

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**PROYECTO DE TESIS**

**Incidencia del Síndrome Confusional Agudo (Delirium) y el tiempo de  
estadía hospitalaria, según características de  
los pacientes hospitalizados en una Institución paraestatal**

Autora:

Mónica Salgado

Director de Tesis:

Mag. Mallén Camejo Marilina

Docente Asesor:

Dra. Nancy Martínez Salomón

11 de diciembre 2017

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesis

## **AGRADECIMIENTOS**

*Principalmente agradecer a Dios por permitir que en mi país exista esta Escuela de Enfermería la cual desde que conocí me ha dado día a día conocimientos científicos y formación como profesional de salud, con todo su cuerpo docente, que son seres humanos maravillosos que me han enseñado cada a día amar esta hermosa profesión.*

*Debo agradecer de manera especial y sincera a mi docente de la materia, la Dra. en Ciencias Biomédicas Nancy Martínez Salomón, por su paciencia y dedicación en cada instancia de esta etapa de final de la Carrera.*

*A mi directora de tesis, la Magister en Gestión, la Sra. Marilina Mallén Camejo por aceptarme para dirigirme, gracias a su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable.*

*A personal de las Instituciones en la cual realice la prueba piloto de este trabajo de investigación (P.A.M.I. I).*

*Y por último agradecer a mi familia y amigos que de una forma u otra siempre están apoyando positivamente el recorrido por esta nueva etapa de mi vida.*

## RESUMEN

El Síndrome Confusional Agudo (Delirium) es una entidad clínica que se caracteriza por alteraciones fluctuantes de la atención, conciencia y cognición que se manifiesta preferentemente en individuos de edad avanzada. Este Síndrome determina un aumento de la mortalidad intrahospitalaria y condiciona al deterioro funcional y a la necesidad de institucionalización. La prevención mediante medidas no farmacológicas, la detección precoz y el adecuado tratamiento, pueden evitar las graves consecuencias que determina.

**Objetivo General:** El presente estudio se desarrolla con el Objetivo de “Determinar la relación que existe entre la incidencia del Síndrome Confusional Agudo (Delirium) y el tiempo de estadía hospitalaria, según características de los pacientes adultos mayores de 65 años hospitalizados en un Servicio de Clínica Quirúrgica de una Institución paraestatal”

**Material y Métodos:** Se realizará un estudio descriptivo, de corte transversal con recolección de datos en forma prospectiva.

**Población:** La población en estudio estará compuesta por los adultos mayores de 65 años que se encuentren hospitalizados en el Servicio de “Cirugía General y Especialidades” y el Servicio de “Clínica Médica” que reúnan los criterios de inclusión

Los instrumentos que se utilizaran son como base, el CAM (Confusion Assessment Method) - Escala Diagnóstica de Delirio, el cual está validado y se utiliza para el diagnóstico diferencial del Síndrome Confusional.

**Palabras Claves:** *Síndrome Confusional Agudo (Delirium)* - Tiempo de Estadía Hospitalaria - Características de los Pacientes adultos mayores

## INDICE

	Pág.
<b>Resumen y Palabras Clave</b> -----	2
<b>Índice General</b> -----	3
<b>Introducción</b>	
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte -----	4
Planteamiento del Problema en Estudio -----	6
Hipótesis -----	6
Objetivos -----	7
<b>Marco Teórico</b> -----	8
<b>Material y Métodos</b>	
Tipo de estudio o Diseño -----	28
Sitio o contexto de la Investigación -----	28
Población y Muestra -----	29
Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos -----	30
Personal a cargo de la recolección de datos -----	31
Plan de análisis -----	35
Plan de trabajo y Cronograma -----	40
<b>Anexos</b>	
I Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios -----	42
II Instrumento de recolección de datos – Consentimiento Informado--	44
III Resultado del estudio exploratorio -----	48
IV Resultado de la prueba piloto del instrumento -----	49
<b>Referencias Bibliográficas</b> -----	50

## **INTRODUCCIÓN**

### **Estado del Arte**

El delirium, o síndrome confusional agudo (SCA), es un síndrome de inicio brusco, caracterizado por una alteración en el nivel de conciencia y atención (facultad del individuo de responder a estímulos externos), acompañada de una disfunción de las funciones cognoscitivas (memoria, orientación, percepción, razonamiento), pudiendo acompañarse de cambios emocionales (ansiedad, agresividad, hipomanía), cambios autonómicos (sudoración, frialdad...) y conductuales, todo ello de instauración más o menos aguda (horas o días), progresiva y fluctuante a lo largo del día.

La importancia de este cuadro clínico se basa por un lado en su considerable morbimortalidad, y por otro lado en su elevada incidencia dentro de pacientes hospitalizados. (Ruiz Ma.I, 2005)

El (SCA) (delirium) representa uno de los grandes capítulos de la patología del anciano, cuya incidencia y prevalencia aumentan con la edad. (Lázaro-Del Nogal M, 2005). Es una entidad aún infradiagnosticada, infravalorada y, con frecuencia, incorrectamente tratada. Un mejor conocimiento del mismo ha de conducir a una detección precoz y a la instauración de un tratamiento encaminado a solucionar el problema y reducir sus complicaciones. (Ruiz Ma.I, 2005)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) se trata de una 'alteración del nivel de conciencia acompañada de trastornos cognitivos que se instaura en un periodo breve de tiempo (en general horas o días) y que tiende a ser fluctuante. Hablaríamos de un síndrome cerebral, orgánico, de etiología multifactorial, caracterizado por alteraciones de la conciencia, atención, percepción, pensamiento, memoria, conducta psicomotriz, emociones y/o del ciclo sueño-vigilia.

En los servicios de urgencia hospitalaria el cuadro confusional está presente hasta en el 10-30% de los pacientes mayores en el momento de acudir a esa unidad. Su prevalencia en personas mayores de 65 años, una vez producido el ingreso hospitalario, puede variar entre el 14 y el 24%, mientras que la incidencia durante el periodo de hospitalización en este grupo de edad se encuentra entre el 6 y el 56%. Aparece en el 15-53% de los mayores

durante el periodo postoperatorio, en el 70-87% de aquellos ingresados en la unidad de cuidados intensivos, en el 60% de los que residen en centros de recuperación funcional o residencias y en el 83% de quienes precisan cuidados paliativos.

El proceso de envejecer genera cambios en el cerebro que favorecen la aparición de esta entidad, lo que predispone al anciano a padecer un cuadro confusional agudo.

La desubicación del anciano, incluida la hospitalización, es otro factor predisponente (a veces, desencadenante), sobre todo cuando se asocia a circunstancias como enfermedad aguda, patología crónica múltiple, aislamiento, necesidad de cuidados intensivos, cambios de habitación o restricciones físicas. (Lázaro-Del Nogal M, 2005)

En un estudio observacional, transversal que se desarrollo en pacientes internados en el Hospital Maciel de Montevideo- Uruguay de noviembre de 2006 a marzo de 2008; con los objetivos de “Conocer la prevalencia de síndrome confusional en pacientes internados en un Hospital general”; “Identificar los factores de riesgo y factores precipitantes más frecuentes” y “Comparar estadía hospitalaria y mortalidad de pacientes con o sin síndrome confusional”. Los resultados arrojaron que de 465 pacientes (251 mujeres y 214 hombres), la prevalencia de síndrome confusional en pacientes internados es de 7.5%, coincidente con 35 pacientes a quienes se le confirmo el diagnostico de síndrome confusional por CAM – ICU (Llorens M, 2009) el cual es un es un instrumento diagnóstico desarrollado para una aplicación sencilla y rápida por profesionales sanitarios previamente entrenados. (Carrera Castro C, 2014) Se observó que al aplicar a los pacientes el CAM-ICU, los resultados positivos aumentaban en la noche y disminuían en el día, traduciendo una característica típica del síndrome confusional. Los factores de riesgo estadísticamente significativos asociados a este síndrome fueron: edad mayor a 65 años, deterioro cognitivo previo, encefalopatía previa, e hipoalbuminemia.

Con respecto a la mortalidad; en los pacientes que desarrollaron síndrome confusional durante la internación la misma fue de 34.3%, mientras que en los pacientes que no desarrollaron el síndrome, fue de 11,4%. La estadía hospitalaria fue de 29.24 días para aquellos pacientes que desarrollaron el síndrome confusional, en relación a 26.78 días para aquellos

pacientes que no lo desarrollaron. Al excluir a los pacientes fallecidos, la estadía hospitalaria de los pacientes que fueron dados de alta fue de 34.86 días para aquellos que desarrollaron el síndrome y de, 25.75 en aquellos pacientes que no lo desarrollaron. Si bien no hubo diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad y la estadía hospitalaria; se puede observar que la misma tiende a ser mayor en los pacientes que desarrollaron síndrome confusional. (Llorens M, 2009)

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto se puede observar que el Síndrome Confusional en pacientes hospitalizados es frecuente y su mortalidad es alta. Motivo por el cual, se considera relevante estudiar la problemática que se detalla a los fines de identificar qué relación existe entre la incidencia del Síndrome Confusional Agudo (Delirium), el tiempo de estadía hospitalaria y las características de los pacientes mayores de 65 años hospitalizados en un Servicio de "Cirugía General y Especialidades" y, un Servicio de "Clínica Médica", de una Institución cita en la ciudad de Rosario; durante el primer semestre del año 2018 a los fines de establecer estrategias de detección, prevención y tratamiento que permitan disminuir los riesgos que ésta patología conlleva.

