

Belén Montell Ruberte i David Rodríguez Simón

**PREVENCIÓ, DETECCIÓ I INTERVENCIONS D'INFERMERIA EN
EL DELÍRIUM EN CURES PAL·LIATIVES. UNA REVISIÓ
SISTEMÀTICA**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per: Sra. Adoración Rodríguez Vázquez

Facultat d'Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Facultat d'Infermeria

Tarragona, 2023-2024

AGRAÏMENTS

A la nostra tutora, la Dori Rodríguez Vázquez, per la seva dedicació i implicació amb el nostre treball i la seva disposició per a resoldre els nostres dubtes i guiar-nos en aquest camí.

A les nostres famílies, pel suport incondicional durant aquests quatre anys de carrera i per haver-nos facilitat el nostre procés d'aprenentatge.

A les nostres amigues i amics, i futurs companys de professió, perquè el seu acompanyament ha estat essencial en els moments més complicats i desafiants, i també per les experiències viscudes durant aquesta etapa.

Per últim, volem fer un reconeixement al nostre esforç, perseverança i implicació des del primer moment, ja que no ha estat fàcil. Ara que s'apropa el final, ens omple d'orgull veure que hem assolit les nostres fites i que tot el treball realitzat ha valgut la pena.



*“Haré todo lo posible por aliviarte cada uno de tus síntomas,
pero principalmente te ayudaré a que vivas hasta que mueras.”*

- Cicely Saunders

ÍNDEX

RESUM	7
ABSTRACT	8
1. Introducció	9
2. Objectius i hipòtesi	11
2.1. Objectiu general.....	11
2.2. Objectius específics.....	11
2.3. Hipòtesi	11
3. Marc teòric i antecedents	12
3.1. Introducció	12
3.2. Epidemiologia i incidència	12
3.3. Factors de risc	13
3.4. Fisiopatologia.....	15
3.5. Tipus de delírium	16
3.6. Clínica	17
3.7. Prevenció	17
3.7.1. Prevenció no farmacològica	17
3.7.2. Prevenció farmacològica.....	18
3.7.3. Prevenció en situació d'últims dies.....	18
3.8. Cribratge i diagnòstic.....	18
3.9. Tractament.....	21
3.9.1. No farmacològic	21
3.9.2. Farmacològic.....	22
4. Metodologia	23
4.1. Criteris d'inclusió.....	23
4.2. Criteris d'exclusió.....	23
4.3. Paraules clau	23
4.4. Terminologia emprada en la fase i estructura de la recerca bibliogràfica	24
4.5. Estratègia de recerca a les bases de dades per l'obtenció d'articles.....	24
4.6. Diagrama de flux PRISMA 2020 de la recerca bibliogràfica de l'estudi	25
5. Resultats	27
6. Discussió.....	34
7. Conclusions.....	38
8. Bibliografia.....	41
9. Annexos	45

ÍNDEX DE TAULES I FIGURES

Taula 1. Pregunta format PICO.....	10
Taula 2. Factors de risc del delírium.....	14
Taula 3. Prevenció del delírium en SUD.....	18
Taula 4. Criteris diagnòstics de la síndrome confusional aguda (DSM-V).....	19
Taula 5. Diagnòstic diferencial del delírium.....	20
Taula 6. Thesaurus emprats en la recerca bibliogràfica.....	24
Taula 7. Equacions de recerca i resultats obtinguts segons cada base de dades.....	24

Figura 1. Comorbiditats associades al delírium.....	13
Figura 2. Algoritme de detecció del delírium.....	19
Figura 3. Diagrama de flux PRISMA.....	26

RELACIÓ DE SIGLES I ACRÒNIMS

- **SUD:** Situació d'Últims Dies.
- **SCA:** Síndrome Confusional Aguda.
- **MPOC:** Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica.
- **Gencat:** Generalitat de Catalunya.
- **HE:** Hematoencefàlica.
- **UPP:** Úlcera Per Pressió
- **TCE:** Traumatisme Cranio-Encefàlic.
- **UCI:** Unitat de Cures Intensives.
- **SECPAL:** Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
- **CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades 10^a edición.
- **DSM-V:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.
- **CAM:** Confusion Assessment Method.
- **DM:** Diabetes Mellitus.
- **ACV:** Accident Cerebral-Vascular.
- **ABVD:** Activitats Bàsiques de la Vida Diària.
- **OH:** Alcohol.
- **Nu-DESC:** Nursing Delírium Screening Scale.

RESUM

Introducció. Aquesta revisió sistemàtica tracta sobre com prevenir i detectar el delírium en pacients que es troben en processos pal·liatius i identificar les intervencions d'infermeria al respecte, per tal de millorar la seva qualitat de vida.

Objectiu. Identificar eines de prevenció, cribatge i d'intervenció del delírium en pacients en processos pal·liatius.

Metodologia. El present estudi pretén trobar les respostes als objectius plantejats mitjançant una revisió sistemàtica a través de la literatura més actual. S'han utilitzat les bases de dades PubMed, CINAHL, Scopus i Dialnet Plus, de les quals s'han escollit 12 articles.

Resultats. Es van seleccionar dotze articles, dels quals hi ha vuit estudis quantitius: de cas-control, cohort, assaig clínic aleatoritzat, experimental, dos descriptius i dues enquestes estructurades; tres estudis qualitius: entrevista semi-estructurada, grups focals i fenomenològic hermenèutic; i una guia.

Discussió i conclusions. El delírium en cures pal·liatives és una síndrome molt infradiagnosticada, amb una baixa formació per part dels professionals sanitaris i els familiars, que provoca una baixa qualitat de les cures infermeres. El principal tractament són les mesures no farmacològiques, i en el tractament farmacològic l'objectiu principal es pal·liar-ne els símptomes. Els fàrmacs d'elecció són les benzodiazepines juntament amb antipsicòtics. En casos de SUD, la sedació està indicada.

PARAULES CLAU: delírium, cures pal·liatives, infermeria, qualitat de vida, família.

ABSTRACT

Introduction. This systematic review deals with how to prevent and detect delirium in patients who are in palliative care and identify nursing interventions in this respect, to improve their quality of life.

Objective. Identify prevention, screening, and intervention tools for delirium in patients in Palliative care.

Method. This study seeks to find the answers to the objectives raised through a bibliographic review of the most current literature. We utilized the PubMed, CINAHL, Scopus and Dialnet Plus databases, from which we selected 12 articles.

Results Out of the twelve selected articles, eight quantitative studies were included including case-control, cohort, randomized controlled study, experimental, two descriptive and two survey; three qualitative studies, comprising semi-structured interview, focus group and phenomenological hermeneutic; and one guide.

Discussion and conclusions. Delirium in palliative care is a very underdiagnosed syndrome, with low training on the part of healthcare professionals and family members, which causes a suboptimal patient care. The main treatment is non-pharmacological measures, and in the pharmacological treatment the main objective is to alleviate the symptoms. A common drug approach involves the use of benzodiazepines in combination with antipsychotics. In cases of end-of life stage, sedation is indicated.

KEY WORDS: delirium, palliative care, nursing, quality of life, family.

1. Introducció

Aquesta revisió bibliogràfica tracta sobre com prevenir i detectar el delírium en pacients que es troben en processos pal·liatius i d'identificar les intervencions d'infermeria al respecte, per tal de millorar la seva qualitat al final de vida.

El delírium és una síndrome que comporta alteracions de les funcions mentals superiors, com ara la consciència, la cognició i la percepció, i que es manifesta de forma aguda i amb una evolució fluctuant. El seu origen és multifactorial, de causa orgànica i mediat per mecanismes fisiopatològics complexos que avui dia encara són desconeguts. Això comporta que sigui una de les síndromes més infradiagnosticades en pacients pal·liatius, malgrat que la seva incidència en aquest àmbit sigui del 85% i del 90% en Situació d'Últims Dies (SUD) (1). Els principals factors de risc, segons l'epidemiologia, són el sexe femení, ser major a 65 anys i tenir comorbiditats associades, com la diabetis mellitus tipus II, antecedents d'ictus o d'insuficiència cardíaca.

L'abordatge i el tractament del delírium varia segons el context d'aparició, i en aquesta recerca s'ha distingit principalment entre el delírium en pacients que es troben en processos pal·liatius i els que no s'hi troben. Així mateix, la intervenció també serà diferent en funció de si es tracta d'un delírium de tipus hiperactiu o hipoactiu. Per tant, és important conèixer correctament la clínica de cadascun dels tipus per evitar confondre'l amb un altre trastorn neuropsiquiàtric o que passi desapercebut, ja que aquest és un dels motius del seu infradiagnòstic.

Per una banda, en cures pal·liatives no es plantegen els mateixos objectius que el delírium en un altre context, ja que el pacient en atenció pal·liativa comporta unes implicacions transcendents que no es donen en altres entorns hospitalaris, cosa que és deguda a diversos factors, com la vulnerabilitat per les seves malalties de base i la seva naturalesa terminal; trobar-se en un procés de mort; la possible aparició de delírium hiperactiu refractari que comporti sedació terminal; la importància de poder comunicar-se amb el pacient o la seva família tenint en compte el seu context biopsicosocial; l'estrès i el malestar emocional que pot causar a la família i l'entorn.

Per altra banda, les investigacions i recerca actuals estan molt més enfocades al delírium en pacients hospitalitzats o institucionalitzats en residències, ja que en estar directament relacionats amb una descompensació aguda orgànica de ràpida resolució,

no requereix d'un abordatge tant complex com el que es necessita en pacients en atenció pal·liativa, en els quals la descompensació aguda està molt més lligada a altres factors com s'ha comentat anteriorment.

Per tant, el principal eix d'actuació en el delírium en pacients en atenció pal·liativa hauria de ser la seva prevenció, utilitzant intervencions no farmacològiques, com ara la gestió del dolor, la dispnea, l'ansietat i del malestar emocional.

Per aquest motiu, la prevenció, detecció i tractament del delírium en cures pal·liatives suposa un repte per als professionals i pels familiars, i és important fomentar i promoure la investigació en aquest àmbit de la salut per tal de poder oferir unes cures de qualitat i assegurar la dignitat de la persona quan es troba en un procés de final de vida, afavorint el confort i evitant el patiment, tant a ell mateix com al seu entorn.

Per tant, la pregunta d'investigació en format PICO que es planteja en aquesta revisió bibliogràfica de caràcter sistemàtic és "com prevenir, detectar i tractar el delírium en pacients en processos pal·liatius?"

Taula 1. Pregunta format PICO

P	I	C	O
Pacients amb delírium en processos pal·liatius	Identificar eines de cribatge i d'intervenció del delírium	El delírium en un pacient no pal·liatiu	El canvi de qualitat de vida d'aquestes persones

2. Objectius i hipòtesi

2.1. Objectiu general

Identificar eines de prevenció, cribatge i d'intervenció del delírium en pacients en processos pal·liatius.

2.2. Objectius específics

- Conèixer la prevalença del delírium en aquests pacients.
- Saber si el delírium en processos pal·liatius és un símptoma infradiagnosticat.
- Identificar les necessitats del pacient i el seu entorn.
- Determinar les mesures farmacològiques a adoptar en cada tipus de delírium en pacients pal·liatius.

2.3. Hipòtesi

Es podria millorar la qualitat de vida de les persones en processos pal·liatius que pateixen delírium amb una prevenció, detecció i cures adequades.

3. Marc teòric i antecedents

3.1. Introducció

El delírium o síndrome confusional aguda (SCA) és un estat confusional agut i fluctuant a causa d'una disfunció cerebral difusa. Està caracteritzat per l'alteració de l'atenció i el nivell de consciència, i amb canvis en la cognició i percepció.

