
Artículo original

J. J. Rodríguez Mondéjar¹
R. Martín Lozano
R. M. Jorge Guillem
J. Iniesta Sánchez
C. Palazón Sánchez²
F. Carrión Tortosa
F. Parra Dormal
A. López Amorós
M. Martínez Huéscar

Diplomados en Enfermería.

¹ Coordinador de Enfermería de UCI.

² Médico Intensivista.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Universitario de Murcia.

Servicio Murciano de Salud.

Correspondencia:

J. J. Rodríguez Mondéjar
UCI Hospital General Universitario de Murcia
Avda. Intendente Jorge Palacios, 1
30003 Murcia

3

Síndrome confusional agudo en UCI: factores que influyen y actitud de enfermería

Acute ICU syndrome. Contributing factors and attitude of the nursing staff

RESUMEN

En la UCI se observa con cierta frecuencia que los enfermos, independientemente de su situación y enfermedad, presentan de forma brusca e inesperada lo que denominamos síndrome confusional agudo (SCA) como diagnóstico de enfermería.

Los objetivos del estudio son: determinar la incidencia de este diagnóstico enfermero en nuestro servicio, conocer las posibles causas del entorno que pueden incidir de forma más importante sobre su aparición, y evaluar la intervención de enfermería para resolver el cuadro confusional agudo del paciente en UCI.

Para la recogida de datos, se utilizó un registro con 62 ítems en el que quedan reflejadas las variables sobre el estado del paciente cuando se presentaba el cuadro (constantes vitales, parámetros analíticos, etc.), datos del entorno, fármacos utilizados, y otros factores que *a priori* podían incidir. Se realizó

procesamiento estadístico con el programa estadístico SPSS.

El estudio se desarrolló de forma prospectiva, en una UCI polivalente de 10 camas, con 6 camas abiertas y 4 en boxes cerrados. Durante el período de estudio (6 meses), ingresaron 243 enfermos. La incidencia del SCA fue del 8,1% (20 casos). Como factores que inciden en su aparición se detectaron: el turno horario, el ambiente, y la situación de boxes individuales o camas abiertas, siendo destacable la aparición del cuadro con mucha mayor frecuencia en estas últimas, y en horario de tardes (15 a 22 h). Como conclusión, es importante destacar "la actitud de enfermería" que debe estar alerta para identificar el cuadro precozmente e iniciar las medidas oportunas, como orientar en tiempo y espacio, procurar un ambiente adecuado, emplear técnicas de relajación, facilitar el acceso a la familia, etc., ya que en el 35% de los casos ha resultado "eficaz" para estabilizar y/o resolver este problema, sin necesidad de fármacos.

4 PALABRAS CLAVE

Síndrome confusional agudo. Cuadro confusional agudo. Actitud de enfermería en la confusión aguda. Confusión aguda en pacientes de UCI. Entorno en UCI. Desorientación de pacientes en UCI.

ABSTRACT

It is not uncommon for patients in intensive care units (ICUs) to suddenly and unexpectedly present what is known as acute ICU syndrome. This syndrome appears independently of the patient's situation and diagnosis. The aim of the present study was to determine the incidence of this nursing diagnosis in our department, to identify the possible environmental factors that could contribute to its appearance and to evaluate nursing interventions to resolve this syndrome in the ICU.

Data were collected from a register of 62 items containing information on the health status of the patient on presenting the syndrome (vital signs, laboratory investigations, etc.), data on the environment, drugs used and other factors that could, a priori, play a role. The statistical analysis was performed using the SPSS program.

This prospective study was carried out in a general ICU with ten beds: six beds in an open ward and four individual rooms. Two hundred forty-three patients were admitted during the 6-month study period. The incidence of ICU syndrome was 8.1% (20 cases). Factors influencing its appearance were the timing of the shifts, the temperature, and whether patients were in individual rooms or open wards. The frequency of the syndrome was much higher in open wards and in the afternoon (from 15:00 to 22:00). In conclusion, the attitude of the nursing staff should be alert to identify the syndrome early and initiate appropriate measures, such as orienting the patient in time and space, achieving an appropriate temperature, using relaxation techniques, facilitating access to the family, etc., since in 35% of cases these measures are sufficient to stabilize and/or resolve the problem, without the need of drugs.

