

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**Grado de independencia y la ocurrencia del Síndrome Confusional Agudo en
Adultos Mayores de un efector público de residentes crónicos de la ciudad de
Rosario**

Por: Enf. Liali, Gerardo

Director: Psiq. Núñez, Javier

Docente Asesor: Lic. Acosta, Simón

Lic Diaz Ferrari, Analía

Rosario, 6 de diciembre de 2020

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

Agradecimiento.

Dedicado a aquellas personas que fueron pilares en mi vida y que contribuyeron al alcance de mis objetivos; Vilma, Gabriel y Cecilia.

Gracias.

Resumen:

El Síndrome Confusional Agudo o Delirium es un síndrome que puede presentarse con distintos signos y síntomas, originado por múltiples causas que afecta mayormente a la población de adultos mayores, es una cuadro que se caracteriza por alteración de la conciencia, de las funciones cognitivas y de la conducta.

El objetivo general del estudio será describir la relación que existe entre la ocurrencia del SCA y el grado de independencia de los adultos mayores institucionalizados en un hospital público de la ciudad de Rosario, durante el periodo enero y marzo de 2021.

Se realizará un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. La población en estudio serán todos los adultos mayores de 60 años de edad institucionalizados. Se aplicará el índice de Barthel y el cuestionario CUM (Confussion Assessment method) para medir las variables en estudio.

Por último, el plan de análisis de los datos se realizará mediante estadística descriptiva bivariada donde se cruzarán los datos obtenidos y se establecerán posibles relaciones entre las variables.

Palabras clave:

Adulto mayor. Síndrome Confusional Agudo o Delirium. Grado de Independencia

INDICE GENERAL	Pág.
Resumen y Palabras Clave	2
Índice General	3
Introducción	
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte.....	4
Planteamiento del problema de estudio.....	9
Marco Teórico	11
Material y Métodos	
Tipo de estudio o Diseño.....	28
Sitio o contexto de la investigación.....	28
Población y Muestra.....	29
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	29
Personal a cargo de la recolección de datos.....	35
Plan de análisis.....	36
Plan de trabajo y Cronograma.....	38
Anexos	
I. Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios.....	40
II. Instrumento de recolección de datos.....	43
III. Resultados del estudio exploratorio.....	48
IV. Resultados de la prueba piloto del instrumento.....	49
Bibliografía	51

Introducción:

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el proceso de envejecimiento de la población mundial se lleva a cabo de forma escalonada, pues se considera que entre el año 2015 y 2020 las personas mayores de 60 años pasaran de 900 millones a 2000 millones, aumentando significativamente este grupo poblacional. Así mismo, la proporción de personas mayores se incrementan del 10% en 1998 al 15% en 2025, este segmento de la población que presenta un acelerado crecimiento, es la de 80 años y más, que en los próximos 40 años; duplicará al de 60 años (OMS, 2017)

Por lo tanto uno de los cambios más significativos de las últimas décadas es el incremento en la proporción de adultos mayores respecto de la población general, relacionado con el aumento en la expectativa de vida y el descenso en la tasa de natalidad (Peña Pérez. B, 2009). Por tal motivo, el adulto mayor se ha convertido en uno de los principales focos de atención. Mientras la población general crece un 1.7% anual, la población de adultos mayores crece un 2.5% (León, 2009).

En las últimas décadas, los países latinoamericanos han experimentado un acelerado proceso de transición demográfica y epidemiológica, caracterizado por el envejecimiento progresivo de la población, y se espera siga aumentando (CEPAL, 2004).

El índice de envejecimiento en la República Argentina para el total de la población, comenzó siendo del 23.8% en el año 1970 y alcanzó un valor del 40.2% por cada 100 jóvenes en 2010. Se observa también un envejecimiento mayor de la población femenina respecto de la masculina, relación que se acrecentó hacia el año 2010 y se espera que esa tendencia se mantenga (Tisnés, 2016).

Este aumento de la población envejecida debe tratarse como problema de salud pública, dadas las consecuencias sociales y económicas que el incremento de la edad supone en el riesgo de pérdida de capacidades físicas y mentales. Estos cambios propios del envejecimiento hacen que los adultos mayores, según la genética y el estilo de vida llevado a lo largo de sus años, tengan mayores posibilidades de dependencia funcional. Esta nueva condición puede provocar una alta morbimortalidad y pérdida de autonomía, incluso

predisponiendo el ingreso prematuro a centros institucionalizados o larga estadía. (Romero, 2015)

La pérdida de la autonomía es un factor predisponente del Síndrome Confusional Agudo (SCA), caracterizado por un conjunto de síntomas clínicos asociados con alteración aguda de la conciencia, la atención y la cognición que se desarrolla en un corto periodo de tiempo y que afecta comúnmente a pacientes mayores de 65 años. La pérdida de la capacidad de independencia del adulto mayor, conlleva, a la aparición de comorbilidades asociadas como ser; pérdida de la función cognitiva, pérdida de los afectos por la institucionalización, enfermedades crónicas y discapacidades que mayormente desencadenan en mayor dependencia. (Artola, 2020)

En un artículo de la Revista Médica del Uruguay publicado en 2017 se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, con el objetivo de conocer y comparar la prevalencia del SCA con otros hospitales nacionales y extranjeros, para el mismo utilizaron el test CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit), validado al idioma español y en pacientes no críticos, en él se evaluaron 160 pacientes de los cuales el 58,7% eran hombres y el 44,4% mujeres, la media de edad de la muestra fue de 62 años donde se identificaron 12 pacientes con delirium representando el 7,5% del total. Las enfermedades subyacentes más frecuentes fueron las infecciosas el delirium fue más frecuente en pacientes mayores de 65 años. En 7 casos (58%) el delirium no había sido diagnosticado por el equipo médico tratante al momento del estudio, a los 100 días del mismo la mortalidad global fue de 5,4% (8 pacientes), de los cuales la mitad (4) presentó delirium al ser evaluada en ninguno de los casos el diagnóstico había sido consignado en la historia clínica. Se concluyó una prevalencia de delirium del 7,5%, asociando un riesgo de muerte 16 veces mayor resultados que apuntan a implementar estrategias de detección precoz que puedan incidir en la disminución en la morbimortalidad del paciente hospitalizado. (Wschebor, 2017)

La Asociación de Psiquiatría Americana (APA) destaca que el SCA está presente en 10% a 30% de los pacientes hospitalizados y que se trata de un cuadro clínico asociado a un pronóstico adverso, mayor morbimortalidad internación prolongada con las consecuentes complicaciones asociadas permaneciendo en ocasiones oculto por la dificultad de diagnosticarlo precoz y adecuadamente. (González M et al., 2003)

El Delirium cumple con los criterios requeridos para considerarlo un trastorno de gran importancia epidemiológica primero porque es un problema muy frecuente que conlleva serias complicaciones; segundo por su frecuente sub diagnóstico y por último porque tanto el SCA como sus complicaciones son procesos donde se pueden implementar medidas preventivas. (González M et al., 2003). Esta situación no logra ser identificada adecuadamente entre el 32% al 67% de los casos y frecuentemente se realiza un abordaje terapéutico tardío. (Inouye, 1998)

El diagnóstico y la valoración de la gravedad del Delirium siguen siendo esencialmente clínicos. Sin embargo el uso de instrumentos que faciliten el diagnóstico y que advierten la valoración de la gravedad del cuadro han permitido mejorar la práctica clínica los componentes esenciales son el trastorno de conciencia, la alteración cognitiva de la atención y la percepción. Típicamente la instalación es brusca y presenta un curso fluctuante durante el día con empeoramiento vespertino. (APA, 2010). En el mismo sentido otros autores manifiestan que los síntomas son fluctuantes y se asocian otro déficit cognitivos y alteración del ciclo sueño vigilia. (Trzepacz P et al., 2011)

En la clasificación del síndrome según su manifestación psicomotora, los pacientes que sufren el cuadro hiperactivo se caracterizan por presentar inquietud, agitación, estar hiperalerta y frecuentemente con alucinaciones e ideas delirantes. En la manifestación hipoactivo los pacientes se presentan letárgicos y somnolientos, el subtipo mixto presenta síntomas combinados de las modalidades (hiperactivo e hipoactivo). (Liptzin B et al., 1992)

Entre los factores de riesgos que pueden dar inicio al cuadro están; enfermedad cerebral de base como la demencia accidente cerebrovascular o enfermedad de Parkinson, condiciones presentes en casi la mitad de los pacientes de edad avanzada con Delirium. (Inouye S et al., 2002) Así mismo se describen otros factores de riesgo tales como la instauración brusca de insuficiencia cardíaca en el post operatorio de cirugías en pacientes con hipoglicemia deshidratación por intoxicación directa del sistema nervioso central en el uso inadecuado de distintos fármacos, la polifarmacia, desnutrición, el ambiente hospitalario y la institucionalización (Benjamin, 2018)

Mediante el test exacto de Fisher se valoró la asociación entre la edad mayor o igual a 65 años y la presencia de SCA. Al comparar la edad categorizada se obtuvo que los pacientes mayores de 65 años tuvieron seis veces más probabilidad de presentar SCA que los menores de dicha edad. Como dato significativo se destaca que, los pacientes confusos al momento del estudio fue del 58,3% y no habían sido identificado como tales por los equipos tratantes (Wschebor et al., 2017)

Por medio de la herramienta diagnóstica Confusion Assessment Method Instrument (CAM) se detectó que sobre una población de 102 pacientes, el 42,1% presentó subdiagnóstico con una prevalencia entre el 10% y el 31% en las Unidades de Cuidados Críticos y en pacientes con antecedentes de fractura de cadera con una frecuencia del 30% al 80%.

