



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**

Trabajo Académico

Nivel de conocimiento sobre el manejo del paciente con delirio y la práctica del enfermero en UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren 2024

Para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos

Presentado por:

Autora: Montenegro Sono, Cynthia Alejandra

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5932-1587>

Asesora: Dra. Cruz Gonzales, Gloria Esperanza

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1937-5446>

Lima – Perú

2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, CYNTHIA ALEJANDRA MONTENEGRO SONO egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo Académico **“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DEL PACIENTE CON DELIRIO Y LA PRÁCTICA DEL ENFERMERO EN UCI DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLEGUREN 2024.”** Asesorado por el docente: CRUZ GONZALES GLORIA ESPERANZA DNI:... 08466150.....ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1937-5446> tiene un índice de similitud de (10) (diez) % con código OID: 14912:443994492 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor
 CYNTHIA ALEJANDRA MONTENEGRO SONO
 DNI: 43226306



.....
 Firma
 mg Gloria Esperanza Cruz Gonzales
 DNI: 08466150.....

Lima, 08 de MARZO de 2025

JURADO

PRESIDENTE: Mg. Juan Esteban Rojas Trujillo

SECRETARIO: Mg. Rosa María Pretell Aguilar

VOCAL: Dr. Rodolfo Amado Arévalo Marcos

DEDICATORIA

A todas las personas que, con su respaldo incondicional y comprensión, han estado presentes en cada etapa de este recorrido. A quienes, con su ejemplo, me motivaron e impulsaron a continuar incluso en los momentos más desafiantes.

AGRADECIMIENTO

Quiero manifestar expreso mi más profundo expreso manifiesto mi reconocimiento a todas aquellas personas que, en cierta forma, aportaron y facilitaron el progreso de esta investigación. Expreso mi gratitud a mis allegados y compañeros, por su constante acompañamiento inquebrantable y motivación interminable. A mis maestros y otros mentores, cuya dedicación y paciencia fueron fundamentales en el transcurso de este proceso, brindándole su valiosa experiencia. Finalmente, extendiendo mi gratitud a quienes confiaron en mí, permitiéndome alcanzar este importante objetivo.

ÍNDICE

DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
ÍNDICE	7
RESUMEN	10
ABSTRACT.....	11
CAPITULO I: EL PROBLEMA.....	12
1.1 Planteamiento del Problema	12
1.2 Formulación del Problema.....	13
1.2.1 Problema General.....	13
1.2.2 Problemas específicos:.....	14
1.3 Objetivos	14
1.3.1 Objetivo general.....	14
1.3.2 Objetivos específicos	14
1.4 Justificación	15
1.4.1 Teórica	15
1.4.2 Metodológica.	15
1.4.3 Práctica.....	15
1.5 Delimitaciones	16
1.5.1 Espacial.....	16

1.5.2	Temporal.....	16
1.5.3	Población.....	16
2	MARCO TEÓRICO.....	17
2.1	Antecedentes de la investigación.....	17
2.1.1	Internacionales.....	17
2.1.2	Nacionales.....	19
2.2	Bases teóricas.....	21
2.2.1	Manejo de paciente con delirio.....	21
2.2.2	Práctica del enfermero en UCI.....	24
2.3	Formulación de hipótesis.....	28
2.3.1	Hipótesis general.....	28
2.3.2	Hipótesis específicas.....	28
3	METODOLOGÍA.....	29
3.1	Método.....	29
3.2	Enfoque.....	30
3.3	Tipo.....	30
3.4	Diseño.....	30
3.5	Población, muestra y muestreo.....	31
3.5.1	Población.....	31
3.5.2	Muestra.....	31
3.5.3	Muestreo.....	32

3.6	Variables y operacionalización	33
3.6.1	Operacionalización de variables	34
3.7	Técnicas e instrumentos	35
3.7.1	Técnica	35
3.7.2	Instrumento	35
a.	Procesamiento y análisis de datos.....	38
3.8	Aspectos éticos.....	39
4	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	41
5	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
6	ANEXOS	51
	Anexo 1. Matriz de consistencia	52
	Anexo 2. Instrumentos	53

RESUMEN

Objetivo: “Evaluar la relación entre el nivel de conocimiento sobre el manejo del paciente con delirio y la práctica del enfermero en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el año 2024”. **Metodología:** El estudio adopta un enfoque cuantitativo, de tipo correlacional, con diseño no experimental y transversal. Asimismo, la población consta de 40 enfermeros del área asistencial de UCI, utilizando un muestreo censal. Además, se emplearon dos instrumentos validados: el **Cuestionario CCD** para medir conocimientos y la ficha de observación **CEI-UCI** para evaluar prácticas de enfermería. El análisis estadístico incluye correlación y pruebas inferenciales con apoyo del software SPSS.

Palabras clave. Delirio, Cuidados Intensivos, Enfermería, Conocimiento.

ABSTRACT

Objective: “To evaluate the relationship between the level of knowledge on the management of patients with delirium and the practice of nursing in the Intensive Care Units (ICU) of the Alberto Sabogal Sologuren National Hospital during the year 2024”. **Methodology:** The study adopts a quantitative, correlational approach, with a non-experimental and cross-sectional design. Likewise, the population consists of 40 nurses from the ICU care area, using a census sample. In addition, two validated instruments were used: the **CCD Questionnaire** to measure knowledge and the observation sheet CEI-UCI to evaluate nursing practices. The statistical analysis includes correlation and inferential tests with the support of SPSS software.

Keywords. Delirium, Intensive Care, Nursing, Knowledge.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

El delirio es un trastorno común y severo en pacientes críticos hospitalizados, con una prevalencia que puede alcanzar entre el 13% y el 88% en unidades como las de cuidados intensivos (UCI) (1). A nivel mundial, el principal problema relacionado con el manejo del delirio en UCI es su diagnóstico, especialmente en su presentación hipoactiva. En este sentido, el 67% de los casos de delirio pasan sin ser detectados por el personal de salud, lo que prolonga la estancia hospitalaria y aumenta la mortalidad de los pacientes (2). A pesar de que se ha avanzado en la creación de herramientas diagnósticas, como la CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the ICU), su uso no está estandarizado en todas las UCI, y la falta de formación y entrenamiento en el personal de la salud contribuye al desconocimiento sobre su correcta aplicación (3). Además, la aplicación de estrategias no farmacológicas es limitada, debido a la falta de personal capacitado y al tiempo necesario para su implementación, a pesar de que estas intervenciones han mostrado reducir la incidencia del delirio (4).

En América Latina, a pesar de que las guías internacionales, como el paquete ABCDEF, para su implementación en las UCI, la adopción de estos protocolos ha sido lenta debido a la falta de recursos y de entrenamiento específico (5). Es así que, en países como Colombia y México, la formación del personal de salud sobre el manejo del delirio es insuficiente y la prevalencia del delirio en UCI alcanza el 60% en pacientes mayores de 75 años (6). La falta de programas de capacitación continua se suma a la poca difusión de protocolos específicos para su manejo, lo que dificulta su detección temprana y tratamiento adecuado (7). Al mismo tiempo, el desconocimiento sobre las estrategias no farmacológicas y la ausencia de evaluaciones cognitivas sistemáticas limitan la capacidad de las enfermeras para identificar y tratar el delirio de manera efectiva (8).

En el Perú, el grado de conocimiento sobre la gestión del delirio entre los especialistas en salud de salud es insuficiente, esto repercute en el nivel de excelencia del servicio ofrecido a los pacientes. Por ende, la deficiencia es particularmente problemática dado que el delirio está asociado a peores resultados clínicos, incluyendo una mayor mortalidad y complicaciones postoperatorias (9). En el Hospital Nacional Arzobispo Loayza se determinó que la incidencia de delirio fue del 18.46%, siendo más común en pacientes mayores de 61 años y aquellos con comorbilidades como hipertensión arterial y diabetes mellitus (10). Además, el tiempo de hospitalización prolongada y el uso de ciertos tipos de anestesia aumentan significativamente el riesgo de delirio.

La intervención del personal de salud en la prevención del delirio es clave, debido al contacto directo con los pacientes y, al mismo tiempo, por la capacidad de implementar medidas preventivas tanto farmacológicas como no farmacológicas. Sin embargo, en el Perú la evaluación del delirio es inconsistente, hasta un 90.1% de los profesionales afirman que esta condición está subdiagnosticada, lo que retrasa la intervención oportuna (11). En este sentido, las principales barreras son la falta de capacitación y el uso limitado de herramientas diagnósticas como el *Confusion Assessment Method* (CAM), misma que es efectiva en la detección precoz del delirio (11). Debido a ello, es imperativo una vigilancia continua y manejo adecuado de los pacientes como estrategia para prevenir el delirio en todos los grupos de edad (12).

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

PG: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre el manejo del delirio y la práctica del enfermero en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren durante el año 2024?

1.2.2 Problemas específicos:

PG1: ¿Cuál es la relación entre el diagnóstico del delirio y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024?

PG2: ¿Cuál es la relación entre las intervenciones de los profesionales de enfermería y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024?

PG3: ¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024?

PG4: ¿Cuál es la relación entre las complicaciones derivadas de la presencia del delirio y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

OG: Evaluar la relación entre el nivel de conocimiento del manejo del paciente con delirio y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sagobal Soleguren en 2024.

1.3.2 Objetivos específicos

OE1: Determinar la relación del diagnóstico del delirio y la práctica del enfermero en UCI del Hospital Nacional Alberto Sagobal Soleguren en 2024.

OE2: Determinar la relación de la intervención de los profesionales de enfermería y la práctica del enfermero en UCI del Hospital Nacional Alberto Sagobal Soleguren en 2024.