En aquesta recerca bibliogràfica, s'ha volgut centrar el tema en el delírium que es dona en pacients en processos pal·liatius, que pot ser de causa orgànica reversible com en altres contextos, o bé estar provocat per múltiples complicacions de la malaltia de base en el final de vida, on s'anomena delírium terminal, i que pot esdevenir un símptoma refractari, si el control és difícil i es requereix de la sedació terminal pel confort del pacient en SUD.

L'origen etimològic de la paraula delírium prové del llatí *delirare* (sortir del solc) que significa desviar-se d'una trajectòria recta i desorientar-se (2,3).

3.2. Epidemiologia i incidència

El delírium és una síndrome molt infradiagnosticada, ja que la seva etiologia pot ser molt diversa, inespecífica i complicada de detectar per part dels professionals i de les famílies. Aquesta falta d'informació pot provocar que els cuidatges no siguin els adequats o que no cobreixin adequadament les necessitats dels pacients (3).

Com a conseqüència, la falta de diagnòstic està associada a una menor qualitat de vida percebuda en el procés pal·liatiu i de final de vida d'aquests pacients, pitjor control d'altres símptomes i impediment de la comunicació i el procés de presa de decisions. A més a més, provoca un gran estrès i ansietat als cuidadors i professionals sanitaris (1).

La seva prevalença és del 14% entre les persones majors a 85 anys, i es manifesta entre l'1-2% de la comunitat. Específicament, és molt freqüent en cures pal·liatives, entorn a un 85%.

El curs del delírium és agut (durada d'hores o dies) en el 80% del casos i persistent (durada de setmanes o mesos) en el 20% dels casos (1).

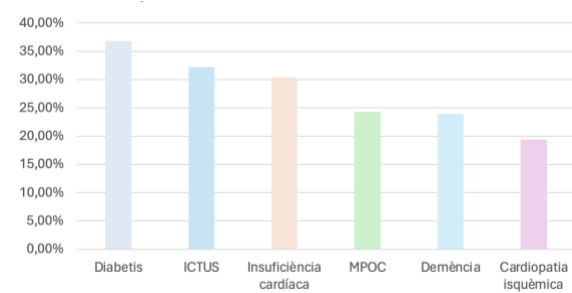
És evitable en un 30-40% dels casos, i per realitzar aquesta prevenció és necessària una bona formació professional i educació sanitària a la família, per detectar factors de risc i prevenir l'afectació funcional i cognitiva en un context on la prioritat és el confort i benestar del pacient en procés pal·liatiu (1).

La incidència del delírium entre els anys 2017-2020 ha estat de més de 69.000 casos anuals. L'evolució de la taxa de casos de delírium per mil habitants es va estabilitzar entre 2019 i 2020, encara que hi va haver un increment del 2017 al 2019 (4).

El grup d'edat més afectat és de les persones majors a 65 anys. L'edat mitjana d'aparició en dones i homes l'any 2020 va ser de 81,4 anys i 77,8 anys respectivament, la qual s'ha reduït des del 2017, que estava situada en 82,1 (dones) i 78,4 (homes).

Les principals comorbiditats associades són la diabetis (36,8%), l'ictus (32,2%), la insuficiència cardíaca (30,4%), la MPOC (24,3%), la demència (23,9%) i la cardiopatia isquèmica (19,4%).

Figura 1. Comorbiditats associades al delírium.



El 9,2% dels casos diagnosticats són de persones institucionalitzades a residències. La taxa de mortalitat el 2020 va ser de 26,1 per 100 pacients, superior a la d'anys previs on es van recollir una taxa de 23,5 el 2018 i de 23 per 100 pacients el 2019 (4).

El delírium es pot manifestar en moltes patologies, però concretament és la

Font: elaboració pròpia a partir de guia Gencat (4).

síndrome que més es manifesta en els pacients en SUD, amb una prevalença d'un 90%, així com en pacients amb malalties cròniques progressives i que reben cures pal·liatives. Es considera que el delírium en la malaltia terminal tendeix a ser refractari i irreversible, però entre un 30-50% dels casos són reversibles. Els símptomes del delírium hipoactiu són més prevalents que els hiperactius o mixt en pacients en cures pal·liatives (40-50%) (1).

3.3. Factors de risc

L'inici del delírium molts cops passa desapercebut o es confon amb altres patologies, per això es requereix d'una formació correcta per part dels professionals i familiars que els permeti detectar els signes d'alarma. El diagnòstic precoç ajuda a prevenir i evitar les complicacions, i pot permetre implementar un cribratge rutinari per a pacients de risc (4).

El delírium, en termes generals, sorgeix per causes externes al funcionament cerebral, com poden ser malalties mèdiques agudes, consum de fàrmacs o cirurgies, però també s'ha observat que pot tenir causes neurològiques primàries, com l'ictus (4).

D'aquesta manera el desenvolupament del delírium pot estar condicionat per múltiples factors predisposants que fan que el pacient sigui més vulnerable a lesions i l'exposició a circumstàncies perjudicials, conegudes també com a factors precipitants (4,5).

Taula 2. Factors de risc del delírium

Factors predisposants o no modificables	Factors precipitants o modificables
Comorbiditats i patologies cròniques.	Deshidratació i augment de la urea.
Alcoholisme i abús de substàncies.	Fractura traumatològica.
Dolor crònic.	Xoc orgànic.
Malalties pulmonars, cardiovasculars i renals.	Malalties agudes: infeccions, sèpsia, hipoglicèmia, insuficiència hepàtica, trastorns urinaris o fecals.
Malaltia terminal.	Medicaments psicòtrops: sedants, hipnòtics, anticolinèrgics.
Trastorns psiquiàtrics de l'estat d'ànim i psicòtics.	Alteracions de la volèmia: anèmia.
Factors sociodemogràfics: edat > 65 anys, sexe masculí, baix nivell educatiu, institucionalització.	Cirurgia major: aneurisma aòrtic, neurocirurgies...
Síndromes geriàtriques (polifarmàcia, malnutrició, UPP, inactivitat i immobilitat, deteriorament cognitiu...)	Descompensació cardíco-respiratòria: hipoxèmia, isquèmia cerebral o cardíaca.
Fragilitat: osteoporosi, caigudes, alteració de la marxa i l'equilibri, dèficit vista o oïda...	Trastorns metabòlics i electrolítics: hiperpotassèmia, hipoalbuminèmia, alteracions del sodi, acidosi metabòlica.
Demència i altres malalties neurodegeneratives.	Privació de tòxics i síndrome d'abstinència.
Retard en el desenvolupament.	Dolor intens no controlat.
Afectació neurològica: TCE, Ictus.	Males condicions de l'entorn i reducció d'estímul sensorials.
Historial previ de delírium.	Estrès i ansietat.
Aïllament social.	Alteracions del son.
	Ingrés a la UCI
	Mesures terapèutiques invasives: restricció o contenció física, sonda vesical a bufeta.

Font: elaboració pròpia a partir de Tobar, 2020 (6).

La combinació de factors de risc que més s'han de considerar en un pacient pel seu risc molt alt de patir delírium són: història prèvia de delírium, edat avançada, dèficit sensorial i demència (6).

3.4. Fisiopatologia

A través de la recerca bibliogràfica, s'ha observat que la fisiopatologia del delírium no és concreta, i per tant no s'ha pogut demostrar quines són les seves causes exactes ja que hi intervenen múltiples factors i està formada per un ampli espectre etiològic (2,7).

Alguns autors han identificat set possibles teories per explicar la neuropatogènesi del delírium, que es complementen entre elles. Aquestes expliquen que a nivell cerebral succeeixen diverses alteracions que impliquen neuroinflamació, envelliment neuronal, estrès oxidatiu, alteracions dels neurotransmissors (com un dèficit de la funció colinèrgica o un excés d'activitat dopaminèrgica (3)), alteracions neuroendocrines, desregulació de la melatonina i trencament en la integració de les xarxes neuronals (1,2,8).

En l'àmbit de pal·liatius, concretament els pacients oncològics, pateixen inflamació sistèmica i disfunció de la barrera HE, cosa que provoca que les citocines i els mediadors inflamatoris actuïn en el SNC i promoguin la neuroinflamació i el delírium (7,8).

Les causes més freqüents de delírium en cures pal·liatives són medicaments (opioides, psicofàrmacs), infecció sistèmica, alteracions metabòliques (calci, sodi, urea) o invasió del SNC (8).

La disfunció d'un òrgan vital és un motiu freqüent de canvi cognitiu en pacients amb malaltia avançada o en SUD. L'elevació de la urèmia i la disfunció hepàtica produeixen una disminució del nivell de consciència que pot arribar al coma. La hiponatrèmia també pot produir un quadre de fatiga i alteracions de la percepció i la memòria. Els nivells de calcèmia a la sang entre 12-16 mg/dl s'associen amb síndromes afectives que cursen amb apatia, alentiment cognitiu i depressió. Quan la calcèmia se situa entre 16-19 mg/dl, apareix el delírium. Els nivells majors a 20 mg/dl poden provocar un coma (7).

També, s'ha observat que un increment del 30% a la dosi habitual d'un opioide administrat per controlar el dolor, produeix un dèficit cognitiu significatiu, que segons els pacients pot persistir fins i tot una setmana. S'han descrit casos d'al·lucinacions orgàniques a pacients tractats per dolor amb altes dosis d'opioides, que van desaparèixer després de canviar l'opioide i administrar haloperidol (7).

Entre els fàrmacs que poden ocasionar delírium es troben: diürètics, beta-bloquejadors, atropínics, opioides, barbitúrics, benzodiazepines, antipsicòtics típics (fenotiazines), antidepressius, estabilitzadors de l'ànim (àcid valproic), indometacina, cimetidina, digitàlics, esteroides, antidiabètics orals i fenitoïna (7).

3.5. Tipus de delírium

Segons els signes i símptomes, el delírium es pot dividir en tres tipus:

- **Delírium hiperactiu:** caracteritzat per un augment de l'excitació, inquietud, agitació i agressivitat. És una complicació que dificulta el cuidatge del pacient a domicili i és el tipus més freqüent en pacients terminals, per tant gairebé sempre és refractari i un dels criteris per la sedació terminal.
- **Delírium hipoactiu:** es caracteritza per retracció, tranquil·litat i somnolència. És molt difícil d'identificar i per tant el que té pitjor pronòstic.
- **Delírium mixt:** es presenten signes i símptomes tant del delírium hiperactiu com del hipoactiu. El seu curs fluctua ràpidament entre estats hiperactius i hipoactius, sense que cap dels dos no predomini sobre l'altre (2,9,10).

A més a més, es pot diferenciar segons el context i causa de la seva aparició:

- **Delírium de causa tractable o SCA:** apareix a causa d'una descompensació aguda orgànica, i quan es resol la causa com, per exemple, la infecció d'orina, la impactació fecal, l'ictus... el delírium reverteix. Segons el context de la seva aparició s'acostuma a anomenar diferent:
 - o SCA: es dona en pacients en processos mèdics aguts o cures pal·liatives que no estan en fase terminal.
 - o Delírium terminal: apareix en pacients que es troben en el seu final de vida, també per una causa orgànica que es pot resoldre, malgrat que pot esdevenir un símptoma refractari (2,4).
- **Delírium refractari:** apareix en pacients amb delírium terminal, sobretot en SUD, i fa referència a aquella simptomatologia refractària que presenta difícil abordatge tot i l'esforç terapèutic al respecte i necessita d'una disminució de la consciència pel seu control. La gran majoria són irreversibles un cop es presenten i són indicació de sedació terminal. La causa és multifactorial i sovint el delírium ve a conseqüència de diverses descompensacions, com el mal control dels símptomes neuropsiquiàtrics i del dolor, la retenció urinària i la impactació fecal, la necessitat de més dosi d'opioides... (2).

