

Presentación de caso

Síndrome confusional agudo en adulto mayor de 80 años. Aplicación de la taxonomía NANDA, NOC y NIC

Acute confusional syndrome in older man 80 years. Application of the taxonomy NANDA, NOC AND NIC

Aracelys Déborah Bombino,¹ Norma Domínguez Sardiñas,² Ludmila Brenes Hernández³

¹Licenciada en Enfermería Ms.C Longevidad Satisfactoria

²Licenciada en Enfermería. Ms.C Longevidad Satisfactoria

³Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gerontología y Geriatria, Ms.C en Salud Pública y Envejecimiento.

Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud"

Editorial: Calle G y 27, Municipio Plaza de la Revolución, La Habana, Cuba

CP: 10400 Correo: geroinfo@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud".

RESUMEN

Se presenta caso clínico de Síndrome Confusional Agudo, en un paciente mayor de 80 años, ingresado en el Servicio de Evaluación Geriátrica del Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED) en agosto 2017. Las intervenciones de enfermería fueron encaminadas a la actuación ante el estado de agitación, desorientación y agresividad que presentó el paciente, las posibles complicaciones que se pudiesen presentar, así como el apoyo emocional y educación sanitaria a los familiares. Adjuntamos los diagnósticos de enfermería NANDA, las intervenciones NIC, los objetivos de resultados NOC y la interrelación que existe entre ellos, dada por la relación entre el problema, real o potencial, que hemos detectado en el paciente y los aspectos de ese problema que se intentan o esperan solucionar mediante una o varias intervenciones enfermeras, de las que también se desplegarán una o más actividades necesarias para la resolución de

este. NANDA: Taxonomía internacional de diagnósticos de enfermería, NOC: Clasificación internacional de resultados de enfermería, NIC: Clasificación internacional de intervenciones de enfermería.

Palabras clave: síndrome confusional agudo, NANDA, NIC, NOC, adulto mayor

ABSTRACT

We present a clinical case of acute confusional syndrome, in one 80-year-old patient entered into the service of geriatric assessment, the Research Center on longevity, aging and health. August 2017

The nursing interventions will be aimed at the action before the state of agitation, disorientation and aggression, the patient, possible complications that may occur, as well as emotional support and health education to them to the family.

Enclosed NANDA nursing diagnoses, NIC interventions, objectives of result NOC and the interrelationship between them.

The interrelationships between the diagnostic NANDA, the NOC results criteria and the NIC interventions, are nothing more than the relationship between the problem, real or potential, that we have detected in the patient and the aspects of this problem which is tried or await solve by means of one or several interventions nurses where one or more activities necessary for the resolution of the problem will also appear. NANDA: International taxonomy of nursing diagnoses, NOC: Nursing Outcomes. Classification, NIC: Nursing Interventions Classification,

Keywords: acute confusional syndrome, elderly.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Confusional Agudo (S.C.A) en el adulto mayor hospitalizado es un problema de salud potencialmente tratable y lo más importante, prevenible. El 20 y el 40 % de los pacientes presentan un S.C.A en algún momento de su estancia hospitalaria.¹ La incidencia y la prevalencia varían según la edad, el paciente y el

lugar de hospitalización. La prevalencia de delirio en los adultos mayores hospitalizados se ha estimado en 10 - 60 %. Al momento del ingreso se diagnostica S.C.A con una frecuencia de 11- 24 %; otro 5 - 35 % de los adultos mayores desarrollará el problema durante su estadía en el hospital. Este problema de salud afecta con mayor frecuencia a hombres que mujeres y a pacientes que han sufrido un S.C.A previo. La mortalidad varía del 11 al 41 %, y al año es de un 38 %.² El sub diagnóstico es frecuente lo que conlleva un gran riesgo, ya que se afectan principalmente los más viejos y más enfermos.³

Para el desarrollo del caso clínico se pone en práctica el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), este es un método sistematizado de identificación y resolución de problemas de salud, dirigido a cubrir necesidades del paciente, sistema familiar o comunidad. Es una herramienta de trabajo, que permite a Enfermería presentar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.¹⁰

