

Prevención del Síndrome Confusional Agudo en pacientes ancianos hospitalizados con fractura de cadera

ELABORACIÓN DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO.

ALUMNA: VICTORIA EUGENIA GARRIGÓS MONTOYA.

PROFESOR RESPONSABLE: ANTONIO PEÑA RODRIGUEZ.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	5
Evolución de la población.....	5
Caídas en ancianos.....	7
Fractura de cadera.....	7
Síndrome Confusional Agudo.....	9
Definición y características.....	9
Prevalencia.....	10
Valoración del delirium.....	10
Prevención del Delirium. Cuidados de enfermería.....	12
Justificación.....	14
OBJETIVOS.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos.....	14
METODOLOGÍA.....	14
DESARROLLO.....	15
Factores predisponentes y precipitantes del síndrome confusional agudo.....	15
Plan de actuación de enfermería para la prevención del Síndrome Confusional Agudo en pacientes con fractura de cadera.....	17
DISCUSIÓN.....	26
BIBLIOGRAFÍA.....	28

RESUMEN

Introducción: Las consecuencias del síndrome confusional agudo en pacientes con fractura de cadera aumentan la morbilidad y la mortalidad de la persona, produciendo en numerosas ocasiones dependencia para el resto de su vida. El objetivo principal de esta revisión es la realización de un plan de actuación de enfermería, conociendo los factores de riesgo del delirium para la correcta prevención del mismo.

Métodos: Se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos para identificar cuales son los factores predisponentes y precipitantes en ancianos hospitalizados con fractura de cadera susceptibles de padecer el síndrome confusional agudo.

Resultados: No se han encontrado muchos artículos relacionados con la prevención no farmacológica del síndrome confusional agudo. A pesar de esto, las revisiones encontradas muestran que el delirium es una enfermedad prevenible mediante el conocimiento de los factores de riesgo y la correcta aplicación de cuidados de enfermería. En esta revisión se exponen los factores predisponentes y precipitantes del delirium y basado en diagnósticos NANDA, NOC y NIC se elabora un plan de cuidados para su prevención.

Discusión: El delirium es una patología invalidante, pudiendo ser el precursor de la muerte de la persona, por lo que se le debe prestar la atención que merece. El anciano hospitalizado con fractura de cadera es un paciente de alto riesgo de padecerlo por todos los factores asociados que presenta. La prevención de factores de riesgo y el establecimiento de un plan de actuación son las medidas más útiles para evitar la aparición de esta enfermedad. En posteriores estudios de casos y controles se debería poner en práctica el plan de actuación realizado.

Palabras clave: prevención, delirium, hospitalizados y ancianos.

ABSTRACT

Background: The consequences of delirium in patients with hip fracture increase person's morbidity and mortality, producing largely of occasions dependence for the rest of life. The

main objective of this revision is the implementation of a care plan of nursing, knowing the risk factors for delirium for correct prevention of the same.

Methods: A literature review is done in different databases to identify which the predisponent and precipitant factors in elderly hospitalized people with hip fracture susceptible of suffering delirium are.

Results: Not found many items related to the non-pharmacological prevention of delirium. Despite this, the revisions found show that delirium is a preventable disease through the knowledge of risk factors and the correct application of nursing care. This review presents the predisposing and precipitat factors of delirium and using diagnostics NANDA, NOC, NIC we develop a plan of care for its prevention.

Discussion: Delirium is a disabling condition, and can be the forerunner of the death of the person, so it should be paid attention that deserves. The elderly hospitalized person with hip fracture is a patient at high risk of developing it by all the factors associated with. The prevention of risk factors and the establishment of an action plan measures are more useful to prevent the emergence of this disease. In subsequent studies of cases and controls carried out action plan should be put into practice.

Key words: prevention, delirium, hospitalized, elderly.

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Evolución de la población

El incremento de la esperanza de vida está originando un aumento progresivo de la población de 65 años y más, que tiene como consecuencia un aumento del envejecimiento. Esto es debido a la mejora de la calidad de vida y fundamentalmente a los avances en la medicina de las últimas décadas. Este proceso se verá acentuado durante los próximos años ya que los individuos están alcanzando edades que eran impensables en épocas anteriores y traerá consigo cambios sociales y económicos para la sociedad del futuro.

En España, el fenómeno del envejecimiento se observa muy acelerado, como consecuencia de una mayor longevidad, ya que en menos de 30 años se ha duplicado el número de personas mayores de 65 años (Tabla 1). Éste proceso se ve acentuado por la baja tasa de natalidad que se viene registrando desde los años 70. En 1975 la cantidad promedio de hijos era casi de 3 por mujer en edad fértil, mientras que actualmente es apenas de 1,2.

A 1 de julio de 2012

Edad (años)	Total	% mujeres
Mayor de 64	8.106.652	57,3
65-69	2.210.557	52,8
70-74	1.758.586	54,4
75-79	1.681.210	57,1
80-84	1.317.219	60,6
85-89	763.519	65,1
90-94	296.230	69,8
95-99	70.192	75,1
100 o más	9.139	73,1

Tabla 1. Población mayor de 65 años en España¹

Según las estimaciones de la población a mediados del 2015 había en España 8.106.652 personas mayores de 64 años, lo que representa un 17,6% de la población. De esos 8 millones el 57,3% son mujeres (Figura 1).

Prevención del Síndrome Confusional Agudo en pacientes ancianos hospitalizados con fractura de cadera

Según las proyecciones realizadas por el INE en el año 2064 (Figura 2), las personas mayores de 65 años estarán por encima del 30% de la población (con casi 13 millones) y los octogenarios llegarán a ser mas de 4 millones, lo que supondrá mas del 30% de la población mayor.

