica la cual altera el estado de conciencia y que puede dar un falso estado de Delirium. Esta causa es común en los pacientes que sufren politraumatismo y evoluciona si no es tratado adecuadamente con edema cerebral y daños irreversibles (25). Según la muestra seleccionada el 50% de los pacientes cursan con hiponatremia y el 10% de los pacientes con hipernatremia, el 40% restante no presenta esta alteración metabólica.

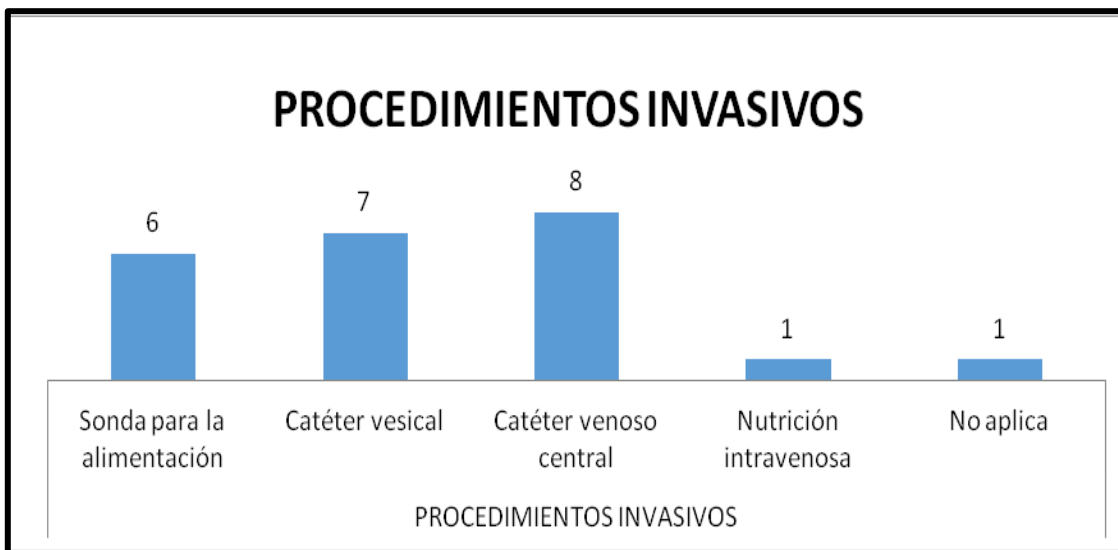
GRÁFICA 8. ALTERACIONES METABÓLICAS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS



Las alteraciones metabólicas y otros estados de shock de diferente presentación que pueden desarrollar los pacientes en estado crítico en las unidades de cuidado intensivo inducen la aparición de Delirium. Según Iliana Micaela Montenegro, especialista en Toxicología en su tratado sobre DELIRIUM: Abordaje toxicológico (26), menciona que las alteraciones metabólicas constituyen el 26% de las causas de Delirium mientras que los procesos infecciosos pueden llegar hasta el 40%, dependiendo de la variabilidad de cada paciente.

En la muestra obtenida se observa que hay variabilidad en estos datos, teniendo como punto de partida que el 30% no curso con ninguna alteración metabólica ni infecciosa. Con igual porcentaje (10%) se presentaron 3 pacientes, cada uno con clínica de hiperglucemia y Falla renal, BUN > 30 creatinina > 1.5 y Shock séptico e Hiperglucemia y Shock séptico. a su vez el 20% de los pacientes presentaron hipo o hiperglucemia y con igual porcentaje Shock séptico o cardiogénico sin otra alteración añadida.

GRÁFICA 9. ANÁLISIS DE LA PERTINENCIA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS INVASIVOS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

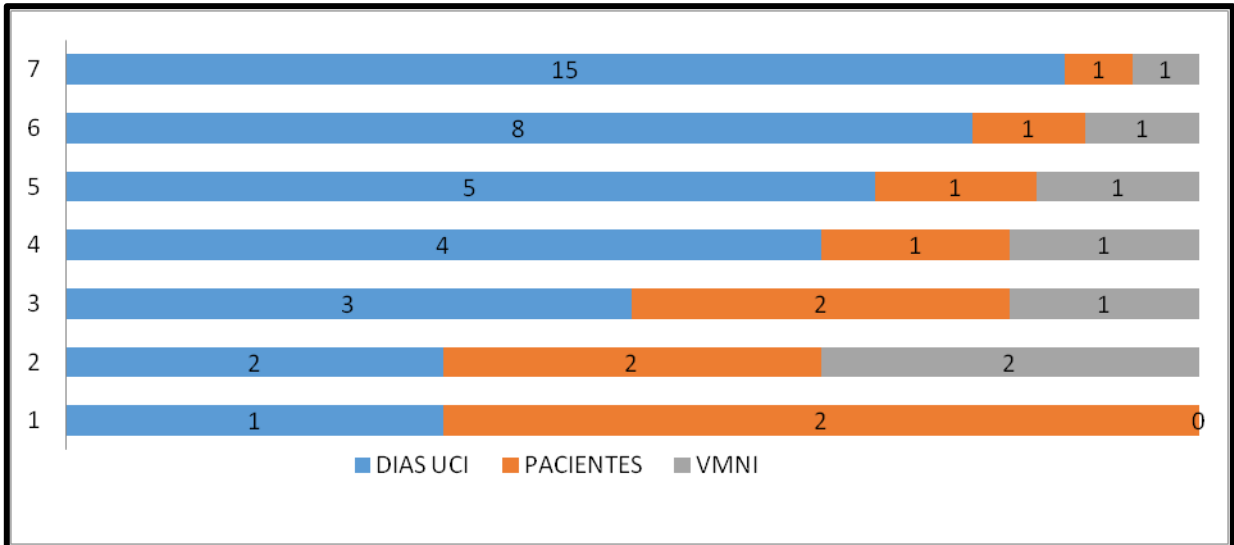


En las medidas implementadas por los enfermeros de la unidad se realizó una lista de chequeo que se aplica a cada paciente durante el turno para evaluar la pertinencia de dispositivos médicos (ANEXO 7), de esta manera retirar tempranamente aquellos que el paciente en su estado crítico no requiera.

El análisis que se realiza de este ítem radica que 1 paciente no tenía ningún dispositivo médico al igual que 1 paciente requería nutrición parenteral. Se observa además que de los 10 pacientes analizados, 8 requerían catéter venoso central, 7 sonda vesical y 6 sondas para alimentación después de valorada la pertinencia por cada profesional de enfermería.

Según Tiare Quiroz et al. (2014), en su artículo Delirium: actualización en manejo no farmacológico, se deben minimizar los procedimientos invasivos (vías venosas, sondas enterales, sonda Foley, etc.) sugiriéndose una periódica evaluación por equipos especializados para detección precoz, realizando procedimientos de valoración integral (24)

GRÁFICA 10. RELACIÓN ESTANCIA EN DÍAS EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO VS LA NECESIDAD DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA, EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS



La gráfica hace relación entre los días de estancia en las unidades de cuidado intensivo y cuántos de estos requieren ventilación mecánica no invasiva y con ello administración de sedación farmacológica, eventos de hipoxemia y complicaciones asociadas con el cuidado que pueden desencadenar entre otras complicaciones Delirium.

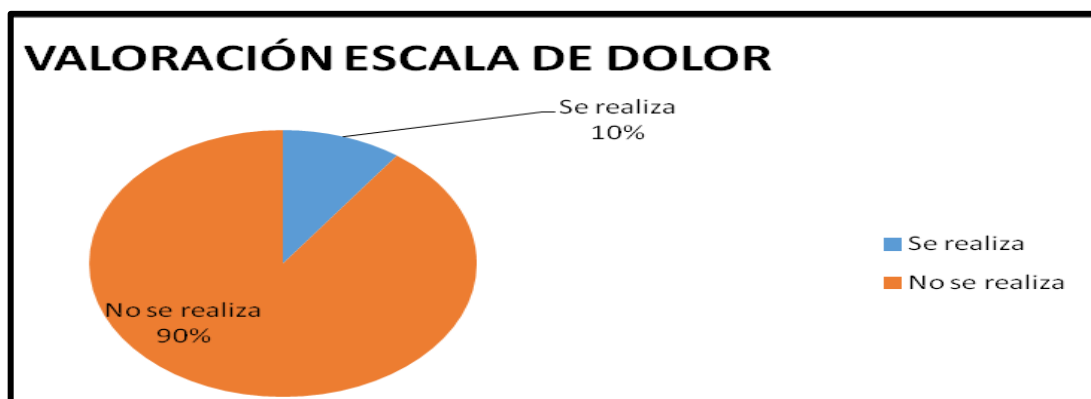
En la muestra de 10 pacientes auditados se analiza:

- 2 pacientes evaluados tenían 1 día en la unidad de cuidado intensivo SIN ventilación mecánica,
- 2 pacientes tenía 2 días en la unidad de cuidado intensivo CON ventilación mecánica,
- 2 pacientes tenían 3 días en la unidad de cuidado intensivo, de los cuales solo 1 día requirieron soporte ventilatorio
- 1 paciente tenía 4 días en la unidad de los cuales solo 1 día estuvo con ventilación mecánica no invasiva
- 1 paciente tenía 5 días en la unidad con 1 día en ventilación mecánica

- 2 pacientes en estado prolongado tenían 8 y 15 días respectivamente bajo ventilación mecánica el mismo número de días.

Según el estudio desarrollado por Lin et al. (2004) resaltan la importancia de diagnosticar el Delirium en los pacientes en ventilación mecánica, con el fin de identificar los factores modificables y obtener una mejor oportunidad de sobrevivir. Los resultados de este estudio determinaron que los pacientes con Delirium presentaron mayor mortalidad en la unidad de cuidados intensivos comparados con una de tasa de pacientes no Delirium (63,6% vs. 32,5%, respectivamente). En el análisis multivariado, el Delirium y la gravedad de la enfermedad fueron predictores independientes de mortalidad. (9)

GRÁFICA 11 ANÁLISIS DE LA VALORACIÓN DE LA ESCALA DE DOLOR EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

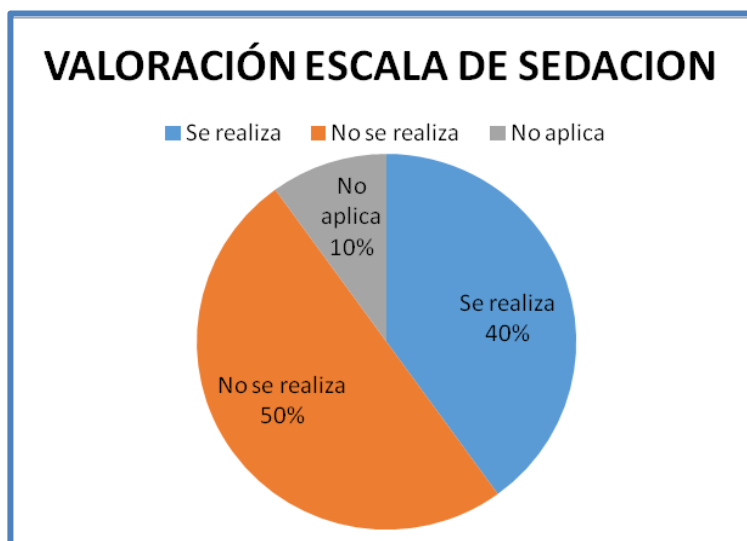


El dolor puede ser uno de los síntomas con mayor prevalencia en las unidades de cuidado intensivo, dado que todo paciente se ve vulnerable ante los diferentes procedimientos en búsqueda de la resolución de su enfermedad. sin embargo al evaluar la medición de dolor se observa que aunque los pacientes tenían tratamiento farmacológico para tratarlo no había reporte de la escala de valoración del mismo, es así como sólo en un 10% lo que representa un paciente estaba valorado el dolor.

