

Facultade de Enfermería e Podoloxía



**Enfermería y pacientes mayores hospitalizados con delirio:
Revisión narrativa**

TRABALLO DE FIN DE GRAO EN ENFERMARÍA

Curso académico 2020/2021

Alumno: Pablo Cáncer Madera

Presentación del trabajo: Junio 2021

Director(es): Carmen María García Martínez

Índice

Índice de figuras	4
Índice de tablas	4
Índice de anexos	4
Resumen	5
Resumo	6
Abstract	7
Siglas y acrónimos	8
1.Introducción	9
2.Marco teórico-conceptual	10
3.Justificación	13
4.Pregunta de investigación y objetivos.....	14
Formulación de pregunta de estudio.....	14
Objetivo general.....	15
Objetivos específicos	15
5.Metodología.....	15
Términos MeSH y DeCS.....	15
Criterios de selección.....	16
Estrategia de búsqueda	16
Métodos de revisión	18
6.Resultados.....	19
6.1. Intervenciones dirigidas a la prevención	21
6.1.1. Intervenciones sobre las necesidades personales.....	22
6.1.2. Intervenciones sobre el entorno.....	23
6.2. Intervenciones dirigidas al abordaje.....	24
7.Discusión	28
8.Conclusiones	30

9.Bibliografía.....	31
10.Anexo I: Escala CAM.....	35
11.Anexo II: Escala DOSS.....	36
12.Anexo III: Escala NEECHAM.....	37
13.Anexo IV: Escala 4AT.....	39

Índice de figuras

- Figura I: Figura envejecimiento poblacional
- Figura II: Informe de resultados de la revisión narrativa

Índice de tablas

- Tabla I: Tabla criterios diagnósticos DMS V y CIE-10
- Tabla II: Tabla factores predisponentes y precipitantes
- Tabla III: Tabla pregunta PIO
- Tabla IV: Tabla términos MeSH y DeCS
- Tabla V: Estrategia de búsqueda en Pubmed
- Tabla VI: Estrategia de búsqueda en EBSCO HEALTH
- Tabla VII: Estrategia de búsqueda en CUIDEN
- Tabla VIII: Tabla sobre intervenciones no farmacológicas detectadas
- Tabla IX: Tabla de intervenciones NIC

Índice de anexos

- Anexo I: Escala CAM
- Anexo II: Escala DOSS
- Anexo III: Escala NEECHAM

Resumen

Introducción: Durante los últimos años se ha apreciado un aumento de la proporción de personas mayores de 65 años con respecto al resto de la población. Según Perello Camper (1), el delirio tiene una incidencia del 10% al 56% sobre la población mayor de 65 años hospitalizada. Tendiendo este dato en consideración, se busca tanto prevenir como identificar de forma precoz este síndrome o en su defecto abordarlo una vez se ha instaurado llevando a cabo cuidados de calidad. Es por esto por lo que se pretende identificar las intervenciones enfermeras destinadas tanto a la prevención como al abordaje del delirio en las personas mayores de 65 años hospitalizadas.

Objetivo: Analizar la producción científica sobre el delirio en pacientes mayores de 65 años hospitalizados.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión narrativa acerca del delirio en pacientes mayores de 65 años hospitalizados. Se accedió durante los meses de enero a abril de 2021 a las bases de datos: Pubmed, EBSCO HEALTH y Cuiden utilizando MeSH y DeCS específicos. También se accedió de forma manual a través de Google Académico a diversos trabajos. De los 204 artículos que se hallaron en un primer momento, tan solo 30 se acabaron incluyendo finalmente en esta revisión por cumplir los criterios de inclusión pertinentes y considerar que respondían a la pregunta PIO de este trabajo.

Resultados: La reorientación, la revisión de la mediación, la involucración de la familia son algunas de las intervenciones que más recoge la bibliografía. Según el propósito de las intervenciones podemos clasificarlas en dos grandes grupos: prevención y abordaje.

Conclusiones: Se ha demostrado la eficacia de las intervenciones no farmacológicas, pero es necesaria la profundización en este campo. Se ha de impulsar a la enfermería a ampliar su campo de conocimiento en este ámbito y a ponerlo en práctica.

Palabras clave: “Delirio”, “SCA”, “Ancianos”, “Personas mayores”, “Hospitalización”, “Cuidados enfermeros”.

Resumo

Introdución: Nos últimos anos aumentou a proporción de persoas maiores de 65 anos respecto ao resto da poboación. Segundo Perello Camper (1), o delirio ten unha incidencia do 10% ao 56% na poboación hospitalizada maior de 65 anos. Tendo en conta estes datos, o obxectivo é previr e identificar precozmente esta síndrome ou, no seu defecto, abordala unha vez establecida mediante unha atención de calidade. É por iso que o obxectivo é identificar as intervencións de enfermaría dirixidas tanto á prevención como ao tratamento do delirio en persoas hospitalizadas maiores de 65 anos.

Obxectivo: Analizar a produción científica sobre o delirio en pacientes hospitalizados maiores de 65 anos.

Metodoloxía: Levouse a cabo unha revisión narrativa do delirio en pacientes anciáns hospitalizados de 65 anos. Accedéronse ás seguintes bases de datos de xaneiro a abril de 2021: Pubmed, EBSCO HEALTH e Cuiden usando MeSH e DeCS específicos. Tamén se accedeu a varios traballos manualmente a través de Google Scholar. Dos 204 artigos que se atoparon inicialmente, só 30 foron finalmente incluídos nesta revisión porque cumpriron os criterios de inclusión pertinentes e consideraron que responderon á pregunta PIO deste estudo.

Resultados: Reorientación, revisión da mediación, participación familiar son algunhas das intervencións que recolle a bibliografía. Segundo o propósito das intervencións, podemos clasificalas en dous grandes grupos: prevención e abordaxe.

Conclusións: Demostrouse a eficacia das intervencións non farmacolóxicas, pero é necesario estudar máis neste campo. Débese fomentar a enfermaría para ampliar o seu campo de coñecemento nesta área e poñela en práctica.

Palabras clave: "Delirium", "SCA", "Anciáns", "Anciáns", "Hospitalización", "Coidados de enfermaría".

Abstract

Introduction: In recent years there has been an increase in the proportion of people over 65 with respect to the rest of the population. According to Perello Camper (1), delirium has an incidence of 10% to 56% in the hospitalized population over 65 years of age. Taking this data into consideration, the aim is to both prevent and identify this syndrome early or, failing that, to address it once it has been established by carrying out quality care. This is why the aim is to identify nursing interventions aimed at both the prevention and treatment of delirium in hospitalized people over 65 years of age.

Objective: To analyze the scientific production on delirium in hospitalized patients over 65 years of age.

Methodology: A narrative review of delirium was carried out in hospitalized elderly 65-year-old patients. The following databases were accessed from January to April 2021: Pubmed, EBSCO HEALTH and Cuiden using specific MeSH and DeCS. Various jobs were also accessed manually through Google Scholar. Of the 204 articles that were initially found, only 30 were finally included in this review because they met the relevant inclusion criteria and considered that they answered the IOP question of this study.

Results: Reorientation, mediation review, family involvement are some of the interventions that the bibliography collects. According to the purpose of the interventions, we can classify them into two large groups: prevention and approach.

Conclusions: The efficacy of non-pharmacological interventions has been demonstrated, but further study is required in this field. Nursing must be encouraged to broaden its field of knowledge in this area and to put it into practice.

Keywords: "Delirium", "SCA", "Elderly", "Elderly", "Hospitalization", "Nursingcare".

Siglas y acrónimos

MeSH: Medical Subject Headings

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud
SCA: Síndrome Confusional Agudo

PICO: Población/problema, Intervención, Comparativa, Outcomes (resultados)

DMS-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -V

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades-10

NIC: Nursing Interventions Classification

RS: Revisión Sistemática

RN: Revisión Narrativa

GPC: Guía de Práctica Clínica

ECA: Ensayo Controlado Aleatorizado

RUC: Repositorio de la Universidad de A coruña

CAM: Confusion Assesment Method

DOSS: Delirium Observation Screening Scale

NEECHAM: Neelon and Champagne Confusion Scale

1. Introducción

Actualmente nos encontramos ante una población envejecida, en la sociedad de hoy en día las personas mayores de 65 años suponen el 19.3% del total de población (2), y como se puede observar en la Figura I esta tendencia sigue un ritmo ascendente con previsiones a alcanzar el 26.5% del total de la población española en el año 2035(3).