KEY WORDS

Confusion syndrome. Acute confusion syndrome. Attitude of the nursing staff in acute confusion syndrome. Acute confusion in ICU patients. ICU environment. Disorientation in ICU patients.

INTRODUCCIÓN

En las unidades de cuidados intensivos (UCI) se observa con cierta frecuencia que los enfermos/clientes, independientemente de su situación clínica y causa de ingreso, presentan de forma brusca e inesperada lo que denominamos síndrome confusional agudo⁽¹⁾ (SCA) como diagnóstico de enfermería, que supone un conjunto de signos y síntomas variables en tiempo de duración, intensidad y forma de manifestarse.

El hecho de vivir estas situaciones y considerarlas de gran importancia tanto para nuestro trabajo como para el bienestar del paciente, nos ha generado la necesidad de indagar en sus causas y en los factores que pueden estar incidiendo en su aparición o desarrollo.

Nos planteamos como hipótesis si puede ser útil una actitud concreta del personal de enfermería para ayudar y cuidar mejor a estos pacientes en esos momentos de crisis, aunque siempre tendremos una duda razonable por la dificultad del cuidado de la mente y de la respuesta humana, frente a otra estrategia de actuación que consiste en avisar al médico de guardia y que nos autorice la administración de algún medicamento.

Los estudios relacionados con el tema⁽²⁻⁴⁾ no profundizan mucho en este aspecto concreto, ni siquiera abordan de forma específica este diagnóstico de enfermería, quizás por la dificultad que engendra, y la gran conjunción de factores, o simplemente porque se ve como otro problema asociado a los pacientes de UCI relacionado con su enfermedad. Los objetivos marcados en este estudio son los siguientes:

1. Cuantificar la incidencia del SCA en nuestra UCI.
2. Conocer los factores del entorno que pueden incidir en la aparición del SCA en UCI.
3. Evaluar la intervención de enfermería para resolver el cuadro confusional agudo del paciente en UCI.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: descriptivo, prospectivo y concurrente desde el punto de vista de la toma de datos.

Población estudiada: incluye a los pacientes que ingresaron en nuestra UCI desde el mes de octubre de 1998 hasta el 31 de marzo de 1999.

Ámbito de desarrollo: una UCI polivalente de 10 camas, 6 en régimen abierto, separadas entre sí por biombo con ruedas, y con una ventana a la cabecera de cada cama. Las otras 4 camas se encuentran instaladas en boxes individuales, de los cuales tres poseen ventana al exterior, y el cuarto comunica con un pasillo interior de la UCI (no posee ni luz natural, ni relación directa con el medio externo al hospital). Todas las camas tienen el mismo equipamiento y un espacio similar que oscila entre los 10 y 12 m².

Definición de caso: todos aquellos pacientes que presentaban el diagnóstico de enfermería "confusión aguda"⁽¹⁾ definido por: "inicio brusco de un conjunto de cambios globales transitorios, y de alteraciones en la atención, conocimiento, actividad psicomotora, estado de conciencia y/o ciclo sueño/vigilia".

Identificación y muestreo de casos: fue sistemático en personas ingresadas en UCI con diagnóstico enfermero de confusión aguda. Se incluyeron en el estudio en el momento en que la enfermera/o responsable de su cuidado detectaba la primera crisis.

