

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Intervenciones del profesional de enfermería en el delirium a pacientes de la  
Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos de un hospital de Huancayo, 2024**

Trabajo Académico para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional de enfermería:

Cuidados Intensivos Pediátricos

**Autor:**

Jhenifer Kimberly Vega Chavez

**Asesor:**

Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Lima, 22 de abril de 2025

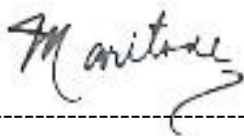
## DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, María Teresa Cabanillas Chávez, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“INTERVENCIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL DELIRUM A PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL DE HUANCAYO, 2024”** de la autora Jhenifer Kimberly Vega Chavez tiene un índice de similitud de 19% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 22 días del mes de abril del año 2025.

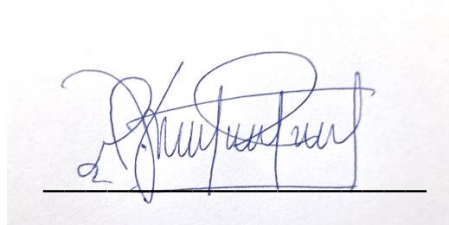


-----  
Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

**Intervenciones del profesional de enfermería en el delirium a  
pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos de un  
hospital de Huancayo, 2024**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional  
de enfermería: Cuidados Intensivos Pediátricos

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Juan Roberto Munayco Mendieta', is written over a horizontal line. The signature is stylized and cursive.

Mg. Juan Roberto Munayco Mendieta

Dictaminador

Lima, 22 de abril de 2025

## Tabla de Contenido

Resumen .....	6
Planteamiento del Problema.....	7
Formulación del Problema .....	9
Objetivos de la Investigación .....	9
Justificación.....	10
Desarrollo de las Perspectivas Teóricas .....	12
Antecedentes de la Investigación .....	12
Marco Conceptual .....	19
Bases Teóricas .....	27
Definición de Términos .....	28
Metodología .....	29
Descripción del Lugar de Ejecución .....	29
Población y Muestra.....	29
Tipo y Diseño de Investigación.....	30
Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos .....	34
Proceso de Recolección de Datos.....	35
Procesamiento y Análisis de Datos .....	36
Consideraciones Éticas.....	36

Administración del Proyecto de Investigación .....	38
Referencias bibliográficas .....	40
Apéndices .....	47

## Resumen

El delirium es una condición grave que afecta a niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCI Pediátrica). El delirio en pediatría se refiere a un episodio de confusión temporal en los niños, donde experimentan dificultades en la concentración y el razonamiento, así como alteraciones en la forma en que perciben su entorno. Este fenómeno puede surgir abruptamente y generalmente está asociado a causas como infecciones, deshidratación, modificaciones en su entorno o reacciones a medicamentos. El proyecto busca comprender qué intervenciones realiza el profesional de enfermería en el delirium, abarcando la prevención, detección y manejo de esta condición en niños hospitalizados en la UCI Pediátrica de Huancayo. Los resultados de la investigación contribuirán a mejorar la atención médica de estos pacientes, optimizando la calidad de vida y los resultados clínicos. La investigación será de enfoque cuantitativo, no experimental, para recopilar información sobre las intervenciones de enfermería en el delirium. Se espera que la investigación arroje luz sobre las prácticas actuales, las necesidades de capacitación y las áreas de mejora en el manejo del delirium en la UCI Pediátrica de Huancayo.

Palabras clave: Pediatría, delirium, cuidados de enfermería.

## **Planteamiento del Problema**

### **Identificación del Problema**

Delirio: de para & leiro = decir tonterías. El término internacional muy utilizado es delirio. Es la expresión más frecuente y a la vez espectacular de los psico-síndromes orgánicos. Se manifiesta como una disfunción cerebral global aguda. Es muy común en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCI) y aunque como entidad suele ser reversible, se ha asociado con una mayor morbilidad y mortalidad ( Kasimis, 2023).

El delirio es un síndrome de disfunción cerebral aguda. La tasa de incidencia del delirio en niños es del 4% al 47%. El delirio no solo aumenta el tiempo de hospitalización y los costos de tratamiento de los niños, sino que también provoca eventos inesperados como extubación no planificada y caída de la cama. El reconocimiento temprano y el tratamiento oportuno del delirio pueden revertir los resultados negativos en los niños hospitalizados.( Xu Tingting, 2020).

El delirio pediátrico (DP), junto al síndrome de abstinencia, se presenta como una de las complicaciones más comunes del uso de sedoanalgesia en niños en estado crítico. Su incidencia se sitúa entre el 25% y el 65% de los niños ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Pero, a pesar de ello, y de que las guías clínicas recomiendan su monitorización sistemática, el DP todavía es un problema poco conocido e infradiagnosticado en nuestras UCIP. (Castilla & Carrión, 2020).

La valoración cognitiva por medio de escalas validadas en el paciente pediátrico permite que la práctica del profesional de enfermería en la unidad pediátrica vaya más allá de una serie de tareas instrumentales en la UCIP y permiten la prevención hasta el seguimiento y control de los casos en el paciente con delírium. (Henaó-Castaño et al., 2021).

Investigaciones en pediatría han revelado que un porcentaje significativo de niños en estado grave, al menos el 25%, experimenta delirio. Esta cifra puede alcanzar casi el 38% en aquellos que permanecen más de cinco días en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). En cuanto al personal que trabaja en estas unidades críticas, una gran mayoría (85,32%) considera el delirio como un evento previsible. Además, el 87,16% reconoce que el delirio se diagnostica con poca frecuencia y el 90,27% lo identifica como una situación que necesita atención inmediata. Sin embargo, solo el 12,38% del personal ha recibido una formación adecuada sobre el tema. La escala de Cornell es la más utilizada para evaluar el delirio, mientras que el método de detección más común es la observación clínica por parte del médico tratante. El 65,48% considera útil el uso de benzodiazepinas para tratar el delirio (Figuroa et al., 2021).

Durante el quehacer de enfermería en la unidad de cuidados Intensivos pediátricos, la investigadora observo que los pacientes que cursaban con eventos crónicos presentan luego de la extubación episodios de irritabilidad, llanto y otra sintomatología que los ubicaban como un síndrome de delirium tremens, que, a la evaluación y la luz de la literatura, se pueden detectar a tiempo, prevenir y brindar el manejo adecuado de dichos eventos. Así mismo, se observó que los profesionales de enfermería de la unidad no utilizan la escala de cuidados de enfermería frente al delirium, para precisar un diagnóstico de enfermería y programar las Intervenciones adecuadas para la prevención y manejo del delirium tremen en pacientes que cursan con eventos mencionados. Ante toda esta situación mencionada, llevo a la investigadora a cuestionarse y a plantearse este proyecto de investigación.

## **Formulación del Problema**

### ***Problema General***

¿Qué intervenciones realiza el profesional de enfermería en el delirium a pacientes de la UCI pediátrica de un hospital de Huancayo, 2024?

### ***Problemas Específicos***

¿Qué intervenciones realiza el profesional de enfermería en la prevención del delirium a pacientes de la UCI pediátrica de un hospital de Huancayo, 2024?

¿Qué intervenciones realiza el profesional de enfermería en la detección del delirium a pacientes de la UCI pediátrica de un hospital de Huancayo, 2024?

¿Qué intervenciones realiza el profesional de enfermería en el manejo del delirium a pacientes de la UCI pediátrica de un hospital de Huancayo, 2024?

## **Objetivos de la Investigación**

### ***Objetivo General***

Determinar las intervenciones realiza el profesional de enfermería en el delirium a pacientes de la UCI pediátrica de un hospital de Huancayo, 2024.

### ***Objetivos Específicos***

Determinar las intervenciones realiza el profesional de enfermería en la prevención del delirium a pacientes de la UCI pediátrica de un hospital de Huancayo, 2024.

Determinar las intervenciones realiza el profesional de enfermería en la detección del delirium a pacientes de la UCI pediátrica de un hospital de Huancayo, 2024.

Determinar las intervenciones realiza el profesional de enfermería en el manejo del delirium a pacientes de la UCI pediátrica de un hospital de Huancayo, 2024.

## **Justificación**

### ***Justificación Teórica***

Este estudio busca mejorar la atención de enfermería al delirium en niños, un área poco explorada. Se justifica teóricamente al analizar y comprobar teorías existentes en una población específica, proporcionando bases científicas para intervenciones. El estudio explora diferentes aspectos teóricos para determinar las mejores prácticas de cuidado, además de recopilar datos actuales sobre la atención actual del personal de enfermería, permitiendo identificar y solucionar problemáticas. Se utiliza el modelo de Betty Neuman, que considera al individuo como un sistema abierto con cinco variables (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual), y describe la salud como un continuo bienestar-enfermedad. Finalmente, se espera que la investigación aporte sugerencias a profesionales de enfermería y sirva como base para futuros estudios.

### ***Justificación Metodológica***

El estudio aporta en este aspecto por seguirse lineamientos metodológicos explicados a detalle que hacen que la investigación sea replicable por otros investigadores en otras instituciones de salud con las mismas variables y dimensiones de estudio. Además, se utilizarán instrumentos que evalúan la prevención del delirium, la detección y el manejo por parte del personal de enfermería que han sido validados y con alta confiabilidad, por lo que pueden ser utilizados en futuros estudios en contextos similares. Por consiguiente, las guías utilizadas en este proyecto ayudarán a identificar tempranamente si la práctica realizada por los profesionales de enfermería en la atención a los pacientes pediátricos es eficiente y colabora con la detección temprana, la prevención y el manejo del delirium. Finalmente, esta investigación, ayudará a

identificar apropiadamente la eficiencia de los métodos y la práctica usada por los profesionales de enfermería al momento de atender a pacientes pediátricos.

### **Justificación Práctica y Social**

Esta investigación es muy importante debido al aporte teórico que ofrecerá con respecto al tema investigado, debido a que la detección temprana y la prevención dependen 7 mayormente del profesional de enfermería al relacionarse más directamente con el paciente pediátrico durante la aplicación de su cuidado. Con respecto al profesional de enfermería, la investigación ofrecerá herramientas de ayuda para la prevención del delirium siendo que este trae consecuencias neurológicas para los pacientes. La contribución de este proyecto, será de gran importancia debido a que actualmente no se han realizado muchas investigaciones que profundicen en el tema.

