

+



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN**

**UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA
ÉNFASIS EN CUIDADO CRÍTICO**



TESINA

**Cuidado enfermero a la persona con confusión aguda en la Unidad de
Cuidados Intensivos**

PRESENTA

L. E. Maria Isabel Ibarra Reséndiz

DIRECTORA DE TESINA

Dra. Erika Adriana Torres Hernández

Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería clínica Avanzada
con Énfasis en Cuidado Crítico

San Luis Potosí, S.L.P; México

Junio, 2026



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN**



**UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA
ÉNFASIS EN CUIDADO CRÍTICO**

Título

**Cuidado enfermero a la persona con confusión aguda en la Unidad de
Cuidados Intensivos**

Tesina

Para obtener el nivel de Especialista en Cuidado Crítico

Presenta

L. E. Maria Isabel Ibarra Reséndiz

Directora

Dra. Erika Adriana Torres Hernández.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN**



**UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA
ÉNFASIS EN CUIDADO CRÍTICO**

Título

Cuidado enfermero a la persona con confusión aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos

Tesina

Para obtener el nivel de Especialista en Cuidado Crítico

PRESENTA

L. E. Maria Isabel Ibarra Reséndiz

SINODALES

**MCE Luis Antonio Martínez Gurrión
Presidente**

Firma

**Dr. Edgardo García Rosas
Secretario**

Firma

**Dra. Erika Adriana Torres Hernández
Vocal**

Firma

DEDICATORIA

A Dios por darme fuerza, sabiduría y paz, en los momentos donde pensé que no podría seguir.

A mi mamá, por ser mi mayor apoyo, por cuidarme y creer en mí.

A mi hermana Veneranda†, que sin duda sé, que estaría orgullosa de mí, que tuvo que partir físicamente al inicio de este proyecto, sin embargo, siempre estuvo conmigo.

A mi amiga Gaby†, por ser esa amiga incondicional, este logro se lo debía a ella que siempre espero que cumpliera esta meta. Su enseñanza más grande su ejemplo de entereza y perseverancia con un tinte mágico de nobleza.

A mis hermanos Bernardo, Belem, Silvia, Veneranda†, Felipe, Efraín, Cecilia y Juan Marcos†, mis compañeros de vida, amigos eternos, aliados en el crecimiento, y un refugio seguro ante las dificultades.

A mi papá†, que sé, que siempre estuvo orgulloso de mis logros.

A mis amigas Yolanda y Roció, por ser parte de mi días buenos y no tan buenos, por ser parte de eso que me hace bien, por su confianza, respeto y lealtad.

A mi amigo Ernesto, por estar presente durante todo este año, fue una parte de mis fortalezas en este proceso de aprendizaje.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, por su contribución a mi formación profesional.

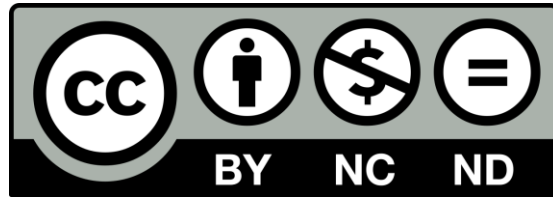
A mi Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Hospital General de San Luis Potosí y sus directivos por su apoyo al otórgame el tiempo tan necesario para dedicarle a mi formación.

Al la Dra. Erika Adriana Torres Hernández, por su paciencia, comprensión y guía en la conformación del presente trabajo.

A mis compañeros de especialidad, Juan, Cruz, Alejandra, Alma, Monserat, Sarahi, Laura y Brenda, por su compañía en los días de cansancio, estrés, hambre y sueño. Gracias por las aventuras vividas y experiencias compartidas.

Al maestro Hermes Montenegro Ríos, por compartir su experiencia profesional, por su confianza al brindarnos autonomía y reconocer el esfuerzo, no solo los resultados.

A todos los maestros que fueron parte de este proceso de formación, que con su experiencia contribuyeron a construir conocimiento nuevo y motivación para seguir aprendiendo.



Cuidado enfermero a la persona con confusión aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos © 2026 por María Isabel Ibarra Reséndiz se distribuye bajo Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International.

RESUMEN

Introducción: El paciente postoperatorio de cirugía cardíaca con revascularización miocárdica (bypass) y remplazo valvular aórtico, en la unidad de cuidados intensivos (UCI) exige una vigilancia integral y especializada, dada la alta complejidad hemodinámica y neurológica de estos pacientes (1). El inicio de un cuadro de confusión aguda en este contexto incrementa la morbilidad, se asocia a mayor tiempo de ventilación mecánica, prolongación de estancia en la UCI y hospitalaria, aumento de riesgo de mortalidad y a peor pronóstico funcional y cognitivo a mediano y largo plazo (2). El desarrollo de un plan de cuidados en este tipo de pacientes evidencia el papel esencial del profesional de enfermería en la prevención, detección temprana y manejo de complicaciones neurológicas.

Objetivo: Diseñar un plan de cuidado de enfermería para el paciente adulto con diagnóstico de confusión aguda, a partir del análisis de un caso clínico en la UCI, mediante la aplicación sistemática de la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

Metodología: Es un análisis de un caso clínico, se fundamenta en una investigación documental, publicada en los últimos cinco años (2020-2025), a través de una búsqueda en medios electrónicos, las bases de datos consultadas fueron PubMed, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Elsevier, Scielo y Springer Nature, mediante los descriptores en ciencias de la salud (DECS/MeSH) con apoyo de los operadores Booleanos como AND, OR y NOT, dentro de los metabuscadores académicos.

Resultados: la elaboración estructurada de un proceso cuidado enfermero abarcando las cinco etapas con la aplicación de taxonomía NANDA, NIC, NOC, fundamentado bajo evidencia científica en el actuar profesional de enfermería.

Conclusiones: abatir las barreras para la atención de la confusión aguda que incluyen el reconocimiento insuficiente de esta afección y las complejidades asociadas con el uso de herramientas de evaluación.

ABSTRACT

Introduction: Postoperative patients undergoing cardiac surgery with myocardial revascularization (bypass) and aortic valve replacement in the intensive care unit (ICU) require comprehensive and specialized surveillance, given the high hemodynamic and neurological complexity of these patients (1). The onset of acute confusion in this context increases morbidity, is associated with longer time on mechanical ventilation, prolonged ICU and hospital stay, increased risk of mortality, and a worse functional and cognitive prognosis in the medium and long term (2). The development of a care plan for this type of patient demonstrates the essential role of the nursing professional in the prevention, early detection and management of neurological complications.

Objective: To design a nursing care plan for adult patients diagnosed with acute confusion, based on the analysis of a clinical case in the ICU, through the systematic application of the NANDA, NIC, NOC taxonomy.

Methodology: It is an analysis of a clinical case, it is based on a documentary research, published in the last five years (2020-2025), through a search in electronic media, the databases consulted were PubMed, Virtual Health Library (VHL), Elsevier, Scielo and Springer Nature, through the descriptors in health sciences (DECS/MeSH) with the support of Boolean operators such as AND, OR and NOT, within the academic metasearch engines.

Results: the structured elaboration of a nursing care process covering the five stages with the application of the taxonomy NANDA, NIC, NOC, based on scientific evidence in the professional nursing action.

Conclusions: To break down barriers to acute confusion care, including insufficient recognition of this condition and the complexities associated with the use of assessment tools.

Índice de contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	11
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	13
3. MARCO TEORICO	18
3.1 Definición de confusión aguda y delirium	18
3.2 Clasificación de la confusión aguda	20
3.3 Fisiopatología.....	21
3.4 Etiología	22
3.5 Fisiopatología.....	22
3.6 Etiología	24
3.7 Factores de riesgos.....	25
3.8 Evolución y diagnóstico.....	26
3.9 Adulto mayor en estado crítico.....	28
3.9.1 Cirugía cardiaca y confusión aguda posoperatoria.....	30
3.10 Enfermería de cuidado crítico: aplicación del proceso cuidado enfermero. 34	
3.11.....	38
3.12 Modelo de Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon	39
4. OBJETIVOS.....	41
4.1 Objetivo General	41
4.2 Objetivos Específicos	41
5. DISEÑO METODOLOGICO	42
5.1 Metodología	42
5.2 Consideraciones éticas	43
6. RESULTADOS	44
6.1 Caso clínico.....	44
6.2 Etapa de valoración.....	45
6.3 Etapa de diagnostico.....	47
6.3.1 Diagnostico 1	47
6.4 Etapa de planeación.....	50

6.4.1	Planteamiento de objetivos y criterios de resultado (NOC)	50
6.4.2	Planteamiento de objetivos y criterios de resultado (NOC)	51
6.4.3	Intervenciones	52
6.5	Etapa de Diagnóstico	59
6.5.1	Diagnostico 2.....	59
6.6	Etapa de planteamiento	61
6.6.1	Planteamiento de objetivos y criterios de resultado (NOC).	61
6.6.2	Intervenciones	62
7.	LIMITANTES.....	67
8.	SUGERENCIAS.....	67
9.	CONCLUSIONES	68
10.	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	69
11.	APANDICE Y ANEXOS	79
11.1	Apéndice 1. Método de evaluación de la confusión para la Unidad de Cuidados Intensivo (CAM-ICU).....	79

Índice de tablas

Tabla 1.	Criterios diagnósticos para confusión aguda, DSM-V y NANDA 2024-2026.	19
Tabla 2.	Clasificación de los subtipos de la confusión aguda.....	20
Tabla 3.	Mecanismos fisiopatológicos de confusión aguda.....	21
Tabla 3.	Mecanismos fisiopatológicos de la confusión aguda.....	23
Tabla 4.	Clasificación de las causas relacionadas al delirium	24
Tabla 5.	Factores de riesgo para estados de confusión agudo	25
Tabla 6.	Enfoque de las etapas del PCE y enfermería especialista en el cuidado crítico.....	37
Tabla 7.	Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon	40
Tabla 8.	Valoración por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.....	45

Índice de figuras

Figura 1.	Esquema de interrelación NANDA, NIC, NOC (NNN) y las etapas del proceso cuidado enfermero.....	37
-----------	--	----

1. INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva de enfermería de cuidado crítico, el desarrollo de un plan de cuidados en un paciente posoperatorio de cirugía cardíaca evidencia el papel esencial del profesional de enfermería en la prevención, detección temprana y manejo de complicaciones neurológicas como los estados de confusión aguda. En el contexto de la unidad de cuidados intensivos, donde los pacientes se encuentran expuestos a múltiples factores de riesgo fisiológicos y ambientales, la vigilancia clínica continua y aplicación de cuidados basados en la evidencia se convierte en herramientas fundamentales para garantizar la seguridad del paciente (1).

El paciente postoperatorio de cirugía cardíaca con revascularización miocárdica (bypass) y remplazo valvular aórtico, en la unidad de cuidados intensivos (UCI) exige una vigilancia integral y especializada, dada la alta complejidad hemodinámica y neurológica de estos pacientes.

Dentro de los factores de riesgo en este tipo de pacientes, se suman las condiciones de necesidades de circulación extracorpórea prolongada a través de la oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO), así como el uso del soporte con balón de contrapulsación aórtica (IABP), dispositivos que aumentan la complejidad hemodinámica y neurológica y elevan el riesgo de presentación y persistencia de alteraciones cognitivas agudas (3), tales como la confusión aguda.

El inicio de un cuadro de confusión aguda en este contexto incrementa la morbilidad, se asocia a mayor tiempo de ventilación mecánica, prolongación de estancia en la UCI y hospitalaria, aumento de riesgo de mortalidad y a peor pronóstico funcional y cognitivo a mediano y largo plazo (2).

Desde el lenguaje de enfermería, la etiqueta diagnóstica “confusión aguda” se define como un trastorno reversible de la conciencia, la atención, la cognición y la percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo y duran menos de tres meses (4). Esta definición, si bien se relaciona estrechamente con la entidad clínica del delirium, enfatiza la entidad disciplinar enfermera y proporciona una base

conceptual para planificación de intervenciones de cuidado específicas y sistemáticas.

En la práctica clínica y en la literatura médica el termino delirium, ha sido descrito con vocablos diversos (síndrome de la UCI, difusión o confusión cerebral aguda, encefalopatía séptica), por lo que actualmente en la literatura se adopta el término “delirium” como sustantivo generalizador (5,6).

Para fines de este trabajo y por la naturaleza de la disciplina se empleará el término “confusión aguda”, reservando “delirium” cuando sea necesario para precisar criterios o evidencias de los autores o guías.

En este sentido, el objetivo del presente trabajo es, describir el abordaje desde el cuidado de enfermería a un paciente con confusión aguda posoperado de cirugía con revascularización miocárdica (bypass) y remplazo valvular aórtico y que requirió asistencia de ECMO e IABP; con la finalidad de mostrar el fundamento de las actividades e intervenciones de enfermería que permitan minimizar las complicaciones asociadas a la confusión aguda en este tipo de pacientes.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

La confusión aguda es una complicación frecuente en pacientes críticos, aunque la fisiopatología de la confusión aguda aún no se ha explicado completamente (7). Según la población y el entorno médico, la morbilidad varía del 7 al 50%, y alcanza más del 80% en las unidades de cuidados intensivos, especialmente en pacientes de edad avanzada. En un estudio publicado en 2005 por Xin Hu et. al., encontraron que los pacientes adultos mayores con confusión aguda tuvieron una mayor mortalidad alrededor del 16,3%, significativamente mayor que 10,6% en el grupo que no la presentó ($p < 0,001$), la probabilidad de supervivencia acumulada del grupo sin confusión aguda fue notablemente mayor ($p < 0,001$)(8).

Los reportes de las tasas de confusión aguda varían entre el 20 y el 40 % entre los pacientes gravemente enfermos, y las tasas más altas, del 60 al 80 %, es más observado en pacientes médicos o quirúrgicos con ventilación mecánica (VM). En el contexto de sepsis, afecta desde el 9 hasta el 71%. Existen tres subtipos de confusión aguda descrito por la literatura: hipoactivo, hiperactivo y mixto (alternancia en las características de ambos). Información contenida en la guía clínica y plan estratégico para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del delirium: Proyecto Delirium Zero 2025, menciona que el tipo hiperactivo en las UCI supone menos del 2%, el hipoactivo se da en el 35% de los casos, y el más frecuente es el delirium mixto, en el 64% de los pacientes (9). El hipoactivo puede presagiar peores resultados que el hiperactivo, debido en parte al no ser tan evidente puede pasar desapercibido (10).

Información reportada a nivel nacional refiere que, en México, la prevalencia de confusión aguda en pacientes hospitalizados es de 38.3%, con una incidencia de 12%. La mortalidad es alta, abarca 34% de población hospitalizada y de 35 a 40% en el primer año tras el egreso. En este mismo artículo se menciona que la confusión aguda puede incrementar hasta 1.5 veces el costo de la hospitalización, y hasta 1.7 veces el costo de los medicamentos usados en comparación a los pacientes sin esta patología (11).

Actualmente son incipientes las estadísticas de salud pública que detallen la incidencia o prevalencia exacta de la confusión aguda en la población de San Luis Potosí, se identificó un trabajo académico de investigación donde se realiza un seguimiento de la incidencia en adultos mayores en el área urgencias de un hospital general, donde se reporta como resultado principal del estudio, una incidencia de 45.1% con predominio en el sexo femenino, una muestra de 102 pacientes (12).

En este sentido la intervención temprana puede reducir no solo la incidencia de la confusión aguda, sino también su gravedad, la duración de los síntomas y por lo tanto el desarrollo de las complicaciones antes mencionadas (13).

Existen condiciones o factores no modificables o difíciles de alterar, como la edad, el género, las enfermedades crónicas y la polifarmacia, lo que aumenta el riesgo de desarrollar confusión aguda. Además, factores modificables como hipoxia, hipoglucemia, desequilibrio electrolítico, infecciones y dolor también contribuyen a su desarrollo (7), clasificados como factores precipitantes, entre los cuales también se encuentran factores que tienen más relación con el ambiente, con la presencia de dispositivos invasivos, disminución o alteración del patrón sueño, falta de movilización, hiperestimulación o déficits sensoriales, desorientación temporal y aislamiento de la familia (14), esta clasificación se debe llevar a la reflexión en la medida que se pueda intervenir para prevenir y actuar sobre aquellos factores que puedan ser modificables.

Entre los factores precipitantes se encuentra la cirugía y de manera particular, la cirugía cardíaca. En este sentido, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte a nivel mundial. El 32% de todas las muertes en el mundo, en el 2019, aproximadamente 18 millones de personas fueron causadas enfermedades cardiovasculares (15).

El soporte fisiológico, junto con la regulación de la temperatura, ha hecho posible la cirugía cada vez más compleja en el corazón y los grandes vasos en la era moderna,

a partir de la derivación cardiopulmonar intraoperatoria (CPB), una forma de circulación extracorpórea al igual que la ECMO (oxigenación por membrana extracorpórea), que proporcionan soporte circulatorio y respiratorio, a pesar de su potencial para salvar vidas, se asocian a los estados de confusión aguda posoperatorios y este a su vez se asocia con peores resultados, entre los más estudiados son una mayor duración de la hospitalización, mayores costos, mayor presencia de infecciones y disfunción cognitiva posoperatoria, como una mortalidad aproximadamente diez veces mayor (16–18).

La incidencia confusión aguda en pacientes sometidos a cirugía cardíaca es más común que en pacientes sometidos a cirugía no cardíaca, hay reportes de un estudio donde entre el 40 % y el 80 % de los pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria presentaron un deterioro de las capacidades mentales, como dificultad para concentrarse, disminución de la atención, pérdida de memoria a corto plazo y disminución de la velocidad de pensamiento. En cuanto a la duración de los síntomas de deterioro cognitivo mencionados desaparecieron en pocos meses, el 35 % de los pacientes continuaron presentándoles incluso un año después (15,19).

Hasta el 45% en los pacientes posterior a una intervención quirúrgica cardíaca, en una resonancia magnética multimodal después de CPB demuestra un posible infarto cerebral. Se infiere que la hipoperfusión secundaria al proceso inflamatorio de CBP, la embolia cerebral, o la lesión por reperfusión son todos posibles factores contribuyentes. Aun, cuando estos mecanismos no se han investigado extensamente, plantean posibles resultados adversos a largo plazo, especialmente porque estos pacientes se vuelven propensos al desarrollo de enfermedad cerebrovascular, se desconoce si el paciente estuvo sometido CPB, sin embargo, como ya se mencionó requirió terapia ECMO, que es un tipo de circulación extracorpórea con complicaciones similares y particulares. Por lo tanto, es importante aplicar medidas preventivas cerebrovasculares perioperatorias para mitigar la hipoperfusión cerebral (16,19).

La realización de cirugías cardíacas requiere que los cuidados postoperatorios inmediatos y parte de los intermedios se realicen en la UCI. La asistencia requiere de cuidados específicos, como preservar la estabilidad hemodinámica, monitorizar el sangrado, evaluar el estado respiratorio, registro de la ingesta y eliminación de líquidos y el gasto de drenajes entre otros, como el control la temperatura y el dolor. En este contexto, el trabajo del equipo de enfermería es esencial ya que realiza una observación continua del paciente, identificar y prevenir complicaciones, contribuyendo así a reducir la estancia hospitalaria (15).