### **DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Qué relación existe entre la incidencia del Síndrome Confusional Agudo (Delirium), el tiempo de estadía hospitalaria y las características de los pacientes en personas adultos, mayores de 65 años hospitalizados en un Servicio de "Cirugía General y Especialidades" y un Servicio de "Clínica Médica", de una Institución cita en la ciudad de Rosario; durante el primer semestre del año 2018?

### **HIPÓTESIS**

- A mayor tiempo de estadía hospitalaria, mayor es la incidencia de Síndrome Confusional agudo.
- Las características de los pacientes, grupo de convivencia, nivel de escolaridad y tipo de ingreso económico, influyen en la incidencia del Síndrome Confusional agudo.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar qué relación existe entre la incidencia del Síndrome Confusional Agudo (Delirium), el tiempo de estadía hospitalaria y las características de los pacientes mayores de 65 años, hospitalizados en un Servicio de “Cirugía General y Especialidades” y un Servicio de “Clínica Médica”, de una Institución cita en la ciudad de Rosario; durante el primer semestre del año 2018

### **Objetivos Específicos**

- Identificar cambios en el estado mental y de conducta en los pacientes, que se encuentren cursando una hospitalización mayor a 24 hs, según las características del paciente.
- Identificar la desorganización del pensamiento en los pacientes, que se encuentren cursando una hospitalización mayor a 24 hs, según las características del paciente.
- Identificar la alteración del nivel de conciencia en los pacientes, que se encuentren cursando una hospitalización mayor a 24 hs, según las características del paciente.
- Determinar el número de pacientes que padecen Síndrome Confusional Agudo según el tiempo de estadía y características del paciente.



## MARCO TEORICO

El Síndrome Confusional Agudo - Delirium - (SCA) es un síndrome clínico de aparición generalmente brusca, en el que se produce una alteración en el nivel de conciencia y atención (facultad del individuo de responder a estímulos externos), acompañada de una disfunción de las funciones cognoscitivas (memoria, orientación, percepción, razonamiento), pudiendo acompañarse de cambios emocionales (ansiedad, agresividad, hipomanía), cambios autonómicos (sudoración, frialdad) y conductuales, todo ello de instauración más o menos aguda (horas o días), progresiva y fluctuante a lo largo del día. (Ruiz Ma.l et al., 2005)

El delirium se caracteriza por una incapacidad del cerebro para responder eficazmente a las demandas que se le efectúan, siendo una respuesta a un daño cerebral, fundamentalmente neuroquímico difuso (alteraciones metabólicas, hormonales y de neurotransmisores en todo el tejido cerebral) más que anatómico (daño encefálico directo). Sus mecanismos exactos son muy complejos, y aun no se conocen en su totalidad.

Para que se produzca un delirium se precisan dos cosas, por un lado, las noxas o factores precipitantes (responsables últimos del cuadro) y por otro lado un individuo susceptible. No todas las personas tienen la misma facilidad para presentar este síndrome, las hay más o menos resistentes, esa resistencia viene determinada en parte por la reserva cognitiva, concepto que hace referencia a los recursos cerebrales disponibles. Dicha reserva cognitiva no es calculable, lo que sí se puede hacer es determinar que procesos disminuyen dicha reserva facilitando el desencadenamiento de un síndrome confusional agudo (factores predisponentes).

Entre los factores predisponentes de mayor a menos intensidad se encuentran la demencia, una enfermedad grave (cáncer en estadios terminales), la edad, factores de riesgo vascular, déficit nutricional / alteraciones metabólicas, alcoholismo, déficits sensoriales, presencia de catéteres, depresión, antecedentes de delirium. Todos ellos de alta prevalencia entre los pacientes ingresados en un hospital, lo que explica la alta incidencia de los cuadros de delirium. Generalmente no son corregibles a corto plazo, con lo que no se puede actuar sobre ellos para tratar de prevenir el SCA. Su utilidad radica en que nos permiten determinar que pacientes son más

susceptibles de desarrollar un delirium, extremando en dichos enfermos las medidas preventivas y estableciendo un diagnóstico (y un tratamiento) precoz cuando aparezca. (Ruiz Ma. I et al., 2005)

El delirium se presenta como una combinación variable de inatención, discurso incoherente, desorientación, agitación psicomotriz o somnolencia, alucinaciones o falsos reconocimientos, alteración del ciclo sueño-vigilia (empeoramiento nocturno). Como se mencionó anteriormente, es muy frecuente en el ámbito hospitalario, particularmente en ancianos, pacientes con demencia previa o daño vascular cerebral de base, los pacientes a tratamiento con benzodiazepinas y los pacientes alcohólicos. (García Antelo MJ, 2012)

La fisiología del envejecimiento explica parcialmente por qué los ancianos tienen una mayor susceptibilidad a presentar un delirium que los sujetos más jóvenes cuando tienen una enfermedad aguda. Durante el envejecimiento normal, el flujo sanguíneo cerebral disminuye un 28%, se produce una progresiva pérdida de neuronas y cambios complejos en un gran número de neurotransmisores (acetilcolina, serotonina, GABA, dopamina y noradrenalina), que globalmente confluyen causando una pérdida de la reserva funcional del cerebro. Durante el delirium se ha demostrado que existe una reducción del flujo sanguíneo cerebral regional, que se normaliza tras la resolución del delirium, lo que sugiere que la hipoperfusión cerebral es un posible mecanismo productor de delirium. El estrés neurológico adicional que supone una alteración metabólica o una infección juega también un papel en la producción del delirium.

Aunque en algún caso el delirium puede ser consecuencia de una anomalía neuroanatómica de aparición súbita, la gran mayoría de los casos se deben a un desajuste de los principales neurotransmisores, si bien existen algunos otros mecanismos implicados, generalmente de carácter inflamatorio. La acetilcolina desempeña un papel muy relevante en el mantenimiento del nivel de consciencia. En el envejecimiento se produce una disminución de la liberación de la acetilcolina y una reducción de la función de los receptores.

Se conoce desde hace mucho tiempo la posibilidad de que aparezca un delirium relacionado con el uso de sustancias anticolinérgicas y de su resolución con fármacos procolinérgicos. La fisostigmina puede revertir el delirium causado por el uso de anticolinérgicos y los inhibidores de la

colinesterasa podrían ser beneficiosos en casos de delirium de causa no farmacológica. Los pacientes con mayor carga anticolinérgica derivada de su régimen medicamentoso tienen un mayor riesgo de delirium. Muchos medicamentos de uso común no considerados anticolinérgicos poseen una importante actividad anticolinérgica.

Las alteraciones del sistema dopaminérgico, fundamentalmente el aumento de actividad de este sistema, pueden también participar en la neuropatogénesis del delirium, y hay cierta reciprocidad entre la actividad colinérgica y la dopaminérgica en la génesis del delirium.

Por último, se sabe que ciertas lesiones cerebrales focales en determinadas áreas frontales y parietales aumentan la actividad dopaminérgica y su número de receptores en áreas subcorticales, dando lugar a psicosis y ocasionalmente a delirium.

La serotonina es el neurotransmisor más abundante. Su síntesis y liberación dependen de su precursor, el triptófano. Tanto el aumento como el déficit de serotonina se han relacionado con la aparición de delirium.

Aunque parece claro que los neurotransmisores tienen un papel muy relevante en la génesis del delirium, existen otros factores que pueden precipitar, modular o influir en su fisiopatología. Los mejor conocidos son el cortisol (eje hipotálamo-hipofisario-corticoadrenal), las citoquinas y otros componentes de la inflamación. (Veija Fernández F, 2008)

Con respecto a la etiología (causa) la misma puede ser única o multifactorial, dentro de las más comunes en los ancianos se pueden mencionar; los trastornos metabólicos, como por son la hipoglucemia y las crisis hipertiroideas; las infecciones de origen No neurológicas y neurológicas; los ictus (lesión del cerebro, causada por una serie de acontecimientos previos en el organismo que puede dejar secuelas permanentes en forma de parálisis, trastornos al andar; trastornos del pensamiento; del habla y de la conducta entre otros) y los fármacos, sobre todo anticolinérgicos y analgésicos opiáceos como por ejemplo los antidepresivos y la codeína, respectivamente. (García Antelo MJ,2012)

Se caracteriza por un comienzo agudo con fluctuaciones en el curso del día, capacidad reducida para mantener o dirigir la atención, pensamiento desorganizado y evidencia de enfermedad médica o neurológica subyacente”.

La instauración de los síntomas suele ser rápida, generalmente en horas o días.

Un dato característico (y que puede inducir a un error de apreciación al explorador no experimentado) es que son muy frecuentes las fluctuaciones a lo largo de un mismo día, con lo que una exploración aislada en un momento dado puede no revelar toda la trascendencia clínica del cuadro, siendo imprescindible, por tanto, obtener información evolutiva de los acompañantes y del personal de enfermería. Esta combinación de comienzo agudo y curso fluctuante, junto con un nivel de conciencia alterado es tan típica del SCA que facilita, en sí misma, su distinción de otras entidades, como la demencia. El síntoma presente en todos los casos, es el trastorno de la atención.

El paciente se distrae con facilidad puesto que los estímulos externos llaman su atención de forma indiscriminada; por lo que es muy difícil conseguir su cooperación para obtener una historia adecuada. Las respuestas verbales suelen ser incoherentes y ponen de manifiesto, además, una alteración del juicio crítico y del razonamiento.

La memoria se encuentra alterada en todas sus formas, es decir, en el registro, retención y recuerdo (en especial de lo reciente) y tras la recuperación, los pacientes quedan con cierto grado de amnesia del episodio.

