

**DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA DIDACTICA, INTERVENCION DE
ENFERMERIA FRENTE AL DELIRIUM, EN PACIENTES DE LAS UNIDADES DE
CUIDADO CRÍTICO DE LA CIUDAD DE GIRARDOT CUNDINAMARCA.**

2018

**JOSE RICARDO HERNANDEZ ANGEL
MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ CUENCA**

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
GIRARDOT**

2018

**DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA DIDACTICA, INTERVENCION DE
ENFERMERIA FRENTE AL DELIRIUM, EN PACIENTES DE LAS UNIDADES DE
CUIDADO INTENSIVO DE LA CIUDAD DE GIRARDOT CUNDINAMARCA.**

2018

**JOSE RICARDO HERNANDEZ ANGEL
MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ CUENCA**

TRABAJO DE GRADO

**DOCENTE ASESOR
FRANCISCO LAGUNA**

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
GIRARDOT**

2018

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Jurado

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	7
INTRODUCCIÓN	8
1. PROBLEMA	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2. OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GENERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
3 JUSTIFICACION	15
4 MARCOS DE REFERENCIA	17
4.1 MARCO TEORICO.....	17
4.1.1 Autocuidado	18
4.1.2 Requisitos de Autocuidado:	18
4.1.3 Demanda terapéutica de autocuidado	18
4.1.4 Agencia de autocuidado:.....	18
4.1.5 Déficit de autocuidado	19
4.1.6 Agencia de enfermería:	19
4.1.7 Sistema de enfermería:	19
4.1.8 Sistemas de enfermería totalmente compensadores:.....	19
4.1.9 Sistemas de enfermería parcialmente compensadores.....	20
4.1.10 Sistemas de enfermería de apoyo y educación:	20
4.2 MARCO CONCEPTUAL.....	20
4.2.1 El profesional de enfermería	21
4.2.2 Herramienta Didáctica:	21
4.2.3 Ambiente físico	21
4.2.4 factores estresores.....	22
4.2.5 El Delirium	22
4.2.6 Las intervenciones no farmacológicas.....	23

4.2.7 El sueño	23
4.2.8 El ruido:.....	23
4.2.9 El ritmo vigilia-sueno:.....	24
4.2.10 La musicoterapia:.....	24
4.2.11 Comunicación	24
4.2.12 El uso de dispositivos que permitan la orientación:.....	25
4.2.13 La intervención de enfermería	25
4.2.14 CAM-ICU	25
4. 3 MARCO ÉTICO LEGAL.....	26
4.3.1 La ley 911 del 2004.....	26
4.3.2 Ley 266 de 1996.....	26
4.3.3 Ley 911 del 2004.....	27
4.3.4 RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993.....	28
4.3.5 Ley 3, 2001, de 28 de mayo 2010.....	28
4.3.6 LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.....	29
5 CUADRO DE VARIABLES	30
6 DISEÑO METODOLOGICO	31
6.1 Enfoque de diseño.....	31
6.2 Universo Y Muestra	31
6.2.1 Universo	31
6.2.2 Población de estudio	31
6.2.3 Muestra:.....	31
6.2.4 Muestreo:	31
6.2.5 Criterios de inclusión	32
6.2.6 Criterios de exclusión	32
7. MÉTODO E INSTRUMENTO.....	33
7.1 Listas de chequeo	33
8 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	35
9 ANÁLISIS DE RESULTADOS	36
Grafica 9 (Control del ruido)	44
Grafica 10 (Higiene del sueño)	45

Gráfica 14 INTERVENCION DE ENFERMERIA	49
10 CONCLUSIONES	50
11 RECOMENDACIONES.....	51
BIBLIOGRAFÍA	52
13. ANEXOS	55
Anexo A. Aviso legal utilización de la lista de Chequeo	55
Anexo B. Solicitud de permiso para toma de muestra	56
Anexo C. Solicitud de aprobación y validación de la lista de Chequeo	57
Anexo D (Lista de Chequeo)	58
Anexo E (escala RASS)	60
Anexo F (Escala CAM).....	60
Anexo G (Flujo grama evaluacion del Delirium).....	61

AGRADECIMIENTOS

A Dios nuestro creador, quien nos premió con salud y con una labor excepcional, quien nos ilumino con vocación y nos encomendó su más grande propósito en el mundo, el de cuidar y proteger a sus hijos, a la humanidad.

A nuestras familias, amigos y personas especiales e importantes de nuestras vidas, quienes nos brindaron su confianza y su apoyo para ir en busca de nuestros sueños, quienes fueron testigos del sacrificio y la dedicación con que nos entregamos a nuestro trabajo, a quienes tuvieron que esperar un momento por nuestro tiempo.

A nuestros pacientes, nuestros colegas, los que viven el día de la lucha y la entrega por brindar bienestar y calidad, a ellos debemos nuestro respeto y admiración, por el tiempo, las enseñanzas, los consejos, quienes nos permitieron crecer junto a ellos, como persona, como enfermeros, como profesionales, a quienes cada día inculcaron en nosotros el significado del cuidado y la satisfacción del deber cumplido ante la adversidad de nuestros pacientes.

A nuestro asesor y docentes, a todos y cada uno de ellos que siempre estuvieron presentes y aportaron un bote de esperanza y apoyo, a aquellos que creyeron en este proyecto y nos mostraron la ruta a seguir interesados en el fortalecimiento del conocimiento como pilar principal de este legado.

A todas estas personas seres humanos admirables y queridos a quienes agradecemos con el corazón mil y mil gracias.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes de las unidades de cuidado intensivo, se encuentran expuestos a diversos cambios ambientales estresantes debido a la alta especialización de estas instalaciones y su diario proceder, por lo que son vulnerables a complicaciones como el delirium, trastorno que se deriva de factores precipitantes y predisponentes de disconfort como la dificultad para orientarse, dormir, estados de ansiedad y dificultad para comunicarse.

Los cuidados prioritarios de enfermería para estos pacientes, deben ser enfocados en implementar medidas que disminuyan la ansiedad, el dolor y otras formas de estrés que puedan llegar a agudizar el cuadro crítico del paciente, generando espacios menos agrestes que mejoren la tolerancia al medio ambiente clínico y brinden seguridad y descanso.

Se define al Delirium como un trastorno que implica la alteración global del estado mental que se caracteriza por la perturbación de la conciencia, funciones cognitivas (percepción, orientación, lenguaje y memoria) que se desarrolla en un paciente con enfermedad crítica¹.

El delirium a nivel mundial en entornos como en cuidados intensivos, tiene una incidencia que puede alcanzar incluso el 85% de los pacientes, condicionando un mayor tiempo de hospitalización, mayor riesgo de institucionalización, deterioro cognitivo y funcional, mortalidad y aumento del gasto sanitario, entre otras consecuencias².

¹ WSCHEBOR, Margarita, et al. Delirium: una comorbilidad oculta asociada a mayor mortalidad. Revista Médica del Uruguay, 2017, vol. 33, no 1, p. 16-45.

² GUTIÉRREZ-VALENCIA, Marta; MARTÍNEZ-VELILLA, Nicolás. Prevención farmacológica del delirium: un largo camino por recorrer. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 2018, vol. 53, no 4, p. 185-187.

En el contexto nacional en ciudades como Medellín, Colombia, se ha descrito una prevalencia de 8.3% de delirium en el servicio de hospitalización general³ y de 32% en unidad de cuidado crítico⁴, pero la frecuencia puede ser mayor si se tiene en cuenta que hasta el 67% de los casos pasa desapercibido (incluso para psiquiatras, neurólogos o geriatras) en diferentes partes del mundo.

Es importante aclarar que de acuerdo a la revisión exhaustiva frente al Delirium no se evidencia en el municipio de Girardot ningún tipo de investigaciones que sustenten el trastorno de Delirium, ni tampoco en ninguna institución de atención en salud.

Por estas razones y en busca de ofrecer alternativas de solución, esta investigación pretende que mediante la elaboración de una intervención didáctica, dirigida a los profesionales de enfermería se aborde el Delirium y la importancia de su diagnóstico, direccionando los cuidados a la prevención y el tratamiento por medio de medidas no farmacológicas que disminuyan las condiciones ambientales externas identificadas como estresores y que, en su mayoría son modificables.

Para el diseño de esta intervención se inició con una revisión bibliográfica en la que se estudiaron propuestas como las que expone la docente Ángela Henao, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (U.N.) quien argumenta que “la implementación de estrategias para prevenir, monitorear y controlar el delirium en los pacientes internados en Unidades de cuidado intensivo debe ser una prioridad de la investigación de enfermería.”⁵

Otros estudios como “Cuidados de enfermería basados en evidencia y modelo de Betty Neumann, para controlar estresores del entorno que pueden ocasionar delirium en unidad de cuidados intensivos”⁶ realizado por Luz Omaira Gómez Tovar, magister en enfermería, docente Universidad Sur colombiana, donde se

³ GAVIRIA, Laura Marcela Velásquez. Instrumentos para el diagnóstico de delirium en hispanohablantes: artículo de revisión. Medicina UPB, 2017, vol. 35, no 2, p. 100-110.

⁴ SALLUH, Jorge I., et al. Delirium epidemiology in critical care (DECCA): an international study. Critical Care, 2010, vol. 14, no 6, p. R210.

⁵ Delirium, trastorno que afecta a pacientes en las UCI
<http://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/article/delirium-trastorno-que-afecta-a-pacientes-en-las-uci.html>

⁶ GÓMEZ TOVAR, Luz Omaira; DÍAZ SUAREZ, Leticia; CORTÉS MUÑOZ, Fabián. 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. Enfermería global, 2016, vol. 15, no 41, p. 49-63.

también se resalta la importancia de la labor de enfermería frente a la prevención de Delirium en el interior de las unidades de cuidado crítico.

Esta investigación se soporta en un estudio cuantitativo de alcance descriptivo con un diseño no experimental de corte transversal, mediante el cual se identificó 1 variable la intervención de enfermería y se estableció una lista de chequeo, modelo que se aplicó a un grupo de 30 pacientes de unidades de cuidado crítico hospitalizados en las instituciones de salud Nueva Clínica San Sebastián y clínica San Rafael Dumian de la ciudad de Girardot en el mes de Noviembre.

Luego de revisar y analizar los resultados se logró concluir que efectivamente la aplicación de una intervención de enfermería que recomiende el uso de las medidas no farmacológicas como el control de: Luz excesiva, ruido producido por alarmas no controladas, inmobilizaciones, baño en cama en horas nocturnas, Imposibilidad de comunicación, administración de medicamentos que alteran el ciclo de sueño vigilia, horarios de administración en horas nocturnas entre otros, pueden ser controlados por el profesional de enfermería para de esta manera disminuir la aparición de Delirium.

Con esta intervención, el profesional de enfermería tendrá una herramienta útil para reconocer que es el Delirium, como prevenirlo, cuales son los factores de riesgo, cuáles son los factores precipitantes individuales del paciente para desarrollar Delirium y asociarlo al tratamiento no farmacológico, optimizando el cuidado y convirtiéndose en una intervención benéfica tanto para las instituciones que prestan servicios de unidades de cuidado crítico, como para los mismos pacientes y familiares, actuando como pilar importante dentro de las aspiraciones mundiales y nacionales por mejorar los estándares de calidad y seguridad dentro de las instituciones prestadoras de salud.

Como estrategia para la familiarización de los conceptos de Delirium y la socialización de su contenido se optó por desarrollar la intervención de enfermería como un recurso didáctico, herramienta que interactúa con el profesional en enfermería, favoreciendo el análisis y la síntesis del contenido, permitiendo desarrollar destrezas y habilidades, haciendo el aprendizaje significativo, despertando interés y motivación.

1. PROBLEMA

No se cuenta en las unidades de cuidado intensivo de la ciudad de Girardot con Intervenciones de enfermería documentadas que orienten un proceso de atención específico para el paciente que padece Delirium.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Conocemos del delirium por estudios a nivel global en diversas investigaciones que demuestran una alta incidencia en las unidades de cuidados intensivos, con diferentes variables dependientes de las características investigativas del estudio y su población objeto; en el continente europeo se resalta que en Barcelona, España “la incidencia varía entre el 20 y el 80% según el método diagnósticos utilizado y la situación clínica del paciente,”⁷ en Madrid, España “ el uso de la escala de valoración CAM-ICU permitió establecer que la incidencia del Delirium en las unidades de cuidado critico ha sido superior al 80%”⁸;

Para Sudamérica en estudios desarrollados en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, México se evidencia que “de 81 pacientes institucionalizados en las unidades de cuidado crítico, la incidencia de Delirium fue de 35.8%”⁹, según lo planteado por Fernando Abelha en la revista de

⁷ MARTÍNEZ GIMENO, Laura; MORET RUIZ, Enrique; OLLER SALES, Benjamín. Incidencia de delirium en una unidad de cuidados críticos postquirúrgicos. 2011.

⁸ HERREJÓN, Eduardo Palencia. Delirio en el enfermo crítico: nuevas herramientas, nuevas oportunidades.

⁹ REVILLA, Héctor Vásquez; RODRÍGUEZ, Eduardo Revilla; LUNA, Víctor Manuel Terrazas. Tercer lugar Premio «Dr. Mario Shapiro» Incidencia de delirium en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. Medicina Crítica, 2013, vol. 27, no 4, p. 231-236.

anestesiología en Brasil en el año 2013, vol. 63¹⁰, “la incidencia del delirio en la UCI varía ampliamente de 16% a un 89%”, en Santiago de Chile se evidencia una incidencia “estimada entre el 25 y el 60% de pacientes ancianos hospitalizados en las unidades de cuidado intermedio,”¹¹ insistiendo en que esta alteración es potencialmente prevenible en el mayor de los casos.