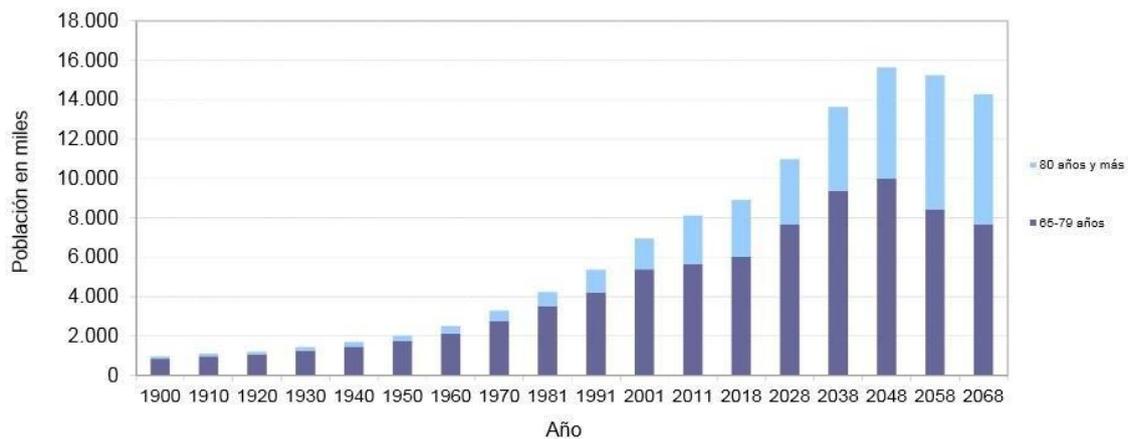


Figura I

Esta situación es observable a nivel global, si contemplamos el panorama europeo, Italia (22,3%), Alemania (21,2%), Grecia (21,5%) y Portugal (21,1%) son los países de la UE (Unión Europea) más envejecidos, quedando España encuarto lugar (2).

Pero, este envejecimiento poblacional lleva implícitos otros aspectos que pueden pasar desapercibidos. Siendo uno de estos aspectos el aumento de los ingresos hospitalarios, llegando a suponer 57,9% de los ingresos hospitalarios del 2018 a la población de los mayores de 65 años (2).

El delirio supone uno de los grandes problemas en lo que se refiere a los trastornos habituales en la población mayor hospitalizada (4), pero paradójicamente si atendemos a la experiencia clínica real es reseñable la poca importancia que se le da, bien por desconocimiento por parte del personal sanitario de este trastorno o bien por las altas cargas de trabajo que sufre el personal sanitario (5).

2. Marco teórico-conceptual

Con el pasar de los años y el avance de la ciencia, a este trastorno se le ha denominado de diferentes maneras, pasando desde términos como “confusión” o “agitación”, hasta llegar a hoy en día donde podemos encontrar dos denominaciones comunes en la literatura; a este trastorno lo podemos encontrar como Síndrome Confusional Agudo (SCA) o como delirio (delirium en inglés).

El delirio es uno de los grandes “síndromes geriátricos”, lo que es apreciable ya que, se estima que la incidencia de este síndrome en la población española puede abarcar desde un 10% hasta el 56%, aumentando su incidencia en pacientes entre los 75 y los 80 años, siendo rara su aparición por debajo de los 60 años (1).

Podemos clasificar los tipos de ingresos hospitalarios en dos tipos de unidades: las médicas, y las quirúrgicas, atendiendo a esta clasificación, según el estudio de Sarinnpha (6) podemos observar que en las primeras en torno al 30%-50% de los pacientes desarrollaran un cuadro delirio durante su estancia hospitalaria, mientras que en las segundas el porcentaje supone el 27%-51%. Pese a no ser el objeto de estudio de este trabajo, otro dato que nos también nos permite ver la problemática de este síndrome, es su porcentaje de aparición en las residencias para mayores, apareciendo hasta en el 50% de sus residentes (7).

Actualmente podemos definir el delirium según dos criterios diagnósticos: el primero siguiendo el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales V (DMS-V), por el cual se define el delirio como “una perturbación en la atención, la conciencia y la percepción la cual se desarrolla en un corto periodo de tiempo y que fluctúa a lo largo de la duración del síndrome” (8). Una particularidad de este cuadro y una de las cosas por las que es difícil de identificar es que a pesar de tener una presentación súbita (lo contrario a la demencia, con la que a veces es confundido) (9) tiene un trayecto fluctuante a lo largo de las horas o los días, con esto queremos decir que el paciente no presentará la misma clínica durante toda la duración del trastorno.

El segundo que seguiría los criterios diagnósticos existentes sería la Clasificación Internacional de enfermedades, recogida en la Tabla I (10). Una gran diferencia entre estos dos criterios es que si utilizamos los criterios de la CIE (Clasificación Enfermería y pacientes mayores hospitalizados con delirio: Revisión narrativa

Internacional de Enfermedades) deberemos tener en cuenta la alteración de los ciclos de sueño-vigilia.

<i>DSM-5</i>	<i>CIE-10</i>
Alteración de la conciencia	Obnubilación de la conciencia
Instauración rápida y fluctuante	Alteración de la cognición, manifestado por: <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la memoria inmediata y reciente • Desorientación espaciotemporal
Alteración cognitiva	Al menos una de estas alteraciones psicomotrices: <ul style="list-style-type: none"> • Cambios rápidos e imprevisibles de hipoactividad a hiperactividad o al revés. • Incremento del tiempo de reacción • Incremento o disminución del flujo de discurso
El 1º y 3º criterio no puede explicarse por otro trastorno	Alteraciones del ciclo de sueño-vigilia
Debe haber evidencia de que estas alteraciones son consecuencia de otra alteración médica, exposición a tóxicos o privación de ellos.	Inicio rápido de la clínica y fluctuaciones de esta durante el episodio
	Evidencia de que es secundario a una enfermedad cerebral o sistémica

Tabla 1

No se considera que el delirio tenga una única causa, se considera que es un cuadro de etiología multifactorial, es decir, la presencia de varios factores de riesgo acaba desencadenando la aparición del delirio. C.Perello Camper (1) e Inouye (11) establecen 2 tipos de factores de riesgo, por una parte, establecen que hay una serie de “factores predisponentes” los cuales aumentan la vulnerabilidad, Enfermería y pacientes mayores hospitalizados con delirio: Revisión narrativa

es decir, hacen más proclive al paciente a sufrir delirio, mientras que los “factores precipitantes” lo que hacen es aumentar las posibilidades de sufrir episodios de delirio. Todos estos factores los podemos observar en la Tabla II.

F. Predisponentes	F. Precipitantes
Edad avanzada	Introducción de fármacos (sedantes, hipnóticos, narcóticos, etc.) o abstinencia de estos
Sexo masculino	Deprivación del sueño
Demencia previa, deterioro cognitivo y antecedentes de SCA	Factores ambientales (ingresos hospitalarios, cambios en el entorno, etc.)
Dependencia funcional	Enfermedades intercurrentes
Déficits visuales o auditivos	Cirugía
Polifarmacia	Retención urinaria o fecal
Enf. Coexistentes y gravedad de estas	
Deshidratación y malnutrición	
<i>Aumentan vulnerabilidad</i>	<i>Desencadenan delirium</i>

Tabla II

Otro aspecto que caracteriza a este síndrome es la variabilidad que presenta en su presentación. Este aspecto lo identificó Lipowski clasificando el delirio en cuatro tipos distintos según los síntomas psicomotores presentes: hiperactivo, hipoactivo, mixto e inclasificable; pero a pesar de estar definidos, un mismo episodio de delirio puede fluctuar entre las diferentes presentaciones.

- Delirio hiperactivo

Ese tipo se caracteriza principalmente por la hiperactividad psicomotora, el paciente presentará agitación, agresividad, confusión, alucinaciones, desorientación temporal y espacial e ideación delirante (8). Entre los cuatro tipos de delirio este será el más fácil de diagnosticar por los síntomas tan claros que se presentan.

- Delirio hipoactivo

El paciente presenta hipoactividad psicomotora, lo que podemos traducir en alteración de la cognición, descenso de la atención, confusión y un descenso en la fluidez y sentido del discurso.

Este tipo es el más presente en la población anciana, aunque a la hora de identificarlo se puede confundir con cuadros depresivos o con demencia (9).

- Delirio tipo mixto

Se presenta como una fluctuación entre las presentaciones anteriores.

- Inclasificable

En este caso el paciente no muestra alteración de la actividad psicomotora por lo que el paciente se muestra aparentemente tranquilo, este tipo de SCA es el menos común de los presentados (10).

