



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis
Cuidado en Salud Mental y Psiquiatría

TESINA

Título:

Proceso de Enfermería para pacientes con diagnóstico de confusión aguda
en el área hospitalaria

PRESENTA:

Licenciada en Enfermería

Dulce Sabrina Mendoza Quintero

Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con
Énfasis en Salud Mental y Psiquiatría

DIRECTORA DE TESINA

MEyAS María Mercedes Pérez Betancourt

San Luis Potosí S.L.P; marzo 2018.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Título:

Proceso de Enfermería para pacientes con diagnóstico de confusión aguda
en el área hospitalaria

Tesina

Para obtener el nivel de Especialista Cuidado en Salud Mental y Psiquiatría

Presenta:

Lic. Enf. Dulce Sabrina Mendoza Quintero

Directora

MEyAS María Mercedes Pérez Betancourt



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Título:

Proceso de Enfermería para pacientes con diagnóstico de confusión aguda
en el área hospitalaria

Tesina:

Para Obtener el nivel de Especialista en Cuidado en Salud Mental y
Psiquiatría

Sinodales:

Dra. Martha Landeros López

Presidente

Firma

MEyAS Rita Guadalupe Martínez Rocha

Secretario

Firma

MEyAS María Mercedes Pérez Betancourt

Vocal

Firma

San Luis Potosí, S.L.P.

Marzo 2018.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por su apoyo incondicional para mi crecimiento profesional y personal a lo largo de toda mi vida, ya que sin ellos me hubiera sido imposible poder llevar a cabo esta especialidad; los amo hoy y siempre. Gracias a mis padres Diana y Mario por su apoyo moral y económico, a mis hermanas Denisse por su apoyo para afinar detalles, su paciencia para orientarme sobre la composición de esta y sus ánimos durante toda esta etapa, Pamela por su paciencia incondicional, brindarme sus ánimos, puntos de vista y recomendaciones, por apoyarme en la estancia nacional y siempre estar al pendiente de cómo me sentía a lo largo de este proceso de inicio a fin.

A mis compañeras del área de TRIAGE; Karina, Gabriela; Janet, Cristina por su apoyo cuando necesitaba tiempo para la escuela.

A mis amigos del alma Lupita, Anahí, Moisés, Giovanna, Diana, Lupita Mtz, Viridiana, Myrena, Lupita Casillas, Fabiola, Emmanuel, David, Estela, Edwin, Arely, mi querida maestra Magda, por su ánimo hacia mi persona apoyo personal, moral y su amistad incondicional durante todo este tiempo, ya que fue difícil y pese a todo, siempre conté con su apoyo incondicional y en aquellos momentos en los que sentía que me quería dar por vencida, estaban ahí para alentarme a seguir adelante.

Agradezco también a todas aquellas personas que, sin ser tan cercanas a mí, me brindaron siempre sus buenos deseos, apoyo y fortaleza para lograr esto, sin duda alguna fue un reto muy grande en mi vida, el cual me permitió madurar, crecer y volverme una mejor persona. Mi más sincero agradecimiento a los médicos psiquiatras de la Clínica Psiquiátrica por brindarme las facilidades para mi crecimiento profesional, a la L.E. Concepción Ponce, jefa de enfermeras del Hospital General de Soledad por su apoyo para poder realizar la especialidad y trabajar al mismo tiempo.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	iv
Abstract.....	v
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	3
2.1 General.....	3
2.2 Específicos	3
III. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
3.1 Justificación	4
3.2 Planteamiento del problema	7
IV. METODOLOGÍA.....	10
V. MARCO TEÓRICO	12
5.1 Epidemiología de Confusión Aguda	12
5.2 Antecedentes Históricos de Confusión aguda	17
5.3 Aspectos Anatómico Fisiológicos del Cerebro.	21
5.4 Proceso de Enfermería en pacientes con Confusión Aguda.....	40
5.4.1 Valoración de Enfermería.	41
5.4.2 Diagnóstico.....	46
5.4.3 Fisiopatología del Síndrome Confusional Agudo.	48
5.4.4 Planeación de las intervenciones de enfermería.	56
5.4.5 Planteamiento de objetivos y criterios de resultado.	58
5.4.6 Intervenciones principales en el diagnóstico de confusión aguda	64
5.4.7 Ejecución.	70
5.4.8 Evaluación	71
VI. CONCLUSIONES.....	74
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
VIII. APÉNDICES	81
Apéndice A. Fármacos asociados al síndrome confusional agudo.....	81
Apéndice B. Mini examen cognoscitivo	82
Apéndice C. Escala Detección del síndrome confusional agudo (Delirium).....	83

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Principales causas del diagnóstico de confusión aguda	14
Tabla 2. Enfermedades asociadas al Síndrome confusional agudo	15
Tabla 3. Síndrome confusional agudo secundario a sustancias.	16
Tabla 4. Orientación cognitiva para identificar personas (0900)	59
Tabla 5. Estado neurológico (0912)	59
Tabla 6. Nivel de agitación, gravedad de las manifestaciones (1214)	60
Tabla 7. Severidad de la retirada de sustancias (2108)	61
Tabla 8. Nivel de glucemia (2300)	61
Tabla 9. Sueño, suspensión periódica de la conciencia (004)	62
Tabla 10. Intervención Manejo del Delirio	64
Tabla 11. Actividades para manejo de delirio	65
Tabla 12. Intervención 6486 Manejo ambiental (Seguridad)	66
Tabla 13. Actividades para Manejo de ambiental: (seguridad)	66
Tabla 14. Intervención Aplicación, control y retirada de dispositivos de sujeción.	67
Tabla 15. Actividades para la sujeción física	68
Tabla 16. Intervención Administración de medicación	69
Tabla 17. Actividades para la administración de medicación	69
Figura 1. Áreas y funciones de la corteza cerebral	29
Figura 2. Estructuras que conforman el Diencefalo	30
Figura 3. Lóbulos cerebrales.....	36
Figura 4. Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales de Salud	44
Figura 5. Manifestaciones del síndrome confusional agudo	51
Figura 6. Neurotransmisores implicados en el Síndrome Confusional Agudo	54
Figura 7. Fisiopatología del síndrome confusional agudo.....	56
Figura 8. Principales intervenciones y actividades para el paciente con el Diagnóstico de Confusión aguda en el Área hospitalaria	63
Figura 9. Esquema para el Diagnóstico de Enfermería Confusión Aguda en el Área Hospitalaria.....	73

RESUMEN

Actualmente el síndrome confusional agudo o delirium, se presenta con un alto porcentaje de incidencia dentro de las instituciones hospitalarias, pasando algunas veces desapercibido por el personal del área de enfermería, siendo que este está en contacto directo con el paciente, 30% de los casos se presentan en la unidad de cuidados intensivos, 40% en el área de cirugía secundarios a fractura de cadera, representando este el motivo más frecuente de interconsulta con una incidencia de 20%, presentando una mortalidad del 25% en los tres meses posteriores a su egreso y de 40 – 50% en un año (Lobo Satué, 2013). La presente investigación tiene como objetivo describir el proceso de cuidado de enfermería durante el período de hospitalización con base al diagnóstico de confusión aguda en el área hospitalaria, para su desarrollo se llevó a cabo una investigación de tipo documental, mediante la consulta de diversas bases de datos y fuentes bibliográficas. Se presentan las principales intervenciones y actividades con base a la taxonomía enfermera, fundamentando en base a la fisiopatología del síndrome confusional agudo. Esta Investigación representa una contribución importante para la prevención oportuna por parte del personal de enfermería, la implementación de medidas no farmacológicas y el adecuado tratamiento permiten resolver el cuadro agudo de la enfermedad.

Palabras clave: Confusión aguda, delirium, proceso, intervenciones valoración.

Abstract

At present, the acute confusional syndrome or Delirium presents with a high percentage of incidence within the hospital institutions, sometimes unnoticed by the personnel of the nursing area, since it is in direct contact with the patient. 30% of the cases are presented in the intensive care unit, 40% in the area of surgery secondary to hip fracture, representing this the most frequent reason for interconsultation with an incidence of 20%, presenting a mortality rate of 25% in the three months after graduation and 40-50% in one year (Lobo Satué, 2013). The objective of this research is to describe the process of the nursing care process during the hospitalization period based on the diagnosis of acute confusion in the hospital área, for its development a documentary research was carried out, by consulting various databases and bibliographical sources. The main interventions and activities based on the nurse taxonomy are presented, based on the pathophysiology of the acute confusional syndrome. This research represents an important contribution for the timely prevention by the nursing staff, the implementation of non-pharmacological measures and the adequate treatment allow to solve the acute picture of the disease.

Key words: Acute confusion, delirium, process, assessment interventions.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad la preparación y formación de profesionales en el área de la salud exige que tengan los conocimientos teóricos y prácticos para llevar la buena praxis basados en la ética, lo que conlleva brindar un cuidado de manera holística a la persona, individuos y comunidad.

El síndrome confusional agudo o delirium actualmente tiene gran incidencia dentro del área hospitalaria en los diversos servicios, desde el área de urgencias, cirugía, unidades de cuidados intensivos siendo este mismo el diagnóstico de ingreso o una comorbilidad más presente dentro de la estancia hospitalaria, complicando la pronta recuperación, agravando o decrementando la salud hasta llegar al fallecimiento.

Por lo que la identificación oportuna, y la implementación adecuada proceso de atención de enfermería permitirá que el profesional pueda implementar las intervenciones, actividades y logre el objetivo de los cuidados a fin de prevenir y evitar más complicaciones en el paciente.

Quiroz (2014), afirma que el síndrome confusional agudo, consiste en “un cuadro clínico multifactorial, el cual denota una insuficiencia cerebral aguda y se caracteriza por presentar una alteración brusca y fluctuante de la capacidad de atención, trastorno de la cognición y/o nivel de conciencia alterado, y en algunos casos también se puede presentar alteración del ciclo sueño – vigilia e ideas delirantes y alucinaciones” (p. 288, 2014).

El personal especializado en Cuidado en Salud Mental y Psiquiatría, debe profundizar en temas acordes a los procesos fisiopatológicos que impliquen la complejidad necesaria, para poder contar con las habilidades, conocimientos

y aptitudes ante estos retos que se presentan día con día, sumando los avances tecnológicos que se presentan.

Esto permitirá al futuro especialista ser líder, en el manejo de la atención y coordinar a su vez al equipo multidisciplinario, contribuyendo a mejorar la calidad y atención en los centros hospitalarios.

El conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería en el Diagnóstico de Confusión aguda por medio de las cinco etapas valoración, diagnóstico planeación, ejecución y evaluación, argumentada con base a la fisiología, anatomía y fisiopatología subyacente, incorporando los principios, teorías y actividades propias del cuidado de enfermería.

La presente tesina sustenta el proceso de enfermería enfocado al diagnóstico de confusión aguda, basado en la revisión bibliográfica por medio de la investigación de tipo documental, obteniendo recursos de bases de datos, artículos electrónicos para poder fundamentar el diagnóstico, las principales intervenciones y actividades que favorecen la pronta resolución del síndrome confusional agudo en el área hospitalaria.

II. OBJETIVOS

2.1 General

Describir el proceso de cuidado de enfermería durante el período de hospitalización en pacientes con diagnóstico de confusión aguda.

2.2 Específicos

- Describir las características del diagnóstico de confusión aguda.
- Identificar los aspectos fisiopatológicos relacionados con el diagnóstico de confusión aguda.
- Fundamentar las intervenciones del personal de enfermería llevadas a cabo durante el proceso.
- Presentar una propuesta para la detección oportuna del diagnóstico de confusión aguda durante las primeras horas de internamiento para su referencia o manejo dentro del área hospitalaria.

III. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1 Justificación

En la actualidad los servicios de salud hospitalarios presentan una gran demanda de la población debido al aumento en la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas, para el profesional de enfermería y colegas de la salud es de suma relevancia la detección oportuna de posibles enfermedades secundarias a su padecimiento de ingreso.

La confusión aguda se conceptualiza como “Un trastorno médico que implica la alteración global del estado mental y se caracteriza por la perturbación de las funciones cognitivas percepción, orientación, lenguaje y memoria”. (Mingote Adán & Holgado Madera, 2003). Los datos clínicos que permiten identificar esta entidad patológica de acuerdo con el DSM V son “alteración de la atención con disminución para centrar, mantener o dirigir la atención y la conciencia orientación reducida al entorno.

La alteración se presenta en un corto período de tiempo y tiende a fluctuar a lo largo del día” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) (deterioro de la memoria reciente, desorientación en tiempo, alucinaciones), alteración del lenguaje y pensamiento desorganizado. (López-Ibor Aliño & Valdés Miyar, 1995)

Este padecimiento se presenta con mayor frecuencia en las áreas de cuidados intensivos, traumatología, y en el área de urgencias, entre otras, dentro del ámbito hospitalario, sin embargo, como señala Lobo Satué (2013), este problema en ocasiones puede pasar desapercibido, siendo difícil su detección y manejo. Según refiere este autor, la confusión aguda en 30% de los casos se presenta en la unidad de cuidados intensivos, 40% en el área de cirugía

secundarios a fractura de cadera, representando este el motivo más frecuente de interconsulta con una incidencia de 20%, presentando una mortalidad del 25% en los tres meses posteriores a su egreso y de 40–50% en un año.

El diagnóstico de confusión aguda o también denominado delirium como se mencionó anteriormente puede ser una manifestación de otra enfermedad subyacente, presentando el paciente a lo largo de su historia natural de la enfermedad desde la apatía a cambiar a la agitación en el transcurso de horas. (Gallane & Zun, 2017)

El síndrome confusional agudo en el área hospitalaria está presente en un 24% en el servicio de urgencias, al no tener herramientas el profesional de salud para la detección oportuna aumenta aún más las complicaciones elevando la tasa de mortalidad un 10% más, siendo del 36% al no identificarlo y olvidarlo asociándolo a una alta tasa de incontinencia, desnutrición entre otras causas. (Gallane & Zun, 2017)

El personal de Enfermería dentro estas unidades de atención deben contar con el conocimiento necesario con respecto a la problemática que se presenta y definir un cuidado para estas enfermedades, que son el delirium o síndrome confusional agudo. De acuerdo con Hales, Yudofsky y Gabbard (2009), también es necesario considerar que el delirium afectará notablemente a la evolución clínica de la persona durante su estancia hospitalaria o en lugares de larga estancia.

Por su parte, Marino (2014), señala que dentro de la confusión aguda existen diversas categorías de acuerdo con la fisiopatología en el ámbito hospitalario, una de ellas, el delirium hiperactivo, el cual supone una incidencia de menos del 2% durante la hospitalización, el delirio hipoactivo es el más frecuente y se

presenta del 45 al 64% de los casos, y el delirio mixto que presenta del 6 al 55% de incidencia.

Hasta ahora, la información con respecto a este problema es escasa, es posible que debido al subregistro no se cuente con una estadística exacta sobre el número de personas que presentan estado confusional agudo, diversos informes presentan registro en los que indican que este síndrome es infrecuente en personas jóvenes o mediana edad y cuando sucede generalmente se encuentra vinculado a la injerencia del alcohol o drogas ilícitas y esto se puede observar en personas que acuden al área de urgencias.

Se debe considerar que, si se detecta a tiempo los signos y síntomas del síndrome confusional agudo, este puede revertirse, lo que implica un gran reto para el profesional de enfermería, ya que gran parte del personal no cuenta con las bases para identificarlo, ni hacer frente al cuidado del síndrome en pacientes que lo padecen, obstaculizando con esto una rápida detección e implementación de los cuidados pertinentes, a fin de hacer su estancia hospitalaria más corta (Arrue, Ruiz de Alegria, Hoyos, & Zarandona, 2016).

El personal de Enfermería cuenta con un diagnóstico denominado “Confusión aguda” en el cual se encuentran las características definitorias para su identificación en cualquier ámbito profesional y pueda realizar una intervención segura para estas personas. La “confusión aguda” se define según la NANDA como “Inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo” (Herdman, 2012-2014), lo que permitirá brindar un apoyo al individuo, para su manejo en el ámbito hospitalario aunado al tratamiento farmacológico.

Con base en lo anterior, el presente trabajo de investigación documental sobre el proceso de enfermería para pacientes con confusión aguda busca presentar

información sobre los fundamentos del problema y el manejo de la enfermedad en el ámbito hospitalario, de forma que se tengan antecedentes al respecto, así como el uso del lenguaje enfermero, incursionando desde la valoración, los fundamentos, las intervenciones y los criterios utilizados para su evaluación. Permitiendo con esto al personal de enfermería identificar, y ejecutar de manera adecuada el plan de manejo en beneficio del paciente, contando con el conocimiento de las causas y el porqué de dichas acciones.

3.2 Planteamiento del problema

La atención de enfermería a las personas que padecen enfermedades mentales graves sigue siendo un objetivo prioritario para los servicios públicos de salud mental, al mismo tiempo que las personas que padecen dichas enfermedades se encuentran expuestas a más susceptibilidad en la sociedad, afectados por el nivel de desarrollo económico y marginalidad existente en el medio en el que se desarrollan y los sistemas de salud (Megía Sanz, Ma. Jesús; Moreno Murcia, Juan José, 2013).

Es necesario que se oriente a los profesionales en el área de la salud, específicamente en el área de enfermería sobre las enfermedades mentales y el manejo de estas durante la estancia corta de hospitalización de personas con este padecimiento, además de la implementación de programas de intervención eficaces. Al no existir un plan de cuidados determinado para cada diagnóstico de enfermería identificado en la práctica clínica, surge la necesidad de elaborar planes de cuidados, a fin de que los profesionales en el área de la salud puedan aplicarlos y adaptarlos a cada paciente de forma individual, en el contexto familiar y social en el que estos se encuentren.

Uno de los diagnósticos mayormente utilizados durante la estancia hospitalaria es el Diagnóstico de confusión aguda, de cual hasta el momento se conoce poco, lo que hace evidente la inexistencia de un proceso de enfermería basado

en este diagnóstico para una mejor implementación de este, pues no se cuenta con la suficiente información acerca del mismo.

Utilizándolo equivocadamente dentro del ámbito psiquiátrico no considerando las causas o características que lo hagan válido, tomándolo como que puede ser aplicable para cualquier ámbito, debemos tomar en cuenta que el síndrome de confusión aguda será multicausal y la mayoría de estas son complicaciones del estado fisiológico del paciente, o factores que lo predisponen.

