



M. Carretero Faner

Enfermera de la Unidad de Geriátrica de Agudos (UGA).
Hospital General de Granollers. Barcelona.

Correspondencia:
E-mail: mtcarretero@jazzfree.com

Plan de cuidados: síndrome confusional agudo

Care's plan: the acute confusional state

Premio SEEKG a las Comunicaciones Científicas. Área
Temática: Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Huelva, 2002.

RESUMEN

El síndrome confusional agudo (SCA) o *delirium*, es una patología multifactorial muy habitual en los pacientes ancianos y una de las complicaciones más frecuentes.

Su aparición aumenta la morbilidad y la mortalidad, alarga la estancia hospitalaria y, en un elevado porcentaje, será el precursor de una demencia; estos son motivos suficientemente importantes para detectarlo y tratarlo desde el primer síntoma.

Junto a la impotencia que nos crea el no saber cómo actuar ante estos pacientes, surge la necesidad de buscar una posible solución: la elaboración de un plan de cuidados basado en los diagnósticos de la NANDA y el modelo de V. Henderson.

Para el diagnóstico de SCA se ha utilizado la escala CAM.

Se ha realizado un estudio transversal y descriptivo, incluyendo a las personas mayores de 75 años ingresadas en el servicio de Geriátrica y de Traumatología del Hospital General de Granollers, previa aplicación de los criterios de exclusión.

PALABRAS CLAVE

Anciano, *delirium*, cuidados de enfermería.

SUMMARY

The acute confusional state (SCA) or delirium is a multifactorial etiology pathology that very is habitual in the elderly patients and one of the most frequent complications. Their appearance increases the morbidity and the mortality, it lengthens the hospital stay and in a high percentage it will be the precursor of dementia; these are sufficiently important reasons to detect it and to treat it from the first symptom.

Next to the impotence, that they let us believe that we don't know how to act to this patients the necessity arises of looking for a possible solution: the elaboration of a care's plan based on the diagnoses of the NANDA and the pattern of V. Henderson.

For the diagnosis of SCA I have been using the scale CAM.

I have been realize traverse and descriptive study, including the 75 year-old grown-ups entered in the service of Geriatrics and of Orthopedics of the General Hospital of Granollers, previous application of the exclusion approaches.

KEY WORDS

Elderly, delirium, care's plan.



179 INTRODUCCIÓN

En la actividad diaria como enfermera de la Unidad de Geriátrica, es frecuente encontrar que los pacientes padecen SCA. Estos son ancianos procedentes del Vallès Oriental (Barcelona), cuya edad media en el 2000 fue de 82 años, con plurifarmacología y pluripatología que tiende a la cronicidad y a la invalidez. Por tanto hará falta establecer un orden en su tratamiento en función de las afecciones más importantes en ese momento (1).

¿Qué es el *delirium* o el síndrome confusional agudo? Es un síndrome cerebral que afecta a diferentes áreas dando como sintomatología una alteración en el estado de la conciencia y cambios en las funciones cognitivas de atención, percepción y memoria. Todo ello transcurre en un breve período de tiempo. La mayoría de cuadros son reversibles, pero suelen dejar secuelas (2-10).

Hay factores que predisponen y/o precipitan la aparición del *delirium* (3-5, 9, 11-13). Entre ellos destacan: deterioro visual o físico, enfermedad grave, deterioro cognitivo, retención de orina, impactación fecal, deshidratación, desnutrición, dolor, hematocrito inferior al 30%, ser consumidor de más de tres fármacos o ser consumidor de alcohol. Los factores ambientales también juegan un papel importante en su aparición: la hospitalización, el cambio de entorno habitual, la pérdida del contacto con la familia, la inmovilidad..., son los más importantes.