3. Justificación

Estamos ante una población envejecida, lo que conlleva un aumento de los problemas inherentes a las personas mayores, uno de estos problemas es el aumento de los ingresos hospitalarios, es por esto por lo que se hace patente la importancia de los cuidados basados en la evidencia para intentar mejorar la calidad de estos, dispensados por los equipos multidisciplinares y especialmente el personal de enfermería.

El delirio es un ejemplo de uno de los síndromes geriátricos que tienen una gran importancia durante el ingreso, ya que este síndrome conlleva consecuencias negativas para la población mayor, como son el no retorno a una vida independiente o la propensión al deterioro cognitivo.

El consumo de recursos sanitarios será mayor por parte de este segmento de la población, suponiendo una elevación de los costes sanitarios atribuibles al delirio por encima de los 182 billones de dólares americanos según el estudio llevado a cabo por Sarinnpha (6).

Por la posición de cercanía que tenemos el personal de enfermería con los pacientes, nos encontramos en una posición privilegiada a la hora de afrontar este trastorno. Ya sea tanto a nivel de prevención, como de detección o de abordaje, es importante que la enfermería se familiarice con este síndrome para poder garantizar unos cuidados de calidad y centrados en las necesidades de los pacientes.

Consideramos que sería necesario protocolizar todas las intervenciones que según la evidencia científica son efectivas tanto en el abordaje como en la prevención del delirio en las personas mayores de 65 años hospitalizadas.

Se justifica de esta manera la realización de esta revisión, donde lo que se pretende es conocer la producción científica acerca del delirio en los pacientes mayores de 65 años hospitalizados e identificar que intervenciones destinadas a la prevención y al abordaje son efectivas.

4. Pregunta de investigación y objetivos

Formulación de pregunta de estudio

Como inicio para esta revisión, comenzamos la elaboración de la pregunta PICO/PIO. Bajo el acrónimo PICO, se resumen los 4 componentes de la estructura de una pregunta de investigación (Tabla III): Población/problema, Intervención, Comparativa, Outcomes (resultados). En este caso, la pregunta sería la siguiente:

¿Qué intervenciones se hallan en la literatura enfocadas en la prevención y el abordaje del delirio en pacientes mayores hospitalizados?

P	I	O
Personas mayores de 65 años hospitalizadas en unidades médicas o quirúrgicas	Intervenciones para prevenir o abordar el delirio	Eficacia de las intervenciones para prevenir o abordar el delirio en personas mayores de 65 años hospitalizadas

Tabla III

De esta manera se procedió a diseñar los objetivos de la revisión:

Objetivo general

Analizar la producción científica respecto al delirio en los pacientes mayores de 65 años hospitalizados.

Objetivos específicos

Identificar las intervenciones orientadas a la prevención del delirio.

Identificar las intervenciones orientadas al abordaje del delirio.

Identificar las intervenciones enfermeras que están recogidas en la NIC destinadas a prevenir o manejar el delirio.

5. Metodología

Términos MeSH y DeCS

Con el fin de acceder a la literatura pertinente, previamente, se convirtió la pregunta PIO planteada a términos MeSH y DeCS (Tabla IV), un vocabulario controlado utilizado para rescatar resultados que se ajustasen a nuestro objetivo.

TÉRMINO	MeSH	DeCS
Anciano	“Elderly” “Aged” “Senior” “Geriatric” “Old people”	“Mayores
Enfermería	“Nursing care”	“Enfermería”
Delirio	“Delirium” “Acute confusión” “Confusion”	“Delirio”
	“Disorientation”	
“Hospitalizado”	“Hospitalization”	“Hospitalizado”

Tabla IV

Criterios de selección

Se incluyeron en esta revisión los documentos que respondiesen a la pregunta PIO planteada y, además, cumplieren con los siguientes criterios de inclusión:

- Tipos de estudio: Revisiones sistemáticas (RS) con y sin metaanálisis, revisiones narrativas (RN), guías de práctica clínica (GPC), estudios originales cuantitativos o mixtos, estudios de casos-controles, ensayos clínicos, ensayos controlados aleatorizados (ECA).
- Muestra: Pacientes mayores de 65 años hospitalizados en unidades quirúrgicas o médicas.
- Ámbito: Hospitalario
- Idioma de los artículos: Castellano e inglés.
- Rango temporal: Desde el 2010 hasta el 2021.

Por otro lado, se rechazaron todos aquellos trabajos que cumplieren alguno de los siguientes criterios de exclusión:

- Muestra: Personas menores de 65 años
- Ámbito: Pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos, pacientes ingresados en unidades de cuidados paliativos o en residencias para mayores.
- Tipos de estudios: Cartas al director, editoriales, reseñas bibliográficas, folletos informativos.

Estrategia de búsqueda

Para la realización de esta revisión, se llevó a cabo durante los meses de enero a abril de 2021 una búsqueda de información relacionada con el objeto de estudio en distintas bases de datos científicas (Tablas V a VII).

Pubmed	
Estrategia de búsqueda	((<i>"Delirium" [Mesh]</i>) AND <i>"Aged" [Mesh]</i>) AND <i>"Nursing care" [Mesh]</i> ((<i>"Aged"[Mesh]</i>) [TITLE]) AND <i>"Nursing Care"[Mesh]</i> [TITLE]) AND <i>"Delirium"[Mesh]</i> [TITLE]) <i>Filters: Systematic Review</i>
Idiomas	Inglés y castellano
Años de publicación	Entre 2010 y 2021
Resultados	97 publicaciones
Publicaciones seleccionadas	11

Tabla V

EBSCO Health	
Estrategia de búsqueda	Delirium OR acute confusion OR confusion OR disorientation AND aged OR elderly or senior OR older people OR geriatric AND nursing care AND hospitalization
Idiomas	Inglés y castellano
Años de publicación	Desde 2010 hasta 2021
Resultados	97 publicaciones
Publicaciones seleccionadas	11

Tabla VI

CUIDEN	
Estrategia de búsqueda	("delirium") AND (("mayores"))AND ("hospitalizados")AND("enfermería")
Idiomas	Castellano

Años de publicación	Desde 2010 hasta 2021
Resultados	4
Publicaciones seleccionas	2

Tabla VII

Por otro lado, se utilizó el buscador de Google para acceder a varios documentos y páginas webs de forma manual.

También fueron utilizados recursos de la Universidad de A Coruña: Repositorio Institucional (RUC) o la herramienta de préstamo interbibliotecario para acceder a la mayor cantidad de artículos que no se encontraban disponibles para su acceso a texto completo.

Finalmente, para organizar la toda la bibliografía utilizada y además citar las referencias se trabajó con el gestor bibliográfico Zotero.

Métodos de revisión

Como primer paso para la realización de este trabajo se inició con la búsqueda en la base de datos Pubmed, por su alto grado de evidencia. A continuación, se prosiguió con las búsquedas bibliográficas en la base de datos hispana Cuiden, ya que se creía conveniente contar con bibliografía en castellano y en el proveedor de bases de datos EBSCO HEALTH, el cual integra las bases de SCOPUS, CINHALL y Medline.

Tras buscar en las bases de datos citadas anteriormente se obtuvieron un total de 198 artículos. A partir de este punto se comenzó con un proceso de lectura por título y resumen, consiguiendo así 86 artículos “posiblemente válidos”. Se procedió entonces a una lectura crítica del texto completo de dichos artículos haciendo que finalmente resultaran relevantes un total de 24 artículos. A estos resultados se le ha añadir los obtenidos mediante búsquedas manuales, los cuales son un total de 6 resultados. Este proceso de selección se plasma en la Figura II.