La forma más usada para exponer este envejecimiento progresivo es la pirámide de población. Aquí se muestra la pirámide de población española del año 2015 y la proyección realizada por el INE hasta el año 2064².

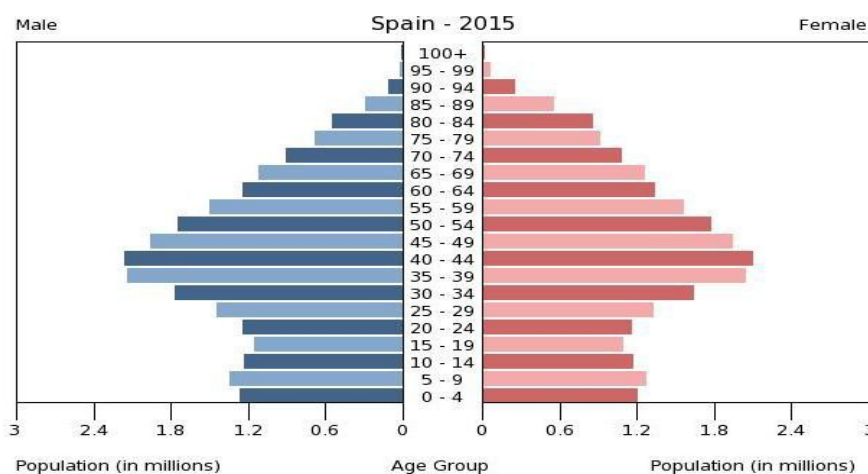


Figura 1. Pirámide de población española del año 2015.

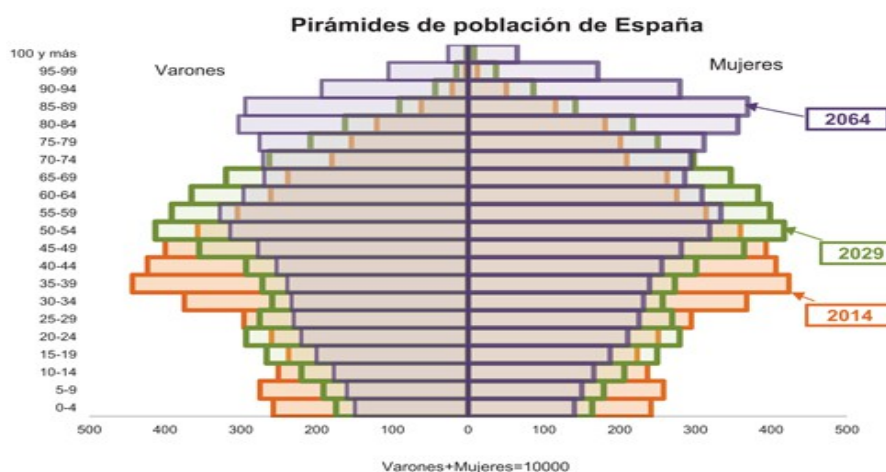


Figura 2. Proyección de la pirámide poblacional española hasta el año 2064.

Como consecuencia del envejecimiento, las personas mayores van desarrollando cierta fragilidad que las hace muy susceptibles a padecer patologías asociadas a la edad.

Los cambios que se producen en el cuerpo en la última etapa de la vida contribuyen a la aparición de factores de riesgo de pérdida de salud. Entre los cambios más importantes se encuentran: pérdida de masa ósea, atrofia muscular, reducción de la capacidad pulmonar, atrofia cerebral, cambios en los órganos de los sentidos etc. Una de las mayores preocupaciones entre la comunidad sanitaria con respecto a estos cambios en la persona es el riesgo de caídas³.

1.2 Caídas en ancianos

Las caídas representan uno de los problemas más importantes dentro de la geriatría. Son un fenómeno muy frecuente y una de las principales causas de lesiones físicas, de incapacidad e incluso de muerte en éste grupo de edad.

Éstas aumentan en frecuencia conforme se eleva la edad, a partir de los 85 años disminuye su frecuencia debido a la reducción de la actividad de la persona. Siempre, en todos los tramos de edad, son más habituales en las mujeres que en los hombres.

Con el envejecimiento, el deterioro de la marcha progresivo y definitivo es agravado por la presencia de diferentes enfermedades. Según avanza la edad, se modifica el centro de gravedad, la coordinación, los reflejos, el equilibrio, la fuerza y la flexibilidad, entre otros.

Las caídas provocan lesiones importantes y fracturas que en los pacientes de edad geriátrica conllevan una larga y difícil rehabilitación, pudiendo ser en ocasiones fatales; además traen consigo por leves que sean, factores físicos o psicológicos. Una de las lesiones con más importancia en la medicina que derivan de las caídas tanto por su frecuencia como por su gravedad es la fractura de cadera⁴.

1.3 Fractura de cadera

La fractura de cadera es la rotura de la porción más cercana al tronco del hueso fémur. Se puede romper tanto dentro, como fuera de la articulación con los huesos ilíacos. Cabe

señalar, que éstas articulaciones soportan todo el peso del resto del organismo, por lo tanto son el apoyo imprescindible para poder caminar. Es bastante frecuente a medida que se progresa en edad, calculándose que por cada cien mil personas, cerca de 100 sufren una fractura de cadera en un año. Si nos referimos a personas mayores de 80 años, casi un 3% han sufrido una fractura de cadera. Estas cifras, son aún más altas si se analiza a la población anciana que habita en instituciones residenciales. Se calcula que en España se producen durante un año, sobre treinta mil fracturas de cadera en ancianos, siendo el 78% en mujeres⁵. Se ha demostrado mediante la realización de estudios que las personas ancianas que han sufrido una fractura de cadera tienden a morir antes que las que no la han tenido .