Fuente de datos utilizada: la historia clínica y documentación del paciente, elaborándose para la recogida de datos un registro específico que constaba de 62 ítems, incluyendo variables sociodemográficas, diagnóstico de ingreso, índice de gravedad Apache III⁽⁵⁾, enfermedades previas y antecedentes psiquiátricos, hábitos, tratamiento actual, parámetros hemodinámicos y ventilatorios (datos gasométricos) con anterioridad a la crisis y durante el episodio, bioquímica sanguínea completa incluyendo sodio y urea, estancia del paciente desde su ingreso en el hospital, en la UCI hasta el momento de aparición del cuadro, tipo y grado del SCA⁽⁶⁾, intervención de enfermería, tratamiento farmacológico, puntuación Ramsay como escala de medida de sedación⁽⁷⁾, y tiempo de recuperación. La escala Ramsay se utilizó agrupando los parámetros de 2 en 2, es decir nivel 1 y 2 como no sedación, 3 y 4 sedación adecuada, 5 y 6 sedación excesiva.

Así mismo el grado de confusión aguda^(8,9) se clasificó en:

1. *Desorientación:* alteración de la conciencia de uno mismo, de la personalidad como cuerpo, así como la perturbación de la relación con el mundo exterior en tiempo y espacio. En este estadio las medidas de enfermería van encaminadas a orientar en tiempo, espacio y persona al paciente, procurar un ambiente adecuado, disminuyendo los grados de contaminación acústica y luminosa dentro de nuestras posibilidades y se le ofrece tanto al cliente como a la familia la probabilidad de permanecer juntos.

2. *Agitación:* cuando además de desorientación encontramos una incapacidad del paciente para estar quieto. Se llevan a cabo las mismas actividades que para el estadio anterior, pero además se incluyen medidas de seguridad para el cliente tales como uso de barandillas en la cama para evitar caídas, almohadillado de las mismas para amortiguar posibles golpes, sujeción de miembros para evitar autolesiones, pérdidas de vías, sondas, etc., se recurre a técnicas de relajación y medidas de distracción como la televisión.

3. *Agresividad:* el paciente presenta actitudes hostiles hacia el personal o su familia⁽¹⁰⁾. Se realizan las medidas descritas en los dos grados anteriores y en el caso de que persista se administra medicación prescrita por el facultativo, si éste lo estima oportuno.

Ante la presencia de los primeros signos y síntomas la enfermera procedía a registrar las constantes vitales y ventilatorias, incluyendo gasometría venosa, procediendo posteriormente a llevar a cabo las medidas terapéuticas descritas anteriormente. Por éxito se ha entendido el que las primeras manifestaciones del cuadro confusional no evolucionaran a más dentro de su escala de graduación, o que hubiera habido una conexión adecuada con el entorno, sin precisar la utilización de fármacos, es decir, con la actuación enfermera solamente.

Procesamiento estadístico de los datos: éste se realizó con el paquete SPSS/PC. Análisis estadístico descriptivo, y estudio analítico con comparación de medias, χ^2 y t de Student. El grado de significación aceptado fue de $p < 0,05$, para un intervalo de confianza del 95 %.

6 RESULTADOS

Durante el tiempo de estudio ingresaron en UCI 243 pacientes, 178 varones (73,25 %) y 65 mujeres (26,75 %) cuya edad media fue de 64,32 años. La estancia media fue de 8,66 días (DE = 5,54) y límites de 1-22. El 50 % de los pacientes nunca había estado ingresado en un hospital.

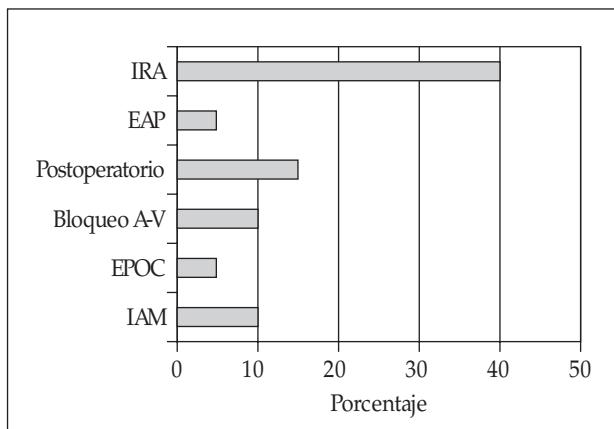


Figura 1. Diagnóstico de ingreso de los pacientes que presentaron síndrome confusional agudo. Bloqueo A-V: bloqueo auriculovenricular; EAP: edema agudo de pulmón; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IAM: infarto agudo de miocardio; IRA: insuficiencia respiratoria aguda.