### **Línea de Investigación**

Cuidado humano y gestión del cuidado.

## **Desarrollo de las Perspectivas Teóricas**

### **Antecedentes de la Investigación**

#### ***Antecedentes Internacionales***

Orrú (2022) en el estudio “Conocimientos de enfermeras pediátricas sobre el delirio en pediatría” de tipo descriptivo estudió variables relacionadas con la identificación, caracterización y nivel de conocimiento de los participantes sobre el delirio pediátrico. Después de evaluar el contenido del instrumento de recolección de datos por parte de tres investigadores, el cuestionario fue adaptado al formato electrónico y enviado a los participantes. Los datos fueron almacenados en una hoja de cálculo electrónica y analizados mediante estadística descriptiva. La muestra estuvo compuesta por 34 enfermeras, con una edad promedio de 33 años. Del total, el 64,7% de los participantes considera que su conocimiento sobre el delirio pediátrico es escaso o nulo, y el 26,5% afirma no haber recibido información sobre el tema en ningún momento. En cuanto a experiencias e información sobre el delirio, el 88,2% cree que no es una condición que se presente solo durante la terapia intensiva, el 44,1% dice que ya atendió a niños con delirio, el 97,1% cree que identificar el delirio no es responsabilidad exclusiva del médico. y que el diagnóstico de delirio no depende exclusivamente del psiquiatra para ser validado (52,9%). En cuanto a los instrumentos para el screening del delirio, se indicaron algunas escalas que no han sido validadas para la población pediátrica. En cuanto al conocimiento sobre el delirio, el 47,1% consideró incorrecta la afirmación verdadera sobre la definición de delirio, el 41,2% desconocía la clasificación del delirio, el 79,4% afirmó que la falta de atención, la disminución o aumento de la actividad psicomotora y el trastorno en el sueño- ciclo de vigilia. son síntomas del delirio, el 64,7% afirmó que los padres de los niños juegan un papel importante en la identificación del delirio. Entre los factores predisponentes para el desarrollo del padecimiento, el 76,5% indicó el

uso de benzodiazepinas, medicamentos anticolinérgicos y hospitalización prolongada en cuidados intensivos. En cuanto a las medidas que se pueden utilizar para prevenir y controlar el delirio, el 91,2% indicó que proporcionarían un ambiente tranquilo y pacífico. Alrededor del 82,4% de los participantes considera que el conocimiento es la herramienta más útil para prevenir y tratar el delirio.

Gómez Tovar (2022) investigó la eficacia de una intervención de enfermería para disminuir la aparición y duración del delirio en pacientes de cuidados intensivos. El objetivo principal era comparar la efectividad de una intervención basada en el Modelo de Síntomas Dinámicos (MSD) y evidencia científica con la atención estándar. La muestra incluyó 213 pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se diseñó una intervención multicomponente, denominada Dynamic Delirium (DyDel), que incluía 10 cuidados y 33 actividades. Los cuidados se basaron en los componentes fisiológico, psicológico, espiritual, social, ambiental, experiencia y trayectoria del MSD. Las actividades específicas de cada cuidado se seleccionaron de acuerdo con la evidencia científica. Los resultados del estudio demostraron que la intervención DyDel fue efectiva para reducir la incidencia y duración del delirio en los pacientes del grupo intervención en comparación con el grupo control. La incidencia del delirio fue significativamente menor en el grupo intervención (5,6% vs. 14,8%,  $p=0,037$ ), y la duración del delirio también fue menor ( $0,07\pm 0,308$  vs.  $0,34\pm 1,28$ ,  $p=0,016$ ). Además, el grupo intervención experimentó más días con dolor leve y sin necesidad de inmovilizaciones físicas. La intervención DyDel, basada en el MSD y evidencia científica, se considera una intervención multicomponente, no farmacológica, que involucra a la familia y es efectiva para reducir el delirio en pacientes de UCI. Se comprobó que el conocimiento propio de enfermería mejora la práctica.

Rupérez Cebolla y Granada López (2023) en su estudio “Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el delirium en la población mayor de 65 años: Una investigación cuanti-cualitativa” exploraron el conocimiento y la experiencia emocional de los profesionales de enfermería en relación con el delirio en pacientes mayores de 65 años. Se buscó determinar el nivel de conocimiento sobre el delirio, el impacto emocional asociado a este conocimiento, la existencia de protocolos específicos y el uso de herramientas de diagnóstico. Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal utilizando un enfoque mixto, combinando métodos cuantitativos y cualitativos. Se aplicaron encuestas online y entrevistas a profesionales de enfermería en activo. Los resultados del estudio mostraron que un 65,5% de los profesionales encuestados identificó correctamente la definición, tipos y curso del delirio. Sin embargo, solo un 83,1% de los encuestados utilizaba herramientas de diagnóstico, mientras que ninguno de los entrevistados las empleaba. Además, se encontró una falta de protocolos específicos para el manejo del delirio en los servicios asistenciales. Estos hallazgos sugieren la necesidad de mejorar la formación y el conocimiento sobre el delirio en los profesionales de enfermería, así como la implementación de protocolos y el uso de herramientas de diagnóstico para la detección temprana y el manejo eficaz del delirio en la población mayor. La falta de conocimientos generó sentimientos de miedo, ansiedad e inseguridad entre otros a los profesionales al tratar a pacientes con delirium.

Por otro lado, Cortés et al. (2022) realizaron la investigación “Rol de enfermería frente al delirium en unidad de cuidado intensivo pediátrico: Scoping Review”. El objetivo de este estudio fue identificar, a través de una revisión de la literatura, los cuidados de enfermería no farmacológicos para niños hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrica que presentan delirio. Para ello, se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos como Web of

Science, Medline, Science Direct, Scielo, Biblioteca Virtual en Salud, LILACS y Open Grey utilizando los términos “nursing care”, “child OR children”, “delirium”, y “Pediatric Intensive Care Unit”. La extracción y análisis de los datos se dio por medio de una matriz. Resultados: Se identificaron 12 artículos que cumplían con los criterios de inclusión y se clasificaron en 4 categorías según la intervención principal desarrollada en el estudio: Abordaje investigativo, intervenciones de confort, intervenciones integrales, e intervenciones educativas.

Matapi Rotieroke et al. (2020) realizaron el estudio “Delirium en pacientes pediátricos menores de 5 años en una unidad de cuidado intensivo Bogotá D.C 2020”. Este estudio investigó la frecuencia de aparición del delirio y los factores asociados en niños menores de 5 años hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos de la Fundación Hospital de la Misericordia-HOMI. Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, longitudinal y prospectivo de cohortes. Se utilizó la escala PSCAM-ICU en español para evaluar la presencia de delirio en los pacientes. Se incluyeron 10 niños en el estudio, con una edad promedio de 31 meses. La mayoría de los participantes eran varones (70%). Se detectó un caso de delirio en 1 de los 10 pacientes, confirmado por un médico intensivista. La tasa de incidencia del delirio fue de 0,1. Este estudio sugiere que el delirio es un evento relativamente poco frecuente en niños menores de 5 años hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos de la Fundación Hospital de la Misericordia-HOMI. Conclusiones: Se observó un 0.1% de pacientes que presentan delirium, mediante la escala PSCAM-ICU manejada por estudiantes de enfermería de último semestre, se evaluaron una cantidad de 10 menores que se encontraban en la unidad de cuidados intensivos del hospital de la misericordia, debido a las características de inclusión y exclusión, se espera lograr un resultado más preciso con la prueba principal para allí ratificar la incidencia del delirium en menores de 5 años.

### ***Antecedentes Nacionales, Regionales y Locales***

Bustamante de la Cruz y Soria Quispe (2024) en su investigación “Cuidados del profesional de enfermería ante el delirium en pacientes pediátricos de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital de Lima, 2023” tuvieron como objetivo determinar los Cuidados del profesional de enfermería ante el delirium en pacientes pediátricos de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital de Lima, 2023”. Esta investigación fue cuantitativa, tipo descriptivo, no experimental y transversal. La muestra la conformaron todo el personal de enfermería que ejerce en el servicio en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Recolectaron los datos con unas guías de observación realizada previa firma del consentimiento informado de participación del profesional de enfermería. Las guías han sido realizadas por las investigadoras. El Instrumento fue validado por juicio de expertos, con un resultado de V de Aiken = 0.98, la concordancia fue casi perfecta y para la confiabilidad el análisis se realizó a través del índice de Kappa de Fleiss y W de Kendall; el Instrumento obtuvo un valor de Kappa = 0.62 lo que significa que hay un “acuerdo considerable” entre observadores, de acuerdo con la escala de interpretación de Kappa de Fleiss.

Ugaz Cachay et al. (2024) realizaron el estudio “Factores asociados con el delirio de emergencia en pacientes pediátricos en Perú: resultados de un estudio transversal, Lima”. Este estudio se propuso determinar los factores que influyen en la aparición de delirio en niños que se recuperan de la anestesia en la Unidad de Recuperación Posanestésica de un instituto especializado en salud pediátrica en Perú. Se realizó un estudio transversal con niños de 2 a 6 años en estado físico I y II, que se sometieron a procedimientos electivos bajo anestesia entre septiembre y diciembre de 2022. Se utilizó la escala Pediatric Anesthesia Emergence Delirium para evaluar la presencia de delirio, considerándose un puntaje mayor o igual a 10 como

indicador de delirio. Se analizaron 150 niños, de los cuales 10,6% presentaron delirio de emergencia. La mayoría de los niños con delirio tenían menos de 5 años (81,4%). El dolor se asoció significativamente con el delirio (37,5%, RP = 3,63, IC95% [1,20, 10,1]), y el 68,8% de los niños con delirio necesitaron cuidados paliativos. Los resultados sugieren que el dolor es un factor importante asociado al delirio de emergencia posanestésico en niños. La prevención y el tratamiento del delirio de emergencia deben centrarse en el control del dolor posoperatorio y en la vigilancia cuidadosa de los pacientes después de la cirugía.