OE3: Determinar la relación de los factores de riesgo y la práctica del enfermero en UCI del Hospital Nacional Alberto Sagobal Soleguren en 2024.

OE4: Determinar la relación de las complicaciones de la presencia del delirio y la práctica del enfermero en UCI del Hospital Nacional Alberto Sagobal Soleguren en 2024.

1.4 Justificación

1.4.1 Teórica

El delirio es un problema sustancial que afecta la calidad del cuidado y los resultados clínicos en individuos con patologías agudas ingresados dentro del servicio de atención crítica (UCI) en el área especializada. De hecho, el diagnóstico y el tratamiento en etapa precoz del delirio son cruciales para reducir complicaciones como la estancia hospitalaria y la mortalidad, es necesario un conocimiento profundo del personal de salud para el manejo adecuado del delirio. Teóricamente, esta investigación se justifica porque es necesario mejorar las habilidades del personal de enfermería para manejar el delirio para mejorar el tratamiento que reciben los pacientes afectados por este síndrome. El personal debe estar familiarizado con el uso de herramientas de diagnóstico y técnicas terapéuticas (farmacológicas y no farmacológicas) para intervención efectiva en pacientes críticos.

1.4.2 Metodológica.

El enfoque cuantitativo de esta investigación permite realizar una evaluación objetiva de la relación referente al nivel de conocimiento sobre a la gestión de personas atendidas con delirio y la práctica de enfermeros en la UCI. Asimismo, este estudio utiliza un diseño no experimental, transversal y correlacional para establecer el grado de asociación entre las variables. Al mismo tiempo, el uso de técnicas e instrumentos como encuestas y cuestionarios medidos mediante la utilización de la escala Likert optimiza el proceso de obtención de datos de modo sistemática y estructurada.

1.4.3 Práctica

El manejo inadecuado del delirio en pacientes de UCI puede causar peores resultados clínicos y aumentar la carga en el sistema de salud. Al evaluar la relación que existe entre el conocimiento de los enfermeros concerniente al manejo del delirio y su práctica diaria, esta investigación tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención en las UCI. Lo cual el

estudio servirá como base para la creación de programas de capacitación continua, la estandarización de protocolos y la mejora de las técnicas de manejo en UCI. Esto no solo ayudará a los pacientes al reducir las complicaciones, sino que también ayudará al personal de salud a ahorrar tiempo y recursos.

1.5 Delimitaciones

1.5.1 Espacial

La presente investigación se realizará en las instalaciones adscrito al establecimiento de salud denominado Alberto Sabogal Soleguren, específicamente en sus unidades de cuidados intensivos (UCI), ubicado en Lima, Perú.

1.5.2 Temporal

La ejecución de esta investigación está prevista para el periodo correspondiente al año 2024.

1.5.3 Población

La población del estudio estará compuesta por 40 enfermeros que trabajan en las áreas asistenciales de UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren, quienes cumplirán con los criterios de inclusión establecidos en la parte metodológica.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Internacionales

En un primer antecedente, Abdullah et al. (2020) la finalidad con la que se dio inicio fue examinar el grado de conocimiento y las acciones implementadas por el personal de enfermería en la asistencia a pacientes que presentan delirio dentro de las unidades de cuidados intensivos (UCI), además de determinar las carencias más relevantes en su capacitación y desempeño clínico. Para ello, se empleó un enfoque metodológico de tipo descriptivo, tomando como muestra a una muestra constituida por sesenta especialistas en enfermería debidamente acreditados que desempeñaban funciones en la unidad clínica destinada al manejo de pacientes en estado crítico de dicho establecimiento hospitalario AL-Thawra en Yemen. Se emplearon herramientas estructuradas de obtención de información, mediante la aplicación de un instrumento tipo cuestionario enfocado en el conocimiento sobre el delirio, así como una guía de verificación observacional destinada a valorar las acciones relacionadas con el cuidado. Los hallazgos revelaron que el 55% de las enfermeras poseía únicamente un diploma en enfermería y el 61.7% contaba con entre uno y cinco años de experiencia en UCI. Se evidenció un nivel deficiente de conocimientos sobre el delirio, con una puntuación media de 29.72 ± 7.00 en una escala de 60 puntos. Asimismo, las prácticas de atención fueron inadecuadas, reflejándose en una puntuación media de 48.38 ± 20.20 en una escala de 98 puntos. A nivel inferencial, no se hallaron correlaciones significativas entre la edad, el nivel educativo y el conocimiento sobre delirio ($p > 0.05$), mientras que las prácticas de atención fueron ligeramente superiores entre las enfermeras con mayor experiencia en UCI. En conclusión, el estudio puso en evidencia un bajo nivel de conocimientos y prácticas respecto al manejo del delirio entre las enfermeras de la UCI del Hospital AL-Thawra, resaltando la relevancia de desarrollar programas de

capacitación continua y capacitación continua en este ámbito, con el propósito de optimizar la excelencia en la prestación de cuidados a los pacientes (13).

Así también, Baluku-Murungi et al. (2023) plantearon se propuso como objetivo analizar el efecto de una estrategia pedagógica en el conocimiento y en las prácticas de valoración del delirio, llevadas a cabo a cargo del equipo de enfermería profesional pertenecientes dentro de la unidad especializada en cuidados intensivos (UCI) y en el espacio clínico complementario atención de alta dependencia en Uganda. Se utilizó un tipo aplicado, reclutando una muestra por conveniencia de 29 enfermeras. La intervención educativa incluyó sesiones presenciales, demostraciones, visualización de videos y práctica utilizando la herramienta conocida como Procedimiento estandarizado para evaluar el delirio en pacientes internados en UCI, denominado el CAM-ICU (Método de Valoración del Delirio en Cuidados Intensivos) es una herramienta clínica estandarizada para detectar confusión aguda en pacientes críticos. La evaluación del conocimiento y las prácticas de las enfermeras se realizó mediante un cuestionario autoadministrado antes y después de la intervención. Se emplearon análisis estadísticos descriptivos e inferenciales, con prueba t pareada con el fin de contrastar las evaluaciones obtenidas en conocimiento y práctica antes y después de la aplicación de la intervención. estableciendo la significancia en $p < 0.05$. Los resultados indicaron que el 62% de las participantes eran mujeres, el 48% tenía un diploma en enfermería y la edad mediana era de 30 años (IQR=28-32). Antes de la intervención, la media de conocimiento sobre el delirio fue de 10.7 (DE=2.36) y después aumentó significativamente a 19 (DE=0.94) ($t(28)=17.32$, $p < 0.001$). En cuanto a la práctica, el puntaje promedio inicial fue de 2 (DE=0.83), incrementándose a 6 (DE=0.35) tras la intervención ($t(28)=25.04$, $p < 0.001$). Se evidenció una mejora significativa en la identificación de signos cardinales del delirio, factores de riesgo y medidas de prevención. En conclusión, la intervención educativa mejoró significativamente el conocimiento y las prácticas de evaluación del delirio en las enfermeras participantes (14).

Finalmente, Lange et al., 2023, su propósito fue analizar el nivel de conocimiento, las dificultades existentes y las prácticas efectuadas por el personal de atención de salud en la atención holística de personas con confusión aguda en áreas de terapia intensiva en Polonia. El cual se plasmó mediante un estudio transversal, se encuestó a 371 enfermeras de UCI, recolectando datos sobre sus conocimientos y prácticas a través de cuestionarios adaptados y traducidos al polaco. Los resultados mostraron que el 53.1% de las enfermeras nunca había recibido educación formal sobre el manejo del delirio, lo que resultó en un conocimiento deficiente sobre sus síntomas, factores de riesgo y complicaciones. Los análisis estadísticos indicaron que factores como tener un título de maestría, ser mujer y trabajar en un hospital universitario estaban positivamente asociados con un mayor conocimiento, mientras que la edad se correlacionaba negativamente. Solo el 16.4% de las enfermeras evaluaba regularmente el delirio, y se identificaron barreras importantes, como la falta de obligación de evaluarlo y la dificultad de hacerlo en pacientes intubados. En conclusión, el estudio resalta la necesidad urgente de educar a las enfermeras sobre el delirio y de implementar políticas hospitalarias que exijan su evaluación sistemática en la UCI (15).

2.1.2 Nacionales

En el plano nacional, Quiroz-Ramos, 2022, plasmaron el objetivo de examinar el vínculo entre la comprensión del trato empático y las acciones del personal de salud en un centro privado de Lima. El estudio fue realizado desde una perspectiva cuantitativa, adoptando un diseño de tipo descriptivo y correlacional con carácter transversal, con una muestra integrada por 93 enfermeras; 63 de ellas eran graduadas y 30 eran técnicas. Se utilizaron dos instrumentos: un cuestionario sobre conocimientos acerca de la atención humanizada y un formato de verificación de prácticas. Los resultados evidenciaron que el 58.1% del equipo de enfermería contaba con un alto nivel de conocimiento, mientras que el 68.8% desempeñaba una práctica. Los análisis inferenciales indicaron que, aunque algunas dimensiones como la

proactividad y cualidades del hacer mostraron relación positiva, en general no hubo una correlación significativa entre conocimiento y práctica en otras dimensiones. Se concluyó que la ausencia de una relación general entre conocimiento y práctica sugiere que factores adicionales podrían influir en la implementación efectiva del cuidado humanizado en el entorno clínico (16).