En general, el diagnóstico de la fractura no supone dificultad, ya que la persona no puede caminar, presenta intenso dolor al mover el miembro inferior afectado y éste toma una posición de acortamiento y rotación hacia fuera. De todos modos se debe verificar el diagnóstico mediante la realización de una radiografía.

Las fracturas de cadera se pueden clasificar en: intertrocanteréas, de cuello femoral y de cabeza femoral. Para la correcta estabilización del hueso y corrección de la patología se debe intervenir quirúrgicamente a excepción de la fractura del cuello femoral si no está desplazada que se le puede aplicar corrección ortopédica.

Ésta patología no sólo implica la reducción de la funcionalidad física de la persona si no que también provoca cambios emocionales y psicológicos, ya que deben de permanecer hospitalizados durante el tiempo que sea necesario para una buena recuperación. Una de las patologías psicológicas mas relevantes en pacientes con fractura de cadera es el síndrome confusional agudo.

1.4 Síndrome Confusional Agudo.

1.4.1 Definición y características.

El delirium o síndrome confusional agudo es una alteración en el estado mental que se caracteriza por ser aguda y reversible. Es uno de los trastornos cognitivos más frecuentes e importantes en el adulto mayor hospitalizado. Se asocia a un aumento de la morbilidad y mortalidad durante el ingreso hospitalario, en igual medida como lo puede ser un infarto agudo de miocardio o una sepsis, y la pérdida de independencia de la persona.

Según el DSM-V el delirium se encuentra dentro de los trastornos neurocognitivos, siendo éstos los únicos trastornos mentales que poseen una patología subyacente. La característica más importante que define al delirium es una alteración de la atención o de la conciencia acompañada de un cambio cognitivo con respecto a la normalidad de cada persona. Aparece poco tiempo después de ingresar ya sean horas o días y empeora normalmente en las tardes y noches por la disminución de los estímulos de la orientación. Hay evidencia de que el trastorno está causado por una alteración fisiológica (anamnesis, exploración física y pruebas de laboratorio). La sintomatología que se puede observar es: alteración de la memoria y el aprendizaje, desorientación, alteraciones del lenguaje y alteraciones de la percepción (ilusiones, alucinaciones y malinterpretaciones). El delirium a menudo se asocia con alteraciones del sueño-vigilia por lo que puede haber somnolencia diurna y/o agitación nocturna. Puede presentar alteraciones emocionales como ansiedad, temor, depresión, irritabilidad, enfado, euforia, apatía... Los cambios emocionales son muy rápidos e impredecibles ^{6,7}. Es fluctuante en el tiempo con periodos lúcidos en la mañana y manifestándose en la noche la máxima alteración. Desde un punto de vista clínico se pueden presentar tres tipos de delirium: hipoactivo (letargia, aplanamiento afectivo, apatía, disminución de la respuesta a estímulos, irritabilidad), hiperactivo (agitación, agresividad, inquietud, labilidad emocional) y mixto, el cual es el más frecuente y presenta características de los dos anteriores ⁸.

1.4.2 Prevalencia.

La prevalencia de ésta afectación varía según el autor del artículo, la unidad en la que está ingresado el paciente y la enfermedad que padezca. Muchos estudios detectan que del 20%-40% de ancianos ingresados presentan delirium durante su estancia hospitalaria, de los cuales de un 10%-30% presentan una enfermedad médica. En esta revisión nos vamos a centrar en los pacientes con fractura de cadera, ya que la prevalencia del delirium en estos pacientes se eleva significativamente del resto de patologías variando entre el 45% y el 65%⁹.

1.4.3 Valoración del delirium.

La aparición del SCA aumenta la morbilidad y la mortalidad, alarga la estancia hospitalaria y en un elevado porcentaje será el precursor de una demencia. Estos son motivos suficientes para diagnosticarlo y tratarlo desde sus comienzos.

Según la búsqueda realizada en distintas bases de datos y revistas, la escala con más evidencia científica que identifica la presencia de delirium es Confusion Assessment Method (CAM). Con la utilización de este método de valoración el personal de enfermería pretende dar una detección precoz a este síndrome para evitar posibles secuelas a largo plazo en los pacientes afectados. La escala consta de diversos apartados en los cuales se valora: el tipo de evolución, falta de atención, pensamiento desorganizado y el nivel de conciencia(Tabla 2)¹⁰⁻¹³.

1 Comienzo agudo o evolución fluctuante	Ausente	Presente
Es positivo si la respuesta es SI a IA o IB		
IA ¿Hay evidencias de cambio en el estado mental respecto al estado basal?		
IB ¿Ha fluctuado el comportamiento (anormal) en las últimas 24 h?. Es decir, ¿tiende a aparecer y desaparecer o aumenta y disminuye en gravedad evidenciado por la fluctuación de una escala de sedación?		