Sin embargo tras la cirugía cardiovascular el objetivo de la atención al paciente no es solo estabilizar las funciones cardiovasculares y la recuperación, la recuperación de la cirugía cardíaca puede ser larga y difícil, y la evidencia existente sugiere que la preocupación de salud más apremiante para los pacientes cardíacos después de la cirugía es el sufrimiento psicológico, es importante detectar y prevenir problemas mentales postoperatorios y contribuir a la prevención de la disfunción cognitiva (15,19).

Uno de los retos en la atención de enfermería a estos pacientes se relaciona a que los exámenes sensoriales son en su mayoría limitados en pacientes con ECMO, afectados por sedantes y bloqueadores neuromusculares, por lo tanto, se recomienda una evaluación neurológica basal antes e inmediatamente después de la canulación, seguida de evaluaciones seriadas durante el soporte de ECMO y después del destete.

Una evaluación de enfermería más frecuente a la cabecera del paciente, cada 1-4 h según el riesgo, es razonable. El examen neurológico seriado debe incluir la evaluación del estado mental, los reflejos del tronco encefálico: respuesta pupilar a la luz y reflejos oculocefálico, corneal y de tos/náusea y el examen motor. Importante la utilización de herramientas de puntuación estandarizadas como la escala de coma de Glasgow y el Método de Evaluación de la Confusión. Cabe destacar que una analgo-sedación adecuada es esencial para el soporte con ECMO y minimiza los eventos adversos. Una reevaluación diaria de los objetivos de sedación, las

interrupciones de la sedación y el destete gradual de la sedación, pueden mejorar los exámenes neurológicos. La detección temprana y precisa de la confusión aguda con monitorización neurológica estandarizada e intervenciones tempranas es fundamental para mitigar la confusión aguda en este tipo de pacientes (20).

3. MARCO TEORICO

3.1 Definición de confusión aguda y delirium

Primeramente, se aborda la definición desde el lenguaje de enfermería basado en NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), en su última actualización 2024-2026, define a la confusión aguda como trastornos reversibles de la conciencia, la atención, la cognición y la percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo y duran menos de 3 meses, esta definición contiene elementos que establecen una relación con la definición del delirium que se basa en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5), definiéndole como un deterioro de la atención y la consciencia que se desarrolla en un intervalo de tiempo relativamente corto y con estados fluctuantes de déficits cognitivos, sin embargo dentro de la literatura se pueden encontrar que aún se describe con terminología incoherente, como síndrome de la UCI, disfunción cerebral aguda y encefalopatía séptica. En este sentido, el término delirium hace a una alusión como sustantivo general adoptado para superar todos estos términos. En una extensión de los criterios de DMS-5, apunta a que los déficits de atención y los cambios cognitivos no pueden explicarse por alteraciones neurocognitivas preexistentes, como en el caso de la demencia, o una disminución significativa del nivel de conciencia, presente en pacientes con sedación profunda o estados de coma (5,21). Para entender mejor esta relación entre el termino delirium y confusión aguda se describe en la tabla 1 los criterios establecidos para su definición.

La confusión aguda se diferencia de la demencia por el curso del desarrollo de la enfermedad, por lo tanto es necesario conocer el historial de trastornos cognitivos que precede al inicio de la confusión aguda, en el caso que se desconozca este historial, se ha sugerido que los pacientes deben ser examinados primero para detectar confusión aguda y una vez reconocidos como positivos deben ser evaluados para detectar la presencia de deterioro cognitivo, importante en esta secuencia identificar primero la confusión aguda ya que es crucial a la hora de evaluar las causas y tratarlas (5,22).

En este sentido es necesario identificar los criterios para el diagnóstico de confusión aguda y limitar en lo posible las confusiones ante otras condiciones de enfermedad, importante establecer la relación entre los criterios generales y los propios del diagnóstico de enfermería los cuales son semejantes entre sí.

Tabla 1. Criterios diagnósticos para confusión aguda, DSM-V y NANDA 2024-2026.

Criterios de DSM-V para delirium (síndrome confusional)	Características definitorias para confusión aguda de acuerdo NANDA 2024-2026.
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Existe una alteración de la atención, hay una reducción de la capacidad para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención y la conciencia, puede ser entendida como orientación reducida al entorno.</i> 2. <i>La alteración de la atención y el estado de alerta aparece en poco tiempo, generalmente unas horas o pocos días, constituye un cambio respecto al estado inicial y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.</i> 3. <i>Una alteración cognitiva adicional como déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción.</i> 4. <i>Las alteraciones de los criterios 1 y 3 no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.</i> 5. <i>Se obtienen evidencias de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una, una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías, debido a que el delirium se considerado como un síndrome de etiología multifactorial donde se genera una interacción entre la vulnerabilidad previa de la persona, factores ambientales y alteraciones fisiológicas causadas por la enfermedad aguda.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Pensamiento desorganizado Desorientación respecto a la persona Desorientación respecto al lugar Niveles fluctuantes de la conciencia Fluctuaciones de la actividad psicomotriz Alucinaciones Hipersensibilidad Ilusiones Deterioro de la atención Deterioro de la concentración Deterioro de la memoria Estado de ánimo irritable Agitación psicomotriz Ralentización psicomotriz Movimientos repetitivos Desasosiego

Fuente: elaboración propia a partir de Tobar E, et al.(23), Bento AFG(24), et al., NANDA 2024(4).

3.2 Clasificación de la confusión aguda

De manera consensuada la confusión aguda se clasifica según la actividad psicomotora presente, como hiperactivo cuando el paciente se presenta hiperalerta, inquieto, agitado y/o agresivo. Cuando predomina la somnolencia, con un paciente apático, se clasifica como hipoactivo. Si ambas situaciones se mezclan en el tiempo, se clasifica como mixto. Es importante que se debe partir de un estado basal del paciente (2).

Las diferencias fenotípicas en la actividad motora fueron sugeridas por primera vez por Lipowski en 1983 y revisado más tarde en 1992 por Liptzin y Levkoff de donde surge la siguiente clasificación (ver tabla 2). Considerando hiperactivo aquellos pacientes con ≥ 3 síntomas hiperactivos, en el caso de los pacientes con confusión aguda hipoactiva requerían ≥ 4 síntomas hipoactivos; y aquellos con ambos tipos de síntomas, se clasifica como subtipo mixto (24–27).

Tabla 2. Clasificación de los subtipos de confusión aguda.

Hiperactivo (≥ 3 características)	Hipoactivo (≥ 4 características)	Mixto
<i>Hipervigilancia</i>	Inconsciencia	Deben cumplirse criterios independientes para ambos subtipos, hiperactivo e hipoactivo.
<i>Inquietud</i>	Disminución del estado de alerta	
<i>Habla rápido o en voz alta</i>	Habla escasa o lenta	
<i>Ira o irritabilidad</i>	Letargo	
<i>Agresividad</i>	Movimientos lentos	
<i>Impaciencia</i>	Mirada fija	
<i>Insultos</i>	Apatía	
<i>Cantar</i>		
<i>Reír</i>		
<i>Falta de cooperación</i>		
<i>Euforia</i>		
<i>Deambular</i>		
<i>Sobresaltarse con facilidad</i>		
<i>Reacciones motoras rápidas</i>		
<i>Distracción</i>		
<i>Tangencialidad</i>		
<i>Pesadillas</i>		
<i>Pensamientos persistentes</i>		

Fuente: elaboración propia, a partir de Rosen JH et.al.(26)

3.3 Fisiopatología

La fisiopatología de la confusión aguda no se comprende completamente y probablemente no exista una única etiología. Existen diversas teorías que describen las posibles causas, probablemente en cualquiera de los casos involucre una o más de estas teorías en un proceso complejo e interrelacionados. De manera general se han aceptado modelos multifactoriales, los cuales describen la confusión aguda como una interacción de un paciente vulnerable con factores predisponentes ante un contexto de factores desencadenantes. Estos mecanismos abarcan desde la desregulación de neurotransmisores, la neuroinflamación, el estrés oxidativo, el envejecimiento neuronal y la disfunción del ciclo sueño-vigilia, entre otras teorías, siendo posible que múltiples mecanismos se desarrollen simultáneamente en la generación de esta condición (ver tabla 3) (5,21,22,28–31).

Tabla 3. Mecanismos fisiopatológicos de la confusión aguda.

<p><i>Aumento de la edad</i></p>	<p><i>Los cambios asociados con la edad provocan una disminución de la reserva fisiológica y una mayor vulnerabilidad al estrés físico y a las enfermedades. Existen cambios morfofuncionales entre ellos la disminución de la conectividad neuronal con una mayor pérdida neuronal, disminución del flujo sanguíneo cerebral y la eficiencia mitocondrial; aumento de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica; cambio en la dinámica del líquido cefalorraquídeo y en los mecanismos de defensa inmunológica.</i></p>
<p><i>Neuro-inflamación</i></p>	<p>Las agresiones inflamatorias periféricas libran los marcadores inflamatorios producidos durante una enfermedad crítica, como lo son las citocinas, las quimiocinas y el factor de necrosis tumoral alfa, dañando las adherencias intercelulares endoteliales en la barrera hematoencefálica, es decir inician una secuencia de eventos que conducen al compromiso microvascular, provocando daño endotelial, la permeabilidad endotelial provoca la inflamación en el sistema nervioso central, lo que genera mayor daño, isquemia y apoptosis neuronal.</p>
<p><i>Especies reactivas de oxidación</i></p>	<p>El sistema nervioso tiene una insuficiencia de metabolismo oxidativo lo que lo hace particularmente vulnerable a las especies reactivas de oxígeno debido a su alto contenido lipídico y baja capacidad antioxidante, lo que conduce a la alteración de la neurotransmisión.</p>
<p><i>Desregulación del ritmo circadiano</i></p>	<p>La alteración de la duración y la arquitectura del sueño, así como de la secreción de melatonina, provoca la disfunción de numerosos sistemas. La melatonina afecta a numerosas funciones del sistema nervioso central, como la regulación de los ciclos sueño-vigilia, la regulación de la glucosa, la temperatura corporal central, las defensas antioxidantes y la respuesta del sistema inmunitario. El sueño está estrechamente relacionado con funciones esenciales como el</p>

Desequilibrio de neurotransmisores

desarrollo neuronal, los procesos cognitivos como el aprendizaje y la memoria, la regulación emocional, la salud cardiovascular y metabólica, y la eliminación de toxinas celulares.

Se han estudiado que los desequilibrios en la síntesis, liberación y degradación de acetilcolina, dopamina, ácido gamma-aminobutírico (GABA), glutamato, serotonina y norepinefrina desempeñan un rol importante en el desarrollo de la confusión aguda. La neurotransmisión alterada puede causar cambios en la conectividad funcional de las neuronas y podría ser potencial factor de atrofia y daño cerebral. La vía de neurotransmisores más estudiada es la colinérgica. La acetilcolina está regulada por receptores de dopamina y el exceso de dopamina está deprimiendo la producción de acetilcolina. La producción deprimida de acetilcolina es inducida por medicamentos que a menudo se usan para pacientes críticamente enfermos, lo que aumenta el riesgo de presentar confusión aguda.

Neuroendocrino

La respuesta exagerada al estrés y la enfermedad aguda provocan una retroalimentación negativa, resultado de una elevación del cortisol, lo que aumenta la vulnerabilidad de las neuronas a daños secundarios e impacta la regulación de la reproducción genética, la señalización celular y la reacción de las células gliales.

Fuente: elaboración propia, información recopilada de Poulsen LM et. al(5), Ramírez Echeverría M de L et al(21), Bugiani O.(22), Wróbel M et. al (28), Vaishnav et al. (29), Ali y Casella (30).

3.4 Etiología

La causa de la confusión aguda es multifactorial, su identificación es esencialmente clínica y se hace de manera individualizada. Una vez detectado clínicamente, se debe iniciar un estudio de las causas, se debe hacer uso de una evaluación inicial que incluya una historia clínica completa con una anamnesis dirigida, el proceso del diagnóstico clínico y sus causas, debe también integrar medios diagnósticos como pruebas complementarias de análisis estándar y según las necesidades del paciente, con el objetivo de encontrar la causa (ver tabla 4) (27,30–32).

3.5 Fisiopatología

La fisiopatología de la confusión aguda no se comprende completamente y probablemente no exista una única etiología. Existen diversas teorías que describen las posibles causas, probablemente en cualquiera de los casos involucre una o más de estas teorías en un proceso complejo e interrelacionados. De manera general se

han aceptado modelos multifactoriales, los cuales describen la confusión aguda como una interacción de un paciente vulnerable con factores predisponentes ante un contexto de factores desencadenantes o precipitantes. Estos mecanismos abarcan desde la desregulación de neurotransmisores, la neuroinflamación, el estrés oxidativo, el envejecimiento neuronal y la disfunción del ciclo sueño-vigilia, entre otras teorías, siendo posible que múltiples mecanismos se desarrollen simultáneamente en la generación de esta condición (ver tabla 3) (5,21,22,28–31).

Tabla 3. Mecanismos fisiopatológicos de la confusión aguda.

<p>Aumento de la edad</p>	<p><i>Los cambios asociados con la edad provocan una disminución de la reserva fisiológica y una mayor vulnerabilidad al estrés físico y a las enfermedades. Existen cambios morfofuncionales entre ellos la disminución de la conectividad neuronal con una mayor pérdida neuronal, disminución del flujo sanguíneo cerebral y la eficiencia mitocondrial; aumento de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica; cambio en la dinámica del líquido cefalorraquídeo y en los mecanismos de defensa inmunológica.</i></p>
<p>Neuro-inflamación</p>	<p>Las agresiones inflamatorias periféricas libran los marcadores inflamatorios producidos durante una enfermedad crítica, como lo son las citocinas, las quimiocinas y el factor de necrosis tumoral alfa, dañando las adherencias intercelulares endoteliales en la barrera hematoencefálica, es decir inician una secuencia de eventos que conducen al compromiso microvascular, provocando daño endotelial, la permeabilidad endotelial provoca la inflamación en el sistema nervioso central, lo que genera mayor daño, isquemia y apoptosis neuronal.</p>
<p>Especies reactivas de oxidación</p>	<p>El sistema nervioso tiene una insuficiencia de metabolismo oxidativo lo que lo hace particularmente vulnerable a las especies reactivas de oxígeno debido a su alto contenido lipídico y baja capacidad antioxidante, lo que conduce a la alteración de la neurotransmisión.</p>
<p>Desregulación del ritmo circadiano</p>	<p>La alteración de la duración y la arquitectura del sueño, así como de la secreción de melatonina, provoca la disfunción de numerosos sistemas. La melatonina afecta a numerosas funciones del sistema nervioso central, como la regulación de los ciclos sueño-vigilia, la regulación de la glucosa, la temperatura corporal central, las defensas antioxidantes y la respuesta del sistema inmunitario. El sueño está estrechamente relacionado con funciones esenciales como el desarrollo neuronal, los procesos cognitivos como el aprendizaje y la memoria, la regulación emocional, la salud cardiovascular y metabólica, y la eliminación de toxinas celulares.</p>
<p>Desequilibrio de neurotransmisores</p>	<p>Se han estudiado que los desequilibrios en la síntesis, liberación y degradación de acetilcolina, dopamina, ácido gamma-aminobutírico (GABA), glutamato, serotonina y norepinefrina desempeñan un rol importante en el desarrollo de la confusión aguda. La neurotransmisión alterada puede causar cambios en la conectividad funcional de las neuronas y podría ser potencial factor de atrofia y daño cerebral. La vía de neurotransmisores más estudiada es la colinérgica. La</p>

Neuroendocrino

acetilcolina está regulada por receptores de dopamina y el exceso de dopamina está deprimiendo la producción de acetilcolina. La producción deprimida de acetilcolina es inducida por medicamentos que a menudo se usan para pacientes críticamente enfermos, lo que aumenta el riesgo de presentar confusión aguda.

La respuesta exagerada al estrés y la enfermedad aguda provocan una retroalimentación negativa, resultado de una elevación del cortisol, lo que aumenta la vulnerabilidad de las neuronas a daños secundarios e impacta la regulación de la reproducción genética, la señalización celular y la reacción de las células gliales.

Fuente: elaboración propia, información recopilada de Poulsen LM et. al(5), Ramírez Echeverría M de L et al(21), Bugiani O.(22), Wróbel M et. al (28), Vaishnav et al. (29), Ali y Casella (30).

3.6 Etiología

La causa de la confusión aguda es multifactorial, su identificación es esencialmente clínica y se hace de manera individualizada. Una vez detectado clínicamente, se debe iniciar un estudio de las causas, se debe hacer uso de una evaluación inicial que incluya una historia clínica completa con una anamnesis dirigida, el proceso del diagnóstico clínico y sus causas, debe también integrar medios diagnósticos como pruebas complementarias de análisis estándar y según las necesidades del paciente, con el objetivo de encontrar la causa (ver tabla 4) (27,30–32).

Tabla 4. Clasificación de las causas relacionadas al delirium

Causas	Ejemplos
<i>Consumo o deshabitación de fármacos, drogas o tóxicos</i>	Alcohol Drogas ilícitas Analgésicos (antiinflamatorios no esteroides, opioides) Antibióticos, antivirales Antiepilépticos Antidepresivos Antiarrítmicos, betabloqueadores Corticosteroides Anticolinérgicos Agonistas de la dopamina Hipoglucemiantes Diuréticos
<i>Infecciones</i>	Hipnóticos, sedantes, relajantes musculares Sepsis, infección de vías urinarias (IVU), fiebre en relación con infecciones, etcétera
<i>Alteraciones metabólicas</i>	Alteraciones electrolíticas: sodio, calcio, fosfato, magnesio, etcétera. Alteraciones endocrinas: tiroides, páncreas, suprarrenal, etcétera Hipercapnia

	Hiperglucemia o hipoglucemia, estados hiperosmolares o hipoosmolares
	Hipoxemia
	Alteraciones nutricionales: déficit de folatos o vitamina B12, Wernicke, etcétera
<i>Alteraciones neurológicas/psiquiátricas</i>	Infecciones o neoplasias del sistema nervioso central
	Epilepsia, incluyendo cuadros de estatus no convulsivo
	Traumatismos craneales o faciales
	Hidrocefalia hipertensiva
<i>Alteraciones sistémicas</i>	Cuadros psiquiátricos
	Fallo cardíaco, hepático, pulmonar o renal.
	Anomalías hematológicas
<i>Alteraciones físicas</i>	Cirugía reciente, quemaduras, hipotermia o hipertermia, Embolismo
<i>Misceláneas</i>	Impactación fecal, retención urinaria, cambio del medio ambiente

Fuente: Elaboración propia, información recopilada de Juárez Sandoval et. al (27), Ali y Casella (30), D'Hyver et. al (31), Bellelli et. al (32)

3.7 Factores de riesgos

La condición de confusión aguda se considera multifactorial, en su desarrollo influyen factores de riesgo predisponentes, propios del paciente, y rara vez son modificables, por el contrario los precipitantes, son potencialmente modificables (ver tabla 5), (27,30,31).