En el contexto Colombiano estudios realizados en Bogotá en las unidades de cuidados intensivos del Hospital Central Militar evidencian que “la incidencia de delirium fue de 28,8%”¹², por el contrario “en la unidad de cuidados intensivos coronarios fue del 11.1%”¹³, otro estudio nacional es desarrollado por Cárdenas Néider Orley en unidades de cuidados intensivos (UCI) en la ciudad de Bogotá, que demuestran una incidencia de delirium del 11.76%¹⁴, e interpela que la incidencia del delirium puede ser mayor en las unidades de cuidado crítico debido a que casi siempre es subdiagnosticado.¹⁵

En el área de formación práctica de la facultad de enfermería de la universidad de Cundinamarca en la ciudad de Girardot, durante el desarrollo del módulo de cuidado de enfermería al paciente crítico, cuyo objetivo además del abordaje y cuidados de este tipo de población es identificar roles propios del enfermero que apoyen la evolución favorable de los pacientes.

Se evidenció por parte de los estudiantes investigadores que en las instituciones de salud que ofrecen el servicio de unidad de cuidado crítico en la ciudad de Girardot, Nueva Clínica san Sebastián y clínica San Rafael Dumian:

- No se cuentan con intervenciones de enfermería, que permitan al profesional de salud ofrecer un proceso de atención frente al tratamiento o manejo alternativo del Delirium de forma específica.

¹⁰ ABELHA, Fernando, et al. Delirium assessment in postoperative patients: validation of the Portuguese version of the Nursing Delirium Screening Scale in critical care. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 2013, vol. 63, no 6, p. 450-455.

¹¹ GONZÁLEZ H, Jorge y BARROS B, Jorge. Delirium en pacientes de una Unidad de cuidados intermedios: estudio prospectivo. En: *revista médica de Chile*. vol. 128, no. 1, p. 75-79.

¹² RAMOS, JI, et al. Incidencia de delirium en las unidades de Cuidados Intensivos y Cuidados Coronarios del Hospital Central Militar.

¹³ KARINA, Saibal y ALEJANDRO, Ramella. Diagnóstico y tratamiento del delirio en pacientes internados en unidades de cuidados críticos, p. 11

¹⁴ CÁRDENAS DÍAZ, Néider Orley; OYOLA LÓPEZ, Edinson. Incidencia de delirio en pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo, ingresados en la UCI de la clínica ZAYMA, montería. 2018. Tesis Doctoral.

¹⁵ CERASO, D. H., et al. Encuesta iberoamericana sobre delirium en pacientes críticos. *Medicina intensiva*, 2010, vol. 34, no 8, p. 495-505.

- Desinformación del personal que labora en las unidades de cuidado crítico sobre las medidas no farmacológicas utilizadas para identificar y prevenir el Delirium en los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo, lo cual se reduce a acciones aisladas o empíricas que realizan sin estar soportadas en un sustento científico.
- Se observa además el uso de acciones inseguras en la mayoría de los pacientes como la restricción de movimiento o el uso constante de benzodiazepinas, dado que no se diagnostica el Delirium además de que no se cuentan con escalas de identificación.
- No se garantiza un cuidado seguro hacia el paciente y su familia, debido a la falta de claridad en los conceptos sobre la importancia de detectar el Delirium y su tratamiento no farmacológico, en pro de la reducción de eventos adversos, tales como extubaciones no programadas, retiro de dispositivos invasivos y de monitoreo, autoagresión o agresión a terceros, úlceras por presión producidas por cizallamiento durante la inmovilización.

Por estas razones es evidente la necesidad de elaborar una intervención de enfermería, que brinde herramientas para reconocer e identificar Delirium en los pacientes institucionalizados, adoptando el tratamiento no farmacológico como alternativa altamente efectiva y destacando que la alteración de las condiciones ambientales externas como estresores que conllevan al padecimiento del síndrome, en su mayoría son modificables y así promover cuidados de calidad y seguros para el paciente.

Es el deber ético y moral del profesional en enfermería suplir la mayor cantidad de necesidades de sus pacientes y convertirse en el garante para que todos los recursos tanto humanos, científicos, e investigativos, se destinen a garantizar un cuidado humanizado y oportuno, convirtiendo cada debilidad de los procesos en una oportunidad para generar propuestas de cambio y adoptar nuevos recursos disponibles en pro del bienestar de los pacientes de la unidad de cuidado crítico.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar una intervención de enfermería específica para el tratamiento y prevención del Delirium, que incluya medidas no farmacológicas para los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo de la clínica san Sebastián y clínica San Rafael Dumian de la Ciudad de Girardot, con el propósito de ser utilizada como herramienta didáctica de apoyo para el profesional de Enfermería.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar las condiciones clínicas de los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo de las instituciones clínicas san Sebastián y clínica San Rafael Dumian de la Ciudad de Girardot.
- Identificar las condiciones del medio externo que son susceptibles de ser modificables en el paciente de la unidad de cuidado crítico, que padece Delirium y que favorecen a su reorientación y confort, como mecanismos de prevención y de rehabilitación.
- Diseñar una intervención de enfermería de contenido didáctico, que funcione como herramienta de apoyo a los profesionales de enfermería para intervenir de manera eficaz el Delirium.

3 JUSTIFICACION

El delirium se define como un síndrome clínico caracterizado por alteraciones cognitivas del pensamiento de orden superior y del ritmo circadiano, tiene inicio agudo y curso fluctuante. Como síndrome, el delirium puede tener múltiples causas que desembocan en cambios neurofisiológicos comunes, con aumento de la actividad anticolinérgica (es decir, reducción de la neurotransmisión colinérgica) y aumento relativo de la dopaminérgica, especialmente en los circuitos del hemisferio derecho¹⁶.

El delirium es asociado a la aparición de eventos adversos, al riesgo de autolesión por retiro de dispositivos médicos y a un deterioro cognitivo progresivo tras el alta hospitalaria,¹⁷ así lo evidencian estudios en investigación en salud como el presentado en el año 2014 por médicos intensivistas de la sociedad latinoamericana, “El delirium la nueva preocupación del médico intensivista”.

El artículo de estudio Delirium Epidemiology in Critical Care (DECCA) publicado en el año 2010 refiere que el delirium ocurre con una frecuencia del 85% y se asocia de forma independiente con resultados adversos en los pacientes de la unidad de cuidado crítico en general. “Entre las características clínicas asociadas con el diagnóstico de delirium, el uso de dispositivos invasivos, cambios ambientales, la desorientación y el uso de medicamentos como el Midazolam se identificaron y pueden considerarse como factores de riesgo potencialmente modificables.”¹⁸

El estudio proporciona una imagen "del mundo real" del delirium en pacientes de la unidad de cuidado intensivo en general en muchos países diferentes y sugiere

¹⁶ GAVIRIA, Laura Marcela Velásquez. Instrumentos para el diagnóstico de delirium en hispanohablantes: artículo de revisión. Medicina UPB, 2017, vol. 35, no 2, p. 100-110.

¹⁷ REVILLA-RODRÍGUEZ, Eduardo; PIMENTEL-ROQUE, Claudia; VÁSQUEZ-REVILLA, Héctor Romeo. El delirium: la nueva preocupación del médico intensivista. Evidencia Médica e Investigación en Salud, 2014, vol. 7, no 1, p. 34-36.

¹⁸ SALLUH, Jorge I., et al. Delirium epidemiology in critical care (DECCA): an international study. Critical Care, 2010, vol. 14, no 6, p. R210.

que “los datos deberían ser útiles en el diseño de ensayos de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para el diagnóstico y tratamiento del delirium”.

Es por esto que el estudio y reflexión sobre este importante síndrome toma importancia y despierta nuestro interés, por lo que los estudiantes investigadores optan por la creación de la intervención de enfermería con un contenido didáctico de fácil comprensión, para ser aplicada en los pacientes de las unidades de cuidado intensivo en la ciudad de Girardot, que interactúe con el profesional de enfermería como una herramienta útil y que favorezca la atención segura e integral del paciente institucionalizado; propuesta que gana peso pues la literatura estudiada propone que la puesta en práctica de “intervenciones específicas de enfermería, sobre determinados factores puede reducir la incidencia del delirio en enfermos institucionalizados”¹⁹.

Intervención de enfermería que se estructuró en un sticker sobre una tabla portapapeles en acrílico, que en su parte anterior cuenta con la definición de Delirium, los factores precipitantes, las actividades de enfermería sugeridos por el sustento científico expresadas en imágenes de fácil recordación, por la parte posterior se plasmó el diagrama del algoritmo de valoración para el delirium, la escala CAM y un flujo grama que direcciona los cuidados en acciones preventivas y de rehabilitación frente al Delirium.

“La detección precoz de los síntomas, reducción de los factores de riesgo y un manejo centrado en la aplicación de medidas no farmacológicas, en las cuales la enfermería posee un papel fundamental, son la mejor estrategia para disminuir el delirio y sus complicaciones.”²⁰

¹⁹ PALENCIA-HERREJÓN, E., et al. Delirio en el paciente crítico. Medicina Intensiva, 2008, vol. 32, no Supla. 1, p. 77-91

²⁰ HERNÁNDEZ VIDAL, Claudia. Eficacia de medidas no farmacológicas en el delirio y repercusiones en la calidad de vida en unidades de cuidados intensivos de adultos del SERGAS. 2018.

4 MARCOS DE REFERENCIA

4.1 MARCO TEORICO

Son los conceptos de Dorotea Orem sobre los sistemas de enfermería integrados en su teoría los que adoptan este trabajo de investigación y en los que sustenta su marco teórico.

El modelo presentado por Dorothea E Orem en 1971, en esta teoría se aborda al individuo de manera integral, en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.²¹

Dicho de otra manera todos los individuos necesitamos satisfacer una serie de requisitos para mantener la vida, la salud y el bienestar, sin embargo los paciente que se encuentran en las unidades de cuidado intensivo se ven limitados para la satisfacción de estos requisitos de auto cuidado y son los profesionales en enfermería quienes deben suplir estas necesidades totalmente durante el periodo de hospitalización y rehabilitación de las patologías que aquejan al paciente.

En el estudio presentado por la doctora en enfermería Liana Alicia Prado Solar, “Déficit de autocuidado punto de partida para calidad en la atención” publicada como artículo de investigación en la Revista Médica Electrónica 2014, vol. 36, define que la influencia que ejerce esta teoría en el desarrollo del ejercicio de la profesión, “se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no

²¹PRADO SOLAR, Liana Alicia, et al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 2014, vol. 36, no 6, p. 835-845.

tienen la capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas.”²²

Para aplicar el modelo de Orem a través de los procesos de enfermería, se hace necesario definir los conceptos manejados en esta su teoría, para asegurar así su comprensión y correcta utilización, los cuales se encuentran definidos en la cuarta edición de su modelo publicada en 1991 de la siguiente forma²³:

4.1.1 Autocuidado: Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar.

- **Requisitos de autocuidado universal:** Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** Promueven las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.
- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud,** que surgen o están vinculados a los estados de salud.

4.1.2 Requisitos de Autocuidado: Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano.

4.1.3 Demanda terapéutica de autocuidado: Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.

4.1.4 Agencia de autocuidado: Es la capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que

²² PRADO SOLAR, Liana Alicia, et al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 2014, vol. 36, no 6, p. 835-845.

²³ OREM, Dorothea. Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica. by Mosby-Year Book. Inc, 1991.

deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación.

La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por las personas que de ellos dependen, principalmente infantes y adultos y adultos mayores dependientes.

4.1.5 Déficit de autocuidado: Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.

4.1.6 Agencia de enfermería: Es una propiedad exclusiva y atribuida a las personas educadas y entrenadas como enfermeras(o), tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes.

4.1.7 Sistema de enfermería: Articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado.

El profesional en enfermería, al aplicar alguno de estos sistemas, activa los componentes de poder que están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación.²⁴

4.1.8 Sistemas de enfermería totalmente compensadores: El profesional en enfermería sule al individuo en su totalidad.

²⁴ Cisneros F. Teorías Y Modelos De Enfermería, Universidad Del Cauca. 2005
Disponible en:
<http://atenea.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

4.1.9 Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realiza las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.

4.1.10 Sistemas de enfermería de apoyo y educación: El profesional en enfermería se forma y actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, además define en el profesional la calidad y cantidad de cuidados, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el profesional.

La teoría de Dorothea Orem en su alusión a la labor de enfermería menciona este tipo de cuidado enfatizando en el sistema, la acción, la continua formación del profesional para que proporcione aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud, as persona realiza las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.²⁵

Es por esto que la teoría nos ofrece una plataforma conceptual para el desarrollo de las intervenciones de enfermería en las unidades de cuidado intensivo, pues esta se basa en la importancia de la continua formación del profesional y en la irrelevancia del uso de todas las herramientas disponibles que favorezcan el normal transcurso del paciente por los sistemas propuestos hasta que él paciente recupere su capacidad de auto cuidado

Esta intervención de enfermería didáctica se afianza en actividades a realizar por el profesional de enfermería ante el ambiente externo, modificable del paciente, en pro de ofrecer herramientas de re orientación y acondicionamiento, que favorezcan el correcto acoplamiento del paciente al medio clínico, sin generar conflicto ante su necesidad de sueño, descanso, confort y la satisfacción de sus necesidades en desarrollo del sistema compensatorio propuesto por la teoría.

4.2 MARCO CONCEPTUAL.

²⁵ Prado Solar, L. A., González Reguera, M., Paz Gómez, N., & Romero Borges, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845.

4.2.1 El profesional de enfermería especializado en unidad de cuidado intensivo se caracteriza por ser un personal que cumple con un perfil académico e intelectual especial, propio del cargo para desarrollar las labores de alta complejidad que afectan directamente al paciente crítico, se presenta como un profesional que comprende que su labor debe ser integral y eficaz, pues son sus intervenciones las que garantizan el éxito de la terapia intensiva.