Oyola Bustamante (2023) llevó a cabo la investigación “Intervenciones de enfermería para la prevención del delirio en pacientes críticos, Lima”. Este estudio se enfocó en identificar las intervenciones de enfermería que se utilizan para prevenir el delirio. Para ello, se llevó a cabo una revisión bibliográfica descriptiva y retrospectiva de 20 artículos científicos publicados en los últimos cinco años. La búsqueda se realizó en las bases de datos: Scielo, PubMed, Elsevier, Science Direct y Google Académico. Los resultados revelaron que la mayoría de los artículos publicados sobre este tema provienen de Estados Unidos y Países Bajos. El idioma predominante de las publicaciones fue el inglés. El año con mayor cantidad de investigaciones fue 2021 y 2022. La base de datos con mayor número de artículos relacionados al tema fue PubMed. En conclusión, la prevención oportuna del delirio es muy importante para su tratamiento y evitar las complicaciones; el personal de enfermería al estar en contacto directo con el paciente es el responsable de la observación, prevención, identificación de los factores de riesgos, poner en práctica los tratamientos no farmacológicos, y coordinar los tratamientos farmacológicos con los médicos.

Siu Wong et al. (2022) en el realizó la investigación titulada “Incidencia de delirium perioperatorio en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, octubre a diciembre 2021, Lima

Perú”. El estudio se centró en determinar la frecuencia del delirio perioperatorio (DPO) en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza” durante el periodo de octubre a diciembre de 2021. Para ello, se llevó a cabo un estudio observacional cuali-cuantitativo y prospectivo en una muestra de 910 pacientes. Se utilizaron dos instrumentos para evaluar el DPO: el AMT Test Confussion Assessment Method (CAM) y el cuestionario de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ). Se encontró que 18,46% de los pacientes presentaron DPO. Se utilizó la prueba de Chi<sup>2</sup> para determinar la asociación entre el DPO y las variables de interés, y las pruebas de V de Cramer y Phi para cuantificar la intensidad de dicha relación. Los resultados mostraron que el sexo y la religión no influyeron en la presencia de DPO. Sin embargo, la edad sí tuvo un impacto significativo. El 50% (145) de los pacientes de 61 años o más presentaron DPO, en comparación con solo 5,31% de los pacientes entre 36 y 60 años y 0,88% de los pacientes entre 18 y 35 años. La presencia de DPO se asoció con la técnica anestésica utilizada. El 28,9% (60) de los pacientes que recibieron anestesia raquídea con sedación, 22,4% (11) con epidural con sedación, 16,7% (83) con anestesia general TIVA TCI, 12,9% (4) con bloqueo con sedación y 9,5% (10) con anestesia general balanceada presentaron DPO. No se registraron casos de DPO en los pacientes que recibieron anestesia general TIVA manual, general multimodal o raquídea sin sedación. El tiempo operatorio también se relacionó con la presencia de DPO. El 100% (9) de los pacientes con más de 6 horas de tiempo operatorio, 27,1% (38) con 3 a 6 horas y 16,5% (121) con 1 a 3 horas presentaron DPO. Los pacientes con un tiempo de hospitalización previo a la cirugía más prolongado tuvieron una mayor probabilidad de presentar DPO. El 48% (36) de los pacientes con 16 a 30 días de hospitalización, 20,5% (26) con 8 a 15 días y 16% (97) con 3 a 7 días presentaron DPO. La presencia de comorbilidades también se asoció con el DPO. El 51,6% (16) de los pacientes con hipertensión arterial (HTA) y enfermedad renal (ER), 41,7%

(30) con diabetes y 40,8% (20) con HTA y diabetes tipo 2 (DM2) presentaron DPO. Los pacientes con historia de demencia tuvieron una mayor probabilidad de desarrollar DPO.

Valdivieso-Jiménez et al. (2022) en “Factores asociados a delirium en pacientes hospitalizados durante pandemia de COVID-19”. Objetivo: Identificar los factores que aumentan la probabilidad de desarrollar delirio en pacientes hospitalizados por COVID-19 durante el primer año de la pandemia. Metodología: Se llevó a cabo un estudio observacional y analítico de casos y controles, utilizando datos de 50 pacientes que presentaron delirio y 50 que no lo presentaron, hospitalizados en un área COVID-19 entre marzo de 2020 y marzo de 2021. Se analizaron factores sociodemográficos y clínicos, utilizando la prueba de regresión logística y el software STATA® 17.0. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital de Emergencias Villa El Salvador. Resultados: Se encontraron dos factores estadísticamente significativos asociados con un mayor riesgo de delirio: Apoyo ventilatorio, El uso de máscara reservorio (OR: 0,34; IC 95%: 0,12-0,88) se asoció con una menor probabilidad de delirio; Complicaciones sistémicas, La presencia de acidosis metabólica (OR: 12,9; IC 95%: 1,45-115,58) se asoció con un mayor riesgo de delirio. Conclusiones: El tipo de apoyo ventilatorio y la presencia de complicaciones sistémicas, como la acidosis metabólica, fueron identificados como factores de riesgo importantes para el desarrollo de delirio en pacientes con COVID-19 hospitalizados. Se requieren mayores estudios en este campo para lograr más evidencia al respecto.

## **Marco Conceptual**

### ***Delirium***

El delirium es trastorno médico-psiquiátrico, caracterizado por una alteración aguda y fluctuante del estado de consciencia basal, acompañado de otras manifestaciones cognitivas. (Manzanares, 2024)

El delirio es un estado mental que se caracteriza por una confusión generalizada y una percepción distorsionada del entorno. Las personas que lo experimentan pueden sentirse ansiosas, agitadas o con menos energía de lo habitual, y pueden presentar fatiga, depresión, alucinaciones y cambios en la concentración, el estado de ánimo, el comportamiento, la percepción de la realidad, el control muscular y los patrones del sueño. Los síntomas del delirio suelen aparecer de forma repentina, tienen una duración breve y pueden ser intermitentes. Las causas pueden ser diversas, incluyendo infecciones, deshidratación, desequilibrios electrolíticos, insuficiencia orgánica, efectos secundarios de medicamentos o enfermedades graves como el cáncer avanzado. El delirio también se conoce como cuadro confusional agudo, delirio agudo, delirio confusional o síndrome confusional. (Instituto Nacional De Salud, 2011)

El delirio suele ser reversible y se produce como consecuencia directa de una enfermedad, intoxicación o abstinencia de una sustancia, consumo de drogas, exposición a toxinas o una combinación de los anteriores. (Ephrosynis, 2022)

**Delirium Pediátrico.** El delirio es un estado agudo y fluctuante de disfunción cerebral caracterizado por una alteración de la conciencia y una capacidad reducida para concentrarse, mantener o cambiar la atención, lo que puede provocar un deterioro cognitivo o perceptivo, la aparición de alucinaciones y alteraciones del sueño y la vigilia. términos de enfermedad preexistente, presente o en desarrollo. Su patogénesis no está clara actualmente y está relacionada con una variedad de factores (Shan et al., 2020).

El delirio pediátrico o síndrome de cuidados intensivos se asocia con una mayor estancia hospitalaria y la aparición de síndromes postraumáticos y trastornos neurocognitivos incluso después de la hospitalización. Mientras que para adultos o pacientes mayores de 12 años los criterios diagnósticos y las herramientas validadas para un diagnóstico precoz están bien definidos, en la edad pediátrica la identificación de factores de riesgo para el delirio es muy complicada. La especificidad cognitiva de la población y la presencia limitada de herramientas específicas validadas hacen que este síndrome esté fuertemente subestimado (Napoli, 2018).

***Tipos de Delirio Pediátrico.*** El delirium pediátrico se clasifica clínicamente en hipoactivo, hiperactivo y mixto, según el estado psicomotor del paciente. En la presentación hipoactiva, se observa al niño tranquilo, apático, desinteresado, con la mirada fija o sin hacer contacto visual. En la manifestación hiperactiva, el niño se presenta agitado, con alucinaciones, irritable pese a facilitar medidas de confort, y en la mixta oscila entre la hipoactividad e hiperactividad. Cabe destacar, que el delirium hipoactivo puede ser diagnosticado fácilmente por las características típicas de este subtipo, sin embargo, se asocia con un peor diagnóstico para el niño crítico enfermo, ya que pasa más desapercibida su actitud y la sensibilidad de las escalas es menor. (Lopez Vidal et al., 2023)

En cuidados intensivos, las formas más frecuentes de delirio son hipoactivas y mixtas, muchas veces infradiagnosticadas sobre todo en situaciones en las que no existe un seguimiento constante. (Gianfrancesco, 2018).

***Fisiopatología.*** El delirium suele presentarse por diversos motivos, es por lo que a lo largo de los años se han planteado diferentes hipótesis:

***La Hipótesis Neuroinflamatoria.*** La inflamación sistémica provoca un aumento en la producción de citocinas, las cuales pueden activar las células gliales y desencadenar una

respuesta inflamatoria en el cerebro. Además, las interleucinas liberadas en respuesta al dolor, la pérdida de sangre o el daño tisular pueden aumentar la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, lo que a su vez puede alterar la síntesis y liberación de neurotransmisores. Diversos estudios han demostrado que los pacientes que desarrollan delirio durante la hospitalización presentan niveles elevados de proteína C reactiva, interleucina (IL), factor de necrosis tumoral  $\alpha$ , IL-1RA, IL-10, IL-8 y procalcitonina. Asimismo, se ha comprobado que, en respuesta a eventos traumáticos o sistémicos, el sistema inflamatorio se activa, lo que lleva a la producción de neopterina, citocinas y especies reactivas de oxígeno por parte de monocitos y macrófagos. Estos compuestos pueden detectarse en el plasma, la orina y el líquido cefalorraquídeo de pacientes con delirio. La presencia, entonces, de mediadores y citoquinas proinflamatorias a nivel cerebral producirían una disfunción neuronal y sináptica, con la subsecuente aparición de síntomas neuroconductuales y cognitivos de delirium. (Torales et al., 2017)

***La hipótesis del Estrés Oxidativo.*** Esta considera el delirio como consecuencia de un daño fundamental al metabolismo cerebral con deficiencia de oxígeno, lo que conduce al trastorno del delirio (Alonso Ganuza et al., 2012).

***La Hipótesis de la Deficiencia de Neurotransmisores.*** Esta es probablemente la más conocida y la más básica. Ella describe el delirio como un trastorno asociado con una deficiencia de acetilcolina y un exceso de dopamina. Es probable que esta teoría esté más estrechamente relacionada con la práctica clínica, ya que los médicos que tratan el delirio intentan, en primer lugar, encontrar fármacos anticolinérgicos entre los medicamentos de los pacientes y suspenderlos. Además, los antipsicóticos bloqueadores de la dopamina son tratamientos farmacológicos estándar para el delirio (Picazo & Rosenthal, 2021).