Ante esta situación cabe mencionar el estudio de Granja & López (2005) con 469 participantes, en el que expresaron cuáles fueron las experiencias que recordaron

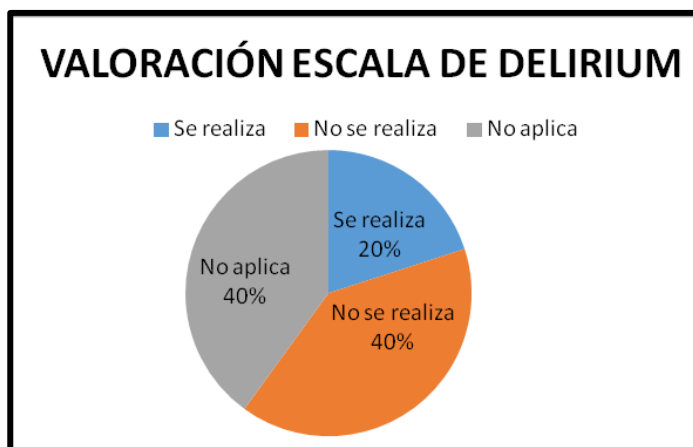
de la hospitalización en la UCI; se destaca que 81% estaba relacionado con la aspiración traqueal del tubo, 54% con el dolor y 58% con la dependencia del ventilador, experiencias que fueron recordadas como de las más agotadoras en la unidad de cuidados intensivos (27)

GRÁFICA 12 ANÁLISIS DE LA VALORACIÓN DE LA ESCALA DE SEDACIÓN EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS



Los niveles de sedación, la administración y desmonte de estos fármacos debe direccionarse partiendo de las necesidades propias de cada paciente y de la valoración conciente y el registro de las escalas en la historia clínica. Al evaluar el reporte de este instrumento se observa que en un 50% no hay valoración de la escala de sedación de los pacientes mientras que en un 40% se realiza y se ajusta medicación según las metas de tratamiento sugeridas por los diferentes especialistas; sólo en un 10% no aplicaba la escala dado que el paciente se encontraba sin sedoanalgesia.

GRÁFICA 13 ANÁLISIS DE LA VALORACIÓN DE LA ESCALA DE DELIRIUM EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

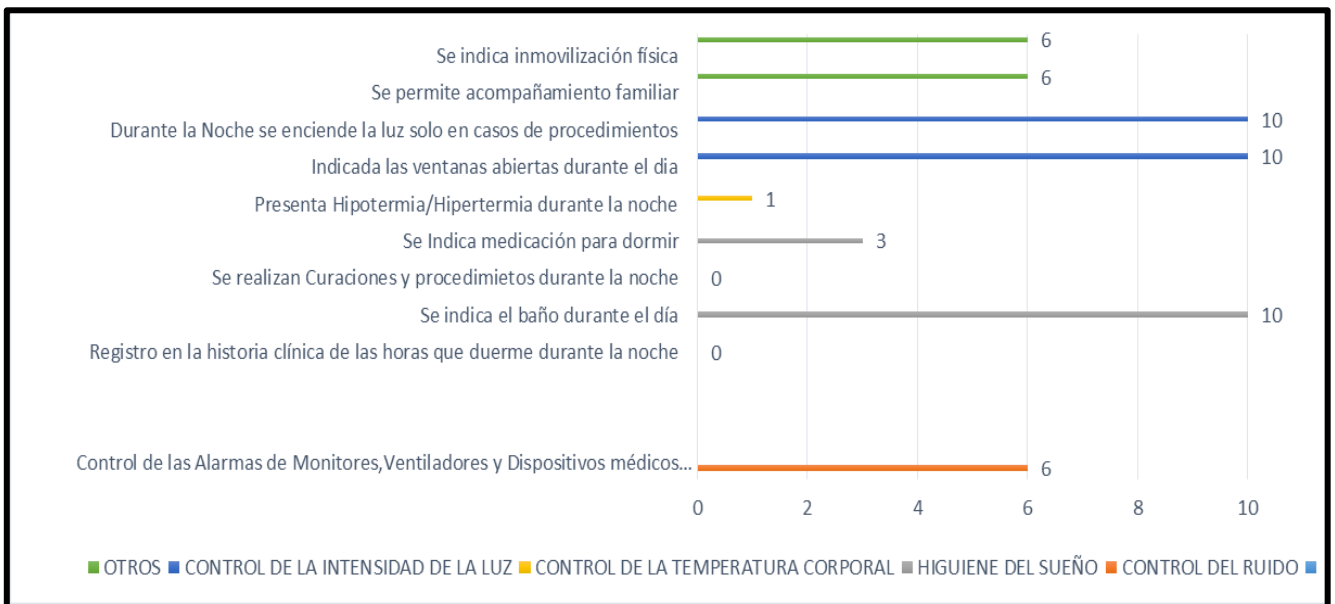


La valoración del Delirium se realiza por medio de la escala CAM – ICU, la cual de manera rápida puede dar indicador de presencia de alteración en el estado de conciencia de los pacientes en forma objetiva, sin embargo de en la muestra tomada se observa que el 40% no tenía criterios para aplicar la escala, al 40% no se les realiza y sólo se aplica al 20% de los pacientes.

Diagnosticar el Delirium en los pacientes proporciona una garantía que empodera a la enfermera en el cuidado individualizado, el cual reduce las consecuencias relacionadas con mortalidad, días de estancia y complicaciones (28)

En la prevención secundaria, dando cumplimiento al objetivo de generar estrategias para prevenir el Delirium de tipo farmacológico y no farmacológico, se analiza la siguiente información la cual se obtiene a través de auditoría de historias clínicas y observación directa de los cuidados de los pacientes:

GRÁFICA 14 CRITERIOS NO FARMACOLÓGICOS PARA PREVENIR EL DELIRIUM



Los criterios no farmacológicos para prevenir el Delirium se ubicaron en 10 preguntas donde se evidenciaba si el profesional de enfermería realizaba actividades cotidianas que permitieran disminuir este síndrome en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo.

Para evaluar la higiene del sueño se plantearon las siguientes estrategias:

En el control del ruido se identifica que 6 pacientes tienen las alarmas con volumen bajo, lo cual les permite descanso auditivo, en los 4 pacientes restantes se identifica dificultades técnicas con monitores y equipos de ventilación mecánica que impedía disminuir las alarmas, lo cual se hizo revisar con el grupo de ingeniería biomédica.

En ninguno de los pacientes auditados se observa que se mencione en los registros de enfermería las horas que duermen los pacientes durante la noche

En todos los pacientes evaluados se observa que se les realiza baño y procedimientos y curaciones durante el día.

Solo a tres pacientes de los 10 evaluados se les indica medicación para dormir y uno de ellos presenta hipotermia durante la noche. Además durante el período nocturno los enfermeros controlan las luces y se encienden en caso de necesidad para el cuidado de los pacientes en estado crítico

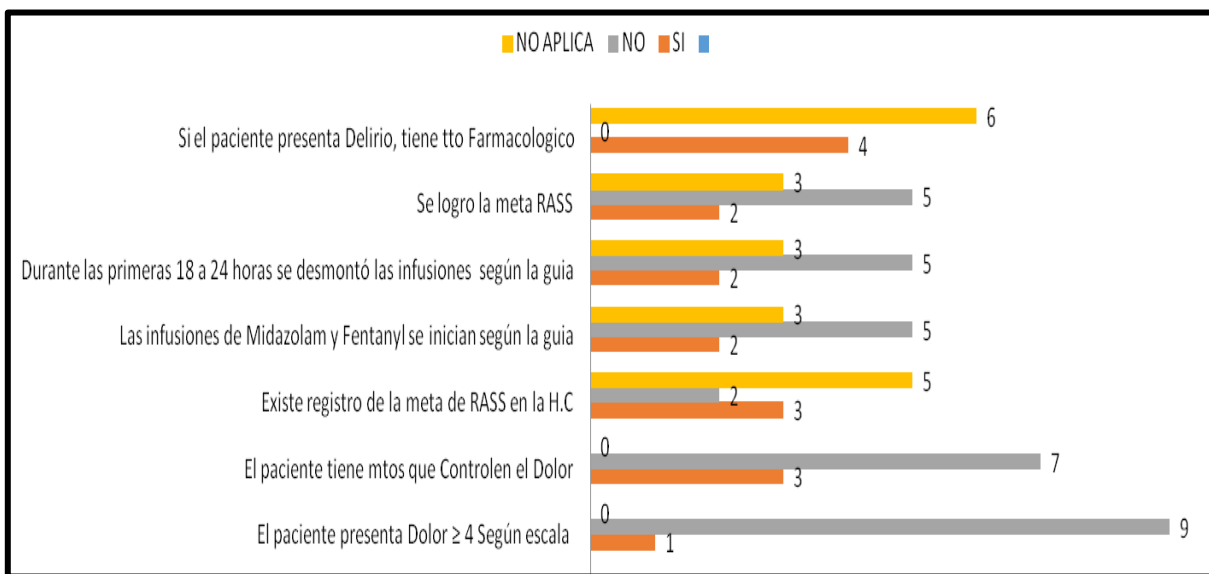
Para mantener el paciente despierto durante el día, se observa que todas las ventanas de la unidad de cuidado intensivo permanecen abiertas para ubicar al paciente en tiempo, es así como los 10 pacientes pueden identificar si es de día o es de noche

En cuanto a la inmovilización física, se observa que 6 pacientes la requirieron y son los mismos a los que se les permitió acompañamiento familiar.

Según un estudio realizado por anestesiólogos en una unidad de cuidado intensivo en el Reino Unido, mejorar la calidad de sueño de los pacientes críticamente enfermos disminuía la incidencia de Delirium, este estudio se dividió en dos partes: antes y después del cambio de la práctica (intervención), siendo los propios pacientes controles de sí mismos. Se efectuó *screening* pre y post intervención para presencia y duración de Delirium. Se obtuvo una significativa reducción en la incidencia de Delirium (previo a la intervención:

55 casos de Delirium/167 pacientes (33%) vs posterior a la intervención: 24 casos /171 pacientes (14%), $p < 0,001$). Además se apreció una menor duración de los episodios de Delirium (previo a la intervención: 3,4 días de Delirium (DS: 1,4 días) vs posterior a la intervención: 1,2 días de Delirium (DS: 0,9 días), $p = 0,021$). (23)

GRÁFICA 15 CRITERIOS FARMACOLÓGICOS PARA PREVENIR EL DELIRIUM



Los pacientes críticamente enfermos a menudo requieren medicamentos como benzodiazepinas y opioides como parte del tratamiento inicial de su estado de enfermedad. Los agentes de sedación y los opiáceos presentan un importante subgrupo de medicamentos que se sabe inducen con mayor probabilidad el Delirium. Es por esta razón que para prevenir este síndrome la guía de cuidado da pautas de manejo farmacológico a razón de aumento y desmonte para evitar complicaciones en el manejo. Mediante la lista de chequeo se identificó solo un paciente tenía evaluada la guía de dolor y esta era de intensidad mayor a 4, según la escala CPOT, sin embargo tres de los pacientes evaluados tenían en el grupo de medicamentos analgésicos para manejo del dolor, mientras que 7 estaban bajo efectos de sedación.