La relación del profesional en enfermería con el paciente intensivo, involucra la interpretación de gestos, movimientos y posiciones con las cuales los pacientes, especialmente los sometidos a ventilación mecánica, comunican sus emociones, sentimientos y percepciones, debido a que no pueden expresarlos por medio del lenguaje hablado.²⁶

4.2.2 Herramienta Didáctica: Medio gráfico y visual que mediante una serie de folios que contienen texto e imágenes perfectamente integrados, resuelve un tema bajo estricta secuencia lógica. Esta herramienta permitirá tener más atención de una forma didáctica por parte del profesional en enfermería, favoreciendo el análisis y la síntesis del contenido, permite repetir la información cuantas veces sea necesario, sin distorsionar su contenido, siendo fácil de exponer y de manipular además es un recurso económico²⁷. En nuestro caso específico se utilizara para la investigación **GRAFICO VISUAL** de textos e imágenes integrados que le permitirán al profesional de enfermería utilizarlos como herramienta de apoyo para la valoración y evaluación del Delirium, lo cual redundara en la eficacia de la atención del Paciente.

4.2.3 Ambiente físico se define como el entorno modificable que proporciona la unidad de cuidado intensivo, que debido a su alta especialización y a su nivel de complejidad, es generadora de un ambiente estresante, produciendo ansiedad, disconfort y estrés para el paciente institucionalizado, determinado por la intensidad de la luz artificial predominante las 24 horas del día, la temperatura ambiental, el ruido proveniente de los monitores de vigilancia hemodinámica, los

²⁶ BELTRÁN-SALAZAR, Óscar Alberto. La práctica de enfermería en cuidado intensivo. Aquichan, 2008, vol. 8, no 1.

²⁷ CRISPÍN ALDANA, Ana María, et al. Comunicare: Una herramienta didáctica de comunicación entre el personal de enfermería y los pacientes con dificultad en el lenguaje hospitalizado en la Unidad de Cuidados Especiales de la Clínica Universidad de La Sabana. 2017. Tesis de Licenciatura. Universidad de La Sabana.

respiradores artificiales, y el personal multidisciplinario que labora diariamente en esta área²⁸.

4.2.4 factores estresores: factores estresantes son las situaciones desencadenantes del estrés y pueden ser cualquier estímulo, externo o interno (tanto físico, químico, acústico o somático como sociocultural) que, de manera directa o indirecta, propicie la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo en el paciente²⁹.

Durante su estancia en la unidad de cuidado intensivo, las alteraciones emocionales citadas con mayor frecuencia por los pacientes son “la ansiedad, el estrés, la depresión o el denominado síndrome de cuidados intensivos, en cuyo desarrollo se encuentran implicados factores como el ruido excesivo que puede dificultar el sueño y el descanso, el dolor, las medidas empleadas para la ventilación que impiden que los enfermos se puedan comunicar adecuadamente.”³⁰.

4.2.5 El Delirium se considera que el Delirium 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 que aparece con frecuencia a partir del tercer día de estancia en la unidad de cuidado intensivo³¹.

Es una condición grave, asociada a alta morbimortalidad, aumento de las estancias hospitalarias y de los costos de tratamiento, el reconocimiento y tratamiento tempranos del síndrome resultan en disminución de la morbi mortalidad, diagnostico que desafortunadamente, con frecuencia es pasado por alto, además de ser erróneamente diagnosticado como demencia u otra

²⁸ GARRIDO, N. Ayllón; GONZÁLEZ, M. Álvarez; GARCÍA, M. González. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería intensiva*, 2007, vol. 18, no 4, p. 159-167.

²⁹ GÓMEZ TOVAR, Luz Omaira; DÍAZ SUAREZ, Leticia; CORTÉS MUÑOZ, Fabián. 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. *Enfermería global*, 2016, vol. 15, no 41, p. 49-63.

³⁰ NAVARRO-GARCÍA, Miguel A., et al. Trastornos del ánimo preoperatorios en cirugía cardíaca: factores de riesgo y morbilidad postoperatoria en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Española de Cardiología*, 2011, vol. 64, no 11, p. 1005-1010.

³¹ HERNÁNDEZ VIDAL, Claudia. Eficacia de medidas no farmacológicas en el delirio y repercusiones en la calidad de vida en unidades de cuidados intensivos de adultos del SERGAS. 2018.

enfermedad psiquiátrica o mal atribuido a parte del proceso de envejecimiento normal.³²

4.2.6 Las intervenciones no farmacológicas se deben aplicar en todo momento para reducir el daño causado por el Delirium, la importancia en la individualización del paciente, sugieren 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 son algunas de ellas.³³

4.2.7 El sueño es importante para la recuperación de los pacientes, esta privación es un estrés adicional, que puede acarrear consecuencias adversas como el compromiso del sistema inmune, humoral y celular, el incremento del consumo de oxígeno y la producción de CO₂ y la alteración de la termorregulación.³⁴

Entre las causas que pueden producir la alteración del sueño en los pacientes que se encuentran en la unidad de cuidado intensivo están: las evaluaciones médicas y de los profesionales en enfermería, las pruebas diagnósticas, el ruido producido por las alarmas de los monitores, la luz artificial, el dolor, la incomodidad y los procedimientos invasivos.³⁵

4.2.8 El ruido: En la unidad de cuidado intensivo proporciona un ambiente hostil para el paciente, con la consecuente alteración del sueño y la aparición de ansiedad, es producida por alarmas, ventiladores mecánicos, teléfonos y conversaciones del personal. Los niveles por encima de los 80 decibeles deben ser evitados, los niveles por debajo de 35 decibelios favorecen el sueño, se insiste en que una medida complementaria puede ser el uso de tapones auriculares para disminuir la percepción de ruido por parte del paciente.³⁶

³² ³² CACHÓN-PÉREZ, J. M.; ÁLVAREZ-LÓPEZ, C.; PALACIOS-CEÑA, D. Medidas no farmacológico para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*,

³³ ALONSO-VEGA, G.; MARTÍ, L. Tratamiento del síndrome confusional agudo. *JANO*, 2002, vol. 62, p. 33-37.

³⁴ PARTHASARATHY, Sairam; TOBIN, Martin J. Sleep in the intensive care unit. *Intensive care medicine*, 2004, vol. 30, no 2, p. 197-206.

³⁵ FREEDMAN, Neil S.; KOTZER, Natalie; SCHWAB, Richard J. Patient perception of sleep quality and etiology of sleep disruption in the intensive care unit. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 1999, vol. 159, no 4, p. 1155-1162.

³⁶ NICOLÁS, Ana, et al. Perception of night-time sleep by surgical patients in an intensive care unit. *Nursing in critical care*, 2008, vol. 13, no 1, p. 25-33.

4.2.9 El ritmo vigilia-sueno: Debe ser respetado en la medida de lo posible, tratando de tener durante la noche la menor cantidad de alteraciones del sueño por procedimientos, así como brindar un ambiente con la menor cantidad de luz posible, acciones que promuevan el control del ruido y de la luz nocturna en la UCI debería ser implementados. ³⁷

4.2.10 La musicoterapia: Puede contribuir a la relajación y disminución del dolor de los pacientes en las unidades de cuidado intensivo. La música puede enmascarar el ruido, en el postoperatorio de cirugía cardíaca la audición de música durante el primer día se asoció a una disminución de la sensación de molestia por el ruido, de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial sistólica, un efecto similar se ha obtenido en pacientes oncológicos admitidos en la unidad de cuidado intensivo. ³⁸

La falta de información o el manejo inadecuado de la información que recibe el paciente favorecen el incremento de la ansiedad. ³⁹ Un mejor entendimiento de su enfermedad y de las intervenciones que se realizan puede mejorar su colaboración y disminuir la ansiedad.

4.2.11 Comunicación : Los pacientes que se encuentran en ventilación mecánica y no están sedados o están en sedación cooperativa, al tener una mejor comunicación tanto con el personal que le atiende como con los familiares, pueden juzgar mejor su condición y tienen una mayor autonomía y sensación de bienestar.

Algunos métodos recomendados pueden ser: gestos, movimientos de la cabeza, escritura, tarjetas de letras, palabras, frases o imágenes y hasta dispositivos electrónicos. En los pacientes con traqueotomía se debe valorar la posibilidad de desinflar el manguito para permitir el uso de la voz ⁴⁰

³⁷ WALDER, Bernhard, et al. Effects of guidelines implementation in a surgical intensive care unit to control nighttime light and noise levels. *Critical care medicine*, 2000, vol. 28, no 7, p. 2242-2247.

³⁸ BYERS, J. F.; SMYTH, K. A. Effect of a music intervention on noise annoyance, heart rate, and blood pressure in cardiac surgery patients. *American Journal of Critical Care*, 1997, vol. 6, no 3, p. 183-191.

³⁹ PARDO, C.; MUÑOZ, T.; CHAMORRO, C. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Medicina intensiva*, 2006, vol. 30, no 8, p. 379-385.

⁴⁰ KARLSSON, Veronica; FORSBERG, Anna; BERGBOM, Ingegerd. Relatives' experiences of visiting a conscious, mechanically ventilated patient—a hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2010, vol. 26, GONZÁLEZ RUBIO, Gloria, et al. La comunicación con el paciente sometido a ventilación mecánica. 2015. Tesis de Licenciatura. no 2, p. 91-100.

4.2.12 El uso de dispositivos que permitan la orientación: De los pacientes en los ambientes de cuidados intensivos como relojes de pared, calendarios, ventanas con luz natural, fotos de familiares en lugares visibles del ambiente de cuidados intensivos, así como objetos de uso diario por parte del paciente.

La presencia de un reloj, calendario, tableros y similares que permitan a pacientes y familiares personalizar la habitación, así como tarjetas de felicitación, fotos y otros efectos personales, crean un ambiente cómodo para la recuperación del paciente. Inclusive la habitación puede equiparse con un televisor y un sistema de educación y/o entretenimiento, que puede ser utilizado para apoyarlas metas de educación y para proporcionar entretenimiento.⁴¹

4.2.13 La intervención de enfermería es una sistemática vinculación de los esfuerzos de investigación relacionados con el cuidado y problemas clínicos definidos, pueden generar un conocimiento importante en el desarrollo de las intervenciones de enfermería para guiar la práctica.

La ciencia de las intervenciones de enfermería se ve comprometida por la complejidad de las respuestas humanas a los elementos relacionales en muchas en los procesos de salud y de enfermedad, por lo tanto, una cuidadosa atención a la articulación de los contenidos, la fuerza y momento de las intervenciones mediante el uso de todos los enfoques metodológicos disponibles es imprescindibles.

“Las Intervenciones de enfermería fuertes, conceptualmente pertinentes, y bien definidas, entregadas en tiempos óptimos, tiene el potencial de mejorar los resultados de salud”.⁴²

4.2.14 CAM-ICU, (ANEXO 2) (Te confusión assessment method for the intensive care unit) escala aprobada y validada por la OMS que permite valorar el estado de agitación de un paciente que actualmente padece de delirium o lo padecerá en su estancia hospitalaria, es aplicable incluso en los pacientes sometidos a ventilación mecánica, esta escala fue sometida a validación para su traducción correcta al español y su aplicabilidad en Colombia donde fue aprobada por la sociedad nacional de anestesiología y medicina intensiva, con un favorable

⁴¹ SABATÉ, Antoni. Atención integral del paciente traumático. Marge Books, 2013.

⁴² WHITTEMORE, Robin; GREY, Margaret. The systematic development of nursing interventions. Journal of Nursing Scholarship, 2002, vol. 34, no 2, p. 115-120.

resultado y recomendación para su uso en el caso específico del paciente con delirium⁴³.

4. 3 MARCO ÉTICO LEGAL

Es de gran importancia que en el campo de la salud el profesional tenga claro los principios éticos legales de los que dispone y en los que se favorece su labor, sus Intervenciones y acciones para que pueda actuar con oportunidad y firmeza ante los eventos y desafíos propuestos por el ejercicio profesional, nuestro marco ético legal para el desarrollo de este trabajo investigativo se fundamenta en:

4.3.1 La ley 911 del 2004 en su artículo 3° define que el acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas.

Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, situación de salud y del entorno.

La implementación y desarrollo de la intervención de enfermería didáctica para el manejo y prevención del Delirium Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y definir un plan de cuidado, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.

4.3.2 Ley 266 de 1996. DEFINICIÓN Y PROPÓSITO. El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona. Fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías.

⁴³ TORO, A. C., et al. Versión en español del método para la evaluación de la confusión en cuidados intensivos, estudio piloto de validación. Medicina intensiva, 2010, vol. 34, no 1, p. 14-21.

Tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud, en el caso específico del paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo labor totalmente dependiente del profesional en enfermería.

4.3.3 Ley 911 del 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia, dando referencia a los artículos 1 y 2 destacando los principios valores éticos que brinda prioridad en el acto de cuidado de la persona.

Beneficencia: Benevolencia o no - maleficencia, principio ético de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad. Actuar con benevolencia significa ayudar a los otros a obtener lo que es benéfico para ellos o que promueva su bienestar, reduciendo los factores precipitantes, que les puedan causar daños físicos o psicológico.

Justicia: Es el principio de ser equitativo o justo, o sea, igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, de acuerdo con la necesidad individual.

Esto significa que las personas que tienen necesidades de salud iguales deben recibir igual cantidad y calidad de servicios y recursos y las personas, con necesidades mayores que otras, deben recibir más servicios de acuerdo con la correspondiente necesidad, como en el caso de los pacientes en las unidades de cuidado intensivo.

Autonomía: Principio ético que propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección. Respetar a las personas como individuos autónomos significa reconocer sus decisiones, tomadas de acuerdo con sus valores y convicciones personales.

Uno de los problemas en la aplicación del principio de autonomía en las intervenciones de enfermería específicas para el paciente de unidad de cuidado intensivo es que el paciente puede presentar diferentes niveles de capacidad para tomar una decisión autónoma, dependiendo de sus limitaciones internas (aptitud mental, nivel de conciencia, edad o condición de salud o externas (ambiente

hospitalario, disponibilidad de recursos existentes, cantidad de información prestada para la toma de una decisión fundamentada) entre otras⁴⁴.