Prevención del Síndrome Confusional Agudo en pacientes ancianos hospitalizados con fractura de cadera

<p>2 Falta de atención</p> <p>¿Tuvo el paciente dificultad para fijar la atención, evidenciada por puntuaciones < 8 en cualquiera de los componentes visual o auditivo del ASE?</p> <p>2A Comience con el ASE de letras. Si el paciente es capaz de hacer esta prueba y la puntuación es clara, anote esta puntuación y pase al punto 3.</p> <p>2B Si el paciente no es capaz de realizar esta prueba o la puntuación no es exacta, haga el ASE de figuras. Si hace las dos pruebas use el resultado del ASE de figuras para puntuar.</p>	Ausente	Presente
<p>3 Pensamiento desorganizado</p> <p>¿Hay evidencia de pensamiento desorganizado o incoherente evidenciado por respuestas incorrectas a 2 o mas de las 4 preguntas y/o incapacidad para obedecer órdenes?.</p> <p>3A Preguntas de si o no (alternar el grupo A y el grupo B).</p> <p>Grupo A</p> <p>¿Puede flotar una piedra en el agua?.</p> <p>¿Hay peces en el mar?</p> <p>¿Pesa un kilo más que dos kilos?</p> <p>¿Se puede usar un martillo para clavar un clavo?</p> <p>Grupo B</p> <p>¿Puede flotar una hoja en el agua?</p> <p>¿Hay elefantes en el mar?</p> <p>¿Pesaran dos kilos más que un kilo?</p> <p>¿Se puede usar un martillo para cortar madera?</p> <p>3B Órdenes</p> <p>Decir al paciente " Muestre cuántos dedos hay aquí ". Mostrar dos dedos al paciente.</p>	Ausente	Presente

Posteriormente decirle " Haga lo mismo con la otra mano ". El paciente tiene que obedecer ambas órdenes.		
4 Nivel de conciencia alterado Es positivo si la puntuación RASS es diferente a 0.	Ausente	Presente
Puntuación global Si el 1 y el 2 y cualquiera de los criterios 3 o 4 están presentes el enfermo tiene delirio.	Si	No

Tabla 2. Confusion Assessment Method.

Otra escala muy importante en la valoración del Delirium es Confusion Rating Scale, la cual cuantifica el nivel de alteración que presenta la persona. Se divide en 16 apartados (ciclo sueño-vigilia, las alteraciones perceptivas y alucinaciones, ilusiones, labilidad emocional, lenguaje, anormalidades del pensamiento, agitación motora, movimientos retardados, orientación, atención, memoria a corto plazo, memoria a largo plazo, habilidad visuoespacial, comienzo de los síntomas, fluctuación de los síntomas y trastornos físicos) en los cuales se identifica el grado de afectación de cada uno de los síntomas principales del delirium ¹⁴.

1.4.4 Prevención del Delirium. Cuidados de enfermería.

La prevalencia del delirium en personas que presentan fractura de cadera es muy superior a las que presentan cualquier otra enfermedad. Los pacientes con este tipo de patología que desarrollan delirium estando hospitalizados tienen peores resultados que los pacientes que no lo desarrollan¹⁵. Las consecuencias negativas de la presentación del delirium en pacientes con fractura de cadera son: estancia más larga en el hospital, el incremento de las complicaciones derivadas de la hospitalización, déficits cognitivos persistentes e incluso la muerte. El delirium también es un predictor de la mala recuperación de la funcionalidad de la cadera ¹⁶.

El abordaje erróneo de este síndrome puede desencadenar un malestar significativo, ya que crea un sentimiento de angustia, desesperación e infravaloración tanto por parte del paciente como de su familia.

A pesar de los recursos existentes, en la mayoría de los casos no se aplican medidas para la detección y prevención del delirium. Ésto se puede deber a la sobrecarga de trabajo de enfermería, al desconocimiento de los síntomas por el personal y a la creencia errónea de que no es un síndrome prevenible. En un amplio porcentaje de pacientes que presentan delirium se diagnostica con horas o días de evolución por lo que se administran fármacos para combatirlos que en muchos casos dan muchas reacciones secundarias y no lo previenen.

Uno de los errores más cometidos durante la hospitalización es la realización de una única valoración al paciente (al ingreso). Durante el transcurso de la estancia hospitalaria el paciente puede sufrir cambios tanto psíquicos como físicos y éstos deben constar para la posible detección de este síndrome.

Por todas estas cuestiones es imprescindible realizar una correcta prevención del síndrome confusional agudo. Para ello se necesita el conocimiento de los factores predisponentes tanto intrínsecos como extrínsecos para prevenir desde el inicio de la hospitalización y la realización de un plan de cuidados de enfermería para el seguimiento, la observación y la intervención al paciente.

Los planes de cuidados deben ser personalizados, adaptados a las necesidades de cada paciente. En el caso del paciente que sufre una fractura de cadera, en el plan de cuidados deberán aparecer los diagnósticos de enfermería que se relacionan con ésta patología, los diagnósticos de enfermería que no tienen relación con la patología pero que la persona presenta (como puede ser la desnutrición) y los riesgos que puede padecer debido a su estado (valoración mediante escalas y riesgos de la patología).

1.5 Justificación

El síndrome confusional agudo es una afectación muy extendida en nuestros hospitales sobre todo en unidades de críticos y traumatología, en las cuales la falta de personal de enfermería es mas visible y la referencia espacio-tiempo se distorsiona. Las personas que sufren una fractura de cadera son muy vulnerables a padecer ésta nefasta complicación que puede llevar a una discapacidad funcional permanente. Muchos estudios demuestran que mediante una correcta aplicación de cuidados esta afectación se puede prevenir en un alto porcentaje y de éste modo eliminar las consecuencias que produce, tanto a corto como a largo plazo.

Debido a la morbi-mortalidad de ésta patología, veo necesario la realización de una revisión en la que se exponga un plan de cuidados estandarizado para pacientes que sufren una fractura de cadera y tengan alto riesgo de padecer delirium.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Establecer un plan de actuación de enfermería para prevenir el síndrome confusional agudo en el paciente anciano hospitalizado con fractura de cadera.