Asimismo, Díaz-Vargas et al. (2022) plantearon la intención de evaluar la extensión del saber teórico-práctico adquiridos, posturas y procedimientos relacionados en la detección y manejo del delirio por parte del médico personal, así como los estudiantes de medicina en etapa de internado que se desempeñan en las áreas de hospitalización del Hospital Cayetano. La investigación se realizó bajo un diseño observacional, de carácter descrito en el que participaron 148 individuos. Con el propósito de obtener la información necesaria, se utiliza un instrumento tipo cuestionario como medio de recopilación de datos sometido a un proceso de validación en dos etapas: en la primera, tres expertos realizaron la validación de contenido, mientras que, en la segunda, se aplicó el instrumento con el propósito de analizar las variables del estudio. Para la caracterización de los datos, se aplicaron técnicas de análisis basadas en medidas de tendencia central y distribución de proporciones, junto con pruebas paramétricas para establecer comparaciones entre los distintos grupos examinados. Los hallazgos reflejaron que el promedio de respuestas correctas en la categoría de conocimientos el nivel registrado fue del 57,8% (IC al 95%: 52,5–63,1), sin presentar diferencias estadísticamente relevantes entre las categorías comparadas. En lo referente a las actitudes, el 25% refirió aplicar el Confusion Assessment Method (CAM), y un 31.1% manifestó seguridad en la administración de neurolépticos para tratar el delirio. Con respecto a las prácticas, el 86,5% de los participantes implementaron al menos una medida. En conclusión, se detectaron limitaciones en el nivel de conocimientos y en la implementación de intervención para el manejo del delirio, lo que puede

condicionar un diagnóstico tardío y un tratamiento inadecuado, resaltando la necesidad de fortalecer la formación médica en esta área (17).

Finalmente, Luyo-Aguilar (2024) plasmaron el propósito fue identificar Las acciones implementadas mediante la mano de obra del personal de enfermería enfocado en estrategias de prevención y abordaje del delirio en personas internadas en unidades hospitalarias. Se realizó una revisión documental descriptiva y retrospectiva de investigaciones publicadas entre 2019 y 2024, seleccionando 20 artículos de un total de 102 que reunieran los requisitos establecidos en los criterios de inclusión. Se examinaron las estrategias de enfermería más empleadas y su efecto en la identificación y manejo del delirio en paciente. Los resultados indicaron que el 67.8% del personal de enfermería evaluaba el delirio en pacientes de UCI, de los cuales el 49.2% monitoreaba síntomas y el 50% utilizaba escalas y herramientas validadas para la evaluación. Se identificaron intervenciones clave, como la aplicación del paquete ABCDEF, el uso de herramientas de evaluación validadas (CAM-ICU, RASS), la implementación de estrategias no farmacológicas (musicoterapia, estimulación cognitiva, reorientación del paciente) y la participación activa de la familia. En conclusión, se determinó que las acciones realizadas por los profesionales de enfermería son esenciales en los procesos de prevención y el control del delirio en unidades de cuidados intensivos (UCI) y su aplicación eficaz y oportuna puede reducir la incidencia y efectos del delirio, mejorando la calidad del cuidado en pacientes críticos (18).

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Manejo de paciente con delirio

2.2.1.1 Teorías

Por un lado, la Teoría de la Vulnerabilidad y el Estrés hace referencia a cómo los individuos responden de manera diferente ante situaciones estresantes. La vulnerabilidad se refiere a la tendencia de algunas personas a experimentar un mayor grado de estrés en

comparación con otras frente a los mismos eventos (19). En este sentido, factores como los compromisos del individuo y su percepción del mundo juegan un papel importante en esta respuesta. Asimismo, las personas con mayor vulnerabilidad suelen mostrar una reacción más intensa al estrés debido a una interpretación cognitiva negativa o la falta de habilidades para enfrentar las situaciones de manera eficaz (20). Además, gran parte de los estímulos estresantes que afectan el bienestar tanto mental como físico provienen de interacciones sociales, lo que ha llevado a estudios centrados en el estrés social (21). Las diferencias individuales en la respuesta al estrés se explican por la interacción entre factores internos, como la autoestima y las habilidades de afrontamiento, y factores externos, como el entorno social (22).

Por su parte, la Teoría de la Desregulación Neuroquímica se relaciona con la idea de que los desbalances en los sistemas químicos del cerebro, como los neurotransmisores dopamina, serotonina y noradrenalina, dificultan la capacidad natural de regular las emociones (23). En este sentido, la desregulación emocional, que está vinculada a estos desbalances neuroquímicos, se manifiesta en la dificultad para manejar adecuadamente las emociones y adaptarse a las demandas del entorno. Por ello, la estabilidad de los sistemas neuroquímicos es clave para mejorar la forma en que las personas experimentan y controlan sus emociones (24). Además, las intervenciones que apuntan a regular estos sistemas, como terapias farmacológicas o estrategias cognitivas, pueden ayudar a restaurar el equilibrio emocional y mejorar el bienestar general (25).

2.2.1.2 Definición

El delirio es una modificación en el enfoque, la percepción y el estado de alerta que se presenta rápidamente, con síntomas que pueden variar según la causa. El delirio, también conocido como Síndrome Confusional Agudo (SCA), es una condición caracterizada por una alteración significativa en la lucidez mental, ocasionada por modificaciones arrependidas, con múltiples causas y origen orgánico, que puede prevenirse y revertirse (26). Además de

constituir una condición médica caracterizada por cambios abruptos en la capacidad de atención, el nivel de conciencia y el desempeño cognitivo. cuya causa se asocia a una condición médica subyacente y no puede atribuirse de manera más precisa a un trastorno neurocognitivo preexistente (27).

2.2.1.3 Dimensiones

A) Diagnóstico del delirio

Se refiere al proceso mediante el cual se identifica la presencia de este síndrome delirio en los pacientes a través de herramientas validadas para la evaluación clínica, como, por ejemplo, el método CAM-ICU (Evaluación de Confusión en Cuidados Intensivos), el instrumento N-DESC (Escala clínica para identificar el delirio, implementada por el personal de enfermería especializada), y la herramienta DDS (Puntaje para la Detección del Delirio) (28). A través de estas herramientas se puede desarrollar una valoración precisa de los signos y síntomas que caracterizan el delirio, como La modificación repentina del estado de conciencia y la función cognitiva y su aplicación en un entorno hospitalario

B) Intervenciones de los profesionales de enfermería

Las intervenciones del personal de enfermería consisten aplicar estrategias tanto farmacológicas como no farmacológicas destinadas a evitar la aparición del delirio o tratarlo con cautela en caso ya esté presente. Entre las estrategias destacan la reducción del ruido, promoción de la movilidad temprana, reorientación del paciente, manejo del dolor y uso racional de medicamentos (28)

C) Factores de riesgo

Los factores de riesgo para el delirio comprenden características personales y clínicas que aumentan la probabilidad de desarrollar la condición. Los riesgos más comunes incluyen la edad avanzada, la presencia de enfermedades preexistentes (demencia, depresión), la

exposición a anestesia o fármacos psicoactivos, y factores ambientales hospitalarios como el aislamiento y las interrupciones del ciclo sueño-vigilia (28)

D) Complicaciones derivadas de la presencia del delirio

Las complicaciones asociadas con el delirio abarcan consecuencias inmediatas y a largo plazo, como el aumento de la estancia hospitalaria, mayor riesgo de mortalidad, reingresos hospitalarios, y posibles secuelas emocionales como el miedo y la sensación de vulnerabilidad. La suma de complicaciones impacta directamente al paciente y a sus familiares (28).

2.2.2 Práctica del enfermero en UCI

2.2.2.1 Teorías

Por un lado, la Teoría de los Aspectos Interpersonales es la relación interpersonal entre enfermera y paciente, en el cual se destaca los valores de empatía, simpatía y el establecimiento de un vínculo profundo (rapport) para el cuidado efectivo (29). Esta teoría plantea que la interacción enfermera-paciente evoluciona a través de varias fases: el acercamiento inicial, el proceso de identificación personal, la manifestación de empatía, la expresión de simpatía y el establecimiento del rapport comunicacional. En cada una de estas fases, la enfermera desempeña un rol clave en la creación de una conexión humana con el paciente, lo que permite no solo la provisión de cuidados físicos, sino también el apoyo emocional y psicológico necesarios para la recuperación (30). Asimismo, el cuidado de enfermería va más allá de las intervenciones clínicas; debido a que involucra una comprensión profunda del paciente como ser humano único y vulnerable (31). Por ello, la empatía es esencial para que la enfermera logre una auténtica comunicación y conexión con el paciente, permitiendo que ambos comprendan mutuamente sus sentimientos y necesidades. A medida que la relación progresa hacia el rapport, el paciente siente una mayor confianza y seguridad (32).

Por otro lado, el enfoque de la Teoría del Cuidado Humano está orientado hacia el proceso de brindar atención como una interacción transpersonal que va más allá de las necesidades físicas del paciente, integrando también las dimensiones emocional, espiritual y psicológica. Por ello, el cuidado no solo es una actividad técnica, sino una relación moral y espiritual que implica una profunda conexión entre la enfermera y el paciente (33). Esta teoría propone que el cuidado humanizado promueve la dignidad, la integridad y el bienestar del individuo, mediante la unificación del cuerpo, la mente y el espíritu lo cual fomenta una experiencia de curación que abarca todas las dimensiones del ser humano (34). Además, sugiere que el acto de cuidar debe ser visto como un proceso dinámico y relacional, donde tanto el cuidador como el paciente comparten un espacio de crecimiento y sanación; esto permite el bienestar y la autorrealización de ambas partes, enfocándose en la interacción entre el cuidador y el paciente como un proceso singular que facilita la manifestación de emociones y experiencias compartidas (35).