3.6. Clínica

Com s'ha mencionat en l'apartat anterior, la clínica del delírium varia segons el seu tipus:

- **Delírium hiperactiu:** es presenta inquietud, agitació i agressivitat, així com un augment de la confusió, al·lucinacions, alteració de la son i disminució de la cooperació.
- **Delírium hipoactiu:** es presenta somnolència, immobilitat i retracció, així com una disminució de la concentració i de la consciència, mobilitat i moviment reduïts i pèrdua de la gana, amb poca capacitat de reflexió (4,11).

3.7. Prevenció

La prevenció del delírium és una de les bases pel seu abordatge. Hi ha nombrosos estudis que afirmen que entre el 30 i 40% dels episodis de delírium són evitables perquè apareixen per múltiples causes o situacions que podrien ser modificables (reaccions adverses medicamentoses, deshidratació, immobilització, tractaments invasius, alteració del son, etc.). Els estudis publicats també prioritzen la instauració de les mesures no farmacològiques abans de les farmacològiques (2,8).

A més a més de les conseqüències esmentades a l'apartat d'epidemiologia, en els pacients amb demència el delírium també pot comportar un augment de risc d'institucionalització, readmissions, augment de la mortalitat i empitjorament de la qualitat de vida en atenció pal·liativa i acceleració de la pèrdua cognitiva, d'aquí la importància de la seva prevenció (4).

3.7.1. Prevenció no farmacològica

L'evidència científica fins ara ha demostrat que les mesures no farmacològiques basades en la intervenció multicomponent són l'estratègia més efectiva per prevenir el delírium (4).

Aquestes mesures consisteixen en fer fisioteràpia, reorientació, estimulació cognitiva, mobilització precoç, promoció no farmacològica del son, correcció de deficiències sensorials (com col·locar les ulleres o audífons), identificació i tractament de causes subjacents o complicacions postoperatòries, gestió del dolor, evitació del restrenyiment, adequada hidratació, nutrició i aportació d'oxigen (2,4,6).

3.7.2. Prevenció farmacològica

Avui dia no hi ha prou evidència que demostrï que la utilització de fàrmacs en la fase preventiva sigui eficaç o beneficiós.

Existeix un model assistencial que guia en la prevenció i detecció del delírium als centres assistencials. [Veure Annex 1] (4).

3.7.3. Prevenció en situació d'últims dies

Taula 3. Prevenció del delírium en SUD

Avaluar la presència d'ansietat i delírium (amb o sense agitació) en tots els pacients en SUD.
Explorar i abordar els desitjos del pacient i del seu entorn, com el dolor, la retenció urinària o impactació fecal, per tal d'afavorir el confort.
Aplicar mesures no farmacològiques de prevenció i abordatge de l'ansietat i delírium. Realitzar suport i educació sanitària a la família.
Considerar l'ús de benzodiazepines pel control de l'ansietat i de medicació antipsicòtica típica pel control del delírium. En cas de no obtenir resposta amb l'antipsicòtic només, combinar amb benzodiazepines.

Font: elaboració pròpia a partir de Guia d'atenció pal·liativa en SUD SECPAL (2).

3.8. Cribratge i diagnòstic

La detecció del delírium és una de les fases més importants, ja que requereix que es realitzi amb èxit i amb les eines disponibles més precises per a cada àmbit assistencial (4).

Per aconseguir detectar-lo a temps i poder-ne fer una intervenció eficaç, és essencial assegurar-se que els professionals rebin una formació adequada, per tal de facilitar-los el coneixement, les eines i les habilitats necessàries a través d'un programa educatiu, i es duguin a terme amb un seguiment correcte, utilitzant eines de cribratge adaptades a la població de risc (4).

A més a més, si aquesta detecció és ràpida, es permet buscar els factors desencadenants i realitzar el tractament adequat d'aquelles causes reversibles el més aviat possible (4).

S'ha d'avaluar qualsevol canvi o fluctuació recent en el comportament d'una persona amb atenció pal·liativa, ja que podria indicar que pateix delírium. Normalment són els

familiars o els cuidadors qui identifiquen aquest canvi de comportament, per això és molt important també la seva formació i educació sanitària per part dels professionals.

Seria primordial, per tant, implementar un model de cribatge en els centres que ajudés a fer una detecció precoç de canvis recents en el comportament, incloent la cognició, la percepció, la funció física i el comportament social, i que permeti diagnosticar el delírium de manera precoç, especialment en els pacients que presenten un alt risc.

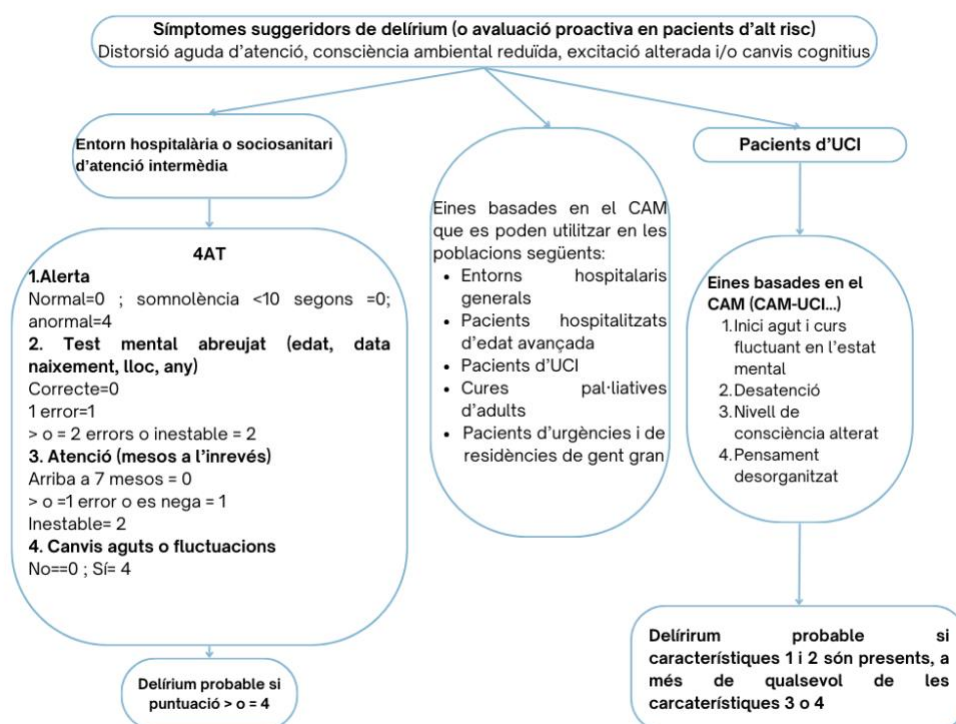
Les eines d'avaluació han de ser breus, requerir poca o cap capacitat, ser apropiades per a l'entorn clínic i sensibles per no perdre'n cap diagnòstic (12,13).

A banda d'aquesta detecció i cribatge, és important l'avaluació i el diagnòstic per part d'un metge seguint els criteris del CIE-10 o el DSM-V (Taula 4).

S'ha de tenir en compte que el delírium es pot donar en absència d'un resultat positiu de la prova, ja que la condició fluctua. Per tant, els professionals no s'han de confiar en un únic resultat.

Actualment hi ha diverses eines provades i acceptades globalment per a la detecció del delírium. Les eines d'elecció i més utilitzades actualment són les 4AT i CAM, segons els diferents entorns assistencials. En aquest sentit, s'ha adaptat l'arbre de decisió d'eines de detecció del delírium per utilitzar-lo com a guia per a l'entorn hospitalari i també per a l'hospitalització d'atenció intermèdia (2,12).

Figura 2. Algoritme de detecció del delírium.



Font: elaboració pròpia a partir de Guia d'abordatge del delírium Gencat (4).

Taula 4. Criteris diagnòstics de la síndrome confusional aguda (DSM-V)

A. Alteració de l'atenció (per exemple: capacitat reduïda per a dirigir, centrar, mantenir o desviar l'atenció) i la consciència (orientació reduïda a l'entorn).
B. L'alteració apareix en poc temps (habitualment, hores o pocs dies), constitueix un canvi respecte l'atenció i consciència inicials i la seva gravetat fluctua durant el dia.
C. Alteració cognitiva addicional (per exemple: dèficit de memòria, d'orientació, de llenguatge, de la capacitat visual-espacial o de la percepció).
D. Les alteracions dels criteris A i C no s'expliquen millor per una altra alteració neurocognitiva preexistent, establerta o en curs, ni succeeixen en el context d'un nivell molt baix d'estimulació, com l'estat de coma.
E. A l'anamnesi, l'exploració física o les anàlisis clíniques s'obtenen evidències que l'alteració és conseqüència fisiològica directa d'una altra afecció mèdica, intoxicació o abstinència per una substància, exposició a una toxina o es deu a múltiples etiologies.

Font: elaboració pròpia a partir del Manual electrònic DSM-V (13).

Diagnòstic diferencial

Taula 5. Diagnòstic diferencial del delírium

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL DEL DELÍRIUM			
	Delírium	Demència	Trastorns psicòtics
Instauració	Aguda	Insidiosa	Aguda
Curs diari	Fluctuant	Estable	
Consciència	Alterada	Conservada	
Orientació	Alterada		Conservada
Memòria	Disminuïda		Conservada
Atenció	Molt alterada	Conservada o parcialment alterada	
Deliris / al·lucinacions	Habituals	Escassos	Habituals

Font: Elaboració pròpia a partir de Guia Abordatge Delírium Gencat, Ramón et al. 2015 (4,14).

3.9. Tractament

El primer pas en el maneig del pacient amb delírium en qualsevol context és el tractament de la causa o factors desencadenants. S'ha de tenir en compte que per al tractament de la simptomatologia del delírium, es prioritzarà sempre el maneig no farmacològic davant del farmacològic, que s'instaurarà en casos en què les mesures no farmacològiques no hagin estat efectives i en què hi ha risc de lesions al pacient o l'entorn, agitació i al·lucinacions o en casos en què el delírium interfereixi en un procés mèdic (com, per exemple, la intubació o la nutrició enteral).

El tractament farmacològic del delírium és simptomàtic i ha de ser limitat en el temps (2,10,15).

3.9.1. No farmacològic

La base del tractament no farmacològic del delírium en context de pacients pal·liatius està en un seguit de recomanacions dirigides als professionals i la família, com:

- Considerar el pacient amb delírium com un tot, sense diferenciar-lo en riscos i no fer un llistat de problemes que pateix.
- Tractar el pacient amb respecte i dignitat.
- Afavorir el poder de decisió.
- Analitzar l'entorn i context del pacient, prioritzar allò que és important.
- Promoure les relacions interpersonals entre professionals, família i afins.
- Donar explicacions i raonaments clars sobre la situació actual i el seu context.
- Comprendre que existeix un desconeixement del delírium com a símptoma en el final de vida, i reconèixer la preocupació de l'entorn del pacient.
- Procurar un entorn proper, valorar l'opció d'estar millor al domicili en comptes d'una altra localització on realitzar la cura (16).

A partir d'aquesta base, es poden realitzar intervencions no farmacològiques dirigides al control del delírium, abans de recórrer al tractament farmacològic (4):

- Observar i valorar signes de delírium hipoactiu o hiperactiu.
- Descartar causes reversibles: retenció aguda urinària, impactació fecal, dolor incontrolat...).
- Procurar un ambient tranquil, reduir els estímuls ambientals. Il·luminació adequada i natural, sorolls mínims, visites regulades, temperatura confortable.
- Animar la família a que restin amb el pacient, acompanyant-lo transmetent serenitat i realitzant contacte físic.