En la realización de la valoración para la organización de la información y sentar la base de los cuidados, se elige el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson en el que el objetivo de los cuidados es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar la independencia en aquellas necesidades básicas que éste presente alteradas y se establecen las etiquetas diagnósticas de enfermería utilizando la Taxonomía NANDA International actualización 2018-2020.¹¹ Se presenta estructurada en 3 niveles: Dominios (Cada dominio está referido a un área de funcionamiento y/o comportamiento de la persona, se describen 13 dominios), Clases (grupo, género o clase que comparte atributos comunes es “una subdivisión de un grupo mayor; una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado”. Hay 46 clases) y Diagnósticos enfermeros” juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales”. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr

los resultados de los que la enfermera es responsable”. Hay 167 diagnósticos a los que se han añadido algunos más en la última edición 2018-2020.^{12,13}

La planificación de cuidados para los diagnósticos enfermeros seleccionados se realiza a través de la clasificación de resultados de enfermería NOC^{14,15} y la clasificación de intervenciones de enfermería NIC.^{16,17}

Un resultado se define como “un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide de manera continua en respuesta a una intervención enfermera.

La clasificación de resultados de enfermería NOC, clasificación global y estandarizada de los resultados de las intervenciones enfermeras, publicada por vez primera en 1997 y utilizada en esta ocasión para seleccionar los resultados e indicadores asociados a cada problema detectado en el paciente objeto de estudio. Se trata de una organización sistemática de resultados sensibles a las intervenciones enfermeras. Se clasifican siguiendo modelos de semejanzas y relaciones entre sí en una estructura taxonómica de tres niveles: Dominio, Clase y Resultado.¹⁶ Se utiliza una escala tipo *Likert* de cinco puntos con todos los resultados e indicadores para demostrar la variabilidad en el estado, conducta o percepción descrita. Se establece una puntuación basal y otra posterior a las intervenciones que se realizan para poder medir los resultados obtenidos en el paciente.

Las intervenciones para cada diagnóstico se establecieron siguiendo la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).¹⁷ Se trata de una clasificación normalizada y completa de intervenciones para alcanzar los resultados esperados sobre un paciente. Abarcan tanto el ámbito fisiológico como el psicosocial y se utilizan para la prevención de las enfermedades, tratamiento y para el fomento de la salud. Este listado tiene un orden interno establecido en campos, clases e intervenciones para facilitar el uso de la clasificación y hacer

posible su relación con la clasificación diagnóstica o con la clasificación de respuestas u objetivos.^{18,19}

Las interrelaciones entre las etiquetas diagnosticas NANDA, los Criterios de Resultados NOC y las Intervenciones NIC, no son más que la relación entre el problema, real o potencial, que hemos detectado en el paciente y los aspectos de ese problema que se intentan o esperan solucionar mediante una o varias intervenciones enfermeras de las que también se desplegarán una o más actividades necesarias para la resolución del problema. El uso de esta taxonomía es importante y necesario, ya que permite unificar criterios diagnósticos, intervenciones y resultados.^{19,20,21}

Presentación de caso

Masculino de 83 años con antecedentes de Hipertensión Arterial (HTA) controlada, que ingresa al Servicio de Evaluación e Intervención Geriátrica, del Centro de Investigación Sobre Longevidad Envejecimiento y Salud, el día 2 de agosto de 2017. El motivo de ingreso fue desorientación y agresividad. Referían sus familiares que hace tres días lo encontraban diferente, presentaba insomnio, no lograba concentrarse en sus actividades cotidianas hasta el punto de necesitar ayuda para realizarlas, se irritaba con facilidad y con frecuencia se le olvidaba donde dejaba las cosas, había presentado febrícula y tos con expectoración mucopurulenta. Al examen físico se encontró desorientación temporo-espacial, trastorno de la perceptividad, representada por alucinaciones visuales y afectación de la memoria reciente. Al examen físico respiratorio se destacó una FR: 28rpm y estertores crepitantes en base derecha. En la radiografía de tórax se observaron lesiones inflamatorias.