2.2.2.2 Definición

La práctica del enfermero en la UCI se refiere a un conjunto de intervenciones y cuidados altamente especializados que los profesionales de enfermería brindan a pacientes en estado crítico, sometidos a tratamientos intensivos (36). Estos cuidados no solo incluyen el manejo de las complicaciones físicas, sino también la comprensión de las necesidades emocionales y psicológicas del paciente, a través de la comunicación no verbal, como gestos o posturas, debido a las limitaciones físicas impuestas por su condición (37). El enfermero en la UCI desempeña un rol clave en la identificación e interpretación de signos clínicos, apoyándose tanto en monitores y equipos médicos como en la observación directa del paciente. A través de esta interacción, el personal de enfermería no solo tiene la capacidad de salvaguardar la vida del paciente, sino también de fomentar su bienestar emocional, proporcionando un apoyo integral en situaciones de alta vulnerabilidad (38).

2.2.2.3 Dimensiones

A) Principios vitales y seguridad y eliminación

La primera dimensión hace referencia a las intervenciones de los enfermeros focalizadas en mantener los principios fisiológicos esenciales del paciente, asegurar su protección y gestionar la eliminación adecuada de líquidos y desechos. Estas intervenciones incluyen las actividades de apoyo en la toma de decisiones respecto al paciente como la familia, considerando la evitación de tropiezos y la protección de la dermis, la administración de medicamentos, y el método estéril en las intervenciones del personal de salud, estos son fundamentales para evitar infecciones (39). Asimismo, se puede considerar otras actividades tal como la regulación de calor corporal y la supervisión de los dispositivos de drenaje y la curación de heridas, lo cual es fundamental para prevenir complicaciones en pacientes críticos (40)

B) Rol

La segunda dimensión abarca el apoyo emocional y social que los enfermeros ofrecen a los pacientes, lo que permite conservar su rol social y mantener relaciones interpersonales a pesar de la hospitalización. Las intervenciones incluyen el establecimiento de un grupo de apoyo que puede incluir a la familia, figuras espirituales u otros, proporcionando una red de soporte durante la estancia en la UCI (39). También, se le otorga al paciente la oportunidad de expresar sus sentimientos, lo cual es esencial para su bienestar emocional. Además, se facilitan las visitas para fortalecer los lazos con familiares y amigos (41).

C) Autopercepción y nutrición

Esta dimensión identifica de qué manera los profesionales de salud desempeñan su labor para mejorar la autoestima del paciente y asegurar su nutrición adecuada. Al mismo tiempo, se fomenta la independencia del paciente mediante el fortalecimiento de su capacidad para participar activamente en su propio cuidado, involucrando a la familia en las actividades

de cuidado (39). Por su parte, las intervenciones nutricionales incluyen la vigilancia y evaluación constante del estado nutricional del paciente, la infusión y medición de residuos gástricos, y el manejo adecuado de sondas gástricas para garantizar una alimentación óptima (42).

D) Actividad y Formas de afrontamiento

Se enfoca en promover la movilidad física y el manejo del estrés en pacientes críticos. En este sentido, las intervenciones incluyen la ubicación del paciente en posición semi-Fowler (postura semisentada que favorece la respiración), la promoción de ejercicios pasivos para evitar la atrofia muscular y la gestión del dolor con el objetivo de garantizar su bienestar. Asimismo, se monitorean de cerca los signos vitales y la función respiratoria (39). Para apoyar a los pacientes a afrontar el estrés y la ansiedad que genera la hospitalización, los enfermeros implementan estrategias lúdicas (como música o escritura), fomentando la discusión abierta sobre las experiencias emocionales del paciente (43).

E) Percepción/ Cognición

En esta dimensión se agrupan las actividades que promueven y vigilan la capacidad cognitiva del paciente, mismas que son clave con el propósito de evitar y abordar afecciones como el delirio. Las enfermeras llevan a cabo la estimulación cognitiva del paciente, lo que fomenta la comunicación clara y sincera, a su vez vigilan constantemente el estado cognitivo, interpretando tanto la comunicación verbal como la no verbal. Además, se identifican y abordan los factores etiológicos que pueden desencadenar delirio (39).

F) Confort

Finalmente, el confort se focaliza en el bienestar general del paciente, lo que asegura que su estancia en la UCI sea lo más cómoda posible. Dentro de las intervenciones incluyen la realización de actividades que promueven la adaptación del entorno hospitalario a las

necesidades del paciente, como ajustar la iluminación, los ruidos y otros factores ambientales (39). Del mismo modo, se realizan cambios frecuentes de posición para prevenir lesiones por presión, se asegura un ambiente de seguridad para el paciente, y se le orienta en la realidad cuando es necesario para evitar confusión o desorientación (44)

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

H₀: No existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento del manejo del paciente con delirio y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024.

H₁: Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento del manejo del paciente con delirio y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024.

2.3.2 Hipótesis específicas

HE1: Existe una relación estadísticamente significativa entre el diagnóstico del delirio y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024.

HE2: Existe una relación estadísticamente significativa entre las intervenciones de los profesionales de enfermería y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024.

HE3: Existe una relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024.

HE4: Existe una relación estadísticamente significativa entre las complicaciones derivadas de la presencia del delirio y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024.

3 METODOLOGÍA

3.1 Método

El enfoque hipotético-deductivo permitirá crear hipótesis basadas en la información de los pacientes. Asimismo, este método permite que la investigación se realice de manera

sistemática, mediante de la recolección de datos que facilitarán la confirmación o rechazo de hipótesis. A lo largo del estudio, las observaciones y el análisis están orientadas a demostrar que las conjeturas iniciales son correctas (45).

3.2 Enfoque

Puesto que se fundamentará en la recopilación y evaluación de información cuantitativa, el enfoque de la investigación es cuantitativo. En este sentido, se utilizarán herramientas estructuradas como cuestionarios o pruebas estadísticas, este método permitirá medir variables o fenómenos de manera precisa y objetiva. Además, estos instrumentos tienen como objetivo obtener resultados que puedan ser cuantificados y analizados estadísticamente (46).

3.3 Tipo

La investigación de carácter aplicada constituye una modalidad de estudio orientado a la solución de problemas específicos en contextos prácticos. Su propósito es generar conocimientos que puedan ser utilizados directamente para mejorar procesos, resolver situaciones problemáticas o desarrollar nuevas estrategias en un ámbito determinado. A diferencia de los estudios básicos, cuyo fin principal es profundizar en el marco teórico, los enfoques aplicados en la investigación se orientan hacia la utilización y puesta en práctica de estos saberes en contextos reales, permitiendo mejorar la toma de decisiones y optimizar procedimientos (46).

3.4 Diseño

El estudio adopta un diseño metodológico no experimental, adoptando un diseño transversal, de tipo descriptivo y correlacional. La investigación se clasifica como no experimental, dado que no se manipula la variable independiente, sino que se observa tal como ocurre en su contexto natural, con el fin de examinar su relación con la variable dependiente;

es decir, las variables se estudian tal y cual se comportan en su entorno natural (47). Asimismo, es transversal ya que la obtención de información sobre las variables se efectúa en un único instante temporal (48).

Por su lado, se clasifica como correlacional en tanto busca identificar la magnitud de la relación existente entre múltiples variables el nivel de optimización de estudio (48). Este nivel permite determinar el efecto del nivel de conocimiento en el manejo de pacientes con delirio sobre las prácticas del enfermero en UCI de hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren. Finalmente, es descriptivo por el hecho de que se detalla y documenta las características y comportamiento de las variables en su estado actual (47).

3.5 Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población

Se entiende por población al universo completo de individuos , objetos o hechos que presentan características en común (49). En este contexto, la población está conformada por un total de 40 enfermeros que desempeñan sus funciones en las áreas asistenciales pertenecientes a las áreas adscrita a la unidad clínica de soporte vital del centro hospitalario Alberto Sabogal Sologuren, establecida en la capital limeña.

3.5.2 Muestra

Se entiende por muestra un segmento seleccionado distintivo de individuos seleccionados de una población, utilizado para llevar a cabo un estudio estadístico; es decir, la muestra es una parte de la población total que se elige para obtener datos que luego puedan ser generalizados al conjunto más amplio (49). En el presente estudio, la muestra estará compuesta por 40 enfermeros que desempeñan sus funciones en las áreas asistenciales de las áreas de atención crítica del hospital Alberto Sabogal Soleguren..

3.5.3 Muestreo

El muestreo consiste en la elección de ciertos individuos que reflejen de forma precisa al conjunto total. Asimismo, se utiliza el muestreo censal debido a que se toma como muestra al total de individuos de la población. Además, se formulan los siguientes criterios de inclusión y exclusión. El muestreo se refiere a la clasificación de ciertos individuos que representen de manera precisa al conjunto total de la población. En este caso, se empleará el muestreo censal, debido que se incluirá a la totalidad de los individuos que conforman la población, lo que permite obtener una visión completa y detallada del fenómeno estudiado (49). Además, se han definido los siguientes criterios de inclusión y exclusión para asegurar que solo los participantes relevantes sean considerados en el procedimiento de análisis, con el fin de garantizar la solidez metodológica y la claridad de los resultados. Los criterios considerados se especifican en la tabla posterior.:

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión

Criterio	Detalle
Inclusión	<ul style="list-style-type: none">– Enfermeros(as) profesionales que cumplen funciones operativas en la atención directa de pacientes en la UCI.– Enfermeros con al menos 6 meses de experiencia en UCI– Enfermeros con servicio activo durante la aplicación del instrumento– Enfermeros que otorguen consentimiento de participación en la investigación
Exclusión	<ul style="list-style-type: none">– Enfermeros que tengan menos de 6 meses de experiencia en UCI– Enfermeros que se encuentren en período de descanso o permiso durante la implementación de la herramienta.– Enfermeros que no expresen su consentimiento de participación