Al no poder identificar oportunamente el síndrome de confusión aguda, no dando importancia a sus características definitorias, ni tener conocimiento sobre el tema repercute en la salud del paciente, dejando que la historia natural de la enfermedad siga su camino, con repercusiones en el paciente provocando que el profesional de enfermería se vea incompetente ante estas situaciones, tomando como habitual este diagnóstico sin darle la importancia y profundidad que requiere, como profesionales en el área de salud mental y psiquiatría debemos conocer más acerca de los diagnósticos de enfermería que nos atañen y la correcta implementación en base a sus características y factores relacionados.

Al saber manejar el diagnóstico “Enfermería puede y debe aportar sus conocimientos y su metodología para participar activamente en la disminución, y/o resolución del síndrome confusional agudo, la importancia y manejo de este síndrome se verá reflejado en las consecuencias cualitativas y cuantitativas provenientes desde su aparición en el paciente (Martínez Velilla, Petidier Torregrosa, & Casas Herrero, 2012).

El síndrome confusional agudo es una afección frecuente en los hospitales ya sea como una patología primaria o secundaria se estima que la prevalencia durante el período de larga estancia dentro del hospital es de un 60% y llega

a ser un 80% la prevalencia de este padecimiento en unidades de cuidados intensivos (Clouse , 2018).

El síndrome confusional agudo en el área de urgencias la incidencia se eleva de un 10 a 15% cuando solo a la población geriátrica se enfoca este padecimiento, puede surgir de inmediato, durante el período posoperatorio ocurrido en los primeros 15 a 30 minutos, o en ocasiones la aparición del mismo puede prolongarse y se diagnóstica hasta las 8 y 24 horas más tarde dependiendo las características de los individuos, edad, género y enfermedad subyacente puede que no exista un cambio en el comportamiento físico sin embargo, es posible que el paciente presente períodos de inquietud, muestre agresividad verbalmente o períodos de letargo (Hudek, 2009).

El síndrome confusional agudo es un tema con arduas investigaciones al respecto, pero poco conocido y comprendido entre los profesionales de enfermería, afectando a todos los segmentos de la población siendo más notoria en adultos mayores.

Es común que en el área hospitalaria al no saber cómo identificar y abordar este diagnóstico, causara grandes costos en términos de morbilidad, recursos humanos y financieros, generando una mayor demanda de recursos humanos, materiales, medicamentos y económicos, incrementando las probabilidades de daño físico al personal de enfermería (Hudek, 2009).

Como se ha mencionado anteriormente, la participación de enfermería dentro del manejo del síndrome de confusión aguda es un pilar fundamental dentro del equipo interdisciplinar en distintos puntos de la cadena que implica la prevención, siguiendo en la detección y evaluación de este, y pasando por la intervención para buscar la mejoría del paciente.

IV. METODOLOGÍA

Para realizar la presente tesina se eligió un tema de interés derivado del área hospitalaria, en la cual se ha desarrollado la práctica laboral, ya que existe una notable incidencia de este padecimiento de primera o segunda instancia en las primeras horas de internamiento durante su hospitalización en el área de hospitalaria, se propone el porqué de la elección de este tema, y se formula el título para llevar a cabo la investigación documental en colaboración con la docente encargada de énfasis, para poder llevarla a cabo.

Se llevó a cabo la búsqueda y recopilación de información documental en diversas bases de datos por medio de la biblioteca virtual universitaria CREATIVA UASLP, utilizando diferentes bases de datos como lo son CUIDEN, CiberINDEX, ClinicalKey, además de recursos como Scielo, Elsevier, así mismo se llevaron a cabo visitas de consulta al Centro de Información en Ciencias Biomédicas de la UASLP para la recopilación bibliográfica, durante el segundo semestre de la especialidad, de agosto 2017 a enero de 2018.

Las palabras claves de búsqueda que más se utilizó a lo largo de la investigación fueron confusión aguda, delirium, diagnóstico, valoración, proceso de enfermería. Posteriormente se asistió a asesoría con la directora de tesina y con la encargada del énfasis Cuidado en Salud Mental y Psiquiatría, quienes ayudaron en la resolución de dudas acerca del contenido de la investigación documental y la estructura.

Para el desarrollo del tema y los contenidos presentados se seleccionó el diagnóstico propuesto, las intervenciones y criterios de resultado que se consideraron los más importantes dentro del proceso del diagnóstico de confusión aguda.

Por último, se sometió a lectura en el período de diciembre a enero para poder realizar las observaciones y sugerencias, con el objetivo de presentarla en la Pre-defensa y Defensa para concluir el proceso de titulación y ser Especialista en Enfermería Clínica Avanzada énfasis Cuidado en Salud Mental y Psiquiatría.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Epidemiología de Confusión Aguda

El síndrome confusional agudo debe considerarse como de gran importancia epidemiológica ya que cumple con todos los criterios que se requieren para considerarlo, siendo frecuente en los servicios hospitalarios, llevando serias complicaciones, además de que se confunde con otros diagnósticos, siendo prevenible si se detecta a tiempo (Martínez Velilla, Petidier Torregrosa, & Casas Herrero, 2012).

Debido a sus diversas etiologías clínicas, y la variedad para la detección del síndrome son poco fiables las estadísticas al respecto, la asociación americana de psiquiatría en el año 2010 refiere que la prevalencia del síndrome confusional agudo en el área hospitalaria oscila entre un 10 y 30%, en los adultos mayores hospitalizados varia del 10 al 40%, pacientes oncológicos en un 25%, pacientes con inmunodeficiencia humana lo desarrollan hasta en un 30 - 40%, 51% en pacientes posoperatorios y en pacientes con enfermedades terminales en un 80% de los casos cuando ya están cerca de su deceso.

En pacientes con enfermedades cardíacas, operados de cadera o un trasplante, con quemaduras, en proceso de diálisis o lesiones del sistema nervioso central tienen mayores posibilidades de presentarlo.

Las apariciones de los síntomas pueden presentarse en 1 a 3 días, con una duración desde 1 semana o más de 2 meses, la mayoría se resuelve entre 10 a 12 días, de los pacientes que lo presentan el 15% continúan con los síntomas hasta 30 días, los adultos mayores tienen menor esperanza de recuperación total con una incidencia del 4 al 40%.

Los pacientes que presentan síndrome de confusión aguda durante la hospitalización presentan un porcentaje de 22 – 76% de probabilidades de mortalidad, durante la misma, así como en los próximos meses.

Varios estudios arrojan que hasta el 25% de la población que presento síndrome confusional mueren dentro de los próximos 6 meses teniendo una tasa de mortalidad en los próximos 3 meses posteriores 14 veces más alta que pacientes con algún trastorno afectivo.

5.2 Etiología de Confusión Aguda

Como se mencionó anteriormente, el diagnóstico de confusión aguda muchas veces es secundaria a una patología durante la estancia hospitalaria, otras causas pueden ser la edad, deterioro cognitivo, fármacos déficits sensoriales, deshidratación etcétera (Ganuzá, González Torres, & Garivaría, 2012), numerosos autores clasifican estas casusas de acuerdo con su origen, algunas de estas se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Principales causas del diagnóstico de confusión aguda

Factores predisponentes	Factores precipitantes
Edad >65 años Nivel de Educación Antecedentes de Delirium Situación basal funcional: Caídas, cambio de la marcha Demencia o déficit cognitivo Déficit visual o auditivo Fármacos (Anexo 1) Hidratación Nutrición	Ambientales: Restricción física, cateterismo vesical, vías periféricas Cirugías: cardíaca, ortopédica, abdominal Otros: alteración del ritmo sueño – vigilia o de privación del sueño

Fuente: Ganuzá, Gonzalez Torres y Garivaría (2012).

Como se puede observar en la tabla 2, las enfermedades asociadas con el síndrome de confusión aguda se clasifican en neurológicas intrínsecas, sistemáticas, hematológicas y del aparato digestivo.

Tabla 2. Enfermedades asociadas al Síndrome confusional agudo

Neurológicas intrínsecas	Sistémicas	Hematológicas	Del aparato digestivo
<i>Alteraciones focales</i>	<i>Alteraciones metabólicas</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - Vasculares (isquemia/hemorragia arterial/venosa). - Neoplasias primarias y metastásicas - Infecciones (encefalitis, abscesos) - Esclerosis múltiple, mielinolisis central pontina - Alteraciones difusas o multifocales 	<ul style="list-style-type: none"> - Hidroelectrolíticas: deshidratación, hipo/hiper Na, Ca, Mg, hipoxia, hipercapnia, acidosis etc. - Endocrinas; panhipopituitarismo, hipertiroidismo, hipo e hiperparatiroidismo, insuficiencia suprarrenal, descompensación diabética 	<ul style="list-style-type: none"> - Anemia grave, policitemia, purpura trombótica, coagulación intravascular - Enfermedades cardiovasculares - Enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, shock, arritmias - encefalopatía - Enfermedades pulmonares - Tromboembolismo pulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> - Hepatopatía, enfermedades pancreáticas - Nefropatías - Insuficiencia renal - Enfermedades infecciosas - Brucelosis, endocarditis infecciosa, fiebre reumática, fiebre tiroidea, neumonía, paludismo, sepsis,

Fuente: Tejeiro Martínez & Gómez Sereno (2002).

Con respecto al síndrome confusional agudo secundario a sustancias, como se muestra en la tabla 3, este se clasifica en intoxicaciones y abstinencia.

Tabla 3. Síndrome confusional agudo secundario a sustancias.

Intoxicaciones	Abstinencia
Alcohol etílico, alucinógenos, anfetaminas, ansiolíticos, anticolinérgicos, antidepresivos, cannabis, cocaína, éter, hipnóticos, inhalantes, insecticidas, opiáceos.	Alcohol, ansiolíticos, barbitúricos, hipnóticos Ausencia de intoxicación/abstinencia Agonistas dopaminérgicos, aminofilina, antiarrítmicos, antibióticos, anticolinérgicos.

Fuente: Tejeiro Martínez & Gómez Sereno (2002).

5.2 Antecedentes Históricos de Confusión aguda

Para Montenegro M (2009), conforme pasa el tiempo los términos médicos cambian, teniendo variaciones tanto en su forma como contenido, matices y la precisión de este. El concepto de Delirium ha sido empleado desde hace ya muchos años, anteriormente conocido como el síndrome confusional agudo. Para los griegos este término se asociaba con manifestaciones mentales de una enfermedad orgánica, en la cual alteraba la conducta, humor, pensamiento y discurso asociados fiebre diferenciados de la locura.

A mediados del siglo XIX predominaba la opinión de que todas las causas de las enfermedades mentales podían conducir a alteraciones de la conciencia, además de no saber el origen de algunos cuadros patológicos. Diversos autores intentaron dar explicación a los diferentes trastornos mentales, sin poder fundamentar realmente el origen. Bonhoeffer, establece lo esencial de la relación entre la enfermedad somática y la alteración mental aguda, denominó delirium como el “tipo de reacción exógena aguda”, afirmando que había síntomas mentales determinados por causas ajenas a la enfermedad somática (Montenegro, 2009).

De acuerdo con Marulanda, Ocampo y Osorno (2009), “Los hospitales en el siglo XIX, fueron verdaderos medios de cultivo de la enfermedad” (p. 34). Estos autores hacen referencia a que los servicios hospitalarios eran relativos a una sentencia de muerte, predominando en epidemias y pandemias, debido a la inmundicia y hacinamiento en el que se encontraban. Los pacientes eran alineados, tratados con crueldad, como brujos, hechiceros o endemoniados, cargados de cadenas o metidos en jaulas, la alimentación era muy pobre y la suciedad predominaba en pacientes con actividad psicomotora.

Engel y Romano (1959), definen al delirium como un síndrome de insuficiencia metabólica cerebral caracterizado por un enlentecimiento generalizado del electroencefalograma, aunque esto no ocurriera siempre. Lipowski (1990), consideraba de forma esquemática que existen varios factores predisponente unos facilitadores y otros precipitantes para producir un síndrome confusional agudo, estos pueden ser la edad avanzada, un daño cerebral previo o antecedentes del delirium (Mingote Adán & Holgado Madera, 2003).

Para el año de 1980, el síndrome confusional agudo anteriormente llamado delirium, ingresa de forma sistemática en la nosografía psiquiátrica, ese mismo año se publica en la tercera edición de DSM III, y es avalado por la Asociación Psiquiátrica Americana, posteriormente en 1994, el DSM IV elimina algunas restricciones referentes a los criterios diagnósticos, relacionados al CIE -10, por lo que establecen los criterios para su diagnóstico (Marulanda Méjia , Ocampo Chaparro, & Osorno Chica, 2009).

Dentro de los criterios para el diagnóstico de síndrome confusional agudo el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V, (2014) establece los siguientes criterios mencionados a continuación:

- a. “Una alteración de la atención, (capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno).”
- b. “La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención, y la conciencia inicial y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.”
- c. “Una alteración cognitiva adicional (déficit de memoria, de orientación, lenguaje, de capacidad visual o espacial de la percepción).”
- d. Las alteraciones en los criterios a y b no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en un curso, ni

sucedan en el contexto de un nivel de estimulación, extremadamente reducido, como sería el coma.”

- e. “En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración es una consecuencia fisiológica de directa de otra afectación médica, una intoxicación o una abstinencia por sustancia, (debida a un consumo de drogas o aun medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.”

Dentro de la Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE – 10 refiere varias directrices para diagnosticar el síndrome confusional agudo mismas que se presentan a continuación:

- a. “Alteración del nivel de conciencia y la atención, en una línea continua desde la obnubilación al coma; capacidad reducida de dirigir, focalizar, mantener y cambiar la atención).”
- b. “Alteración global de la cognición (distorsiones perceptivas, ilusiones y alucinaciones, visuales con más frecuencia; deterioro del pensamiento abstracto y la comprensión, con o sin delirios transitorios, pero típicamente con cierto grado de incoherencia; alteración de la memoria inmediata y reciente con memoria remota relativamente indemne; desorientación en tiempo y, en los casos más graves, también en lugar y persona).”
- c. “Alteraciones psicomotoras (hipoactividad o hiperactividad y oscilaciones impredecibles de una a otra; aumento del tiempo de reacción; flujo del lenguaje aumentado o reducido; reacción de sobresalto exagerada)”.
- d. “Alteración del ciclo sueño-vigila (insomnio o, en casos graves, desaparición total del sueño o inversión del ciclo sueño-vigila; somnolencia diurna; empeoramiento nocturno de los síntomas; sueños

o pesadillas molestas, que pueden continuar en forma de alucinaciones después de despertarse).”

- e. “Alteraciones emocionales (p. ej., depresión, ansiedad o temor, irritabilidad, euforia, apatía o perplejidad interrogante)”.

(World Health Organization, 1992).

5.3 Aspectos Anatómicos Fisiológicos del Cerebro.

El encéfalo adulto presenta cuatro porciones principales: el tronco encefálico o también llamado tallo cerebral, el cerebelo, el diencefalo y el cerebro. El tronco, se continua con la médula espinal constituido por el bulbo raquídeo, la protuberancia y el mesencefalo. Detrás del tronco encefálico se halla el cerebelo, por encima el diencefalo, formado por el tálamo el hipotálamo y el epitalamo apoyado sobre el diencefalo y tronco se encuentra el cerebro.

El encéfalo se encuentra protegido por el cráneo y las meninges, por meninges craneales y espinales llevando los nombres de duramadre por fuera, aracnoides en la parte media y piamadre por dentro. La duramadre tiene dos capas una capa perióstica que es externa y una interna capa meníngea.

La sangre llega al encéfalo, principalmente a través de las arterias carótidas internas y las vertebrales, los senos venosos duran en las venas yugulares internas y retorna por estas hacia el corazón, en el adulto el encéfalo representa solo el 2% del peso total del cuerpo, utiliza alrededor del 20% del oxígeno y glucosa que se consumen, incluso en reposo.

Las neuronas las principales células en esta área, sintetizan ATP casi exclusivamente a partir de la glucosa, por medio de reacciones que requieren oxígeno, cuando aumenta la actividad de las neuronas y neuroglia en el encéfalo aumentara el flujo de sangre (Tortora & Derrickson, 2006).

Está protegido por la barrera hematoencefálica (BHE), protege a las neuronas de sustancias nocivas y de microorganismos porque impide el paso de muchas sustancias de la sangre al tejido nervioso, está formada por uniones estrechas que cierran el espacio entre las células endoteliales de los capilares encefálicos, y por una membrana basal gruesa que los rodea.

Algunas sustancias solubles como el agua, glucosa pueden atravesarla por transporte activo, otros como la urea, creatinina y casi todos los iones la atraviesan muy lentamente (Tortora & Derrickson, 2006).

Al tener una hemodinamia optima habrá una satisfacción de las necesidades celulares de consumo de oxígeno y de nutrientes, manteniendo un flujo sanguíneo cerebral, resultante del cociente entre la presión de la perfusión cerebral y la resistencia vascular cerebral (Álvarez Fernandez & Igeño Cano, 2016).

Líquido Cefalorraquídeo

El líquido cefalorraquídeo (LCR), es un líquido claro e incoloro que protege al encéfalo y a la medula espinal del daño físico y químico, transporta oxígeno y glucosa desde la sangre hasta las neuronas y a la neuroglia, este circula a través de las cavidades del encéfalo y de la médula por el espacio subaracnoideo (Tortora & Derrickson, 2006).

El encéfalo está constituido por cuatro cavidades denominadas ventrículos, los ventrículos laterales se localizan en cada uno de los hemisferios cerebrales, los ventrículos laterales están separados por adelante por una membrana fina, el septum pellucidum. El tercer ventrículo es una cavidad estrecha a lo largo de la línea media superior del hipotálamo y entre las mitades derecha e izquierda del tálamo, el cuarto ventrículo yace entre el tronco del encéfalo y el cerebelo.

El volumen total del LCR es de 80 a 150 ml en los adultos, está constituido por glucosa, proteínas, ácido láctico, urea cationes (Na, K, Ca, Mg), y aniones (Cl y HCO₃); algunos leucocitos, el LCR contribuye a la homeostasis de tres maneras:

1. Protección Mecánica: amortigua los impactos y protegen al tejido nervioso del encéfalo y la médula espinal, sostiene también al encéfalo para que este flote en la cavidad craneana.
2. Protección Química: Provee un ambiente químico oportuno para la señalización neuronal correcta.
3. Circulación: Permite el intercambio de nutrientes y productos de desecho entre la sangre y el tejido nervioso.