Tabla 5. Factores de riesgo para estados de confusión agudo

Factores predisponentes	Factores precipitantes
<i>Edad avanzada (> 75)</i>	Fármacos
<i>Sexo masculino</i>	Polifarmacia
<i>Deterioro cognitivo o demencia</i>	Incremento de urea en suero o de índice de nitrógeno ureico en sangre (BUN): creatinina (Cr)
<i>Antecedentes de delirium</i>	Anomalías de albúmina sérica
<i>Compromiso visual y/o auditivo</i>	Anomalías de sodio, glucosa o potasio
<i>Depresión o ansiedad</i>	Infección
<i>Deterioro funcional, trastorno de la marcha, inmovilidad, caídas</i>	Traumatismo al ingreso
<i>Comorbilidad o gravedad de la enfermedad</i>	Cirugía (en particular reparación de aneurisma aórtico; torácica no cardíaca; neurológica)
<i>Múltiples comorbilidades</i>	Ingreso urgente
<i>Ictus</i>	Coma
<i>Enfermedad neurológica</i>	Acidosis metabólica
<i>Enfermedad hepática o renal crónica</i>	Deterioro sensorial (visión/audición)
<i>Cirugía reciente</i>	Malnutrición, deshidratación, alteraciones hidroeléctricas
<i>Fractura de cadera</i>	Factores relacionados con la hospitalización: inmovilidad, uso de medidas de contención física, dolor, uso de sondas y vías.
<i>Enfermedad terminal</i>	Estrés psicosocial o privación de sueño.

Fuente: elaboración propia, con información de Juárez Sandoval (27), Ali y Casella (30), D'Hyver et. al (31).

3.8 Evolución y diagnóstico

Es importante identificar oportunamente la etiología de los síntomas, debido a que el diagnóstico se reconoce en el contexto de una enfermedad médica subyacente y que puede pasar desapercibida ya que la sintomatología se puede atribuir a la edad del paciente, a demencia o a otros trastornos mentales como la depresión. La mayoría de los estudios hacen referencia a que el diagnóstico se confirma mediante la clínica, según los criterios del DSM-V o de la CIE-10(2).

El diagnóstico de confusión aguda puede ser clínicamente desafiante, para lo cual puede ser útil documentar el nivel inicial o basal de alerta del paciente por otro lado los informantes, como familiares o cuidadores, deberán ser interrogados sobre los antecedentes de las enfermedades y patrones de conducta del paciente, el expediente puede ser una buena fuente de información, si se desconoce o no se tiene acceso a información se recomienda observación diaria de los cambios en el comportamiento, de manera enfática en pacientes con alto riesgo (25).

Entonces el primer paso para establecer el estado mental del paciente a la admisión, y en caso de confusión aguda, es determinar, que tan agudo es el cambio, después se recomienda que todo paciente mayor hospitalizado con sospecha de confusión aguda se debería aplicar el Método de Evaluación de la Confusión (CAM) (31).

El CAM es el instrumento más utilizado para diagnosticar la confusión aguda, inicialmente el CAM fue validado a través la opinión de expertos y las definiciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Este método fue desarrollado originalmente para ser utilizado por personal de salud no entrenados psiquiátricamente para identificar la confusión aguda en pacientes con capacidad de comunicarse verbalmente. Posterior de revisar la literatura y a expertos, se opta por adaptar el CAM para su uso en pacientes no verbales y con ventilación mecánica, siendo el principal objetivo la valoración del paciente dentro de la Unidad

de Cuidados Intensivos nombrándose CAM-ICU (Método de Evaluación de Confusión para la Unidad de Cuidados Intensivos) (33).

La CAM-ICU es una prueba razonable para identificar la confusión aguda en ámbitos de cuidados intensivos puede ser administrada por personal no especialistas para dar un resultado dicotómico como presente/ausente, la prueba puede ser especialmente buena para descartar la confusión aguda (25).

La relevancia clínica de su adaptación para el uso en la UCI, radica en el hecho que diversos estudios refieren que todos los pacientes en la UCI se consideran en riesgo de desarrollar confusión aguda, y las mejores prácticas sugieren que deben ser evaluados regularmente. Actualmente dentro de la práctica, una prueba de CAM-ICU positiva a menudo se toma como evidencia suficiente de su presencia para implementar intervenciones adecuada. Un CAM-ICU positivo desencadena una evaluación integral, mientras que si la prueba es negativa, el CAM-ICU se repite cuando aparece una nueva sospecha clínica o según el protocolo de valoración de la UCI (34).

Las guías de práctica clínica hacen fuertes recomendaciones para el uso de la evaluación rutinaria de la confusión aguda con una herramienta de evaluación validada en la UCI, evidenciando a través de múltiples estudios que, sin herramientas de detección validadas, el personal de salud de cabecera no reconoce esta condición. Existen diversas herramientas de evaluación para la confusión aguda, sin embargo, el CAM-ICU y la lista de verificación de detección del delirium en cuidados intensivos (ICDSC) son las más utilizadas. La detección de la confusión aguda con la CAM-ICU o la ICDSC es rápida en su aplicación, en promedio según los estudios lleva un tiempo de 2 a 5 minutos. Ambas herramientas tienen muy buenas propiedades psicométricas y una confiabilidad entre evaluadores de moderada a alta. La sensibilidad y especificidad de las herramientas se han evaluado, existen datos del CAM-ICU probado en más de 4000 pacientes adultos de la UCI, traducido y validado a 27 idiomas. La sensibilidad reportada para la CAM-

ICU varia de 47 a 100% y la especificidad varió de 81 a 100%(5,33). Par fines del presente trabajo se utilizó la herramienta de la CAM-ICU para la valoración y diagnóstico del estado de confusión aguda (ver apéndice 1).

Una vez realizado el diagnóstico se debe buscar la causa, debido a que puede ser la manifestación única (atípica) de muchas enfermedades. Será importante reevaluar medicamentos de base y su uso actual, otro factor importante es el enfoque integral que deben de tener los sistemas de salud para una mejor atención de estos pacientes, a través de tres pasos fundamentales, la concientización y búsqueda del diagnóstico, diferenciar entre estados de confusión aguda y demencia e identificar y tratar las causas subyacentes a la confusión aguda (31).

3.9 Adulto mayor en estado crítico

Las personas mayores conforman una proporción cada vez mayor de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos, lo que coincide con los cambios en las tendencias demográficas mundiales, a medida que la esperanza de vida aumenta, crece el número relativo de personas mayores y muy mayores (35).

La clasificación de estos grupos etarios, ubica al paciente adulto mayor de acuerdo a la literatura entre los 65 años y menor a los 75 años, por su parte el grupo de personas a los que se les conoce como muy mayores son los que están en el rango de 75 a 80 años, en este sentido los reportes de diversos países establecen la mediana de edad de los pacientes que ingresan a la UCI es superior a 65 años (36).

Con envejecimiento y aumento de la edad, las personas adquieren de manera más frecuentemente enfermedades y tienden a desarrollar multimorbilidad, hay una incidencia importante de deterioro cognitivo, así como las discapacidades funcionales, visuales y auditivas, lo que se consideran factores de riesgo para el desarrollo de confusión aguda postoperatorio descrito dentro de la literatura, pero no solo en el caso de los pacientes postoperatorios sino de manera general (37).

Datos encontrados en la literatura mencionan que el número medio de comorbilidades por paciente de 65 a 84 años es de $2,6 \pm 2,2$ frente a $3,6 \pm 2,3$ en mayores de 85 años. Como se puede observar las comorbilidades están muy relacionadas con el aumento de la edad, dentro de las características propias de estos grupos etarios, existe términos descritos que ayudan a entender que sucede de manera fisiológica entre esta relación como lo es la inmunosenescencia, haciendo referencia a los cambios fisiológico que describen la desregulación inmune relacionada con la edad, como alteraciones en la capacidad respiratoria, que incluye pérdida de elasticidad pulmonar, reducción de la fuerza muscular, alteración de la sensibilidad de los centros respiratorios a cambios importantes de los gases en sangre (oxígeno y bióxido de carbono) (38), lo que contribuyen a un mayor riesgo de complicaciones que puedan llevar al paciente a resultados negativos que incluyan una estancia hospitalaria más larga, reducción de la calidad de vida relacionada con la salud, riesgo de discapacidad, cuidados de rehabilitación y mayor mortalidad (39).

La confusión aguda es una manifestación clínica de una respuesta disfuncional a los factores estresantes, lo que se puede describir como una característica del envejecimiento, volviendo a referir a la edad en una relación causal para esta condición, afectando sobre todo los dominios motor, cognitivo y afectivo surgiendo de este modo las manifestaciones clínicas características de esta condición (32).

En otras palabras, de expertos, la confusión aguda puede servir como un marcador de un cerebro vulnerable con capacidad de reserva disminuida, en otras palabras, es el equilibrio entre la potencia del factor estresante y la resistencia cerebral lo que rige el riesgo, la intensidad y la recuperación de los estados de confusión aguda (40).

Los resultados de la atención de los pacientes en estado crítico más allá de la edad y la gravedad de la enfermedad aguda, están determinados también por la reserva fisiológica del paciente y la eficacia de las intervenciones. Otros factores importantes a considerar son el diagnóstico de ingreso y la discapacidad premórbida, recordando que la estancia en el caso de la UCI es solo una de las muchas etapas

en la trayectoria de un paciente (35). Estos elementos se deben tenerse en cuenta al establecer los cuidados de enfermería buscando un enfoque más individualizado y que proyecten una continuidad de atención a las respuestas humanas que favorezcan al bienestar del paciente y no solo atender a los protocolos de atención.

3.9.1 Cirugía cardíaca y confusión aguda posoperatoria

Como ya se mencionó anteriormente el estado de confusión aguda es aguda tiene una etiología multifactorial y entre estos factores se encuentra las cirugías recientes, nombrado como confusión aguda postoperatoria, aunque no hay consenso sobre la definición, la confusión aguda postoperatoria generalmente se conoce como aquella que se desarrolla entre 24 y 72 h después de la operación (41).

La relevancia clínica radica en el hecho de que las enfermedades cardiovasculares supone una amenaza significativa para el desarrollo sostenible relacionado a la salud y la economía que demandan este tipo de enfermedades, ya que son responsables de aproximadamente un tercio de todas las muertes globales y se espera que el aumento de la incidencia de enfermedades cardiovasculares persista, debido no solo al aumento de la prevalencia de diabetes, obesidad y síndrome metabólico, sino también debido a la creciente proporción de personas mayores en la población, ya que existe una relación importante entre la edad y las comorbilidades y entre la cirugías cardíacas y el desarrollo de confusión aguda (42).

En este sentido la confusión aguda posoperatoria es un fenómeno bien conocido tras una cirugía cardíaca, el cual conlleva un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. Es importante tomar en cuenta que la cirugía cardíaca con frecuencia involucra el uso de una circulación extracorpórea (CEC) intraoperatorio y la cual puede prolongarse siendo puente a la recuperación como en el caso de la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), la cual puede contribuir a los mecanismos responsables de la confusión aguda posoperatoria (15).

La circulación extracorpórea (CEC) está indicada en cirugía cardíaca cuando los procedimientos requieren la interrupción temporal de la función cardíaca y la

derivación del corazón y los pulmones para facilitar la reparación quirúrgica. La CEC incluye dentro de sus principales indicaciones, el reemplazo o reparación de válvulas cardíacas con afección por estenosis o insuficiencia y el injerto de derivación de la arteria coronaria (bypass) para restituir el flujo sanguíneo al músculo cardíaco (43).

La terapia ECMO como una terapia de circulación extracorpórea moderna, que permitió que el (soporte vital extracorpóreo) SVE prolongado se convirtiera en una realidad (44).

La ECMO es un soporte circulatorio mecánico puente con resultados promisorios observados en una variedad de procedimientos posteriores a cardiectomía con función cardíaca residual deficiente. Aproximadamente en el 3-8% de los pacientes con intervención quirúrgica cardíaca ocurre disfunción miocárdica (3).

La confusión aguda postoperatoria se manifiesta poco después de la cirugía, con una incidencia alta de más del 50% de los pacientes que se someten a cirugía cardíaca y se describe como episodios desorganizados de inicio rápido de pensamientos, comportamiento y confusión sin causa probable por infección, medicamentos o trastorno metabólico. La etiología de los trastornos neurocognitivos como lo es la confusión aguda después de la CEC es multifactorial y resulta de una combinación de insultos durante el perioperatorio, junto a factores de riesgo determinados por el paciente, conllevando riesgos importantes, como eventos tromboembólicos, hemorragia, lesión neurológica, infección e isquemia de extremidades (16,45).

En relación las teorías de la fisiopatología para el desarrollo de la confusión aguda posoperatoria, las investigaciones indican que la terapia de la ECMO se relaciona a esta condición, debido a que esta terapia desencadena un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica en condicionada a varios factores. Primero el contacto de la sangre con las superficies artificiales del circuito, lo que genera una cascada de eventos que incluyen la activación del complemento, activación leucocitaria y la disfunción de las células endoteliales. Por otro lado, el trauma quirúrgico y la pérdida

de sangre, la lesión por isquemia-reperfusión, la endotoxemia y cambios térmicos, exacerbaban aún más esta respuesta. En conjunto, estos procesos, conducen a la liberación de citocinas proinflamatorias, especies reactivas de oxígeno y óxido nítrico, lo que conduce al estrés oxidativo. El estrés oxidativo elevado durante la CEC se asocia con un aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad posoperatorias (45,46).

Como ya se mencionó anteriormente, no se conoce con exactitud el cambio fisiopatológico responsable de la confusión aguda posoperatoria, en cirugía cardíaca existen factores etiológicos multifacéticos que contribuyen a su aparición, específicamente la inflamación sistémica, la hipotermia, el flujo no pulsátil de la CEC y la lesión por isquemia-reperfusión. La cirugía cardíaca provoca una respuesta inflamatoria que afecta no solo al área quirúrgica, sino también al tejido neurológico. Los mecanismos moleculares de la lesión por isquemia-reperfusión, se fundamentan en el hecho, de que, el ATP se agota rápidamente sin un suministro constante de oxígeno y glucosa, lo que produce una despolarización prolongada de la membrana celular y eventos moleculares que conducen a la apoptosis celular. En el lado opuesto la reperfusión de las células afectadas puede acelerar la muerte celular al introducir radicales libres derivados del oxígeno, lo que lleva a la alteración de la barrera hematoencefálica y aumentar los mediadores inflamatorios como las citocinas, la IL-6, la IL-1 beta y el TNF-alfa (16).

En el estudio de Yokoyama C. et al, sobre la confusión aguda posoperatoria a cirugía cardíaca, menciona dentro de sus resultados los factores que tuvieron una mayor asociación a la presencia de esta condición, encontrando que los pacientes con confusión aguda presentaron edad avanzada en comparación con los del grupo sin confusión aguda, confirmando que la edad es un factor importante, también la proporción de pacientes que se sometieron a cirugía de emergencia, tiempo operatorio, volumen de transfusión y la cantidad total de dexmedetomidina y propofol en la UCI fueron mayores en el grupo de confusión aguda (17).

Al respecto del proceso de envejecimiento, se cree que algunos mecanismos involucrados en la reducción de la reserva funcional del cerebro, contribuyen a la susceptibilidad de los ancianos al desarrollo de la confusión aguda, incluidas las reducciones en las conexiones neuronales, alteraciones del flujo sanguíneo cerebral, alteraciones como la sobrecarga de proteínas, microinfartos o microhemorragias, además de la interrupción de la barrera hematoencefálica. Otros factores importantes para el desarrollo de la confusión aguda posoperatoria es someterse a cirugía combinada, cirugía de revascularización coronaria (CABG) más valvular y cada minuto adicional de tiempo de circulación extracorpórea (16,18).

Como parte del manejo de la confusión aguda posoperatoria en 1990 surgen los paquetes de recuperación mejorada después de la cirugía, metodología diseñada para lograr una recuperación optimizada después de los procedimientos quirúrgicos, buscando preservar la funcionalidad fisiológica preoperatoria y reducir la respuesta natural al estrés después de la intervención quirúrgica. La ERAS (paquetes de Recuperación Mejorada Después de la Cirugía /Enhanced Recovery After Surgery) en las recomendaciones de la sociedad Cardíaca 2023, menciona entre sus principales componentes postoperatorios la extubación temprana, el manejo temprano dirigido del drenaje torácico, la deambulacion temprana, la terapia dirigida por objetivos individualizada, la analgesia multimodal y la tromboprolifaxis. Además, describe dentro de sus recomendaciones que la detección de la confusión aguda es un componente importante de la recuperación postoperatoria (16).

Otras recomendaciones en el postoperatorio, son las intervenciones no farmacológicas como la reorientación, una buena higiene del sueño, la movilidad temprana, la optimización visual y auditiva, una nutrición adecuada y el ejercicio cognitivo, se ha demostrado que este tipo de intervenciones reducen las tasas de confusión aguda en el postoperatorio (16).

Estudios previos utilizando un modelo de rata con derivación cardiopulmonar (CPB) no han mostrado evidencia de pérdida neuronal o degeneración neuronal. En cambio, se ha demostrado un aumento significativo en el número de microglía-macrófagos activados marcando una disfunción cognitiva persistente asociada,

hecho que apoya que la neuroinflamación es un mecanismo no neurodegenerativo que contribuye a la disfunción cognitiva posterior a la CPB (46).

3.10 Enfermería de cuidado crítico: aplicación del proceso cuidado enfermero.

La enfermera especialista en cuidado crítico forma parte de la enfermería de práctica avanzada, término reconocido a nivel mundial que describe a enfermeras que ejercen a un nivel avanzado, más allá del ámbito generalista en un área de práctica definida, las enfermeras especialista desempeñan un papel vital en los sistemas de salud modernos, especialmente con la creciente demanda intervenciones médicas relacionados a procedimientos complejos, según lo definido por el Consejo Internacional de Enfermeras (ICN), poseen habilidades complejas para la toma de decisiones y competencias clínicas para ampliar la práctica de enfermería (47).

Las enfermeras, son el grupo más numeroso de profesionales de la salud, con un mayor impacto en la experiencia de los pacientes y sus familias en la atención médica, aproximadamente proporcionan el 70 % de toda la atención del paciente y se considera que desempeñan un papel importante en la adaptación de una cultura de la atención centrada en el paciente y la familia. Las enfermeras de UCI se enfrentan a muchos desafíos para realizar los cuidados en entornos complejos y técnicos, se espera que tengan una competencia integral en la evaluación y apoyo tanto de los pacientes como de sus familias en diversas situaciones (48).