3.6 Variables y operacionalización

Variable 1: Nivel de conocimiento sobre el manejo del paciente con delirio

Variable 2: Práctica del enfermero en UCI

3.6.1 Operacionalización de variables

Tabla 2

Operacionalización de variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Escala de medición	Escala valorativa
Nivel de conocimiento sobre el manejo del paciente con delirio	El delirio se define por un cambio repentino en los procesos atencionales, la capacidad de orientación y el estado de conciencia, manifestándose de manera arrependida con síntomas que varían en función de su origen. En este contexto, se trata de un estado de desorientación severa generado por modificaciones rápidas en la función cerebral, con un origen orgánico y múltiples factores desencadenantes, siendo una condición que puede prevenirse y revertirse con la intervención adecuada (26).	El dominio cognitivo acerca de las estrategias para el abordaje del paciente con delirio abarca la capacidad de los profesionales enfermeros para diagnosticar el delirio, aplicar intervenciones adecuadas, reconocer los factores de riesgo como la edad y comorbilidades, y prevenir complicaciones como caídas o deterioro cognitivo (28).	Diagnóstico del delirium	Ordinal	Bajo: 74 – 172 Medio: 173 – 271 Alto: 272 - 370
			Intervenciones de los profesionales de enfermería		
			Factores de riesgo		
			Complicaciones derivadas de la presencia del delirium		
Práctica del enfermero en UCI	La práctica del enfermero en la UCI se refiere a un conjunto de intervenciones y cuidados altamente especializados que los profesionales de enfermería brindan a pacientes en estado crítico, sometidos a tratamientos intensivos. Estos cuidados no solo incluyen el manejo de las complicaciones físicas, sino también la comprensión de las necesidades emocionales y psicológicas del paciente, a través de la comunicación no verbal, como gestos o posturas, debido a las limitaciones físicas impuestas por su condición (36).	La práctica del enfermero en la UCI se centra en mantener la estabilidad vital y la seguridad del paciente crítico. Por lo tanto, implica la responsabilidad en su bienestar integral, lo cual abarca la nutrición, eliminación, actividad física y afrontamiento emocional. Además, evalúa la respuesta neurológica del paciente y prioriza su confort (39).	Principios vitales y seguridad y eliminación	Ordinal	Bajo: 54 – 125 Medio: 126 – 197 Alto: 198 - 270
			Rol		
			Autopercepción y nutrición		
			Actividad y formas de afrontamiento		
			Percepción/ cognición		
Confort					

3.7 Técnicas e instrumentos

3.7.1 Técnica

Las técnicas en función de utilizar serán la encuesta y la observación, cada una con un propósito específico en la recopilación de datos.

El cuestionario constituye un método estructurado para la recolección de información, basado en una serie de interrogantes diseñadas para obtener datos sobre un tema específico. Su aplicación se lleva a cabo mediante un cuestionario, el cual permite recopilar las percepciones, conocimientos o experiencias de los encuestados. Este proceso implica la recolección de información de diversas fuentes, su análisis y evaluación para obtener resultados significativos que contribuyan al estudio (49).

Por otro lado, la observación es una técnica que permite el examen sistemático de comportamientos, acciones o fenómenos en un entorno determinado. Se caracteriza por la obtención de datos de manera directa, sin la intermediación del participante, lo que minimiza posibles sesgos asociados a la interpretación subjetiva (50).

3.7.2 Instrumento

A. Cuestionario para medir conocimientos en el manejo de pacientes con delirio

Por su parte, el instrumento es un cuestionario, el cual consiste en un conjunto de interrogantes diseñados de manera lógica y secuencial, organizados conforme a una planificación previa, con el objetivo de que las respuestas obtenidas brinden información completa y pertinente (50). En esta investigación se consideran dos instrumentos a través de la escala de Likert: primero, se utilizará el CCD para medir el conocimiento en el manejo de pacientes con delirio y, por su parte, y el CEI-UCI para evaluar la práctica del enfermero en UCI.

El primer instrumento CCD (Cuestionario para medir conocimientos en el manejo de pacientes con delirio) fue diseñado por Oscar Fabián Alfaro Leiva en el 2023 con la finalidad de evaluar la capacidad cognitiva que presenta el personal de enfermería en relación con su formación y práctica clínica en relación con el cuidado de personas que presentan delirio. Este instrumento está compuesto por un total de 74 preguntas finales, distribuidas en cuatro categorías: Identificación del delirium, Acciones realizadas por el personal de enfermería, Elementos predisponentes y Consecuencias asociadas a la presencia del delirium. La evaluación se realiza mediante una escala Likert, cuyos valores son: Totalmente en desacuerdo (1), En desacuerdo (2), Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), De acuerdo (4) y Totalmente de acuerdo (5) (28).

Validéz

Respecto a la validéz del instrumento, la escala de valoración incluye medidas de claridad, comprensión y precisión, con validez facial evaluada mediante el Kappa de Fleiss, alcanzando valores de 0,82, 0,81 y 0,78 respectivamente. La validez de contenido fue calculada utilizando el índice modificado de Lawshe, con índices que variaron de 0,87 a 0,94. En cuanto a la comprobación de la validez del constructo por medio del análisis factorial identificó 4 componentes que explican el 52,4% de la varianza (28). Tomando en cuenta que la evaluación se realizará a la muestra de enfermeros que desempeñan sus funciones en las áreas asistenciales ubicadas en las Unidades de Cuidados Intensivos del establecimiento hospitalario Alberto Sabogal Sologuren, el instrumento será validado en el tipo de validez de contenido mediante criterio de expertos.

Confiabilidad

Por otro lado, la confiabilidad hace referencia a la consistencia interna del instrumento, es decir, su capacidad para proporcionar resultados estables y repetibles. En este estudio, se

midió mediante se determinó se aplicó el Alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna, arrojando un resultado de 0.68, evidenciando un nivel de confiabilidad satisfactorio (28).

B. Ficha de observación de Cuidado de Enfermería Individualizado en Unidad de Cuidados Intensivo

El segundo instrumento CEI-ICU (Cuidado de Enfermería Individualizado en Unidad de Cuidados Intensivos) está diseñado para evaluar las intervenciones y prácticas de enfermería en pacientes adultos en UCI. Esta herramienta fue desarrollada en Colombia en el año 2015 por las investigadoras Ángela María Henao Castaño y María Consuelo del Pilar Amaya Rey. El instrumento consta de 54 reactivos, distribuidos en seis dimensiones temáticas: funciones vitales, protección y excreción; desempeño de roles; autovaloración y estado nutricional; movilidad y mecanismos de afrontamiento; percepción y procesos cognitivos; así como comodidad. Para la recolección de información, se emplea una escala de tipo dicotómico, donde las opciones de respuesta son 1: No observado y 2: Observado (39).

Validéz

Se evaluaron distintos tipos de validez, incluyendo la validez facial, que se obtuvo mediante la V de Aiken con valores entre 0.75 y 0.82, y la validez de contenido, determinada mediante el índice de Lawshe modificado con valores entre 0.58 y 0.90. Además, la validez de constructo fue confirmada mediante análisis factorial, con una proporción total de varianza explicada del 73% distribuida en cuatro factores (39). Tomando en cuenta que la valoración conductual se realizará a la muestra de enfermeros que desempeñan sus funciones en las áreas asistenciales adscritas a los servicios adscrito en el área especializada cuidados críticos del Hospital Alberto Sabogal Sologuren o ubicadas en las Unidades de Cuidados Intensivos, el instrumento será validado en el tipo de validez de contenido mediante criterio de expertos (46).

Confiabilidad

Por otro lado, se entiende por confiabilidad la característica que garantiza que las mediciones sean constantes y reproducibles en diferentes aplicaciones con el instrumento. En este estudio, la confiabilidad se evaluó a través del procedimiento test-pretest, ejecutado durante los tres primeros días de internamiento de los individuos internados en el área de acciones terapéuticas críticos o de los pacientes que reciben atención especializada con coeficientes de correlación que oscilaron entre 0.662 y 1.00, lo que indica una alta estabilidad en la medición (39). Respecto al proceso de análisis de confiabilidad de la ficha de observación se realizará en aplicación de la prueba Kuder-Richardson (KR-21) para instrumentos con escala dicotómica (46).

a. Procesamiento y análisis de datos

La información será evaluada mediante un proceso de análisis mediante distribuciones y estadísticas descriptivas adecuadas a las escalas de medición empleadas. En el análisis inferencial se emplearán pruebas destinadas a verificar la normalidad, entre ellas el instrumento de evaluación denominado Kolmogorov-Smirnov, con la finalidad de determinar la naturaleza de la distribución de los datos recopilados. Dado que la investigación presenta un diseño correlacional, se empleará el coeficiente de compensación de Pearson en aquellos casos en los que la información presenten un patrón de distribución simétrica en torno a la media, y se utilizará el índice estadístico de Spearman en caso de que no se cumpla esta condición. Todas las pruebas estadísticas, tanto descriptivas como inferenciales, serán realizadas utilizando el software SPSS.

Del mismo modo, la interpretación del coeficiente de correlación se realizó con base en la siguiente tabla:

Tabla 3*Interpretación del coeficiente de correlación*

No existe correlación alguna	0.00
Correlación positiva muy débil	+0.10 a +0.24
Correlación positiva débil	+0.25 a +0.49
Correlación media	+0.50 a +0.74
Correlación positiva considerable	+0.75 a +0.89
Correlación positiva muy fuerte	+0.90 a +0.99
Correlación positiva perfecta	+1

Nota. La siguiente tabla expone los rangos establecidos para interpretar los valores del coeficiente de compensación de Pearson y del coeficiente Rho de Spearman. Procedencia: Hernández-Sampieri y Torres (2018)

3.8 Aspectos éticos

En la presenta investigación, se siguieron las normas APA 7^a edición, así como el documento orientador para la redacción de tesis con enfoque cuantitativo, edición 2022, proporcionado por la Universidad Norbert Wiener, en lo relativo a normas de citación y referenciación. Así mismo, se consideraron los principios éticos en salud, que incluyen la autonomía, garantizando que los participantes pudieran tomar decisiones informadas y retirarse en cualquier momento; la beneficencia, con el objetivo de beneficiar a los participantes o directamente a los pacientes; la no maleficencia, minimizando posibles daños; la justicia, distribuyendo recursos equitativamente para promover el interés público; y la confidencialidad, protegiendo la información sensible de divulgaciones no autorizadas. Además, se respetó la autonomía y se protegió a las personas cuya autonomía podría estar comprometida, asegurando su protección contra daños o abusos.

