

Leire Iso Muguruza

**VALORACIÓN ENFERMERA DEL CUADRO DE DELIRIUM EN PACIENTES DE
EDAD AVANZADA. REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Dra. Silvia Reverté-Villarroya

Facultad de Enfermería



**FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili**

TORTOSA 2022

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer a mis padres, Jorge y Elena, su apoyo durante toda la carrera y, en especial, en la elaboración de esta investigación. Son mi guía y referentes en cada decisión que voy tomando en mi vida.

A mi hermano, por ser mi refugio, al que espero servir de fuente de inspiración cuando le llegue el mismo reto.

Por supuesto, a mis siete amigas Tortosinas, aunque ninguna de ellas sea de Tortosa, pero es dónde la llamada de la vocación nos ha unido. A mi cuadrilla oscense, que me han acompañado durante este arduo trabajo y, cómo no, a mis queridas amigas de siempre por su incesante ánimo y arropo.

Por último, un agradecimiento especial a mi tutora, la doctora Silvia Reverté-Villarroya, quién me ha orientado, pero, sobre todo, instruido en el campo de la investigación, por su paciencia y por ser tan atenta con todas mis dudas.

A todos y todas, gracias de corazón.

Leire Iso Muguruza.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
PALABRAS CLAVE	2
INTRODUCCIÓN.....	3
MARCO CONCEPTUAL	5
Denominaciones del delirium	5
Concepto de delirium	5
Población de estudio	7
Perfiles del paciente anciano	7
El delirium dentro de los síndromes geriátricos.....	8
Diagnóstico del cuadro.....	9
Causas que desencadenan el delirium: factores de riesgo y de exposición	9
Tipología del delirium.....	11
Clínica e instrumentos para el diagnóstico.....	12
Diagnóstico diferencial.....	14
PREGUNTA PICO	15
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	15
Objetivo general	15
Objetivos específicos	15
METODOLOGÍA.....	16
RESULTADOS	18
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	25
Características de los pacientes con riesgo de desarrollar el cuadro	26
Características sociodemográficas	26
Características clínicas	27
Características de comorbilidad.....	29
La detección precoz de enfermería en el manejo del paciente de edad avanzada ..	29
Presencia asociada de demencia al cuadro de delirium	32
CONCLUSIONES	33
LIMITACIONES	34
APLICABILIDAD PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN	34
BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXOS.....	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tipología de ancianos: perfiles clínicos geriátricos.....	8
Tabla 2 Factores predisponentes y precipitantes.	10
Tabla 3 Diagnóstico diferencial del SCA.	14
Tabla 4 Descriptores MeSH y DECS empleados.	17
Tabla 5 Estrategia de búsqueda.	17
Tabla 6 Resultados de las características sociodemográficas, clínicas y de comorbilidad de los pacientes; la detección precoz llevada a cabo y la presencia de demencia asociada al cuadro.....	19
Tabla 7 Criterios de calidad CASPe.....	22
Tabla 8 Impacto de la evaluación enfermera sobre la prevalencia del cuadro y la duración de la estancia.	24
Tabla 9 Características sociodemográficas comunes presentadas.....	26
Tabla 10 Comorbilidades asociadas.....	28
Tabla 11 Instrumentos de evaluación para la detección del delirio.....	29
Tabla 12 Escalas de evaluación de la gravedad del delirio.....	30
Tabla 13 Otras escalas empleadas en el proceso de diagnóstico.....	30

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica según formato PRISMA.....	18
Figura 2 Resultados de la incidencia del delirio.....	25
Figura 3 Necesidades alteradas e indicadores clínicos frecuentes.....	27
Figura 4 Pacientes diagnosticados con demencia previa.....	32

RESUMEN

Objetivo: Determinar la evaluación enfermera en el manejo del cuadro de Delirium en pacientes de edad avanzada. Mediante la revisión de la literatura, se identificaron las características sociodemográficas, clínicas y de comorbilidad que presentan los pacientes con cuadro de delirium; se describió el proceso de detección precoz llevado a cabo por parte de enfermería, y se estudió la presencia de demencia asociada al cuadro.

Metodología y resultados: Se ha realizado una revisión sistemática con un total de 11 artículos cuantitativos y cualitativos extraídos de las bases de datos Pubmed, Cinahl, y Scopus. Para poder acceder a dichas bases se ha utilizado el servicio de acceso a la biblioteca digital de la Universidad Rovira y Virgili (SABIDI), y se han aplicado los siguientes criterios de selección: artículos publicados en los últimos diez años (2012-2022), en lengua española e inglesa, con acceso completo mediante SABIDI, la muestra corresponde a pacientes de edad avanzada y el abordaje sea multidisciplinar y no solo las propias de enfermería; mientras que, se han excluido las revisiones bibliográficas, metaanálisis, estudios veterinarios, editoriales, casos únicos y opiniones de expertos, además de aquellos que no guardan relación con el tema de estudio.

Conclusión: La valoración enfermera respecto al delirio en adultos mayores (>80 años) disminuye su incidencia, prevalencia y gravedad, reduciendo el impacto sobre la calidad de vida del paciente y favoreciendo una estancia más corta en el hospital al permitir planificar un plan de cuidados específico.

ABSTRACT

Objective: To determine the nursing evaluation in the management of Delirium in elderly patients. Through the review of the literature, the sociodemographic, clinical and comorbidity characteristics presented by patients with delirium were identified; the early detection process carried out by nursing was described, and the presence of dementia associated with the condition was studied.

Methodology and results: A systematic review has been carried out with a total of 11 quantitative and qualitative articles extracted from the Pubmed, Cinahl, and Scopus databases. In order to access these databases, the access service to the digital library of the Rovira and Virgili University (SABIDI) has been used, and the following selection criteria have been applied: articles published in the last ten years (2012-2022), in Spanish and English, with full access through SABIDI, the sample corresponds to elderly patients and the approach is multidisciplinary and not just those of nursing; while, bibliographic reviews, meta-analyses, veterinary studies, editorials, unique cases and expert opinions have been excluded, in addition to those that are not related to the subject of study.

Conclusion: Nursing assessment of delirium in older adults (>80 years) decreases its incidence, prevalence, and severity, reducing the impact on the patient's quality of life and favouring a shorter hospital stay by allowing planning a specific care plan.

PALABRAS CLAVE

“Delirio”, “anciano”, “evaluación de enfermería” y “demencia”.

INTRODUCCIÓN

En España actualmente residen 47.326.687 personas, de las cuales el 19,6% componen el grupo de edad de 65 años y más (*INEbase*, 2021). Según datos proporcionados por el Instituto Nacional de España (INE), se estima que la población anciana pasará a constituir el 31,4% en 2050 (Instituto Nacional de Estadística, 2020). Desde 2018, de un total de 40.563.057 estancias hospitalarias 23.474.841 corresponden a la población mayor; esto se traduce en un 57,9% y es un porcentaje que sigue en aumento (Pérez Díaz et al., 2020).

Los cambios sociodemográficos de las últimas décadas han aportado un fenómeno biopsicosocial único: la longevidad. Aunque pueda considerarse un avance de la evolución humana, el cambio en la tipología o perfil de los ancianos, marcada por una tendencia progresiva de enfermedades neurodegenerativas y problemas de autonomía e independencia en las actividades de la vida diaria (ABVD), han propiciado al aumento de la demanda de los recursos sanitarios. La creación de centros residenciales para personas mayores y el incremento de ingresos hospitalarios reflejan la mayor incidencia de los síndromes geriátricos como consecuencia de otro nuevo fenómeno: la institucionalización (Imaginário, Cristina; Machado, Paulo; Antunes, Cristina; Martins, 2018).

El delirium o Síndrome Confusional Agudo (SCA) es considerado uno de los grandes síndromes geriátricos cuya prevalencia alcanza hasta un 20-50% en los ancianos hospitalizados por enfermedad aguda, un 33-48% por intervenciones quirúrgicas (mayoritariamente fracturas de cadera), un 11,7% institucionalizados en residencias y hasta el 80% en UCI respectivamente (Chu et al., 2021; Gutiérrez Rodríguez et al., 2013). Está comprobado que la incidencia aumenta con la edad, siendo más notorio a partir de los 75-80 años y que, por el mero hecho de desarrollar el cuadro, la estancia hospitalaria se alarga. Según demuestra un estudio epidemiológico realizado por el equipo médico de la UCI del Hospital Universitario Fundación Favaloro de Buenos Aires, los pacientes con Delirium presentaron una estancia en la unidad de 11 días frente a los 2 días en aquellos que no lo padecían (Olmos et al., 2019).

Por lo tanto, la manifestación del delirium en este sector de la población se asocia a un mal pronóstico y se relaciona con un mayor índice de morbimortalidad; un alargamiento de la estancia hospitalaria, lo que conlleva al incremento de los costes; deterioro de la capacidad cognitiva; riesgo de desarrollar demencia; institucionalización y, en definitiva, una peor calidad de vida (Oh et al., 2018).

Diversos estudios afirman que, en la mayoría de los casos, mediante un diagnóstico precoz de los factores de riesgo pueden evitarse numerosas complicaciones y optimizar su manejo, evitando en la medida de lo posible, el uso desmesurado del tratamiento farmacológico (Villanueva Mena, Andrea; Abad, Ana Mateo; Bravo Adán, Rocío; Negrodo Rojo, Eva; Bellés Aranda, Miriam; Sangüesa Lacruz, 2021). La educación del personal y su sensibilización sobre el tema han demostrado su eficacia y la mejora en la calidad del cuidado (Krogseth et al., 2011).

Los efectos negativos producidos por este cuadro son de gran relevancia y, a pesar de tratarse de una urgencia médica, a menudo se infravalora el impacto biopsicosocial y económico que produce en el paciente y en su entorno. De hecho, el 50% de los casos pueden ser no detectados apropiadamente en la práctica clínica, lo que supone que no quede constancia a nivel administrativo y, por consiguiente, no se refleje la magnitud real del problema (Carrera Castro, 2012).

Así pues, el objetivo principal de la presente revisión sistemática es determinar la evaluación enfermera en el manejo del cuadro de Delirium en pacientes de edad avanzada. Mediante la revisión de la literatura, se identificarán las características sociodemográficas, clínicas y de comorbilidad que presentan los pacientes con cuadro de delirium; se describirá el proceso de detección precoz llevado a cabo por parte de enfermería, y se estudiará la presencia de demencia asociada al cuadro.

MARCO CONCEPTUAL

Denominaciones del delirium

El término de Delirium proviene del latín *delirare* que significa estar fuera de su surco o del carril. Se le atribuyen alrededor de 30 denominaciones diferentes como: estado mental alterado, encefalopatía metabólica tóxica, etc. Las más extendidas en la literatura médica son Síndrome Confusional Agudo (SCA) y Delirium, siendo esta última la más empleada y aceptada por consenso internacional (Díaz Bogado & Delgado, 2018).

Concepto de delirium

Los criterios diagnósticos del delirium se recogen detalladamente en múltiples clasificaciones, aunque las que más reconocimiento obtienen son las que expone el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), y la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades).

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría, establece el Delirium como la suma de los siguientes criterios (Diagn, 2014):

- A. Alteración de la **atención** (es decir, capacidad reducida para dirigir, enfocar, mantener y cambiar la atención) y la **conciencia** (capacidad de contacto con el medio).
- B. La alteración se desarrolla en un **período corto de tiempo** (generalmente de horas a unos pocos días), representa un **cambio agudo** de la atención y la conciencia iniciales, y tiende a **fluctuar en severidad** durante el transcurso de un día.
- C. Una alteración adicional en la **cognición** (por ejemplo, déficit de memoria, desorientación, lenguaje, capacidad visuoespacial o percepción).
- D. Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por un trastorno neurocognitivo preexistente, establecido o en evolución y no ocurren en el contexto de un nivel de excitación gravemente reducido, como el coma.
- E. Existe evidencia del historial clínico, examen físico o hallazgos de laboratorio de que la alteración es una **consecuencia fisiológica directa de otra condición médica, intoxicación o abstinencia de sustancias** (es decir, debido a una droga de abuso o medicamento) **o exposición a una toxina, o se debe a múltiples etiologías.**

Según el manual DSM-V, se considera delirium cuando se reúnen los criterios A y B más alguno, o ambos, de los restantes (C o E). Asimismo, el diagnóstico se establece con la presencia del cuadro (identificación del delirium) y la averiguación de la causa subyacente (Carrera Castro, 2012).

Los criterios mencionados anteriormente son modificaciones de los descritos en el manual anterior DSM-IV-TR en 1994 (los primeros criterios diagnósticos se publicaron en el DSM III en 1980). Sin presentar grandes cambios, no obstante, se intercambia en el ítem A el término conciencia por el de atención, característica más importante del trastorno y, además se incluye un nuevo ítem sobre el diagnóstico diferencial con otros trastornos neurocognitivos como la demencia, el Alzheimer o con un estado de estimulación sumamente disminuido (Boustani et al., 2014). Sin embargo, la versión en español del DSM-V traduce el término de “awareness” como conciencia, dando lugar a la confusión al ser éste un concepto muy amplio y complejo, por lo que puede dificultar la toma de decisiones terapéuticas (Dsm- et al., 2016). Esta última edición ha suscitado polémica a nivel internacional, ya que se considera que el umbral diagnóstico de algunos ítems se ha disminuido de tal manera que pueden dar como resultado falsos positivos y, contribuir en la sobremedicación de los pacientes. Por tanto, muchos profesionales sanitarios optan por seguir las pautas de las versiones anteriores del manual o la clasificación CIE-10 (ver anexo 1).