4.3.4 RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Dictamina y orienta sobre la investigación en Colombia sobre Las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud,

Se refiere el artículo anterior, en razón a los reglamentos y políticas internas, aplicadas como en este caso para la elaboración de una intervención de enfermería, procedimientos que se realiza con el objeto de apoyar la aplicación de La investigación para la salud y comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al desarrollo humano⁴⁵.

4.3.5 Ley 3, 2001, de 28 de mayo 2010, Reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.

Se entiende por consentimiento informado la conformidad expresa del paciente, manifestada por escrito, previa obtención de la información adecuada, para la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico que afecte a su persona y que comporte riesgos importantes, notorios o considerables.

La prestación del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del médico, sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado anterior, todo paciente tiene derecho a la información general que se contempla en el artículo 10.5 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad⁴⁶.

En el caso específico de la investigación en enfermería sobre el Delirium nos acogemos a una autorización escrita y firmada por el medico intensivista de la unidad de cuidado, quien autoriza el ingreso y la aplicación de la lista de chequeo sobre los pacientes hospitalizados, debido a que la naturaleza de la investigación

⁴⁴ ECHEVERRIA DE PIMIENTO, Sonia. La Humanización del Cuidado a la Luz de la Ley 911. *Revista de Enfermería. Asociación Colombiana de Facultad de Enfermería. Bogotá Colombia, 2004.*

⁴⁵ NÚMERO, Resolución. 8430 de 1993. *Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud. República de Colombia, 1993.*

⁴⁶ DE GALICIA, Boletín Oficial do Parlamento; DE GALICIA, Diario Oficial; DEL ESTADO, Boletín Oficial. Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimiento informado e da historia clínica dos pacientes. *Boletín Oficial del Estado BOE, 2001, p. 23537-41.*

y su método científico solamente requiere de la observación del paciente y el diagnóstico expresado verbalmente por el mismo profesional.

4.3.6 LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Bogotá, 11 de junio de 2008 Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente⁴⁷.

En concordancia con la política sugerimos que la aplicación de la intervención de enfermería bajo el sustento científico presentado, no solo funcionara como acción de mejora frente a los eventos adversos provocados por la aparición del delirium en el paciente crítico, sino que también como acción preventiva ante futuros eventos favoreciendo la seguridad del paciente.

⁴⁷ RODRÍGUEZ ESPINEL, Jacqueline, et al. *Análisis de la política pública Colombiana de seguridad del paciente y sus implicaciones para enfermería*. 2011. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Colombia.

5 CUADRO DE VARIABLES

5.1 figura 1

Variable	Dimensión	Indicadores	Tipo de variable	Escala	Valor final
<p>FACTORES ESTRESORES</p> <p>Son las situaciones desencadenantes del estrés y pueden ser cualquier estímulo, externo o interno (tanto físico, químico, acústico o somático como sociocultural) que, de manera directa o indirecta, propicie la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo en el paciente de unidad de cuidado intensivo.</p> <p>Es la alteración sensorial, identificando algunos tipos de alteraciones ambientales que pueden conducir a un comportamiento anormal, que en los pacientes produce miedo y ansiedad y más aún, pueden alterar la cantidad y calidad de sueño⁴⁸</p>	Condiciones externas precipitantes de Delirium	Paciente recibe luz solar durante el día. La luz dentro del cubículo solo se enciende cuando es necesario.	Cuantitativo	Nominal	Si o No
		Control de ruido en alarmas de monitores, ventiladores etc.	Cuantitativo	Nominal	Nivel de alarma Bajo Medio Alto.
		Temperatura	Cuantitativo	Nominal	Control y monitoreo de temperatura.
		Calidad de sueño. Se lleva registro de las horas que duerme el paciente.	Cualitativo	Nominal	Si o No
		Elementos de ubicación temporo espacial.	Cualitativo	Nominal	Cuenta no cuenta
		La presencia de dolor en el paciente es considerada	Cualitativo	Nominal	Si o No

⁴⁸ Bernal Ruiz, Diana Carolina, González Consuegra, Renata Virginia, Rojas Ruiz, Ingrid Tatiana, Factores estresores en pacientes en unidades de cuidado intensivo adulto. Revista de Enfermagem Referência [en línea] 2018, IV (March-Sin mes) : [Fecha de consulta: 19 de febrero de 2019] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388256613007>> ISSN 0874-0283

6 DISEÑO METODOLOGICO

6.1 Enfoque de diseño

La metodología que se consideró en el estudio es cuantitativa de alcance descriptivo con un diseño no experimental de corte transversal, ya que se estudian como los factores externos, son modificables en el paciente hospitalizado en la unidad de cuidado crítico, siendo generadores y precipitantes del delirium.

Mediante la observación del delirium como fenómeno prevenible o tratable y sus características, su incidencia y la forma en la que es manejado actualmente por el personal de enfermería en las unidades de cuidado intensivo de la ciudad de Girardot.

Formulando el concepto de que con cuidados específicos propuestos y descritos en la intervención de enfermería elaborada, se modifiquen los factores ambientales y físicos, repercutiendo en la reducción de la aparición del Delirium y su mejor manejo.

6.2 Universo Y Muestra

6.2.1 Universo

Pacientes de las unidades de cuidado critico adultos de las clínicas Dumian y san Sebastián instituciones de III nivel en la ciudad de Girardot hospitalizados en el mes de noviembre 2018.

6.2.2 Población de estudio

75 Pacientes adultos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivo adultos de las clínicas Dumian y san Sebastián instituciones de III nivel en la ciudad de Girardot en el mes de noviembre 2018.

6.2.3 **Muestra:** Se tomó como muestra el 40% del total de los pacientes hospitalizados en el mes de noviembre 2018.

6.2.4 **Muestreo:** No probalístico

6.2.5 Criterios de inclusión

Pacientes adultos, ambos géneros, que se encuentren hospitalizados en la unidad de cuidado crítico de las instituciones de III nivel de la ciudad de Girardot

6.2.6 Criterios de exclusión

Pacientes en coma barbitúrico, pacientes con muerte encefálica.

7. MÉTODO E INSTRUMENTO.

7.1 Listas de chequeo: (Ver anexo 1) La lista de chequeo que proponemos es tomada del artículo publicado por CLARA ISABEL RUIZ RUIZ en el repositorio de la universidad de la sabana año 2016⁴⁹

“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.”

Es una herramienta sistemática que tiene en cuenta todos los condicionantes propios del paciente que sufre o está en riesgo de padecer el delirium, es además un instrumento simplificado de fácil manejo e interpretaciones que favorece el ejercicio de conocer tanto al paciente su cuidado como su tratamiento diferencial.

El principal objetivo para el que se aplicó la lista de chequeo a los 30 pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado crítico en las instituciones Nueva Clínica San Sebastián y Clínica San Rafael Dumian en el mes de noviembre del 2018, es identificar los factores externos condicionales que favorecen la aparición del delirium en la unidad de cuidado crítico y poder concluir si es oportuna, pertinente y aplicable la implementación de la Intervención de enfermería diseñada por los investigadores.

7.2 Escala CAM: (Anexo 2) Se tuvo en cuenta como herramienta de selección de paciente con delirium, los factores de riesgo y los factores predisponentes.

⁴⁹ RUIZ RUIZ, Clara Isabel, et al. Prevenir el delirium, un asunto del cuidado. 2017. Tesis de Licenciatura. Universidad de La Sabana.

La traducción CAM para población de habla hispana se hizo en Colombia mediante el método de traducción y retro-traducción del instrumento original y se validó mediante comparación con los criterios del DSM-IV-TR aplicados por psiquiatras. La sensibilidad de la versión colombiana es del 79.4% (92.9% en pacientes intubados) y la especificidad de 97.9% (86.7% en pacientes intubados)⁵⁰

7.4 Escala de sedación y agitación de Richmond RASS (Anexo 5) Que evalúa la agitación y sedación de adultos ingresados a la unidad de cuidado intensivo.

La agitación se evalúa en un rango de +1 a +4, la sedación de -1 a -5, la normalidad es 0 (paciente alerta y tranquilo). Los pacientes con puntuaciones entre +4 y -3 son susceptibles de ser evaluados para delirium, puntuaciones menores (-4 o -5) implican sedación profunda en la que no hay actividad mental y, por tanto, no puede haber Delirium.⁵¹

7.5 Consentimiento informado (ANEXO 4) Diseñado con el único fin de autorizar la recolección de la muestra por parte del médico intensivista coordinador de la unidad de cuidado crítico, con el principal objetivo de elaborar e implementar una intervención de enfermería, que sugiere medidas no farmacológicas para prevenir el Delirium (síndrome confusional agudo) de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo de las instituciones Nueva Clínica San Sebastián y Clínica San Rafael Dumian de la ciudad de Girardot, investigación que se realizara por estudiantes de la universidad de Cundinamarca de la facultad de enfermería y con el acompañamiento del docente encargado del proyecto Francisco Laguna , la aplicación de este un proyecto de busca prevenir el Delirium desarrollando estrategias y herramientas educativas y de seguimiento que permitan la implementación de la intervención de enfermería.

⁵⁰ GAVIRIA, Laura Marcela Velásquez. Instrumentos para el diagnóstico de delirium en hispanohablantes: artículo de revisión. Medicina UPB, 2017, vol. 35, no 2, p. 100-110.

⁵¹ SESSLER, Curtis N., et al. The Richmond Agitation–Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. American journal of respiratory and critical care medicine, 2002, vol. 166, no 10, p. 1338-1344.

8 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La información se recolecto mediante la aplicación de una lista de chequeo, con el instrumento “Lista de chequeo” avalado por la universidad de la sabana en el año 2016 citado por CLARA ISABEL RUIZ RUIZ, adjunto en el repositorio de la misma entidad universitaria, este documento solo es utilizado para uso netamente académico de acuerdo a los requerimientos de la autora.

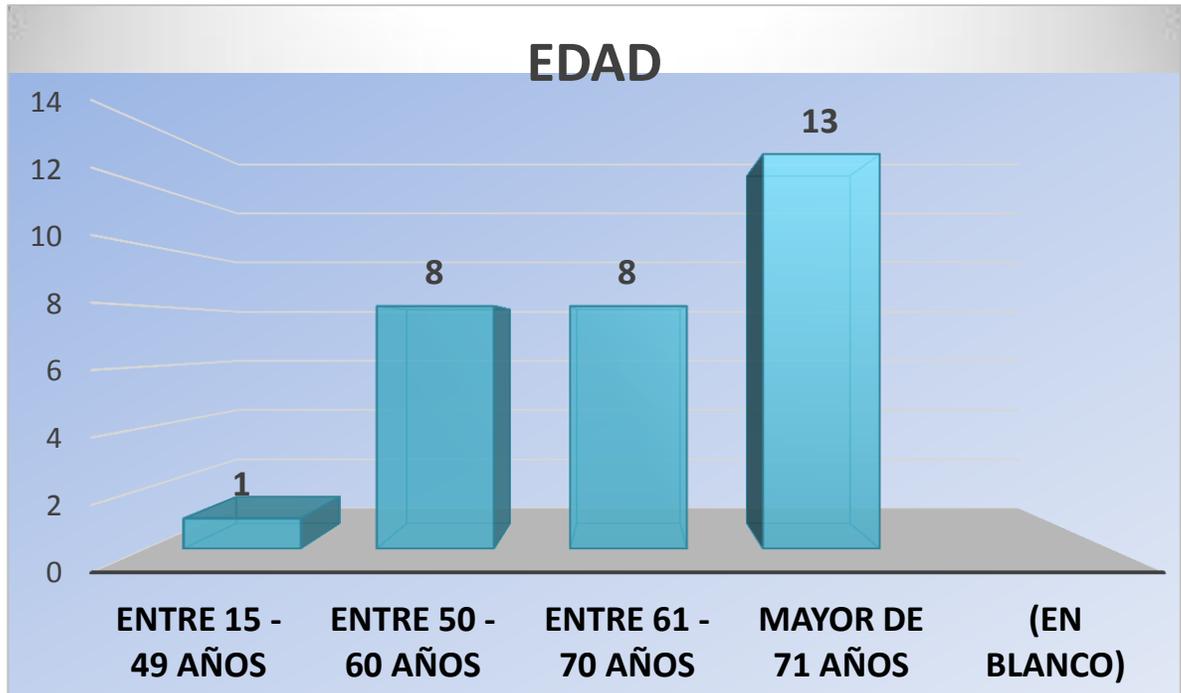
Se aplicó en 30 pacientes en las unidades de cuidado intensivo de Nueva Clínica San Sebastián y Clínica San Rafael de Dumian en el mes de noviembre, por los dos estudiantes investigadores en compañía de la enfermera profesional encargada del servicio y el medico intensivista quienes fueron los encargados de suministrar la información sobre los datos clínicos del paciente.

Con el fin de identificar a que factores externos catalogados como agentes estresores, precipitantes de Delirium se encontraban expuestos los pacientes y cuáles de ellos además son modificables por parte del profesional de enfermería, además se indago sobre registros de enfermería que documentaran las horas en que el paciente duerme o si se valora y registra la presencia de dolor, con el principal propósito de establecer que paciente es susceptible a la aplicación de la intervención de enfermería propuesta.

30 listas de cuequeo de las cuales se desarrolla una base de datos en Excel para su tabulación y análisis de donde por medio de cruce de variables se obtienen 5 gráficas para entablar las conclusiones.