- Comunicar-se amb el pacient de manera calmada i explicant tots els procediments que es realitzin. No confrontar idees.
- Utilitzar eines de relació terapèutica d'acompanyament i suport emocional dirigides a la família: compassió, escolta activa, empatia...
- Evitar mesures de restricció física, com les contencions mecàniques o qualsevol dispositiu que limiti la seva mobilitat.
- Animar a l'expressió d'emocions.

3.9.2. Farmacològic

El tractament farmacològic del delírium, en termes generals, s'aplica quan després de fer ús de les estratègies no farmacològiques, aquestes no han estat efectives, i l'estat del pacient suposa un perill per la seva pròpia integritat o la de l'entorn. En aquests casos, els fàrmacs estan indicats pel tractament simptomàtic del delírium, i els medicaments d'elecció són els antipsicòtics de primera i segona generació. Cal tenir en compte que actualment els estudis sobre l'ús dels antipsicòtics són heterogenis i no concloents, de manera que no s'ha pogut demostrar amb certesa quins són els beneficis quant al seu ús ni tampoc la diferència entre els antipsicòtics de primera o segona generació. (Consultar Annex 3. Algoritme del tractament farmacològic del delírium) (4).

El mecanisme del desequilibri de neurotransmissors (majoritàriament deficiència colinèrgica o excés relatiu de neurotransmissió dopaminèrgica) ha donat suport en gran mesura a l'enfocament farmacològic de l'ús d'antipsicòtics en el tractament dels símptomes del delírium hiperactiu (4).

Pel que al tractament farmacològic del delírium refractari en el final de vida dels pacients, aquest no segueix la mateixa pauta que s'ha comentat anteriorment, ja que s'ha pogut demostrar que els antipsicòtics empitjoren o augmenten els símptomes del delírium, i en les cures pal·liatives terminals l'objectiu serà assegurar el màxim confort del pacient. Per tant, els fàrmacs d'elecció són les benzodiazepines, com ara el midazolam, que s'utilitzen com a sedants per facilitar la relaxació i mitigació dels símptomes del delírium (2,15,17,18).

4. Metodologia

El present estudi pretén trobar les respostes als objectius plantejats mitjançant una revisió bibliogràfica sistemàtica a través de la literatura més actual. S'han utilitzat les bases de dades PubMed, CINAHL, Scopus i Dialnet Plus, per determinar què és el delírium, com detectar-lo i poder fer una intervenció precoç i integral, per tal de minimitzar les conseqüències d'aquest, i millorar la qualitat de vida dels pacients pal·liatius. Per accedir i fer ús de les bases de dades empleades, s'ha utilitzat el servei d'accés a la biblioteca digital de la Universitat Rovira i Virgili (SABIDI). La recerca i avaluació dels articles es va realitzar durant els mesos de gener, febrer i març del 2024, com es pot comprovar al cronograma realitzat (veure annex 4).

Per la realització de la selecció i identificació dels diferents articles es van seguir les 3 fases de la declaració PRISMA: identificació, comprovació i inclusió representat en el diagrama de flux.

4.1. Criteris d'inclusió

- Articles publicats en els últims cinc anys (2019-2024).
- Documents, assajos clínics i assaigs controlats aleatoris.
- Articles en català, espanyol i anglès.
- Rang d'edat d'estudi: sense limitacions.
- Articles amb accés a text complet mitjançant SABIDI.
- Fonts d'informació primària.
- Població d'estudi preferent: pacients pal·liatius.

4.2. Criteris d'exclusió

- Articles de font no primària: revisions bibliogràfiques, metaanàlisis, editorials, casos únics i opinions d'experts.
- Articles que no guarden relació amb el tema d'estudi.

4.3. Paraules clau

Delírium, cures pal·liatives, infermeria, qualitat de vida, família.

4.4. Terminologia emprada en la fase i estructura de la recerca bibliogràfica

Taula 6. Thesaurus emprats en la recerca bibliogràfica

Thesaurus			
Llenguatge natural	DeCs	MeSh	Codi
Delírium	Delirio	Delirium	D003693
Cures pal·liatives	Cuidados paliativos	Palliative care	D010166
Infermeria	Enfermería	Nursing	D009729
Qualitat de vida	Calidad de vida	Quality of life	D011788
Família	Familia	Family	D005190
Antipsicòtics	Antipsicóticos	Antipsychotic agents	D014150
Sedació pal·liativa	Sedación paliativa	Palliative sedation	D054810
Coneixements	Conocimiento	Knowledge	D019359
Salut mental	Salud mental	Mental health	D008603

4.5. Estratègia de recerca a les bases de dades per l'obtenció d'articles

Taula 7. Equacions de recerca i resultats obtinguts segons cada base de dades

Base de dades	Equació de recerca (operadors booleans)	Nº articles	Nº art. filtres aplicats	Nº articles utilitzats
PubMed	((delirium) AND (nursing) AND (hospitalization) NOT (intensive))	1646	43	2
	((nursing) AND (delirium) AND (family))	489	16	1
	((delirium) AND (knowledge) AND (mental health))	139	53	1
CINAHL	((delirium)) AND (nursing) AND (palliative care) NOT (intensive))	118	6	2
	((nursing) AND (delirium) AND (palliative care))	121	6	1
	((midazolam) AND (antipsychotic agents) AND (delirium))	8	1	1
Scopus	((delirium) AND (nursing) AND (quality of life))	313	24	1

Dialnet Plus	((delirium) AND (palliative care) AND (nursing))	6	3	1
	((delirium) AND (nursing) AND (hospitalization))	18	8	1
	((palliative sedation) AND (palliative care))	13	6	1

4.6. Diagrama de flux PRISMA 2020 de la recerca bibliogràfica de l'estudi

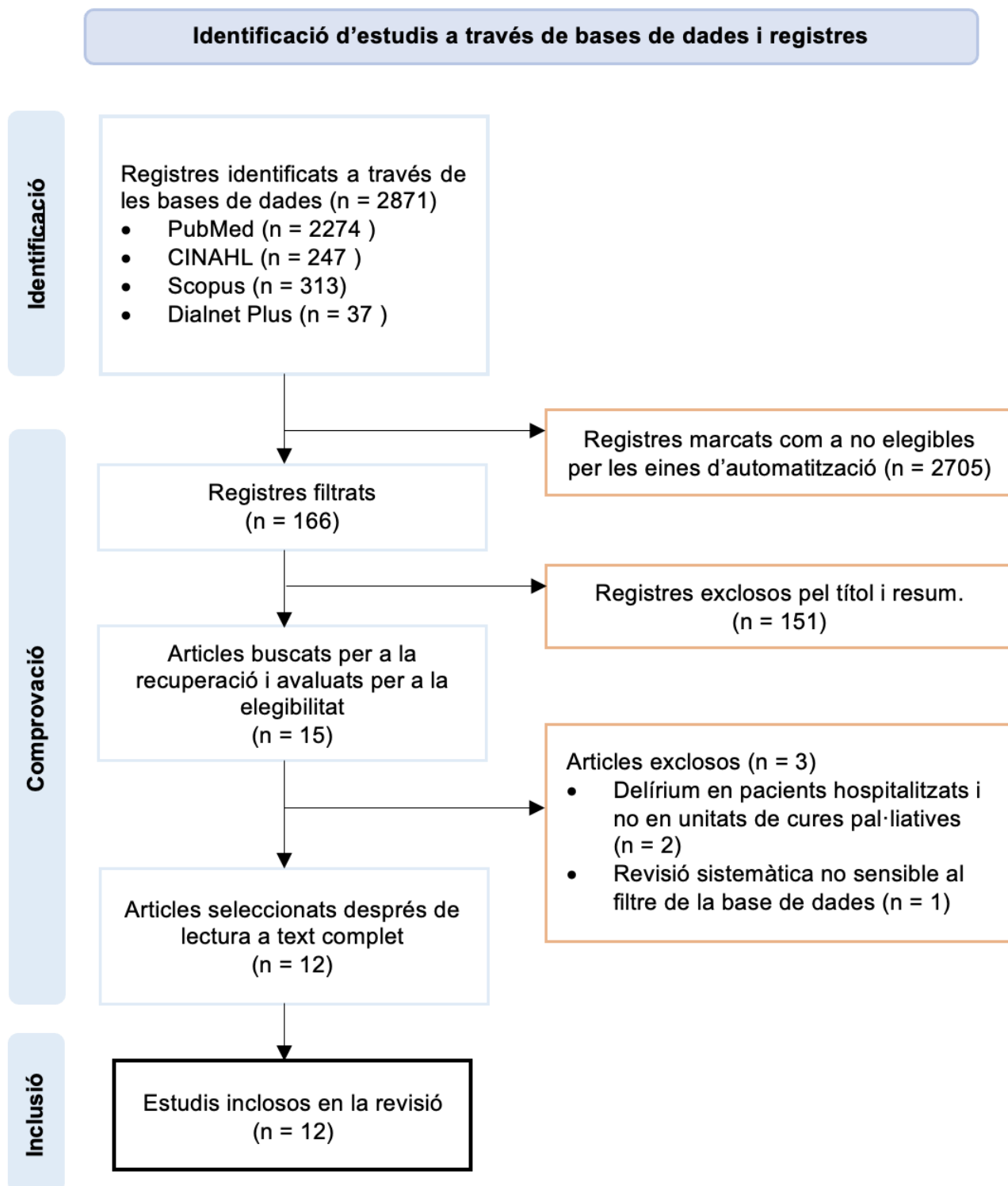
En la revisió dels articles seleccionats a través de bases de dades per equacions de recerca, en un principi es van escollir 15, dels quals finalment 3 van ser exclosos ja que el delírium era tractat des d'un context hospitalari o eren revisions sistemàtiques que no van ser sensibles al filtre automàtic. Es van examinar els 12 articles restants a text complert, que s'ajustaven als criteris d'inclusió i exclusió i es van considerar rellevants pel desenvolupament de la recerca bibliogràfica i la realització d'aquest treball.

Cal destacar, que l'estudi realitzat per Jung et al. (19) es va trobar amb l'estratègia de recerca ja exposada al punt 4.5., però que a l'aplicar els filtres d'inclusió i exclusió desapareixia. Finalment, es va decidir incloure'l també, ja que al llegir-lo i analitzar-lo es va concloure que era rellevant pel treball, i que realment sí complia els criteris d'inclusió, però no filtrava el tipus de font que era.

Per a la realització de la revisió sistemàtica i el marc teòric, també s'ha cercat informació a través de pàgines webs oficials o d'articles de font primària que es trobaven referenciats dins d'aquestes pàgines webs, com ara la web de la Generalitat de Catalunya, la Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia, el Ministeri de Sanitat, l'Institut Nacional de Càncer i revistes científiques.

En el següent esquema, es pot observar el diagrama de flux PRISMA, que mostra l'elecció d'articles científics inclosos a l'apartat de resultats.

Figura 3. Diagrama de flux PRISMA.