La **Undécima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la OMS** define el Delirium como una “alteración de la atención, la orientación y la conciencia que se desarrolla en un corto período de tiempo, con síntomas transitorios que pueden fluctuar dependiendo de la condición causal o etiología subyacente. El delirio a menudo incluye alteraciones del comportamiento y las emociones, y puede incluir deterioro en múltiples dominios cognitivos. También puede estar presente una alteración del ciclo sueño-vigilia, incluida la reducción de la activación del inicio agudo o la pérdida total del sueño con reversión del ciclo sueño-vigilia. El delirio puede ser causado por los efectos fisiológicos directos de una afección médica no clasificada como trastornos mentales, del comportamiento o del desarrollo neurológico, o de una sustancia o medicamento, incluida la abstinencia, o por factores etiológicos múltiples o desconocidos.” (OMS, 2021).

Población de estudio

Perfiles del paciente anciano

El SCA puede manifestarse a cualquier edad, pero es más frecuente entre los adultos mayores. Cuando aparece en personas más jóvenes, la causa se debe normalmente al consumo de drogas o a un trastorno sistémico que ponga en peligro sus vidas (Huang, 2019).

Desde la década de los 90, las personas mayores suponen todo un reto para la salud pública en los países desarrollados. Es una preocupación declarada el auge de los trastornos cognitivos derivados del aumento de la población anciana y, como consecuencia de ello, la demanda progresiva de la neurofarmacología y sus respectivas investigaciones.

Las personas de edad avanzada no son una población homogénea y constituyen perfiles diferentes que se caracterizan de acuerdo con el grado de dependencia, tanto en las actividades de la vida diaria (ABVD) como en las instrumentales (AIVD), comportamiento ante la enfermedad y la probabilidad de desarrollar síndromes geriátricos. El mayor consenso respecto a la tipología de ancianos diferencia los siguientes perfiles: anciano sano, anciano enfermo, anciano frágil y paciente geriátrico. Éste último destaca por su edad avanzada, comorbilidad asociada, dependencia en las ABVD y AIVD, polimedicación y una reserva funcional disminuida (Robles,J; Miralles, R; Llorach, 2010).

Sin embargo, es cierto que un anciano sano, independiente en las ABVD, puede sufrir una caída accidental y no por ser menos vulnerable que un anciano frágil o geriátrico le exime de desarrollar SCA; precisamente, por el mero hecho de ser anciano y tener una reserva funcional y cerebral más deteriorada, ya le predispone a padecer este síndrome tan común y antiguo (Marcantonio, 2017).

Tabla 1: Tipología de ancianos: perfiles clínicos geriátricos.





	ANCIANO SANO	ANCIANO ENFERMO	ANCIANO FRÁGIL	PACIENTE GERIÁTRICO
				
CONCEPTO	Edad avanzada y ausencia de enfermedad objetivable.	Anciano sano que padece una única enfermedad aguda.	Edad avanzada y alguna enfermedad u otra condición que se mantiene compensada o que está en equilibrio con el entorno (alto riesgo de descompensarse o volverse dependiente)	Edad avanzada y alguna/s enfermedad/es crónica/s que provocan dependencia, suele acompañarse de alteración mental y/o de problema social.
ABVD*	Independiente (para todas).	Pacientes que acuden a consultas o ingresan en hospitales por un proceso único, sin presentar otras patologías importantes ni problemas mentales ni sociales.	Independiente (para todas).	Dependiente (para 1≤).
AIVD**	Independiente (para todas).		Dependiente (para 1≤).	Dependiente (para 1≤).
COMPORTAMIENTO ANTE LA ENFERMEDAD	Baja tendencia a la dependencia.		Alta tendencia a la dependencia.	Tendencia a mayor progresión de la dependencia.
PROBABILIDAD DE DESARROLLAR SÍNDROMES GERIÁTRICOS	Baja.		Alta.	Muy alta.
*Se corresponde con comer, higiene, vestirse, uso del WC, continencia y movilidad. Evaluadas mediante índice de Barthel u otras similares. **Se corresponde con comprar, cocinar, lavar ropa, limpieza del hogar, usar teléfono, usar dinero, usar transporte público y tomarse la medicación. Evaluadas mediante el índice de Lawton y Brody u otras similares (Katz, escala de incapacidad de la cruz roja).				

Tabla de elaboración propia a partir de (Robles,J; Miralles, R; Llorach, 2010).

El delirium dentro de los síndromes geriátricos

El término de síndrome geriátrico surgió por primera vez a finales de los años 60. En aquella época hacía referencia a las particularidades que mostraban los pacientes ingresados en unidades de Geriatria frente al resto de servicios. Hoy en día, la idea de este concepto se ha extendido a todos los ámbitos del paciente anciano en los que hagan aparición un conjunto de cuadros, derivados de la mezcla de una serie de patologías que alcanzan una gran prevalencia y que conllevan a su incapacitación funcional y social (GÓMEZ AYALA, 2005).

El delirium forma parte de los grandes síndromes geriátricos, o también llamados, las “fes” de la geriatría: Inmovilidad, Integridad piel (úlceras por presión), Inteligencia alterada (demencia y **delirium**), Introversión (depresión), Inestabilidad (caídas y trastornos de la marcha), Inanición (desnutrición), Incontinencia, Iatrogenia (polifarmacia), Impactación fecal (constipación), Inmunodeficiencia (infecciones), Insuficiencia sensorial (deterioro vista/oído), Indigencia (falta de recursos) e Infausto (situación de enfermedad terminal) (Cristofori et al., 2020).

Además, el SCA es un cuadro muy definido dentro del deterioro cognitivo, considerado como uno de los cuatro grandes síndromes geriátricos. Los trastornos cognitivos causan una gran dependencia en este tipo de población y, por lo general, aparecen solapados

con otras patologías orgánicas o sobrepuestas a cuadros clínicos (García López & Rojas Ocaña, 2017).

La calidad de vida se entiende como el bienestar físico, psíquico y social, íntimamente ligados a la independencia de desempeñar tanto ABVD como AIVD. Por consiguiente, la valoración de la calidad de vida está condicionada por el grado de independencia y la vulnerabilidad que los adultos mayores presenten ante los diversos síndromes geriátricos (Imaginário, Cristina; Machado, Paulo; Antunes, Cristina; Martins, 2018).

Diagnóstico del cuadro

Causas que desencadenan el delirium: factores de riesgo y de exposición

La fisiopatología del delirium hoy día sigue siendo poco conocida. Al principio, se creía que era provocado por una única causa, no obstante, se ha comprobado que la naturaleza del cuadro es multifactorial y compleja. La multicausalidad del síndrome se basa, según el modelo más aceptado, en el deterioro de la reserva cerebral (RC) que padecen los usuarios junto con el envejecimiento fisiológico. Se denomina reserva cerebral a la capacidad del sistema nervioso central (SNC) de responder de manera flexible a las agresiones. Por ende, la edad avanzada propicia la pérdida de conexiones interneuronales y la disminución del flujo sanguíneo cerebral. La función de los neurotransmisores, la inflamación y el estrés agudo y crónico pueden ocasionar un déficit de acetilcolina y un exceso de dopamina y citoquinas, por lo que, no es recomendable abusar de la administración de fármacos anticolinérgicos y dopaminérgicos en pacientes de edad avanzada (Pérez, Yanay; Turro Mesa, Lucía Nivia; Mesa Valiente, Rita; Turro Caró, 2018; Trapero JL. & Gallardo M., 2015).

Por ejemplo, una insuficiencia renal o hepática de la que no se tenga constancia, puede dar pie a una intoxicación por medicación y, en consecuencia, producir una alteración metabólica y disminuir la eliminación de un fármaco previamente bien tolerado. Asimismo, la exposición prolongada a la anestesia y, la administración de fármacos colinérgicos durante la cirugía (p ej.: el uso de la Neostigmina revierte los efectos de los relajantes musculares), aumentan el riesgo del DPO. El uso posterior de analgésicos opiáceos para el control del dolor contribuye también en su aparición (Merck and Co., Inc., Kenilworth, NJ, 2021) (véase anexo 2).

Para que se manifieste el delirio deben confluir tanto factores predisponentes (aquellos factores intrínsecos sobre los que no se puede actuar y aumentan la vulnerabilidad del paciente) como precipitantes (Bilotta et al., 2013; García López & Rojas Ocaña, 2017). Dada la urgencia médica que supone el desarrollo del cuadro por su impacto sobre la

mortalidad intrahospitalaria, es imprescindible la detección precoz de éstos para poder tratarlos de manera temprana e integral.

Tabla 2 Factores predisponentes y precipitantes.

FACTORES PREDISPONETES O INTRÍNSECOS	FACTORES PRECIPITANTES O DESENCADENANTES
<p>Características demográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Edad avanzada (≥ 65 años) ➤ Sexo masculino <p>Comorbilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Antecedente de ACV ➤ Enfermedad crónica renal o hepática ➤ Trastornos metabólicos. ➤ Traumatismos (p.ej: fractura de cadera) ➤ Diversos trastornos coexistentes ➤ Intervenciones quirúrgicas recientes ➤ Enfermedad terminal ➤ VIH positivo ➤ Abuso de alcohol <p>Estado cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Deterioro cognitivo ➤ Demencia ➤ Parkinson ➤ Episodios de Delirium previos <p>Estado funcional</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dependencia funcional ➤ Síndrome de inmovilidad ➤ Historia de caídas <p>Deterioro sensorial</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Deterioro visual ➤ Deterioro auditivo <p>Trastornos del ánimo</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Depresión ➤ Ansiedad 	<p>Factores mecánicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Retención urinaria ➤ Impactación fecal ➤ Trastornos en la ingesta (deshidratación y desnutrición) ➤ Infecciones ➤ Shock ➤ Hipoxia ➤ Dolor ➤ Anemia ➤ Fiebre <p>Factores ambientales</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ruido ➤ Hospitalización ➤ Ingreso en UCI ➤ Estrés emocional ➤ Alteración o privación del sueño <p>Factores iatrogénicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Uso de fármacos (3 ≤ fármacos nuevos): benzodiazepinas, anticolinérgicos, broncodilatadores, anticonvulsivos, fármacos cardiovasculares, AINEs, etc. ➤ Polimedicación ➤ Utilización de catéteres vesicales ➤ Intervenciones quirúrgicas recientes ➤ Deprivación de drogas, fármacos o alcohol

Tabla de elaboración propia a partir de (Villanueva Mena, Andrea; Abad, Ana Mateo; Bravo Adán, Rocío; Negro Rojo, Eva; Bellés Aranda, Miriam; Sangüesa Lacruz, 2021).

Una reserva cerebral elevada protege frente al deterioro cognitivo, luego, cuanto más vulnerable sea el paciente o disponga de una RC más disminuida, más riesgo tendrá de que un factor precipitante desencadene un SCA. No obstante, cabe destacar que la hospitalización es un hecho que propicia la aparición de este síndrome geriátrico, ya que engloba todos los factores extrínsecos mencionados anteriormente.

Las rutinas y cuidados de enfermería sobre el paciente (vías venosas, toma de constantes por turno, administración de medicación en horas determinadas, sondajes...) podrían ser consideradas como un factor agravante o motivante en el desarrollo del cuadro. De hecho, diversos estudios han comprobado que el estrés biopsicosocial que padecen los ancianos durante los ingresos hospitalarios, sobre todo, tras ser intervenidos, incide directamente sobre la alteración cognitiva (Francisco Megías-Lizancos & María Dolores Serrano Parra, 2021). Por todo ello, existen programas dispuestos a disminuir la incidencia del SCA impulsados por enfermeras y dirigidos a la sociedad profesional y no profesional. Por ejemplo, el proyecto de investigación y campaña "SueñOn" del Instituto de Salud Carlos III, cuyo fin es promover el descanso de los pacientes hospitalizados y abordar la interrupción del sueño bajo el liderazgo de enfermería, contempla el manejo del Delirium como consecuencia de la perturbación del sueño (Abad et al., 2016) (véase anexo 3).

Tipología del delirium

Según la actividad psicomotora, el delirium se clasifica de la siguiente manera (Pappachan & Agrawal, 2019):

- Delirium **hipoactivo**: confusión, bajo nivel de conciencia, letargia, apatía. Es más complejo de detectar por pasar más desapercibido y confundirse con la demencia. Aproximadamente, el 20-25% del total del SCA pertenecen a este subtipo.
- Delirium **hiperactivo**: agitación psicomotriz (agresividad, confusión, alucinaciones, delirios...). Es más fácil de identificar que el cuadro hipoactivo y representa el 15-20% de los episodios.
- Delirium **mixto**: se presenta alternando las características anteriores. Suele ser el más frecuente (35-50%).
- Delirium **inclasificable**: es un subtipo propuesto por Lipowski. Constituyen la minoría de los casos y no muestran alteraciones motoras de las mencionadas anteriormente (Trapero JL. & Gallardo M., 2015).