Dentro de las recomendaciones del equipo terapéutico, se observa que en 3 pacientes hay registro de la meta RASS, mientras que en 2 no lo tienen estipulados y en 5 pacientes en el momento de la aplicación de la lista de chequeo no aplicaba dicha escala.

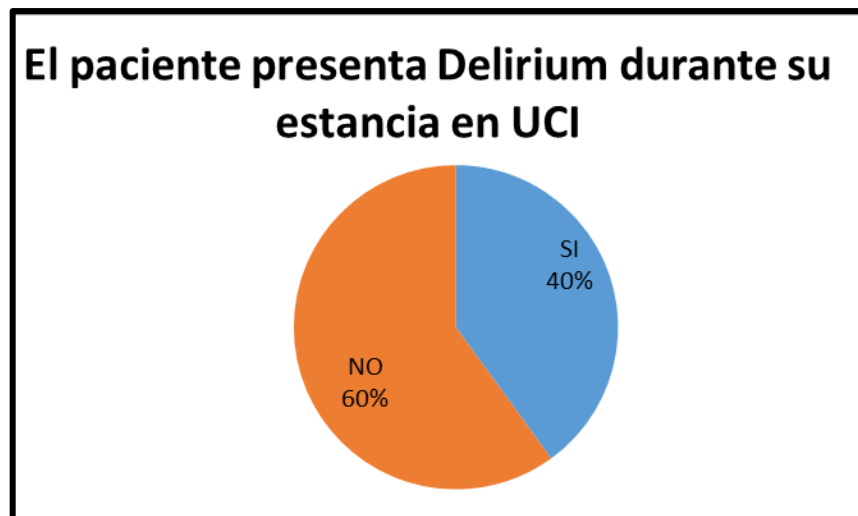
Al momento de evaluar el ingreso del paciente a la unidad de cuidado intensivo bajo efectos de sedación, se observa que las infusiones de Fentanyl y Midazolam

no se inician a las dosis recomendadas en la guía, ni se desmontan y por lo tanto no se logra la meta RASS en 5 pacientes.

Cuando se evalúa si el paciente presenta Delirium y tiene manejo farmacológico, se evidencia que 4 pacientes lo presentan.

Como prevención terciaria, al evaluar los resultados generados de los cuidados de enfermería para prevenir el Delirium, se identifica que según se observa en la gráfica 15, el 40% de los pacientes presentan Delirium mientras que el 60% no lo desarrollan en la unidad de Cuidados Intensivos:

GRÁFICA 16: PRESENCIA DE DELIRUM EN EL PACIENTE, DURANTE LA ESTANCIA EN UCI FCN



15. CONCLUSIONES:

Luego de la implementación del presente proyecto de gestión basado en la Teoría de sistemas de Betty Newman, se logró identificar:

1. Los profesionales de enfermería de la unidad de cuidado intensivo manifestaron interés por conocer y aplicar una guía de cuidado de enfermería para prevenir el Delirium
2. Luego de la socialización y acompañamiento se identificó que hubo mayor adherencia a la implementación de la Guía de cuidado de enfermería para prevenir el Delirium. Sin embargo se presentaron dificultades por la carga laboral de los enfermeros en algunos turnos
3. En la primera etapa de Prevención primaria, los enfermeros logran identificar los riesgos propios del paciente y las secundarias al cuidado. Sin embargo no hay adherencia del 100% a la valoración de las escalas de Sedación ni de Delirium y es casi nula en la valoración de Dolor.
4. En la segunda etapa de Prevención secundaria, los enfermeros realizan medidas farmacológicas y no farmacológicas
5. En la tercera etapa se identificó que los cuidados de enfermería aplicados según la Guía elaborada basada en la teoría de Betty Newman, lograron prevenir la aparición de Delirium en de los pacientes en un 60%. De forma que, fortalecer los conceptos, evaluar los riesgos, realizar e interpretarlas escalas de valoración, permitir un ambiente menos hostil para el paciente y su familia son estrategias de cuidado fundamentales para la prevención del Delirium en la Unidad de Cuidado Intensivo

16. RECOMENDACIONES:

1. Evaluar periódicamente la guía de cuidado de enfermería, actualizando conceptos e implementando nuevas intervenciones para prevenir el Delirium.
2. Fortalecer las acciones farmacológicas y no farmacológicas para permitir un cuidado humanizado sin Delirium en los pacientes en estado crítico.
3. Contar con elementos que aporten al esparcimiento como banco de libros y juegos didácticos para que los pacientes desarrollen sus habilidades mentales.

BIBLIOGRAFIA:

1. D.H. Ceraso, C. Dueñas-Castel, N. Raimondi, E. Celis, R. Carrillo, S. Ugarte Ubierno y F. Rodriguez. Diagnóstico del Delirium en el enfermo crítico. Medicina intensiva, 2010-11-01, Volúmen 34, Número 8, Pages 495-505. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/encuesta-iberoamericana-sobre-Delirium-pacientes/articulo/S0210569110001087/>
2. Sharon k. Inoye. Delirium in older Persons. Reviw Article. The new England Journal of medicina. 2006; 345: 1157-65. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra052321?viewType=Print&viewClass=Print&>
3. Toro, A.C. Et al. Version en español del documento para la evaluación de la confusión en cuidados intensivos, estudio piloto de validación. Revista de Medicina Intensiva 2009. Med Intensiva 2010;34:14-21 - Vol. 34 Núm.1. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/version-espanol-del-metodo-evaluacion/articulo/S0210569109000539/>
4. Fundacion Clinica del Norte. [Internet]. Medellín: 2011. [Actualizado Feb 2015; Citado Jul 2016]. Disponible en: <http://www.clinicadelnorte.org/quienes-somos/planeacion-estrategica/>
5. Lawson N, Thompson K, Saunders G, Saiz J, Richardson J, Brown J, Ince N, Caldwell M, Papa D. Sound intensity and noise evaluation in a critical care unit. American association of critical – care nurses [Internet]. 2010. [Citado Sep. 2011]; 19. (6):88-98. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21041190>
6. J.M. Cachón-Pérez et al: Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos. Enferm Intensiva. 2014;25(2):38---45. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.consultaremota.upb.edu.co/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1130239913000916.pdf?locale=es_ES

7. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2016 [Consultado 2016 Jul]. Disponible en: www.who.int/es/
8. Carrera Castro, Carmen. Rol de enfermería en la prevención del Delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera. 2012 [Consultado 2016 Jul]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/revision4.pdf>
9. Henao Castaño, Ángela María. Delirium en pacientes con ventilación mecánica en la UCI: factores asociados y cuidado de Enfermería. 2013 [Consultado 2016 Jul]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/10551/1/539640.2013.pdf>
10. Cano Gutiérrez, Carlos Alberto. Delirium. 2014 [Consultado 2016 Jul]. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v43n1/0022%20Delirium.PDF>
11. Guías de buenas prácticas clínicas: Estrategias de cuidado a personas mayores con Delirio, Demencia y Depresión. [Consultado 2016 Jul]. Disponible en: file:///C:/Users/LiderHospitalGM/Desktop/EstrategiasDDD_022014.pdf
12. Duarte, Lucía. Teorías en Enfermería. (2012) Consultado 2016 Jul]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/enfsoledadunemeirapuato/modelos-y-teoras-de-enfermera>.
13. Raile, A. Martha. Tomey, M, Ann, MODELO DE SISTEMAS: Betty Neuman (2011) [Consultado 2016 Jul]. Disponible en: <http://modelosenfermeros2013.blogspot.com/2013/06/modelo-de-sistemas-bettyneuman>. Barcelona España: Elsevier.
14. Gómez Tovar et al: Cuidados de enfermería basados en evidencia y modelo de Betty Neuman, para controlar estresores del entorno que pueden ocasionar Delirium en unidad de cuidados intensivos [Internet] 2016. Enfermería global. No 41. [Consultado 2016 Jun 2]. Disponible en: <file:///C:/Users/MARCELA/Downloads/210841-860171-1-PB.pdf>

15. Barrio IM., Molina A., Sánchez CM., Ayudarte ML. Ética de Enfermería y nuevos retos. *Anales. Sist. Sant. Navarra*. [Internet]. 2006; 29(Supl.3):41-47 [Consultado 2016 Jun 2]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272006000600005&lng=es.

16. Massini Correas CI. ¿Existe un principio ético de autonomía? Consideraciones a partir de la bioética contemporánea. *Anuario da Facultade de Dereito*. [Internet]. 2004:487-504. [Consultado 2016 Jun 2]. Disponible en: <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/2328/AD-8-27.pdf;jsessionid=6AAC5DF6FEF351787961E818A9530AE9?sequence=1>

17. Stein Backes D, Santos Koerich M, Lorenzini Erdman A. Humanizando el cuidado a través de la valorización del ser humano: Resignificación de los valores y principios por los profesionales de salud. *Rev. Latino-am Enfermagem*. [Internet]. 2007; 15(1) [Consultado 2016 Jun 3]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/es_v15n1a06.pdf

18. Rosas-Jiménez CA. La solidaridad como un valor bioético. *pers. bioét.* [Internet]. 2011; 15(1):10-25. [Consultado 2016 Jun 4]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222011000100002&lng=en

19. Costa Alcaráz AM., Almendro Padilla C. Los principios de la Bioética: Beneficencia y N-maleficencia. *Bioetica*. [Internet]. 2006. p. 1-3. [Consultado 2016 Jun 3]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/formacion/bioetica/pdf/beneficencia.pdf>

20. Vargas Chavez MY, Cortés Villarreal G. Una reflexión sobre los valores y principios bioéticos en la práctica de Enfermería. *Rev. mex. enferm. cardiol*. [Internet]. 2010; 18(1-2):43-45. [Consultado 2016 Jun 3]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2010/en101_2i.pdf

21. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Octubre 2005. UNESCO. [Consultado 2016 Jul]. Disponible en: file:///C:/Users/MARCELA/Downloads/52DocyNormas_DeclaracionBioeticaUnesco.pdf
22. España. Ministerio de sanidad y política social. Unidades de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigaciones. Informes, Estudios e Investigación. (2010). [Internet]. [Consultado 2016 Jun 8]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
23. Carrera Castro, Carmen. Rol de enfermería en la prevención del Delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera. Recomendaciones generales. [Internet]. Revista electronica trimestral de Enfermería. Julio 2012. [Consultado 2016 nov 15]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/revision4.pdf>
24. Quiroz O Tiare, Araya O Esperanza, Fuentes G Patricio. Delirium: actualización en manejo no farmacológico. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2014 Dic [citado 2016 Nov 22] ; 52(4): 288-297. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272014000400007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000400007>.
25. Pedro Grille. Alteraciones del estado de conciencia en la sala de emergencia. Arch Med Interna 2013; 35(3):85-92 85. 2013. [Internet]. [citado 2016 Nov 22] Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v35n3/v35n3a05.pdf>
26. Granja, C. & López, A. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. Critical Care. [Internet]. [citado 2016 Nov 22] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1175917/>

27. Iliana Micaela Montenegro. DELIRIUM. Abordaje toxicológico [Monografía]. Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires 2009. [citado 2016 Nov 22] Disponible en: http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/Delirium_formato.pdf

28. Nancy McNamara. Delirium in the intensive care unit: Assessment, treatment and implications for practice. [Internet]. [citado 2016 Nov 22] Disponible en: http://connectpublishing.org/assets/journals/3_3_4.pdf

ANEXO 1: Encuesta aplicada a los profesionales de Enfermería, sobre la importancia de prevenir el Delirium

ABORDAJE INICIAL SOBRE DELIRIUM

Conteste SI ó No a las siguientes preguntas

1. ¿Considera importante tener una guía de Cuidado de Enfermería con medidas farmacológicas y no farmacológicas para el manejo del Delirium?
2. ¿Considera importante conocer, aplicar e interpretar las diferentes escalas de valoración para identificar factores estresantes en el paciente que ocasionen Disconfort como Dolor, Nivel de Sedación y Delirium?
3. ¿Usted realiza valoración de riesgo para padecer Delirium en el paciente hospitalizado?
4. ¿Considera importante prevenir el Delirium como alternativa para evitar los eventos Adversos?