9 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Grafica 1 (Edad)

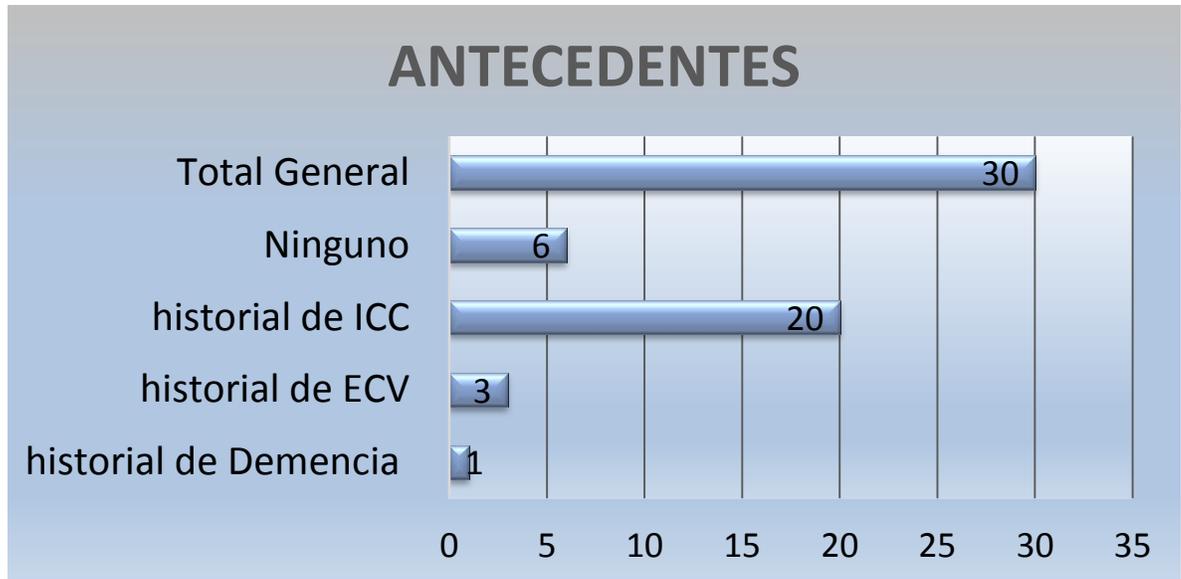


En la primera grafica estudiada se relacionó la edad promedio de los pacientes en estudio, lo cual de acuerdo a la información suministrada por el medico intensivista y el personal profesional que labora en la unidad se concluye:

- En los rangos de edad de pacientes mayores de 71 años encontramos 13 pacientes, se logra evidenciar además que 8 pacientes se encuentran entre 61 y 70 años, 8 entre 50 y 60 años y 1 paciente entre 15 y 49 años.

Con lo anterior se logra identificar que en los sujetos de estudio existe una mayor prevalencia de pacientes mayores de 71 lo que nos permite deducir que la edad no es necesariamente un desencadenante del Delirium aunque si es un factor de riesgo, por la mayor carga de patologías en las edades extremas.

Grafica 2 (Antecedentes)

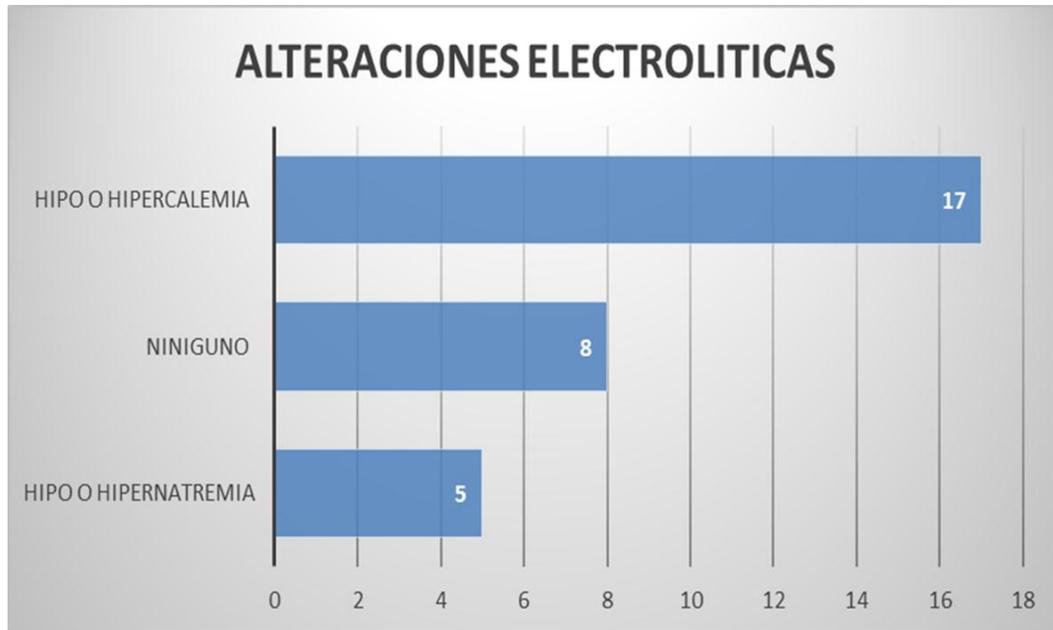


En la segunda grafica estudiada se relacionó los antecedentes patológicos con mayor prevalencia en los pacientes en estudio, lo cual de acuerdo a la información suministrada por el medico intensivista y el personal profesional que labora en la unidad se concluye:

- El antecedente de mayor prevalencia en los 30 sujetos en estudio es el historial de ICC con 20 pacientes, seguido por los pacientes con antecedentes de ECV con 3 sujetos y sin ninguno de los antecedentes indagados 6 pacientes, 1 paciente con historial de Demencia.

Con lo anterior se logra identificar que en los sujetos de estudio existe una mayor prevalencia de pacientes con antecedentes de ICC lo que nos permite deducir que siendo un factor de riesgo para desarrollar Delirium se debe identificar en estos el riesgo.

Grafica 3 (Alteraciones electrolíticas)

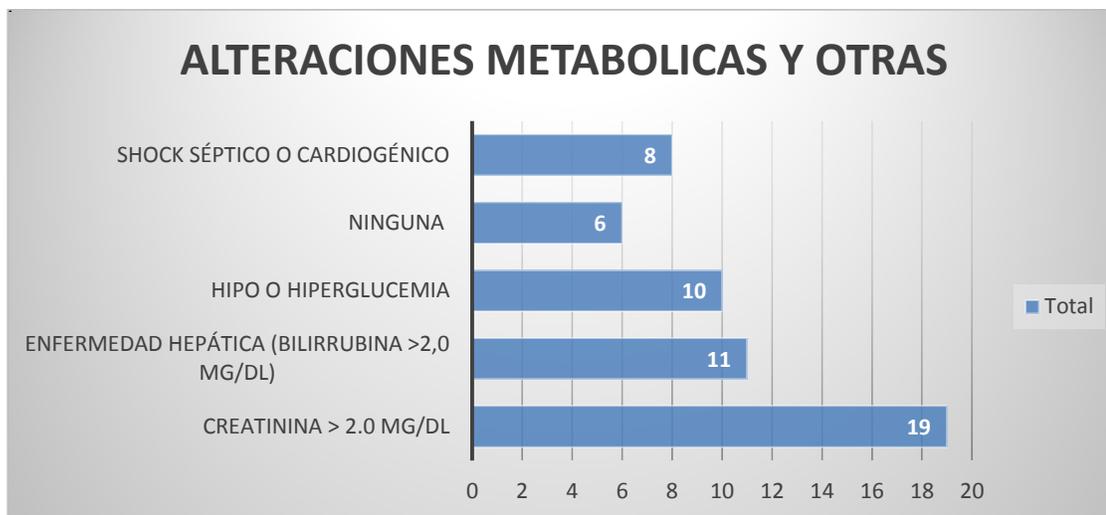


En la tercera grafica estudiada se relacionó las alteraciones electrolíticas con mayor prevalencia en los pacientes en estudio, lo cual de acuerdo a la información suministrada por el medico intensivista y el personal profesional que labora en la unidad se concluye:

- La alteración electrolítica más común en los 30 pacientes en estudio es la hipo e hipercalemia con un total de 17 sujetos, seguido por los pacientes sin ninguna alteración con 8 en total y con hipo e hipernatremia 5 pacientes de los 30 estudiados.

Con lo anterior se logra identificar que en los sujetos de estudio existe una mayor prevalencia de pacientes con alteraciones electrolíticas de hipo e hipercalemia.

Grafica 4 (Alteraciones metabólicas)



Esta grafica fue distribuida por alteraciones electrolíticas (hipo hipercalcemia) con alteraciones metabólicas y otras (shock séptico, hipo hiperglucemia, enfermedad hepática y creatininas mayores a 2.0 mg/dl, lo cual de acuerdo a la información suministrada por el medico intensivista y el personal profesional que labora en la unidad:

- Identificamos dentro de los sujetos en estudio a 17 pacientes con hipo hipercalcemia, 5 pacientes con alteraciones de hiponatremia y 8 paciente sin ninguna alteración electrolítica.
- Con respecto a las alteraciones metabólicas presentes en los sujetos en estudio, tenemos que 8 pacientes se encontraban con shock séptico, 10 pacientes con hipo hiperglucemia y 6 sin ninguna alteración.
- Y con otras alteraciones además de metabólicas se tienen 11 pacientes con enfermedad hepática, 19 pacientes con creatininas mayores a 2.0 Mg/dl y 1 pacientes sin ninguna alteración.

En el análisis se logra identificar que en los sujetos de estudio existe una mayor prevalencia de alteraciones electrolíticas concomitantes con otras alteraciones como la enfermedad hepática y la insuficiencia renal, lo que nos permite deducir

que estas alteraciones se encuentran presentes en la población de estudio y hacen parte de los factores de riesgo asociados a la exacerbación o aparición del Delirium.

Grafica 5 (Dispositivos invasivos)



En la quinta grafica estudiada se relacionó los dispositivos invasivos de mayor presencia en los 30 pacientes en estudio, lo cual de acuerdo a la información recolectada por medio de la observación se concluye:

- Dentro de los dispositivos invasivos de mayor presencia en los pacientes de la unidad de cuidado intensivo en estudio, se encuentra la sonda vesical con 22 pacientes en total, 16 pacientes presentan línea venosa periférica, 14 catéter central, 13 intubación oro traqueal y 12 sonda oro gástrica o nasogástrica.

Con lo anterior se logra concluir que en los sujetos de estudio existe una mayor prevalencia de pacientes con sondas vesicales como dispositivo invasivo que en el caso de la investigación actúa como generador propiciante de Delirium.

Grafica 6 (Días de hospitalización en UCI)

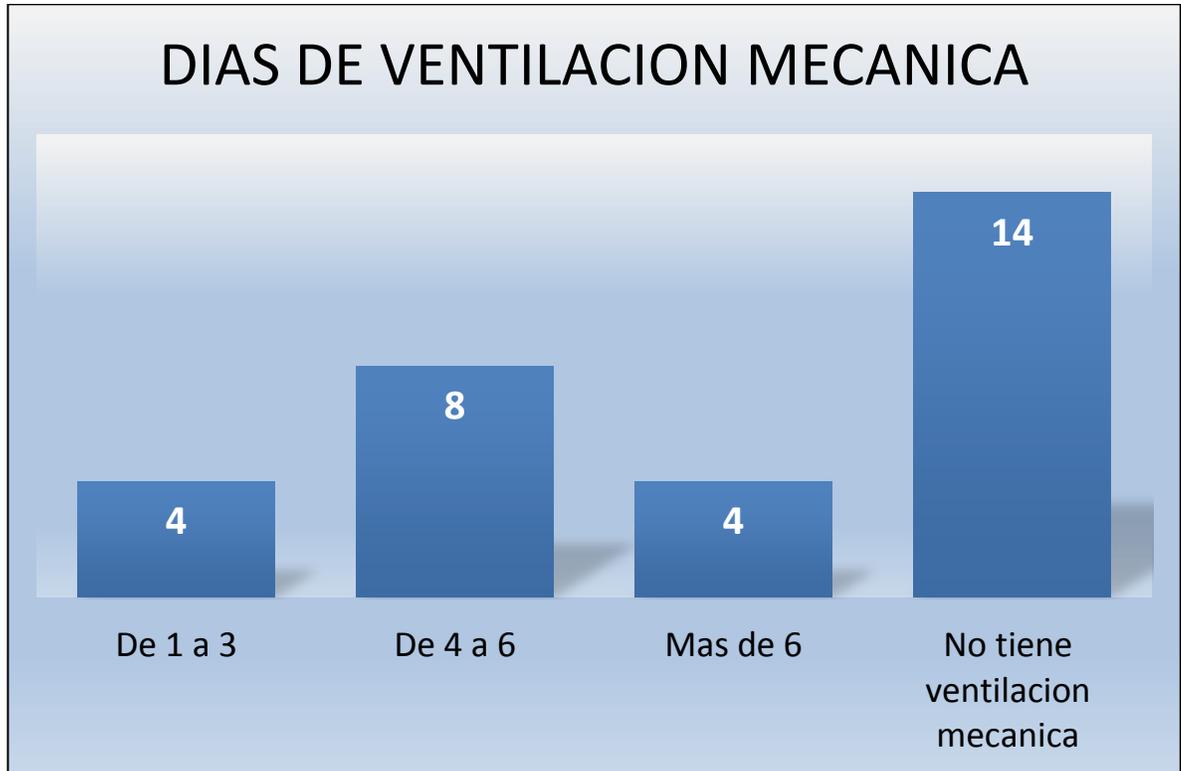


La sexta grafica estudiada se relacionó con los días de hospitalización de los 30 pacientes de la unidad de cuidado intensivo, lo cual de acuerdo a la información brindada por la profesional en enfermería se concluye:

- En el rango de uno a tres días de hospitalización se encuentran 16 pacientes, entre cuatro a seis días 8 pacientes y con más de 6 días de hospitalización se encontraron en el momento de la recolección de la muestra a 6 pacientes.

Por lo anterior se puede concluir que en los sujetos de estudio existe una mayor prevalencia de pacientes con hospitalizaciones entre uno y tres días siendo pertinente como factor de riesgo en la aparición del Delirium, partiendo del concepto de que independientemente del tiempo de hospitalización cualquier paciente puede padecer el síndrome.