Las causas del SCA son múltiples, pero las podríamos clasificar en tres grandes grupos (3-8,10-13):

1. Alteraciones intracraneales primarias (hematoma subdural, accidente cerebro vascular, accidente transitorio, neoplasia, etc.).
2. Enfermedades sistémicas que afectan al cerebro (insuficiencia cardíaca, infarto, arritmias, procesos infecciosos, trastornos metabólicos –hiponatremia, hipernatremia, hipoglucemia–, insuficiencia renal, etc.).
3. Agentes exógenos tóxicos. Según la bibliografía consultada, un 20% de los SCA están producidos por intoxicaciones farmacológicas: digoxina, ranitidina, cimetidina, hipotensores

(IECAS), antiarrítmicos, benzodiazepinas y otros depresores del sistema nervioso central y psicofármacos. Dentro de este grupo incluiríamos los efectos secundarios de la anestesia y analgésicos, principalmente opiáceos y antiinflamatorios no esteroideos.

Los ancianos son personas frágiles. Todos aquellos que están ingresados padecen uno o más de los factores y de las causas mencionadas anteriormente, por lo tanto son más susceptibles a padecer un *delirium* (7, 11, 14).

Preguntar por qué se debe actuar frente al *delirium* tiene una argumentación diversa, pero muy importante; aumenta el tiempo de ingreso hospitalario, dificultando el alta domiciliaria y en algunos casos requiriéndose el ingreso en unidades de larga estancia o bien en unidades de convalecencia (4, 14). Su aparición aumenta la mortalidad, secundaria a la patología previa (4, 8, 10, 12, 13), dejando en la persona un deterioro físico y cognitivo.

Otro motivo por el cual es muy importante tratar el *delirium* es que será el precursor de una demencia o de otro síndrome orgánico mental (9, 10, 12). Como se puede apreciar, su aparición aumenta la morbilidad.

Estos argumentos, más el malestar que crea en el personal de enfermería, no saber cómo actuar ante él, son motivos suficientes para buscar una solución a dicho problema. De aquí surge la necesidad de la elaboración de un plan de cuidados ante estos pacientes.

Es fundamental que la enfermería sea capaz de prevenir dicha patología. En ocasiones esto no será posible, pero debemos ser capaces de detectar cualquier cambio conductual que se produzca en nuestros pacientes (5, 9). Una detección precoz por parte de la enfermería evita la progresión del cuadro (7, 9, 10) y en ocasiones podrá evitar la utilización de fármacos (11), pudiendo prevenir las complicaciones.

La incidencia del *delirium* en los ancianos, según la bibliografía consultada, es muy dispar: según Milisen va de un 6,8% a un 60% (9); de un 22% a un 38% según Kelley (5); y según Selva y St. Pierre entre el 14% y el 56% (10, 14). Este último autor observó que en los ancianos intervenidos quirúrgicamente tenía una incidencia del 36,8% (10).

16 **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

El objetivo general de este proyecto fue la elaboración de un plan de cuidados ante los pacientes que presentan *delirium*. Como objetivos específicos: la observación de las características, los signos y síntomas, registrarlos y poder consensuar criterios.

Podemos preguntarnos: “un plan de cuidados, ¿para qué?” (15). La respuesta es fácil porque nos orienta a las enfermeras en la intervención frente a situaciones desconocidas, ayudando en la identificación de problemas reales o potenciales y permitiendo individualizar los objetivos y las actuaciones.

En definitiva, lo que pretende ser es una guía de trabajo, ya que esta profesión tiene mucho de ingenio que ayuda a controlar las situaciones inesperadas.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio descriptivo, transversal. La población de estudio ha sido aquellas personas mayores de 75 años ingresadas en el Hospital General de Granollers; se ha realizado del 7 de junio de 2000 al 7 de enero de 2001 en el servicio de Traumatología y del 22 de marzo al 22 de mayo de 2001 en la Geriátrica. En este servicio la edad no interesaba tanto ya que lo que justifica el ingreso en Geriátrica es el criterio de dependencia en las actividades de la vida diaria.

Se ha obtenido una muestra de 145 pacientes en Geriátrica y de 267 en Traumatología; todo ello en dos períodos y en dos servicios, consiguiendo finalmente una $n=416$.

El motivo por el cual se realizó el estudio en dos servicios fue para demostrar que el *delirium* no solamente afecta a los pacientes de Geriátrica sino que puede estar presente en cualquier persona. De la universalidad en la presentación del SCA, se deduce la importancia que su conocimiento tiene para el personal de enfermería, en todos los ámbitos de hospitalización.