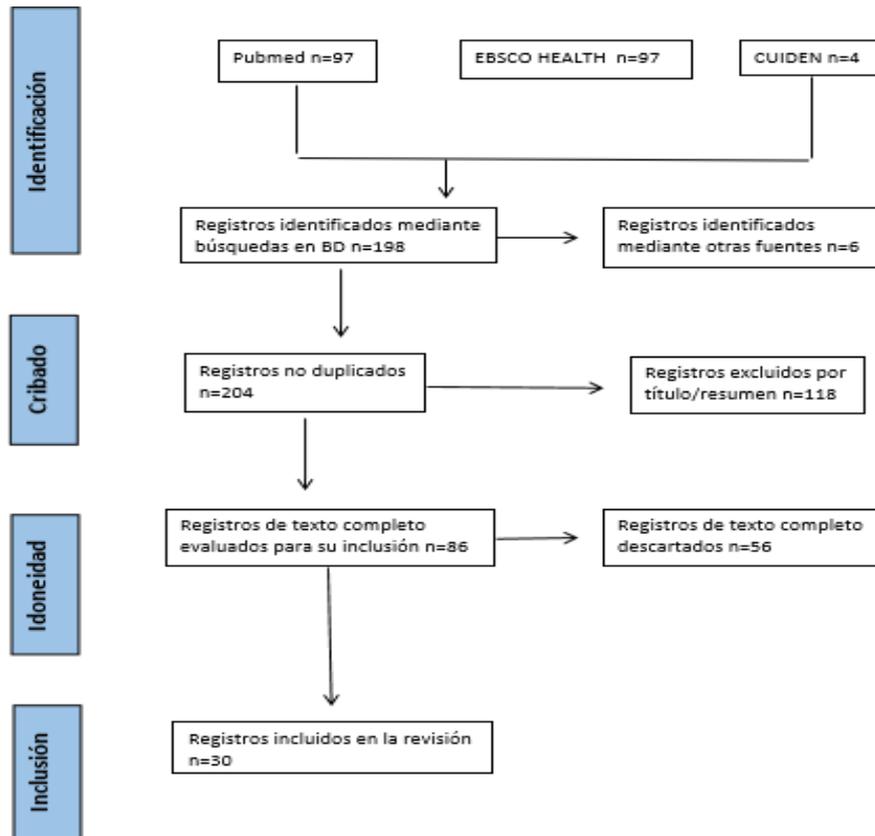


Figura II

6. Resultados

En la RS de Claudia Eckstein (12) se describen un total de 18 campos de intervenciones no farmacológicas (Tabla VIII) indicadas para la prevención o el manejo del delirio en pacientes mayores de 65 años hospitalizados, dentro de las cuales los campos de “educación para el personal” y “movilización” son las representadas con un 88% y 84% respectivamente. El 44% de los estudios incluidos en esta revisión solo abarcan las intervenciones destinadas a la prevención del delirio, mientras que el 52% abarcan tanto la prevención como el abordaje pese a no especificar las intervenciones diferenciadas entre la forma hiperactiva y la hipoactiva. En los datos de esta RS se establece que la variable más estudiada en los artículos que incluye dicha revisión es la incidencia del delirio, apareciendo en el 17,68% de los artículos que incluye dicha revisión, señalando que dicha variable es el mejor indicador para valorar la eficacia de las intervenciones.

Pese a que los datos epidemiológicos obtenidos de esta revisión no son concluyentes, sí que se resalta el impacto positivo de las intervenciones no farmacológicas.

Campos de intervenciones no farmacológicas detectadas
Educación
Movilización
Soporte multidisciplinar/interdisciplinar
Nutrición/Comida/ Metabolismo
Revisión de la medicación
Discapacidad sensorial
Entorno social
Entorno físico
Balance hídrico
Ritmos día-noche
Reorientación
Dolor
Detección/Screening
Monitorización
Suministro suficiente de oxígeno
Estimulación cognitiva
Infección
(Emergencia) Cirugía

Tabla VIII

En los diferentes trabajos analizados para esta revisión se puede apreciar que tanto los tamaños muestrales, como los medios en los que se llevaron a cabo los estudios no eran iguales. Esta desigualdad la podemos apreciar mediante una comparación, mientras que en el estudio llevado a cabo por Haseman (13) se establece un muestreo de 138 pacientes, de los cuales, un 44% desarrollo delirio durante la estancia hospitalaria, mientras que en el estudio realizado por Kraatz (14), el tamaño muestra era mayor (239 pacientes), de los cuales el 20,2% del grupo que no recibió intervenciones al respecto desarrollo delirio. Un dato importante que podemos obtener de algunos de los estudios revisados es que el delirio es más habitual en las unidades quirúrgicas, ya que, al someter a los pacientes a intervenciones quirúrgicas, junto a todo lo que esto conlleva (sedo-analgésia, traslado de unidades, deprivación sensorial, posibles complicaciones) actúan como factor precipitante para desarrollar este síndrome, dato que coincide con lo propuesto por Bellelli (15), que indica que mientras el delirio presenta una prevalencia del 14% al 24% en el ámbito hospitalario, en particular en las unidades quirúrgicas este dato se eleva a que 1 de cada 5 pacientes desarrollara delirio durante su estancia, lo que concuerda con lo propuesto por Mansutti (9) que arroja una prevalencia del 19% al 28% en doce unidades médicas de doce hospitales del norte de Italia.

Este cuadro implica ciertos eventos negativos, como son el aumento de la mortalidad (25%-33%) (6), el aumento de la duración de la estancia hospitalaria, el aumento del riesgo de sufrir caídas o el riesgo de sufrir deterioro cognitivo persistente tras el episodio de delirio.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos de la RS de Claudia Eckstein (12) establecemos los contextos de intervenciones dirigidas a la prevención e intervenciones dirigidas al manejo del delirio para clasificar los siguientes resultados:

6.1. Intervenciones dirigidas a la prevención

En lo que se refiere al campo de las intervenciones preventivas cabe destacar el trabajo hecho por las RS de Paul Ludolph (16) y Felipe Martínez (17) donde ambos coinciden en que el indicador más acertado para cuantificar la eficacia de las intervenciones no farmacológicas es la incidencia del delirio, de la cual Felipe Martínez (17) afirma que la aplicación de estas intervenciones repercute en un descenso del 30% sobre la incidencia de este síndrome. En estos dos trabajos podemos sacar otros datos como es la importancia que ambos investigadores dan a algunas intervenciones como son: la hidratación, la reorientación, la revisión de los tratamientos farmacológicos del paciente y el uso de herramientas validadas para la identificación de este síndrome, coincidiendo ambos trabajos en el uso de escala CAM (Confusion Assessment Method), la cual identifica la presencia o no presencia del delirio, aun siendo una escala ampliamente utilizada, un factor que juega en contra de esta escala es que para poder utilizarla se requiere de un entrenamiento específico para la misma. Al contrario que estas RS, en el estudio de Hasemann(13) se establece una comparación de las escalas CAM y DOSS (Delirium Observation Screening Scale) argumentando que esta última escala del delirio es más completa para la prevención ya que valora siete ítems distintos, pero también cabe destacar la pobre sensibilidad de esta misma en el uso diario fuera de los servicios para los que está validada (cirugía cardíaca, unidades de cuidados paliativos, hospicios y unidades de cuidados intensivos). Otra escala para recalcar es la NEECHAM (Neelon and Champagne Confusion Scale), la cual ha sido diseñada específicamente para ser aplicada por el personal de enfermería, contando con todos los campos de la escala CAM sumando a estos aspectos psicológicos. Contando con un 95% de sensibilidad, esta escala no solo es capaz de detectar la presencia del delirio, es capaz también de medir la severidad de este

en el caso de que esté presente(18). Otra escala a tener en cuenta es la conocido como "4AT", esta herramienta se puede utilizar a modo de screening en servicios como los son las unidades de medicina interna o en unidades geriátricas (15). Este punto es importante ya que en este tipo de servicios (al igual que en los servicios de cirugía) es donde más población mayor de 65 años hay hospitalizada. Otro punto a tener en cuenta y por lo que también se decide a incluir esta escala es que al contrario que las anteriormente nombradas, no es necesario un entrenamiento específico para aplicar esta herramienta. Estas escalas se pueden observar en los Anexos I, II, III.

6.1.1. Intervenciones sobre las necesidades personales

En las tres RS citadas hasta ahora se habla de las intervenciones únicamente en el contexto general de las mismas, es decir, se identifican los contextos a los que pertenecen dichas intervenciones sin concretizar en que actuaciones se traducen. Tres de las intervenciones preventivas más repetidas en todos los trabajos consultados para esta revisión son las de reorientación diaria, la involucración/educación de la familia y la estimulación cognitiva. En el campo de la reorientación diaria podemos hallar algunas de las acciones más sencillas, pero también más factibles de aplicar en la práctica clínica diaria, dichas intervenciones las podemos ver recogidas en los trabajos de Kraetz (14) y Faught (18), donde ambos autores abogan por facilitar a los pacientes sus elementos de ayuda, tanto visual como auditiva (gafas, audífonos, etc.) ya que estos utensilios impiden que el paciente experimente una privación sensorial la cual es uno de los factores de riesgo para sufrir episodios de delirio.

Una estrategia habitual en la bibliografía consultada es la basada en la reorientación diaria de los pacientes por parte del personal sanitario o de los acompañantes (19). Esta reorientación se podría realizar verbalmente o como se indicará más adelante mediante elementos externos.