ANEXO 2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR DELIRIUM EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO (UCI) ADULTO DE LA FUNDACIÓN CLÍNICA DEL NORTE (FCN)

Con el fin de elaborar, implementar y evaluar una guía de cuidado de enfermería que incluya medidas farmacológicas y no farmacológicas para prevenir el Delirium de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo de la fundación clínica del norte, se llevará a cabo en conjunto con una estudiante de la Universidad de la Sabana, aspirante al título de Especialista en Cuidado Crítico al Adulto, la aplicación de un proyecto de gestión en Enfermería, el cual busca prevenir el Delirium desarrollando estrategias educativas y de seguimiento en la implementación de una guía de Cuidado de Enfermería.

Dicho proyecto busca elaborar una guía de cuidado de Enfermería que incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas para prevenir el Delirium en los pacientes hospitalizados en la Unidad de cuidados Intensivos, a partir de esto se pretende: tener una guía con parámetros claros para prevenir el Delirium identificando oportunamente los pacientes con riesgo, prevenir eventos adversos e implementar medidas farmacológicas y no farmacológicas para evitar que suceda

Se aclara que la decisión de participar en el proyecto es absolutamente voluntaria; que la información que de éste surja será utilizada con fines de mejoramiento en la prestación del Cuidado de Enfermería, y que dicha información será netamente confidencial.

FECHA:

NOMBRE:

FIRMA:

RESPONSABLE DEL PROYECTO: Clara Isabel Ruiz Ruiz. Correo electrónico claraisaruiz@gmail.com. Tel 3016777962

ANEXO 3. Socialización de la guía de cuidado de enfermería para la prevención del Delirium, en Presentación de Power Point

Guía de Cuidado de Enfermería para prevenir el Delirium

Clara Isabel Ruiz Ruiz
Unidad de Cuidados Intensivos
Fundación Clínica del Norte

ANEXO 4. Pretest y Postest de la Socialización de la guía de cuidado de enfermería

PRETEST DE GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR EL DELIRIUM

1. ¿Que es el Delirium?

- a. Alteración transitoria y reversible del estado mental
- b. Presenta síntomas de desorientación, agitación e incluso ideas paranoides o alucinaciones
- c. A y B son correctas
- d. Sentimiento de tristeza y depresión

2. ¿Cuáles son los tipos de Delirium?

- a. Primario, Secundario y Terciario
- b. Hipotónico e Hipertónico
- c. Hipoactivo, Hiperactivo y Mixto
- d. Ninguna de las anteriores

3. Son factores de Riesgo predisponentes y precipitantes para desarrollar Delirium

- a. Alteraciones metabólicas, neurológicas, farmacodependientes, electrolíticas e invasiones
- b. Alteraciones cardiacas, neurológicas, farmacodependientes e invasiones
- c. Edad, demencia y tabaquismo
- d. Ninguna de las anteriores

4. ¿Cuál es la escala para valorar Delirium?

- a. RASS CAM ICU
- b. CAM ICU
- c. GLASGOW

5. Son medidas no farmacológicas para prevenir el Delirium:

- a.Orientación, privar del sueño, baño durante la noche, utilización de música relajante
- b.Orientación, higiene del sueño, baño durante el día, utilización de inmovilización en extremidades
- c.Orientación, movilización precoz, retiro de dispositivos, higiene del sueño, utilización de música relajante

POSTEST DE GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR EL DELIRIUM

1 Coloque al frente el número del enunciado la letra que corresponda

1 Estado que le permite al paciente tolerar un procedimiento/situación desagradable, mientras mantiene su función cardiorrespiratoria y su capacidad de respuesta ante una orden verbal o estimulación táctil	a	Delirium
2 Alteración de la conciencia con inatención, acompañada de alteraciones cognitivas y/o de percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo (horas o días) y fluctúan con el tiempo	b	Sedación profunda
3 Depresión de la conciencia inducida por fármacos de la cual el paciente no puede ser despertado fácilmente pero responde adecuadamente a estímulos verbales o dolorosos repetidos.	c	Sedación

2 Son los criterios de inclusión a la guía de cuidado de Enfermería para prevenir el Delirium, Excepto

- a. Pacientes programados para realización de procedimientos invasivos
- b. Pacientes con muerte encefálica
- c. Paciente en ventilación Mecánica
- d. Paciente en proceso de liberación ventilatoria

3 Los siguientes son factores de riesgo para desarrollar Delirium:

- a. Alteraciones Neurológicas, Farmacodependencia, alteraciones electrolíticas, Alteraciones metabólicas y procedimientos invasivos
- b. Alteraciones Neurológicas, Farmacodependencia, alteraciones electrolíticas y nutrición parenteral
- c. Alteraciones Neurológicas, alteraciones electrolíticas, Alteraciones metabólicas y procedimientos invasivos
- d. Alteraciones Neurológicas, alteraciones electrolíticas, Alteraciones metabólicas y procedimientos invasivos

4 Según el modelo de sistemas de Betty Newman, la prevención primaria se refiere a:

- a. Evaluar los fármacos que producen Delirium
- b. Evitar que los pacientes presenten Delirium
- c. Buscar el punto de equilibrio entre las acciones y los resultados
- d. Ninguna de las anteriores

5 Complete los enunciados:

- a Fentanyl: Se iniciará a razón de _____ mcg/k/hora y se aumentará según necesidad _____mcg/k cada hora hasta alcanzar una dosis máxima de _____mcg/k/hora.

b Midazolam: Se iniciará a razón de _____ mg/k/hra y se aumentará según necesidad _____mg/k cada hora hasta alcanzar una dosis máxima de _____mg/k/hra.

ANEXO 5. Lista de chequeo para la pertinencia de dispositivos

PERTINENCIA DE INSERCIÓN DE CATETER CENTRAL

INDICACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
Necesidad de medicamento Vasoactivo – Inotrópico		
Necesidad de Solución Hiperosmolar (S. Salina 3% - 7.5%)		
Nutrición Parenteral que requiera vía central		
Acceso central para implantación de marcapasos provisional		
Ausencia de acceso venoso periférico por (Shock, obesidad o edema)		

CONTRAINDICACIONES PARA RETIRAR CATETER CENTRAL

INDICACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
Recuento plaquetario menor de 50.000 INR Mayor de 1.5 Fibrinógeno Menor de 200		
Paciente de difícil acceso venoso con infusiones Flebiticas de vena como: Anfotericina B Claritromicina Colistina Polimixina B Infusión de Antibióticos de manera Continua Reposición de K sérico mayor a 10 Meq Manitol Solución salina Hipertónica Amiodarona Fenitoina Inestabilidad Eléctrica y Mecánica		

PERTINENCIA DE SONDA VESICAL

INDICACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
Control estricto de diuresis		
Retención Urinaria		
Intervenciones quirúrgicas urogenitales, con orden previa de especialista		
Tratamiento terapéutico: Lesiones por presión de difícil manejo		

INDICACIONES PARA RETIRO DE SONDA VESICAL

INDICACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
Paciente Colaborador y orientado		
Sin procedimiento Urológico		
Sin continencia urinaria ni lesiones por presión en región sacra, glúteos o genitales que requiera mantener esta zona seca		
Sin requerimiento de control estricto de diuresis		

SI EL PACIENTE CUMPLE CON ESTAS INDICACIONES: RETIRAR DISPOSITIVO UNA VEZ NO SEA NECESARIO

ANEXO 6. Guía de cuidado de enfermería para la prevención del Delirium en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos adulto

Fundación Clínica del Norte Ayuda Para la Vida		UNIVERSIDAD DE VALLE		FUNDACIÓN CLÍNICA DEL NORTE	
GUIA DE CUIDADO DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO.					
Código:	Versión:	Fecha aprobación:			
F-MC-9	003	SEPTIEMBRE DE 2016			
TABLA DE CONTENIDO					
1. PROPÓSITO 2. ALCANCE 3. CONCEPTOS 4. OBJETIVOS 5. INVOLUCRADOS DIRECTOS E INDIRECTOS 6. SOPORTE TEÓRICO 6.1 PREVENCIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA 7. MEDIDAS FARMACOLÓGICAS PARA PREVENIR EL DELIRIUM 9. ANEXOS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS					
1. PROPÓSITO					
<p>Los pacientes en cuidado crítico cursan cada vez más con algún tipo de Delirium (Hipoactivo, hiperactivo o mixto), lo que genera una serie de procesos no deseados a nivel del paciente, el equipo interdisciplinar tratante y la familia e implica un manejo prolongado de las complicaciones que se presentan. Es así como se hace necesario tener una guía de cuidado de enfermería para prevenir este síndrome y tener herramientas precisas para abordar las diferentes situaciones que se presenten.</p>					
<p>Esta guía traerá beneficios de la siguiente manera:</p>					
<p>Profesional de Enfermería: La guía integra la teoría de mediano rango de Betty Newman junto con prácticas cotidianas de cuidado para prevenir el Delirium y las consecuencias negativas secundarias a su aparición en los pacientes hospitalizados en la UCI FCN, esto será posible por medio de la utilización e interpretación de escalas de valoración para reconocer presencia de dolor, agitación o disconfort que promuevan el Delirium y utilización de medidas farmacológicas y no farmacológicas para evitarlo. Todas estas medidas generarán en el profesional de enfermería empoderamiento, seguridad y confianza para cuidar al paciente en estado crítico con Delirium</p>					
<p>Médicos Intensivistas: Fortalecerá el trabajo en grupo y la confianza ya que se alcanzaran las metas de tratamiento con menor presencia de eventos adversos</p>					
ELABORÓ: CLARA ISABEL RUIZ RUIZ Fecha: Agosto de 2016		REVISÓ Nombre: JEISSON ALEJANDRO BERRIO Cargo: DIRECTOR DE ENFERMERIA Fecha: NOVIEMBRE 2016		APROBÓ Nombre: DAVID VELEZ Cargo: DIRECTOR MEDICO Fecha: NOVIEMBRE 2016	
ELABORÓ: CLARA ISABEL RUIZ RUIZ Fecha: Agosto de 2016		REVISÓ Nombre: JEISSON ALEJANDRO BERRIO Cargo: DIRECTOR DE ENFERMERIA Fecha: NOVIEMBRE 2016		APROBÓ Nombre: DAVID VELEZ Cargo: DIRECTOR MEDICO Fecha: NOVIEMBRE 2016	
<p>El objetivo de esta guía es proporcionar un manejo y seguimiento conjunto con fines comunes: prevenir el Delirium, con menor tasa de complicaciones asociadas al cuidado y al manejo farmacológico.</p>					
<p>Institución: Dado que el Delirium es una entidad prevalente en las unidades de cuidado intensivo y que su manejo genera aumento de costos por estancias prolongadas, mayor uso de medicamentos, predisposición mayor a padecer infecciones, autolesiones y deterioro físico que contribuye a daños físicos de difícil manejo, este proyecto busca contribuir a la identificación oportuna de pacientes en riesgo de padecer Delirium, sus consecuencias y de manera directa e indirecta disminuir la estancia en la UCI, los costos derivados de la atención y los eventos adversos que este síndrome genera</p>					
<p>Paciente: Cuidado humanizado con menos complicaciones teniendo en cuenta variables importantes como una valoración objetiva del dolor, sedación y Delirium. Así podrá tener una recuperación con el menor impacto biosicosocial posible.</p>					
<p>Familia: Hacerla participe activo del cuidado de su ser querido para disminuir la ansiedad, estar cerca y acompañar el proceso y tener afrontamiento efectivo del estado de salud de su familiar ; por medio de la educación que se le brinde por parte del personal de enfermería promover acciones no farmacológicas para el cuidado de su paciente.</p>					
2. ALCANCE					
<p>Esta guía aplica para el personal de Enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Fundación Clínica del Norte</p>					
3. CONCEPTOS					
<p>DELIRIUM: Existen múltiples definiciones sobre este síndrome, la sociedad española de manejo de Delirium considera que es una alteración transitoria y reversible del estado mental, de etiología multifactorial, de inicio brusco y evolución fluctuante, que cursa con síntomas de desorientación, agitación e incluso ideas paranoides o alucinaciones. Aparece con frecuencia a partir del tercer día de estancia en la UCI y suele desaparecer una vez que el paciente es dado de alta a una planta de hospitalización (1)</p>					



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO.