Para realizar el diagnóstico se interrogó al médico tratante, de los 102 pacientes se determinó que la edad promedio fue de 70 años o más, el 68,6% es de sexo femenino y que el 64,8% fue hospitalizado por causa no infecciosa. Se diagnosticó Delirium en 19 pacientes resultando una tasa de prevalencia del 18,6% y también se identificó el subtipo de Delirium en 68,4% de los pacientes, siendo 31,5% de ellos de tipo hipoactivo y 36,8% hiperactivo. En los pacientes restantes no se aportó este dato. En ocho pacientes 42,1% se cumplían criterios diagnósticos para el síndrome, pero no estaban siendo tratados, lo cual fue considerado como sub diagnóstico. (Pezoa A, 2015)

La frecuencia de SCA en los adultos de 80 años o más fue del 53,3% su prevalencia hospitalaria asciende al 50% de las personas de 65 años o más. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad mayor de 80 años y el estado funcional basal y el desarrollo del Delirium. Se consideró caso positivo el que cumplía criterios diagnósticos del CAM. De los 50 pacientes, 39 mujeres (relación mujer/hombre 3,5/1). La edad mínima fue de 65 años, la máxima de 99. Funcionalmente, previo a una intervención quirúrgica, 40% era independiente 44% presentaba dependencia leve y 16% dependencia moderada. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre Delirium y edad, así como con el estado funcional evaluado por el índice de Barthel. Se destaca que, en los menores de 80 años, la frecuencia de SCA fue de 25%, mientras que en los de 80 o más años, fue de 53.3%. Por otra parte en aquéllos con índice de Barthel menor a 60 de puntuación, el riesgo es aún mayor. (Arotce C, 2018)

Como dato significativo se destaca que la prevalencia del SCA superpuesto a la demencia es superior en poblaciones sin deterioro cognitivo previo, con estimaciones que oscilan entre 13% y 89%, dependiendo si la población es hospitalaria o de base comunitaria. (Inouye S et al., 2002)

Las manifestaciones del síndrome persisten por mayor tiempo en personas con demencia y pueden manifestarse como un Delirium sub sindrómico por meses (Cole M et al., 2015) Existen varios motivos por los que supone importante hacer un estudio acerca del SCA, para empezar, la alta incidencia del cuadro, especialmente en pacientes hospitalizados mayores de 65 años. En la actualidad a pesar de su frecuencia de sus significativas consecuencias y de tratarse de un problema bien conocido y de gran relevancia clínica el Delirium es altamente sub diagnosticado. Por tal motivo es importante poder describir si existe asociación entre los factores de riesgo tradicionalmente relacionados con el cuadro y la aparición de tal síndrome en pacientes adultos mayores hospitalizados. La edad ha sido el factor de riesgo más frecuentemente estudiado lo que deja de manifiesto que a mayor edad existe un mayor riesgo de desarrollo del SCA. Se destaca también que tanto la depresión como la demencia están significativamente asociadas con el Delirium. (Aragon I, 2018)

La situación funcional previa, medida mediante el índice de Barthel, donde se habla de capacidades para las actividades de la vida diaria (AVD) confirma la asociación significativa que demuestra que es un importante factor predisponente de Delirium. (Formiga F et al., 2007)

Se han incluido, la inmovilización o problemas de movilidad que limitaran al paciente a una vida de cama-sillón y la colocación de un catéter urinario; variables, medidas como ausencia o presencia de alguno de estos impedimentos físicos. Se ha puesto de manifiesto que dentro de esta categoría son factores de riesgo de desarrollar el cuadro estadísticamente significativos. Como así también los efectos secundarios de la medicación, en especial de los de efecto anticolinérgico, son la principal causa del cuadro en el anciano, pero a pesar de esto no hay muchos estudios que evalúen cada fármaco en concreto y cada estudio utiliza distintos sistemas para evaluar la asociación que tiene la medicación en la aparición

de Delirium. A la conclusión a la que han llegado la mayoría de trabajos es que la polifarmacia se considera un factor de riesgo independiente. (Aragon I, 2018)

Resulta interesante destacar que la prevalencia del SCA al momento de la hospitalización, varía entre el 10 y el 25%, llegando hasta el 40% en adultos mayores, además la incidencia al momento de la hospitalización está entre el 6% y el 56% de los pacientes geriátricos siendo más frecuente si cursan con periodo postoperatorio. En cirugía general la prevalencia se sitúa entre el 5 y el 11%. Parece que afecta con mayor frecuencia a hombres, sobre todo en la población anciana. Tienen también mayor predisposición aquellos pacientes que han sufrido un episodio previo. Los pacientes con SCA requieren mayor atención cuidado manejo y presentan una estadía intrahospitalaria prolongada. El paciente con Delirium es de difícil manejo y está en riesgo de caídas y fracturas. En el anciano el umbral de confusión es mucho menor que en el joven, y en los enfermos con demencia este umbral es aún más bajo (Diaz J, 2015).

El propósito del proyecto de investigación es ampliar el conocimiento respecto de la problemática descrita hasta aquí, con una mirada reflexiva desde Enfermería para plantear un programa de educación dirigidos al personal de salud, para así intervenir de manera preventiva en la medida de lo posible y actuar de manera proactiva en la detección y ocurrencia tanto del síndrome como así también en la evaluación de la capacidad funcional del adulto mayor.

Para ello se formula el siguiente problema de investigación: ¿Qué relación existe entre la ocurrencia del SCA y el grado de independencia de los adultos mayores, institucionalizados en un hospital público de la ciudad de Rosario, durante el periodo de enero a marzo del 2021?

La hipótesis que se formula es; Cuanto más severo es el grado de dependencia mayor será la ocurrencia del SCA en el adulto mayor institucionalizado.

El objetivo general es describir la relación que existe entre la ocurrencia del SCA y el grado de independencia de los adultos mayores institucionalizados en un hospital público de la ciudad de Rosario, durante el periodo enero y marzo de 2021.

Como objetivos específicos se plantea, identificar el comienzo del cuadro y su curso fluctuante, la inatención, el pensamiento desorganizado y el trastorno del nivel de conciencia del SCA en los adultos mayores institucionalizados.

Determinar la capacidad de comer, vestirse, bañarse, lavarse, arreglarse, trasladarse de cama a silla, deambular, subir y bajar escaleras, ir al baño, realizar deposiciones y miccionar en los adultos mayores institucionalizados.

Marco Teórico:

La Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores define en su artículo 2º, como “Persona mayor”, a aquella de sesenta años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que ésta no sea superior a los sesenta y cinco años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor (Organización de los Estados Americanos, 2015) Al respecto conviene mencionar que en la Argentina se considera adulto mayor a toda persona de 65 años o más, en consecuencia nos referiremos de ese modo para mencionar a ellos.

El posicionamiento teórico del presente proyecto de investigación tendrá como referencia el modelo teórico de Virginia Henderson ya que la misma parte de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación enfermera.

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencia. El máximo principio de Virginia Henderson para aplicar su modelo teórico a la práctica consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia lo antes posible. (Rodríguez JB, 2005)

Este es un concepto fundamental, la independencia del adulto mayor ya que tiene implicancias no solo operativas para la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y ser auto válidos, sino porque al verse disminuida esa capacidad tiene repercusiones en la salud, pensada ésta desde un concepto holístico e integral, desde la esfera psicológica hasta las 14 necesidades básicas que plantea Henderson. Ante esto, enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente tendiente a generar la independencia o la menor

dependencia posible y así evitar alteraciones mayores en la salud del adulto. (Rodríguez, 2014)

Henderson sostiene que enfermería debe asistir a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz. Introduce y desarrolla el criterio de independencia en la valoración de la salud del paciente. Para ello postula 14 necesidades humanas básicas, que componen los cuidados enfermeros. Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las primeras 7 necesidades están vinculadas con la fisiología, de la 8° a la 9° relacionadas con la seguridad, la 10° con la propia estima, la 11° con la pertenencia y desde la 12° a la 14° con necesidades de auto realización. De este modo se identifican 14 necesidades humanas básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causas de enfermedad en distintas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. En condiciones de salud estas necesidades están cubiertas o satisfechas por la persona, cuando se tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independencia), pero cuando algo de esto falta o falla, una o más necesidades no se satisfacen, por lo que surgen los problemas o alteraciones en la salud (dependencia) y aquí es cuando enfermería tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Según el principio de Henderson, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Las actividades que el personal de enfermería realiza, encaminadas a cubrir las necesidades del paciente, las denomina como cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos de enfermería se aplican a través de un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades específicas del paciente (Rodríguez JB, 2005)

Sin embargo, dichas necesidades se modifican en función de dos tipos de factores. Aquellos permanentes: como la edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, o capacidad física y factores variables, que son estados patológicos como: falta aguda de oxígeno, estados de inconsciencia, inmovilización prolongada, etc. De acuerdo al plan de cuidados de enfermería elaborado en base a las necesidades del paciente, surge la relación enfermero/paciente, que adquiere diferentes perfiles según requiera la situación del mismo y las denomina de la

siguiente manera como sustituta, como ayuda o como compañera; como sustitución, el enfermero sustituye totalmente al paciente, como ayuda el enfermero solo lleva a cabo aquellas actividades que el paciente no puede realizar y en el nivel de acompañamiento el enfermero permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía. (Arena, 2012)

Henderson define a la enfermería como aquella que asiste al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible. (Rodríguez et al., 2005)

A su vez, considera al paciente como un individuo que precisa ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo, y que la práctica de la enfermería es independiente de la práctica médica. Sus contribuciones incluyen la definición y la determinación de las funciones autónomas de la enfermería, la puesta en relieve de los objetivos de interdependencia para el paciente y la creación de los conceptos de independencia. (Tomey, 2011)