Grafica 7 (días de ventilación mecánica)

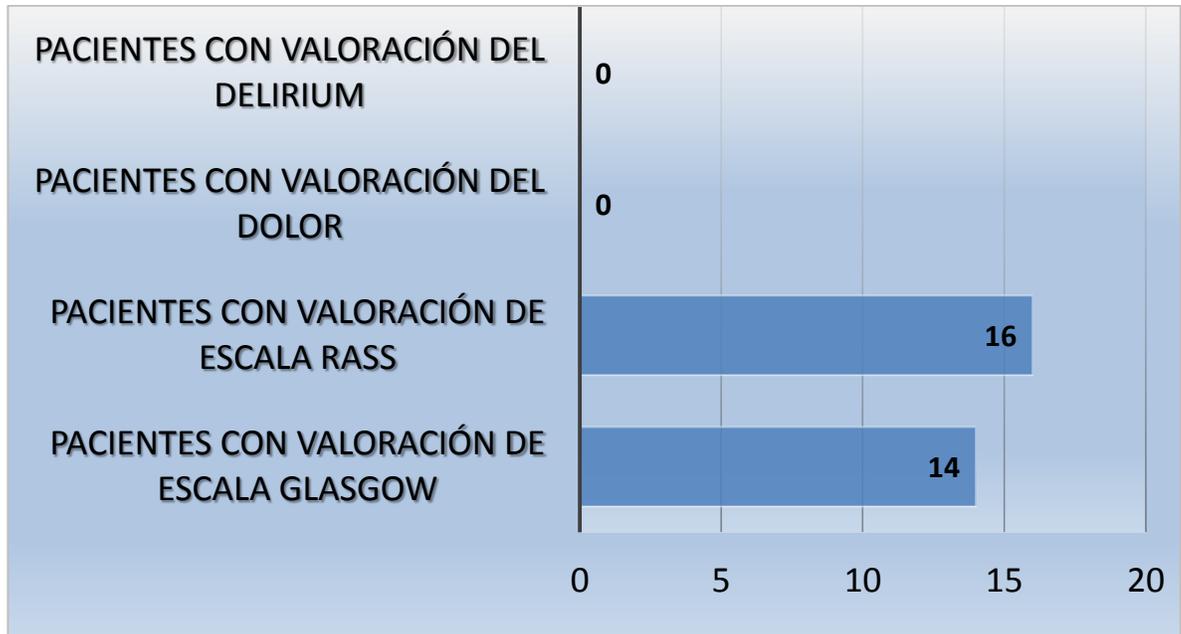


La séptima grafica estudiada se relacionó con los días de ventilación mecánica entre los pacientes en estudio, lo cual de acuerdo a la información recolectada por observación durante la aplicación de la lista de chequeo e información brindada por la profesional en enfermería encargada por lo que se concluye:

- Catorce pacientes de los treinta en estudio no tienen ventilación mecánica, los dieciséis restante se dividen así: En el rango de uno a tres días de ventilación mecánica cuatro pacientes, entre cuatro a seis días ocho pacientes y con más de 6 días de ventilación mecánica se encontraron en el momento de la recolección de la muestra a cuatro pacientes.

Por lo anterior se puede concluir que en los sujetos de estudio existen catorce pacientes sin ventilación mecánica y una mayor prevalencia de pacientes que tienen ventilación mecánica entre cuatro y seis días siendo pertinente como factor de riesgo en la aparición del Delirium.

Grafica 8 (Escala de valoración)

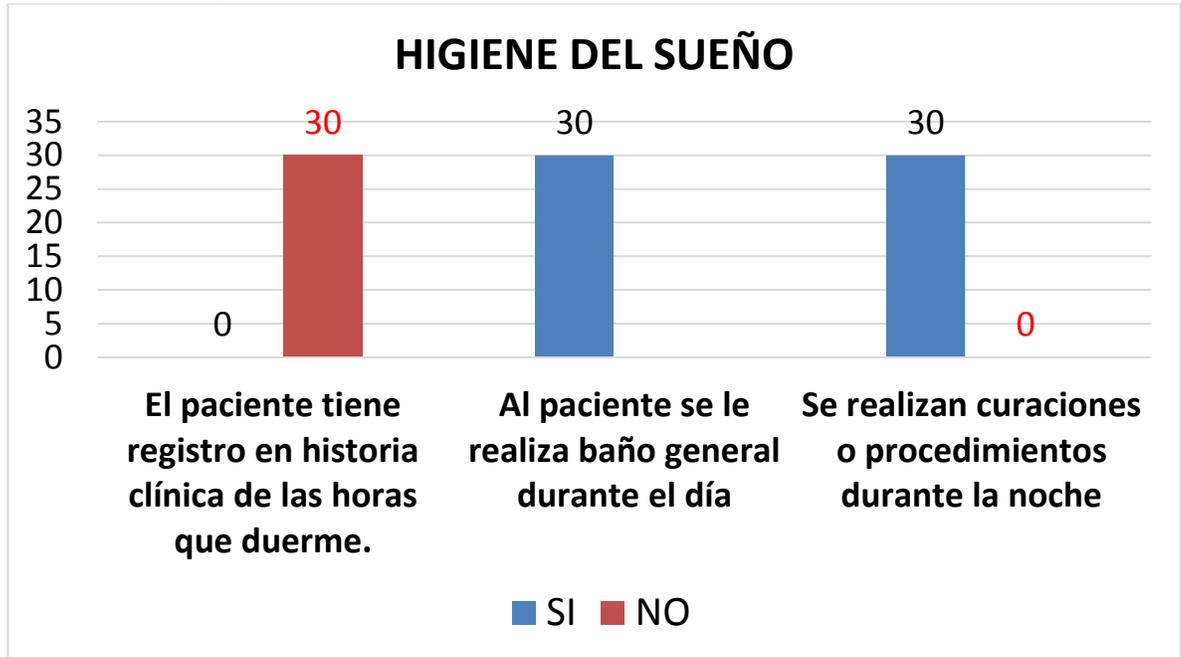


La octava grafica estudiada se relacionó con las escalas de valoración que se utilizan para evaluar a los treinta pacientes en estudio lo cual de acuerdo a la información brindada por la profesional en enfermería encargada de la unidad de cuidado critico se concluye:

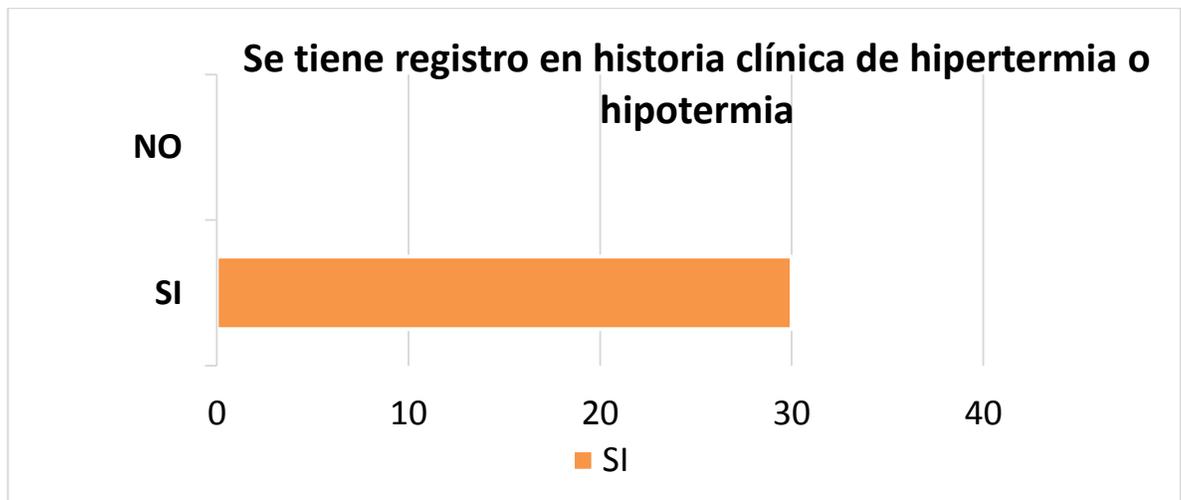
- Para el análisis de las escalas de valoración se encuentran que al igual que el delirium no se valora el dolor en los pacientes de la unidad de cuidado intensivo a diferencia de las escalas RASS con la que son valorados dieciséis pacientes y con la escala Glasgow con la que se valora los restantes catorce pacientes.

Por lo anterior se puede concluir con respecto a la investigación desarrollada que en los treinta sujetos de investigación no se valora el delirium lo que indica que se sub diagnostica y se valora en los treinta la escala RASS y la escala Glasgow elementos necesarios para implementar la intervención de enfermería.

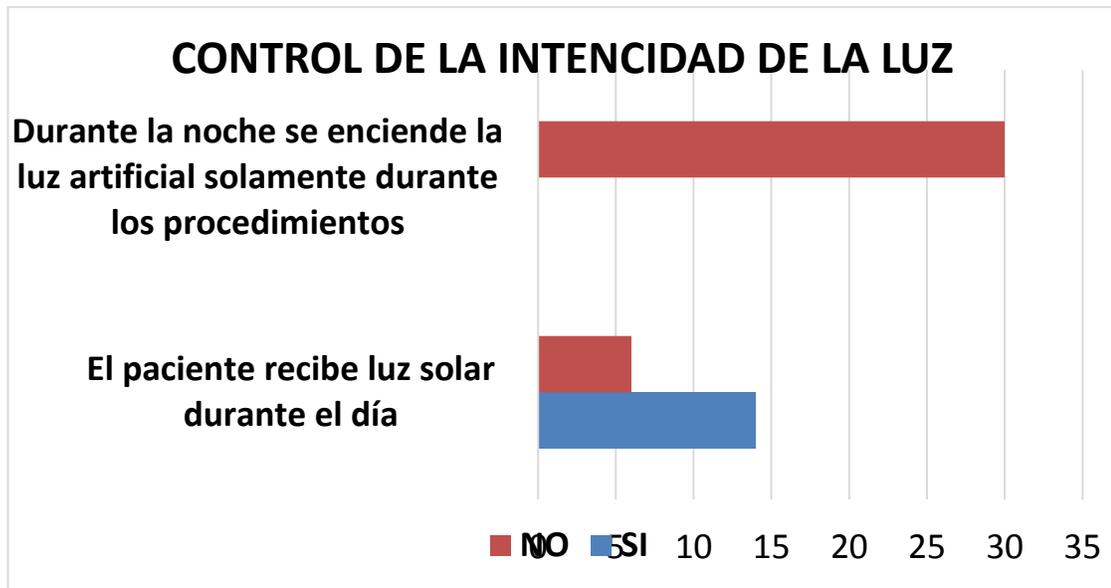
Grafica 10 (Higiene del sueño)



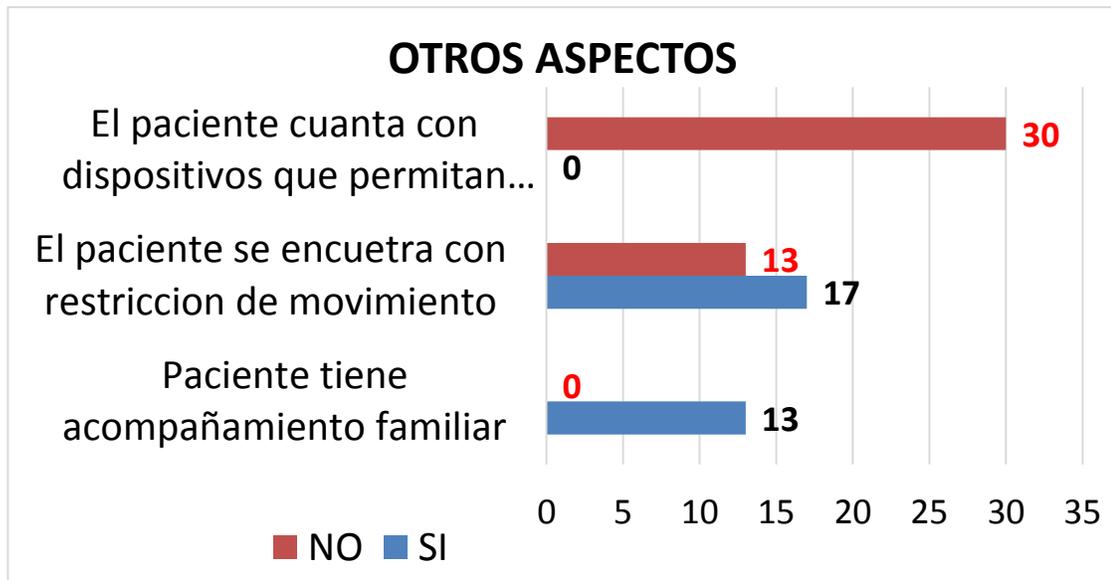
Grafica 11 (Registro de control de temperatura)



Grafica 12 (control de intensidad de la luz)



Grafica 13 (Otros aspectos)



Para el análisis del ambiente físico del paciente en la unidad de cuidado intensivo se consideran las gráficas desde la número nueve a la número trece donde se identifican los factores externos que son modificables en el paciente que padece o están en riesgo de padecer delirium y los que favorecen a su reorientación, como mecanismos tanto de prevención y de rehabilitación.

- Con respecto a control de ruido en 30 pacientes no se tienen controladas las alarmas del monitoreo, ventiladores y dispositivos médicos en los rangos.
- En cuanto a higiene del sueño se evidencio que a 30 paciente se les realiza baño general en el día, a 26 pacientes se les realizan curaciones o procedimientos durante la noche, 21 pacientes requieren de medicamentos para dormir, adicionalmente se evidencia que en 30 de los casos no se tiene registro en la historia clínica de las horas que duerme el paciente.
- Otro aspecto valorado de las condiciones del medio externo es el control de la temperatura corporal donde se evidencio que los treinta pacientes tienen registro de hipertermia o hipotermia durante la noche, en el registro de enfermería de constantes vitales.
- En el control de intensidad de la luz dentro del cubículo del paciente encontramos que 14 pacientes reciben luz solar durante el día, 30 pacientes están expuestos a la luz artificial durante toda la noche.
- Referente a otras condiciones medibles del medio externo del paciente tenemos que 30 de ellos no cuentan con acompañamiento de familiar, 17 pacientes se encuentra con restricción de movimiento, 30 pacientes no cuenta con dispositivos que permitan la orientación dentro del cubículo.