Todo el estudio está enmarcado en el modelo de Virginia Henderson y en la utilización de los diagnósticos de la NANDA, para poder planificar los cuidados (15-18).

Al ingreso en la Unidad Hospitalaria fueron criterio de exclusión, los diagnósticos según el DSM-IV y ICD-9-CM:

- Demencia.
- Demencia asociada al alcohol.
- Demencia de causa orgánica.
- Alzheimer.
- *Delirium* por abstinencia al alcohol.

En todas estas enfermedades el *delirium* forma parte de su sintomatología, siendo su prevención más complicada.

Según la bibliografía consultada (9, 10, 12, 13) se encuentran varias escalas diagnósticas para el *delirium*, pero la más fiable y más rápida de utilizar es el CAM (*Confusion Assessment Method*) (Tabla 1), a la que se añadieron los siguientes parámetros:

- Fecha de ingreso.
- Fecha en la que aparece el *delirium*.
- Sexo del paciente.
- Edad.
- Unidad de ingreso.

Tabla 1. La presencia de 1 y 2, más 3 ó 4 indica *delirium*. CAM

1. Inicio agudo y curso clínico fluctuante
2. Inatención <ul style="list-style-type: none"> a. Dificultad para concentrarse. b. Se distrae con facilidad.
3. Pensamiento desorganizado <ul style="list-style-type: none"> a. Lenguaje incoherente; fuga de ideas. b. Cambia de tema con facilidad.
4. Alteración del nivel de conciencia <ul style="list-style-type: none"> • Puede ir desde la inhibición hasta la agitación psicomotriz.

El hecho de que varias enfermeras hayamos utilizado el mismo cuestionario me ha permitido observar que no todas las enfermeras hablamos el mismo lenguaje, ya que en algunos casos no se entendía el significado de las palabras.

RESULTADOS

Durante los dos meses que duró el estudio en Geriátrica, se realizaron 145 ingresos de los cuales un 29,6%



181 quedaron excluidos por estar diagnosticados ya al ingreso de demencia vascular o bien Alzheimer, principalmente; y el 13,91% de los restantes padecieron *delirium*.

Durante los seis meses que duró el estudio en Traumatología, se realizaron 691 ingresos, de los cuales el 38% corresponde a personas mayores de 71 años, de las cuales un 9% sufrió *delirium*.

En relación a la distribución por edades de las personas que padecieron *delirium* (Geriatría y Traumatología) (Fig. 1), se puede observar que la franja correspondiente a los 81-90 años es donde se encuentra una mayor incidencia. Esto da una idea del tipo de paciente que existe en estos servicios. También se percibe que personas no ancianas sufren *delirium*.

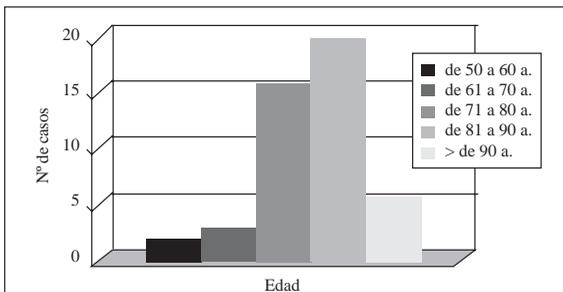


Fig. 1. Distribución por edades del *delirium*.

En relación al porcentaje de mujeres y hombres en el estudio, el 71,3% de los ingresos corresponde a mujeres y el 28,6% a hombres; se ve que no hay una diferencia significativa por sexos. La distribución del SCA por sexos es de 2:1 (Fig. 2).

En relación al momento de aparición (Fig. 3), destaca que principalmente padecen el *delirium* en las primeras 24 horas de su ingreso en la unidad; aquí radica la importancia de las actividades preventivas que se citarán más adelante.