El LCR se produce en los plexos coroideos, redes de capilares en las paredes de los ventrículos, los capilares están cubiertos de células endoteliales que generan el líquido a partir del plasma sanguíneo por filtración y secreción.

Circulación del Líquido Cefalorraquídeo

El líquido formado en los plexos coroideos de los ventrículos laterales llega al tercer ventrículo a través de los orificios estrechos y ovalados, los forámenes interventriculares. La mayor parte del LCR proviene del plexo coroideo del techo del tercer ventrículo, el líquido fluye hacia el cuarto ventrículo a través del acueducto del mesencéfalo o acueducto cerebral (también llamado silvio), que atraviesa el mesencéfalo, el plexo coroideo del cuarto ventrículo aporta más líquido, el LCR puede llegar al espacio subaracnoideo alrededor del encéfalo y la médula.

El LCR se absorbe de forma gradual hacia la circulación sanguínea por las vellosidades aracnoideas, especialmente en el seno sagital superior, en condiciones normales se reabsorbe tan rápido como se forma en los plexos coroideos, a una velocidad cercana a los 20 ml/hr, teniendo una presión constante (Tortora & Derrickson, 2006).

Tronco del encéfalo

Es la parte comprendida entre la médula espinal y el diencéfalo, conformada por tres partes, el bulbo raquídeo, la protuberancia o puente y el mesencéfalo extendida a través del tronco encefálico se encuentra la formación reticular, una región de sustancia gris y blanca entremezcladas a manera de red.

Bulbo Raquídeo continua la porción superior de la médula espinal, forma la parte inferior del tronco encefálico, se extiende desde el nivel del foramen magno hasta el borde inferior de la protuberancia una distancia de 3 centímetros. La sustancia blanca del bulbo contiene todos los tractos sensoriales y motores, que van desde la médula espinal hasta el encéfalo.

Parte de la sustancia blanca formara abultamientos en la superficie anterior del bulbo, conocidas como el nombre de pirámides, formadas por los tractos corticoespinales, que van del cerebro a la médula espinal, por encima de la unión de la médula espinal y el bulbo raquídeo el 90% de los axones de la pirámide derecha cruzan a la izquierda, y el otro 90% pasan al lado derecho, este entrecruzamiento se conoce como decusación de las pirámides.

El bulbo raquídeo, contiene diversos núcleos, en estas masas formadas por la sustancia gris es donde se lleva a cabo la sinapsis de las neuronas, el centro cardio vascular regula el ritmo y la intensidad de los latidos cardíacos, así como el diámetro de los vasos sanguíneos, el área de ritmicidad bulbar del centro respiratorio controla el ritmo básico de la respiración.

En la posición lateral a cada pirámide se observa una elevación redondeada llamada oliva, en ellas se encuentran los núcleos olivares inferiores, las neuronas que contienen estos núcleos, relevan impulsos desde los propioceptores que monitorizan la posición de músculos y articulaciones al cerebelo.

Los núcleos relacionados con el tacto, la propiocepción consciente y la vibración se localizan en la parte posterior del bulbo. Estos son el núcleo grácil y el núcleo cuneiforme derechos e izquierdos, muchos axones sensitivos hacen sinapsis en estos núcleos y las neuronas postsinápticas transfieren la información en el tálamo en el lado opuesto del encéfalo (Tortora & Derrickson, 2006).

Puente

El puente o protuberancia se sitúa directamente por encima del bulbo, delante del cerebelo mide alrededor de 2.5 cm de largo contiene tanto núcleos como tractos y funciona a modo de un puente conecta diferentes partes del encéfalo. El puente presenta núcleos asociados con los cuatro nervios craneales siguientes, nervios trigéminos (V), abducens o motor ocular externo (VI), y vestíbulo coclear (VIII) (Tortora & Derrickson, 2006).

Mesencéfalo

El mesencéfalo o cerebro medio se extiende desde la protuberancia hasta el diencefalo, y mide alrededor de 2.5 cm de largo, es atravesado por el acueducto del mesencéfalo, que conecta al tercer ventrículo por arriba con el cuarto ventrículo por debajo, como el puente y el bulbo, el mesencéfalo presenta tractos y núcleos.

La parte anterior contiene un par de tractos llamados pedúnculos cerebrales, por ello pasan los axones de las neuronas motoras de los haces corticoespinal, corticoprotuberancial y corticobulbar, que conducen los impulsos nerviosos desde el cerebro hasta la médula espinal, la protuberancia y el bulbo respectivamente.

La parte posterior del mesencéfalo denominada tegmento, presenta cuatro elevaciones redondeadas los dos superiores, los colículos superiores, tienen

núcleos que actúan como centros de reflejos, visuales, a través de circuitos neuronales que van de la retina al colículo superior y de este a los músculos extrínsecos del ojo, los estímulos visuales provocan movimientos oculares para rastrear imágenes en movimiento y para examinar en detalle imágenes estacionarias.

También son responsables de los reflejos que gobiernan los movimientos de los ojos, la cabeza y el cuello en respuesta a estímulos visuales, las dos elecciones inferiores, los colículos inferiores contienen núcleo que forman parte de la vía auditiva, ya que reciben los impulsos de los receptores del oído y los envían al tálamo.

Estos núcleos son centros para el reflejo de sobresalto, movimiento repentino de la cabeza y el cuerpo que se produce frente a un ruido intenso como un disparo.

Contiene otros núcleos como la sustancia negra, derecha e izquierda, que son los núcleos grandes y pigmentados, las neuronas dopaminérgicas que se originan en la sustancia negra y se proyectan sobre los ganglios basales, ayudan a controlar la actividad muscular subconsciente.

También se encuentran presentes los núcleos rojos derecho e izquierdo, axones del cerebelo y de la corteza cerebral hacen sinapsis en los núcleos rojos, los que actúan junto con el cerebelo para coordinar los movimientos musculares (Tortora & Derrickson, 2006).

Formación Reticular

Junto con los núcleos bien definidos, gran parte del tronco encefálico está constituida por agrupaciones de cuerpos neuronales (sustancia gris) dispersas entre pequeños haces de axones mielinizados (sustancia blanca). La vasta

región donde las sustancias se encuentran como una estructura en forma de red se conoce como formación reticular.

Se extiende desde la porción superior de la médula espinal, atraviesa el tallo cerebral y llega a la parte inferior del diencéfalo. Las neuronas de la formación reticular tienen funciones sensitivas (ascendentes) y motoras (descendentes). El sistema activador reticular ascendente (SARA), consiste en axones sensitivos que se proyectan a la corteza cerebral, el SARA contribuye al mantenimiento de la corteza y se activa en el momento del despertar del sueño. La principal función motora de la formación reticular es la regulación del tono muscular, el leve grado de concentración del músculo en reposo (Tortora & Derrickson, 2006).

Cerebelo

El cerebelo ocupa la parte inferior y posterior de la cavidad craneal. Representa una décima parte de la masa encefálica, lo forman la mitad de las neuronas del encéfalo. Se halla por detrás del bulbo y el puente y constituye la parte posteroinferior del encéfalo.

A semeja una mariposa, la zona central angosta es el vermis y las alas o lóbulos laterales son los hemisferios, cada hemisferio está formado por los lóbulos separados por fisuras profundas y nítidas. El lóbulo anterior y el lóbulo posterior gobiernan los aspectos subconscientes de los movimientos de los músculos esqueléticos, el lóbulo floclonodular en la superficie inferior contribuye al equilibrio y la postura.

Tres pares de pedúnculos cerebelosos unen al cerebelo con el tronco encefálico, estos haces de sustancia blanca están formados por axones que conducen impulsos nerviosos entre el cerebelo y otras partes del encéfalo. Los pedúnculos cerebelosos inferiores llevan información sensitiva desde el

aparato vestibular del oído interno, y desde propioceptores del cuerpo al cerebelo, estos axones se extienden desde el núcleo olivar inferior del bulbo y desde los tractos cerebelosos de la médula espinal al cerebelo.

Los pedúnculos cerebelosos medios son los más largos, sus axones conducen órdenes para los movimientos voluntarios desde los núcleos del puente al cerebelo.

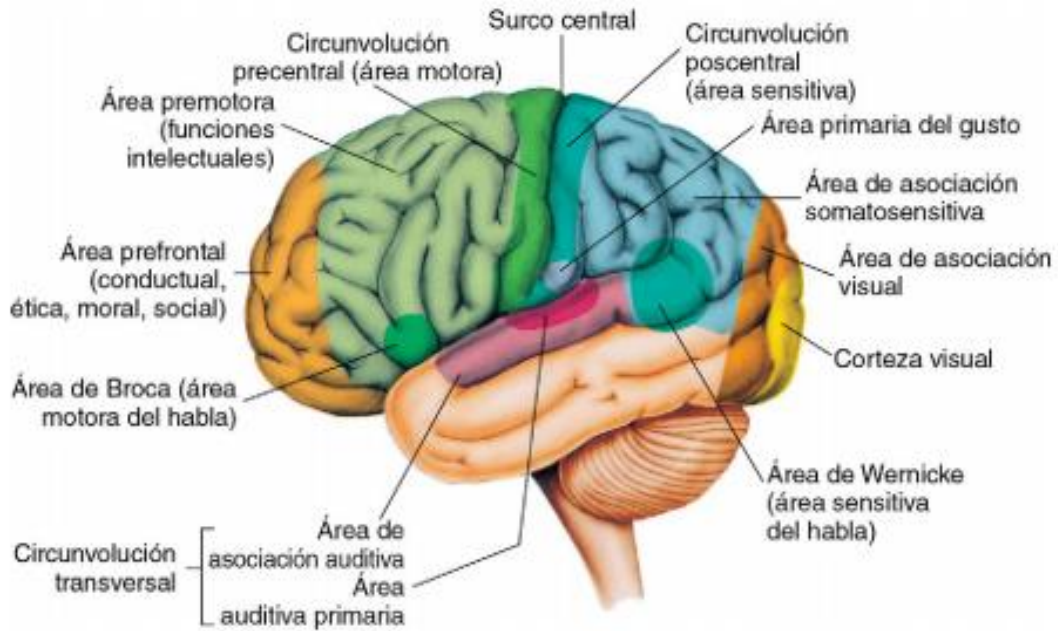
Los Pedúnculos cerebelosos superiores contienen axones que se extienden desde el cerebelo a los núcleos rojos del mesencéfalo y a varios núcleos del tálamo.

La función primaria del cerebelo es evaluar cómo se lleva a cabo un movimiento iniciado por las áreas motoras del cerebro. Controla los movimientos voluntarios, es la principal región del encéfalo que regula la postura y el equilibrio, hacen posible la realización de todos los movimientos desde jugar fútbol hasta bailar y hablar (Tortora & Derrickson, 2006).

En la confusión aguda algunas áreas cerebrales se verán afectadas manifestándose en signos y síntomas agudos de la enfermedad.

En la figura 1, se muestra la distribución de las áreas y funciones en la corteza cerebral.

Figura 1. Áreas y funciones de la corteza cerebral

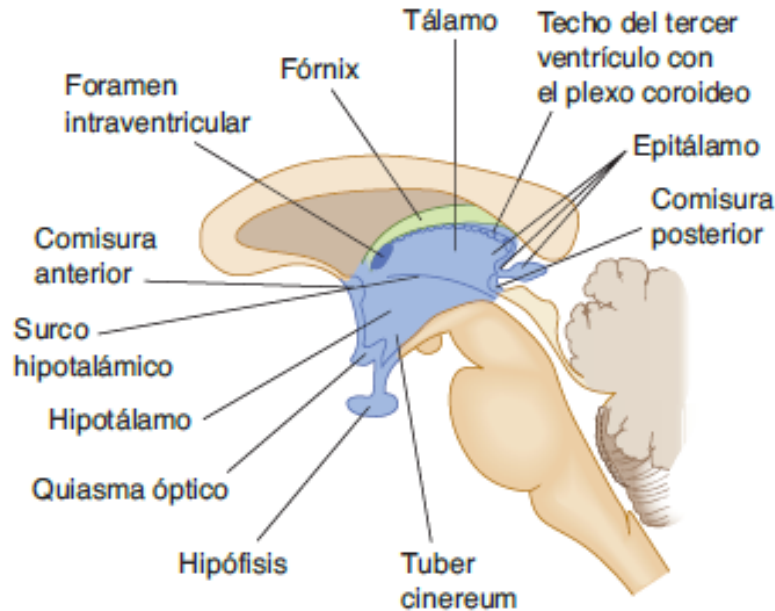


Fuente: (Ball, Dains, Flynn, Solomon, & Stewart, 2015)

Diencefalo

Se extiende entre el tronco del encéfalo y cerebro, rodea al tercer ventrículo; comprende al tálamo, hipotálamo y al epítalamo. En la figura dos su pueden observar cada una de las partes que integran el diencefalo.

Figura 2. Estructuras que conforman el Diencéfalo



Fuente: (Waxman, 2011).

Tálamo

Mide alrededor de 3 cm de largo y representa el 80% del diencéfalo, está constituido por masas pares y ovaladas de sustancia gris dispuestas como núcleos y entre tractos de sustancia blanca.

Un puente de sustancia gris la comisura gris intertálmica, une las mitades derecha e izquierda del tálamo en un 70%, el tálamo es la estación de relevo de la mayoría de los impulsos nerviosos que llegan a las áreas sensitivas primarias de la corteza cerebral desde la médula y el tronco encefálico. Las percepciones de dolor, temperatura y presión se originan en el tálamo, la localización precisa de estas sensaciones depende de impulsos nerviosos que llegan a la corteza cerebral.

El tálamo coopera con las funciones motoras transmitiendo información proveniente del cerebelo y de los ganglios basales al área motora primaria de la corteza cerebral, distribuye impulsos nerviosos entre diferentes áreas del encéfalo y cumple un papel importante en la regulación de actividades autonómicas y el mantenimiento de la conciencia.

Una capa de sustancia blanca en forma de “Y”, conocida como lámina medular interna o medial divide a la sustancia gris de los lados izquierdo y derecho del tálamo, de acuerdo con su posición y sus funciones hay siete grupos principales de núcleos en cada lado del tálamo:

- Núcleo anterior: conecta con el hipotálamo y el sistema límbico, actúa en las emociones, la regulación del estado de alerta y la memoria.
- Núcleos mediales: conectan la corteza cerebral, el sistema límbico y los núcleos o ganglios basales, participan en las emociones, el aprendizaje, la memoria, el grado de conciencia y la cognición (pensamiento y conocimiento).
- Grupo lateral: conectan al tubérculo cuadrigémino superior, al sistema límbico y a la corteza de todos los lóbulos cerebrales. El núcleo lateral dorsal actúa en la expresión de las emociones. El núcleo lateral posterior y el núcleo pulvinar ayuda a integrar información sensitiva.
- Grupo Ventral: dividido en varios núcleos
 - El núcleo ventral anterior, contribuye a las funciones motoras
 - El núcleo ventral lateral conecta al cerebelo y a las partes motoras de la corteza cerebral, sus neuronas se activan durante los movimientos del lado opuesto del cuerpo.
 - El núcleo ventral posterior transmite impulsos de sensaciones somáticas como el tacto, la presión, la propiocepción, la vibración, el calor, el frío, el dolor en la cara y en el cuerpo de la corteza cerebral.
- Núcleos intralaminares: se hallan dentro de la lámina medular interna y establecen conexiones con la formación reticular, el cerebelo, los

ganglios basales y áreas extensas de la corteza cerebral, participa en la percepción del dolor, la integración de información motora y sensitiva y el despertar.

- El núcleo de la línea media: forma una banda adyacente al tercer ventrículo y se presume que actúa en la memoria y olfacción.
- Núcleo reticular: rodea la parte lateral del tálamo, próxima a la cápsula interna monitoriza, filtra e integra las actividades de los otros núcleos talámicos (Tortora & Derrickson, 2006).

Hipotálamo

Es la pequeña parte del diencefalo situada por debajo del tálamo, formado por una docena de núcleos en cuatro regiones:

- Región Mamilar: adyacente al mesencéfalo, es la parte más posterior del hipotálamo, incluye los tubérculos mamilares dos proyecciones pequeñas y redondeadas que sirven como estaciones de relevo para los reflejos relacionados con el sentido del olfato.
- Región Tuberal: la parte más ancha del hipotálamo comprende al núcleo dorsomedial, al núcleo ventromedial, y el núcleo arcuato y al infundíbulo, que conecta la glándula hipófisis con el hipotálamo.
- Región supraóptica: se encuentra sobre el quiasma óptico y contiene al núcleo paraventricular y supraóptico, forma el tracto hipotálamo hipofisiario.
- Región preóptica: anterior a la región supraóptica, suele considerarse como parte del hipotálamo por que participa en conjunto en la regulación de ciertas actividades autonómicas.

El hipotálamo controla muchas funciones orgánicas, y es uno de los reguladores más importantes dentro de la homeostasis, impulsos sensoriales relacionados tanto con sentidos somáticos, como viscerales llegan a este, como los impulsos de los receptores visuales, gustativos y olfativos. Otros

receptores dentro del mismo controlan en forma continua la presión osmótica, la concentración de glucosa, algunas hormonas y la temperatura en sangre, contiene además varias conexiones dentro de la hipófisis y produce diversas hormonas.

Control del sistema nervioso autónomo: El hipotálamo controla e integra actividades del sistema nervioso autónomo, regula la concentración de fibras musculares lisas y cardíacas, la secreción de muchas glándulas, los axones se extienden desde el hipotálamo hasta núcleos sinápticos y parasimpáticos del tronco encefálico y la médula espinal por medio del SNA, tiene función importante dentro de la regulación de la actividad visceral, como lo es la regulación de la frecuencia cardíaca, del movimiento de los alimentos, concentración de la vejiga urinaria.

Producción de hormonas: El hipotálamo elabora varias hormonas, y tiene dos tipos de importantes conexiones con la hipófisis, las hormonas hipotalámicas se liberarán a través de las redes de capilares de la eminencia media, el flujo de sangre lleva las hormonas al lóbulo anterior de la hipófisis donde estimulan o inhiben la secreción de hormonas hipofisarias.