Los estudios hemoquímicos demostraron una leucocitosis 14×10^9 , a predominio de los neutrófilos y eritrosedimentación en 82 mm.

Por la valoración clínica se definieron como problemas:

Bronconeumonía bacteriana adquirida en la comunidad y estado confusional agudo. Diagnóstico basado en la aplicación de Criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual de Diagnóstico y Clasificación de Enfermedades Mentales (DSM-IV)⁴ y Escalas de diagnóstico: Confusional Assessment Method (CAM): Recoge el inicio agudo con curso fluctuante, inatención, pensamiento desorganizado y nivel de conciencia alterado.⁴⁻⁷

Proceso de atención de enfermería a un paciente con estado confusional agudo, secundario a una bronconeumonía bacteriana adquirida en la comunidad.

Valoración: 14 necesidades básicas de *Virginia Henderson*.^{20,21}

1. Necesidad de oxigenación.

- Patrón respiratorio afectado.
- Movimientos tóraco-abdominales con amplitud normal.
- Frecuencia respiratoria: 28 rpm.
- Tos, con expectoración, acompañada de secreciones mucopurulentas
- Fumador pasivo

Necesidad de alimentación e hidratación.

- Peso: 62 kg • Talla: 165 cm • IMC: 22.8 kg/m² → Peso normal
 - Ingiere dieta libre con restricción de sodio.
 - Anorexia, falta de interés por la comida
- Disminución en la ingesta de líquidos

2. Necesidad de eliminación.

- Doblemente continente.
- Necesita ayuda para ir al baño por la desorientación espacial
- Presenta un patrón intestinal adecuado (una deposición normal al día o cada dos días)

3. Necesidad de movimiento y mantener una buena postura.
 - Deambula sin dificultad, presenta una dependencia moderada para realizar las actividades básicas de la vida diaria, según Escala de Barthel 65 puntos/ de 100 puntos. (Necesita ayuda o supervisión para subir y bajar escaleras, deambular, vestirse, comer de una manera independiente debido a la desorientación espacial)
4. Necesidad de dormir y descansar.
 - Altera los horarios de sueños, presenta insomnio e irritabilidad en las noches.
5. Necesidad de vestirse adecuadamente.
 - Necesita ayuda para vestirse
6. Necesidad de termorregulación.
 - 38,6 ° C • Presentó algún episodios de febrícula.
7. Necesidad de higiene y protección de la piel.
 - Piel integra sin enrojecimientos en punto de presión
 - Necesita ayuda para su aseo personal.
 - No hay riesgo de Riesgo de úlceras por presión
8. Necesidad de evitar peligros.
 - No refiere alergias.
 - Consciente, desorientado en tiempo y espacio.
 - Se torna agresivo con sus familiares y personal profesional
 - Presenta alto riesgo de caídas.
9. Necesidad de comunicarse.
 - Presenta dificultad para mantener una conversación fluida.
10. Necesidad de valores y creencias.
 - No explorable
11. Necesidad de ocuparse para realizarse.

- No tiene vínculo laboral
12. Necesidad de recreo y ocio.
- No explorable
13. Necesidad de aprendizaje.
- No explorable

Paciente con estado confusional agudo, secundario a una bronconeumonía bacteriana extrahospitalaria. Principales diagnósticos de enfermería (taxonomía II de la NANDA 2018-2020).^{11,12}

Dominios, clases y diagnósticos con su definición.