CONCLUSIONES

Las enfermeras trabajamos bajo un modelo de enfermería. Este estudio está basado en el modelo de Virginia Henderson. Cuando aparece el SCA directa o indirectamente se ven afectadas todas las necesidades;

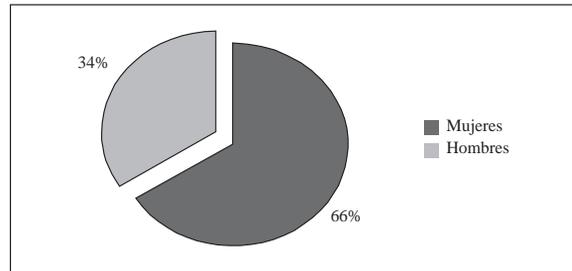


Fig. 2. Distribución por sexos.

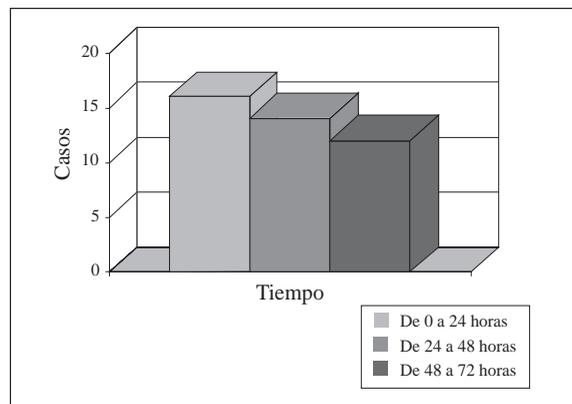


Fig. 3. Momento de aparición.

en ocasiones la alteración de una necesidad puede ser la causante del cuadro. Ante una persona que presenta *delirium* se observan tres necesidades principalmente alteradas que son: la necesidad de dormir, la de evitar peligros y la de comunicación (16, 17). Junto al modelo de V. Henderson se trabaja con los diagnósticos de la NANDA (6, 15, 16).

Veamos qué diagnósticos se encuentran en cada necesidad:

- Dormir y descansar:
 - Alteración en el patrón del sueño.
- Evitar peligros:
 - Potencial de lesión.
 - Potencial de violencia hacia sí mismo y/o hacia los demás.
- Comunicación:

- Alteración en los procesos del pensamiento.
- Alteraciones sensitivas/perceptuales: visuales.
- Temor.
- Alteración en los procesos familiares.
- Confusión aguda.

Para precisar cómo se ha elaborado dicho plan de cuidados ante la persona que padece *delirium*, desglosaré un diagnóstico enfermero escogiendo la confusión aguda ya que con él sabremos mejor qué hacer ante esta situación.

Para empezar formularemos la etiqueta diagnóstica; confusión aguda relacionada con la hospitalización, proceso patológico manifestado por una alteración en el estado de la conciencia, alteración en la atención, la percepción y la memoria, una alteración en el estado psicomotriz... Concretaremos las manifestaciones según cada caso.

Los objetivos (15) que debemos marcarnos ante esta situación serán:

- El paciente será capaz de interactuar con su entorno.
- El paciente manifestará una mejora en su funcionamiento cognitivo.

Ante cualquier persona ingresada en la unidad podemos aplicar unas actividades preventivas, su aplicación podría disminuir la aparición del *delirium* (4, 5, 9, 15, 17,18).

- La primera actividad sería evitar los cambios de unidad y de habitación en la medida de lo posible.
- Muy importante es la presentación del personal sanitario, dando así confianza y seguridad.
- Es de suma importancia dirigirse al paciente por su propio nombre.
- Desde el primer día es fundamental establecer una relación de confianza, basada en la comunicación.
- Establecer unos horarios; explicarle aquello que se le irá haciendo en cada momento y las "rutinas" hospitalarias a las que se verá sometido.
- Sería de gran ayuda descubrir qué patrón de sueño tiene, saber sus costumbres, sus hábitos, etc., para poder facilitarle el descanso.
- La limitación de los estímulos sensoriales como el ruido y el exceso de luz.

- Poder disponer de calendarios y relojes en las habitaciones, o bien en los pasillos con el fin de ayudarles a estar orientados en el tiempo y en el espacio.