5. Resultats

Autor, revista de publicació, any, país	Títol	Disseny i mostra	Objectiu	Resultats rellevants	Instruments d'avaluació	Conclusions
National Institute for Health and Care Excellence, Clinical guideline 2023 Regne Unit	Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care	<u>Disseny:</u> guia. <u>Mostra:</u> majors d'edat en hospitals i centres d'atenció residencial de llarga estada o residència de gent gran.	Millorar el diagnòstic del delírium i reduir les estades hospitalàries i les complicacions associades.	No procedeix.	Guia NICE sobre violència i agressió. CAM-ICU per la Unitat de Cures Intensives.	Els principals factors de risc que es detecten són: edat de 65 anys o més, deteriorament cognitiu i/o demència, fractura de cadera actual i malaltia greu. La intervenció es basarà en l'abordatge de la desorientació, la deshidratació, el restrenyiment, les infeccions, la hipòxia, la immobilitat, el dolor, la malnutrició i la discapacitat sensorial.

Angela Soler-Sanchis, F.M. Martínez-Arnau, José Sánchez-Frutos, Pilar Pérez-Ros. 2022 Espanya	Identification through the Manchester Triage System of the older population at risk of delirium: A case-control study	<u>Disseny:</u> estudi quantitatiu de cas-control. <u>Mostra:</u> pacients ≥ 65 anys del servei d'urgències, amb delírium n = 128.	Identificar els algoritmes del Sistema de Triage de Manchester que tenen major probabilitat de detectar el delírium en gent gran.	El 29,35% dels pacients ingressats al servei d'urgències van ser gent gran amb una incidència de delírium del 0,7%. Els algoritmes amb major probabilitat de delírium van ser "adult malalt amb queixes inespecífiques" i "comportar-se de manera estranya". Els discriminadors van ser "inici agut" i "nou dèficit neurològic" de menys de 24h d'aparició.	Base de dades d'investigació del servei d'urgències.	El fet de conèixer quins algoritmes, discriminadors i factors de risc tenen més probabilitats de detectar el delírium, permet identificar la població de gent gran en risc per al cribatge del triatge en els serveis d'urgències. S'ha d'avaluar factors de risc com la DM, demència, ACV previ i caigudes recents entre gent gran classificada com a "adults malalts" o amb "comportament estrany" per a detectar la probable presència de delírium.
Rosa A. Ayala Salinas, Gandhi Ponce Gómez, Beatriz Carmona Mejía. Enfermería global: revista electrónica trimestral de enfermería 2023 Mèxic	Necesidades de cuidados paliativos en el Paciente Crónico Degenerativo Complejo	<u>Disseny:</u> estudi quantitatiu, descriptiu, transversal i correlacional. <u>Mostra:</u> 50 pacients amb malalties cròniques degeneratives complexes.	Descriure les principals necessitats d'atenció pal·liativa en les persones amb malalties cròniques degeneratives complexes en una unitat de tercer nivell d'atenció.	La majoria dels pacients tenen deteriorament cognitiu en atenció i llenguatge. El 60% estan incapacitats físicament per realitzar les ABVD. S'observa fragilitat ja que el 82% de la mostra presenta infeccions, el 64% delírium, el 58% úlceres per pressió i el 62% problemes de disfàgia.	NECPAL CCOMS-ICO 3.1 (2017)	Les cures pal·liatives ben planificades redueixen els tractaments fútils i innecessaris, i així evitar l'obstinació terapèutica i compartir objectius de cures entre l'equip multidisciplinari. També el proporcionar les cures de manera domiciliària permetrà disminuir el nombre d'hospitalitzacions, millorar el confort i disminuir l'estrès del cuidador primari dels pacients.

Clare Harris, Juliet Spiller, Anne Finucane. British Journal of Community Nursing 2020 Regne Unit	Managing delirium in terminally ill patients: perspective of palliative care nurse specialists	<u>Disseny:</u> estudi qualitatiu amb entrevistes presencials semiestructurades. <u>Mostra:</u> infermeres de pràctica clínica avançada en cures pal·liatives.	Examinar les experiències de les infermeres de pràctica clínica avançada en cures pal·liatives i la seva pràctica en l'abordatge del delírium en pacients terminals en la comunitat.	Es van identificar sis temes: reptes d'un entorn comunitari, detecció de delírium, maneig del delírium, rol dels cuidadors informals, educació per a la infermeria i professionals de la salut.	No procedeix.	La majoria de pacients pal·liatius prefereixen l'atenció a domicili, però el delírium pot provocar ingressos no planificats. Els reptes de l'abordatge del delírium en cures pal·liatives en la comunitat inclouen el contacte limitat amb el pacient, la dependència de la família, els símptomes nocturns i els pacients que viuen sols. Les infermeres de pràctica avançada expressen no fer servir habitualment eines d'avaluació del delírium, però van descriure l'ús d'estratègies no farmacològiques pel seu maneig, encara que no de manera preventiva. També, senten que els cuidadors tenen un rol en la identificació i maneig del delírium i elles són qui els han de formar.
Elizabeth Fajardo Ramos, Luz Omaira Gómez Tovar, Ángela María Henao-Castaño 2022 Colòmbia	Sospecha de delirium y posibles factores relacionados en el adulto mayor hospitalizado	<u>Disseny:</u> estudi quantitativ correlacional de cohort transversal. <u>Mostra:</u> 49 adults majors de 70 anys hospitalitzats en medicina interna.	Descriure la sospita del delírium en adults majors hospitalitzats en medicina interna i els seus possibles factors relacionats.	La sospita de delírium va ser del 20,4%. L'edat va ser menor en pacients que no van presentar delírium que els qui van sospitar. Altres variables associades són les comorbiditats, patir delírium almenys un cop abans de l'actual ingrés i no tenir antecedents psicoactius. S'observa una associació significativa entre el delírium i els antecedents de DM i el consum d'OH.	Escala Detecció del Delírium	El delírium és un problema que continua impactant els adults, particularment la gent gran, que pels factors fisiològics propis de l'edat són més vulnerables de patir aquesta síndrome. Per això és important incloure la valoració del delírium en els plans de cures d'infermeria, per afavorir la prevenció. Es busca promoure l'aplicació de l'escala Nu-DESC, instrument dissenyat perquè sigui aplicats per infermeria, afavorint l'aplicació del cuidatge preventiu, basat en l'evidència, humanitzat i holístic.

Shirley H. Bush, Elise Skinner, Peter Lawlor, Misha Dhuper, Pamela Grassau, José Pereira, Alisatir MacDonald, Henriwue Parsons, Monisha Kabir 2022 Regne Unit	Adaptation, implementation, and mixed methods evaluation of interprofessional modular clinical practice guideline for delirium management on inpatient palliative care unit.	<u>Disseny:</u> estudi qualitatiu amb enquestes, grups focals i entrevistes. <u>Mostra:</u> 31 pacient adults hospitalitzats en una unitat de cures pal·liatives.	Aplicar i integrar unes directrius i formació específica sobre l'abordatge del delírium, com a una iniciativa educativa d'una unitat de cures pal·liatives.	Després de la implementació de les directrius, es van observar els registres d'infermeria i va disminuir un 60% l'ús programat d'antipsicòtics i un augment en l'ús de midazolam "si precisa". De l'anàlisi qualitativa d'entrevistes i grups focals van sorgir 6 temes clau: experiències prèvies sobre el delírium, reptes per facilitar el canvi, impactes a la pràctica, esforç col·laboratiu de canvi, importància de les pautes estandarditzades i utilitat dels elements de les directrius.	No procedeix.	La implementació de les directrius requereix d'un esforç concertat, temps i suport de l'administració. El suport d'equips interprofessionals facilita l'enfocament modular d'adaptació i implementació de les guies, fet que condueix a un canvi a la pràctica clínica.
L. Gómez Tovar, Á. Henao-Castaño, I. Troche-Gutiérrez. 2022 Colòmbia	Prevenir y tratar delirium en cuidados intensivos: hermenéutica de las vivencias del equipo de enfermería.	<u>Disseny:</u> estudi qualitatiu fenomenològic hermenèutic. <u>Mostra:</u> 7 auxiliars d'infermeria i 8 infermeres.	Comprendre les vivències d'infermeria davant de la prevenció i el tractament del delírium en persones hospitalitzades en cures intensives.	De l'anàlisi, van sorgir els temes: 1) Prevenció del delírium, 2) Tractament farmacològic, 3) No farmacològic, 4) Limitacions. El més rellevant de cada tema és, respectivament, la comunicació i vinculació de la família; l'ús de fàrmacs només en fase aguda; modificació de l'ambient segons preferència de pacient i família; sobrecàrrega infermera.	Cercle hermenèutic de Heidegger per l'anàlisi de les dades.	Les experiències de l'equip d'infermeria en la prevenció i el tractament del delírium en pacients crítics destaquen que la comunicació permet un apropament al pacient com a ésser humà immers en una realitat, amb una història personal, amb necessitats i preferències. Per tant, en aquests escenaris s'ha de vincular la família, ja que pot complementar i donar suport a la cura d'infermeria.

Lingyu Lin, MM, Yanchun Peng, Xizhen Huang, Sailan Li, Liangwan Chen, Yanjuan Lin. 2024 Xina	A family intervention to prevent postoperative delirium in patients undergoing cardiac valve surgery: A randomized controlled study	<u>Disseny:</u> estudi quantitatiu, assaig controlat aleatoritzat prospectiu. <u>Mostra:</u> es van reclutar 152 pacients i diades de cuidadors familiars.	Explorar l'efectivitat d'una intervenció familiar en els resultats psicosocials, clínics i familiars dels pacients de la UCI	Els pacients del grup d'intervenció van mostrar puntuacions totals més baixes de trastorn d'estrès posttraumàtic, símptomes depressius i idees delirants. La intervenció familiar no va afectar la durada de l'estada de la unitat dels pacients i la mortalitat de 30 dies. Quant als resultats dels familiars, els cuidadors familiars del grup d'intervenció estaven més satisfets amb l'atenció i un nivell d'ansietat inferior als cuidadors familiars del grup control.	No procedeix.	La intervenció familiar pot beneficiar el benestar psicològic dels pacients i els cuidadors familiars, i es podrien considerar més assaigs controlats aleatoris agrupats multicèntrics ben dissenyats per reforçar l'evidència.
Benítez Rosario, MA. Ascanio León, B. 2020 Espanya	Palliative sedation: beliefs and decision-making among Spanish palliative care physicians	<u>Disseny:</u> estudi quantitatiu, enquesta electrònica nacional a especialistes espanyols sobre cures pal·liatives. <u>Mostra:</u> 292 metges especialistes.	Descriure les actituds dels metges cap a la sedació pal·liativa profunda.	Més del 81% dels enquestats van recolzar l'ús de sedació pal·liativa en casos de símptomes refractaris irreversibles com ara el delírium hiperactiu i dispnea en repòs secundària a malalties pulmonars. El 60% va acceptar l'ús de sedació pal·liativa en casos de patiment. Es va observar que alguns metges que estaven en contra, consideraven la sedació pal·liativa com una eutanàsia encoberta.	Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)	Els metges pal·liativistes espanyols recolzen en general l'ús de la sedació profunda com a tractament per a aquells pacients en SUD amb dispnea refractària, delírium hiperactiu i malestar clínic amb patiment. La presa de decisions està condicionada per les creences dels metges respecte a l'eutanàsia i l'impacte de la sedació profunda en la supervivència del pacient i l'experiència del metge en cures pal·liatives i sedació.