Código: F-MC-9 Versión: 003 Fecha aprobación: SEPTIEMBRE DE 2016

Ademas se clasifica según los criterios diagnosticos en tres subtipos de Delirium:

HIPERACTIVO (30%): La forma clásica del delirio, el que cursa con agitación, es fácil de detectar y se asocia a conductas agresivas con el entorno y autolesiones (caídas, autoextubaciones, arrancamiento de vías, sondas y catéteres, etc.), que producen un aumento de morbilidad y una prolongación de la estancia en la UCI, e incluso puede ser responsable de la muerte de algunos pacientes.(2)

HIPOACTIVO (24%): Se produce con una frecuencia igual o mayor que el anterior es difícil de distinguir de los efectos farmacológicos de la medicación psicoactiva empleada, por lo que su incidencia real en UCI es difícil de evaluar. Los pacientes con delirium hipoactivo tienen con menor frecuencia ideas delirantes, cambios de humor y alteraciones del ciclo sueño-vigilia (2)

MIXTO (46%): Manifestaciones de hipo e hiperactividad que se presentan de manera secuencial, lo que en muchos casos está en relación con el uso de medicación sedante (2)

Factores de Riesgo para desarrollar Delirium en la Unidad de cuidados intensivos (3)

Personales	Edad: más de 70 años
Neurológicos	Historia previa de depresión Historia de demencia Historia de enfermedad cerebro-vascular y epilepsia
Farmacodependencia	Abuso de alcohol dentro de un mes Administración de medicamentos psicoactivos Sobredosis o consumo de drogas ilícitas dentro de una semana Tabaco
Alteraciones electrolíticas	Hipo o hipernatremia
Alteraciones metabólicas	Hipo o hiperglucemia Hipo o hipertiroidismo Hipotermia o fiebre BUN/creatinina >18 Falla renal, creatinina mayor de 2,0 mg/dl Enfermedad hepática (bilirrubina >2,0 mg/dl) Historia de la insuficiencia cardiaca congestiva Shock séptico o cardiogénico Infección por virus de inmunodeficiencia humana
Procedimientos invasivos	Tubo de alimentación Catéter vesical Catéter venoso central Nutrición intravenosa Restricciones físicas, inmovilización

Fuente: Truman, B. & Wesley, E. (2003). Monitoring delirium in critically ill patients. *Critical Care*, 13(2), 25-38.

ELABORÓ: CLARA ISABEL RUIZ RUIZ Fecha: Agosto de 2016	REVISÓ Nombre: JEISSON ALEJANDRO BERRIO Cargo: DIRECTOR DE ENFERMERIA Fecha: NOVIEMBRE 2016	APROBÓ Nombre: DAVID VELEZ Cargo: DIRECTOR MEDICO Fecha: NOVIEMBRE 2016
---	--	--

"Gente para la Vida"



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO.

Código: F-MC-9 Versión: 003 Fecha aprobación: SEPTIEMBRE DE 2016

SEDACIÓN Y ANALGESIA: La sedación y la analgesia son parte integral en el manejo de los pacientes críticos en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Los objetivos de estas 2 intervenciones son proporcionar a los pacientes un nivel óptimo de comodidad con seguridad, reduciendo la ansiedad y la desorientación, facilitando el sueño y controlando adecuadamente el dolor. De este modo también se facilita que no haya interferencia con los cuidados médicos y de enfermería. Los pacientes críticos en la UCI tienen riesgo de presentar ansiedad, agitación, combatividad, Delirium y síndromes de abstinencia por privación (opioides, alcohol, nicotina, etc.). Es indispensable diagnosticar con la mayor exactitud estas manifestaciones clínicas, porque de ello depende su manejo adecuado (4)

SEDACION CONCIENTE: Se puede definir la sedación consciente o cooperativa como la depresión mínima del nivel de conciencia que permite al paciente mantener su vía aérea permeable

DOLOR: "Experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con dano a los tejidos, real ~ o potencial, o descrita por el paciente como relacionada con dicho daño". Debido a que la percepción del dolor está influida por múltiples factores, como la edad, la situación cognitiva, el estado emotivo o las experiencias previas, así como por las numerosas causas que pueden originarlo, el mejor instrumento para la detección del dolor y sus características es la manifestación del propio paciente (5)

CAM ICU (Confusión Assessment Method for the Intensive Care Unit): Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos, fue desarrollada para identificar el Delirium en pacientes con o sin ventilación mecánica. Este instrumento utiliza un algoritmo con 4 dominios: aparición aguda de alteración del estado mental o la fluctuación de los cambios, falta de atención, pensamiento desorganizado, y alteración del nivel de conciencia. La escala CAM-UCI incluye herramientas y preguntas que reducen la subjetividad (6). Anexo 1

RASS: (Richmond agitation sedation scale) Se utiliza para valorar los cambios en el nivel de conciencia, la única escala validada para la monitorización del grado de sedación- agitación a lo largo del tiempo. Dicha escala asigna el valor 0 al estado normal, con puntos positivos para los grados crecientes de agitación y puntos negativos para los grados de mayor profundidad de la sedación.(2) Anexo 2

CPOT: (Critical-Care Pain Observation Tool) Escala de valoración del dolor mediante la observación en el paciente crítico: incluye cuatro indicadores de comportamiento que son: la expresión facial, los movimientos del cuerpo, la

ELABORÓ: CLARA ISABEL RUIZ RUIZ Fecha: Agosto de 2016	REVISÓ Nombre: JEISSON ALEJANDRO BERRIO Cargo: DIRECTOR DE ENFERMERIA Fecha: NOVIEMBRE 2016	APROBÓ Nombre: DAVID VELEZ Cargo: DIRECTOR MEDICO Fecha: NOVIEMBRE 2016
---	--	--

"Gente para la Vida"



GUIA DE CUIDADO DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO.

Código: F-MC-9 Versión: 003 Fecha aprobación: SEPTIEMBRE DE 2016

tensión muscular y la adaptación al ventilador o la vocalización. El detalle de la escala se describe en la tabla 1, la puntuación de cada indicador oscila entre 0 y 2, con un rango total de 0 a 8 puntos (7). Anexo 3

EVA: Escala Visual Analoga del dolor: es el método de referencia en la evaluación de la intensidad del dolor (7) Anexo 4

MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS PARA PREVENIR EL DELIRIUM: Las intervenciones no farmacológicas son de fácil manejo y se deben aplicar en todo momento para reducir el daño causado por el Delirium. Angela Maria Henao en su tesis para prevenir el Delirium en pacientes de unidad de cuidado intensivo sometidos a ventilación mecánica (8) sugiere que la disponibilidad de tapones en el momento de dormir, escuchar música relajante, reducir el ruido, utilizar los suplementos para ver y oír en horarios día, evitar las interrupciones del sueño, planear las actividades de cuidado del paciente para que descanse, estimular la movilidad del paciente lo antes posible, con esto se puede prevenir este síndrome sin causar daño al paciente

MEDIDAS FARMACOLOGICAS PARA PREVENIR EL DELIRIUM: Carlos Alberto Cano Gutiérrez, considera que para la prevención del Delirium lo primero es tratar la causa de base y simultáneamente pueden controlarse los síntomas. Las drogas usadas para tal fin se reservan para pacientes con delirium severo. No existe una droga ideal para el manejo del delirium, pero cualquiera sea la escogida debe darse a bajas dosis y por el menor tiempo posible. La elección del medicamento se basa en el estado del paciente, la ruta elegida de administración y el perfil de los efectos secundarios (9)

4. OBJETIVO

4.1 OBJETIVO GENERAL

Prevenir el Delirium de los pacientes Hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo de la Fundación Clínica del Norte, con cuidados de enfermería implementando estrategias farmacológicas y no farmacológicas.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar los factores de riesgo que presentan los pacientes para desarrollar Delirium
2. Generar estrategias para prevenir el Delirium
3. Evaluar el impacto de las acciones implementadas para prevenir el Delirium

ELABORÓ: CLARA ISABEL RUIZ RUIZ Fecha: Agosto de 2016	REVISÓ Nombre: JEISSON ALEJANDRO BERRIO Cargo: DIRECTOR DE ENFERMERIA Fecha: NOVIEMBRE 2016	APROBÓ Nombre: DAVID VELEZ Cargo: DIRECTOR MEDICO Fecha: NOVIEMBRE 2016
---	--	--



GUIA DE CUIDADO DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO.

Código: F-MC-9 Versión: 003 Fecha aprobación: SEPTIEMBRE DE 2016

5. 7. POBLACIÓN OBJETIVO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes que ingresen a la unidad de cuidado intensivo de la fundación Clínica del Norte y no tengan criterios de exclusión

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes programados para coma barbitúrico.
- Manejo paliativo de enfermedades terminales.
- Limitación precoz del esfuerzo terapéutico
- Pacientes con muerte encefálica en proceso de donación de órganos.

CONDICIONES ESPECIALES.

- Pacientes con enfermedad renal.
- Paciente neurológico.
- Paciente programado para ventilación mecánica no invasiva.
- Dificil resolución de patologías de base y comorbilidades que ameritan ventilación mecánica prolongada.
- Síndrome de abstinencia.
- Paciente patologías psiquiátricos.
- Paciente con complicaciones hepáticas

6. SOPORTE TEORICO:

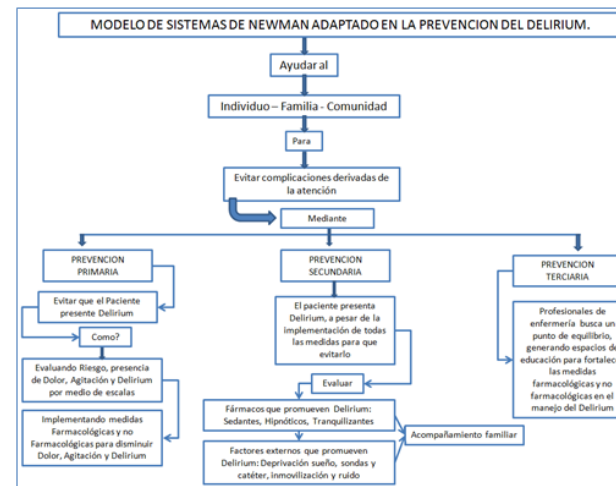
Esta guía toma como base la teoría de mediano rango de Betty Newman, con el modelo de sistemas donde ubica al personal de enfermería como facilitador que ayuda a un individuo, familia o comunidad a centrarse en su patrón específico mediante la negociación. La intervención de enfermería tiene por objeto 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

ELABORÓ: CLARA ISABEL RUIZ RUIZ Fecha: Agosto de 2016	REVISÓ Nombre: JEISSON ALEJANDRO BERRIO Cargo: DIRECTOR DE ENFERMERIA Fecha: NOVIEMBRE 2016	APROBÓ Nombre: DAVID VELEZ Cargo: DIRECTOR MEDICO Fecha: NOVIEMBRE 2016
---	--	--

al productor de tensión, debilitando su fuerza. La **prevención secundaria** es conveniente después de que el productor de tensión 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 (10).