Con respecto a la orientación, la misma es defectuosa y los pacientes se encuentran confusos. En primer lugar, se altera la esfera temporal y, si el proceso evoluciona, se afectará también la orientación espacial. Es característico que confundan lo familiar con lo no familiar (la habitación del hospital con su casa) y que, al mismo tiempo y de forma un tanto paradójica, no reconozcan a sus familiares como tales, sino que los perciban como extraños o incluso como "impostores".

Son frecuentes los trastornos perceptivos, bien sea como simples ilusiones o, en los casos más serios, en forma de alucinaciones; este síntoma suele ser más frecuente en el SCA hiperactivo.

En lo que respecta al ritmo sueño-vigilia, existe de forma constante una disrupción del mismo. Es habitual que durante el día el paciente se encuentre

en un estado de somnolencia y, por el contrario, durante la noche aparezca insomnio, el cual se acompaña de un mayor grado de confusión y agitación.

En las formas hiperactivas suelen constatarse signos de hiperactividad simpática como, por ejemplo: taquicardia, sudoración, congestión facial, midriasis e hipertensión arterial. Esto es especialmente llamativo en los casos de alcoholismo crónico durante el periodo de abstinencia (delirium tremens) o tras la supresión de medicaciones tranquilizantes o hipnóticas tomadas de forma crónica, dato éste que debe indagarse siempre al realizar la historia clínica, especialmente en ancianos, ya que muchos de ellos no consideran a “la pastilla para dormir” como una medicina y no nos indicarán su consumo crónico a menos que se lo preguntemos expresamente. La supresión abrupta de este tipo de medicamentos suele desencadenar una crisis debido a que se desestabiliza el equilibrio psicológico del anciano. El concepto de “Crisis” hace referencia a un disturbio interno, que resulta de un secreso estresante, o de la misma percepción de una amenaza sobre sí mismo.

Las crisis pueden dividirse de acuerdo a las fuentes que las ocasionan en:

**1)** Las crisis madurativas o evolutivas; son transitorias y se producen durante un período determinado de la vida, durante los cuales el equilibrio psíquico es perturbado. Entre ellas encontramos el ingreso escolar, la pubertad, la adolescencia, el casamiento, el nacimiento de los hijos, el desarrollo profesional y laboral, la menopausia, la jubilación, el casamiento de los hijos, el nacimiento de los nietos; entre otras.

Estas crisis son predecibles, ya que ocurren comúnmente en la vida de todas las personas, y como tales son consideradas como factores estresantes universales.

**2)** Las crisis situacionales; ocurren ante un hecho específico, existiendo una relación entre lo externo (el ambiente) y lo interno (dentro de sí mismo); presentándose un desequilibrio individual y grupal de la persona afectada en dicha crisis ya que son inesperadas. Entre ellas se pueden mencionar la pérdida de trabajo, el divorcio, la muerte de un ser querido, una enfermedad; entre otras.

**3)** Las crisis accidentales; son ocasionales, infrecuentes e impredecibles.

Se caracterizan por llegar a límites impredecibles, producen severos y cambios en poco tiempo, desajustando a la persona interna y externamente. Tienen la cualidad de ser azarosas e irrumpir bruscamente en la vida de las personas, produciendo una importante desorganización yoica (desorganización de YO). Entre ellas se pueden mencionar un accidente, las catástrofes ambientales, la muerte; entre otras.

Dado que cualquier alteración en la vida de un individuo es potencialmente un factor de estrés, y consecuentemente capaz de crear una situación crítica, el médico debe reconocer estas situaciones, en la apreciación global del sufrimiento del paciente. Esto significa que el paciente y su situación, deben ser vistos dentro de un sistema contextual amplio, es decir, desde una perspectiva biopsicosocial.

El objetivo de la intervención médica no será apuntar a la eliminación de la crisis, sino reducir su severidad, previniendo una eventual ruptura, y colaborando en el restablecimiento del equilibrio a través de una nueva adaptación. (Fahrer R, 1993)

Se puede decir que el SCA es una crisis situacional ya que, en principio, es un trastorno transitorio; el pronóstico y la mortalidad, están en relación con la gravedad de las patologías subyacentes y el tratamiento oportuno de las mismas. Si se corrige la causa primaria la evolución del SCA suele ser hacia la remisión "ad integrum" (recuperación total); en un plazo que oscila entre días y varias semanas. En el caso de los pacientes añosos con algún grado de deterioro cognitivo previo, la recuperación no es completa y el paciente sale del delirio con una merma de su situación basal previa, evolucionando con posterioridad hacia una situación de demencia establecida. Este Síndrome aún es un trastorno infradiagnosticado, infravalorado y, con frecuencia, incorrectamente tratado por lo cual; una detección precoz conducirá a la instauración de un tratamiento encaminado a solucionar el problema y así reducir sus complicaciones entre las que se pueden mencionar: el incremento de las complicaciones médicas y el establecimiento de un daño cerebral permanente con deterioro cognoscitivo irreversible. (Ruiz Ma. I et al., 2005)

Con respecto al diagnóstico, los criterios más utilizados por los Psiquiatras son los establecidos en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; entre ellos se encuentran:

**a)** Dificultad para mantener la atención ante estímulos externos y para dirigir la atención de forma apropiada a estímulos nuevos.

**b)** Pensamiento desorganizado que se manifiesta a través de un lenguaje vago, irrelevante e incoherente.

**c)** Al menos dos de los siguientes síntomas:

- Alteraciones del ciclo sueño-vigilia, con insomnio o somnolencia durante el día.

- Desorientación en tiempo, espacio y persona.

- Aumento o disminución de la actividad motora.

**d)** Síntomas clínicos que se desarrollan en un corto periodo de tiempo (habitualmente horas o días) y que tienden a fluctuar en el curso del día.

**e)** Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica. (Pichot P et al; 2002)

Con respecto a las Escalas de Valoración, no existe un test específico para establecer el diagnóstico de SCA., a tal fin, se han utilizado varios métodos que van desde algunos sencillos, rápidos y prácticos al alcance del personal médico y de enfermería de las diferentes unidades hasta otros más complejos que requieren de personal más especializado.

Uno de los métodos muy utilizados es el "Mini Examen Cognoscitivo"; el cual ofrece información sobre el deterioro cognoscitivo pero que no permite diferenciar entre el Delirium y la Demencia. No reconoce si la implantación del proceso es agudo o crónico y no establece el Diagnóstico de Delirium per se (por su naturaleza).

Otro método, que puede ser utilizado por profesionales en las unidades de hospitalización y que no requiere la presencia de personal especializado, es el CAM (Confusión Assessment Method) (Anexo I). El mismo tiene la ventaja de poder ser realizado en poco tiempo, es relativamente fácil de manejar y tiene una especificidad del 90-95%. Este método será utilizado en la presente investigación para efectuar la recolección de datos.

El CAM, representa un conjunto ordenado de operaciones sistemáticas para el establecimiento del diagnóstico si el paciente presenta cambios en su estado mental e inspecciona cuatro aspectos (Ruiz Ma.I et al., 2005) (Araujo L et al., 2016), a saber:

**1- Inicio Agudo y Curso Fluctuante:**

- ¿Hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental en relación con el estado basal del paciente?

- ¿El comportamiento es fluctuante a lo largo del día?

Los síntomas se instalan en horas o días y la variedad e intensidad se modifican en el transcurso del día u horas. Es muy frecuente que la sintomatología empeore en el atardecer o durante la noche.

- ¿El paciente tiene dificultades para focalizar la atención?

La atención es la capacidad que tiene un individuo de dirigir y mantener focalizada la actividad mental y no distraerse frente a los estímulos externos e internos. Implica también la modificación del foco de atención de acuerdo a las necesidades. El paciente que cursa un delirium no es capaz de mantener la actividad mental en un foco específico.

**3- Pensamiento Desorganizado:**

- ¿El paciente utiliza un lenguaje incoherente o su conversación carece de sentido o tiene ideas ilógicas?

El pensamiento se encuentra totalmente desorganizado e incoherente. El paciente es incapaz de razonar, casi siempre está desorientado en tiempo y espacio y tiene trastornos de la memoria reciente.

**4- Alteración del Nivel de Conciencia:**

- ¿Está normal, hiperalerta, somnoliento, estuporoso?

El nivel de conciencia normal es el estado de alerta, si está alterado puede manifestarse como una disminución o exacerbación

➤ Para hacer el diagnóstico deben estar presentes los criterios 1 y 2 más el criterio 3 y/o 4

El delirium cursa con otras manifestaciones que en oportunidades requieren tratamiento farmacológico por el riesgo que implican para el paciente o su entorno. Entre ellas podemos destacar los Trastornos Cognitivos: además de la desorientación témporo-espacial y los trastornos de memoria reciente se pueden asociar trastornos del lenguaje, parafasias (trastorno del habla



consistente en sustituir una palabra por otra que no expresan el mismo concepto), neologismos (palabra o expresión de nueva creación en una lengua) y alteraciones en la prosodia (pronunciación y acentuación correcta). Las Alteraciones de la Percepción: son frecuentes las alucinaciones que están presentes entre el 15 y 60% de los casos. Generalmente son alucinaciones visuales, a diferencia de las psicosis que cursan con alucinaciones auditivas. Las ilusiones que son percepciones alteradas de las formas reales de los objetos también son frecuentes. Tanto las alucinaciones como las ilusiones se perciben como amenazantes y generan ideas persecutorias con delirios mal organizados. La Alteración del Ciclo Sueño-Vigilia: es una de las primeras manifestaciones, los pacientes muchas veces duermen durante el día y están despiertos durante la noche. El Delirium Subsindrómico: algunos pacientes antes del inicio presentan algunos síntomas relacionados (irritabilidad, trastornos del sueño, cambios en la actividad habitual). (Araujo L et al., 2016)

Cabe aclarar que, la presentación aguda y el carácter fluctuante son determinantes a la hora de establecer el diagnóstico diferencial con otros procesos psiquiátricos semejantes. Los principales cuadros con los que hay que realizar un diagnóstico diferencial (Tabla 1) son:

-La Demencia: Ambos presentan alteraciones cognitivas y fallos de memoria pero en la demencia el paciente se encuentra alerta y sin alteración de conciencia a diferencia del delirium. En la demencia el inicio es insidioso, por lo que es importante recoger información sobre sus síntomas previos al ingreso y en su evolución se mantiene o empeora el deterioro cognitivo.