- El hecho de tener en su habitación fotografías de las personas y/o animales significativos para ellos, refuerza la orientación en la propia persona. Son muy importantes los propios recuerdos ya que estos nos hacen estar conectados con la realidad.

- El hecho de estar acompañado por un familiar evita la sensación de abandono que puede tener el anciano al verse en un medio desconocido por él.

- Y por último, y no menos importante, facilitar lo antes posible el retorno a su domicilio. Esta actividad la trabajaremos desde el primer día.

En ocasiones incluso aplicando las actividades preventivas no se logrará evitar su aparición; por lo tanto deberán de aplicarse unas actividades generales. Estas las llevaremos a cabo conjuntamente con el médico (4, 6, 8, 9, 11, 15, 17, 19).

1. Realizar lo que se denomina una historia de salud; en ella se revisarán:

- Antecedentes patológicos.
- Medicación.
- Cambios de domicilio.
- Si ha sufrido una pérdida significativa reciente.
- Posibles focos de dolor..

2. Luego se continuará con la valoración física; aquí buscaremos:

- Signos de deshidratación.
- Posibles retenciones de orina.
- Impactación fecal.
- Presencia de insomnio.
- Sistema cardiovascular: frecuencia cardíaca (taquicardia); tensión arterial (hipertensión).
- Desorientación, confusión...
- Si presenta alucinaciones, agitación, irritabilidad...

Toda esta búsqueda ayudará en el momento de aplicar el plan de cuidados y poder establecer unos objetivos y unas actividades.

3. Para descartar posibles causas se realizarán conjuntamente con el médico unos estudios diagnósticos, entre ellos:

- Una buena valoración mental, para descartar una demencia.



183 • Se les practicará una glicemia y/o una analítica para descartar alteraciones metabólicas y/o bioquímicas, intoxicaciones farmacológicas o descartar proceso infeccioso.

• En caso de hipertermia, podríamos realizar un sedimento para descartar una infección de orina. En el caso que el resultado fuera negativo, realizar una radiografía de tórax en busca de otros focos infecciosos. Dicha radiografía también descartaría la presencia de neoplasias.

• Practicar un EKG podría descartar patología cardíaca.

• Realizar una simple pulsioximetría, en el caso de que presentara disnea.

Para lograr los objetivos específicos de dicho diagnóstico de enfermería, deberemos programar unas actividades (3, 7, 10, 12, 13, 15, 17, 18, 20). Algunas de ellas requieren trabajo en equipo, pero otras muchas son propias de las enfermeras:

• La primera y primordial será identificar la causa de dicha confusión.

• Establecer desde el primer día una relación interpersonal de confianza.

• Nos dirigiremos al paciente siempre por su nombre, consiguiendo así la reorientación en la propia persona, en un tono suave, utilizando frases cortas y simples para facilitar la comprensión y la asimilación.

• Debemos acercarnos al paciente pausadamente, ya que él percibe todo aquello que nosotros manifestamos. Frecuentemente lo que percibe es lo que nosotros transmitimos; si lo que percibe es enfado esto será lo que manifestará.

• Debemos evitar que se lesione, para ello aplicaremos las actividades que encontramos en el diagnóstico "potencial de lesión".

• La reorientación temporo-espacial es fundamental:

- Evitaremos frustrarle con preguntas de orientación que no puedan ser respondidas.

- Realizaremos una pregunta después de otra, dándole tiempo para responder.

- El hecho de disponer de rótulos indicando dónde está el lavabo y/o su propio armario también nos ayudará en su orientación.

- Dejar una luz suave encendida, nos ayudará a que se ubique en el espacio si se despierta.

- Disponer de su propio pijama y de sus objetos personales les reorienta en su propia persona.

• Siempre que sea posible será atendido por el mismo personal, evitando así el miedo a lo desconocido.

• Estimularemos a la familia para que se quede con él acompañándolo en su ingreso, evitando así la sensación de abandono y transmitiéndole que nada malo puede sucederle.

• Y, por supuesto, la administración de medicación para remitir la agitación, según la pauta médica o el protocolo. Esta actuación que ha aparecido en último término, con frecuencia es la única actividad que se lleva a cabo.