Regulación de la ingesta de alimentos y agua: Regula la ingesta de alimentos a través de los núcleos arcuato y paraventricular, contiene el centro de la sed, cuando ciertas células están estimuladas por el aumento de la presión osmótica del líquido extracelular, causando la sensación de sed.

Regulación de patrones emocionales y la conducta: En conjunto con el sistema límbico participa en las expresiones de cólera, agresión, dolor, placer y los patrones de conducta relacionados con el placer sexual.

Control de la temperatura corporal: El hipotálamo genera impulsos que promueven la producción y retención de calor.

Regulación de la frecuencia cardíaca y estados de conciencia: El núcleo supraquiasmático establece los patrones de vigilia y sueño, que presentan un ciclo circadiano este recibe información visual y envía información a otros núcleos hipotalámicos, la formación reticular y la glándula pineal (Tortora & Derrickson, 2006).

Epitálamo

Es una pequeña región superior y posterior al tálamo, está constituido por la glándula pineal o epífisis tiene el tamaño de una habichuela, es considerada parte del sistema endocrino porque secreta la hormona melatonina, contribuye al ajuste del reloj biológico del cuerpo y los núcleos habenulares se relacionan con el olfato, en especial con las respuestas emocionales frente a olores (Tortora & Derrickson, 2006).

Cerebro

Es el asiento de la inteligencia, nos otorga la capacidad de leer, escribir y hablar, realizar cálculos, entre otras cosas. Está dividido por un lado derecho e izquierdo llamados hemisferios, se encuentran separados por el haz del cerebro, estos consisten en una capa de sustancia gris en su parte externa y una parte interna de sustancia blanca, con núcleos grises en su interior.

La región cortical se replegará llamándose giros o circunvoluciones, las grietas más profundas se denominarán fisuras, y las superficiales llamadas surcos, los hemisferios cerebrales se conectarán internamente por medio del cuerpo calloso.

Lóbulos del cerebro: cada hemisferio cerebral se subdivide en cuatro lóbulos, se denominarán los nombres según el hueso que los cubre frontal, parietal, temporal y occipital (Tortora & Derrickson, 2006).

Lóbulo frontal incluirá la corteza motora, y áreas frontales encargadas de tener iniciativa, juicio, razonamiento abstracto, creatividad y la conducta apropiada socialmente, participará en la concentración y memoria a corto plazo, áreas relacionadas con sentimientos, estados emocionales.

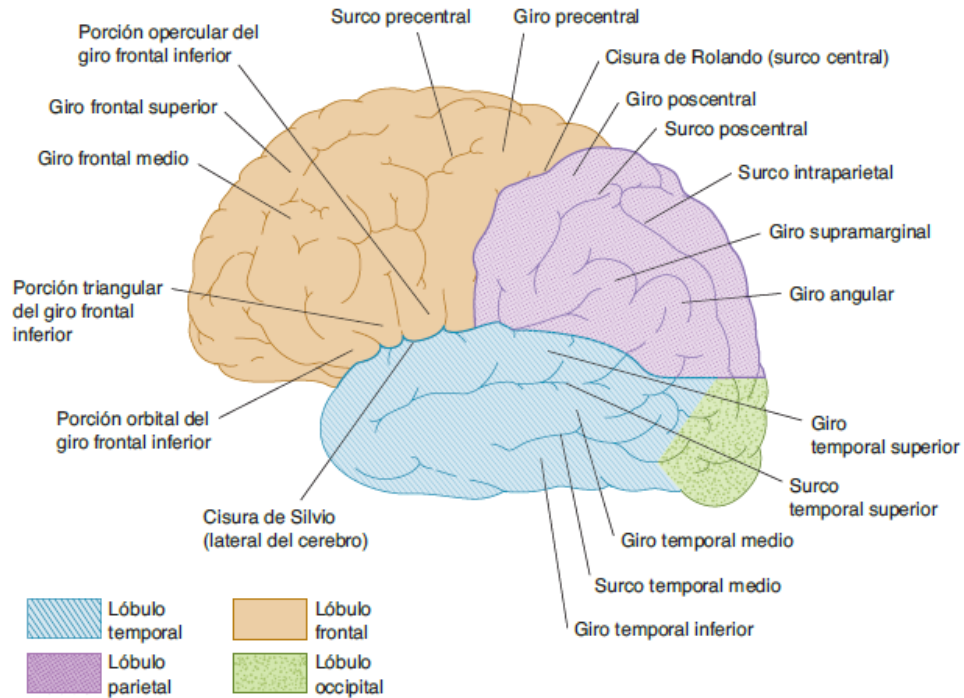
Lóbulo parietal, procesara los datos sensoriales según los vaya identificando. Lóbulo occipital mismo que incorpora la corteza visual, interpretara formas, colores, movimientos de las señales visuales entrantes.

Lóbulo temporal tendrá un papel importante en la comprensión del lenguaje, asociación, además de percibir e interpretar los sonidos y de donde provienen, tendrá una participación en la integración de conducta, sentimientos y personalidad y en la memoria a largo plazo (Ball, Dains, Flynn, Solomon, & Stewart, 2015).

El sistema límbico será el encargado de intervenir en ciertos patrones de comportamiento que determinaran la supervivencia del individuo, como el miedo, agresión, y apego por mencionar algunos se conoce como el cerebro emocional, y estará relacionado con el lóbulo frontal para poder expresar estos sentimientos (Ball, Dains, Flynn, Solomon, & Stewart, 2015).

En la figura 3, se pueden observar los lóbulos que integran el cerebro.

Figura 3. Lóbulos cerebrales



Fuente: (Waxman, 2011).

Neurotransmisores del sistema nervioso

La transmisión del estímulo en la sinapsis del SNA se produce mediante la liberación de neurotransmisores químicos, las neuronas preganglionares del

En la confusión aguda no se conocen las causas exactas de esta patología, sin embargo, la hipótesis más aceptada tiene que ver con una alteración en algunos de los neurotransmisores.

SNAS (simpático) y del SNAP (parasimpático) liberan acetilcolina. Las neuronas posganglionares liberan acetilcolina, y las posganglionares liberan noradrenalina (Costanzo , 2014).

Linda Constanzo refiere “La transmisión de la información en las sinapsis químicas, comporta la liberación de un neurotransmisor desde la célula presináptica, la difusión a través de la hendidura sináptica y la unión del neurotransmisor a una sustancia se utilizan los criterios expuestos, a continuación:

- La sustancia debe sintetizarse en la célula presináptica, debe ser liberada por la célula presináptica al estimularse
- Si la sustancia es aplicada exógenamente a la membrana postsináptica a concentración fisiológica, la respuesta de la célula postsináptica debe ser similar a la respuesta en vivo”.

A continuación, se presentan los principales neurotransmisores y su origen:

Acetilcolina: Es el único neurotransmisor, el cual se utiliza en la unión neuromuscular, liberado por todas las neuronas preganglionares, y la mayoría de las neuronas posganglionares del sistema nervioso parasimpático y todas las neuronas del sistema nervioso simpático, liberado también en las células de la médula suprarrenal (Costanzo , 2014).

Noradrenalina, adrenalina y dopamina: pertenecen a la misma familia de aminas biogénicas, su común precursor es la tirosina, y una biosintética, la tirosina, se convierte en L-dopa por tirosina hidroxilasa y la L-Dopa se convierte en dopamina por descarboxilasa, en las vesículas pequeñas del núcleo denso del terminal nervioso, la dopamina se convertirá en noradrenalina. Al haber feniletanolamina-N-metiltransferasa con la noradrenalina se metila y forma la adrenalina (Costanzo , 2014).

Las neuronas dopaminérgicas segregan dopamina porque el terminal nervioso presináptico contiene tirosina hidroxilasa y dopa descarboxilasa, pero no las demás enzimas.

Las neuronas adrenérgicas segregan noradrenalina porque contienen dopamina β -hidroxilasa, y dopa descarboxilasa, la médula suprarrenal contendrá toda la vía enzimática secretando en primera forma adrenalina.

La degradación de estas tres hormonas dopamina, adrenalina y noradrenalina a sustancias inactivas se produce por medio de dos enzimas, la catecol-O-metiltransferasa y la monoamino oxidasa, esta enzima está distribuida principalmente en el hígado, se encontrará en terminales nerviosos presinápticos y cataliza la desaminación oxidativa. Se formarán 3 posibles productos para su degradación, que habitualmente se secretarán por la orina. Serotonina: Forma parte de las aminas biogénicas que se producen a partir del triptófano, en neuronas serotoninérgicas del cerebro y del tracto gastrointestinal, tras su liberación de las neuronas presinápticas puede volver intacta al terminal nervioso, sirviendo de precursor de la melatonina en la glándula pineal.

Histamina: Es una amina biogénica sintetizada a partir de la histamina se encuentra en las neuronas del hipotálamo, y también en el tejido no neural (Costanzo , 2014).

Glutamato

Es un aminoácido y principal neurotransmisor excitador del sistema nervioso central se dividirá en cuatro receptores, los receptores ionotrópicos, o canales dependientes de ligando, como el receptor NMDA, distribuido por el sistema nervioso central, receptores metabotrópicos, que se acoplan a los canales iónicos a través de proteínas de fijación de trifosfato de guanosina heterométricas (Costanzo , 2014).

Glicina

Otro aminoácido y neurotransmisor inhibidor que se encuentra en la médula espinal y en el tronco encefálico, su mecanismo de acción consiste en aumentar la conductancia al Cl⁻, de la membrana celular postsináptica, el potencial de la membrana se aproxima al de equilibrio del Cl⁻, la membrana será hiperpolarizada o inhibida (Costanzo , 2014).

Ácido γ - aminobutírico (GABA)

Es un aminoácido, y neurotransmisor inhibitorio en gran distribución de las neuronas gabérgicas del sistema nervioso central, sintetizado a partir del ácido glutámico, catalizado por la acido glutámica descarboxilasa, no tiene funciones metabólicas, encontraremos dos tipos de receptores GABA, GABA_A y GABA_B. El primero estará relacionado con un canal de Cl⁻, y es ionotrópico, al estimularlo aumentara su conductancia al Cl⁻ hiperpolariza la célula postsináptica, el receptor GABA_A es el sitio de acción de las benzodiazepinas y barbitúricos en el sistema nervioso central, el receptor GABA_B se acopla al canal de K al estimularse aumentara la conductancia al K e hiperpolariza la célula postsináptica (Costanzo , 2014).

Óxido Nítrico

Es un inhibidor de acción corta del tracto gastrointestinal y del sistema nervioso central, en los terminales nerviosos presinápticos, la enzima NO sintasa convierte la arginina en citrulina y NO este se convierte en un gas permeable, difundándose del terminal presináptico a su célula diana. (Costanzo , 2014)

Neuropéptidos

Se dividirán en neuromoduladores son las sustancias que actúan en la célula presináptica, para alterar la cantidad de neurotransmisor liberado en respuesta a la estimulación, al concretarse con un neurotransmisor altera la respuesta de la célula postsináptica al neurotransmisor, por otra parte, las

neurohormonas, serán liberadas desde las células secretoras para actuar en un lugar alejado (Costanzo , 2014).

5.4 Proceso de Enfermería en pacientes con Confusión Aguda

Para sustentar el proceder de enfermería, uno de sus grandes respaldos es el proceso de enfermería, basado en el método científico, en el cual junto con un contexto datos y experiencias se valora el estado de salud de una persona, individuo y/o comunidad, identificando una problemática que se diagnostica, se planifican sus cuidados, buscando sus soluciones llevándola a cabo y evaluando si estas decisiones fueron las indicadas o se necesario hacer una reestructuración, de acuerdo al objetivo planteado, llevado a cabo por medio del proceso de enfermería (Reina G., 2010).

Se conoce como proceso de enfermería a “El sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud” (Iyer, Taptich , & Bernocchi, 1997).

El proceso de enfermería está constituido por varias etapas, relacionadas entre sí, como lo es valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados de enfermería promoviendo cuidados humanísticos, centrados en objetivos que serán los resultados, impulsando al personal de enfermería a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorarlo (Alfaro LeFevre, 2003).

Para Alfaro LeFevre, este proceso enfermero en todas sus etapas tendrá que estar conformado por varios componentes los cuales harán que resulte exitoso, dichos componentes se mencionan a continuación:

- Sistemático: por medio de sus cinco pasos llevando a cabo acciones deliberadas para extremar la eficiencia.
- Dinámico: cuanta más experiencia se tenga y se vaya obteniendo con el paso del tiempo podrá moverse hacia atrás y delante entre los distintos pasos que lo conforman para conseguir el objetivo final.
- Humanístico: a medida que lo planificamos y brindamos cuidados debemos considerar los intereses, valores y deseos del usuario.
- Centrado en los objetivos: mientras más requerimientos existan estos nos darán los datos clave que pueden estudiarse para optimizar los resultados en otras personas con las mismas características.

Para realizar el proceso integral al paciente con el diagnóstico de confusión aguda, se llevará a cabo el proceso de enfermería de acuerdo con sus cinco etapas, ya que cada una de ellas de suma importancia para poder realizar acciones que beneficien al paciente.

5.4.1 Valoración de Enfermería.

Consiste en la primera etapa del proceso enfermero, Mezcuca Navarro (2012), refiere que “Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y su respuesta a ésta. “Como señala Alfaro LeFreve, la valoración de enfermería permitira derterminar el estado de salud por medio de la realización de una entrevista y examen, con la finalidad de asegurarse de que se cuenta de todas las piezas necesarias del rompecabezas, es necesario hacer un esfuerzo para asegurarse que la información sea correcta, completa y organizada, la valoración se integra de cinco claves para poder llevarse a cabo de manera correcta: recogida de

datos, validación, identificación de patrones, e informe y anotación de los datos.

Por medio de la recogida y análisis de datos significativos con respecto al estado de salud del paciente, datos objetivos y subjetivos en fuentes directas por la persona e indirectas por los familiares y personal de salud, la valoración será la base para elaborar la planificación de los cuidados.

La valoración en el Síndrome de Confusión Aguda debe obtenerse de fuentes fiables, encaminada a identificar alteraciones en el estado mental y cognitivo del paciente, así como prever las posibles alteraciones, obteniendo detalles de los factores precipitantes potenciales (Goldman & Schafer, 2016).

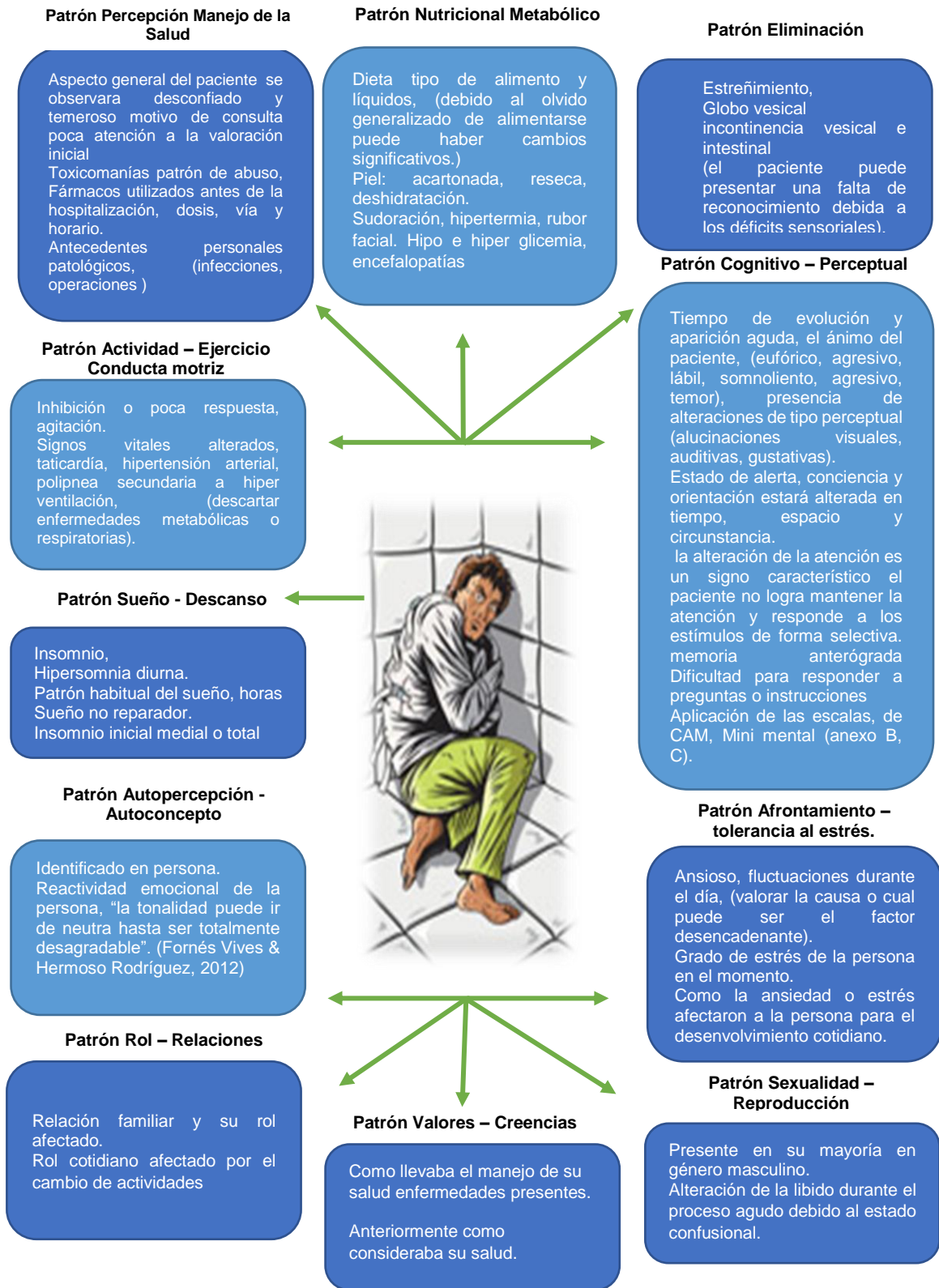
Para llevar a cabo la valoración en estos pacientes, es necesario la realización de patrones funcionales de salud, de acuerdo con Gordon (1982), los patrones funcionales son “una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo”, (p.2).