-Psicosis Aguda Funcional: Aquí predomina la ideación delirante, manteniendo un curso estable sin alteración de la conciencia y con una alteración parcial de la atención.

-Depresión Mayor: Un delirium hipoactivo puede confundirse fácilmente con una depresión; la diferencia subyace en que la disminución del nivel de conciencia y la variabilidad de síntomas en el día no están presentes en la depresión. (Ruiz Ma.I et al., 2005)

<b>TABLA 1: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DELIRIUM</b>				
	<b>DELIRIUM</b>	<b>DEMENCIA</b>	<b>PSICOSIS AGUDA FUNCIONAL</b>	<b>DEPRESIÓN MAYOR</b>
Comienzo	Agudo	Insidioso	Subagudo	Subagudo
Curso en 24 Horas	Fluctuante	Estable	Estable	Estable
Conciencia	Alterado	Vigil	Vigil	Vigil
Orientación	Alterado	Alterada	Intacta	Intacta
Memoria	Deterioro	Deterioro	Conservada	Conservada
Atención	Déficit Grave	Déficit Parcial	Déficit Parcial	Déficit Grave
Delirios y Alucinaciones	Frecuentes	Baja Frecuencia	Frecuentes	Frecuentes

(Ruiz Ma.l et al., 2005)

Como se mencionó anteriormente, el Síndrome Confusional Agudo – Delirium- es uno de los trastornos mentales más frecuentes encontrados en pacientes hospitalizados, particularmente en los adultos mayores. En este grupo de población, este trastorno tiene una elevada prevalencia en todos los niveles asistenciales a saber:

- En los servicios de emergencia se observa una prevalencia entre el 14-24%
- Durante la hospitalización en servicios de medicina la prevalencia alcanza hasta el 50%,
- En los pacientes que se encuentran cursando postoperatorios la prevalencia ronda entre el 15-53%
- En residencias de ancianos la prevalencia sobrepasa el 60%

El SCA tiene una elevada mortalidad intrahospitalaria que varía en entre el 22 y 76% y es un marcador independiente de mortalidad al año en la población de más de 65 años. Además, tiene una importante repercusión funcional, provocando dependencia –tanto para los pacientes con demencia como sin demencia lo que aumenta la necesidad de cuidadores o de institucionalización al momento del alta hospitalaria.

Este cuadro clínico se instala con más frecuencia en los adultos mayores debido a la presencia de factores predisponentes y desencadenantes que son más frecuentes en este grupo etario. (Araujo L et al., 2016) Entre ellos podemos mencionar:

➤ Factores Predisponentes

- Edad avanzada
- Deterioro cognitivo previo
- Antecedentes de SCA o de daño cerebral
- Abuso crónico de alcohol o drogas
- Factores psicosociales (depresión, estrés, falta de apoyo familiar) (Palma

Suaréz et al, 2011)

- Uso de catéter urinario
- Uso de restricciones físicas
- Malnutrición (Ruiz Ma.I et al., 2005)

➤ Factores Desencadenantes

Estos factores se relacionan con las causas que desencadenan el delirium. La mayoría de los pacientes no tiene una única causa desencadenante, sino que se asocian, por lo tanto, se trata de un cuadro multifactorial. De las causas desencadenantes son más frecuentes las extraneurológicas que las neurológicas. Entre ellas podemos mencionar los *Factores Desencadenantes Extraneurológicos* que incluyen:

- Infecciones: urinaria, respiratoria, de partes blandas, digestivas.
- Metabólicas e hidroelectrolíticas: hipoglicemia, hiperglicemia, hiponatremia, hipernatremia, hipocalcemia, hipercalcemia.
- Intoxicación o abstinencia de alcohol.
- Acción o supresión de fármacos con efectos en el sistema nervioso: benzodiazepinas, antipsicóticos, anticolinérgicos.

Los *Factores Desencadenantes Neurológicos* incluyen:

- Vasculares: hemorragia subaracnoidea, accidente cerebrovascular.
- Infecciones: meningoencefalitis, absceso cerebral.
- Tumorales

En aproximadamente 20% de los casos no se reconoce una causa desencadenante.

En el SCA se reconocen tres formas clínicas de presentación de acuerdo a la actividad psicomotriz, a saber:

✓ Hiperactivo

Se caracteriza por agitación, alucinaciones, ideación delirante. Es la forma de presentación en el 10 a 15% de los casos y seguramente la presentación clínica más fácil de reconocer por lo selecto de la sintomatología.

✓ Hipoactivo

Se caracteriza por enlentecimiento psicomotor, apatía, bradipsiquia y enlentecimiento del lenguaje.

Es la forma de presentación en 20-25% de los adultos mayores; es la presentación más difícil de diagnosticar y pasa más frecuentemente desapercibido, lo que agrava el pronóstico.

✓ Mixto

Se presenta en el 35-50% de los casos. Se caracteriza por la alternancia de períodos de hiperactividad con hipoactividad

El delirium, además de ser un episodio potencialmente reversible, es prevenible, aunque no existen intervenciones puntuales que lo prevengan eficazmente, la evidencia es concluyente a favor de las medidas No Farmacológicas. Entre 30-40% de los casos pueden ser prevenidos por éstas medidas, entre ellas se describen las siguientes:

- Protocolos de orientación
- Estimulación cognitiva
- Facilitación del sueño fisiológico
- Movilización temprana y evitar medidas físicas de contención
- Ayudas para mejorar la visión y audición en pacientes que lo

necesiten

- Evitar o monitorizar medicaciones problemáticas,
- Evitar y tratar complicaciones médicas y el correcto manejo del dolor.

➤ Estas medidas se deben implementar en todos los adultos mayores que requieren ingreso hospitalario y tengan factores predisponentes. Las mismas están dirigidas al paciente, a realizar modificaciones ambientales y a los cuidadores sanitarios y familiares. (Araujo L et al., 2016)

Debido a que el delirium es un cuadro grave que supone una urgencia médica cuyo pronóstico vital y funcional está en relación con la etiología y la rapidez y adecuación del tratamiento instaurado; se recomienda valorar a diario el estado físico y la aparición de complicaciones, ya que es un cuadro de sintomatología fluctuante. A tal fin, ante la presentación del cuadro se deben tratar los factores etiológicos específicos y las complicaciones que vayan surgiendo. Dentro de las medidas generales de tratamiento se recomiendan las siguientes:

1. Retirar las medicaciones que no se consideren imprescindibles, teniendo en cuenta los efectos de retirada brusca.
2. Proporcionar un adecuado aporte de líquidos y alimentos.
3. Garantizar los métodos de control del dolor adecuados.
4. En caso de trastornos respiratorios hay que aportar un suplemento de oxígeno, para evitar el efecto de la hipoxemia sobre SNC.

Con respecto a las medidas ambientales, se recomiendan las siguientes:

1. Reducir el miedo del paciente y aumentar su sensación de control cognitivo sobre la situación, mediante información clara, fácilmente comprensible y regular sobre la enfermedad, su estancia en el hospital, atención médica que precisa y pruebas que vayan a efectuarse.
2. Mantener regularidad en los cuidadores: personal sanitario lo más constante posible.
3. Facilitar la comunicación entre el paciente, la familia y el personal sanitario.
4. Implicar a la familia y cuidadores en promover sentimientos de seguridad y orientación, mediante el acompañamiento continuado, favoreciendo la utilización de medios de contención menos restrictivos.
5. Informar a la familia sobre el proceso del paciente presentándolo como una complicación y asegurando que el paciente no se está volviendo loco. Implicarles en la supervisión estrecha del paciente.
6. Proporcionar tranquilidad al paciente cuando desaparece el síndrome confusional ayudándole a comprender la situación que ha vivido.
7. Recordar verbalmente datos del día, hora, localización e identidad de los miembros del equipo y familiares.

8. Proporcionar referencias para orientarse: iluminación de la habitación, reloj, calendario o gráficos con el programa del día. Facilitar la rutina diaria en lo posible. Mantener en la habitación objetos familiares del paciente.

9. Proporcionar radio o TV para relajar o ayudar al paciente a mantener un contacto con el mundo exterior.

10. Proporcionar un entorno sencillo, sin objetos innecesarios que permitan un espacio adecuado entre las camas, incidiendo en los elementos de seguridad del paciente: situaciones que pueden facilitar accidentes o autoagresiones

11. Evitar hospitalizar más de un paciente con delirium por habitación, a los fines de disminuir los estímulos sensoriales extremos.

12. Evitar el uso de “jerga” médica en presencia de los pacientes que puedan favorecer ideas paranoides.

13. Asegurar una adecuada luminosidad: luz indirecta nocturna que disminuya las percepciones equivocadas.

14. Controlar la sobreestimulación: excesivo ruido y estímulos (visitas, actividad del personal sanitario)

15. Proporcionar corrección rápida si el paciente malinterpreta el entorno. No contradecir a los pacientes con delirio establecido.