El enlace de la teoría con la guía se realiza partiendo de:

1. Identificar los factores de riesgo en el individuo o en el medio físico de la unidad de cuidados intensivos predisponentes para desarrollar Delirium.
2. Reconocer que los pacientes en estado crítico pueden desarrollar Delirium secundario a los tratamientos farmacológicos y a las agresiones del entorno de la unidad de cuidado intensivo.
3. Conocer la importancia de hacer uso de las medidas farmacológicas para evitar el dolor o la agitación sin causar efectos secundarios como el Delirium y las implicaciones que este genera
4. Reconocer la importancia de implementar e interpretar escalas de valoración objetiva para identificar factores de tensión en el paciente como: dolor, agitación y Delirium
5. El medio físico y tecnológico de las unidades de cuidado intensivo generan todo tipo de agresiones físicas al paciente (Luz excesiva, Ruido, Alarmas, Ayudas diagnósticas, Cambios de posición, Inmovilizaciones, Baño en cama, batas hospitalarias, Imposibilidad de comunicación, Sondas y dispositivos; entre otros), los cuales pueden ser mediados por el profesional de enfermería para así evitar la aparición de Delirium.
6. Mayor contacto físico y emocional con el paciente



Fuente: Elaboración propia

La aplicación práctica de la teoría para prevenir la aparición del Delirium y propiciar espacios de bienestar para el paciente crítico, parte de las siguientes actividades en los rangos de prevención primaria, secundaria y terciaria:

6.1 PREVENCIÓN PRIMARIA:

1. El profesional de enfermería realizara intervenciones oportunamente para evitar que el paciente entre en Delirium, implementando acciones seguras que brinden confort y disminuyan el estrés del paciente crítico como:
 - 1.1. Identificar factores de riesgo para presentar Delirium presentes en el paciente al ingreso de la unidad de cuidados intensivos, cuales son modificables y cuales son no modificables.

1.2. Identificar si el paciente presenta Dolor, mediante las escalas EVA y CPOT. Si el paciente presenta dolor Severo (EVA mayor a 7 puntos o CPOT mayor a 6 puntos), se notifica al especialista tratante y se administra analgesia según recomendaciones, se evaluará después de 2 horas de administrar tratamiento, si el dolor disminuye se evalúa nuevamente en 4 horas si este continua se analizan posibles desencadenes del mismo como: Heridas, Hematomas, Distensión Abdominal, Edema, Infección de tejidos blandos, Drenes o sondas entre otros. Analizar con el grupo interdisciplinario posibilidad de eliminar la causa de Dolor.

1.3. Si el paciente está bajo sedación y analgesia, establecer con el grupo especialista metas de tratamiento según patología y pronóstico del paciente. Buscar llegar al RASS objetivo titulando medicamentos para este fin, buscando en la mayoría de los casos tener sedación superficial (RASS -2, -3)

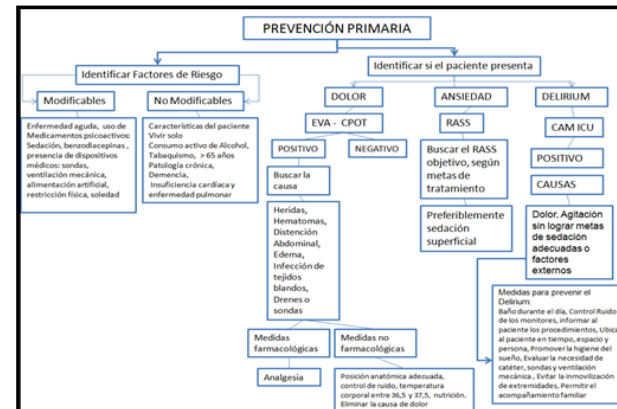
1.4. Evaluar si el paciente se encuentra en Delirium por medio de la escala CAM ICU, si es positivo identificar posibles causas: Dolor, Agitación sin lograr metas de sedación adecuadas o factores externos que promueven el Delirium.

1.5. Tener en cuenta y realizar los factores externos que previenen el Delirium, como:

- Baño durante el día a todos los pacientes en estado crítico
- Disminuir volumen de las alarmas según estado hemodinámico
- Informar al paciente los procedimientos y actividades que se le van a realizar
- Ubicar al paciente en tiempo, espacio y persona
- Promover la higiene del sueño identificando horas de descanso, luces apagadas y silencio durante la noche
- Evaluar la necesidad de catéter, sondas y ventilación mecánica cada día
- Evitar la inmovilización de extremidades
- Permitir el acompañamiento familiar

Por medio del siguiente flujograma se establecen las acciones que se implementan en la prevención Primaria

ELABORÓ: CLARA ISABEL RUIZ RUIZ Fecha: Agosto de 2016	REVISÓ Nombre: JEISSON ALEJANDRO BERRIO Cargo: DIRECTOR DE ENFERMERIA Fecha: NOVIEMBRE 2016	APROBÓ Nombre: DAVID VELEZ Cargo: DIRECTOR MEDICO Fecha: NOVIEMBRE 2016
---	--	--



Fuente: Elaboración propia

Estas características propias de las Unidades de Cuidado Intensivo, como son el ruido constante de los equipos médicos, ventiladores mecánicos, bombas de infusión, monitores de signos vitales, grabadora, personal asistencial y celulares, junto con la iluminación artificial continua, hacen que la hospitalización en una UCI sea generadora de estrés y favorezca la alteración del sueño, junto con estrés evidenciado en desorientación, confusión e incluso psicosis en el paciente, factores desencadenantes de Delirium (11)

PREVENCIÓN SECUNDARIA:

1. El profesional de enfermería realizó todos los procedimientos necesarios para evitar que el paciente entre en Delirium, sin embargo el paciente presenta alteración en el estado de conciencia, ante esto se generan actividades para la atención oportuna de casos, y la planificación y evaluaciones de las intervenciones relacionadas con los síntomas.

ELABORÓ: CLARA ISABEL RUIZ RUIZ Fecha: Agosto de 2016	REVISÓ Nombre: JEISSON ALEJANDRO BERRIO Cargo: DIRECTOR DE ENFERMERIA Fecha: NOVIEMBRE 2016	APROBÓ Nombre: DAVID VELEZ Cargo: DIRECTOR MEDICO Fecha: NOVIEMBRE 2016
---	--	--

- 1.1. Evaluar con el equipo interdisciplinar los fármacos que recibe el paciente para su tratamiento, la sedación y la analgesia identificando cuales de estos requiere el paciente y cuales se le pueden desmontar. Tener especial atención en aquellos fármacos que se consideran Delirogénicos como: la Metoclopramida, Anti H2 y Esteroides.
- 1.2. Favorecer el confort del paciente
 - Controlar el Ruido: Programar las alarmas de los ventiladores y monitores de acuerdo con el estado hemodinámico permitido del paciente, es decir que generen alertas cuando los parámetros suban o bajen más de lo permitido en el estado crítico actual, controlar el tono de voz, evitar uso de radios o televisores durante la noche.
 - Higiene de Sueño: Evitar realizar procedimientos que generen disconfort durante la noche, evitar utilizar medicación para inducir el sueño como benzodicepinas, controlar las horas en las que el paciente duerme
 - Optimizar la temperatura: permitir que el paciente este normotermico utilizando cobijas, sábanas, dispositivos de calor de acuerdo a la regulación corporal
 - Disminuir la intensidad de la luz: mantener la disponibilidad de ventanas y cortinas abiertas durante el día y durante la noche luces apagadas en los cubículos, solo encender en caso de procedimientos que no se puedan realizar durante el día
 - Posición anatómica adecuada: Evitar las inmovilizaciones de extremidades, ubicar el paciente en posición cómoda; si es necesaria la inmovilización realizar cambios cada hora para evitar desacondicionamiento físico.
- 1.3. Mejorar la comunicación con el paciente: Disponer de mecanismos de comunicación no verbales como: Abecedario, figuras representativas, mini tablero, hojas de papel, marcador entre otras
- 1.4. Actividades Cognitivas: Educar a la familia para la realización de actividades cognitivas que favorezcan las funciones cognitivas como: Memoria y cálculo, por medio de cuentos o historias cortas y ejercicios matemáticos sencillos; además permitirle al paciente tener textos de lectura, televisión, escuchar radio o música en un tono bajo según sus preferencias.
- 1.5. Reorientación: Siempre al contacto con el paciente:
 - Llamarlo por su nombre
 - Ubicarlo en el contexto de su estado crítico: breve reseña de donde está, porque está en esa situación, que se está haciendo para ayudarlo.
 - Ubicar fotografías del núcleo familiar

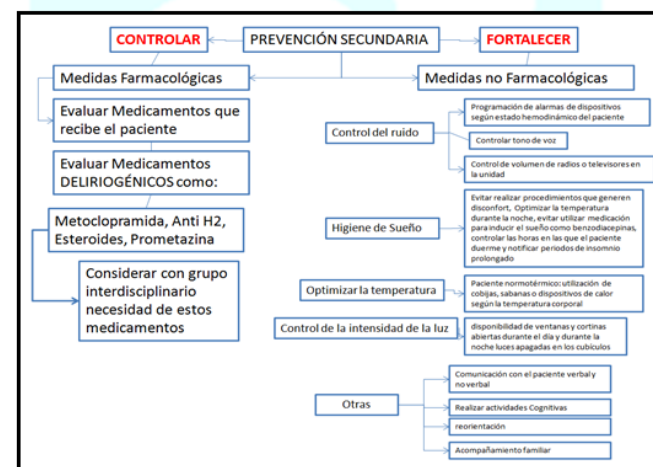
ELABORÓ:
CLARA ISABEL RUIZ RUIZ
Fecha: Agosto de 2016

REVISÓ
Nombre: JEISSON ALEJANDRO BERRIO
Cargo: DIRECTOR DE ENFERMERIA
Fecha: NOVIEMBRE 2016

APROBÓ
Nombre: DAVID VELEZ
Cargo: DIRECTOR MEDICO
Fecha: NOVIEMBRE 2016

- 1.6. Promover el acompañamiento familiar:
 - Identificar cuidadores principales dentro del núcleo familiar.
 - Brindar educación sobre la importancia de mantener contacto directo con el paciente, explicando la situación de salud y haciéndolo participe activo de los cuidados básicos de enfermería: Cambio de posición, lubricación de piel, alimentación y baño asistido

Por medio del siguiente flujograma se establecen las acciones que se implementan en la prevención Secundaria:



Fuente: Elaboración propia

ELABORÓ:
CLARA ISABEL RUIZ RUIZ
Fecha: Agosto de 2016

REVISÓ
Nombre: JEISSON ALEJANDRO BERRIO
Cargo: DIRECTOR DE ENFERMERIA
Fecha: NOVIEMBRE 2016

APROBÓ
Nombre: DAVID VELEZ
Cargo: DIRECTOR MEDICO
Fecha: NOVIEMBRE 2016



GUIA DE CUIDADO DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO.