Tabla 1 Enfermedades previas de los pacientes con síndrome confusional agudo (n = 20)

Enfermedades	Nº de pacientes
Diabetes	8
Hipertensión arterial	12
Cardiopatía isquémica	8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8
Accidente cerebrovascular transitorio	2
Úlcera	2
Resección transuretral prostática	2
Insuficiencia renal	1
Síncope cardíaco	1
Hipercolesterolemia	3
Neoplasias	1
Ninguna	1

Nota: los pacientes presentaban varias enfermedades previas.

De los 243 pacientes, en 20 se diagnosticó SCA, lo que supone una incidencia de un 8,2 %. La edad media de estos pacientes fue de 69,55 años (57-89) con una DE = 12,28. De ellos 15 fueron varones (75 %) y 5 mujeres (25 %). La puntuación media del índice de gravedad APACHE III fue de 17,9 (5-34) y DE = 6,84 frente a un índice de APACHE de 11 puntos para la media de la población del estudio.

El diagnóstico de ingreso de los 20 pacientes que presentaron SCA queda representado en la figura 1, además los pacientes, previamente estaban afectados por otras enfermedades que quedan reflejadas en la tabla 1. El 10 % de los afectados presentaban alteraciones psiquiátricas previas al ingreso y el 40 % de los pacientes con SCA habían precisado ventilación mecánica con anterioridad. El 25 % de los pacientes (5) presentaban hábito enólico, frente al 7,8 % (19 pacientes) del total de la población estudiada ($p < 0,05$).

La incidencia de hora de aparición en relación con los turnos de trabajo fue la siguiente: en el turno de mañanas (8 a 15 h) no se produjo ningún caso; por la tarde se presentaron 13 casos (el 65 %), y por la noche 7 casos (el 35 % restante). La incidencia del síndrome no guarda relación con el mes que tuvo lugar el ingreso.

Los parámetros hemodinámicos y ventilatorios que tenían los pacientes previamente a la aparición del cuadro confusional fueron: presión arterial sistólica de 146 mmHg (100-210) y presión arterial diastólica de 72,5 mmHg (50-100); frecuencia cardíaca 91 (70-125) lat./min; frecuencia respiratoria 21 (14-34) resp./min; y SaO_2 capilar por pulsioximetría del 95 % (90-99). No hay diferencias significativas en las constantes vitales y hemodinámicas durante la crisis, ni relación con tratamientos a fármacos (polimedición), ni cambios en la temperatura corporal (fiebre). El tratamiento farmacológico a que habían sido sometidos los pacientes previamente puede observarse en la tabla 2.

Las horas de estancia en UCI previas a la aparición del síndrome confusional corresponden a una media de 98,4 (4-644).

El 85 % de los pacientes que presentaron SCA (17 pacientes), estuvieron ingresados en boxes abiertos, frente al 15 % (3 pacientes), que permanecieron en boxes cerrados ($p < 0,05$). En la tabla 3 se muestra la distribución de pacientes según número de cama, tipo de box (abierto o cerrado), número de casos con SCA que se

presentaron en la misma, porcentaje respecto el total de enfermos con SCA, y número total de ingresos en cada cama o box.

Según el grado de confusión aguda se observó: desorientación en 8 pacientes (40 %), agitación en 9 (45 %) y agresividad en 3 (15 %).