<i>Mi Hyun Jung, Myung-Hee Park, Su-Jeong Kim, Jeong Ran Ra</i> 2021 Corea	Delirium-Related Knowledge, Caregiving Performance, Stress Levels, and Mental Health of Family Caregivers of Terminal Cancer Patients with Delirium in a Hospice Care Unit	<u>Disseny:</u> estudi quantitatiu, enquesta estructurada. <u>Mostra:</u> 96 cuidadors familiars de pacients amb càncer terminal i delírium.	Examinar el coneixement, els nivells d'estrès i la salut mental dels cuidadors familiars de pacients amb càncer terminal i delírium.	La mitjana de respostes correctes quant al coneixement sobre el delírium va ser del 53,2%, que incloïa preguntes sobre el coneixement de les causes (41,5%), símptomes (65,4%) i cures (51,7%). Pel que fa a la prestació de cures per part dels cuidadors familiars, van obtenir millor puntuació els dels pacients amb delírium hiperactiu que els del delírium mixt.	Instrument desenvolupat per Jeong. Consta de 25 preguntes, amb respostes de SÍ/NO/NS. 1 punt per resposta correcta, com més puntuació major grau de coneixement.	Les puntuacions de coneixement relacionat amb el delírium i la prestació de cures dels cuidadors familiars van ser baixes, mentre que els seus nivells d'estrès en la cura van ser alts a causa de la seva falta de coneixement i experiència. Això indica la importància de l'educació entorn al delírium per als familiars i la necessitat de desenvolupar programes d'intervenció d'infermeria per a ajudar a controlar l'estrès i promoure la salut mental entre els cuidadors familiars.
<i>Prado, BL; Gomes, DBD; Usón, PLS; Taranto, P; França MS; Eiger, D; Mariano, RC; Hui, D; Giglio, A.</i> 2018 Regne Unit	Continuous palliative sedation for patients with advanced cancer at a tertiary care cancer center	<u>Disseny:</u> estudi quantitatiu experimental. <u>Mostra:</u> pacients amb càncer avançat difunts entre 2012 i 2014.	Avaluar la freqüència, les indicacions clíniques i els resultats de la sedació terminal amb midazolam en pacients amb càncer avançat.	Les principals indicacions de sedació terminal són la dispnea (55%) i el delírium (19,7%) i els psicofàrmacs més utilitzats el midazolam (52,7%) o midazolam + antipsicòtic (39,4%).	Per l'anàlisi estadística: Stata SE version 10.3 (StataCorp, College Station, Texas)	La sedació terminal és una intervenció ètica reconeguda que està indicada per al control dels símptomes refractaris al final de vida. Es recomana la participació de professionals especialistes en cures pal·liatives. Són necessàries més investigacions per a comprendre l'eficàcia del control simptomàtic dels diferents sedants i combinacions entre fàrmacs, i també per identificar factors que afectin als resultats esperats de la sedació terminal.

<i>M^a Isabel Moreno Moreno, Ismael Herruzo Cabrera, Salvador Ignacio Soriano Ruiz, Rocío Emilia Moreno Moreno</i> 2021 Espanya	Sedación paliativa en la agonía realizada por un Servicio de urgencias de Atención Primaria a nivel domiciliario.	<u>Disseny:</u> estudi quantitatiu observacional transversal descriptiu retrospectiu. <u>Mostra:</u> pacients difunts a domicili entre setembre de 202 i febrer 2021 que van precisar sedació pal·liativa.	Conèixer les característiques de la sedació pal·liativa en l'agonia a nivell a domicili i detectar àrees de milloria.	El percentatge de sedació pal·liativa va ser del 16'4%. Només un 36% estaven inclosos en un procés de cures pal·liatives. El delírium va estar present en un 21'4%. El fàrmac més utilitzat va ser el midazolam (94'9%). El 72% dels pacients no va rebre cap tipus de seguiment des d'inici de la sedació fins la mort.	Per l'anàlisi descriptiva: freqüències absolutes i percentatges per variables qualitatives i mesures de tendència central i dispersió per les quantitatives.	El midazolam va ser el fàrmac més utilitzat. Quant a les dosis emprades, crida l'atenció la homogeneïtat del seu ús, i posa de manifest una falta d'individualització de les dosis. Molts pocs pacients van ser sedats amb levomepromazina, encara que el delírium estigués present. L'haloperidol va ser un fàrmac de poc ús com a coadjuvant. En aquest estudi, el símptoma refractari més prevalent va ser la dispnea, no el delírium.
--	--	--	--	---	---	--

6. Discussió

Estudis nacionals del delírium en cures pal·liatives

En la recerca bibliogràfica s'ha observat que hi ha pocs estudis nacionals relacionats amb el delírium en cures pal·liatives i sobretot en SUD, ja que la majoria tenien origen a Estats Units o Japó, però no a Espanya.

L'única guia realitzada a nivell nacional, és de la Gencat i està basada en fonts bibliogràfiques fora d'Espanya (4).

Així mateix, la majoria dels estudis realitzats estan enfocats en el delírium de causa tractable en un context d'hospitalització i UCI, però no en cures pal·liatives. Per exemple, Soler-Sanchis et al. (20), en el seu article que se centra en conèixer els algoritmes més adequats en cas de trobar-se a urgències hospitalàries un pacient d'avançada edat amb delírium, els indicadors principals de sospita serien comportar-se de manera estranya, presentar queixes inespecífiques o ser un adult fràgil. Tot i això, s'han de tenir en compte més factors de risc com la DM, demència, ACV previ o caigudes recents per arribar a una detecció del delírium amb certesa.

Per tant, el realitzar estudis a nivell nacional, faria dels seus resultats més propers i extrapolables als ciutadans d'Espanya que no pas en altres països on la situació de l'entorn biopsicosocial és molt més diversa.

Cures pal·liatives domiciliàries

Les cures pal·liatives del delírium sovint es contextualitzen en domicili, ja que s'ha observat que el fet de proporcionar les cures en aquest àmbit permet evitar l'hospitalització i poder oferir uns cuidatges més personalitzats i de major qualitat amb menor cost econòmic sanitari, tal i com indica Ayala et al. (21). Per aquest motiu, la intervenció del delírium en un context d'hospitalització no es pot ajustar exactament a les necessitats d'aquests tipus de pacients. Oferir unes cures domiciliàries, ajuda a reduir l'estrès i malestar que aquesta situació provoca a l'entorn del pacient, ja que com a professionals de la salut es pot proporcionar informació i estratègies d'afrontament del delírium. Aquesta intervenció familiar afavoreix la seva tranquil·litat i seguretat i per tant s'assegura el confort del pacient, segons l'estudi realitzat per Lin et al. (22) en un context hospitalari, però que es podria aplicar i adaptar a l'àmbit pal·liatiu.

Cal tenir en compte que sovint el propi delírium és una causa d'hospitalització, per tant s'ha de valorar si realment és necessària o no l'hospitalització. La majoria d'aquests pacients prefereixen la domiciliació, segons Harris et al. (23).

A més a més, sorgeix la necessitat de més estudis enfocats en la detecció del delírium de manera domiciliària o en unitats de cures pal·liatives, ja que segons Ayala et al. (21) el delírium és un dels símptomes més freqüents en aquest àmbit, però malgrat això és dels més infradiagnosticats i de pitjor abordatge, cosa que comporta més malestar en els pacients i estrès en les seves famílies i per tant una disminució del confort i mal control simptomàtic, associant-se a una menor qualitat del final de vida.

Balanç risc-benefici del tractament farmacològic

En relació al tractament farmacològic del delírium, tot i que l'objectiu principal és pal·liar-ne els símptomes, en les cures pal·liatives més aviat l'objectiu és afavorir el confort del pacient. A més a més, en la bibliografia actual existeix controvèrsia respecte al balanç risc-benefici del tractament farmacològic en el delírium terminal (2,4).

En cas del delírium de causa tractable, el tractament d'elecció a més de la resolució de la descompensació aguda, és l'administració d'antipsicòtics típics com l'haloperidol, o atípics com la risperidona o l'olanzapina. Si aquests no acaben de millorar la simptomatologia, es combinen amb benzodiazepines (4,24,25).

Però, en el delírium terminal, demostren que els antipsicòtics provoquen més risc, ja que incrementen més la simptomatologia del delírium que no pas aportar algun benefici, i en aquest cas el tractament d'elecció són les benzodiazepines, concretament el midazolam combinades amb un antipsicòtic, com la levomepromazina, com aporten Moreno et al. i Acedo et al. (26,27). Aquest antipsicòtic de caràcter típic com l'haloperidol, a més dels efectes neurolèptics, té un efecte sedant, analgèsic i antiemètic.

A la guia d'abordatge del pacient en SUD (2), no s'hi aprofundeix en el tema, únicament es menciona que el tractament d'elecció per al delírium són els antipsicòtics o combinats amb benzodiazepines, tal i com indiquen tots els articles referents al delírium de causa tractable sense especificar el context d'aparició.

Per tant, no es conclou si el tractament és realment útil i quin grup de fàrmacs estaria més indicat per a tractar aquest tipus de delírium.

Mesures de confort i sedació terminal

Pel que fa a les mesures de confort, tal i com comenta Benítez-Rosario et al. (28), l'ús de la sedació terminal estaria indicat en casos de delírium hiperactiu en final de vida, amb l'afegit d'altres símptomes refractaris com la dispnea o el malestar clínic, amb l'objectiu d'evitar el patiment del pacient en SUD.

Així mateix, Prado et al. (29) afirma que el delírium és la segona indicació més freqüent de la sedació terminal, i els psicofàrmacs utilitzats són el midazolam o la combinació entre aquest i un antipsicòtic, encara que com s'ha comentat anteriorment, no es conclou si els antipsicòtics realment tenen un benefici real sobre el delírium com a símptoma refractari.

Tot i això, al mateix article de Benítez-Rosario et al. (28) on es realitza una enquesta electrònica a 292 metges pal·liativistes espanyols, dins dels que no estan d'acord amb la pràctica de la sedació terminal, hi ha un cert grup que ho argumenta amb la consideració d'una eutanàsia encoberta, cosa que es relaciona més amb la subjectivitat personal, falta de coneixement o possible objecció de consciència de cada professional, ja que la sedació terminal és una intervenció ètica reconeguda i és recomanable la participació dels professionals especialistes en cures pal·liatives, segons Prado et al. (29).

Malgrat això, Prado et al. (29) conclou que es requereixen més investigacions per a comprendre l'eficàcia del control simptomàtic dels diversos psicofàrmacs, així com per identificar factors que influeixin als resultats esperats de la sedació terminal.

Intervencions no farmacològiques

La intervenció del delírium que ha obtingut més resultats és la no farmacològica (2,4). Per assegurar una qualitat de les cures infermeres cal tenir una visió holística del pacient, considerant-lo com un tot, i tractar-lo amb respecte i dignitat. Segons Gómez-Tovar et al. (30) és important indagar i comunicar-se amb la família i el pacient sobre allò que és prioritari per a ells, aconseguint un apropament i una confiança, que ajuda a entendre al pacient com un ésser humà, i d'aquesta manera aconseguir un final de vida digne i fidel a les seves creences.

El tractament no farmacològic es fonamenta en observar i valorar els signes, descartar les causes reversibles, procurar un ambient tranquil, i afavorir la comunicació amb el pacient i els familiars, sempre amb compassió, escolta activa i empatia, i adaptant el llenguatge la context cultural i social (4).

A més a més, a l'estudi quantitatiu de Lin et al. (22), que tracta de la implicació familiar dels pacients amb delírium en altres àmbits fora de les cures pal·liatives, els autors conclouen que aquesta intervenció familiar podria incrementar el seu benestar emocional, ja que el grup de pacients que van rebre aquesta estimulació van tenir menys puntuacions en les escales d'avaluació del delírium i símptomes depressius que el grup

control. A més a més, els cuidadors familiars del grup d'intervenció també presentaven un nivell d'ansietat inferior al grup control.

Per tant, aquests resultats serien senzills de generalitzar al context domiciliari i de cures pal·liatives on es presenta molta d'aquesta clínica.