Es importante poder destacar algunos conceptos y definiciones, lo cuales contribuyen para poder entender el significado de sus conceptos e ideas, Henderson sostiene que la salud es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. El cuidado como aquella actividad dirigida a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades. Señala a la persona como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisibles y por lo tanto la persona es un ser integral inmersa en un entorno, definido como los factores externos que tienen un efecto positivo o negativo en las personas. El entorno es de naturaleza dinámica e incluye relaciones con la propia familia y las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados. (Arena et al., 2012)

Tener conocimiento acerca de estas definiciones es fundamental para el área de enfermería, pero cobra significancia aun mayor, en el área específica de geriatría, donde el paciente, no solo lleva consigo mismo el proceso natural de envejecimiento sino también todas aquellas patologías que también son propias de la edad y de ese proceso evolutivo. El posicionamiento teórico respecto de los postulados de Henderson, fundamentan la importancia que tiene la independencia en el adulto mayor, no solo desde un punto de vista de ser auto valido, y poder realizar actividades, sino desde una auto percepción subjetiva positiva del sujeto, lo que puede contribuir al retraso de la perdida de esas capacidades o bien a recuperarlas. (Fernandez, 2016)

El proceso natural de envejecimiento no es igual para todas las personas, hay quienes llegan a la edad de adulto mayor con plenas capacidades funcionales que le permiten vivir de manera independiente y auto valida, y por el contrario aquellos que por diferentes motivos de salud o situación social se ven limitados en su capacidad funcional por lo que requieren de la ayuda de otros para poder realizar las AVD. El personal de salud y especialmente el área de enfermería deben trabajar e intervenir tanto para mantener esa capacidad funcional prevenir el deterioro y a su vez poder brindar un soporte de ayuda a quienes lo requieran. (Fernandez et al., 2016)

Cabe destacar la variabilidad como distintivo del envejecimiento normal, relacionada con aspectos genéticos, orgánicos, culturales y estilos de vida. Por ello no es aconsejable realizar generalizaciones globales, sobre todo cuando queremos organizar y coordinar acciones de cuidado individuales. No obstante, el paso de los años conlleva cambios generales que pueden dar cuenta de una etapa del proceso vital humano, cambios cuya magnitud e intensidad responden por las diferencias individuales (Belsky, 2002)

El envejecimiento no es un proceso que afecte por igual a los órganos simultáneamente. No obstante, a medida que transcurre la vida, el envejecimiento envuelve a todo el organismo, aunque las diferencias en la aceleración, que se reflejará en la intensidad, distinguen unos órganos de otros (Torres, 2002)

El criterio general consiste en que cada persona en situación de dependencia es única, y se halla en un contexto específico y en una situación abierta a evolucionar, lo que requiere

discernimientos singularizados, compartidos y revisables que estén abocados a establecer los correspondientes apoyos, personalizados e integrales. (CEPAL, 2017)

Los criterios específicos son el respeto exquisito de los modos y los niveles manifiestos de independencia de la persona dependiente, la escucha, seguida de un diálogo que permita clarificar colaborativamente no solo las carencias funcionales de la persona dependiente, sino también sus expectativas, el suministro de apoyos orientados a la potenciación y al acompañamiento de la autonomía fragilizada en el momento de la toma de decisiones o en el momento de la ejecución de dichas decisiones y la decisión de sustituir la voluntad de la persona dependiente únicamente ante situaciones relevantes y cuando se haya recorrido todo el camino precedente además quien brinda atención a una persona en situación de dependencia ha de ponerse, en lo posible en el lugar de la persona a la que acompaña y apoya. (CEPAL, 2017)

La OMS define a la capacidad funcional como la relación que se produce entre el individuo y el entorno en el que vive y cómo interactúan, así mismo asocia a la salud y el valor de las actividades que permiten ser y hacer, y a su vez define como envejecimiento saludable, al proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. (Garriga, 2019)

La capacidad funcional de un sujeto se define como la capacidad fisiológica y física para poder ejecutar las AVD de forma segura y autónoma, sin provocar cansancio. (Segovia Díaz de León M, 2011)

Las personas mayores institucionalizadas en particular, sufren lo que se conoce como “perdidas asociadas a su envejecimiento” y la capacidad funcional traducida en incapacidad de realizar AVD, referidas al autocuidado, como vestirse, comer, bañarse, movilizarse entre otras. En términos de dependencia y autonomía esas actividades se encuentran relacionadas significativamente con el deterioro generado por la institucionalización (Rojas MJ, 2006)

El adulto mayor transita una etapa donde se evidencian distintos cambios, tanto a nivel cognitivo como físicos y psicosociales, como consecuencia de ello pueden aparecer trastornos afectivos y deterioro psicomotriz, cuando estos se unen a secuelas funcionales

asociadas a otras enfermedades agudas o crónicas, repercuten negativamente tanto a nivel físico como mental, haciéndose más evidente en aquellos sujetos institucionalizados, originando diferentes síndromes y condicionando situaciones de diferentes niveles de incapacidad (Rojas MJ et al.,2006)

La capacidad funcional del adulto mayor refiere a las facultades para realizar las AVD así enfrentar las demandas del ambiente y vivir de manera independiente, es el resultado de la interacción de los elementos biológicos psicológicos y sociales, constituyéndose probablemente como el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del envejecimiento. (Quezada, 2017)

La capacidad funcional o funcionalidad, en geriatría se considera como la facultad presente en una persona para realizar las AVD sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad, la capacidad funcional está estrechamente ligada al concepto de autonomía, definida como el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como deseen hacerlo; esto implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y por tanto reorientar las propias acciones. (Borrero, 2002)

Conviene analizar la relación existente entre función y enfermedad, en tanto la presencia de enfermedad puede afectar la funcionalidad de diferentes órganos y tejidos del individuo; como es la funcionalidad de los ancianos, es necesario considerar, que la pérdida funcional y la prevalencia de enfermedades se incrementan con la edad, sin embargo, no todas las enfermedades generan pérdidas funcionales, la suma de enfermedades no produce necesariamente alteración funcional, la alteración funcional no discurre en forma paralela al grado de intensidad de la enfermedad, y se ha demostrado que las enfermedades agudas y la hospitalización producen, con gran frecuencia, pérdidas funcionales. (Pino, 2002)

Con base en lo descrito, se encontró que para la valoración de la salud de los ancianos no son suficientes los indicadores de morbilidad y mortalidad; también conviene conocer, entre otros, cómo se encuentra su capacidad funcional y su autonomía. (Menéndez Jiménez JE, 2002)

La valoración geriátrica integral (VGI) se define como un proceso diagnóstico evolutivo multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, psíquicos, funcionales y sociales que pueden presentar los adultos mayores con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento con la óptima utilización de recursos, a fin de lograr mayor grado de autonomía y mejorar su calidad de vida. (Varela, 2011) La VGI cobra mayor relevancia en las personas con pluripatología, dependientes con problemas de salud complejos y frágiles debido a que identifica mejor sus riesgos sus déficits y permite una intervención apropiada. (Howard M, 2010)

El Índice de Barthel (IB) es una medida geriátrica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo esas actividades (Barthel D, 1965)

Esta herramienta geriátrica fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación física, aportando un fundamento científico a los resultados que obtenían los profesionales de rehabilitación en los programas de mejora de los niveles de dependencia de los paciente (Wylie C. , 1967)

Es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, fundamentada sobre bases empíricas. Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo (Barthel D et al.,1965)

La herramienta aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal. La elección de las actividades que componen el IB fue empírica, a partir de las opiniones de fisioterapeutas, enfermeras y médicos. El IB, por tanto no está basado en un modelo conceptual concreto, es decir que no existe un modelo teórico previo que justifique la elección de determinadas actividades de la vida diaria o la exclusión de otras. El índice

aporta información tanto a partir de la puntuación global como así también de cada una de las puntuaciones parciales para las dimensiones en estudio que componen las actividades, lo cual permite conocer con más exactitud cuáles son las deficiencias específicas del paciente y ayuda en la valoración a través del tiempo de la evolución del mismo, lo que constituye un aporte en la valoración que enfermería realiza al paciente y a su vez permite tener registros objetivos a cerca de la capacidad funcional y grado de independencia de los sujetos, para de esa forma medir la evolución o involución en los tratamientos que lleven adelante los pacientes, a la vez que sirve para poder definir grados de independencia de los pacientes de un servicio y valorar qué cuidados requerirán. (Wylie C. W., 1964)

Uno de los motivos por los que se creó dicha herramienta es para valorar la evolución de los pacientes. La evidencia empírica ha probado que el índice es capaz de detectar un progreso o deterioro en ciertos niveles del estado funcional (Barthel D et al., 1965)

El IB es un buen predictor de la mortalidad, ya que mide la discapacidad, tan asociada a la mortalidad. También esta relaciona con la respuesta a los tratamientos de rehabilitación, aquellos pacientes con mayores puntuaciones presentan mejor respuesta a la rehabilitación. El índice es capaz de detectar un progreso o deterioro en ciertos niveles del estado funcional (Wylie C. , 1967)

El estudio de la funcionalidad como parte de la evaluación del adulto mayor se constituye en eje fundamental que traduce la condición general de salud del paciente, identificando el grado de independencia o dependencia. (De León M, 2011) . Tal situación lleva a declinaciones en el estado de salud, condicionantes del deterioro funcional, lo que genera en el adulto situaciones de incapacidad tales como la inmovilidad, inestabilidad y deterioro intelectual. (Rodríguez R, 2012)