Los cuidados de enfermería se aplicaron en el 100 % de los casos ya que en todos los pacientes hubo que intervenir. Según presentaran desorientación, agitación y/o agresividad se habían establecido 2 grupos de actividades concretas:

- Las intervenciones realizadas en los 20 pacientes que presentaron cuadro de SCA fueron: orientar en tiempo, espacio y persona, disminución del sonido ambiental (ruidos), disminución de los estímulos luminosos naturales y artificiales, estar más cerca del paciente, tranquilizarlo con palabras de apoyo y realización de técnicas de relajación sencillas.
- A los pacientes del grupo que presentaron agitación y/o agresividad, 12 pacientes (quedó excluido el grupo de pacientes con desorientación) se añadió: pasar la familia para estar con el enfermo y facilitarle estímulos como son tocarle, darle la mano, sentarse a su lado, darle un beso, y hablarle de temas agradables para el paciente; colocación de barandillas en la cama, almohadillado y/o protección con almohadas en las barandillas: sujeción de miembros con muñequeras con almohadilla en 3 pacientes (25 %) y distracción con la televisión a 1 paciente (8,3 %).

Las actividades llevadas a cabo por enfermería tuvieron éxito en el 35 % de los casos (7 pacientes), necesitando un tiempo medio de recuperación de 57,46 h. De estos 7 pacientes, cuatro presentaron desorientación, dos agitación y uno agresividad. Los 13 pacientes restantes (65 %) precisaron algún fármaco para resolver el cuadro ($p < 0,05$), la edad media de estos últimos fue de 74,4 años (DE = 9) y los grados de confusión de los pacientes se distribuyeron en: desorientación en 4 pacientes (30,6 %), agitación en 7 (53,8 %), y agresividad en 2 (15,3 %). El tiempo de recuperación fue de 44,15 h (DE = 40) siendo este último más breve que el referido cuando no se utilizaron fármacos ($p < 0,05$).

Los fármacos que se utilizaron durante la crisis confusional fueron, como primer fármaco uno de los si-

Tabla 2 Medicación que tomaban los pacientes que desarrollaron SCA (n = 20)

Fármacos	Nº de pacientes
Broncodilatadores	11
Antihipertensivos	3
Antilipemiantes	2
Ansiolíticos	4
Protectores gástricos	15
Laxantes	2
Analgésicos, antipiréticos, antiinflamatorios	10
Antitrombóticos	9
Antibióticos	13
Vasodilatadores coronarios	3
Diuréticos	8
Antiarrítmicos	5
Corticoides	3
No tomaban medicación por vía oral	6

SCA: síndrome confusional agudo.

Tabla 3 Resultados de la disposición de las camas, número de ingresos y número de pacientes que presentaron SCA

Número de cama	Tipo de cama abierta/cerrada	Pacientes con SCA (n = 20)	Total ingresos/cama
1	Cerrada	2	27
2	Cerrada	0	26
3	Cerrada	0	26
4	Cerrada	1	31
3* (15 % en camas cerradas)			
5	Abierta	1	27
6	Abierta	5	28
7	Abierta	2	24
8	Abierta	4	15
9	Abierta	2	15
10	Abierta	3	24
15* (85 % en camas abiertas)			

* $p < 0,05$. SCA: síndrome confusional agudo.

guientes: cloruro mórfico, droperidol, haloperidol, tiapride. El cuadro se resolvió en el 40 % de los casos en un tiempo medio de 20 min (límites 10'-30'). En el resto de pacientes fue necesario la administración de un segundo fármaco, ya fuera propofol, cloruro mórfico,

8 tiapride o prometacina. Este segundo fármaco, fue eficaz en el 95 % de los casos.

El Ramsay que se obtuvo tras el control de la crisis confusional indica que el 40 % se encuadraban en el estadio 1-2 (inquieto), y el 60 % restante en el 3-4 (comfortable).

Tras la desaparición del SCA recuerdan el proceso 9 pacientes (45 %), no lo recuerdan 10 (50 %) y 1 falleció (5 %) no estando relacionado con la intervención realizada para solucionar el problema.