4 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	AÑO 2024																			
	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	s1	s2	s3	s4	s1	s2	s3	s4	s1	s2	s3	s4	s1	s2	s3	s4	s1	s2	s3	s4
Elaborar planteamiento del problema	X																			
Elaborar objetivos y justificación		X																		
Elaborar límites y delimitaciones			X																	
Elaboración de marco teórico						X														
Formulación de hipótesis								X												
Elaboración de variables y operacionalización									X											
Plan de procesamiento y análisis de datos										X										
Aplicación del plan de procesamiento y análisis de datos											X			X	X	X	X	X	X	
Sustentación final																				X

4.2. Presupuesto

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO (S/.)	COSTO TOTAL (S/.)
MATERIALES DE ESCRITORIO			
Papel A-4	1 millar	26.00	26.00
USB	1	30.00	30.00
Folders	6	1.50	9.00
Sobre Manila	4	1.00	4.00
Bolígrafos	12	2.00	12.00
Tinta de impresora	3	50.00	150.00
SUBTOTAL			231.00
SERVICIOS TERCEROS			
Costos por determinaciones analítica	1	150.00	150.00
Internet	Mensual	150.00	750.00
SUBTOTAL			900.00
TRANSPORTE			
Local	200	2.00	400.00
SUBTOTAL			400.00
TOTAL			1531.00

5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Ortiz de Uriarte L, Galán Molina V, Gómez Pardo P, Inzitari M. Manejo del delirium en el paciente oncológico y su repercusión en la toma de decisiones compartidas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2022 Jul;57(4):244–5.
2. María José Recasens López, Villamor Ordozgoiti A, Sanz Díez MT, Sánchez Morillo MT, Serna Landete R, Asensio Rubio Y. Eficacia de un plan de cuidados de enfermería específico para el paciente con delirio. *Rev cuba enferm [Internet]*. 2019 [cited 2024 Oct 7];35(1). Available from: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1749/416>
3. Díaz J, Castrillón A, Cardeño C, Franco Vásquez JG. Herramientas disponibles en español para la valoración clínica del delirium. Revisión sistemática. *Rev Neurol*. 2023;76(06):197.
4. Olmos M, Varela D, Klein F. ENFOQUE ACTUAL DE LA ANALGESIA, SEDACIÓN Y EL DELIRIUM EN CUIDADOS CRÍTICOS. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2019 Mar;30(2):126–39.
5. Celis-Rodríguez E, Díaz Cortés JC, Cárdenas Bolívar YR, Carrizosa González JA, Pinilla DI, Ferrer Záccaro LE, et al. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia y delirium en el paciente adulto críticamente enfermo. *Med Intensiva*. 2020 Apr;44(3):171–84.
6. Guarín Navas EG, Malpica Veira A, Salazar-Londoño S, Díaz Pérez M, Cepeda Trillos AC, Blanco Gómez R, et al. Prueba piloto de un experimento clínico que evalúa el impacto de una estrategia educativa con medidas anti delirium dirigida a cuidadores de pacientes mayores de 75 años. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2024 Jul;

7. Henao Castaño ÁM, Baquero Lizarazo AC, Gonzalez Pabon N, Burgos Tulcán GF, Lozano Gonzalez L. Enfermería en la monitorización del delirium en cuidado intensivo adulto: una revisión de alcance. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2021 Mar 5;22.
8. Rico Gil C. Prevención, abordaje y manejo enfermero del Delirium en pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Críticos: una revisión sistemática [Internet]. Universidad de Valladolid; 2022 [cited 2024 Oct 7]. Available from: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/54608>
9. Oyola Bustamante CL. Intervenciones de enfermería para la prevención del delirio en pacientes críticos [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2023 [cited 2024 Oct 7]. Available from: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/14956>
10. Siu Wong CG, Saavedra Vargas NA, Arredondo Malca AM, Mostacero Montalvo ND, Vásquez Suyo I, Ravines Villanueva JA, et al. Incidence of perioperative delirium at the hospital nacional arzobispo loayza, october to December 2021, Lima Peru. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2022 Sep 7;22(1):707–15.
11. Villar Murga YC. Comorbilidades relacionadas a delirium en pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2018 [Internet]. Universidad Nacional de Cajamarca; 2019 [cited 2024 Oct 7]. Available from: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/2631>
12. Ugaz Cachay LM, Matzumura Kasano JP, Quispe Juli CU, Racchumí Vela A. Factors associated with emergence delirium in pediatric patients in Peru: results of a cross-sectional study. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2023 Dec 4;23(4).

13. Abdullah S, Darweesh AED, Mohammed N. Assessment of Nurses' Knowledge and Practice Regarding Caring for Patients with Delirium at AL-Thawra Hospital, Yemen. *Assiut Scientific Nursing Journal*. 2020 Sep 29;0(0):0–0.
14. Baluku Murungi E, Niyonzima V, Atuhair E, Nantume S, Beebwa E. Improving Nurses Knowledge and Practices of Delirium Assessment at Mbarara Regional Referral Hospital: A Quasi Experimental Study. *Adv Med Educ Pract*. 2023 Mar; Volume 14:313–22.
15. Rössler W, Saller T, Sarrami P, Lange S. Nurses' knowledge, barriers and practice in the care of patients with delirium in the intensive care unit in Poland—A cross-sectional study. 2023.
16. Quiroz D. Analizar la relación entre el conocimiento del cuidado humanizado y la práctica de enfermería en una clínica privada de Lima [Tesis de licenciatura, Universidad Norbert Wiener]. *Repositorio Institucional*. 2022.
17. Díaz G, Quiñones A, Acurio K. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre diagnóstico y manejo del delirio en el Hospital Cayetano Heredia [Tesis de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. *Repositorio Institucional [Internet]*. 2022 [cited 2025 Mar 6]. Available from: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11994/Conocimientos_DiazVargas_Grethel.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Luyo S. Intervenciones de enfermería en la prevención y manejo del delirio del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos adultos [Tesis de Especialidad, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. *Repositorio UPCH*. 2024.
19. Silva C. J. Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2005 Sep;43(3).

20. Sandoval-Díaz J. Vulnerabilidad-resiliencia ante el proceso de riesgo-desastre: Un análisis desde la ecología política. *Polis (Santiago)*. 2020 Jun 14;19(56).
21. Montoya-Arce BJ, Martínez-Espinosa A. Perspectivas teórico-metodológicas para el estudio de la vulnerabilidad social en los adultos mayores. *Papeles Poblac*. 2018 Oct 31;24(98):219–44.
22. Montoya-Arce BJ, Martínez-Espinosa A. Perspectivas teórico-metodológicas para el estudio de la vulnerabilidad social en los adultos mayores. *Papeles Poblac*. 2018 Oct 31;24(98):219–44.
23. Cremades CF, Garay CJ, Etchevers MJ, Muiños R, Peker GM, Gómez Penedo JM. Contemporaneous Emotion Regulation Theoretical Models: A Systematic Review. *Interacciones*. 2022 Mar 23;e237.
24. Argüelles JM, Macías Valadez BY. De la neuroquímica a la evolución de la conciencia. *Cuicuilco [Internet]*. 2016 [cited 2024 Oct 7];23(65):249–67. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/351/35145329013/html/>
25. Álvarez E. Bases neuroquímicas de la depresión. Un modelo médico de la enfermedad depresiva. *Psiquiatría Biológica*. 2016 Sep;23:9–15.
26. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLulich AMJ, et al. Delirium. *Nat Rev Dis Primers*. 2020 Nov 12;6(1):90.
27. Mattison MLP. Delirium. *Ann Intern Med*. 2020 Oct 6;173(7):ITC49–64.
28. Alfaro Leiva FO. Diseño y validación del cuestionario para medir conocimientos en delirium (CCD) [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2023. Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/84107>

29. Mejía Lopera ME. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index de Enfermería* [Internet]. 2006 [cited 2024 Oct 7];15(54):48–52. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200010
30. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*. 2015 Jul;12(3):134–43.
31. Pérez Quintero C, Carrasquilla Baza D. Relación enfermera-paciente frente a la diversidad cultural. Una mirada en situaciones de cuidado a pacientes indígenas. *Index de Enfermería* [Internet]. 2018 [cited 2024 Oct 7];27(4):216–20. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300008
32. Rohner RP, Carrasco MÁ. Teoría de la Aceptación-Rechazo Interpersonal (IPARTheory): Bases Conceptuales, Método y Evidencia Empírica [Interpersonal Acceptance-Rejection Theory (IPARTheory): Theoretical Bases, Method and Empirical Evidence]. *Acción Psicológica*. 2015 Jun 6;11(2):9.
33. Urra M E, Jana A A, García V M. ALGUNOS ASPECTOS ESENCIALES DEL PENSAMIENTO DE JEAN WATSON Y SU TEORÍA DE CUIDADOS TRANSPERSONALES. *Ciencia y enfermería*. 2011 Dec;17(3):11–22.
34. Cruz Riveros C. La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2020 Apr 27;9(1):19–30.
35. Afonso S da R, Padilha MI, Neves VR, Elizondo NR, Vieira RQ. Critical analysis of the scientific production on Jean Watson's Theory of Human Care. *Rev Bras Enferm*. 2024;77(2).