16. Asegurar los ciclos sueño-vigilia con actividad diurna y evitando interrupciones durante el sueño, minimizando procedimientos y tareas nocturnas.

17. Evitar las restricciones físicas. Sujeción mecánica sólo cuando sea imprescindible, realizarla correctamente y reevaluando al paciente a menudo.

18. Utilizar ejercicios de relajación para reducir la ansiedad y el estrés causado por la inmovilidad.

19. Proporcionar papel y lápiz, tablero alfabético o método alternativo de comunicación (guiño de ojos, movimiento de dedos) en el caso de que el paciente no pueda verbalizar sus necesidades o preocupaciones.

20. Minimizar los efectos de una inmovilización prolongada: protocolos de movilización activa y pasiva

En el caso en que las medidas anteriormente mencionadas sean insuficientes y el delirium se encuentre asociado a insomnio o trastornos de conductas de riesgo será recomendable consultar con el médico tratante a los

fin de que valore la necesidad de administrar medicación psicoactiva. A tal fin, es recomendable que la medicación se administra por vía oral y en dosis mínimas requeridas; una vez administrada la misma se deberá valorar la función respiratoria, los signos vitales y el nivel de conciencia de manera periódica. (Ruiz Ma.I et al., 2005)

Si el cuadro del paciente impide la administración de medicación por vía oral, se deberá acudir a la vía parenteral; siendo una vía de administración de acción rápida por lo que el paciente deberá ser valorado en forma continua. La medicación de elección más utilizada en el tratamiento del delirium es el Haloperidol ya que este fármaco se utiliza para el tratamiento de trastornos psicóticos (afecciones mentales que dificultan distinguir entre las cosas o las ideas que son reales y las que son irreales). También se utiliza para controlar los tics motrices (necesidad incontrolable de repetir ciertos movimientos del cuerpo) y los tics verbales (necesidad incontrolable de repetir ciertos sonidos o palabras); como así también para tratar problemas conductuales severos, como la conducta agresiva y explosiva o la hiperactividad en niños que no pueden ser tratados con psicoterapia o con otros medicamentos. El haloperidol pertenece a un grupo de medicamentos llamados antipsicóticos convencionales y actúa al disminuir la excitación anormal del cerebro. Otros antipsicóticos recomendados son la Risperidona la cual se utiliza para tratar los síntomas de esquizofrenia (una enfermedad mental que causa pensamientos perturbados o fuera de lo común, pérdida de interés en la vida y emociones intensas o inapropiada) en adultos y adolescentes de 13 años en adelante. También se usa para tratar episodios de manía (estado de ánimo eufórico, anormalmente entusiasta o irritado) o episodios mixtos (síntomas de manía y depresión que se presentan juntos) en adultos, adolescentes y niños a partir de los 10 años con trastorno bipolar (trastorno maníaco depresivo; una enfermedad que causa episodios de depresión, manía y otros estados de ánimo anormales). La risperidona también se usa para tratar problemas de conducta como agresividad, autolesiones y cambios repentinos de estado de ánimo en adolescentes y niños de 5 a 16 años de edad con autismo (una afección que causa comportamientos repetitivos, dificultad para interactuar con los demás y problemas de comunicación). La risperidona pertenece a una clase de medicamentos llamados antipsicóticos y actúa modificando la actividad de ciertas sustancias

naturales en el cerebro; y la Quetiapina utilizada para el tratamiento de los síntomas de esquizofrenia, episodios de manía o depresión en los pacientes con trastorno bipolar. La quetiapina también pertenece a una clase de medicamentos llamados antipsicóticos y actúa modificando la actividad de ciertas sustancias naturales en el cerebro. Así mismo, cualquier antipsicótico utilizado se debe iniciar a la menor dosis efectiva posible y continuar por el menor tiempo posible. (Araujo L et al., 2016) – (Vademécum Rioplatense 2005)

En este sentido y teniendo en cuenta que el estímulo es un factor que provoca una respuesta y que pueden surgir tanto del entorno interno como del externo. Esta problemática se podría abordar desde el punto de vista de las teorías de Sor Callista Roy con su modelo de adaptación y Florence Nightingale con su teoría del entorno.

Según Roy, las personas son sistemas holísticos **y** adaptables. “Como todo sistema adaptable, el sistema humano no se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito en concreto. Los sistemas humanos comprenden a las personas como individuos y como grupos, incluidas familia, organizaciones, comunidades y sociedad en general”. “Los sistemas humanos tienen capacidad para pensar y para sentir, y se basan en la conciencia y en el significado, por los que se ajustan de manera adecuada a los cambios que se producen en el entorno y, a su vez, influyen en el mismo entorno”. El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

**Paciente:** lo define como el foco principal de la enfermería, el receptor de la asistencia que ofrecen estas profesiones, un sistema de adaptación complejo y vivo compuesto por procesos internos (relacionador y regulador) y que actual para mantener la capacidad de adaptación.

**Meta:** que el paciente se adapte al cambio.

**Salud:** Es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno

**Entorno:** Es el conjunto de “todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la



tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales” La meta de Enfermería es la promoción de la adaptación del sistema humano. La adaptación busca mantener la integridad y la dignidad; contribuye a promover, mantener y mejorar la salud, la calidad de vida, y a morir con dignidad.

**Dirección de las actividades:** la facilitación a la adaptación.

También considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación, entre ellos:

**Las necesidades fisiológicas básicas:** Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.

**La autoimagen:** El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.

**El dominio de un rol o papel:** Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.

**Interdependencia:** La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

Roy subraya que, en su intervención, el/la enfermero/a debe estar siempre consiente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos de adaptación ya sea en la salud o en la enfermedad.

La intervención del enfermero/a implica el aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos.

El hecho de conocer al paciente en todos los ámbitos hace que su evaluación tenga mejor desenvolvimiento, claridad, calidad y mejores resultados en el cuidado. Esto puede llevarse a la práctica con mayor facilidad ya que exige una actitud crítica, reflexiva y comprometida con el paciente y no el manejo estricto de conocimientos teóricos. Además, permite la relación, el

establecimiento de vínculos con el paciente y participación por parte de él, que hará más fácil el diagnóstico o mejoramiento de la enfermedad.

“El modelo de adaptación proporciona una manera de pensar acerca de las personas y su entorno que es útil en cualquier entorno. Ayuda a una prioridad, a la atención y los retos de la enfermería para mover al paciente de sobrevivir a la transformación.” Sor Callista Roy. (Marriner Tomey A, 2007)

Aunada a la teoría de Sor Callista Roy, esta problemática también se podría abordar desde el punto de vista de Florence Nightingale con su teoría del entorno ya que la misma trata sobre la influencia que tiene el entorno en la salud de las personas. Nightingale consideraba que la enfermera era la encargada de manipular el ambiente para beneficiar la salud del paciente por lo que, las intervenciones adecuadas sobre el entorno podrían evitar las enfermedades, en este caso la aparición del SCA.

El concepto de entorno hace referencia a las condiciones e influencia externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte. Entre los elementos del entorno se pueden mencionar la ventilación, la iluminación, la temperatura, la dieta, la higiene y el ruido. Nightingale creía que los entornos saludables eran necesarios para aplicar unos cuidados de enfermería adecuados.

Su teoría sobre los 5 elementos esenciales de un entorno saludable (aire puro, agua potable eliminación de aguas residuales, higiene y luz) se consideran tan indispensables en la actualidad como hace 150 años.

Que todos los pacientes tuvieran una ventilación adecuada parecía ser una de las grandes preocupaciones de Nightingale. Instruía a sus enfermeras para que los pacientes pudieran respirar un aire tan puro como el del exterior. Rechazaba la teoría de los gérmenes (recientemente creada en esa época). El énfasis en la ventilación adecuada hacía reconocer a este elemento del entorno tanto como causa de enfermedades como también para la recuperación de los pacientes.

La higiene como concepto es otro elemento esencial de la teoría del entorno de Nightingale. En este concepto se refirió al paciente, a la enfermera y al entorno físico. Observó que un entorno sucio (suelos, alfombras, paredes y ropas de camas) era una fuente de infecciones por la materia orgánica que

contenía. Incluso si el entorno estaba bien ventilado, la presencia de material orgánico creaba un ambiente de suciedad; por tanto, se requería una manipulación y una eliminación adecuadas de las excreciones corporales y de las aguas residuales para evitar la contaminación del entorno. Nightingale era partidaria de bañar a los pacientes a menudo, incluso todos los días. También exigía que las enfermeras se bañaran cada día, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran las manos con frecuencia.

El concepto de iluminación también era importante en su teoría. Descubrió que la luz solar era una necesidad específica de los pacientes: la luz posee tantos efectos reales y tangibles sobre el cuerpo humano. Se enseñaba a las enfermeras a mover y colocar a los pacientes de forma que estuvieran en contacto con la luz solar. (Marriner Tomey A, 2007)

También incluyó los conceptos de temperatura, silencio y dieta en su teoría del entorno. Por lo que elaboró un sistema para medir la temperatura corporal con el paciente palpando las extremidades, con la finalidad de calcular la pérdida de calor. Se enseñaba a la enfermera a manipular continuamente el entorno para mantener la ventilación y la temperatura del paciente encendiendo un buen fuego, abriendo las ventanas y colocando al paciente de modo adecuado en la habitación.