Los patrones funcionales de salud, vistos desde el individuo, familia o comunidad, se desarrollan a partir de la interacción de estos con su ambiente. Dichos patrones serán una expresión de una experiencia biopsicosocial, los cuales, se encuentran bajo la influencia de factores biológicos, evolutivos, culturales sociales y espirituales (Gordon, 2007).

Se presentan en este apartado, con base en la clasificación por patrones funcionales de salud, los aspectos a identificar en la valoración en el paciente con confusión aguda, con base en la bibliografía examinada, no existe una valoración de enfermería específica para el manejo del síndrome confusional

agudo, por lo que se llevó a cabo la construcción de una valoración haciendo énfasis en aspectos primordiales para el diagnóstico de este padecimiento. En la figura 4, se pueden observar los puntos clave a identificar en la valoración.

Figura 4. Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales de Salud



Debido al estado confusional del paciente, se deberá realizar una valoración focalizada enfocándose a los patrones prioritarios (cognitivo – perceptual, sueño – descanso, percepción – manejo de la salud) a fin de identificar si presenta signos y síntomas relacionados de la enfermedad, la enfermera puede apoyarse por medio de escalas estandarizadas para valorar los aspectos cognitivos, y la medición exhaustiva de la gravedad de un episodio y sus síntomas (Franco Vásquez & González Tugás, 2016).

Debido a que el síndrome confusional agudo es de múltiples etiologías la valoración por parte de enfermería es una pieza angular en la detección oportuna de este ya que los signos y síntomas como se manifiesta esta enfermedad pueden ser secundarios a una fisiopatología de base, la detección oportuna de estos datos podrá hacer la correcta identificación y manejo y no retrasar más la atención oportuna del síndrome, confundiendo con síntomas psiquiátricos al no saber las causas que realmente condujeron al paciente a presentar este padecimiento.

Para la valoración rápida en conjunto con la anamnesis se utiliza la escala de confusión (CAM), esta escala es un método rápido, validada con una sensibilidad del 93 al 100%, esta conformada por cuatro características clave utilizadas en la detección del delirio, (1) inicio agudo y curso fluctuante, (2) falta de atención, (3) desorganización pensando, y (4) nivel alterado de conciencia, misma que se encuentra en los anexos para la localización.

Para hacer válido el diagnóstico los pacientes deben de presentar las dos primeras características y una característica de los otros dos segmentos (3 y 4), siendo la más utilizada por su fácil aplicación y alta confiabilidad (Gallane & Zun, 2017).

5.4.2 Diagnóstico.

Esta es la segunda fase del proceso de enfermería, en esta etapa se analizan los problemas de salud identificados en la valoración de enfermería, por la recogida y agrupación de datos por patrones funcionales de salud, destinando de acuerdo con los datos obtenidos, el tipo de diagnóstico al que corresponde ya sea real, potencial de riesgo o protección y el nivel dentro de los mismos.

De acuerdo con la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), se define Diagnóstico como “un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultados de los que la enfermera es responsable” (Herdman, 2012-2014).

La utilización de los diagnósticos de enfermería en comparación con los diagnósticos médicos tiene como objetivo principal los cuidados de enfermería a través de sus intervenciones y actividades encaminadas a obtener resultados en beneficio del paciente (Gordon, 2007).

De acuerdo con los signos y síntomas que presentara el paciente con confusión aguda, se presenta el diagnóstico primordial identificado, así como sus características definitorias y sus aspectos relacionados identificados en el área hospitalaria.

El diagnóstico de enfermería clasificado por la NANDA tiene el Código 00128, ubicado dentro del dominio 5 de percepción/cognición, dentro de la clase 4 cognición, perteneciente a la necesidad 9 dentro de los patrones funcionales de salud en Evitar peligros/Seguridad en el patrón 6 Cognitivo- perceptual. (NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2017, 2017). Definido según la NANDA 2015-2017, como confusión

aguda, “inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo.”

Alfaro LeFevre (2007), indica que el diagnóstico de enfermería estará conformado por:

- Factor relacionado: cuando se está asociado a un problema de salud específico.
- Factor de riesgo: algo que causa o contribuye un problema específico.
- Etiología: lo que causa la enfermedad o problema esto puede ser utilizado indistintamente con el factor relacionado.

De acuerdo con la taxonomía NANDA (2015-2017), se muestra el diagnóstico de enfermería formulado con las características definitorias y los aspectos manifestados dentro del diagnóstico de confusión aguda en el área hospitalaria.

“Confusión Aguda r/c abuso de sustancias, alteración de ciclo sueño – vigilia, demencia, edad 60 años m/p agitación, alteración en el funcionamiento cognitivo, alteración en el funcionamiento psicomotor, alteración en el nivel de conciencia, alucinaciones, incapacidad para iniciar una conducta dirigida al logro de un objetivo, Percepciones erróneas”.

Haciendo alusión a otros autores, donde refieren al síndrome de confusión aguda como un trastorno que afecta la cognición, la percepción y el estado de alerta, siendo alguna de las más importantes, el síndrome de confusión aguda, es un cuadro multifactorial donde habrá una deficiencia en el flujo sanguíneo, por una aparición brusca y de diversas fluctuaciones en la atención, con alteraciones en el estado de ánimo, sueño vigilia ideas irracionales y de daño que afectan al individuo, ya sea de aparición secundaria a una patología

subyacente o de inicio súbito en los individuos, con predominio en el género masculino en edad adulta y adulto mayor.

Por lo que la definición que otorga la taxonomía enfermera referente al diagnóstico de confusión aguda es acorde a numerosos autores, siendo una congruencia entre los criterios para que pueda ser válido este diagnóstico en el ámbito médico como patología y la utilización de este dentro del ámbito enfermero.

A continuación se presenta la fisiopatología del síndrome de confusión aguda, fundamentando las características definitorias y patrones relacionados del síndrome confusional agudo.

5.4.3 Fisiopatología del Síndrome Confusional Agudo.

La diversidad de las manifestaciones clínicas del síndrome sugiere varias estructuras del cerebro implicadas, por lo que al seleccionar dentro de las características definitorias alteración en el funcionamiento cognitivo es porque en su mayoría las zonas serán las encargadas del estado de alerta y conciencia, se caracterizarán por una perturbación en esta última, con poca capacidad para enfocar, mantener o cambiar la atención que ocurre en un período corto de tiempo y fluctúa dentro del transcurso del día (Ham, Sloane, Warshaw, Potter, & Flaherty, 2013).

Esta patología afectara a numerosas partes del cerebro, la función cortical bilateral la corteza vacilante, las regiones más esenciales del mesencéfalo y tronco encefálico siendo causante de los diversos signos y síntomas derivados de la enfermedad (Runge & Greganti, 2008).

La formación reticular será la zona responsable del aumento o disminución del ritmo de descarga hacia los huesos musculares, por medio de las fibras eferentes de sus haces ascendentes, estimulando también el sistema reticular ascendente con activación del nivel de alerta.

La principal vía ascendente será el fascículo central, con axones largos de conducción rápida y colaterales multisinápticos, de conducción más lenta y predominio de la función colinérgica. Estos se proyectan primero hacia el tálamo y el hipotálamo lateral sobre los ganglios basales y la base del encéfalo (Osorno Chica & Ocampo Chaparro, 2009).

Otra de las características definitorias es alteración en el nivel de conciencia debido a que el sistema de activación reticular subcortical y los núcleos talámicos contribuyen a las diversas fluctuaciones en la misma, quedando validada por el desequilibrio anatómico

El sistema límbico también llamado cerebro emocional y cortical contribuirán a las alteraciones del funcionamiento cognitivo y presentación de la enfermedad, siendo esta una de las principales características definitorias y uno de los patrones mayormente afectados por el síndrome confusional causando desorientación en tiempo, circunstancias, alteración de la memoria, cambios en el estado del ánimo.

En el lóbulo parietal no dominante, estará asociado con síndromes de identificación errónea, territorios de circulación posterior que incluyen el tálamo y los lóbulos temporales asociados por varios síndromes amnésicos, este será el encargado de la percepción, integración de la conducta sentimientos y personalidad por lo que habrá una incapacidad para iniciar una conducta intencionada otra de las características definitorias dentro del diagnóstico de confusión aguda.

Síndromes presentes dentro del lóbulo frontal serán caracterizados por diferentes trastornos de atención, disfunción ejecutiva o mutismo acinético, estos se pueden presentar en episodios durante el día o transcurso de la enfermedad (Zabar & Lakritz, 2012). Además, se verá afectada la resolución de problemas, la capacidad de concentración y memoria a corto plazo, siendo manifestado por un mantenimiento insuficiente de una conducta dirigida al logro del objetivo.

De acuerdo con las diversas manifestaciones del síndrome confusional agudo, este se divide en tres subtipos con las siguientes manifestaciones, las cuales son (Clouse, 2018):

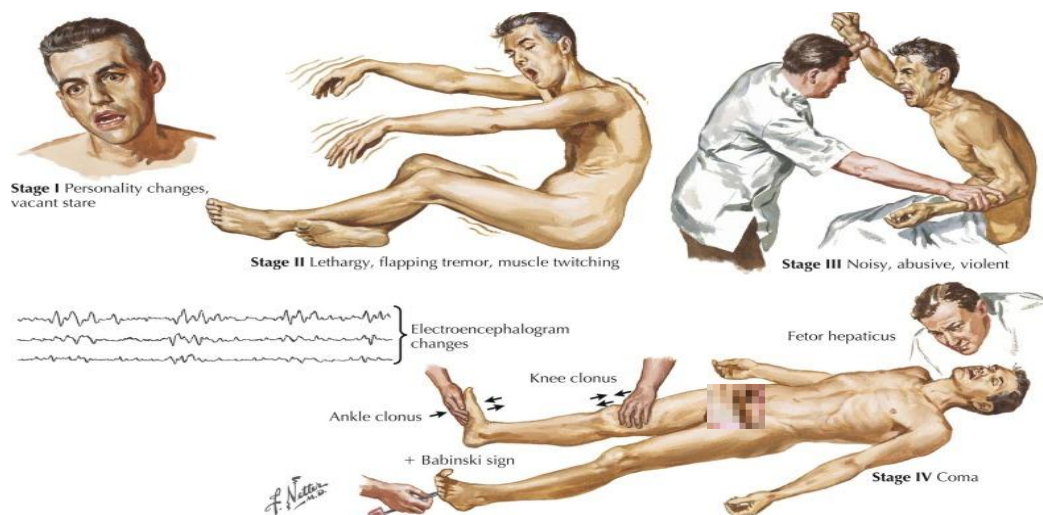
- **Hipoactivo:** debe presentar al menos cuatro de los siguientes síntomas, desconocimiento, disminución del estado de alerta, habla reducida o retrasada, letargo, movimientos lentos, mirada fija, apatía disminución del apetito o nueva incontinencia.
- **Hiperactivo:** al igual que el otro subtipo debe tener al menos tres de los siguientes síntomas, hipervigilancia, inquietud, combatividad, impaciencia, insultar, cantar, reír, falta de cooperación, euforia, ira, fácil de sorprender, respuestas rápidas del motor, distracción, tangencialidad, pesadillas o pensamientos persistentes.
- **Mixto:** será la combinación de comportamientos hipoactivos e hiperactivos (Franco Vásquez & González Tugas, 2016).

El síndrome confusional agudo generalmente se presenta en edades iguales o superiores a los 60 años siendo este un factor relacionado, más las diferentes etiologías y diversos tratamientos según sea el caso dentro de la estancia hospitalaria algunas enfermedades y su relación con el tipo de síndrome en el caso del tipo hipoactivo se presenta en hipoxia, alteraciones

metabólicas, encefalopatías hepáticas, etc., en el tipo hiperactivo abstinencia a alcohol y drogas. (Tussey, Broshek, & Marcopulos, 2010).

En la figura 5, se pueden observar algunas de las diferentes manifestaciones clínicas del síndrome confusional agudo.

Figura 5. Manifestaciones del síndrome confusional agudo



Fuente: Zabar & Lakritz (2012).

Conforme el paso del tiempo, se han desarrollado diversas teorías acerca de la fisiopatología del síndrome confusional agudo, se pueden considerar implicados ciertos neurotransmisores entre ellos la melatonina, noradrenalina, serotonina, histamina o el GABA, el común denominador de todas estas posibles etiologías es la disfunción dopaminérgica central y colinérgica (Franco Vásquez & González Tugás, 2016).

“El papel de los neurotransmisores, dentro de la inflamación, durante el estrés agudo y crónico y cualquier situación que modifique el metabolismo cerebral puede suponer una modificación neuroinflamatoria, habitualmente asociada a la liberación de citoquinas y mediadores inflamatorios, a estrés oxidativo y a una eventual alteración de la síntesis de neurotransmisores, estos cambios provocan una disfunción neuronal y sináptica con los consiguientes efectos

neuroconductuales y cognitivos” (Petieder Torregrossa, Martínez Velilla, & Alonso Renedo, p. 508, 2015).

Neurotransmisores implicados en el síndrome confusional agudo

Como ya se ha mencionado, algunos neurotransmisores tendrán un papel predominante durante la patología del síndrome confusional agudo, al haber un metabolismo oxidativo habrá una alteración a nivel cerebral, la cual puede disminuir la disponibilidad y función de algunos de estos.

La reducción de la actividad colinérgica se verá afectada por alteraciones metabólicas que disminuyen la disponibilidad de glucosa y oxígeno, el metabolismo oxidativo produce una disminución en la producción de adenosín trifosfato (ATP), necesario para la síntesis de diversos neurotransmisores (Osorno Chica & Ocampo Chaparro, 2009).

El sistema colinérgico, es fundamental en los procesos de memoria, atención numerosas evidencias respaldan su interacción con el síndrome confusional agudo, habrá una deficiencia central de acetilcolina durante el envejecimiento habrá una disminución en su síntesis y liberación, con una reducción de la función de los receptores muscarínicos.

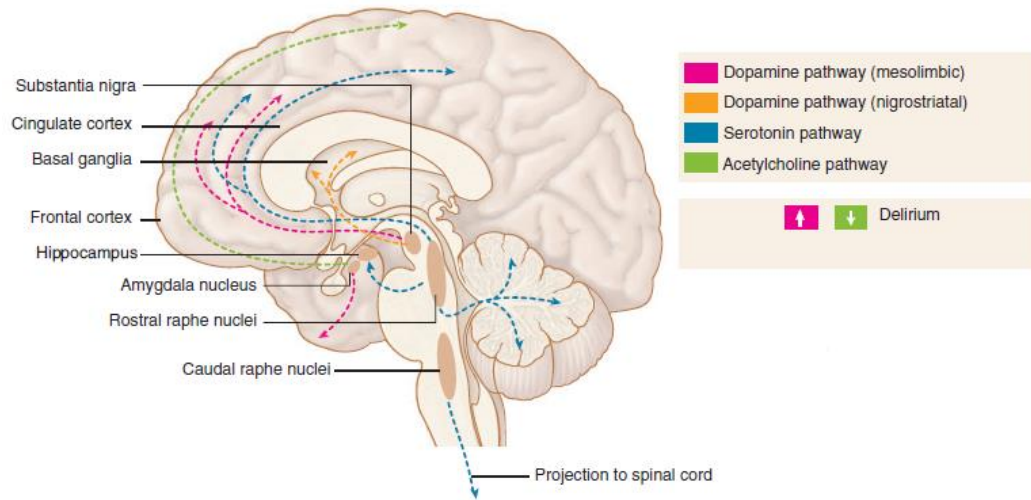
El sistema dopaminérgico, generalmente presenta un aumento en su actividad, siendo habitual la reciprocidad entre la actividad anticolinérgica y la dopaminérgica, puede también participar en la neuropatogenia, de manera directa en casos de toxicidad por sustancias que incrementen la disponibilidad de dopamina o a través de una actividad secundaria, mediada del daño por el glutamato, ya que reequilibran temporalmente la actividad caetilcolina – dopamina hasta que las causas subyacentes del mismo sean tratadas (Petieder Torregrossa, Martínez Velilla, & Alonso Renedo, 2015).

El sistema gabaérgico es el principal sistema inhibitorio del sistema nervioso, encontrándose entre el 30 y 50 % de las sinapsis cerebrales, el glutamato es el aminoácido precursor del GABA y constituye el principal neurotransmisor excitatorio en el SNC. Será liberado por interneuronas, actúa en primer lugar como inhibidor en todo el SNC y sus efectos dependen del subtipo del receptor activado (Osorno Chica & Ocampo Chaparro, 2009).

El GABA, la serotonina, la noradrenalina, la histamina, las endorfinas y la melatonina se ven involucrados en esta patología, aunque en menor grado de comprensión, la serotonina es el neurotransmisor más abundante, su síntesis y su liberación dependen de su precursor triptófano en pacientes médicos y quirúrgicos, la alteración se deberá a una deficiencia de serotonina, la interrupción brusca de los inhibidores de recaptación de serotonina se asocia a la presencia de síndrome confusional agudo. Al encontrarse niveles bajos de triptófano y un cociente de triptófano/fenilalanina bajo, la melatonina afectará al sistema serotoninérgico e intervendrá en la regulación del ciclo sueño – vigilia, manifestándose en alteraciones del sueño – vigilia siendo este un factor relacionado debido a la disminución de este, aunque la evidencia de esto es limitada (Petieder Torregrossa, Martínez Velilla, & Alonso Renedo, 2015).

En la Figura 6, se muestran algunos de los neurotransmisores y estructuras implicadas en el Síndrome de Confusión Aguda o Delirium, así como su aumento o disminución.

Figura 6. Neurotransmisores implicados en el Síndrome Confusional Agudo



Fuente: Gagnon & Ouellette (2009).

Sistema Hipotálamo – Hipófisis – Adrenal y Síndrome de confusión aguda

El estrés generado por cualquier causa ya sea por medicamentos, enfermedad neurológica, enfermedad primaria aguda, cirugía o factores medioambientales, ocasiona una serie de respuestas tanto fisiológicas como comportamentales, la cuales se encuentran coordinadas en la persona, teniendo como objetivo reestablecerla para lograr su estado de equilibrio y mantener la homeostasis (Osorno Chica & Ocampo Chaparro, 2009).