En la mayoría de los trabajos consultados los autores resaltan la importancia de la participación de la familia/acompañantes del paciente como elementos preventivos para la aparición del delirio, pero en la mayoría de ellos no se especifica ni la frecuencia de las visitas, ni la cantidad de acompañantes que se deberían de permitir para que esto no haga de factor estresante provocando que el paciente sufra episodios de desorientación por un exceso de estímulos. Una vez

más cabe destacar el estudio de Kratz (14) donde se indica que la incidencia de este síndrome podría verse disminuida si se designase a una única persona de contacto durante la estancia hospitalaria.

Otras intervenciones destacables y que sí son apreciables en la práctica clínica son las referentes a la monitorización y el suministro adecuado de oxígeno, estas dos medidas las podemos ver ejemplificadas en el caso de que un paciente sufra un episodio de hipoxia por una mala perfusión sanguínea, de esta manera teniendo monitorizadas las constantes vitales del paciente (Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca, Saturación de Oxígeno y Frecuencia Respiratoria) podremos anticiparnos a esta situación aplicando oxigenoterapia y evitando la aparición del cuadro de delirio(20).

La polifarmacia es una situación que se da con frecuencia en los pacientes hospitalizados, siendo aún más habitual en los pacientes mayores de 65 años añadiendo sus tratamientos domiciliarios a los hospitalarios, es por lo que la revisión de la medicación por parte del personal sanitario en el momento del ingreso es imprescindible, evitando así duplicidades y/o fármacos de riesgo (benzodiazepinas, antipsicóticos, etc.) (19). Esto coincide con una de las conclusiones obtenidas en la revisión sistemática de Lisa Whitehead (7) donde afirma que esta intervención está relacionada con un descenso en la incidencia del delirio, este estudio a pesar de estar basado en residencias para mayores es extrapolable a este trabajo ya que la polifarmacia se da en ambos ámbitos.

Por último, otro aspecto enfocado a la prevención de este síndrome es la que se refiere a la educación del personal sanitario. En este campo Louise Bélanger (21) realiza un enfoque interesante ya que propone la formación de grupos de dialogo con enfermeras que hayan tenido experiencias con pacientes con episodios de delirio, estos grupos se basaban en la premisa de que relatando sus experiencias y cuestionando sus prácticas de una manera empírica y respetuosa ayudarían a mejorar sus actuaciones ante estas situaciones como su campo de conocimiento.

6.1.2. Intervenciones sobre el entorno

En el ámbito de las intervenciones enfocadas en el entorno del paciente, lo que se pretende para evitar la aparición del delirio es crear un ambiente con los estímulos controlados para el paciente. En este sentido podemos encontrar diferentes actuaciones fácilmente aplicables en la práctica clínica real.

Una situación habitual durante los ingresos hospitalarios es la que se da en conjunto a la polifarmacia, es decir, los pacientes se encuentran rodeados de diferentes perfusiones intravenosas (22), la presencia prolongada de estos elementos puede llegar a desorientar a los pacientes mayores, más aún si dichos pacientes ya tenían un deterioro cognitivo previo, es por eso por lo que no se debe prolongar la presencia de las perfusiones farmacológicas más allá del tiempo necesario (19).

En el apartado anterior se describió la utilidad de la reorientación diaria, enfocado esto al entorno del paciente cabe destacar el estudio de Bellelli (15), el cual destaca el uso de dispositivos que se podrían usar como elementos de orientación temporal como lo son los relojes y los calendarios ya que mediante la validación de la orientación verbal por parte de los acompañantes del paciente o la del personal sanitario por un segundo elemento como lo son los antes nombrados. Aunque no actúe como elemento de reorientación en sí mismo, un utensilio que sí se utiliza en la práctica real es el uso de pizarras con el abecedario y números para pacientes que no son capaces de comunicarse verbalmente.

Otra intervención que puede ayudar a evitar los episodios de delirio es el mantenimiento de las rutinas, esto quiere decir que los cuidados que se proporcionen de manera diaria se intenten realizar siempre a las mismas horas para evitar alterar los horarios de los pacientes. En relación con esto están otros puntos como lo son el respeto de los ritmos de sueño vigilia-vigilia, es decir que no sea imprescindible evitar interrumpir el sueño de los pacientes (23). Otro punto relacionado con esto sería el aprovechar las horas de luz diarias y evitar la oscuridad mantenida en la habitación, intentando controlar una posible privación sensorial.

Para finalizar este punto, otra situación que debemos evitar es el realizar cambios en el entorno de los pacientes, como pueden ser cambios de unidad o de habitación, ya que esto puede favorecer la desorientación de los pacientes, actuando como factor de riesgo para desarrollar un episodio de delirio (15).

6.2. Intervenciones dirigidas al abordaje

En lo referente al manejo de los pacientes con delirio, al igual que en las medidas propuestas en el punto anterior, gran parte de los autores abogan por un enfoque

multidisciplinar y no farmacológico, quedando las intervenciones farmacológicas como último recurso.

Ann. Schreier (23) afirma que una vez que el delirio se ha iniciado el principal objetivo del personal de enfermería debe ser mantener la seguridad del paciente; esto lo podemos conseguir aplicando elementos de protección que no supongan factores estresantes para el paciente como lo pueden ser las baldas protectoras a los lados de la cama.

Debido a la naturaleza multifactorial de este síndrome, una intervención importante que se debería realizar sería identificar la causa subyacente (15) (18) (8), ya que si se actúa sobre el origen del trastorno y no únicamente en el manejo de los síntomas estaríamos disminuyendo las posibles complicaciones del delirio (caídas, deterioro cognitivo posterior, úlceras por presión, etc. (20).

Educar a la familia de los pacientes con delirio está identificado como una intervención dentro de las competencias del personal de enfermería, de esta forma estaremos empoderando a los familiares los cuales serán capaces de realizar estrategias de manera conjunta que podrían mitigar o disminuir los síntomas de este síndrome (23).

Una situación común en las unidades de hospitalización es el alto ratio de pacientes/enfermera, esto hace más difícil que el personal de enfermería sea capaz de detectar precozmente los cuadros de delirio o de abordarlos adecuadamente una vez que estos aparecen. Es por esto por lo que una medida enfocada al manejo que se debería de valorar sería el designar más personal de enfermería en las plantas de hospitalización (9).

Un enfoque que proponen Flaherty (24) y Laura Bee Gek Tay (25) es la creación de pequeñas unidades destinadas a pacientes que estén sufriendo episodios de delirio. En estas unidades los pacientes se encuentran en la misma estancia, pero preservando la intimidad mediante cortinas o biombos. Esta decisión se hace mediante la premisa de que el aislamiento de los pacientes actúa como factor de riesgo para el empeoramiento del delirio. Ya que en estas unidades la cantidad de pacientes es mucho menor a la que hay en una unidad estándar de hospitalización la ratio enfermera/paciente es mucho más alto lo que proporciona una atención mucho más individualizada para los pacientes lo que hace que el personal sanitario sea capaz de tratar de manera más efectiva tanto los síntomas como las

causas subyacentes de este síndrome. En ambos estudios se ve una mejoría de los pacientes internados en estas unidades, resaltando el beneficio de la movilización precoz y de los programas de rehabilitación en el caso de Laura Bee Gek Tay(25).

En los estudios de Jenny Day (26) y Joseph Flaherty (24) afirman que en el caso de pacientes que estén cursando un cuadro delirio las estrategias de reorientación pueden no ser efectivas, es por ello que estos autores abogan por no continuar con dichas estrategias ya que según los testimonios de los pacientes en el estudio de Jenny Day (26) afirman que aun estando en una situación de desorientación o agitación eran capaces de comprender la situación pero se veían incapaces de expresarlo, por lo que esta incapacidad de comunicarse con el equipo de salud actúa como agente estresante. Es por esto por lo que en los casos de que la reorientación no sea efectiva otro enfoque terapéutico sería el explicar detenidamente la situación al paciente aun cuando parezca que este no sea capaz de comprender las explicaciones, mediante esta medida lo que se consigue es validar las emociones y las experiencias de los pacientes.

En el caso de las intervenciones farmacológicas la bibliografía coincide que se debería aplicar como último recurso en el caso de que el enfoque no farmacológico fuese inefectivo. Otros autores afirman que este tipo de intervenciones solo son efectivas en el caso de que el delirio sea de tipo hiperactivo (19), ya que es en caso en el que paciente se encuentra agitado y posiblemente agresivo. En el caso de ser necesaria esta intervención, algunos fármacos de uso común para este trastorno son el Haloperidol, la Risperidona y la Olanzapina (18).