Código: F-MC-9	Versión: 003	Fecha aprobación: SEPTIEMBRE DE 2016
-------------------	-----------------	---

- Si continua con dolor, evaluar las causas rediciendo los factores externos que lo agudicen y administrando tratamiento según indicaciones medicas

b) b) Sedación y agitación.

- Evaluar la necesidad de sedación y definir el RASS objetivo

No sedación.

- Sedación cooperativa (RASS alrededor de -1).
- Sedación profunda (RASS alrededor de -4).
- Preferir niveles de sedación superficial y promover la movilización temprana.
- En episodios de agitación severa utilizar medidas de contención: inicialmente verbales, luego farmacológicas, por último físicas.

1. Inicio y continuidad de la sedación y analgesia

- Se iniciarán infusiones de Midazolam y Fentanyl a dosis mínimas hasta alcanzar un RASS de -5 a -4 durante las primeras 6 a 12 horas. Las dosis de inicio se definirán así:
 - ✓ **Fentanyl:** Se iniciará a razón de 0,7 mcg/k/hora y se aumentará según necesidad 1mcg/k cada hora hasta alcanzar una dosis máxima de 5 mcg/k/hora.
 - ✓ **Midazolam:** Se iniciará a razón de 0,04 mg/k/hora y se aumentará según necesidad 0,02 mg/k cada hora hasta alcanzar una dosis máxima de 0,2 mg/k/hora.
- Pasadas las primeras 6 a 12 horas se iniciará el destete de las infusiones disminuyéndose las dosis en un 25% cada 30 minutos hasta alcanzar un RASS de -3 a -2.
- Después se continuará disminuyendo las dosis de ambas infusiones en un 25% cada 30 minutos hasta alcanzar un RASS de -1 a 0.
- Para la extubación del paciente previamente se suspenderá la infusión de Fentanyl.
- En casos de sedación paliativa considere el uso de morfina a dosis de 2 – 10mg/hora, según indicación de médico especialista.
- Modificaciones en la velocidad de infusión según RASS y estado de salud del paciente:

ELABORÓ: CLARA ISABEL RUIZ RUIZ Fecha: Agosto de 2016	REVISÓ Nombre: JEISSON ALEJANDRO BERRIO Cargo: DIRECTOR DE ENFERMERIA Fecha: NOVIEMBRE 2016	APROBÓ Nombre: DAVID VELEZ Cargo: DIRECTOR MEDICO Fecha: NOVIEMBRE 2016
---	--	--

"Gente para la Vida"



GUIA DE CUIDADO DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO.

Código: F-MC-9	Versión: 003	Fecha aprobación: SEPTIEMBRE DE 2016
-------------------	-----------------	---

- ✓ RASS de + 4 a + 1: Evalúe el dolor. Si está presente aumente solo Fentanyl. Si no hay dolor aumente infusión de Midazolam, según lo estipulado para cada uno de los medicamentos, sin sobrepasar las dosis máximas.
- ✓ Cambie de meta a RASS – 4 a -5 si se presenta las siguientes condiciones clínicas :
 - a) Alteración respiratoria severa: Taquipnea, taquicardia, hipertensión, desaturación, gran actividad muscular inspiratoria o espiratoria, asincronía con el ventilador descartar otras posibles causas.

- Uso de Dexmedetomidina: Según indicación y criterio de especialista tratante se iniciará en infusión a una dosis mínima de 0,2 mcg/k/hora y una dosis máxima de 1,4 mg/k/hora de acuerdo a las metas de sedación definidas.

Para el desmonte gradual de sedoanalgesia en pacientes de destete prolongado y requerimiento de altas dosis de Fentanyl y Midazolam disminuirá gradualmente las dosis de estos según lo estipulado, seguidamente se cerrará por completo la infusión de Midazolam y se continuará la infusión de Fentanyl a razón de 0,7 mcg/k/hora para manejo del dolor y se aumentará según necesidad, se podrá hacer uso de otros analgésicos según el criterio del médico tratante

ELABORÓ: CLARA ISABEL RUIZ RUIZ Fecha: Agosto de 2016	REVISÓ Nombre: JEISSON ALEJANDRO BERRIO Cargo: DIRECTOR DE ENFERMERIA Fecha: NOVIEMBRE 2016	APROBÓ Nombre: DAVID VELEZ Cargo: DIRECTOR MEDICO Fecha: NOVIEMBRE 2016
---	--	--

"Gente para la Vida"



GUIA DE CUIDADO DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO.

Código: F-MC-9 Versión: 003 Fecha aprobación: SEPTIEMBRE DE 2016

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. J.M. Cachón-Pérez et al: Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2014;25(2):38---45
2. E. PALENCIA-HERREJÓN et al: Delirio en el paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008;32 Supl 1:77-91
3. Truman B Et al. Monitoring Delirium in Critically Ill Patients Using the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse* **April 2003** vol. 23 no. 2 **25-35** [Consultado 2016 Jul]. Disponible en: <http://ccn.aacnjournals.org/content/23/2/25.short#cite>-by
4. Celis-Rodríguez E, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Med Intensiva*. 2013. [Consultado 2016 Jul]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2013.04.001>
5. I. Latorre Marco et a. Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: resultados del proyecto ESCID. *Enferm Intensiva*. 2011;22(1):3—12 [Consultado 2016 Jul]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-aplicacion-escala-conductas-indicadoras-dolor-S1130239913000655>
6. H. Cerasoa,, C. Dueñas-Castelb , N. Raimondic , E. Celis d , R. Carrilloe , S. Ugarte Ubiergof y F. Rodriguez. Encuesta iberoamericana sobre Delirium en pacientes críticos. *Med Intensiva*. 2010;34(8):495–505
7. M. Vázquez Calatayud et al. Valoración del dolor durante el cambio postural en pacientes con ventilación mecánica invasiva. *Enferm Intensiva*. 2009;20(1):2-9
8. Henao Castaño, Ángela María. Delirium en pacientes con ventilación mecánica en la UCI: factores asociados y cuidado de Enfermería. 2013 [Consultado 2016 Jul]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/10551/1/539640.2013.pdf>

ELABORÓ: CLARA ISABEL RUIZ RUIZ Fecha: Agosto de 2016	REVISÓ Nombre: JEISSON ALEJANDRO BERRIO Cargo: DIRECTOR DE ENFERMERIA Fecha: NOVIEMBRE 2016	APROBÓ Nombre: DAVID VELEZ Cargo: DIRECTOR MEDICO Fecha: NOVIEMBRE 2016
---	--	--



GUIA DE CUIDADO DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO.

Código: F-MC-9 Versión: 003 Fecha aprobación: SEPTIEMBRE DE 2016

9. Cano Gutiérrez, Carlos Alberto. Delirium. 2014 Consultado 2016 Jul]. Disponible en:
<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v43n1/0022%20Delirium.PDF>
10. Duarte Lucia. Teorías en Enfermería. (2012) Consultado 2016 Jul]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/enfoledadunemeirapuato/modelos-y-teoras-de-enfermera>
11. Ayllon N. Garrido M. Álvarez M. González G. Incidencias del delirium en cuidados intensivos y factores relacionados. *Enferm Intensiva*, [Internet]. 2007; [citado junio. 2016]; 18(3):138-43. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeriaintensiva-142/incidencia-delirio-cuidados-intensivos-factores-relacionados-13109377-originales-2007>.
12. Palencia-herrejóna , má. romerab, j.a. silvac y grupo de trabajo de analgesia y sedación de la semicyuc. *Med Intensiva*. 2008;32 Supl 1:77-91

ELABORÓ: CLARA ISABEL RUIZ RUIZ Fecha: Agosto de 2016	REVISÓ Nombre: JEISSON ALEJANDRO BERRIO Cargo: DIRECTOR DE ENFERMERIA Fecha: NOVIEMBRE 2016	APROBÓ Nombre: DAVID VELEZ Cargo: DIRECTOR MEDICO Fecha: NOVIEMBRE 2016
---	--	--



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO.

Código: F-MC-9	Versión: 003	Fecha aprobación: SEPTIEMBRE DE 2016
-------------------	-----------------	---

ANEXOS:

**ANEXO 1:
CAM ICU (Confusión Assessment Method for the Intensive Care Unit)**

- 1. Comienzo agudo o curso fluctuante**
¿Hay evidencia de un cambio agudo en su estado mental con respecto a la situación basal? o
¿Ha cambiado la conducta del enfermo en las últimas 24 horas? (cambio en la puntuación RASS o en la puntuación de Glasgow)
- 2. Disminución de la atención**
¿Presenta el paciente dificultad para dirigir la atención?
¿Presenta el paciente dificultad para mantener y desviar la atención?
- 3. Alteraciones cognitivas**
¿Es el pensamiento del paciente desorganizado e incoherente?
¿Contesta a preguntas y obedece órdenes durante la entrevista?
- 4. Alteración de conciencia**
¿Está el paciente alerta e hipervigilante? (RASS > 0)
¿Está el paciente somnoliento o estuporoso? (RASS entre -1 y -3; grados menores de reactividad se consideran coma)
CAM-ICU: 1 + 2 + (3 ó 4)

ELABORÓ: CLARA ISABEL RUIZ RUIZ Fecha: Agosto de 2016	REVISÓ Nombre: JEISSON ALEJANDRO BERRIO Cargo: DIRECTOR DE ENFERMERIA Fecha: NOVIEMBRE 2016	APROBO Nombre: DAVID VELEZ Cargo: DIRECTOR MEDICO Fecha: NOVIEMBRE 2016
---	--	--

"Gente para la Vida"



GUÍA DE CUIDADO DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO.