En el análisis se logra identificar que en los sujetos de estudio existe una exposición a los las condiciones del medio externo que son modificables en el paciente que padece y que hacen parte de las medidas no farmacológicas propuestas en la intervención de enfermería.

Se analizan los resultados de 30 listas de chequeo recolectadas en dos fechas distintas en el mes de septiembre, octubre del 2018, en las unidades de cuidado crítico adultos de la clínica Dumian y la clínica San Sebastián en la ciudad de Girardot.

Gráfica 14 INTERVENCION DE ENFERMERIA

Prevención y Tratamiento no farmacológico del delirium en el paciente de Unidad de Cuidado Crítico

Autores: José Ricardo Hernández Ángel - María Alejandra Rodríguez Cuenca
Docente: Francisco Javier Laguna
Universidad de Cundinamarca Seccional Girardot
Programa de Enfermería - Grupo Prevención del Delirium: Unidad de Cuidado Crítico



¿QUÉ ES EL DELIRIUM?

El delirio o síndrome confusional agudo es el trastorno mental orgánico más frecuente en pacientes críticos hospitalizados, siendo las alteraciones cognitivas previas, determinadas comorbilidades, distintos factores ambientales y las alteraciones orgánicas agudas propias del enfermo quienes precipitan la aparición de este.

El delirio se asocia a un aumento de la mortalidad a corto y largo plazo, a la prolongación de la ventilación mecánica, a estancias prolongadas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a la aparición de eventos adversos, al riesgo de autolesión por retiro de dispositivos médicos y a un deterioro cognitivo progresivo tras la alta hospitalaria.

FACTORES PRECIPITANTES

Hospitalización prolongada, edad avanzada, alteraciones del sueño - vigilia, dolor, deshidratación, fiebre, hipo-hiperglicemia, anemia, hipoxia, restricción de movimiento, dispositivos médicos invasivos (sonda vesical, catéteres, sondas oro-nasogástricas, intubación oro-traqueal) administración de medicamentos (Benzodiacepinas).

¿QUÉ HACER?

Luz tenue en el cubículo durante la noche e intentar encenderla lo menos posible.



Promover persianas y ventanas abiertas durante el día, para que el paciente reciba luz solar.

Brindar información sobre el día y la hora al paciente.



Promover el ciclo sueño - vigilia y favorecer el sueño en el paciente durante la noche.

Evitar la sujeción o inmovilización del paciente.



Termo regulación: evitar hipotermia e hipotermia.

Promover la visita de familiares y el alojamiento continuo.

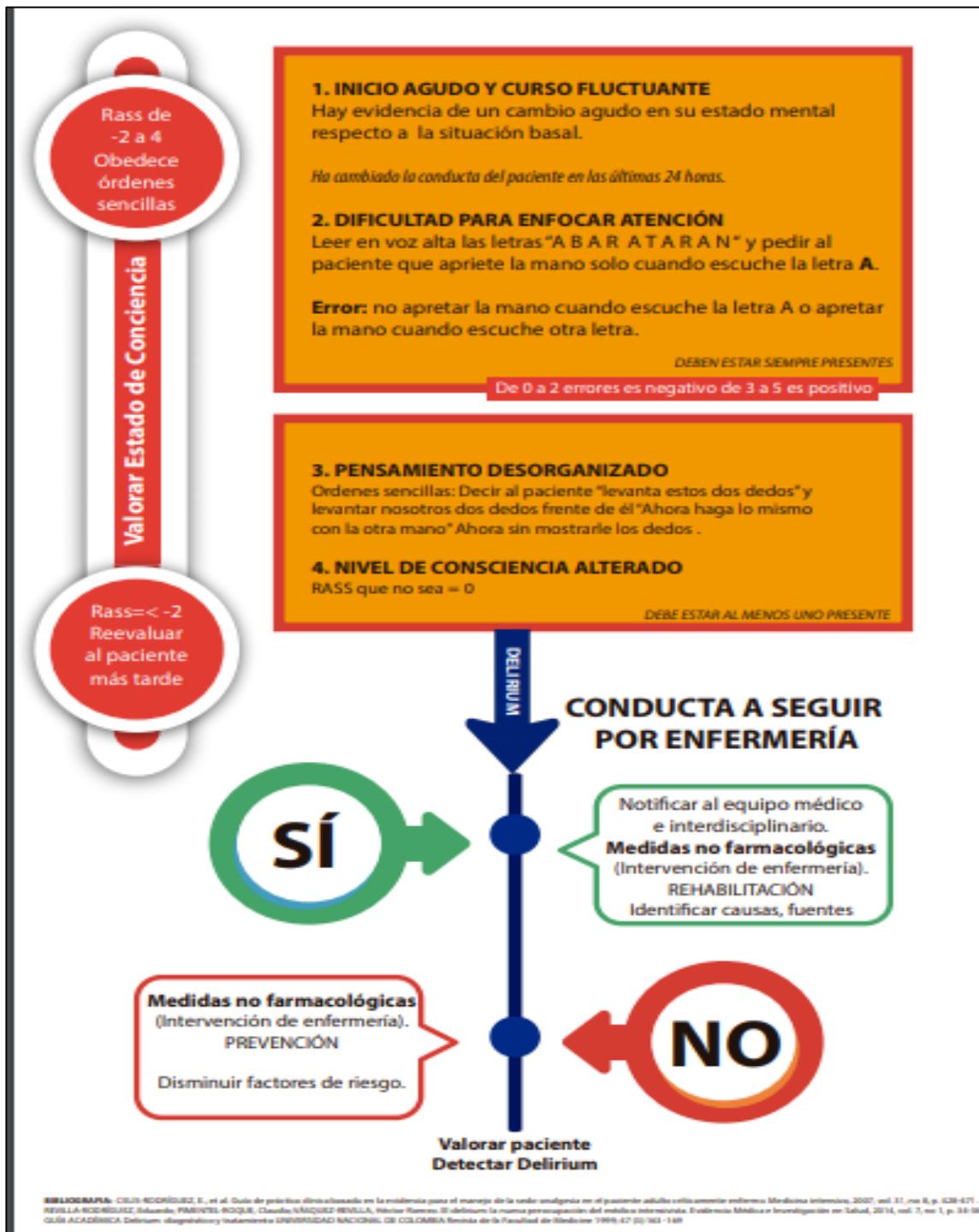


Detectar y tratar el dolor.

Proporcionar gafas y/o audífonos para favorecer la comunicación del paciente.



Disminuir los niveles de ruido y estímulos auditivos fuertes como: alarmas, monitores, bombas de infusión y favorecer el uso de música relajante.



(CONTINUACIÓN).

10 CONCLUSIONES

- El estudio nos permitió la caracterización de las condiciones clínicas de los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo de las instituciones clínicas san Sebastián y clínica San Rafael Dumian de la Ciudad de Girardot, reconociendo los factores condicionantes del medio externo en el paciente que está en riesgo de padecer Delirium.
- Se logró Identificar las condiciones del medio externo susceptibles de ser modificables en el paciente de la unidad de cuidado crítico, que padece Delirium y que favorecen a su reorientación y confort, como mecanismos de prevención y de rehabilitación.
- El diseño de una estrategia didáctica como herramienta de apoyo le permitirá a los profesionales de enfermería identificar, detectar e intervenir las condiciones externas a las que está expuesta el paciente de manera eficaz frente al riesgo de padecer Delirium.
- El profesional de la salud debe conocer las medidas NO farmacológicas que también le generen al paciente una medida terapéutica de recuperación. Es por esto que el ejercicio de investigación se convierte en una herramienta fundamental para el que hacer del profesional de enfermería.

11 RECOMENDACIONES

- Fortalecer y actualizar en temas conceptuales a los profesionales de enfermería acerca del manejo del delirium como una medida terapéutica No farmacológica, con el ánimo de mejorar las condiciones de atención de salud con eficiencia y eficacia.
- Implementar el diseño de la intervención de enfermería en las unidades de cuidado intensivo del municipio de Girardot, esto permitirá mitigar las condiciones internas y externas del servicio en lo relacionado a estancias prolongadas.
- Es de vital importancia que el profesional de enfermería reconozca e identifique antes de cualquier procedimiento la validez que tiene la terapia No farmacológica y que a su vez también la implemente en su trabajo diario como una medida preventiva ante el Delirium.
- Se recomienda que este tipo de propuestas queden instauradas en proceso de inducción y de re inducción del todo profesional de enfermería que ingresa al servicio de cuidado intensivo para que asuman su rol de trabajador de cuidado crítico y aborden desde el que hacer de enfermería, esta herramienta para que hagan parte del proceso terapéutico del paciente.
- Es importante que esta investigación tenga una continuidad en términos de medición de adherencia en una segunda fase que permita evaluar la pertinencia de la herramienta didáctica y la eficacia del misma; en las unidades de cuidado intensivos donde sea implementada.

BIBLIOGRAFÍA

WSCHEBOR, Margarita, et al. Delirium: una comorbilidad oculta asociada a mayor mortalidad. Revista Médica del Uruguay, 2017, vol. 33, no 1, p. 16-45.

GUTIÉRREZ-VALENCIA, Marta; MARTÍNEZ-VELILLA, Nicolás. Prevención farmacológica del delirium: un largo camino por recorrer. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 2018, vol. 53, no 4, p. 185-187.

GAVIRIA, Laura Marcela Velásquez. Instrumentos para el diagnóstico de delirium en hispanohablantes: artículo de revisión. Medicina UPB, 2017, vol. 35, no 2, p. 100-110.

SALLUH, Jorge I., et al. Delirium epidemiology in critical care (DECCA): an international study. Critical Care, 2010, vol. 14, no 6, p. R210.

Delirium, trastorno que afecta a pacientes en las UCI
<http://agenciadenoticias.u.nal.edu.co/detalle/article/delirium-trastorno-que-afecta-a-pacientes-en-las-uci.html>.

GÓMEZ TOVAR, Luz Omaira; DÍAZ SUAREZ, Leticia; CORTÉS MUÑOZ, Fabián. 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. Enfermería global, 2016, vol. 15, no 41, p. 49-63.

MARTÍNEZ GIMENO, Laura; MORET RUIZ, Enrique; OLLER SALES, Benjamín. Incidencia de delirium en una unidad de cuidados críticos postquirúrgicos. 2011.
HERREJÓN, Eduardo Palencia. Delirio en el enfermo crítico: nuevas herramientas, nuevas oportunidades.

REVILLA, Héctor Vásquez; RODRÍGUEZ, Eduardo Revilla; LUNA, Víctor Manuel Terrazas. Tercer lugar Premio «Dr. Mario Shapiro» Incidencia de delirium en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. Medicina Crítica, 2013, vol. 27, no 4, p. 231-236.

ABELHA, Fernando, et al. Delirium assessment in postoperative patients: validation of the Portuguese version of the Nursing Delirium Screening Scale in critical care. Revista Brasileira de Anestesiologia, 2013, vol. 63, no 6, p. 450-455.

GONZÁLEZ H, Jorge y BARROS B, Jorge. Delirium en pacientes de una Unidad de cuidados intermedios: estudio prospectivo. En: revista médica de Chile. vol. 128, no. 1, p. 75-79.

RAMOS, JI, et al. Incidencia de delirium en las unidades de Cuidados Intensivos y Cuidados Coronarios del Hospital Central Militar. KARINA, Saibal y ALEJANDRO, Ramella. Diagnóstico y tratamiento del delirio enpacientes internados en unidades de cuidados críticos, p. 11

CÁRDENAS DÍAZ, Néider Orley; OYOLA LÓPEZ, Edinson. Incidencia de delirio en pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo, ingresados en la UCI de la clínica ZAYMA, montería. 2018. Tesis Doctoral.

CERASO, D. H., et al. Encuesta iberoamericana sobre delirium en pacientes críticos. Medicina intensiva, 2010, vol. 34, no 8, p. 495-505.

GAVIRIA, Laura Marcela Velásquez. Instrumentos para el diagnóstico de delirium en hispanohablantes: artículo de revisión. Medicina UPB, 2017, vol. 35, no 2, p. 100-110.

REVILLA-RODRÍGUEZ, Eduardo; PIMENTEL-ROQUE, Claudia; VÁSQUEZ-REVILLA, Héctor Romeo. El delirium: la nueva preocupación del médico intensivista. Evidencia Médica e Investigación en Salud, 2014, vol. 7, no 1, p. 34-36.

SALLUH, Jorge I., et al. Delirium epidemiology in critical care (DECCA): an international study. Critical Care, 2010, vol. 14, no 6, p. R210.

PALENCIA-HERREJÓN, E., et al. Delirio en el paciente crítico. Medicina Intensiva, 2008, vol. 32, no Supla. 1, p. 77-91

HERNÁNDEZ VIDAL, Claudia. Eficacia de medidas no farmacológicas en el delirio y repercusiones en la calidad de vida en unidades de cuidados intensivos de adultos del SERGAS. 2018.

PALENCIA-HERREJÓN, E., et al. Delirio en el paciente crítico. Medicina Intensiva, 2008, vol. 32, no Supla. 1, p. 77-91

HERNÁNDEZ VIDAL, Claudia. Eficacia de medidas no farmacológicas en el delirio y repercusiones en la calidad de vida en unidades de cuidados intensivos de adultos del SERGAS. 2018.

PRADO SOLAR, Liana Alicia, et al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 2014, vol. 36, no 6, p. 835-845.

Prado Solar, L. A., González Reguera, M., Paz Gómez, N., & Romero Borges, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845.