En último lugar, la intervención destinada a las contenciones físicas o mecánicas esta desaconsejada en toda la bibliografía, y en el caso de aplicarse solo debería ser en los casos en los que la seguridad del paciente o los que le rodean este comprometida, esta situación es proclive que se de en el caso de que el paciente este sufriendo un delirio de tipo hiperactivo, ya es en este tipo donde se presenta la agitación psicomotora y los comportamientos agresivos (27).

Por último, para responder al último objetivo secundario, se indican a continuación las intervenciones de enfermería que están recogidas en la taxonomía NIC (28), que mantienen una relación con las intervenciones no

farmacológicas enfocadas a la prevención y al abordaje descritas anteriormente (Tabla IX).

(6440)	Manejo del delirio	(5880)	Técnica de relajación
(6510)	Manejo de las alucinaciones	(4820)	Orientación de la realidad
(2620)	Monitorización neurológica	(4720)	Estimulación cognitiva
(6450)	Manejo de las ideas delirantes	(4760)	Entrenamiento de la memoria
(1160)	Monitorización nutricional	(5820)	Disminución de la ansiedad
(6680)	Monitorización de los signos vitales	(4920)	Escucha activa
(2080)	Manejo de líquidos/electrolitos	(5460)	Contacto
(5390)	Potenciación de la autoconciencia	(5340)	Presencia
(4976)	Mejorar la comunicación: Déficit del habla	(2395)	Control de la medicación
(4974)	Mejora de la comunicación: Déficit de la audición	(2300)	Administración de medicación
(1850)	Mejorar el sueño	(2380)	Manejo de la medicación
(7615)	Mejorar la colaboración	(1410)	Manejo del dolor: agudo
(1800)	Ayuda con el autocuidado	(1415)	Manejo del dolor: crónico
(8020)	Reunión multidisciplinar sobre cuidados	(2210)	Administración de analgésicos
(7710)	Colaboración con el médico	(0840)	Cambio de posición
(7040)	Apoyo al cuidador principal	(0221)	Terapia de ejercicio: Ambulación
(4410)	Establecimiento de objetivos comunes	(0200)	Fomento del ejercicio
(6482)	Manejo ambiental:	(4310)	Terapia de actividad

Enfermería y pacientes mayores hospitalizados con delirio: Revisión narrativa

	confort		
(6610)	Identificación de riesgos	(5612)	Enseñanza: Ejercicio prescrito
(6650)	Vigilancia	(6580)	Sujeción física
(6630)	Aislamiento	(6490)	Prevención de caídas

Tabla IX

7. Discusión

En lo que se refiere a las intervenciones, toda la bibliografía aboga por un abordaje holístico y multidisciplinar del paciente, con esto se pretende atender todas las necesidades durante su estancia hospitalaria involucrando a todo el equipo profesional durante la atención.

Gran parte de los trabajos consultados abogan por la prevención de los cuadros confusionales, ya que, al actuar de manera preventiva sobre los pacientes con factores de riesgo para sufrir dicho síndrome, lo que se provocaría de esta manera sería una menor incidencia de este síndrome, y en caso de llegar a desarrollarse, la gravedad y las consecuencias serían menores que en los casos en los que no se actuó.

Cabe destacar el poco consenso a la hora de crear un plan de cuidados enfermero para abordar este síndrome. Es por esto por lo que hay que resaltar los trabajos de María José Recasens López (29) y Estela Menguizo Herrera (30) para crear dichos planes de cuidados. Por lo tanto, se sugiere que se continúe en la profundización de la enfermería en este campo tanto en la adquisición de conocimientos como en la aplicación de esto a la práctica clínica diaria. En consenso con esto también cabe destacar la necesidad de crear no solo un plan de cuidados estandarizado para esta patología, sino también en la implementación de una guía de práctica clínica enfocada a enfermería (31).

Las intervenciones preventivas enfocadas a suministrar los dispositivos de ayuda sensorial (prótesis auditivas, gafas, etc.) también es una constante en la bibliografía consultada. Ejemplos de esto son de Krazt (14) y Faught (18). Estas prácticas son fácilmente aplicables en la práctica clínica diaria, pero si se analizan dichas prácticas se observa que durante el ingreso hospitalario se solicita a los pacientes que se desprendan de dichos dispositivos. Por lo que se recalca la importancia de las actualizaciones de los protocolos de hospitalización para permitir

tenencia de estos dispositivos por parte de los pacientes durante sus estancias en las unidades, siempre y cuando no supongan un riesgo y/o peligro para ellos o para las prestaciones de cuidados.

En toda la bibliografía consultada los diferentes autores coinciden en que el personal de enfermería juega un rol central en la prevención y el abordaje del delirio. Dado que tanto la población hospitalaria como la población donde más incidencia tiene el delirio es la población mayor, cabría destacar la especialización de la enfermería en estos campos, pero pese a que ya existe la figura de “Enfermera Especialista en Geriatría”, no es una figura que tenga presencia en el ámbito hospitalario, por lo que se debería impulsar la implementación de esta figura en las plantas de hospitalización ya que supondría una mejora en los cuidados de los pacientes geriátricos con y sin delirio(19).

Algo a destacar de la bibliografía consultada para la realización de este trabajo, es que a pesar de haber cierto consenso en ciertos aspectos en lo que se refiere al conocimiento del delirio, sí que se ha objetivado cierta disparidad en aspectos como lo son por ejemplo el criterio diagnóstico empleado para la identificación de este cuadro. Se aprecia que la bibliografía no castellana consultada es más proclive a utilizar los criterios diagnósticos recogidos en el DMS-V mientras que en la bibliografía en castellano más habitual encontrarse con los criterios CIE-10.

Como se indicó en el punto de intervenciones enfocadas a la prevención, otro punto de disensión es el que atañe a que escalas de detección se deben emplear, ya que, a pesar de existir diversas escalas, estas están validadas para diferentes servicios o incluso no todas tienen la misma sensibilidad para las diferentes presentaciones del delirio. Un dato para recalcar en este campo es el que se trata de que solo una de las escalas halladas en la bibliografía ha sido diseñada específicamente para el personal de enfermería (NEECHAM) (23), mientras que la escala “4AT” no necesita un entramado especial para su aplicación y esta validada para los servicios de medicina interna. En el resto de las escalas se recalca que el personal de enfermería podría aplicarlas siempre y cuando recibiera formación para ello, es por esto por lo que se recalca la importancia de la formación continuada en la enfermería para poder dispensar cuidados de calidad basados en la evidencia.

8. Conclusiones

Como se ha indicado a lo largo de este trabajo, el personal de enfermería juega un papel esencial en la detección y el abordaje del delirio en los pacientes mayores, pero lo que también se ha observado es el escaso conocimiento o en su defecto la poca aplicación de dichos conocimientos en la práctica clínica. Es por esto por lo que se incita a la enfermería a ampliar sus conocimientos en este campo para poder dispensar unos cuidados de calidad, basados en la evidencia científica más actualizada y centrados en las necesidades de los pacientes.

La especialización en los cuidados geriátricos es una realidad, pero con apenas presencia en el ámbito hospitalario. Dado que la población hospitalizada es en su mayor medida personas mayores de 65 años, se debería de fortalecer la presencia de esta figura en los diferentes ámbitos hospitalarios.

Durante la realización de este trabajo se han leído diferentes trabajos en los que se hablaba de “intervenciones enfermeras” pero no se encontraron investigaciones lideradas por enfermeras dirigidas a mejorar la idoneidad de los cuidados utilizados en la gestión y el manejo de los procesos de delirio en los mayores de 65 años hospitalizados.

Se ha demostrado la eficacia de las intervenciones no farmacológicas, pero es necesaria una mayor implicación enfermera en las futuras investigaciones relacionadas con el cuidado.