De acuerdo a la información descrita anteriormente, la enfermera especialista en cuidado crítico centra sus competencias, precisamente desde un nivel avanzado en la evaluación y juicio clínico para la toma de decisiones complejas y cada vez más autónomas, todo ello fundamentado el método científico de enfermería que permite hacer una planeación del cuidado enfermero individualizado centrado en las necesidades del paciente en estado crítico. Dentro de los retos de la atención especializada en la UCI, está la respuesta a una población envejecida, la gravedad del paciente, tratamientos que implican procedimientos médicos cada vez más complejos y la atención al final de la vida (47). En la tabla 6 se describen las etapas

del proceso cuidado enfermero, las cuales actualmente son cinco, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, además se describen algunos aspectos a destacar en cada etapa referente a la aplicación de las etapas del proceso cuidado enfermero en el ejercicio de la enfermera especialista en cuidado crítico.

El proceso de enfermería es el método científico simplificado que se caracteriza por la sistematización lógica, que permite dar seguimiento al resultado de la intervención de enfermería en el cuidado de las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad, ante problemas de salud reales o potenciales. El proceso de enfermería tiene una naturaleza cíclica y dinámica; es decir sus fases o etapas que le integran siguen un orden lógico, pero en cualquier momento pueden intervenir más de una de ellas según la necesidad, debido a que los datos en cada etapa proporcionan información para la siguiente etapa, su ámbito de actuación es centrado en el paciente, su enfoque dirigido a la resolución de problemas y a la toma de decisiones, su estilo interpersonal e interdependiente, su aplicabilidad universal y el uso del pensamiento crítico, son también parte de sus características (49).

Según la Asociación Americana de Enfermeras (ANA), el proceso de enfermería es el modelo de pensamiento crítico centrado en el paciente que guía al personal de enfermería a utilizar métodos científicos basados en la ciencia y centrados en el cuidado para promover la salud y el bienestar del paciente. Si bien el proceso de enfermería es eficaz para guiar la práctica enfermera, es más que un proceso, es el método científico de enfermería. A medida que la enfermería ha evolucionado, también lo ha hecho el proceso de enfermería, y debería seguir evolucionando, para alinearse mejor con los objetivos de atención centrados en el paciente; para promover la colaboración del paciente mediante un lenguaje accesible; y para ser mejor reconocido dentro de la práctica universal del cuidado de enfermería (50).

Otro de los aspectos a destacar de la estructura es la información, relacionado a la referencia que hace Gaviria Noreña en su artículo, el cual menciona que de acuerdo a la OPS, "las terminologías estandarizadas del cuidado, conocidas también como nomenclaturas, sistemas de clasificación, taxonomías, o idiomas estandarizados,

fueron desarrolladas para aumentar la calidad de los cuidados de enfermería, así como su visibilidad, a través de la documentación de la información confiable sobre la práctica de la enfermería” (51).

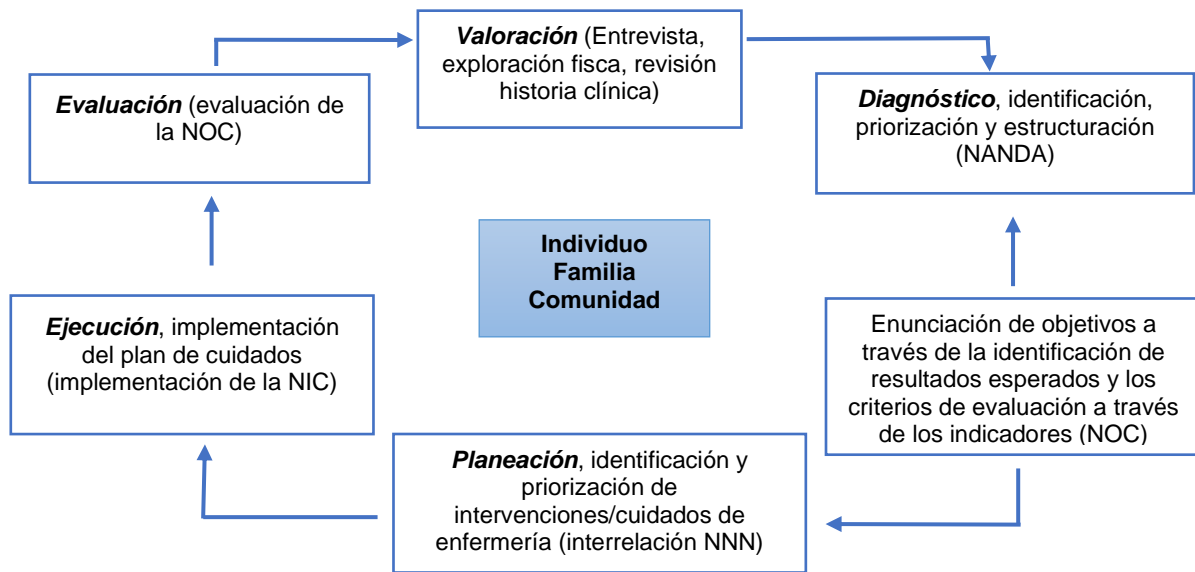
Entre las metodologías mas utilizadas a nivel mundial se encuentra la taxonomías e interrelación NANDA, NIC, NOC (NNN), siendo tres lenguajes reconocidos por la ANA.

- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA): Diagnósticos enfermeros;
- Nursing Outcomes Classification (NOC): Clasificación de resultados;
- Nursing Interventions Classification (NIC): Clasificación de intervenciones.

El uso de los tres lenguajes permite una planeación ordenada del cuidado de enfermería y facilita el proceso de toma de decisiones, la NANDA, clasificación de los diagnósticos de enfermería, facilitan la comunicación entre interprofesional y con los pacientes y proporcionan una dirección inicial en la elección de los cuidados y ulterior evaluación de los resultados de los mismos. Por su parte la Nursing Interventions Classification, NIC, establece las acciones de cuidado de los profesionales de enfermería, como intervenciones, definiendo la intervención de enfermería como todo tratamiento basado en el juicio y en el conocimiento clínico para favorecer los resultados esperados del paciente. La Nursing Outcomes Classification, NOC, establece los resultados estandarizados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados en el paciente (51,52) .

Matizar los vínculos existentes entre las clasificaciones constituye un importante avance que facilita el ejercicio de estos lenguajes de enfermería estandarizados en la práctica, la educación y la investigación. En el esquema de la *figura 1*, se muestran los vínculos entre los tres de los lenguajes estandarizados reconocidos por la ANA, mencionados anteriormente (53).

Figura 1. Esquema de interrelación NANDA, NIC, NOC (NNN) y las etapas del proceso cuidado enfermero.



Fuente: Elaboración propia adaptada de Elsevier Connect. NANDA-I, NIC, NOC: Elsevier; 2022 (53)

Tabla 6. Enfoque de las etapas del PCE y enfermería especialista en el cuidado crítico.

Etapas del PCE	Enfermería en cuidado crítico
<p>VALORACIÓN <i>Obtener los datos:</i> <i>Obtener una historia clínica de enfermería.</i> <i>Realizar una valoración física.</i> <i>Consultar a los allegados del paciente.</i> <i>Consultar con otros profesionales de la salud.</i> <i>Organizar los datos (de acuerdo al sistema de trabajo, es en este punto donde se consideran los modelos y teorías de enfermería).</i> <i>Validar los datos</i> <i>Comunicar/registrar los datos</i></p>	<p>La integración de la teoría y la práctica describe la importancia de que las enfermeras especialistas en cuidado crítico realicen una valoración de forma independiente mediante una rápida revisión general e identificación de los problemas de los pacientes en estado crítico, una interacción entre la teoría y la práctica, requiere que, cuando ocurre algo, se comprenda lo que está sucediendo. Buscar información sistemática a través del ABCDE (vía aérea, la respiración, la circulación, el estado neurológico y la exposición), puedes tener un plan, y de repente cambia porque puede haber eventos agudos como un paro cardíaco. La valoración clínica es individualizada, independientemente de lo que se informe durante el cambio de turno. Se identifica el estado de los pacientes examinándolos personalmente. En el caso particular de la atención al paciente con confusión aguda existe el paquete de intervenciones de multicomponentes ABCDEF.</p>
<p>DIAGNOSTICO <i>Analizar los datos</i> <i>Identificar los problemas de salud, los riesgos y las capacidades del paciente.</i></p>	<p>Las enfermeras en cuidado crítico deben comprender la complejidad de la situación del paciente y evaluar si la atención se dirige correctamente a obtener los resultados deseados. Esto dirigido a la priorización de las necesidades individuales de cuidados, la priorización de los diagnósticos enfermeros requiere</p>

Formular diagnósticos.

PLANEACIÓN

Establecer prioridades en relación con los problemas/diagnósticos.

Formular objetivos/resultados esperados.

Seleccionar las intervenciones de enfermería (establecer conexiones interdisciplinarias).

Redactar las prescripciones de enfermería.

de la aplicación de un juicio clínico, no por un orden lógico sino más bien en respuesta a la evolución y respuesta inmediata del paciente.

La planeación requiere de habilidades avanzadas de toma de decisiones clínicas, la integración de la teoría y la práctica, que relacionadas a competencias técnicas complejas, contempla cómo afrontar una mayor responsabilidad delegada, manteniendo los estándares éticos en la toma de iniciativa en la gestión ante el aumento de la complejidad de la práctica.

Ejemplos:

Manejar combinaciones complejas de habilidades prácticas y técnicas: las primeras incluyen la capacidad de revisar un drenaje o aspirar y las segundas, el dominio de la organización de todo lo que sucede alrededor del paciente.

Cambio en el paradigma de los cuidados al paciente con ventilación mecánica, ya que los ventiladores mecánicos son más avanzados, y las nuevas funciones requieren un mayor conocimiento de la fisiología pulmonar, la desconexión gradual del ventilador y el efecto de los cambios, muchos pacientes bajo ventilación mecánica están despiertos, por lo cual ahora se piensa en el manejo de la comodidad que disminuya la ansiedad y otros síntomas como el dolor que pudiera causar esta terapia.

EJECUCIÓN

Volver a valorar al paciente.

Determinar las necesidades de asistencia del profesional de enfermería.

Ejecutar las intervenciones de enfermería.

Supervisar los casos delegados.

Registrar las actividades de enfermería.

La etapa de ejecución la competencia de la enfermera especialista de cuidado crítico abarca varias habilidades, muy importante la práctica basada en la evidencia, el juicio clínico experto, la autonomía profesional incluyendo la defensa, la gestión, el liderazgo, la colaboración, la comunicación para la consulta y la educación, la ética, y la investigación. Es crucial que los especialistas en este campo tengan la valentía (conocimiento y experiencia) y la disposición para ocupar un lugar acorde a sus competencias en el equipo y realizar las contribuciones esperadas.

EVALUACIÓN

Obtener datos en relación con los resultados.

Comprobar los datos con los resultados.

Relacionar las actuaciones de enfermería con los objetivos/resultados del paciente.

Extraer conclusiones sobre el estado del problema.

Continuar, modificar o finalizar el plan de cuidado del paciente.

La comunicación y el respeto para la práctica colaborativa, para expresar opiniones y evaluaciones, es importante sentirse valioso y confiar en sí mismo y en los propios juicios que integren conocimiento y la experiencia. Una buena argumentación profesional es necesaria para el trabajo en equipo, ya que, en una unidad de cuidados intensivos, muchos profesionales sanitarios tienen opiniones firmes. Centrados en la comunicación de resultados es especialmente importante ya que estos guían el proceso como ajustes del tratamiento y evolución, permitiendo en el camino hacer los ajustes necesarios en busca de resultados favorables en beneficio del paciente.

Fuente: elaboración propia información de Solberg MT et. al (54), (49).

3.12 Modelo de Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon

La implementación de un modelo de enfermería en cuidados intensivos contribuye a la incorporación de conocimientos de la disciplina en la práctica clínica, específicamente, proporciona dirección y orientación, proporciona un marco para la reflexión a través de la observación y la interpretación de los fenómenos. El enfoque de los modelos no es estandarizado por lo cual la selección de un modelo conceptual de enfermería, debe de enfocarse en el contexto y características del paciente, para unidades de cuidados intensivos, el enfoque debe estar más centrado a la persona, en lugar de estar dirigido a la filosofía de la enfermería.

Hay una diversidad de modelos de enfermería, en el caso particular de este documento se toma de base el modelo de Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, los patrones funcionales representan un marco integral que abarca diferentes aspectos de la vida de un individuo, abarcando aspectos físicos, psíquicos, sociales y del entorno de manera organizada; lo que facilita la organización y análisis de estos datos.

En modelo de Patrones Funcionales de Salud se utiliza como un marco valorativo útil para la recopilación de datos objetivos y subjetivos en diferentes contextos, culturas, ciclos vitales y condiciones de salud, en otras palabras, un patrón funcional representa un planteamiento holístico en todos los ámbitos de las personas, estableciendo una relación terapéutica en un contexto determinado. Este modelo generalmente se lleva a la práctica como proceso valorativo desde la entrevista o anamnesis hasta la valoración física y el uso de instrumentos o escalas, que se integran y organizan a través de los once patrones funcionales de la salud que describe Gordon. Los datos, obtenidos de la valoración de un patrón funcional son utilizados para establecer juicios diagnósticos, terapéuticos y ético, desde la integralidad y orientado a la resolución de problemas.

En la tabla 7 siguiente se describe cada uno de los patrones funcionales los cuales se aplicaron para la organización de los datos del caso clínico desarrollado.

Tabla 7. Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon

Patrones funcionales	Aspectos a valorar
<i>Patrón 1. Percepción-manejo de la salud.</i>	Investiga sobre los antecedentes patológicos personales y familiares; manejo del régimen terapéutico en el caso que lo tenga; alergias, hábitos tóxicos; cuidado de la salud; cumplimiento del esquema de vacunación; descripción de la tarea que realiza; de seguridad personal; conductas que fomenten su salud física y mental y valoración de su estado de salud en el momento del ingreso.
<i>Patrón 2. Nutricional-metabólico.</i>	Registro de hábitos alimentarios, la frecuencia de ingestión de alimentos, cantidad y tipos de alimentos que consume, si tiene alguna alteración con la digestión (alergias y/o intolerancias) y absorción de los alimentos, estado de la piel y mucosas como coloración, integridad e hidratación.
<i>Patrón 3. Eliminación.</i>	Recoge información sobre la excreción intestinal (frecuencia, consistencia, problemas al evacuar y presencia de agregados), vesical (frecuencia de micciones y características, problemas al miccionar) cutánea (sudor excesivo).
<i>Patrón 4. Actividad-ejercicio.</i>	Se valora el estado cardiovascular y respiratorio, la tolerancia a la actividad. También recaba información sobre la práctica de actividad diarias, estilo de vida relacionados al deporte y al ocio.
<i>Patrón 5. Sueño-descanso.</i>	Existencia de alteraciones como la apnea, insomnio, sonambulismo, horas de sueño y calidad del mismo, hábitos de higiene del sueño, uso de fármacos.
<i>Patrón 6. Cognitivo-perceptual.</i>	Obtiene una evaluación del estado de conciencia de la persona, limitaciones visual, auditivo, sensitivo, gustativo y olfatorio. Alteraciones cognitivo-perceptuales, alteraciones de la conducta, importante en este punto la valoración del dolor.
<i>Patrón 7. Autopercepción-Autoconcepto.</i>	Describe la percepción de la imagen que se tiene de sí mismo, patrones emocionales y problemas de conducta (postura, movimiento y voz).
<i>Patrón 8. Rol-relaciones.</i>	Grado de satisfacción con la familia y el trabajo, el afrontamiento de su rol y responsabilidades, calidad de las relaciones interpersonales dentro de los diversos grupos sociales.
<i>Patrón 9. Sexualidad-reproducción.</i>	Evalúa patrones de sexualidad satisfactoria o no, si se han producido cambios como la menopausia y su patrón reproductivo, así como alteraciones en el mismo.
<i>Patrón 10. Afrontamiento-tolerancia al estrés.</i>	Valora situaciones que la persona perciba como estresante y la respuesta que tiene ante estas.
<i>Patrón 11. Valores-creencias.</i>	Describe los patrones de valores en materia de creencias y espiritualidad.

Fuente: Elaboración propia adaptado de Kozier B. (49), Marrero AG et. al (52).

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Diseñar un plan de cuidado de enfermería para el paciente adulto con diagnóstico de confusión aguda, a partir del análisis de un caso clínico en la UCI, mediante la aplicación sistemática de la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar los principales factores y características definitorias de la confusión aguda en el paciente adulto mayor en estado crítico.
- Establecer los diagnósticos de enfermería relacionados con la confusión aguda.
- Determinar los resultados esperados en el paciente, mediante la selección de indicadores de la taxonomía NOC.
- Planificar las intervenciones de enfermería basadas en la taxonomía NIC.
- Implementar el plan de cuidado, considerando las necesidades individuales del paciente y el entorno de cuidados intensivos.
- Evaluar la efectividad del plan de cuidados mediante la medición de los resultados NOC, valorando la evolución clínica del paciente.

5. DISEÑO METODOLOGICO

Se trata de un caso clínico, abordado en el ejercicio de la práctica clínica en un instituto nacional de salud, con énfasis en la visibilizar los cuidados de enfermería especializados en el cuidado del paciente crítico.

El proceso de construcción del presente trabajo parte del interés por el tema de confusión aguda presente de manera común en los pacientes presentan en la UCI, partiendo como primer paso con la identificación de un caso posible o presente en el momento del ejercicio de la práctica clínica, una vez identificado el caso se realiza una búsqueda de fuentes de información para recabar los datos necesarios y disponibles, se validan los datos y se organizan los mismos de acuerdo al modelo de los once patrones de salud de Marjory Gordon, posterior se elabora un plan de cuidados a través de la aplicación de las etapas del proceso cuidado enfermero de acuerdo a las necesidades del paciente y finalmente se estructura como trabajo de investigación al plasmarlo en este documento contextualizando y fundamento a través de la evidencia científica disponible.

5.1 Metodología

Es un análisis de un caso clínico, se fundamenta en una investigación documental a través de una búsqueda en medios electrónicos, las bases de datos consultadas fueron PubMed, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Elsevier, Scielo y Springer Nature, mediante los descriptores en ciencias de la salud (DECS/MeSH) se buscaron en español e inglés los términos y palabras claves de la información de interés con apoyo de los operadores Booleanos como AND, OR y NOT, dentro de los metabuscadores académicos.

Los criterios de inclusión fueron estudios originales de metodología cuantitativa y cualitativa con información de criterio científico acerca del tema de interés, publicada en los últimos cinco años (2020-2025), sin embargo, cabe mencionar que se consultaron algunas fuentes de información clásicas que no entran en este rango de tiempo, debido a que su contenido fue de relevancia al presente trabajo. Otro criterio de inclusión fueron los artículos con texto completo disponible, idioma

español, inglés y portugués. Los criterios de exclusión fueron artículos en los que solo se pudo consultar el resumen, e investigaciones en población pediátrica. Por su lado los criterios de eliminación fueron aquellos artículos sin correlación a la información requerida.

También se consultaron libros y capítulos de manera física o electrónica, se incluyó dentro de la consulta guías de práctica clínica avaladas por instituciones de salud, además de la taxonomía NANDA/NOC/NIC última edición por editorial.