Debido a que un sujeto es independiente en la medida que puede realizar actividades principales de la vida cotidiana sin la colaboración y/o asistencia de otra persona y en contraposición de ello se puede afirmar que una persona es dependiente, cuando solo puede efectuar tales actividades con la intervención y/o bajo supervisión de otro. Por lo que será más o menos independiente en función de la herramienta con la que se mida esa capacidad y de cuan específica y exacta resulte. En términos absolutos y estrictos de la

palabra, ningún sujeto es totalmente independiente y autosuficiente, de alguna manera depende de otro ya sea para realizar actividades o para poder subsistir. Lo que sí se puede afirmar es que se puede medir cuanto más o cuanto menos un sujeto es independiente o dependiente en la realización de las actividades de la vida diaria y de esa manera clasificarlas bajo esos términos, en el ámbito de la enfermería entendiendo que no son términos estáticos y que están sujetos a cambios ya sea por situaciones ambientales, sociales, económicas o de salud, y que existen situaciones o determinantes que pueden favorecer tanto la aparición como la ausencia de otra independientemente de su causa. (Solis, Arrijoja y Manzano, 2005)

Es importante también poder abordar el SCA, el mismo se caracteriza por alteración de la conciencia, de las funciones cognitivas y de la conducta. Si bien históricamente es englobado dentro de las patologías psiquiátricas en la actualidad se ha demostrado que es la expresión de una condición médica alterada cuyo tratamiento resuelve el cuadro. (Vairo, 2012)

Se produce como resultado de una disfunción global de la corteza cerebral. Es una emergencia médica que afecta la evolución y el pronóstico del paciente. A su vez, es considerado un marcador de vulnerabilidad ya que representa la incapacidad del organismo para desarrollar una respuesta satisfactoria ante un evento adverso. Si bien su prevalencia en el anciano es alta, es frecuente que se lo sub diagnostique, se estima que entre 15-18% de los pacientes hospitalizados lo desarrollan y que entre 33-66% de los casos no se detectan. (Vairo y Pisa, 2012).

El cuadro suele desarrollarse a lo largo de un breve periodo de tiempo, horas o días, y el curso es fluctuante. Su desarrollo puede implicar: aumento de la morbimortalidad, dificultad en el manejo del paciente y prolongación de la estadía hospitalaria con el impacto en los costos en salud que esto conlleva. (Vairo y Pisa, 2012)

Existen tres tipos clínicos de presentación por un lado el Hiperactivo: este se caracteriza por hiperactividad, agresividad, agitación, confusión, alucinaciones e ideación delirante. Se da en un 15 a 25%. Suele asociarse a abstinencia o intoxicación por tóxicos y al efecto anticolinérgico de algunos fármacos. Es el más fácil de diagnosticar por los síntomas más

visibles y por otro lado se encuentra el Hipoactivo: se da con más frecuencia en ancianos y se caracteriza por hipoactividad, enlentecimiento psicomotor, lenguaje lento, inexpresividad facial, letargia, actitud apática e inhibición. Se desarrolla en un 20-25%. Sus síntomas no son tan visibles. (Vairo et al., 2012)

El Mixto supone el 35-50% de los SCA. Alternan la hiper e hipoactividad en el tiempo. (Jimenez M, 2018)

La edad avanzada es uno de los factores de riesgo más importante para el desarrollo del Delirium, posiblemente debido al envejecimiento fisiológico cerebral. La mayoría de los autores acuerdan que el riesgo aumenta a partir de los 65 años y se incrementa de manera considerable a partir de los 75 años. El deterioro cognitivo constituye otro de los factores de riesgo más importantes, entre ellos se destaca la Demencia. Es frecuente que, ante una cirugía, una fractura, el inicio de la toma de un fármaco o la suspensión de éste, los pacientes desarrollen un cuadro de Delirium. Otros factores que aumentan la probabilidad de desarrollar un SCA son: la hospitalización, la institucionalización geriátrica, los posoperatorios, las infecciones, las alteraciones metabólicas, la privación sensorial y la polifarmacia. Esta última se define simplemente como el uso de múltiples medicamentos por un paciente, aunque el número mínimo preciso de los medicamentos utilizados para definir "polifarmacia" es variable. Esta se describe numéricamente como cinco o más medicamentos recetados en cualquier momento (Grimmsmann T, 2009)

Es importante destacar que existen escasas evidencias sobre la fisiología del Delirium. La mayoría de los autores concuerda en que el cerebro envejecido se presenta más vulnerable a diferentes noxas con una menor capacidad de respuesta debido a una menor reserva funcional cortical. Diversos estudios mostraron una alteración del cerebro de naturaleza metabólica y una alteración de la corteza cerebral. La alteración de la concentración de neurotransmisores, como la acetilcolina y la serotonina, a nivel central sería la vía final común en la génesis del Delirium. (Vairo et al., 2012)

La alteración se produce por una condición médica, intoxicación o abstinencia de sustancias, efectos secundarios de medicación o exposición a tóxicos, entre otras causas y se puede presentar en pacientes de cualquier edad siendo particularmente más vulnerables

aquellos de edad avanzada, asociándose con internaciones más prolongadas y a un riesgo elevado de morbilidad y mortalidad. (Levkoff S et al., 1992)

Este síndrome se caracteriza por la aparición brusca de los síntomas y por poseer un curso fluctuante. La aparición en un paciente internado debe alertar sobre la presencia de mayor riesgo de complicaciones, un peor pronóstico y una estadía hospitalaria más prolongada. Puede haber síntomas prodrómicos como inquietud, alteraciones del sueño y ansiedad. En general los síntomas empeoran al atardecer o incluso pueden no estar presentes durante el día y hacerse evidentes al anochecer. Los pacientes pueden estar lucidos gran parte del día y excitados, irritables, con delirios y alucinaciones de noche. Es típico que los pacientes presenten incapacidad para mantener la atención, fluctuaciones en el nivel de la conciencia y pensamiento desorganizado. El estado de conciencia puede estar o no alterado, pero es clave su fluctuación a lo largo del día. Esto es importante evaluarlo en la entrevista con cuidadores o familiares, ya que es probable que el paciente no los comunique. Los trastornos de atención pueden manifestarse como una incapacidad de mantener el foco en un tema específico; el paciente puede estar despierto pero no concentrarse en una idea o puede estar hiper reactivo al entorno con altas respuestas a pequeños estímulos ambientales como ruidos voces, etc. En la entrevista se comprueba que el paciente se distrae continuamente y si logra concentrarse es solo por un breve lapso. Las alteraciones a nivel del pensamiento se presentan como una incapacidad para el pensamiento abstracto o con discurso incoherente, es decir, sin una idea directriz. La máxima desorganización del pensamiento está representada por el delirio, es decir una idea falsa, irreductible y que conlleva un condicionamiento de la conducta. En general el delirio de los pacientes confusos es de tipo paranoide, de contenido persecutorio y pobremente sistematizado. Los trastornos de la percepción son habituales, representados por las alucinaciones y las ilusiones. Las alucinaciones pueden ser de cualquier tipo pero son frecuentes las visuales y es típico que aparezcan al anochecer. La ilusión se caracteriza por ser una visión con objeto, es decir que los pacientes alteran la percepción de objetos reales. A nivel psicomotor puede presentarse agitación, excitación psicomotriz, agresión verbal o física, letargo o hipo actividad. Otras manifestaciones no tan frecuentes son: la desorientación temporoespacial, las alteraciones del ciclo sueño-vigilia, los trastornos de la memoria, las alteraciones en el lenguaje, la angustia, la apatía y la irritabilidad. (Vairo et al., 2012)

Sobre su diagnóstico, no existe un test específico, se debe definir el nivel de conciencia durante la entrevista, si es normal o se encuentra alterado (hiperalerta, somnoliento, estuporoso o comatoso) ésta evaluación puede llevarse a cabo mediante el diálogo con el paciente, a través de preguntas relacionadas con la orientación (nombre, edad, fecha de nacimiento, etc) sobre la familia y actividades de la vida diaria. Esto permitirá pesquisar el grado de atención y si está orientado, así mismo se evaluará cómo se expresa (fluidez verbal) y si su discurso es comprensible o no. Para evaluar la esfera cognitiva, puede resultar de gran utilidad el instrumento Confusional Assessment Method (CAM) diseñado por Inouye en 1990. Es el más utilizado en la actualidad por su sencillez y el poco tiempo que requiere, el objeto central de este instrumento es facilitar el diagnóstico de Delirium en el hospital general para profesionales no especialistas en psiquiatría. Es un instrumento diseñado a partir de los criterios operativos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III-R) y precisa de pocos minutos para su administración. Proporciona un algoritmo para establecer el diagnóstico en torno a la presencia de sus dos criterios fundamentales (inicio abrupto con fluctuación de síntomas y pérdida de la atención) y de uno de los dos criterios secundarios (pensamiento desorganizado y alteración del nivel de conciencia). (Vairo et al., 2012)

Otro criterio para el diagnóstico del SCA muy utilizado es la quinta edición del manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en este manual el Delirium se encuentra clasificado en la categoría de los trastornos neurocognitivos que son “aquellos trastornos en los que la disfunción cognitiva no ha estado presente desde el nacimiento o la infancia temprana y, por tanto, representa un declive desde un nivel de un funcionamiento adquirido previamente. Son síndromes cuya patología subyacente, y a menudo también la etiología podría en principio determinarse.” Según el manual se define “como una alteración de la conciencia que se acompaña de un cambio de las funciones cognitivas que no puede ser explicado por la preexistencia o desarrollo de una demencia. La alteración se desarrolla a lo largo de un breve período de tiempo habitualmente horas o días, y tiende a fluctuar a lo largo del día. Se debe a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, de la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias, del consumo de medicamentos o de la exposición a tóxicos, o bien a una combinación de estos factores.”