Nightingale se preocupó por la dieta del paciente. Enseñó a las enfermeras a valorar la ingesta alimenticia, así como el horario de las comidas y su efecto sobre el paciente. Creía que los pacientes con enfermedades crónicas corrían el peligro de morir de inanición, y que las enfermeras debían saber satisfacer las necesidades nutricionales de un paciente.

Otro elemento de su teoría fue la definición del control de los detalles más pequeños. La enfermera controlaba el entorno física y administrativamente. Además, controlaba el entorno para proteger al paciente de daños físicos y psicológicos: debía evitar que el paciente recibiera noticias que pudieran perturbarlo, que recibiera visitas que perjudicaran su recuperación y que su sueño fuera interrumpido. Nightingale reconoció que la visita de pequeños animales domésticos podría beneficiar al paciente.

Hacía referencia a la persona como paciente. Las enfermeras realizaban tareas para y por el paciente y controlaban el entorno de este paciente para favorecer su recuperación. Les enseñaba a las enfermeras a preguntarle sus

preferencias, poniendo de manifiesto la creencia de que Nightingale veía a cada paciente como un individuo.

Ella hizo especial hincapié en que la enfermera debía mantener siempre el control y la responsabilidad sobre el entorno del paciente, sobre las elecciones y las conductas personales. Nightingale respetaba a las personas de diversos orígenes sin emitir juicios sobre su nivel social. Su convicción sobre la necesidad de enfermeras laicas apoya el respeto por las personas sin emitir juicios originados por sus creencias religiosas o por la falta de ellas.

Definió salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona.

Contemplaba la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía debido a una falta de atención. Utilizó el término naturaleza como sinónimo de Dios. Este empleo se veía respaldado por las creencias religiosas del unitarismo. Concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social. Describió la enfermería de salud pública moderna y el concepto de promoción de salud. (Marriner Tomey A, 2007)

La práctica enfermera incluye diferentes modos para la manipulación del entorno que sirvan para potenciar la recuperación del paciente. La higiene, la iluminación, ventilación, temperatura y ruidos son elementos a identificar para ser controlados. La enfermera debe manipular los elementos del entorno; controlando los mismos a los fines de disminuir los estímulos focales y contextuales que predispongan a la aparición de un cuadro SCA. (redacción propia)

El Síndrome Confusional Agudo (Delirium) es una entidad clínica frecuente a la que se enfrentan todos los que asisten adultos mayores. La valoración geriátrica integral que permite detectar factores predisponentes y desencadenantes logra en muchas situaciones evitar la precipitación del cuadro.

La detección precoz del delirium y sus causas desencadenantes, permite el apropiado manejo mediante intervenciones no farmacológicas y farmacológicas que logran disminuir la dependencia funcional y la mortalidad asociada al mismo. (Araujo L et al., 2016)

## **MATERIAL y MÉTODO**

### **Tipo de Estudio**

Se realizará un estudio descriptivo, de corte trasversal con recolección de datos en forma prospectiva, el cual se desarrollará durante el primer semestre del año 2018; entendiéndose este periodo desde el Martes 2 de Enero hasta el Viernes 1 de Junio del año 2018.

### **Sitio o Contexto**

Para el desarrollo de la presente investigación se tomará específicamente el Servicio de “Cirugía General y Especialidades”, el cual cuenta con una dotación de 27 camas útiles y; el, “Servicio de Clínica Médica” que cuenta con una dotación total de 71 camas útiles, distribuidas en cuatro sectores a saber:

- 3° piso: 16 camas
- 2° piso - sector A: 21 camas
  - sector B: 20 camas
  - sector Hemicuerpo: 14 camas

Los mismos fueron seleccionados a través de una Guía de Convalidación de Sitios la cual se presenta en el ANEXO I

## POBLACION y MUESTRA

La población en estudio estará compuesta por los adultos mayores de 65 años que se encuentren hospitalizados en el Servicio de “Cirugía General y Especialidades” y, en el Servicio de “Clínica Médica” en la Institución seleccionada para la investigación.

La Unidad de Análisis estará conformada por cada adulto mayor de 65 años que reúna los siguientes *Criterios de Inclusión* a saber:

- Pacientes mayores de 65 años hospitalizados el Servicio de “Cirugía General y Especialidades” y, en el Servicio de “Clínica Médica”

- Pacientes de ambos sexos

- Pacientes que cursen una estadía hospitalaria mayor a 24 hs

Así mismo, se excluirán del estudio los pacientes que presenten algunas de las características que se detallan a continuación (*Criterios de Exclusión*)

- Pacientes que presenten antecedentes de algún tipo de patología neurológica al momento de ingresar al Servicio de “Cirugía General y Especialidades” y, al Servicio de “Clínica Médica”, como, por ejemplo:

- Enfermedad de Alzheimer

- Enfermedad de Parkinson

- Demencias de Origen Vascular

- Tumores o Metástasis Cerebrales

- Esclerosis Múltiples

- Infecciones que afectan al Cerebro como Meningitis o Encefalitis

- Traumatismos Craneoencefálicos

- Epilepsia

- Neuropatías

- Pacientes que al momento del ingreso al Servicio de “Cirugía General y Especialidades” y, al Servicio de “Clínica Médica”, se encuentren desorientados en Tiempo y Espacio

## **TECNICAS e INSTRUMENTO de RECOLECCION de DATOS**

### **PRINCIPIOS ETICOS**

Como fue mencionado anteriormente, el periodo de recolección de datos se desarrollará durante el primer semestre del año 2018, entendiéndose este, desde el martes 2 de enero hasta el viernes 1 de junio del mismo año.

#### **Variable 1:** Síndrome Confusional Agudo (Delirium)

Para medir esta variable se utilizará el cuestionario de CAM (Confusión Assessment Method). En el año 2001, Eugene Wesley Ely (Médico Profesor Estadounidense), Sharon Inouye (Profesora de Medicina dedicada a la investigación del envejecimiento); et.al. desarrollaron y validaron el CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) para la detección del delirium en un entorno crítico, en ausencia de comunicación verbal, mediante los criterios diagnósticos del DSM-IV (Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales – editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría). El mismo representa un conjunto ordenado de operaciones sistemáticas para el establecimiento del diagnóstico si el paciente presenta cambios en su estado mental e inspecciona cuatro aspectos a saber:

- Inicio Agudo y Curso Fluctuante
- Trastorno en la Atención
- Pensamiento Desorganizado
- Alteración del Nivel de Conciencia

Se compone de una serie de preguntas cerradas con opción de respuesta múltiple, las cuales serán cumplimentadas por el personal de enfermería a través de la entrevista con el familiar y la observación del paciente.

La **Variable 2:** Tiempo de Estadía Hospitalaria, se compone por tres indicadores que serán incluidos en una de las preguntas del CAM

#### **Variable 3:** Características de los Pacientes

Para recolectar los datos de esta variable, se utilizará un cuestionario de preguntas cerradas con opción de respuestas múltiples. Esto datos también serán recabados por el personal de enfermería a través de la entrevista con el familiar a cargo del paciente.

Dentro de los Principios Éticos que se tendrán en cuenta en este estudio, se pueden mencionar:

***Principio del Respeto a la Dignidad Humana:***

Este principio se tendrá en cuenta a la hora de hacer firmar el consentimiento informado, en donde se explicará al paciente y/o familiar a cargo todo lo que concierne al estudio de investigación. Además, se informará que puede abstenerse de participar de la investigación cuando lo desee y rehusarse a dar información cuando considere que se invade la privacidad.

***Principio de Justicia:***

*En todo momento se tratará al paciente/familiar con respeto y calidez y se permitirá que aclaren las dudas que consideren necesario, permitiendo exponer ideas, conceptos y creencias. Además, se asegurará la confidencialidad de los datos y el anonimato del paciente que forma parte de la población en estudio.*

**PERSONAL a CARGO de la RECOLECCION de DATOS**

Para la recolección de los datos, se entrenará a personal de enfermería para poder abarcar a toda la población que reúna los criterios de inclusión. Con esta finalidad, se capacitará al personal que desee formar parte del equipo de investigación, a través de talleres que serán organizados para tal fin por la autora.



## VARIABLES IDENTIFICADAS – PROCESO DE OPERACIONALIZACION

### **Variable 1: Síndrome Confusional Agudo (Delirium)**

#### *Dimensión 1: Inicio agudo y curso fluctuante*

##### *Indicadores:*

1) ¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente?

• NO, el paciente se encuentra en un estado mental sin alteraciones (**no continuar con el test**)

• SI, el paciente presenta alteración en su estado mental – Indicar en que tiempo de **Estadía Hospitalaria (Variable 2)** se presentó:

#### *Dimensión 2: Alteración de la atención*

##### *Indicadores:*

2) El paciente ¿se distrae con facilidad y/o tiene dificultad para seguir una conversación?

• NO, el paciente se encuentra en un estado mental sin alteraciones (**no continuar con el test**)

• SI, el paciente presenta la/s siguiente/s alteración/es:

- Aumento de la actividad motora.
- Disminución de la actividad motora.

#### *Dimensión 3.- Pensamiento desorganizado*

##### *Indicadores:*

3) ¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas que le rodean?

• NO, el paciente se encuentra en un estado mental sin alteraciones

• SI, el paciente presenta la/s siguiente/s alteración/es:

- Desorientación en tiempo
- Desorientación en espacio
- Desorientación en persona

#### *Dimensión 4.- Alteración del nivel de conciencia*

##### *Indicadores:*

4) ¿Está alterado el nivel de conciencia del paciente?