A parte de los subtipos mencionados recientemente, otros como “subsindrómico” y “persistente” están siendo añadidos a la clasificación del síndrome, aunque no hagan aparición todavía en ninguna de las versiones del DSM ni de la CIE. El delirium subsindrómico presenta los mismos signos y síntomas que el SCA, pero sin llegar a cumplir los criterios estrictos ni con tanta intensidad y, con peor pronóstico que los que carecen de síntomas. Mientras que, el delirium persistente, se refiere a aquellos casos que mantienen todos o parte de los síntomas. Además, son dignos de mención otros subtipos denominados “perioperatorios” o al final de la vida (Pérez, Yanay; Turro Mesa, Lucía Nivia; Mesa Valiente, Rita; Turro Caró, 2018).

Clínica e instrumentos para el diagnóstico

El SCA es potencialmente reversible y, en muchos casos, prevenible. No detectarlo precozmente puede conducir a la pérdida de la independencia del paciente (García López & Rojas Ocaña, 2017). El diagnóstico se lleva a cabo mediante la anamnesis del paciente y su familia, la exploración física y, por supuesto, la observación de su conducta.

El objetivo de la anamnesis es recabar la mayor información posible para poder encontrar la causa etiológica. En ocasiones, la afectación cognitiva de los pacientes no permite obtener una entrevista muy fiable por lo que es imprescindible la aportación de los familiares y cuidadores. No obstante, se debe insistir en el inicio de los síntomas, en el seguimiento de la evolución, en la situación previa del paciente, en las patologías intercurrentes, cambios en el tratamiento y antecedentes de casos similares.

Tras la realización de la entrevista clínica se recomienda llevar a cabo la exploración física de las constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura y saturación de oxígeno) además de una exploración neurológica detallada, auscultación cardíaca y pulmonar, exploración abdominal, tacto rectal, valoración del nivel de hidratación y revisión de la integridad cutánea (Trapero JL. & Gallardo M., 2015).

En cuanto a la clínica, ésta se presenta por confusión témporo-espacial, que se agudiza en horas de la tarde y la noche, de ahí proviene la denominación de “síndrome del crepúsculo”. Además, los pacientes pueden manifestar inatención e incapacidad para concentrarse, perplejidad, delirio tipo persecutorio, lenguaje incoherente y lento, agitación psicomotriz, inquietud, lentitud, somnolencia, irritabilidad, agresividad, etc.

Por último y para confirmar finalmente el diagnóstico, se emplean las escalas de valoración cognitiva. En Atención Primaria (AP) se emplean el Miniexamen Cognoscitivo (MMT) o los tests cortos de atención. Sin embargo, la escala CAM (Confusion

Assessment Method), es el instrumento diagnóstico más extendido a nivel hospitalario con una sensibilidad del 94% y una especificidad del 89% y un tiempo de aplicación de 5 minutos respectivamente (grado de recomendación C). Esta escala fue creada en 1988, basada en los criterios diagnósticos del DSM-III, de manejo fácil y dirigida a aquellos profesionales no cualificados en este ámbito para que pudieran identificar el SCA de manera rápida y precisa. Mediante esta escala se valoran los cambios en el estado mental, el inicio agudo, el curso fluctuante, las alteraciones en la atención, el pensamiento desorganizado y las alteraciones del nivel de conciencia. Se requieren la presencia de los ítems 1, 2 más alguno de los otros dos para concretar el diagnóstico de Delirium (Pérez, Yanay; Turro Mesa, Lucía Nivia; Mesa Valiente, Rita; Turro Caró, 2018; Villanueva Mena, Andrea; Abad, Ana Mateo; Bravo Adán, Rocío; Negredo Rojo, Eva; Bellés Aranda, Miriam; Sangüesa Lacruz, 2021) (véase anexo 4).

Por otra parte, se puede recurrir al estudio de las siguientes pruebas complementarias para identificar la causa del cuadro: hemoquímica, laboratorio, ECG y Ecocardiograma, RX, Neuroimagen, TAC simple y contrastada, RM, TAC por emisión de positrones, etc. (Trapero JL. & Gallardo M., 2015).

La Unidad de Cuidados Intensivos posee su propia escala de valoración: CAM-UCI. La adaptación traducida al idioma español tiene buena concordancia con las características culturales de los países de habla hispana y resulta ser eficaz según un reciente estudio (Tobar et al., 2010).

Diagnóstico diferencial

Es importante tener clara la etiología del cuadro para poder detectarla y distinguirla de otros trastornos comunes como la demencia, la depresión, la ansiedad y la psicosis, ya que éstas pueden ocasionar síntomas semejantes a las del SCA.

Tabla 3 Diagnóstico diferencial del SCA.

	Delirium	Demencia	Psicosis	Depresión
Instauración	Agudo	Insidioso	Agudo	Subagudo
Curso diario	Fluctuante	Estable	Estable	Estable
Conciencia	Alterado	Conservado	Conservado	Conservado
Orientación	Alterado	Alterado	Conservado	Conservado
Memoria	Disminuido	Disminuido	Conservado	Conservado
Atención	Muy alterado	Conservado/ parcialmente alterado	Conservado/ parcialmente alterado	Ligeramente conservado
Delirio	Habituales	Escasos	Habituales	Muy escasos
Actividad psicomotriz	Retardada, agitada o mixta	Normal	Normal	Normal

Tabla de elaboración propia a partir de (Trapero JL. & Gallardo M., 2015).

PREGUNTA PICO

¿Realizar una valoración enfermera del cuadro de delirium en pacientes de edad avanzada mejora su manejo?

Tema: Delirium en pacientes de edad avanzada

P: Pacientes de edad avanzada

I: Detección precoz de enfermería del cuadro de Delirium

C: No aplica

O: Mejora del manejo del cuadro de delirium

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Objetivo general

Determinar la evaluación enfermera en el manejo del cuadro de Delirium en pacientes de edad avanzada.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas, clínicas y de comorbilidad del paciente de edad avanzada que presenta un cuadro de delirium.
2. Describir la detección precoz de enfermería en el manejo del paciente de edad avanzada.
3. Estudiar la presencia de la demencia asociada al cuadro de delirium en pacientes de edad avanzada.

METODOLOGÍA

El presente trabajo pretende hallar las respuestas de los objetivos planteados mediante la revisión sistemática de la literatura más reciente. Con el fin de determinar la evaluación enfermera en el manejo del cuadro de delirium en pacientes de edad avanzada, describir las características sociodemográficas, clínicas y de comorbilidad, así como la detección precoz y la presencia de la demencia asociada al cuadro de delirium, se han utilizado las bases de datos Pubmed, Cinahl, y Scopus. Para poder acceder a dichas bases se ha utilizado el servicio de acceso a la biblioteca digital de la Universidad Rovira y Virgili (SABIDI).

Se han aplicado los siguientes filtros en cada una de las bases de datos con tal de optimizar la búsqueda:

Criterios de inclusión

- Artículos publicados en los últimos diez años (2012-2022).
- Artículos en lengua española e inglesa.
- Artículos con acceso completo mediante SABIDI.
- Artículos donde la muestra sean pacientes de edad avanzada.
- Artículos donde el abordaje sea multidisciplinar y no solo las propias de enfermería.

Criterios de exclusión

- Artículos de revisión bibliográfica, metaanálisis, estudios veterinarios, editoriales, casos únicos y opiniones de expertos.
- Artículos que no guarden relación con el tema de estudio.

La estrategia de búsqueda se ha llevado a cabo mediante el empleo de palabras clave dentro de los términos incluidos en Medical Subject Headings (MeSH), los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y la aplicación de operadores booleanos como “AND” y “NOT” en todas las bases de datos mencionadas anteriormente (véase tabla 4). No obstante, fue necesaria la introducción de lenguaje libre para lograr unos resultados concretos que, mediante el lenguaje controlado, no se podían obtener. Se aplicaron los filtros según los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos y se seleccionaron los artículos cuyos títulos y resúmenes guardaban relación con el tema. Posteriormente, se eliminaron los artículos duplicados y se realizó una lectura exhaustiva de los artículos restantes para comprobar su validez. Durante la selección definitiva se añadieron nuevos artículos a partir de la bibliografía de los estudios escogidos (véase tabla 5). El período de tiempo que abarca la revisión de la literatura se comprende desde noviembre de 2021 hasta marzo de 2022.

Tabla 4 Descriptores MeSH y DECS empleados.

TESAUROS		CÓDIGO	
MeSH / DECS	Delirium	Delirio	[D003693]
	Aged/older patient	Anciano/adulto mayor	[D000368]
	Nursing	Enfermería	[D009729]
	Dementia	Demencia	[D003704]
	Nursing assessment	Evaluación de enfermería	[D009730]

Tabla 5 Estrategia de búsqueda.

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Nº artículos	Nº art. con filtros aplicados	Nº artículos utilizados
PubMed	((delirium) AND (nursing [subheading])) AND (aged) NOT (dementia))	356	8	2
	"Aged" [Mesh] AND "Delirium" [Mesh] AND "Nursing assessment" [Mesh]	187	7	1
Cinahl	((delirium) AND (nursing interventions)) AND (aged) NOT (dementia))	85	11	2
Scopus	((delirium) AND (nursing) AND (interventions) AND (older) AND (patients) AND NOT (dementia))	149	7	2
Otras fuentes	A partir de la bibliografía de los artículos seleccionados	4		
Filtros aplicados	Limitación de búsqueda en los últimos 10 años (2012-2022). Rango de edad de estudio: aged (65+ years) y 80 and over (80+ years) Texto completo disponible. Artículos de revistas de enfermería. Idiomas: español e inglés. Tipos de artículos excluidos: revisiones, metaanálisis, estudios veterinarios, editoriales, opiniones de expertos y casos únicos.			

RESULTADOS

Finalmente, para el análisis del presente tema, se han incluido 11 artículos, de los cuales, se obtuvieron dos artículos de cada base de datos utilizada (PubMed, CINAHL y Scopus) y los cuatro artículos restantes, a partir de la revisión de la bibliografía. A continuación, todos ellos se han clasificado en dos tablas diferentes según los objetivos específicos que abordan. Los criterios de calidad se han comprobado mediante los criterios Critical Appraisal Skills programme (CASPe) (Español, 2022). Se ha rellenado una tabla donde se reflejan los ítems cumplidos y no cumplidos y, por tanto, el nivel de evidencia que poseen (tabla 7).

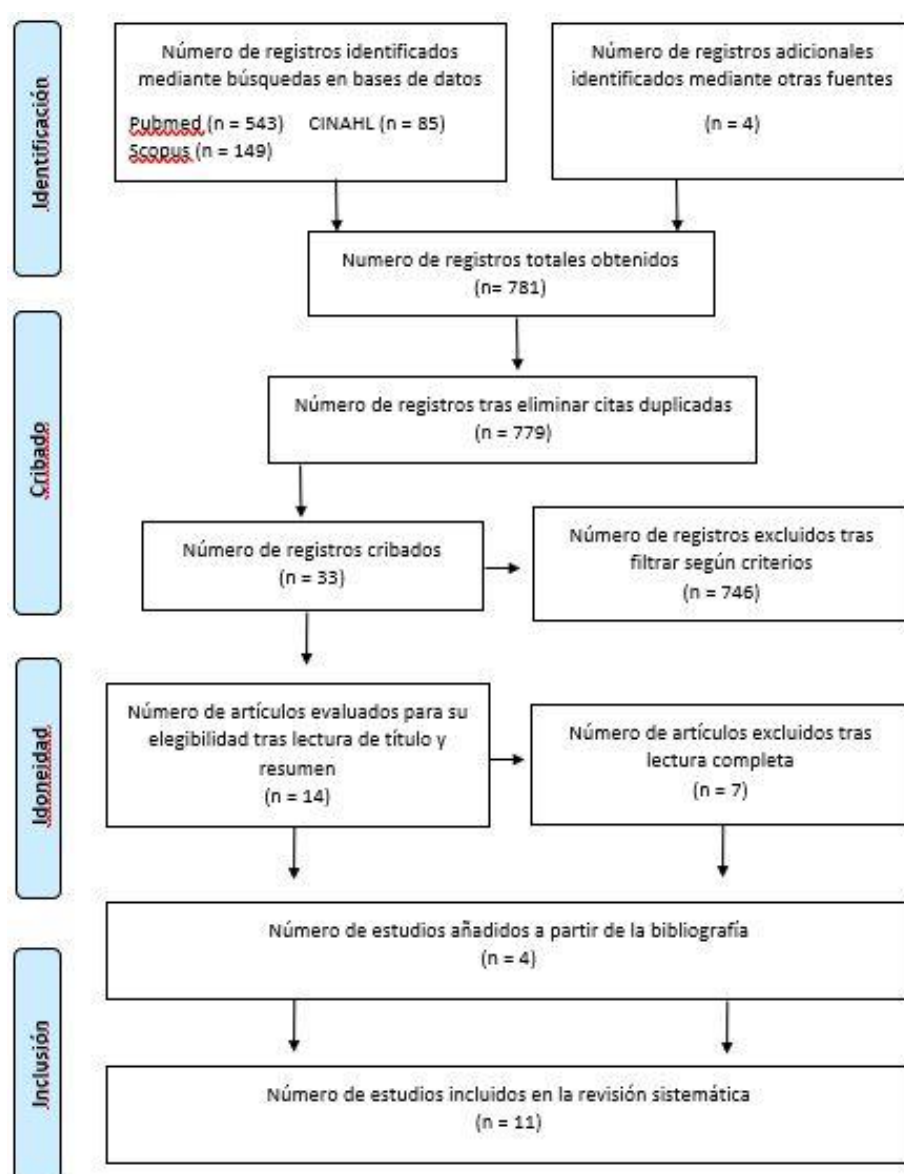


Figura 1 Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica según formato PRISMA.
(Urrutia & Bonfill, 2010)

Tabla 6 Resultados de las características sociodemográficas, clínicas y de comorbilidad de los pacientes; la detección precoz llevada a cabo y la presencia de demencia asociada al cuadro.