BELTRÁN-SALAZAR, Óscar Alberto. La práctica de enfermería en cuidado intensivo. Aquichan, 2008, vol. 8, no 1.

GARRIDO, N. Ayllón; GONZÁLEZ, M. Álvarez; GARCÍA, M. González. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería intensiva*, 2007, vol. 18, no 4, p. 159-167.

NAVARRO-GARCÍA, Miguel A., et al. Trastornos del ánimo preoperatorios en cirugía cardíaca: factores de riesgo y morbilidad postoperatoria en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Española de Cardiología*, 2011, vol. 64, no 11, p. 1005-1010.

HERNÁNDEZ VIDAL, Claudia. Eficacia de medidas no farmacológicas en el delirio y repercusiones en la calidad de vida en unidades de cuidados intensivos de adultos del SERGAS. 2018.

CACHÓN-PÉREZ, J. M.; ÁLVAREZ-LÓPEZ, C.; PALACIOS-CEÑA, D. Medidas no farmacológico para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*,

ALONSO-VEGA, G.; MARTÍ, L. Tratamiento del síndrome confusional agudo. *JANO*, 2002, vol. 62, p. 33-37.

PARTHASARATHY, Sairam; TOBIN, Martin J. Sleep in the intensive care unit. *Intensive care medicine*, 2004, vol. 30, no 2, p. 197-206.

FREEDMAN, Neil S.; KOTZER, Natalie; SCHWAB, Richard J. Patient perception of sleep quality and etiology of sleep disruption in the intensive care unit. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 1999, vol. 159, no 4, p. 1155-1162.

NICOLÁS, Ana, et al. Perception of night-time sleep by surgical patients in an intensive care unit. *Nursing in critical care*, 2008, vol. 13, no 1, p. 25-33.

WALDER, Bernhard, et al. Effects of guidelines implementation in a surgical intensive care unit to control nighttime light and noise levels. *Critical care medicine*, 2000, vol. 28, no 7, p. 2242-2247.

BYERS, J. F.; SMYTH, K. A. Effect of a music intervention on noise annoyance, heart rate, and blood pressure in cardiac surgery patients. *American Journal of Critical Care*, 1997, vol. 6, no 3, p. 183-191.

PARDO, C.; MUÑOZ, T.; CHAMORRO, C. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Medicina intensiva*, 2006, vol. 30, no 8, p. 379-385.

KARLSSON, Veronica; FORSBERG, Anna; BERGBOM, Ingegerd. Relatives' experiences of visiting a conscious, mechanically ventilated patient—a hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2010, vol. 26, GONZÁLEZ RUBIO, Gloria, et al. La comunicación con el paciente sometido a ventilación mecánica. 2015. Tesis de Licenciatura. no 2, p. 91-100.

SABATÉ, Antoni. Atención integral del paciente traumático. Marge Books, 2013.

WHITTEMORE, Robin; GREY, Margaret. The systematic development of nursing interventions. *Journal of Nursing Scholarship*, 2002, vol. 34, no 2, p. 115-120.

TORO, A. C., et al. Versión en español Del método para la evaluación de la confusión en cuidados intensivos, estudio piloto de validación. *Medicina intensiva*, 2010, vol. 34, no 1, p. 14-21.

ECHEVERRIA DE PIMIENTO, Sonia. La Humanización del Cuidado a la Luz de la Ley 911. *Revista de Enfermería. Asociación Colombiana de Facultad de Enfermería. Bogotá Colombia*, 2004. NÚMERO, Resolución. 8430 de 1993. *Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud. República de Colombia*, 1993.

DE GALICIA, Boletín Oficial do Parlamento; DE GALICIA, Diario Oficial; DEL ESTADO, Boletín Oficial. Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes. *Boletín Oficial del Estado BOE*, 2001, p. 23537-41.

RODRÍGUEZ ESPINEL, Jacqueline, et al. *Análisis de la política pública Colombiana de seguridad del paciente y sus implicaciones para enfermería*. 2011. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Colombia.

RUIZ RUIZ, Clara Isabel, et al. *Prevenir el delirium, un asunto del cuidado*. 2017. Tesis de Licenciatura. Universidad de La Sabana.

GAVIRIA, Laura Marcela Velásquez. Instrumentos para el diagnóstico de delirium en hispanohablantes: artículo de revisión. *Medicina UPB*, 2017, vol. 35, no 2, p. 100-110.

SESSLER, Curtis N., et al. The Richmond Agitation–Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 2002, vol. 166, no 10, p. 1338-1344.

Bernal Ruiz, Diana Carolina, González Consuegra, Renata Virginia, Rojas Ruiz, Ingrid Tatiana, Factores estresores en pacientes en unidades de cuidado intensivo adulto. *Revista de Enfermagem Referência* [en línea] 2018, IV (March-Sin mes) : [Fecha de consulta: 14 de febrero de 2019] Disponible

13. ANEXOS

Anexo A. Aviso legal utilización de la lista de Chequeo

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

Anexo B. Solicitud de permiso para toma de muestra

Girardot, noviembre 21 de 2018

DOCTOR
CARLOS ARTURO LAVERDE RODRIGUEZ
Medico Intensivista – Anestesiologo cardiovascular
CLINICA SAN RAFAEL DUMIAN
CLINICA SAN SEBASTIAN

Ref: SOLICITUD DE APROBACION Y VALIDACION DE LA LISTA DE CHEQUEO

Cordial saludo, de la manera mas atenta nos permitimos solicitarle una vez analizada la validación y eficacia del instrumento “ LISTA DE CHEQUEO” utilizada para identificar los factores ambientales modificables de las UNIDADES DE CUIDADOS CRITICO DE NUESTRO MUNICIPIO DE GIRARDOT – CUNDINAMARCA se nos permita conocer el concepto de APROBACION O NO APROBACION de acuerdo a su criterios profesionales y experticia como especialista en el área.

El proyecto de la investigación se denomina “ DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA DIDACTICA, INTERVENCION DE ENFERMERIA FRENTE AL DELIRIUM, EN PACIENTES DE LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO DE LA CIUDAD DE GIRARDOT CUNDINAMARCA”

Se adjunta copia del instrumento

APROBADO *A* NO APROBADO _____

Agradecemos de antemano su colaboración y gestión a la presente solicitud

Atentamente


JOSE RICARDO HERNANDEZ ANGEL

Codigo: 330214114



FRANCISCO LAGUNA

Enfermero-Asesor


MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ CUENCA

Codigo: 330212241



CARLOS ARTURO LAVERDE RODRIGUEZ

Medico intensivista-Anestesiologo cardiovascular



Anexo D (Lista de Chequeo)

Tomado de: RUIZ RUIZ, Clara Isabel, Prevenir el delirium, un asunto del cuidado. 2017. Tesis de

 UDEC UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA		FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERIA			
INTERVENCION DE ENFERMERIA FRENTE DELIRIUM EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO DE LA CIUDAD DE GIRARDOT CUNDINAMARCA. 2018					
FECHA :					
TOTAL: PACIENTES A QUIENES SE LES APLICÓ LISTA DE CHEQUEO					
Caracterización	Criterios				OBSERVACIONES
Edad	Entre 15 - 49 años				
	Entre 50 - 60 años				
	Entre 61 - 70 años				
	Mayor de 71 años				
Antecedentes	Historia de Demencia				
	Historia de ECV				
	Historial de ICC				
	Ninguno				
Alteraciones Electrolíticas	Hipo o hipernatremia				
	Hipo o hiperkalemia				
	Ninguno				
Alteraciones metabólicas y otras.	Hipo o hiperglucemia				
	Creatinina >2.0 mg/dl				
	Enfermedad hepática (bilirrubina >2,0mg/dl)				
	Shock séptico o cardiogénico				
Procedimientos invasivos	Ninguna				
	Sonda Oro gástrica, nasogástrica				
	Sonda vesical				
	Catéter venoso central				
	Intubación oro traqueal				
	línea venosa periférica				
Días en uci	Ninguno				
	De 1 a 3				
	De 3 a 6				
	Más de 6				
Días de Ventilación mecánica en uci	De 1 a 3				
	De 3 a 6				
	Más de 6				
	No tiene ventilación mecánica				
ESCALAS DE VALORACION		Si	No	No aplica	OBSERVACIONES
El paciente presenta dolor (según escala)					
El paciente tiene Puntuación de RAS S.					
El paciente tiene valoración por escala Glasgow					
El paciente tiene e valuación de delirium según escala.					

Licenciatura. Universidad de La Sabana.

AMBIENTE FISICO	Si	No	No aplica	OBSERVACIONES
CONTROL DE RUIDO				
El paciente tiene controladas las alarmas del monitoreo, ventiladores y dispositivos médicos según su estado hemodinámico.				
HIGIENE DEL SUEÑO	SI	NO		
El paciente tiene registro en la historia clínica de las horas que duerme.				
Al paciente se le realiza baño general en el día.				
Se realizan curaciones o procedimientos durante la noche.				
El paciente requiere de medicamentos para dormir, incluidos sedantes.				
CONTROL DE TEMPERATURA CORPORAL				
El paciente presente hipotermia o hipertermia durante la noche.				
CONTROL DE INTENSIDAD DE LA LUZ				
El paciente recibe luz solar durante el día				
Durante la noche se enciende la luz solamente durante los procedimientos				
OTROS				
El paciente tiene acompañamiento de familiar				
El paciente se encuentra con restricción de movimiento.				
El paciente cuenta con dispositivos que permitan la orientación.				
CRITERIOS FARMACOLOGICOS				
El paciente tiene medicamentos que controlen el dolor.				
Si el paciente a presentado delirio, hay registro de tratamiento farmacológico				
Si el paciente a presentado delirio, hay registro de tratamiento farmacológico				

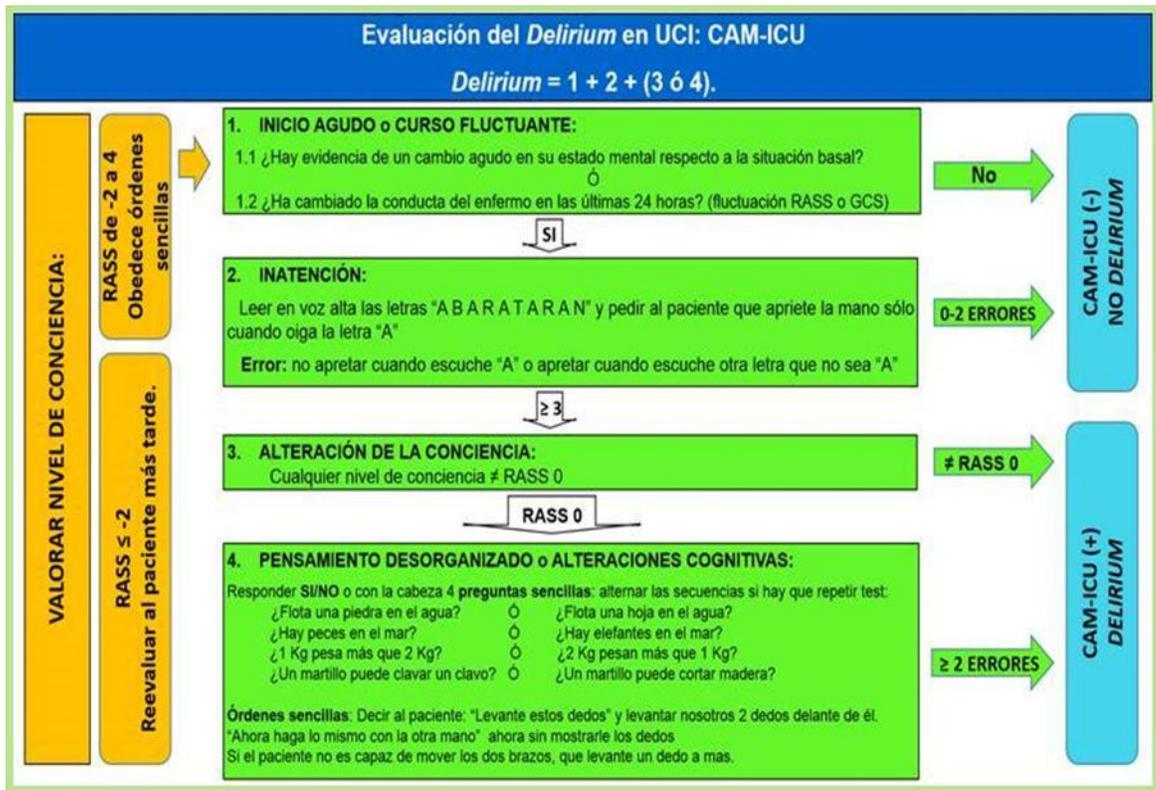
Anexo E (escala RASS)

ESCALA RASS (2001)		
Rango 1 a 4 ansiedad-agitación	+ 4 Combativo.	Ansioso, violento
	+ 3 Muy agitado.	Intenta retirarse los catéteres, TET, etc.
Rango -3 a 0 sedación moderada-consciente	+ 2 Agitado.	Movimientos frecuentes, lucha con el respirador
	+ 1 Ansioso.	Inquieto, pero sin conducta violenta ni movimientos excesivos
Rango -4 a -5 sedación profunda	0 Alerta y tranquilo	
	- 1 Adormilado.	Despierta con la voz, mantiene ojos abiertos más de 10 segundos.
	- 2 Sedación ligera.	Despierta con la voz, no mantiene ojos abiertos más de 10 s
	- 3 Sedación moderada.	Se mueve y abre los ojos a la orden. No dirige la mirada
	- 4 Sedación profunda.	No responde, abre los ojos a la estimulación física
	- 5 Sedación muy profunda.	No hay respuesta a la estimulación física

Anexo F (Escala CAM)

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

Anexo G (Flujo grama evaluacion del Delirium)



Tomado de: TOBAR, E Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. Medicina intensiva, 2010, vol. 34, no 1, p. 4-13.