Formació dels professionals i familiars o cuidadors

S'ha evidenciat la necessitat d'assegurar una correcta formació per part dels professionals, per tal que també puguin assegurar la formació dels cuidadors i familiars dels pacients en SUD, ja que són els que sovint detecten els primers símptomes i els encarregats de comunicar-ho, i segons Jung et al. (19), el seu coneixement respecte el delírium terminal és considerablement baix en comparació al nivell d'estrès que els hi genera observar signes de delírium en el seu familiar i no poder oferir-li unes cures de qualitat ni saber com actuar davant d'aquesta situació.

Pel que fa a la formació dirigida als professionals, l'estudi de Bush et al. (31) avalua l'impacte d'unes directrius i protocols específics del delírium per a les infermeres d'una unitat de cures pal·liatives al Regne Unit i s'observa que després de la implementació, l'ús dels antipsicòtics de pauta fixa es va reduir significativament en benefici dels ansiolítics benzodiazepínics de pauta "si precisa", com el midazolam. Tot i això, conclouen que per aconseguir un canvi en la pràctica clínica a través d'aquestes directrius, és necessari un esforç, temps i suport per part de l'administració i l'equip multidisciplinari.

Valoració d'infermeria del delírium en pacients pal·liatius i terminals

Relacionant-ho amb els punts anteriors, Fajardo et al. (32) remarca, des d'un punt de vista hospitalari, la importància d'incloure la valoració del delírium en els plans de cures d'infermeria per una detecció precoç a través d'escala d'avaluació com la Nu-DESC ja que permetrà un millor abordatge i increment del confort del pacient i la família.

En l'àmbit de les cures pal·liatives, es podria basar el pla de cures en el respecte a la dignitat de la persona en el seu final de vida per tal d'evitar-li un patiment innecessari.

És essencial la conscienciació per part de tots els professionals sobre la importància de realitzar un correcte abordatge interdisciplinari, per assolir un canvi en la pràctica clínica, tal i com s'exposa a l'article de Bush et al. (31).

7. Conclusions

- S'ha evidenciat la necessitat de protocol·litzar les mesures detecció i abordatge, tant pels professionals com per les famílies, per reduir el infradiagnòstic i augmentar la qualitat de les cures d'infermeria. D'aquesta forma, es garanteix la qualitat del final de vida d'aquestes persones, l'augment del confort i la disminució del estrès.
- Sorgeix la importància d'implementar cursos de formació del delírium en SUD en cures pal·liatives pels professionals de la salut.
- És essencial la formació als familiars per tal que detectin els primers signes o símptomes del delírium i poder realitzar una intervenció precoç. La clínica més freqüent acostuma a ser l'agitació i inquietud, en cas del delírium hiperactiu, o bé somnolència i retracció en el delírium hipoactiu.
- És un dels símptomes més infradiagnosticats, principalment el delírium hipoactiu per la falta d'informació i confusió amb altres trastorns neuropsiquiàtrics, com la demència o la psicosi.
- Hi ha preferència en fer la intervenció d'aquests pacients en domicili i no en hospitalització, per assegurar el benestar i la qualitat de les cures infermeres.
- El tractament no farmacològic és primordial, i per tant és la primera mesura d'elecció. Es centra en assegurar una relació amb la família i el pacient de proximitat i confiança, basada en el respecte i l'empatia, per indagar en quins són els aspectes més importants per ells i adaptar les cures a les seves necessitats i preferències, per proporcionar dignitat i confort en el final de la vida.
- L'objectiu del tractament farmacològic és pal·liar els símptomes.
- El fàrmac d'elecció pel tractament del delírium refractari són les benzodiazepines, com el Midazolam juntament amb els antipsicòtics, com la Levomepromazina.
- En casos de delírium hiperactiu en SUD, la sedació terminal està indicada, tot i que a vegades està sotmesa a la subjectivitat i objecció de consciència dels professionals malgrat el seu reconeixement a nivell ètic.

Limitacions

La principal limitació de la recerca bibliogràfica ha estat l'escassetat d'informació i d'estudis nacionals relacionats amb el delírium en context de cures pal·liatives, cosa que ha representat un repte significatiu en la realització de la recerca. Aquesta manca d'informació no permet fer comparacions i contrastos adequats, o no tant com s'hagués pretès, així com aconseguir una base sòlida per sustentar les conclusions finals. Per tant, la discussió i conclusions estan basades amb la relació dels estudis relacionats que s'han considerat més rellevants. Aquesta limitació, per tant, destaca la importància de futures investigacions, per millorar els coneixements i cures a nivell nacional.

Una altra limitació ha estat que el delírium, en termes generals, està molt contextualitzat en l'àmbit hospitalari i en UCI, però no en cures pal·liatives, fet que disminueix encara més les possibilitats i, per tant, la falta d'informació.

Línies futures

A partir de la recerca bibliogràfica s'ha posat de manifest la importància de crear una línia de treball per línies futures des de l'àmbit d'infermeria, i com d'aquesta forma es pot millorar la qualitat de vida i assegurar la dignitat dels pacients en cures pal·liatives que pateixen delírium.

Principalment, seria primordial la creació d'una formació específica per a professionals pel que fa a la detecció i prevenció del delírium en pacients en cures pal·liatives, amb l'objectiu de crear una major consciència i educació respecte a quins són els signes i símptomes que es manifesten en les fases inicials del delírium i així saber quines són les actuacions i cures pertinents. Aquesta línia futura no va dirigida només als professionals sanitaris, sinó també per a les famílies i l'entorn del malalt, que han d'estar involucrats en aquesta formació, ja que són els que més temps passen amb el pacient i els primers en detectar les senyals d'alerta.

Relacionat amb la formació, també és essencial implantar un protocol per detectar i abordar el delírium en el pacient terminal, tant per familiars com professionals, per estandarditzar les cures d'infermeria i assegurar que totes les necessitats estan cobertes adequadament. També, seria pertinent la creació d'una guia particular pels familiars, d'aquesta forma podrien estar preparats per avisar en cas que hi hagués cap canvi de consciència o comportament del pacient, i en tot cas, saber com actuar i informar. Això també podria disminuir l'estrès i patiment d'aquestes famílies, ja que el delírium és un dels símptomes més estressants.

Cronograma



Cronograma del TFG

TASQUES	NOVEMBRE	DESEMBRE	GENER	FEBRER	MARÇ	ABRIL	MAIG	JUNY
Elecció del tema i justificació								
Presentació del disseny								
Resum estructurat, justificació i objectius								
Marc teòric i metodologia : recerca de bibliografia actual, criteris d'elegibilitat i exclusió, fonts d'informació, estratègia de búsqueda, procés de selecció i extracció de dades, síntesis i diagrama de flux PRSIMA.								
Resultats: selecció d'estudis, característiques, resultats dels estudis i la síntesis.								
Discussió i conclusions: interpretació, limitacions, implicaciones i línies futures.								
Lliurament de l'esborrany								
Realització i entrega del treball								
Presentació i defensa								

Data aproximada d'entrega final: 7 de juny

8. Bibliografia

1. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. El delirium es prevenible en un 30-40% de los casos [Internet]. 2022 [citad 15 gener 2024]. Disponible a: <https://www.segg.es/actualidad-segg/2022/03/14/dia-mundial-del-delirium-2022>
2. Ministerio de Sanidad. Guia de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. 2021 [citad 15 gener 2024]; Disponible a: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/09/gpc_612_atencion_paliativa_avalat_compl.pdf
3. Alonso Ganuza Z, González-Torres MÁ, Gaviria M. El Delirium: Una revisión orientada a la práctica clínica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [Internet]. juny 2012 [citad 3 febrer 2024];32(114):247-59. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Guia d'abordatge del delírium [Internet]. 2022 [citad 22 desembre 2023]. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/ambits-estrategics/atencio-sociosanitaria/docs/guia-abordatge-delirium.pdf
5. Gutiérrez Rodríguez J, Sáenz de Santa María Benedet L, García Ronderos R, Ordoñez Estébanez G, Garía Rodríguez M, Solano Jaurrieta JJ. Delirium en una unidad de cuidados paliativos: incidencia y factores de riesgo asociados. Medicina Paliativa [Internet]. 2020 [citad 20 gener 2024]; Disponible a: https://www.medicinapaliativa.es/Ficheros/316/3/06.%20OR_Saenz.pdf
6. Tobar E, Alvarez E. Delirium en el adulto mayor hospitalizado. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 1 gener 2020 [citad 14 gener 2024];31(1):28-35. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-delirium-en-el-adulto-mayor-S0716864019301142>
7. Organización Panamericana de la Salud. Guías para el manejo clínico [Internet]. 2016 [citad 11 gener 2024]. Disponible a: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2016/12/manejoclinico.pdf>
8. Fuentes C, Schonffeldt M, Rojas O, de Los Ángeles Briganti M, Droguett M, Muñoz E, et al. Delirium en el paciente oncológico. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 1 novembre 2017 [citad 1 febrer 2024];28(6):855-65. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-delirium-en-el-paciente-oncologico-S071686401730144X>

9. Bento AFG, Sousa PP. Delirium in adult patients in intensive care: nursing interventions. *British Journal of Nursing* [Internet]. 13 maig 2021 [citat 19 gener 2024];30(9):534-8. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33983821/>
10. Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. ¿Qué es el Delirium? 2020 [citat 4 gener 2024]; Disponible a: <https://www.segg.es/media/descargas/delirium/Triptico-delirium-hospitalizados-para-familiares-y-cuidadores.pdf>
11. MayoClinic. Síntomas y causas del delirio [Internet]. 2022 [citat 14 febrer 2024]. Disponible a: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/delirium/symptoms-causes/syc-20371386>
12. Díaz J, Castrillón A, Cardeño C, Franco JG. Herramientas disponibles en español para la valoración clínica del delirium. Revisión sistemática. *Rev Neurol* [Internet]. 2023 [citat 15 gener 2024];76(6):197. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10364065/>
13. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V [Internet]. 2014 [citat 30 gener 2024]. Disponible a: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
14. Ramón JL, Gallardo M. Delirium o síndrome confusional agudo. A propósito de un caso. [Internet]. 2015 [citat 12 febrer 2024]. Disponible a: <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/Del%C3%ADrium-o-sindrome-confusional-agudo>
15. Sánchez-Román S, Beltrán Zavala C, Lara Solares A, Chiquete E. Delírium en adultos que reciben cuidados paliativos: revisión de la literatura con un enfoque sistemático. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 1 gener 2014 [citat 15 gener 2024];7(1):48-58. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-delirium-adultos-que-reciben-cuidados-S188898911300061X>
16. Agar M. Delirium at the end of life. *Age Ageing* [Internet]. 1 maig 2020 [citat 10 gener 2024];49(3):337-40. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31925413/>
17. Instituto Nacional del Cáncer. NIH. 2023 [citat 23 febrer 2024]. Etapa final de la vida (PDQ®) - NCI. Disponible a: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/cuidadores/planificacion/etapa-final-pro-pdq#_180_toc
18. Finucane AM, Jones L, Leurent B, Sampson EL, Stone P, Tookman A, et al. Drug therapy for delirium in terminally ill adults. *Cochrane Database of Systematic*