Dominio 2. NUTRICIÓN: <i>Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.</i>	
Clase 5. Hidratación: <i>Captación y absorción de líquidos y electrolitos.</i>	
Diagnóstico	Definición
00028 <i>Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C reducción de la conciencia</i>	<i>Estado en que la persona presenta riesgo de experimentar deshidratación vascular, celular o intracelular.</i>
Dominio 4. ACTIVIDAD/REPOSO: <i>Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.</i>	
Clase: 1 Reposo/ Sueño: <i>Sueño, descanso, tranquilidad, relajación o inactividad.</i>	
00096 <i>De privación del sueño. R/C Asincronía circadiana</i>	<i>Períodos de tiempo prolongados sin sueño (suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia).</i>
Clase 3. Equilibrio de la energía: <i>Estado de equilibrio dinámico entre el ingreso y el gasto de recursos.</i>	
00154. <i>Vagabundeo R/C desorientación espacial</i>	<i>Caminar errabundo, repetitivo o sin propósito definido que hace a la persona susceptible de sufrir lesiones; frecuentemente es incongruente con la frontera, los límites o los obstáculos.</i>
Clase 4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares: <i>Mecanismos cardiopulmonares que apoyan la actividad y el reposo.</i>	
00032 <i>Patrón respiratorio ineficaz R/C proceso infeccioso</i>	<i>Estado en que el patrón de inhalación y/o exhalación de una persona no permite la inflación o vaciado pulmonar adecuado.</i>
Clase 5. Autocuidado: <i>Habilidad para llevar a cabo las actividades de cuidados del propio cuerpo y de las funciones corporales.</i>	

00102 ,00108, 00110, 00109 Déficit de autocuidado: alimentación, baño, uso del inodoro, vestido R/C deterioro perceptual	Estado en que la persona experimenta deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí misma las actividades de alimentación. baño, uso del inodoro, vestido
DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN Sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.	
Clase 4. Cognición: Uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje.	
00128 Confusión aguda R/C Delirio	Inicio brusco reversible de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrolla en un corto período de tiempo.
Clase 5. Comunicación: Enviar y recibir información verbal y no verbal.	
Diagnóstico	Definición
00051 Deterioro de la comunicación verbal R/C alteraciones del estado mental	Estado en que la persona experimenta disminución o ausencia de la capacidad para usar o comprender el lenguaje.
DOMINIO 7 ROL / RELACIONES El cuidador es vulnerable a la sensación de dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia.	
Clase 1. Roles de cuidador: Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que proporcionan los cuidados y que no son profesionales de la salud.	
00062. Riesgo de cansancio del rol de cuidador. R/C factores situacionales	El cuidador es vulnerable a la sensación de dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia.
DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección.	
Clase 2. Lesión física: Lesión o herida corporal.	
00155 Riesgo de caídas R/C alteración del estado mental	Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.
00035 Riesgo de lesión R/C alteración del estado mental	Estado en que la persona presenta riesgo de lesión como resultado de condiciones ambientales que interactúan con los recursos adaptativo y defensivos de la persona.
00038 Riesgo de trauma físico R/C alteración del estado mental	Aumento del riesgo de lesión tisular accidental (por ejemplo: herida, quemadura o fractura.
Clase 3. Violencia: Ejecución de fuerza o poder excesivo con la finalidad de causar lesión o abuso.	
00140 Riesgo de violencia	Riesgos de conductas que indiquen que una persona

<i>autodirigida R/C alteración del estado mental</i>	<i>puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para sí misma.</i>
00138 <i>Riesgo de violencia dirigida a otros R/C alteración del estado mental</i>	<i>Estado en que la persona experimenta conductas que pueden ser lesivas para sí misma o para otros.</i>

Paciente con estado confusional agudo, secundario a una bronconeumonía bacteriana extrahospitalaria. Interrelación de la NANDA/NIC/NOC.^{16,17}

NANDA: 00032 Patrón respiratorio ineficaz R/C Deterioro de la percepción		
Resultado NOC		Intervenciones NIC
Resultado	Indicador	
0410 Permeabilidad de las vías respiratorias	041004 Frecuencia respiratoria 041012 Capacidad para eliminar secreciones	3390 ayuda a la ventilación -Mantener vías aéreas permeables -Fomentar la respiración lenta y profunda -Administrar abundantes líquidos 3230 Fisioterapia respiratoria -Facilitar drenaje postural -Estimular la tos -Abundantes líquidos
NANDA: 00128 Confusión aguda R/C Delirio		
0901 Orientación cognitiva	090103 identifica el lugar donde está 090104 Identifica el día presente 090102 Identifica seres queridos 090109 identifica eventos actuales significativos	6440 manejo del delirio -Monitorizar el estado neurológico -Reconocer verbalmente los miedos y sentimientos del paciente -Informar al paciente sobre lo que Sucede 4720 Estimulación cognitiva -Proporcionar estimulación ambiental - Presentar cambios de forma gradual -Orientar en tiempo, lugar y persona 4820- Orientación cognitiva -Dirigirse al paciente por su nombre -Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo -Evitar frustrar al paciente con demandas que superan la capacidad