La hipótesis neuroendocrina se centra en los efectos de los niveles elevados de glucocorticoides observados durante el estrés fisiológico. Existen pacientes que desarrollan delirio en respuesta a glucocorticoides externos como parte de regímenes de quimioterapia o para limitar los efectos secundarios de los medicamentos utilizados para tratar el cáncer (Ramos Frausto et al., 2020).

La teoría de la desregulación circadiana apunta a un vínculo entre el delirio y la alteración del sueño, y señala el hecho de que la falta de sueño suele preceder a la aparición del delirio. (Berzosa Unamuno, 2021).

La hipótesis de la “desconexión de la red” utiliza un enfoque de neurociencia de sistemas para explicar la fisiopatología del delirio e incorpora evidencia de técnicas de imagen modernas, incluida la resonancia magnética funcional, de una mala coordinación entre diferentes partes del cerebro (Proal et al., 2011).

La hipótesis del envejecimiento neuronal combina aspectos de varias otras hipótesis y proporciona una justificación fisiopatológica del hecho de que los pacientes mayores son más susceptibles al delirio. Se enfatiza que existen "áreas de superposición" entre las hipótesis principales y las considera principalmente complementarias más que competidoras (Maldonado, 2013).

**Etiología.** Un creciente conjunto de evidencia científica indica una asociación positiva entre la gravedad de las enfermedades médicas y el delirio infantil, es decir, la gravedad de la enfermedad es un factor de riesgo importante para el delirio (la causa más común de delirio grave en enfermedades críticas). Dependiendo de las condiciones locales, el entorno más común en el que se produce el delirio infantil es en hospitales o unidades de cuidados intensivos

pediátricos. Las posibles causas de delirio clasificadas por el acrónimo ‘I WATCH DEATH’ (Schieveld et al., s. f.).

**Tabla 1**

*I watch death*

I	Infecciones	Encefalitis, meningitis, infección del tracto urinario, neumonía.
W	Withdrawal (abstinencia)	Alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas...
A	Enfermedad metabólica Aguda	Desequilibrio electrolítico, fallo hepático o renal...
T	Trauma	Trauma craneal, postoperatorio...
C	CNS (patología del SNC)	Ictus, hemorragia, tumor, trastorno convulsivo.
H	Hipoxia	Anemia, fallo cardíaco, embolismo pulmonar...
D	Deficiencias	Vitamina B12, ácido fólico, tiamina...
E	Endocrinopatías	Tiroides, glucosa, paratiroides, adrenal...
A	Acute vascular (Enfermedad vascular aguda).	Shock, vasculitis, encefalopatía hipertensiva...
T	Tóxicos o fármacos, Toxinas.	Intoxicación por sustancia, medicaciones (alcohol, anestésicos, anticolinérgicos, narcóticos, etc.).
H	Heavy metals (metales pesados)	Arsénico, plomo, mercurio.

*Nota.* Fuente: Sanango Jara (2022).

**Diagnóstico.** La gestión del delirio en niños es un área con poca información específica, por lo que las prácticas se basan en la experiencia con adultos y en la opinión de expertos. Es crucial la detección temprana y el tratamiento adecuado, ya que el 75% de los casos de delirio pasan desapercibidos si no se implementa un monitoreo efectivo. Los niños con delirio tienen mayor riesgo de mortalidad y de presentar complicaciones al salir de la UCI, por lo que la prevención, detección y tratamiento del delirio en las UCI pediátricas son de suma importancia. El DSM-V es la herramienta de referencia para el diagnóstico del delirio, realizada por un psicólogo o psiquiatra. Sin embargo, existen escalas como la Cornell Assessment of Pediatric Delirium (CAPD) y la Pediatric/Pre school Confusion Assessment Method (p/ps CAM-ICU) que son válidas para la evaluación. Se recomienda aplicar estas escalas de forma sistemática y repetida para identificar todos los casos, ya que los síntomas del delirio pueden ser fluctuantes. La CAPD es una

herramienta práctica, fácil de aplicar y basada en la observación, que se puede utilizar en niños de todas las edades y niveles de desarrollo. Consta de ocho preguntas, cada una con una escala de 0 a 4 puntos, lo que da un puntaje total de 0 a 32 puntos. Un puntaje de 9 o más sugiere la presencia de delirio. Cabe destacar que la CAPD no se puede utilizar en pacientes con sedación profunda o parálisis. Tiene una sensibilidad de 94% y una especificidad de 79% (Decia et al., 2020).

Una escala muy utilizada para el diagnóstico de delirium es El PSCAM-ICU (Preschool Confusión Assessment Method for the Intensive Care Unit) versión en Español, es un instrumento para la evaluación del delirium en niños críticamente enfermos; es especialmente útil pacientes con o sin ventilación mecánica, con o sin sedación la evaluación del este se basa en 4 características Criterio 1: cambio agudo o curso fluctuante del estado mental, criterio 2: Inatención, Criterio 3: Nivel de conciencia alterado, Criterio 4: Trastorno del ciclo sueño vigilia; el cual debe ser aplicada luego de la escala RAAS, y obtener un resultado mayor a -3. (Matapi Rotieroke et al., 2020)

**Tratamiento e Intervenciones de Enfermería.** El tratamiento del delirium en pacientes ingresados en UCIP implica la combinación de medidas no farmacológicas con farmacológicas. Entre las medidas no farmacológicas destaca el manejo ambiental:

Establecer rutinas y horarios diarios como: mantener luz natural durante el día y disminuir el nivel de luz por la noche, respetar el sueño del paciente, disminuir el nivel de ruido y mantenerlo por debajo de 30 dB durante la noche (ajustando el volumen de las alarmas en los monitores, dispositivos de infusión y otros equipos médicos, así como limitando la conversación dentro y fuera de la habitación), soporte nutricional acorde a la edad del paciente y sus necesidades, promover un patrón de eliminación regular, controlar la temperatura, agrupar las intervenciones de enfermería necesarias para el cuidado.(Lopez Vidal et al., 2023).

Reorientar al paciente en tiempo y lugar (calendarios y relojes al niño mayor), así como colocar objetos familiares (juguetes o imágenes del hogar, mascotas, familia y amigos).

Cuidados centrados en el paciente incluyendo a sus familiares (facilitar la presencia de los padres junto al niño durante todo el día). Enfermería debe educar a los padres sobre el delirium y las técnicas para orientar y consolar a su hijo, se deben ofrecer las medidas de confort individualizadas según el niño. En ocasiones, las intervenciones de los padres incluyen llevar un diario, participar en las rondas, notificar al equipo de atención médica los cambios sutiles o realizar movimientos pasivos. (Á. M. Henao-Castaño & Amaya-Rey, 2014).

Minimizar las restricciones físicas y promover la movilización precoz (realizar actividad física en la mañana, favorecer el juego).

Evaluar la necesidad de dispositivos como sondas y catéteres de forma periódica.

Entre las medidas farmacológicas destaca:

Optimizar la sedación: mínimo estado de sedación necesario evaluando su estado mediante la escala RASS cada 8 horas, minimizar el uso de benzodiazepinas y anticolinérgicos, y de ser necesario, la utilización de medicación como haloperidol y risperidona. Los antipsicóticos atípicos como la olanzapina y quetiapina también han sido utilizados con éxito (Lopez Vidal et al., 2023a).

Vigilar efectos adversos asociados a medicamentos antipsicóticos como el trastorno del movimiento extrapiramidal, arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca, etc.

Optimizar la analgesia: evaluando el dolor mediante escalas de dolor validadas como COMFORT- B, FLACC (cada 1-2 horas si es en perfusión continua) (Lopez Vidal et al., 2023b).

No emplear un protocolo farmacológico de prevención del delirium. (Lopez Vidal et al., 2023).

## **Bases Teóricas**

El modelo Bifocal de Lynda Juall Carpenito-Moyet posiciona al personal de Enfermería como un actor clave en el manejo del delirium. Este modelo considera el delirium no como un diagnóstico enfermero, sino como una condición que surge de situaciones patológicas complejas, influenciadas por una multitud de factores presentes en las unidades de cuidados intensivos (UCI). La intervención de Enfermería en el delirium es fundamental en diferentes niveles:

### ***Prevención***

Las enfermeras pueden identificar y prevenir el delirium mediante estrategias como la orientación del paciente, la reducción de la estimulación sensorial, la promoción del sueño y el manejo de la sedación (Sánchez Rodrigo, 2017a).

### ***Detección Temprana***

Las enfermeras, por su contacto directo con el paciente, están en una posición privilegiada para detectar los signos y síntomas del delirium, como la desorientación, la agitación, las alucinaciones o la disminución del nivel de conciencia. (Sánchez Rodrigo, 2017b).

### ***Atención Integral***

Las enfermeras juegan un papel crucial en la atención integral del paciente con delirium, colaborando con el equipo médico para implementar las estrategias de tratamiento y apoyo necesarias. (Sánchez Rodrigo, 2017c).

Un abordaje terapéutico colaborativo entre enfermeras y médicos es esencial para optimizar los resultados del paciente con delirium. La individualización del cuidado, atendiendo a las necesidades específicas de cada paciente, es fundamental para mejorar su calidad de vida y reducir las complicaciones asociadas al delirium. (Sánchez Rodrigo, 2017d).

La teoría de Betty Neuman nos invita a ver al paciente como un todo, un sistema complejo con múltiples dimensiones interconectadas. Esta visión holística implica que nos preocupamos no solo por sus síntomas o enfermedades, sino por el paciente en todas sus dimensiones. La teoría también reconoce que el paciente es un sistema abierto, en constante interacción con su entorno, y que las fuerzas externas pueden influir en su salud. (Rodrigues Barbosa de Sousa et al., 2015).

### **Definición de Términos**

#### ***Intervenciones de Enfermería***

Se definen como una actividad humana que se centra en la relación y el proceso de atender a las necesidades de las personas, más allá de la enfermedad. (Flores et al., 2021)

#### ***Delirium***

El delirium en pacientes pediátricos es una disfunción cerebral que se caracteriza por un inicio agudo y fluctuante, con alteraciones en el estado de conciencia. Se considera multifactorial y secundario a una enfermedad o su tratamiento (Torales et al., 2019).