Código: F-MC-9	Versión: 003	Fecha aprobación: SEPTIEMBRE DE 2016
-------------------	-----------------	---

**ANEXO 2:
RASS: (Richmond agitation sedation scale)**

- + 4: combativo:** violento, representa un riesgo inmediato para el personal
 - + 3: muy agitado:** agresivo, se intenta arrancar tubos y catéteres
 - + 2: agitado:** se mueve de manera desordenada, lucha con el respirador
 - + 1: inquieto:** ansioso, sin movimientos desordenados, agresivos ni violentos
 - 0: despierto y tranquilo**
 - 1: somnolencia:** no completamente alerta, se mantiene despierto más de 10 seg.
 - 2: sedación ligera:** despierta a la voz y mantiene contacto visual menos de 10 seg.
 - 3: sedación moderada:** movimientos o apertura ocular a la voz, no dirige la mirada
 - 4: sedación profunda:** se mueve o abre los ojos a la estimulación física, no a la voz
 - 5: no despertable:** no responde a la voz ni a la estimulación física
- Procedimiento para la valoración RASS:**
1. Observar al paciente; si está despierto, inquieto o agitado, puntuar de 0 a +4
 2. Si no está despierto, llamarlo por su nombre y pedirle que abra los ojos y mire al examinador. Si abre los ojos o responde con movimientos, puntuar de -1 a -3
 3. Si no responde a la llamada, estimular al paciente dándole palmadas en el hombro y/o frotándole el esternón, y puntuar -4 ó -5 según la respuesta

ELABORÓ: CLARA ISABEL RUIZ RUIZ Fecha: Agosto de 2016	REVISÓ Nombre: JEISSON ALEJANDRO BERRIO Cargo: DIRECTOR DE ENFERMERIA Fecha: NOVIEMBRE 2016	APROBO Nombre: DAVID VELEZ Cargo: DIRECTOR MEDICO Fecha: NOVIEMBRE 2016
---	--	--

"Gente para la Vida"

ANEXO 3:
CPOT: Escala de valoración del dolor mediante la observación en el paciente crítico

TABLA 1 Escala de valoración del dolor mediante la observación en el paciente crítico: CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool)**

Indicador	Descripción	Puntuación	
Expresión facial	No se observa tensión muscular	Relajado, neutro	0
	Presencia de ceño fruncido, cejas bajadas, órbitas de los ojos contraladadas	Tenso	1
	Todos los movimientos faciales anteriores más los párpados fuertemente cerrados	Muecas	2
Movimientos del cuerpo	No se mueve nada (esto no significa necesariamente ausencia de dolor)	Ausencia de movimientos	0
	Movimientos lentos, cautelosos, se toca o frota el sitio donde le duele, busca atención a través de movimientos	Protección	1
	Empuja el tubo, intentos de sentarse, mueve los labios, no obedece órdenes, atosiga al personal, trata de salirse de la cama	Agitado	2
Tensión muscular Evaluación por flexión y extensión pasiva	No resistencia a movimientos pasivos	Relajado	0
	Resistencia a movimientos pasivos	Tenso, rígido	1
	Fuerte resistencia a movimientos pasivos, incapacidad para terminarlos	Muy tenso o muy rígido	2
Adaptación ventilador (pacientes intubados)	No se activan las alarmas, fácil ventilación	Bien adaptado al ventilador	0
	Las alarmas paran espontáneamente	Tose, pero se adapta	1
	Asincronía: la ventilación se para, las alarmas se activan frecuentemente	Lucha con el ventilador	2
Excluye el ítem siguiente			
Vocalización (pacientes extubados)	Habla con tono normal o no habla	Habla con tono normal o no habla	0
	Suspiros, gemidos	Suspiros, gemidos	1
	Gritos, sollozos	Gritos, sollozos	2
Excluye el ítem anterior			
Rango total			0-8

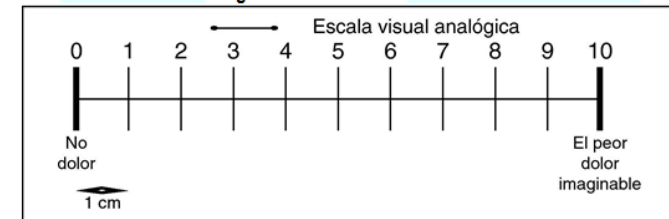
ELABORÓ:
CLARA ISABEL RUIZ RUIZ
Fecha: Agosto de 2016

REVISÓ
Nombre: JEISSON ALEJANDRO BERRIO
Cargo: DIRECTOR DE ENFERMERIA
Fecha: NOVIEMBRE 2016

APROBÓ
Nombre: DAVID VELEZ
Cargo: DIRECTOR MEDICO
Fecha: NOVIEMBRE 2016

"Cambiando Puntos de Vida"

ANEXO 4:
EVA: Escala Visual Análoga



CONTROL DE CAMBIOS

Fecha	Cambios	Responsable

ELABORÓ:
CLARA ISABEL RUIZ RUIZ
Fecha: Agosto de 2016

REVISÓ
Nombre: JEISSON ALEJANDRO BERRIO
Cargo: DIRECTOR DE ENFERMERIA
Fecha: NOVIEMBRE 2016

APROBÓ
Nombre: DAVID VELEZ
Cargo: DIRECTOR MEDICO
Fecha: NOVIEMBRE 2016

"Cambiando Puntos de Vida"

ANEXO 7. Lista de chequeo: Adherencia a la Guía

APLICACIÓN DE GUIA DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIUM EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) ADULTO, FUNDACION CLINICA DEL NORTE (FCN)					
LISTA DE CHEQUEO					
DIRIGIDA A: ENFERMERAS UCI FCN					
CRITERIOS DE INCLUSION: Pacientes que ingresen a la unidad de cuidado intensivo de la fundación Clínica del Norte y no tengan criterios de exclusión					
CRITERIOS DE EXCLUSION: Pacientes programados para coma barbitúrico, Manejo paliativo de enfermedades terminales, Limitación precoz del esfuerzo terapéutico, Pacientes con muerte encefálica en proceso de donación de órganos					
1. Conoce la guía para prevenir el Delirium en los pacientes de la UCI FCN				SI	
				NO	
PREVENCIÓN PRIMARIA					
CRITERIOS/ Factores de Riesgo		APLICA	NO APLICA	OBSERVACIONES	
EDAD	Entre 15 - 49 años				
	Entre 50 - 60 años				
	Entre 61 -70 años				
	Mayor de 71 años				
NEUROLOGICO	Historia previa de Depresión				
	Historia de Demencia				
	Historia de ECV y Epilepsia				
	TEC				
FARMACODEPENDENCIA	Consumo de alcohol				
	Necesidad de medicamentos Psicoactivos				
	Consumo de drogas				
	Consumo de Tabaco				
ALTERACIONES ELECTROLITICAS	Hipo o hipernatremia				
ALTERACIONES METABOLICAS Y OTRAS	Hipo o hiperglucemia				
	BUN/creatinina >18				
	Falla renal, creatinina mayor de 2,0 mg/dl				
	Enfermedad hepática (bilirrubina >2,0 mg/dl)				
	Historia de la ICC				
	Shock séptico o cardiogénico				
PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	Sonda para la alimentación				
	Catéter vesical				
	Catéter venoso central				
	Nutrición intravenosa				
DIAS UCI					
DIAS VENTILACION MECANICA		2			
EL PACIENTE TIENE EVALUACION DE DOLOR SEGÚN ESCALA					
EL PACIENTE TIENE EVALUACION DE SEDACION SEGÚN ESCALA					
EL PACIENTE TIENE EVALUACION DE DELIRIUM SEGÚN ESCALA					

PREVENCIÓN SECUNDARIA			
2. CONTROL DEL RUIDO			
El paciente tiene controlada las Alarmas de Monitores, Ventiladores y Dispositivos médicos según su estado Hemodinámico			
3. HIGIENE DEL SUEÑO			
El paciente tiene registro en la historia clínica de las horas que duerme			
Al paciente se le realiza el baño durante el día			
Se realizan Curaciones y procedimientos durante la noche			
El paciente requiere medicación para dormir			
4. CONTROL DE LA TEMPERATURA CORPORAL			
El paciente presenta Hipotermia/Hipertermia durante la noche			
5. CONTROL DE LA INTENSIDAD DE LA LUZ			
El paciente permanece con las ventanas abiertas durante el día			
Durante la Noche se enciende la luz solo en casos de procedimientos			
6. OTROS			
El paciente tiene acompañamiento familiar			
El paciente se encuentra con inmovilización física			
CRITERIOS FARMACOLÓGICOS	APLICA	NO APLICA	OBSERVACIONES
1. El paciente presenta Dolor ≥ 4 Según escala			
1.1 El paciente tiene medicamentos que Controlen el Dolor			
2. Existe registro de la meta de sedoanalgesia en la Historia Clínica			
2.1 Las infusiones de Midazolam y Fentanyl se iniciaron a dosis mínimas hasta alcanzar un RASS de -5 a -4 durante las primeras 6 a 12 horas			
2.2 Durante las primeras 18 a 24 horas se desmontó las infusiones en un 25% cada 30 minutos hasta alcanzar un RASS de -3 a -2			
2.3 Para el desmonte de ambas infusiones, se disminuyó en un 25% cada 30 minutos hasta alcanzar un RASS de -1 a 0			
2.4 Si el paciente presenta Delirio, hay registro de utilización de tratamiento Farmacológico			
PREVENCIÓN TERCIARIA			
	CRITERIOS	APLICA	NO APLICA
1. El paciente presenta Delirio durante su estancia en UCI	HIPOACTIVO HIPERACTIVO MIXTO		
4. Recomendaciones:			

ANEXO 8. Cronograma

CRONOGRAMA: PROYECTO DE GESTIÓN								
ETAPAS	2016/MES							
	5	6	7	8	9	10	11	12
Planteamiento de la propuesta de gestión	■	■						
Socialización de la finalidad e intención del proyecto a la Dirección de enfermería de la FCN		■						
Revisión Bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■
Identificación y análisis de la situación de la clínica frente a la propuesta de gestión		■						
Elaboración de la Guía de Enfermería para la prevención del Delirium			■	■				
Elaboración del Soporte Conceptual			■	■				
Elaboración del Soporte teórico y Metodología			■	■	■			
Planificación y elaboración del proyecto			■	■	■	■	■	■
Aplicación del proyecto: Actividad de socialización de la Guía de Enfermería para la prevención del Delirium					■			
Aplicación de Escalas y recolección de datos según los indicadores de prevención primaria, secundaria y terciaria						■	■	
Análisis de resultados							■	
Elaboración de conclusiones y finalización del trabajo escrito							■	
Presentación del proyecto de grado a la Universidad de la Sabana								■
Presentación del proyecto de grado a los directivos de la FCN								■

ANEXO 9. Presupuesto

PRESUPUESTO			
	COSTO UNITA	CANTIDA	COSTO TOTAL
RECURSO HUMANO			
ENFERMERA RESPONSABLE DEL F	12.000/HORA	600	7.200.000
ASESORA DEL PROYECTO	33.000/HORA	80	2.640.000
EQUIPOS			
COMPUTADOR	1.700.00	1	1.700.000
PAPELERIA			
RESMA DE PAPEL	15.000	1	15.000
FOTOCOPIAS	150	70	10.500
MEMORIA USB	45.000	1	45.000
REFRIGERIOS	12.000	50	600.000
RECORDATORIO	10.000	50	500.000
ESPACIO FISICO			
AUDITORIO (ESPACIO PROPIO DE L	0	0	0
TOTAL			12.710.500
FINANCIACION	ESTUDIANTE DE ESPECIALIZACIÓN RESPONSABLE DEL PROYECTO		

ANEXO 10. Autorización Institucional



Medellín, 30 de Noviembre de 2016

Señora
Clara Isabel Ruiz Ruiz
Enfermera – Unidad de Cuidados Intensivos
Ciudad

Asunto: Aprobación propuesta del proyecto “Guía de cuidado de enfermería para prevenir delirium en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo (uci) adulto de la fundación clínica del norte (FCN)”

Cordial Saludo,

La presente es para informarle que su solicitud al proyecto “Guía de cuidado de enfermería para prevenir delirium en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo (uci) adulto de la fundación clínica del norte (FCN)”. Tiene concepto favorable aprobado por parte del comité de ética de la Fundación Clínica del Norte.

Cualquier información realizar contacto por medio de Dirección de enfermería de la Fundación Clínica del Norte con el jefe Jeisson Alejandro Berrio Borja, correo electrónico: jaberrio@clinicadelnorte.org a Teléfonos 4481270 ext.: 3110 – 3151

Atentamente,

Alejandro Berrio Borja

Director de Enfermería
Presidente Comité de Ética
Fundación Clínica del Norte

www.clinicadelnorte.org

Avenida 38 Diagonal 59 - 50
Teléfono: [57] [4] 448 12 70
Niquia | Bello | Antioquia | Colombia