AUTOR/ AÑO/ PAÍS	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO Y MUESTRA	OBJETIVO	INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN	RESULTADOS RELEVANTES
Carey, E; Furlong, E; Smith, R. 2022 Irlanda	The management of delirium in the older adult in advanced nursing practice.	Un breve estudio de caso seguido por la aplicación de un algoritmo de diagnóstico. Muestra: un anciano de 84 años institucionalizado en un centro residencial.	Ilustrar el uso de un algoritmo de diagnóstico para adultos mayores que presentan delirio a un servicio dirigido por enfermeras practicantes avanzadas (ANP).	Reglas mnemotécnicas para conocer el dolor del paciente: ➤ OLD CART ➤ PQRST ➤ SÓCRATES Detección del delirio: ➤ 4AT ➤ RADAR Gravedad del delirio: ➤ Delirium O Meter ➤ Índice del delirio (DI)	El uso de un enfoque estructurado permite a la ANP reducir el diagnóstico diferencial de delirio a deshidratación, infección, estreñimiento y medicación. Muestra que el diagnóstico rápido y preciso del delirio en adultos mayores es crucial para evitar las complicaciones y el deterioro cognitivo asociados con la afección.
Grácio, J; Nunes, L; Tavares, JPA. 2021 Portugal	Hospitalized older adult: predictors of functional decline.	Estudio de cohorte prospectivo realizado en servicios de medicina interna. Muestra: la muestra estuvo compuesta por 101 pacientes.	Identificar los predictores de declive funcional en personas hospitalizadas de 70 años o más, entre: basal y alta; alta y seguimiento, y línea de base y seguimiento a los tres meses.	➤ CAM (Delirio) ➤ 6CIT (Deterioro cognitivo) ➤ Escala de Depresión Geriátrica (Depresión) ➤ Escala Downton (Caídas) ➤ Escala EVA (Dolor) ➤ Índice de Katz (Capacidad funcional)	La edad avanzada, el delirio durante la hospitalización (OR=5,92) y la presentación de riesgo de declive funcional (OR=5,53) fueron predictores de declive entre el inicio y el seguimiento.
Schubert Mariaab; Dominique S; Schürch R; et al. 2020 Suiza	Implementation of a multi-professional multicomponent delirium management guideline in two intensive care units, and its effect on patient outcomes and nurse workload: a pre-post design retrospective cohort study.	Este estudio de cohorte retrospectivo utilizó un diseño pre-post. Muestra: un grupo de control en UCI que recibieron atención estándar se compararon con un grupo posterior a la intervención que recibió un manejo estandarizado del delirio.	Evaluar la efectividad, los costos y los beneficios de seguir una guía estandarizada multiprofesional y de múltiples componentes sobre el delirio en ocho resultados.	➤ CAM-UCI (Delirio) ➤ ICDSC (Delirio en UCI) ➤ RASS (sedación y agitación)	El 12% de los 1608 controles históricos y el 20% de los 1684 pacientes posteriores a la intervención fueron diagnosticados con delirio según los códigos de diagnóstico de delirio de la CIE-10. El delirio fue un predictor significativo de la duración prolongada de la ventilación mecánica y de la estancia tanto en la UCI como en el hospital.

<p><i>Boockvar, KS; Judon, KM; Eimicke, JP; et al.</i></p> <p>2020</p> <p>EEUU</p>	<p>Hospital Elder Life Program in Long-Term Care (HELP-LTC): A Cluster Randomized Controlled Trial.</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado por conglomerados.</p> <p>Muestra: Un hogar de ancianos urbano académico de 514 camas.</p>	<p>Probar la eficacia de HELP adaptado a la atención a largo plazo (HELP-LTC).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ CAM versión extendida (Incidencia del delirio) ➤ CAM-S (Gravedad del delirio) ➤ BIMS (Entrevista Breve del Estado Mental/ orientación temporal y memoria a corto plazo) ➤ Escala del rendimiento Cognitivo ➤ Escala de Barthel (ABVD) 	<p>Una intervención dirigida al riesgo de delirio en residentes de hogares de ancianos a largo plazo no previno el delirio ni redujo los síntomas del delirio.</p>
<p><i>Solà-Miravete, E; López, C; Martínez-Segura, E; et al.</i></p> <p>2018</p> <p>España</p>	<p>Nursing assessment as an effective tool for the identification of delirium risk in older in-patients: A case-control study.</p>	<p>Un estudio de casos y controles.</p> <p>Muestra: se estudiaron 454 pacientes ingresados en un hospital general básico.</p>	<p>Evaluar la utilidad de la valoración integral de enfermería como estrategia para determinar el riesgo de delirio en pacientes mayores hospitalizados a partir de un modelo llevado a cabo por las enfermeras.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ CAM (Incidencia del delirio) ➤ CAM-S (Gravedad del delirio) ➤ Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson ➤ NICE guideline of delirium ➤ HELP protocols 	<p>La valoración integral de enfermería es una estrategia válida y coherente con un modelo multifactorial del delirio, que permite realizar la valoración personalizada del riesgo necesaria para definir un plan de cuidados con intervenciones específicas para cada paciente.</p>
<p><i>Hargrave, A; Bastiaens, J; Bourgeoi, JA; et al.</i></p> <p>2017</p> <p>EEUU</p>	<p>Validation of a Nurse Based Delirium Screening Tool for Hospitalize Patients.</p>	<p>Se realizó un estudio transversal ciego y de mejora de la calidad entre agosto de 2015 y febrero de 2016</p> <p>Muestra: Se incluyeron un total de 405 pacientes hospitalizados.</p>	<p>Validar la Escala de Detección de Delirio de Enfermería (Nu-DESC).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nu-DESC (Escala de detección del delirio en enfermería) ➤ Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) ➤ CAM (Incidencia del delirio) ➤ Escala de calificación de delirio-Revisada-98 (DRS-98). 	<p>El Nu-DESC es una herramienta específica para la detección del delirio, pero no es sensible al punto de corte generalmente propuesto de ≥ 2. Usar un umbral de ≥ 1 o agregar una prueba de atención aumenta la sensibilidad con una disminución menor en la especificidad.</p>
<p><i>Donoso, AM; Labarca, et al.</i></p> <p>2017</p> <p>EEUU</p>	<p>Implementing a Multicomponent Intervention to Prevent Delirium Among Critically Ill Patients.</p>	<p>Estudio comparativo en una UCI entre mayo de 2014 y agosto de 2015.</p> <p>Muestra: el estudio incluyó a 227 pacientes.</p>	<p>Evaluar la eficacia y describir la estrategia de una intervención multicomponente para prevenir el delirio en UCI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ CAM-UCI (Incidencia del delirio) 	<p>La estrategia tuvo éxito en la reducción del delirio. Disminuyó la auto-remoción de implementos invasivos. No se observaron diferencias en la tasa de mortalidad, como se informó en otros estudios.</p>

<p><i>Avendaño Céspedes García Cantos, N; González-Teruel, M; et al.</i></p> <p>2016</p> <p>España</p>	<p>Pilot study of a preventive multicomponent nurse intervention to reduce the incidence and severity of delirium in hospitalized older adults: MID-Nurse-P.</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado doble ciego de grupos paralelos (estudio piloto).</p> <p>Muestra: 50 pacientes ≥65 años hospitalizados en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA). Grupo intervención (GI) 21, grupo control (GC) 29.</p>	<p>Analizar si es factible un ensayo clínico aleatorizado de intervención preventiva multicomponente no farmacológica dirigida por enfermeras (MID-Nurse Study).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ CAM (Delirio) ➤ DRS-98 (Gravedad delirio) ➤ Índice de Charlson (Comorb.) ➤ Escala de Barthel (ABVD) ➤ FAC de Holdenys (deambulación) ➤ Escala de Pfeiffer (Deterioro cognitivo) ➤ Global Reisbergys (Deterioro Global) ➤ Escala EVA (Dolor) ➤ Escala Braden (riesgo UPP) 	<p>Una intervención multicomponente dirigida por enfermeras en pacientes con delirio en una UGA puede reducir la prevalencia, la incidencia y la gravedad del delirio.</p>
<p><i>Verloo, H; Goulet, C; Morin, D; von Gunten.</i></p> <p>2016</p> <p>Suiza</p>	<p>Nursing intervention versus usual care to improve delirium among home-dwelling older adults receiving homecare after hospitalization.</p>	<p>Ensayo clínico piloto aleatorizado con un diseño comparativo del antes/después del alta.</p> <p>Muestra: 103 adultos mayores fueron reclutados en un servicio de atención médica domiciliaria.</p>	<p>Evaluar la viabilidad y aceptabilidad de una intervención de enfermería diseñada para detectar y reducir el delirio en adultos mayores después del alta hospitalaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ CAM (Delirio) ➤ MMSE (estado cognitivo) ➤ Índice de Katz y Lowton (ABVD/AIVD) ➤ CIRS-G (Comorbilidades) 	<p>Las intervenciones de enfermería para detectar/mejorar el delirio en el hogar son factibles y aceptables.</p>
<p><i>Srijbos, Steunenb erg, Van Der Mast, et al.</i></p> <p>2013</p> <p>Holanda</p>	<p>Design and methods of the Hospital Elder Life Program (HELP), a multicomponent targeted intervention to prevent delirium in hospitalized older patients: efficacy and cost-effectiveness in Dutch health care</p>	<p>Ensayo clínico controlado aleatorizado, prospectivo y comparativo, mediante el diseño de cuña escalonada.</p> <p>Muestra: pacientes de 70 años o más y estén ingresados en cardiología, medicina interna, geriatría, ortopedia y cirugía.</p>	<p>Cuantificar la eficacia y la efectividad de costes del Hospital Elder LifeProgram (HELP) en el sistema sanitario de los Países Bajos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ CAM (Delirio) ➤ Hospital Safety Program (cuestionario breve del delirio) ➤ 6-CIT y MMSE (Deterioro cognitivo) ➤ DRS-R (Gravedad del delirio) ➤ DOS (Delirium Observation Scale) ➤ EQ-5D (calidad de vida) ➤ HELP (Programa delirium) 	<p>Los resultados de un estudio de costo-efectividad mostraron que cada paciente al que se le impidió delirar le ahorró al hospital \$2,181.</p>
<p><i>Yevchak, A; Steis, M; Diehl, T; et al.</i></p> <p>2012</p> <p>EEUU</p>	<p>Managing delirium in the acute care setting: a pilot focus group study.</p>	<p>Estudio cualitativo.</p> <p>Muestra: Un total de 16 enfermeras de unidades médicas, quirúrgicas y ortopédicas de un hospital de cuidados agudos.</p>	<p>Describir la experiencia y el conocimiento de las enfermeras respecto a la evaluación y el manejo del delirio en adultos mayores hospitalizados.</p>	<p>Cuestionario improvisado por las enfermeras basado en la orientación.</p>	<p>Los hallazgos ilustran la necesidad de una evaluación regular del estado cognitivo en los adultos mayores hospitalizados y la educación del personal de enfermería con respecto al uso del manejo no farmacológico del delirio.</p>

OLD CART: Onset, Location/radiation, Duration, Character, Aggravating factors, Relieving factors, Timing and Severity; **PQRST:** Provoking/Relieving, Quality, Region/Radiation, Severity and Time; **SÓCRATES:** Site, Onset, Character, Radiation, Associations, Time Course, Exacerbating/Relieving factors and Severity; **4AT:** Rapid clinical test for delirium; **RADAR:** Recognizing acute delirium as part of your routine; **CAM:** Confusion Assessment Method; **6CIT:** 6-item Cognitive Impairment Test; **EVA:** Escala Visual Analógica del dolor; **CAM-UCI:** Confusion Method Assessment Method de la Unidad de Cuidados Intensivos; **ICDSC** (Intensive Care Delirium Screening Checklist; **RASS** (escala de sedación y agitación de Richmond); **CAM-S:** Confusion Assessment Method Severity; **BIMS:** Brief Interview for Mental Status; **NICE:** National Institute for Health and Care Excellence; **HELP:** The Hospital Elder Life Program; **Nu-DESC:** The Nursing Delirium Screening Scale; **MoCA:** Evaluación Cognitiva de Montreal; **DRS-98:** Delirium Rating Scale-Revised-98; **MMSE:** Mini-Mental State Examination; **CIRS-G:** Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric; **DOS** (Delirium Observation Scale); **EQ-5D:** European Quality of Life-5 Dimensions.