El estrés activara el sistema nervioso, sistema nervioso simpático y el eje hipotálamo – hipófisis – corticosuprarrenal, lo que incrementara los niveles de citoquinas y provocara hipercortisolismo crónico, el cortisol es la hormona central en la respuesta al estrés y tendrá efectos sobre los receptores serotoninérgicos relacionándose anteriormente mencionado por alteraciones del sueño - vigilia. Por su parte, el sistema nervioso autónomo y eje H-H-A, ofrecen una interface entre el estrés y su efecto sobre diferentes órganos, sobre todo con lo relacionado con la función inmunológica, las respuestas al

estrés se encontrarán moduladas por medio de un flujo de comunicación bidireccional, entre los sistemas inmunológicos, neuroendocrinos y el cerebro.

Un cambio en dicha regulación puede llevar a una sobreestimulación del sistema inmune, haciendo al individuo susceptible de enfermar, ya que al haber una activación del eje habrá un aumento de los niveles de citoquinas, provocando hipercortisolismo crónico, teniendo efectos sobre los receptores serotoninérgicos y al haber niveles altos de cortisol pueden producir un estado de vulnerabilidad de la neurona, habiendo un déficit de recaptación de glutamato en la sinapsis, inhibiendo la salida de calcio de la neurona, aumentando el estrés oxidativo, reduce la liberación de GABA y se produce por consecuencia un fallo energético neuronal por inhibición del transporte de glucosa (Petieder Torregrossa, Martínez Velilla, & Alonso Renedo, 2015).

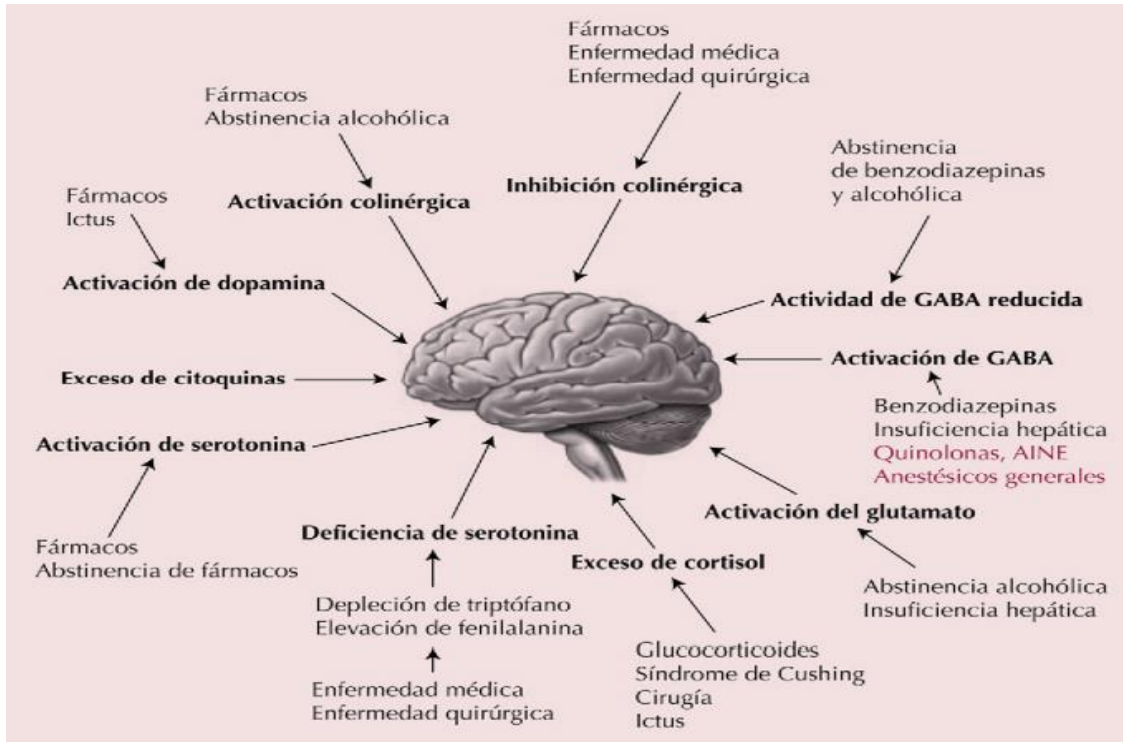
Inflamación y síndrome confusional agudo

Sera frecuente el síndrome confusional agudo en procesos inflamatorios sistémicos, un ejemplo son las infecciones, neoplasias y contextos postoperatorios, citoquinas proinflamatorias, como interleucinas (IL) 1 y 6, un factor de necrosis tumoral interferón y la proteína C reactiva, pueden contribuir a su origen, al incrementar la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, disminuir la transmisión colinérgica en el cerebro y generar mayor susceptibilidad de este a los procesos de inflamación sistémica (Petieder Torregrossa, Martínez Velilla, & Alonso Renedo, 2015).

Inician una cascada que conducirá a un daño endotelial, trombina, formación y compromiso microvascular, se producirá la liberación de mediadores inflamatorios, disminución del flujo cerebral formando microagregados de fibrina, plaquetas, neutrófilos y eritrocitos en la microvasculatura cerebral, vasoconstricción que ocurre como respuesta al α^1 - adrenérgico actividad de los receptores o interferencia de neurotransmisores (Hipp & Wesley , 2013).

En la figura 7 se muestra la fisiopatología del síndrome confusional agudo y algunos de sus mecanismos involucrados.

Figura 7. Fisiopatología del síndrome confusional agudo.



Fuente: Petieder Torregrossa, Martínez Velilla, & Alonso Renedo (2015).

5.4.4 Planeación de las intervenciones de enfermería.

Es la tercera etapa dentro del proceso de enfermería, en ella se determinarán las intervenciones y actividades entre la enfermera, paciente y cuidadores (formales e informales), permitirá determinar los resultados deseados e identificar las intervenciones para el logro de estos, con base en los problemas identificados.

Para llevar a cabo una correcta planeación es necesario un diagnóstico exacto, ya que la identificación correcta ayudará a no perder tiempo, desarrollar un

plan y solucionar el problema, a fin de lograr el máximo resultado final de los cuidados y el mayor grado de autocuidado posible, se deben plantear objetivos específicos para cada problema, desde el ingreso hasta el momento de su alta, para llegar a los resultados esperados, se requiere prever lo que se espera al término de las intervenciones, y estas a su vez deben estar planteadas para prevenir, resolver o controlar los problemas identificados en el diagnóstico (Alfaro LeFevre, 2003).

Como especialistas en salud mental y psiquiatría, vital identificar este síndrome, ya que hasta el momento ha pasado desapercibido en la mayoría de los pacientes que ingresan al área hospitalaria, el contar con un mayor conocimiento acerca del mismo, permitirá planificar los cuidados en beneficio del paciente durante su estancia, a fin de evitar complicaciones, y secuelas que, en ocasiones, culminan con la muerte o remisión de este. Esto dada la naturaleza multifactorial que presenta cualquier paciente en el campo hospitalario, es decir, encefalopatía hepática, deshidratación, cetoacidosis diabética, hipoglucemias, pacientes post operados de fractura de cadera entre otros.

Para la elaboración de dicho plan, se implementará la evaluación de las intervenciones de enfermería de acuerdo con la taxonomía enfermera (NOC) y la implementación de las intervenciones de enfermería (NIC), lo que permitirá hacer un comparativo de los resultados desde el ingreso hasta las primeras horas de estancia hospitalaria.

El objetivo de la implementación del plan de cuidados para el diagnóstico de confusión aguda en el área hospitalaria consiste en evitar deterioro y complicaciones médicas, mediante la implementación de las intervenciones de enfermería en el área de urgencias durante las primeras horas de estancia.

El diagnóstico de Confusión Aguda (00128), se ubica en el segundo nivel de prioridad, ya que cuenta con características definitorias que, si bien no son una amenaza inmediata para la vida, debido a que se presenta en diferentes fases, el paciente puede ingresar con un trastorno en la conciencia y requerir medidas de soporte para la vida.

Este problema confusional, al ser multicausal puede presentarse de manera insidiosa, que finalmente da origen a la sintomatología específica con manifestaciones clínicas de la conciencia, alteración del funcionamiento cognitivo y perceptual.

El Diagnóstico de Confusión Aguda es un problema que amenaza la salud, esta enfermedad de inicio súbito presenta una menor capacidad de afrontamiento, debido a las manifestaciones clínicas marcadas como lo es alteración del nivel de conciencia, alteración del funcionamiento cognitivo entre otras. (NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2017, 2017).

5.4.5 Planteamiento de objetivos y criterios de resultado.

El objetivo primordial del cuidado de enfermería se centra en la asistencia eficaz y eficiente para restablecer el episodio de confusión aguda, considerando que estos pacientes pueden estar muy agitados, con alucinaciones y con ansiedad por lo que es necesario el cuidado muy cercano con el paciente.

Con respecto a los resultados esperados del paciente, en las tablas 4 a la 9, se presentan los principales criterios que se proponen en el plan de cuidado de enfermería para el diagnóstico de confusión aguda:

Tabla 4. Orientación cognitiva para identificar personas (0900)

Resultado (NOC)	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
- (0900): Orientación Cognitiva, capacidad para identificar personas, lugares y tiempo con exactitud. - Dominio: 2 Salud Fisiológica - Clase: J Neurocognitiva	- (90101): Se auto identifica.	- Gravemente comprometido	1
	- (90102): Identifica a los seres queridos.	- Sustancialmente comprometido	2
	- (90103): Identifica el lugar donde está.	- Moderadamente comprometido	3
	- (90104): Identifica el día presente.	- Levemente comprometido	4
	- (90105): Identifica el mes actual.	- No comprometido	5
	- (90106): Identifica el año actual.		

Fuente: Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson (2009).

Tabla 5. Estado neurológico (0912)

Resultado (NOC)	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
- (0912) Estado neurológico: consciencia - Despertar, orientación y atención hacia el entorno. - Dominio: 2 Salud Fisiológica - Clase: J Neurocognitiva	- (91201) Abre los ojos a estímulos externos.	- Gravemente comprometido	1
	- (91202) Orientación cognitiva.	- Sustancialmente comprometido	2
	- (91204) Obedece órdenes.	- Moderadamente comprometido	3
	- (91203) Comunicación apropiada a la situación.	- Levemente comprometido	4
	- (91204) Obedece órdenes.	- No comprometido	5
	- (91206) Atiende a los estímulos ambientales.		

Fuente: Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson (2009).

Tabla 6. Nivel de agitación, gravedad de las manifestaciones (1214)

Resultado (NOC)	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
- (1214) Nivel de Agitación. - Gravedad de las manifestaciones de los trastornos fisiológicos y conductuales del estrés o desencadenantes bioquímicos. - Dominio 3: Salud Psicosocial - Clase: M Bienestar Psicológico.	- (121401) Inquietud.	- Grave	1
	- (121403) Frustración.	- Sustancial	2
	- (121404) Irritabilidad.	- Moderado	3
	- (121410) Combatividad.	- Leve	4
	- (121411) Se revuelca en la cama.	- Ninguno	5
	- (121412) Se arranca los tubos o las sujeciones.		
	- (121416) Golpea.		
	- (121417) Patalea.		
	- (121419) Escupe.		
	- (121420) Muerde.		
	- (121422) Exabruptos verbales.		
	- (121425) Desinhibición.		
	- (121426) Sueño interrumpido.		
	- (121428) Deshidratación.		
- (121432) Insomnio.			

Fuente: Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson (2009).

Tabla 7. Severidad de la retirada de sustancias (2108)

Resultado (NOC)	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
- (2108) Severidad de la retirada de sustancias - Gravedad de los signos o síntomas de abstinencia de drogas adictivas, tabaco o alcohol. - Dominio: 5 Salud Percibida - Clase: V Sintomatología	- (210803) Irritabilidad.	- Grave	1
	- (210804) Agitación.	- Sustancial	2
	- (210805) Arrebatos emocionales.	- Moderado	3
	- (210807) Hiperreflexia.	- Leve	4
	- (210810) Mialgia.	- Ninguno	5
	- (210812) Cambio en los signos vitales.		
	- (210813) Arritmia.		
	- (210815) Náuseas.		
	- (210830) Desorientación.		
	- (210831) Dificultad para dormir.		
	- (210832) Alucinaciones.		
	- (210833) Convulsiones.		
	- (210837) Diaforesis.		
	- (210835) Escalofríos.		

Fuente: Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson (2009).

Tabla 8. Nivel de glucemia (2300)

Resultado (NOC)	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
- (2300) Nivel de Glucemia - Medida en la que se mantienen los niveles de glucosa en plasma y en orina dentro del rango normal. - Dominio: 2 Salud Fisiológica - Clase: AA Respuesta Terapéutica	- (230001) Concentración sanguínea de glucosa.	- Desviación grave del rango normal	1
	- (230007) Glucosa en orina.	- Desviación sustancial del rango normal	2
		- Desviación moderada del rango normal	3
		- Desviación leve del rango normal	4
		- Sin desviación del rango normal	5

Fuente: Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson (2009).

Tabla 9. Sueño, suspensión periódica de la conciencia (004)

Resultado (NOC)	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
- (004) Sueño - Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo. - Dominio: 1 Salud Funcional - Clase: A Mantenimiento de la energía.	- (401) Horas de sueño.	- Grave	1
	- (403) Patrón del sueño.	- Sustancial	2
	- (404) Calidad del sueño.	- Moderado	3
	- (406) Sueño interrumpido.	- Leve	4
	- (416) Apnea del sueño.	- Ninguno	5
	- (418) Duerme toda la noche.	- Gravemente comprometido	1
	- (422) Pesadillas.	- Sustancialmente comprometido	2
	- (424) Ronquidos.	- Moderadamente comprometido	3
		- Levemente comprometido	4
		- No comprometido	5

Fuente: Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson (2009)

A continuación, se presentan las principales intervenciones y su fundamento, seleccionadas para el diagnóstico confusión aguda y el manejo del paciente durante su estancia (ver figura 8):

Figura 8. Principales intervenciones y actividades para el paciente con el Diagnóstico de Confusión aguda en el Área hospitalaria



Fuente: (Bulechek, Butcher, & McCloskey Dochterman, 2009) Runge & Greganti (2008).

5.4.6 Intervenciones principales en el diagnóstico de confusión aguda

En la tabla 10, se presentan las intervenciones seleccionadas para desarrollar en el diagnóstico de confusión aguda de acuerdo con el área de manejo hospitalario dando prioridad a las que se consideran más importantes.

Tabla 10. Intervención Manejo del Delirio

Intervención:	6440 manejo del delirio
Definición: Disposición de un ambiente seguro y terapéutico para el paciente que experimenta un estado confusional agudo. (Bulechek, Butcher, & McCloskey Dochterman, 2009)	
Campo: 4 Seguridad	Clase: V Control de riesgos
Fundamento	
<p>El delirio o síndrome confusional agudo o trastorno cognitivo referido por el manual DSM-5, se caracteriza por una perturbación neuro conductual fluctuante típicamente progresando en corto período de tiempo, en consecuencia, de un sistema nervioso central estresado.</p> <p>El síndrome confusional agudo será como lo antes mencionado un estado agudo de inicio súbito o causado por una condición fisiológica subyacente, con una duración de horas, días, o semanas, con alteración de la conciencia, o incapacidad para concentrarse, además de una alteración del ciclo de sueño vigilia, presentándose mayor actividad durante la noche (Gallane & Zun, 2017).</p> <p>De acuerdo a las manifestaciones clínicas existen tres tipos subclínicos de síndrome confusional o delirium estos son Hiperactivo, Hipoactivo y Mixto mencionados anteriormente. Diversos conjuntos de factores biológicos causaran el síndrome confusional agudo, interactuando en la interrupción de las redes neuronales en el cerebro causando la disfunción cognitiva.</p> <p>Al haber factores biológicos que propicien un síndrome confusional uno de ellos es el proceso neuroinflamatorio este degrada la barrera hematoencefálica, activa las microglías y se activa el factor de necrosis tumoral α, causa disfunción endotelial alterando el flujo sanguíneo causando hipoperfusión y cambiando los niveles de neurotransmisores e interrupción del ciclo circadiano (Clouse , 2018).</p> <p>En el síndrome confusional agudo o Delirium habrá un estado donde se encuentre un relativo exceso de dopamina, causando deterioro en la atención o conciencia, el triptófano precursor de la serotonina puede ser otra de las causas ya que el aumento o disminución de los niveles están íntimamente relacionados (Timothy, Page, & Vizcaychipi, 2013).</p> <p>Habrà entonces un metabolismo oxidativo cerebral, dando como resultado una deficiencia colinérgica aumentando los niveles de glutamato, dopamina y norepinefrina en el cerebro, disminuyendo los niveles de serotonina y GABA (Hipp & Wesley , 2013).</p> <p>Es por estas razones que se debe identificar oportunamente las manifestaciones clínicas del síndrome confusional agudo o delirium para propiciar un control adecuado, por medio del manejo no farmacológico y farmacológico en beneficio del paciente a fin de disminuir la vulnerabilidad que le aqueja dentro de su estancia hospitalaria y prevenir las posibles complicaciones.</p>	

Tabla 11. Actividades para manejo de delirio

Intervención:	6440 manejo del delirio
<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores etiológicos que causan delirio Los factores pueden ser varios entre ellos verificar como: saturación de oxígeno, presión arterial, glicemia capilar, química sanguínea (electrolitos séricos, glucosa, albumina, calcio, sangre, nitrógeno ureico, aspartato, transaminasa, magnesio, fosfatasa alcalina, PO4), hemograma completo, electrocardiograma, radiografía de tórax, gases arteriales, urocultivo, fármacos utilizados, patología de ingreso (Runge & Greganti, 2008). • Poner en marcha terapias para reducir o eliminar los factores causantes del delirio, algunas de estas actividades son reducir el ruido, orientación, nutrición, hidratación, vigilar el patrón de sueño que logre conciliar por lo menos 6 horas el paciente, colocación de relojes oxigenación, entre otras (Ganuza, Gonzalez Torres, & Garivaría, 2012) • Identificar y documentar el subtipo motor del delirio (Hiperactivo, Hipoactivo o Mixto) • Monitorizar el estado neurológico de forma continua. • Aumentar la vigilancia con una escala de evaluación del delirio que sea comprendida por todo el personal de enfermería cuando aparezca el delirio la primera vez para que se puedan seguir los cambios agudos con facilidad de acuerdo con la literatura se recomienda aplicación de la escala de CAM, Glasgow o Minimental. (Petieder Torregrossa, Martínez Velilla, & Alonso Renedo, 2015) • Administrar medicamentos a demanda para la ansiedad o agitación, pero limitar los que tengan efectos secundarios anticolinérgicos. • Mantener un ambiente bien iluminado que reduzca los contrastes marcados y las sombras los pacientes con síndrome confusional agudo, debido a las alteraciones metabólicas presentan alteraciones sensoriales, el adecuado uso de la luz permite disminuir la presencia de estas y la aparición de ansiedad. (Ganuza, Gonzalez Torres, & Garivaría, 2012) • Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, excreción, hidratación e higiene personal. • Colocar un brazalete de identificación al paciente. • Utilizar sujeciones físicas, si es necesario debido a presentar agitación y alucinaciones puede hacerse daño así mismo o a terceras personas. • Informar al paciente sobre persona, tiempo y lugar, si es necesario • Proporcionar un ambiente físico y una rutina diaria constantes. • Acercarse al paciente lentamente y de frente. • Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción 	

Fuente: (Bulechek, Butcher, & McCloskey Dochterman, 2009).