00154. Vagabundeo R/C desorientación espacial		
1926 Deambulaci3n segura	<p>190601 deambula sin hacerse da1o</p> <p>100606 se queda en una zona segura</p>	<p>6420 Restricci3n de zonas de Movimiento</p> <p>-Restringir a la zona designada que sea adecuada</p> <p>- Utilizar dispositivos y medidas de protecci3n</p> <p>- ayudar al paciente a modificar el comportamiento inadecuado</p> <p>- Explicar el procedimiento y el prop3sito</p>
NANDA: 00096 De privaci3n del sue1o. R/C Asincronía circadiana		
Resultado NOC		Intervenciones NIC
Resultado	Indicador	
0004 Sue1o	<p>000418 Duerme toda la noche</p> <p>000410 despertar a horas apropiada</p>	<p>1850 Mejorar el sue1o</p> <p>Determinar el esquema de sue1o</p> <p>-Ajustar el ambiente</p> <p>-Facilitar el mantenimiento de rutinas habituales</p> <p>-Ayudar a eliminar situaciones estresante</p>
NANDA: 00051 Deterioro de la comunicaci3n verbal R/C alteraciones del estado mental		
0902 Comunicaci3n	<p>090202 utiliza el lenguaje hablado</p> <p>090210 interpretaci3n exacta de mensajes recibidos</p> <p>090208 intercambio de mensaje con los dem1s</p>	<p>4976 Mejorar la comunicaci3n</p> <p>-Escuchar con atenci3n</p> <p>-Dar una orden simple</p> <p>-Animar al paciente ha establecer conversaci3n</p> <p>-Utilizar cartones con dibujos</p>
NANDA.00102 ,00108, 00110, 00109 D3ficit de autocuidado: alimentaci3n, ba1o, uso del inodoro vestido R/C deterioro perceptual		
0313 Nivel de autocuidado	<p>031301 Se ba1a</p> <p>031302 Se viste</p> <p>031304 Se Alimenta</p> <p>031307 Se asea de manera independiente</p> <p>031314 Reconoce necesidades de seguridad</p>	<p>1800 Ayuda al autocuidado</p> <p>-Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir el autocuidado</p> <p>-Proporcionar objetos personales deseado</p> <p>-Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias</p> <p>-Animar al paciente a realizar AVD</p>
NANDA: 00062. Riesgo de cansancio del rol de cuidador. R/C Factores situacionales		

<p>2205 Rendimiento de cuidador principal/ cuidados directos</p>	<p>220503 Conocimiento del proceso de la enfermedad 220502 ayuda al receptor de cuidado en la realización de las AVD 220515 Previsión de un ambiente seguro</p>	<p>7040 apoyo al cuidador principal -determinar el nivel de conocimiento -animar al cuidador a que asuma su responsabilidad -enseñar técnicas de cuidado 7140 Apoyo a la familia -Valorar reacción emocional en la familia ante la enfermedad del paciente -Favorecer una relación de confianza -Orientar a la familia sobre el ambiente de cuidado</p>
<p>NANDA: 00140 Riesgo de violencia autodirigida R/C alteración del estado mental</p>		
<p>1406 control de la automutilación</p>	<p>140606 No se autolesiona 140605 Mantienen el control sin supervisión</p>	<p>5380 Potencialización de la seguridad -Disponer de un ambiente no amenazador -Permanecer con el paciente para fomentar la seguridad -Presentar los cambios de forma gradual 4640 Ayuda para el control del enfado -Intervenir antes de que se manifieste la agresión -Administrar medicamentos -Establecer controles externos 4354 manejo de la conducta: autolesión -Disponer vigilancia continua del paciente -Anticiparse a situaciones desencadenantes</p>
<p>NANDA: 00138 Riesgo de violencia dirigida a otros R/C alteración del estado mental</p>		
<p>1401 Autocontrol de agresión</p>	<p>140103 se abstiene de golpear a los más 140119 mantiene autocontrol sin supervisión</p>	<p>5380 Potencialización de la seguridad -Ayudar a la familia a identificar factores que aumentan el sentido de seguridad 4820- Orientación cognitiva - Acercarse al paciente lentamente y de frente -Trasmitir calma - Hablar al paciente con un volumen adecuado</p>