Tabla 7 Criterios de calidad CASPe.

ESTUDIOS DE CASO Y CONTROLES (Cabello López, 2005)												
	El estudio se centra en un tema claramente definido	Los autores han utilizado un método apropiado para responder a la pregunta	Los casos se reclutaron de una forma aceptable	Los controles se seleccionaron de una manera aceptable	La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos	Han tenido en cuenta los factores de confusión en el diseño y/o análisis	Cuáles son los resultados de este estudio	Cuál es la precisión de los resultados	Te crees los resultados	Se pueden aplicar los resultados a tu medio	Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible	Total
(Carey et al., 2022)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Adecuado	Preciso	Sí	Sí	Sí	11/11
(Solà et al., 2018)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Adecuado	Preciso	Sí	Sí	Sí	11/11
ESTUDIOS DE COHORTE (Gutiérrez Sánchez et al., 2016)												
	¿El estudio se centra en un tema claramente definido?	¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?	¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?	¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?	¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?	¿Cuáles son los resultados de este estudio?	¿Cuál es la precisión de los resultados?	¿Te parecen creíbles los resultados?	¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?	¿Se pueden aplicar los resultados a tu medio?	¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?	Total
(Grácio, JCG; et al. 2021)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Adecuado	Preciso	Sí	Sí	Sí	No	10/11
(Schubert et al. 2020)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Adecuado	Preciso	Sí	Sí	Sí	No	10/11

ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIOS (Cabello, 2005)

	Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida	Fue aleatoria la asignación de pacientes a los tratamientos	Fueron considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él	Se mantuvo cegamiento	Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo	Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo	Es muy grande el efecto del tratamiento	Cuál es la precisión de este efecto	Puede aplicarse los resultados en tu medio	Se tuvieron en cuenta los resultados de importancia clínica	Los beneficios a obtener justifican los riesgos y costes	Total
(Boockvar et al., 2020)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Media	No sé	Sí	Sí	8/11
(Avenidaño et al., 2016)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Alta	Sí	Sí	Sí	10/11
(Verlooy et al., 2016b)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta	Sí	Sí	Sí	11/11
(Strijbos et al., 2013)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta	Sí	Sí	Sí	11/11
(Hargrave et al., 2017)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta	Sí	Sí	Sí	11/11
(Donoso et al. 2017)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta	Sí	Sí	Sí	10/11

ESTUDIO CUALITATIVO (Cano et al., 2016)

	Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación	Es congruente e la metodología cualitativa	El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos	La selección de participantes concuerda con la pregunta de investigación	Las técnicas de recogida de datos concuerdan con la pregunta de investigación	Se reflexiona sobre la relación entre investigador y objeto de investigación	Se han tenido en cuenta aspectos éticos	Fue el análisis de datos suficientemente riguroso	Es clara la exposición de los resultados	Son aplicables los resultados	Total
(Yevchak et al., 2012)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10

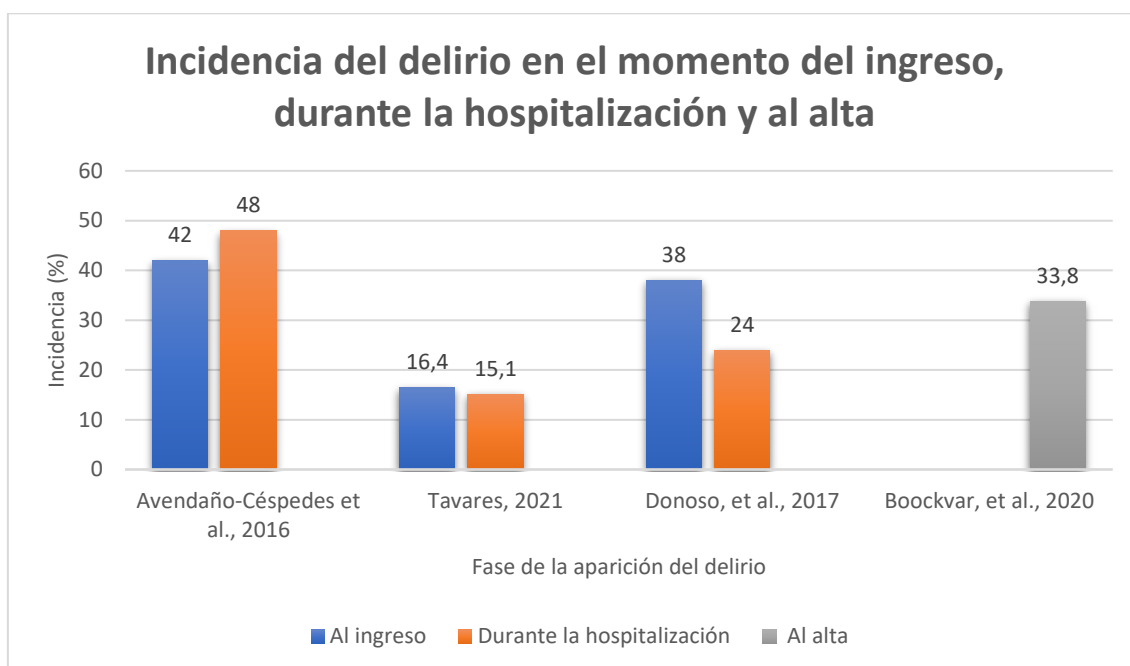
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La mayoría de los artículos analizados coinciden en que **la valoración de enfermería respecto al delirio en adultos mayores disminuye su incidencia, prevalencia y gravedad, reduciendo el impacto sobre la calidad de vida del paciente y favoreciendo una estancia más corta en el hospital al permitir planificar un plan de cuidados específico** (véase tabla 8). Destacan la relevancia de la detección del delirio mediante la identificación de los factores de riesgo y el reconocimiento de la sintomatología a través de una observación directa y el empleo de escalas de valoración (Carey et al., 2022; Grácio, JCG; Nunes, LANV; Tavares, 2021; Hargrave et al., 2017; Solà-Miravete et al., 2018; Yevchak et al., 2012). Asimismo, sitúan la prevención como estrategia principal para evitar su aparición o, en cualquier caso, revertirlo en el menor tiempo posible a través de medidas no farmacológicas e intervenciones multicomponentes (Avendaño-Céspedes et al., 2016; Donoso, Ana María; Labarca, E; Marquez, C; Martínez, 2017; Schubert Mariaab, B; Dominiquec, SP; Schürch R; Haller A; Bogdanovic J; Nuñez, David; Schwarz Ursk, 2020; Verloo et al., 2016b; Yue et al., 2014). Sin embargo, un estudio llevado a cabo en una residencia de la tercera edad en Estados Unidos observa un ligero descenso de la incidencia a lo largo de la investigación, pero no resulta ser una mejoría significativa en la sintomatología de los ancianos ni previene finalmente el desarrollo del delirio (Boockvar et al., 2020). Algunas investigaciones afirman que el éxito de la evaluación reside en el conocimiento y la concienciación en torno al tema, por tanto, la razón por la que en ocasiones los programas fracasen y surjan múltiples limitaciones, en parte se debe a la falta de educación del personal de enfermería (Avendaño-Céspedes et al., 2016; Carey et al., 2022; Hargrave et al., 2017; Solà-Miravete et al., 2018; Yevchak et al., 2012). Cabe destacar la importancia de la evaluación diaria, ya que los resultados de los artículos analizados reflejan que el delirio puede detectarse en el mismo momento del ingreso hospitalario, durante la estancia en el hospital, e incluso al alta (véase gráfica 1).

Tabla 8 Impacto de la evaluación enfermera sobre la prevalencia del cuadro y la duración de la estancia.

	Pacientes delirantes	Pacientes sin delirio	Artículos
Duración estancia en UCI (días)	4,57	2,11	(Schubert Mariaab; et al., 2020)
Duración estancia hospitalaria (días)	25,07	16,07	(Avendaño-Céspedes et al., 2016)
	48,3%	33,3%	(Avendaño-Céspedes et al., 2016)
Reducción de la prevalencia del delirio	36%	11%	(Boockvar et al., 2020)
	38%	24%	(Martínez et al., 2017)

Figura 2 Resultados de la incidencia del delirio



*La investigación (Boockvar, et al., 2020) muestra los resultados del delirio incipiente en pacientes de una residencia de ancianos tras el alta hospitalaria. El resto tienen lugar en diferentes unidades del ámbito hospitalario.

Características de los pacientes con riesgo de desarrollar el cuadro

Características sociodemográficas

Las variables resultantes más comunes de los estudios analizados **son la edad avanzada, el sexo masculino, un nivel educativo bajo, institucionalización, viudedad o vivir solo en el momento de la investigación y riesgo social** (p. ej.: mal entorno familiar y abuso de alcohol). Además, los resultados presentan cuatro escenarios donde el delirio suele manifestarse: UCI, ingreso en planta, domicilio tras alta hospitalaria y residencia de ancianos. **Según dónde se desarrolle el cuadro las características sociodemográficas pueden sufrir ligeras variaciones** (véase tabla 9). Cabe destacar, tal y como se refleja en la tabla, que el delirio afecta ampliamente a los adultos mayores que rebasan los 80 años. Algunos de los artículos demuestran que la edad avanzada es un factor predisponente que a medida que este progresa la vulnerabilidad del paciente crece, siendo así que, por cada año extra de edad existe un 15% más de riesgo de desarrollar el cuadro (Grácio, JCG; Nunes, LANV; Tavares, 2021; Solà-Miravete et al., 2018). Asimismo, otro estudio analiza cómo interviene el proceso de envejecimiento sobre la fisiopatología del delirio y describe su influencia sobre la ruptura de la barrera hematoencefálica: en los ancianos las alteraciones en la barrera hematoencefálica generan que ésta sea más permeable permitiendo el paso de sangre y sustancias desde los microvasos al cerebro, incluidas toxinas y patógenos que afectan a los procesos cognitivos (Carey et al., 2022).

Tabla 9 Características sociodemográficas comunes presentadas

	Escenario	EM* (años)	SM* (%)	ITC* (%)	BNE*	V/V/S* (%)	Riesgo social (%)
(Carey et al., 2022)	Ingreso en planta	84	100	100	Sí	No procede	No procede
(Hargrave et al., 2017)	Ingreso en planta	64	51	No contempla	No contempla	No contempla	No contempla
(Grácio; Nunes; Tavares, 2021)	Ingreso en planta	83,69	57,4	16,8	Sí	37	31,8
(Solà-Miravete et al., 2018)	Ingreso en planta	84,64	48,67	No contempla	No contempla	No contempla	22
(Avendaño-Céspedes et al., 2016)	Ingreso en planta	86,5	52	No contempla	No contempla	No contempla	No contempla
(Schubert Mariaab, B; et al, 2020)	UCI	61,8	69	1,7	No contempla	No contempla	No contempla
(Martínez et al., 2017)	UCI	63,3	54,7	2,1	No contempla	No contempla	No contempla
(Verloo et al., 2016b)	Domicilio particular	82,62	36,4	No procede	Sí	45	56,9
(Boockvar et al., 2020)	Residencia de ancianos	81,7	34,7	100	Sí	No procede	No procede

* Edad Media (EM); Sexo Masculino (SM); Institucionalización (ITC); Bajo nivel educativo (BNE); Viudedad/vivir solo (V/V/S), Riesgo Social (Riesgo Social).

** El artículo cualitativo (Yevchak et al., 2012) no está incluido en la tabla ya que no responde a este objetivo.

Características clínicas

Tanto las alteraciones fisiológicas como el deterioro funcional que conlleva el SCA quedan descubiertos mediante los signos y síntomas presentados por el paciente y los cambios producidos en sus necesidades. Algunos de los estudios se centran en necesidades concretas (véase figura 2); otros se focalizan en valorar 11 de las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson, asegurando una clasificación de más del 90% de pacientes hospitalizados que podrían hallarse en riesgo (Solà-Miravete et al., 2018); mientras que ciertos artículos exponen estrategias más allá que engloban la revisión de fármacos, el registro de las constantes vitales y de los procedimientos médicos o enfermeros tales como el cateterismo vesical, la colocación de la sonda nasogástrica, canalización de una vía venosa o arterial, extracción de una muestra serológica y otros procedimientos invasivos (Verloo et al., 2016a). Un ejemplo de las estrategias mencionadas es el Hospital Elder Life Program (HELP), que consiste en una intervención multicomponente, ampliamente difundida por hospitales de varios países, de eficacia y rentabilidad comprobadas en la prevención del delirio y el detrimento funcional. Se enfoca en atender el deterioro cognitivo y de la orientación, lleva a cabo

una revisión de la hidratación y la nutrición, controla los déficits sensoriales de la visión y la audición, promueve la movilización y rehabilitación temprana, la prevención del estreñimiento, evalúa el dolor, preserva el ciclo de sueño-vigilia, tiene en cuenta el ejercicio realizado y el nivel de educación del personal y de la familia o cuidador (Strijbos et al., 2013). Hay que remarcar también el estudio MID-Nurse, cuya estrategia se basa en el programa anteriormente mencionado con la añadidura de la revisión de la eliminación urinaria, la oxigenación, la farmacología del paciente (evitación de psicofármacos) y, sobre todo, que es únicamente abordado por enfermeras (Avendaño-Céspedes et al., 2016).