DISCUSIÓN

El número de pacientes que ingresaron en este plazo de tiempo a estudio es proporcional al número de ingresos anuales en nuestro servicio, por lo que se considera adecuado el número de casos para extraer la incidencia y extrapolarla. Respecto al índice de gravedad medido por el APACHE III no marca diferencias significativas con la población estudiada (243 ingresos), por lo que no puede concretarse que el estar más grave sea causa para que se presente el SCA en UCI.

La estancia media de los pacientes con SCA fue de 8,66 respecto a 4,70 días que se tiene en el servicio pero hay que considerar que la desviación estándar la encuadra dentro de la normalidad ya que es de 5,54 días, con un límite entre 1 y 22 días.

El promedio de varones (75 %) se correlaciona con los datos de sexo medio de la población estudiada que fue de 178 varones, es decir un 73,25 %, por 65 mujeres (26,7 %), por ello no podemos afirmar que sea un factor predominante en la epidemiología del cuadro. La edad media (69,5 años) del grupo con SCA se encuadra también dentro de la edad media de los pacientes atendidos de forma habitual en el servicio, y con los datos de la población estudiada.

La mayoría de los pacientes que presentaron el cuadro confusional no tenían antecedentes psiquiátricos que hubieran podido influir en la predisposición a desarrollar cuadros confusionales, aunque no hay que ignorar que el 25 % presentaron entre sus hábitos el ser consumidor de alcohol.

Hemos de destacar que el 65 % de los pacientes que presentaron el SCA, éste se produjera a lo largo del horario de tarde y el resto en el de noche, este hecho nos

hace pensar que quizás pueden existir factores que estén influyendo negativamente en la aparición del cuadro, ya que por la mañana se mantiene en el servicio el mayor grado de ruido, aumento de actividad directa sobre el paciente, etc., lo que podría considerarse factores estresantes o condicionantes para el desarrollo del síndrome, y es el turno en el que no se produjo ningún caso de SCA. Esto nos sugiere la conveniencia de profundizar y abrir una línea de estudio e investigación a este respecto.

El hecho de que el 25 % de los casos aparecieron en la cama número seis, que se encuentra situada justo delante del control de enfermería, nos hace pensar que el exceso de ruido^(11,12) y/o luz pueda incidir sobre todo en el ciclo vigilia/sueño, por lo que quizás aumente la probabilidad de desencadenar un cuadro confusional agudo, y en concreto podría considerarse el primer eslabón del mismo, la desorientación. No obstante es significativo que las camas abiertas concentren el 85 % de los casos problema, máxime sabiendo que todas las camas han tenido una ocupación similar.

Como se ha descrito en la bibliografía⁽¹²⁻¹⁴⁾ la ventilación mecánica (VM) y la sedación profunda, pueden ser factores de riesgo, ya que según varios autores la VM conlleva una pérdida de control por parte del paciente de toda actividad, incluyendo una tan vital como el control de su propia respiración, por otra parte se ve sometido a una mayor presión asistencial que interfiere de forma inevitable sobre los ciclos de vigilia/sueño. Así mismo se incrementa la monotonía de estímulos que recibe, favoreciendo, todos estos factores entre otros, a la aparición del SCA, aunque en este estudio, para alcanzar valores de significación estadística, sería necesario muestras mayores.

Las medidas que se utilizaron para garantizar la seguridad del paciente (ya descritas anteriormente) durante el cuadro confusional con agitación y en especial cuando presentaban agresividad creemos que sirvieron para evitar autolesiones, caídas de la cama, así como que se agrediera al personal o a la familia, ya que no eran conscientes de sus actos.

El hecho de que se aplicaran los cuidados de enfermería a todos los pacientes con SCA y que no fueran eficaces en el 65 % de los mismos, no debe mostrarse como negativo ya que queda demostrado que si la enfermera realiza e insiste en los cuidados específicos puede conseguirse un porcentaje nada despreciable

(del 35 %) que evita que el cuadro evolucione a más o que revierte sin la necesidad de fármacos, evitando así sus efectos adversos y favoreciendo el rol enfermero/a en la unidad.