2.2 Objetivos específicos

- Determinar factores asociados al Síndrome Confusional Agudo que estén relacionados con la fractura de cadera en el anciano hospitalizado.
- Determinar las manifestaciones clínicas de los factores favorecedores de la aparición del Síndrome Confusional Agudo en ancianos con fractura de cadera.

3. METODOLOGÍA

Para conseguir los objetivos propuestos, se ha realizado una búsqueda selectiva de guías de salud, revistas, protocolos, manuales en formato electrónico y papel y sus consiguientes

paginas de Internet donde se encuentra ubicada toda la información (Enfermería Global, Medline, DSM V).

En segundo lugar se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane library plus y Scielo. Las palabras clave utilizadas para realizar la búsqueda han sido: prevención, delirium, hospitalizados y ancianos.

Los criterios de inclusión son revisiones sistemáticas, artículos originales y guías de actuación sobre pacientes ancianos hospitalizados con fractura de cadera que traten sobre la prevención no farmacológica del delirium en idioma ingles y español preferentemente con menos de cinco años desde la fecha de publicación.

4 DESARROLLO

4.1 Factores predisponentes y precipitantes del síndrome confusional agudo.

La etiología del Síndrome Confusional Agudo es multifactorial, intervienen diversos factores que pueden ser propios de la persona que lo sufre o externos a ella. (Figura 3) ¹⁷.

Los factores predisponentes del paciente son los que tiene el propio paciente sin nada externo que pueda condicionarlo. Entre los factores intrínsecos más importantes para la aparición del delirium se encuentran: edad de más de 70 años, deterioro cognitivo previo, alteraciones sensoriales, enfermedad orgánica severa, dependencia funcional, infecciones, alteraciones electrolíticas, intervención quirúrgica, traumatismos, uso o dependencia de alcohol etc ^{6,18}.

Los factores precipitantes del delirium son eventos que condicionan positivamente la aparición del síndrome. Entre los más importantes se encuentra: uso de catéteres, uso de fármacos (sobre todo que afecten al SNC), polimedicación, estrés, dolor, inmovilización, contención mecánica, retención urinaria, impactación fecal, cambios en el sueño-vigilia, ruidos, etc ^{6,18}.

Prevención del Síndrome Confusional Agudo en pacientes ancianos hospitalizados con fractura de cadera

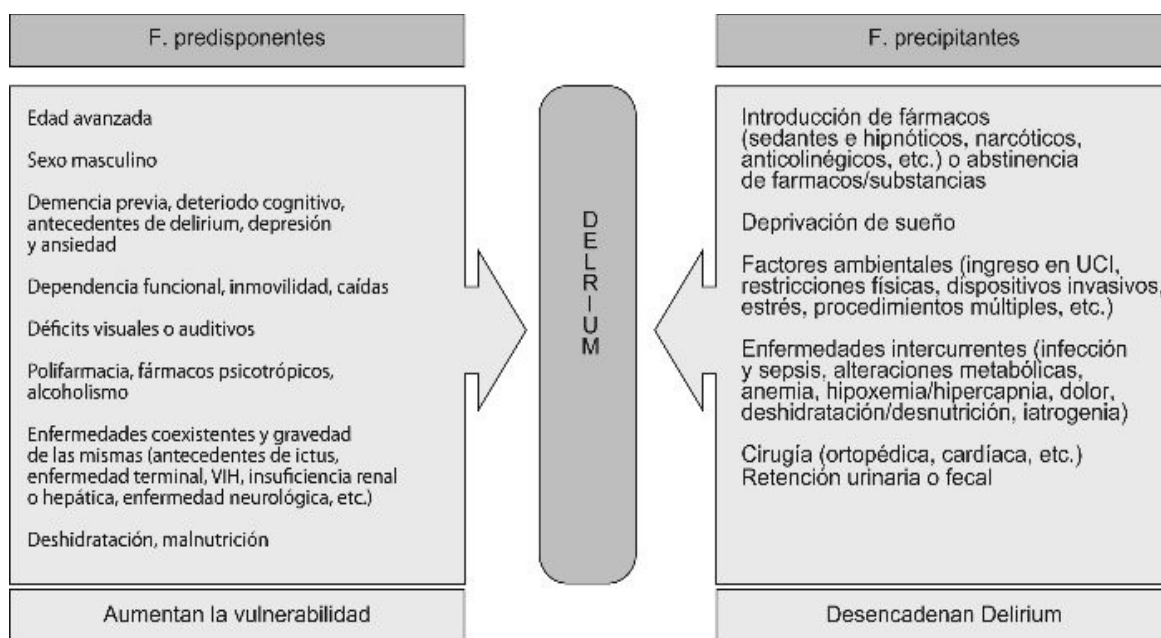


Figura 3. Factores predisponentes y precipitantes.

Sufrir una fractura de cadera conlleva muchas limitaciones físicas, ya que no es posible para la persona el levantarse de la cama del hospital. A parte también se producen cambios psicológicos debido a la ansiedad por la situación, la desorientación etc. Las personas ancianas con ésta patología son las más propensas a sufrir delirium ya que debido a su estado cumplen con la mayoría de factores predisponentes y precipitantes de éste.