NANDA: 00155 Riesgo de caídas R/C alteración del estado mental		
NANDA: 00035 Riesgo de lesión R/C alteración del estado mental		
1828 prevención de caídas 1911 Conductas de seguridad personal	182802 Uso correcto de los dispositivos de seguridad 182814 Enfermedades agudas que aumentan el riesgo de caída 182811 Ejercicios para reducir el riesgo de caída	6490 Prevención de caídas -controlar la marcha y el equilibrio -ayudar en la de ambulación inestable -colocar objetos al alcance del paciente -disponer sillas a la altura adecuada -eliminar riesgos ambientales 6610 Identificación de riesgos 5380 Potenciación de la seguridad
NANDA: 00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C reducción de la conciencia		
0602 Hidratación	060202 Mucosas y membranas Húmedas 060215 Ingesta de líquidos	4120 Manejo de líquidos 2080 Manejo de líquidos y electrolíticos -Administrar líquidos según necesidades del paciente - Estimular las ingestas de líquidos

Paciente con estado confusional agudo, secundario a una bronconeumonía bacteriana extrahospitalaria. Evaluación de resultados NOC. Al ingreso y al egreso del paciente.

Indicadores	Fecha de evaluación	ESCALA LIKERT				
		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Propuesta de Resultado/ tiempo: 0004 Sueño						
000418 Duerme toda la noche 000410 despertar a horas apropiadas	Ingreso	1				
	egreso					5
0313 Nivel de autocuidado						
031301 Se baña	Ingreso	1				
	egreso				4	
031302 Se viste	Ingreso	1				
	egreso				4	
031304 Se Alimenta	Ingreso	1				5
	egreso					
031307 Se asea de manera independiente	Ingreso	1				
	egreso					5
031314 Reconoce necesidades	Ingreso	1				

de seguridad	egreso				4	
0602 Hidratación						
060202 mucosas y membranas Húmedas	Ingreso				3	
	Egreso					5
060215 ingesta de líquidos	Ingreso	1				
	Egreso				4	
0902 Comunicación						
090202 utiliza el lenguaje hablado 090210 interpretación exacta mensajes recibidos 090208 intercambio de mensajes con los demás	Ingreso	1				
	Egreso				4	
2205 Rendimiento del cuidador principal/ cuidados directos						
Indicadores		Inadecuado	Ligeramente adecuado	Moderadamente adecuado	Sustancialmente adecuado	Completamente adecuado
220503 Conocimiento del proceso de la enfermedad	Ingreso	1				
	Egreso					5
220502 ayuda al receptor de cuidados en la realización de las AVD	Ingreso		2			
	Egreso				4	
220515 Previsión de un ambiente seguro	Ingreso	1				
	Egreso				4	
0410 Permeabilidad de las vías respiratorias						
Indicadores	Fecha de evaluación	Desviación grave rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin Desviación del rango normal
041004 Frecuencia respiratoria	Ingreso		2			
	Egreso					5
041012 Capacidad para eliminar secreciones	Ingreso		2			
	Egreso					5
1926 Deambulación segura						
Indicadores	Fecha de evaluación	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
190601 Deambula sin hacerse daño	Ingreso		2			
	Egreso				4	
100606 Se queda en una zona segura	Ingreso	1				
	Egreso					5
1401 Autocontrol de la agresión						
140103 Se abstiene de	Ingreso	1				

