



# Plan de cuidados de enfermería para la atención del paciente geriátrico con delirium



**AUTORES Y VALIDADORES**

**AUTORES:**

Lic. Maribel Arriaga Montalbo  
Lic. Monica Fajardo Pineda

UMAE. Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”  
UMAE. Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”

**VALIDADORES:**

Enf. Andrea Bastida Flores  
Lic. Gabriel Guzmán Cruz  
Lic. Irma Gloria Bernal  
Lic. Ma Elena Romero Alfaro  
Mtra. Olga Lozano Rangel  
Enf. Guadalupe Estrada Zarazúa  
Lic. Elizabeth Corona García.  
Lic. Trinidad Jovita Olaya Velázquez  
Lic. Francisca Hernandez Flores  
Lic. Margarita Salgado Gomez  
Lic. Ma Roxana Arontes Jiménez  
Lic. Elizabeth Pineda Román  
Lic. María de la Luz Pagaza Ramos  
Lic. Guillermina Segura Orozco  
Lic. Laura Angélica Cruz de los Santos  
Enf. Rosa Elena Cabrera Loperena  
Lic. Ma. Ángeles Coronel de la Rosa  
Enf. Laura Perez Garambullo  
Enf. Claudia Sarahyt Solís Hernandez

UMAE Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”  
UMAE Hospital de Ortopedia “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”  
UMAE Hospital General Centro Medico La Raza  
UMAE Hospital de Gineco- Obstetricia No. 4  
UMAE Hospital de Cardiología CMN Siglo XXI  
UMAE Hospital de Especialidades CM La Raza  
UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes  
UMAE Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI  
UMAE Hospital de Oncología CMN Siglo XXI  
UMAE Hospital de Especialidades CM Siglo XXI  
UMAE Hospital de Especialidades CM Siglo XXI  
UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3  
UMAE Hospital de Gineco- Obstetricia No. 4  
UMAE Hospital de Gineco- Obstetricia No. 4  
Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor Tovar Acosta”  
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte  
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Centro  
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Centro  
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Centro



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**  
**UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**  
**COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD**

| NIVEL:<br>TERCER   | ESPECIALIDAD:<br>GERIATRÍA                      | <b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO CON DELIRIUM</b>  |   |  |  |
|--|---|--|---|--|--|
| <i>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</i>   |   | <i>RESULTADOS ESPERADOS</i>  |   |  |  |
| PATRON: 6 COGNITIVO PERCEPTUAL<br><br>Riesgo de confusión aguda R/C delirium y edad superior a los 60 años   | RESULTADO                                       | INDICADORES  | ESCALA DE MEDICION  | PUNTUACION DIANA   |  |
|  | RESULTADO<br>Estado neurológico:<br>Consciencia | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación cognitiva (tiempo, lugar, espacio y persona)</li> <li>• Comunicación apropiada a la situación</li> <li>• Obedece ordenes</li> <li>• Respuestas motoras a estímulos nocivos</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ol> | Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos |  |
| <i>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</i>  |   |  |   |  |  |
| <b>INTERVENCION : Manejo del delirium</b><br>Actividades: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar el estado neurológico sobre una base progresiva (<b>Método de Evaluación de la Confusión -ESCALA CAM</b>)</li> <li>• Permitir que el paciente mantenga rituales que limiten la ansiedad</li> <li>• Proporcionar información al paciente sobre lo que sucede y lo que puede esperar que suceda en el futuro</li> <li>• Administrar medicamentos si fueran necesarios para la ansiedad o agitación, según prescripción medica</li> <li>• Fomentar las visitas de seres queridos</li> <li>• Reconocer y aceptar las percepciones o interpretaciones de la realidad por parte del paciente.</li> <li>• Declarar la propia percepción de forma calmada, que de seguridad y sin discusiones</li> <li>• Responder al tono del tema o sentimiento, en lugar de al contenido de la alucinación o ilusión.</li> <li>• Retirar los estímulos que creen una percepción equivocada en un paciente particular ( retirar sujeciones)</li> <li>• Mantener un ambiente bien iluminado que reduzca los contrastes y las sombras</li> <li>• Ayudar a las necesidades relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación e higiene personal</li> <li>• Mantener un ambiente libre de peligros</li> <li>• Colocar un brazalete de identificación al paciente.</li> <li>• Disponer de un nivel adecuado de supervisión/vigilancia para controlar al paciente y permitir la implementación de acciones terapéuticas, si es necesario.</li> <li>• Informar al paciente sobre personas, tiempo y lugar, si es necesario</li> <li>• Fomentar el uso de dispositivos de ayuda que aumenten la activación sensorial (gafas, dispositivos de audición)</li> </ul> |   |  |   |  |  |



*INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA*

**INTERVENCIÓN : Orientación a la realidad**

Actividades:

- Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción
- Acercarse al paciente lentamente y de frente
- Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente
- Hablar al paciente de una manera distintiva, a un ritmo, volumen y tono adecuado.
- Hacer preguntas de una en una
- Evitar frustrar al paciente con demandas que superen la capacidad
- Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo
- Presentar la realidad de manera que conserve la dignidad del paciente (proporcionar una explicación alternativa, evitar discutir y evitar intentos de convencer al paciente).
- Repetir el último pensamiento expresado por el paciente
- Mostrar sugerencias/posturas físicas (mover la mano del paciente haciendo los movimientos necesarios para cepillarse los dientes), si es necesario, para completar la tarea dada
- Fomentar el uso de dispositivos de ayuda que aumenten la estimulación sensorial ( gafas, dispositivos de ayuda a la audición)
- Animar a la familia a participar en los cuidados basándose en las capacidades, necesidades y preferencias
- Permitir el acceso a objetos familiares, cuando sea posible.
- Ofrecer psi coeducación a la familia y los seres queridos respecto a fomentar la orientación a la realidad



|                         |                                   |   |
|-------------------------|-----------------------------------|---|
| <b>NIVEL:</b><br>TERCER | <b>ESPECIALIDAD:</b><br>GERIATRÍA | <b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO CON DELIRIUM</b> |
|-------------------------|-----------------------------------|---|

|                                  |                             |
|----------------------------------|-----------------------------|
| <b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA</b> | <b>RESULTADOS ESPERADOS</b> |
|----------------------------------|-----------------------------|

| PATRON: 6 COGNITIVO PERCEPTUAL  | RESULTADO                                      | INDICADORES  | ESCALA DE MEDICION  | PUNTUACION DIANA  |
|---|--|--|---|---|
| <p>Confusión aguda R/C delirio, edad superior a los 60 años M/P fluctuación en el nivel de conciencia, fluctuación en la actividad psicomotora, agitación creciente y percepciones erróneas</p> | <p>RESULTADO:<br/>Nivel de confusión aguda</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desorientación personal</li> <li>• Agitación</li> <li>• Verbalización sin sentido</li> <li>• Interpretación errónea de las indicaciones</li> </ul>                        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>   | <p>Se hará una primera valoración previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en lo obtenido post intervención de enfermería, registrado en la sección de respuesta y evolución de la hoja de registros clínicos</p> |
|   | <p>RESULTADO:<br/>Orientación cognitiva</p>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica el lugar donde esta</li> <li>• Identifica el día presente</li> <li>• Identifica el año actual</li> <li>• Identifica eventos actuales significativos</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Gravemente comprometido</li> <li>2.Sustancialmente comprometido</li> <li>3.Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5.No comprometido</li> </ol> |   |

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

| <b>INTERVENCION : Manejo del delirium</b>   | <b>INTERVENCION : Orientación a la realidad</b>  |
|---|--|
| <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar el estado neurológico sobre una base progresiva (<b>Método de Evaluación de la Confusión -ESCALA CAM</b>)</li> <li>• Reconocer y aceptar las percepciones o interpretaciones de la realidad por parte del paciente (alucinaciones o ilusiones).</li> <li>• Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación e higiene personal.</li> <li>• Mantener un ambiente libre de peligros</li> <li>• Colocar un brazalete de identificación al paciente.</li> <li>• Disponer un nivel adecuado de supervisión/vigilancia para controlar al paciente y permitir la implementación de acciones terapéuticas, si es necesario.</li> <li>• Disponer de cuidadores que resulten familiares al paciente.</li> </ul> | <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción</li> <li>• Acercarse al paciente lentamente y de frente</li> <li>• Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente</li> <li>• Hacer preguntas de una en una</li> <li>• Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo</li> <li>• Presentar la realidad de manera que conserve la dignidad del paciente (proporcionar una explicación alternativa, evitar discutir y evitar intentos de convencer al paciente).</li> <li>• Mostrar sugerencias/posturas físicas (mover la mano del paciente haciendo los movimientos necesarios para cepillarse los dientes), si es necesario, para completar la tarea dada</li> </ul> |



FECHA DE ELABORACIÓN: Diciembre 2012

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Octubre 2013

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Ackley B, Ladwig G. Manual de diagnósticos de enfermería. Ed. Elsevier. Madrid España, 2007
2. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Ed. Elsevier Mosby. España, 2009
3. Castro L, Flores H. Enfermería Geriátrica. Protocolos del cuidado al anciano. Ed. Fármacos Especializados. 2006
4. Doenges M, Moorhouse M, Murr A. Planes de Cuidados de Enfermería. Ed. Mc Graw-Hill. México, 2008.
5. Johnson m, Bulechek G, Butcher H, Mc Closkey J, Maas m, Moorhead S, Swanson E.
6. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Ed. Elsevier Mosby. España 2007.
7. Moorhead S, Johnson, Maas M, Swanson. Clasificación de Resultados de Enfermería. Ed Elsevier-Mosby. España 2009.
8. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Ed. Elsevier, España 2013.