Podemos decir que los factores de riesgo del delirium en ancianos con fractura de cadera son múltiples. Hay factores que la persona no puede modificar que aumentan el riesgo como son la edad mayor a 70 años y el sexo masculino. Al ingresar, los pacientes pueden padecer diversas enfermedades agudas o crónicas de base, como los déficits visuales o auditivos, depresión, enfermedades intercurrentes (dolor, deshidratación, desnutrición etc) que aumentan en un alto porcentaje el riesgo de padecer delirium. El hecho de que sufran una fractura de cadera pone muchos mas factores en vigencia a parte de los que la persona ya sufra como son: la inmovilización (dependencia funcional), dolor, fármacos, deprivación

del sueño. Esta clase de pacientes deben de permanecer hospitalizados para la aplicación del tratamiento lo que supone que el paciente se encuentre en un lugar desconocido que le produce ansiedad con lo cual la desorientación es muy común. También hay factores asociados al tratamiento de la fractura como las infecciones en el sitio de incisión, riesgo de sangrado que puede producir anemia, dolor, inmovilización, diversos fármacos usados para la reducción del dolor que pueden afectar al SNC, la ansiedad y el temor de la persona tanto ante la operación como con el resultado de ésta.

Para poder realizar la prevención del delirium en esta clase de personas debemos conocer todos los factores de riesgo de éste síndrome, las enfermedades de base de los pacientes, además de los factores inmodificables de la persona. Hay que hacer una correcta aplicación de cuidados para evitar toda una serie de consecuencias y manifestaciones que pueden ser nefastas para su salud tanto a corto como a largo plazo.

4.2 Plan de actuación de enfermería para la prevención del Síndrome Confusional Agudo en pacientes con fractura de cadera.

A continuación, se exponen diagnósticos con sus objetivos y actividades más prevalentes, clasificados según afectaciones, riesgos y dominios que se deben incluir en planes de cuidados de pacientes que tengan riesgo alto de padecer delirium con fractura de cadera¹⁹⁻²⁰:

00027 Déficit de volumen de líquidos. Dominio 2, Nutrición.

Definición: disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación, pérdida solo de agua, sin cambios en el sodio. Causa puede ser viudedad o depresión aparte de los físicos.

Características definitorias

- Alteración del estado mental.
- Aumento de la concentración de la orina.
- Aumento de la frecuencia cardíaca.

Prevención del Síndrome Confusional Agudo en pacientes ancianos hospitalizados con fractura de cadera

- Aumento de la temperatura corporal
- Debilidad.
- Disminución de la diuresis.
- Disminución de la presión del pulso.

Factores relacionados

- Mecanismos de regulación comprometidos.
- Pérdida activa del volumen de líquidos.

NOC	NIC
0602 Hidratación.	4120 Manejo de líquidos.
1008 Estado nutricional: ingestión de líquidos.	2314 Administración de medicación: intravenosa. (Sueroterapia).
1208 Nivel de depresión.	

00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades. Dominio 2, Alimentación.

Definición: Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

Características definitorias

- Capacidad para ingerir los alimentos.
- Factores biológicos.
- Pérdida de peso de un 20% o más por debajo del peso ideal.
- Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.
- Bajo tono muscular.

Factores relacionados

- Falta de interés en los alimentos.
- Viudedad.

Prevención del Síndrome Confusional Agudo en pacientes ancianos hospitalizados con fractura de cadera

- Depresión.
- Debilidad en los músculos requeridos para la masticación o deglución.
- Inflamación o ulceración de la cavidad bucal.

NOC	NIC
1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.	1100 Manejo de la nutrición.
1010 Estado de deglución.	1120 Terapia nutricional.
1014 Apetito.	1803 Ayuda en los autocuidados: alimentación.
	1056 Alimentación enteral por sonda.
	1200 Administración de nutrición parenteral total.

0016 Deterioro de la eliminación urinaria. Dominio 3, Eliminación e intercambio.

Definición: disfunción en la eliminación urinaria.

Características definatorias:

- Disuria.
- Retención urinaria.
- Incontinencia urinaria.
- Micciones frecuentes.
- Urgencia urinaria.
- Nicturia.

Factores relacionados

- Deterioro sensitivo-motor.
- Infección urinaria.
- Deterioro cognitivo.

Prevención del Síndrome Confusional Agudo en pacientes ancianos hospitalizados con fractura de cadera

NOC	NIC
0502 Continencia urinaria.	0580 Sondaje Vesical.
0503 Eliminación urinaria.	0590 Manejo en la eliminación urinaria.
	0620 Cuidados de la retención urinaria.

00198 Trastorno del patrón del sueño. Dominio 4, Actividad/Reposo.

Definición: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.

Características definatorias

- Cambios en el patrón de sueño.
- Despertarse sin querer.
- Dificultad en el funcionamiento diario.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- No sentirse descansado.

Factores relacionados

- Factores ambientales.
- Falta de intimidad.
- Inmovilización.
- Interrupción causada por la persona que duerme con el paciente o el personal sanitario.

NOC	NIC
0004 Sueño.	1400 Manejo del dolor.
	5820 Disminución de la ansiedad.
	6482 Manejo ambiental: confort.

00085 Deterioro de la movilidad física. Dominio 4, Actividad/Reposo.

Definición: limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo de una o más extremidades.

Características definitorias

- Alteración de la marcha.
- Discomfort.
- Dificultad para girarse.
- Inestabilidad postural.
- Enlentecimiento del movimiento.
- Movimientos descoordinados.

Factores relacionados

- Alteración de la función cognitiva.
- Deterioro musculoesquelético.
- Contracturas.
- Disminución del control muscular.
- Falta de uso.

NOC	NIC
0208 Movilidad	0221 Terapia de ejercicios: ambulación.
0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria.	0840 Cambio de posición.
1811 Conocimiento: actividad prescrita.	1400 Manejo del dolor.
2101 Dolor: efectos nocivos.	5612 Enseñanza: Actividad/Ejercicio prescrito.