5.2 Consideraciones éticas

Desde la perspectiva ética, el abordaje de la información del presente trabajo, se sustenta en los principios de beneficencia y no maleficencia, dado que tanto la recolección de datos como la implementación del plan de cuidados enfermeros estuvieron orientadas exclusivamente a mejorar la condición de salud del paciente, minimizar riesgos y favorecer su recuperación integral. Asimismo, el uso de esta información con fines académicos responde a un interés legítimo de generar conocimiento que contribuya a la mejora de la práctica clínica y la calidad del cuidado, sin comprometer el bienestar del paciente.

En términos legales, se asume el compromiso de resguardar la información bajo criterios estrictos de confidencialidad, conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos personales en salud. Esto implica la omisión de datos sensibles identificables y el uso responsable de la información únicamente con fines educativos y científicos.

En este sentido, el manejo de la información clínica se realizó bajo un marco ético sólido, priorizando en todo momento el bienestar del paciente, la protección de su identidad y el uso responsable del conocimiento generado, reafirmando el compromiso de enfermería con una práctica segura, humanizada y éticamente responsable.

6. RESULTADOS

Los resultados están enfocados en la presentación de un caso clínico, mediante la aplicación de las etapas del proceso cuidado enfermero (valoración, diagnóstico, planeación, intervenciones y evaluación) en el ejercicio de la práctica clínica de la especialidad en enfermería de clínica avanzada con énfasis en cuidado crítico, a través de la metodología de interrelación NANDA-NOC-NIC y fundamentado bajo en conocimiento científico actual.

El orden de la información obedecerá a las etapas del proceso cuidado enfermero, cabe aclarar que la información de la valoración, se presenta bajo el modelo de los once patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. Iniciando con la presentación del caso clínico.

6.1 Caso clínico

Paciente masculino de 63 años, se conoce como hipertenso no diabético, sin actividad laboral, soltero, convive en casa solo con dos hermanos, su hermana es su mayor apoyo, de religión católico. Se aborda paciente en el área de terapia intensiva de cirugía, cursando su décimo día de pos-operado de cambio valvular aórtico por prótesis, más revascularización coronaria AMI-DA (arteria mamaria interna a la arteria descendente anterior), arteria radial a rama posterolateral, vena safena a arteria descendente posterior, con diagnóstico de choque cardiogénico en remisión, neumonía asociada a la ventilación mecánica invasiva, se desconoce el tiempo de inicio de la infección, Lesión Renal Aguda (LRA) KINGO 2, con antecedente de un evento de fibrilación auricular (FA) durante la estancia en UCI.

Todos los datos encontrados se describen en la tabla 8, clasificados por patrones funciones de Salud de Marjory Gordon. Cabe mencionar que la aplicación de las etapas de proceso cuidado enfermero corresponden a 8 horas de jornada laboral.

6.2 Etapa de valoración

Tabla 8. Valoración por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon

Patrón funcional	Datos
<i>Percepción-manejo de la salud</i>	Paciente masculino de 63 años, sin datos de alergias registrados, con antecedentes de polio e hipertensión arterial sistémica. Se aborda paciente en el área de terapia intensiva de cirugía cursando su día decimo día de pos-operado de cambio valvular aórtico por prótesis, revascularización coronaria AMI-DA (arteria mamaria interna a la arteria descendente anterior), arteria radial a rama posterolateral, vena safena a arteria descendente posterior, con diagnóstico de choque cardiogénico en remisión, neumonía asociada a la VM, se desconoce el tiempo de inicio de la infección, LRA KINGO 2, con antecedente de haber tenido un evento de FA durante su estancia en la UCI.
<i>Nutricional metabólico</i>	<p>y</p> <p>Peso de 79.9 kg, 1.62 cm de estatura, IMC 30.7 kg/m², SC 1.62 m². Temperatura de inicial de 37.8 °C</p> <p>Nutrición enteral (polimérica) por sonda orogástrica (14 fr) en infusión a 32ml/hr y agua libre por sonda 200ml cada 6 horas.</p> <p>Se observa palidez generalizada de piel y tegumentos (+++), presenta herida quirúrgica de esternotomía afrontada sin datos de infección o sangrado, herida antero-braquial izquierda y medial interna posafenectomía afrontadas sin datos de infección, herida a nivel de ingle izquierda e ingle derecha, secundarias a terapia de ECMO y BCIA respectivamente ya retiradas, limpias sin datos de infección.</p> <p>Tratamiento (medicamentos): Amikacina 100mg mas 3cc en MNB inhalada cada 8h Furosemida 20 mg iv cada 6h Espironolactona 25mg SOG c/24h Digoxina 0.25mg iv c/24hr Atorvastatina 80mg SOG c/24 h Omeprazol 40mg iv c/24h Acido Acetilsalicílico 100 mg SOG c/24 h Ceftriaxona 2gr. iv c/12 h Metoclopramida 10 mg iv c/12 h Olanzapina 10mg SOG C/24 (21h) Bromuro de ipratropio 250mcg inhalada c/8h Enoxoparina 60mg sc c/24 h Moxifloxacino 400mg iv c/24 h Amiodarona 150mg iv c/12 h 40meq de fosfato de potasio en 100ml de solución glucosada al 5% para 2 hrs DU 5mg de haloperidol iv DU</p> <p>Infusiones: Dobutamina 500mg aforados en 250ml de solución glucosa al 5% pasar a dosis respuesta pasando a 7.2 ml/h (3mcg/kg/min) Dexmetomidina 400mcg aforados a 100ml de solución glucosa al 5% a dosis respuesta pasando a 6ml/h (0.3 mcg/kg/h)</p>

	Norepinefrina 8mg aforados a 100ml de solución glucosa al 5% a dosis respuesta pasando a 5ml/h (0.08 mcg/kg/min)
<i>Eliminación</i>	Sonda vesical 16 French, orina color ámbar, diuresis en 6 horas 1, 029.7ml, GU 1.8 mg/kg/hr, balance parcial de 7 hrs. Neg. de 621.5 ml. Ruidos peristálticos hipoactivos, sin registro de evacuación hace 4 días. Drenaje retroesternal actualmente sin gasto.
<i>Actividad y Ejercicio</i>	El paciente se encuentra bajo ventilación mecánica invasiva TET 8.0 Fr, fijo a 22cm en cara dentada frontal, neumotaponamiento de 30 cmH ₂ O en modalidad PSV, parámetros programados Ps 16 cmH ₂ O, PEEP 6 cmH ₂ O, FR 16 rpm, FIO ₂ 40%, parámetros obtenidos en la interacción con el paciente PP 18 a 24 cmH ₂ O, FR 28 rpm, Ti 0.7, I:E 1.8:1, PEEP 6 cmH ₂ O, Vt _{Esp} 386, Vt _{Ins} 421. Mantiene saturación ≥ 94%. <i>Gasometría arterial inicial:</i> pH 7.51, pCO ₂ 34mmHg, pO ₂ 79 mmHg, HCO ₃ 27.1 mmol/L, BE 4.1 mmol/L, Na 147 mmol/L, K 3.5 mmol/L, Cl 118 mmol/L, Ca1.05 mmol/L, Glucosa 220 mg/dl, Lactato 1.7 mmol/L, Hb 10.7mg/dl <i>Gasometría arterial control:</i> pH 7.45, pCO ₂ 32mmHg, pO ₂ 85 mmHg, HCO ₃ 26.2 mmol/L, BE 2.5 mmol/L Na 146 mmol/L, K 4.2 mmol/L, Cl 117 mmol/L, Ca1.04 mmol/L, Glucosa 187 mg/dl, Lactato 1.3 mmol/L, Hb 10.4mg/dl Reflejo tusígeno presente, hemitórax izquierdo a la auscultación con murmullo vesicular presente, en bases con áreas de hipoventilación, en hemitórax derecho ápices con estertores presentes, bases con áreas de hipoventilación. Mantiene ritmo sinusal por telemetría (78 lpm), con extrasístoles ventriculares aisladas, mantiene PAM ≥ 65mmHg, monitorizada por línea arterial, cuenta con dispositivo de marcapasos temporal epicárdico en modalidad VVI, con un RATE de 40, salida de 5.0 mA. Portador de CVC 7 Fr con 2 lumen yugular derecha, sin datos de infección y funcional. Llenado capilar de miembros torácicos 4seg., MPI con disminución de la pulsatilidad de pulso pedio y tibial posterior con llenado capilar de 5 seg., MPD con pulsatilidad presente llenado capilar de 5 seg. Con limitación de la funcionalidad en miembro superior e inferior izquierdo Daniels 3 de manera general, por antecedentes de poliomeilitis.
<i>Sueño-descanso</i>	Mantiene estados de alerta y somnolencia. Actualmente con tratamiento de olanzapina 100mg por la noche.
<i>Cognoscitivo perceptual</i>	Paciente con sedo-analgésia con dexmedetomidina, pupilas isocóricas, fotoreactivas, CPOT 4, FOUR 12, con un RASS que se mantiene entre -2 a -1. Aproximadamente una hora del inicio del turno inicia con agitación motriz, estado hiperalerta, no obedece ordenes con inatención, con CAM-ICU positivo. Agudeza visual y auditiva presente sin tener una evaluación precisa.
<i>Autoconcepto y autopercepción</i>	No valorado.
<i>Rol-relaciones</i>	Sin actividad laboral, soltero, convive en casa solo con dos hermanos, su hermana es su mayor apoyo.
<i>Sexualidad-reproducción</i>	No valorado.
<i>Afrontamiento-tolerancia al estrés</i>	No valorado.
<i>Valores-creencias</i>	De Religión católico.

6.3 Etapa de diagnóstico

6.3.1 Diagnóstico 1

Dominio 5 **Etiqueta diagnóstica:** *confusión aguda(4)*

Clase 4 **Definición:** *Trastornos reversibles de la conciencia, la atención la cognición y la percepción que se desarrollan en un*

Código 00128 *corto periodo de tiempo y duran menos de 3 meses.*

Diagnóstico de enfermería

Confusión aguda r/c privación sensorial ambiental m/p agitación psicomotriz, deterioro de la atención, niveles fluctuantes de la conciencia, fluctuaciones de la actividad.

Condición asociada

Deterioro del metabolismo secundario a cirugía cardíaca evidenciado por glucosa 220 mg/dl, Na 146 mmol/L, K 3.5 mmol/L, Cl 118 mmol/L, relleno capilar \geq 3seg, gasto urinario 1.8 ml/kg/hr.

Fundamento

La UCI se distingue de otros departamentos hospitalarios no solo por infraestructura técnica y dinámica de atención única, sino también por su entorno físico. Los pacientes pueden experimentar una gama de estímulos sensoriales que afectan negativamente su evolución, estos estímulos van desde una exposición casi constante a luces, sonidos, personas y olores y en su extremo a una notable ausencia de estímulos sensoriales, lo que se conoce como sobrecarga sensorial y privación sensorial, respectivamente (55,56).

La privación sensorial en los pacientes de la UCI, es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de confusión aguda, se subraya que las limitaciones en el movimiento y la postura corporal, el aislamiento social, aunado a otros factores relacionados al tratamiento como la es la intubación y sedación, son parte de los factores que contribuyen a la privación sensorial, estas limitaciones generan estrés fisiológico en los pacientes, lo que puede llevar a complicaciones como la confusión aguda. De acuerdo a la literatura actual no existe un único tratamiento para el

manejo de los estados de confusión aguda, por eso se hace énfasis en la prevención a la vez que se tratan las causas, entonces, se vuelve importante implementar intervenciones psicosociales junto con los tratamientos médicos, entre las intervenciones de enfermería con este enfoque se considera la entrega de información y prácticas de afrontamiento del estrés, como la capacitación, intervenciones que pueden mitigar el estrés fisiológico en los pacientes (56,57).

En el caso del tratamiento de las causas, se debe tomar en cuenta, que la cirugía cardiaca provoca una respuesta inflamatoria que afecta no solo al área quirúrgica, sino también al tejido neurológico. El trauma quirúrgico y la pérdida de sangre, la lesión por isquemia-reperfusión, la endotoxemia y cambios térmicos, en conjunto, conducen a la liberación de citocinas proinflamatorias, especies reactivas de oxígeno y óxido nítrico, lo que conduce al estrés oxidativo (45,46).

Es importante tomar en cuenta que la cirugía cardíaca con frecuencia involucra el uso de una circulación extracorpórea (CEC) intraoperatorio y la cual puede prolongarse siendo puente a la recuperación como en el caso de la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), la cual puede contribuir a los mecanismos responsables de la confusión aguda posoperatoria (15). La etiología de los trastornos neurocognitivos como lo es la confusión aguda después de la CEC es multifactorial y resulta de una combinación de insultos durante el perioperatorio, conllevando riesgos importantes, como eventos tromboembólicos, hemorragia, lesión neurológica, infección e isquemia de extremidades (16,45).

El personal de enfermería desempeña un papel crucial en el abordaje de los problemas de percepción sensorial de los pacientes de cuidados intensivos, por lo tanto, combinar intervenciones para bloquear los estímulos sensoriales externos mientras se proporciona una entrada sensorial más tranquila y controlada puede ayudar a disminuir la sobrecarga sensorial y la privación sensorial dentro de la UCI y por lo tanto sus complicaciones.

En el abordaje de este problema al ser multifactorial, es necesario atender todas las posibles causas y al mismo tiempo prevenir la aparición de la confusión aguda, para ello se realizó el uso del modelo bifocal, debido a que permite resolver el problema de salud del paciente en conjunto, desarrollando intervenciones de forma independiente e intervenciones en colaboración con otros profesionistas de la salud (58), permitiendo abarcar más intervenciones y revertir de manera gradual el problema de salud de la paciente.

Por su parte en el NANDA menciona que tanto en los diagnósticos centrados en el riesgo como en los centrados en el problema, pueden considerarse elementos adicionales como las condiciones asociadas, las cuales en sus características se describen como no modificables por intervenciones independientes de enfermería (4), por el presente diagnóstico requirió para su resolución la aplicación del modelo bifocal.

6.4 Etapa de planeación

6.4.1 Planteamiento de objetivos y criterios de resultado (NOC)

Dominio 5: Percepción/ Cognición	Clase 4: Cognición	Dominio III: Psicosocial	Clase M: Bienestar psicológico					
Diagnóstico de enfermería (NANDA) Etiqueta diagnóstica (problema) (p): Confusión aguda Definición: trastornos reversibles de la conciencia, la atención, la cognición y la percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo y duran menos de 3 meses. Factores relacionados (etiología) Privación sensorial ambiental		NOC Nivel de delirium (59) Definición: Gravedad del trastorno de la conciencia y la cognición que se desarrolla durante un periodo corto de tiempo y que es reversible.						
		INDICADORES	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5	DE:/A:
Características definitorias (signos y síntomas) Agitación psicomotriz Deterioro de la atención Niveles fluctuantes de la conciencia Fluctuaciones de la actividad		(91605) Actividad psicomotora	x					1/5
		(91613) Alteración del nivel de conciencia			x			3/4
		(91609) Dificultad para mantener la atención		x				2/4
		(91615) Inquietud		x				2/5
		(91615) Agitación	x					1/5
Evaluación								
Estructura		Proceso			Resultados			
Las intervenciones de enfermería se pudieron implementar según lo planeado, de acuerdo al contexto de aplicación, ya que gran parte de la estructura para las intervenciones depende de condiciones del entorno que no siempre es posible controlar, como aspectos de ruido, luz.		El personal de enfermería conto con las competencias necesarias para brindar la atención, los recursos materiales para brindar la atención fueron suficientes.			El paciente mostro evidencia de efectividad de las intervenciones al disminuir la agitación motriz y lograr una mayor atención del paciente al responder a estímulos verbales, RASS de 0.			

6.4.2 Planteamiento de objetivos y criterios de resultado (NOC)

Dominio 5: Percepción/ Cognición	Clase 4: Cognición	Dominio II: Salud Fisiológica	Clase I: Regulación Metabólica					
<p>Condición asociada (NANDA)</p> <p>(problema) (p):</p> <p>Deterioro del metabolismo secundario a cirugía cardíaca evidenciado por glucosa 220 mg/dl, Na 146 mmol/L, K 3.5 mmol/L, Cl 118 mmol/L, relleno capilar ≥ 3seg, gasto urinario 1.8 ml/kg/hr.</p>		<p>NOC</p> <p>Función Metabólica (59)</p> <p>Definición: Capacidad del sistema metabólico para regular las transformaciones químicas mediante anabólicas y catabólicas.</p>						
		INDICADORES	Desviación grave del rango normal 1	Desviación sustancial del rango normal 2	Desviación moderada del rango normal 3	Desviación leve del rango normal 4	Sin desviación del rango normal 5	DE:/A:
		(080401) Glucemia basal			x			3/5
		(080407) Sodio				x		4/5
		(080408) Potasio				x		4/5
		(080409) Cloro			x			3/5
Evaluación								
Estructura	Proceso		Resultados					
Las intervenciones de enfermería se pudieron implementar según lo planeado, de acuerdo al contexto de aplicación, ya que gran parte de la estructura para las intervenciones depende de condiciones del entorno que no siempre es posible controlar, como aspectos de ruido, luz.	El personal de enfermería conto con las competencias necesarias para brindar la atención, los recursos materiales para brindar la atención fueron suficientes.		El paciente mostro evidencia de efectividad de las intervenciones al evidenciado por una glucosa de 187mg/dl, Na 146 mmol/L, K 4.2 mmol/L, Cl 117 mmol/L. Demas datos como relleno capilar y gato urinario sin cambios durante el desarrollo del presente plan.					