Los criterios diagnósticos en los que se basan son A. Alteración de la atención y la conciencia con capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención y desorientación del entorno. B. Aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día. C. Alteración cognitiva adicional como déficit de memoria, del lenguaje, de la capacidad visioespacial o de la percepción (ej. Alucinaciones visuales). D. Las alteraciones de los criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma. E. En la anamnesis, la exploración física y los análisis clínicos se obtienen datos que demuestran que la alteración es consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías. (Association, 2014)

La forma aguda de presentación y el carácter fluctuante del sensorio son claves a la hora de intentar establecer un diagnóstico diferencial con otros trastornos psiquiátricos de síntomas similares. Los principales cuadros con los que habría que realizar un diagnóstico diferencial son:

Demencia: de acuerdo con el tipo, sobre todo las de tipo cortical, presentan alteraciones cognitivas y fallos de memoria, pero en la demencia el paciente se encuentra alerta y sin alteración de la conciencia, a diferencia de lo que ocurre con el Delirium. Por otro parte el inicio de la Demencia es insidioso, en cambio en el SCA en general es agudo.

Depresión: Un SCA de tipo hipoactivo puede confundirse, en algunos casos, con una depresión debido a la gran inhibición psicomotriz con la que se presenta, lo que es común de observar, sobre todo en las depresiones bipolares. Pero se debe tener en cuenta que la variación del nivel de conciencia y de los síntomas durante el día no está presente en la depresión.

Psicosis: se puede incluir un nuevo brote en el contexto de una esquizofrenia (debido a su comienzo temprano) y a los episodios producidos por drogas. Puede existir una ideación delirante con nivel de conciencia estable y con una alteración parcial de la atención que

puede aparecer, que estaría ligada a un estado de hipervigilancia, en particular cuando existe una ideación de tipo paranoide. (Vairo y Pisa, 2012)

Se debe destacar que cualquier enfermedad puede provocar un SCA en el paciente anciano, si este se encuentra en riesgo de desarrollarlo. Por lo cual, las infecciones y las patologías cardiopulmonares son las que se diagnostican con mayor frecuencia, por lo que sería recomendable descartar estas entidades patológicas. A su vez, el Delirium puede ser la única expresión de una enfermedad subyacente, múltiples etiologías clínicas y farmacológicas pueden provocarlo. Por otro lado el paciente confuso requiere estudios complementarios. La excepción podría ser el caso en el que la etiología se presenta de manera clara, como puede ser la debida al incremento de una medicación determinada. Resulta significativo la realización de un correcto examen físico, con el objetivo de seleccionar cuales podría ser los estudios complementarios necesarios para arribar al diagnóstico. Se deben evaluar los signos vitales, la presencia de fiebre, el estado de hidratación, la existencia de temblores y de cambios en la medicación (agregado o suspensión). La evaluación con estudios complementarios refiere al análisis del sedimento urinario y hemograma (para buscar un foco infeccioso y anemia) ionograma y glucemia (para evaluar causas metabólicas y alteraciones electrolíticas) como así también radiografía de tórax y electrocardiograma. Si se identifica una causa infecciosa se deben incluir cultivos (orina, sangre, esputo, etc). Para un abordaje psicogeriatrico integral se debe incluir una entrevista para evaluar el nivel de cuidado, vínculos familiares, lugar que ocupa el paciente en la familia, quien es el encargado del cuidado y qué grado de conocimientos tiene sobre el paciente. Si vive solo; ¿porque? ¿Desde cuándo? ¿Cuál es el grado de autonomía? Cuáles son sus actividades de la vida diaria, como es la relación con los vecinos, entre otras, con el objetivo no solo de orientar en la búsqueda de datos que permitan realizar un diagnóstico diferencial, sino evaluar una causa eventual, que si bien es clínica, puede deberse en muchos casos a descuidos del paciente, negligencia de los cuidadores y/o familiares e incluso situaciones de abuso, ya sea por incremento en las dosis de la medicación indicada u omisión, falta de un correcto aporte hídrico y en última instancia maltrato físico. Es importante indagar también por cambios recientes: familiares fallecidos, ambientales (mudanzas, cambio de cuidador, de habitación, etc) y cualquier modificación

que pueda haberse producido y sea considerada de importancia para el contexto del paciente.

Si el tratamiento ha sido precoz y eficaz (identificación y corrección del factor causal) puede ser de estado transitorio que se resuelve de 3 a 7 días, aunque esto depende de las características del paciente. Parece existir consenso en que el delirium se asocia con un incremento de la morbimortalidad. Se ha demostrado que la morbilidad no es menor, ya que puede producir déficit cognitivo irreversible hasta en un 25% de los casos (Maclullich A, 2009). Los pacientes hospitalizados con Delirium poseen un riesgo de hasta 10 veces mayor de presentar complicaciones médicas (incluida la muerte) una hospitalización más larga, mayores costos hospitalarios y el incremento de cuidados específicos (Veiga Fernandez F, 2008).

Se ha constatado que el Delirium ha sido un buen predictor de mal pronóstico, mayores demandas de enfermería tras el alta y deterioro del funcionamiento general. (Inouye S et al., 1998) En varias revisiones se ha detectado mayor mortalidad, deterioro cognitivo y dependencia funcional.

La situación funcional medida por el IB y el diagnóstico previo de demencia muestran asociación con Delirium. Por lo tanto la incapacidad funcional como el deterioro cognoscitivo podría acompañarse de situaciones de inflamación sistémica que condicionan una alteración de neurotransmisores, contribuyendo a disminuir la respuesta al estrés y, por tanto, a incrementar la incidencia de Delirium. (Martins, 2012)

Se ha detectado una mayor mortalidad, deterioro cognitivo y dependencia funcional en relación al SCA. Por lo cual, esto implica un aumento de tasas de institucionalización, caídas accidentales y mayores costos en general para los prestadores de salud. (Salluh J et al., 2015)

Generalmente el Delirium suele durar menos de una semana, pero si los factores que lo causa no son resueltos, la sintomatología puede persistir en el tiempo. A mayor edad del paciente y mayor tiempo de evolución del cuadro, más tiempo tardara en resolverse (Sadock B, 2015)

En relación con la prevención del Delirium, es un objetivo deseable para disminuir los efectos adversos en el paciente y en los profesionales, y para reducir los costes económicos asociados. Aunque escasos, existen algunos trabajos que miden el efecto que intervenciones preventivas de Delirium tienen, no solamente en la reducción de la incidencia, duración y severidad del cuadro, sino también en los resultados en salud de los pacientes. Se han demostrado reducciones de los tiempos de estadía y de los ratios de mortalidad durante la hospitalización, también se han objetivado reducciones en los costes económicos asociados al ingreso en instituciones sanitarias de larga estancia tras el alta. Por otro lado, es importante señalar que dada la naturaleza multifactorial del Delirium, los programas de prevención diseñados incluyen habitualmente varias áreas de intervención (Leentjens., 2010)

Resulta necesario evaluar aquellos factores que ocasionen estrés en los pacientes y que pueden ser modificados por el personal de enfermería, como la disminución de las limitaciones de las visitas familiares, la mejoría en la calidad del sueño, la reducción del tiempo que permanecen con restricciones físicas durante la hospitalización, el control del ruido y la luminosidad ambiental, y la disminución de la frecuencia de la aplicación de cuidados que enfermería brinda durante la noche. Para lograr lo anterior, es necesario realizar actividades de educación continua al equipo de enfermería, así como intervenciones sobre los factores de riesgo ambientales presentes en las instituciones. (Fernández., 2013)

Los efectos sobre los profesionales que atienden a este tipo de pacientes no deben despreciarse. Las enfermeras describían el cuidado de pacientes delirantes como frustrante, extenuante, desafiante y que consume mucho tiempo ya que implica siempre una mayor carga de trabajo, mayor inseguridad (agresiones físicas y/o verbales), dilemas y conflictos en el cuidado y baja autoestima del profesional. (Rogers, 2010)

Dentro de la prevención del delirium, es importante también brindar un cuidado de enfermería individualizado en el cual se prestan servicios que tengan en cuenta aspectos personales de los pacientes, características de su estado clínico, su situación de vida personal y sus preferencias en promover su participación en la toma de decisiones. Para que la atención de enfermería se califique como individualizada, la enfermera debe ajustar sus intervenciones para cada paciente, en la cual ellos puedan expresar su individualidad

durante la interacción enfermera-paciente. La atención individualizada reconoce la singularidad de la persona y la importancia de proporcionar la atención que está diseñada para satisfacer las necesidades de cada una de ellas. Desde la práctica de enfermería, la utilización del instrumento CAM permite la valoración cognitiva del paciente, identificando factores de riesgo para la presencia de Delirium. La detección precoz mediante su monitorización, en cada uno de los turnos de enfermería o en el momento en que el paciente presente algún tipo de actividad motora, permite un tratamiento oportuno; igualmente es importante en la anamnesis la detección de factores de riesgo que incidan en la presencia de Delirium durante la hospitalización. (Alster., 2013)

Por lo anterior, resulta necesario indagar acerca de los factores que pueden predisponer la ocurrencia del SCA, más allá de los descriptos por los autores, claramente existen aún más condiciones que pueden intervenir en su aparición.

Es por ello que resulta interesante poder estudiar y relacionar las dos variables que se presentan en este proyecto de investigación, vincular el grado de independencia y la ocurrencia del Delirium, en la población donde más prevalece esta patología, la población de adultos mayores.

Material y Métodos:

Tipo de estudio o Diseño:

El tipo de estudio será observacional, ya que no habrá manipulación de las variables por parte del investigador, donde se limitará a medir las mismas tal como se presentan en su contexto natural. Será descriptivo, ya que tiene por objetivo determinar cómo es la situación de las variables, su presencia o ausencia en una población específica y será transversal, ya que la medición de las variables se realizará en un solo momento temporal. El proyecto será prospectivo ya que la recolección de los datos se realizará a medida que los hechos ocurran. El presente proyecto de investigación será llevado a cabo entre los meses de enero y marzo de 2021.

Sitio y contexto de la investigación

Para la selección del sitio de investigación se aplicó una guía de convalidación (Ver anexo I) la cuál no se pudo realizar una comparación con otra institución ya que es la única de carácter Público en la ciudad que albergue la población interesada para el estudio. Ante ello, se realiza una caracterización del sitio, que tras los resultados del estudio exploratorio (Ver anexo III) permite seleccionarlo ya que reúne los criterios de elegibilidad para llevar a cabo el siguiente proyecto.