- NO; su nivel de conciencia es Alerta (Normal)
- SI; su nivel de conciencia se encuentra alterado, el paciente se encuentra: ----

- Alerta (Normal)
- Vigilante (Híper alerta)
- Letárgico (inhibido, somnoliento)
- Estuporoso (Difícil despertarlo)
- Comatoso (No se despierta)

El diagnóstico del Síndrome Confusional Agudo (Delirium) requiere la respuesta positiva de la pregunta 1 y 2 más alguna de las otras dos preguntas 3 y/o 4.

**Variable 2:** Tiempo de Estadía Hospitalaria

Indicadores:

- De 24 a 48hs.
- De 48 a 72hs.
- Más de 72hs

**Variable 3:** Características de los Pacientes

Dimensión 1: Grupo de Convivencia

Indicadores:

- Paciente que vive Solo
- Paciente que vive con un acompañante (familiar u otro)
- Paciente institucionalizado en un efector de primer nivel (geriátrico – residencial)

Dimensión 2: Nivel de Escolaridad

Indicadores:

- Analfabeto:
- Primaria incompleta - ¿Hasta qué grado fue a la escuela?
- Primaria completa
- Secundario incompleto ¿Hasta qué año fue a la escuela?
- Secundario completo
- Terciario incompleto
- Terciario completo

- Otro

*Dimensión 3: Tipo de Ingreso Económico*

*Indicadores:*

- Jubilación Propia
- Pensión
- Plan Social
- Otro

## PLAN DE ANÁLISIS

La Variable 1: “Síndrome Confusional Agudo (Delirium)” esta compuesta por 4 Dimensiones y 4 Indicadores, los cuales se expresan en forma de preguntas.

En la pregunta 2 y dentro de la opción de respuesta SI, se incluyen los Indicadores de la Variable 2: Estadía Hospitalaria; a saber:

### **Dimensión 1.- Comienzo agudo y curso fluctuante**

1) ¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente?

• NO, el paciente se encuentra en un estado mental sin alteraciones (**no continuar con el test**) ----- (puntuación 1)

• SI, el paciente presenta alteración en su estado mental – Indicar en que tiempo de **Estadía Hospitalaria (Variable 2)** se presentó: ---- (puntuación 2)

- 24 a 48hs. (3)

- 48 a 72hs. (4)

- Más de 72hs. (5)

### **Dimensión 2.- Alteración de la atención**

2) El paciente ¿se distrae con facilidad y/o tiene dificultad para seguir una conversación?

• NO, el paciente se encuentra en un estado mental sin alteraciones (**no continuar con el test**) ----- (puntuación 6)

• SI, el paciente presenta la/s siguiente/s alteración/es: --- (puntuación 7)

- Aumento de la actividad motora. (8)

- Disminución de la actividad motora. (9)

### **Dimensión 3.- Pensamiento desorganizado**

3) ¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas que le rodean?

• NO, el paciente se encuentra en un estado mental sin alteraciones ---- (puntuación 10)

• SI, el paciente presenta la/s siguiente/s alteración/es: (puntuación 11)

- Desorientación en tiempo (12)

- Desorientación en espacio (13)

- Desorientación en persona (14)

#### **Dimensión 4.- Alteración del nivel de conciencia**

4) ¿Está alterado el nivel de conciencia del paciente?

- NO; su nivel de conciencia es Alerta (Normal) ----- **(puntuación 15)**

• SI; su nivel de conciencia se encuentra alterado, el paciente se encuentra: ---- **(puntuación 16)**

- Vigilante (Híper alerta) (17)

- Letárgico (inhibido, somnoliento) (18)

- Estuporoso (Difícil despertarlo) (19)

- Comatoso (No se despierta) (20)

-

➤ Según el CAM; el diagnóstico del Síndrome Confusional Agudo (Delirium) requiere la respuesta positiva de la pregunta 1 y 2; más alguna de las otras dos preguntas 3 y/o 4 (excluyente).

Cada pregunta se compone por dos opciones de respuestas, a saber: NO – SI; dichas opciones serán medidas a través de una Escala Ordinal (NO – SI); a los fines de poder reconstruir la Variable en estudio, quedando de la siguiente manera:

- De 1 a 32 ===== Paciente NO padece Síndrome Confusional Agudo

- De 43 a 76 ===== Paciente padece Síndrome Confusional Agudo

➤ Los resultados de dicha variable se analizarán a través de un análisis estadístico de tipo descriptivo e inferencial y se volcarán en una tabla de doble entrada a los fines de poder visualizar el resultado de la misma, según cada paciente en particular; la cual se presenta a continuación.

Indicadores/ Preguntas	NO	SI			NO	SI		NO	SI (Desorientación)			NO	SI				Paciente <b>NO</b> padece de Síndrome Confusional Agudo <b>De 2 a 4</b>	Paciente <b>SI</b> padece de Síndrome Confusional Agudo <b>De 6 a 8</b>
		Estadía Hospitalaria				Aum. de la actividad motora	Dism. de la actividad motora		Des. en tiempo	Des.en espacio	Des.en persona		Vigilante	Letárgico	Estuporoso	Comatoso		
		24 - 48 hs	48 - 72 hs	+ 72 hs														
1) ¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente?																		
2) El paciente ¿se distrae con facilidad y/o tiene dificultad para seguir una conversación?																		
3) ¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas que le rodean?																		
4) ¿Está alterado el nivel de conciencia del paciente?																		
<b>TOTAL</b>																		

La Variable 3: “Características de los Pacientes”, está compuesta por 3 dimensiones y 15 indicadores, los cuales serán valorados a través de una Escala Nominal Dicotómica a saber: SI – NO. Dichas categorías no serán cuantificadas ya que se pretende que los indicadores de esta variable, actúen en los resultados como dato socio - económico a la hora de responder la relación entre las Variable 1 y 2.

*Indicar su Grupo de Convivencia*

- Paciente que vive Solo: SI ( ) NO ( )
- Paciente que vive con un acompañante (familiar u otro): SI ( ) NO ( )
- Paciente institucionalizado en un efector de primer nivel (geriátrico – residencial): SI ( ) NO ( )

*Indicar Nivel de Escolaridad*

- Analfabeto: SI ( ) NO ( )
- Primaria incompleta: SI ( ) NO ( ) ¿Hasta qué grado fue a la escuela?-----
- Primaria completa: SI ( ) NO ( )
- Secundario incompleto: SI ( ) NO ( ) ¿Hasta qué año fue a la escuela?-----
- Secundario completo: SI ( ) NO ( )
- Terciario incompleto: SI ( ) NO ( )
- Terciario completo: SI ( ) NO ( )
- Otro: -----

*Indicar el Tipo de Ingreso Económico*

- Jubilación Propia : SI ( ) NO ( )
- Pensión: SI ( ) NO ( )
- Plan Social: SI ( ) NO ( )
- Otro -----

➤ Los resultados de dicha variable se volcarán en una tabla de doble entrada a los fines de poder visualizar el resultado de la misma, según cada paciente en particular. Dicha tabla se presenta a continuación.

<b>Dimensión / Indicadores</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b><i>Indicar su Grupo de Convivencia</i></b>		
Paciente que vive Solo		
Paciente que vive con un acompañante (familiar u otro)		
Paciente institucionalizado en un efector de primer nivel (geriátrico – residencial)		
<b><i>Indicar Nivel de Escolaridad</i></b>		
Analfabeto		
Primaria incompleta ¿Hasta qué grado fue a la escuela?		
Primaria completa		
Secundario incompleto ¿Hasta qué año fue a la escuela?		
Secundario completo		
Terciario incompleto		
Terciario completo		
Otro -----		
<b><i>Indicar el Tipo de Ingreso Económico</i></b>		
Jubilación Propia		
Pensión		
Plan Social		
Otro -----		



## PLAN de TRABAJO

Actividad	Enero 2018 Comienza Martes 2	Febrero 2018	Marzo 2018	Abril 2018	Mayo 2018		Junio				
					1 <sup>a</sup> Quincena	2 <sup>a</sup> Quincena	Viernes 1	Del 4 al 11	Del 12 al 15	Del 18 al 27	Del 28 al 30
Recolección de Datos Aplicación de los Instrumentos previa firma de Consentimiento Informado											
Tabulación de los datos recolectados											
Análisis e Interpretación de los Resultados											
Elaboración y Redacción de la Discusión											
Elaboración y Redacción de la/s Conclusión/es											
Difusión de los Resultados											

# **ANEXOS**

**ANEXO I**  
**GUIA de CONVALIDACIÓN de SITIO**

- La Institución pertenece a la Red de Administración:
  - Privada ( )
  - Pública → Provincial ( )
  - Municipal ( )
  - Paraestatal ( **X** )
  
- La Institución; ¿Cuenta con un Servicio de “Cirugía General y Especialidades” y, un Servicio de “Clínica Médica”? Si ( ) No ( )
- En el Servicio de “Cirugía General y Especialidades” y, el Servicio de “Clínica Médica”, ¿Se hospitalizan pacientes mayores de 65 años?  
Si ( ) No ( )
- La Dirección de la Institución, ¿autoriza el acceso de la autora de la Investigación para desarrollar la Investigación? Si ( ) No ( )
- El jefe/a a cargo del Servicio, ¿autoriza el acceso de la autora de la Investigación para desarrollar la Investigación? Si ( ) No ( )
- ¿Cuántos pacientes en total se encuentran hospitalizados en el Servicio de “Cirugía General y Especialidades” y, en el Servicio de “Clínica Médica”?-----
- Cuántos pacientes reúnen las siguientes características al ingresar al efector, entre ellos:
  - Pacientes mayores de 65 años hospitalizados en el Servicio de “Cirugía General y Especialidades” y, en el Servicio de “Clínica Médica”; que NO presenten antecedentes de algún tipo de patología neurológica como, por ejemplo:
    - Enfermedad de Alzheimer
    - Enfermedad de Parkinson
    - Demencias de Origen Vascular
    - Tumores o Metástasis Cerebrales
    - Esclerosis Múltiples
    - Infecciones que afectan al Cerebro como Meningitis o Encefalitis

-Traumatismos Craneoencefálicos

-Epilepsia

-Neuropatías

- Pacientes de ambos sexos, que cursen una estadía hospitalaria mayor a 24 hs y que al momento del ingreso al Servicio no se encuentren desorientados en Tiempo y Espacio.