## **Metodología**

### **Descripción del Lugar de Ejecución**

La presente investigación se aplicará en el hospital El Carmen de Junín, ubicada en la ciudad de Huancayo, distrito de Huancayo. La institución prestadora de servicios de salud pertenece a la categoría de nivel III E. Cuenta con los servicios en diferentes especialidades médicas; como Pediatría, Traumatología y Ortopedia, Cirugía Pediátrica, Oftalmología, Cardiología, Medicina Física de Rehabilitación, Ginecología y Obstetricia, Ginecología Oncológica, la unidad de cuidados intensivos pediátricos cuenta con dos ambientes donde se hospitalizan dos pacientes en cada sala, haciendo un total de cuatro camas disponibles. En vista que la unidad no cuenta con servicios de cuidados intermedios, los pacientes permanecen en los ambientes de la UCI pediátrica hasta la resolución de las complicaciones, para pasar al servicio de pediatría. En cuanto a recursos humanos cuenta con médicos pediatras, médicos intensivistas, y licenciadas en enfermería.

### **Población y Muestra**

#### ***Población***

Este grupo estará conformado por los profesionales de enfermería del hospital, que corresponden a 210 enfermeras.

#### ***Muestra***

La muestra la conformara todos los profesionales de enfermería que prestan servicios en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Se empleará un muestreo no probabilístico, por conveniencia.

### **Criterios de Inclusión y Exclusión.**

#### ***Inclusión.***

- ✓ Enfermeras que laboren mas de seis meses en el servicio de uci pediátrico.
- ✓ Enfermeras que acepten voluntariamente participar en la investigación.

***Exclusión.***

- ✓ Personal que tenga menos de seis meses trabajando en el servicio de uci pediátrico.
- ✓ Enfermeras que no desee participar en el estudio.

**Tipo y Diseño de Investigación**

El enfoque de la investigación es cuantitativo, diseño no experimental debido a que no se efectúa manipulación de variable alguna, de tipo descriptivo por ser un método que intenta recopilar información cuantificable para ser utilizada en el análisis estadístico de la muestra de población, de corte transversal puesto que la recolección de los datos se hace en un solo momento o en un tiempo único. (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2020)

**Formulación de Hipótesis**

Este estudio por su naturaleza descriptiva no requiere hipótesis.

**Identificación de Variables**

Variable: Intervenciones del profesional de enfermería en el delirium tremens a pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos.

Dimensiones: Detección, Prevención y Manejo.



	un monitoreo efectivo”		Manejo del delirium		<p>11. Evaluar el estado de sedación mediante escala RASS cada hora</p> <p>12. Evaluar el dolor mediante escalas validadas (COMFORT-B, FLACC).</p> <p>13. Evaluar cada hora la necesidad de analgesia en perfusión continua.</p> <p>14. El profesional de enfermería emplea un protocolo farmacológico de prevención del delirium.</p> <p>15. El profesional de enfermería utiliza alguna escala para detectar el delirium</p> <p>16. Provee de oxígeno</p> <p>17. Retira o reduce fármacos delirio-génicos</p> <p>18. Valora la atmósfera (ruido, luces, sujeciones, horarios)</p> <p>19. Valora signos o síntomas de infección, inmovilización, inflamación.</p> <p>20. Evalúa la existencia de disfunción orgánica nueva.</p> <p>21. Evalúa la existencia de alteraciones metabólicas.</p> <p>22. Detecta alteraciones del sueño-vigilia.</p> <p>23. Valora y controla el dolor (causas de dolor, optimiza analgesia).</p>	
--	------------------------	--	---------------------	--	---	--

					<p>24. Valora y controla la sedación (causas de angustia, optimiza).</p> <p>25. Determina el tipo de delirium: hipoactivo, hiperactivo, mixto.</p> <p>26. Reevalúa el estado de sedación y el dolor.</p> <p>27. Comprueba posibles efectos adversos</p> <p>28. Síntomas de sobredosificación Si el tratamiento es con dexmedetomidina, el profesional de enfermería:</p> <p>29. Comprueba posibles efectos adversos.</p> <p>30. El profesional de enfermería reevalúa la existencia de delirium cada hora.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

## **Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos**

### ***Técnica***

La recolección de información se realizará mediante la observación, la cual se realizará a los profesionales de enfermería mientras realizan los procesos de atención a los pacientes pediátricos.

### ***Instrumento***

El instrumento para la recolección de datos que se utilizara es una guía de observación, elaborada por Bustamante y Soria (2023), a partir del protocolo sintetizado y estructurado del algoritmo de prevención, detección y manejo del delirium pediátrico propuesto por Padilla (2022), quien propuso un protocolo para estandarizar el cuidado enfermero en el delirium pediátrico. Este algoritmo fue diseñado con el objetivo de reducir la frecuencia del delirium en niños a través de medidas preventivas, identificar el delirium en etapas tempranas utilizando la escala CAPD y describir las acciones específicas de enfermería para abordar el delirium pediátrico una vez que ha sido detectado (Padilla Lamadrid, 2021),

Padilla desarrolló el algoritmo citando prioritariamente a Bettencourt y Mullen (2017a) quienes desarrollaron propuestas de intervenciones del profesional de enfermería para el manejo y la prevención e identificación del delirium (Bettencourt & Mullen, 2017b).

El instrumento consiste en una guía de observación con respuestas dicotómicas “sí” y “no” desarrolladas a partir del algoritmo referido. Cuenta con tres dimensiones: prevención (1-14), que a la vez incluye dos subdimensiones (medidas ambientales 1 al 8 y medidas farmacológico del 1 al 14); detección (15) y manejo del delirium (16-30), siendo un total de 30 ítems. El reactivo número 15 corresponde a detección del delirio donde se observa si el

profesional de enfermería utiliza alguna escala para detectar el delirium como Escala PS- CAM-ICU.

## **Validez y Confiabilidad**

### ***Validez***

La validez del instrumento fue realizada por 5 jueces, el análisis realizado fue por V de Aiken; siendo el valor = 0.93, obtuvo un grado de concordancia casi perfecto. Esta validez fue realizada el año 2023 por Amalia Bustamante de la Cruz en “Cuidados del profesional de enfermería ante el delirium en pacientes pediátricos de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital de Lima, 2023”. Considerándose un instrumento válido para su aplicación (Bustamante de la Cruz & Soria Quispe, 2024).

### ***Confiabilidad***

Por tratarse de una guía de observación se obtuvo la confiabilidad por inter-observador, el estadístico que se utilizó para determinarla fue Kappa de Fleiss y W de Kendall, obteniendo un valor igual a 0.61 lo que significa que hay un “Acuerdo Considerable” entre observadores, según el estudio realizado por Bustamante y Soria (2023).

## **Proceso de Recolección de Datos**

La fase de recolección de datos en una investigación implica la recopilación y medición de información proveniente de diferentes fuentes. El objetivo es obtener una visión completa del objeto de estudio (Martínez, 2022).

Para llevar a cabo la investigación en un hospital, es fundamental obtener la autorización de la autoridad correspondiente. Esto se logra mediante una carta de presentación emitida por la institución universitaria. Es necesario identificar las áreas y períodos específicos dentro del hospital donde se aplicará el instrumento de recolección de datos.

## **Procesamiento y Análisis de Datos**

Los datos se procesarán, codificarán y luego se procederá a tabular las respuestas de las encuestas se sistematizarán de forma estadística mediante tablas de distribución o figuras que serán presentados en el informe y para posteriores análisis.

## **Consideraciones Éticas**

### ***Consentimiento Informado***

Se explicará claramente el propósito del proyecto, los procedimientos que se llevarán a cabo, la duración del estudio y los beneficios potenciales, se describirá los posibles riesgos y beneficios de participar en el proyecto, considerando cómo se protegerá la privacidad de los participantes y cómo se manejarán sus datos, así como el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin penalización. Se brindará la información de contacto para que los participantes puedan hacer preguntas o expresar preocupaciones (Hernández Paulsen et al., 2021).

Estará escrito en un lenguaje claro y comprensible para los participantes comprendan el objetivo de la investigación. La fima será voluntario y libre de coacción.

### **Principios Éticos**

#### ***Privacidad y Confidencialidad***

Nos aseguraremos de que los datos de los participantes se recopilen y manejen de manera responsable y confidencial. Esto incluirá anonimizar los datos cuando sea posible y proteger la información personal.

#### ***Beneficencia y No Maleficencia***

El proyecto tendrá el potencial de beneficiar a los participantes o a la sociedad en general, y no debe causar daño a nadie.

***Justicia***

Los beneficios y riesgos del proyecto serán distribuido de manera justa entre los participantes.

***Autonomía***

Los participantes tendrán la libertad de decidir si quieren participar en el proyecto o no, y deberán tener acceso a información clara y completa sobre los riesgos y beneficios potenciales (Barreto, 2011).