00146 Ansiedad. Dominio 9, Afrontamiento/tolerancia al estrés.

Definición: sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica por la anticipación de un peligro.

Factores de riesgo

- Cambio en el estado de Salud.
- Amenaza para el estado de salud.

NOC	NIC
1211 Nivel de ansiedad.	1850 Mejorar el sueño.
1302 Afrontamiento de problemas.	4920 Escucha activa.
1402 Autocontrol de la ansiedad.	5610 Enseñanza: prequirúrgica.
	5820 Disminución de la ansiedad.
	6040 Terapia de relajación simple.

00132 Dolor agudo. Dominio 12, Confort.

Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.

Características definitorias

- Autoinforme de intensidad del dolor.
- Cambio en el apetito.
- Cambio en los parámetros fisiológicos.
- Conducta expresiva (inquietud, llanto).
- Desesperanza.
- Evidencia de dolor al usar una escala estandarizada.
- Expresión facial de dolor.

Factores relacionados

- Agentes lesivos biológicos (infección).
- Agentes lesivos físicos (procesos quirúrgicos, traumatismos).
- Agentes lesivos químicos.

NOC	NIC
1605 Control del dolor.	1400 Manejo del dolor.
2100 Nivel de comodidad.	2210 Administración de analgésicos.
2102 Nivel de dolor.	5270 Apoyo emocional.
	5310 Dar esperanza.
	5340 Presencia.
	5880 Técnica de relajación.

00015 Riesgo de estreñimiento. Dominio 3, Eliminación e intercambio.

Defiición: riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces y/o eliminación de las heces excesivamente duras y secas.

Factores de riesgo

- Cambio en los alimentos habituales
- Actividad física insuficiente.
- Cambios ambientales recientes.
- Medicamentos: antiinflamatorios no esteroideos, opiáceos, sedantes...

Prevención del Síndrome Confusional Agudo en pacientes ancianos hospitalizados con fractura de cadera

NOC	NIC
0501 Eliminación intestinal.	0430 Manejo intestinal.
	0440 Entrenamiento intestinal.
	0450 Manejo del estreñimiento/impactación.
	1100 Manejo de la nutrición.
	4120 Manejo de líquidos.

00206 Riesgo de sangrado. Dominio 4, Actividad/Reposo.

Definición: riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Efectos relacionados con el tratamiento (cirugía).

NOC	NIC
0413 Severidad de la pérdida de sangre.	4010 Prevención de la hemorragia.
1902 Control del riesgo.	6610 Identificación de riesgos.
1908 Detección del riesgo.	

00173 Riesgo de confusión aguda. Dominio 5, Comunicación.

Definición: riesgo de aparición de trastornos reversibles de la conciencia, la atención, el conocimiento, y la percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo.

Factores de riesgo

- Medicamentos.
- Dolor.
- Estrés.
- Edad superior a 70 años.
- Deprivación sensorial.

Prevención del Síndrome Confusional Agudo en pacientes ancianos hospitalizados con fractura de cadera

NOC	NIC
0901 Orientación cognitiva.	4720 Estimulación cognoscitiva.
0912 Estado neurológico: consciencia.	4820 Orientación a la realidad.
1902 Control del riesgo.	

00004 Riesgo de infección. Dominio 11, Seguridad/Protección.

Definición: vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo

- Conocimientos insuficientes para evitar al exposición a patógenos.
- Malnutrición.
- Obesidad.
- Procedimiento invasivo.
- Enfermedad crónica.

NOC	NIC
1102 Curación de la herida por primera intención.	1876 Cuidados del cateter urinario.
1842 Conocimiento: control de la infección.	2440 Mantenimiento de los dispositivos de acceso venoso.
1902 Control del riesgo.	3440 Cuidados del sitio de incisión.
1921 Preparación antes del procedimiento.	3662 Cuidados de las heridas: drenaje cerrado.
	6540 Control de las infecciones.

5. DISCUSIÓN

Los procesos patológicos asociados al envejecimiento de la población son numerosos. En ocasiones estos procesos pueden favorecer la aparición de otros si no se establecen las medidas adecuadas de prevención. Uno de estos casos es el síndrome confusional agudo asociado a la fractura de cadera. Esta patología produce mucha morbilidad a largo plazo e incluso la muerte a medio plazo.

La fractura de cadera es una patología invalidante, en la que antes y después de la aplicación del tratamiento quirúrgico u ortopédico la persona es dependiente totalmente para las necesidades básicas. Por otra parte debido a inmovilidad, dolor, ansiedad, posible patología de base, sangrado etc, existe alto riesgo de aparición del síndrome confusional agudo, que puede producir consecuencias nefastas para el paciente y la familia.

Algunos estudios han reflexionado sobre la posibilidad de realizar protocolos de administración de haloperidol para evitar la aparición del síndrome confusional agudo en pacientes con fractura de cadera pero sus resultados indican que esta administración no reduce su aparición ²¹.

Otros estudios corroboran la eficacia de la prevención no farmacológica del síndrome confusional agudo, en los cuales especifican el necesario conocimiento de los factores de riesgo y las actividades que se deberían realizar para la correcta prevención de esta enfermedad ¹⁶⁻¹⁷.

La Enfermería juega un papel fundamental en la detección, prevención, diagnóstico y tratamiento precoz del síndrome confusional agudo por la estrecha relación continuada e integral con el paciente. Es importante el tener unos conocimientos y habilidades esenciales para llevar a cabo esta labor multidisciplinaria creando programas de educación, estableciendo Protocolos y Guías de la Práctica Clínica acorde a la realidad, unificando criterios de intervención sanitaria para reducir la variabilidad y asegurar una correcta actuación terapéutica por todo el equipo multidisciplinario en la práctica clínica.