➤ Total de pacientes que reúnen criterios de inclusión.....

**ANEXO II**  
**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**  
**CAM (Confusion Assessment Method)**  
**Escala Diagnóstica de Delirio**

**1.- Comienzo agudo y curso fluctuante**

¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente?

- NO, el paciente se encuentra en un estado mental sin alteraciones (no continuar con el test)

- SI, el paciente presenta alteración en su estado mental – Indicar en que tiempo de Estadía Hospitalaria lo presentó:

- 24 a 48hs. -----

- 48 a 72hs.-----

- Más de 72hs.----

**2.- Alteración de la atención**

El paciente ¿se distrae con facilidad y/o tiene dificultad para seguir una conversación?

- NO, el paciente se encuentra en un estado mental sin alteraciones (no continuar con el test) -----

- SI, el paciente presenta la/s siguiente/s alteración/es:

- Aumento de la actividad motora

- Disminución de la actividad motora

**3.- Pensamiento desorganizado**

¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas que le rodean?

- NO, el paciente se encuentra en un estado mental sin alteraciones (no continuar con el test) -----

- SI, el paciente presenta la/s siguiente/s alteración/es:---

- Desorientación en tiempo ----

- Desorientación en espacio ----

- Desorientación en persona----

#### 4.- Alteración del nivel de conciencia

¿Está alterado el nivel de conciencia del paciente?

- NO; su nivel de conciencia es Alerta (Normal)
- SI; su nivel de conciencia se encuentra alterado, el paciente se

encuentra:

- Vigilante (Híper alerta) -----
- Letárgico (inhibido, somnoliento) ----
- Estuporoso (Difícil despertarlo) ----
- Comatoso (No se despierta) -----

El diagnóstico del Síndrome Confusional Agudo (Delirium) requiere la respuesta positiva de la pregunta 1 y 2 más alguna de las otras dos preguntas 3 y/o 4.

## Característica del Paciente

### *Indicar su Grupo de Convivencia*

- Paciente que vive Solo ----
- Paciente que vive con un acompañante (familiar u otro) -----
- Paciente institucionalizado en un efector de primer nivel (geriátrico – residencial) -----

### *Indicar Nivel de Escolaridad*

- Analfabeto: -----
- Primaria incompleta: ----- ¿Hasta qué grado fue a la escuela?-----
- Primaria completa: -----
- Secundario incompleto: ----- ¿Hasta qué año fue a la escuela?-----
- Secundario completo: -----
- Terciario incompleto: -----
- Terciario completo: -----
- Otro: -----

### *Indicar el Tipo de Ingreso Económico*

- Jubilación Propia -----
- Pensión -----
- Plan Social -----
- Otro -----

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. Sra....., de..... Edad,

DNI N°....., en calidad de paciente y/o;

Sr. Sra....., de..... Edad,

DNI N°....., en calidad de familiar a cargo de la persona arriba nombrada.

Expongo:

- Que he sido debidamente informado por la Enfermera Mónica Salgado, a cargo del estudio de investigación que tiene como Objetivo General:

**Identificar qué relación existe entre la incidencia del Síndrome Confusional Agudo (Delirium), el Tiempo de Estadía Hospitalaria y las Características de los Pacientes en personas adultos, mayores de 65 años, hospitalizados en un Servicio de “Cirugía General y Especialidades” y, un Servicio de “Clínica Médica” de una Institución cita en la ciudad de Rosario; durante el primer semestre del año 2018**

-En todo lo referente a naturaleza, propósito y metodología del mismo, al mismo tiempo, me siento satisfecho de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre las dudas que fueron expresadas por mi persona.

-Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento sin tener que exponer explicación alguna.

- Entiendo que se asegurara la confidencialidad de los datos y dejo constancia que los resultados se utilizaran solo con fines estadísticos.

Firma: .....

Aclaración: .....



### **ANEXO III**

#### **RESULTADO GUIA de CONVALIDACIÓN de SITIO**

La Institución, pertenece a la red de administración paraestatal; forma parte de una obra social que brinda servicios de salud a pacientes generalmente adultos mayores, es considerada la más grande de Latino América; toda su estructura funcional depende de la Gerencia de Efectores Sanitarios Propios, situada en la Sede Central de la obra social, ubicada en Capital Federal.

Abarca una población de 37.500 afiliados y nuclea prestaciones asistenciales a este tipo de usuarios, por lo que es considerado un hospital de agudos por la complejidad de los servicios de salud que brinda. Cuenta con una dotación de 114 camas útiles, distribuidas en los diferentes servicios de internación.

Cuenta con un Servicio de “Cirugía General y Especialidades” y, un Servicio de “Clínica Médica” donde se hospitalizan pacientes mayores de 65 años. Tanto la Dirección de la Institución como los jefes a cargo de ambos servicios; autorizan el acceso de la autora de la presente Investigación para desarrollar la misma. La totalidad de los pacientes que a la fecha reúnen los criterios de inclusión son, 50 pacientes aproximadamente.

## **ANEXO IV**

### **RESULTADO de la PRUEBA PILOTO**

Se concurrió a una Institución donde se hospitalizan pacientes mayores de 65 años con el fin de poder realizar la prueba piloto de los instrumentos de recolección de datos. La misma se desarrolló en un grupo de pacientes que accedieron a colaborar en dicha actividad, y que reunían los criterios de inclusión; todos estaban acompañados por un familiar quienes también colaboraron. Se procedió a explicarles cual era el objetivo de la mencionada prueba y paso siguiente, se comenzaron a realizar las preguntas para completar los instrumentos.

Los resultados arrojaron lo siguiente:

- La aplicación de los instrumentos (Nº 2 – no validado) demostró que las preguntas incluidas son claras y comprensibles
- La cumplimentación de los instrumentos se realizó en un corto tiempo, lo cual fue facilitado por las posibles respuestas que ya estaban impresas en el mismo
- En ningún momento el paciente y/o familiar se sintió incómodo para responder a las preguntas.
- El instrumento reúne la información suficiente para responder a las variables en estudio
- La organización del instrumento es apropiada

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araujo L, Rosano S & Fierro A; (2016). Síndrome Confusional Agudo. Rev. Tendencias en Medicina 25 (49):102 – 107. Disponible en: [http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes49/art\\_14.pdf](http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes49/art_14.pdf). Consultado el día 2 de Setiembre 2017.

Carrera Castro C; (2014). Revisión de la literatura sobre la validez de la escala CAM-UCU (Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit) en el diagnóstico clínico del delirium en pacientes. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1392894396.pdf>. Consultado el día 2 de Agosto 2017.

Fahrer R; 1993. Manual de Psiquiatría. Editorial Lopez Libreros. Capitulo 3, pág. 16-21.

García Antelo MJ; (2012). Síndrome Confusional Agudo. Rev. Cad Aten Primaria 18 (4):303-305. Disponible en: [https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18\\_4\\_Parasaber\\_1\\_Cadernos.pdf](https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18_4_Parasaber_1_Cadernos.pdf). Consultado el día: 4 de Setiembre 2017.

Lázaro-Del Nogal M, Ribera-Casado J.M. (2009). Síndrome Confusional (*delirium*) en el Anciano. Rev. Sociedad Española de Psicogeriatría 1 (4): 209-221. Disponible en: [http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0104/0104\\_209\\_221.pdf](http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0104/0104_209_221.pdf). Consultado el día: 9 de Agosto 2017.

Marriner Tomey, A. et al; (2007). Modelos y teorías en enfermería. 6ª Edición. Editorial El Sevier. Pág. 267-295.

Llorens M, Irigoien V, Prieto J, Torterolo A, Guerrini V, Lamas L et al; (2009). Características Clínicas del Síndrome Confusional en un Hospital General: Factores de Riesgo y Factores Precipitantes. Rev. Arch Med Int. 31(4): 93-98. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688423X2009000400003&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688423X2009000400003&lng=es) Consultado el día: 1 de Agosto 2017.

Palma Suarez M, Belmonte Rodríguez A, Ortiz Leal F, Buforn Galiana A & González Rando M. Síndrome Confusional Agudo. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/confuag.pdf>. Consultado el día: 2 de Agosto 2017.

Pichot P, López-Ibor Aliño, Valdés Miyar M; (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 1ª Edición. Barcelona: Editorial Masson: pp. 129 – 139.

Ruiz Ma.I, Mateos V, Suárez H, Villaverde P; (2005). Síndrome Confusional Agudo (Delirium) – Guía Práctica de Diagnóstico y Tratamiento. Servicio de Salud del Principado de Asturias – Hospital Universitario Central de Asturias.

Vademécum Rioplatense; (2005). Medicamentos Genéricos y de Marca – Índice terapéutico de consulta.

Veiga Fernández F, Cruz Jentoft A; (2008). Etiología y Fisiopatología del Delirium. Rev Esp Geriatr Gerontol. 43 (3):4-12