El sitio seleccionado se encuentra en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina y el contexto abarca a un Hospital Público del segundo nivel de atención de la salud, es un efector de características únicas en la ciudad, funciona allí desde 1890 aproximadamente,

en el residen adultos mayores de manera crónica, en cuanto a su estructura el hospital cuenta con distintas salas de internación y diferentes especialidades de la salud, como ser servicio de Psicología, Psiquiatría, Fisiatría, Oftalmología, Odontología, médicos gerontológicos y guardia medica como así también servicio de Enfermería, ambos las 24 hs del día también funciona allí un laboratorio propio y farmacia que provee al hospital. El efector también cuenta con un vacunatorio para los adultos que allí residen, el personal que se desempeña allí y a la comunidad en general.

Población y Muestra:

La Población estará constituida por todos los adultos mayores de 60 años de edad institucionalizados. La Unidad de análisis será cada uno de los adultos mayores de 60 años de edad, institucionalizado en el hospital geriátrico.

Criterio de exclusión

- Adultos mayores con diagnóstico de Demencia, Alzheimer o alteración cognitiva grave.
- Adultos mayores que por motivos de salud y estado de conciencia no puedan responder al cuestionario.
- Adultos mayores que se encuentren bajo poli medicación de más de 5 fármacos.

El tamaño de la población total será aproximadamente de 40 adultos mayores institucionalizados, dato aportado por los resultados del estudio exploratorio, por tal motivo, no se realizará muestreo, ya que la población es factible de poder ser abordada y medidas en su totalidad.

En cuanto a la validez externa los resultados se podrán generalizar solo a la población en estudio ya que el proyecto de investigación será realizado en un sitio y contexto específico, de características únicas en la ciudad, lo cual hace imposible generalizarlas en otra población.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

La técnica a utilizar será la de observación para la variable Grado de Independencia y se utilizará como instrumento de medición una lista de control denominada Escala de Barthel. Si bien la misma fue elaborada sobre bases empíricas, es un buen predictor sobre mortalidad y grado de independencia de un sujeto utilizado ampliamente en la actualidad. Dicha escala valora la independencia del paciente con respecto a la realización de las AVD. El mismo cuenta con 10 dimensiones a evaluar y un total de 3 ítems en promedio para su medición, donde se marcará según corresponda la observación realizada.

La ventaja de la técnica de observación es que se puede valorar la conducta real del acto que se pretende medir y no de la esperada o deseada, eliminando así todo tipo de sesgo, no requiere de entrevista por lo que se evita la dificultad en la comunicación que se pudiera presentar, no requiere de intervención activa, es económica y de rápida aplicación.

Como desventaja se puede presentar dificultad pretender observar conductas en el ámbito privado de las personas, generando algún tipo de sesgo o modificaciones en la conducta del mismo y como consecuencia no poder medir lo que se pretende medir.

La medición de la variable ocurrencia del SCA se realizará mediante la técnica de encuesta utilizando como instrumento de medición el cuestionario Confusion Assessment Method (CAM) diseñado por Inouye et al. (1990) para detectar delirium en población geriátrica, el mismo cuenta con 4 dimensiones y 2 ítems cada una para su medición. Donde se marcará según corresponda la respuesta del sujeto.

La encuesta cuenta con la ventaja de ser económica, práctica, de rápido resultado, fácil aplicación ya que no requiere de gran entrenamiento y muy apropiada para pacientes hospitalizados.

Como desventaja dificultad en la comprensión de las preguntas, imposible realizarlo a pacientes que se encuentran bajo el efecto de sedación, y a aquellos que tienen problemas en el habla.

Se aplicó una prueba piloto de los instrumentos (Ver anexo IV) a una población con similares características a la del estudio (no serán incluidas en la realización del proyecto), con el objeto de evaluar su aplicación y para poder conocer si realmente mide las variables que se

pretenden medir, si se produjeron inconvenientes o no durante su aplicación, como así también poder valorar si se necesita modificar algunos aspectos y si el tiempo de aplicación fue el esperado.

Operacionalización de variables

Variable: Grado de independencia. (Cualitativa. Compleja - Independiente. Escala de medición: ordinal)

Se refiere a la capacidad y/o posibilidad de parte de un sujeto de poder desarrollar y realizar todas aquellas actividades y funciones de la vida diaria por su cuenta

Dimensión 1: Comer.

Indicadores:

- Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc. Por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc. Pero es capaz de comer solo.
- Necesita ser alimentado por otra persona

Dimensión 2: Lavarse y bañarse

Indicadores:

- Capaz de lavarse entero puede ser usando ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño, puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- Necesita alguna ayuda o supervisión

Dimensión 3: Vestirse

Indicadores:

- Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa sin ayuda.
- Necesita ayuda pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- Dependiente.

Dimensión 4: Arreglarse

Indicadores:

- Realiza todas las actividades sin ninguna ayuda, incluye lavarse la cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona.
- Dependiente necesita alguna ayuda

Dimensión 5: Deposición

Indicadores:

- Contiene. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo.
- Accidente ocasional menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.
- Incontinente incluye administración de enemas o supositorios por otro.

Dimensión 6: Micción

Indicadores:

- Contiene. Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo.
- Accidente ocasional menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.

- Incontinente incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Dimensión 7: Ir al baño

Indicadores

- Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse del inodoro sin ayuda (puede utilizar barras). Si usa orinal es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar.
- Necesita ayuda capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aun es capaz de utilizar el baño.
- Dependiente. Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Dimensión 8: Trasladarse de cama a silla

Indicadores:

- Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda.
- Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeñas ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.
- Gran ayuda. Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse.
- Necesita ayuda o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

Dimensión 9: Deambulación

Indicadores:

- Puede caminar al menos 50m o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitárselo solo.
- Necesita ayuda. Supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50m, incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
- independiente silla de ruedas; en 50 m. debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.
- Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otra persona.

Dimensión 10: Subir y bajar escaleras

Indicadores:

- Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (muletas, bastón, etc.) y el pasamanos.
- Necesita ayuda. Supervisión física o verbal.
- incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor.

Variable: Ocurrencia del Síndrome Confusional Agudo (Cualitativa. Compleja – Dependiente. Escala de medición ordinal)

Refiere a cuadro clínico que se caracteriza por alteración de la conciencia, de las funciones cognitivas y de la conducta que se desarrolla en un breve periodo de tiempo, horas o días y de curso fluctuante

Dimensión 1: Comienzo agudo y curso fluctuante

Indicador: Cambio agudo en el estado mental basal del paciente

- Existe evidencia de un cambio agudo en el estado mental basal del paciente, su conducta fluctúa durante el día, tiene trastornos conductuales que aparecen y desaparecen o aumentan y disminuyen en gravedad

Dimensión 2: Inatención

Indicador: Dificultad para enfocar la atención

- El paciente se distrae con facilidad o es incapaz de mantener la atención de los que está haciendo

Dimensión 3: Pensamiento desorganizado

Indicador: Pensamiento desorganizado e incoherente

- El flujo del pensamiento es desorganizado e incoherente, con conversaciones ilógicas, ideas confusas y desviaciones impredecibles de tema a tema

Dimensión 4: Trastorno del nivel de conciencia

Indicador: Alteración del nivel de conciencia

Ítem:

- Esta alterado el nivel de conciencia del paciente

Nota: Vigilante, letárgico, estuporoso.

Principios de bioética:

Principio de Beneficencia: Se buscará en todo el proceso no generar daños sean estos físicos o psíquicos a todos los integrantes. Bajo ninguna circunstancia se pondrá en riesgo la salud de los sujetos. Se llevará al máximo la capacidad de generar beneficios y evitar cualquier situación que suponga un riesgo para las personas, en el caso de generar beneficios para los sujetos, ésta información será inmediatamente comunicada. En todo el proceso se garantizará la confidencialidad de los datos de los participantes. **Principio de Respeto a la Dignidad Humana:** los sujetos participantes del estudio tendrán el derecho a la autodeterminación y a la información completa, para ello, se contará con un Consentimiento Informado (Ver anexo II), el cuál será consentido tras tomar sus propias decisiones libre de coerción, donde se expresará los objetivos de la investigación, su propósito y el derecho de participar o no del estudio y que puede abandonarlo en el momento

que lo desee. También se informará que pueden evitar responder algún tipo de pregunta cuando considere que se invade su intimidad sin que ello conlleve algún tipo de reprimenda.

Principio de Justicia: Se asegurará el derecho del sujeto a un trato justo y a preservar su intimidad. El reclutamiento y selección de los participantes será de manera equitativa con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad sin poner en situación de riesgo a una persona para beneficiar únicamente a otro. Se resguardará la intimidad de los sujetos de estudio y bajo ninguna circunstancia sus datos serán revelados.

Se deberá tener en cuenta al comité de investigación de la institución como así también a las autoridades máximas de la misma, obteniendo el permiso pertinente y a disposición de todos los procedimientos que se deben respetar a la hora de realizar el proyecto de investigación.

Personal a cargo de la recolección de datos:

La recolección de los datos será realizada por el autor del presente proyecto de investigación, y con la colaboración de un enfermero del servicio.

El adiestramiento al enfermero colaborador se realizará, en 2 encuentros que se llevarán a cabo una semana previa a la recolección de datos para unificar los criterios de recolección y evitar así sesgos en los resultados de los mismos. Ambos encuentros tendrán una duración de 1 hora cada uno, allí se podrá presentar los instrumentos de recolección de los datos que serán utilizados, se coordinará la forma en que se administrará y se despejará dudas acerca de los mismos, lo que permitirá el aprovechamiento y optimización de la información que se busca recolectar. En ambos encuentros se especificará que se hará una división de pacientes, donde se asignará una mitad al enfermero colaborador y otra al autor del proyecto, de modo tal que ambos trabajarán con la misma cantidad de unidades de análisis, lo que redundará en un uso eficiente del tiempo. La recolección de los datos se realizará en la sala de internación en el horario vespertino de 18 a 21 hs.