Figura 3 Necesidades alteradas e indicadores clínicos frecuentes

<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro cognitivo • Deshidratación • Infección y dolor • Función rectal (estreñimiento) • Seguridad y riesgo de caídas • Comunicación • Polimedicación <p>(Carey et al., 2022)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro cognitivo, sensorial y de la movilidad (riesgo de caídas) • Estreñimiento/diarrea • Obesidad/sarcopenia • Ciclo de sueño-vigilia • Polimedicación • Infección y dolor • Aislamiento social <p>(Verloo et al., 2016b)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro cognitivo • Deshidratación/Desnutrición • Deterioro de la autonomía (ABVD) • Hospitalizado en los últimos meses • Uso de dispositivos invasivos • Parámetros biológicos (serología) • Polimedicación <p>(Boockvar et al., 2020)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro cognitivo, sensorial y de movilidad • Función urinaria y rectal • Ciclo sueño-vigilia • Presencia de contenciones • Dolor • Polimedicación/Sedantes <p>(Martínez et al., 2017)</p>

Hay que resaltar también la presencia de delirio postoperatorio (DPO) en los cuatro ámbitos mencionados, llegando a unas tasas de incidencia que oscilan entre un 10-70% (Hargrave et al., 2017; Schubert Mariaab, B; Dominiquec, SP; Schürch R; Haller A; Bogdanovic J; Nuñez, David; Schwarz Ursk, 2020; Solà-Miravete et al., 2018). Las intervenciones que destacan son las fracturas de cadera y las intervenciones cardíacas con un 40% y 60% respectivamente, aunque eso no significa que en otro tipo de operaciones no se manifieste (Schubert Mariaab, B; Dominiquec, SP; Schürch R; Haller A; Bogdanovic J; Nuñez, David; Schwarz Ursk, 2020; Solà-Miravete et al., 2018). Si bien puede resultar transitorio en la mayoría de los casos, en ocasiones se prolonga hasta el alta al domicilio o residencia de larga estancia (Boockvar et al., 2020; Verloo et al., 2016b; Yevchak et al., 2012). El uso de sedantes e hipnóticos tales como Fentanilo, Midazolam, Propofol, Dexmedetomidina, Lorazepam y otra clase de benzodiazepinas

en la ventilación mecánica y durante intervenciones quirúrgicas se asocia al aumento de la incidencia (Avendaño-Céspedes et al., 2016; Carey et al., 2022; Hargrave et al., 2017; Martínez et al., 2017; Solà-Miravete et al., 2018; Strijbos et al., 2013). Sin embargo, según los resultados de una investigación, la elección de neurolépticos atípicos y de la Trazodona ante Lorazepam parece disminuir la gravedad del delirio (Martínez et al., 2017).

Características de comorbilidad

Las investigaciones coinciden en que a mayor comorbilidad el paciente es más propicio a generar el síndrome confusional agudo. Las patologías intercurrentes más comunes son las que se muestran a continuación (véase tabla 10):

Tabla 10 Comorbilidades asociadas

COMORBILIDADES ASOCIADAS	
(Carey et al., 2022)	Abuso de alcohol, Diabetes Mellitus, gota, aterosclerosis y Demencia con cuerpos de Lewy.
(Hargrave et al., 2017)	<i>Comorbilidad neurológica que afecta al SNC (73%):</i> ACV, epilepsia, tumor cerebral y trastorno neurocognitivo mayor. <i>Comorbilidad psiquiátrica (25%):</i> esquizofrenia, trastorno bipolar, de la ansiedad, adictivos y relacionados con sustancias.
(Grácio; Nunes; Tavares, 2021)	Deterioro cognitivo, depresión y deterioro funcional (ABVD).
(Solà-Miravete et al., 2018)	Deterioro cognitivo, demencia, deterioro funcional (ABVD), insomnio y abuso de alcohol.
(Schubert Mariaab, B; et al, 2020)	Abuso de alcohol (3%), Insuficiencia Renal Aguda (17%), Enfermedad Renal Crónica (11%), enfermedades del aparato circulatorio (60%) y neoplasias (14%).
(Martínez et al., 2017)	Demencia (38%), Diabetes Mellitus (17%), EPOC (32,4%), abuso de alcohol (7,2%).
(Boockvar et al., 2020)	Insuficiencia cardíaca (28,8%), EPOC (30,6%), Diabetes Mellitus (36,5%), ACV (14,6%), Alzheimer (10,5%), Demencia no Alzheimer (52,5) y deterioro de AVBD (15,2%).
(Yevchak et al., 2012)	Intervención quirúrgica de fractura de cadera y demencia.

SNC= Sistema Nervioso Central; ACV= Accidente Cerebro Vascular; ABVD= Actividades Básicas de la Vida Diaria; EPOC= Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

La detección precoz de enfermería en el manejo del paciente de edad avanzada

La etiología del cuadro es multifactorial por lo que se han desarrollado diversos programas e instrumentos de detección para poder identificarlo y realizar un diagnóstico diferencial respecto a otras patologías que presentan una clínica similar (véase tabla 11, 12 y 13):

Tabla 11 Instrumentos de evaluación para la detección del delirio

	Descripción	Propiedades psicométricas	Tiempo estimado de aplicación	Particularidades
4AT	Diseñado para la evaluación rápida del delirio y el deterioro cognitivo. Examina 4 áreas: nivel de atención, grado de agitación, Test Mental Abreviado 4 (AMT4) sobre la edad, fecha de nacimiento, lugar (hospital/edificio) y año actual, y el cambio agudo o curso fluctuante.	S: 89.7% E: 84.1%	< 2 min	Presenta mayor especificidad en los pacientes sin demencia previa y mayor sensibilidad en aquellos con demencia.
RADAR	Instrumento empleado en la observación diaria del delirio que examina el nivel de alteración de conciencia, el grado de atención y el enlentecimiento psicomotor.	S: 73.0% E: 67.0%	7 segundos	Instrumento utilizado como refuerzo en la evaluación enfermera.
CAM	Evalúa 4 ítems: i) inicio agudo y curso fluctuante, ii) inatención, iii) pensamiento desorganizado y iv) nivel alterado de conciencia. Fue diseñado como herramienta de cribado para pacientes con riesgo alto de desarrollar delirio.	S: 94.0% E: 89.0%	5-10 min	Confusion Assesment Method es la más utilizada y ha sido traducida a 15 idiomas.
CAM-UCI	Es la adaptación de la CAM para el cribado en pacientes en UCI. Descarta la sedación y el coma mediante la escala RASS previamente a la evaluación del algoritmo CAM.	S: 80.0% E: 96.0%	3-5 min	Versión específica para la UCI.
ICDSC	Intensive Care Delirium Screening Checklist. Evalúa los mismos ítems que CAM-UCI añadiendo alteración del ciclo sueño-vigilia y la fluctuación de los síntomas.	S: 81.0% E: 87.7%	5 min	Una puntuación total de ICDSC mayor o igual a 4 tiene una sensibilidad del 99% para un diagnóstico psiquiátrico de delirio.
Hospital Safety Program	VMS son las siglas en neerlandés del cribado de delirium mediante la formulación de 3 preguntas.	S: 61% E: 75%	5 min	Con que una de las respuestas sea positiva el paciente ya presenta riesgo.
Nu-DESC	Evalúa 5 elementos: i) desorientación, ii) comportamiento inapropiado, iii) comunicación inadecuada iv) alucinaciones y v) enlentecimiento psicomotor.	S: 85.7% E: 86.8%	< 1 min	Adaptación del Confusion Rating Scale. Diseñado para la aplicación por personal de enfermería. No validada al castellano.
DOS	Diseñado para facilitar la detección precoz del delirio y se basa en las observaciones de enfermería. Evalúa 13 ítems.	S: 94% E: 88%	< 1 min	Utiliza los criterios del DSM-IV.

Tabla 12 Escalas de evaluación de la gravedad del delirio

	Descripción	Propiedades psicométricas	Tiempo estimado de aplicación	Particularidades
Delirium O Meter	Instrumento que evalúa 12 ítems conductuales y determina la efectividad de las intervenciones empleadas.	S: 84.0% E: 91.0%	No consta	Desarrollado por Jonghe et al (2003). Escala no validada.
Índice del Delirio (DI)	Escala de 7 ítems que también incluye subescalas y tiene el mismo fin que Delirium O Meter.	S: 49.0% E: 71.0%	No consta	Desarrollado por McCusker et al (1998).
CAM-S	Escala que mide la gravedad del delirio basada en el algoritmo de CAM.	S: 94.0% E: 89.0%	5 min (versión corta) 10 min (versión larga)	Fácil de usar.
DRS-R/DRS-98	Es un instrumento que valora 16 ítems: 13 ítems de gravedad y 3 ítems de diagnóstico.	S: 92.0% E: 93.0%	5-10 min	El Delirium rating scale (DSR-R) fue desarrollado en 1988 y revisada en 1998 (DSR-98).

Tabla 13 Otras escalas empleadas en el proceso de diagnóstico

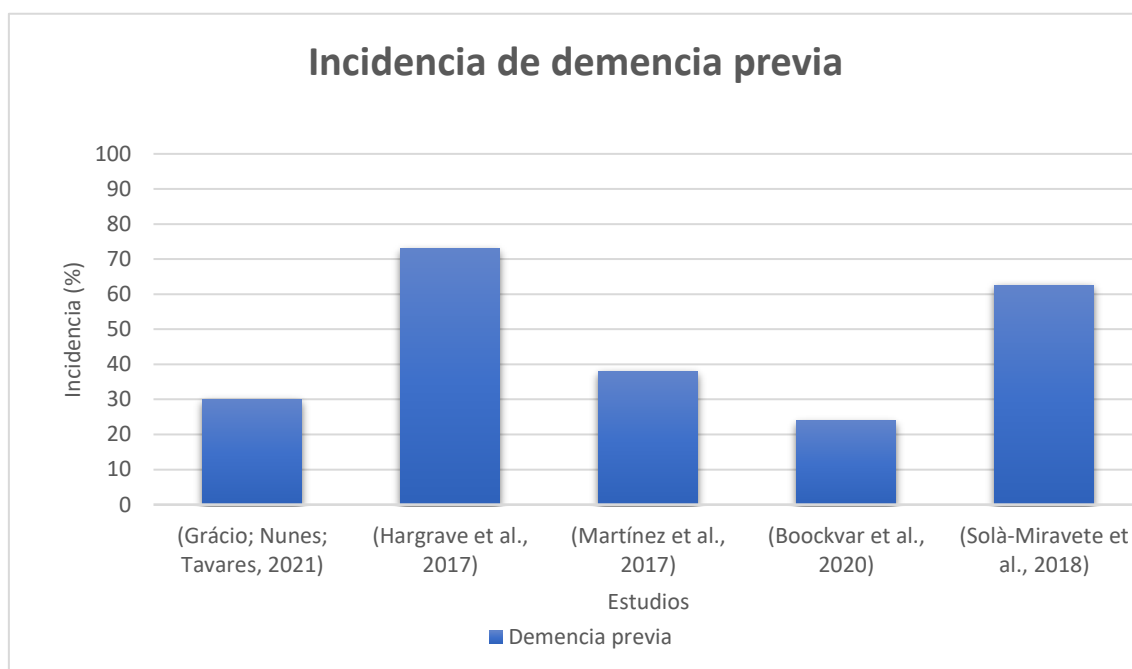
Escala	Descripción	Escala	Descripción
BIMS	Entrevista Breve del Estado Mental: orientación temporal y memoria a corto plazo.	Escala EVA	Escala Visual Analógica del dolor.
Escala de Barthel/ Índice de Katz y Lowton	Escalas que evalúan las ABVD y AIVD.	Escala Braden	Riesgo de úlceras por presión.
Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA)	Evalúa la función ejecutiva y visoespacial, la identificación, la memoria, la atención, el lenguaje, la abstracción, el recuerdo y la orientación.	MMSE/ Escala de Pfeiffer/6-CIT	Valoran el deterioro cognitivo.
Índice de Charlson/ CIRS-G	Escalas que evalúan la comorbilidad.	Global Reisbergys	Escala que mide el deterioro global.
FAC de Holdenys	Valoran la deambulación del paciente.	EQ-5D	Escala que valora la calidad de vida del paciente.