Para acabar desearía que se quedaran con una frase que resume todo lo dicho: "ante todo paciente confundido podemos hacer muchas cosas, no simplemente administrar medicación".

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer al Hospital General de Granollers el haber podido realizar este estudio, al Dr. Ariño por creer en mí, a las enfermeras de UGA y COT por colaborar en la recogida de datos. A Misericordia García, profesora de la UB de Barcelona por asesorarme. Y concretamente a mis compañeros de camino quienes día tras día me han ayudado a seguir adelante; muchas gracias por estar ahí, Antonia, José, Alberto, y muy especialmente a María, Kike y Óscar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guillén Llera F, Pérez del Molino Martín J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Ed. Masson; 1994: 17-30, 37-45, 211-6.

2. Ribera Casado JM. A: Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. 12ª ed. Barcelona: Doyma; 1992: 1253-63.

3. Cole MG, Primeau FJ, Elie LM. Delirium: prevention, treatment, and outcome studies. *Geriatr Psychiatry Neurol* 1998 Fall; 11(3): 126-37; discussion 157-8.

4. Foreman MD, Mion LC, Trystad L, Fletcher K. Standard of practice protocol: acute confusion/delirium. *Geriatric Nursing* 1999 May-Jun; 20(3): 147-52.
5. Kelley FJ. Plannig care of acutely confused critically older person. *Critical Care Nursing Quartely* 1996 Aug; 19(2): 41-6.
6. Lewis Cleary B. A: Cook JS, Fontaine KL. *Enfermería psiquiátrica*. 2ª edición. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1993: 625-51.
7. Martin JH, Haynes LC. Depression, delirium, and dementia in the elderly patient. *AORN Journal* 2000 Aug; 72(2): 209-18.
8. Menten JC. A nursing protocol to assess causes of delirium: identifying delirium in nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing* 1995 feb; 21(2): 26-30, 54-5.
9. Milisen K, Foreman MD, Godderis J, Abraham IL, Broos PLO. Delirium in the hospitalized elderly: nursing assessment and management. *Nursing Clinics of North America* 1998 Sep; 33(3): 417-39.
10. St Pierre J. Delirium in hospitalized elderly patients: off track *Critical Care Nursing Clinics of North America* 1996 Mar; 8 (1): 53-60.
11. Orozco Salinas MT. Atención de enfermería al paciente con delirium en el hospital general. *Rev Desarrollo Científico de Enfermería* 1996; 4(10): 19-22.
12. Ruiz D, Ferre A, Ferrer S, Vázquez G. Delirium en un servicio de Medicina. *Rev Gerontol* 1998; 8: 37-40.
13. Selva A, San José A. El delirium en el anciano. Marcador de vulnerabilidad. *Rev Gerontol* 1998; 8: 52-4.
14. Selva A, Jacas C, Solans R, Vilardell M. Síndrome confusional agudo en pacientes mayores de 65 años ingresados en un servicio de Medicina Interna de un hospital general. *Rev Gerontol* 1998; 8: 42-4.
15. Carpenito LJ. *Diagnóstico de Enfermería*. 3ª edición. Madrid: Interamericana- McGraw-Hill, 1992.
16. *Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definiciones y clasificación 1999-2000*. 25 aniversario. Ediciones Harcourt, S.A. Madrid.
17. Kaschak Newman D, Jakovac Smith DA. *Planes de cuidados en geriatría*. Barcelona: Mosby/Doyma libros, 1995.
18. McCloskey JC, Bulechek GM. *Clasificación de intervenciones de enfermería CIE. Proyecto de intervención IOWA*. 2ª edición. Madrid 1996. Colección Salud y Sociedad. Editorial Síntesis.
19. Richars Hall G, Wakefield B. Confusión aguda en el anciano. *Rev Nursing* 1997; 15: 8-13.
20. Rodríguez Mondéjar JJ, Martín Lozano R, Jorge Guillem RM, *et al*. Síndrome confusional agudo en UCI: factores que influyen y actitud de enfermería. *Enferm Intensiva* 2001 ene-mar; 12(1): 3-9.