6.4.3 Intervenciones

Dominio 4. Seguridad Clase V Control de riesgos	
NIC (6440) Manejo del delirio (60)	
Definición: Disposición de un ambiente seguro y terapéutico para el paciente que experimenta un estado confusional agudo.	
Actividades	Fundamento
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar los factores etiológicos que causan delirio. - Poner en marcha terapias para reducir o eliminar los factores causantes del delirio (control de la glucosa, monitorización de niveles de electrolitos con ajustes al tratamiento, trombo profilaxis, balance hídrico). 	<p>La hipoxia, isquemia, alteraciones tóxicas y metabólicas, insuficiencia aguda de órganos, convulsiones, drogas y/o alcohol, infecciones y alteraciones electrolíticas forman parte de las causas responsables de los trastornos de la conciencia que tienen como mecanismos las interrupciones en la entrega o uso de oxígeno, cambios en la excitabilidad neuronal, alteraciones en la señalización y cambios en el volumen cerebral (61).</p> <p>Balance Hídrico: con la lesión secundaria a la cirugía se produce la liberación de hormonas catabólicas y mediadores inflamatorios que facilita la retención de sal y agua para preservar el volumen circulante, mantener la presión arterial y la vasoconstricción, con lo cual la sangre se desvía de órganos no vitales, como el intestino, la piel y los músculos para mantener la perfusión en órganos vitales (62).</p> <p>Por otro lado, la sobrecarga de presión, la hipertrofia izquierda y disfunción lusitrópica, presentes como patrones hemodinámicos postoperatorios, interfieren en la valoración de las presiones de llenado, lo que puede llevar a infraestimar las necesidades de volumen, donde existe intolerancia a la taquicardia; y sobrecarga de volumen. En este contexto se requiere una valoración continua de la respuesta al volumen administrado y su repercusión en los parámetros objetivo para evitar una resucitación inadecuada (63).</p> <p>Hiperglicemia: La gran mayoría de los pacientes en la UCI tienen hiperglucemia inducida por el estrés, en condiciones críticas de su enfermedad existe un estado hipermetabólico, lo que provoca una intensa activación de hormonas contrarreguladoras y citocinas, como la interleucina 1 (IL-1), la 6 (IL-6) y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-α), que son</p>

	<p>mediadores importantes de resistencia a la insulina, lo cual producen hiperglucemia (64).</p> <p>Alteración de electrolitos: La mayor parte de las hipernatremias se producen por pérdida de agua, por lo tanto, el tratamiento irá encaminado a reponer el déficit de agua. Este tratamiento puede ser con agua libre por vía oral, suero glucosado al 5% de forma intravenosa o infusión de suero hiposalino. En el caso de la hipernatremia hipervolémica la cual es frecuente y suele ser iatrogénica, sobre todo en pacientes que reciben grandes cantidades de solución salina o bicarbonato. El tratamiento requiere la eliminación del exceso de sodio del organismo y control de la cantidad de sodio administrada (65).</p> <p>En comparación con el suero humano, la solución salina tiene una concentración de Na casi un 10 % mayor y una concentración de Cl un 50 % mayor. Por lo tanto, la infusión de solución salina en humanos puede alterar el medio extracelular, especialmente cuando se administran grandes volúmenes, causando hipercloremia (66).</p> <p>Los medicamentos comúnmente prescritos en la UCI se asocian con hipopotasemia. Los simpaticomiméticos, la insulina, las metilxantinas y la dobutamina impulsan el potasio extracelular hacia las células al estimular la Na^+, K^+-ATPasa. Por otro lado, los diuréticos aumentan la pérdida renal de potasio al inhibir la reabsorción de sodio en el asa de Henle y en la nefrona distal (67).</p> <p>En este contexto la reposición de potasio y reducción del aporte de cloro se logra a través de la administración del fosfato de potasio.</p> <p>Trombo-profilaxis: El Colegio Americano de Médicos Torácicos de práctica clínica basadas en la evidencia (ACCP) del de 2012, dentro de sus directrices sobre terapia antitrombótica, menciona que la profilaxis farmacológica de la trombosis venosa profunda (TVP) está indicada en caso de una hospitalización prolongada después de la cirugía. Además, recomienda que la heparina de bajo peso molecular (HBPM) debe asociarse a la profilaxis mecánica si existen factores de riesgo específicos para la TVP. Por otro lado, la canulación percutánea de los vasos femorales, que se utiliza con frecuencia para realizar la derivación cardiopulmonar, puede estar asociada con lesiones endoteliales y un drenaje sanguíneo venoso distal deficiente, lo que podría aumentar el riesgo de trombosis (68).</p>
--	---

<p>– Reducir la sedación en general, pero controlar el dolor con analgésicos, según corresponda.</p>	<p>ejemplo de ello es Neurogol, una combinación de valeriana y hierba de limón, que adicionada a la quetiapina puede reducir la agitación y acortar la duración de la estancia en la UCI, sin efectos adversos (14,25).</p> <p>Existe evidencia en diversos estudios, de los beneficios del uso de la dexmedetomidina en la sedación y que están relacionados a sus propiedades, es un agonista alfa con propiedades sedantes, ansiolíticas, hipnóticas, simpaticolíticas y analgésicas. Su mecanismo de acción genera efectos impidiendo la liberación de noradrenalina al inhibir la salida simpática central mediante el bloqueo de los receptores alfa en el tronco encefálico. Presenta una selectividad de 1600 a 1 por el receptor alfa 2 en comparación con el alfa1. En relación con la confusión aguda se ha demostrado que la sedación con dexmedetomidina en la UCI disminuye la incidencia y la duración, así como su aparición, en comparación con otros sedantes. Existe evidencia de reducción del tiempo de dependencia del respirador y del tiempo hasta la extubación, lo que puede estar relacionado con la capacidad de la dexmedetomidina para reducir la necesidad de otros medicamentos, por ejemplo, propofol, benzodiazepinas y opioides, no produce depresión respiratoria significativa. En general las propiedades analgésicas son poco frecuentes en la mayoría de los sedantes, la dexmedetomidina tiene propiedades produce un efecto ahorrador de opioides (71,72).</p> <p>La incidencia de dolor en los pacientes críticos oscila entre el 30 y el 60 %. El dolor no tratado en pacientes de cuidados críticos tiene consecuencias que incluyen complicaciones fisiológicas y psicopatológica grave, en la condición fisiológica de los pacientes incluyen desequilibrio hemodinámico, aumento de las resistencias vasculares, taquicardia, taquipnea e hiperglucemia, también se ha documentado consecuencias físicas negativas asociadas al aumento de la liberación de catecolaminas, la inmunosupresión, la retención urinaria y el incremento del metabolismo. Por otro lado, puede desarrollar malestar psicológico y emocional debido a su incapacidad para afrontar eficazmente el dolor. Relacionado al desarrollo de los estados de confusión aguda se debe recordar entre sus factores de riesgo se encuentra el dolor, y los estados de desequilibrio hemodinámicos (73). Elegir un método para evaluar los síntomas de incomodidad deberá estar en función del nivel de conciencia, el nivel de sedación y la capacidad de auto-informar del paciente, por lo que se deben utilizar herramientas de evaluación objetiva, en el caso de</p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> - Mantener un ambiente bien iluminado que reduzca los contrastes marcados y las sombras. - Informar al paciente sobre persona, tiempo y lugar, si es necesario - Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, excreción, hidratación e higiene personal. 	<p>pacientes que no pueden comunicarse debido a su estado de conciencia, debe utilizarse una escala conductual, siempre que mantengan la capacidad de responder a estímulos, como el Herramienta de Observación del Dolor en Cuidados Críticos (CPOT) y la Escala de Dolor Conductual (BPS)(74).</p> <p>Intervenciones reportadas por algunos estudios, se encontraron otras intervenciones que pueden integrarse al paquete ABCDEF y que son igualmente efectivas para reducir la confusión aguda. Entre las cuales se incluye el favorecimiento del sueño, la reorientación, la estimulación cognitiva, el retiro de catéteres y restricciones físicas y la reducción de estímulos innecesarios como luz artificial y ruidos. Los altos niveles de ruido y luz artificial en la UCI pueden causar estrés e insomnio, pudiendo desencadenar la confusión aguda (75,76).</p> <p>Si bien la confusión aguda se puede tratar, suele ser más efectiva su prevención, identificar y tratar los factores de riesgo modificables puede ayudar a reducir su presentación, entre estos factores se encuentran la deshidratación y desnutrición, de acuerdo a la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) recomienda iniciar nutrición enteral temprana en todos los pacientes críticos dentro de las 48 h, preferiblemente dentro de las 24 h cuando no hay contraindicaciones o restricciones, el inicio de la nutrición temprana previene la desnutrición, la cual está asociada con varias condiciones relacionadas a estados de confusión aguda, como la reducción de la respuesta inmunitaria, infecciones, retraso de la cicatrización y el compromiso de la función de órganos y sistemas. Entre las causas de desnutrición están la restricción y el mal funcionamiento gastrointestinal, sin embargo, uno de las causas relacionadas a los estados del paciente crítico se encuentra el estrés metabólico, en el cual suelen ocurrir cambios metabólicos complejos, se observa resistencia a la insulina e hiperglucemia, mayor liberación de citocinas proinflamatorias, que potencian la producción de hormonas catabólicas (glucagón, catecolaminas y cortisol), una respuesta inflamatoria que puede conducir a un mayor gasto energético y degradación de proteínas. Las reservas de glucógeno se agotan rápidamente y, por lo tanto, las grasas y proteínas endógenas se convierten en la principal fuente de sustrato energético oxidativo.</p> <p>Por su parte la deshidratación es un problema común en pacientes críticos en la UCI. Puede ser resultado de varios factores, como la disminución de la ingesta de líquidos, el</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar sujeciones físicas, si es debido a presentar agitación y alucinaciones puede hacerse daño así mismo o a terceras personas. - Proporcionan seguridad optimista pero realista 	<p>debidos al aislamiento de los seres queridos, siendo más relevantes para ellos que el ruido del ambiente (59).</p> <p>La participación de la familia en la prevención, detección y tratamiento de la confusión aguda tiene el potencial de producir efectos positivos. Los miembros de la familia pueden observar cambios sutiles en el comportamiento/cognición y pueden participar en medidas no farmacológicas, como actividades de reorientación y movilización (75).</p> <p>Las sujeciones mecánicas y restricciones físicas deben evitarse para el manejo del paciente con confusión aguda hiperactiva porque pueden incrementar el riesgo de lesiones y de agitación. Si el paciente con confusión aguda se encuentra ansioso o con agitación y se considera que existe el riesgo de que se haga daño a sí mismo o a otros, se recomienda utilizar primero técnicas tranquilizadoras verbales y no verbales (ej. tacto gentil), y solo en caso de no ser efectivas considerar el manejo farmacológico de corto plazo. La recomendación acerca de las restricciones físicas, es evitar las contenciones mecánicas ya que provocan miedo y agitación. Sólo se usará en circunstancias excepcionales y reevaluarse al menos cada 24 horas o bien hasta que el tratamiento sintomático sea efectivo (9,25,82).</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la vigilancia con una escala de evaluación del delirium que sea comprendida por todo el personal de enfermería cuando aparezca el delirium por primera vez para que se puedan seguir los cambios agudos con facilidad. - Monitorizar el estado neurológico de forma continua. 	<p>Existe una teoría de la respuesta a las señales, propuesta por Olson y Ortega-Pérez, que se basa en el hecho que los pacientes a menudo emiten señales clínicas que son sutiles e ilustra el proceso y el impacto de la atención de enfermería en la recuperación de lesiones cerebrales agudas. Si bien, es sabido que la lesión neuronal no ocurre en el momento de la injuria cerebral, la gestión de los procesos patológicos posteriores, con el fin de limitar el daño recae principalmente en las enfermeras. Por lo cual se requiere que enfermería desarrolle habilidades de reconocimiento de estas señales y responder con intervenciones adecuadas, que incluye la capacidad de comunicar de manera clara los hallazgos neurológicos y otras condiciones relacionadas con el entorno y la seguridad, así mismo la necesidad de ajustes en la atención. El Método de Evaluación de Confusión para la Unidad de Cuidados Intensivos (CAM-UCI) y la Lista de Verificación de Delirium en Cuidados Intensivos (ICDSC) han sido recomendados para la evaluación del delirium. Herramientas validadas para el cribado del delirium en la UCI ha demostrado aumentar la probabilidad de detección precoz (83).</p>

	En la práctica contemporánea un CAM-UCI positivo desencadena una evaluación integral, mientras que si la prueba es negativa, el CAM-UCI se repite cuando aparece una nueva sospecha clínica o según el protocolo de valoración de la UCI (33,34).
--	---

6.5 Etapa de Diagnóstico

6.5.1 Diagnóstico 2

Dominio	11	Etiqueta: Deterioro de la respuesta inmunitaria (4)
Clase	1	Definición: Capacidad debilitada para defenderse de microorganismos extraños o efecto tóxico de sustancias antigénicas.
Código	00361	

Deterioro de la respuesta inmunitaria r/c respuesta desadaptativa al estrés m/p fiebre, debilidad, desorientación.

FUNDAMENTO

La confusión aguda es una manifestación clínica de una respuesta disfuncional a los factores estresantes, lo que se puede describir como una característica del envejecimiento, volviendo a referir a la edad en una relación causal para esta condición, afectando sobre todo los dominios motor, cognitivo y afectivo, surgiendo de este modo las manifestaciones clínicas características de esta condición (32).

Entre las características clínicas relacionados a los cambios de la edad en el sistema inmunitario, se encuentran también conocidos como inmunosenescencia, aumentan la vulnerabilidad del adulto mayor a contraer una infección, pero disminuyen su respuesta inmunitaria (84).

La información anterior relacionada al tema de interés, se sabe que las causas de estados de confusión aguda son multifactoriales, pueden ser causa de una enfermedad aguda como en el caso de una infección, cambios electrolíticos, efectos secundarios de la medicación, etc., sin embargo, con mayor frecuencia, se encuentra una combinación de varias causas desencadenantes. En pacientes

particularmente frágiles, alteraciones fisiológicas mínimas dan lugar a estados de confusión aguda, y puede haber superposición entre los factores predisponentes y los factores precipitantes. La fragilidad se refiere al proceso de disminución de la reserva funcional en un individuo, que provoca la pérdida de la capacidad para mantener la homeostasis y resulta en una recuperación difícil de enfermedades (85).

Al igual que como sucede en la sepsis que induce múltiples defectos en la inmunidad innata y adaptativa, también hay reportes de defectos inmunes similares en pacientes que sufren daño tisular no séptico, como en casos grave relacionado con un traumatismo, inclusive con una cirugía mayor, como es el caso del paciente de las cirugías cardíacas. Por otro lado, terapias comunes aplicadas en la UCI probablemente deterioran la inmunidad local o sistémica, entre ellas la ventilación mecánica, el uso de corticosteroides, transfusión de glóbulos rojos y el soporte con catecolaminas. Estos procesos incluyen el agotamiento inducido por apoptosis de las células efectoras inmunes, referente a los linfocitos y células dendríticas, el agotamiento de las células T, el aumento de las células supresoras derivadas de mieloides, la desactivación de monocitos, y el aumento de las células T reguladoras (86).

Dado que el origen de la confusión aguda es multifactorial como ya se mencionó anteriormente, las intervenciones deberán ser multidimensionales, lo que le da sentido al abordaje del presente diagnóstico. Eliminar y tratar la causa subyacente es el primer y mejor tratamiento, enfocado a factores de riesgo desencadenantes y gestionarles de forma temprana y eficaz, debido a que en gran medida son prevenibles, sin embargo es imperante tomar en cuenta aquellos factores predisponentes que generan una mayor vulnerabilidad del paciente ante los factores precipitantes como el caso de la inmunidad que condiciona la respuesta inmune del paciente ante las condiciones de patológicas y su evolución (86).

Es importante abordar cuidados que puedan prevenir otras complicaciones relacionados al tema de inmunosenescencia y pudieran estar relacionados con el desarrollo de la confusión aguda como lo son cuidados relacionados al confort y seguridad en su sentido más amplio. De manera puntual en este caso paciente

presentaba una neumonía asociada a la ventilación mecánica, siendo el principal motivo de retraso de extubación, la neumonía asociada al ventilador (NAVVM) afecta entre el 5 y el 40 % de los pacientes que reciben ventilación mecánica invasiva durante más de 2 días, con grandes variaciones según el país, el tipo de UCI y los criterios utilizados para identificar la NAVVM (87). La infección, la prolongación de la ventilación y las heridas presentes consecuencia del tratamiento pueden ser factores predisponentes a aumentar el estrés en el paciente frente a un organismo ya vulnerado no solo por el proceso de envejecimiento, sino también relacionados a tratamientos complejos contribuyendo de manera directa a esa respuesta desadaptativa frente al estrés físico y psicológico.

6.6 Etapa de planteamiento

6.6.1 Planteamiento de objetivos y criterios de resultado (NOC).

Dominio 11: seguridad/protección	Clase 4: Infección	Dominio II: Salud Fisiológica	Clase H: Respuesta inmune					
Diagnóstico de enfermería (NANDA) Etiqueta diagnóstica (problema) (p): Deterioro de la respuesta inmunitaria Definición: Capacidad debilitada para defenderse de microorganismos extraños o efecto tóxico de sustancias antigénicas. Factores relacionados (etiología) Respuesta desadaptativa al estrés		NOC Estado inmune (59) Definición: resistencia natural y adquirida adecuadamente centrada contra antígenos internos y externos.						
		INDICADORES	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente Comprometido 2	Moderadamente 3 comprometido	Levemente comprometido 4	No comprometido 5	DE:/A:
Características definitorias (signos y síntomas) Fiebre Debilidad Desorientación.		(070203) Estado respiratorio.			x			3/4
		(070207) Temperatura corporal.			x			3/5
		(070207) Integridad cutánea.			x			3/4
		(91615) Integridad de la mucosa.			x			3/4
Evaluación								
Estructura	Proceso		Resultados					
Las intervenciones de enfermería se pudieron implementar según lo planeado, sin la presencia de eventos que impidieran realizarlas.	El personal de enfermería contó con las competencias necesarias para brindar la atención, los recursos materiales para brindar la atención fueron suficientes.		El paciente mostró evidencia de efectividad de las intervenciones al disminuir mantener un equilibrio ácido-base, se mantuvo afebril, heridas sin datos de infección o					

		sangrado, sin presencia de lesiones por presión, ni lesiones en mucosa.
--	--	---