## Administración del Proyecto de Investigación

### Cronograma de Ejecución

	2024					
	E	F	M	A	M	J
Planteamiento del problema						
Marco teórico						
Instrumento						
Revisión del instrumento						
Aplicación de la prueba piloto						
Análisis de la fiabilidad						
Presentación inicial						
EVALUACION						
Corrección de los dictaminadores						
Presentación final						

**Presupuesto**

Recursos	Cantidad	Costo Unitarios	Costo Total
<b>Recurso Humano</b>			
Estadístico	6 horas	100x hora	600
Asesor Temático	6 horas	100x hora	600
<b>Recursos Materiales</b>			
Lapiceros	15	1.00	15
Faster	15	1.00	15
Folder manilo	15	1.00	15
Servicio Internet	200 horas	1.50 x hora	300
Fotocopias	150 hojas	0.20 x hoja	30
Impresiones	200 hojas	0.30	60
Movilidad	50 pasajes	5	250
Inscripción del Proyecto (Revisor)	1	55	55
<b>TOTAL</b>			<b>1930</b>

### Referencias bibliográficas

- Alonso Ganuza, Z., González-Torres, M. Á., & Gaviria, M. (2012). El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(114), 247-259. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352012000200003>
- Barreto, M. (2011). Consideraciones ético-metodológicas para la investigación en educación inicial. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 9(2), 635-648. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1692-715X2011000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1692-715X2011000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Bettencourt, A., & Mullen, J. E. (2017). Delirium in Children: Identification, Prevention, and Management. *Critical Care Nurse*, 37(3), e9-e18. <https://doi.org/10.4037/ccn2017692>
- Bustamante de la Cruz, A., & Soria Quispe, C. F. (2024). *Cuidados del profesional de enfermería ante el delirium en pacientes pediátricos de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital de Lima, 2023*. <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/7910>
- Castilla, C. Y., & Carrión, F. F. (2020). *Delirium pediátrico en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos*.
- Cortés, L. E. O., Castaño, Á. M. H., & Robayo, C. L. M. (2022). Rol de enfermería frente al delirium en unidad de cuidado intensivo pediátrico: Scoping Review. *Revista Cuidarte*, 13(2), Article 2. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2381>
- Decia, M., Ferré, A., Decia, M., & Ferré, A. (2020). Delirio en pediatría, un diagnóstico olvidado. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 91(5), 316-324. <https://doi.org/10.31134/ap.91.5.7>

- Ephrosynis, L. (2022). *Delirio en el postoperatorio* [Universidad Aristóteles de Tesalónica].  
<https://ikee.lib.auth.gr/record/357349/files/?ln=el>
- evaluación\_de\_comfort: Inicio*. (s. f.). Recuperado 18 de noviembre de 2024, de  
<https://www.comfortassessment.nl/web/index.php>
- Figuroa, L. V., Rossi, P. I., & Barrionuevo, D. E. (2021). Encuesta argentina sobre delirio en pacientes críticos pediátricos. *Revista Argentina de Terapia Intensiva*, 38, e723.05012021-e723.05012021. <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/723>
- Flores, K. Y., Riveros, E. R., & Campillay, M. C. (2021). Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(1), Article 1.  
<https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2124>
- Gianfrancesco, F. (2018, agosto 24). *Delirium, il disturbo della coscienza dei pazienti ricoverati*. Nurse24.it. <https://www.nurse24.it/studenti/patologia/deliurim-il-disturbo-della-coscienza-dei-pazienti-ricoverati.html>
- Gómez Tovar, L. O. (2022). *Intervención de enfermería para reducir incidencia y duración del delirium en personas en cuidados intensivos* [Trabajo de grado - Doctorado, Universidad Nacional de Colombia]. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/83048>
- Henao-Castaño, Á. M., & Amaya-Rey, M. C. D. P. (2014). Enfermería y pacientes con delirium: Una revisión de la literatura. *Investigación y Educación en Enfermería*, 32(1), 148-156.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0120-53072014000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-53072014000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Henao-Castaño, A., Monroy, K. N., Moreno, J. P., & Pinzon Casas, E. Y. (2021). Delirium en pediatría: Detección precoz, diagnóstico y cuidado de enfermería. *Revista Científica de la*

*Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 55, 17-24.

<https://doi.org/10.1016/j.sedene.2020.11.002>

Hernández Paulsen, G., Chahuán Zedan, F., Hernández Paulsen, G., & Chahuán Zedan, F.

(2021). Consentimiento informado en las prestaciones de salud. *Acta bioethica*, 27(1),

17-25. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2021000100017>

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2020). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mcgraw-hill México.

<https://www.academia.edu/download/64591365/Metodolog%C3%ADvestigaci%C3%B3n.%20Rutas%20cuantitativa,%20cualitativa%20y%20mixta.pdf>

Instituto Nacional De Salud. (2011, febrero 2). *Definición de delirium* (nciglobal,ncienterprise) [nciAppModulePage]. Diccionario de cáncer del NCI - NCI.

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/delirium>

Lopez Vidal, M. C., Rosado Grande, M., Carbón Sandoval, A., & Clemente Martínez, laura.

(2023, mayo 3). Delirium pediátrico en las unidades de cuidados intensivos. ▷ *RSI -*

*Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/delirium-pediatrico-en-las-unidades-de-cuidados-intensivos/>

Maldonado, J. R. (2013). Neuropathogenesis of delirium: Review of current etiologic theories and common pathways. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 21(12), 1190-1222.

<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.09.005>

Manzanares, S. B. V. (2024). Delirium pediátrico en pacientes hospitalizados. *Acta Pediátrica de México*, 45(1), 3-9. <https://doi.org/10.18233/apm.v45i1.2667>

- Martínez, D. V. S. (2022). Técnicas e instrumentos de recolección de datos en investigación. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*, 9(17), Article 17.  
<https://doi.org/10.29057/estr.v9i17.7928>
- Matapi Rotieroke, R., Caicedo Forero, D. A., & Rodríguez Garzón, C. N. (2020). *Delirium en pacientes pediátricos menores de 5 años en una unidad de cuidado intensivo Bogotá D.C 2020*. <https://repositorio.fucsalud.edu.co/handle/001/3158>
- Napoli, O. P. I. (2018, julio 13). Individuazione precoce del delirium pediatrico, ricerca di strumenti specifici: Protocollo di revisione della letteratura - OPI Napoli. *NSC NURSING*. <https://www.nscnursing.it/individuazione-precoce-del-delirium-pediatrico-ricerca-di-strumenti-specifici-protocollo-di-revisione-della-letteratura/>
- Orrú, I. G. [UNIFESP. (2022). *Conhecimentos de enfermeiros pediatras sobre delirium em pediatria*. <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/65665>
- Oyola Bustamante, C. L. (2023). *Intervenciones de enfermería para la prevención del delirio en pacientes críticos*. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/14956>
- Padilla Lamadrid, M. (2021). *Delirium pediátrico en Unidades de Cuidados Intensivos. Conocimiento y manejo por parte de enfermería*.  
<https://uvadoc.uva.es/handle/10324/47874>
- Picazo, J. P., & Rosenthal, J. L. (2021). Delirium: Una revisión actual. *Atención Familiar*, 28(4), Article 4. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.4.80600>
- Proal, E., Alvarez-Segura, M., de la Iglesia-Vayá, M., Martí-Bonmatí, L., & Castellanos, F. X. (2011). Actividad funcional cerebral en estado de reposo: REDES EN CONEXIÓN. *Revista de neurologia*, 52(0 1), S3-10.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4418791/>

*Protocolos de la Sociedad de Cuidados Intensivos Pediátricos / Asociación Española de*

*Pediatría*. (s. f.). Recuperado 18 de noviembre de 2024, de

<https://www.aeped.es/documentos/protocolos-sociedad-cuidados-intensivos-pediatricos>

Ramos Frausto, V. M., Caudillo Ortega, L., Roca Chiapas, J. M. de la, Hernández González, M. A., Barbosa Sabanero, G., García Rocha, M., Ramos Frausto, V. M., Caudillo Ortega, L., Roca Chiapas, J. M. de la, Hernández González, M. A., Barbosa Sabanero, G., & García Rocha, M. (2020). Correlación entre estrés, niveles de cortisol y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer sometidos a tratamiento. *Enfermería Global*, 19(60), 196-219. <https://doi.org/10.6018/eglobal.410951>

Rodrigues Barbosa de Sousa, J. E., Freitas Da Silva, G. R., Barros Araújo Luz, M. H., & Lima Pereira, M. L. (2015). Concepciones teóricas de Neuman asociadas con la prevención de las úlceras por presión: Un estudio de caso. *Index de Enfermería*, 24(4), 222-226. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962015000300007>

Rupérez Cebolla, M., & Granada López, J. M. (with Universidad de Zaragoza). (2023). *Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el delirium en la población mayor de 65 años: Una investigación cuanti-cualitativa*. Universidad de Zaragoza.

Sanango Jara, M. P. (2022). *Incidencia de delirium utilizando la Escala de Cornell en niños críticamente enfermos, ingresados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Roberto Gilbert Elizalde en el periodo junio-noviembre 2021*.

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/18989>

Sánchez Rodrigo, N. (2017). *Manejo enfermero del delirium en pacientes adultos ingresados en unidades de cuidados intensivos* [bachelorThesis].

<https://repositorio.uam.es/handle/10486/680629>

- Schieveld, J., Uribe, D. M., Irrarrázaval, M., Martin, A., Pradera, J. I. E., Badenes, J. G., Ortega, B., & Cox, P. (s. f.). *Delirium pediátrico un abordaje práctico. 2018.*
- Shan, H., Zelan, Z., & Feng, X. (2020). Prevention and treatment of pediatric delirium. *Chinese Pediatric Emergency Medicine*, 27(02), Article 02.  
<https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.1673-4912.2020.02.003>
- Siu Wong, C. G., Saavedra Vargas, N. A., Mostacero Montalvo, N. D., Arredondo Malca, A. M., Vásquez Suyo, I., Ravines Villanueva, J. A., Altamirano Arauco, G. M. P., Siu Wong, C. G., Saavedra Vargas, N. A., Mostacero Montalvo, N. D., Arredondo Malca, A. M., Vásquez Suyo, I., Ravines Villanueva, J. A., & Altamirano Arauco, G. M. P. (2022). Incidencia de delirium perioperatorio en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, octubre a diciembre 2021, Lima Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 22(4), 707-715. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v22i4.5169>
- Torales, J., Barrios, I., Armoa, L., Torales, J., Barrios, I., & Armoa, L. (2017). El delirium: Una actualización para Internistas y Psiquiatras. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 4(2), 54-64. [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2017.04\(02\)54-064](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2017.04(02)54-064)
- Torales, J. C., Navarro, R. E., Torales, J. C., & Navarro, R. E. (2019). Delirium Pediátrico. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 52(3), 117-119.  
<https://doi.org/10.18004/anales/2019.052.03.117-119>
- Ugaz Cachay, L. M., Kasano, J. P. M., Juli, C. U. Q., & Vela, A. R. (2024). FACTORS ASSOCIATED WITH EMERGENCE DELIRIUM IN PEDIATRIC PATIENTS IN PERU: RESULTS OF A CROSS-SECTIONAL STUDY. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 23(4). <https://doi.org/10.25176/RFMH.v23i4.5897>