9. Bibliografía

1. Perelló Camper C. Valoración del riesgo de delirium en pacientes mayores hospitalizados. Rev Esp Geriatria Gerontol. 1 de septiembre de 2010;45(5):285-90.
2. Díaz JP, García AA, Nieto PA, Fariñas DR. Indicadores estadísticos básicos. 2020;39.
3. INEbase / Demografía y población /Cifras de población y Censos demográficos /Proyecciones de población / Últimos datos [Internet]. INE. [citado 24 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176953&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
4. Fernández-Moreno, Concepción; Fernández-Sánchez, Silvia; Martínez-Navarro, Raquel. Enfermería en el Síndrome Confusional Agudo en pacientes mayores de 65 años hospitalizados. Rev Paraninfo Digital, 2017; 26. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n26/046.php>> Consultado el 15 de abril de 2021
5. Fick DM, Inouye SK, McDermott C, Zhou W, Ngo L, Gallagher J, et al. Pilot Study of a Two-Step Delirium Detection Protocol Administered By Certified Nursing Assistants, Physicians, and Registered Nurses. J Gerontol Nurs. 1 de mayo de 2018;44(5):18-24.
6. Vasunilashorn S, Marcantonio E, Gou Y, Pisani M, Trivison T, Schmitt E, et al. Quantifying the Severity of a Delirium Episode Throughout Hospitalization: the Combined Importance of Intensity and Duration. JGIM JGen Intern Med. octubre de 2016;31(10):1164-71.
7. Woodhouse R, et al. Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care. Cochrane Database Syst Rev 2019;4:CD009537.
8. Gilmore P.J and Weigel A.K. Delirium. En: Schüssler S, Lohrmann C: editores. Dementia in nursing homes. Austria: Springer; 2017. p.191-203.
Enfermería y pacientes mayores hospitalizados con delirio: Revisión narrativa

9. Mansutti I, Venturini M, Palese A, the ESAMED team, Guarnier A, Barelli P, et al. Episodes of psychomotor agitation among medical patients: findings from a longitudinal multicentre study. *Aging Clin Exp Res.* junio de 2020;32(6):1101-10.
10. Delirium o síndrome confusional agudo (AMF 2015) A propósito de un caso [Internet]. 2015 [citado 23 de marzo de 2021]. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1472
11. Inouye SK. Delirium-A Framework to Improve Acute Care for Older Persons. *J Am Geriatr Soc.* marzo de 2018;66(3):446-51.
12. Eckstein C, Burkhardt H. Multicomponent, nonpharmacological delirium interventions for older inpatients: A scoping review. *Z Gerontol Geriatr.* noviembre de 2019;52(Suppl 4):229-42.
13. Hasemann W, Tolson D, Godwin J, Spirig R, Frei IA, Kressig RW. Nurses' Recognition of Hospitalized Older Patients With Delirium and Cognitive Impairment Using the Delirium Observation Screening Scale: A Prospective Comparison Study. *J Gerontol Nurs.* 1 de diciembre de 2018;44(12):35-43.
14. Kratz T, Heinrich M, Schlauß E, Diefenbacher A. Preventing postoperative delirium. *Dtsch Arzteblatt Int.* 24 de abril de 2015;112(17):289-96.
15. Bellelli G, Morandi A, Trabucchi M, Caironi G, Coen D, Fraticelli C, et al. Italian intersociety consensus on prevention, diagnosis, and treatment of delirium in hospitalized older persons. *Intern Emerg Med.* enero de 2018;13(1):113-21.
16. Ludolph P, Stoffers-Winterling J, Kunzler AM, Rösch R, Geschke K, Vahl CF, et al. Non-Pharmacologic Multicomponent Interventions Preventing Delirium in Hospitalized People. *J Am Geriatr Soc.* agosto de 2020;68(8):1864-71.
17. Martinez F, Tobar C, Hill N. Preventing delirium: should non-pharmacological, multicomponent interventions be used? A systematic review

and meta-analysis of the literature. *Age Ageing*. marzo de 2015;44(2):196-204.

18. Faught DD. Delirium: The Nurse's Role in Prevention, Diagnosis, and Treatment. *Medsurg Nurs Off J Acad Med-Surg Nurses*. octubre de 2014;23(5):301-5.
19. Conley DM. The gerontological clinical nurse specialist's role in prevention, early recognition, and management of delirium in hospitalized older adults. *Urol Nurs*. diciembre de 2011;31(6):337-42; quiz 343.
20. Lee-Steere K, Liddle J, Mudge A, Bennett S, McRae P, Barrimore SE. «You've got to keep moving, keep going»: Understanding older patients' experiences and perceptions of delirium and nonpharmacological delirium prevention strategies in the acute hospital setting. *J Clin Nurs*. julio de 2020;29(13-14):2363-77.
21. Bélanger L, Ducharme F. Narrative-based educational nursing intervention for managing hospitalized older adults at risk for delirium: field testing and qualitative evaluation. *Geriatr Nurs N Y N*. enero de 2015;36(1):40-6.
22. Layne T, Haas SA, Davidson JE, Klopp A. Postoperative Delirium Prevention in the Older Adult: An Evidence-Based Process Improvement Project. *Medsurg Nurs Off J Acad Med-Surg Nurses*. agosto de 2015;24(4):256-63.
23. Schreier AM. Nursing care, delirium, and pain management for the hospitalized older adult. *Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses*. septiembre de 2010;11(3):177-85.
24. Flaherty JH, Little MO. Matching the environment to patients with delirium: lessons learned from the delirium room, a restraint-free environment for older hospitalized adults with delirium. *J Am Geriatr Soc*. noviembre de 2011;59 Suppl 2:S295-300.
25. Bee Gek Tay L, Chew Chan MP, Sian Chong M. Functional improvement in hospitalized older adults is independent of dementia diagnosis: experience of Enfermería y pacientes mayores hospitalizados con delirio: Revisión narrativa

a specialized delirium management unit. *J Hosp Med.* junio de 2013;8(6):321-7.

26. Day J, Higgins I, Keatinge D. Orientation strategies during delirium: are they helpful? *J Clin Nurs* John Wiley Sons Inc. diciembre de 2011;20(23-24):3285-94.
27. Universidad Libre Cali, Henao-Castaño ÁM, Del Pilar Amaya-Rey MC, Universidad Nacional de Colombia. Nursing and Patients with Delirium: a Literature Review. *Investig Educ En Enferm.* 15 de febrero de 2014;32(1):148-56.
28. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [cited 2018Jun21]. Available from: <http://www.nnnconsult.com.accedys.udc.es/>
29. López MJR, Ordozgoiti AV, Díez MTS, Morillo MTS, Landete RS, Rubio YA. Eficacia de un plan de cuidados de enfermería específico para el paciente con delirio. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 13 de mayo de 2019 [citado 28 de marzo de 2021];35(1). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1749>
30. Melguizo-Herrera E, Acosta-López A, Gómez-Palencia IP, Manrique-Anaya Y, Hueso-Montoro C. The Design and validation of a Nursing Plan for Elderly Patients with Postoperative Delirium. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 15 de noviembre de 2019 [citado 25 de febrero de 2021];16(22). Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=cmedm&AN=31731593&lang=es&site=ehost-live>
31. Oliveira Marques PA, de Sousa PAF, de Paiva e Silva AA. Acute confusion in older people: information for nursing decision-making. *Rev Enferm Referência.* junio de 2013;(9):37-43.

10. Anexo I: Escala CAM

TABLA 4

Confusion Assessment Method (CAM)¹⁵**1) Inicio agudo y curso fluctuante**

Viene indicado por responder de forma afirmativa a las siguientes cuestiones:

- ¿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:

- ¿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:

- ¿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:

- ¿Qué nivel de conciencia (como capacidad de ser influido por el entorno) presenta el paciente?
 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)

11. Anexo II: Escala DOSS

Delirium Observation Screening Scale (DOS)

Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Duursma SA. The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium. *Res Theory Nurs Pract* 2003;17(1):31-50.