6.6.2 Intervenciones

Dominio 2. Fisiológico complejo		Clase K Control respiratorio
NIC		
(6440) Manejo de la ventilación mecánica invasiva (60)		
Definición: Ayuda al paciente a recibir soporte respiratorio artificial a través de un dispositivo insertado en la tráquea.		
ACTIVIDADES	FUNDAMENTO	
<ul style="list-style-type: none"> - Controlar las acciones que aumentan el consumo de oxígeno (fiebre, escalofríos, dolor o actividades básicas de enfermería), que puedan desbordar los ajustes del soporte ventilatorio y causar una desaturación de O2. - Controlar los factores que aumentan el trabajo respiratorio (fiebre, dolor, cabecera de la cama baja, filtros obstruidos, etc.) - Vigilar la eficacia de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente. - Poner en marcha actividades para aliviar las molestias del paciente (posición, limpieza traqueobronquial, terapia broncodilatadora, sedación o analgesia, comprobaciones frecuentes del equipo). - Vigilar lecturas de presión del ventilador, la sincronía paciente/ventilador, y murmullo vesicular del paciente. 	<p>La incidencia de la NAVM acumulada está estrechamente relacionada con la duración total de la ventilación mecánica, la cual genera debilidad muscular, alta incidencia de micro-aspiración y colonización bacteriana por un aclaramiento mucociliar defectuoso, relacionado a mecanismos de defensa locales y generales alterados. Las prácticas que se asocian más consistentemente con una extubación más temprana o tasas de mortalidad más bajas son aquellas centradas en limitar la exposición a la ventilación en este caso la extubación temprana (88).</p> <p>Elevar la cabecera de la cama para prevenir el reflujo de secreciones gástricas a los pulmones, monitoreo automatizado de la presión del manguito del tubo endotraqueal para minimizar la filtración de fluidos cargados de microbios a través del balón hacia los pulmones, drenaje de secreciones subglóticas, cuidado bucal con clorhexidina, algunos de estudios sugieren el cuidado bucal solo con agua estéril por el riesgo de aspiración de antiséptico. Por otro lado aligerar la sedación, utilizando pruebas de respiración espontánea para provocar la extubación temprana y la movilización temprana. Se recomienda utilizar sedación multimodal para permitir una fácil titulación hacia una sedación ligera y óptima, y para reducir los eventos adversos de los agentes individuales (88).</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar el progreso del paciente con los ajustes del ventilador actuales y realizar los cambios necesarios según orden médica. - Establecer cuidado bucal de forma rutinaria, con gasas blandas húmedas, antiséptico y succión suave. - Monitorizar los efectos de los cambios del ventilador sobre la oxigenación: gasometría arterial. 	<p>Estas intervenciones parecen ser sinérgicas en la medida en que minimizar la sedación facilita la movilización y la extubación temprana. La agrupación de estas prácticas se asocia con una extubación más temprana y menores tasas de mortalidad. La introducción oportuna de intervenciones específicas, como en el caso del manejo del dolor y fiebre que pueden llevar a un aumento del gasto cardiaco, requiriendo aumento del consumo de oxígeno, pueden promover el destete, reducir la agitación y la confusión aguda facilitará el destete temprano y la liberación de la ventilación mecánica (86).</p> <p>Las directrices de la Asociación Americana para el Cuidado Respiratorio de 2013, sugieren que la solicitud de prueba de gases arteriales se fundamente en la evaluación clínica del paciente. Recomiendan el análisis de gases arteriales para evaluar el estado ventilatorio del paciente, reflejado por la presión parcial de dióxido de carbono arterial (PaCO₂), el estado ácido-base (pH), la oxigenación arterial, dato encontrado en el de la presión parcial de oxígeno arterial (PaO₂) y la saturación de oxihemoglobina, asevera que las pruebas son de utilidad para evaluar la respuesta a intervenciones terapéuticas o diagnósticas, para monitorear la gravedad y la progresión de la enfermedad y para evaluar la respuesta circulatoria (89).</p> <p>Todas estas intervenciones van encaminadas a disminuir las incidencias de las NAVM, a disminuir el tiempo de ventilación mecánica lo que nos lleva a prevenir la NAVM y evitar la sobreinfección, recordando que la infección es uno de los factores precipitantes de la confusión aguda.</p>
--	---

<p>Dominio 2. Fisiológico básico Clase K Control de la inmovilidad</p> <p>NIC</p> <p>(0740) Cuidados del paciente encamado(60)</p>	
<p>Definición: Fomento de la comodidad y seguridad, así como la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.</p>	
<p>ACTIVIDADES</p>	<p>FUNDAMENTO</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Colocar al paciente con alineación corporal adecuada. - Mantener, la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. 	<p>Los pacientes que permanecen en cama durante un tiempo prolongado pueden experimentar diversas complicaciones por la pérdida de fuerza muscular, que se estima en un 20% semanal durante períodos</p>

- Vigilar el estado de la piel
- Cambiar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas según un programa específico.
- Realizar ejercicio de rango de movimiento pasivos y/o activos
- Ayuda a medidas de higiene

de inmovilidad. Sin importar la causa, la inmovilidad puede afectar negativamente el funcionamiento de varios sistemas como el sistema cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y musculoesquelético. Se reportan múltiples beneficios asociados a la movilización, como una disminución en la incidencia de confusión aguda, dolor, molestias urinarias, infecciones del tracto urinario, fatiga, trombosis venosa profunda (TVP) y neumonía. Además, puede ayudar a reducir la depresión, la ansiedad y el malestar relacionado con los síntomas de la enfermedad, mejorando también la comodidad, satisfacción, calidad de vida e independencia de los pacientes(84).

Por otro lado, la movilización también previene la aparición de lesión por presión (LP), definida como un daño localizado en la piel y el tejido blando subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea o relacionada con un dispositivo médico. Sin embargo, la LP tiene una etiología multifactorial, y, según reportes recientes, los pacientes críticos tienen factores de riesgo particularmente altos relacionados con la edad, la perfusión, la movilidad/actividad y la infusión de vasopresores, factores que también se correlacionan a la vulnerabilidad frente a un sistema inmunológico deprimido o pueden vulnerar el mismo. Las guías internacionales de práctica clínica hacen recomendaciones sobre el reposicionamiento y la movilización temprana. Actualmente, existen varios protocolos de movilización temprana, que incluyen varias intervenciones, como el posicionamiento, ejercicios de rango de movimiento, estimulación muscular eléctrica, ejercicios de resistencia progresiva, deambulación y movilización funcional, la elección dependerá del estado general del paciente, así como de los recursos(90).

Los mecanismos físicos por los cuales se llega a generar un LP son la presión prolongada, la fricción y la cizalla, en este punto al mantener la ropa de cama sin arrugas, disminuye la posibilidad de generación de fricción y cizalla, por otro lado, mantener la ropa seca, se relaciona a prevenir humedad piel provoca ya que esta provoca

	alteraciones como dermatitis e infecciones. Es importante mantener, el mayor tiempo posible, la piel hidratada pero seca(91).
--	---

Dominio 2. Fisiológico complejo		Clase I Control de la piel y heridas	
NIC			
(0740) Cuidados de las heridas(60)			
Definición: prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación.			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO	
<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenajes, color tamaño y olor. - Inspeccionar la herida cada vez que se haga cambio de vendaje - Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. 		<p>Reportes de estudios refieren una tasa de infecciones entre los pacientes en UCI son cinco a siete veces mayor comparada con las admisiones generales hospitalarias, representando del 20 al 25% de todas las infecciones intrahospitalarias. Condiciones de estadias prolongadas y uso de antimicrobianos de amplio espectro, tienen un alto riesgo de colonización de la piel por microorganismos asociados a la atención médica, presentando mayor probabilidad de infecciones. El movimiento de bacterias a través de la barrera cutánea puede provocar diferentes infecciones, entre las cuales se encuentran las del sitio quirúrgico, la piel constituye la principal barrera contra la infección bacteriana de tejidos internos, y las heridas quirúrgicas y otro tipo de heridas como los sitios de inserción de dispositivos, crean una alteración física de esa barrera (92,93).</p> <p>Debido a la relevancia a el potencial papel del reservorio cutáneo en la etiopatogenia de algunas infecciones por bacterias multirresistentes (BMR), el eliminar la flora cutánea de las BMR podría tener</p>	

	<p>repercusión en las infecciones intrahospitalarias(93). Las últimas investigaciones recomiendan el uso de gluconato de clorhexidina (CHG), el cual es un antiséptico ampliamente utilizado para reducir la carga biológica de MDR del paciente, con perfil de seguridad y de amplio espectro, sus propiedades antisépticas permanecen activas en la piel hasta por 24 horas (94).</p> <p>Por lo cual el cuidado en el caso de las curación y cambio de apósitos y de la vigilancia de datos de infección de las heridas, puede prevenir la supresión del sistema inmunológico por la infección, debido a que también la inmunosupresión puede generar más susceptibilidad ante infecciones.</p>
--	---

7. LIMITANTES

- Acceso limitado a la información o datos del expediente clínico, sobre todo datos de resultados de estudio en general.
- Recursos de tiempo para dar seguimiento a las intervenciones y con ello ver resultados de la evolución a partir de las mismas, ya que el abordaje fue en los periodos de práctica clínica y en un solo turno.

8. SUGERENCIAS

- Formación continua sobre el tema de la confusión aguda, basados en las mejores prácticas.
- Seguir abordando casos clínicos para poder evidenciar la aplicación y validación del conocimiento de manera local, basados en las recomendaciones de las mejores prácticas de las guías nacionales e internacionales, que permitan identificar las áreas de oportunidad para seguir mejorando en la prevención y tratamiento de este problema de salud.
- Difusión continua de la información disponible y actualizada sobre la prevención y el tratamiento dentro de las áreas de atención a los pacientes de mayor riesgo.

9. CONCLUSIONES

Como se abordó dentro del presente trabajo, la confusión aguda es una condición multifactorial, que es angustiante tanto para el paciente, el personal y la familia por lo que implica en el periodo agudo, como en las consecuencias de no ser diagnosticado a tiempo y tratado. Detectarlo requiere un cribado rutinario y esfuerzos continuos de formación, además todavía no dispone de una terapia farmacológica eficaz para prevenir el delirio o acortar su duración. Si embargo al ser prevenible y potencialmente reversible, enfermería tiene un papel crucial en la implementación de intervenciones no farmacológicas, que han probado ser efectivas al disminuir la carga de confusión aguda en las UCI.

Una combinación de intervenciones que ataquen la etiología multifactorial puede llevar a mejores resultados, para ello también se requiere una valoración continua del paciente crítico, así como de protocolos para el manejo de las principales causas, incluido el tratamiento adecuado del dolor, evitar la sedación excesiva y la movilización temprana. Por otro lado, hacer uso de la luz natural y familias presentes dentro de lo posible, trabajar la reorientación son parte de las intervenciones de los paquetes recomendados actual por la literatura.

Lo importante es abatir las barreras para la atención de la confusión aguda que incluyen el reconocimiento insuficiente de esta afección y las complejidades asociadas con el uso de herramientas de evaluación.

Fomentar una cultura de colaboración multidisciplinaria para prevenir, detectar y tratarle y prevención de sus complicaciones, a partir de evidenciar y difundir lo que la literatura ya ha probado a través de la investigación, conocimiento que requiere una replicación dentro de contextos locales que permitan hacer la validación del conocimiento existente y gestionar los recursos necesarios en aspectos de estructura y competencias necesarias para llegar a resultados en beneficios de los pacientes.

10. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Gamboa ÁPD, Córdoba JXG, Montenegro NVM, Chaves CA. Cuidado de enfermería en paciente posoperatorio de revascularización miocárdica en la unidad de cuidados intensivos: estudio de caso. *Revista Criterios*. 2025;32(1):48-62.
2. Paizano Vanega G, Araya Oviedo A, Chacón Díaz S. Tratamiento farmacológico del delirium en el adulto mayor. *Rev.méd.sinerg*. 1 de octubre de 2021;6(10):e725. doi:10.31434/rms.v6i10.725
3. Brewer JM, Tran A, Yu J, Ali MI, Poulos CM, Gates J, et al. ECMO after cardiac surgery: a single center study on survival and optimizing outcomes. *J Cardiothorac Surg*. 19 de septiembre de 2021;16:264. doi:10.1186/s13019-021-01638-0 PubMed PMID: 34538270; PubMed Central PMCID: PMC8451085.
4. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2024-2026*. 13ª ed. Barcelona: Elsevier; 2024.
5. Poulsen LM, Estrup S, Mortensen CB, Andersen-Ranberg NC. Delirium in Intensive Care. *Curr Anesthesiol Rep*. 3 de septiembre de 2021;11(4):516-23. doi:10.1007/s40140-021-00476-z
6. Contreras CCT, Esteban ANP, Parra MD, Romero MKR, Silva CGD, Buitrago NPD. Multicomponent nursing program to prevent delirium in critically ill patients: a randomized clinical trial. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42:e20200278. doi:10.1590/1983-1447.2021.20200278
7. Söylemez GK, Uzun S. The effect of nonpharmacological interventions applied by nurses to intensive care patients on the duration of delirium: a meta-analysis study. *Ir J Med Sci*. abril de 2024;193(2):865-73. doi:10.1007/s11845-023-03504-5
8. Hu X, Luo J, Liang H, Yue J, Qi Y, Liu H. Interpretable machine learning model to predict the acute occurrence of delirium in elderly patients in the intensive care units: a retrospective cohort study. *J Big Data*. 23 de febrero de 2025;12(1):47. doi:10.1186/s40537-025-01107-8
9. De La Varga-Martínez O, Badenes R, Gordaliza C, De Miguel Manso S, Landázuri Castillo GE, Armenteros Aragon C, et al. Guía clínica y plan estratégico para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del delirium: Proyecto Delirium Zero. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. agosto de 2025;72(7):501805. doi:10.1016/j.redar.2025.501805
10. Sánchez JSA, Alejo GC, Granillo JF. *El ABC de la medicina crítica. Temas selectos 2017*. Editorial Alfil; 2024. 338 p.

11. Palmero Picazo J, Lassard Rosenthal J. Delirium: una revisión actual. *Atención Familiar*. 30 de septiembre de 2021;28(4):284. doi:10.22201/fm.14058871p.2021.4.80600
12. Ayón-Aguilar J, Serrano-Vértiz L, Quiroz-Lara FV, Torres-Macotela M. Incidencia y factores asociados a delirium en un Servicio de Urgencias. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 16 de junio de 2025;63(1):e6385-e6385. doi:10.5281/zenodo.14200014
13. Mesa P, Lecor C, Orellano ME, Favretto S, Altez S, Da Luz J, et al. Evaluación del impacto de intervenciones educativas en la detección y el diagnóstico del delirium en una unidad de cuidados intensivos. *RMU*. 28 de enero de 2025;41(1). doi:10.29193/RMU.41.1.2
14. Fernandes F, Santos M, Anacleto AM, Jerónimo C. Intervención de enfermería para prevenir y manejar el delirio en pacientes críticamente enfermos: una revisión de alcance [Internet]. Vol. 12. junio de 2024;12(11). doi:https://doi.org/10.3390/healthcare12111134
15. Reisdorfer AP, Leal SMC, Mancía JR. Nursing care for patient in postoperative heart surgery in the Intensive Care Unit. *Rev Bras Enferm*. 2021;74:e20200163. doi:https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0163
16. Mattimore D, Fischl A, Christophides A, Cuenca J, Davidson S, Jin Z, et al. Delirium after Cardiac Surgery—A Narrative Review. *Brain Sciences*. 7 de diciembre de 2023;13(12):1682. doi:10.3390/brainsci13121682 PubMed PMID: 38137130.
17. Yokoyama C, Yoshitnai K, Ogata S, Fukushima S, Matsuda H. Effect of postoperative delirium after cardiovascular surgery on 5-year mortality. *JA Clin Rep*. 13 de octubre de 2023;9(1):66. doi:10.1186/s40981-023-00658-0
18. Wang Y, Wang B. Risk factors of delirium after cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *J Cardiothorac Surg*. 20 de diciembre de 2024;19(1):675. doi:10.1186/s13019-024-03156-1
19. Azizoğlu H. Experiences of Cardiovascular Surgery Intensive Care Nurses in the Care of Patients With Postoperative Cognitive Dysfunction: A Qualitative Study. *Inquiry*. 12 de abril de 2025;62:00469580251332061. doi:10.1177/00469580251332061 PubMed PMID: 40219782; PubMed Central PMCID: PMC12033495.
20. Cho SM, Hwang J, Chiarini G, Amer M, Antonini MV, Barrett N, et al. Neurological monitoring and management for adult extracorporeal membrane oxygenation patients: Extracorporeal Life Support Organization consensus guidelines. *Crit Care*. 6 de septiembre de 2024;28:296. doi:10.1186/s13054-024-05082-z PubMed PMID: 39243056; PubMed Central PMCID: PMC11380208.

21. Ramírez Echeverría M de L, Schoo C, Paul M, Doerr C. Delirium (Nursing). En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 13 de noviembre de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568723/> PubMed PMID: 33760482.
22. Bugiani O. Delirium and Dementia in the Elderly: Sometimes Associated or Always Together? *Eur Neurol.* 2023;86(3):161-5. doi:10.1159/000530226
23. Tobar E, Alvarez E. DELIRIUM EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO. *Revista Médica Clínica Las Condes.* enero de 2020;31(1):28-35. doi:10.1016/j.rmclc.2019.11.008
24. Bento AFG, Sousa PP. Delirium in adult patients in intensive care: nursing interventions. *Br J Nurs.* 13 de mayo de 2021;30(9):534-8. doi:10.12968/bjon.2021.30.9.534
25. Jaqua EE, Chin E. Delirio en personas mayores: prevención, evaluación y manejo. *AFP.* 2023;108(3):278-87.
26. Rosen JH, Bieber E, Matta DSE, Sayde GE, Fedotova O. Diagnóstico, evaluación y tratamiento diferenciales. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2024;26(1). doi:10.4088/PCC.23f03602
22. JuárezSandoval I, Hernández Pérez A, Vázquez Mellado Larracoechea JF, MartínezCamacho MÁ. Factores de riesgo de delirium. *Acta Médica Grupo Ángeles.*2022;20(3):258-65 [citado 13 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=105730>
28. Wróbel M, Wołkowiecki M, Janocha A, Jabłońska Z. Postoperative delirium in the elderly. *Med Pr Work Health Saf.* 2025;73(3). doi:10.13075/mp.5893.01624
29. Vaishnav PP, Suresh A, Kooragayalu S, Kooragayalu S. Sleep Disturbances in Hospitalized and Intensive Care Unit Patients. En: BaHammam AS, Hunasikatti M, editores. *Sleep Apnea Frontiers* [Internet]. Singapore: Springer Nature Singapore; 2023 [citado 16 de noviembre de 2025]. p. 231-53. (Progress in Sleep Research). Disponible en: https://link.springer.com/10.1007/978-981-99-7901-1_15 doi:10.1007/978-981-99-7901-1_15
30. Ali M, Cascella M. ICU Delirium. En: StatPearls [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2024 [citado 16 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559280/> PubMed PMID: 32644706.
31. D'Hyver C, Gutierrez Robledo LM, Zuñiga Gil CH. Geriatria. 4a edición. México: Manual Moderno; 2019. 906 p.
32. Bellelli G, Triolo F, Ferrara MC, Deiner SG, Morandi A, Cesari M, et al. Delirium and frailty in older adults: Clinical overlap and biological underpinnings. *J Intern Med.* noviembre de 2024;296(5):382-98. doi:10.1111/joim.20014