<i>golpear a los de más</i>	<i>Egreso</i>					5
140119 <i>Mantiene autocontrol sin supervisión</i>	<i>Ingreso</i>		2			
	<i>Egreso</i>					5
1406 control de la automutilación						
140606 <i>No se autolesiona</i>	<i>Ingreso</i>	1				
	<i>Egreso</i>				4	
140605 <i>Mantienen el control sin supervisión</i>	<i>Ingreso</i>	1				
	<i>Egreso</i>					5
1828 prevención de caídas						
1911 Conductas de seguridad personal						
Indicadores	Fecha de evaluación	Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
182802 <i>Uso correcto de los dispositivos de seguridad</i>	<i>Ingreso</i>	1				
	<i>Egreso</i>				4	
182814 <i>Enfermedades agudas que aumentan el riesgo de caídas</i>	<i>Ingreso</i>	1				
	<i>Egreso</i>					5
182811 <i>Ejercicios para reducir el riesgo de caída</i>	<i>Ingreso</i>		1			
	<i>Egreso</i>					5

DISCUSIÓN

En este caso, el paciente permanece ingresado durante 13 días. Su evolución fue favorable y el estado confusional agudo cedió a los cuatros días de estadía en sala, posterior al tratamiento de la infección bacteriana respiratoria de la cual era portador el paciente desde su domicilio, reconociéndose como la causa del síndrome confusional. A pesar del elevado riesgo que tenía el paciente de sufrir caídas, lesiones físicas y deshidratación, debido a la desorientación espacial y la agitación, ninguno de estos eventos se evidenció, por lo que se consideraron satisfactorias las intervenciones de enfermería dirigidas al paciente durante su hospitalización.

En la puntuación final al alta, se observa una mejora general del paciente, aunque sigue manifestando cierta dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria de manera independiente, necesitando ligera ayuda y supervisión para bañarse y vestirse, por lo que se brindan recomendaciones a los familiares en cuanto a fomentar el autocuidado y las medidas de seguridad.

En cuanto al diagnóstico. Riesgo de cansancio del rol de cuidador, a pesar del apoyo brindado al cuidador principal, en cuanto a elevar el nivel de conocimiento, enseñar técnicas de cuidado, favorecer una relación de confianza, este riesgo se puede potencializar en el domicilio del paciente por lo que se enfatiza en estas recomendaciones al alta del paciente.

Es importante establecer el diagnóstico diferencial con la demencia: que tiene curso progresivo, suele ser estable, el nivel de conciencia no suele alterarse, la atención se afecta menos y la desorientación aparece en las fases más tardías.^{8,9} Además, con el trastorno de ansiedad que se caracteriza por la aparición de miedo o malestar intenso, de comienzo brusco y que se acompaña de síntomas como sudoración intensa, náuseas, parestesias, disnea, palpitaciones, opresión torácica.¹⁰ Y la depresión: generalmente cursa con ánimo deprimido, anorexia, fatiga, apatía, insomnio, principalmente.

CONCLUSIONES

Un adecuado manejo del síndrome confusional agudo evita complicaciones como caídas, lesiones físicas, deshidrataciones, pérdida de funciones, que pueden comprometer la calidad de vida u ocasionar la muerte del paciente. La realización de un plan de cuidados personalizado y el uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC mejora la calidad en la prestación de los cuidados, proporciona un lenguaje común entre los profesionales enfermeros facilitando el trabajo en equipo y consecuentemente la mejora del estado de salud del paciente. Es fundamental el papel de enfermería al proporcionar al paciente/familia los conocimientos necesarios para alcanzar la autonomía y lograr la reinserción del paciente a su medio, obteniendo así, el éxito en su recuperación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Warren L, Shi Q, Saposnik G, Macdermid JC. Confusion Assessment Method: A systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy. Research Gate