Tabla 12. Intervención 6486 Manejo ambiental (Seguridad)

Intervención:	6486 manejo ambiental: seguridad
Definición: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad. (Bulechek, Butcher, & McCloskey Dochterman, 2009).	
Campo: 4 Seguridad	Clase: V Control de riesgos
Fundamento	
<p>De acuerdo con la bibliografía consultada numerosos autores concuerdan que el síndrome confusional agudo es reversible muchas veces con un buen manejo ambiental e intervenciones no farmacológicas para su manejo.</p> <p>El entorno determinara si será conveniente que el paciente se siente, este de pie o se recueste en una camilla, el uso de ropa o aditamentos, así como si deberá estar acompañado por el familiar o personal médico en este momento (Prager & Ivkovic, 2018).</p> <p>Una comunicación clara y firme con orientación verbal, fecha, hora y lugar donde se encuentra, personas familiares que den seguridad y control, mantener el ruido mínimo, utilización de audífonos, lentes restricciones físicas entre otras medidas de manejo ambiental para este tipo de pacientes (Timothy, Page, & Vizcaychipi, 2013).</p> <p>En conclusión controlar el medio ambiente en las unidades de hospitalización con el fin de propiciar un ambiente más amable para los pacientes ingresados, controlando los ruidos, la exposición a la luz y minimizar los estímulos que pudieran ser estresantes, además de una rutina de cuidados llevados a cabo en un horario establecido a fin de buscar que los pacientes tengan un tiempo destinado para descansar, además del apoyo del familiar facilitara el control manejo futuras complicaciones y prevención del síndrome confusional agudo (Cachón Pérez, Álvarez López, & Palacios Ceña, 2013).</p>	

Tabla 13. Actividades para Manejo de ambiental: (seguridad)

Intervención:	6486 manejo ambiental: seguridad
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognitiva y el historial de conducta del paciente. • Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos). • Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible. • Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos. • Disponer dispositivos adaptativos (taburetes o barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente. • Utilizar dispositivos de protección (restricción física, barandillas, puertas cerradas, vallas y portones) para limitar físicamente la movilidad o el acceso a situaciones peligrosas. • Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente. 	

Fuente: (Bulechek, Butcher, & McCloskey Dochterman, 2009).

Tabla 14. Intervención Aplicación, control y retirada de dispositivos de sujeción.

Intervención:	6580 sujeción Física
Definición: Aplicación, control y retirada de dispositivos de sujeción mecánica o manual utilizados para limitar la movilidad física del paciente. (Bulechek, Butcher, & McCloskey Dochterman, 2009)	
Campo: 1 Fisiológico: Básico	Clase: C Control de inmovilidad
Fundamento	
<p>En pacientes con síndrome confusional agudo en el caso del tipo hiperactivo el paciente presentara, ansiedad, alucinaciones y agitación orgánica, caracterizada por alteración de la conciencia, desorientación, confusión mental el paciente podrá estar inquieto exigiendo se deje ir y demandante de ayuda, pasando de un estado normal a este.</p> <p>Se conoce como contención mecánica a el procedimiento que restringe los movimientos del paciente, encaminado a disminuir los riesgos de auto agresividad o hetero agresividad, para impedir la manipulación de otras medidas terapéuticas venoclisis, sondas o evitar la fuga del mismo paciente en la institución hospitalaria. (Borrego, Correas , & Villoría, 2010).</p> <p>La sujeción física será el último recurso en el caso de estos pacientes, se implementará cuando este se autolesione o agrede a otros (Prager & Ivkovic, 2018). En el caso de pacientes con síndrome confusional, se recomienda solo en donde se presenten casos agudos, y retirarla lo más pronto posible ya que esto llega alterar a los pacientes y por ende hay mayores manifestaciones clínicas como tabicaría, hipertensión, daños a la piel aumentando las complicaciones a su estancia por lo que se recomienda que, con un buen abordaje medicamentoso, y un manejo ambiental sea muy poco su uso.</p>	

Tabla 15. Actividades para la sujeción física

Intervención:	6580 sujeción Física
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar al paciente un ambiente íntimo, aunque adecuadamente supervisado, en situaciones en las que el sentido de dignidad del paciente pueda verse disminuido por el uso de sujeción física. • En pacientes con síndrome confusional se recomienda mantenerlos en habitaciones individuales acompañados de familiar a fin de disminuir los periodos de ansiedad y por ende el uso de sujeción mecánica. • Explicar al paciente y a los seres queridos las conductas necesarias para el cese de la intervención. Dar a conocer los signos y síntomas del tipo de síndrome confusional agudo en este caso hiperactivo, que condicionan al uso de sujeción mecánica para salvaguardar el bienestar del paciente. (Prager & Ivkovic, 2018) • Vigilar la respuesta del paciente al procedimiento. Verificar que haya disminuido la ansiedad y la agresividad y ver cómo reacciona el paciente si hay más aumento de la ansiedad secundario a este procedimiento, se recomienda en pacientes con el síndrome el poco uso de esto. (Alonso Ganuza, González Torres, & Gavaria, 2012) • Proporcionar bienestar psicológico al paciente. Orientando al paciente en persona, lugar, espacio y circunstancia, además de un ambiente adecuado permitirán disminuir el uso de sujeción física. • Comprobar el estado de la piel en el sitio de sujeción. • Evaluar, a intervalos regulares, la necesidad del paciente de continuar con la intervención restrictiva. • Retirar gradualmente las sujeciones (una cada vez si las sujeciones son en cuatro puntos), a medida que aumente el autocontrol. • Vigilar la respuesta del paciente a la retirada de la sujeción. • Documentar la justificación para usar la intervención de sujeción, la respuesta del paciente a la intervención, el estado físico del paciente, los cuidados de enfermería proporcionados durante la intervención y las razones de su cese. 	

Fuente: (Bulechek, Butcher, & McCloskey Dochterman, 2009).

Tabla 16. Intervención Administración de medicación

Intervención:	2300 administración de medicación
Definición: Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación. (Bulechek, Butcher, & McCloskey Dochterman, 2009)	
Fundamento	
<p>Para un buen manejo farmacológico del síndrome confusional agudo, lo primero es tratar la causa de base es decir la etiología de donde surge el mismo, así mismo controlando los síntomas del síndrome, no existe un fármaco ideal para el manejo de la enfermedad, este se elegirá de acuerdo a los efectos secundarios, el estado del paciente iniciando de un fármaco vía intravenosa o intra muscular hasta el fármaco vía oral. (Antón Jimenez, Giner Santeodoro, & Villalba , 2006)</p> <p>Dentro de los fármacos mayores recomendados para el manejo del síndrome confusional agudo es el Haloperidol, ya que tiene efectos antagonistas, en el receptor D2, además de suprimir los movimientos espontáneos y el comportamiento complejo que es por la función inarmónica del cerebro teniendo efecto depresivo mínimo en el sistema nervioso central.</p> <p>Se recomienda administrar de 0.25 mg a 10mg via oral o intramuscular por día, se debe tener en cuenta las características del paciente y la interacción del fármaco, en ancianos se recomienda de 0.5 mg a 2mg en caso de agitación (Inouye, Westendorp, & Saczynski, 2014).</p> <p>Las benzodiazepinas son otro fármaco utilizado para el manejo del síndrome promueven la ansiolisis, amnesia anterógrada, hipnosis y relajación del musculo esquelético, siendo efectivas como depresores del sistema nervioso central, con una vida media corta.</p> <p>Se recomienda que sean dosis mínimas para atenuar los signos del síndrome confusional agudo como agitación, ansiedad con el fin de ir ayudando a mejorar al paciente tratando de no dar altas dosis para evitar complicaciones. (Collen & Crippen, 2017)</p>	

Tabla 17. Actividades para la administración de medicación

Intervención:	2300 administración de medicación
Actividades	
<p>Mantener la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.</p> <p>Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.</p> <p>Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.</p> <p>Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos, incluidos los que se venden sin receta y las sustancias de fitoterapia.</p> <p>Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco.</p> <p>Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiados para la modalidad de administración de la medicación.</p> <p>Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas.</p> <p>Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.</p> <p>Evitar las interrupciones al preparar, verificar o administrar las medicaciones</p>	

Fuente: (Bulechek, Butcher, & McCloskey Dochterman, 2009)

5.4.7 Ejecución.

Dentro de las últimas etapas del proceso enfermero es la etapa de ejecución donde se aplicará el plan de cuidados en el paciente, en la que se determinará si el plan se está llevando a cabo como estaba prescrito, se identifican los factores que puedan facilitar o dificultar el progreso. (Alfaro LeFevre, 2003)

En esta etapa se verán involucrados las demás partes del proceso enfermero, valoración, diagnóstico, planeación para ponerlos en práctica y valorar las respuestas iniciales del paciente.

En la mayoría de los casos el síndrome confusional agudo se producirá en los adultos mayores, por lo que es necesario identificar aquellas áreas donde se requiera mayor asistencia para brindar cuidados de calidad durante su estancia hospitalaria en conjunto con la patología dual que presente (Goldman & Schafer, 2016).

En los adultos mayores muchas veces pasa desapercibido la presencia del síndrome confusional agudo, ya que al no identificarlo pasa más tiempo en hospitalización, puede desarrollar demencia, úlceras por presión entre otras enfermedades (Gallane & Zun, 2017).

Al ser adultos mayores no debería estar alterada la función cognitiva, aunque en algunos casos debido al envejecimiento esta se va deteriorando, se debe considerar si las alteraciones pueden ser secundarias a una enfermedad cardiovascular, hepática renal o metabólica (Ball, Dains, Flynn, Solomon, & Stewart, 2015).

Se debe poner atención en atender todas las necesidades de los adultos mayores dentro de su estancia hospitalaria, como lo es hidratación, nutrición,

manejo del dolor, movilización, y fomentar un manejo ambiental adecuado para mejorar rápidamente el estado de confusión aguda (Inouye, Westendorp, & Saczynski, 2014).

En el caso de los adultos mayores debe tenerse cuidado en las dosis de medicación, debido al daño y metabolismo disminuido a lo largo de los años y ver las reacciones secundarias que pudieran presentar.

Es importante considerar que, si se llegara a desarrollar síndrome confusional agudo secundario a un fármaco, se debe comprobar si este fármaco quien propicio la enfermedad, siendo importante durante la evolución de este tener en cuenta la historia farmacológica (Petieder Torregrossa, Martínez Velilla, & Alonso Renedo, 2015).

El fármaco mayormente utilizado en este tipo de pacientes con síndrome confusional es el haloperidol, su rango terapéutico puede ir desde los 0.25 a 10mg al día, variando según las necesidades durante la enfermedad, vigilando las alteraciones extrapiramidales, teniendo mayor precaución si se administra por vía parenteral este medicamento. (Rozman & Cardelloch, 2016), se recomienda iniciar en pacientes geriátricos con dosis de inferiores al rango terapéutico e ir aumentando poco a poco hasta observar mejoría pudiendo ser las dosis máximas de 2mg/día en esos pacientes, se recomienda evitar benzodiazepinas ya que su uso puede deprimir el sistema nervioso y aumentara una sintomatología psicótica. (Petieder Torregrossa, Martínez Velilla, & Alonso Renedo, 2015).

5.4.8 Evaluación

Es la última etapa del proceso enfermero está involucrada estrechamente con la planificación al haber un diagnóstico y objetivos ideales, se identificará si

estos últimos fueron logrados, al llegar a esta etapa la enfermera decidirá si hay que mantener, modificar o dar por terminado el plan según las necesidades del paciente. (Alfaro LeFevre, 2003)

Para poder determinar si las medidas farmacológicas y no farmacológicas implementadas en el síndrome confusional agudo es necesario, que el personal de enfermería y el equipo multidisciplinario establezcan la comunicación y aplicación de ciertas actividades en busca de mejoría o decremento del estado del paciente.

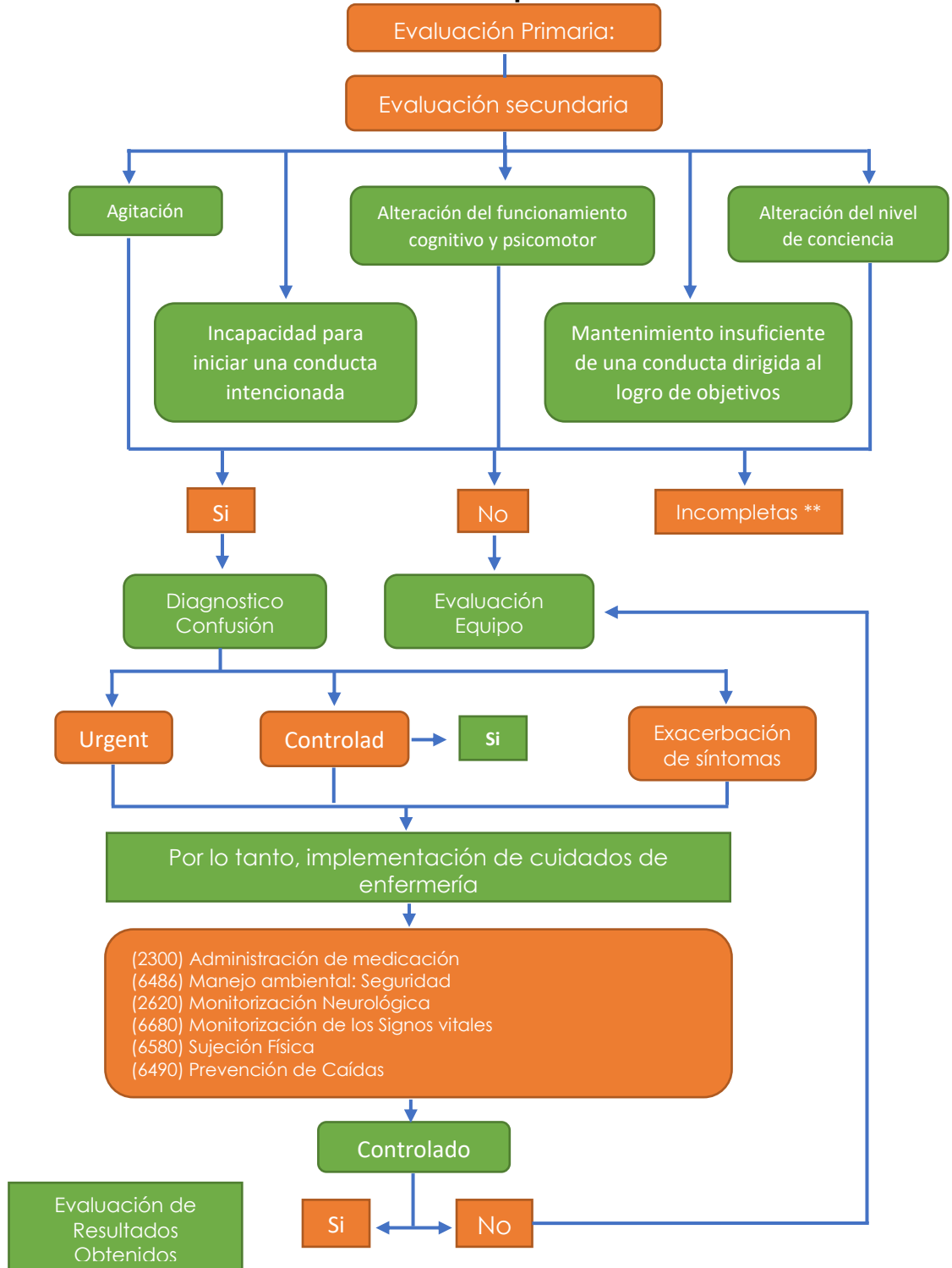
Se recomienda realizar la escala de CAM siendo esta válida si los dos primeros criterios son positivos y de los otros dos rubros uno de ellos sea positivo determinaran que el paciente presenta el síndrome confusional agudo, además de las otras pruebas cognitivas, y determinar el funcionamiento basal del individuo, seguido de la identificación del subtipo clínico del síndrome, buscar efectos secundarios de los medicamentos administrados.

Realizar una anamnesis diaria del paciente, en los distintos turnos además de exploración física del paciente, además de valorar resultados de laboratorio y gabinete en busca de cambios en el individuo. (Goldman & Schafer, 2016)

6.0 propuesta para identificar el diagnóstico de confusión aguda en el área hospitalaria

En la figura 6 se presenta el esquema para identificar oportunamente el diagnóstico de confusión aguda durante la hospitalización y así poder prevenir posibles complicaciones por medio de las intervenciones específicas de enfermería.

Figura 9. Esquema para el Diagnóstico de Enfermería Confusión Aguda en el Área Hospitalaria



** Tres características definitorias hacen valido la implementación del diagnóstico de acuerdo con la Taxonomía Enfermera

VI. CONCLUSIONES

El diagnóstico oportuno y eficaz por parte del equipo multidisciplinario en el caso específico de enfermería, será de gran utilidad para evitar la aparición del síndrome confusional agudo en los pacientes hospitalizados, considerando que en su mayoría son hombres mediana edad y adulto mayor.