36. Beltrán-Salazar ÓA. La práctica de enfermería en cuidado intensivo. AQUICHAN [Internet]. 2008 [cited 2024 Oct 7];8(1):50–63. Available from: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/123>
37. Raurell-Torredà M. GESTIÓN DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERÍA DE UCI DURANTE LA PANDEMIA COVID-19. *Enferm Intensiva*. 2020 Apr;31(2):49–51.
38. Ferrer R, Báguena M, Balcells J, Bañeras J, Biarnes A, de Nadal M, et al. Organización de la atención a pacientes críticos en situación de pandemia: Experiencia del Hospital Vall d’Hebron durante el brote de neumonía por SARS-CoV-2. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2022 Feb;40(2):71–7.
39. Henao Castaño ÁM, Amaya MCDP. CEI-UCI: instrumento para evaluar el cuidado de enfermería individualizado de adultos en la UCI. *Avances en Enfermería*. 2015 Aug 5;33(1):104–13.
40. Carrasco M, Zalaquett M. DELIRIUM: UNA EPIDEMIA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIA A LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2017 Mar;28(2):301–10.
41. Tobar E, Alvarez E. DELIRIUM EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2020 Jan;31(1):28–35.
42. Deví-Bastida J, Checa-Guillamón I, García-Lidón E, Jofre-Font S, Mercadal-Fañanas P, Arroyo-Cardona E. Eficacia de las intervenciones no farmacológicas para la prevención del delirium en personas ancianas hospitalizadas: una revisión sistemática. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2023 Apr;
43. Herrera Herrera JL, Oyola López E, Llorente Pérez YJ. Delirium en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos de una institución de salud en Montería, Colombia.

- Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica. 2020 Jan;51:7–12.
44. Pérez Lucendo A, Piñeiro Otero P, Matía Almodévar P, Alcántara Carmona S, López López E, Ramasco Rueda F. Individualised analgesia, sedation, delirium and comfort management strategies in the ICU: a narrative review. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)*. 2023 Nov;70(9):509–35.
 45. Díaz Novás J, Gallego Machado BR, Calles Calviño A. Bases y aplicación del método hipotético-deductivo en el diagnóstico. *Revista Cubana de Medicina General Integra [Internet]*. 2011 [cited 2024 Oct 7];27(3):378–87. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000300008
 46. Hernández-Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. 1st ed. Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2018. 753 p. Available from: <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>
 47. Ñaupas Paitán H, Valdivia Dueñas MR, Palacios Vilela JJ, Romero Delgado HE. Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis. 5th ed. Bogotá: Ediciones de la U; 2018. 560 p.
 48. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la Investigación. 6th ed. Rocha Martínez MI, editor. México D.F.: Mc Graw Hill; 2014. 634 p.
 49. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Bautista Lucio M del P. Metodología de la investigación [Internet]. 5th ed. Mares Chacón J, Rocha Martínez MI, editors. México D.F.: Mc Graw Hill; 2010. 656 p. Available from: <https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf>

50. Mejía Mejía E. Técnicas e instrumentos de investigación [Internet]. 1st ed. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005. 239 p. Available from: <http://online.aliat.edu.mx/adistancia/InvCuantitativa/LecturasU6/tecnicas.pdf>
51. Hernández-Sampieri R, Torres CPM. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. 1st ed. Mc Graw Hill; 2018. 753 p. Available from: <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>

6 ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p><u>Problema general</u></p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre el manejo del delirio y la práctica del enfermero en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren durante el año 2024?</p> <p><u>Problemas específicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre el diagnóstico del delirio y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024? • ¿Cuál es la relación entre las intervenciones de los profesionales de enfermería y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024? • ¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024? • ¿Cuál es la relación entre las complicaciones derivadas de la presencia del delirio y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024? 	<p><u>Objetivo general</u></p> <p>Evaluar la relación entre el nivel de conocimiento del manejo del paciente con delirio y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024.</p> <p><u>Objetivos específicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación del diagnóstico del delirio y la práctica del enfermero en UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024. • Determinar la relación de la intervención de los profesionales de enfermería y la práctica del enfermero en UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024. • Determinar la relación de los factores de riesgo y la práctica del enfermero en UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024. • Determinar la relación de las complicaciones de la presencia del delirio y la práctica del enfermero en UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024. 	<p><u>Hipótesis general</u></p> <p>Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento del manejo del paciente con delirio y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024.</p> <p><u>Hipótesis específicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe una relación estadísticamente significativa entre el diagnóstico del delirio y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024. • Existe una relación estadísticamente significativa entre las intervenciones de los profesionales de enfermería y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024. • Existe una relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024. • Existe una relación estadísticamente significativa entre las complicaciones derivadas de la presencia del delirio y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sabogal Soleguren en 2024. 	<p><u>Variable 1</u></p> <p>Nivel de conocimiento sobre el manejo del paciente con delirio</p> <p><u>Dimensiones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico del delirium • Intervenciones de los profesionales de enfermería • Factores de riesgo • Complicaciones derivadas de la presencia del delirium <p><u>Variable 2</u></p> <p>Práctica del enfermero en UCI</p> <p><u>Dimensiones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Principios vitales y seguridad y eliminación • Rol • Autopercepción y nutrición • Actividad y Formas de afrontamiento • Percepción/ Cognición • Confort 	<p><u>Tipo</u></p> <p>Básica</p> <p><u>Método</u></p> <p>Hipotético deductivo</p> <p><u>Diseño</u></p> <p>No experimental transversal correlacional descriptivo</p> <p><u>Población</u></p> <p>40 trabajadores del área asistencial de UCI</p> <p><u>Muestra</u></p> <p>40 trabajadores del área asistencial de UCI</p> <p><u>Técnica</u></p> <p>Encuesta</p> <p><u>Instrumento</u></p> <p>Observación</p> <p>Cuestionario</p> <p>Ficha de observación</p>

Anexo 2. Instrumentos

CUESTIONARIO SOBRE EL CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DEL PACIENTE CON DELIRIO

Finalidad: El presente instrumento tiene como finalidad Evaluar la relación entre el nivel de conocimiento del manejo del paciente con delirio y la práctica del enfermero en las UCI del Hospital Nacional Alberto Sagobal Sologuren en 2024.

Escala	
Totalmente en desacuerdo	1
En desacuerdo	2
Ni en acuerdo ni de acuerdo	3
De acuerdo	4
Totalmente de acuerdo	5

N°	Preguntas	Puntuación				
		1	2	3	4	5
	D1: DIAGNÓSTICO DEL DELIRIO					
1	Usted considera que para identificar un paciente con delirium, es necesario utilizar una herramienta de diagnóstico					
2	Usted considera que el diagnóstico e identificación de pacientes con delirium es una labor exclusiva del personal médico					
3	Usted considera que se puede diagnosticar el delirium sin utilizar una herramienta específica					
4	Usted considera que se puede diagnosticar delirium a los pacientes con ventilación mecánica					
5	Usted considera que en la actualidad existe una herramienta validada para el diagnóstico del delirium en los pacientes de las UCI					
6	Usted considera que existen herramientas específicas para el diagnóstico del delirium en la UCI					
7	Usted considera que los enfermeros pueden diagnosticar el delirium en los pacientes					
8	Usted considera que en la actualidad no se dispone de herramientas que permitan diagnosticar el delirium					
9	Usted considera que los pacientes con delirium tienden a tornarse agresivos					
10	Usted considera que la somnolencia es una característica del delirium hiperactivo					
11	Usted considera que la desorientación es un signo característico del delirium					
	D2: INTERVENCIONES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA					
12	Usted considera que el control del dolor previene la aparición del delirium					
13	Usted considera que controlar el dolor es una intervención efectiva para el manejo del delirium					

14	Usted considera que el control del dolor hace parte fundamental dentro de la prevención y el tratamiento del delirium en los pacientes					
15	Usted considera que prevenir la aparición del dolor o disminuir su intensidad disminuye la aparición del delirium en los pacientes					
16	Usted considera que mejorar el sueño de los pacientes en calidad y tiempo permite prevenir el delirium					
17	Usted considera que fomentar el descanso y el sueño del paciente durante la noche es importante para la prevención y el tratamiento del delirium					
18	Usted considera que el uso racional de los medicamentos (usar medicamentos indispensables y eliminar los que no son necesarios, utilizar las dosis adecuadas y evitar la sobredosificación) es una estrategia eficiente para la prevención y el tratamiento del delirium					
19	Usted considera que se deben evitar fármacos innecesarios y usarlos a las dosis efectivas más bajas posibles					
20	Usted considera que asegurar una adecuada hidratación y nutrición en los pacientes puede prevenir la presencia del delirium					
21	Usted considera que asegurar un adecuado aporte de oxígeno permite prevenir el delirium					
22	Usted considera que prevenir la retención urinaria y el estreñimiento evita la aparición del delirium					
23	Usted considera que asegurar una adecuada hidratación y nutrición en los pacientes permite prevenir el delirium					
24	Usted considera que asegurar un adecuado aporte de oxígeno en los pacientes permite prevenir el delirium					
25	Usted considera que prevenir la retención urinaria y el estreñimiento en los pacientes permite prevenir el delirium					
26	Usted considera que el baño de pacientes durante las horas de la noche facilita la aparición del delirium					
27	Usted considera que propender por iluminación natural durante el día y disminuir el uso de iluminación artificial durante la noche es importante para la prevención y el control del delirium					
28	Usted considera que agrupar las actividades de enfermería (toma de signos vitales, administración de medicamentos, realización de procedimientos invasivos) para que se realicen el menor número de veces posibles. es importante para la prevención y el control del delirium					
29	Usted considera que la orientación ambiental como relojes y calendarios permite prevenir el delirium en los pacientes					
30	Usted considera que facilitar el acceso a dispositivos de ayuda visual o auditiva (gafas, audífonos) es una intervención para prevenir el delirium					
31	Usted considera que la reorientación del individuo en tiempo, lugar y persona es importante para la prevención y el control del delirium					