A pesar de la cantidad existente de instrumentos de valoración, la mayoría de los casos de delirio hipoactivo no son detectados. De hecho, se estima que la cantidad de casos de delirio hipoactivo igualan e incluso superan las tasas del hiperactivo (Hargrave et al., 2017). Esto se debe a sus características (inactividad o inactividad motora reducida, lentitud, somnolencia anormal) que, a ojos del ser humano pueden resultar imperceptibles o no reconocerlas como signo de alarma (Carey et al., 2022).

Presencia asociada de demencia al cuadro de delirium

El deterioro cognitivo se considera un factor de riesgo según diversos artículos (Boockvar et al., 2020; Hargrave et al., 2017; Martínez et al., 2017; Solà-Miravete et al., 2018). La comorbilidad neurológica relacionada con patologías tipo Alzheimer y Parkinson predisponen a una situación de vulnerabilidad (Hargrave et al., 2017). No obstante, la demencia parece ser la más extendida sobre la población anciana (véase gráfica 2):

Figura 4 Pacientes diagnosticados con demencia previa



La demencia y el delirio comparten características similares por lo que es importante tener conocimientos acerca de la clínica y sintomatología que presentan los pacientes y poder realizar un diagnóstico diferencial (Carey et al., 2022).

Si bien las investigaciones revelan que padecer demencia predispone a sufrir delirio, también afirman que, un síndrome confusional agudo no revertido a tiempo puede derivar en demencia (Boockvar et al., 2020; Carey et al., 2022; Yevchak et al., 2012).

Para concluir, cabe mencionar la calidad de los artículos evaluados, todos ellos con una puntuación mayor o igual a 8, lo que demuestra que poseen una alta calidad metodológica y, por lo tanto, los resultados de los artículos tienen un valor añadido.

CONCLUSIONES

La valoración enfermera respecto al delirio en adultos mayores (>80 años) disminuye su incidencia, prevalencia y gravedad, reduciendo el impacto sobre la calidad de vida del paciente y favoreciendo una estancia más corta en el hospital al permitir planificar un plan de cuidados específico.

El perfil sociodemográfico de los pacientes con delirium son la edad avanzada, el sexo masculino, un nivel educativo bajo, institucionalización, viudedad o vivir solo en el momento de la investigación y riesgo social. Además, éste varía según el origen de su evaluación (UCI, ingreso en planta, domicilio tras alta hospitalaria y residencia de ancianos). Así mismo, a mayor comorbilidad el paciente es más propicio a generar el síndrome confusional agudo.

La evidencia, que es variada, demuestra que una valoración continua optimiza el manejo del paciente, previene una mala trayectoria durante el ingreso, favorece una estancia más corta en el hospital y evita reingresos. No obstante, siendo el personal de enfermería quién acompaña al paciente todo el tiempo, todavía ignora la naturaleza del cuadro dando pie a infradiagnósticos que repercuten directamente sobre la calidad de vida de los ancianos. De hecho, existen muchas herramientas e instrumentos de detección que resultan eficaces, sin olvidar, los programas multicomponentes interprofesionales cada vez más extendidos por los hospitales. Por último, no parece quedar claro el impacto de la evaluación de enfermería en las residencias y tampoco a qué se debe la asociación de la demencia al cuadro.

LIMITACIONES

Durante el desarrollo de la presente revisión sistemática han ido surgiendo varias limitaciones: en primer lugar, no se encontraron artículos en publicados en español. Por otra parte, existe un gran número de revisiones sistemáticas y metaanálisis que tratan con eficacia los objetivos planteados de este trabajo, pero no han sido un criterio de selección, ya que la autora se ha basado en estudios originales de diseño cuantitativo y cualitativo. Finalmente, es necesario recalcar la escasa cantidad de artículos cualitativos respecto a la valoración de enfermería del cuadro de delirium y, sobre todo, la poca cantidad de artículos encontrados sobre la relación de la demencia con el delirio.

APLICABILIDAD PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Esta revisión propone realizar una investigación más exhaustiva respecto a la relación de la demencia con el cuadro de delirium. Además, anima a abrir líneas futuras de investigación tanto de carácter cualitativo como cuantitativo, en cuanto a las intervenciones multidisciplinares o, únicas de enfermería, en el abordaje del síndrome.

Se espera que la presente revisión pueda servir de guía a profesionales de enfermería en el camino del reconocimiento y la evaluación del delirium.

BIBLIOGRAFÍA

- Abad, E., Abanades, C., Avendaño, A., Company, C., Escandell, C., Espart, A., Gimena, M., Gimena, R., Meijome, X. M., Moreno, T., Navas, M. A., Oliver, J. L., Ortega, N., Rodríguez, P., Rol, M. Á., Soriano, P., Vázquez, M., Vidal, C., & Villalón, D. (2016). *Presentación de la campaña y proyecto de investigación SueñOn Qué es SueñOn®*. 14. <http://suenon.recursosencuidados.es/>
- Avendaño-Céspedes, A., García-Cantos, N., González-Teruel, M. D. M., Martínez-García, M., Villarreal-Bocanegra, E., Oliver-Carbonell, J. L., & Abizanda, P. (2016). Pilot study of a preventive multicomponent nurse intervention to reduce the incidence and severity of delirium in hospitalized older adults: MID-Nurse-P. *Maturitas*, 86, 86–94. <https://doi.org/10.1016/J.MATURITAS.2016.02.002>
- Bilotta, F., Lauretta, M. P., Borozdina, A., Mizikov, V. M., & Rosa, G. (2013). Postoperative delirium: Risk factors, diagnosis and perioperative care. *Minerva Anestesiologica*, 79(9), 1066–1076.
- Boockvar, K. S., Judon, K. M., Eimicke, J. P., Teresi, J. A., & Inouye, S. K. (2020). Hospital Elder Life Program in Long-Term Care (HELP-LTC): A Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(10), 2329–2335. <https://doi.org/10.1111/JGS.16695>
- Boustani, M., Rudolph, J., Shaughnessy, M., Gruber-Baldini, A., Alici, Y., Arora, R. C., Campbell, N., Flaherty, J., Gordon, S., Kamholz, B., Maldonado, J. R., Pandharipande, P., Parks, J., Waszynski, C., Khan, B., Neufeld, K., Olofsson, B., Thomas, C., Young, J., ... MacLulich, A. (2014). The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: Inclusiveness is safer. *BMC Medicine*, 12(1), 1–4. <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0141-2>
- Cabello, J. . (2005). Programa de lectura crítica CASPe. Leyendo críticamente la evidencia clínica. 10 preguntas para entender un artículo sobre diagnóstico. *Guías CASPe de Lectura Crítica de La Literatura Médica. Alicante, I*, 5–8. http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_ensayo_clinico_v1_0.pdf?file=1&type=node&id=158&force=%0Ahttp://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos
- Cabello López, J. B. (2005). Plantilla para ayudarte a entender un Estudio de Casos y Controles. *Guías CASPe de Lectura Crítica de La Literatura Médica.*, 13–19. https://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/casos_y_controles.pdf?file=1&type=node&id=156&force=

- Cano, A., González, T., & Cabello, J. B. (2016). 10 Preguntas Para Ayudarte a Entender Un Estudio Cualitativo. *CASPe*, 1, 3–8.
http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_cualitativa.pdf?file=1&type=node&id=147&force=
- Carey, E., Furlong, E., & Smith, R. (2022). The management of delirium in the older adult in advanced nursing practice. *British Journal of Nursing*, 31(2), 76–84.
<https://doi.org/10.12968/BJON.2022.31.2.76>
- Carrera Castro, C. (2012). Rol de enfermería en la prevención del delirium en ancianos hospitalizados con fractura de cadera. Recomendaciones generales. *Enfermería Global*, 11(3), 356–378. <https://doi.org/10.6018/eglobal.11.3.134481>
- Chu, Z., Wu, Y., Dai, X., Zhang, C., & He, Q. (2021). The risk factors of postoperative delirium in general anesthesia patients with hip fracture: Attention needed. *Medicine*, 100(22), e26156. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000026156>
- Cristofori, G., Montoya, I. L., José, J., & Cortés, B. (2020). Síndromes geriátricos: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos comunes. In *Tratado de medicina geriátrica* (Second Edi). Elsevier España, S.L.U.
<https://doi.org/10.1016/B978-84-9113-298-1/00069-7>
- Diagn, C. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™. In *Archives of Neurology And Psychiatry* (5th ed., Vol. 9, Issue 5). American Psychiatric Publishing Inc.
<https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1923.02190230091015>
- Diaz Bogado, V., & Delgado, W. (2018). Postoperative delirium in patients over 60 years of age. National Hospital of Itauguá.2016. *Revista de Salud Publica Del Paraguay*, 8(1), 35–39. <https://doi.org/10.18004/rspp.2018.junio.35-39>
- Donoso, Ana María; Labarca, E; Marquez, C; Martínez, F. (2017). Implementing a Multicomponent Intervention to Prevent Delirium Among Critically Ill Patients. *United States*, 37 (6), 36-46. <https://doi.org/10.4037/ccn2017531>
- Dsm-, E., Primitive, C. M., & Mental, S. (2016). *Delírium en la versión en español del DSM-5 : ¿ más confusión ? Delirium in the Spanish version of the DSM-5 : More confusion ? Bibliografía La psicosis , una presentación inusual de la tiroiditis de Hashimoto Psychosis , an unusual presentation of.* 8(4), 2015–2016.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiQUIATRIA-salud-mental--286-articulo-delirium-version-espanol-del-dsm-5-S1888989115001019>

- Español, C. A. S. P. (2022). *Redcaspe*. <https://redcaspe.org/materiales/>
- Francisco Megías-Lizancos, & María Dolores Serrano Parra. (2021). *Enfermería en psiquiatría y salud mental I*. DAE. <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/html5-dev/631/294/>
- García López, M. V., & Rojas Ocaña, M. J. (2017). *Enfermería del Anciano*. DAE. <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/html5-dev/617/210/#zoom=z>
- GÓMEZ AYALA, A.-E. (2005). Grandes síndromes geriátricos. *Farmacia Profesional*, 19(6), 70–74. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-grandes-sindromes-geriatricos-13076255>
- Grácio, JCG; Nunes, LANV; Tavares, J. (2021). Hospitalized older adult: Predictors of functional decline. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, 1–10. https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85099466559&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=Hospitalized+older+adult%3A+predictors+of+functional+decline*&sid=9ff6e23cf58e3d9b4ed482ed199e5287&sot=b&sdt=b&sl=74&s=TITLE-ABS-KEY%28
- Gutiérrez Rodríguez, J., Rodríguez Piñera, M., Ortiz Cachero, E., González Alonso, A., Pérez Guillén, P., Jiménez Muela, F. L., Alonso Collada, A., & Solano Jaurrieta, J. J. (2013). Delirium en centros residenciales para personas mayores. Estudio de la prevalencia y los factores asociados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(4), 177–179. <https://doi.org/10.1016/J.REGG.2012.10.005>
- Gutiérrez Sánchez, A., Guardino Solá en Ciencias Químicas M^a Gracia Rosell Farrás Ingeniero Técnico Químico, X., Mondragón Barrera, M. A., Arias-Gómez, J., Ángel Villasís-Keever, M., Guadalupe Miranda-Novales, M., María Elena Mejía Rojas, Brito-Brito, P. R., García-Tesouro, E., Fernández-Gutiérrez, D. Á., García-Hernández, A. M., Fernández-Gutiérrez, R., Burillo-Putze, G., International Agency for Research on Cancer, Fernández Castro, M., Martín Gil, B., Muñoz, F., Los, F., Cabello, J., ... Servicio Provincial de Drogodependencias. (2016). 11 Preguntas Para Ayudarte a Entender Un Estudio De Cohortes. *Guía CASPe de Lectura Crítica de La Literatura Médica.*, 8(2), 3–12. <http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/cohortes11.pdf?file=1&type=node&id=157&force=%0Ahttp://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/57%0Ahttp://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.p>

Hargrave, A., Bastiaens, J., Bourgeois, J. A., Neuhaus, J., Josephson, S. A., Chinn, J., Lee, M., Leung, J., & Douglas, V. (2017). Validation of a Nurse-Based Delirium-Screening Tool for Hospitalized Patients. *Psychosomatics*, 58(6), 594.
<https://doi.org/10.1016/J.PSYM.2017.05.005>

Huang, J. (2019). *Delirio*. Trastornos Neurológicos: Manual MSD Versión Para Profesionales. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurológicos/delirio-y-demencia/delirio>

HUang, J. (2019). Delirio - Trastornos neurológicos - Manual MSD versión para profesionales. In *MSD*. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurológicos/delirio-y-demencia/delirio>

Imaginário, Cristina; Machado, Paulo; Antunes, Cristina; Martins, T. (2018). Perfil funcional de los ancianos institucionalizados en residencias: estudio piloto. *Gerokomos*, 6. [https://scielo-isciii-es.sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200059](https://scielo-isciii.es.sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200059)

INEbase. (2021).