CONCLUSIONES

1. En nuestro estudio la intervención de enfermería en el SCA en pacientes de UCI ha demostrado ser una herramienta útil para disminuir la necesidad de fármacos en el tratamiento de este cuadro.

2. Ante un diagnóstico de SCA, se tarda más tiempo en la recuperación del paciente cuando no se administran medicamentos y sólo interviene la enfermería, pero resulta igualmente eficaz.

3. El resultado de la actuación de enfermería en el SCA es positivo, sobre todo en los primeros estadios (desorientación y agitación), independientemente del grado de confusión.

4. Los factores del entorno que influyen de manera negativa en nuestra serie son la situación de camas abiertas, y turno de tardes, y positivamente el turno de mañanas y los boxes individuales (aunque tengan localización similar a las camas abiertas).

5. El desarrollo de actividades como las descritas en caso de aparición del SCA pueden servir para potenciar el rol enfermera/o en el servicio de UCI.

BIBLIOGRAFÍA

3. Cervera Meseguer AM^a, Oliver Luengo M^aR, Burón Solís M^aJ, Gasull Perpiñá RM^a, Rodes i Muñoz P. Aspectos psicosociales de los enfermos de larga estancia. *Enferm Intensiva* 1991; 2: 18-21.
4. Rodés i Muñoz P. Aspectos psicosociales de los enfermos con hospitalización prolongada en unidades de enfermería intensiva [Ponencia]. En Garrote Miota MF, ed. *Enfermería Intensiva-95 (XXI Congreso Nacional de la SEEIUC)* Murcia: Pictografía; 1996. p. 159-165.
5. Knaus WA, Wagner DP, Draper EA, Zimmerman JE, Bergner M, Bostos PG et al. The APACHE III prognostic system-risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. *Chest* 1991; 100: 1619-1636.
6. Cassen A, Guel M, Segarra J et al. *Diccionario Enciclopédico Larousse de la enfermería*, 1.^a ed. Barcelona: Planeta; 1994(3): Confusión; p. 566; Delirio; p. 660-661.
7. Ramsay MAE, Sargeve TM, Simpson BJR, Goodwin R. Controlled sedation with alphaxolone/alphadolone. *Br Med J* 1974; 11: 656-659.
8. Wethcell DJ, Ledingham JGG, Waneli DA. Psiquiatría y medicina. Trastornos psiquiátricos y su relación con el medio. En: Oxford: tratado de medicina interna. Barcelona: ARCO; 1992. p. 3775-3807.
9. Wethcell DJ, Ledingham JGG, Waneli DA. Psiquiatría y medicina. Aspectos del tratamiento. En: Oxford: tratado de medicina interna. Barcelona: ARCO; 1992. p. 3827-3839.
10. Cibanal L. La enfermera ante la agresividad y la violencia. *Rev Enferm* 1991; 149: 73-76.
11. Peirats E, Custodi A, Crispiner A. Contaminación acústica en UCI [Resumen comunicación]. En: Garrote Miota MF, ed. *Enfermería Intensiva-95 (XXI Congreso SEEIUC)* Murcia: Pictografía; 1996. p. 253-254.
12. Acosta Mejuto B, Delgado H, Mirabete Rodríguez I, Sola Prado A. El despertar en intensivos tras sedación continua prolongada. *Enferm Intensiva* 1998; 9: 94-101.
13. Ortega Zunzaren M, Barberena Iriarte C, Irisarri Andueza Al, Vallés Espín R. Atención al desarrollo del niño con respiración artificial. *Enferm Intensiva* 1991; 2: 8-12.
14. Griner GJ, Isaac L. Psychological problems in the ventilator-dependent patient. In: Tobin MJ, ed. *Principles and practice of Mechanical ventilation*. EE UU: McGraw-Hill; 1994. p. 1163-1175.