Plan de análisis:

Se procederá al agrupamiento de los datos obtenidos por variable seleccionada y sus correspondientes dimensiones (tabulación). El proceso de tabulación se codificará en

computadora mediante la utilización de un software estadístico denominado Epi Info 7.2. Luego se establecerá un índice para medir cada variable. La codificación será numérica para ambas variables.

El proceso de codificación de la variable Grado de Independencia se realizará sumando cada uno de los indicadores de cada dimensión, los cuales poseen una opción válida codificada por un número que oscila entre 0 a 15, luego se suman todas las dimensiones y el numero obtenido determina el grado de independencia del adulto en el índice del instrumento.

Índice:

Dependencia total	0-20
Dependencia severa	21-60
Dependencia moderada	61-90
Dependencia escasa	91-99
Independencia	100

Para la variable ocurrencia del SCA, se codificarán las respuestas de cada indicador a través del número 1 (Afirmativo) y 0 (Negativo) según corresponda para cada dimensión. La suma afirmativa de los dos primeros criterios y uno de los otros dos confirman el diagnostico positivo de Delirium.

Índice:

Dimensión 1: 1

Dimensión 2: 1

Dimensión 3: 1 o 0

Dimensión 4: 1 o 0

Las pruebas estadísticas que se realizarán, será de tipo descriptiva, analizando frecuencia y porcentajes, y a la vez el tipo de análisis, será bivariado, de manera tal de poder cruzar datos y establecer relaciones, entre las distintas variables en estudio por medio de gráficos circular o de pastel y de barras.

Plan de trabajo y cronograma

Actividad	Ene 2021	Feb 2021	Mar 2021
Recolección de los datos de la población en estudio			
Recopilar y organizar los datos			
Almacenamiento de datos en el dispositivo			
Control y corrección de errores			
Análisis de datos y codificación			
Traspolar datos al software			
Confección de documento en software			

Validación o rechazo de la hipótesis			
Realización del informe final			

Anexos

I. Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios

- ¿El efector permite la realización de proyectos de investigación?
- ¿Existe algún tipo de normativa y/o requisitos para poder abordar el trabajo en el efector?
- ¿Cuenta con un departamento de Enfermería que permite, promueve y / o colabora con los proyectos de investigación?
- ¿El hospital cuenta con algún comité especializado sobre estudio de investigación?
- ¿Cuentan con un área especializada en estadísticas que arroje datos sobre las características de la población que reside allí?
- ¿Existe algún criterio y/o requisito para el ingreso de residentes?

- ¿Cuál es el número de adultos mayores en la institución?
- ¿Cómo se encuentra alojados los adultos mayores, por edad? ¿Por sexo? ¿Por grado de independencia? ¿Por patologías?
- ¿Cuántas salas existen en el hospital? ¿Se diferencian por grados de complejidad de pacientes?
- ¿Cuál es la capacidad total de alojamiento de una sala de internación?
- ¿Cuántos residentes conviven en una habitación? ¿Cuáles son las condiciones edilicias de las mismas? ¿Cuentan con baño privado o de uso comunitario? ¿Iluminación? ¿Natural o artificial Ventilación?
- ¿La institución dispone de un área específica de salud mental? ¿Cuentan con información pertinente al respecto sobre las patologías prevalentes en la población? ¿Los médicos psiquiatras accederán a proveer de información en una potencial entrevista?
- ¿Existe un seguimiento personalizado por el área de salud mental a los adultos mayores? ¿Cómo se compone el área de salud mental? ¿Médicos psiquiatras? ¿Cuántos? ¿Psicólogos? ¿Cuántos? ¿Tienen salas asignadas? ¿Cuántos adultos mayores tienen a cargo?
- ¿El hospital cuenta con un área específica de fisiatría? ¿Esta área trabaja con todos los adultos que residen allí? ¿Qué criterios determinan cuales son los pacientes que acceden a ese servicio?
- ¿El área de enfermería trabaja de manera interdisciplinaria con las áreas mencionadas y demás profesionales de la salud? ¿Existe comunicación entre los distintos departamentos y Enfermería?
- ¿Los enfermeros del servicio disponen de información sobre los adultos mayores que residen allí, tales como historia clínica, evolución, tratamientos?
- ¿Cuentan en los servicios con alguna herramienta geriátrica que pueda medir el grado de independencia de los adultos mayores? ¿Existe en el servicio algún criterio específico al

respecto? ¿Se dividen los adultos mayores por su capacidad funcional en una misma sala?
¿Quién define ésta tarea si es que existe? ¿El enfermero jefe? ¿El médico tratante?

- ¿Que prevalencia existe en el hospital sobre Síndrome confusional agudo? ¿Qué tratamiento se le brinda al adulto mayor en este aspecto? ¿Cómo se contiene al residente?
¿Quién lo contiene?

- ¿Existe disponibilidad y/o predisposición para entrevistar a los enfermeros? ¿Se puede contar con algunos enfermeros que sirvan de colaboradores en los distintos turnos para la recolección de datos?

- Conocer cuáles son las rutinas del servicio, en cuanto a actividades de Enfermería, ¿cómo se dividen las tareas, cuantos pacientes tienen a cargo cada uno de los enfermeros y si es bajo algún criterio en especial? ¿Cómo es la relación y/o vínculo terapéutico Enfermero / Paciente?



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

—Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que LIALI GERARDO
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los 6-11- 2020

Santa Fe 3100
Rosario 52000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Nores, Rosana

Lic. ALICIA C. SPOSITO
MAT. 888
Jefa Dto. ENFERMERIA
HOSPITAL GELATINOUS PICAL BASSO

II. Instrumento de recolección de datos

- **Índice de Barthel:** Puede ser administrado de 4 maneras; por el propio paciente, el médico, enfermero y fisiatra. El rango de posibles valores está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. Cuanto más cerca está de 0 el paciente presenta más dependencia, por el contrario cuanto más cerca está de 100, es indicativo de independencia. (Wylie C. , 1967) Se marca con una cruz sobre el indicador correspondiente.

Comer

- 10 Independiente. Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc. Por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- 5 Necesita ayuda. Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc. Pero es capaz de comer solo.
- 0 Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse y bañarse

- 5 Independiente. Capaz de lavarse entero puede ser usando ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño, puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- 0 Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

- 10 Independiente. Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa sin ayuda.
- 5 Necesita ayuda. Necesita ayuda pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- 0 Dependiente.

Arreglarse

- 5 Independiente. Realiza todas las actividades sin ninguna ayuda, incluye lavarse la cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona.
- 0 Dependiente. Necesita alguna ayuda

Deposición

- 10 Contiene. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo.
- 5 Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.
- 0 Incontinente. incluye administración de enemas o supositorios por otro.

Micción

- 10 Contiene. Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo.
- 5 Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.
- 0 Incontinente. incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al baño

- 10 Independiente. Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse del inodoro sin ayuda (puede utilizar barras). Si usa orinal es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar.
- 5 Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aun es capaz de utilizar el baño.
- 0 Dependiente. Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Trasladarse de cama a silla

- 15 Independiente. Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda.
- 10 Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeñas ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.
- 5 Gran ayuda. Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse.
- 0 Dependiente. Necesita ayuda o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

Deambulaci3n

- 15 Independiente. Puede caminar al menos 50m o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto andador. Si utiliza pr3tesis es capaz de pon3rselo y quit3rselo solo.
- 10 Necesita ayuda. Supervisi3n o peque1a ayuda f3sica (persona no muy fuerte) para andar 50m, incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
- 5 Independiente silla de ruedas. En 50 m. debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.
- 0 Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otra persona.

Subir y bajar escaleras

- 10 Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (muletas, bast3n, etc.) y el pasamanos.
- 5 Necesita ayuda. Supervisi3n f3sica o verbal.
- 0 Dependiente. Incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor.

Nombre del paciente:

Puntuaci3n total:

Fecha

- **CAM (Confussion Assessment method)**

Escala diagnóstica del Delirio. La encuesta está dirigida al familiar o al cuidador. El diagnóstico del SCA requiere de la presencia de los puntos 1 y 2 más 3 y/o 4. (Vairo, 2012)

1. Comienzo agudo y curso fluctuante

¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente? Si / No (si es No, no seguir con el test)

2. Alteración de la atención

El paciente ¿se distrae con facilidad y/o es tiene dificultad para seguir una conversación? Si / No (si es No, no seguir el test)

3. Pensamiento desorganizado

¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas que le rodean? Si / No

4. Alteración del nivel de conciencia

¿Está alterado el nivel de conciencia del paciente? (Nota: nivel de conciencia: Vigilante, letárgico, estuporoso) Si / No

Nombre del paciente:

Diagnóstico:

Fecha:

Estudios Observacionales

Título del estudio:

Nombre, dirección y teléfono del Investigador Principal:

Sitio donde se realizará el estudio:

A) Hoja de información:

Se le está pidiendo que participe de un estudio de investigación porque presenta (completar). Este tipo de estudios se realiza para poder saber más sobre su enfermedad y así poder encontrar mejores tratamientos / estudios de diagnóstico/parámetros de seguimiento (colocar lo que corresponda) para personas con (enfermedad). Su participación es completamente voluntaria; si no desea hacerlo su médico continuará con su atención habitual y su negativa no le traerá ningún inconveniente.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y haga todas las preguntas que necesite al investigador que se lo está explicando, antes de tomar una decisión.