33. Ely EW, Inouye MphsK, Bernard MphgR, Gordon Mds, Francis P, May Mphl, et al. Delirio en pacientes con ventilación mecánica. *JAMA*. 2001;286(21):2703-10. doi:10.1001/jama.286.21.2703
34. Miranda F, Gonzalez F, Plana MN, Zamora J, Quinn TJ, Seron P. Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) for the diagnosis of delirium in adults in critical care settings. *Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group*, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 21 de noviembre de 2023;2023(11). doi:10.1002/14651858.CD013126.pub2
35. Vincent JL, Jacques C. Atención adecuada a los ancianos en la UCI - Vincent - 2022 - *Revista de Medicina Interna - Biblioteca en línea de Wiley* [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joim.13371>
36. Carrillo Esper R, De La Torre León T. El paciente adulto mayor en la Unidad de Terapia Intensiva. ¿Estamos preparados? *Medicina Crítica*. 2019;33(4):199-203. doi:10.35366/89134
37. Kirfel A, Guttenthaler V, Mayr A, Coburn M, Menzenbach J, Wittmann M. Postoperative delirium is an independent factor influencing the length of stay of elderly patients in the intensive care unit and in hospital. *J Anesth*. junio de 2022;36(3):341-8. doi:10.1007/s00540-022-03049-4
32. Akinosoglou K, Schinas G, Almyroudi MP, Gogos C, Dimopoulos G. The impact of age on intensive care. *Ageing Research Reviews*. 2023;84:101832 [citado 27 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s00134-024-07404-9>
39. Muscedere J, Bagshaw SM, Kho M, Mehta S, Cook DJ, Boyd JG, et al. Frailty, Outcomes, Recovery and Care Steps of Critically Ill Patients (FORECAST): a prospective, multi-centre, cohort study. *Intensive Care Med*. julio de 2024;50(7):1064-74. doi:10.1007/s00134-024-07404-9
40. Bugiani O. Why is delirium more frequent in the elderly? *Neurol Sci*. agosto de 2021;42(8):3491-503. doi:10.1007/s10072-021-05339-3
41. Yuyen T, Narksut A, Lao-amornphunkul S, Thanakiattiwibun C, Pansangar C, Thikom N, et al. Effectiveness of non-pharmacological intervention protocol for prevention of postoperative delirium in the surgical intensive care unit. *Sci Rep*. 20 de enero de 2025;15(1):2494. doi:10.1038/s41598-025-86768-4
42. Balcan B, Ulubay ZÖ, Güneysu E, Dündar AS, Turan Eİ. Determinantes de la mortalidad a 30 días en pacientes mayores ingresados en una unidad de cuidados intensivos de cirugía cardiovascular. *Vol. 30*. 2024;30(5):328-36. doi:10.14744/tjtes.2024.00569

43. Ismail A, Semien G, Sharma S, Collier SA, Miskolczi SY. Derivación cardiopulmonar [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls [Internet].; 2024. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482190/>
44. Wrisinger WC, Thompson SL. Basics of Extracorporeal Membrane Oxygenation. *Surg Clin North Am.* febrero de 2022;102(1):23-35. doi:10.1016/j.suc.2021.09.001 PubMed PMID: 34800387; PubMed Central PMCID: PMC8598290.
45. Yang G, Greven J, Kalverkamp S, Spillner JW. Delirium in Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence, Risk Factors, and Outcomes. *J Clin Med.* 15 de diciembre de 2025;14(24):8862. doi:10.3390/jcm14248862 PubMed PMID: 41464764; PubMed Central PMCID: PMC12734077.
46. Zhang A, Haywood NS, Money DT, Byler MR, Osuru HP, Atluri N, et al. Rodent Model of Cardiopulmonary Bypass Demonstrates Systemic Inflammation and Neuro-marker Changes. *J Surg Res.* noviembre de 2024;303:780-7. doi:10.1016/j.jss.2024.09.041 PubMed PMID: 39471762; PubMed Central PMCID: PMC11602341.
47. Fosah R, Llahana S. Barriers and Enablers to Leadership in Advanced Practice Nursing: A Systematic Review. *International Nursing Review.* 2025;72(2):e70034. doi:10.1111/inr.70034
39. JooY, Han E, Jang Y. Educational programs to improve nursing competency of patient- and family-centered care in intensive care units: A systematic review. *Nurse Education Today.* 2025;151:106699. [citado 12 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260691725001352>
49. Koziar B, Erb G, Berman A, Snyder SJ. *Fundamentos de Enfermería, Conceptos, Procesos y Práctica.* 17a ed. México: McGraw-Hill-Interamericana; 2004.
50. Narayan MC. Nursing's Scientific Method. *Am J Nurs.* 1 de octubre de 2025;125(10):52-7. doi:10.1097/AJN.000000000000167 PubMed PMID: 40993874; PubMed Central PMCID: PMC12462674.
51. Gavia Noreña DL. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. *Investigación y Educación en Enfermería.* 2009;27(1):24-33.
52. Marrero AG, Porben SÁ, Machín EI, Mancebo GR, Oliva EO, Naite OFA, et al. Taxonomías NANDA, NOC, NIC: Proceso enfermero en salud ocupacional. *Revista Cubana de Salud y Trabajo [Internet].* 2022 [citado 12 de diciembre de 2025];23(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=120133>
53. Elsevier Connect [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2025]. NANDA-I, NIC, NOC: uso en la planificación de los cuidados y el modelo AREA. Disponible en:

<https://www.elsevier.com/es-es/connect/nanda-i-nic-noc-vinculos-y-uso-en-la-practica-clinica>

54. Solberg MT, Pedersen I, Mathisen C, Finnstrøm IJ, Lundin PK, Nes AAG. Professional competence required in advanced practice nursing in critical care: An exploratory qualitative study. *Nurs Open*. diciembre de 2023;10(12):7839-47. doi:10.1002/nop2.2032 PubMed PMID: 37818774; PubMed Central PMCID: PMC10643827.
55. Uzun S. The effectiveness of nurses' psychosocial interventions for sensory deprivation in intensive care patients: a systematic review and meta-analysis. *Ir J Med Sci*. 2024;193(5):2469-84. doi:10.1007/s11845-024-03735-0 PubMed PMID: 38918276; PubMed Central PMCID: PMC11450089.
56. Naef AC, Gerber SM, Single M, Müri RM, Haenggi M, Jakob SM, et al. Effects of immersive virtual reality on sensory overload in a random sample of critically ill patients. *Front Med (Lausanne)*. 4 de octubre de 2023;10:1268659. doi:10.3389/fmed.2023.1268659 PubMed PMID: 37859854; PubMed Central PMCID: PMC10582722.
57. Naef AC, Erne K, Exl MT, Nef T, Jeitziner MM. Visual and auditory stimulation for patients in the intensive care unit: A mixed-method study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 1 de diciembre de 2022;73:103306. doi:10.1016/j.iccn.2022.103306
58. Barrera Magaña LJ, Romero Ojeda M. Proceso de enfermería con modelo bifocal aplicado a paciente con alteración hemodinámica. *CuidArte*. 12 de febrero de 2020;9(17). doi:10.22201/fesi.23958979e.2020.9.17.72761
59. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª ed. Elsevier; 2019.
60. Butcher M, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
61. Mulkey MA. Understanding Disorders of Consciousness: Opportunities for Critical Care Nurses. *Crit Care Nurse*. 1 de diciembre de 2021;41(6):36-44. doi:10.4037/ccn2021344 PubMed PMID: 34851388; PubMed Central PMCID: PMC9639022.
62. Puppo Moreno AM, Abella Alvarez A, Morales Conde S, Pérez Flecha M, García Ureña MÁ. La unidad de cuidados intensivos en el postoperatorio de cirugía mayor abdominal. *Medicina Intensiva*. diciembre de 2019;43(9):569-77. doi:10.1016/j.medin.2019.05.007
63. Jiménez Rivera JJ, Llanos Jorge C, López Gude MJ, Pérez Vela JL. Manejo perioperatorio en cirugía cardiovascular. *Med Intensiva*. 1 de abril de 2021;45(3):175-83. doi:10.1016/j.medin.2020.10.006

64. Pérez-Calatayud AA, Guillén-Vidaña A, Fraire-Félix IS, Anica-Malagón ED, Briones Garduño JC, Carrillo-Esper R. Actualidades en el control metabólico del paciente crítico: hiperglucemia, variabilidad de la glucosa, hipoglucemia e hipoglucemia relativa. *Cirugía y Cirujanos*. enero de 2017;85(1):93-100. doi:10.1016/j.circir.2016.10.026
65. Fernández-Castillo JA, Carrasco-Campos M, Mateos-Dávila A, Santana-Padilla YG. Trastornos hidroelectrolíticos. Manifestaciones clínicas y tratamiento. *Enfermería Intensiva*. octubre de 2022;33:S56-64. doi:10.1016/j.enfi.2022.07.005
66. Li H, Sun S ren, Yap JQ, Chen J hua, Qian Q. 0.9% saline is neither normal nor physiological. *J Zhejiang Univ Sci B*. marzo de 2016;17(3):181-7. doi:10.1631/jzus.B1500201 PubMed PMID: 26984838; PubMed Central PMCID: PMC4794509.
67. Lee JW. Fluid and Electrolyte Disturbances in Critically Ill Patients. *Electrolyte Blood Press*. diciembre de 2010;8(2):72-81. doi:10.5049/EBP.2010.8.2.72 PubMed PMID: 21468200; PubMed Central PMCID: PMC3043756.
68. Carretta A, Lapenna E. Venous thromboembolism prophylaxis after minimally-invasive cardiac surgery: harm or benefit? *Journal of Thoracic Disease*. julio de 2020;12(7):3469. doi:10.21037/jtd.2020.03.108 PubMed PMID: 32802423.
69. Zhou W, Zheng Q, Huang M, Wang J, Gan X. Development and validation of nurse's assessment ability questionnaire in delirium subtypes: Based on Delphi expert consensus. *PLoS One*. 23 de enero de 2024;19(1):e0297063. doi:10.1371/journal.pone.0297063 PubMed PMID: 38261557; PubMed Central PMCID: PMC10805299.
70. Palakshappa JA, Hough CL. How We Prevent and Treat Delirium in the ICU. *Chest*. octubre de 2021;160(4):1326-34. doi:10.1016/j.chest.2021.06.002
71. Frederico C. Escenarios clínicos con el uso de alfa 2-agonistas (dexmedetomidina). *Rev Mex Anest*. 2013;36(suplemento 1):S10-2.
72. Gertler R, Brown HC, Mitchell DH, Silvius EN. Dexmedetomidine: a novel sedative-analgesic agent. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. enero de 2001;14(1):13-21. doi:10.1080/08998280.2001.11927725 PubMed PMID: 16369581; PubMed Central PMCID: PMC1291306.
73. Alotni M, Guilhermino M, Duff J, Sim J. Barriers to nurse-led pain management for adult patients in intensive care units: An integrative review. *Australian Critical Care*. 1 de septiembre de 2023;36(5):855-62. doi:10.1016/j.aucc.2022.09.002
74. Takahashi T, Oyama Y, Sakuramoto H, Tamoto M, Sato T, Nanjo Y, et al. Nurses' Attitudes, Practices, and Barriers to Assessing Symptoms of Discomfort in Mechanically Ventilated Patients: A Cross-Sectional Study. *SAGE Open Nurs*. 7 de

abril de 2024;10:23779608241245209. doi:10.1177/23779608241245209 PubMed PMID: 38596509; PubMed Central PMCID: PMC11003335.

75. Gómez Tovar LO, Henao Castaño ÁM. Intervenciones y efectividad del Paquete ABCDEF en el tratamiento de delirium: revisión de alcance. *Av enferm.* 1 de septiembre de 2021;39(3). doi:10.15446/av.enferm.v39n3.85828

76. Henao Castaño ÁM, Baquero Lizarazo AC, González Pabón N, Burgos Tulcán GF, Lozano L. Enfermería en la monitorización del delirium en cuidado intensivo adulto: una revisión de alcance*. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.* 2020;22. doi:https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.emdc

77. Hill A, Elke G, Weimann A. Nutrition in the Intensive Care Unit—A Narrative Review. *Nutrients.* 19 de agosto de 2021;13(8):2851. doi:10.3390/nu13082851

78. Piccirillo A, Perri F, Vittori A, Ionna F, Sabbatino F, Ottaiano A, et al. Evaluating Nutritional Risk Factors for Delirium in Intensive-Care-Unit Patients: Present Insights and Prospects for Future Research. *Clin Pract.* 7 de diciembre de 2023;13(6):1577-92. doi:10.3390/clinpract13060138 PubMed PMID: 38131687; PubMed Central PMCID: PMC10742123.

79. van Zanten ARH, De Waele E, Wischmeyer PE. Nutrition therapy and critical illness: practical guidance for the ICU, post-ICU, and long-term convalescence phases. *Crit Care.* 21 de noviembre de 2019;23:368. doi:10.1186/s13054-019-2657-5 PubMed PMID: 31752979; PubMed Central PMCID: PMC6873712.

80. Li HR, Guo Y. High-risk factors for delirium in severely ill patients and the application of emotional nursing combined with pain nursing. *World J Psychiatry.* 19 de julio de 2024;14(7):1027-33. doi:10.5498/wjp.v14.i7.1027

81. Krewulak KD, Lee LA, Strayer K, Armstrong J, Baig N, Brouillette J, et al. The 2023 World delirium awareness and quality Survey: A Canadian substudy. *Intensive and Critical Care Nursing.* 1 de junio de 2025;88:103980. doi:10.1016/j.iccn.2025.103980

82. Prevención, diagnóstico y tratamiento del delirium en el adulto mayor hospitalizado [Internet]. Instituto Mexicano del Seguro Social. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

83. Mulkey MA. Understanding Disorders of Consciousness: Opportunities for Critical Care Nurses. *Crit Care Nurse.* 1 de diciembre de 2021;41(6):36-44. doi:10.4037/ccn2021344 PubMed PMID: 34851388; PubMed Central PMCID: PMC9639022.

84. Clifford KM, Dy-Boarman EA, Haase KK, Maxvill K (Hesch), Pass S, Alvarez CA. Challenges with Diagnosing and Managing Sepsis in Older Adults. *Expert Rev Anti Infect Ther.* febrero de 2016;14(2):231-41.

doi:10.1586/14787210.2016.1135052 PubMed PMID: 26687340; PubMed Central PMCID: PMC4804629.

85. Schultz M, Jensen JR, Lembeck MA, Vinding K, Carlsen TL, Stabel S, et al. [Detection, investigation, and management of delirium in hospitalized elderly]. *Ugeskr Laeger*. 30 de mayo de 2022;184(22):V02220121. PubMed PMID: 35656612.

86. Kotfis K, van Diem-Zaal I, Roberson SW, Sietnicki M, van den Boogaard M, Shehabi Y, et al. The future of intensive care: delirium should no longer be an issue. *Crit Care*. 5 de julio de 2022;26:200. doi:10.1186/s13054-022-04077-y PubMed PMID: 35790979; PubMed Central PMCID: PMC9254432.

87. Gaspar MDDR, Rinaldi ECA, Mello RG, Santos FAD, Nadal JM, Cabral LPA, et al. Impact of evidence-based bundles on ventilator-associated pneumonia prevention: A systematic review. *The Journal of Infection in Developing Countries*. 28 de febrero de 2023;17(02):194-201. doi:10.3855/jidc.12202

88. Papazian L, Klompas M, Luyt CE. Ventilator-associated pneumonia in adults: a narrative review. *Intensive Care Med*. 2020;46(5):888-906. doi:10.1007/s00134-020-05980-0 PubMed PMID: 32157357; PubMed Central PMCID: PMC7095206.

89. Ganti S, Bhanot RD, Kaur J, Cramer-Bour C, Soubani AO. Are daily chest radiographs and arterial blood gas tests required in ICU patients on mechanical ventilation? *CCJM*. 1 de septiembre de 2019;86(9):582-5. doi:10.3949/ccjm.86a.18141 PubMed PMID: 31498763.

90. Nieto-García L, Carpio-Pérez A, Moreiro-Barroso MT, Alonso-Sardón M. Can an early mobilisation programme prevent hospital-acquired pressure injuries in an intensive care unit?: A systematic review and meta-analysis. *Int Wound J*. 25 de noviembre de 2020;18(2):209-20. doi:10.1111/iwj.13516 PubMed PMID: 33236855; PubMed Central PMCID: PMC8244014.

91. Guía de prevención y manejo de úlceras por presión y heridas crónicas. - GNEAUPP [Internet]. 2022 [citado 15 de enero de 2026]. Disponible en: <https://gneaupp.info/guia-de-prevencion-y-manejo-de-ulceras-por-presion-y-heridas-cronicas/>

92. Guamán-Guamán V de los Á, Albornoz-Zamora EJ, Donoso-Noroña RF, Guamán-Guamán V de los Á, Albornoz-Zamora EJ, Donoso-Noroña RF. Perfil microbiológico de las infecciones en heridas quirúrgicas en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida*. octubre de 2025;9(ESP1):503-10. doi:10.35381/s.v.v9i1.4692

93. Díaz E, Turégano C. Higiene y antisepsia cutánea diaria en el paciente crítico. *Med Intensiva*. 1 de marzo de 2019;43:13-7. doi:10.1016/j.medin.2018.09.010

94. Oliveira C, Garnacho Martins Nobre CF, Dourado Marques RM, Madureira Lebre Mendes MM, Cruz Pontífice Sousa P. O papel do enfermeiro na prevenção do delirium no paciente adulto/idoso crítico. Rev Cuid. 23 de junio de 2022. doi:10.15649/cuidarte.1983

11. APÉNDICE Y ANEXOS

11.1 Apéndice 1. Método de evaluación de la confusión para la Unidad de Cuidados Intensivo (CAM-ICU)

Items	Puntuación
<p>1. <i>Inicio agudo o fluctuación del estado mental</i> ¿Es el paciente diferente de su estado mental inicial? o ¿Ha tenido el paciente alguna fluctuación en el estado mental en las últimas 24 h, como lo demuestra la fluctuación en una escala de sedación/nivel de conciencia (es decir, RASS/SAS), GCS o evaluación previa del delirio?</p>	<p>Ausente: 0 puntos Presente: 1 punto</p>
<p>2. <i>Falta de atención</i> Dígame al paciente: «Voy a leerle una serie de 10 cartas. Siempre que escuches la letra "A", indícame apretando mi mano». Lea las letras de la siguiente lista de letras en un tono normal con 3 s de diferencia. SAVEAHAART (Los errores se cuentan cuando el paciente no aprieta la letra "A" y cuando el paciente aprieta cualquier letra que no sea "A")</p>	<p>Ausente (correcto ≥ 8): 0 puntos Falta de atención (correcto 4-7): 1 punto Falta de atención severa (correcto 0-3): 2 puntos</p>
<p>3. <i>Nivel alterado de conciencia</i> Presente si la puntuación RASS real es distinta de alerta y calma (cero)</p>	<p>Ausente (RASS 0): 0 puntos Nivel alterado (RASS 1, -1): 1 punto Nivel alterado grave (RASS > 1, < -1): 2 puntos</p>
<p>4. <i>Pensamiento desorganizado</i> - Preguntas sí/no</p> <p>1. ¿Flotará una piedra sobre el agua? 2. ¿Hay peces en el mar? 3. ¿Una libra pesa más que 2 libras? 4. ¿Puedes usar un martillo para clavar un clavo?</p> <p>Los errores se cuentan cuando el paciente responde incorrectamente una pregunta - Comando: Dígame al paciente «Levante tantos dedos» (sostenga 2 dedos frente al paciente). «Ahora haz lo mismo con la otra mano» (no repetir número de dedos) Se cuenta un error si el paciente no puede completar el comando completo</p>	<p>Ausente (correcto ≥ 4): 0 puntos Pensamiento desorganizado (correcto 2, 3): 1 punto Pensamiento desorganizado severo (correcto 0, 1): 2 puntos</p>
<p>La puntuación final del CAM-ICU-7 oscila entre 0 y 7, siendo 7 el más grave. Las puntuaciones del CAM-ICU-7 se clasificaron además en 0-2: sin delirio, 3-5: delirio de leve a moderado y 6-7: delirio grave.</p>	

Fuente: de la Varga-Martínez et. al (9)