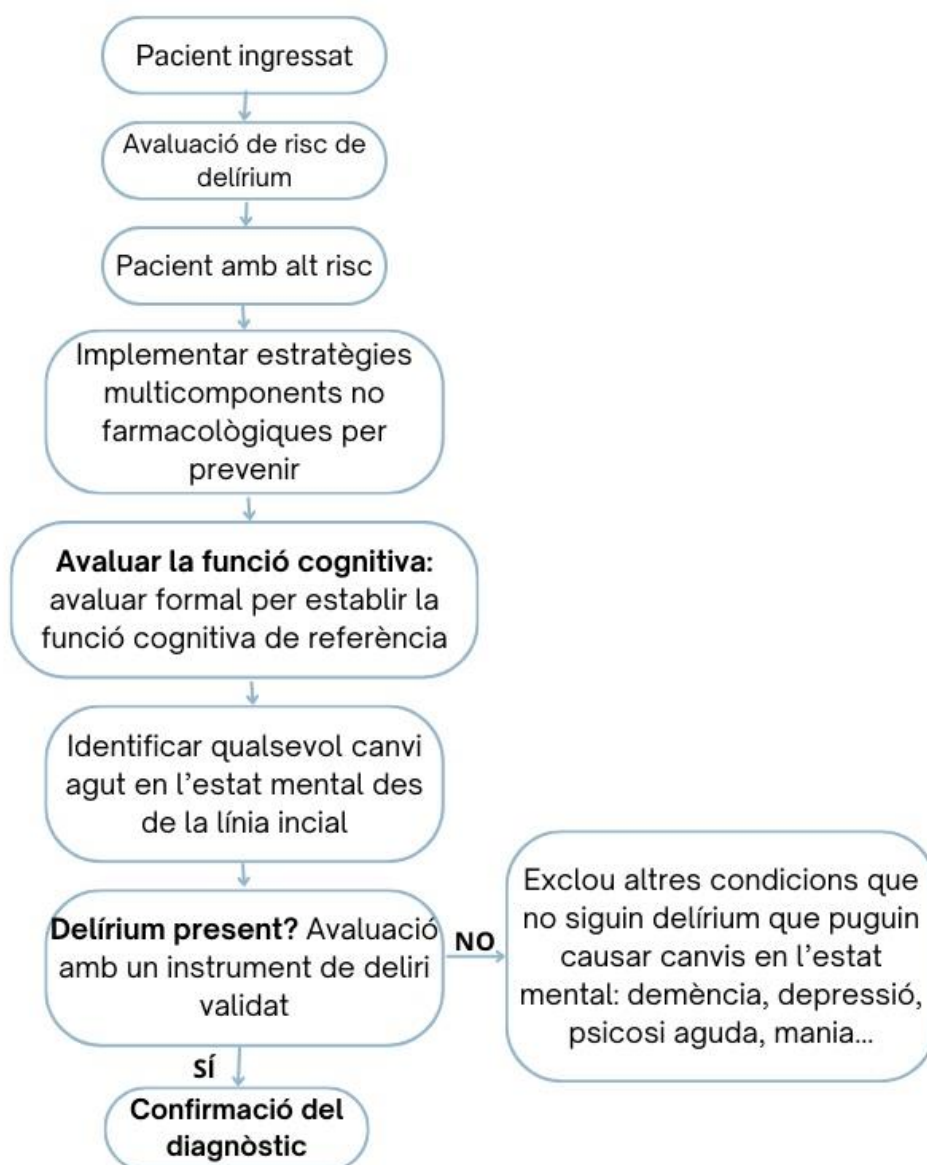
- Reviews [Internet]. 21 gener 2020 [citat 27 gener 2024];2020(1). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31960954/>
19. Jung MH, Park MH, Kim SJ, Ra JR. Delirium-Related Knowledge, Caregiving Performance, Stress Levels, and Mental Health of Family Caregivers of Terminal Cancer Patients with Delirium in a Hospice Care Unit. The Korean Journal of Hospice and Palliative Care [Internet]. 1 juny 2021 [citat 19 febrer 2024];24(2):116-29. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10180047/>
 20. Soler-Sanchis A, Martínez-Arnau FM, Sánchez-Frutos J, Pérez-Ros P. Identification through the Manchester Triage System of the older population at risk of delirium: A case–control study. J Clin Nurs [Internet]. 12 juny 2023 [citat 5 març 2024];32(11-12):2642-51. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35560853/>
 21. Ayala R, Ponce Gómez G, Carmona Mejía B. Necesidades de cuidados paliativos en el Paciente Crónico Degenerativo Complejo. Enfermería global: revista electrónica trimestral de enfermería, ISSN-e 1695-6141, Vol 22, N° 1, 2023 (Ejemplar dedicado a: #69 Enero), págs 167-192 [Internet]. 2023 [citat 30 gener 2024];22(1):167-92. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8860932>
 22. Lin L, Peng Y, Huang X, Li S, Chen L, Lin Y. A family intervention to prevent postoperative delirium in patients undergoing cardiac valve surgery: A randomized controlled study. Heart & Lung [Internet]. gener 2024 [citat 5 febrer 2024];63:1-8. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37714079/>
 23. Harris C, Spiller J, Finucane A. Managing delirium in terminally ill patients: perspective of palliative care nurse specialists. Br J Community Nurs [Internet]. 2 juliol 2020 [citat 21 gener 2024];25(7):346-52. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32614673/>
 24. National Institute for Health and Care Excellence. Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care. 2023 [citat 17 gener 2024]; Disponible a: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/resources/delirium-prevention-diagnosis-and-management-in-hospital-and-longterm-care-pdf-35109327290821>
 25. van der Vorst MJDL, Neefjes ECW, Boddaert MSA, Verdegaal BATT, Beeker A, Teunissen SCC, et al. Olanzapine Versus Haloperidol for Treatment of Delirium in Patients with Advanced Cancer: A Phase III Randomized Clinical Trial.

- Oncologist [Internet]. 1 març 2020 [citat 8 març 2024];25(3):e570-7. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7066704/>
26. Moreno MIM, Cabrera IH, Ruiz SIS, Moreno REM. Sedación paliativa en la agonía realizada por un servicio de urgencias de Atención Primaria a nivel domiciliario. Estudio observacional retrospectivo. Medicina Paliativa [Internet]. 2022 [citat 11 març 2024];29(1):19-28. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8431534>
27. Acedo Claro Bárbara Rodríguez Martín C, Toledo R. Sedación paliativa [Internet]. Vol. 14. 2021 [citat 17 març 2024]. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-695X2021000200009
28. Benítez-Rosario MA, Ascanio-León B. Palliative sedation: beliefs and decision-making among Spanish palliative care physicians. Supportive Care in Cancer [Internet]. 21 juny 2020 [citat 15 febrer 2024];28(6):2651-8. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31637516/>
29. Prado BL, Gomes DBD, Usón Júnior PLS, Taranto P, França MS, Eiger D, et al. Continuous palliative sedation for patients with advanced cancer at a tertiary care cancer center. BMC Palliat Care [Internet]. 2018 [citat 12 març 2024];17(1). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29301574/>
30. Gómez Tovar LO, Henao-Castaño M, Troche-Gutiérrez IY. Prevenir y tratar delirium en cuidados intensivos: hermenéutica de las vivencias del equipo de enfermería. Enferm Intensiva [Internet]. 1 juliol 2022 [citat 24 gener 2024];33(3):113-25. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S113023992100081X>
31. Bush SH, Skinner E, Lawlor PG, Dhuper M, Grassau PA, Pereira JL, et al. Adaptation, implementation, and mixed methods evaluation of an interprofessional modular clinical practice guideline for delirium management on an inpatient palliative care unit. BMC Palliat Care [Internet]. 16 desembre 2022 [citat 26 gener 2024];21(1):128. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35841014/>
32. Fajardo E, Gómez LO, Henao-Castaño AM. Sospecha de delirium y posibles factores relacionados en el adulto mayor hospitalizado. Avances en Enfermería [Internet]. 2022 [citat 16 gener 2024];40(3):1-13. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8751053>

9. Annexos

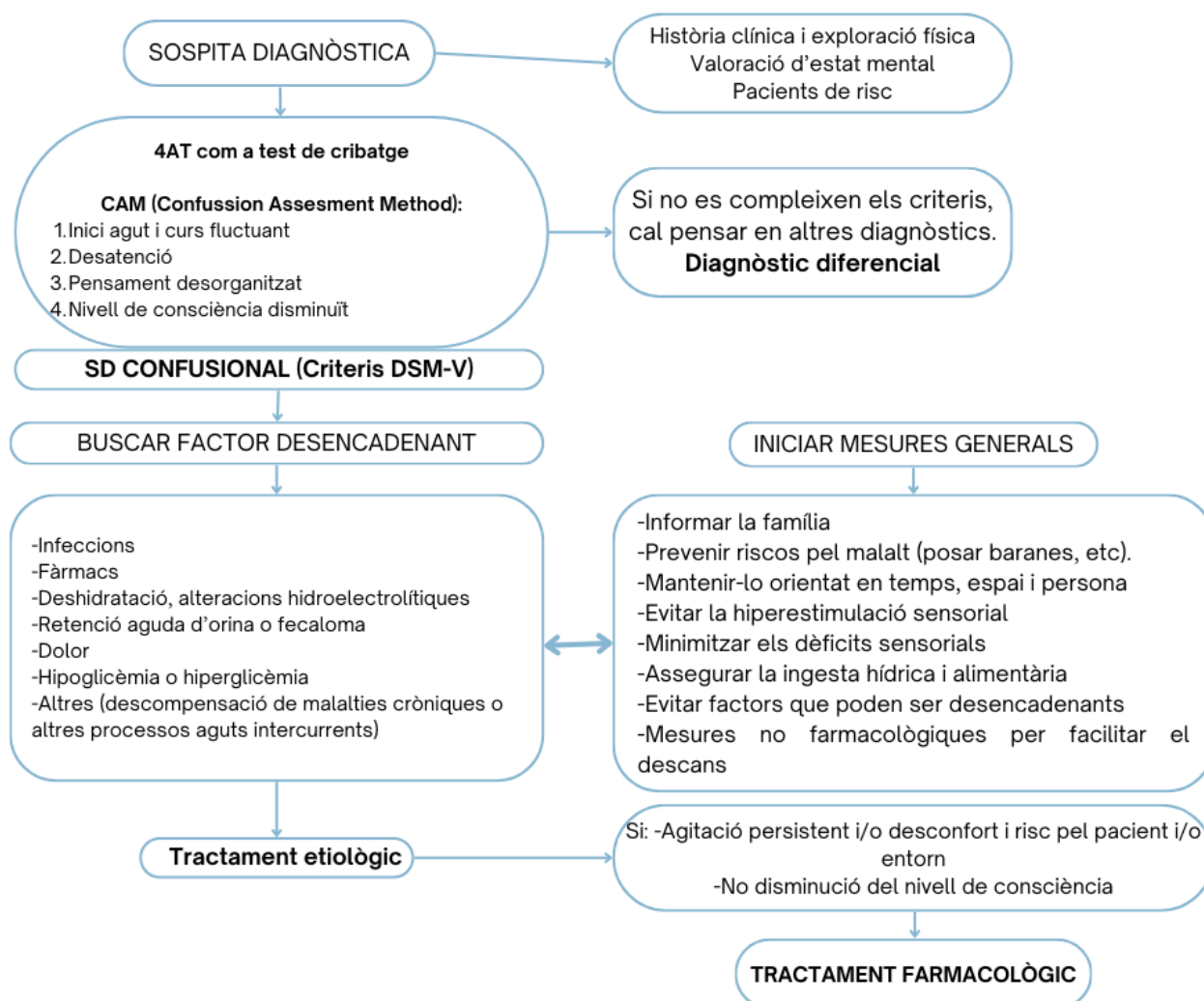
Annex 1

Elaboració pròpia. Algoritme de prevenció i detecció del delírium (4).



Annex 2

Elaboració pròpia. Algoritme d'origen del tractament del delírium (4).



Annex 3

Elaboració pròpia. Algoritme tractament del delírium (4).