- Valdivieso-Jiménez, G., Valencia-Mesias, G., & Paucar-Alfaro, J. (2022). Factores asociados a delirium en pacientes hospitalizados durante pandemia de COVID-19. *Revista Colombiana De Psiquiatria*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.10.006>
- Κασίμης, Α. Β. (2023). *Το Παραλήρημα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παιδών* [masterThesis]. <https://doi.org/10.26253/heal.uth.38462>
- Вызов психиатра на дом*. (2018, agosto 22). Новая Психиатрическая Служба. <https://newpsyhelp.ru/>
- 徐婷婷张伟英. (2020). 儿童谵妄早期识别及护理干预的研究进展. *中华护理杂志*, 55(8), 1170. <https://doi.org/10.3761/j.issn.0254-1769.2020.08.009>

## **Apéndice**

## Apéndice A: Instrumentos de recolección de datos

### LISTA DE VERIFICACION DE MEDIDAS DE PREVENCION, DETECCION Y MANEJO DEL DELIRIUM EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

ITEM	Dimensiones	SI	NO	OBSERVACION
<b>I</b>	<b>PREVENCIÓN</b>			
	<b>Medidas ambientales</b>			
	<b>El profesional de enfermería, establece rutinas y horarios diarios, como:</b>			
	1. Mantener la luz natural durante el día y disminuye el nivel de luz por la noche.			
	2. Disminuir el nivel de ruido y mantiene <30dB durante la noche			
	3. Agrupar y minimizar las intervenciones de enfermería.			
	<b>El profesional de enfermería reorienta al paciente</b>			
	4. Coloca objetos familiares			
	5. Reorienta al paciente en tiempo/lugar			
	6. El profesional de enfermería incluye a los familiares en el cuidado.			
	7. El profesional de enfermería minimiza las restricciones físicas y promueve la movilización precoz.			
	8. El profesional de enfermería evalúa la necesidad de sondas, catéteres, intubación, etc. de forma periódica.			
	<b>Medidas farmacológicas</b>			
	<b>El profesional de enfermería, optimiza la sedación para:</b>			
	9. Mantener el mínimo estado de sedación necesario.			
	10. Minimizar el uso de benzodicepinas.			
	11. Evaluar el estado de sedación mediante escala RASS cada hora			
	<b>El profesional de enfermería, optimiza la analgesia, para</b>			
	12. Evaluar el dolor mediante escalas validadas (COMFORT-B, FLACC).			
	13. Evaluar cada hora la necesidad de analgesia en perfusión continua.			
	14. El profesional de enfermería emplea un protocolo farmacológico de prevención del delirium.			
<b>II</b>	<b>DETECCION</b>			
	15. El profesional de enfermería utiliza alguna escala para detectar el delirium			

III	MANEJO			
	<b>Cuando el profesional de enfermería identifica las posibles causas de delirium:</b>			
	16. Provee de oxígeno			
	17. Retira o reduce fármacos deliriogénicos			
	18. Valora la atmosfera (ruido, luces, sujeciones, horarios)			
	19. Valora signos o síntomas de infección, inmovilización, inflamación.			
	20. Evalúa la existencia de disfunción orgánica nueva.			
	21. Evalúa la existencia de alteraciones metabólicas.			
	22. Detecta alteraciones del sueño – vigilia.			
	23. Valora y controla el dolor (causas de dolor, optimiza analgesia).			
	24. Valora y controla la sedación (causas de angustia, optimiza).			
	25. Determina el tipo de delirium: hipoactivo, hiperactivo, mixto.			
	26. Reevalúa el estado de sedación y el dolor.			
	<b>Si el tratamiento es con antipsicóticos, el profesional de enfermería:</b>			
	27. Comprueba posibles efectos adversos			
	28. Síntomas de sobredosificación			
	<b>Si el tratamiento es con dexmedetomidina, el profesional de enfermería:</b>			
	29. Comprueba posibles efectos adversos.			
	30. El profesional de enfermería reevalúa la existencia de delirium cada hora			

## Apéndice B: Validez de los instrumentos

### Coeficiente V de Aiken

$$V = \frac{S}{(n(c - 1))}$$

Fuente: Bustamante de la Cruz & Soria Quispe,(2024)

**Apéndice C: Confiabilidad de los instrumentos**

$$kappa(\kappa) = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$$

**Fuente:** Bustamante de la Cruz & Soria Quispe (2024)

### Apéndice D: Consentimiento informado

Estimada participante

El presente cuestionario es parte de un trabajo de investigación, el cual pretende recolectar información confiable y precisa en cuanto a la información sobre **Intervenciones del profesional de enfermería en el delirium tremens a pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos de un hospital de Huancayo, 2024**

El presente cuestionario pertenece a un estudio de investigación, y la información que se recoja será confidencial y no será utilizado para ningún otro propósito, fuera de esta investigación y sus respuestas del cuestionario serán anónimas. Si tiene alguna duda puede solicitar mi apoyo, su aporte es muy valioso. Le agradezco me brinde información verdadera.

Muchas gracias.

#### Consentimiento

Yo \_\_\_\_\_

He leído el contenido este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO dado por la investigadora, y acepto colaborar con este estudio, por esa razón firmo el documento.