Observations	never	sometimes	usually	always
Consciousness				
1. reacts normally to addressing	4	3	2	1
2. dozes during conversation or activities	1	2	3	4
3. stares into space	1	2	3	4
Attention/concentration				
4. is easily distracted by stimuli from the environment	1	2	3	4
5. maintains attention to conversation or action	4	3	2	1
6. does not finish question or answer	1	2	3	4
thinking				
7. gives answers that do not fit the question	1	2	3	4
8. talks slowly or answers slowly	1	2	3	4
9. reacts slowly to instructions	1	2	3	4
10. speaks incoherently	1	2	3	4
11. is suspicious	1	2	3	4
Memory/orientation				
12. thinks to be somewhere else	1	2	3	4
13. knows which part of the day it is	4	3	2	1
14. remember recent event	4	3	2	1
Psychomotor activity				
15. is picking, disorderly, restless	1	2	3	4
16. hardly moves	1	2	3	4
17. pulls IV tubes, feeding tubes, catheters, etc.	1	2	3	4
18. has unnatural position in bed	1	2	3	4
Sleep/wake cycle				
19. is sleep/drowsy during the day	1	2	3	4
20. (night shift) has vivid and frightening dreams during the night	1	2	3	4
21. (night shift) is awake/wakes up restlessly	1	2	3	4
Mood				
22. is easily or suddenly emotional (frightened, angry, irritated)	1	2	3	4
23. is apathetic/weary	1	2	3	4
Perception				
24. sees persons/things as somebody/something else	1	2	3	4
25. sees/hears things that are not there	1	2	3	4

12. Anexo III: Escala NEECHAM

LEVEL I – PROCESSING	
PROCESSING – ATTENTION: (Attention-Alertness-Responsiveness)	
4	Full attentiveness/alertness: responds immediately and appropriately to calling of name or touch – eyes, head turn, fully aware of surroundings, attends to environmental events appropriately
3	Short or hyper attention/alertness: either shortened attention to calling, touch, or environmental events or hyper alert, over-active to cues/objects in environment
2	Attention/alertness inconsistent or inappropriate: slow in responding, repeated calling or touch required to elicit/maintain eye contact/attention; able to recognize objects/stimuli, though may drop into sleep between stimuli
1	Attention/alertness disturbed: eyes open to sound or touch; may appear fearful, unable to attend/recognize contact, or may show withdrawal/combatative behavior
0	Arousal/responsiveness depressed: eyes may/may not open; only minimal arousal possible with repeated stimuli; unable to recognize contact
PROCESSING – COMMAND: (Recognition-Interpretation-Action)	
6	Able to follow a complex command: "Turn on nurse's call light" (Must search for object, recognize object, perform command)
4	Slowed complex command response: requires prompting or repeated directions to follow/complete command. Performs complex command in "slow" /over-attending manner
3	Able to follow a simple command: "Lift your hand or foot Mr." (Only use 1 object)
2	Unable to follow direct command: follows commands prompted by touch or visual cue—drinks from glass placed near mouth. Responds with calming affect to nurse contact and reassurance or handholding
1	Unable to follow visual guided command: responds with dazed or frightened facial features, and/or withdrawal-resistive response to stimuli, hyper/hypoactive behavior; does not respond to nurse gripping hand lightly
0	Hypoactive, lethargic: minimal motor/responses to environmental stimuli
PROCESSING – ORIENTATION: (Orientation, Short-term Memory, Thought/Speech Content)	
6	Oriented to time, place, and person: thought processes, content of conversation or questions appropriate. Short-term memory intact
4	Oriented to person to place: minimal memory/recall disturbance, content and response to questions generally appropriate; may be repetitive, requires prompting to continue contact. Generally cooperates with requests
3	Orientation inconsistent: oriented to self, recognizes family but time and place orientation fluctuates. Uses visual cues to orient. Thought/memory disturbance common, may have hallucinations or illusions. Passive cooperation with requests (cooperative cognitive protecting behaviors)
2	Disoriented and memory/recall disturbed: oriented to self/recognizes family. May question actions of nurse or refuse requests, procedures (resistive cognitive protecting behaviors). Conversation content/thought disturbed. Illusions and/or hallucinations common.
1	Disoriented, disturbed recognition: Inconsistently recognizes familiar people, family, objects. Inappropriate speech/sounds.
0	Processing of stimuli depressed: minimal responses to verbal stimuli
LEVEL 2 – BEHAVIOR	
BEHAVIOR – APPEARANCE:	
2	Controls posture, maintains appearance, hygiene: appropriately gowned or dressed, personal tidy, clean. Posture in bed/chair normal.
1	Either posture or appearance disturbed: some disarray of clothing/bed or personal appearance, or some loss of control of posture, position.
0	Both posture and appearance abnormal: disarrayed, poor hygiene, unable to maintain posture in bed

BEHAVIOR – MOTOR:		
<u>4</u>	Normal motor behavior: appropriate movement, coordination and activity, able to rest quietly in bed. Normal hand movement.	
<u>3</u>	Motor behavior slowed or hyperactive: overly quiet or little spontaneous movement (hands/arms across chest or at sides) or hyperactive (up/down, "jumpy"). May show hand tremor.	
<u>2</u>	Motor movement disturbed: restless or quick movement. Hand movements appear abnormal—picking at bed objects or bed covers, etc. May require assistance with purposeful movements.	
<u>1</u>	Inappropriate, disruptive movements: pulling at tubes, trying to climb over rails, frequent purposeless actions.	
<u>0</u>	Motor movement depressed: limited movements unless stimulated; resistive movements.	
BEHAVIOR – VERBAL:		
<u>4</u>	Initiates speech appropriately: able to converse, can initiate and maintain conversation. Normal speech for diagnostic condition, normal tone.	
<u>3</u>	Limited speech initiation: responses to verbal stimuli are brief and uncomplex. Speech clear for diagnostic condition, tone may be abnormal rate may be slow.	
<u>2</u>	Inappropriate speech: may talk to self or not make sense. Speech not clear for diagnostic condition.	
<u>1</u>	Speech/sound disturbed: altered sound/tone. Mumbles, yells, swears or is inappropriately silent.	
<u>0</u>	Abnormal sounds: groaning or other disturbed sounds. No clear speech.	
LEVEL 3 – PHYSIOLOGIC CONTROL		
PHYSIOLOGICAL MEASUREMENTS:		
Recorded Values:	Normal:	
_____ Temperature	(36-37°)	_____ Periods of apnea/hypopnea present? 1=yes, 0=no
_____ Systolic BP	(100-160)	_____ Oxygen therapy prescribed? 0=no, 1=yes, but not on, 2= yes on now
_____ Diastolic BP	(50-90)	
_____ Heart Rate (HR) Regular/irregular	(60-100) (circle one)	
_____ Respirations	(14-22) (Count for one full minute)	
_____ O ₂ saturation	(93 or above)	
VITAL FUNCTION STABILITY: (Count abnormal SBP and/or DBP as one value; count abnormal and/or irregular HR as one; count apnea and/or abnormal respiration as one; and abnormal temp. as one.)		
<u>2</u>	BP, HR, TEMP, RESPIRATION within normal range with regular pulse	
<u>1</u>	Any one of the above in abnormal range	
<u>0</u>	Two or more in abnormal range	
OXYGEN SATURATION STABILITY:		
<u>2</u>	O ₂ sat in normal range (93 or above)	
<u>1</u>	O ₂ sat 90 to 92 or is receiving oxygen	
<u>0</u>	O ₂ sat below 90	
URINARY CONTINENCE CONTROL:		
<u>2</u>	Maintains bladder control	
<u>1</u>	Incontinent of urine in last 24 hours or has condom cath	
<u>0</u>	Incontinent now or has indwelling or intermittent catheter or is anuric	
_____ LEVEL 1 Score: Processing (0-14 points)	Total Score of: 0-19	Indicates: Moderate to severe confusion
_____ LEVEL 2 Score: Behavior (0-10 points)	20-24	Mild or early development of confusion
_____ LEVEL 3 Score: Integrative Physiological Control (0-5 points)	25-26 27-30	"Not Confused," but at high risk of confusion "Not Confused," or normal function
_____ TOTAL NEECHAM (0-30 points)		

13. Anexo IV: Escala 4AT

CIRCLE

[1] ALERTNESS

This includes patients who may be markedly drowsy (eg. difficult to rouse and/or obviously sleepy during assessment) or agitated/hyperactive. Observe the patient. If asleep, attempt to wake with speech or gentle touch on shoulder. Ask the patient to state their name and address to assist rating.

Normal (fully alert, but not agitated, throughout assessment)	0
Mild sleepiness for <10 seconds after waking, then normal	0
Clearly abnormal	4

[2] AMT4

Age, date of birth, place (name of the hospital or building), current year.

No mistakes	0
1 mistake	1
2 or more mistakes/untestable	2

[3] ATTENTION

Ask the patient: "Please tell me the months of the year in backwards order, starting at December." To assist initial understanding one prompt of "what is the month before December?" is permitted.

Months of the year backwards	Achieves 7 months or more correctly	0
	Starts but scores <7 months / refuses to start	1
	Untestable (cannot start because unwell, drowsy, inattentive)	2

[4] ACUTE CHANGE OR FLUCTUATING COURSE

Evidence of significant change or fluctuation in: alertness, cognition, other mental function (eg. paranoia, hallucinations) arising over the last 2 weeks and still evident in last 24hrs

No	0
Yes	4

4 or above: possible delirium +/- cognitive impairment
 1-3: possible cognitive impairment
 0: delirium or severe cognitive impairment unlikely (but delirium still possible if [4] information incomplete)

4AT SCORE