Prevención del Síndrome Confusional Agudo en pacientes ancianos hospitalizados con fractura de cadera

Mediante esta revisión se pretende mostrar a la comunidad enfermera que el síndrome confusional agudo es una enfermedad prevenible mediante el correcto establecimiento de un plan de cuidados adaptado al paciente. En posteriores estudios de casos y controles deberá comprobarse la eficacia de este plan de actuación y ver si realmente disminuye la incidencia del síndrome confusional agudo en pacientes con fractura de cadera.

6. BIBLIOGRAFÍA

1 Instituto Nacional de Estadística. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística 2012: Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm

2 Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población. 2014 [Internet]. Disponible en: http://www.ine.es/inebaseDYN/propob30278/propob_inicio.htm

3 Lázaro del Nogal M. Caídas en el Anciano. Revista de Medicina Clínica [Internet].2009. Vol 133. Num 4. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-caidas-el-anciano-13139248>

4González Sánchez Regla Ledia, Rodríguez Fernández María Magdalena, Ferro Alfonso María de Jesús, García Milián Josué Raúl. Caídas en el anciano: Consideraciones generales y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1999 Feb [citado 2016 Mayo 05] ; 15(1): 98-102. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000100011&lng=es

5 Serra J A, Garrido G, Vidan M, Marañon E, Brañas F, Ortiz J. Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. Anales de Medicina Interna (Madrid) [Internet]. 2002. Vol 19. Num 8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992002000800002&script=sci_arttext

6 Carrillo Esper R, Carrillo Córdova JR. Delirio en el enfermo grave. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y terapia intensiva [Internet]. 2007; Vol. XXI, Num 1: p 38-44. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2007/ti071i.pdf>

7 Ruiz MI, Mateos V, Suárez H, Villaverde P. Guía práctica de diagnóstico y tratamiento del síndrome confusional agudo. Hospital universitario central del Principado de Asturias.

8 Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), 5ª Edición. Madrid: Ed. Panamericana; 2014.

9 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. Disponible en: revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/download/14928/14199

10 Gutiérrez Segura JC, Posada Guzmán AD, Osorio Tabares E, Jaramillo Vásquez J, Cuartas Cuartas SM, Corredor Marín M. Delirium en pacientes con fractura de cadera. Revista médica de Risaralda [Internet]. 2006; Vol 12: p 34-39. Disponible en: <http://200.21.217.140/index.php/revistamedica/article/view/1003/4177>

11 Sharon K. Inouye, MD, MPH; Christopher H. van Dyck, MD; Cathy A. Alessi, MD; Sharyl Balkin, MD; Alan P. Siegal, MD; and Ralph I. Horwitz, MD. Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. Annals of internal medicine.1990; Vol 113: p 941-948. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.477.4525&rep=rep1&type=pdf>

12 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>

13 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_meta-analysis_of_diagnostic_accuracy/links/54cf830a0cf24601c093ab8b.pdf

14 Trzepacz P, Mittal D , Torres R, Kanary k , Norton J , Jimerson N. Validation of the Delirium Rating Scale-Revised-98: Comparison With The Delirium Rating Scale and the Cognitive Test for Delirium. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 13:2 [Internet]. 2001. Disponible en:

https://www.researchgate.net/profile/Paula_Trzepacz/publication/11892643_Validation_of_the_Delirium_Rating_Scale-revised-98_comparison_with_the_delirium_rating_scale_and_the_cognitive_test_for_delirium/links/00b7d514f9e6485fc4000000.pdf

15 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. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/267327815_Short-Term_Cognitive_Effects_After_Recovery_From_a_Delirium_in_a_Hospitalized_Elderly_Sample

16 Holroyd-Leduc J, Abelseth G, Khandwala, F, Silvius J, Hogan D, Schmaltz H, Frank C, Straus S. A pragmatic study exploring the prevention of delirium among hospitalized older hip fracture patients: Applying evidence to routine clinical practice using clinical decision support. Implementation science [Internet]. 2010 5:81. Disponible en:

<http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-5-81>

17 Carrera Castro C. Rol de enfermería en la prevención del delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera. Recomendaciones generales. Revista Enfermería Global [Internet]. 2012; Num 27. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/revision4.pdf>

18 Código PT-Gen Madrid. Cuidados de enfermería en la prevención del síndrome confusional agudo en el paciente anciano hospitalizado. Comunidad de Madrid. 2012. Disponible en: www.madrid.org/.../Satellite?...PT-GEN-60...

19Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación. 10ª Edición, 2015-2017. Editorial: Wiley Blackwell.

20Servicio extremeño de salud. Planes de cuidados de enfermería en atención especializada. Junta de Extremadura. Guía práctica SES Num 18. 2011. Disponible en: http://respir20.diba.cat/sites/respir20.diba.cat/files/libro_planes_cuidados_especializada.pdf

21 Vochteloo A, Moerman S, Borger van der Burg B, de Boo M, de Vries M, Niesten D, Tuinebreijer W, Nelissen R and Pilot P. Delirium risk screening and haloperidol prophylaxis program in hip fracture patients is a helpful tool in identifying high-risk patients, but does not reduce the incidence of delirium. BMC geriatrics 2011. Disponible en: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-11-39>

Prevención del Síndrome Confusional Agudo en pacientes ancianos hospitalizados con fractura de cadera