1. El estudio se realizara para la finalización de la carrera de grado de Licenciatura en Enfermería con el objeto de ampliar el conocimiento a respecto del grado de independencia de los pacientes y el síndrome confusional agudo.
2. Si acepta la participación en el estudio, permitirá que el investigador observe la realización de las actividades de la vida diaria en la institución y responderá a 4 preguntas con la finalidad de conocer su estado de conciencia.
3. La participación en el estudio durara al menos 30 minutos.
4. Beneficios de la participación: Podre ampliar el conocimiento en materia de Independencia del paciente y conocer sobre el Delirium, lo que redunde en mejorar los cuidados de enfermería.
5. Riesgos de participar. Ud. no tiene riesgo de lesiones físicas si participa en este estudio; el riesgo potencial es que se pierda la confidencialidad de sus datos personales. Sin embargo, se hará el mayor esfuerzo para mantener su información en forma confidencial.
6. Se mantendrá la confidencialidad a través de: todos los datos serán tratados de manera confidencial, Ud. no será identificado con sus datos sino con un código. Y en caso de que los resultados de este estudio sean publicados, su identidad no será revelada.

El titular de los datos personales (o sea Ud.) tiene la facultad de ejercer el derecho del acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

7. Quien tendrá acceso a sus datos personales: El equipo de investigación podrá acceder a los datos de su historia clínica y a toda aquella información recabada a los fines de este estudio de investigación.
8. Puede dejar de participar en el estudio en el momento que Ud. lo decida, sin que esto perjudique su atención de la salud, solo deberá informar al investigador (De forma escrita u oral)

B) Consentimiento informado: He leído la hoja de información del Consentimiento Informado, he recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad. He quedado satisfecho con la información recibida, la he comprendido y se me han respondido todas mis dudas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria. Presto mi consentimiento para el procedimiento propuesto y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única obligación de informar mi decisión al responsable del estudio.

Firma, aclaración, número de documento del sujeto y fecha:

Firma, aclaración, número de documento del investigador y fecha:

III. Resultado del estudio exploratorio:

La institución donde se desarrolló el estudio permitió la realización del trabajo de investigación, a su vez cuenta con un comité de Investigación, el cual habilitó la realización del mismo.

El hospital cuenta con un departamento de enfermería, que promueve los trabajos de investigación y pone a disposición los distintos servicios de internación.

Por otro lado el área de estadísticas del hospital proveyó de datos sociodemográficos de sus residentes y de la capacidad instalada de cada uno de los servicios de internación.

El equipo interdisciplinario, médicos clínicos, fisiatras, del área de salud mental como psicólogos y psiquiatras, se encontraron a disposición del estudio para consultas al respecto. Como también, los enfermeros a cargo de los servicios, predispuestos a la colaboración en cuanto a la información que se requirió, presenciar actividades en horarios claves para el desarrollo del proyecto de investigación.

La población en estudio reunió todas las características necesarias para el desarrollo del proyecto de investigación, desde la edad hasta la prevalencia de alteraciones que permitan el estudio específico del trabajo como así también residentes que por distintos motivos se encuentra internados pero que no presentaron alteraciones incapacitantes de la salud. El hospital poseía más de 180 residentes internados en las diferentes salas.

Las condiciones edilicias del hospital, favorecieron el estudio de investigación, ya que existen dispositivos físicos que ayudan al residente a poder realizar actividades de manera independiente y a su vez, aquellos residentes que dependen de otros para las actividades, cuentan con personal de enfermería y fisiatras capacitados.

El servicio en el que se realizó el estudio, provee de información de carácter clínico respecto de los pacientes, y a su vez, pone a disposición un enfermero que colaboró en la realización del proyecto de investigación.

IV. Resultado de la prueba piloto del instrumento:

Los resultados que se obtuvieron de la prueba piloto, realizada durante el mes de noviembre de 2020 a 10 adultos mayores con características similares a la de la población en estudio, cabe destacar que estos no formaran parte de la población en estudio, dio cuenta de que fue factible la utilización de los instrumentos ya que no se ha presentado ningún inconveniente, que se pudo medir las variables en estudio en esa población, y que la aplicación de dichos instrumentos no presentó ninguna dificultad ni resistencia por parte de los participantes.

El estudio demostró, por otro lado, que por cuestiones de operatividad para la aplicación de los instrumentos el turno mañana no es viable para la realización del mismo, ya que en ese horario existe una gran cantidad de actividades por lo que los adultos se encuentran ocupados y dispersos. Que si bien existió predisposición por parte de los participantes, no se cuenta con el tiempo necesario, por lo cual, se concluyó que el turno más apropiado es el vespertino, por el menor flujo de actividades y de personal de salud de distintas disciplinas que pueden interferir en la aplicación de los instrumentos.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

—Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que LIALI GERARDO
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los 6-11- 2020

Nores, Rosana

Lic. ALICIA C. SPOSITO
MAT. 888
Jefa Odo. ENFERMERIA
HOSPITAL GERÁTRICO PICAL BERRIOARTU

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Bibliografía

- Organizacion de los Estados Americanos*. (Junio de 2015). Recuperado el Noviembre de 2020, de http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- Aragon I, R. J. (2018). *Factores de riesgo del síndrome confusional agudo en*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/324511248_Factores_de_riesgo_del_sindrome_confusional_agudo_en_ancianos_hospitalizados/fulltext/5b9bf23fa6fdccd3cb57984e/Factores-de-riesgo-del-sindrome-confusional-agudo-en-ancianos-hospitalizados.pdf
- Arena, L. A. (2012). *Teorias de Enfermería UNS*. Recuperado el 3 de Noviembre de 2020, de Teorias de Enfermería UNS: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/virginia-henderson.html>
- Arotce C, B. A. (2018). *Delirium en el perioperatorio de cirugía de cadera en el adulto mayor*. Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542018000200075
- Artola, C. S. (2020). *Delirium en el adulto mayor*. Obtenido de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/391/774>
- Association, A. P. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Medica Panamericana.
- Barrero C, A. S. (2005). *Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=5142>
- Barthel D, M. F. (1965). *Functional evaluation: The Barthel Index*. Obtenido de http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf
- Benjamin, F. J. (2018). *Síndrome confusional agudo*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms182b.pdf>
- CEPAL, C. e. (2004). *CEPAL*. Obtenido de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7190-la-dinamica-demografica-america-latina>
- De León M, H. E. (2011). *Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003
- Díaz J, J. I. (2015). *FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN*. Obtenido de <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/77>
- Escuela de Enfermería, R. b. (2018). *Teorías y tendencias en Enfermería*. Rosario, Argentina.

- Fortinsky R, G. C. (1981). *The use functional assessment in understanding home care needs*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6785540/>
- Garriga, J. (Agosto de 2019). *Plena identidad*. Recuperado el Noviembre de 2020, de <http://plenaidentidad.com/la-capacidad-funcional-y-la-capacidad-intrinseca/>
- Gresham G, p. T. (1980). *Status in stroke: relative merits of three standard indexes*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7406673/>
- Grimmsmann T, H. W. (2009). *Polypharmacy in primary care practices: an analysis using a large health insurance database*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19795368/>
- Howard M, K. R. (2010). *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. Philadelphia: Saunders Elseiver.
- Inouye, S. (1998). *Delirium in hospitalized older patients: recognition and risk factors*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9894730/>
- Jimenez M, S. A. (2018). *Delirium o Síndrome Confusional Agudo*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92234>
- León, M.-S. y. (2009). *Factores de riesgo para deterioro cognitivo*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=35797>
- Maclulich A, B. A. (2009). *Delirium and long-term cognitive impairment*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19219711/>
- OMS. (Mayo de 2017). *Organizacion Mundial de la Salud*. Recuperado el Noviembre de 2020, de <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- Peña Pérez, B, T. T. (2009). *Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=30215>
- Pezoa A, C. V. (2015). *Prevalencia del delirium en pacientes hospitalizados en un servicio de medicina interna*. Obtenido de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/6311.act>
- Quezada, J. P. (2017). *Funcionalidad del adulto mayor de un Centro de Salud Familiar*. Obtenido de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/432/226>
- Rockwood, K. (1993). *The occurrence and duration of symptoms in elderly patients with delirium*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8315229/>
- Rodríguez JB, C. M. (2005). *Marco Conceptual del Proceso Enfermero en la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias*. Malaga: Desclee De Brouwer.

- Rodríguez R, G. R. (2012). *Estado actual de capacidades en adultos mayores institucionalizados de Colima, México*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=36023>
- Rojas MJ, T. A. (2006). *Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados*. Obtenido de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1640/395>
- Romero, A. y. (2015). *Mejoramiento de la calidad de vida en el adulto mayor a través de la actividad física*. Obtenido de <https://revia.areandina.edu.co/index.php/Hh/article/view/325>
- Sadock B, S. V. (2015). *kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry behavioral science clinical psychiatry*. Philadelphia: wolters kluwer.
- Segovia Díaz de León M, T. A. (2011). *Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003
- Shah, S. V. (1989). *Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2760661/>
- Solis, C. A. (2005). *Índice de Barthel: Un instrumento esencial para la evaluación funcional y rehabilitación*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=5142>
- Tisnés, A. A. (2016). *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252016000200209
- Tomey, A. A. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- Vairo, M. H. (2012). *Psicogeriatría Clínica*. Buenos Aires: delhospital ediciones.
- Varela, L. (2011). *Principios de geriatría y gerontología*. Lima: UPCH.
- Veiga Fernandez F, C. J. (2008). *Etiología y Fisiopatología del Delirium*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-etilogia-fisiopatologia-del-delirium-X0211139X0834521X>
- Wschebor, A. L. (2017). *Delirium: una comorbilidad oculta asociada a mayor mortalidad*. Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902017000100016
- Wylie, C. (1967). *Measuring end results of rehabilitation of patients with stroke*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1920081/>
- Wylie, C. W. (1964). *A measure of disability arch Environ Health*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14157579/>