Se entiende que al ser multicausal la confusión aguda puede no existir una fisiopatología específica, se deben considerar varios aspectos que permitan llevar a cabo el manejo y control adecuado del mismo dentro del ambiente hospitalario, sobre todo por personal de enfermería quien es el personal que se encuentra con mayor continuidad en los servicios y que tiene mayor contacto con los pacientes por lo que puede detectar más oportunamente el problema. Implementando los cuidados a fin de prevenir, identificar, tratar y evitar posibles complicaciones derivadas de este.

Con base en el análisis, de cada una de las intervenciones presentadas, se logró el objetivo fundamental de esta investigación, para describir el cuidado enfermero en base al diagnóstico de confusión aguda en el área hospitalaria, que es competencia de enfermería tener conocimiento y habilidades necesarias que pueden obtenerse para un cuidado especializado.

El paciente con confusión aguda es una persona que merece cuidados de calidad con ética y responsabilidad, que pese a la estigmatización que se tiene se debe tratar como un ser humano con sufrimiento y necesidades, que en muchas ocasiones se estigmatiza solo por las conductas que manifiesta durante su estado agudo en el área hospitalaria.

Por otra parte, la realización de este trabajo de investigación documental permite conocer más a fondo el manejo del diagnóstico de confusión aguda,

el cual es utilizado diariamente en los distintos servicios en el ambiente hospitalario, así como llevar a cabo la aplicación de los conocimientos adquiridos durante la formación como Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis Cuidado en Salud Mental y Psiquiatría.

Finalmente, la información con respecto al manejo integral del síndrome confusional agudo continúa siendo insuficiente, por lo que esta recopilación documental, representa una contribución importante para el personal de enfermería, en el proceso de cuidado enfermero, ya que estos representan un eje fundamental para la recuperación total del paciente. Con este estudio se cubre un hueco en la literatura y funge como un referente para la realización de futuras investigaciones.

Es necesario que a nivel hospitalario se pueda llevar a cabo un registro de la incidencia de síndrome confusional agudo en el área hospitalaria, donde se pueda documentar la edad, la causa (primaria o secundaria), tipo de síndrome hipoactivo, activo o mixto, y destino del paciente (hospitalización, domicilio, muerte), a fin de obtener la incidencia de este diagnóstico y crear estrategias en beneficio del cuidado.

A nivel educativo que el profesional de enfermería tenga las bases para la oportuna identificación por medio de material didáctico sencillo a fin de que pueda identificar, e implementar los cuidados oportunamente, así mismo conozca las escalas de valoración dentro de las cuales se puede identificar para diagnosticarlo oportunamente.

Dentro de las instituciones educativas a nivel licenciatura y posgrado, dentro de los planes académicos curriculares, se implemente una materia o rubro para la salud mental y psiquiatría, a fin de que los próximos egresados puedan obtener las bases para la detección oportuna de los diagnósticos derivados de

esta rama, y puedan trabajar objetivamente conociendo las necesidades de este grupo de población para el manejo integral de los pacientes por medio de los lineamientos de enfermería.

VII. REFERENCIAS

- Alfaro LeFevre, R. (2003). *Aplicación del proceso enfermero*. España: Elsevier Masson .
- Alonso Ganza, Z., González Torres, M. Á., & Gavaria, M. (2012). El Delirium. Una revisión orientada a la práctica clínica. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 247-259.
- Álvarez Fernandez, J., & Igeño Cano, J. (2016). Neuromonitorización. En A. Montejo González , A. Garcia de Lorenzo y Mateos , P. Marco Garde, & C. Ortiz Leyba, *Manual de Medicina Intensiva* (págs. 77-83). España: Elsevier.
- Antón Jimenez, M., Giner Santeodoro, A., & Villalba , L. E. (2006). Delirium o Síndrome confusional agudo. En *Tratado de Geriatria para Residentes* (págs. 189-198). Madrid: International Marketing & Communication, S.A. .
- Arrue, M., Ruiz de Alegria, B., Hoyos, I., & Zarandona, J. (27 de abril de 2016). La enseñanza de competencias para cuidar pacientes con síndrome confusional agudo a través del Método del caso de enfermería. *Gerokomos*, 136-141.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Estados Unidos : Panamericana.
- Ball, J. W., Dains, J. E., Flynn, J. A., Solomon, B. S., & Stewart, R. W. (2015). *Estado Mental*. Barcelona: Elsevier.
- Bellido Vallejo, J. C., & Lendinez Cobo, J. F. (2010). *Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN*. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Borrego, J., Correas , L., & Villoría, L. (2010). El paciente agitado o violento. En A. Chinchilla, J. Correas , J. Quintero, & M. Vega, *Manual de Urgencias Psiquiátricas* (págs. 151-163). Barcelona: Elsevier.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & McCloskey Dochterman, J. (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Barcelona: Elsevier España.
- Cachón Pérez, J., Álvarez López, C., & Palacios Ceña, D. (Dicimbre de 15 de 2013). Medidas no farmacológicas para el tratamiento del Síndrome Confusional agudo en la unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 38-45.
- Clouse , K. R. (2018). Delirium. En R. D. Kellrman, & E. T. Bope, *Current Therapy* (págs. 740-743). Estados Unidos : Elsevier.
- Collen, M. M., & Crippen, D. (2017). Delirium. En V. Jean Louis, A. Edward, F. A. Moore, P. M. Kochanek, & M. P. Fink, *Tectbook of Critical Care* (págs. 267-272). Estados Unidos: Elsevier.
- Costanzo , L. S. (2014). *Fisiología*. Barcelona: ELsevier España.

- Fornés Vives, J., & Hermoso Rodríguez, E. (2012). Planes de Cuidados para la atención a problemas de salud mental. En J. Fornés Vives, *Enfermería de salud mental y psiquiátrica* (págs. 161-172). Madrid: Panamericana.
- Franco Vásquez, J. G., & González Tugas, M. (2016). Delirium. En *Medicina Interna* (págs. 1530-1534). Barcelona: Elsevier.
- Gagnon, P. R., & Ouellette, M. (2009). Delirium and Psychosis. En W. Declan , A. T. Caraceni, R. Fainsinger, K. Foley, P. Glare, C. Goh, . . . L. Radbruch, *Palliative Medicine, First Edition* (págs. 860-865). Republica de Singapur: Elsevier.
- Gallane, A., & Zun, L. S. (2017). Delirium and Dementia. En R. Walls, R. Hockberger, & M. Gausche-Hill, *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice* (págs. 1278-1288). Estados Unidos : Elsevier.
- Ganuzá, Z. A., González Torres, M. A., & Garívaria, M. (2012). El Delirium. Una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Asociación Neuropsiquiatría*, 247-259.
- Goldman, L., & Schafer, A. I. (2016). *Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna, 25.a Edición*. España: G e a Consultoría Editorial, s.l.
- Gordon, M. (2007). *Manual de diagnósticos de enfermería* . Madrid: McGraw-Hill. Obtenido de http://www.docvadis.es/aulasalud/document/aulasalud/patrones_funcionales/fr/metadata/files/0/file/patrones_funcionales_mgordon.pdf
- Hales, R., Yudofsky , S., & Gabbard, G. (2009). *Tratado de Psiquiatría Clínica*. Barcelona: Elsevier.
- Ham, R., Sloane, P., Warshaw, G., Potter, J., & Flaherty, E. (2013). *Ham's Primary Care Geriatrics*. Estados Unidos : Elsevier.
- Heather Herdman, T. (2013). *NANDA International Diagnosticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación* . Barcelona: Elsevier España.
- Herdman, T. (2012-2014). *NANDA International Diagnosticos Enfermeros Definiciones y Clasificación* . Barcelona: Mosby.
- Hipp, D. M., & Wesley , E. E. (2013). Delirium, Sleep, and Mental Health Disturbances in Critical Illness. En J. E. Parrillo, & R. P. Dellinger, *Critical Care Medicine, Principles of Diagnosis and Management in the Adult* (págs. 1271- 1285). Estados Unidos: Mosby Elsevier.
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G., & Saczynski, J. S. (8 de Marzo de 2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 911-922.
- Iyer, P., Taptich , B., & Bernocchi, D. (1997). *Proceso de Enfermería y Diagnosticos de enfermería*. Mc Graw Hill.

- Jimenez de Esquenazi, T., & Gutiérrez de Reales, E. (1997). El proceso de Enfermería una metodología para la practica. 17.
- Lobo Satué, A. (2013). *Manual de Psiquiatría General*. Madrid: Panamericana.
- Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez Burgada, F., Sala, J. M., & Seva Diaz, A. (1979). El minexamen cognoscitivo (un test sencillo, practico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes medicos). *Actas Uso Españolas de Neurologia, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 189-201.
- López-Ibor Aliño, J. J., & Valdés Miyar, M. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: MASSO. S.A.
- Marino, P. (2014). *El libro de la UCI*. Baltimore: Wolters Kluwer Health.
- Martínez Velilla, N. I., Petidier Torregrosa, R., & Casas Herrero, Á. (2012). Delirium en el paciente anciano: actualización, en prevención, diagnóstico y tratamiento. *Medicina Clínica*, 78-84.
- Marulanda Méjia , F., Ocampo Chaparro, J. M., & Osorno Chica, D. A. (2009). *Delirium: Un gigante de la Geriátría*. Manizales : Universidad de Caldas.
- Megía Sanz, Ma. Jesús; Moreno Murcia, Juan José. (2013). *Salud Mental y Bioética, Reflexiones desde una perspectiva multidisciplinar*. Madrid: Generalitat. Conselleria de Sanitat.
- Mézcua Navarro , Saturnino;. (2012). *Metodología de Enfermería: Fases del proceso de enfermería. Valoración, Diagnostica según patrones funcionales de Marjory Gordon Diagnosticos de Enfermería: Concepto y tipos segun taxonomía NANDA, Planificacion de los cuidados enfermeros: Resultados e Int.* Recuperado el 26 de Diciembre de 2017, de http://www.grupocto.com/web/editorial/pdf/ANEXO_OPCL/Anexo_14_web.pdf
- Mingote Adán, J. C., & Holgado Madera, P. M. (2003). *Delirium Asistencia Clínica*. Madrid : Albasan.
- Montenegro, I. M. (2009). *Delirium Abordaje Toxicológico*. Buenos Aires.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Barcelona: Elsevier España.
- NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2017. (2017). *NNN Consult*. Obtenido de NANDA: <http://www.nnnconsult.com.creativaplus.uaslp.mx/nanda/128>
- Osorno Chica, D. A., & Ocampo Chaparro, J. M. (2009). Fisiopatología del Delirium. En F. Marulanda Mejía, J. M. Ocampo Chaparro, & D. A. Osorno Chica, *Delirium: Un Gigante de la Geriátría* (págs. 45-55). Manizales: Universidad de Caldas ciencias para la salud.

- Petieder Torregrossa, R., Martínez Velilla, N., & Alonso Renedo, J. (2015). Tratado de Medicina Geriátrica . En P. Abizanda Soler , L. Rodríguez Mañas, & J. Baztán Cortés , *Tratado de Medicina geriátrica* (págs. 507-514). Barcelona: Elsevier España.
- Prager, L. M., & Ivkovic, A. (2018). Psiquiatría de Urgencias. En T. A. Stern, M. Fava, T. E. Wilens , & J. F. Rosenbaum, *Tratado de Psiquiatría Clínica* (págs. 937-949). Barcelona: Elsevier.
- Quiroz O, T., Araya O, E., & Fuentes G, P. (2014). Delirium: actualización en manejo no farmacológico. *Revista Chilena Neuro - Psiquiatría*, 288-297.
- Reina G., N. C. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado . *Umbral Científico*, 18-23.
- Rodriguez, J. (2017). Delirium Perioperatorio. *Revista Medica Clínica Condes*, 776-784.
- Runge, M. S., & Greganti, A. M. (2008). *Netter's Internal Medicine*. Estados Unidos: Elsevier.
- Tejeiro Martínez, J., & Gómez Sereno, B. (2002). Guía diagnóstica y terapéutica del síndrome confusional agudo. *Revista Clínica Española* , 280 -288.
- Timothy, M. A., Page, V., & Vizcaychipi, M. P. (2013). Delirium. En A. Bersten, *Oh's Intensive Care Manual* (págs. 611-616). Butterworth: Elsevier.
- Tortora , G. J., & Derrickson, B. (2006). *Principios de Anatomía y Fisiología* . Madrid : Panamericana .
- Tussey, C. M., Broshek, D. K., & Marcopulos, B. A. (2010). Delirium Assessment in Older. En P. A. Lichtenberg, *Handbook of Assessment in Clinical Gerontology, Second edition* (págs. 179-210). Estados Unidos: Elsevier.
- Waxman, S. G. (2011). *Neuroanatomía clínica*. México: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Zabar , Y., & Lakritz, K. (2012). Delirium and Acute Encephalopathies. En J. H. Royden, J. Srinivasan, G. J. Allam, & R. A. Baker, *Netter's Neurology* (págs. 214-218). Estados Unidos: Elsevier.

VIII. APÉNDICES

Apéndice A. Fármacos asociados al síndrome confusional agudo.

Fármacos asociados a síndrome confusional agudo
<ul style="list-style-type: none">• Analgésicos: antiinflamatorios no esteroideos, opioides• Antibióticos y antivirales: Aciclovir, zidovudina, amantadina, sulfonamidas etc• Anticolinérgicos: atropina, clorfenamina, difenhidramina, escopolamina etc• Anticomiciales: carbamazepina, fenitoína, ácido valproico, etc• Antidepresivos: mirtazapina, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, amitriptilina etc.• Antihistamínicos: cimetidina, ranitidina, famotidina• Antineoplásicos: metrotrexato, alcaloides de la vinca, flurouracilo etc.• Antiparkinsonianos: amantadina, bromocriptina, levodopa etc.• Cardiovasculares e hipotensores: antiarrítmicos, betabloqueadores, clonidina, digoxina, diuréticos etc.• Benzodiacepinas: diazepam, Lorazepam etc.• Gastrointestinales: antieméticos, antiespasmódicos• Relajantes musculares

Apéndice B. Mini examen cognoscitivo

Orientación temporal		0	1
Día		0	1
Fecha		0	1
Mes		0	1
Estación		0	1
Año		0	1
Orientación espacial		0	1
Hospital o lugar		0	1
Planta		0	1
Ciudad		0	1
Provincia		0	1
Nación		0	1
Fijación			
Repita 3 palabras (repetir hasta que aprenda)			
Peso		0	1
Caballo		0	1
Manzana		0	1
Concentración y cálculo			
Si tiene 30 pesos y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando?		0 1 2 3 4 5	
Repita estos números 5-9-2 (hasta que los aprenda)		0 1 2 3	
Ahora hacia atrás			
Memoria			
¿Recuerda las palabras que le he dicho antes?		0 1 2 3	
Lenguaje			
Mostrar un bolígrafo ¿Qué es esto?		0	1
Repetirlo con el reloj		0	1
Repita esta frase: "En un trigal había 5 perros"		0	1
Una manzana y una pera son frutas ¿verdad?		0	1
¿Qué son el rojo y el verde?		0	1
¿Qué son un perro y un gato?		0	1
Tome este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa		0 1 2 3	1
Lea esto y haga lo que dice:		0	1
Cierre los ojos		0	1
Escriba una frase		0	1
Copie este dibujo		0	1



Total:

Escolaridad:

Deterioro cognitivo:

< 23 puntos con escolaridad normal

< 20 puntos con baja escolaridad o analfabetismo

Fuente: Lobo, Ezquerro, Gómez Burgada, Sala, & Seva Diaz (1979).

Apéndice C. Escala Detección del síndrome confusional agudo (Delirium)
 Confusion Assessment Method (CAM)

Adaptación española del Confusion Assessment Method de Inoute et al.,
 1990 CAM- Spanish (CAM-S)

CAM-S Primera Parte (Entrevista)		
A. (preguntar al cuidador más cercano familiar y /o enfermería)		
A1. ¿Ha observado algún cambio en el comportamiento del paciente en las últimas 24 horas?, (valorar cambios conductuales y/o mentales)	SI	NO
A2. ¿Estos cambios varían a lo largo del día? (Valorar fluctuaciones en el curso del día)	SI	NO
B. Preguntar al paciente		
B1. Díganos cuál es la razón por la que está ingresado aquí ¿Cómo se encuentra actualmente? (Dejar que el paciente hable durante 1 min) ¿El paciente es incapaz de seguir el curso de la conversación y de dar explicaciones claras y lógicas?	SI	NO
B2. Dígame: el día ____, la fecha ____, el mes ____ y el año ____ en que estamos ahora ¿Hay más de una respuesta errónea?	SI	NO
B3. Dígame el hospital (o el lugar), la planta (o el servicio), la ciudad, la provincia y el país ¿Hay más de una respuesta errónea?	SI	NO
B4. Repita estos números: 5-9-2; ahora repítalos hacia atrás ¿La respuesta es errónea?	SI	NO
CAM-S, SEGUNDA PARTE (ÍTEMS DEL ALGORITMO)		
1. El paciente presenta un cambio en el estado mental basal de inicio agudo y curso fluctuante a lo largo del día (Para responder, básese en los ítems A.1 y A.2)	SI	NO

2. El paciente presenta dificultad para mantener la atención, se distrae fácilmente (Para responder, básiese en los ítems B.1 y B.4)	SI	NO
3. El paciente presenta un pensamiento desorganizado, Se valorará positivamente si en algún momento de la entrevista se observa dificultad en organizar los pensamientos reflejada en: Frecuentes cambios de tema Comentarios irrelevantes Interrupciones o desconexiones del discurso Pérdida de la lógica del discurso (discurso confuso y/o delirante) (Para responder, básiese especialmente en el ítem B.1)	SI	NO
4. El paciente presenta alteración del nivel de conciencia Se considerará alteración de conciencia cualquier alteración de la capacidad de reaccionar apropiadamente a los estímulos Vigil (conciencia normal) Hiperalerta (vigilante, hiperreactivo) Somnoliento (se duerme con facilidad) Estupor (responde a estímulos verbales) Coma (responde a estímulos dolorosos) (Para responder, básiese en los ítems B.1, B.2 y B.3)	SI	NO
<p>Algoritmo</p> <p>El instrumento será positivo para delirium si en esta segunda parte son positivos los dos primeros ítems y el tercero o el cuarto</p> <p>Delirium</p>	SI	NO

Fuente: Inouye, Westendorp, & Saczynski (2014).