Fecha \_\_\_\_\_

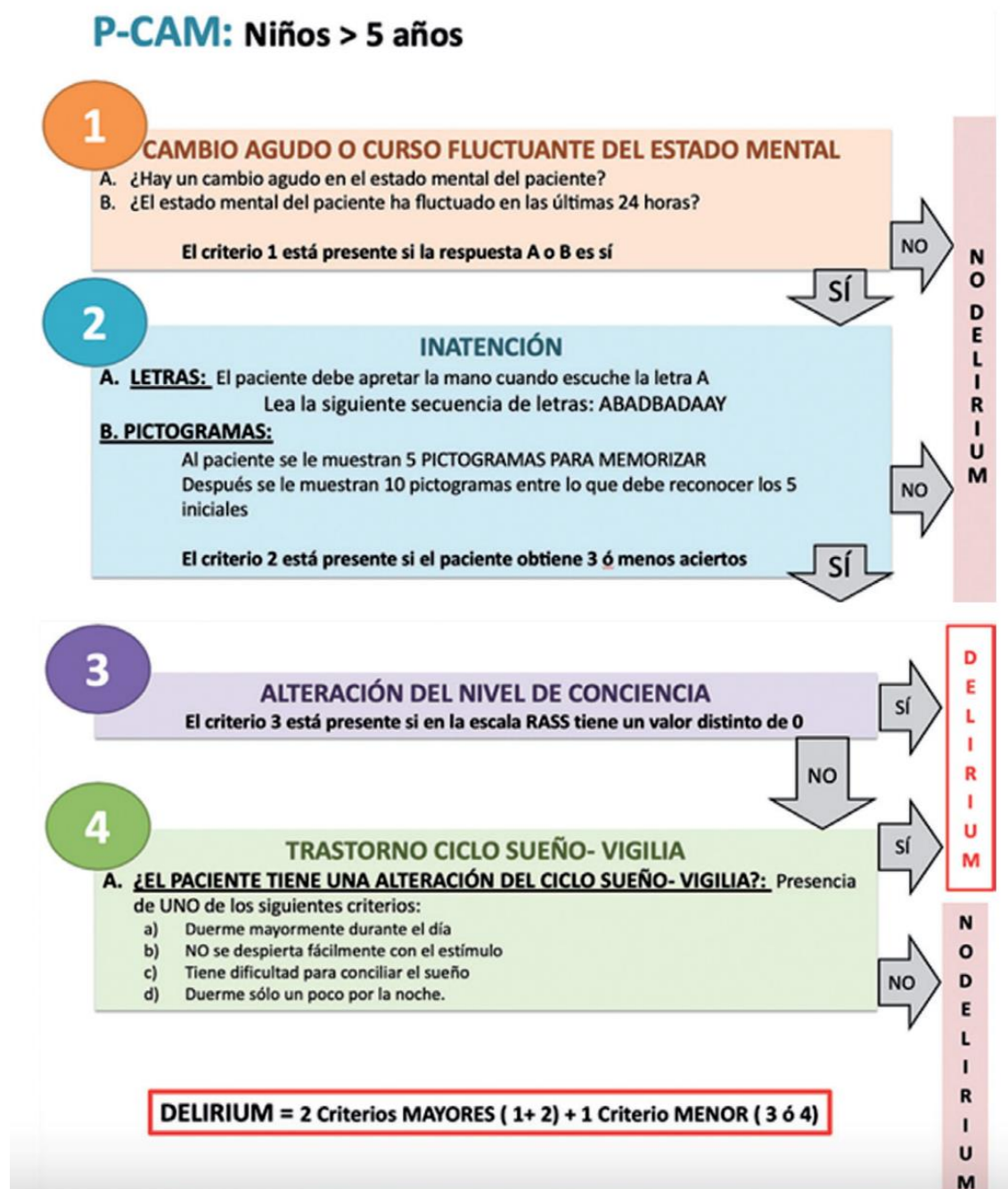
Firma \_\_\_\_\_

### Apéndice E: Matriz de consistencia

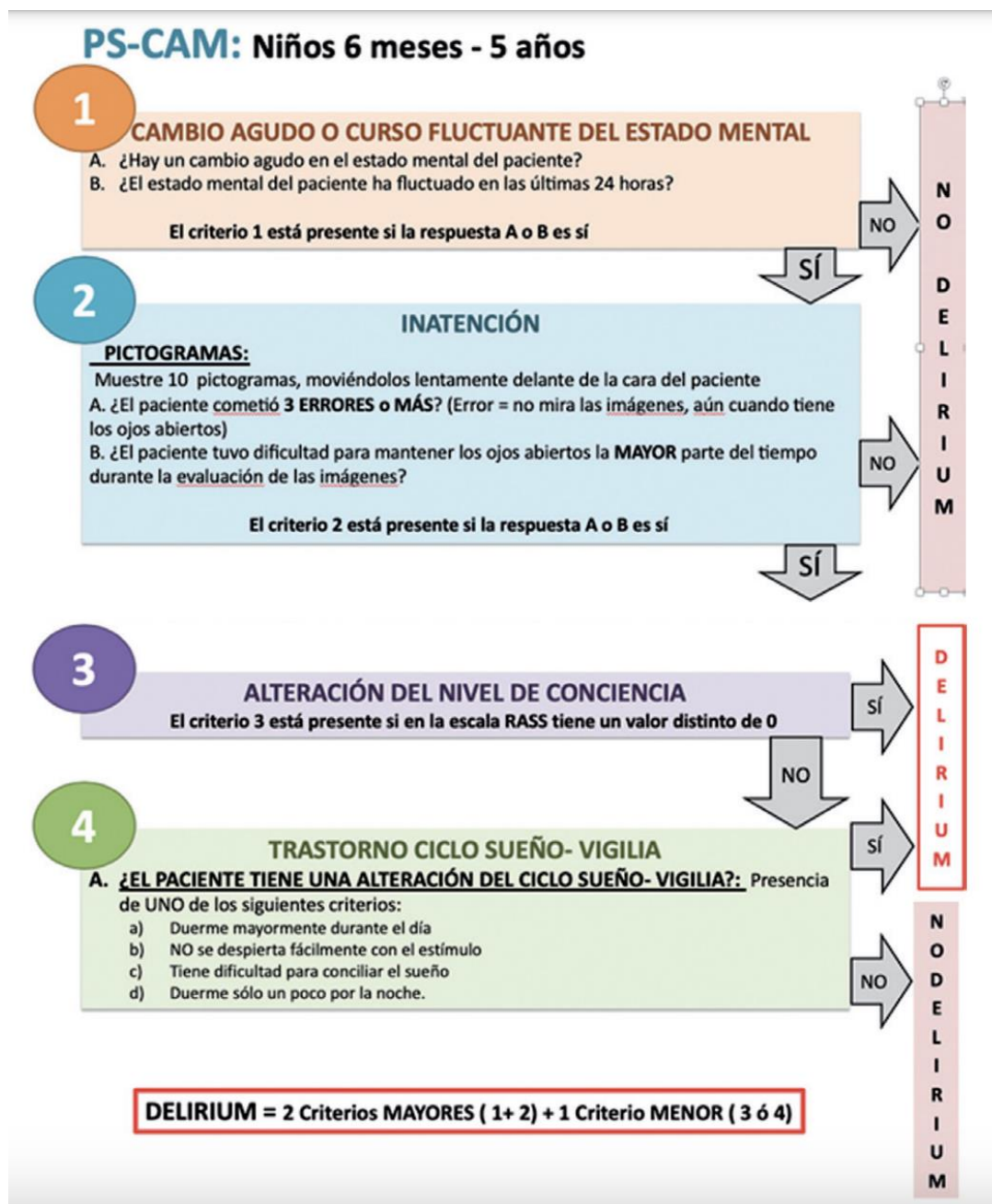
#### Título: Intervenciones del profesional de enfermería en el delirium tremens a pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos de un hospital de Huancayo, 2024

Problema	Objetivos	VARIABLES	Metodología
<b>Problema general</b>	<b>Objetivo general</b>	<b>Variable 1</b>	<b>Enfoque:</b> Cuantitativo
¿Qué intervenciones realiza el profesional de enfermería en el delirium a pacientes de la UCI pediátrica de un hospital de Huancayo, 2024?	Determinar las intervenciones realiza el profesional de enfermería en el delirium a pacientes de la UCI pediátrica de un hospital de Huancayo, 2024.	Cuidados de los profesionales de enfermería ante el delirium en pacientes pediátricos de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de Huancayo	<b>Diseño:</b> No experimental <b>Tipo:</b> Descriptivo - observacional <b>Corte:</b> Transversal <b>Población.</b> Este grupo estará conformado por los profesionales de enfermería del hospital, que corresponden a 210 enfermeras.
<b>Problemas específicos</b>	<b>Objetivos específicos</b>		<b>Muestra.</b> La muestra la conformara todos los profesionales de enfermería que prestan servicios en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Se empleará un muestreo no probabilístico, por conveniencia.
¿Qué intervenciones realiza el profesional de enfermería en la prevención del delirium a pacientes de la UCI pediátrica de un hospital de Huancayo, 2024?	Determinar las intervenciones realiza el profesional de enfermería en la prevención del delirium a pacientes de la UCI pediátrica de un hospital de Huancayo, 2024.		
¿Qué intervenciones realiza el profesional de enfermería en la detección del delirium a pacientes de la UCI pediátrica de un hospital de Huancayo, 2024?	Determinar las intervenciones realiza el profesional de enfermería en la detección del delirium a pacientes de la UCI pediátrica de un hospital de Huancayo, 2024.		
¿Qué intervenciones realiza el profesional de enfermería en el manejo del delirium a pacientes de la UCI pediátrica de un hospital de Huancayo, 2024?	Determinar las intervenciones realiza el profesional de enfermería en el manejo del delirium a pacientes de la UCI pediátrica de un hospital de Huancayo, 2024.		

## Apéndice F: Escala de medición



Fuente: (Protocolos de la Sociedad de Cuidados Intensivos Pediátricos / Asociación Española de Pediatría, s. f.)



Fuente: (Protocolos de la Sociedad de Cuidados Intensivos Pediátricos / Asociación Española de Pediatría, s. f.)

<b>Cornell Assessment of Pediatric Delirium (CAPD).</b>					
Puntuación RASS (no aplicable si RASS de 4-5)					
	<b>Nunca 4</b>	<b>Raramente 3</b>	<b>A veces 2</b>	<b>Frecuente 1</b>	<b>Siempre 0</b>
¿Establece contacto ocular con el cuidador?					
¿Las acciones tienen un propósito?					
¿Es consciente del entorno?					
¿Comunica sus necesidades y deseos?					
	<b>Nunca 0</b>	<b>Raramente 1</b>	<b>A veces 2</b>	<b>Frecuente 3</b>	<b>Siempre 4</b>
¿Está inquieto?					
¿Está inconsolable?					
¿Está poco activo, pocos movimientos, mientras está despierto?					
¿Tarda mucho tiempo en responder a los estímulos?					

Fuente: *(Protocolos de la Sociedad de Cuidados Intensivos Pediátricos / Asociación*

*Española de Pediatría, s. f.)*

## Comfort assessment

# SOS-PD Escala

Escala de Observación Sophia de Síntomas de deprivación y Delirium

Fecha/Hora 1    Fecha/Hora 2  
 Observador    Observador

Etiqueta con el nombre del paciente

### Paso 1a Deprivación

Frecuencia Cardíaca    1    2  
 ... /min    ... /min

Frecuencia Respiratoria    1    2  
 ... /min    ... /min

Frecuencia cardíaca basal    1    2  
 ... /min    ... /min

Frecuencia respiratoria basal    1    2  
 ... /min    ... /min

### Explicación

Ingresar frecuencia más alta en las últimas 4 horas si está disponible (sistema electrónico de manejo de datos de paciente), de lo contrario leer el monitor o sentir el pulso.

Ingresar frecuencia más alta en las últimas 4 horas si está disponible (sistema electrónico de manejo de datos de paciente), de lo contrario leer el monitor o contar las respiraciones.

El valor basal corresponde al valor promedio de las últimas 24 horas.

El valor basal corresponde al valor promedio de las últimas 24 horas.

### Paso 1b Delirium\*

Los padres no reconocen el comportamiento de su hijo/a    1    2  
\*    \*

Los padres perciben el comportamiento de su hijo/a como muy diferente o irreconocible en comparación a lo que están acostumbrados a cuando el niño está enfermo u hospitalizado. \*este no es mi hijo/s\*

### Marcar si responde "sí"

Los padres perciben el comportamiento de su hijo/a como muy diferente o irreconocible en comparación a lo que están acostumbrados a cuando el niño está enfermo u hospitalizado. \*este no es mi hijo/s\*

### Paso 2

Deprivación    Delirium  
 1 2    1 2

Taquicardia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuencia cardíaca excede el basal por $\geq 15\%$
Taquipnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuencia respiratoria excede el basal por $\geq 15\%$
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temperatura corporal excede 38,4°C ahora o dentro de las últimas 4 horas.
Sudoración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sin razón aparente.
Agitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E.g. irritable, inquieto, agitado, buscando a tientas (tratando de sacar catéteres, líneas venosas, tubos gástricos, etc.).
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño muestra expresión facial ansiosa (ojo muy abiertos, cejas elevadas y tensas)
Temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temblores, movimientos rítmicos involuntarios sostenidos de las manos y/o pies.
Alteración motora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movimientos involuntarios de los brazos y/o piernas; pequeñas contracciones musculares.
Tensión muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dedos de los pies y muñecas apretadas, y/o hombros encorvados. O: Posición anormal tensa de la cabeza, brazos y/o piernas causado por tensión muscular.
Atención		<input type="checkbox"/>	Si ustedes (enfermeras) o padres no logran atraer o mantener la atención del niño. El niño no se encuentra consciente de su entorno; vive "en su propio mundo"; Apatía.
Actos Voluntarios		<input type="checkbox"/>	Si el niño tiene dificultad para hacer cosas que usualmente no le dan problema; e.g. no puede tomar su chupete o juguete de peluche.
Falta de contacto visual		<input type="checkbox"/>	Poco o ningún contacto visual con los cuidadores o padres.
Llanto inconsolable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inconsolable (Observado como rehúsar comida, chupete o no quiere jugar). Calificar llanto sliente en niños con ventilador como llanto inconsolable.
Hace muecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cejas contraídas y bajas, pliegue nasolabial visible.
Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El niño no duerme más de una hora por vez; siestas de corta duración.
Alucinaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pareciera que el niño ve, escucha y siente cosas que no estaban ahí.
Desorientación		<input type="checkbox"/>	Solo para niños > 5 años. El niño no sabe si es de día, tarde o noche, no sabe donde está, no reconoce a la familia o amigos.
Habla		<input type="checkbox"/>	Si el discurso es incomprensible, poco clara o el niño no puede contar una historia coherente (no apropiada a la edad).
Inicio agudo de los síntomas		<input type="checkbox"/>	Cambio agudo de los síntomas en comparación al estado previo a la admisión al hospital.
Fluctuaciones		<input type="checkbox"/>	La ocurrencia de los síntomas varía marcadamente en las últimas 24 horas.
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Al menos una en las últimas 24 horas.
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Al menos una en las últimas 24 horas.

Valor total

Valor SOS   

Valor PD\*   

Valoración Deprivación (max. es 15). Contar cuadros marcados.

Valoración Delirium (max. es 16/17). Contar cuadros marcados.

\* Consultar con un psiquiatra Infantil si: Paso 1b es positivo Y/O valor de Paso 2 es  $\geq 4$ , o síntoma con \* es positivo.

Fuente: (Escala de evaluación de confort, s. f.)