32	Usted considera que introducir actividades cognitivas estimulantes como lectura, música preferida, radio o televisión es importante para la prevención y el control del delirium					
33	Usted considera que se puede prevenir la aparición del delirium en los pacientes					
34	Usted considera que las intervenciones realizadas por enfermería permiten prevenir el delirium					
35	Usted considera que las intervenciones realizadas por el profesional de enfermería son importantes para la prevención y tratamiento del delirium					
36	Usted considera que la movilización y la terapia física de forma temprana es importante para la prevención y el tratamiento del delirium en los pacientes					
37	Usted considera que la participación de la familia en el cuidado del paciente ayuda a prevenir el delirium					
	D3: FACTORES DE RIESGO					
38	Usted considera que la utilización de restricciones físicas en los pacientes previene la presencia de delirium					
39	Usted considera que la presencia del dolor en los pacientes incrementa la posibilidad de desarrollar delirium					
40	Usted considera que la privación del sueño y la alteración del ritmo circadiano son un factor de riesgo para la presencia de delirium en los pacientes					
41	Usted considera que hay servicios donde el paciente es más susceptible de desarrollar delirium					
42	Usted considera que el estado nutricional del paciente puede influir en el desarrollo de delirium					
43	Usted considera que el dolor es un factor de riesgo para la presencia de delirium en los pacientes					
44	Usted considera que el delirium afecta en igual medida a los pacientes sin importar la edad					
45	Usted considera que en la unidad de cuidados intensivos es donde más casos de delirium se presenta					
46	Usted considera que la presencia de dispositivos invasivos como sondas vesicales, nasogástricas y catéteres endovenosos es un factor de riesgo para el desarrollo de delirium en los pacientes					
47	Usted considera que la utilización de restricciones o inmovilización física es un factor de riesgo que precipitaría la aparición del delirium					
48	Usted considera que la Presencia de sondas y catéteres es un factor de riesgo que precipitaría la aparición del delirium					
49	Usted considera que la privación del sueño y la alteración del ritmo circadiano es un factor de riesgo que precipitaría la aparición del delirium					
50	Usted considera que el dolor es un factor de riesgo que precipitaría la aparición del delirium					
51	Usted considera que ingresar a la unidad de cuidados intensivos es un factor de riesgo que precipitaría la aparición del delirium					

52	Usted considera que la presencia de dispositivos invasivos como sondas vesicales, nasogástricas y catéteres endovenosos es un factor de riesgo que precipitaría la aparición del delirium					
53	Usted considera que el Opioides (Morfina, Hidromorfona, Metadona, Fentanilo, entre otros) es un factor de riesgo que precipitaría la aparición del delirium					
54	Usted considera que el Benzodiazepinas (Midazolam Alprazolam, Diazepam) es un factor de riesgo que precipitaría la aparición del delirium					
55	Usted considera que el abuso de drogas, alcohol y tabaco es un factor de riesgo para el desarrollo de delirium					
56	Usted considera que los pacientes mayores de 65 años son más predisponentes a desarrollar delirium					
57	Usted considera que La demencia previa representa un factor de riesgo para la presencia de delirium					
58	Usted considera que, entre mayor edad, mayor riesgo de padecer delirium					
59	Usted considera que la presencia de problemas auditivos y visuales representa un factor de riesgo para el desarrollo de delirium en los pacientes					
60	Usted considera que el abuso de drogas, alcohol y tabaco es un factor de riesgo para el desarrollo de delirium en los pacientes					
61	Usted considera que los pacientes mayores de 65 años es un factor que predispondría la aparición del delirium en los pacientes					
62	Usted considera que la presencia de problemas auditivos y visuales es un factor que predispondría la aparición del delirium en los pacientes					
	D4: COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA PRESENCIA DEL DELIRIO					
63	Usted considera que la presencia de delirium afecta emocionalmente a los pacientes después de haberlo presentado					
64	Usted considera que los pacientes con delirium presentan sentimientos de muerte inminente					
65	Usted considera que el miedo es el sentimiento que se presenta en la mayoría de los pacientes que padecen delirium					
66	usted considera que el aumento en la mortalidad es una de las principales complicaciones de delirium en los pacientes					
67	Usted considera que los pacientes con delirium tienen un alto riesgo de reingreso hospitalario					
68	Usted considera que el delirium genera deterioro cognitivo a largo plazo					
69	Usted considera que los pacientes con delirium generan más costos a las instituciones					
70	Usted considera que el aumento en la estancia hospitalaria es una complicación que se presentaría de forma tardía en los pacientes que padecen delirium					

71	Usted considera que el deterioro cognitivo a largo plazo es una complicación que se presentaría de forma tardía en los pacientes que padecen delirium					
72	Usted considera que el aumento en el reingreso de los pacientes al hospital es una complicación que se presentaría de forma tardía en los pacientes que padecen delirium					
73	Usted considera que la presencia de delirium en los pacientes provoca un aumento en la estancia hospitalaria					
74	Usted considera que la presencia de delirium en los pacientes genera un mayor costo de atención a las instituciones de salud					

Ficha de Observación – Práctica del enfermero en UCI

El observador deberá marcar con una "✓" la casilla correspondiente según la observación realizada.

Valoración	
No observado	1
Observado	2

		Puntuación	
N°	Preguntas	1	2
	D1: PRINCIPIOS VITALES, SEGURIDAD Y ELIMINACIÓN		
1	Brinda apoyo al paciente y familia en la toma de decisiones		
2	Facilita apoyo religioso al paciente según sus creencias		
3	Mantiene comunicación activa y escucha atenta con el paciente		
4	Aplica medidas para prevenir caídas del paciente		
5	Realiza cuidados específicos para la protección de la piel		
6	Utiliza técnica aséptica en procedimientos de enfermería		
7	Realiza curación de heridas o estomas según protocolo		
8	Administra medicamentos según indicaciones médicas		
9	Supervisa y controla drenajes torácicos u otros drenajes		
10	Aspira secreciones en la vía aérea cuando es necesario		
11	Verifica la inmovilización adecuada del paciente		
12	Controla la temperatura corporal del paciente		
13	Supervisa el drenaje de fistulas y sondas nasogástricas (SNG)		
14	Realiza cambio de sondas según protocolos establecidos		
15	Mantiene higiene en la zona genital y el catéter urinario		
16	Fija correctamente la sonda vesical		
17	Controla el balance de líquidos administrados y eliminados		
	D2: ROL		
18	Facilita la participación de la familia en el grupo de apoyo		
19	Promueve la expresión de sentimientos en el paciente		
20	Facilita la visita de familiares según las normativas		
	D3: AUTOPERCEPCIÓN Y NUTRICIÓN		
21	Fomenta la autoestima del paciente		
22	Estimula la independencia del paciente en su recuperación		
23	Permite la participación familiar en el cuidado del paciente		
24	Brinda enseñanza sobre procedimientos y tratamientos		
25	Supervisa y evalúa el estado nutricional del paciente		
26	Realiza medición e infusión del residuo gástrico		
28	Mantiene la limpieza del punto de inserción del catéter central		
29	Monitorea la tolerancia a la alimentación del paciente		
30	Limpia el punto de inserción de la sonda gastrointestinal		
31	Coloca sondas orogástricas cuando es requerido		
32	Administra medicación por sonda según indicaciones		
	D3: ACTIVIDAD Y FORMAS DE AFRONTAMIENTO		
33	Fomenta el sueño y descanso del paciente		
34	Promueve la realización de ejercicios pasivos		
35	Supervisa y maneja el dolor del paciente		
36	Realiza monitoreo respiratorio del paciente con ventilación mecánica		

37	Realiza monitoreo hemodinámico (EKG, signos vitales)		
38	Facilita el acceso a sistemas de apoyo psicológico		
39	Identifica signos de ansiedad en el paciente		
40	Aplica estrategias lúdicas (música, TV, escritura, etc.)		
41	Discute con el paciente sobre su experiencia emocional		
42	Administra analgésicos según prescripción médica		
43	Mantiene la higiene oral y peribucal del paciente		
44	Realiza el baño del paciente según su condición clínica		
45	Estimula la cognición del paciente mediante actividades específicas		
	D4: PERCEPCIÓN/ COGNICIÓN		
46	Fomenta una comunicación clara y abierta con el paciente		
47	Monitorea constantemente el estado cognitivo del paciente		
48	Interpreta la comunicación no verbal del paciente		
49	Identifica factores etiológicos que pueden causar delirio		
50	Aplica estrategias para la adaptación del paciente al entorno		
	D5: CONFORT		
51	Realiza cambios de posición para evitar lesiones por presión		
52	Mantiene un ambiente seguro para el paciente		
53	Realiza orientación en la realidad para el paciente		
54	Realiza monitoreo del estado emocional del paciente		

● 10% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 8% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 9% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	3%
2	Submitted on 1690607796081 Submitted works	1%
3	uwiener on 2024-06-27 Submitted works	<1%
4	uwiener on 2023-12-28 Submitted works	<1%
5	repositorio.unjfsc.edu.pe Internet	<1%
6	Universidad Catolica de Trujillo on 2025-03-14 Submitted works	<1%
7	uwiener on 2024-03-03 Submitted works	<1%
8	uwiener on 2024-03-03 Submitted works	<1%