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981

Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Proyecciones de Población 2020-2070*. 2070, 1–19. https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf

Krogseth, M., Bruun Wyller, T., Engedal, K., & Juliebø, V. (2011). Delirium is an important predictor of incident dementia among elderly hip fracture patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 31(1), 63–70.
<https://doi.org/10.1159/000322591>

Marcantonio, E. R. (2017). Delirium in Hospitalized Older Adults. *New England Journal of Medicine*, 377(15), 1456–1466. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1605501>

Martínez, F., Donoso, A. M., Marquez, C., & Labarca, E. (2017). Implementing a multicomponent intervention to prevent delirium among critically ill patients. *Critical Care Nurse*, 37(6), 36–47. <https://doi.org/10.4037/ccn2017531>

Merck and Co., Inc., Kenilworth, NJ, U. (2021). *Delirio - Trastornos neurológicos - Manual MSD versión para profesionales*. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurológicos/delirio-y-demencia/delirio>

Oh, E. S., Fong, T. G., Hshieh, T. T., Inouye, K., Sciences, B., Istraël, B., Medical, D.,

- Israel, B., & Medical, D. (2018). Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA. Author Manuscript*, 318(12), 1161–1174.
<https://doi.org/10.1001/jama.2017.12067.Delirium>
- Olmos, M., Varela, D., & Klein, F. (2019). Enfoque Actual De La Analgesia, Sedación Y El Delirium En Cuidados Críticos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 126–139. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.002>
- OMS. (2021). *CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*.
<https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F897917531>
- Pappachan, B., & Agrawal, R. (2019). Post-Operative Delirium. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, 18(1), 157–158. <https://doi.org/10.1007/s12663-018-1165-5>
- Parada, E. D. (2021). *Traducción y validación de la versión en castellano de la escala 4at, una herramienta rápida y sensible para el cribado de delirium en personas mayores hospitalizadas* [Universidad de Alcalá].
<https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=dKuFTM ODLp8%3D>
- Pérez, Yanay; Turro Mesa, Lucía Nivia; Mesa Valiente, Rita; Turro Caró, E. (2018). Peculiaridades del síndrome confusional agudo en el anciano. In *Comunicación biomédica* (p. 22(5):543). Medisan.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000500012
- Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., & Ramiro Fariñas, D. (2020). Un perfil de las mayores en España 2020. *Informes Envejecimiento En Red*, 25(2340-566X), 1–39. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
- Robles, J; Miralles, R; Llorach, I. (2010). Definición y objetivos de la especialidad de Geriatria. Tipología de ancianos y población diana. *Tratado de Geriatria Para Residentes*, 25–32.
https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05_01_I.pdf
- Schubert Mariaab, B; Dominiquec, SP; Schürch R; Haller A; Bogdanovic J; Nuñez, David; Schwarz Ursk, S. (2020). Implementation of a multiprofessional, multicomponent delirium management guideline in two intensive care units, and its effect on patient outcomes and nurse workload: a pre-post design retrospective cohort study. *Swiss Medical Weekly*, 150, 20. <https://www.scopus->

com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85078472079&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=Implementation+of+a+multiprofessional%2C+multicomponent+delirium+management+guideline+in+two+intensive+care+units%2C+and+its+effect+on+

Solà-Miravete, E., López, C., Martínez-Segura, E., Adell-Lleixà, M., Juvé-Udina, M. E., & Lleixà-Fortuño, M. (2018). Nursing assessment as an effective tool for the identification of delirium risk in older in-patients: A case-control study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), 345–354. <https://doi.org/10.1111/JOCN.13921>

Strijbos, M. J., Steunenberg, B., Van Der Mast, R. C., Inouye, S. K., & Schuurmans, M. J. (2013). Design and methods of the Hospital Elder Life Program (HELP), a multicomponent targeted intervention to prevent delirium in hospitalized older patients: efficacy and cost-effectiveness in Dutch health care. *BMC Geriatrics*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-78>

Tobar, E., Romero, C., Galleguillos, T., Fuentes, P., Cornejo, R., Lira, M. T., de la Barrera, L., Sánchez, J. E., Bozán, F., Bugedo, G., Morandi, A., & Wesley Ely, E. (2010). Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. *Medicina Intensiva*, 34(1), 4–13. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2009.04.003>

Trapero JL., & Gallardo M. (2015). Delirium o síndrome confusional agudo. A propósito de un caso. *Amf*, 11(9), 516–523. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1472

Urrutia, G., & Bonfill, X. (2010). PRISMA_Spanish.pdf. In *Medicina Clínica* (Vol. 135, Issue 11, pp. 507–511). http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/PRISMA_Spanish.pdf

Verloo, H., Goulet, C., Morin, D., & von Gunten, A. (2016a). Nursing intervention versus usual care to improve delirium among home-dwelling older adults receiving homecare after hospitalization: feasibility and acceptability of a Randomized Controlled Trail. *BMC Nursing*, 15, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0140-z>

Verloo, H., Goulet, C., Morin, D., & von Gunten, A. (2016b). Nursing intervention versus usual care to improve delirium among home-dwelling older adults receiving

homecare after hospitalization: Feasibility and acceptability of a Randomized Controlled Trail. *BMC Nursing*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/S12912-016-0140-Z>

Villanueva Mena, Andrea; Abad, Ana Mateo; Bravo Adán, Rocío; Negrodo Rojo, Eva; Bellés Aranda, Miriam; Sangüesa Lacruz, A. M. (2021). El síndrome confusional agudo en ancianos hospitalizados. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-sindrome-confusional-agudo-en-ancianos-hospitalizados/>

Yevchak, A., Steis, M., Diehl, T., Hill, N., Kolanowski, A., & Fick, D. (2012). Managing delirium in the acute care setting: a pilot focus group study. *International Journal of Older People Nursing*, 7(2), 152–162. <https://doi.org/10.1111/J.1748-3743.2012.00324.X>

Yue, J., Tabloski, P., Dowal, S. L., Puelle, M. R., Nandan, R., & Inouye, S. K. (2014). NICE to HELP: Operationalizing National Institute for Health and Clinical Excellence Guidelines to Improve Clinical Practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(4), 754–761. <https://doi.org/10.1111/JGS.12768>

ANEXOS

ANEXO 1

Il·lustración 1 Criterios diagnósticos CIE y DSM-V (Parada, 2021).

DSM 5	CIE 11
<p><i>Alteración de atención (attention) y conciencia (awareness)</i></p> <p>A Cambio, brusco (horas-días) y de gravedad fluctuante</p> <p>B Alteración cognitiva adicional (memoria, orientación, lenguaje, capacidad visuoespacial, percepción)</p> <p>C A y B no se explican mejor por una enfermedad neurodegenerativa o coma</p> <p>D Consecuencia de otra afección médica, una intoxicación o abstinencia de sustancias o de un medicamento o se debe a varias etiologías</p> <p>ESPECIFICADORES DSM 5</p> <p>Agudo: dura unas horas o días</p> <p>Persistente: dura semanas o meses</p> <p>Hiperactivo: acompañado de humor lábil, agitación o rechazo a cooperar con su asistencia médica</p> <p>Hipoactivo: acompañado de lentitud y aletargamiento próximo al estupor</p> <p>Mixto: nivel normal de actividad psicomotora (atención y percepción alteradas) o fluctuación rápida entre subtipos</p>	<p><i>Alteración de atención y conciencia (reducción de la orientación al entorno)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio, brusco (horas-días) y de gravedad fluctuante • Otros impedimentos cognitivos (memoria, orientación, lenguaje, capacidad visuoespacial, percepción) • Presencia de trastorno del ciclo sueño vigilia y síntomas psicomotores • Consecuencia de otra afección médica, una intoxicación o abstinencia de sustancias o de un medicamento o se debe a varias etiologías

ANEXO 2

Ilustraciones 2 y 3 Causalidad del delirio según el MSD (HUang, 2019)

26/12/21 17:57 Delirio • Trastornos neurológicos • Manual MSD versión para profesionales

Categoría	Ejemplos
Causas neurológicas	
Trastornos endocrinos	Insuficiencia suprarrenal o hipofisaria , síndrome de Cushing , hiperparatiroidismo , hipertiroidismo , hipotiroidismo
Enfermedades hematológicas	Síndrome de hiperviscosidad, crisis de células blásticas leucémicas, poliцитеmia , trombocitosis
Infecciones	Fiebre , neumonía , sepsis , infecciones sistémicas, infecciones urinarias
Lesiones	Quemaduras , lesiones por agentes eléctricos , embolia grasa, golpe de calor , hipotermia
Trastornos metabólicos	Alteraciones del equilibrio ácido-base , alteraciones hidroelectrolíticas (p. ej., deshidratación , hipercalcemia , hipernatremia , hipocalcemia , hiponatremia , hipomagnesemia), encefalopatía hepática o urémica, hiperosmolalidad, hiperglucemia , hipoglucemia , hipoxia, encefalopatía de Wernicke
Trastornos vasculares o circulatorios	Anemia , arritmias cardíacas , insuficiencia cardíaca , estado de hipoperfusión, shock
Deficiencia vitamínica	Deficiencia de tiamina , deficiencia de vitamina B12
Síndromes de abstinencia	Alcohol , barbitúricos , benzodiazepinas , opiáceos

UCI = Unidad de Cuidados Intensivos.

https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurológicos/delirio-y-demencia/delirio#v1036383_es 2/3

26/12/21 17:57 Delirio • Trastornos neurológicos • Manual MSD versión para profesionales

Causas del delirio

Categoría	Ejemplos
Causas neurológicas	
Trastornos cerebrovasculares	Accidente cerebrovascular hemorrágico , accidente cerebrovascular isquémico , ataque isquémico transitorio
Migraña	Migraña confusional (migraña que altera la consciencia)
Inflamación o infección	Encefalomiелitis desmielinizante aguda , absceso cerebral , vasculitis del sistema nervioso central, encefalitis , meningitis , meningoencefalitis
Trastornos convulsivos	Estado de mal epiléptico no convulsivo, estado posictal
Traumatismo	Hematoma subdural , traumatismo de cráneo
Tumor	Carcinomatosis meníngea, tumor cerebral primario o metastásico
Causas no neurológicas	
Fármacos (numerosos)	Anticolinérgicos, antieméticos, antihistamínicos (p. ej., defenhidramina), antihipertensivos, algunos antibióticos, antipsicóticos, antiespasmódicos, benzodiazepinas, fármacos cardiovasculares (a menudo beta-bloqueantes), cimetidina, corticosteroides, digoxina, agonistas dopaminérgicos, hipnóticos, relajantes musculares, opiáceos, agentes recreacionales, sedantes, antidepresivos tricíclicos

UCI = Unidad de Cuidados Intensivos.

https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurológicos/delirio-y-demencia/delirio#v1036383_es 3/3

ANEXO 3

Il·lustració 4 Póster programa SueñOn

sueñon®

Cuidamos el sueño



Evita ruidos
y luces
innecesarios

Intenta programar
los cuidados para
que permitan
el descanso de tus
pacientes

Pregunta y ten
en cuenta las
preferencias de
las personas
hospitalizadas

Mantente actualizado.
Consulta los últimos
resultados científicos



<http://suenon.recursosencuidados.es>



ANEXO 4

Il·lustració 5 Escala CAM (Confusion Assessment Method) (Trapero J.L. & Gallardo M., 2015)

Confusion Assessment Method (CAM)¹⁵
1) Inícid agudo y curso fluctuante
Viene indicado por responder de forma afirmativa a las siguientes cuestiones: <ul style="list-style-type: none">• ¿Hay evidencia de un cambio del estado mental del paciente con respecto a su estado previo hace unos días?• ¿Ha presentado cambios de conducta el día anterior, fluctuando la gravedad?
2) Inatención
Viene indicado por responder de forma afirmativa a la siguiente cuestión: <ul style="list-style-type: none">• ¿Presenta el paciente dificultades para fijar la atención? (p. ej., se distrae fácilmente, siendo difícil mantener una conversación; las preguntas deben repetirse, persevera en una respuesta previa, contesta una por otra o tiene dificultad para saber de qué estaba hablando)
3) Desorganización del pensamiento
Viene indicado por responder de forma afirmativa a la siguiente cuestión: <ul style="list-style-type: none">• ¿Presenta el paciente un discurso desorganizado e incoherente, con una conversación irrelevante, ideas poco claras o ilógicas, con cambios de tema de forma impredecible?
4) Alteración del nivel de conciencia
Viene indicado por responder de forma afirmativa a otra posibilidad diferente a un estado de «alerta normal» en la siguiente cuestión: <ul style="list-style-type: none">• ¿Qué nivel de conciencia (como capacidad de ser influido por el entorno) presenta el paciente?<ol style="list-style-type: none">1. Alerta (normal)2. Vigilante (hiperalerta)3. Letárgico (inhibido, somnoliento)4. Estuporoso (difícil despertarlo)5. Comatoso (no se despierta)
El diagnóstico de delirium por el CAM requiere la presencia de la 1 y la 2 más alguna de las otras dos (3, 4 o ambas)