- (Pubmed)[Internet]. 2016. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Gustavo_Saposnik2/publication/257350787_Confusion_assessment_method_a_systematic_review_and_metaanalysis_of_diagnostic_accuracy/links/54cf830a0cf24601c093ab8b.pdf
2. Formiga F., Marcos E., Sole A., Valencia E., Lora-Tamayo 5 y Puyol R. "Síndrome Confusional agudo en pacientes ancianos ingresados por patología médica". Rev. Clín. Esp. 2015; 205 (10); 484-8.
 3. Carrera Castro C, Romero Moreno FJ, González Pérez A. Revisión de la utilidad y fiabilidad de la Confusion Assessment Method en atención especializada y primaria. Avances en enfermería [Internet]. 2015; Vol 33 (2): p 261-270. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n2/v33n2a08.pdf>
 4. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), 5ª Edición. Madrid: Ed. Panamericana; 2014.
 5. Chacón Zamora M. Delirio postquirúrgico en fractura de cadera del paciente adulto mayor. Revista clínica de la escuela de medicina UCR-HSJD [Internet]. 2014; Vol. 4, Num 4: p 6-10.
 6. Formiga F., Marcos E., Sole A., Valencia E., Lora-Tamayo 5 y Puyol R. "Síndrome Confusional agudo en pacientes ancianos ingresados por patología médica". Rev. Clín. Esp. 2005; 205 (10); 484-8.
 7. Marck R, Scholten H, Muselaers N, Eerenberg T. Short-Term Cognitive Effects After Recovery From a Delirium in a Hospitalized Elderly Sample. The journal of nervous and mental disease [Internet]. 2014 202(10):732-737.
 8. Mendez MF., Gershfield DN.: Delirio. En: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. Eds. Neurología Clínica. Diagnóstico y tratamiento. Cuarta Edición. Elsevier España. Madrid, 2015: 29-40.
 9. Ribera Casado J. M. "El Síndrome Confusional Agudo: un síndrome geriátrico al alza". Rev. Clin. Esp. 2005; 205 (10): 469-7.
 10. Protocolo de Evaluación y tratamiento del Delirium. Instituto clínico de Neurociencias. Hospital Clínico Universitario de Barcelona. 2005.
 11. "Nursing Diagnoses: Definitions & Classifications 2018-2020" Publicado 8th August 2017 por Ruymán Brito. Disponible en: revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/download/14928/14199
 12. Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación. 11ª Edición, 2018-2020. Editorial: Wiley Blackwell.
 13. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015 – 2017. Barcelona: Elsevier; 2013.

14. Servicio extremeño de salud. Planes de cuidados de enfermería en atención especializada. Junta de extremadura. Guía práctica SES Num 18. 2015. Disponible en: http://respir20.diba.cat/sites/respir20.diba.cat/files/libro_planes_cuidados_especializada.pdf
15. Enríquez Rodríguez Nerea. Plan de cuidados a un paciente quemado: a propósito de un caso. 2016.
16. Guerra Cabrera Emérida, Pozo Madera Esperanza, Álvarez Miranda Liduvina, Llanoaz Mayda R. El proceso de atención de enfermería y la formación de profesionales. Educ Med Super [Internet]. 2001 Abr [acceso Mayo 2016] ;15(1): 30-38.
17. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3ª edición. Elsevier España. 2014.
18. Guerra Cabrera Emérida, Pozo Madera Esperanza, Álvarez Miranda Liduvina, Llanoaz Mayda R. El proceso de atención de enfermería y la formación de profesionales. Educ Med Super [Internet]. 2015 Abr [acceso Mayo 2016] ;15(1): 30-38.
19. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3ª edición. Elsevier España. 2012.
20. Antúnez, Emilia Ruiz, et al. "Revisión de una Intervención de Enfermería. NIC: 007040 Apoyo al Cuidador Principal." Revista EnfermeríaCyL; 2016 (8.2): 40-61.
21. García-Mayor, S. "Los Lenguajes Estandarizados de Enfermería y su aplicación para la descripción de modelos competenciales en Enfermería de Práctica Avanzada. Evidencia. 2015;5(12): 51-2.